



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÜSTBİLİŞ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASI İLİŞKİLERİN
MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
VE SAĞLIKLI BİREYLERDE İNCELENMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. SERAP YAMAN**

DÜZCE-2022



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÜSTBİLİŞ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASI İLİŞKİLERİN
MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
VE SAĞLIKLI BİREYLERDE İNCELENMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. SERAP YAMAN**

**Prof. Dr. AHMET ATAÖĞLU
TEZ DANIŞMANI**

DÜZCE-2022

ÖNSÖZ

Tezimin tüm aşamalarında verdiği koşulsuz destek için değerli hocam Prof. Dr.Ahmet ATAÖĞLU'na, asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak her daim destek ve güvenlerini hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN ve Prof. Dr. Numan KONUK'a, tezimin istatistiksel analiz kısmında verdiği destek için Doç. Dr. Şengül CANGÜR'e,

Asistanlığım süresince ayrılmaz bir ekip olarak çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, psikiyatri servisinin tüm hemşire ve yardımcı sağlık personeline, psikiyatri poliklinik sekreterlerimize,

Destek ve güvenlerini her daim arkamda hissettiğim sevgili eşime ve biricik aileme,

Sonsuz teşekkürlerimle...

30.07.2022

Serap YAMAN

Üstbiliş ve Kişilik Arası İlişkilerin Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda ve Sağlıklı Bireylerde İncelenmesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Major Depresif Bozukluk tanılı hastaların ve psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan kontrol grubunun üstbiliş ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması, hasta grubunda üstbiliş ve kişilik özelliklerinin depresyonla ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ağustos 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı konmuş, çalışmaya katılmayı kabul eden 120 hasta ve hasta grubuna çeşitli demografik özellikler açısından benzer, psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü olmayan 72 sağlıklı birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılan kişilere veri toplama amaçlı Sosyo-Demografik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilmiştir.

Bulgular: Sonuçlara göre, hasta grubunun kontrol grubundan daha yüksek zarardan kaçınma, kendini aşma ve daha düşük kendini yönetme, iş birliği yapma ve sebat etme puanı olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta grubundaki kişilerin kontrol grubundakilere göre daha fazla uyumsuz üstbilişsel inançlarının olduğu görülmüştür. Hem hasta hem de kontrol grubunda kişilik ve üstbilişsel inançlar arası korelasyonlar mevcuttur. Aracılık analizlerine göre, hasta grubunda zarardan kaçınma ile depresyon arasındaki ilişkiye bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacının aracılık ettiği gösterilmiştir. İş birliği yapma ile depresyon arasındaki ilişki için de aynı sonuçlar elde edilmiştir. Kendini yönetme ile depresyon arasındaki ilişkiye kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili

olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacının aracılık ettiği gösterilmiştir.

Sonuç: Mevcut çalışmamız bildiğimiz kadarıyla mizaç ve karakter, üstbilişsel inançlar ve depresif bozukluk arasındaki ilişkileri klinik popülasyonda inceleyen ilk çalışmadır. Kişilik boyutları ve depresyon arasındaki ilişkiye üstbilişsel inançların varsayılan aracılık etkisini doğruladık. Sonuçlarımız, kişilikten duygusal bozukluklara uzanan önemli bir üstbilişsel yol olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Depresyon, üstbiliş, mizaç, karakter, kişilik

Examination of the Relationships Between Metacognition and Personality in Patients with Major Depressive Disorder and Healthy Individuals

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to compare the patients with Major Depressive Disorder and the control group without psychiatric treatment history in terms of metacognition and personality traits, and to determine the relationship between metacognition and personality traits and depression in the patient group.

Materials and Methods: This study was conducted with 120 patients who admitted to Düzce University Faculty of Medicine Psychiatry Outpatient Clinic between August 2021 and April 2022 and were diagnosed with Major Depressive Disorder according to DSM-V diagnostic criteria and accepted to participate in the study and 72 healthy individuals who were similar to the patient group in terms of various demographic characteristics and did not have a history of psychiatric diagnosis and treatment. Socio-Demographic Data Form, Temperament and Character Inventory (TCI), Metacognition Scale-30 (MCQ-30) and Beck Depression Scale (BDI) were given to the participants for data collection purposes.

Results: According to the results, it was observed that the patient group had higher harm avoidance, self-transcendence and lower self-directedness, cooperativeness and persistence scores than the control group. In addition, it was observed that people in the patient group had more maladaptive metacognitive beliefs than those in the control group. There are correlations between personality and metacognitive beliefs in both the patient and control groups. According to mediation analyzes, it was shown that the relationship between harm avoidance and depression in the patient group was mediated by

cognitive confidence and the need to control thoughts. The same results were obtained for the relationship between cooperativeness and depression. It has been shown that the relationship between self-directedness and depression is mediated by the need to control negative beliefs and thoughts about uncontrollability and danger.

Conclusion: Our current study is the first to examine the relationships between temperament and character, metacognitive beliefs and depressive disorder in a clinical population. We confirmed the putative mediating effect of metacognitive beliefs on the relationship between personality dimensions and depression. Our results show that there is an important metacognitive pathway from personality to affective disorders.

KEYWORDS: Depression, metacognition, temperament, character, personality

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Major Depresif Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım ve tarihçe	4
2.1.2. DSM V' e göre tanı ve sınıflandırma	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.5. Depresyona kuramsal yaklaşım.....	11
2.1.6. Prognoz ve tedavi	13
2.2. Kişilik.....	15
2.2.1. Cloninger' in psikobiyolojik kişilik modeli	17
2.2.2. Kişilik ve Depresyon	26
2.3. Üstbilişsel Kuram.....	30
2.3.1. Tanım ve tarihçe	30
2.3.2. Üstbilişsel kurama göre psikopatoloji	31
2.3.3. Üstbilişsel kurama göre depresyon.....	36
2.3.4. Metakognitif terapi	40
2.4. Kişilik, Üstbiliş ve Depresyon	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46

3.1. Katılımcılar	46
3.2. Kullanılan Ölçekler	47
3.3. İstatiksel Değerlendirme	48
4. BULGULAR.....	50
4.1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri	50
4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç ve Karakter, Üstbiliş, Beck Depresyon Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına Göre İncelenmesi	52
4.3. Kontrol Grubunda Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi	53
4.4. Hasta Grubunda Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi.....	55
4.5. Mizaç ve Karakter ile Depresyon Arası İlişkide Üstbilişin Aracı Rolünün İncelenmesi	56
5. TARTIŞMA	61
5.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç ve Karakter Özellikleri ve Üstbilişsel İnançları Açısından İncelenmesi	61
5.2. Hasta ve Kontrol Grubunda Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Üstbilişsel İnançların İlişkilerinin İncelenmesi.....	67
5.3. Mizaç ve Karakter ile Depresyon Arası İlişkide Üstbilişin Aracı Rolünün İncelenmesi	71
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları	77
6. SONUÇLAR.....	78
7. KAYNAKLAR	79
8. EKLER.....	91

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı

İY: İşbirliği Yapma

KA: Kendini Aşma

KY: Kendini Yönetme

MDB: Major Depresif Bozukluk

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

ÖB: Ödül Bağımlılığı

SE: Sebat Etme

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

YA: Yenilik Arayışı

ZK: Zarardan Kaçınma

EKLER DİZİNİ

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

EK 2. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

EK 3. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Major depresif bozukluk (MDB), yüksek oranda rekürrens ve relapslarla seyreden en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (1). 2030 yılında, depresyonun dünya çapında hastalık yükünün ikinci önde gelen nedeni olacağı tahmin edilmektedir (2). Bu nedenle, depresyona zemin hazırlayan ve depresyonu sürdüren kırılganlık faktörlerinin iyi tanımlanması depresyonu önlemek ve etkin şekilde tedavisini yönetmek açısından oldukça önemlidir. Kişilik özellikleri ve işlevsiz üstbilişsel inançlar, depresyon için tanımlanmış kırılganlık faktörlerindendir (3,4).

Kişilik ile depresyon ilişkisi antik çağlara kadar dayanmaktadır. Hipokrat ve sonra Galenos psikopatolojiyle bağlantı kurdukları mizaç özellikleri tanımlamışlar, kara safralı (melankolik) mizacı depresyonla ilişkilendirmişlerdir (5). Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkiler Freud' un yazılarında da kapsamlı bir şekilde anlatılmıştır (6). Daha yakın bir geçmişte Cloninger hem normal kişiliği, hem de patolojik durumları tanımlamak için biyopsikososyal kişilik modelini geliştirmiştir (7). Bu model, kişilik özelliklerinin depresyona katkısının incelendiği birçok çalışma için teorik zemin oluşturmuştur.

Cloninger ve ark. Cloninger'in kişilik teorisine dayanarak, kişiliğin yedi boyutunu ölçen 'Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)' adı verilen kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirdiler (7). MKE kullanılarak yapılan birçok çalışma hem klinik örneklem hem de sağlıklı deneklerde mizaç ve karakter ile depresyon arasındaki ilişkileri göstermiştir. Bugüne kadar yapılmış bu çalışmaların sonucunda depresif hastalarda kişilik özellikleri ile ilgili gösterilen en tutarlı bulgular zarardan kaçınma (ZK) mizaç boyutunun yüksek, kendini yönetme (KY)

karakter boyutunun düşük olmasıdır (8–10).

Depresyonla ilgili son yıllarda tanımlanan bir diğer kırılabilirlik faktörü de üstbiliştir. Üstbiliş, en basit şekliyle kişinin kendi düşüncesi üzerinde düşünmesi şeklinde tanımlanabilir. Üstbilişin tanımlanması daha eski yıllara dayansa da (11) psikiyatrik bozukluklar için kavramsallaştırılması yenidir (12).

Üstbilişsel modele göre psikiyatrik bozuklukların tümü temelde bilişsel dikkat sendromu (BDS) olarak adlandırılan düşüncelere tepki verme tarzıyla ilişkilidir. BDS, endişe ve ruminasyon şeklindeki negatif perseveratif düşünme biçimleri, tehdit tarama ve uyumsuz başa çıkma davranışlarından oluşur. Olumsuz düşüncelere yanıt vermenin bu özel tarzı, psikiyatrik bozuklukların altında yatan transdiagnostik bir faktör olarak kabul edilir. BDS, üstbilişsel inançların bir sonucudur (12).

Psikopatolojiye neden olan işlevsiz üstbilişsel inançlar beş başlık altında toplanmıştır: Endişeyle ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşük bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık. Bu inançların değerlendirilmesi için Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30) geliştirilmiştir. Üstbilişsel inançların, psikiyatrik belirti ve bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesinde savunmasızlık faktörleri olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (13–18). Bu çalışmalar sonucunda depresif belirti ve bozukluk ile ilişkili olduğu gösterilen inanç boyutları kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar, düşük bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacıdır (19–21).

Bugüne kadar yapılan kişilik ve depresyon çalışmalarının çoğu, bu değişkenler arasındaki doğrudan bağlantı üzerine odaklanmıştır. Kişiliğin depresif duygudurumu nasıl etkilediğine dair spesifik mekanizmalar üzerine yapılan

araştırma sayısı sınırlıdır (22–25). Üstbilişsel inançlar, kişiliğin depresyon üzerindeki etkisine aracılık edebilir.

Belirli kişilik özellikleri, işlevsiz üstbilişsel inançların gelişiminde rol oynayabilir. Üstbilişsel inançların eğilimsel ve durumsal faktörler arasındaki etkileşim sürecinde geliştiği varsayılmaktadır. Bu nedenle, belirli kişilik özellikleri üstbilişsel inançların gelişimi sürecinde yapısal bir temel olarak görev alabilir (26,27). İşlevsiz üstbilişlerin gelişimi sonucu ise kişi depresyona daha yatkın hale gelir.

Depresyonun giderek artan yaygınlığı ve hastalık yükü dikkate alındığında, depresyonu anlamak için kişilik özellikleri ve üstbiliş etkileşimi ile ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Amaç

Literatürdeki bilgilerden ve yukarıda bahsedilen varsayımdan yola çıkarak, bu çalışmada, kişilik ve üstbilişin depresyon üzerinde bağımsız etkileri olduğu ve kişiliğin depresyon üzerindeki etkilerinin en azından kısmen üstbilişsel inançlar aracılığı ile yönlendirildiği hipotezini test etmeyi amaçladık. Üstbilişsel inançların biyopsikososyal kişilik kuramında ayırt edilen mizaç ve karakter ile ilişkili olduğunu, kişilik özelliklerinden bağımsız olarak depresyonla pozitif bir şekilde ilişkili olacağını ve kişilik ile depresyon arasındaki ilişkiye aracılık edeceğini varsaydık.

Çalışmamızda kişilik ve üstbilişsel inançlar arası ilişkiler MDB tanılı hasta grubu ve kontrol grubunda incelenmiştir. Ayrıca temel hipotezimizi test etmek için hasta grubunda kişilik ve depresyon arasındaki ilişkide uyumsuz üstbilişsel inançların aracılık rolü incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

Major depresif bozukluk (MDB) kişilerin günlük işlevselliğini birçok alanda önemli ölçüde etkilemesi, uzun süreli etkileri, tekrarlayıcı olabilmesi, kronikleşebilmesi nedeniyle dünya çapında önde gelen bir engellilik nedenidir ve küresel hastalık yüküne büyük ölçüde katkıda bulunur. Bu nedenle depresyonun iyi tanınması, depresyona zemin hazırlayan faktörlerin bilinmesi tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir.

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Depresyon, günlük hayatı etkileyecek düzeyde çökkün duygudurum ve isteksizlik ile birlikte düşünce, konuşma, motor, bilişsel ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ile karakterize ruhsal bozukluktur (5). Depresyon kelimesinin kökeni olan “depress” Latince “depressus” tan, yani “alçakta olmak, bastırmak” tan gelmektedir (28).

Ruhsal bozuklukların tarihi milattan önceki dönemlere dayanmaktadır. Ruhsal bozuklukların çağına özgü şekilde bilimsel olarak tanımlanması ve sınıflandırılması Hipokrat’la başlamıştır. MÖ 5. yüzyılda Hipokrat, duygudurum ve vücut sıvıları arasında bağlantı kurmuştur. Kara safra anlamına gelen melankoli terimiyle bugünkü ağır çökkünlük tablosunu tanımlamıştır. Orta çağda İbn-i Sina “Kanun” kitabında ruhsal bozuklukları 15 grup içinde toplamıştır ve çökkünlüğü tanımlamıştır (29). Emil Kraepelin 1896 yılında mani ve melankoliyi psikoz manyak depresif adı altında toparlamış, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışını tanımlamıştır (5).

DSM-I’ de ruhsal bozukluklar tanımlanırken reaksiyon yaklaşımı kullanılmıştır ve depresyonla bağlantılı dört rahatsızlık tanımlanmıştır. DSM-II’ de reaksiyon yaklaşımı

bırakılmış olup Kraepelin' in tanımlayıcı yaklaşımı etkili olmuştur. DSM-III ve DSM III-R de benzer yaklaşım devam etmiştir (29). Bir önceki baskı olan DSM-IV-TR ile 2013 yılında yayınlanan DSM-V arasında duygudurum bozuklukları açısından kategorik değişiklikler olmasa bile, majör depresif bozukluk tanımlanmasında ve ölçütlerinde değişiklikler olmuştur (30). DSM-V' te depresyonun çekirdek belirtileri korunmakla birlikte, belirteç ve dışlama ölçütlerinde değişiklik olmuştur. Yas, MDB için ayırıcı tanı nedeni olmaktan çıkarılmış olup karma belirti ve anksiyete belirleyicisi eklenmiştir (31,32).

2.1.2. DSM V' e göre tanı ve sınıflandırma

DSM-V' te MDB tanımı ve kriterleri aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir:

A. Aşağıdaki belirtilerden en az beşinin bulunması gerekir, bu belirtiler, aynı 2 haftalık dönem süresince, ya çökkün duygudurumu ya da ilgisini yitirme/zevk almamayı (anhedoni)kapsamalıdır:

1. Günün büyük bölümünde çökkün duygudurum
2. Etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama (anhedoni)
3. Çok kilo verme ya da kilo alma
4. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Bitkinlik , enerji düşüklüğü
7. Değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları
8. Odaklanmakta güçlük çekme
9. Yineleyici ölüm ya da kendini öldürme düşünceleri

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başla bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresif dönem şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar ya da diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik dönem olmamıştır (33).

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresyon, tüm dünyada yaygın bir şekilde görülen yineleyici, kronik bir hastalıktır. Depresyon, birçok alanda kişinin işlevselliğini etkilediği için önde gelen bir engellilik nedenidir ve küresel hastalık yüküne büyük ölçüde katkıda bulunur (34). Her yaşta, kadınlarda ve erkeklerde en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal hastalıkların başında depresif bozukluk gelmektedir (35).

MDB, yetişkinler arasında %5 ve 60 yaşından büyük yetişkinler arasında %5,7 olmak üzere nüfusun tahmini %3,8' ini etkiler. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyonda olduğu düşünülmektedir (35).

Ülkemizde depresyon yaygınlığı ile ilgili olarak yapılmış, ulusal düzeyde temsil ediciliği olan ilk çalışma, Türkiye Ruh Sağlığı Profili (Profil-1) çalışmasında, son 12 aydaki majör depresyon hızı %4 bulunmuştur. Profil-1'de depresyon kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha yüksek saptanmıştır (36).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili (Profil-2) çalışmasında ise toplumda yaklaşık on kişiden birinin hayatında en az bir kez depresyon geçirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, kadınlarda yaşam boyu depresyon hızı erkeklere oranlara iki kat daha

yüksek bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen DSM-V ruhsal hastalık grupları içinde yaygınlığı en yüksek olan grup majör depresif bozukluktur. Son 12 ay içinde konulan tanılar değerlendirildiğinde ise yaklaşık 15 kişiden birine majör depresyon tanısı konulduğu, kadın-erkek oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. 12 aylık majör depresyon hızı kadınlarda erkeklerin 2.5 katı bulunmuştur (37).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili (Profil-2) çalışmasında, yaş gruplarına göre yaşam boyu majör depresyon tanı hızlarına bakıldığında, genç gruplarda (18-29 ve 30-44) majör depresyon hızları daha yaşlı gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. Son 12 aydaki depresyon hızlarının ise yaşlı gruplarda, daha genç gruplara oranla, yarı yarıya daha düşük olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, eğitimin depresyon üzerine etkisi değerlendirildiğinde, üniversite mezunlarında yaşam boyu genel ruhsal hastalık hızları ve tüm duygudurum bozuklukları, diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Major depresif bozukluk özelinde bakıldığında ise farklılık gözlenmemiştir. Son 12 aylık tanılarda, eğitimin depresyon yaygınlığına etkisi olmadığı görülmüştür (37).

2.1.4. Etiyoloji

Depresyonun etiyolojisi çok faktörlüdür. Depresif bozukluğun etiyolojisinde rol oynayan faktörler genetik, biyolojik ve psiko-sosyal faktörler olarak üçe ayrılabilir de bunlar arasında sıkı ilişkiler bulunması sebebiyle bu ayrımın çok da gerçekçi olmayacağına yönelik düşünceler mevcuttur (38).

2.1.4.1. Genetik faktörler

Depresyonun etiyolojisinde genetik faktörlerin önemli bir yeri olduğu şüphesizdir. İkiz çalışmaları sonucunda

depresyonun kalıtlılabirliği %31-42 olarak tahmin edilmiştir. Yineleyici depresif epizotlar ve erken başlangıçlı depresyon, ailesel kümelenme ile daha fazla ilişkilidir (39). Major depresif bozukluklu hastaların birinci derece akrabalarında MDB riski genel topluma göre 3 kat artmıştır ve bu bozukluğun kalıtsallığı %35 olarak ölçülmüştür (40).

Son yıllarda genetik çalışmaların ana odağı moleküler genetik yöntemleri kullanarak özgül duyarlılık genlerini tanımlamak olmuştur. Aday genlerle yapılan çok sayıda çalışma BDNF geni, monoamine oksidaz A geni, COMT geni, glutamaterjik genler gibi birçok gendeki polimorfizmlerle bağlantı göstermiştir (41).

Gen-çevre etkileşimini araştıran çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Serotonin taşıyıcı geninin kısa alelini taşıyan kişilerde, çocukluk çağında stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmışlarsa erişkinlikte depresyon ve intihar riskinin arttığı gösterilmiştir (42). Bu bulguları desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Bir ikiz izlem çalışmasında stresli yaşam olayları ve SERT genotipi etkileşimin depresyon üzerindeki etkisine dair kanıt bulunamamıştır (43).

Depresyon etiyojisinde kalıtımın önemi bilinmesine rağmen depresyon kliniğinin heterojenitesi ve gen-çevre etkileşimi nedeniyle major etkiye sahip hiçbir gen bugüne kadar tanımlanamamıştır. Depresyona genetik yatkınlığın belirli yönleriyle ilgili, çevresel faktörlerle birlikte çalışacak veya bunlarla etkileşime girecek, küçük etkileri olan çok sayıda genin tanımlanması daha muhtemeldir (44).

4.1.4.2. Biyolojik faktörler

Depresyonda biyolojik etkenler üzerine son döneme kadar yapılan çalışmalar daha çok norepinefrin, serotonin, dopamin, histamin gibi monoamin nörotransmitterlere

odaklanmıştır. Yakın zamanlı çalışmalar tek nörotransmitter sistemindeki bozukluğa odaklanmak yerine nörodavranışsal sistemler, nöral devreler, nöroregülasyon mekanizmaları ele almaktadır (45).

Depresif hastalarda ve intihar girişimi sonucu ölen kişilerle yapılan postmortem çalışmalarda BOS' ta serotoninin ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşük bulunması, depresif hastalarda serotoninin öncüsü olan L- triptofanın plazma konsantrasyonlarının azalmış bulunması, SERT geni polimorfizminin çocukluk dönemi stresli yaşam olaylarının depresojenik etkilerine aracılık ettiğinin gösterilmesi, depresyondaki hastalarda MSS'nde MAO-A aktivitesinin artması depresyon etiyolojisinde serotoninin etkilerini destekleyen bulgulardır (46).

Noradrenalin metabolitlerinin seviyesinin depresif hastaların idrarında ve BOS' ta düşük bulunması, intihar girişimi sonucu ölen kişilerin postmortem incelemelerinde beyin dokusunda noradrenerjik reseptörlerin yoğunluğunun artmış bulunması, depresyondaki hastalarda MSS' nde MAO-A aktivitesinin artışı, noradrenalin geri alım inhibitör etkileri olan ilaçların depresyonda etkili olmaları noradrenalinin depresyondaki rolünü destekleyen bulgulardır (46).

Depresyonun temel belirtilerinden biri olan anhedoninin dopaminle olan ilişkisi, Parkinson hastalığında yüksek oranda depresyon görülüyor olması, beyin görüntüleme ve postmortem çalışmalarda dopamin nörotransmisyonunun azaldığını gösteren bulgular elde edilmesi, depresif hastalarda BOS' ta dopaminin major metabolitlerinin azalmış olması, MSS' nde MAO-A aktivitesinin artması, dopamin nörotransmisyonunu arttıran ilaçların antidepresan etkinlik göstermesi dopaminin depresyon etiyolojisinde rolünü gösteren bulgulardır (46).

Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen, depresyon

etiolojisinde yer alan bir diğ er önemli fakt ord ur. Kronik stres ile depresyon arasındaki en belirgin bağlantılardan biri artmış HPA aktivitesidir. Depresif hastalarda deksametazon supresyon testinde kortizol salınımında baskılanma olmaması beklenir (45). HPA hiperaktivitesi hasta grupları arasında önemli ölçüde değişebilir. Melankolik depresyonu olan hastalar, atipik depresyonu olan hastalar ve sağlıklı kontrole ile karşılaştırıldığında günlük kortizol eğimlerinin daha yüksek bulunmuş olması depresyon alt tiplerinde farklı biyolojik bağlantıların etkili olabileceğini göstermektedir (47). Ayrıca diyabet, koroner arter hastalığı, osteoporoz gibi kronik hastalıklarda artan depresyon riskinin HPA hiperaktivitesi ile tutarlı olduğu gösterilmiştir (48).

Depresif bireylerde IL1, IL6, TNF-a gibi proinflatuar sitokinlerin üretimi ve salgılanması artar. Sitokinler, nöroendokrin ve nörotransmitter sistemler ile etkileşim halindedir. Antidepresan ilaçlar bu sitokinlerin sentezini baskılayarak konsantrasyonlarını normale döndürebilir (49). Kronik inflamasyon, savunmasız kişilerde depresyon riskini arttıran önemli bir biyolojik fakt ord ur (50).

N roɡ r nt leme çalışmalarında duygu işleme ve düzenleme ve ödül arama davranışları amigdala, ventral striatum, medial prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, ventrolateral ve dorsolateral prefrontal korteks bölgeleriyle ilişkili bulunmuştur (41).

4.1.4.3. Psikososyal faktörler

Yaşamın erken dönemlerinde fiziksel ve cinsel istismar, psikolojik şiddete maruz kalma, ölüm veya ayrılık sonucu ebeveynlerden ayrılma yetişkinlikte depresyon için risk faktörleridir. Yaşam olaylarının sayısı ve şiddeti arttıka depresyon riskinin, şiddetinin, kronikliğinin arttığı

bulunmuştur (51). Çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalanlarda HPA ekseninin kronik hiperaktivitesi, bu kişilerin yetişkinlikte standart psikososyal strese maruz kaldıklarında neden depresyona daha yatkın olduklarını açıklamaktadır (52).

Depresyon başlangıcından kısa süre önce meydana gelen ve depresyonla geçici olarak ilişkilendirilen risk faktörleri ise iş kaybı, ekonomik problemler, sağlık sorunları, şiddete maruz kalma, ayrılık ve yas şeklindedir (53).

2.1.5. Depresyona kuramsal yaklaşım

2.1.5.1. Psikanalitik kuram

Depresyonun kökeni ve mekanizmasına ilişkin psikanalitik teoriler, Freud' un 1917 yılında yayınlanan “Yas ve Melankoli” yazısıyla başlamıştır. Freud, depresyon hakkında bugün halen büyük oranda kabul gören fikirler geliştirmiştir. Depresyon ve yas tutma arasındaki benzerliklere dikkat çekerek yas sürecini patolojik depresyonun normal eşdeğeri olarak görmüştür. Yas sürecinde gerçek bir sevgi nesnesi kaybı vardır ancak depresyonda böyle olmayabilir. Depresyonda bilinçli ya da bilinçdışı öldüğüne ya da kaybedildiğine inanılan bir nesne vardır, hasta sıklıkla sevdiği birine duyduğu kızgınlık, öfke nedeniyle bilinçdışında onun ölmesini arzular, onu öldürür ve bu kaybın yasını tutar. İnsan sevdiği birini kaybettiğinde, kaybettiği kişi gibi olma eğilimindedir. Bunu yaparak kaybın etkilerini azaltmaya çalışır. Böyle bir tepki yaşamın çok erken dönemlerinde ortaya çıkar. Eksik ve özlenen nesneyle özdeşleşme, nesne kaybına karşı bir savunmadır. Sevilen ama aynı zamanda öfke nedeniyle bilinçdışı öldürülen nesneyle özdeşleşme sonucu yaşanan ambivalans duygular kişinin öfkesini, saldırganlığını kendisine yöneltmesine, içe atıma neden olur. Bu içe-atım

depresyonda ortaya çıkan azalmış benlik saygısı, kendini suçlama, kendine zarar verme, intihar düşünceleri gibi semptomları açıklar (6).

2.1.5.2. Davranışçı kuram

Davranışçı kurama göre depresyon, olumlu pekiştireçlerde veya onları elde etme becerisinde azalma ile ilişkili olarak ele alınır. Çevresel ve içsel/fizyolojik ödüllerde azalmayla başa çıkma için kişi daha pasif olma, görevlerden kaçınma, erteleme ve sosyal geri çekilme gibi yöntemler kullanır. Bu yöntemler yaşanan rahatsızlığı kısa süreli azaltarak olumsuz pekiştireç işlevi görür ancak bu durum işlevsellikte azalmaya, olası ödül fırsatlarından mahrum kalmaya neden olur. Bu nedenle davranışçı teoride önce eyleme geçme vurgulanmıştır (54).

Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modelinde çocukluktan itibaren çaresizliği ve kontrol çabalarının işe yaramadığını öğrenen kişiler, herhangi bir olumsuz yaşam olayıyla karşılaştıklarında bunun da üstesinden gelemeyeceklerini düşünerek depresyona zemin hazırlarlar (55).

Bunların dışında sosyal beceri eksiklikleri, problem çözme becerilerindeki yetersizlik, uykusuzluk gibi durumlar da davranışsal modele göre depresyona zemin hazırlayan etkenlerdir (54).

2.1.5.3. Bilişsel kuram

1960'lı yılların başında Aaron T. Beck tarafından geliştirilen ve olumsuz bilişleri (düşünce ve inançları) depresyonunun temel özelliği olarak ele alan kuram, tedavi hedefi olarak bu bilişlere odaklanmıştır.

Bilişsel model, işlevsiz düşüncenin hastanın

duygudurumu ve davranışlarını etkilediğini ve tüm psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu savunmaktadır. Modele göre kişinin nasıl hissettiğini ve nasıl davrandığını belirleyen durumun kendisi değil durumu nasıl yorumladığı, durum hakkında ne düşündüğüdür. Beck, bu düşünceleri bilişsel bir hiyerarşi içinde otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar şeklinde sınıflandırmıştır ve bu yapıya bilişsel üçlü adını vermiştir. Beck depresif hastaların kendilerini, çevrelerini ve geleceği olumsuz değerlendirdiklerini öne sürmüştür (56).

Paul Gilbert' in geliştirdiği bilişsel modele göre ise kişi diğer insanlar tarafından sevilme ve değer görme gereksinimine sahiptir. Kişi içinde bulunduğu grupta bu konumunu sürdüremediğinde var olan kaynaklarını daha da tüketmemek ve kaynakların daha uzun sürmesini sağlamak için geri çekilir ve depresyon gelişir (57).

Robert Leahy, depresyonu mikroekonomi kuramıyla birleştirerek açıklamıştır. Depresif birey içinde bulunduğu durumda ve gelecekte çok az kaynağa sahip olduğuna, bulunduğu ortamın kazanç içermediğine inanır. Depresyon kayıpları önlemek için geliştirilmiş bir stratejidir. Depresif bireyler, yüksek beklenti içeren iyimserliği reddederek riskten kaçınma stratejisini kullanırlar (57).

2.1.5.4. Üstbilişsel kuram

Üstbilişsel kuramla ilgili ayrıntılı bilgi ilgili bölümde verilecektir.

2.1.6. Prognoz ve tedavi

Depresyon dönemleri genellikle sinsi başlangıçlıdır. Halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık gibi çeşitli bedensel yakınmalarla başlayabildiği için tanı koyma süreci gecikebilir. Tedavi edilmeyen depresif atak yaklaşık 6-13 ay sürer, tedavi

ile ise bu süre en iyi 3 aydır (45).

Depresyon, kronikleşme ve tekrarlama eğilimi gösterir. Bir depresif dönem geçiren hastaların %50-60'ı ikinci kez, iki depresif dönem geçirenlerin %70'i üçüncü kez depresif dönem geçirmektedirler, üçüncü ataktan sonra yineleme oranı %90'dır (58).

Depresyonla geçen tedavi edilmemiş sürenin kısa olması, tedaviye erken yanıt, anterior singulat kortekste yüksek bazal aktivite, tedaviye yanıt olarak plazma BDNF düzeyinin yükselmesi, tedavi sürecinde IL-6 düzeyinin düşmesi iyi prognostik faktörlerdir. Hastalık öncesi işlevselliğin düşük olması, psikiyatrik komorbidite, eşlik eden kronik tıbbi hastalıklar, stresli yaşam olayları, çocukluk döneminde olumsuz yaşam olayları öyküsü, tedavi direnci, düşük bazal hipokampal aktivite, tedavi sonrası yüksek TNF-a düzeyi, yüksek bazal CRP düzeyi tanımlanmış kötü prognostik faktörlerdir (59).

Depresyon tedavi uygulamaları arasında farmakoterapi, somatik tedaviler (EKT, TMS) ve psikoterapi ve yer alır.

Kılavuzlar hafif şiddetli depresyonda psikoterapi önerirken, orta ve şiddetli depresyonda birinci basamak tedavide SSRI grubu antidepresanları önermektedir. Tedavi yanıtı yeterli olmadığında ilacın değiştirilmesi, güçlendirme tedavileri, antidepresan kombinasyonları tedavi seçenekleri arasındadır. En sık tercih edilen güçlendirme yöntemlerinden biri mevcut SSRI ve SNRI'ın yanına antipsikotik eklenmesidir. Yaygın olarak kullanılan diğer güçlendirme yaklaşımları tedaviye lityum, buspiron, T3 eklenmesidir (60).

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), ağır depresif belirtileri olan ve/veya psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyon hastalarında, tedaviye dirençli depresyonda, intihar riskinin yüksek ve tedaviye yanıtı beklemenin riskli olduğu hastalarda

uzun yıllardır başarıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir (60). Transkraniyal manyetik uyarım, derin beyin stimülasyonu, vagal sinir uyarımı ve parlak ışık tedavisi MDB tedavisinde uygulanabilen diğer somatik tedavi yöntemleridir.

Depresyon tedavisinde psikoterapinin oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. Depresyona neden olabilecek, depresyonu kronikleştirebilecek veya yinelemesine yol açabilecek kişilik ve çevre etkenlerini psikoterapötik yöntemlerle ele almak gereklidir (5). Psikanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası terapi, bilişsel davranışçı terapi depresyonda etkinliği kanıtlanmış terapi yöntemlerindendir.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), majör depresyon için en etkili psikoterapötik yöntemlerden biri olarak kabul edilir. BDT' nin temel prensibi düşünce içeriğindeki bozuklukların ve yanlılıkların psikolojik bozukluğa neden olduğudur ve içerik odaklıdır (61,62).

Son yıllarda yeni bir bakış açısı sağlama potansiyeli nedeniyle metakognitif terapi (MKT) dikkat çekmektedir. MKT' nin en azından standart bilişsel müdahaleler kadar etkili olduğu gösterilmiştir (63).

2.2. Kişilik

Kişilik, genel olarak bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranışlar ve kişilik içi süreçler olarak tanımlanabilir. Kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepkileri gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir (5). Kişilik sürekli değişen iç ve dış çevreye karşı benzersiz şekilde uyum sağlama özelliklerinin tümünü içerir (45).

Allport, kişiliği 'bireyin çevreye özgü uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin bireyler içindeki dinamik organizasyonu' şeklinde tanımlamıştır. Allport'un bu tanımı kişiliğin sürekli değişen ve gelişen, bireyin kendi içindeki psikik süreçlerini ifade eden, hem psikolojik hem nöral faktörlerden etkilenen, çevresel uyum sağlayan, bireyin davranışsal repertuarını sınırlandıran yanlarını kapsamaktadır (64).

Kişiliğin tanımlanması çok eski çağlara dayanmaktadır. Hipokrat kişiliği vücut sıvılarına göre sınıflandırmış; kanlı, sarı safralı, kara safralı, balgamlı kişilikleri tanımlamış ve hastalıkları bu kişilik tipleri ile ilişkilendirmiştir (65). Psikanalitik yaklaşım ise kişiliği çocukluk çağında belirli psikoseksüel gelişim süreçlerine saplanma sonucu oluşan kişilik özelliklerine göre oral, anal ve genital kişilik türleri altında sınıflandırmıştır (66). Psikiyatrik bozukluklar için tanı sistemlerinin tanımlanması ve kullanıma başlanması ile kişiliğin sınıflandırmasında kategorik yaklaşımlar ön plana çıkmıştır.

Sınıflandırma dizgelerinde kullanılan kategorik kişilik tanımlamalarının aksine kişiliği boyutsal yaklaşımla değerlendiren modeller de vardır. Boyutsal yaklaşım, sürekli ve kademeli şekilde davranış boyutlarını ve bu boyutlar spektrumunda bireysel farklılıkları kantitatif varyasyonlar şeklinde tanımlar. Kişinin sürekli kişilik özelliği üzerindeki konumunu ölçerek, bireyler hakkında kategorik tanılardan daha fazla bilgi verir (45).

Hans Eysenk' e göre kişilik, insanın gerçek veya gizil davranış örüntülerinin tümünü kapsar. Bunlar kalıtsal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu biçimlenir. Eysenk, kişiliğin bütün özelliklerini içe dönüklük-dışa dönüklük, nevrotiklik-dengelik ve psikotiklik olmak üzere üç

temel boyutta toplamıştır (64). Dışa dönüklük; insanlarla iletişimi seven, yalnız kalmaktansa insanlarla olmayı tercih eden, dürtüsel kişilerde görülmektedir. Nörotiklik boyutunda yüksek puan alan kişiler kaygılı, çökkün, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve özgüveni düşük olan kişilerdir. Psikotiklik boyutu soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, diğer insanlara karşı duyarsız kişilik özelliklerini içermektedir (5,67).

Kişiliği boyutsal yaklaşımla değerlendiren önemli araştırmacılardan biri de Cloninger'dir. Cloninger kişiliğin yapısı ve gelişimini, mizaç ve karakter boyutlarından oluşan biyopsikososyal kişilik kuramıyla açıklamıştır (7). Bu kuramla kişilik bozukluklarının teşhisinde kategorik ve boyutsal yöntemlerin entegrasyonunu amaçlamıştır.

2.2.1. Cloninger' in psikobiyolojik kişilik modeli

Kişilik, belli bir işlevi yerine getirmek için birbirine bağlı bir şekilde düzenlenmiş daha temel çalışma bileşenleri içeren dinamik çok boyutlu bir sistemdir. Çoklu kişilik özellikleri arasında gözlemlenen korelasyonlar, kararlı çok boyutlu kişilik tiplerinin kendiliğinden organizasyonunu açıklamak için kullanılabilir (45).

Cloninger ikiz ve aile çalışmaları, uzun izlemli gelişim çalışmaları, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmaları ve psikometrik kişilik çalışmalarından gelen bilgilerin sentezine dayanarak psikobiyolojik kişilik kuramını geliştirmiştir. Geliştirilen ilk orijinal modelde zarardan kaçınma (Harm Avoidance), yenilik arayışı (Novelty Seeking) ve ödül bağımlılığı (Reward Dependence) olmak üzere üç kişilik boyutu tanımlamıştır (68). Bu boyutları ölçmek için 100 maddeli "Üç Boyutlu Kişilik Anketi" (TPQ-Tridimensional Personality Questionnaire) geliştirilmiştir (69).

Yapılan araştırmalar sonucu, ödül bağımlılığının altında

bulunan sebat etme boyutunun ayrı bir kişilik boyutu olduğu gösterilmiştir. Sosyal ve bilişsel gelişim, hümanistik ve transpersonal psikolojideki kişilik gelişimi tanımlarının sentezine dayanarak Kendini Yönetme (Self Directedness), İşbirliği Yapma (Cooperativeness) ve Kendini Aşma (Self-Transcendence) olmak üzere üç kişilik boyutu daha tanımlanmıştır. Bu gelişmeler sonucunda kuram bugünkü yedi boyutlu son şeklini almıştır. Kuram son haliyle kişilik bozukluğunun alt tiplerini ve psikiyatrik bozuklukların ayırıcı tanısını mümkün kılacak şekilde formüle edilmiştir (7).

Psikobiyolojik kişilik modeli genetik faktörler, aile ortamı, sosyokültürel normlar ve bireye özgü deneyimleri içeren çoklu etki türleri arasındaki işlevsel etkileşimleri anlamamızı sağlar. Model mizaç, karakter ve kimlik arasındaki belirlenen temel farklılıklara dayanarak alışkanlıkların ve becerilerin ortak bir psikolojik bağlamda hedefler ve değerler hakkında birleştirilmesi için bilgi işlemenin tüm yönlerini dikkate alır (45).

Mizaç, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine karşılık gelmektedir. Karakter ise kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir. Bu nedenle mizaç ve karakter, işlemsel ve önermesel olmak üzere iki tip bellek ve öğrenmeye dayalı kavramsallaştırılabilir. Mizaç, kişiliğin duygusal özü, kortikostriatolimbik sistem tarafından düzenlenen işlemsel belleği içermektedir. Karakter, kişiliğin kavramsal özü, sembolizasyon ve soyutlama gibi yüksek bilişsel işlevleri içeren önermesel bellek ile ilişkilidir (70).

Mizaç birincil güdüler olarak isimlendirilen, temel ihtiyaçlar ile bağlantılı az sayıdaki duyguyu kapsar. Mizaç ile bağlantılı yoğun korku ve öfke güdüselle olarak algıyı,

öğrenmeyi ve davranışı yanlı bir şekilde değiştirerek kişiliği bir anlamda tutsak ederler. İkincil güdüler ise sosyal ve gelişimsel ihtiyaçlar ile bağlantılıdır ve karakter gelişimiyle ilişkilidir. Spesifik olarak korku, öfke, nefret, heyecan gibi temel duyguları aşk, empati, merhamet, beceriklilik gibi daha karmaşık olumlu ikincil duygulara dönüştürürler. Bu dönüşüm mizaç ile bağlantılı temel duygular ve karakter ile bağlantılı içselleştirilmiş kavramların etkileşimiyle olur (71).

2.3.1.1. Mizaç

Mizaç, yaşamın erken dönemlerinde gözlemlenebilen ve kişinin yaşamı boyunca görece istikrarlı olan duygu temelli ve otomatik davranışsal özellikler olarak kavramsallaştırılabilir. Mizaç, alışkanlıkları edinmenin altında yatan duygusallığı ve öğrenmedeki kalıtsal eğilimi yansıtır. Mizacın duygusal, motivasyonel ve uyarlanabilir yönleri bulunmaktadır (45).

Mizaç özellikleri kişinin temel duygulardaki bireysel farklılıklarının altında yatan ve erken öğrenme özelliklerini etkileyen, spesifik nörokimyasal süreçlere olan duyarlılığını belirler. İnsanlar ve hayvanlarda yapılan nörobiyolojik, psikososyal ve klinik araştırmalar sonucunda genetik olarak birbirinden bağımsız dört temel mizaç özelliği tanımlanmıştır. Bunlar yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) şeklinde tanımlanmıştır (45).

Mizaç boyutları; yenilik, tehlike veya ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Yenilik arayışı, davranışların etkinleşmesindeki veya başlatılmasındaki kalıtsal bir eğilimdir. Zarardan kaçınma, davranışların ketlenmesi veya durdurulmasındaki kalıtsal bir eğilimdir. Ödül bağımlılığı,

davranışların devamlılığı ve sürekliliğinde kalıtsal bir eğilimdir. Dördüncü mizaç faktörü sebat etme ise engellenme, yorgunluk, aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki kalıtsal bir eğilimdir (70).

Mizaç boyutları 4 temel duyguyla ilişkilidir. Zarardan kaçınma korkuyla, yenilik arayışı öfkeyle, ödül bağımlılığı bağıllıkla, sebat etme hırsla ilişkilendirilmiştir. Mizaç boyutları, bu birincil duygular aracılığıyla erken gelişim dönemlerinde gözlenebilmektedir (72).

Dört mizaç boyutu; MSS'ndeki dört varyasyonu yansıtmaktadır. Zarardan kaçınma serotonerjik ve GABAerjik, yenilik arayışı dopaminerjik, ödül bağımlılığı noradrenerjik, sebat etme glutamaterjik projeksiyonlarla ilişkilidir (45).

Dört ana mizaç boyutunun her biri, erken çocuklukta gözlenebilir, zaman içinde görece sabit ve yetişkin davranışlarını orta düzeyde öngören bir özelliktir (73). Geniş ölçekli bir ikiz çalışmasında dört mizaç boyutunun her birinin %50-60 arasında oranlarda kalıtsal olduğu, genetik olarak homojen ve birbirlerinden bağımsız olduğu gösterilmiştir (74). Dört boyutun geçerliliği farklı kültürler ve etnik gruplarda yapılan çok sayıda çalışma ile test edilmiştir ve tutarlı olduğu gösterilmiştir (75–78).

2.3.1.1.1. Yenilik arayışı

Yenilik arayışı yenilik ve ödül sinyallerine yaklaşma, cezalandırma sinyallerinden aktif olarak kaçınmaya yanıt olarak davranışın aktifleştirilmesinde kalıtımsal bir yanlılığı gösterir.

Yenilik Arayışı düzeyi ortalamadan yüksek olan bireyler tempolu, meraklı, kolay sıkılan, çabuk sinirlenen, kararsız, dürtüsel, müsrif ve düzensiz kişilerdir. Yüksek yenilik arayışının avantajları yeni ve alışılmamış uyaranların hevesli

keşfidir. Dezavantajları ise dürtüsellik, öfkeye yatkınlık ve ilişkilerde potansiyel kararsızlıktır (79).

Yenilik arayışı ortalama düşük olan kişiler düşük tempolu, sorgulamayan, katı, sabırlı, dikkatli, tutumlu, duygularını açığa vurmayan, kolay kolay sinirlenmeyen, monotonluğa toleranslı ve düzenlidirler. Bu özellikler uyumsal olarak ihtiyaç duyulduğunda bu kişilerin dikkatli olmaları, sistematik çaba göstermeleri ve titiz davranışlarının olması açısından avantajlıdır. Dezavantajı ise potansiyel olarak aktivitelerin ilerleyici şekilde rutinleşmesine neden olmasıdır (79).

Yenilik arayışında mezolimbik ve mezofrontal dopaminerjik projeksiyonların rolü olduğu gösterilmiştir (84–86). Hayvanlarda dopamin azlığı yapan lezyonlar oluşturarak yapılan çalışmalarda, bunun çevresel uyarıcıların ihmal edilmesine ve spontan aktivitenin azalmasına yol açtığı gösterilmiştir (87). Parkinson hastalığı ile ilgili risk altındaki bireylerle yapılan bir çalışmada bu kişilerde premorbid yenilik arayışı puanları düşük bulunmuştur (88,89).

Hiperaktivite, tıknırcasına yeme, patolojik kumar oynama, internet bağımlılığı, madde bağımlılığı yüksek yenilik arayışı ile ilişkili bulunmuştur (90–94).

2.3.1.1.1. Zarardan kaçınma

Zarardan kaçınma, ceza ve hayal kırıklığı yaratan ödüllendirilmeme sinyallerine tepki olarak davranışın engellenmesinde kalıtsal bir eğilimi yansıtır.

Zarardan kaçınma düzeyi ortalama yüksek olan kişiler ihtiyatlı, temkinli, kaygılı, utangaç ve kolay yorulan kişilerdir. Zarardan kaçınma düzeyi ortalama düşük olan kişiler çoğu insanı endişelendiren durumlarda bile kaygısız, kendinden emin, cesur, enerjik, cana yakın ve iyimserdir.

Zarardan kaçınma düzeyinin yüksek olmasının avantajları, tehlikenin olduğu muhtemel durumlarda ihtiyatlı olmak ve dikkatli planlamadır. Bu durumun dezavantajları ise tehlikenin olası olmadığı ama yine de beklendiği durumlarda ortaya çıkar ve kaygıya yol açar.

Zarardan kaçınma düzeyinin düşük olmasının avantajları tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme ve iyimserliktir. Dezavantajı ise tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserliktir (79).

Zarardan kaçınma, amigdala ve anterior singulat korteks arasındaki güçlü fonksiyonel bağlantı tarafından sağlanan korku veren, hoş olmayan uyaranların algısına daha fazla duyarlılıkla ilişkilidir. Bugüne kadar yapılmış çok sayıda nöropsikolojik çalışmalar ve beyin görüntüleme çalışmaları zarardan kaçınma mizaç özelliğiyle ölçülen davranışsal inhibisyondaki bireysel farklılıkların altında yatan mekanizmanın dorsal raphe çekirdeğinden çıkan serotonerjik ve GABAerjik projeksiyonlar olduğunu göstermiştir (45).

Yüksek zarardan kaçınma anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (8,80–83).

2.3.1.1.3. Ödül bağımlılığı

Ödül bağımlılığı, aralıklı olarak ödüllendirilmiş davranışın sönmesine direnci ve sözel koşullanmaya yanıt vermedeki bireysel farklılıkları belirler, sosyal ödül ipuçlarına karşılık davranışların sürdürülmesindeki kalıtsal eğilimi gösterir (45).

Ödül bağımlılığı düzeyi ortalamadan yüksek olan bireyler sosyal uyaranlara duyarlı, bağımlı, adanmış, yardımsever ve hoş sohbetirler. Avantajı sosyal ilişkilere olan duyarlılıktır, dezavantajı ise aşırı sosyal olarak bağımlı olan kişilerde sıklıkla karşılaşılan öneri ve tarafsızlık kaybıdır (79).

Ödül bağımlılığı düzeyi ortalamadan düşük olan bireyler pratik, sert fikirli, soğuk, sosyal olarak duyarsız, kararsız ve tek başlarına kayıtsızdır. Avantajları, diğerlerini memnun etme çabalarıyla bozulmamış kişisel bağımsızlık ve tarafsızlıktır. Dezavantajları ise sosyal çekilme, ayrılma ve soğuklukla ilgilidir. Ödül bağımlılığı yüksek olan kişilerin sosyal iletişimde daha duyarlı olmaları beklenirken düşük olan kişilerin sosyal açıdan uzak olması beklenir (79).

Ödül bağımlılığının locus cereleustan gelen noradrenerjik uzantılar ve medyan raphe nucleusundan gelen serotonerjik uzantılar tarafından düzenlendiği gösterilmiştir (95,96).

2.3.1.1.4. Sebat etme

Sebat etme engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışların sürdürülmesinde kalıtsal bir yanlılığı yansıtmaktadır. Bu kendini çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gösterir.

Sebat etme düzeyi yüksek olan kişiler engellenme ve yorgunluğu kişisel bir meydan okuma olarak algılarlar ve ödül beklentisine tepki olarak çabalarını yoğunlaştırırlar. Yüksek sebat etme, ödüllerin aralıklı olduğu ancak çevresel koşulların sabit kaldığı durumlarda uyarlanabilir bir davranış stratejisidir. Olasılıklar hızla değiştiğinde ise sebat etme uyumsuz bir davranış haline gelir (79).

Sebat etmesi düşük bireyler sessiz, inaktif, dengesiz ve düzensiz, engellenme ile karşılaştıklarında kolayca pes etme eğiliminde ve daha yüksek başarı için nadiren çaba gösteren kişilerdir. Düşük sebat etme ödül olasılıkları hızla değiştiğinde uyarlanabilir bir davranış stratejisidir ama uzun vadede ortaya çıkan nadir ödülleri olduğunda uyumsuz olabilir (79).

Sebat etmenin davranışsal inhibisyonla davranışsal

aktivasyon sistemine kısa bir devre olduğu düşünölen glutamaterjik projeksiyonla (hipokampal subikulumdan nucleus accumbense uzanır) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Böylece şartlı bir cezalandırma sinyali, beklenen ödölün koşullandırılmış bir sinyaline dönüştürölür (45).

2.3.1.2. Karakter

Kendilik kavramı gelişiminin üç yönü bir kişinin kendini ne ölçüde otonom bir kişi, insanlığın bir parçası ve evrenin bir parçası olarak tanımladığına göre değişmektedir. Kendilik kavramının bu üç yönü kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşma (KA) olarak tanımlanan üç karakter boyutuna karşılık gelmektedir. Karakter boyutları kişinin kendini kabul, diğör insanları kabul ve genel olarak doğayı kabul yönlerini değerlendirir (79).

Karakter, kişiliğin kavramsal çekirdeğini oluşturur. Karakter, zihinsel öz-yönetim olarak tanımlanabilir. Yapısal ve işlevsel nörogörüntölleme bulguları, karakterin spesifik neokortikal öğrenme ve bellek ağlarında başlatılan sembolik yorumlama, soyutlama vb. gibi daha yüksek bilişsel fonksiyonları içerdiğini göstermiştir. Sembolik hafıza fonksiyonları, mizacın duygusal olarak düzenlediğı duyuşsal algıların bilişsel olarak işlenmesi yoluyla mizaç ile etkileşir. (45).

Karakter, bebeklik döneminden geç ergenlik dönemine doğru kademeli olarak yavaş yavaş artan değişimlerle olgunlaşır. Mizaç özellikleri sistematik kültürel yanlılıklar ve rastgele yaşam olayları ile beraber, kendilik ve dış dünya hakkında içselleştirilmiş kavramlar olarak ifade edilen karakter gelişimini ciddi olarak etkilerler. Gelişmekte olan karakter özellikleri, kişinin duygusal ihtiyaçları ile sosyal çevresi arasındaki uyumsuzlıkları azaltarak mizacın çevreye uyumunu

optimize eder (71).

2.3.1.2.1. Kendini yönetme

Kendini yönetme, bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerler doğrultusunda davranışı kontrol etme, düzenleme ve uyum sağlama yeteneğine işaret eder. Bireylerin yönetici yetkinliklerindeki farklılıkları gösterir.

Kendini yönetme düzeyi yüksek olan bireyler kendine yeten, sorumlu, güvenilir, becerikli, amaç odaklı, benlik saygısı yüksek ve kendini olduğu gibi kabul eden bir kişilerdir. Bunun avantajı bu kişilerin gerçekçi ve etkili olmaları ve davranışlarını bireysel olarak seçilmiş, gönüllü amaçlarla uyumlu hale getirebilmeleridir.

Kendini yönetme düzeyi düşük olan bireyler suçlayıcı, çaresiz, sorumsuz, güvenilmez, tepkiseldir. Bu kişiler içsel olarak anlamlı hedefleri tanımlayamaz, ayarlamaz ve takip edemezler. Bu durum bireye nadiren avantaj sağlar (79).

Kendini yönetme, kişilik bozukluğu varlığının ve yokluğunun temel belirleyicisidir. Kendini yönetme düzeyinin düşük oluşu kişilik bozukluğunun bütün kategorilerinin en temel karakteristiğidir. Diğer kişilik özelliği ve şartlar ne olursa olsun eğer kendini yönetme düzeyi düşük ise kişilik bozukluğu var demektir (97).

2.3.1.2.2. İşbirliği yapma

İşbirliği yapma, diğer insanlarla özdeşim ve diğer insanları kabuldeki bireysel farklılıkları yansıtmaktadır. İşbirliği yapma düzeyi yüksek olan insanlar kendilerini toplumun ayrılmaz bir parçası olarak görürler, empatik, hoşgörülü, şefkatli, destekleyici ve ilkeli olarak tanımlanırlar. Bu özellikler takım çalışması ve sosyal ortamlarda avantaj sağlar ancak yalnız bir şekilde yaşamak zorunda olan bireyler

için dezavantaj olabilir (79).

İşbirliği yapma düzeyi düşük olan insanlar sinsî, hoşgörüsüz, eleştirel, intikamcı, fırsatçı, diğer insanların hak ve duygularına karşı düşüncesiz olma eğiliminde olan ve öncelikle kendisini düşünen kişilerdir (79).

Kişilik bozukluğunun bütün türleri düşük işbirliğine yatkınlık ile ilişkilidir (68).

2.3.1.2.3. Kendini aşma

Kendini aşma genel olarak bir bütünün temel ve önemli parçalarını oluşturan her şeyle özdeşim anlamına gelmektedir. Her şeyin bir bütünün, bir toplamın parçası olduğu ‘birleştirici bilinç’ durumudur. Bu birleştirici bilinç durumu doğayı ve doğanın kaynaklarını kabul etme, onlarla özdeşleşme veya ruhani ve manevi bir birlik kurma olarak tanımlanabilir. Bu boyutta değerlendirilen maneviyatçılık ve diğer olgular, özellikle 35 yaş üstü kişilerin uyumu ve kişisel doyumunda önemlidir (79).

Kendini aşma düzeyi yüksek olan bireyler mantıklı, anlayışlı, idealist, düşünceli ve inançlı olarak tanımlanır. Bu özellikler insanın ilerleyen yaşla birlikte kaçınılmaz olan acı çekme, hastalık ve ölüm gibi durumlar için avantajlıdır. Modern, materyalist toplumlarda dezavantaj olarak değerlendirilebilir. Kendini aşma düzeyi düşük olan insanlar pragmatik, nesnel, materyalist, kontrol edici ve iddialı olma eğilimindedir (45).

2.2.2. Kişilik ve Depresyon

Kişilik ve depresyon ilişkisini anlamak depresyon etiyolojisini ve komorbiditesini aydınlatma, risk altındaki bireyleri belirleme, tedaviyi kişiliğe göre uyarlama ve tedaviye yanıtı tahmin etme açısından önemlidir (45).

Kişilik ve depresyon ilişkisi antik çağlardan beri bilinmektedir. Hipokrat ve sonra Galenos psikopatolojiyle bağlantı kurdukları mizaç özellikleri tanımlamışlar, kara safralı (melankolik) mizacı depresyonla ilişkilendirmişlerdir (5). Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkiler Freud' un yazılarında da kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır (6).

Daha yakın bir geçmişte Cloninger' in hem normal kişiliği hem de patolojik durumları tanımlamak için geliştirdiği biyopsikososyal kişilik modeli (7), kişilik özelliklerinin depresyona katkısının incelendiği birçok çalışma için teorik zemin oluşturmuştur.

Kişilik ve depresyon arasındaki ilişkiler oldukça karmaşıktır ve birbirinden farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlara baktığımızda kişilik özellikleri; depresif bozukluklardan tamamen bağımsız olabilir, depresyonla ortak bir etiyolojiye sahip olabilir, depresyona yatkınlık oluşturabilir (savunmasızlık modeli), depresyonun subklinik görünümü şeklinde olabilir, depresyonun klinik prezentasyonunu ve prognozunu etkileyebilir (patoplasti modeli), mevcut depresif döneme özgü durumsal özelliklerden etkilenebilir (durum etkisi), depresif dönemlerin bir sonucu olabilir (skar etkisi) (98–100).

Kişiliğe farklı yönlerden yaklaşarak kişiliği açıklamaya çalışan yaklaşımlar psikanalitik yaklaşım, ayırıcı özellik yaklaşımı, biyolojik yaklaşım, insancıl yaklaşım, davranışsal/sosyal öğrenme yaklaşımı ve bilişsel yaklaşım şeklinde altı başlıkta toplanabilir. Her bir yaklaşım insan kişiliğinin farklı bir boyutuna odaklanıp davranışları açıklamaya çalışmıştır (101).

Depresyona bu altı yaklaşım açısından ayrı ayrı bakıldığında, Freud psikanalitik kuramıyla depresyonu nesne kaybı, özdeşleşme, içe atım kavramlarıyla açıklamıştır. Ayırıcı

özellik kuramcılarına göre bir insanın depresif duyguları dahil o günkü genel duygu düzeyi, gelecekteki duygularının bir göstergesidir. Biyolojik kişilik yaklaşımına göre bazı insanlar biyolojik olarak depresyona daha yatkındır ve stresli durumlarda diğer insanlara kıyasla depresyona girme ihtimalleri daha yüksektir. İnsancıl kişilik kuramcıları, sık depresyona giren insanları kendi değerlerinin bilincine varamamış, öz saygısı düşük insanlar olarak tanımlar. Davranışsal/sosyal öğrenme yaklaşımı, depresyonu öğrenilmiş çaresizlik modeliyle açıklar. Bilişsel yaklaşım ise depresyona yatkın bireyleri mümkün olan en olumsuz senaryoyu düşünen, kötümser ve olumsuz yaşam deneyimlerini daha sık hatırlayan kişiler olarak tanımlar (101).

Cloninger' in kişilik modeline dayanarak geliştirilen “Mizaç ve Karakter Envanteri” kullanılarak yapılan birçok çalışmada hem klinik örneklem hem de sağlıklı deneklerde mizaç ve karakter ile depresyon arasındaki ilişki gösterilmiştir. Zarardan kaçınma mizaç boyutu ve kendini yönetme karakter boyutu, depresyon ve depresif duygulanım ile hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (8,10,78,102–104). Zarardan kaçınma düzeyinin yüksek, kendini yönetme düzeyinin düşük olması aynı zamanda çeşitli psikiyatrik bozuklukların genel bir karakteristiği olarak kabul edilir (105). MKE'nin yedi kişilik boyutu ile DSM-III' te yer alan psikopatolojiler arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada, kendini yönetme kişilik boyutunun psikopatolojilerin çoğu ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (97).

Depresif hastalarda işbirliği yapma karakter boyutunun düşük olması sıklıkla gösterilen bir diğer kişilik özelliğidir (106–108). Yenilik arayışının ise depresif hastalarda düzeyinin düşük olduğunu gösteren az sayıda çalışma olsa da birçok

çalışmada depresyon ile arasında ilişki bulunmamıştır (69,102).

Kişiliğin gelecek depresif ve disforik dönemleri yordayıcılığını araştıran çalışmalarda, yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetmenin yordayıcılığı en güçlü kişilik boyutları olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar zarardan kaçınmanın depresyon için bir savunmasızlık faktörü, kendini yönetmenin ise depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğu şeklinde yorumlanabilir (3,109).

Yüksek yenilik arayışı ve düşük kendini yönetmenin psikiyatri hastalarında intihar girişimini güvenilir bir şekilde yordadığı gösterilmiştir (110,111). İntihar girişimi olan, intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan MDB'li hastaların kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, intihar girişimi olanların zarardan kaçınma mizaç özelliğinin intihar düşüncesi olan ve olmayan hastalardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kendini yönetme karakter boyutu ise hiç intihar girişimi olmayanlarda diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (112).

Zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları depresyon şiddeti ve süresi, depresif epizodların sayısı ve tedavi yanıtı ile de ilişkili bulunmuştur (8,113,114).

Cloninger' in kişilik modeline dayanarak depresyon için kişiye özgü tedavi planı sağlayabilecek önerilerde bulunulmuştur. Mizaç kişiliğin biyolojik yanını, karakter ise bilişsel tarafını yansıtır. Buradan yola çıkarak mizaç özelliklerinin farmakoterapötik ve karakter özelliklerinin psikoterapötik yöntemlerle tedavi edilebildiği söylenebilir. Karakterin psikotrop ilaçlarla değişmesi beklenmemektedir.

Farmakoterapi ile mizaca müdahale edildiğinde, kişiyi daha iyi bir uyuma götürecek afektif ve öğrenme süreçlerindeki değişimlerin kolaylaşması beklenmektedir. Zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve yenilik arayışının sırasıyla serotonerjik,

noradrenerjik, dopaminerjik nörotransmitter sistemlerdeki bireysel farklılıkları yansıtabileceğini hatırlarsak farmakolojik tedavi altta yatan bu nörofizyolojik süreçler hedef alınacak şekilde düzenlenebilir. Ancak yine de bu ilişkilerin oldukça spekülatif oldukları ve yalnızca sistematik ampirik araştırmalar için bir kuramsal çerçeve sağladıklarını belirtmek gerekir (115).

2.3. Üstbilişsel Kuram

2.3.1. Tanım ve tarihçe

Üstbilişin bugüne kadar birçok tanımı yapılmıştır. Üzerinde anlaşılmış bir tanım bulunmamakla birlikte üstbiliş, en genel anlamıyla bilişe uygulanan biliş şeklinde tanımlanabilir.

Üstbiliş çalışmaları ilk olarak gelişim psikolojisi alanında çocuk psikologlarının, çocukların bilişsel gelişim ve olgunlaşma ile ilişkili muhakeme yeteneklerindeki değişiklikleri analiz etmeleri ile ortaya çıkmıştır. Daha sonra bellek psikolojisi, yaşlılık psikolojisi ve nöropsikoloji alanlarında çalışmalar yapılmıştır. Psikolojik bozuklukların açıklanmasında ele alınmaya başlanması ise daha yakın geçmişe dayanır (12).

Üstbiliş kavramını ilk olarak Flavell (1971)'in tanımladığı kabul edilmektedir. Flavell küçük çocukların bilişsel gelişimi, bellek işlevleri, sınırlılıkları, kullandıkları stratejiler ile ilgili yaptığı çalışmalar sonucunda üstbilişi, üstbilişsel bilgi ve deneyimler şeklinde ikiye ayırarak incelemiştir. Üstbilişsel deneyimi, bireyin kendi öğrenme ve bellek süreçleri üzerindeki kontrolü şeklinde tanımlamıştır. Üstbilişsel bilgiyi ise bireyin kendisi ve bilişsel süreçleri ve bu süreçlerin birbirleriyle nasıl etkileşime girdiği hakkında sahip olduğu bilgi ve inançlar şeklinde tanımlamıştır (11).

Brown, eğitim psikolojisi alanında öğrencilerle yaptığı çalışmalar sonucunda üstbilişi, öğrencilerin planlanmış öğrenme ve problem çözme durumlarında kullandıkları düşünme süreçlerinin farkındalığı ve bu süreçlerin düzenlenmesi şeklinde tanımlamıştır. Üstbilişi planlama, izleme, değerlendirme ve tahmin olarak dört yetenek altında ele almıştır (116).

Forrest üstbilişi, bireyin bilişi hakkında bildikleri ve bu bilişleri kontrol yeteneği olarak tanımlamıştır (117). Hanten ise 2004 yılında üstbilişi, gelişimsel bir süreç ve “mevcut görüşlerin farkında olma, bu görüşleri değerlendirme ve yeniden düzenlemenin gerekli olduğu durumları bilip düzenleyebilme” şeklinde tanımlamıştır. Bununla birlikte üstbilişin yaşla birlikte arttığını ve farklı unsurlarının farklı gelişimsel zaman dilimlerine sahip olduğunu göstermiştir (118).

Dunlosky ve Metcalfe’ ye (2009) göre insanı anlamak için yeni bir bakış açısı geliştirmiş olan üst bilişle ilgili bugüne kadar yapılan kuramsal ve deneysel çalışmalar, üst bilişsel psikoloji ekolünü doğmakta olduğunu göstermektedir. Üstbiliş, insan zihnini kendini izleyen ve denetleyen bir yapı ve insanı kendini düzenleyebilen bir sistem olarak ele alan bir model oluşturmaktadır (119).

2.3.2. Üstbilişsel kurama göre psikopatoloji

Geçmişten günümüze psikiyatrik bozukluklarının oluş mekanizmaları açıklanırken çok sayıda kuram öne sürülmüştür. Üstbiliş kuramı son yıllarda bu konuda dikkat çeken ve üzerinde çok sayıda araştırma yapılan kuramlardan biridir.

Üstbilişin psikolojik bozukluklar açısından incelenmesi Wells ve Matthews (1994)’ in çalışmalarıyla başlamıştır (120). Wells ve Matthews, üstbiliş bağlamında psikolojik bozukluklar

için temel olan “Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Modeli (KDYİ- S-REF Self-Regulatory Executive Function Model)’’ni önererek psikolojik bozukluklar için üstbilişsel bir çerçeve çizmişlerdir (121).

Üstbilişsel modele göre, ruhsal bozuklukların hem ortaya çıkmasında hem de devam etmesinde bilişlerin içeriğinden çok, bu bilişlerin hangi süreçleri etkilediği ve bu süreçlerdeki bozulmalara yanıt olarak kişilerin uyuma yönelik olmayan hangi tepkileri gösterdiği ve ortaya çıkan bu tepkileri kontrol etmek için hangi başa çıkma yöntemlerini kullandıkları önemlidir (12).

Çoğu insan tehlike, kayıp ve değersizlik ile ilgili düşüncelere sahiptir ancak bu düşüncelerin neden olduğu endişe ve üzüntü gibi duygular gelip geçicidir, psikolojik bozukluğa neden olmaz. Üstbilişsel yaklaşıma göre psikolojik bozukluğa neden olan şey düşünceler ve duygular değil bunlar içinde sıkışıp kalma durumudur. Uyumsuz üstbilişler, işlevsiz düşünme biçimlerine neden olarak kişiyi uzamış ve tekrarlayıcı negatif düşünce içeriklerine saplayarak düşüncelerin ömrünü uzatır ve psikopatolojiye zemin hazırlar (12).

Psikolojik bozukluklar ile üstbiliş arasındaki ilişkiler, üstbilişsel özelliklerin psikolojik bozukluğa göre farklılık gösterebileceği ve bozukluğun şiddeti ile ilişkili olabileceği çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir (13,122).

2.2.2.1 Kendini düzenleyici yönetici işlev (S-REF)

S-REF modeli, psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel kavramsallaştırılmasında temel modeldir. Bu modele göre ruhsal bozuklukların yukarıdan aşağıya kontrol edildiği ve sürdürüldüğü düşünülmektedir (121).

Modelde bilişsel süreçler, birbiri ile etkileşim halindeki üç seviye boyunca yayılmaktadır: otomatik ve refleksif bilgi

işleme (alt düzey işleme), düşünce ve davranışların çevrimiçi olarak bilinçli işlenmesi (tanımlanmış bilişsel tarz) ve uzun süreli hafızada saklanan üstbilişsel bilgi ve inançlar (meta-sistem/üst düzey işleme) (123).

S-REF modelinin bilişsel dikkat sendromu (BDS), üstbilişsel bilgi ve inançlar, dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolü ve zihinsel modlar olmak üzere 4 temel bileşini bulunmaktadır (121).

Üstbilişler, başa çıkma stratejileri için yukarıdan aşağıya genel bilgileri sağlar. Düşük seviyeli ağlardan gelen girdiler (olumsuz otomatik düşünce vb.) üstbilişsel bilgi ve inançlar aracılığıyla bir başa çıkma stratejisini (BDS) etkinleştirir. Denetleyici yönetici kontrol olarak adlandırılan çevrimiçi bir süreç başa çıkma yanıtının etkinliğini kontrol eder ve değerlendirir (12).

2.2.2.2 Bilişsel dikkat sendromu

S-REF modeli, ruhsal bozuklukların altında yatan temel mekanizmanın bilişsel dikkat sendromu (BDS) olduğunu savunur. BDS, kendine odaklı dikkatin aşırı artması ile kişiyi uzayan ve tekrarlayan bir duygusal deneyimin içine hapseder, düşünce ve duygu üzerinde kontrolün kaybedildiği algısına ve çaresizlik hissine neden olur. Çoğu insanda olumsuz kendini değerlendirme anları nispeten kısa sürse de bazı insanlarda olumsuz duyguların ve olumsuz kendini değerlendirmenin uzun süreli ortaya çıkışı, BDS'nin tekrarlayan aktivasyonundan kaynaklanmaktadır (12).

BDS endişe ve ruminasyon, tehdit tarama, yardımcı olmayan düşünce kontrol stratejileri ve adaptif öğrenmeyi engelleyen davranış biçimleri (düşünce baskılama, davranışsal ve duygusal kaçınma) bileşenlerini kapsamaktadır (12).

Endişe ve ruminasyon, yanlılık içeren düşünme

süreçleridir. Bireyin olumsuz bilgiye odaklanmasına neden olarak çarpıtılmış bir benlik ve dünya algısı oluştururlar. Bu düşünme biçimleri, bireyin gerekli alanlarda işe yarayacak dikkat kaynaklarını tüketerek net ve kontrollü karar verme ve düşünme süreçlerini olumsuz etkiler. Kişi bu süreçlerin çoğunlukla farkında değildir. Farkındalığın az olması, kontrolün kaybolduğu hissine katkıda bulunur (12).

Endişenin panik bozukluk, sosyal fobi, sağlık anksiyetesi, travmatik stres ve yaygın anksiyete bozuklukları ile belirgin olarak ilişkili tekrarlayıcı düşünme biçimi olduğu gösterilmiştir. Ruminasyonun ise depresif duygudurum ve depresyon ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (124).

Tehdit tarama bileşeni, dikkati potansiyel tehdit kaynaklarına odaklar, duygusal aktivasyonu arttırıp sürdürerek öznel tehlike algısını arttırır. Kişinin gittikçe tehlikeye daha duyarlı hale gelmesine neden olur. Bilişin tehlike içermeyen normal çevreye odaklanma sürecini baskılar (12).

Düşünce kontrol stratejilerinden biri düşünce baskılamadır. Düşünce baskılama, tekrar tekrar maruz kalınarak gerçekleşen duygusal alışma gibi düzeltici duygusal işlemlemeye engel olur. İstenmeyen düşünceleri engellemede geçici bir yarar sağlıyor gibi görünse de kalıcı bir etki göstermez ve bu başarısızlık, kontrol kaybı olarak yorumlanabilir (12).

Duygusal ve davranışsal kaçınma, bireyi durumlarla başa çıkabileceğini ve duygularının tehlikeli olmadığını keşfetme sürecinden mahrum bırakır. Olumsuz düşünce ve inançların gerçeklik testini engelleyerek ileriye dönük tehlike algısını sürdürür (12).

Özetle kaygı ve üzüntü bağlamındaki olumsuz duygu ve düşünceler iyilik haline dair bir tehlike bulunduğunu gösteren

içsel sinyaller olarak kabul edilir ve normalde bunların ömrü sınırlıdır. Psikolojik bozukluklar, bu duygusal yanıtların sürmesinden kaynaklanır. Duygusal yanıtların sürdürülmesinin nedeni, kişinin düşünme biçimi ve kullandığı stratejileri kapsayan BDS'dir. BDS ise üstbilişsel bilgi ve inançların ürünüdür.

2.2.2.3 Üstbilişsel inançlar

BDS, bilişler hakkındaki hatalı inançlar tarafından kontrol edilmektedir. Üstbilişsel inançlar, bilişlerin BDS'yi etkinleştirip etkinleştirmeyeceğini belirler. Uyumsuz üstbilişsel inancın olumlu ve olumsuz olmak üzere iki farklı içerik alanı tanımlanmıştır.

Olumlu üstbilişsel inançlar endişenin, ruminasyonun, tehdit taramanın ve benzer stratejilerin yararlı olduğu ile ilgilidir. Olumsuz metakognitif inançlar ise düşüncelerin kontrol edilemezliği ve düşüncelerin tehlike, önem ve anlamı ile ilgilidir.

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel modelinde merkezi olan üstbilişsel inançlar başta olmak üzere birçok parametreyi ölçmek için Üstbiliş Ölçeği-30 (Metacognitions Questionnaire-30) geliştirilmiştir. Ölçek, beş alt ölçekten oluşmaktadır: endişe ile ilgili olumlu inançlar, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, düşük bilişsel güven, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve bilişsel farkındalık (125,126).

1. Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar: Kişinin sürekli düşünmesinin faydalı olduğuna ne kadar inandığını ölçen alt boyutudur; “Endişelenmek sorunlardan kaçınmama yardım eder”, “Endişe etmek başa çıkmama yardımcı olur” gibi inançlardan oluşur.

2. Kontrol Edilemezlik ve Tehlike ile İlgili Olumsuz İnançlar: Kişinin düşünmenin tehlikeli ve kontrol edilemez

olduğuna dair olumsuz inanışlarını ve sürekli düşünmenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna ne derece inandığını ölçen alt boyutudur; “Düşüncelerimi kontrol etmek çok zor” ve “Endişe etmeye başladığımda duramıyorum” gibi inançlardan oluşur. Kişi düşüncelerinin tehlikeli olduğunu ve kontrol edilmesi gerektiğini düşünmektedir.

3. Düşük Bilişsel Güven: Dikkat ve hafızaya olan güveni ölçen alt boyutudur. “Zayıf bir hafızam vardır.”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum.” gibi üstbilişsel inanışlardan oluşur.

4. Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı: Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı meydana gelecek sonuçlardan korkması ve bu durumun sorumluluğunu fazla üstlenmesi ile ilişkilidir. “Düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Düşüncelerimi kontrol edememem bir zayıflık belirtisidir” gibi üstbilişsel inanışları içerir.

5. Bilişsel Farkındalık: Kişinin düşüncelerini izleme, düşünce sürecine odaklanma ve dikkatini içeriye doğru odaklama eğilimini ölçen alt boyutudur. “Düşüncelerim hakkında fazla düşünürüm”, “Zihnimin nasıl çalıştığıyla yakından ilgilenirim” gibi üstbilişsel inanışlardan oluşur (12).

İşlevsel olmayan üstbilişlerin sürekli duygu, anksiyete ve ona bağılı bozukluklar, depresyon, psikotik semptomlar ve bozukluklar, alkol bağımlılığı ve sağık durumu ile ilgili stres ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (13,18,127,128).

2.3.3. Üstbilişsel kurama göre depresyon

Depresyonun üstbilişsel modeli ve tedavisi, depresyonda BDS’nin temel bileşeni olan ruminasyonun nedenlerini anlamaya ve yardımcı olmayan bu işlemlemeyi kaldırmaya odaklanır.

Ruminasyon depresyonda olan kişinin depresif semptomlarının sebepleri, anlamları ve sonuçlarına tekrar tekrar odaklanmasını içerir (51). Ruminasyon duygular, olumsuz düşünceler ve deneyimlerle başa çıkmayı hedefleyen, tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan, gönüllü ve aktif başa çıkma stratejisidir (120). Kişiler ruminasyon yaparak, ‘Niçin bu şekilde hissediyorum?’, ‘Bu, benim hakkımda ne anlatıyor?’ ve ‘Nasıl daha iyi hissedirim?’ gibi çoğu zaman net cevabı olmayan sorulara cevap arar. Ruminasyon, daha çok geçmiş odaklıdır. Kişinin olumsuz duygu ve düşüncelerine ruminasyonla yanıt vermesine neden olan sahip olduğu üstbilişsel inançlarıdır (12).

Depresyonda BDS’ nin bir diğer bileşeni endişe etmedir. Endişe de ruminasyon gibi tekrarlayıcı bir düşünme tarzıdır, gönüllü ve aktif bir başa çıkma stratejisidir. Endişe daha çok gelecek odaklıdır. Hastalar depresif semptomların yeniden oluşması hakkında endişe eder ve gelecekte başa çıkıp çıkamama konusunu felaketleştirirler (12).

Depresyonda tehdit tarama, depresyonun semptomlarına ve kişinin ruh hali değişikliklerine odaklanması şeklinde ortaya çıkar. Hastalar enerji seviyeleri, yorgunluk belirtileri, ruh hali değişikliklerini tararlar (12).

Depresyonda adaptif olmayan başa çıkma davranışları aktivitelerden ve sosyal iletişimden kaçınmayı içerir. Böylece kişi ruminasyon ve endişe için kendine daha fazla zaman yaratır. Dinlenmenin iyi geleceğine yönelik inanç nedeniyle aktiviteler azaltılır (12).

Depresyonda tipik bir içsel tetikleyici; benlikle, gelecekle veya dünyayla ilgili olumsuz bir düşünce, yorgunluk hissi, isteksizlik, üzüntü gibi semptomlardır. Tetikleyiciler, olayın anlamı ya da sebepleri ile ilgili düşünmeyi yani ruminasyonu devreye sokacak işlevsel olmayan olumlu

üstbilişsel inançları aktive eder. Olumlu üstbilişler, depresyona işaret ettiği için tehlikeli görülen belirti ve semptomları taramanın önemi ile ilgilidir ve semptomların anlamı, sebepleri ve hayat koşulları üzerinde kişinin uzun süre kafa yormasına neden olur. Bu durum depresif semptomların süresini uzatır ve yoğunlaştırır. Semptomların sürmesi sonucunda, olumsuz üstbilişsel inançlar aktive olur ya da güçlenir, depresif düşünce ve semptomların kontrol edilemez olduğuna dair inançlar iyice artar. Olumsuz üstbilişler ayrıca ruminasyonun azalmış farkındalığına neden olur. Depresyona eşlik eden davranış azalmaları ve motivasyon kaybı gibi davranışsal yanıtlar ruminasyona katkıda bulunur. Depresyon, ruminasyon ve eşlik eden işlevsiz tepki paternleri tarafından sürdürülür ve şiddetlenir (12,120,121).

Depresyonu üstbilişsel yaklaşım açısından ele alan çalışmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Çalışma sonuçları üstbilişsel modeli destekler niteliktedir.

Klinik olmayan bir popülasyonda (n=250) bilişler ve üstbilişlerin depresif belirtilere katkılarını ve aralarındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada, üstbilişsel inançların bilişsel alandaki işlevsel olmayan inançlardan daha fazla depresif belirtilere katkıda bulunduğu gösterilmiştir (129).

Klinik olmayan bir örnekleme depresif belirtiler, ruminasyon, fonksiyonel olmayan tutumlar ve üstbilişsel inançların değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada yaş, cinsiyet, ruminasyon ve fonksiyonel olmayan tutumlar kontrol edildikten sonra üstbilişsel inançların depresif belirtilere anlamlı bir katkı sağladığı gösterilmiştir (130).

İran’ da 260 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada üstbilişsel inançların kaygı ve depresyonla ilişkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar ve düşük bilişsel güven ile

kaygı ve depresyon arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Kontrol edilemezlik ve tehlikeyle ilgili olumsuz inançlar faktörünün hem depresyon hem de kaygı için en iyi yordayıcı olduğu gösterilmiştir (131).

Fransa’da genel popülasyon ve MDB’li yatan hastaların Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30) ile değerlendirildiği bir çalışmada, MDB’li hastalarda tutarlı bir üstbilişsel inanç kalıbı ortaya konmuştur. Bu grupta kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve düşük bilişsel güven boyutları depresyon ile pozitif korele bulunmuştur. Olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutları daha güçlü korelasyon göstermiştir ve bu boyutlar depresif hastaları ve klinik olmayan örneklemden ayırt etmiştir (132).

MDB tanısı almış hastalarda üstbilişsel işlevlerin (ÜBO-30) sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hasta grubunda üstbiliş toplam puanının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Üstbilişin endişe ile ilgili olumlu inançlar alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlarının ayrı ayrı puanları depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (133).

Depresyonda olan (n= 37), depresif dönem geçirmiş (n= 81) ve hiç depresif dönem geçirmemiş kontrol (n=50) grubu ile yapılan bir çalışma, depresyonun üstbilişsel modeline destek sağlamıştır. Üstbilişler anksiyeteyi kontrol ettikten sonra depresyon şiddeti puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Depresif grup, hiç depresyona girmemiş gruba göre daha fazla işlevsiz üstbilişe sahip bulunmuştur. Kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, daha önce depresif olan grupta hiç depresyona girmemiş gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, üstbilişlerin

depresyon için kırılganlık faktörü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Depresyonu yordamada en önemli faktörlerin anksiyete belirtileri ve kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar olduğu gösterilmiştir (134).

2.3.4. Metakognitif terapi

Metakognitif terapi (MKT) S-REF modeline dayanan, psikopatolojiyi BDS aracılığıyla açıklayan, BDT kadar etkin olduğu gösterilmiş, hem psikolojik bozukluğa özgü hem de transdiagnostik yaklaşım fırsatı tanıyan, BDT ile bazı noktalarda benzeyen ve mevcut haliyle farklı psikiyatrik bozukluklar, yaş grupları ve ortamlarda uygulanabilen bir psikoterapi yöntemidir (135).

Beck' in Bilişsel Davranışçı Terapisi' nin temel prensibi, düşünce içeriğindeki bozuklukların ve yanlışlıkların psikolojik bozukluğa neden olduğudur ve içerik odaklıdır (61,62). MKT ise süreç odaklıdır. MKT bilişlerin içeriğinden ziyade olumsuz bilgiyi bulan ve kullanan bilişsel süreçler ve kişilerin bu süreçlere verdikleri uyuma yönelik olmayan tepkilerle ilgilenir. MKT' de içeriğe odaklanma BDT' deki gibi kendilik, diğer insanlar ve dünya hakkındaki işlevsiz inançlarla değil, üstbilişsel inançlarla ilgili olur. Tekrarlayan bir şekilde hatalı bilgi üreten veya onları muhafaza eden süreçlere odaklanır (12).

BDT'nin depresyon nüksünü önlemede farmakoterapiden daha etkili olabileceği birçok çalışmada gösterilmiş olsa da; tekrarlayan depresif dönemler önemli bir sorun alanı olmaya devam etmektedir (136–138). İzlem çalışmalarında BDT ile tedavi edilen hastalarda %50 oranında relaps olduğu gösterilmiştir (139). Bu bulgular, MDB'yi daha etkili şekilde tedavi etmek için özel ilgiyi hak edecek başka alanların olabileceğini düşündürmektedir (140).

Yapılan çalışmalarda MKT'nin depresyon tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (141,142). Ayrıca MKT'nin farmakoterapiden daha etkili olduğu, BDT kadar etkili olduğu ya da BDT'den daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.

Ashouri ve ark. yaptıkları çalışmada, depresyon hastalarında metakognitif terapinin farmakoterapiden daha etkili olduğunu ve BDT ile benzer etkiler gösterdiğini bulmuşlardır (143). Nordahl kısa süreli metakognitif terapi ile standart tedavi olarak bilişsel davranışçı terapiyi karşılaştırdığı çalışmasında metakognitif terapinin daha etkili olduğunu göstermiştir (144). MKT ve bilişsel davranışçı terapilerin karşılaştırıldığı çalışmaların değerlendirildiği yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında, MKT'nin daha etkili olduğu görülmüştür ancak dahil edilen çalışmalardaki örneklem büyüklüklerinin küçük olmasından dolayı bu bulguların dikkatlice yorumlanması gerektiği belirtilmiştir (63). Sonuç olarak MKT'nin en azından standart bilişsel müdahaleler kadar etkili olduğunu söylemek mümkündür.

2.4. Kişilik, Üstbiliş ve Depresyon

Kişilik ile üstbilişsel kuramın varsayımları arasındaki ilişki son yıllarda dikkat çekmeye başlamış bir konudur. Araştırmalar daha çok kişilik bozuklukları ve tedavisi üzerinde yoğunlaşmıştır (145,146). Diğer psikiyatrik belirti ve bozukluklarda kişilik ve üstbiliş etkileşimini inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Kişilik özellikleri ve üstbiliş ilişkisinin (n=130) incelendiği bir çalışmada, ÜBÖ-30 ve Beş Faktörlü Kişilik Envanteri kullanılmıştır. Bu çalışmada, üstbiliş ve sorumluluk kişilik özelliği arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Duygusal labilite (nörotisizm) ile ÜBO-30 toplam puanı arasında zayıf ama pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Nörotisizm, üstbilişin kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel farkındalık boyutları ile güçlü pozitif ilişkili bulunurken; endişe ile ilgili olumlu inançlar ve bilişsel güven boyutları ile orta derecede negatif ilişkili bulunmuştur. Dışadönüklük, deneyime açıklık, yumuşak başlılık kişilik boyutları, endişe ile ilgili olumlu inançlar ve bilişsel güven arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki; kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar arasında ise yüksek düzeyde negatif ilişki saptanmıştır (147).

Kişilik ve üstbiliş çalışmalarının bir diğer amacı da üstbilişsel süreç ve inançların, kişilik ile psikiyatrik belirti ve bozuklular arasındaki ilişkiye nasıl aracılık ettiğini göstermek olmuştur.

Problemlili Facebook kullanımında kişilik, üstbiliş ve motivasyonun etkilerini ve bağlantılarını araştıran bir çalışma 815 üniversite öğrencisiyle yapılmıştır. Emosyonel stabilite kişilik özelliğinin, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar aracılığıyla problemlili Facebook kullanımını dolaylı olarak etkilediği bulunmuştur (148).

Sağlıklı deneklerde (n= 135) Cloninger' in mizaç ve karakter boyutları ile halüsinasyona yatkınlık arasında üstbilişlerin aracı rolü araştırılmıştır. Kendini yönetme ve kendini aşma karakter boyutları ile halüsinasyona yatkınlık arasındaki ilişkiye kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançların kısmi aracılık ettiği bulunmuştur (149).

Üstbilişsel inançların, mizaç ile anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir. Bu çalışmada mizacı değerlendirmek için Strelau Mizaç Envanteri kullanılmıştır (26).

Yapılan bir başka çalışmada Heiden ve ark. (2010) yaygın anksiyete bozukluğunda (n=137) savunmasızlık faktörleri olarak kişilik özellikleri ve üstbilişsel inançları

(olumlu ve olumsuz) değerlendirmiştir. Olumsuz üstbilişsel inançların nörotisizm ile YAB semptomları arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiğini bulmuşlardır (150).

Yaygın anksiyete bozukluğu için MKT ve bilişsel terapinin kişilik değişimi ilişkili olup olmayacağı araştırılmıştır. YAB olanlar tedavi öncesi yüksek nörotisizm, düşük dışa dönüklük ve deneyime açıklık göstermiştir. Tedavi sonrası nörotisizmde azalma, dışa dönüklük ve deneyime açıklıkta artış gözlenmiştir. MKT'nin BDT ile karşılaştırıldığında nörotisizm puanlarında azalma ile daha ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu üstbilişsel müdahalelerin kişilik üzerinde değişiklikler sağladığını gösteren ilk çalışmadır. Sonuçlar, bir savunmasızlık faktörü olan nörotisizmin üstbilişsel yaklaşımlarla normale döndürülmesinin nüksleri önlemede etkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (151).

Literatüre bakıldığında kişilik ve depresyon arası ilişkide bilişlerin aracı rolünü inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kişilik, üstbiliş ve depresif belirtiler, depresyon arası ilişkileri inceleyen çalışmalar ise daha az sayıdadır. Bu çalışmalarda daha çok endişe ve ruminasyon gibi BDS bileşenlerine odaklanılmıştır. BDS' ye neden olduğu varsayılan üstbilişsel inançlar geri planda kalmıştır. Cloninger' in boyutsal kişilik yaklaşımı kullanılarak kişilik, üstbilişsel inançlar ve depresif belirtiler ilişkisini sağlıklı bireylerde inceleyen tek bir çalışma varken bu ilişkiler depresif hasta örneğinde araştırılmamıştır.

Depresif hastalarda işlevsiz bilişler ve kişilik arası ilişkiyi incelemek için 100 katılımcı Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) ve Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)'ni tamamlamıştır. Depresif hastalarda kendini yönetme karakter boyutunun işlevsel olmayan tutumlarla yüksek oranda ilişkili olduğu ve işlevsel olmayan tutumların en güçlü

yordayıcısı olduğu bulunmuştur (23).

Depresif bozukluk tanılı yatan hasta grubunda (n=184) yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar mevcuttur. Kendini yönetme karakter boyutunun işlevsel olmayan tutumların en önemli yordayıcısı olduğu saptanmıştır (24).

Kişilik ve bilişler arası ilişkiyi gösteren bir başka çalışmada depresif hastalar (n=37), daha önce depresif dönem geçirmiş kişiler (n=53) ve hiç depresyona girmemiş kişiler (n=50) TCI ve Young Şema Ölçeği kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Depresif ve daha önce depresif olan grupta kontrol grubuna kıyasla zarardan kaçınma anlamlı düzeyde yüksek, kendini yönetme anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca zarardan kaçınma pek çok şema boyutuyla pozitif yönde korele, kendini yönetme ise uyumsuz şemalarla negatif yönde korele bulunmuştur (152).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, uyumsuz üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmaya MDB'li 53 hasta ve 56 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. MDB grubu sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz üstbiliş puanlarına sahipti. Üstbilişsel inançların kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve düşünce kontrol ihtiyacı boyutlarının, belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon belirtileri üzerindeki etkilerine tamamen aracılık ettiği gösterildi (153).

BDS bileşenleri olan endişe ve ruminasyonun, anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojik semptomlar geliştirmeye genel eğilimi yansıttığı düşünülen bir kırılganlık faktörü olan nörotisizm kişilik özelliğinin tezahürleri olduğu düşünülmektedir. Ruminasyon ve endişe nörotisizmin üstbilişsel bir eşlikçisi gibi görünen, psikopatolojiyle ilgili

olan, üretken olmayan tekrarlayan düşünceler olarak tanımlanmıştır (154). Endişe ve ruminasyonun nörotisizmle büyük ölçüde bağlantılı olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (155,156).

73 üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme nörotisizm, ruminasyon, endişe, depresyon ve anksiyete ilişkileri incelenmiştir. Nörotisizmin ruminasyon ve endişe gibi üstbilişsel süreçlerle pozitif olarak ilişkili olduğu bunun da sırasıyla anksiyete ve depresyon için aracı bir modeli desteklediği bulunmuştur. Bu bulgu, nörotisizm düzeyi yüksek olan insanların stresli durumlarla karşılaştıklarında, endişe ve ruminasyon süreçlerinin aktive olacağı ve bunun da anksiyete ve depresyon semptomlarına neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (157).

Sağlıklı deneklerde (n=161) kişiliğin anksiyete ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde üstbilişsel inançların aracılığı incelenmiştir. Çalışmada ölçüm araçları olarak TCI, BDI, STAI, MCQ kullanılmıştır. Zarardan kaçınma kişilik boyutu kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve düşük bilişsel güven ile ilişkili bulunmuştur. Kendini yönetme, bu üstbilişsel faktörlere ek olarak düşünceleri kontrol ihtiyacı ile de ilişkili bulunmuştur. İşbirliği yapma endişe hakkındaki olumlu inançlar, düşük bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ile ilişkili bulunmuştur. Kendini aşma tüm üstbilişsel inançlarla ilişkili bulunmuştur.

Aracılık analizi sonucunda, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiye kısmen belirli tür üstbilişsel inançların aracılık ettiği gösterilmiştir. Kendini yönetme için de aynı sonuçlar elde edilmiştir. Düşünceleri kontrol ihtiyacının işbirliği yapma ile depresyon arası ilişkiye ve kendini aşma ile anksiyete arası ilişkiye tam aracılık ettiği gösterilmiştir (27).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Bu araştırmanın örneklemini toplam 192 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler major depresif bozukluk tanısı olup olmama durumuna göre çalışma (hasta) ve kontrol grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

Çalışma (hasta) grubu Ağustos 2021–Nisan 2022 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran kişilerden 18-65 yaş arası, psikiyatrik görüşme sonrası DSM-V tanı ölçütlerine göre MDB tanısı almış, mental retardasyon, psikotik bozukluk, demans tanısı bulunmayan, okuma yazması olan, verilen ölçeği uygun bir biçimde anlayıp cevaplayabilecek ve gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden 120 kişiden oluşmaktadır.

Kontrol grubu ise çalışma grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş, 18-65 yaş arası, psikiyatrik takip ve tedavi öyküsü olmayan, okuma yazması olan, verilen ölçeği uygun bir biçimde anlayıp cevaplayabilecek ve gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden 72 kişiden oluşmaktadır.

Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmanın planlanma aşamasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 05.04.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında 2021/101 karar numarası ile izin alınmıştır.

Çalışmaya katılan kişilere veri toplama amaçlı Sosyo-Demografik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilmiştir.

3.2. Kullanılan Ölçekler

Sosyo-demografik Veri Formu: Katılımcılar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi algısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi, sigara, alkol, madde kullanımı açısından sorgulanmıştır. Hasta grubu ayrıca kaç yıldır psikiyatrik tedavi aldığı, mevcut haliyle psikiyatrik ilaç kullanımı olup olmadığı ve psikiyatride yatış öyküsü olup olmadığı açısından sorgulanmıştır (Ek-1).

Mizaç ve Karakter Envanteri: Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modeli esas alınarak Cloninger ve ark. tarafından geliştirilen Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE–TCI -Temperament and Character Inventory), kişiliğin mizaç ve karakter boyutlarını değerlendirmektedir. MKE doğru/yanlış şeklinde doldurulan, 240 maddeden oluşan, 30-45 dakika arasında doldurulabilen bir öz bildirim ölçeğidir (Ek-2). Kişilerin soruları cevaplarken tüm yaşamlarını göz önünde bulundurmaları istenmektedir. Ölçek-4 mizaç (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve 3 karakter boyutunu (kendini yönetme, işbirliği yapma, kendini aşma) ölçmektedir. Bu yedi boyutlu kişilik envanterinin geçerlik ve güvenirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatri hastalarında yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Köse ve ark. tarafından yapılmıştır (158). Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda 0.60 ile 0.85, karakter boyutunda 0.82 ile 0.83 arasında bulunmuştur.

Üstbiliş Ölçeği-30 (Meta-Cognitions Questionnaire-30): Ölçek, Cartwright-Hatton ve Wells tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (125). ÜBÖ-30 “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçek her birinde 6 madde bulan 5 alt boyutta sahiptir. Ölçeğin geliştirilmesinden bu yana psikometrik özellikleri üzerine farklı kültürlerde

yapılan çalışmalar beş faktörlü yapıyı tekrarlamıştır. 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. soruları içeren olumlu inançlar, 6, 13, 15, 21, 25, 27. soruların oluşturduğu kontrol edilemezlik ve tehlike, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. sorulardan oluşan bilişsel güven, 2, 4, 9, 11, 16, 22. sorulardan oluşan düşünceleri kontrol ihtiyacı ve 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. sorulardan oluşan bilişsel farkındalık alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir (Ek-3). Testten alınan toplam puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türk örnekleminde uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır (126).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bilişsel, motivasyonel, vegetatif, duygusal semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. BDÖ'nün amacı depresyon tanısı koymak olmayıp depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlar. Ölçek toplamda 21 maddeden oluşan dörtlü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (Ek 4). Her madde 0 ile 3 arası puan almaktadır. Puan skalası 0-63 puan arası değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça depresyon şiddeti artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmış olup Cronbach Alpha değeri $\alpha=.80$ olarak belirtilmiştir ve kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (159).

3.3. İstatiksel Değerlendirme

Çalışmadaki tüm verilerin türüne göre uygun tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, çeyrekler arası genişlik, yüzde) hesaplandı. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle incelendi. Sürekli nicel

değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi uygulandı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Spearman korelasyon analizi uygulandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Chi-Square (post hoc Bonferroni test) ve Fisher Exact testleriyle incelendi. Aracı değişkenin etkisini incelemek için Sobel testi uygulandı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri

Psikiyatri polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası MDB tanısı almış 120 hasta ve psikiyatrik takip ve tedavi öyküsü olmayan kontrol grubunu oluşturan 92 kişi çalışmaya alınmıştır.

Hasta ve kontrol grubu cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirildiği için bu değişkenler bu değişkenler açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hasta grubunun 73 (%60.8)'ünün evli, 35 (%29.2)'inin bekar, 12 (%10)'sinin diğer (dul, boşanmış) grubunda olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların 52 (%72.2)'sinin evli, 16(%22.2)'sının bekar, 4 (%5.6)'ünün diğer (dul, boşanmış) grubunda olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre gruplar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubu meslekleri açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta grubundaki işsizlerin (19.2) oranı kontrol grubundan (%2.8) anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Hasta ve kontrol grupları algılanan gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sigara kullanımına göre gruplar incelendiğinde hasta grubunda 65 (%54.2) hastanın, kontrol grubunda 25 (%34.7) kişinin sigara kullandığı görülmektedir. Sigara kullanımı değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardı ($p<0.05$). Hasta grubundaki sigara içenlerin oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksekti. Hasta ve kontrol grupları alkol ve madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır

($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Tablo 1’ de gösterilmiştir:

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	R %	C %	n	R %	C %	n	R %	C %	
CİNSİYET	Kadın	92	66.7	76.7	46	33.3	63.9	138	100	71.9	0.057
	Erkek	28	51.9	23.3	26	48.1	36.1	54	100	28.1	
YAŞ*		36.3±11.4 37 [20]			38.8±10.7 39 [16]			37.3±11.2 37 [17]			0.190
MEDENİ DURUM	Evli	73	58.4	60.8	52	41.6	72.2	125	100	65.1	0.249
	Bekar	35	68.6	29.2	16	31.4	22.2	51	100	26.6	
	Diğer	12	75	10	4	25	5.6	16	100	8.3	
EĞİTİM DÜZEYİ	İlkokul	55	65.5	45.8	29	34.5	40.3	84	100	43.8	0.739
	Lise	33	61.1	27.5	21	38.9	29.2	54	100	28.1	
	Üniversite	32	59.3	26.7	22	40.7	30.6	54	100	28.1	
MESLEK	Memur	5	31.3	4.2	11	68.8	15.3	16	100	8.3	0.002
	İşçi	28	60.9	23.3	18	39.1	25	46	100	24	
	Ev hanımı	39	62.9	32.5	23	37.1	31.9	62	100	32.3	
	Emekli	8	80	6.7	2	20	2.8	10	100	5.2	
	İşsiz	23	92	19.2	2	8	2.8	25	100	13	
	Diğer	17	51.5	14.2	16	48.5	22.2	33	100	17.2	
GELİR DÜZEYİ	Alt	32	72.7	26.7	12	27.3	16.7	44	100	22.9	0.110
	Orta	88	59.5	73.3	60	40.5	83.3	148	100	77.1	
SİĞARA KULLANIMI	Yok	55	53.9	45.8	47	46.1	65.3	102	100	53.1	0.009
	Var	65	72.2	54.2	25	27.8	34.7	90	100	46.9	
ALKOL KULLANIMI	Yok	108	63.5	90	62	36.5	86.1	170	100	88.5	0.413
	Var	12	54.5	10	10	45.5	13.9	22	100	11.5	
MADDE KULLANIMI	Yok	119	62.3	99.2	72	37.7	100	191	100	99.5	0.999
	Var	1	100	0.8	0	0	0	1	100	0.5	

*Ortalama±Standart Sapma, Medyan [Çeyrekler Arası Genişlik]

Hasta grubunun aile öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ne kadar süredir psikiyatrik tedavi aldığı, mevcut haliyle ilaç kullanımının olup olmadığı ve psikiyatride yatış öyküsü gibi klinik özellikleri de değerlendirilmiştir. Sonuçlar Tablo 2’ de gösterilmektedir.

Tablo 2. Hasta grubunun klinik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Aile öyküsü	Yok	64	53.3
	Var	56	46.7
Tedavi Süresi	1 yıldan az	75	62.5
	1-2 yıl	10	8.3
	2-5 yıl	13	10.8
	5 yıldan fazla	22	18.3
Mevcut İlaç Kullanımı	Yok	55	45.8
	Var	65	54.2
Yatış Öyküsü	Yok	112	93.3
	Var	8	6.7
İntihar Girişimi	Yok	96	80
	Var	24	20
grup = hasta			

4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç ve Karakter, Üstbiliş, Beck Depresyon Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına Göre İncelenmesi

Hasta ve kontrol grupları BDÖ puanlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grupları MKE alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde; yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı dışında diğer tüm alt boyut puanları açısından gruplar arası anlamlı düzeyde fark vardı ($p<0.05$). Hasta grubunda zarardan kaçınma ve kendini aşma ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek iken kontrol grubunda sebat etme, kendini yönetme, işbirliği yapma ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Hasta ve kontrol grupları ÜBÖ toplam ve alt boyut puanlarına göre değerlendirildiğinde; hasta grubunda ÜBÖ toplam, olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Grupların BDÖ, MKE, ÜBÖ-30 puanlarının karşılaştırılması Tablo 3' te gösterilmektedir:

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarının MKE, ÜBÖ-30 ve BDÖ puanlarının karşılaştırılması

	grup												p
	Hasta				Kontrol				Toplam				
	Ort	SS	M	ÇAG	Ort	SS	M	ÇAG	Ort	SS	M	ÇAG	
MKE Yenilik arayışı	17.4	5.5	17	8	17	4.3	17	6	17.2	5.1	17	6.5	0.687
MKE Zarardan kaçınma	24.6	6.1	25	10	17.1	5.7	16.5	7	21.8	7	22	11.5	<0.001
MKE Ödül bağımlılığı	13.4	2.9	13.5	3	13.4	2.9	14	4.5	13.4	2.9	14	3	0.896
MKE Sebat etme	4.6	1.8	5	3	5.1	2	5.1	3	4.8	1.9	5	2	0.044
MKE Kendini yönetme	21.6	7.5	20.5	11.5	31.3	5.1	32	7	25.3	8.2	26	14	<0.001
MKE İşbirliği yapma	27	6.6	28	8.5	29.8	5.2	31	6	28	6.2	29	8	0.003
MKE Kendini aşma	19.2	5.2	20	7	16.6	5.8	17	8	18.2	5.6	19	8	0.002
ÜBÖ Olumlu inançlar	14.3	4.7	14	6.5	12.3	4.3	12	7	13.5	4.6	13	7	0.009
ÜBÖ Kontrol edilemezlik ve tehlike	17.3	3.9	18	5	13.2	3.4	13.5	5	15.8	4.2	16	6	<0.001
ÜBÖ Bilişsel güven	16.5	4.6	17	6.5	12	4.5	11	6.5	14.8	5	15	8.5	<0.001
ÜBÖ Düşünceleri kontrol ihtiyacı	18.9	4.2	20	6	12.3	3.8	11.5	6	16.4	5.2	17	9	<0.001
ÜBÖ Bilişsel farkındalık	18.5	3.4	19	5	15.5	3.7	15.5	5	17.4	3.8	18	5	<0.001
ÜBÖ toplam	85.5	13.5	87	19	65.3	12.8	65.5	16.5	78	16.5	78	23.5	<0.001
BDÖ toplam	29.7	8.7	29	12	7.4	6.3	6	8	21.3	13.4	23	23.5	<0.001

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik

4.3. Kontrol Grubunda Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi

Kontrol grubunda MKE ve ÜBÖ alt ölçek, ÜBÖ toplam, BDÖ puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm değişkenler arasındaki iki değişkenli korelasyonlara genel bir bakış Tablo 4' te sunulmuştur:

Tablo 4. Kontrol grubunda değişkenler arası ilişkiler

		ÜBÖ olumlu inançlar	ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike	ÜBÖ bilişsel güven	ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	ÜBÖ bilişsel farkındalık	ÜBÖ toplam	BDÖ toplam
MKE yenilik arayışı	r	-0.067	-0.127	0.139	-0.092	0.113	0.020	-0.004
	p	0.578	0.289	0.244	0.442	0.344	0.869	0.971
MKE zarardan kaçınma	r	0.254	0.153	0.206	0.501	-0.042	0.322	0.229
	p	0.031	0.198	0.082	<0.001	0.728	0.006	0.053
MKE ödül bağımlılığı	r	-0.16	0.093	-0.068	-0.055	0.005	-0.091	-0.081
	p	0.179	0.437	0.569	0.646	0.967	0.448	0.500
MKE sebat etme	r	0.255	0.146	0.013	0.084	0.263	0.217	0.136
	p	0.031	0.222	0.917	0.485	0.026	0.068	0.253
MKE kendini yönetme	r	-0.109	-0.128	-0.025	-0.304	-0.145	-0.223	-0.261
	p	0.361	0.284	0.838	0.009	0.223	0.059	0.027
MKE işbirliği yapma	r	-0.104	-0.003	0.011	-0.296	0.059	-0.118	-0.074
	p	0.382	0.977	0.928	0.012	0.624	0.325	0.538
MKE kendini aşma	r	0.320	0.180	0.162	0.247	0.244	0.380	0.284
	p	0.006	0.131	0.175	0.036	0.039	0.001	0.016
BDÖ toplam	r	0.290	0.234	0.152	0.414	0.210	0.376	1
	p	0.014	0.048	0.201	<0.001	0.077	0.001	.

r: Spearman korelasyon katsayısı

Zarardan kaçınma ile olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Sebat etme ile olumlu inançlar, bilişsel farkındalık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Kendini yönetme ile düşünceleri kontrol ihtiyacı, BDÖ toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

İşbirliği yapma ile düşünceleri kontrol ihtiyacı ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Kendini aşma ile olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık, ÜBÖ toplam, BDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

BDÖ toplam ile olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam ölçek puanları arasında pozitif

yönde anlamlı bir ilişki vardır.

4.4. Hasta Grubunda Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi

Hasta grubunda MKE ve ÜBÖ alt ölçek, ÜBÖ toplam, BDÖ puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Hasta grubunda zarardan kaçınma ile bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam ve BDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hasta grubunda kendini yönetme ile kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam ve BDÖ toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hasta grubunda işbirliği yapma ile olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam ve BDÖ toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hasta grubunda kendini aşma ile bilişsel farkındalık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hasta grubunda bilişsel güven ile ödül bağımlılığı, sebat etme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hasta grubunda BDÖ toplam puanı ile ÜBÖ toplam ve alt ölçek puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tüm değişkenler arasındaki iki değişkenli korelasyonlara genel bir bakış Tablo 5' te sunulmuştur:

Tablo 5. Hasta grubunda değişkenler arası ilişkiler

		ÜBÖ olumlu inançlar	ÜBÖ kontrol edilemezlik ve tehlike	ÜBÖ bilişsel güven	ÜBÖ düşünceleri kontrol ihtiyacı	ÜBÖ bilişsel farkındalık	ÜBÖ toplam	BDÖ toplam
MKE Yenilik arayışı	r	-0.040	-0.075	0.084	0.075	-0.077	0.001	0.062
	p	0.662	0.414	0.360	0.413	0.404	0.989	0.498
MKE zarardan kaçınma	r	0.011	0.216	0.221	0.388	0.035	0.314	0.292
	p	0.906	0.018	0.015	<0.001	0.703	<0.001	0.001
MKE ödül bağımlılığı	r	-0.105	0.009	-0.195	-0.049	0.143	-0.084	-0.006
	p	0.253	0.923	0.032	0.597	0.119	0.364	0.944
MKE sebat etme	r	-0.046	-0.062	-0.215	-0.087	0.091	-0.130	-0.097
	p	0.619	0.498	0.018	0.342	0.324	0.156	0.290
MKE kendini yönetme	r	-0.060	-0.344	-0.484	-0.495	-0.056	-0.458	-0.537
	p	0.513	<0.001	<0.001	<0.001	0.545	<0.001	<0.001
MKE işbirliği yapma	r	-0.192	-0.146	-0.254	-0.298	0.100	-0.259	-0.398
	p	0.035	0.110	0.005	0.001	0.278	0.004	<0.001
MKE kendini aşma	r	-0.006	0.176	0.098	0.132	0.286	0.152	0.145
	p	0.948	0.055	0.288	0.151	0.002	0.097	0.114
BDÖ toplam	r	0.207	0.388	0.334	0.516	0.229	0.507	1.000
	p	0.023	<0.001	<0.001	<0.001	0.012	<0.001	-

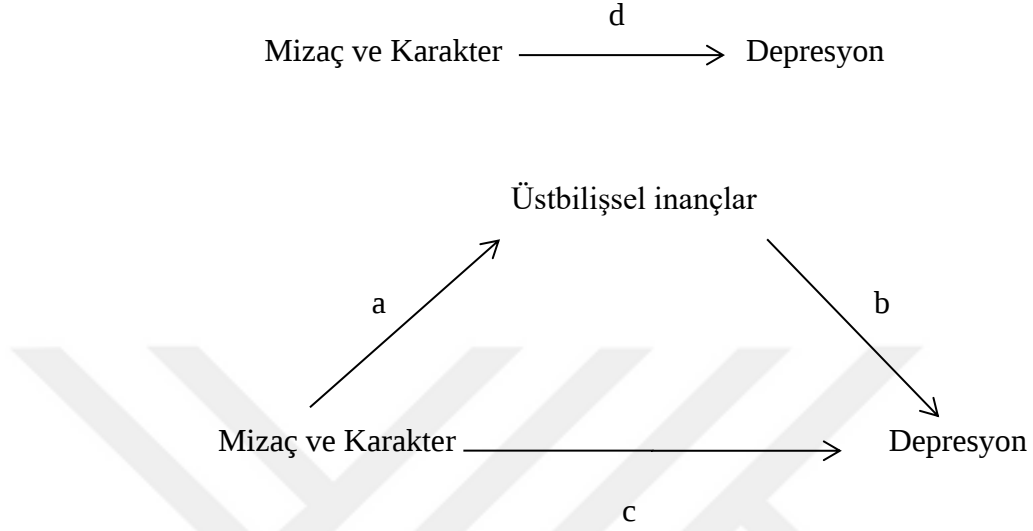
r: Spearman korelasyon katsayısı

4.5. Mizaç ve Karakter ile Depresyon Arası İlişkide Üstbilişin Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık hipotezimizi test etmek için bu modelin bağlantıları hakkında dört genel tahmin yapılmıştır.

İlk olarak her bir kişilik özelliğinin ayrı ayrı depresyon ile önemli ölçüde ilişkili olması gerekir (yol d), ikincisi her bir kişilik özelliği üstbilişsel inançlar ile önemli ölçüde ilişkili olmalıdır (yol a), üçüncüsü üstbilişler kişilik özelliklerini kontrol ettikten sonra depresyonu önemli ölçüde yordamalıdır (yol b) ve dördüncüsü üstbiliş (yol c) kontrol edildiğinde her bir kişilik özelliği ile depresyon arasındaki ilişki azalmalı (kısmi aracılık) veya ortadan kalkmalıdır (tam aracılık). Bu tahminler regresyon analizleri yapılarak test edilmiştir. Aracı

tarafından iletilen dolaylı etkinin önemli olup olmadığını belirlemek için Sobel testi uygulandı. Aracılık modeli Şekil 1’ de gösterilmektedir:



Şekil 1. Aracılık modeli şeması

Zarardan kaçınma, kendini yönetme, işbirliği yapma bağımsız değişkenlerinin BDÖ bağımlı değişken üzerindeki direkt etkileri anlamlı bulundu (Yol d, $p<0.05$ Tablo 6-8).

Aracılık analizi sonucunda zarardan kaçınma bağımsız değişkeninin bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ toplam gibi her bir aracı değişken aracılığıyla ayrı ayrı BDÖ bağımlı değişkeni üzerindeki indirekt etkileri anlamlı bulundu (Yol c, $p<0.05$ Tablo 6). Ancak zarardan kaçınma bağımsız değişkeninin kontrol edilemezlik ve tehlike aracı değişkeni aracılığıyla BDÖ bağımlı değişkeni üzerindeki etkisi anlamlı bulunmadı (Yol c, $p>0.05$ Tablo 6).

Aracılık analizi sonucunda kendini yönetme bağımsız değişkeninin kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ toplam gibi her bir aracı değişkeni aracılığı ile ayrı ayrı BDÖ bağımlı değişkeni üzerindeki indirekt etkileri anlamlı bulundu (Yol c, $p<0.05$ Tablo 7).

Aracılık analizi sonucunda; işbirliği yapma bağımsız değişkeninin bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ toplam gibi her bir aracı değişkeni aracılığıyla ayrı ayrı BDÖ bağımlı değişkeni üzerindeki indirekt etkileri anlamlı bulundu (Yol c, $p < 0.05$ Tablo 8).

Tablo 6. Zarardan kaçınma, üstbiliş, depresyon için aracılık analizi

BZD	MD	BD		B	SH	Beta	p	Sobel test	p
MK_ZK		BDÖ	d	0.406	0.126	0.284	0.002		
MK_ZK	ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike		a	0.130	0.057	0.206	0.024		
(MK_ZK)	ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	BDÖ	b	0.704	0.194	0.311	<0.001		
MK_ZK	(ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike)	BDÖ	c	0.314	0.123	0.220	0.012	1.933	0.053
MK_ZK	ÜBÖ Bilişsel Güven		a	0.178	0.067	0.238	<0.001		
(MK_ZK)	ÜBÖ Bilişsel Güven	BDÖ	b	0.546	0.168	0.285	<0.001		
MK_ZK	(ÜBÖ Bilişsel Güven)	BDÖ	c	0.309	0.125	0.216	<0.001	2.060	0.039
MK_ZK	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı		a	0.293	0.057	0.426	<0.001		
(MK_ZK)	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	BDÖ	b	0.954	0.184	0.459	<0.001		
MK_ZK	(ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı)	BDÖ	c	0.126	0.126	0.088	0.319	3.644	<0.001
MK_ZK	ÜBÖ Toplam		a	0.641	0.195	0.290	0.001		
(MK_ZK)	ÜBÖ Toplam	BDÖ	b	0.291	0.054	0.449	<0.001		
MK_ZK	(ÜBÖ Toplam)	BDÖ	c	0.22	0.119	0.154	0.066	2.810	0.005

MK_ZK: MKE zarardan kaçınma, BZD: Bağımsız Değişken, BD: Bağımlı Değişken, MD: Mediator Değişken, a: bağımsız değişken ile mediator değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, b: mediator değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, c: bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, SH: standart Hata

Tablo 7. Kendini yönetme, üstbiliş, depresyon için aracılık analizi

BZD	MD	BD		B	SH	Beta	p	Sobel test	p
MK_KY		BDÖ	d	-0.635	0.09	-0.545	<0.001		
MK_KY	ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike		a	-0.182	0.044	-0.354	<0.001		
(MK_KY)	ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	BDÖ	b	0.423	0.183	0.187	0.023		
MK_KY	(ÜBÖ Kontrol Edilemezlik ve Tehlike)	BDÖ	c	-0.558	0.094	-0.479	<0.001	2.013	0.044
MK_KY	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı		a	-0.293	0.044	-0.522	<0.001		
(MK_KY)	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	BDÖ	b	0.605	0.18	0.291	0.001		
MK_KY	(ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı)	BDÖ	c	-0.458	0.101	-0.393	<0.001	2.996	0.003
MK_KY	ÜBÖ Toplam		a	-0.826	0.147	-0.459	<0.001		
(MK_KY)	ÜBÖ Toplam	BDÖ	b	0.199	0.053	0.308	<0.001		
MK_KY	(ÜBÖ Toplam)	BDÖ	c	-0.471	0.096	-0.404	<0.001	3.107	0.002

MK_KY: MKE kendini yönetme, BZD: Bağımsız Değişken, BD: Bağımlı Değişken, MD: Mediator Değişken, a: bağımsız değişken ile mediator değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, b: mediator değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, c: bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, SH: standart Hata

Tablo 8. Zarardan kaçınma, üstbiliş, depresyon için aracılık analizi

BZD	MD	BD		B	SH	Beta	p	Sobel test	p
MK_İY		BD Ö	d	-0.558	0.11	-0.422	<0.001		
MK_İY	ÜBÖ Bilişsel Güven	BD Ö	a	-0.199	0.061	-0.289	0.001		
(MK_İY)	ÜBÖ Bilişsel Güven	BD Ö	b	0.447	0.163	0.233	0.007		
MK_İY	(ÜBÖ Bilişsel Güven)	BD Ö	c	-0.469	0.112	-0.355	<0.001	2.108	0.035
MK_İY	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	BD Ö	a	-0.212	0.055	-0.333	<0.001		
(MK_İY)	ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	BD Ö	b	0.832	0.168	0.4	<0.001		
MK_İY	(ÜBÖ Düşünceleri Kontrol İhtiyacı)	BD Ö	c	-0.382	0.107	-0.289	0.001	3.034	0.002
MK_İY	ÜBÖ Toplam	BD Ö	a	-0.552	0.181	-0.27	0.003		
(MK_İY)	ÜBÖ Toplam	BD Ö	b	0.265	0.051	0.409	<0.001		
MK_İY	(ÜBÖ Toplam)	BD Ö	c	-0.412	0.104	-0.312	<0.001	2.633	0.008

MK_İY: MKE işbirliği yapma, BZD: Bağımsız Değişken, BD: Bağımlı Değişken, MD: Mediator Değişken,

a: bağımsız değişken ile mediator değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, b: mediator değişken ile

bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, c: bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye ait regresyon katsayısı, SH: Standart Hata

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın temel amacı, psikopatolojinin üstbilişsel modeli ile Cloninger' in psikobiyolojik kişilik modeli arasında ilişki olup olmadığını göstermektir. Bu amaç doğrultusunda majör depresif bozukluk tanısı almış hasta ve psikiyatrik takip ve tedavi öyküsü olmayan sağlık kontrol grubunda kişilik özellikleri ve üstbilişsel inançlar öz bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun kişilik özellikleri ve üstbilişsel inançları karşılaştırılmış ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Kişilik özellikleri ile depresyon arası ilişkide üstbilişsel inançların aracı rolü hasta grubunda incelenmiştir.

5.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç ve Karakter Özellikleri ve Üstbilişsel İnançları Açısından İncelenmesi

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları MKE alt boyutlarına göre karşılaştırıldığında, hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla zarardan kaçınma ve kendini aşma daha yüksek bulunurken sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma daha düşük bulunmuştur. Yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı mizaç boyutları açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda, aynı zamanda hasta grubunda zarardan kaçınma mizaç boyutu ile BDÖ puanı pozitif korele bulundu, kontrol grubunda ilişki saptanmadı. Depresif hastalarda zarardan kaçınma düzeyinin yüksek olması ve depresyon ile ilişkisi araştırmalarda tutarlı şekilde tekrarlanan bir bulgudur (8,10,160). Zarardan kaçınma, davranışların önlenmesi ya da durdurulması ile ilişkili kalıtsal eğilimi yansıtır. Zarardan kaçınma düzeyi yüksek olan kişiler kaygılı, utangaç, çekingen, kolay yorulan, karamsar, belirsizliğe tahammülsüz kişilerdir

(7). Bu mizaç özelliklerinin kişiyi depresyona yatkın hale getirmesi beklenen bir durumdur. Ayrıca bu özellikler kısmen depresif belirtiler ile örtüşmektedir (114). Depresif hastalarda zarardan kaçınmanın yüksek bulunması altta yatan bir kişilik özelliği, depresif duygudurumun yansımaları ya da geçirilmiş depresif dönemlerin kişilik üzerinde yaptığı değişimlerin sonucu olabilir.

Çalışmamızda sebat etme mizaç boyutu depresif hastalarda kontrol grubuna göre anlamı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda bu boyutun hem hasta hem de kontrol grubunda BDÖ puanı ile ilişkili olmadığı saptandı. Literatürde depresyon ile sebat etme alt boyutuna ilişkin bulgular çelişkilidir (113,152). Bu çelişkiler, sebat etme boyutunun iç tutarlılığının zayıf olmasından kaynaklanıyor olabilir (7,79). Sebat etme engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışların sürdürülmesinde kalıtsal bir yanlılığı yansıtmaktadır. Sebat etmesi düşük bireyler sessiz, inaktif, dengesiz ve düzensiz, engellenme ile karşılaştıklarında kolayca pes etme eğiliminde ve daha yüksek başarı için nadiren çaba gösteren kişilerdir (7). Bu kişilik özelliklerine bakıldığında, depresif bireylerde daha yüksek olması anlaşılır bir durumdur.

Çalışmamızda, kendini yönetme karakter boyutu depresif bireylerde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca hem hasta grubu hem de kontrol grubunda kendini yönetme ile BDÖ puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Bugüne kadar yapılmış çok sayıda çalışmada bu bulguların tekrarlanması çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (8,10,113,160). Yapılan çalışmalar birlikte ele alındığında, düşük kendini yönetmenin depresyon için hem bir risk faktörü olduğu hem de depresif duygudurumdan etkilendiği görülmektedir. Kendini yönetme,

bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerler doğrultusunda davranışı kontrol etme, düzenleme ve uyum sağlama yeteneğine işaret eder. Kişiliğin bu boyutu benlik saygısı, iç kontrol odağı, problem çözme, başa çıkma davranışları ve algılanan destek kaynakları gibi bilişsel işlevleri içerir. Kendini yönetme düzeyi düşük olan bireyler suçlayıcı, çaresiz, sorumsuz, güvenilmez, tepkisel kişilerdir (7). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, kendini yönetme ile depresyon arasındaki ilişkiler anlaşılır niteliktedir.

Depresif hasta grubunda bulunan zarardan kaçınma düzeyinin yüksek, kendini yönetme düzeyinin düşük olması çeşitli psikiyatrik bozukluklar üzerinde yapılan çalışmalarda da gösterilmiş bir bulgudur. Bu nedenle yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme düzeyleri psikiyatrik bozuklukların genel bir karakteristiği, ortak bir risk faktörü olarak kabul edilir (7,105). Çalışmamızda psikiyatrik komorbiditeyi değerlendirmemiş olsak da, depresif hastalarda komorbiditenin yüksek olduğu bilinmektedir (45). Bu durum, psikopatolojilerin altında yatan ortak kişilik özellikleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda işbirliği yapma karakter boyutu da hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Hasta grubunda işbirliği yapma ile BDÖ puanı arasında negatif korelasyon bulundu, kontrol grubunda ilişki saptanmadı. Bu bulgular, önceki araştırmalarla uyumludur (106,108,113,152). İşbirliği yapma, diğer insanlarla özdeşim ve diğer insanları kabuldeki bireysel farklılıkları yansıtmaktadır. İşbirliği yapma düzeyi düşük olan insanlar sinisi, hoşgörüsüz, eleştirel, intikamcı, fırsatçı, diğer insanların hak ve duygularına karşı düşüncesiz olma eğiliminde olan ve öncelikle kendisini düşünen kişilerdir (7). Bu kişilik özellikleri, bireyin kişilerarası ilişkilerde uyumunu bozarak stres faktörleri ile başa çıkmasını kolaylaştıracak sosyal destek kaynaklarının azalmasına ve

sonuç olarak depresyon riskinin artmasına neden olabilir. Ayrıca bu kişilik özellikleri, depresif dönem kliniğinden etkilenecek kısmen bu döneme özgü özellikler olabilir.

Çalışmamızda depresif grupta kontrol grubuna kıyasla hem kendini yönetme hem de işbirliği yapma karakter boyutu düşük ve BDÖ puanı ile pozitif korele bulunmuştur. Bu kişilik özellikleri, Cloninger'ın psikobiyolojik kişilik kuramına göre olgunlaşmamış bir kişiliğin göstergeleridir. Bu kombinasyon, kişilik bozukluklarının ortak karakteristiğidir. Ayrıca çeşitli psikiyatrik bozukluklar için altta yatan ortak bir risk faktörüdür. Bu karakter özelliklerine ek olarak zarardan kaçınmanın yüksek olması çekingen, kaçınan ve obsesif-kompulsif kişilik özellikleri ve bozukluğuna işaret eder (97). Çalışmamızda zarardan kaçınma düzeylerinin de hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması depresif hastalarda bağımlı, çekingen, obsesif kişilik özellikleri ve bozuklukları ile ilişkilendirilebilir. Bu kişilik tipleri ile depresyon arasında ilişki olması beklenen bir durumdur.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu, hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla kendini aşma karakter boyutunun anlamlı düzeyde yüksek bulunmasıdır. Literatürde sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kendini aşma kişilik boyutunu değerlendiren çalışmaların sonuçları tutarsızdır (79,152). Kendini aşma boyutu, diğer karakter boyutları ile ele alındığında daha tutarlı sonuçlar ortaya çıkabilir. Yüksek kendini aşma, yüksek kendini yönetme ve işbirliği yapma ile birlikte olduğunda sorun oluşturmaz ancak diğer karakter boyutları düşükse psikopatolojiye yatkınlık işaretidir. Çalışmamızın sonuçları bu açıdan değerlendirilebilir.

Son olarak yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı kişilik boyutları puanlarının gruplar arası anlamlı farklılık

göstermediğini bulduk. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Depresif hastalarda yenilik arayışının düşük, ödül bağımlılığının yüksek olduğunu gösteren az sayıda çalışma olsa da birçok çalışmada depresyon ile bu kişilik boyutları arasında ilişki bulunmamıştır (69,102).

Araştırmamızda MDB tanısı almış hastalarda, Üstbiliş Ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca hem hasta grubu hem de kontrol grubunda ÜBÖ-30 toplam puanı ile BDÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuçlar, literatürdeki bulgular ile tutarlılık göstermektedir (14,122,161).

Üstbiliş ölçeği alt boyutlarının hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Sonuçlar endişe ile ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olmak üzere ÜBÖ-30' un tüm alt boyut puanlarının depresif hasta grubunda sağlık kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Hasta grubunda üstbilişsel inançların tüm alt boyutları ile BDÖ puanları pozitif ilişkili idi. Bulgularımız, endişe ile ilgili olumlu inançlar alt boyutu dışında literatürle uyumludur (14,132–134,161). Üstbilişsel psikopatoloji modeline göre uyumsuz üstbilişsel inançlar, işlevsiz düşünme biçimlerine neden olarak kişiyi uzamış ve tekrarlayıcı negatif düşünce içeriklerine saplar, düşüncelerin ömrünü uzatır, olumsuz duygulanımı artırır, psikopatolojiye yatkınlık oluşturur ve psikopatolojinin sürdürülmesine neden olur.

Fransa' da genel popülasyon ve MDB'li yatan hastaların Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBO-30) kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, MDB'li hastalarda tutarlı bir

üstbilişsel inanç kalıbı ortaya konmuştur. Bu grupta, kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güven alt boyutları depresyon ile pozitif korele bulunmuştur. Kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı boyutları depresif hastaları klinik olmayan örneklemden ayırt etmiştir (132).

MDB tanısı almış hastalarda üstbilişsel işlevlerin (ÜBO-30) sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hasta grubunda üstbiliş toplam puanı ve üstbilişsel inançların endişe ile ilgili olumlu inançlar alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlarının puanları depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. MDB hastalarında, BDÖ ile ÜBÖ-30 toplam puanı, olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güven arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (133).

Depresyonda olan (n= 37), depresif dönem geçirmiş (n= 81) ve hiç depresif dönem geçirmemiş kontrol (n=50) grubu ile yapılan bir çalışmada, depresif grubun hiç depresyona girmemiş gruba göre daha fazla işlevsiz üstbilişsel inanca sahip olduğu gösterilmiştir. Kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, daha önce depresif olan grupta hiç depresyona girmemiş gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, üstbilişlerin depresyon için kırılabilirlik faktörü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (134).

Sonuçlarımız, literatürde bu konu ile ilgili yapılmış yukarıdan bahsedilen araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Endişe ile ilgili olumlu inançlar alt boyutu ile ilgili ortaya çıkan sonuç ise literatürden farklıdır. Üstbiliş Ölçeği-30' un endişe ile ilgili olumlu inançlar alt boyutu, kişinin sürekli düşünmesinin faydalı olduğuna ne kadar inandığını ölçen alt boyutudur. Bu boyuttan yüksek puan alan kişilerin endişenin sorunlardan

kaçınmak için faydalı olduğuna yönelik inançları vardır ve endişelenmeyi bir başa çıkma stratejisi olarak kullanırlar (125). Olumlu inançlar, psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel modellerinde teorik olarak daha çok anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiş olup yapılan çalışmalarla bu doğrulanmıştır (12). Çalışmamızda depresif grupta kontrol grubuna göre endişe ile ilgili olumlu inançların yüksek bulunmasının nedeni, saf bir depresif hasta örneği kullanmamış olmamız ve depresyona yüksek düzeyde eşlik edebilecek anksiyete belirtileri ve bozukluklarının hesaba katılmamış olması olabilir.

Araştırmalar yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük işbirliği yapmanın depresyon ile ilişkili olduğunu göstermiş olsa da (108), diğer psikiyatrik bozukluklar için de benzer sonuçlar mevcuttur (162). Aynı şekilde, çeşitli psikiyatrik belirti ve bozuklukları olan hastalarda ÜBO-30 tarafından değerlendirilen uyumsuz üstbilişler tespit edilmiştir (12). Bu durum, bu kişilik özelliklerinin ve uyumsuz üstbilişsel inançların depresyondaki özgünlüğünü sorgulamamıza neden olabilir. Bununla birlikte, bu faktörler yine de depresyon için savunmasızlık faktörlerini temsil edebilir ancak bu savunmasızlık faktörleri diğer psikiyatrik bozukluklarla paylaşılan transdiagnostik faktörler olduğunu söylemek daha doğrudur.

5.2. Hasta ve Kontrol Grubunda Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Üstbilişsel İnançların İlişkilerinin İncelenmesi

Araştırmanın bu kısmında kişilik ve üstbiliş arası olası ilişkileri değerlendirdik.

Kontrol grubunda zarardan kaçınma mizaç boyutu ile endişe ile ilgili olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ-30 toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki

saptandı. Kontrol grubunda sebat etme mizaç boyutu ile endişe ile ilgili olumlu inançlar, bilişsel farkındalık puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Bu grupta ödül bağımlılığı ve yenilik arayışı mizaç boyutları ile üstbilişsel inançlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Kontrol grubunda kendini yönetme karakter boyutu ile düşünceleri kontrol ihtiyacı puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Kontrol grubunda işbirliği yapma karakter boyutu ile düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Kontrol grubunda kendini aşma karakter boyutu ile bilişsel farkındalık dışındaki tüm ÜBO-30 alt boyutları ve ÜBÖ-30 toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görüldü.

Hasta grubunda, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBO-30 toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Hasta grubunda, bilişsel güven ile ödül bağımlılığı, sebat etme mizaç boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Hasta grubunda, kendini yönetme karakter boyutu ile kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBO-30 toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görüldü. Hasta grubunda, işbirliği yapma karakter boyutu ile olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBO-30 toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Hasta grubunda, kendini aşma karakter boyutu ile bilişsel farkındalık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Sonuç olarak hem kontrol hem de hasta grubunda karmaşık ilişkiler ortaya çıkmıştır. Farklı üstbilişsel inançlar farklı kişilik boyutları ile ilişkilendirilmiştir. Sonuçlarımız

üstbilişsel inançlar ile kişilik arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Cloninger' in biyopsikososyal kişilik kuramı kişiliğin biyolojik ve gelişimsel yönlerini ayırt ederek (sırasıyla mizaç ve karakter) çok boyutlu bir kişilik değerlendirmesi sağlar. Buna göre karakter boyutları ağırlıklı olarak doğuştan gelen mizaç temelinde sosyalleşme süreci tarafından şekillenir. Kendini yönetme karakter boyutu benlik saygısı, iç kontrol odağı, problem çözme, başa çıkma davranışları ve algılanan destek kaynakları gibi bilişsel işlevleri içerir (7). İnsanların düşüncelerinin değeri ve düşünceleri üzerindeki düşünme kapasitesinin (yani üstbiliş), bilişsel gelişimin sonraki aşamalarında ulaşılan bir olgunlaşma noktası olduğu gösterilmiştir. Birlikte ele alındığında, her ne kadar üstbilişin gelişimsel süreci hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmasak da (163), üstbiliş gelişiminin karakter gelişimi sonrasında ya da en azından eş zamanlı olacağı çıkarımında bulunabiliriz. Bu nedenle üstbilişsel inançların daha çok kişiliğin karakter boyutu ile ilişkili olmasını beklenebilir. Çalışmamızda bunu destekleyen bulgular mevcuttur. Sonuçlarımız genel olarak karakter boyutlarının mizaçtan ziyade üst-bilişsel inançlarla daha geniş bir bağlantıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. Üstbilişsel inançların sadece zarardan kaçınma mizaç boyutu ile ilişkisi bulunmasına karşılık karakter boyutlarından hem kendini yönetme hem de işbirliği yapma ile ilişkili bulunmuştur.

Literatürde konu ile ilgili genel popülasyonda yapılan az sayıda çalışmaya baktığımızda kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ile emosyonel labilite ve nörotisizm arasında pozitif yönde ilişki bulunurken; kendini yönetme arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (147–149,157). Çalışmamızda kontrol grubunda olumsuz inançlar ile

kişilik boyutları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum, kontrol grubumuzda depresyon puanlarının diğer çalışmalara kıyasla daha düşük olmasından ve farklı kişilik ölçüm araçlarının kullanılmış olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda, kontrol grubunda düşünce kontrol ihtiyacının kişilik özellikleri ile en fazla ilişkili olan üstbilişsel inanç boyutu olduğu görülmektedir. Zarardan kaçınmanın artması, kendini yönetme ve işbirliği yapmanın azalması düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik üstbilişsel inançları arttırmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, genel popülasyonda kişiliğin anksiyete ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde üstbilişsel inançların aracılık rolünün incelendiği bir çalışmada kişilik ve üstbilişsel inançlar arasında gösterilen ilişkiler ile kısmen uyumludur (27).

Literatürde depresif hasta grubunda kişilik özellikleri ile üstbiliş ilişkilerinin inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır, daha ziyade bilişler üzerine odaklanan çalışmalar bulunmaktadır.

Depresif hastalarda (n=100) işlevsiz bilişler ve kişilik arası ilişkileri inceleyen bir çalışmada kendini yönetme karakter boyutunun işlevsel olmayan tutumlarla yüksek oranda ilişkili ve işlevsel olmayan tutumların en güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur (23). MDB'li yatan hastalarda (n=184) yapılan benzer bir çalışmada aynı bulgular tekrarlanmıştır (24). Depresif hastalar (n=37), daha önce depresif dönem geçirmiş kişiler (n=53) ve hiç depresyona girmemiş kişilerle yapılan bir çalışmada ise kendini yönetme ile uyumsuz bilişlerin negatif korelasyonuna ek olarak zarardan kaçınma mizaç boyutu ile uyumsuz bilişler pozitif korele bulunmuştur (152). Bizim çalışmamızda da uyumsuz üstbilişler ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasında pozitif, kendini yönetme karakter boyutu arasında negatif korelasyon saptandı. S-REF modeli kapsamında biliş ile üstbiliş ilişkisi dikkate alındığında

bulgularımız literatürle uyumlu bulunmaktadır.

Yüksek zarardan kaçınma düzeyine sahip kişiler endişeli, karamsar, belirsizliğe tahammülsüz stres duyarlı, değişikliklere yavaş uyum sağlayan kişilerdir. Bu kişiler düşüncelerini kontrol etmek için uyumsuz stratejilerin kullanılmasına yol açacak üstbilişsel inançları daha kolay geliştirebilir. Diğer taraftan uyumsuz üstbilişsel inançların yüksek düzeyi, kişinin olumsuz düşünce ve duygulara maruziyetini artırır. Bu da zarardan kaçınma kişilik özelliklerinin artmasına neden olabilir.

Depresyonda bilişsel bozulmanın temelinde korku vardır. Korku ise zarardan kaçınma mizaç boyutunun temel özelliğidir, biyolojik kaynaklıdır. Bu nedenle depresyonda bilişsel bozulmanın biyolojik temelli ve zarardan kaçınma mizaç boyutu ile ilgili olduğu söylenebilir.

Kendini yönetme karakter boyutu genel olarak bilişsel süreçler, duygu ve davranışın düzenlenmesi ile ilgilidir. Kendini yönetme düzeyinin düşük olması bireylerin eylemlerini etkin bir şekilde düzenleyememesi ile sonuçlanır. Bu durum uyumsuz üstbilişsel inançların gelişimine zemin hazırlayabilir. Diğer taraftan yüksek düzeyde uyumsuz üstbilişsel inançlara sahip olan kişiler, bu inançlarının yönlendirmesiyle işlevsel olmayan düşünce biçimlerini ve kontrol stratejilerini kullanabilir. Bu da kendini yönetmenin azalmasına neden olabilir.

5.3. Mizaç ve Karakter ile Depresyon Arası İlişkide Üstbilişin Aracı Rolünün İncelenmesi

Son olarak, MKE boyutları ile depresyon arasındaki ilişkiye üstbilişsel inançların aracılık edip etmediğini araştırdık. Mevcut çalışmamız bildiğimiz kadarıyla MKE'ni kullanarak mizaç ve karakter, üstbilişsel inançlar ve depresif belirtiler

arasındaki ilişkileri klinik popülasyonda inceleyen ilk çalışmadır. Kişilik boyutları ve depresyon arasındaki ilişkiye üstbilişsel inançların varsayılan aracılık etkisini doğruladık. Sonuçlarımız, kişilikten duygusal bozukluklara uzanan önemli bir üstbilişsel yol olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda depresyon puanları için üç doğrudan etki bulundu. Zarardan kaçınma, kendini yönetme, işbirliği yapma kişilik boyutlarının depresyon üzerindeki direkt etkileri anlamlı bulundu.

Kişilik ile depresyon arasındaki doğrudan yola ilişkin olarak, burada sunulan sonuçlar zarardan kaçınma mizaç boyutu ve kendini yönetme karakter boyutunun depresyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, önceki klinik olan ve olmayan örneklemelerde yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Bu çalışma aynı zamanda literatürle uyumlu bir şekilde, işbirliği yapma karakter boyutu ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir (8,10,160).

İlk ilişkide (ZK ve BDÖ), üç tür üstbilişsel inanç ve ÜBO-30 toplam puanı aracılık kriterlerini karşılamaktadır. Bu üstbilişsel inançlar kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, düşük bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacıdır. Aracılık analizi, zarardan kaçınma ile depresyon arasındaki ilişkiye düşük bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ-30 toplamı puanının aracılık ettiğini ortaya koymuştur. Ancak kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançların aracılık etkisi bulunmamıştır.

İkinci doğrudan etki (KY ve BDÖ) göz önüne alındığında, iki tür üstbilişsel inanç ve ÜBÖ-30 toplam puanı bir aracı için ölçütleri karşıladı. Kendini yönetme karakter boyutu ile depresyon arasındaki ilişkide kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ-30 toplam puanının ayrı ayrı aracılık ettiği

gösterilmiştir.

Son olarak BDÖ ve İY arasındaki ilişkide bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBO-30 toplam puanı bir aracı için ölçütleri karşıladı. Aracılık analizi, işbirliği yapma karakter boyutu ile depresyon arasındaki ilişkiye düşük bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve ÜBÖ-30 toplam puanının aracılık ettiğini saptamıştır.

Aracılık analizleri sonucunda, daha önce depresyon ile ilişkili oldukları gösterilen mizaç ve karakter boyutlarının (ZK, KY, İY), iki tam aracılık etkisi dışında, kısmen uyumsuz üstbilişsel inançlar aracılığı ile depresyonu etkilediği görülmüştür. Bu değişkenler arasında kısmi aracılık ilişkisinin saptanmış olması, ilişkide üstbilişlerin yanı sıra diğer biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin katkısını düşündürmektedir.

Çalışmamızda iki tam aracılık etkisi saptandı, bu bulgular bazı üstbilişsel inançların MKE boyutları ile depresyon arasındaki ilişki üzerinde daha güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile depresyon arasındaki ilişkiye tam aracılık etmiştir. Ayrıca ÜBÖ-30 toplam puanı, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile depresyon arasındaki ilişkiye tam aracılık etmiştir. Düşünceleri kontrol ihtiyacının tam aracılık etkisi ve diğer iki kişilik boyutu (KY, İY) ve depresyon arasındaki ilişkide kısmi aracılık ettiği sonuçlarına dayanarak bu üstbilişsel inanç setinin depresif hastaların terapi süreçlerinde ele alınması gereken önemli bir yere sahip olabileceği söylenebilir.

Literatürde kişiliğin psikopatolojiye etkisinde üstbilişsel inançların aracı rolünün gösterildiği çalışmalara bakıldığında, ağırlıklı olarak depresyon dışında psikopatolojilerin incelendiği çalışmalar görmekteyiz.

Mizacın Strelau Mizaç Envanteri kullanılarak

değerlendirildiği bir çalışmada, üstbilişsel inançların mizaç ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (26). Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, olumsuz üstbilişsel inançların nörotisizm ile YAB arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği gösterilmiştir (150).

Literatürde üstbilişlerin aracılık etkisinin depresif belirtiler ve bozuklukta incelendiği çalışmalara bakıldığında, üstbilişin daha çok BDS (endişe, ruminasyon) bileşenleri ile değerlendirildiği ve MKE dışında farklı kişilik ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalar görmekteyiz.

Belirsizliğe tahammülsüzlük kişilik özelliği, uyumsuz üstbilişsel inançlar ve depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada, üstbilişsel inançların kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve düşünce kontrol ihtiyacı boyutlarının, belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon üzerindeki etkilerine tamamen aracılık ettiği gösterilmiştir (153). Belirsizliğe tahammülsüzlük, zarardan kaçınma düzeyi yüksek olan kişilerin bir özelliğidir. Çalışmamızda düşünceleri kontrol ihtiyacının, zarardan kaçınmanın depresyon üzerindeki etkilerine tam aracılık ettiğinin gösterilmesi, bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

73 üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme nörotisizm, ruminasyon, endişe, depresyon ve anksiyete ilişkileri incelenmiştir. Nörotisizmin ruminasyon ve endişe gibi üstbilişsel süreçler ile pozitif olarak ilişkili olduğu bunun da sırasıyla anksiyete ve depresyon için aracı bir modeli desteklediği bulunmuştur. Bu bulgu, nörotisizm düzeyi yüksek olan insanların stresli durumlarla karşılaştıklarında, endişe ve ruminasyon süreçlerinin aktive olacağı ve bunun da anksiyete ve depresyon semptomlarına neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (157). Psikopatolojinin üstbilişsel modeline

göre psikopatolojiye yol açan endişe ve ruminasyon gibi BDS bileşenlerinin nedeni uyumsuz üstbilişsel inançlardır. Kişi uyumsuz üstbilişsel inançları nedeniyle sıkıntıyı arttıracak düşünme süreçlerine yönelir (12). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, çalışmamızda BDS bileşenleri değerlendirilmemiş olmasına rağmen, çalışmanın sonuçlarının uyumlu olduğu söylenebilir.

Sağlıklı deneklerde (n=161) kişiliğin anksiyete ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde üstbilişsel inançların aracılığı incelenmiştir. Çalışmada ölçüm araçları olarak MKE, BDI, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ÜBÖ-30 kullanılmıştır. Aracılık analizi sonucunda, zarardan kaçınma ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye, kısmen, düşüncelerin ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inançların aracılık ettiği gösterildi. Kendini yönetme ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide, düşüncelerin ve tehlikenin kontrol edilemezliğine ile ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı önemli bir kısmi aracı olarak bulunmuştur. İşbirliği yapma ile depresyon arasındaki ilişkiye tamamen düşünceleri kontrol ihtiyacı üstbilişsel inanç boyutunun aracılık ettiği gösterildi (149). Çalışmamızda da kendini yönetme ve işbirliği yapma karakter boyutlarını ile depresyon arasındaki ilişkiye kısmen düşünceleri kontrol ihtiyacının aracılık ettiği bulundu.

Bahsedilen çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde bazı kişilik özelliklerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Zarardan kaçınma, nörotisizm, belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz duygulanım, davranışsal ketleme özellikleri farklı mizaç/kişilik kuramlarında yer alan benzer yapılardır. Bu kişilik özelliklerinin depresyon ve diğer psikopatolojiler için transdiagnostik savunmasızlık faktörü oldukları kabul edilir (164). Geniş kapsamlı tanımlanan bu yapıların belirli psikopatoloji türlerinde semptomların özgüllüğünü

açıklayabilen, dar kapsamlı daha ileri hiyerarşik modeller için bir temel olarak ele alınması önerilmektedir (165). Burada üstbilişsel modelin önemli bir rolünün olabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.

S-REF modeli, psikiyatrik bozuklukların üstbilişsel kavramsallaştırılmasında temel modeldir. Bu modele göre psikiyatrik bozuklukların yukarıdan aşağıya kontrol edildiği ve sürdürüldüğü düşünülmektedir (121). Bu model bağlamında, yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve düşük işbirliği yapma gibi kişilik özellikleri bilişsel ve duygusal düzenleme ile ilgili üstbilişsel inançların gelişimi sürecinde temel bir yapıtaşını görevi görebilir. Doğuştan gelen mizaç özellikleri ile davranışsal, sosyal öğrenme süreçleri ile gelişen karakter özellikleri, kişileri yoğun ve uzamış olumsuz duygular yaşamaya, olumsuz düşünceleri üzerinde odaklanmaya yatkın hale getirebilir. Tekrarlayan olumsuz duygu ve bilişleriyle başa çıkma yolu olarak, kişi uyumsuz üstbilişsel inançların gelişimine yönelebilir. Deneyimle öğrenilen ve şekillendirilen üstbilişsel inançlar uyumsuz olduğunda, kişinin olumsuz düşünce ve duyguya maruziyeti artar ve kişi psikopatolojiye daha yatkın hale gelir.

Zarardan kaçınma düzeyinin yüksek, kendini yönetme düzeyinin düşük olması psikiyatrik bozukluklar için genel bir risk faktörüdür. Zarardan kaçınması yüksek olan bir kişinin aynı zamanda kendini yönetme ve işbirliği yapması düşükse strese uzun süreli maruziyetinde etkin başa çıkma stratejileri olmadığı için korku ve kaygısı artar ve bununla birlikte yetersizlik, güvensizlik düşünceleri gelişir, olumsuz bilişler artar. Korku, bilişsel bozulmayı artırır. Artan bilişsel bozulma kendini yönetmeyi daha da azaltarak korkunun daha fazla ön plana çıkmasına neden olur. Bir üst mekanizma olarak işlevsel olmayan üstbilişsel süreçlerin devreye girmesi

(obsesyon, ruminasyon, endişe) bilişsel bozulmayı hızlandırır, psikopatoloji şiddetlenir, süregelen hale gelir.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın sonuçlarını değerlendirmemizi sınırlayan birkaç durum söz konusudur.

Bulgularımız, kişilik özellikleri ve üstbilişsel inançların ölçümü, özellikten çok durumu, depresif bozukluğun varlığını yansıtabilir. Çalışmamızın kesitsel tasarımından dolayı nedenselliğin yönü ve doğası yeterince belirlenememektedir.

Örneklemimizde vaka grubunda katılımcıların ağırlıklı olarak kadın olması, bu örneklemden çıkarılabilecek sonuçları sınırlandırmaktadır.

Araştırmada öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması bir diğer kısıtlılıktır. Ayrıca MKE'nin madde sayısının fazla olması ve bazı maddelerde ifadelerde anlam sıkıntısının bulunması mevcut sonuçları etkilemiş olabilir.

Araştırmada ÜBÖ-30 ile genel bir üstbiliş değerlendirmesi yaptık. Sonraki çalışmalarda ilişkilerin depresyonun üstbilişsel modeline daha spesifik olan ölçüm araçları ile incelenmesi önerilir.

Analizlerimiz, kullandığımız ölçeklerin bazı alt boyutlarında düşük iç tutarlılık göstermiştir. Bu nedenle, sonuçları yorumlarken ve genellerken bu durum dikkate alınmalıdır.

Son olarak vaka grubunda anksiyete komorbiditesinin değerlendirilmemesi ve vaka grubunun antidepresan tedavi kullanım süreleri açısından heterojen olması da kısıtlılıklarımız arasında sayılabilir.

6. SONUÇLAR

Sonuçlarımız, kişilik ve üstbiliş arasındaki ilişkiyi ortaya koymakta ve klinik bir popülasyonda mizaç ve karakterin psikopatolojiyi etkilediği önemli bir üstbilişsel yol olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar psikopatolojiyi anlamaya yönelik görece yeni bir yaklaşım olan metakognitif teoriye katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sonuçlar, çok fazla odaklanılmamış bir alan olan, kişiliğin depresyonu hangi spesifik mekanizmalarla etkileyebileceğine dair yeni bir bakış açısı sunmaktadır.

Kalıtımsal olduğu varsayılan mizaç ve kişiliğin gelişimsel yönü olan karakterin kararlı yapılar olmasına rağmen, üstbilişsel müdahaleler ile uyumsuz üstbilişsel inançların işlevsel hale getirilmesi ve üstbilişin geliştirilmesi yolu ile değiştirilmesinin mümkün olduğu söylenebilir. Uyumsuz kişilik özelliklerinin psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkisinin üstbilişsel yaklaşımla düzenlenebileceği çıkarımı tedavide bu yaklaşımın son yıllarda artan önemini desteklemektedir. Böylelikle depresyonun daha etkin tedavisi ve nükslerin azaltılması sağlanabilir.

Üstbilişsel müdahalelerin depresif bozukluk tedavisinde etkilerini gösteren, işlevsiz üstbilişsel inançların azalmasının duygudurumu olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu müdahalelerin kişilik değişiklikleri sağlayıp sağlamadığı için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Sonuçlarımız, depresyonun üstbilişsel kavramsallaştırılması ile Cloninger' in biyopsikososyal kişilik kuramı arasında potansiyel bir ilişki olduğunu öne sürerek iki yaklaşımı birbirine bağlayan daha kapsamlı bir yaklaşım için temel sağlamaktadır. Kişilik ve üst biliş arasındaki etkileşim, öz-düzenleme bağlamında daha fazla araştırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry*. 1999;156(7):1000–6.
2. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 [Internet]. Medscape. [cited 2022 Jul 21].
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*. 2006 May 1;92(1):35–44.
4. Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression - Faissner - 2018 - Depression and Anxiety - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2022 Jul 20].
5. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 14th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2016. 263–264 p.
6. Freud S. Mourning and Melancholia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 56:543–5.
7. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec;50(12):975–90.
8. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *Journal of affective disorders*. 2005;87(1):83–9.
9. Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Depresyon Arasındaki İlişki: Gözden Geçirme Çalışması. *CTJPP* [İnternet]. 2019 [cited 2022 Jul 24];1(2).
10. Zaninotto L, Solmi M, Toffanin T, Veronese N, Cloninger CR, Correll CU. A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Apr 1;194:84–97.
11. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979;34(10):906–11.
12. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Press; 2011.
13. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther*. 2003 Feb;41(2):251–6.
14. Sarisoy G, Pazvantoğlu O, Özturan DD, Ay ND, Yilman T, Mor S, et al. Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014 May 1;68(4):275–81.
15. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008 Apr 1;44(5):1172–81.

16. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(1):111–22.
17. Cotter J, Yung AR, Carney R, Drake RJ. Metacognitive beliefs in the at-risk mental state: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;90:25–31.
18. Spada MM, Wells A. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*. 2008;33(4):515–27.
19. Metacognitions and Mindful Attention Awareness in Depression: A Comparison Of Currently Depressed, Previously Depressed and Never Depressed Individuals - Solem - 2017 - *Clinical Psychology & Psychotherapy* - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2022 Jul 21].
20. Metacognitive beliefs in depressed in-patients: adaptation and validation of the short version of the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) for French clinical and non-clinical samples | Request PDF [Internet].
21. Tajrishi KZ, Mohammadkhani S, Jadidi F. Metacognitive Beliefs And Negative Emotions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1;30:530–3.
22. The Integrative Power of Cognitive Therapy [Internet]. Guilford Press. [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://www.guilford.com/books/The-Integrative-Power-of-Cognitive-Therapy/Alford-Beck/9781572303966>
23. Luty SE, Joyce PR, Mulder RT, Sullivan PF, McKenzie JM. The relationship of dysfunctional attitudes to personality in depressed patients. *Journal of affective disorders*. 1999;54(1–2):75–80.
24. Richter J, Eisemann M. Self-directedness as a cognitive feature in depressive patients. *Personality and Individual Differences*. 2002 Jun 1;32(8):1327–37.
25. GÖKDAĞ C, ARKAR H. Psikobiyolojik kişilik modeli ve bilişsel kuram arasındaki ilişkilerin majör depresyon tanılı hastalarda ve sağlıklı bireylerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2016;27:257–65.
26. Dragan M, Dragan WŁ, Kononowicz T, Wells A. On the relationship between temperament, metacognition, and anxiety: independent and mediated effects. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2012 Nov 1;25(6):697–709.
27. Gawęda Łukasz, Kokoszka A. Meta-cognitive beliefs as a mediator for the relationship between Cloninger's temperament and character dimensions and depressive and anxiety symptoms among healthy subjects. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(4):1029–37.
28. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2013.
29. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1(1):5–11.

30. Vieta E, Phillips ML. Deconstructing Bipolar Disorder: A Critical Review of its Diagnostic Validity and a Proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull.* 2007 Jul;33(4):886–92.
31. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure?: Paper 7 of 7 of the thematic section: ‘A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11.’ *Psychological Medicine.* 2009 Dec;39(12):2071–81.
32. Miller CJ, Johnson SL, Eisner L. Assessment Tools for Adult Bipolar Disorder. *Clin Psychol (New York).* 2009 Jun 1;16(2):188–201.
33. Köroğlu E. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, American Psikiyatri Birliği. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
34. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry.* 2022 Feb;9(2):137–50.
35. Depression [Internet]. [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
36. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçwci M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1st ed. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1997.
37. Kiliç C, Uluğ ÖŞ. Türkiye’de Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2021;14(6):1–7.
38. Çelik FH, Hocaoglu Ç. ‘Major Depressive Disorder’ Definition, Etiology and Epidemiology: A Review. *Journal Of Contemporary Medicine.* :16.
39. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2000 Oct;157(10):1552–62.
40. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science.* 2015 Sep 25;349(6255):1489–94.
41. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet.* 2012 Mar 17;379(9820):1045–55.
42. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003 Jul 18;301(5631):386–9.
43. Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychol Med.* 2005 Jan;35(1):101–11.
44. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet.* 2006 Jan 14;367(9505):153–67.
45. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2016.

46. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Mar;35(1):51–71.
47. Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, de Jonge P, Beekman ATF, Penninx BWJH. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Mol Psychiatry*. 2013 Jun;18(6):692–9.
48. Stetler C, Miller GE. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosom Med*. 2011 Mar;73(2):114–26.
49. Brustolim D, Ribeiro-dos-Santos R, Kast RE, Altschuler EL, Soares MBP. A new chapter opens in anti-inflammatory treatments: the antidepressant bupropion lowers production of tumor necrosis factor-alpha and interferon-gamma in mice. *Int Immunopharmacol*. 2006 Jun;6(6):903–7.
50. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008 Jan;9(1):46–56.
51. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):717–30.
52. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Sep 15;2:16065.
53. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:191–214.
54. Yiğman F, Özdel K. Depresyonun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. Devrimci Özgüven H, editör. *Depresyon*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.45-52.
55. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*. 1978 Feb;87(1):49–74.
56. Beck JS. Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi. Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
57. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi: Depresyon. 4th ed. Epsilon; 2018. 54–55 p.
58. Segal ZV, 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;77(2):97–108.
59. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA, Kasper S. Prognosis and Improved Outcomes in Major Depression: A Review. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020 Apr;18(2):220–35.
60. Kır Y, Devrimci Özgüven H. Depresyonun farmakoterapi ve diğer somatik

yöntemlerle tedavisi. Devrimci Özgüven H, editör. Depresyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-44.

61. Beck AT. Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(2):194.
62. Arkowitz H, Beutler LE, Simon KM. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Springer Science & Business Media; 2013.
63. Normann N, van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and anxiety*. 2014;31(5):402–11.
64. Yanbastı G. *Kişilik kuramları: Ders kitabı*. Ege Üniversitesi Basımevi; 1990.
65. Merenda PF. Toward a four-factor theory of temperament and/or personality. *Journal of Personality Assessment*. 1987;51(3):367–74.
66. Fromm E. *Sigmund Freud's mission: An analysis of his personality and influence*. Open Road Media; 2013.
67. Barrett PT, Petrides KV, Eysenck SBG, Eysenck HJ. The Eysenck Personality Questionnaire: an examination of the factorial similarity of P, E, N, and L across 34 countries. *Personality and Individual Differences*. 1998 Nov;25(5):805–19.
68. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*. 1987 Jun 1;44(6):573–88.
69. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychol Rep*. 1991 Dec 1;69(3):1047–57.
70. Arkar H. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramının Türk örneğinde sınanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2004;
71. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment. *Psychiatry*. 1997 May;60(2):120–41.
72. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, et al. Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development*. 1987;505–29.
73. Sigvardsson S, Bohman M, Cloninger CR. Structure and stability of childhood personality: prediction of later social adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1987;28(6):929–46.
74. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG. Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of personality and social psychology*. 1994;66(4):762.
75. Dzamonja-Ignjatovic T, Svrakic DM, Svrakic N, Jovanovic MD, Cloninger RC. Cross-cultural validation of the revised Temperament and Character Inventory: Serbian data. *Comprehensive psychiatry*. 2010;51(6):649–55.

76. Tilov B, Dimitrova D, Stoykova M, Tornjova B, Foreva G, Stoyanov D. Cross-cultural validation of the revised temperament and character inventory in the Bulgarian language. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(6):1180–5.
77. Pélissolo A, Lépine JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry research*. 2000;94(1):67–76.
78. Richter J, Brändström S, Przybeck T. Assessing personality: the Temperament and Character Inventory in a cross-cultural comparison between Germany, Sweden, and the USA. *Psychological Reports*. 1999;84(3_suppl):1315–30.
79. Arkar H. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2005;36:82–94.
80. Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, et al. Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(5):476–81.
81. Markett S, Montag C, Reuter M. Anxiety and harm avoidance. In: *Neuroimaging personality, social cognition, and character*. Elsevier; 2016. p. 91–112.
82. Evren C, Cicekci E, Umut G, Evren B, Durmus Cicek K. The Mediating Effects of Self-Esteem and Harm Avoidance on the Association between Social Anxiety Symptoms and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Severity in Turkish Inpatients with Alcohol Use Disorder. *Iran J Psychiatry*. 2021 Jul;16(3):281–9.
83. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SJ, Hwang J, et al. Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(3):240–8.
84. Ebstein RP, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y, Blaine D, et al. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature genetics*. 1996;12(1):78–80.
85. Ono Y, Manki H, Yoshimura K, Muramatsu T, Mizushima H, Higuchi S, et al. Association between dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. *American journal of medical genetics*. 1997;74(5):501–3.
86. Krebs RM, Schott BH, Düzel E. Personality Traits Are Differentially Associated with Patterns of Reward and Novelty Processing in the Human Substantia Nigra/Ventral Tegmental Area. *Biological Psychiatry*. 2009 Jan 15;65(2):103–10.
87. Koob GF, Stinus L, Moal ML. Hyperactivity and hypoactivity produced by lesions to the mesolimbic dopamine system. *Behavioural Brain Research*. 1981 Nov 1;3(3):341–59.
88. Menza M. The personality associated with Parkinson's disease. *Current psychiatry reports*. 2000;2(5):421–6.
89. Poletti M, Bonuccelli U. Personality traits in patients with Parkinson's disease: assessment and clinical implications. *Journal of neurology*. 2012;259(6):1029–38.

90. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(1):32–8.
91. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(2):124–31.
92. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(5):350–6.
93. Li W, Zhang W, Xiao L, Nie J. The association of Internet addiction symptoms with impulsiveness, loneliness, novelty seeking and behavioral inhibition system among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry research*. 2016;243:357–64.
94. Wingo T, Nesil T, Choi JS, Li MD. Novelty seeking and drug addiction in humans and animals: from behavior to molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*. 2016;11(3):456–70.
95. Garvey MJ, Noyes Jr R, Cook B, Blum N. Preliminary confirmation of the proposed link between reward-dependence traits and norepinephrine. *Psychiatry research*. 1996;65(1):61–4.
96. Nakamura K, Matsumoto M, Hikosaka O. Reward-dependent modulation of neuronal activity in the primate dorsal raphe nucleus. *Journal of Neuroscience*. 2008;28(20):5331–43.
97. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*. 1993 Dec 1;50(12):991–9.
98. Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BI. The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Archives of General Psychiatry*. 1983 Jul 1;40(7):801–10.
99. Klein MH, Wonderlich S, Shea MT. Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In: *Personality and depression: A current view*. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. p. 1–54. (Mental health and psychopathology).
100. Krueger RF, Tackett JL. Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *J Pers Disord*. 2003 Apr;17(2):109–28.
101. Burger JM. *Kişilik: Psikoloji biliminin insan doğasına dair söyledikleri*. İstanbul: Kaknüs Yayınları. 2006;1.
102. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affect Disord*. 1992 Apr;24(4):217–26.
103. Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences*. 2001 Feb;30(3):391–9.

104. Naito M, Kijima N, Kitamura T. Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56(12):1579–85.
105. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA. Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995;183(9):593–8.
106. Kimura S, Sato T, Takahashi T, Narita T, Hirano S, Goto M. Typus melancholicus and the Temperament and Character Inventory personality dimensions in patients with major depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000 Apr;54(2):181–9.
107. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(1):40–7.
108. Tanaka E, Kijima N, Kitamura T. Correlations between the Temperament and Character Inventory and the Self-rating Depression Scale among Japanese Students. *Psychol Rep*. 1997 Feb;80(1):251–4.
109. Rosenström T, Jylhä P, Robert Cloninger C, Hintsanen M, Elovainio M, Mantere O, et al. Temperament and character traits predict future burden of depression. *J Affect Disord*. 2014 Apr;158:139–47.
110. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2005 Jun;46(3):214–22.
111. van Heeringen K, Audenaert K, Van de Wiele L, Verstraete A. Cortisol in violent suicidal behaviour: association with personality and monoaminergic activity. *J Affect Disord*. 2000 Nov;60(3):181–9.
112. Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*. 2009;170(2–3):212–7.
113. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K, et al. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depression and Anxiety*. 2009;26(4):382–8.
114. Mulder RT, Joyce PR. Relationships of the Tridimensional Personality Questionnaire to mood and personality measures for depressed patients. *Psychological Reports*. 1994;75(3):1315–25.
115. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(3):189–95.
116. Brown AL. Knowing When, Where, and How to Remember: A Problem of Metacognition. Technical Report No. 47. 1977;
117. Forrest-Pressley DL, Waller TG. Cognition, metacognition, and reading. Vol. 18. Springer Science & Business Media; 2013.

118. Hanten G, Dennis M, Zhang L, Barnes M, Roberson G, Archibald J, et al. Childhood head injury and metacognitive processes in language and memory. *Dev Neuropsychol.* 2004;25(1–2):85–106.
119. Karakelle S, Saraç S. Üst Bilis Hakkında Bir Gözden Geçirme: Üstbilis Çalışmaları mı Yoksa Üst Bilisel Yaklaşım mı? *Türk Psikoloji Yazıları.* 2010;13(26):45.
120. Wells A, Matthews G. Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective. Psychology Press; 2014.
121. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996 Dec;34(11–12):881–8.
122. Yilmaz S, İzci F, Mermi O, Atmaca M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst bilis işlevleri: Kontrollü bir çalışma/Metacognitive functions in patients who has obsessive compulsive disorder and major depressive disorder: a controlled study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2016;17(6):451.
123. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons; 2002.
124. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology.* 1991;100(4):569.
125. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy.* 2004;42(4):385–96.
126. Tosun A, Irak M. Adaptation, Validity, and Reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish Population, and its Relationship to Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2008;19(1).
127. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders.* 1997;11(3):279–96.
128. Allott R, Wells A, Morrison AP, Walker R. Distress in Parkinson's disease: contributions of disease factors and metacognitive style. *The British Journal of Psychiatry.* 2005;187(2):182–3.
129. Yilmaz AE, Gençöz T, Wells A. Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *J Gen Psychol.* 2015;142(1):23–33.
130. Huntley CD, Fisher PL. Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2016;57(5):446–52.
131. Saed O, purehsan S, akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety – depression symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2010 Jan 1;5:1685–9.
132. Baptista A, Soumet-Leman C, Visinet A, Jouvent R. Metacognitive beliefs in depressed in-patients: adaptation and validation of the short version of the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) for French clinical and non-clinical samples. *Behav Cogn Psychother.* 2020 Jul;48(4):498–502.

133. Torun ÖD. Major Depresif Bozukluk Tanısı Almış Bir Grup Hastada Üstbilişsel İşlevlerin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Mersin]: Çağ Üniversitesi; 2019.
134. Solem S, Hagen R, Wang CEA, Hjemdal O, Waterloo K, Eisemann M, et al. Metacognitions and Mindful Attention Awareness in Depression: A Comparison Of Currently Depressed, Previously Depressed and Never Depressed Individuals. *Clin Psychol Psychother*. 2017 Jan;24(1):94–102.
135. Batmaz S. [REVIEW] Metakognitif Terapi: Uygulama ve Etkinlik. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* [Internet].
136. Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995;26(6):574–85.
137. David D, Szentagotai A, Lupu V, Cosman D. Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;64(6):728–46.
138. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for Recurrence in Depression. *Clin Psychol Rev*. 2007 Dec;27(8):959–85.
139. Roth A, Fonagy P. What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research. Guilford Press; 2006. 673 p.
140. Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O, Eriksen MS, Sørli ÅJ, Waterloo K, et al. Metacognitions and Thought Control Strategies in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never-Depressed Individuals. *Cogn Ther Res*. 2015 Feb 1;39(1):31–40.
141. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LEO, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*. 2017;8:31.
142. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy*. 2012;50(6):367–73.
143. Ashouri A, Vahid MKA, Gharaee B, Rasoulia M. Effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2013;7(2):24.
144. Nordahl HM. Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009;2(2):152–9.
145. Semerari A, Colle L, Pellicchia G, Buccione I, Carcione A, Dimaggio G, et al. Metacognitive dysfunctions in personality disorders: correlations with disorder severity and personality styles. *J Pers Disord*. 2014 Dec;28(6):751–66.
146. Carcione A, Riccardi I, Bilotta E, Leone L, Pedone R, Conti L, et al. Metacognition as a Predictor of Improvements in Personality Disorders. *Front Psychol*. 2019;10:170.

147. Hu X, Wang J, Liu J, Yao Y. Association between Personality Traits and Metacognition among Pharmacy Students: Implication for Pharmaceutical Education. *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research*. 2021;55(1):7.
148. Marino C, Vieno A, Moss AC, Caselli G, Nikčević AV, Spada MM. Personality, motives and metacognitions as predictors of problematic Facebook Use in university students. *Personality and Individual Differences*. 2016 Oct;101:70–7.
149. Gawęda Ł, Kokoszka A. A relationship between hallucination proneness and character and temperament: a mediating role of meta-cognitive beliefs in a non-clinical sample. *Psychiatry Res*. 2013 Jul 30;208(2):183–5.
150. van der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AER, van der Molen HT. A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2010 Mar;24(2):284–9.
151. Kennair LEO, Solem S, Hagen R, Havnen A, Nysæter TE, Hjemdal O. Change in personality traits and facets (Revised NEO Personality Inventory) following metacognitive therapy or cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(4):872–81.
152. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2009;16(5):394–407.
153. Chen J, Tan Y, Cheng X, Peng Z, Qin C, Zhou X, et al. Maladaptive metacognitive beliefs mediated the effect of intolerance of uncertainty on depression. *Clin Psychol Psychother*. 2021 Nov;28(6):1525–34.
154. Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG. Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cognitive Therapy and Research*. 2000 Dec 1;24(6):671–88.
155. Lam D, Smith N, Checkley S, Rijdsdijk F, Sham P. Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological Medicine*. 2003 Apr;33(3):469–79.
156. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research*. 1998 Aug 1;22(4):401–23.
157. Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*. 2005 Oct 1;39(6):1105–11.
158. Köse S, Sayar K, Ak I, Aydin N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı: Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2004 Sep;14(3):107–31.

159. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1988;6(23):3–13.
160. Cankardaş Nalbantçılar S. Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Depresyon Arasındaki İlişki: Gözden Geçirme Çalışması. 2019 Jun 1;1:129–34.
161. Köseoğlu F. Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Elazığ]: Elazığ Üniversitesi; 2013.
162. Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leombruni P, Boggio S, Rovera GG. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord*. 2002 Dec;32(4):412–25.
163. Wells A. Breaking the Cybernetic Code: Understanding and Treating the Human Metacognitive Control System to Enhance Mental Health. *Front Psychol*. 2019 Dec 12;10:2621.
164. Clark LA, Watson D. Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. In: *Handbook of personality: Theory and research*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 265–86.
165. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Asmundson GJG. Anxious traits and temperaments. In: *Textbook of anxiety disorders*, 2nd ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2010. p. 73–86.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Yaş:

Cinsiyet: () Kadın () Erkek

Medeni Durum:

() Bekar () Evli () Boşanmış ()Dul ()Diğer.....

Eğitim Düzeyi: () İlkokul () Lise () Üniversite

Meslek: () Memur () İşçi () Esnaf () Ev Hanımı
() Emekli () Serbest Meslek () İşsiz/Çalışmıyor () Diğer

Hangi Gelir Düzeyinde Olduğunuzu Düşünüyorsunuz?

() Alt () Orta () Üst

Ailenizde/Akrabalarınızda Psikiyatrik Hastalığı Olan Biri Var mı?

() Var () Yok

Daha Önce Psikiyatri Başvurunuz Var mı?

()Var ()Yok

Ne Kadar Süredir Düzenli Psikiyatrik Tedavi

Görüyorsunuz?

() 1 yıldan az () 1-2 yıl () 2-3 yıl () 3-5 yıl
() 5 yıldan fazla

Şu An Psikiyatrik İlaç Kullanıyor Musunuz?

() Evet () Hayır

Psikiyatride yatış öykünüz var mı? () Var () Yok

İntihar Girişiminde Bulundunuz mu?

() Evet ()Hayır

Sigara Kullanır mısınız? ()Evet ()Hayır

Alkol Kullanır mısınız? ()Evet ()Hayır

Uyuşturucu Kullanım Öykünüz Var mı? ()Evet ()Hayır

EK 2. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir aynılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygulanımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygulanımı, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözümü sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış paniteleri yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söyleyemem.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarıma, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirir.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaşsınız, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olamamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahat ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygulanımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarının acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakmam.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırıyorum ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarda birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarının arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarının çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıklar önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarımı yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarsına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geniyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmalan üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duygulan paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK 3. Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse. benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım. endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 4. Beck Depreyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 | (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 | (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kahahat buluyorum. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | | |

Toplam BECK-D skoru:.....