T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA RUMİNASYON VE ÜSTBİLİŞ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ayşe Merve AKÇAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA RUMİNASYON VE ÜSTBİLİŞ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ayşe Merve AKÇAY

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden itibaren bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim başta klinik şefimiz ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime değerli katkılarda bulunan başta Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA olmak üzere tüm hocalarıma ve hekim arkadaşlarıma,

Bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, desteğini esirgemeyen ve her daim yanımızda olan değerli uzman hekimlerimize,

Psikiyatri kliniğine başladığım ilk günden itibaren bana yol gösteren, her daim desteğini ve sevgisini hissettiğim Dr. Esra YALIM başta olmak üzere birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Beni yetiştiren, emeğin değerini, merhameti, adaleti, insana değer vermeyi ve sevmeyi öğreten, her koşulda en büyük destekçim olan aileme,

Birlikte büyüdüğüm, her daim sevgi ve desteklerini hissettiğim biricik dostlarım Birce İzgi Akçay ve Dilan Erdoğan'a,

Bugün hala var ettikleri sayesinde bağımsız kadın bir hekim olarak yaşamaya, çalışmaya ve üretmeye devam edebildiğim, ülkemizin kurucusu ulu önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Sonsuz teşekkürlerimle….

Dr. Ayşe Merve AKÇAY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ vi
GRAFİK LİSTESİ viii
ÖZET ix
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK 3
2.1.1. Tarihçe ve Tanım 3
2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 4
2.1.3. Etiyoloji 5
2.1.4. Risk Faktörleri 12
2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri 13
2.1.6. Klinik Seyir ve Eş Tanılar 15
2.1.7. Tedavi 16
2.2. ÜSTBİLİŞ KURAMI 17
2.2.1. Tarihçe ve Tanım 17
2.2.2. Üstbiliş Kuramları 18
2.2.3. Üstbilişsel Modele Göre Psikopatolojiler 19
2.2.4. Depresyonun Üstbilişsel Modeli 21
2.3. RUMİNASYON 23
2.3.1. Tarihçe ve Tanım 23
2.3.2. Ruminasyonla İlişkili Kuramlar 23
2.3.3. Ruminasyon Çeşitleri 25
2.3.4. Ruminasyon ve Depresyon 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. ÖRNEKLEM 27
3.2. ETİK KURUL ONAYI 28

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 28
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 28
3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) 29
3.3.3. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) 29
3.3.4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumlu) 30
3.3.5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumsuz) 30
3.4. YÖNTEM 31
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 32
4. BULGULAR 34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 34
4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 42
4.3. DEĞİŞKENLERİN MULTİVARATE LİNEER REGRESYON ANALİZİ 44
5. TARTIŞMA 48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 55
6.1 SONUÇLAR 55
6.2. ÖNERİLER 56
6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI 57
8. KAYNAKLAR 58
9. ÖZGEÇMİŞ 66
10. EKLER 67
EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 67
EK-2: EPK BELGESİ 68
EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ 69
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 70
EK-5: OLGU RAPOR FORMU 74

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Anksiyete Bozukluğu
ACTH	Adrenocorticotropic Hormone– Adrenokortikotropik hormon
ASK	Anterior Singulat Korteks
AVP	Arginin-Vazopressin
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor-Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BDS	Bilişsel Dikkat Sendromu
CRH	Corticotropin Releasing Hormone– Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DASÖ-21	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DLPFK	Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvulzif Tedavi
EPK	Eğitim Planlama Kurulu
FGF-2	Fibroblast Growth Factor 2–Fibroblast Büyüme Faktörü 2
GABA	Gama Amino Bütirik Asid
HPA	Hipotalamo-Pitüiter- Adrenal
HPT	Hipotalamo-Pitüiter-Tiroid
KDYİ	Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler
LOPFK	Lateral Orbital Prefrontal Korteks
MDB	Majör Depresif Bozukluk
NGF	Nerve Growth Factor –Sinir Büyüme Faktörü

NMDA	N-Metil-D-Aspartat
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PFK	Prefrontal Korteks
RUMI-Olumlu	Ruminasyon ile İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği
RUMI-Olumsuz	Ruminasyon ile İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği
SCID-5-CV	Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
S-REF	Self Regulatory Executive Funciton
TRH	Thyrotropin Releasing Hormone–Tirotropin Salgılatıcı Hormon
TSH	Thyrotropin Stimulating Hormone –Tiroit Serbestleştirici Hormon
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜBÖ-30	Üstbiliş Ölçeği
VEGF	Vascular Endothelial Growth Factor – Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü
VMPFK	Ventromedial Prefrontal Korteks

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri 14
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 34
Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 35
Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 36
Tablo 4.4. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ- 21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 37
Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ- 21) puanlarının çalışma gruplarına göre hastalık şiddetinin karşılaştırılması 38
Tablo 4.6. Katılımcıların Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 39
Tablo 4.7. Katılımcıların Olumlu Ruminasyon Ölçeği (RUMİ-Olumlu) ve Olumsuz Ruminasyon Ölçeği (RUMİ-Olumsuz) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 40
Tablo 4.8. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) ile Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) Puanları Arasındaki Korelasyonlar 42
Tablo 4.9. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanları ile Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) Puanları Arasındaki Korelasyonlar 43
Tablo 4.10. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanları ile DASÖ-21 Puanları Arasındaki Korelasyonlar 44
Tablo 4.11. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike puanı için açıklayıcı değişkenlerle “Multivarate Lineer Regresyon Analizi “ sonuçları 45

Tablo 4.12. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-Düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı için açıklayıcı değişkenlerle "Multivarate Lineer Regresyon Analizi " sonuçları 46
Tablo 4.13. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-Bilişsel farkındalık puanı için açıklayıcı değişkenlerle "Multivarate Lineer Regresyon Analizi " sonuçları 47

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. ÜBÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması 41
Grafik 4.2. Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 41
Grafik 5.1. Majör Depresif Bozukluk ’un Üstbilişsel Modeli 52

ÖZET

Ayşe Merve AKÇAY, Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ruminasyon ve Üstbiliş Özelliklerinin İncelenmesi. Ankara, 2023.

Amaç: Depresyon; toplumda sık görülen, gelişiminde birçok faktörün birlikte rol oynadığı, bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkileyen ve işlevselliklerinde ciddi bozulmaya neden olan bir psikiyatrik hastalık tablosudur. Üstbiliş kavramı, kişinin kendi bilişsel süreçlerinin farkında olması, değerlendirme ve düzenleme yeteneğini ifade etmektedir. Depresif bozukluğun gelişimi ve süreğenliğinde üstbilişsel inançların ve ruminatif düşünmenin etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastaların üstbiliş ve ruminasyon özellikleri incelenerek bu özelliklerin hastalık şiddetiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mevcut çalışma kesitsel taraşıma sahiptir. Çalışmanın örneklemini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran ve majör depresif bozukluk tanısı alan 18-65 yaş arasındaki 95 hasta ile gönüllü 95 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik verileri görüşme esnasında kaydedilmiş, sonrasında katılımcılara Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30), Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumlu) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumsuz) uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından farklılık gözlenmeyen ($p=0.976$, $p=0.054$) hasta grubu ile kontrol grubu kıyaslandığında; hasta grubunda Üst Biliş Ölçeği'nin "Kontrol Edilemezlik-Tehlike, Düşünceleri Kontrol ihtiyacı, Bilişsel Güven ve Bilişsel Farkındalık" alt ölçekleri ile Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar ölçek puanları yüksek saptandı ($p<0.001$). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin depresyon puanları ile Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($p=0.002$, $p<0.001$). Ayrıca Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin depresyon puanları ile Üst Biliş Ölçeği'nin "Düşünceleri Kontrol

İhtiyacı” ve "Bilişsel Farkındalık” alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (p=0.001, p=0.016).

Sonuç: Majör Depresif Bozukluk tanılı hastalarda ruminasyon ve üstbiliş özelliklerinin incelendiği bu çalışmada ruminasyona dair olumlu ve olumsuz inançların hasta bireylerde daha fazla olduğu ve bu inançların depresyon şiddetini artırdığı gözlenmiştir. Ruminasyona dair olumlu ve olumsuz inançların yanında Majör Depresif Bozukluk tanılı bireylerde endişe ile ilgili üstbilişlerin de fazla olduğu, endişeyle ilgili bilişsel farkındalık ve düşüncelerini kontrol ihtiyacının depresyon hastalık şiddetiyle pozitif yönlü ilişkisi olduğu anlaşılmıştır. Çalışmanın sonuçları toplumda sık gözlenen ve tedavi edilmediğinde oldukça olumsuz sonuçları olan depresyonun etiyolojini anlama ve uygun bireysel tedavi planı sağlayabilme açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, ruminasyon, üstbiliş

ABSTRACT

Ayşe Merve AKÇAY, Investigation of Rumination and Metacognitive Features in Patients Diagnosed with Major Depressive Disorder. Ankara, 2023.

Objective: Depression, a psychiatric disorder commonly observed in society, is influenced by various factors during its development. It negatively impacts individuals' daily lives, causing significant impairment in functionality. The concept of metacognition refers to an individual's awareness of their own cognitive processes, expressing the ability to evaluate and regulate them. It is known that metacognitive beliefs and ruminative thinking play a role in the development and chronicity of depressive disorders. This study aims to examine the metacognitive and rumination features of patients diagnosed with Major Depressive Disorder and to evaluate their relationship with the severity of the illness.

Materials and Methods: The current study has a cross-sectional design. The sample of the study consists of 95 voluntary patients aged between 18 and 65 diagnosed with Major Depressive Disorder who applied to the Psychiatry Clinic of Gulhane Training and Research Hospital, along with 95 voluntary healthy controls. The sociodemographic data of the participants were recorded during the interviews, and subsequently, the participants underwent assessments using the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Metacognition Scale (MCQ-30), Positive Beliefs about Rumination Scale and Negative Beliefs about Rumination Scale. The collected data were analyzed using appropriate statistical methods.

Results: When comparing the patient group with the control group, with no observed differences in terms of age and gender distribution ($p=0.976$, $p=0.054$), it was found that the patient group had higher scores in the “Negative Beliefs about Worry, Need to Control Thoughts, Cognitive Confidence and Cognitive Self-Consciousness" sub-scales of the Metacognition Questionnaire, as well as in the Positive Beliefs About Rumination and Negative Beliefs About Rumination Scales ($p<0.001$). Positive correlations were observed between the depression scores of the Depression Anxiety Stress Scale and the scores on the Positive Beliefs About Rumination and Negative Beliefs About Rumination scales ($p=0.002$, $p<0.001$).

Additionally, positive correlations were found between the depression scores of the Depression Anxiety Stress Scale and the "Need to Control Thoughts" and " 'Cognitive Self-Consciousness" sub-scale scores of the Metacognition Questionnaire (p=0.001, p=0.016).

Conclusion: This study examines rumination and metacognitive features in individuals diagnosed with Major Depressive Disorder. It has been observed that positive and negative beliefs about rumination are more prominent in affected individuals and that these beliefs exacerbate the severity of depression. In addition to beliefs about rumination, it has been noted that individuals diagnosed with Major Depressive Disorder also show increased metacognitive tendencies related to anxiety, and there is a positive correlation between cognitive awareness related to anxiety and the need to control thoughts and the severity of depressive symptoms. The findings of this study contribute to the literature in understanding the etiology of depression, a prevalent societal condition with significant negative consequences when untreated. Additionally, these findings offer insights for the development of appropriate, individualized treatment plans.

Keywords: Depression, metacognition, ruminations

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Latince alçakta olmak anlamına gelen *depressus* kelimesinden köken alan depresyon, derin üzüntülü bir duygudurumla birlikte konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama yanı sıra değersizlik, yetersizlik, isteksizlik ve karamsarlık duygu ve düşünceleri ile kendini gösteren bir bozukluktur (1,2). Majör Depresif Bozukluk (MDB) yaşayan bireylerin günlük hayatı olumsuz yönde etkilenmekte ve işlevsellikleri ciddi düzeyde bozulabilmektedir. Yaşam boyu görülme sıklığı %6.5- 21 arasında saptanan depresif bozukluk toplumda en fazla yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasındadır (3). Oluşumunda biyolojik, psikolojik, genetik ve sosyal birçok faktörün etkili olabildiği MDB uygun şekilde tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sebep olmaktadır.

Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (4). Bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyumlu çalışmasında büyük rol oynayan üst biliş sistemindeki herhangi bir sapmanın, birçok ruhsal bozukluğun gelişmesinde ve devamında önemli bir etken olabileceği düşünülmektedir (5).

Depresif Bozukluğun üstbilişsel modeline göre, bireylerin duygusal zorlantıları sonrasında depresif duygudurumda kalmalarına üstbilişleri nedeniyle deneyimlerine verdikleri tepkiler neden olmaktadır. Depresif Bozuklukta rol oynayan temel bilişsel özellik olarak kabul edilen ruminasyonun hem olumlu hem de olumsuz sonuçları olabileceğine ilişkin üstbilişsel inançlar oldukça önemlidir. Ruminasyona dair olumlu inançlar ruminasyon yapma isteğini artırırken zamanla ruminasyonların kontrol edilemez olduğuna ilişkin olumsuz üstbilişsel inançlara ve depresif belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır (4,6).

Tüm bu bilgiler ışığında mevcut çalışmanın amacı MDB tanısı alan hastalar ile kontrol grubuna alınan gönüllü bireylerin üstbilişlerini ve ruminasyon özelliklerini karşılaştırmak ve bireylerin depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun ve üstbiliş özelliklerinin etkisini araştırmaktır. Araştırma sonucunda MDB tanılı bireylerde

üstbiliş ve ruminasyon özellikleri değerlendirilerek, mevcut psikopatolojilerini anlama ve uygun bireysel tedavi planı sağlayabilme açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. MDB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla ruminatif düşünme daha fazla gözlenmektedir.
2. MDB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla üstbilişsel süreçlerin daha aktif olduğu gözlenir.
3. Üstbilişler ve ruminasyon özellikleri MDB'de hastalık şiddeti ile ilişkilidir.
4. Üstbiliş ve ruminasyon özellikleri ile MDB hastalığına eşlik eden anksiyete belirtileri arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe ve Tanım

Majör Depresif Bozukluk, çökkün duygulanım, isteksizlik ve zevk alamama; psikomotor aktivitede yavaşlama, değersizlik ve karamsarlık düşüncelerine ek psikofizyolojik işlevlerde bozulma ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur (7). Depresif bozuklukta bu durum gün içinde süreğen olmakla birlikte, bireyin günlük işlevselliğinde belirgin derecede bozulmaya yol açmaktadır (2). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinde (DSM 5) istek ve ilgide azalma, çökkün/depresif duygulanım, psikomotor yavaşlama, enerjide azalma, uyku ve iştahta değişiklik, konsantrasyonda zorlanma, suçluluk ve intihar düşüncelerinin olması MDB'nin tanı kriterleri olarak belirlenmiştir. MDB her yaşta görülebilmekle birlikte, 40-50 yaşları arasında daha sık gözlenmektedir. Ayrıca kadınlarda erkeklere kıyasla 2 kat daha sık görülmektedir. Tıbbi hastalığa sahip olma, düşük sosyoekonomik gelir, yalnız yaşama, boşanma, işsizlik, nesne kaybı, çocukluk çağı travmaları, yoğun ya da sürekli strese maruz kalma, madde- alkol kötüye kullanımı gibi faktörlerin depresyon riskini artırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (8). Yüksek yaygınlık oranları, kronikleşme riski, intihar davranışında artışa neden olması, işlevsellikte azalma dolayısıyla neden olduğu yeti yitimi ve bunun sonucu olarak görülen ekonomik olumsuzluk gibi faktörler depresyonu önemli bir halk sağlığı sorunu olarak göstermektedir (7).

Depresyon sözcüğü, "alçakta olmak, bastırmak" anlamına gelen Latince *depressus* sözcüğünden köken almaktadır (2). Eski çağlarda insanlar depresyon gibi ruhsal bozukluklarının oluşum sebebini doğaüstü güçlere atfetmiştir. Ruhsal bozuklukların ilk bilimsel yaklaşımla sınıflandırma çalışmaları M.Ö. 460-357 yılları arasında yaşayan Hipokrat tarafından yapılmıştır. Hipokrat depresyon için "siyah safra" anlamına gelen melankoli ifadesini kullanmıştır. Ayrıca melankolinin uzun süreli stres sonrasında ortaya çıktığını ifade etmiştir (9).

Galen ise melankoliyi "çökkünlük, korku ve kişinin hayatından memnun olmaması" olarak tanımlamış ve melankolinin gelişiminde çevresel ve genetik

faktörlerin önemi üzerinde durmuştur. Milattan sonra 1000'li yıllarda Türk-Arap dünyasında İbni Sina ve İshak İbni İbram melankoli tanımı konusunda görüşlerini bildirmişlerdir. İbni Sina "Kanun" adlı kitabında farklı duygudurumlarını tanımlamış ve farklı depresif görünümlerin vücut sıvılarının farklı oranlarda karışımından kaynaklandığını öne sürerek bu düşüncesi ile de modern nörotransmiter varsayımının öncüsü kabul edilmiştir. İshak İbni İbram ise melankoli belirtilerini "genel yavaşlama, hareketsizlik, uyku sorunları, iştahsızlık, konuşmama, moral bozukluğu, endişe, keder ve özkıyım riski" olarak tanımlamıştır. 1600'lü yıllara geldiğimizde ise Robert Burton'un yazmış olduğu "Melankolinin Anatomisi" adlı kitapta melankoli, geçmiş zamanlara göre fizyolojik ağırlıklı ve bugünkü semptomlarına yakın bir şekilde tanımlanmıştır. 20. Yüzyıl başlarında Emil Kraepelin, melankoliyi depresyonun semptomu olarak tanımlamış ve depresyona oldukça yakın bir tanım yapmıştır. Kraepelin'e göre depresyonun ana patolojisi duygudurumda çökkünlük ve fiziksel, zihinsel süreçlerde yavaşlamadır. 21. Yüzyılda teknolojik gelişmelerle beraber McLennan, Brodie, Shor, Alec Coppen gibi bilim insanlarının çalışmalarıyla monoaminler hakkındaki bilgiler artmış, depresyon varsayımlardan ziyade fizyolojik temellere dayandırılmıştır (9). Günümüzde depresif bozukluk yalnızca fizyolojik temelleriyle değil bireysel farklılıkları göz önünde bulunduran psikanalitik, bilişsel ve davranışçı bakış açılarıyla da değerlendirilmektedir (8).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

MDB yaygın görülen kronik, tekrarlayıcı ve ciddi iş gücü kaybına sebep olan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yakın tarihli verilerine göre, dünyada yaklaşık 280 milyon kişi depresyondan etkilenmekte ve her yıl 700 binden fazla kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir (10). 18 ülkenin epidemiyolojik verileri elde edilerek yapılan bir çalışmada 12 aylık MDB prevalansının %2.2-10.4 arasında olduğu saptanmıştır. Yaşam boyu depresyon prevalansı ise %6.5-21.0 olarak raporlanmıştır. Sonuçlar ülkeler arasında önemli farklılıklar gösteriyor olsa da tüm ülkelerde depresyonun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (11,12). Çeşitli çalışmalarda MDB riski kadınlarda erkeklerin 2 katı olarak saptanmış olup ileri yaşlarda kadın ile erkek arasındaki bu farkın azaldığı gözlenmiştir (2).

1998 yılında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili-1" çalışmasının sonucuna 12 aylık süreçte MDB yaygınlığı %4 olarak saptanmış olup kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (3,13). Türkiye'de yapılmış bir başka çalışmada MDB kadınlarda, boşanmış olanlarda, gelir seviyesi ve eğitim seviyesi düşük olanlarda daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Kadınlarda, temel sağlık hizmetlerine ulaşamayanlarda depresif bozukluk sıklığının arttığı saptanmıştır. Bu duruma kadının sosyal rolü, aile yapısındaki yer ve beklentiler ile iş sahibi olma oranının neden olduğu düşünülmektedir (14).

2.1.3. Etiyoloji

a. Genetik etkenler: MDB tanılı hastalar ve aileleri üzerinde yapılan çalışmalarda, MDB tanılıların ailelerinde kontrollerin ailelerine göre hastalığın 2-4 kat yüksek olduğu, MDB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında rölatif riskin 2,84 olarak hesaplandığı, depresyonun etiyolojisinde genetik etmenlerin %50-70 oranında rol oynadığı, lokal çevresel etkiler ve sosyoekonomik durum gibi paylaşılmış çevresel etmenlerin %5 lik bir orandan sorumlu olduğu, diğer kısmın ise kişisel çevresel koşullarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Kalıtılabilirliği %37 olarak hesaplanan MDB'nin erken başlangıçlı ve yüksek yineleme eğilimi gösteren klinik alt tiplerinde bu oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır (15). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda genlerin çevresel faktörler tarafından aktive olabileceği, sinir sistemi üzerinden transkripsiyonel epigenetik değişikliklere yol açarak genetik bilginin yorumlanmasını etkileyebildiği ve bu şekilde genlerin ifadelerinin değişmesi sonucu hastalığın görülme riski ile klinik görünümünde farklılıkların görülebileceği ileri sürülmüştür (16).

b. Nörobiyolojik etkenler:

- **Nörotransmitter Sistemi ile İlişkili Faktörler**

20. yüzyılın ortalarında bir antihipertansif olan rezerpin adlı molekülün monoamin miktarını azaltarak depresyonu tetikleyebileceği gözlenmiştir. Bu gözlem serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi monoamin nörotransmiterlerinin patogenezde rol oynayabileceği fikrini doğurmuş ve monoaminerjik teori ortaya atılmıştır. Sonrasında yapılan çalışmalar, trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz

inhibitörlerinin sinaptik aralıkta monoamin artışına yol açarak depresyon belirtilerinde düzelmeye neden olduğunu göstermiştir (17). Monoamin hipotezinin, depresif bozukluğun nörobiyolojik etiyolojisini anlamada önemli bir etkisi olmuştur ancak bu model aynı hastada farklı hastalık dönemlerinde görülen değişiklikler dahil kliniğindeki çeşitliliği ve bazı hastaların antidepresana yanıt verirken diğerlerinin yanıt vermemesinin nedenini açıklamamaktadır. En önemlisi bu model antidepresanların tedavi edici etkisi için gereken sürenin neden haftalar sürdüğünü açıklayamamaktadır (18). Bu nedenle monoamin miktarında azalmanın depresyona sebep olduğu hipotezi yeniden ele alınmıştır.

Antidepresanlar ile akut sinaptik monoamin artışının ikincil mesajcı sinyalizasyon sistemi aracılığıyla zaman içeresinde moleküler ve hücresel plastisiteye aracılık eden translasyonel ve transkripsiyonel faktörlerde değişikliklere neden olduğu vurgulanmıştır. "Nörotransmitter reseptör hipotezi" olarak adlandırılan bu hipoteze göre pre ve postsinaptik norepinefrin ve serotonin reseptörlerinin azalması (downregülasyon) ve duyarsızlaşmasının (desensitizasyon) patogenezde etkili olduğu öne sürülmüştür (19). Bu üç monoaminerjik nörotransmitere ek olarak GABA (Gama Amino Bütirik Asit) ve glutamatın da MDB etyopatolojisinde etkili olduğu görülmüştür. Monoaminerjik sistemle yakın ilişkide olan ve sırasıyla uyarıcı (eksitatör) özellik gösteren glutamat ve engelleyici (inhibitör) özelliğe sahip GABA'nın MDB hastalarının beynindeki farklı bölgelerde azaldığı ve buna karşın kolinerjik sistem aktivitesinin arttığı anlaşılmıştır (20) .

- **Nöroanatomik Sistem ile İlişkili Faktörler**

Çalışmalar MDB'nin beynin lokal ya da belirli bir bölgeyle ilişkili bir bozukluk olmasından ziyade, ventromedial prefrontal korteks (VMPFK), lateral orbital prefrontal korteks (LOPFK), dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), anterior singulat korteks (ASK), ventral striatum, amigdala ve hipokampüs gibi birçok bölgeyi içeren devreye ait bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir. Limbik sisteme ait kısımlar olan amigdala, hipokampus, bazal ganglionlar ve nükleus akumbens işlenmemiş emosyonlara aracılık ederken; prefrontal korteks (PFK) ve ASK emosyonların bilişsel işlenmesini ve ayrıca limbik sistemin yukarıdan aşağı inhibe edilmesini sağlamaktadır. MDB'nin nörodevresel bir bozukluk olduğuna ilişkin ortaya

atılan teoriye göre MDB, beyin sapı ve limbik bölgelerin korteksin inhibisyon kapasitesini aşacak derecede hiperaktivite gösterdiği durumlar (aşağıdan yukarıya fenomeni) ya da korteksin limbik aktiviteyi yeterince inhibe edemeyecek kadar hipoaktif olduğu durumlar (yukarıdan aşağıya fenomeni) sonucunda oluşmaktadır. Yapılan araştırmalar hastalık sürecinde bazal gangliyonlar, amigdala, hipokampüs ve PFK hacimlerinde azalma olduğunu, VMPFK ve LOPFK'da hiperaktivite görülürken DLPFK'da hipoaktivite olduğunu göstermiştir. DLPFK hipoaktivitesi apati, psikomotor hareketlerde azalma, dikkat ve bellek bozuklukları ile ilişkilendirilirken, VMPK'deki bu aktivite artışı ağrı, anksiyete ve ruminatif düşünceler ile ilişkili bulunmuştur. Yineleyen, kronik ve tedavi edilmemiş depresyon olgularında beyin bölgelerindeki azalmanın daha yüksek oranda görüldüğüne dikkat çekilmiştir (17) .

- **Nöroendokrin Sistem**

Stres, bireyin baş etme ve uyum sağlama becerisini aşan ve tehdit eden bir olay ya da deneyim olarak tarif edilebilir. Strese karşı yanıtın ortaya çıkmasında Hipotalamik-Pitüiter- Adrenal (HPA) eksen görev yapmaktadır. Akut stres sonrası HPA ekseni aktive olarak hipotalamusun paraventriküler çekirdeğinden Kortikotropin salgılarıcı hormon (CRH) ve arjinin-vazopressin (AVP) hormonları salgılanır. CRH ve AVP salgılanması ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salımına neden olur. ACTH, adrenal korteksten glukokortikoid salınımına yol açar. Glukokortikoidlerin metabolizmanın düzenlenmesi, inflamasyon ve bağışıklık yanıtının ortaya çıkması yanı sıra nörogenezi düzenleme gibi görevleri mevcuttur (21). Bu özellikleri, Hipotalamik-Pitüiter- Adrenal (HPA) eksen değişikliklerinin uzun yıllardır depresyon araştırmalarının odağı olmasına neden olmuştur. MDB'de HPA eksenindeki değişikliklerle ilişkili en tutarlı biyolojik bulgulardan biri, artan plazma kortizol miktarıdır. Bu aşırı strese bağlı glukokortikoid salınımında artışa ve glukokortikoid reseptör aracılı geri besleme inhibisyonunda bozulmaya sebep olmaktadır (17). HPA ekseni değişiklikleri bozulmuş bilişsel işlev ve tedaviye kötü yanıt ve yüksek relaps riski ile ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlara rağmen, glukokortikoid reseptör antagonistleri gibi HPA ekseni işlevini değiştiren tedaviler klinik çalışmalarda işe yaramamıştır (16).

Tiroid hormonlarının metabolizma, ısı regülasyonu, gelişme, nöronal büyüme ve sinaptogenez gibi birçok alanda görev aldığı bilinmektedir. Araştırmalar hipotalamo-pitüiter-tiroid (HPT) eksen bozukluklarının depresyonda görülebildiğini göstermiştir. T4 düzeyinde artış, Tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) salınımına verilen tiroit serbestleştirici hormon (TSH) yanıtında sınırlılık ve nokturnal TSH artışında azalma olduğu görülmüştür. Ağır depresif bozukluk tanılı hastalarda subklinik HPT eksen anormallikleri saptanmıştır. HPT eksenindeki bozukluğun tedaviye kötü yanıt ve yüksek yineleme riskiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (21) .

- **İnflamasyon**

MDB etiyolojisinde periferal sitokin konsantrasyonları beyin fonksiyonları, iyilik hali ve biliş ile ilişkilendirilmiştir. Normal şartlar altında immün sistem optimum bir denge halinde olmakla birlikte, çeşitli çevresel uyaranlar denge durumunu etkilemektedir. Uyaranlar immün sistemin akut yanıt değişiklikleri oluşturmasına ya da kronik olarak bağışıklık hücrelerinin aktivasyonuna ve beklenenden yüksek sitokin salınımına sebep olabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki, stres ile immün sistem arasında çift yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki birçok somatik ve psikiyatrik hastalığın temelinde yer alabilmektedir (22). Literatürde antidepresanların monoaminerjik sistem üzerine etkisinden bağımsız, anti-inflamatuar ve anti-oksidatif etkisinin olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (23,24).

- **Nöroplastisite ve Nörogenez ile İlişkili Faktörler**

Beyin matürasyonunun beyin kaynaklı nörotrofik faktör (brain derived neurotrophic factor = BDNF), sinir büyüme faktörü (nerve growth factor=NGF) ve nörotrofin-3 gibi nörotrofik faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Stres ve psikotrop ilaçlar gibi dış etkenler nörotrofik faktör sentezini etkilenmekte olup şiddetli stres durumunda hipokampusta BDNF ekspresyonunun ve nörogenezin azaldığı, bu durumun atrofi ile sonuçlandığı gözlenmiştir (25). Yapılan çalışmalar sonucunda, MDB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük BDNF düzeyleri olduğu bildirilmiş, ayrıca intihar nedeniyle ölen kişilerin hipokampus ve PFK'sinde düşük BDNF düzeyleri saptanmıştır (26). Sinaptik plastisite üzerinde vasküler endotelyal büyüme faktörü (vascular endothelial growth factor=VEGF), glial hücreden

kaynaklanan büyüme faktörü, fibroblast büyüme faktörü 2 (fibroblast growth factor 2= FGF-2) ve NGF gibi birçok faktörün nöroprotektif etki gösterdikleri bilinmektedir. Strese yanıt olarak VEGF gen ekspresyonunun azaldığı, öngörülemeyen hafif strese maruz kalan kemirgenlerde hipokampal bölgede VEGF mRNA düzeyinin düştüğü saptanmıştır. MDB'de limbik yapılarda FGF-2 reseptörlerinin ve genlerinin ekspresyonunun azaldığını gösteren çalışmalar bulunmakta, FGF- 2'nin kemirgen beynine intraventriküler olarak enjeksiyonu sonrası antidepresan etki gösterdiği bildirilmektedir (17). Depresyon modeli geliştirilmiş sıçanlarda NGF'nin azaldığı ve elektrokonvulzif tedavi (EKT) ile azalmış olan NGF düzeyinin normalize edildiği de başka bir bulgudur (27). Depresyonun etiyolojisinde rol alan diğer nörobiyolojik faktörlerin belki de son durağı olarak görebileceğimiz nöroplastisite ve nörogenezis hem stresle ilişkisi nedeniyle depresyonun ortaya çıkmasında hem de ister ilaç ister psikoterapi ya da egzersiz olsun, tedavi ile ortaya çıkan iyileşmenin ana hedefi olarak oldukça önemli bir mekanizma gibi görünmektedir. Bu alandaki araştırmalar ve bu alanı hedefleyen tedaviler belki de dirençli olgularda düzelmeye (remisyon) ve iyileşmeye (recovery) ulaştırabilecektir (28).

c. Psikolojik etkenler:

- Psikodinamik Kuram

Freud'un öğrencilerinden Karl Abraham, 1912 yılında melankolik depresyon ile normal yas yaşantısını kıyaslamıştır. Her iki durumda da kişinin kayıp yaşamasına rağmen yas durumunda kişinin yitirdiği sevgi nesnesi ile ilgilendiği ancak depresif durumdaki kişinin suçluluk duyguları içinde kıvranmakta olduğunu gözlemlemiştir. Gözlemlerinin sonucunda depresif duygudurumunu, kaybedilen nesneye karşı yaşanan öfkenin kişinin kendi üzerine çevrilmesi ve kişinin anal-sadistik döneme gerilemesi olarak yorumlamıştır. Freud " Yas ve Melankoli" adlı yazısında Abraham'ın düşüncelerine katılmış, yas yaşantısında nesnenin ölüm sonucu yitirilmiş olduğunu fakat depresif durumda yitirilmiş nesnenin kişinin kendi benliğine mal edilmiş olması nedeniyle depresif kişinin iç dünyasında bir kayıp yaşadığını açıklamıştır. Yitirilen nesneye yönelik sadizm, depresyonda kendi benliğine alınmış olan sevgi nesnesine yöneltilir. " The Ego and the Id" adlı kitabında ise Freud, melankolik hastaların

acımasız süperegolara sahip olduğunun altını çizmiş olup bu nedenle melankolik kişilerin saldırganlık eğilimlerinden yoğun suçluluk duygularına sahip olduğunu ifade etmiştir (29). Abraham ve Freud'dan sonra Sandor Rado, Melanie Klein ve Edward Bibring de depresyonun psikodinamik kuramının gelişmesine katkıda bulunmuşlardır. Rado'ya göre melankoli "sevgi için umutsuz bir yakarıştır." Ego kendi kendini cezalandırarak ebeveynin vereceği cezadan korunmaya çalışır ve bunu yaparken suç-ceza-bağışlanma döngüsünü yineler. Rado'ya göre bu döngü bebeğin öfke duyması - açlık-bebeğin anne memesini görmesi ve bunu izleyen doyum yaşantısının simgesel yinelemesidir. Melanie Klein ise manik-depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu içe alınmış nesnelere sahip olmanın bir yansıması olarak görmektedir. Klein'a göre depresif kişiler, bebeklik döneminde kendi yıkıcılıkları ve hırsları sonucunda yok ettiklerine inanmış oldukları sevilen nesnesin yasını devam ettirirler. Bir yandan kendi yıkıcılıkları sonucunda yitirdikleri nesnenin özlemini çekerken, diğer yandan içleştirilmiş kötü olumsuz nesneler tarafından zarar görüyor olduklarına inanırlar. Depresyonun kişinin kendisine yönelik saldırgan tutumu sonucunda ortaya çıktığını öne süren görüşlere katılmayan Bibring'e göre depresyon, kişinin idealleri ile gerçekler arasındaki gerilimden kaynaklanmaktadır. Bibring, depresif kişinin; değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak üzere üç ayrı narsisistik beklentiye sahip olduğunu ancak egonun bu beklentilere ulaşamayacağının farkında olmasıyla kişinin kendisini güçsüz ve çaresiz hissetmesine neden olduğu ve tüm bunların sonucunda kişinin depresif duruma girdiği görüşünü ortaya atmıştır (30).

Varoluşçu kurama göre ise depresyon, kişinin anlam kaybı ve umutsuzluk hissiyle karakterizedir. Varoluşçu bakış açısına göre depresyon bireyin özgürlük hissinin kaybedildiği ya da sınırlandığı durumlarla, otantik yaşamın olmaması ya da anlam arayışında başarısız olma ile ilişkilendirilebilir.

- Davranışçı Kuram

Davranışçı modelde depresyon, ödül sisteminde bir azalma olarak görülmektedir. Ödüllendirilmede azalmanın yanında kendini eleştirme depresif dönemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu modele göre genellikle pasif, tekrarlayan ve ödüllendirici olmayan davranışlar sonucunda depresyon gelişmektedir (31). Ödül sunma olasılığı olan çevreden davranışsal ve bilişsel olarak kaçınmanın

depresyon gelişimi ve depresif belirtilerin süreğenliğinde etkili olduğu, ayrıca negatif sosyal pekiştireçlerin de olumsuz duygulara sebep olabileceği öne sürülmüştür (32). Ek olarak sosyal beceride eksiklik, uyku yoksunluğu, kötü problem çözme becerileri ve cezalandırıcı davranışlar sergileme gibi özelliklerin de davranışsal modele göre depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenler olarak ele alınabilir (33).

- Bilişsel Kuram

Aaron T. Beck biliş kavramı ile bireyin düşünce süreçleri ve inançlarını ifade etmiştir. Beck depresyonun bilişsel olarak kişinin kendisi, çevresi ve geleceğiyle ilgili olumsuz inançlara sahip olmasından kaynaklandığını ileri sürmüştür (34). Geleneksel bilişsel modele göre, bilişsel yapılar üç katmanlıdır; otomatik düşünceler, ara inançlar (koşullu inançlar) ve temel inançlar. Ara inançlar ve temel inançlar bir arada "şemalar" olarak ele alınır. Bu şekilde, en yüzeyde otomatik düşüncelerin, en derinde temel inançların ve ortalarında ara inançların yer aldığı bilişsel yapı kavramsallaştırılır.

Otomatik düşünceler, kişilerin zihnine istemsiz olarak gelen düşünce ve imgelerden oluşur. İkinci katman olan ara inançlar ise, çocukluk çağından itibaren gelişen, geçmiş deneyimlerle ortaya çıkan bilişlerdendir. Bunlara otomatik düşüncelerin anlamları ve sonuçlarının sorgulanmasıyla ulaşılırlar. En derinde ise, daha oturmuş olan temel inançlar yer alır. Temel inançlar, kişinin kendisi ve dünyaya karşı koşulsuz genel yargılarıdır. Beck, erken çocukluk yaşantılarından köken alan ara inanç ve temel inançları şema olarak tanımlamış ve kişilik örüntülerinin belirleyicisi olarak da şemaları işaret etmiştir. Beck'e göre şemalar katı ve işlevsiz olsa dahi tek başlarına patolojiye sebep olmazlar. Şemayı tetikleyici bir yaşam olayının gerçekleşmesi sonrasında, şema aktifleşir. Aktifleşen şema işlevsiz bilişlerin ortaya çıkmasına neden olur ve patoloji ortaya çıkar (33).

Beck, depresyonun bilişsel modelinde bilişsel üçlü kavramı, bilişsel şemalar ve bilişsel hatalar olmak üzere 3 faktör öne sürmüştür. Bilişsel üçlü kavramı kişinin kendisine, dünyaya ve geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerinden oluşur. Depresyonun kişinin yaşantılarını sürekli ve inatçı bir şekilde yanlış yorumlamasından kaynaklandığını öne sürmüştür. Kişinin kendisi hakkındaki çaresizlik, yetersizlik ve sevilmeme gibi temel inançlara sahip olması ve olumsuz şemaların depresyonun gelişmesinde etkili ikinci faktör olduğunu belirtmiştir. Depresyonda olumsuz

şemaların aktif olması nedeniyle depresif kişinin çevresindeki olayları bu olumsuz şemaların perspektifinden yorumladığını ifade etmiş ve şemaların aktifleşmesinin ve değişmez-katı şemalara sahip olmanın klinik tabloyu ağırlaştırdığını öne sürmüştür. Depresyonun geleneksel bilişsel modelinde yer alan üçüncü kavram ise bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel çarpıtmalar bilişsel yanlılığın bireyin düşünme biçimine yansımasıdır." Zihin okuma, ya hep ya hiç düşünce tarzı, felaketleştirme, duygulardan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, -meli/-malı ifadeleri ve olumlu olanı küçük görme" depresyonda görülen bilişsel çarpıtmalardır.

d. Sosyal faktörler: Depresyon, ülkeler ve kültürler arasında görülme sıklığı açısından çeşitli farklılıklar olsa da tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Depresyon gelişiminde psikolojik, genetik, çevresel ve biyolojik birçok etkenin etkisi yanında sosyal faktörlerin de etkisi mevcuttur. Nüfus artışı, iç ve dış göçler, kentleşmeyle birlikte gelen problemler, fiziksel çevredeki değişimler, aile yapısında görülen değişimler, toplumsal iletişimdeki değişmeler, bireyselleşme, toplumsal dayanışmanın bozulması, artan stres etkenleri ve travmatik yaşantılar, ekonomik politikalar depresyon artışı ve etkilerini anlamada ana değişkenler olarak görülmektedir (35).

2.1.4. Risk Faktörleri

Depresyonun ortaya çıkmasında kişinin sahip olduğu kalıtımsal özelliklerin çevreyle olan etkileşimi ve bu etkileşimlerin zamanlamasının önemli olduğu gösterilmiştir. Genetik yatkınlık, kadın cinsiyet, düşük gelir, boşanma, stresli yaşam olayları, güvensiz bağlanma biçimine sahip olmak, fiziksel ya da kronik hastalığa sahip olmak, alkol-madde kullanımı, sosyal desteğin zayıf olması depresyonun gelişimi ve gidişatını olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Diğer yandan zeki olmak, engellenme eşiğinin yüksek olması, benlik saygısının yüksekliği, stresle başa çıkma mekanizmalarının yüksek olması, güvenli bağlanma biçimine sahip olma ve sosyal desteğin iyi olması gibi özelliklerin kişide depresyon gelişimi açısından koruyucu olduğu gösterilmiştir (36).

2.1.5. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri

MDB tanısı konulabilmesi için çökkün duygudurum ve anhedoni ya da ilgi azlığı belirtilerinden en az birinin olması gerekmektedir. Bu belirtilerin biri ya da ikisine ek tanı kriterlerinde belirtilen diğer belirtilerden dört veya fazlasının olması ve bu belirtilerin en az 2 hafta boyunca sürmüş olması tanı koydurucudur (37). Tablo 2.1'de Majör Depresif Bozukluğun DSM-5 deki (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı) tanı kriterleri verilmiştir.

Tanı ölçütlerinde belirtilen klinik özellikler:

- Çökkün duygudurum

Keder, umutsuzluk, çaresizlik, hüzün ve değersizlik duyguları ile karakterize olan çökkün duygudurum MDB hastalarının %90 ından fazlasında gözlenmektedir. Çökkün duygulanıma sıklıkla daha önce yapmaktan keyif alınan uğraşılara karşı isteksizlik anlamına gelen anhedoni ve genel ilgi kaybı eşlik etmektedir. MDB da duygudurum gün içinde değişkenlik göstermekte ve genellikle sabah saatlerinde depresif duygular daha yoğundur. Anksiyete depresif duyguduruma sıklıkla eşlik etmektedir. Anksiyetenin yanında çarpıntı hissi,terleme, ağızda kuruma ve göğüs ağrısı şeklinde bedensel belirtiler de görülebilir (38).

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk tanı kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görüntür).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalmaya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

- Bilişsel Bozukluklar

Hastaların konuşmaları yavaşlamış ses tonu azalmış olup düşüncede duraklamalar görülebilir. Düşünce içeriğinde karamsar tema hâkim olmakla birlikte suçluluk ve değersizlik düşünceleri mevcut olabilir (2). Bu düşünceler intihar davranışının altında yatan en büyük etkenlerdir ve hastaların yaklaşık %75'inde intihar düşüncelerinin olduğuna dikkat çekilmiştir (38). Depresif hastalarda özkıyım riskinin ayrıntılı ve dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastaların büyük bir kısmının dikkatlerini belirli bir duruma odaklanmakta zorlandıkları ve üretken bir

etkinlikte bulunmakta güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Sıkıntı, üzüntü ve dikkat azalmasına bağlı olarak hastalar gün içinde sıklıkla unutkanlıktan yakınırlar. Depresyonda nadiren sanrı ve halüsinasyonlar gözlenebilir. Genellikle duygudurumla uyumlu ve kişiyi suçlayıcı ya da nihilistik temalar içermektedir (2).

- Bedensel Belirtiler

Depresyonda sıklıkla enerji azlığı, halsizlik ve yorgunluk görülmektedir. Depresif hastaların yaklaşık %85 inde iştah azalması ve kilo kaybı izlenirken, atipik depresyon vakalarında bu durumun tersine iştah artışı ve kilo alımı izlenmektedir. Aynı zamanda cinsel istek kaybı, uyku düzensizlikleri ve sirkadien ritm bozuklukları da depresyonda gözlenen vejetatif belirtilerdendir (2,38).

- Davranışsal Belirtiler

MDB'de özellikle genç hastalarda psikomotor retardasyon gözlenmektedir. Psikotik ve melankolik alt tiplerinde daha belirgindir olmakla birlikte sıklıkla içe kapanma ve toplumsal geri çekilmeyle gözlenir. MDB'de görülebilecek bir diğer davranışsal belirti ise psikomotor ajitasyondur. Yaşanan yoğun bunaltı ve sıkıntı hissinin motor davranışla dışa vurumudur. Depresyon vakalarının yarıya yakınına anksiyetenin eşlik ettiği söylenmektedir. Ajite depresyonlar kadın ve yaşlı hastalarda daha sık gözlenmekte olup bu hastalar intihar riski açısından dikkatli izlenmelidir (2,38).

2.1.6. Klinik Seyir ve Eş Tanılar

Depresyona hem psikolojik hem de fizyolojik hastalıkların eşlik ettiği bilinmektedir. Kalp ve damar hastalıkları, serebrovasküler olaylar, Parkinson hastalığı ve diyabet gibi fizyolojik hastalıklar ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı ve şizofreni gibi psikolojik hastalıklar depresyona eşlik eden hastalıklardır. Bunlar arasında anksiyete bozukluklarının depresyon hastalarının yarısından fazlasında görüldüğü bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda MDB saptanan bir hastada ek olarak anksiyete bozukluğu (AB) gelişme riskinin 3.3- 8.2 kat arttığı diğer yandan AB saptanan birinin bir yıl içinde depresyon geçirme riskinin de 7-62 kat arasında yükseldiği gösterilmiştir (8). Depresif

Bozukluğa eşlik eden tanı varlığında hastalık şiddetinin daha ağır olduğu, tedaviye yanıtın daha düşük olduğu, tedavi süresinin daha uzun ve depresyonun yenileme olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir (39).

2.1.7. Tedavi

Depresyon tedavisinde temel amaç tam iyilik halinin sağlanmasıdır. MDB'nin tedavisinde farmakoterapinin, EKT'nin ve psikoterapinin etkisi kanıtlanmıştır.

- **Psikofarmakolojik Tedaviler**

MDB'de farmakolojik tedavi hastalığın etyolojisinde rol oynadığı düşünülen nörobiyolojik sistemler üzerinde etki gösteren ilaçları içermektedir. Yapılan son araştırmalarda antidepresanların etki mekanizmalarının, nörotransmitterlerden hücre içi sinyallere kadar uzanan özelleşmiş yolaklar üzerinden olduğu, ayrıca nörotransmiterlere hedef nöronlardaki gen ifadelenmesinde değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir (40). Antidepresanlar; trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, seçici serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri, serotonin geri alım inhibisyonu ve 5-HT2A blokajı yapanlar, seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri, noradrenerjik ve spesifik serotonerjik etki yapanlar, melatonin reseptör agonizması ve 5-HT2C blokajı yapanlar, multimodal etkili olanlar ve atipik etkili olan antidepresanlar olarak sınıflandırılmaktadır (41).

- **Somatik Tedaviler**

MDB tedavisinde, farmakolojik tedaviye dirençli durumlarda ya da bazı özel durumlarda somatik tedaviler kullanılmaktadır. Somatik tedaviler; elektrokonvülzif terapi, transkraniyal manyetik stimülasyon, vagus sinir stimülasyonu, derin beyin stimülasyonu, manyetik nöbet terapisi, transkraniyal doğru akım stimülasyonu, uyku yoksunluğu ve parlak ışık tedavilerini içermektedir (40).

- **Psikoterapötik Tedaviler**

Depresyonun akut tedavisinde genellikle destekleyici ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları önerilmekte olup hastanın kliniği göz önüne alınarak, bireysel

terapiler, grup terapileri, kişilerarası terapi, bilişsel davranışçı terapi, problem çözmeye odaklı psikoterapi, psikodinamik psikoterapi gibi birçok farklı psikoterapötik yaklaşımdan yararlanılabilir (40). Bazı çalışmalarda MDB'de psikoterapi ile farmakoterapi arasında benzer etkinlik düzeyi saptanmıştır. Ayrıca iyilik halinin sürdürümünde psikoterapinin farmakoterapiden daha etkili olduğu ileri sürülmektedir. Orta-Ağır depresif bozukluk tanılı hastalarda en iyi tedavi seçeneği olarak farmakoterapinin yanında psikoterapinin kullanımı önerilmektedir (32).

2.2. ÜSTBİLİŞ KURAMI

2.2.1. Tarihçe ve Tanım

Biliş, farklı birçok zihinsel yapıların, süreç ve işlevin bir araya gelmesiyle oluşan bir üst işlem mekanizmasıdır (42). İngilizce "metacognition" kelimesinin Türkçe literatürde karşılığı olan "üstbiliş" kavramı ise; insanın algılaması, hatırlaması ve düşünmesinde yer alan bilişsel etkinliklerin ve bunlara ait süreçlerin farkında olması ve kontrol etmesi anlamına gelmektedir (43). Gelişim psikolojisi alanında yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkmış olan üstbiliş kavramı üzerine daha sonrasında bellek psikolojisi, yaşlılık psikolojisi ve nöropsikoloji alanlarında da çalışmalar yapılmıştır.

1970li yıllarda çocukların bellek işlevleri ve stratejileri üzerine yaptığı araştırmalar sonrasında Flavell, üstbiliş kavramını literatüre kazandırmıştır. Üstbiliş, kişinin kendi zihnindeki olayların ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini belirli bir amaç doğrultusunda yönlendirebilmesini içeren bir üst sistem olarak görülmektedir. Kişinin bilişsel süreçlerinin işlevsellik ve uyum içerisinde çalışmasında rol oynayan üstbiliş sisteminde meydana gelebilecek bir sapmanın psikopatolojilerin gelişmesinde ve devamında etkili önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir (5). Psikolojik bozukluklarda görülen bazı işlevsel olmayan düşüncelere ve başa çıkma tarzlarına bir takım üstbilişsel işlevlerin yol açtığı öne sürülmektedir. Kişiler, olayları değerlendirmelerini etkileyen işlevsel olmayan bilişleri hakkında olumlu ve olumsuz üstbilişlere sahiptirler ve bu üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır. Çalışmalarda, negatif

üst bilişsel inanışların anksiyete ve depresif semptomların sürmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (4).

2.2.2. Üstbiliş Kuramları

Üstbiliş ile ilgili ilk çalışmaları literatüre kazandıran Flavell, üstbiliş sistemini oluşturan birbirleriyle etkileşim içerisinde dört farklı sistemden söz etmiştir: Üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler, üstbilişsel stratejiler/işlemler ve üstbilişsel hedefler/görevler. Kişinin bilişsel süreçlerinin seyri ve sonucunu etkileyen faktörlerin nasıl bir yolla birbirleriyle etkileşime geçip eyleme neden olacağını belirleyen inanç ve bilgiler "üstbilişsel bilgi" yi oluşturmaktadır. Üstbilişsel deneyimler, bilişsel sürece eşlik eden ve sürece dair bilinçli duyusal ve bilişsel deneyimlerdir. Karar verme, düşünme gibi zihinsel eylemlerin, bilişlerin değerlendirilmesidir. Üstbilişsel hedefler ise bilişsel girişimlerin amaçlarını ifade ederken üstbilişsel stratejiler belirlenen amaçlara ulaşmak için kullanılan bilişler veya davranışları ifade etmektedir (44). Üstbiliş kuramına katkıda bulunan bir diğer isim Brown ise öğrencilerin öğrenme süreçlerini incelemiş olup üstbilişin öğrenme ve problem çözme gibi bilişsel süreçlerde oldukça etkin bir şekilde kullanıldığını belirtmiştir. Öğrencilerin üstbilişi kendi bilişsel kazanımları üzerinde düşünmesi, öğrenme süreçlerine odaklanarak düzenlemesi olarak ifade etmiştir. Brown üstbilişi, biliş bilgisi ve bilişin düzenlenmesi olarak iki kısma ayırmıştır. Brown'a göre biliş bilgisi; düşünme, öğrenme ve karar verme gibi kişinin bilişsel yetenekleri ve bilişsel süreçleri hakkında düşünmeleri ve bilgi sahibi olmalarını ifade ederken, bilişlerin düzenlenmesi ise kişinin kendi bilişlerini denetlemesi ve düzenlemesidir (43).

1990 lı yıllarda yaptıkları çalışmalar sonrasında Nelson ve Narens, biliş ile üstbiliş arasındaki bağlantılara ve üst bilişin bilgi, izleme ve denetleme olmak üzere üç yüzünün birlikte nasıl çalıştığına dair genel bir çerçeve çizmişlerdir. Üstbilişsel süreçlerle ilgili "üst (meta) düzey" ve "nesne düzeyi" olmak üzere birbiriyle ilişkili iki düzeyden bahsetmiştir. Nesne düzeyi öğrenme ve problem çözme gibi sürmekte olan bilişsel faaliyetler olarak ele alınabilirken; üst düzey, kişinin mevcut görevi tamamlamak için meşgul olduğu bilişsel süreçlerin ve icra ettiği görevi kavrayışının bir modelini oluşturur. Üstbiliş, üst düzey ve nesne düzeyi arasındaki etkileşimi izleme ve denetleme ile sağlar. Nesne düzeyi izleme işlemi aracılığıyla üst düzeye bilgi akışı

sağlarken, üst düzey ise denetleme ile nesne düzeyindeki faaliyetlerin durumunu ve işleyişini belirlemektedir. Böylece nesne düzeyindeki bir işlemin devamı, sonlandırılması ya da değiştirilmesi sağlanmaktadır (44).

Adrian Wells'e göre üstbiliş, kişinin kendi düşüncelerini, inançlarını ve duygularını fark etme, anlama ve yönetme yeteneğidir. Üstbiliş, düşüncelerin farkında olma, onları değerlendirme, zihinsel süreçlerin düzenlenmesi ve yönetme kapasitesini içermektedir (45,46). Wells'e göre Üstbiliş; Metakognitif Bilgi, Deneyimler, Stratejiler şeklinde üç alt boyuta ayrılabilir. Üstbilişsel bilgi kişinin kendi düşünceleri hakkındaki inançlarını ve teorilerini ifade etmektedir. Aynı zamanda kişinin bellek ve konsantrasyon verimliliği hakkındaki inanışlarını da kapsar. Üstbilişsel bilginin açık(açıklayıcı) ve örtük(yöntemsel) olmak üzere iki türü olduğu belirtilmiştir. Açık bilgi, sözlü olarak ifade edilebilen üstbilişsel bilgidir. Açık bilgiye "Kötü düşüncelere sahip olmak benim zihinsel olarak hasarlı olduğum anlamına gelir." örnek olarak verilebilir. Örtük bilgi ise doğrudan sözel ifadelerle açıklanamayan üstbilişsel bilgilerdir. Dikkati yönlendirmenin kontrolü, belleğin taranması ve yargıların oluşturulmasında kullanılan ve düşünmeye kılavuzluk eden programlar olarak düşünülebilir. Örtük bilginin kişinin sahip olduğu düşünme becerilerini gösterdiği söylenebilmektedir (47). Ek olarak Wells, "Olumlu Üstbilişsel İnançlar" ve "Olumsuz Üstbilişsel İnançlar" olmak üzere iki tür inanca da dikkat çekmiştir. Olumsuz Üstbilişsel İnançlar düşüncelerin ve bilişsel süreçlerin önemi, anlamı, kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgili olup Olumlu Üstbilişsel İnançlar ise bilişsel aktivitelerle meşgul olmanın avantajlarına dair inançlardır (48). Üstbilişsel deneyim, kişinin kendi zihinsel faaliyetleri ile ilgili değerlendirmeleridir. Üstbilişsel stratejiler ise düşünceyi denetleme, değiştirme ve kontrol etme gibi bilişsel faaliyetlerin düzenlemesi amacıyla verilen yanıtları ifade eder (47).

2.2.3. Üstbilişsel Modele Göre Psikopatolojiler

1990'lı yıllarda Wells ve Matthews'in ileri sürdüğü üstbilişsel yaklaşım modeline göre, üstbiliş sisteminin bireylerin bilişsel proseslerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında önemli görevi vardır. Dolayısıyla bu modelde oluşabilecek herhangi bir normalden sapmanın, psikopatolojilerin gelişimi ve süreğenlik kazanmasında etkili olacağı ön görülmektedir. Üstbilişsel yaklaşıma göre, birtakım

problemli üstbilişler işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına neden olmaktadır. Ve kişilerin yaşadığı olaylar üzerine düşünceleri hakkında sahip olduğu olumlu ve olumsuz üstbilişlerin, kişilerin uyumsuz tarzda tepki geliştirmesine yol açtığı düşünülmektedir (5). Ayrıca ruhsal hastalık sürecinde kaçınma, düşüncenin bastırılması ve ruminasyon gibi uyumlu olmayan başa çıkma yöntemlerinin kişi tarafından fark edilmeden kullanıldığını ifade etmektedir (48).

Wells'in ruhsal hastalıkların etiyolojisini üstbilişsel kurama göre açıklamak amacıyla "Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (KDYİ) Modeli"ni (Self-Regulatory Executive Function Model = S-REF) geliştirmiştir. KDYİ modeli bilişin birbirleriyle ilişkili üç düzeyini kapsamaktadır. Alt düzey, otomatik bilgi işleme sürecidir ve genellikle bilinç düzeyinde yer almaz. Aktif Kontrollü İşleme Düzeyi ise kişinin eylem ve düşüncelerinin değerlendirilmesi ve bilinçli olarak kontrol edilmesiyle ilgilidir. Bu düzeyde bulunan ruminatif düşünceler ve endişe içerikli düşüncelerin varlığı kişinin dikkatinin yönünü değiştirmektedir. Aynı zamanda yine bu düzeyde yer alan bastırma gibi uyumsuz başa çıkma yöntemleri de süreci olumsuz etkilemektedir. Üçüncü düzey olan Üst Düzey ise kişinin uzun süreli belleğinde depolanan üstbilişsel bilgiler ve inançlarına dair bilgileri içermektedir. Üst düzey aktif duruma geldiğinde kişinin başa çıkma stratejileri için uzun süreli belleğinde depolanmış bilgiler kullanılmaktadır (46). Wells 'in üstbilişsel modelinde ikinci düzey işlemleme sisteminde, işlevsel olmayan düşünme biçimi ve kişinin uyumsuz başa çıkma stratejileri sonucunda ortaya çıktığını düşündüğü "Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS)ndan söz etmektedir. BDS etkin hale geldiğinde kişi iç ve dış uyaranlara devamlı ve esnek olmayan bir şekilde odaklanmış olup yineleyen endişe, işlevsel olmayan inançlar ve ruminasyona dair yanlı ve objektif olmayan bir dikkat artışına sahiptir. Ayrıca BDS kişinin tehdit olarak algıladığı konulara yönelmesine ve bu durumla başa çıkmak amacıyla kişinin tehdit üzerine yoğunlaşma, düşünceyi nötrleştirme gibi işlevsel olmayan yöntemler geliştirmesine neden olmaktadır (49). Böylece kişi düşüncenin yalnızca bir düşünce olmadığı kanısı edinmesine yol açmaktadır.

Kişinin düşüncelerine verdiği önem, düşüncelerinin denetlenebilirliği ve düşüncenin etkileri "Üstbilişsel İnanışlar" olarak adlandırılmaktadır. Olumlu üstbilişsel inançlar endişe, ruminasyon, işlevsiz başa çıkma davranışları ve dikkat yanlılığının kişide olumlu sonuçları olduğuna dair inançları içermekteyken olumsuz

üstbilişsel inançlar ise olumlu üstbilişler sonucunda ortaya çıkan ruminasyon gibi durumların kontrol edilememesi sonucunda olumsuz etkileri olabileceğine dair inanışları ifade etmektedir (6,50). Wells, üstbilişsel süreçler sonrasındaki deneyimi nesne mod ve üstbilişsel mod olmak üzere iki zihinsel mod kavramıyla açıklar. Kişinin düşünce, inançlar ile iç-dış gerçek deneyimleri arasındaki farkı ayırt edemediği durumu nesne modu olarak açıklar. Nesne modunda kişi düşünce ve inançlarının kendisi ve dış çevrenin bir temsili olduğunu fark edemez. Üstbilişsel modda ise kişi, düşünce ve inançlarının gerçeklikten farklı olduğunu ayırt edebilmektedir. Kişi için düşünceler, gerçekliğin farklı doğruluk dereceleri olan temsilleridir (47) .

Ruhsal bozuklukların üstbilişsel modelleri üzerine yapılan araştırmaların miktarı son yıllarda oldukça artmaktadır. Yapılan çalışmalarda Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikotik Bozukluk, Madde kötüye kullanımı ve Depresif Bozukluk gibi psikopatolojilerde üstbilişin etkileri doğrulanmaktadır (42). Ayrıca çalışmalarda algılanan stres, depresyon, anksiyete ve üstbiliş ile ilişkili faktörler arasında birbirleriyle pozitif ilişki içerisinde olduğu ifade edilmektedir. Stresli yaşam olayları nedeniyle ortaya çıkan anksiyete ve depresif belirtileri mevcut kişilerde, bu belirtilerin negatif üst bilişsel inançlar nedeniyle sürdüğü, aynı zamanda üstbilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilmede de etkili olduğu gösterilmiştir (51).

2.2.4. Depresyonun Üstbilişsel Modeli

MDB tanılı kişilerin zihinsel işlevlerinde ve olayların farkındalığında birtakım sorunlar yaşadıkları, yaşadığı olaylara dair daha çok olumsuz değerlendirmelere sahip oldukları düşünülmektedir. Papageorgiou ve Wells, MDB tanılı bireylerin odaklanma ve düşünmede güçlük yaşadığı, bu kişilerin bazı önemli bilişsel süreçlerde problemlerinin olduğunu belirterek MDB tanılı bireylerde üstbilişin bilişsel süreçleri etkileyerek düşünce, duygu ve davranışlarda olumsuz etkiye sebep olduğunu ifade etmişlerdir (52). Sonrasında depresyon ve ruminasyonun üstbilişlerle ilişkisini araştıran Papageorgiou ve Wells, kişilerin düşünce süreçleri hakkında olumsuz inançlara sahip olmasının ve kişiye keder veren depresif nitelikli düşüncelerle ile ruminasyon aracılığıyla baş etmeye çalışmalarının depresif semptomların şiddetini arttırdığı ve daha uzun süre görülmesine sebep olduğunu saptamışlardır. MDB de

gözlenen kişiyi üzen, kaygılandırıcı, girici, tekrarlayıcı, olumsuz düşünceler üzerinde üstbilişlerin oldukça önemli bir etkisinin olduğunu vurgulamışlardır (53).

Üstbilşsel yaklaşım açısından ruminasyon, olumsuz duygular ve tehdit edici durumlarla başa çıkmayı amaçlayan ve yineleyici düşüncelerden oluşan bir başa çıkma stratejisidir. Olumsuz düşünce ve duygular gibi içsel olaylar tarafından tetiklenen ve öz düzenlemeyi hedef alan stratejidir (45). MDB'de BDS'nin temel ögesi ruminasyon olmakla birlikte endişe de mevcuttur. Depresif hastalarının semptomları üzerinde endişe ettiğini ve gelecekte bu semptomları ile başa çıkma konusunda olumsuz ve umutsuz inanışlara sahip oldukları bilinmektedir. Aynı zamanda tehdit tarama davranışını da depresyonda BDS'nin diğer bir bileşeni olarak sayabiliriz. Depresyonun semptomlarına ve kişide görülen duygudurum değişikliklerine artmış odaklanma şeklinde karşımıza çıkmaktadır (52).

Üstbilişsel modele göre; olumsuz bir düşünce, negatif bir bedensel tepki ya da üzüntü keder gibi duygular tipik tetikleyicilerdir. Tetikleyiciler, olayın anlamı ya da nedenlerine dair ruminasyonu ve zihinsel işlemeyi devreye sokacak olumlu bilişsel inançları aktive eder. Olumlu bilişsel inançlar, kişinin belirti ve semptomlarını taramasının önemi ile alakalıdır ve kişinin semptomları üzerine ruminasyon yapmasına neden olurlar. Ruminasyonlar ise depresif semptomların yoğunluğunu arttırmakta ve süresini uzatmaktadır. Ruminasyonların depresif semptomlar üzerine bu doğrudan etkisi, özellikle depresyonun ilk zamanlarındaki duygudurum dalgalanmalarının devamında önemlidir. İlerleyen süreçte semptomların devam etmesi ya da artış göstermesi ile kişide depresif semptomların tehlikeli olduğu, ruhsal olarak yetersiz ve savunmasız oldukları, ruminasyonların kontrol edilemeyeceği gibi olumsuz üstbilişsel inançlar aktive olmakta veya güç kazanmaktadır. Depresif kişi artık depresif düşünce, duygu ve semptomlarının kontrol edilemez olduğu düşüncesine sahiptir. Olumsuz üstbilişsel inançlar aynı zamanda ruminasyon üzerinde azalmış farkındalığa neden olur çünkü artık depresif kişi bu süreci zararsız bir alışkanlık olarak görmeye başlamıştır. Depresyona eşlik eden aktivite azalması, motivasyon ve istek kaybı gibi semptomların kişiye ruminasyon açısından daha fazla zaman kazandırmaktadır. Bunlara ek olarak hayatında en az bir depresif dönem geçirmiş kişinin, ilerleyen süreçlerde de depresyonun erken dönem semptom ve belirtileri açısından tetikte olma ihtiyacıyla ilgili olumsuz üstbilişsel inançlara sahip olduğu izlenmiştir (47).

2.3. RUMİNASYON

2.3.1. Tarihçe ve Tanım

Ruminasyon, Latince geviş getiren hayvanların birinci mide bölümünü ifade eden *rumen* kelimesinden köken alan "geviş getirme" anlamına gelen bir sözcüktür. Geviş getirme; toynaklı hayvanların yiyecekleri birinci mideden ağza tekrar tekrar getirerek çiğnemesi demektir. Literatürde; bir düşünce, yaşantı ya da duygunun tekrarlayıcı bir şekilde zihinde dönüp durmasını ifade etmektedir. Nolen-Hoeksema'nın geliştirdiği "Depresyonun Tepki Biçimleri Teorisi (The Response Styles Theory of Depression)" çerçevesine göre ruminasyon depresyonun belirtileri, olası nedenleri ve sonuçları üzerine pasif ve tekrarlayıcı düşünce biçimidir (54). Bu bakış açısına göre deneyimlenen olumsuz duygulara verilen bir tepki olarak ruminasyon ortaya çıkmakta olup ruminasyon MDB'ye özgü temel bilişsel bir özellik olarak kabul edilebilir (52). Literatürde ruminasyon kavramı üzerine geliştirilmiş birçok çalışma ve teori mevcut olup ruminasyonun depresyon, sosyal anksiyete, OKB, TSSB, intihar eğilimi, uyku bozuklukları ile ilişkisi, diğer bilişsel süreçlerle olan etkileşimi üzerine yoğunlaşılmıştır (55).

2.3.2. Ruminasyonla İlişkili Kuramlar

1990'lı yıllardan itibaren ruminasyon üzerine geniş çaplı araştırmalar yapılmış olup ruminasyon kavramı tek bir kuram üzerinden açıklanamamıştır. Ruminasyon kavramını farklı nedenselliklere dayandırarak farklı boyutlarda açıklayan; "Tepki Biçimleri Teorisi (The Response Styles Theory)", "Ruminasyonun Strese Reaktif Modeli (The Stress-Reactive Model of Rumination)", "Olay Sonrası Ruminasyon Teorisi (Post-Event Rumination Theory)", "Üzüntü Üzerine Ruminasyon Teorisi (Rumination on Sadness Theory)", "Hedef-İlerleme Teorisi (The Goal Progress Theory)", "Öz Denetimli Yürütücü İşlevler Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory)", "Kavramsal-Yargılayıcı Kendine Odaklanma (Conceptual-Evaluative Self-Focus)" ve "Çok Boyutlu Ruminasyon Modeli (Multi-dimensional rumination)" gibi modeller geliştirilmiştir (56).

Tepki Biçimleri Teorisi (The Response Styles Theory)

1991'de Nolen-Hoeksema ve arkadaşları, ruminasyon terimi üzerine "Tepki Biçimleri Teorisi" ni geliştirerek bu alanda yapılacak çalışmalara öncülük etmiştir. Tepki Biçimleri Teorisine göre ruminasyon "bireyin depresif belirtilerine, bu belirtilerin olası neden ve sonuçlarına odaklanmış yineleyici ve edilgen bir düşünme eylemi " olarak ifade edilmiştir. Olumsuz duygulanımlarla her bireyin farklı başa çıkma tepkilerine sahip olduğu ve ruminasyonun bu başa çıkma yöntemlerinden biri olduğunu; fakat ruminasyonun çözüme odaklı olmayan, maladaptif ve sıkıntıya odaklı bir yöntem olduğunu öne sürmüşlerdir. Ruminasyonun depresyona eşlik eden bir düşünme biçimi olduğuna vurgu yapmışlardır. Kişinin depresif belirtilerine odaklı ruminasyon süreci, depresyon semptomlarının şiddet ve süresinin artmasına yol açar ve sürecin kronikleşmesine ya da hafif şiddetli depresif belirtilerin MDB atağına ilerlemesine neden olmaktadır (57).

Ruminasyon un sorunlarla baş edebilme stratejisi olarak etkili bir yöntem olmadığı ifade edilmiş olsa da düşük ekonomik düzey, evlilik problemleri, iş hayatındaki problemler gibi kronik stres maruziyetinde, yas sürecinde, kronik hastalığa sahip olanlarda ruminasyonun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ve depresyon üzerine yaptığı çalışmalarda Nolen-Hoeksema kadınların erkeklere kıyasla ruminasyona daha yatkın olduğunu ve bu farkın kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla MDB görülmesiyle ilişkili olabileceğine dikkat çekmiştir (58).

- **Öz Denetimli Yürütücü İşlev Teorisi (The Self-Regulatory Executive Function Theory)**

Öz-Denetimli Yürütücü İşlev Teorisi (S-REF), 1990 lı yılların başlarında Wells ve Matthews tarafından öz düzenleme ile ilgili bilişsel süreçleri açıklayabilmek amacıyla sunulmuştur. S-REF teorisi, bireylerin duygusal ve bilişsel uyaranlara nasıl yanıt vereceğini belirleyen bir self düzenleme fonksiyonuna sahip olduğu fikrini temel alır. Bu fonksiyonun dikkat, bellek ve düşünme süreçlerini düzenlemekten sorumlu olduğunu ve uyumlu ve işlevsel davranış açısından önemli olduğunu ifade ederler (46). Yine bu teoriye göre anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar, uyumsuz işleme stratejileri ve mal adaptif üstbilişsel inançlar sonucu ortaya çıkmaktadır. S-REF teorisine göre ruminasyon, üstbilişsel inançlardan beslenen bir baş etme yöntemidir.

Genellikle ruminatif düşünce içeriği yetersizlik ve kendine güvensizlik düşünceleriyle tetiklenen ve mevcut durumla uyumsuz algılanan benlik algısı ile ilişkilidir. Modeldeki gibi yalnızca pasif bir süreç değil, kontrollü ve otomatik bir süreçtir. Problemlerle baş etme strateji olarak kullanılmasına rağmen mevcut patolojiyi arttırmaktadır (47). S-REF modeli ruminasyonu yalnızca depresif semptomlarla sınırlamamakta olup bu yönüyle Nolen-Hoeksema'nın Tepki Biçimleri Modeli'ne kıyasla daha geniş kapsamlıdır.

2.3.3. Ruminasyon Çeşitleri

Ruminasyon üzerine farklı zihinsel faaliyetlerle ilişkilendirilen farklı teoriler ortaya konulmuştur. Bu farklı ve geniş kapsamlı çerçeve bize ruminasyona dair farklı tanımlamaların yapılabileceğine işaret etmektedir. Tepki Tarzı Kuramını geliştiren Nolen-Hoeksema, ruminasyonu bireyin depresif belirtileri ve belirtilerinin sebep ve sonuçları üzerine edilgen ve tekrarlayıcı şekilde odaklanması olarak tanımlamış olup bu kavram "depresif ruminasyon" olarak adlandırılmaktadır (53,54). Calmes ve Roberts, bireyin kaygı yaşantıları üzerine tekrarlayıcı şekilde odaklanmasına "kaygı (anksiyete) ruminasyonu" adını vermiştir (61). Benzer şekilde bireyin öfke ile ilgili deneyimleri üzerine tekrarlayıcı bir şekilde odaklanması "öfke ruminasyonu" (62), öz-değeri ve utanç duyduğu yanları üzerine odaklanması ise "öz-eleştirel ruminasyon" olarak adlandırılmaktadır (63,64). İlgili alanla ilgili literatürde ruminasyonu olumlu ve olumsuz ruminasyon olarak ayıran çalışmalar mevcuttur. Olumlu ruminasyon, kişinin düşünce ve deneyimlerini olumlu ve yapıcı bir şekilde zihninde tekrarlaması anlamına gelmektedir. Bu genellikle olumlu deneyimlerin, güçlü yönlerin, başarıların ve keyifli anıların üzerine düşünülmesiyle gerçekleşmektedir. Olumsuz Ruminasyon, kişinin olumsuz düşünceler ve yaşantılar üzerine devamlı ve tekrarlayıcı bir şekilde yoğunlaşmasıdır (59) Yang ve ark. 2018 yılında ruminasyonu olumlu ve olumsuz ruminasyon olarak ayırarak üç farklı ruminatif birey tipi oluşturmuşlardır. Bunlar:

1. Yüksek düzeyde olumlu ruminasyona ve düşük düzeyde olumsuz ruminasyona sahip uyumlu ruminatif bireyler,
2. Düşük düzeyde olumlu ruminasyona sahip ve yüksek düzeyde olumsuz ruminasyona sahip uyumsuz ruminatif bireyler,
3. Ruminatif olmayan bireylerdir.

Ayrıca uyumlu ruminatif bireylerin diğer iki gruba kıyasla daha az ruhsal bozukluk tanısı aldığı ve daha iyi seyir gösterdiğini ifade etmişlerdir (60).

2.3.4. Ruminasyon ve Depresyon

Kişinin isteği dışında aklına gelen ve kontrol edilemez olarak adlandırdığı girici ve zorlayıcı (intrusive) düşünce çeşitlerinden ruminatif düşünceler, depresif duygudurumunun altında yatan ana bilişsel özellik olarak görülmüştür. Düşünce içeriğinin geçmişe odaklı ve kendine dönük olmasıyla diğer zorlayıcı düşünce çeşitlerinden ayrılmaktadır. Depresif Bozukluğun üstbilişsel modeli, bireylerin duygusal zorlanmalarına ve depresif duygudurum hali içinde olmalarına üstbilişleri aracılığıyla deneyimlerine gösterdikleri tepkinin neden olduğunu ifade eder. Ruminatif düşüncenin olumlu ve olumsuz sonuçlarının olabileceğine dair üstbilişsel inançların da önemi vardır. Ruminasyona yönelik olumlu inançlar kişide depresif duyguduruma yanıt olarak ruminasyon yapmayı artırırken, uzun süreli ruminasyonlarda kişide ruminasyonların kontrol edilemez bir süreç olduğuna dair olumsuz üstbilişsel inançlar tetiklenmektedir. Aynı zamanda ruminasyon ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye dair olumsuz üstbilişsel inançlar, depresif belirti şiddetini artırmaktadır (6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel tasarıma sahip olan çalışmanın örneklemine 01.04.2023-01.08.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan ve polikliniğine başvuran ve DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 95 hasta ile belirtilen özellikler bakımından benzer ve gönüllü 95 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında hasta grubunda yer alması planlanan 120 katılımcı, araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yeniden değerlendirilmiştir. Çalışmanın koşullarını sağlamayan 25 katılımcı dışlanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların dahil olma ölçütleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı almış olmak (36)
- Araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmaya katılan sağlıklı kontrollerin dahil olma ölçütleri:

- 18-65yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre geçmişte ve halen herhangi bir psikiyatrik hastalığın saptanmamış olması
- Araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmaya hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun dışlama ölçütleri:

- Anket sorularını anlamayı etkileyecek düzeyde bilişsel sorun varlığı
- Türkçe okuma yazma bilmemek
- Psikiyatrik hastalık eş tanısı varlığı (Nörogelişimsel Bozukluklar, Nörobilişsel Bozukluklar, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluklar, Obsesif

Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Somatoform Bozukluk, Dissosiyatif Bozukluk vb)

- Herhangi bir madde kullanım bozukluğu tanısını karşılıyor olmak

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu tarafından (EPK) 09.02.2023 tarih ve 2 no'lu toplantısında görüşülerek izin alınmıştır. EPK izni sonrasında araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 14.03.2023 tarih ve 2023-79 proje/karar numaralı kararı ile onaylanmıştır. Ayrıca Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'nun 17.02.2023 tarih ve 215591 sayılı toplantısında tez konusu kabul edilmiştir. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'tedir. Nisan 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde gerçekleştirilen araştırmanın gerekli izinlerinin alınması, veri toplama, istatistik ve tez yazım gibi bütün aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi kriterleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Ayrıca bilgilendirilmiş gönüllü onam formu EK-4'tedir.

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 17 maddeden oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaş, öğrenim süresi, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaç tedavileri, intihar öyküsü ve alkol-madde kullanım varlığına dair bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formunun ve klinik değerlendirme ölçeklerini içeren formların bir örneği EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21) bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek amacıyla 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiştir (65). 21 maddeden oluşan özbildirim ölçeğinde depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinin her biri için 7 soru bulunmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipi ölçektir (1: "Hiçbir zaman", "4: Her zaman"). Ölçekten her bir alt boyut için alınabilecek en yüksek toplam puan 21'dir. Kişinin stres alt boyutundan 8 puan, anksiyete alt boyutundan 4 puan, depresyon alt boyutundan ise 5 puan ve üzeri bir puan alması o alt boyut ile ilgili psikopatolojiye dair sorunlar olabileceğini göstermektedir. Hakan Sarıçam tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Klinik örneklemde Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için $\alpha = 0.87$, anksiyete alt ölçeği için $\alpha = 0.85$ ve stres alt ölçeği için $\alpha = 0,81$ olarak bulunmuştur. Elde edilen psikometrik özelliklere göre DASÖ-21'in depresyon, anksiyete ve stres düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirildiği bildirilmiştir (66).

3.3.3. Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçek ilk olarak "Metacognitions Questionnaire (MCQ)" şeklinde kullanılmaya başlanmış olup, sonrasında 30 maddelik kısa formu olan ÜBÖ-30 (MCQ-30) oluşturulmuştur. ÜBÖ 30'da yer alan maddeler, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" arasında dörtlü Likert tipi derecelendirme yöntemiyle yanıtlanmaktadır. Ölçek sonucunda alınabilecek puan 30 ile 120 arasında değişmekte ve puanın yükselmesi üstbilişsel faaliyetin patolojisine işaret etmektedir (48).

Wells ve Cartwright Hatton'ın (2004) yaptıkları psikometrik incelemeye göre, ÜBÖ-30'daki maddeler endişenin koruyucu olduğuna ilişkin "Olumlu İnançlar", endişenin tehlikeli ve kontrol edilmesi gereken bir durum olduğuna ilişkin "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", dikkatin girici bazı düşüncelere yönelmesi nedeniyle belleğin sınırlarının olduğuna ilişkin "Bilişsel Güven", endişelerin durdurulması gereken tehlikeli inanışlar olduğuna ilişkin "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve kişinin kendi düşünce süreçlerine odaklanmasına ilişkin "Bilişsel Farkındalık" olmak üzere beş faktöre dağılmaktadır (48,67-68).

ÜBÖ-30'un iç tutarlılığına ilişkin madde toplam korelasyonları tüm ölçek için 0.31 - 0.68 aralığında, alt başlıklar olan "Olumlu İnançlar" 0.77 - 0.83, "Bilişsel Güven" 0.72 - 0.87, "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" 0.70 - 0.82, "Bilişsel Farkındalık" 0.56 - 0.83 ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" 0.30 - 0.65 aralığında olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach alfa değeri $\alpha = 0.93$ ve faktörler için alfa değerleri $\alpha = 0.72 - 0.93$ aralığında olduğu bulunmuştur (48). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin Türkçe formunun orijinal form ile aynı faktör yapısına sahip olduğu ve beş faktörün toplam varyansın %52.44'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test korelasyon analizi sonuçlarına göre ölçek maddeleri için elde edilen güvenirlik katsayılarının maddeler için 0.40 ile 0.94 arasında ve alt ölçekler için 0.70 ile 0.85 arasında değiştiği gösterilmiştir. İç tutarlılığa yönelik analiz sonucuna göre ÜBÖ 30'un Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0.86$ olarak bulunmuştur (5)

3.3.4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumlu)

Papageorgiou ve Wells tarafından (2001) geliştirilmiştir (59). Ruminatif düşüncelerin faydalarına ilişkin olumlu üstbilişsel inanışları değerlendiren, katılımcıların her bir maddeye ne derecede katıldıklarını bildirdiği (1: Katılmıyorum ile 4: Tamamen Katılıyorum arasında değişen) 4'lü likert tipi 9 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2014 yılında Yılmaz ve ark. Tarafından yapılmıştır (6).

3.3.5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumsuz)

Papageorgiou ve Wells tarafından (2001) geliştirilmiştir (52). Ruminatif düşünce ile ilgili dezavantajlara odaklanan olumsuz inanışları değerlendiren 13 maddelik bir ölçektir. Ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inançları değerlendiren 8 maddelik "RUMI-Olumsuz 1" ve ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarına dair üstbilişsel inanışları değerlendiren 5 maddelik "RUMI-Olumsuz 2" olmak üzere iki kısma ayrılmıştır. Katılımcıların her bir maddeye ne derecede katıldıklarını bildirdiği "1: Katılmıyorum" ile "4: Tamamen Katılıyorum"

arasında değişen 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2014 yılında yapılmıştır (6).

Faktör analizi sonuçları RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin yapı geçerliğini ve özgün faktör yapılarını doğrulamaktadır. İç tutarlılık ve test-tekrar test analizlerinden elde edilen bulgular ölçeklerin güvenilirliğinin iyi olduğuna işaret etmiştir. Ölçeklerin yakınsak geçerliğini destekler şekilde, klinik olmayan örneklemde ruminasyonla ilgili üstbilişler ile depresif belirtiler, ruminasyon, endişe ile ilgili üstbilişler, patolojik endişe ve kaygı belirtileri arasındaki korelasyonlar pozitif yönde ve anlamlıdır. Aşamalı regresyon analizlerinden elde edilen bulgular, kaygı belirtileri kontrol edildiğinde, her iki ölçme aracının da depresif belirtileri yordayıcı geçerliği olduğunu göstermektedir. Yapılan uç grup karşılaştırmaları ise ölçeklerin ölçüt bağıntılı geçerliğini destekler niteliktedir (6).

3.4. YÖNTEM

Çalışma için gerekli EPK ve Etik Kurul izinleri alındıktan sonra, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan ve polikliniğine başvuran SCID-5-CV ve DSM-5 tanı kriterlerine uyan Majör Depresif Bozukluk tanılı hastalar ve benzer özelliklerdeki gönüllü sağlıklı katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan katılımcılar tarafından rutin ruhsal muayeneleri tamamlandıktan sonra öz bildirime dayalı olgu rapor formu doldurulmuştur. Gerekli bilgilendirme ilgili klinisyenlerce yapılmış olup çalışmaya dahil edilen hastalara muayeneleri sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu uygulanarak yaş, öğrenim süresi, medeni durum, çalışma durumu, sağlığa zararlı alışkanlıklar, mevcut fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, intihar öyküsü ve psikiyatrik nedenlerle hastane yatışlarına dair bilgiler sorgulanmıştır. Ardından mevcut ruhsal tablosunu ve eşlik edebilecek kaygının ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi için Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21), Üstbilişsel düşünce özelliklerini değerlendirebilmek için Üst Bilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Ruminasyonla ilgili olumlu üstbiliş inançları değerlendirmek amacıyla Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMI-Olumlu) ve Ruminasyonla ilgili olumsuz üstbiliş inançları değerlendirmek amacıyla Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar

Ölçeği (RUMI-Olumsuz) doldurulmuştur. Katılımcılara uygulanan tüm ölçekler aynı oturumda doldurulmuştur. Toplanan verilere istatistiksel analizler yapıldıktan sonra bilimsel olarak raporlanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma öncesinde literatür verilerine dayanılarak güç analizi yapılmış olup d=0.41 etki büyüklüğü, %80 güç oranı ve 0.05 yanılma düzeyiyle hasta ve kontrol gruplarına en az 95 şer kişi olmak üzere toplamda 190 katılımcı ile çalışmanın yapılması planlanmıştır. Hesaplama 'GPower 3.1.9.2' paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri veri setlerine uygun şekilde kaydedildikten sonra tanımlayıcı istatistiksel analiz kısmına geçilmiştir. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde "ortalama standart sapma, ortanca , minimum ve maksimum" değerleri verilirken, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov Testi'nden yararlanılmıştır. Sürekli verilerin MDB ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalarında normal dağılıma uyan verilerde "Bağımsız gruplarda t test" ve "Independent samples t test" kullanılırken, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmalarında "Mann Whitney U Test" kullanılmıştır.

Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) ise "Ki-Kare ve Fisher's Exact test "kullanılmıştır.

Ölçek puanlarının ikiden fazla gruplu değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi nden yararlanılırken, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Çoklu Karşılaştırma testi ile incelenmiştir.

Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon Katsayısı ile incelenmiş olup ÜBÖ ölçek puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu "Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi" ile incelenmiştir.

Değerlendirmelerde IBM SPSS version 20 (Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya 95 Majör Depresif Bozukluk tanılı, 95 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 190 birey dahil edildi. Katılımcıların %60,5'i (n=115) kadın, %39.5'i (n=75) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,32 yıl olarak hesaplandı. Katılımcıların 54,73'ü (n=104) çalışıyor, %45,26'sı (n=86) çalışmıyordu. Katılımcıların %56,31'i (n=107) evli, %37,39'u (n=72) bekar ve %5,78'i (n=11) boşanmış/dul olduğu anlaşıldı. Kontrol grubu ile majör depresif bozukluk tanılı hasta grubunun sosyodemografik verilerinin, iki grup arasında karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta (n=95)		**Kontrol (n=95)**		**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (yıl)	34.89±12.72 31.5 (18-63)		33.73±9.58 30 (20-58)		U=4219.0	0.976
	n	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet						
Kadın	64	67.4	51	53.7	χ^2 =3.723	0.054
Erkek	31	32.6	44	46.3		
Eğitim						
İlkokul	15	16.0	1	1.1	χ^2 =64.961	**<0.001**
Ortaokul	9	9.6	0	0		
Lise	37	39.4	13	13.7		
Ön Lisans	1	1.1	12	12.6		
Lisans	30	31.9	43	45.3		
Yüksek Lisans	2	2.1	26	27.4		
Medeni durum						
Evli	48	50.5	59	62.1	χ^2 =8.550	**0.014**
Bekar	37	38.9	35	36.8		
Boşanmış/Dul	10	10.5	1	1.1		
Çocuk						
Yok	45	47.4	48	50.5	χ^2 =0.190	0.663
Var	50	52.6	47	49.5		
Son 6 aydır gelir sağlayan düzenli iş						
Yok	64	67.4	22	23.2	χ^2 =37.473	**<0.001**
Var	31	32.6	73	76.8		

U:Mann Whitney U testi, χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

İki grup arasında yaş, cinsiyet dağılımı, çocuk sahibi olma oranları ve çocuk sayıları değişkenlerinde istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

İki grup arasında eğitim düzeyleri arasında fark saptandı ($p<0.001$). Hasta grubundaki bireylerin eğitim düzeylerinin "ön-lisans, lisans, yüksek lisans mezunu" olma oranlarının daha düşük olduğu görüldü. İki grup açısında medeni durum arasında fark saptandı ($p<0.05$). Hasta grubunda evli olma oranının daha düşük olduğu görüldü. İki grup arasında düzenli işe sahip olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Hasta grubunda düzenli işlerinin olma oranının daha düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların fiziksel hastalık, sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanımına ait verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta	**(n=95)**	**Kontrol**	**(n=95)**	**Test istatistiği**	**p**
Fiziksel hastalık	**n**	**%**	**n**	**%**		
Yok	62	65.3	78	82.1	χ^2 =6.949	**0.008**
Var	33	34.7	17	17.9		
Fiziksel hastalık için düzenli ilaç kullanımı						
Yok	66	69.5	71	74.7	χ^2 =0.654	0.419
Var	29	30.5	24	25.3		
Sigara kullanımı						
Hayır	54	56.8	72	75.8	χ^2 =7.634	**0.006**
Evet	41	43.2	23	24.2		
Alkol kullanımı						
Hayır	85	89.5	93	97.9	χ^2 =5.693	**0.017**
Evet	10	10.5	2	2.1		
Psikoaktif madde kullanımı						
Hayır	95	100	95	100	-	
Evet	-	-	-	-		
Çocuk sayısı	2 (0-4)		2 (1-7)		U=1033.0	0.439
Sigara paket gün	1 (2-3)		0.5 (0.2-2.0)		U=283.5	0.318

U:Mann Whitney U testi, χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

İki grup arasında fiziksel hastalığa sahip olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Hasta grubunda fiziksel hastalığı olma oranının daha yüksek olduğu bulundu.

İki grup arasında sigara ($p<0.01$) ve alkol kullanma ($p<0.05$) oranları arasında fark saptandı. Depresyon hastalarında sigara ve alkol kullanma oranı daha fazla bulundu. Her iki gruptaki katılımcılarda psikoaktif madde kullanımı saptanmadı.

Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta (n=95)		**Kontrol (n=95)**		**Test istatistiği**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Daha önce intihar girişimi						
Hayır	79	83.2	95	100	χ^2 =14.471	**<0.001**
Evet	16	16.8	0	0		
Daha önce psikiyatrik tanı						
Hayır	49	51.6	78	82.1	χ^2 =19.971	**<0.001**
Evet	46	48.4	17	17.9		
Daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı						
Hayır	65	68.4	88	92.6	χ^2 =17.755	**<0.001**
Evet	30	31.6	7	7.4		
İlaç tedavisi dışında psikiyatrik tedavi						
Hayır	80	84.2	93	97.9	χ^2 =10.918	**0.001**
Evet	15	15.8	2	2.1		
Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi						
Hayır	90	94.7	95	100	χ^2 =5.159	0.059
Evet	5	5.3	0	0		
Ailede tanılı psikiyatrik hastalık öyküsü						
Hayır	63	66.3	73	76.8	χ^2 =2.587	0.108
Evet	32	33.7	22	23.2		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Daha önce intihar girişimi olma, psikiyatrik tanı alma, psikiyatrik ilaç kullanımı ve ilaç dışında psikiyatrik tedavi alma oranları hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptandı ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.00$, $p<0.01$). İki grup arasında ailelerinde tanılı psikiyatrik hastalık öyküsü olma oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan MDB tanılı hasta grubunun yalnızca %5.3 ünde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görme öyküsü mevcuttu.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine ilişkin ölçek puanları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ- 21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta (n=95)	**Kontrol (n=95)**	**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		
DASÖ-21 Stres	10.90±4.26 10 (0-20)	5.04±2.97 5 (0-15)	U=1287.0	**<0.001**
DASÖ-21 Anksiyete	8.93±4.48 9 (0-20)	3.23±2.53 3 (0-12)	U=1214.5	**<0.001**
DASÖ-21 Depresyon	13.29±3.69 13 (8-21)	3.79±2.55 4 (0-9)	U=23.5	**<0.001**

U:Mann Whitney U test

Hasta grubunda depresyon, anksiyete ve stres puanları daha yüksekti ($p<0.001$).

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzey şiddetlerine ilişkin ölçek puanları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ- 21) puanlarının çalışma gruplarına göre hastalık şiddetinin karşılaştırılması

	Hasta (n=95)		Kontrol (n=95)		Test istatistiği	p
	n	%	n	%		
DASÖ-21 Stres						
Normal (0-7)	24	25.3	79	83.2	χ^2 =72.885	**<0.001**
Hafif (8-9)	15	15.8	11	11.6		
Orta (10-12)	25	26.3	3	3.2		
İleri (13-16)	24	25.3	2	2.1		
Çok ileri 17+	7	7.3	0	0		
DASÖ-21 Anksiyete						
Normal (0-3)	12	12.6	48	50.5	χ^2 =74.816	**<0.001**
Hafif (4-5)	13	13.7	32	33.7		
Orta (6-7)	15	15.8	11	11.6		
İleri (8-9)	11	11.6	2	2.1		
Çok ileri 10+	44	46.3	2	2.1		
DASÖ-21 Depresyon						
Normal (0-4)	0	0	56	58.9	χ^2 =142 0	**<0.001**
Hafif (5-6)	0	0	19	20.0		
Orta (7-10)	30	31.6	20	21.1		
İleri (11-13)	19	20.0	0	0		
Çok ileri 14+	46	48.4	0	0		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Buna göre MDB tanılı katılımcılarda, stres düzeylerinin "orta", "ileri" ve "çok ileri" olma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü.

MDB tanılı grupta anksiyete düzeylerinin "ileri" ve "çok ileri" olma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve MDB tanılı grupta depresyon düzeylerinin "orta", "ileri" ve "çok ileri" olma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Katılımcıların üstbilişlerine ilişkin alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta (n=95)	**Kontrol (n=95)**	**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		
ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	12.08±4.63 12 (0-24)	11.63±3.78 11 (6-22)	U=4286.5	0.550
ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik, Tehlike	15.95±4.22 16 (0-24)	12.82±3.56 13 (6-21)	U=2486.5	**<0.001**
ÜBÖ-30 Bilişsel Güven	14.48±5.73 15 (0-24)	11.54±4.74 11 (6-24)	U=3101.0	**<0.001**
ÜBÖ-30 Düşünceleri kontrol ihtiyacı	17.89±4.23 18 (0-24)	12.31±4.37 12 (6-24)	U=1539.5	**<0.001**
ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	18.29±4.56 18 (0-44)	14.99±3.63 15 (6-23)	U=2373.0	**<0.001**

U:Mann Whitney U test

İki grup arasında Olumlu İnançlar alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Kontrol edilemezlik ve tehlike, Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı($p<0.001$). Fark saptanan dört alt grupta da hasta grubundaki katılımcıların puanları kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı.

Katılımcıların ruminasyon özelliklerine ilişkin ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7 ‘de verilmiştir.

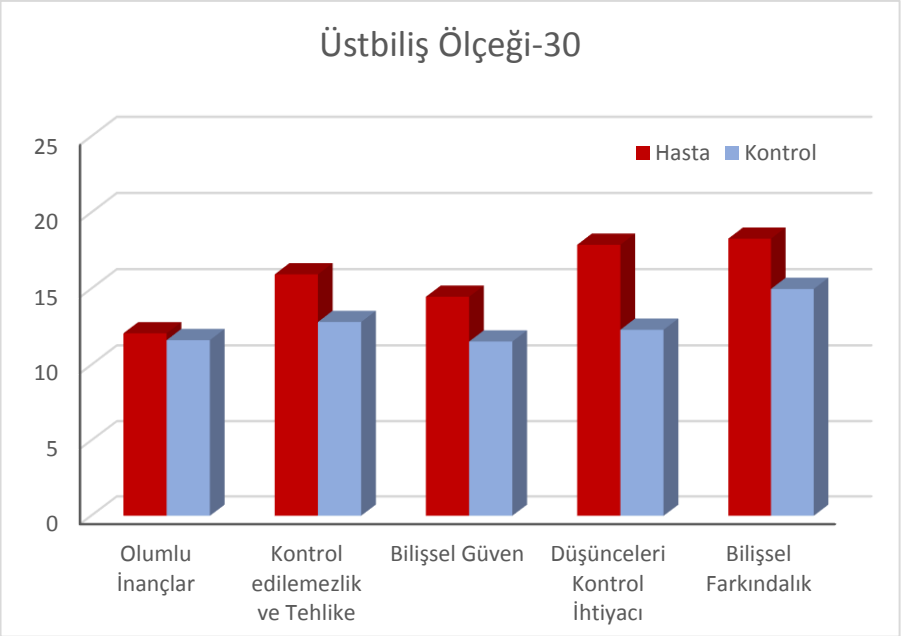
Tablo 4.7. Katılımcıların Olumlu Ruminasyon Ölçeği (RUMİ-Olumlu) ve Olumsuz Ruminasyon Ölçeği (RUMİ-Olumsuz) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Hasta (n=95)	**Kontrol (n=95)**	**Test istatistiği**	**p**
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		
Ruminasyon-Olumlu inanışlar	23.58±7.34 24 (0-36)	19.76±6.94 20 (9-36)	U=3062.0	**<0.001**
Ruminasyon-Olumsuz inanışlar – Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	17.25±4.36 17 (7-24)	11.75±4.40 11 (6-24)	U=1749.5	**<0.001**
Ruminasyon-Olumsuz inanışlar -Sosyal Sonuçlar	14.87±5.14 14 (7-28)	11.74±4.62 10 (7-28)	U=2831.5	**<0.001**
Ruminasyon-Olumsuz Toplam puan	32.13±8.42 31 (16-51)	23.48±8.27 22 (13-46)	U=2075.5	**<0.001**

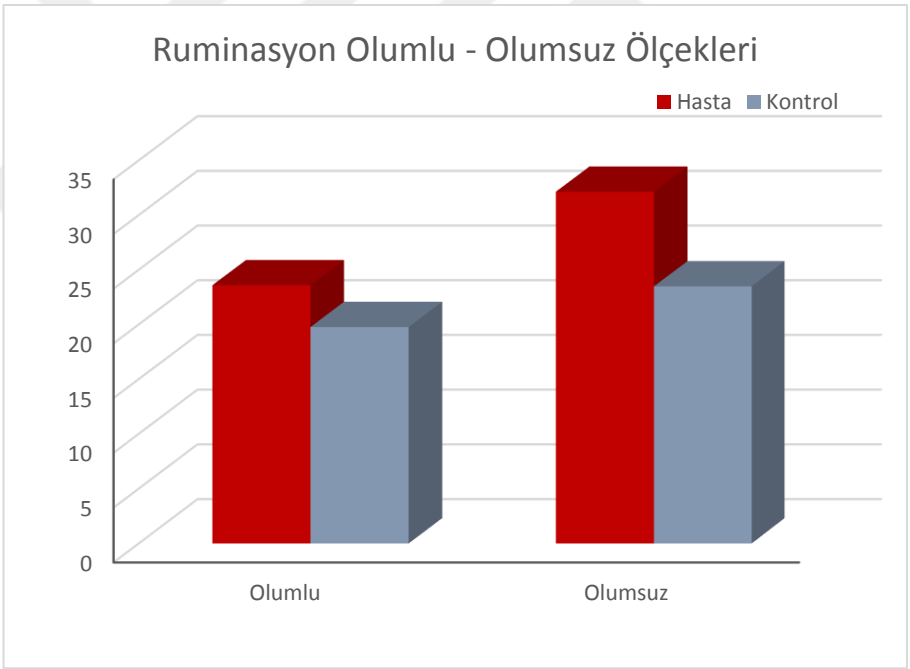
U:Mann Whitney U test

İki grup arasında Ruminasyon-Olumlu inanışlar, Ruminasyon Olumsuz İnanışlar-Kontrol Edilemezlik ve Tehlike ve Ruminasyon Olumsuz İnanışlar-Sosyal Sonuçlar puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). Her biri Majör Depresif Bozukluk tanılı hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Üstbiliş Ölçeği-30 ve Ruminasyon Olumlu-Olumsuz Ölçek puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılmasına veriler Grafik 4.1 ve Grafik 4.2 de verilmiştir.



Grafik 4.1. ÜBÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması



Grafik 4.2. Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Majör Depresif Bozukluk tanılı hasta grubundaki katılımcıların ÜBÖ-30 alt ölçekleri ile DASÖ-21'in alt ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) ile Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Olumlu inançlar	Kontrol edilemezlik Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	Bilişsel farkındalık
DASÖ-21 Stres	r*	-0.122	0.116	0.134	**0.310**	0.185
	p	0.238	0.262	0.197	**0.002**	0.073
DASÖ-21 Anksiyete	r*	-0.058	0.188	**0.219**	**0.340**	**0.208**
	p	0.578	0.069	**0.033**	**0.001**	**0.043**
DASÖ-21 Depresyon	r*	-0.164	0.126	0.121	**0.323**	**0.246**
	p	0.113	0.222	0.243	**0.001**	**0.016**

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Buna göre DASÖ-21 "Depresyon" "Anksiyete" ve "Stres" alt ölçeği puanları ile ÜBÖ-30 "Olumlu İnançlar" , " Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı ($p>0.05$).

DASÖ-21 " Stres" alt ölçeği ile ÜBÖ-30 "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.310$ $p<0.01$).

DASÖ-21 " Anksiyete" alt ölçeği ile ÜBÖ-30 "Bilişsel Güven" , "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.219$ $p<0.05$, $r=0.340$ $p<0.01$, $r=0.208$ $p<0.05$).

DASÖ-21 " Depresyon" alt ölçeği ile ÜBÖ-30 "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.323$ $p<0.01$, $r=0.246$ $p<0.05$).

MDB tanılı hasta grubundaki katılımcıların ÜBÖ-30 alt ölçekleri ile Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.9'de sunulmuştur.

Tablo 4.9. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanları ile Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ-30) Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Olumlu inançlar	**Kontrol edilemezlik Tehlike**	**Bilişsel Güven**	**Düşünceleri kontrol ihtiyacı**	**Bilişsel farkındalık**
Rumi-Olumlu	r*	**0.264**	**0.305**	0.069	**0.252**	**0.288**
	p	**0.010**	**0.003**	0.509	**0.014**	**0.005**
Rumi-Olumsuz Toplam	r*	-0.032	**0.329**	**0.265**	**0.550**	**0.262**
	p	0.758	**0.001**	**0.009**	**<0.001**	**0.010**

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Buna göre RUMİ-Olumlu ölçeği puanları ile ÜBÖ-30 "Bilişsel Güven" alt ölçeği arasında korelasyon bulunmadı ($p>0.05$). "Olumlu İnançlar", "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve " Bilişsel Farkındalık" alt ölçekleri ile Ruminasyon Olumlu ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.264$ $p<0.05$, $r=0.305$ $p<0.0$, $r=0.252$ $p<0.05$, $r=0.288$ $p<0.01$).

RUMİ-Olumsuz ölçeği toplam puanları ile ÜBÖ-30 alt ölçekleri incelendiğinde, "Olumlu İnançlar" alt ölçeği dışında kalan alt ölçekler "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven", " Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı. ($r=0.329$ $p<0.01$, $r=0.265$ $p<0.01$, $r=0.550$ $p<0.001$, $r=0.262$ $p<0.05$)

MDB tanılı hasta grubundaki katılımcıların DASÖ-21'in alt ölçekleri ile Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. MDB Tanılı Hasta Grubundaki Bireylerin Ruminasyon Olumlu ve Ruminasyon Olumsuz Ölçek Puanları ile DASÖ-21 Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Rumi-Olumlu	Rumi-Olumsuz
DASÖ-21 Stres	r*	**0.312**	**0.260**
	p	**0.002**	**0.011**
DASÖ-21 Anksiyete	r*	0.149	**0.342**
	p	0.148	**0.001**
DASÖ-21 Depresyon	r*	**0.307**	**0.401**
	p	**0.002**	**<0.001**

* Spearman's Korelasyon katsayısı

Buna göre DASÖ-21 "Depresyon" ve "Stres" alt ölçeği puanları ile Ruminasyon Olumlu Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.307$ $p<0.01$, $r=0.312$ $p<0.01$).

DASÖ-21 "Depresyon", "Anksiyete" ve "Stres" alt ölçeği puanları ile Ruminasyon Olumsuz Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı ($r=0.401$ $p<0.001$, $r=0.342$ $p<0.01$, $r=0.260$ $p<0.05$) .

4.3. DEĞİŞKENLERİN MULTİVARATE LİNEER REGRESYON ANALİZİ

MDB tanılı hasta grubundaki katılımcılarda ÜBÖ-30 alt ölçeği "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" puanı için tek değişkenli karşılaştırmalarda anlamlı bulunan değişkenler modele alındı. Bağımlı değişken ÜBÖ-30 "Kontrol edilemezlik ve Tehlike" puanı; bağımsız değişkenlerin "Ruminasyon-Olumlu" inanışlar, "Ruminasyon-Olumsuz Toplam" puanları, cinsiyet, daha önce intihar girişimi değişkenlerinin olduğu regresyon analizinde ÜBÖ-30 "Kontrol edilemezlik ve Tehlike" puanları için açıklayıcı faktörlerin Ruminasyon-Olumlu inanışlar, Ruminasyon-Olumsuz Toplam değişkenlerinin olduğu saptandı.($R^2=0.240$, $F=7.123$, $p=0.000$) . Tablo 4.11 de ilgili regresyon analizine ait sonuçlar verilmiştir.

Tablo 4.11. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-30 Kontrol Edilemezlik ve Tehlike puanı için açıklayıcı değişkenlerle "Multivarate Lineer Regresyon Analizi " sonuçları

Parametre	B	Std.Error	95 % CI		p value
Ruminasyon-Olumlu inanışlar	0.121	0.055	0.013	0.229	**0.029**
Ruminasyon-Olumsuz Toplam	0.176	0.051	0.074	0.278	**0.001**
Cinsiyet (erkek)	1.379	0.154	-0.310	3.069	0.108
Daha önce intihar girişimi	0.955	1.134	-1.297	3.207	0.402

Analiz sonucuna göre; Ruminasyon-Olumlu İnanışlar puanlarında 1 puanlık artış ÜBÖ-30 "Kontrol edilemezlik ve Tehlike" alt ölçek puanlarında 0.121 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$).

Bağımlı değişken ÜBÖ-30 "Düşünceleri kontrol ihtiyacı" puanı; bağımsız değişkenlerin; DASÖ-21 Stres, DASÖ-21 Anksiyete, DASÖ-21 Depresyon, Ruminasyon-Olumlu İnanışlar ve Ruminasyon-Olumsuz Toplam değişkenlerinin olduğu Regresyon analizinde ÜBÖ-30 "Düşünceleri kontrol ihtiyacı" puanları için açıklayıcı faktörün Ruminasyon-Olumsuz Toplam puanı değişkenin olduğu saptandı. ($R^2 =0.330$, $F=8.778$, $p=0.000$).

İlgili regresyon analizine ait sonuçlar Tablo 4.12 de verilmiştir.

Tablo 4.12. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-Düşünceleri kontrol ihtiyacı puanı için açıklayıcı değişkenlerle "Multivarate Lineer Regresyon Analizi " sonuçları

Parametre	B	Std.Error	95 % CI		p value
DASÖ-21 Stres	0.106	0.112	-0.116	0.329	0.344
DASÖ-21 Anksiyete	0.083	0.102	-0.120	0.285	0.421
DASÖ-21 Depresyon	0.032	0.128	-0.222	0.287	0.801
Ruminasyon-Olumlu inanışlar	0.075	0.052	-0.028	0.178	0.150
Ruminasyon-Olumsuz Toplam	0.221	0.048	0.125	0.317	**<0.001**

Analiz sonucuna göre, Ruminasyon-Olumsuz Toplam puanlarında 1 puanlık artış ÜBÖ-30 "Düşünceleri kontrol ihtiyacı" puanlarında 0.221 puanlık artışa neden olduğu saptandı ($p<0.001$).

Bağımlı değişken ÜBÖ-30 "Bilişsel farkındalık" puanı; bağımsız değişkenlerin; DASÖ-Anksiyete, DASÖ-Depresyon, Ruminasyon-Olumlu inanışlar, Ruminasyon-Olumsuz Toplam olduğu Regresyon analizinde ÜBÖ-30 "Bilişsel farkındalık " puanları için açıklayıcı faktörlerin Ruminasyon-Olumlu inanışlar ve Ruminasyon-Olumsuz Toplam değişkenlerinin olduğu saptandı. ($R^2=0.141$, $F=2.919$, $p=0.017$) .

İlgili regresyon analizine ait sonuçlar Tablo 4.13 de verilmiştir.

Tablo 4.13. MDB grubundaki katılımcıların ÜBÖ-Bilişsel farkındalık puanı için açıklayıcı değişkenlerle "Multivarate Lineer Regresyon Analizi " sonuçları

Parametre	B	Std.Error	95 % CI		p value
DASÖ-21 Anksiyete	0.013	0.116	-0.218	0.244	0.913
DASÖ-21 Depresyon	0.023	0.146	-0.266	0.312	0.873
Ruminasyon-Olumlu inanışlar	0.157	0.063	0.032	0.282	**0.014**
Ruminasyon-Olumsuz Toplam	0.123	0.059	0.006	0.240	**0.040**

Buna göre Ruminasyon-Olumlu inanışlar puanlarında 1puanlık artış ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık alt ölçeği puanlarında 0.157 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$). Ruminasyon-Olumsuz Toplam puanlarında 1puanlık artış ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık alt ölçeği puanlarında 0.123 puanlık artışa neden olmakta ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

MDB tanılı hastalarda üstbiliş ve ruminasyon özelliklerinin incelendiği bu çalışmada, olumlu ve olumsuz ruminatif düşünmenin depresif bozuklukla ilişkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak MDB tanılı hastalarda üstbiliş özelliklerinin de etkilenmiş olduğu gözlenmiştir. Alana ait literatür tarandığında, üstbiliş ve ruminasyon özelliklerinin hem klinik hem de klinik olmayan örneklemler üzerinde incelendiği çalışmaların MDB'nin psikopatolojisini aydınlatma ve yeni terapötik yaklaşımların geliştirilmesi konusunda faydalı olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma ile literatürde bulunan bilgilere katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Tüm dünyada en yaygın psikiyatrik hastalık olan MDB, toplumda her yaştan bireylerde görülebilmekle birlikte en sık 25-44 yaşlarda gözlenmektedir (2). Literatürdeki birçok çalışmada MDB görülme oranının kadınlarda erkeklere kıyasla 2 kat yüksek olduğu saptanmıştır (9,69). Ayrıca boşanmış ve dul olmanın ya da partnerinden ayrı yaşıyor olmanın depresyonla güçlü ilişkisinin olduğu görülmüştür (9). Eğitim düzeyi ile MDB arasındaki ilişki hakkında yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar gözlenmiştir. Bazı ülkelerde düşük eğitimli bireylerde depresyon görülme hızı yüksekken, başka ülkelerde tam ters sonuçlar elde edilmiştir (57). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ruhsal hastalıkların görülme hızının eğitim düzeyi yüksek bireylerde daha fazla olduğu ancak MDB için anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (2). Sosyoekonomik gelir düzeyi ile MDB arasındaki ilişkiye dair literatüre bakıldığında, düşük-orta gelir düzeyine sahip bireylerde daha sık görüldüğü izlenmiş (36) olup MDB bozukluk tanısı konulan bireylerin çoğunun düşük-orta gelirli, emekli ve ev hanımı olduğu saptanmıştır (70). MDB açısından bir diğer risk faktörü ise işsizliktir. Depresyonun toplumda önemli yeti yitimine sebep olduğu bilinmektedir. Depresif bireylerin %80'inin günlük işlevselliğinde problemler yaşadığı, diğer çalışanlara göre yaklaşık 2 kat fazla hastalık izni aldıkları, çalışsalar dahi depresyon nedeniyle dikkat problemleri yaşadıkları ve üretkenliklerinin düşük olduğu belirtilmiştir (71).

Mevcut çalışmada literatür bulgularına uyumlu olarak hasta grubunda kadınların erkeklerden yaklaşık 2 kat fazla olduğu anlaşıldı. Katılımcıların %67,4'ü

kadın, %32,6'sı erkekti ve yaş ortalaması 34.89 ± 12.72 olarak saptandı. MDB tanılı bireyler ve kontrol grubu kıyaslandığında, literatür bulgularına paralel olarak MDB tanısı almış bireylerde evli olma oranının daha düşük olduğu gözlendi. Evli bireylerde sosyal ve duygusal desteğin daha iyi olmasının, maddi yük ve sorumlulukların paylaşılması gibi sebeplerin depresyona karşı koruyucu etkisinin olduğu bilinmektedir. Ayrıca MDB tanılı hasta grubunda düzenli bir işe sahip olma oranlarının ve eğitim düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu görüldü. Düşük eğitim seviyesi ile iş bulma oranının düşüklüğü, daha olumsuz şartlarda ve düşük ücretle çalışma ile ilişki kurulabilir. Bu durum MDB tanılı bireylerin düzenli olarak çalışamadığı ve düzenli bir işe ve dolayısıyla gelire sahip olmamanın depresyon açısından olumsuz bir etken olabileceği ile açıklanabilir.

MDB tanılı hastalarda komorbid hastalık olasılığı artmış olup aynı zamanda tıbbi hastalıklarda da depresyon görülme riski daha yüksektir. Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalarda depresyon görülme oranının %10-14 olduğu bildirilmiştir. Fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonun etiyolojisinde tanı ve tedavi sürecindeki stresin yanında hastalık ve tedavilerin etkileri gibi birçok faktör etkili olabilmektedir (72). Bu çalışmada literatür bilgileri ile uyumlu olarak MDB tanılı hasta grubundaki bireylerde fiziksel hastalığa sahip olma oranı daha yüksek saptanmıştır. Literatürde psikiyatrik hastalıklarda sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada Türkiye'de MDB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni hastalarında sigara kullanma yaygınlığının %70 olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların psikiyatrik belirtileriyle başa çıkma amacıyla sigara kullanımlarının olduğu belirtilmiştir (73). Mevcut çalışmada MDB hasta grubunda sigara ve alkol kullanma oranı daha yüksek saptanmıştır. Alkol Bağımlılığı, MDB ve diğer duygudurum bozukluklarına sıklıkla eşlik etmektedir. Literatürdeki çalışmalar alkol kullanım bozuklukları ile depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemekle birlikte iki bozukluk arasındaki ilişki hakkında farklı görüşler sunmaktadır. Alkolün neden olduğu nörokimyasal hasar ve birtakım sosyal olumsuz sonuçlar sonucunda depresif belirtilerin ortaya çıkabileceği, depresif bireylerin semptomlarını hafifletmek ve duygudurumlarını düzeltmek amacıyla alkolü kullandıkları (self medikasyon) ve alkol kullanımına sekonder gelişen ve antisens sonrasında gerileyen depresif belirtilerin olduğu görüşleri öne sürülmektedir (74). Diğer yandan intihar girişimlerinin %25-

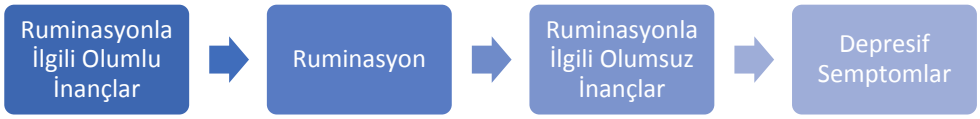
50'sinin alkol kullanımı ile bağlantılı olduğu ve alkol bağımlılarının %25'inin intihar sonucunda yaşamlarını yitirmeleri nedeniyle üzerinde ciddiyetle durulması gereken bir durumdur (75). Çalışmaya alkol kullanım bozukluğu olan bireyler dahil edilmemiştir. Hasta grubundaki bireylerin daha çok depresif belirtilerini yatıştırmak ya da sosyal amaçlarla alkol kullanımının olabileceği düşünülmektedir. Madde kullanımı ile MDB'nin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (76,77). Bireylerin depresif duygulanımdan kaçınma ve zevk arama isteğinin bu ilişkide etken olduğu öne sürülmüştür (78). Türkiye'de MDB tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, alkol kullanım oranı %12, madde kullanım oranı ise %4 olarak saptanmıştır (79). Mevcut çalışmada hasta grubunda alkol kullanım oranı %10 saptanırken katılımcılar arasında psikoaktif madde kullanan birey saptanmamıştır. Bu durum katılımcıların madde kullanımı hakkında bilgilerini paylaşma konusunda çekingen davranmış olabileceğini, damgalanma konusunda endişelerinin olabileceğini ya da seçilen örneklem özellikleriyle ilişkili bir durum olabileceğini düşündürmüştür.

MDB hastalarında anksiyete belirtilerinin sıklıkla gözlendiği bilinmekte olup çalışmalarda ayaktan MDB ile takip edilen hastaların %40-%50'inde yaşamları boyunca AB eş tanısı (80), %50-60'ında ise AB öyküsünün olduğu gösterilmiştir (69). Epidemiyolojik çalışma verileri MDB hastalarında ek AB gelişme riskinin 3.3-8.2 kat artmış olduğu, AB hastalarının bir yıl içinde depresyon yaşama riskinde 7 ila 62 kat arasında artış olduğunu göstermektedir (81). Yalnızca depresyon tanılı bireylere kıyasla komorbid AB'si olan depresyon hastalarında hastalık şiddeti, tedavi süreci ve tedaviye yanıtta daha kötü sonuçların elde edildiği bilinmektedir (82,83). AB tanı kriterlerini karşılayacak düzey ve sürede olmayan anksiyete belirtileri, MDB'nin birleşeni olarak sayılabilmektedir. MDB hastaları ile yapılan bir çalışmada %65 oranında orta şiddetli, %20-25 oranında ise şiddetli anksiyete belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir (84). Bu çalışmada, literatürle uyumlu olarak MDB hasta grubunda daha önce psikiyatrik tanı alma oranı yüksek bulunmuştur. Geçmiş hastalık öyküsü tanıları sorgulandığında en çok MDB, sonrasında AB tanısı olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmadan elde edilen veriler MDB tanılı hastaların anksiyete ve stres düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

MDB tanılı hasta grubunda hastalık ile ilişkili olabileceği düşünülen ruminasyon ve üst biliş özelliklerinin incelenmesi amaçlanan bu çalışmanın sonucunda

MDB hastalarında toplam üstbiliş ölçek ve ruminasyon skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlendi. Papageorgiou ve Wells tarafından geliştirilen depresyonun üstbilişsel modeline (52,53) göre olumlu üstbilişsel inançlar, kişinin mevcut durumu ile arzu ettiği durum arasındaki farklılıkları azaltmak amacıyla ruminasyonun faydalı bir başa çıkma strateji olduğuna dair inançlardır. Fakat ruminasyon bu çelişkili durumu azaltmada başarısız olduğunda kişide daha fazla ruminatif düşüncelere, olumsuz ruh haline ve efektif problem çözme becerilerinin engellenmesine neden olabilmektedir. Sonuç olarak, ruminatif düşüncenin kontrol edilemezliğine, kişi için zararlı olduğuna ve olumsuz sosyal sonuçlarına dair kişide olumsuz üstbilişsel inançlar gelişmekte ve bu olumsuz üstbilişlerin depresif duygudurumuna neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kişinin bilişsel verimliliğinin yani kişinin kendi bilişsel fonksiyonlarına dair güveninin ruminasyon hakkındaki olumlu ve olumsuz inançlarına katkıda bulunabileceği varsayılmaktadır (53,85). Grafik 5.1' de şematize edilen depresyonun üstbilişsel modeli, yapılan birçok farklı çalışmalarda klinik ve klinik olmayan örneklerde test edilmiştir. (53,85-87). 2022 yılında yapılan bir çalışmada model Türkiye örnekleminde de doğrulanmış olup olumlu inanışların ruminasyon düzeyini, ruminasyon düzeyinin olumsuz inanışları ve olumsuz inanışların da depresif belirtileri yordadığı gösterilmiştir (88).

Literatürdeki çalışmalara paralel olarak mevcut çalışmamızda MDB tanılı hastalarda kontrol grubuna kıyasla olumlu ruminasyon ve olumsuz ruminasyonun hem tehlike ve zarar ile ilişkili hem de sosyal sonuçlara ilişkin alt ölçek skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ruminasyon düzeyleri arttıkça (hem olumlu hem olumsuz) depresif belirti şiddetinin de arttığı gözlenmiştir. Bu depresif belirti şiddetiyle ruminasyon olumluya kıyasla ruminasyon olumsuz skorlarının daha yüksek güçte ilişkisi olduğu anlaşılmıştır. Bu durum MDB tanılı kişilerin sorun çözme stratejisi olarak ruminasyonu kullanırken zamanla kişilerde ruminatif düşüncelerin tehlikeli, kontrol edilemez olduğu ve sosyal olarak olumsuz sonuçlara yol açabileceğine dair olumsuz üstbilişsel inançların gelişebildiği ve hem olumlu hem de olumsuz ruminasyonun hastalık belirtilerini artırdığı görüşüyle paraleldir.



Grafik 5.1. Majör Depresif Bozukluk 'un Üstbilişsel Modeli

Sorun çözmeyi amaçlayan olumsuz içerikli düşünceler olarak tanımlanan endişeyi kişi ilk başta sorun çözme stratejisi olarak görürken süreç içerisinde endişe etme durumu kişide endişe odağı haline gelebilmektedir (89). Endişe daha çok geleceğe yönelik düşünceler olarak tariflenirken, depresif ruminatif düşüncelerin ise geçmişe yönelik olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda endişe, tehlike ve kontrol edilemezlik temalarına sahipken depresif ruminasyon başarısızlık, yetersizlik ve kayıplarla ilgili kavrama ve anlamlandırma çabası olarak görülmektedir. Endişe kaygı bozukluklarının gelişiminde ön plana çıkan bir üstbilişsel stratejiyken, ruminasyon depresyonun metakognitif modelinde temel etken olarak görülmektedir (47). Ancak literatürdeki birçok çalışmada ruminasyonla birlikte endişenin de depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (90-93).

Mevcut çalışmada MDB tanılı bireylerde, endişeyle ilgili üstbilişsel özelliklerden "Olumlu İnançlar" dışında "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike", "Bilişsel Güven", "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" a dair üstbilişsel inançlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Üst bilişsel inançların depresif belirti şiddetini yordayıcılığına bakıldığında, "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" ve "Bilişsel Farkındalık" a dair üstbilişsel inançlar ile DASÖ-Depresyon skorları arasında pozitif yönde korelasyon saptandığı görülmüştür. MDB hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda endişeyle ilgili üstbilişsel inançlara dair gruplara göre farklı sonuçlar elde edildiği anlaşılmıştır (53,86,90,94). Yakın zamanda yine MDB tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da olumlu inançlar alt ölçeğiyle depresif belirtiler arasında bir ilişkinin bulunmadığı fakat diğer alt ölçekler ile depresif belirti şiddetleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (90). ÜBÖ-30 kullanılarak yapılan başka çalışmalarda da benzer bulgular elde edildiği gözlenmiştir (5,95).

MDB tanılı hastalarda hastalık şiddeti ile "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" alt ölçeği arasında ilişkinin anlamlılığı; depresyondaki bireylerin düşünce içeriğinde

karamsar temanın hâkim olduğu, kişide suçluluk ve değersizlik düşüncelerinin olabileceği dolayısıyla kişinin düşüncelerini kontrol edemediğinde sonuçlarından kendinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkin üstbilişsel inançlarıyla ilişkili olabileceği ve bu inançların depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

MDB tanılı hastalarda hastalık şiddeti ile "Bilişsel Farkındalık" alt ölçeği arasında ilişki, kişinin depresif duygu durumuna ve yakınmalarına yönelik olumsuz tekrarlayıcı düşüncelere sahip olması ve bu düşüncelere takılıp kalmanın hastanın günlük aktiviteler ve sosyal etkinliklerden kendini uzaklaştırarak yalnızca üstbilişsel süreçleri ile ilgilenmesi ve bu durumun depresyon şiddetini artırabileceği ile yorumlanabilir.

MDB hastalarının dikkat problemleri ve buna bağlı olarak hafıza sorunları yaşadığı bilinmektedir (2). MDB hastalarının ilk atakta dahi hafıza problemleri yaşadığı ve nöropsikolojik testlerinde bozulma olduğu gözlenmiştir (96). Depresyon düzeyi ve üstbilişler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, depresyon düzeyi hafif olan grubun orta düzeye göre hafıza performanslarının daha iyi olduğu bulunmuştur (97). MDB hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla ÜBÖ-30 "Bilişsel Güven" alt ölçeği skorlarının yüksek olduğu ve hastalık şiddetiyle pozitif korelasyon gösterdiği çalışmalar mevcuttur (4,90,94). Ancak mevcut çalışmada "Bilişsel Güven" alt ölçeği ile depresyon şiddeti arasında herhangi bir korelasyon gözlenmemiştir. MDB hasta grubundaki bireylerin DASÖ Anksiyete düzeyleri ile "Bilişsel Güven" skorları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu durum MDB hastalarında eşlik eden anksiyete belirtilerinin dikkat ile ilgili problemlere depresif belirtilerden daha çok sebep olabileceğini ve bu nedenle MDB tanılı grupta bilişleriyle ilgili güven problemleri olabileceğini düşündürmektedir.

Çok değişkenli lineer regresyon analizi sonuçlarında ruminasyon puanlarında gözlenen artışların MDB tanılı bireylerin ÜBÖ-30 "Kontrol Edilemezlik ve Tehlike" , "Bilişsel Farkındalık" ve "Düşünceleri Kontrol İhtiyacı" alt ölçeklerinde artışla korele olduğu anlaşılmıştır. Bu durum MDB tanılı bireylerde gözlenen ruminasyondaki artışın ve ruminasyona ilişkin üstbilişsel inançların kişilerde kendi üstbilişsel süreçleri üzerinde sürekli düşünmesi ve bu düşünceler üzerinde kontrolünün olmamasının olumsuz sonuçlarının olacağına dair inançlarını etkileyerek depresif belirtiler üzerinde

etkili olduğunu düşündürmektedir. Sonuç olarak ruminasyonun doğrudan depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu ve ayrıca üstbilişsel inançları da tetikleyerek depresyon belirtilerini etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Kısıtlılıklarından biri örnekleminin geniş olmamasıdır. Kesitsel tasarım ile öz bildirim ölçekleri kullanılarak yapılan bu çalışmada, değerlendirilen bilgilerin katılımcıların geçmişe dönük hatırlamasıyla elde edilmesi yanlılığa neden olabilmektedir. MDB hastalarının hastalık özelliklerine bağlı olarak mevcut durumlarını olduğundan daha olumsuz olarak değerlendirmiş olabilecekleri olasıdır. Benzer eğitim düzeyine sahip katılımcıların seçilememiş olması eğitim düzeyinin üstbilişleri etkileyebileceğinden dolayı bir kısıtlılıktır. Katılımcıların hastalık süresi ve şiddetinin farklı olması, katılımcılar arasında tedavi alan olguların olması ve bu farklılıkların üstbilişsel süreçler üzerinde etkili olmuş olma ihtimali kısıtlılıklarındandır. Çalışmada katılımcıların uzunlamasına değerlendirilememiş olması nedeniyle incelenen özelliklerin zaman içerisindeki değişimini gözlemek mümkün olmamaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Mevcut çalışma verileri incelendiğinde aşağıda yer alan hipotezler doğrulanmıştır:

1. MDB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla ruminatif düşünme daha fazla gözlenmektedir.
2. MDB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla üstbilişsel süreçlerin daha aktif olduğu gözlenir.
3. Üstbilişler ve ruminasyon özellikleri MDB'de hastalık şiddeti ile ilişkilidir.

Bu sonuçlarla birlikte çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda sıralanmıştır:

1. Hasta grubundaki bireylerin evli olma, düzenli işte çalışıyor olma oranlarının daha düşük olduğu görüldü.
2. Hasta grubunda depresyon düzeylerindeki yüksekliğe ek olarak anksiyete ve stres düzeylerinin de daha yüksek olduğu gözlendi.
3. Hasta grubunda endişeye dair olumlu inançlar dışındaki üstbilişsel süreçlerin kontrol grubuna kıyasla daha aktif olduğu gözlendi.
4. Hasta bireylerin endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna daha çok inandığı, bellek ve dikkat kabiliyetlerine daha az güvendikleri, olumsuz inançlarını kontrol etmeye dair inançlarının daha güçlü olduğu ve kendi düşünce süreçleriyle daha fazla ilgilendikleri gözlendi.
5. Hasta bireylerde düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalıklarıyla depresyon şiddeti arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.
6. Hasta bireylerde ruminasyona dair olumlu inançlar ve olumsuz inançlar ile depresyon şiddetleri arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

6.2. ÖNERİLER

1. Depresyonun etiyolojisinde yer alan üstbilişsel süreçlere dair daha geniş örneklemli klinik çalışmaların yapılması önerilir.
2. Üstbilişler ve ruminasyon özellikleri ile ilgili ileride yapılacak çalışmalarda daha fazla tanı grubunun karşılaştırılmasıyla çalışmanın genişletilmesi önerilir.
3. Depresyon hastaları ilk atak ve kronik depresif bozukluk olarak ayrılarak üstbiliş ve ruminasyon özellikleri incelenebilir.
4. Depresyon hastalarında daha uzun süreli gözlem çalışmalarıyla üstbilişler ve ruminasyon özelliklerinin hastalık sürecindeki değişimleri incelenebilir.
5. Depresif bozukluğun alt tiplerine göre üstbilişsel düşünce özelliklerinin farklılıkları incelenebilir.

6.3. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tezi yazan, tez danışmanı olan ve tez yazım sürecine katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında karar verme sürecini uygunsuz biçimde etkileyebilecek maddi ve manevi çıkar çatışması yoktur. Çalışma uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüş olup herhangi bir firmadan destek alınmamıştır.

8. KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 17. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2023. p.264.

2. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6(1):51-66.

3. Kılıç C, Uluğ ÖŞ. Türkiye'de depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-7.

4. Özsoy F, Kuloğlu MM. Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2017;7(1):42 49.

5. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(1):67-80.

6. Yılmaz A, Sungur M, Konkan R, Şenormancı Ö. Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemlerindeki psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2015; 26:268-278.

7. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası 1998; 1:5-12.

8. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective 2021;3(1):186-194.

9. Gül GI, Rıfat K. Dünden bugüne depresyon. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):1-6.

10. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/ (Accessed 4 March 2023).

11. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011;9(1):1-16.

12. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health 2013; 34:119-138.

13. Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti. 1998; p.77-93.

14. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Tanık FA, Zağlı N, Alptekin K. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. J Affect Disord. 2015 Aug 1; 181:78-86.

15. Dinçer G, Gönül AS. Major depresif bozuklukta genetik çalışmalar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(1):44-49.

16. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312.

17. Balaban ÖD. Depresyonun Nörobiyolojisi. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 8-17.

18. Ruhe HG, Mason NS, Schene AH. Mood is in directly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta analysis of monoamine depletion studies. Mol Psychiatry. 2007; 12:331-59.

19. Pittenger C, Duman RS. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mecha nisms. Neuropsychopharmacology. 2008; 33:88-109.

20. Bozkurt A, Bozkurt ÖH, Sönmez İ. Duygudurum bozuklukları ve klinik biyokimya. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(2):9-14.

21. Cumurcu BE, Gül GI. Depresyonun nörobiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):27-33.

22. Yapıcı Eser H. Stres, İmmünoloji ve İnflamasyon. Şar V, editör. Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018.p22-6.

23. Kenis G, Maes M. Effects of antidepressants on the production of cytokines. Int J Neuropsychopharmacol. 2002 Dec;5(4):401-12.

24. Gałecki P, Mossakowska-Wójcik J, Talarowska M. The anti-inflammatory mechanism of antidepressants- SSRIs, SNRIs. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018 Jan 3;80(Pt C):291-294.

25. Duman RS. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity. Eur Psychiatry. 2002 Jul;17 Suppl 3:306-10.

26. Levy MJF, Boulle F, Steinbusch HW, van den Hove DLA, Kenis G, Lanfumey L. Neurotrophic factors and neuroplasticity pathways in the pathophysiology and treatment of depression. Psychopharmacology (Berl). 2018 Aug;235(8):2195-2220.

27. Angelucci F, Aloe L, Jiménez-Vasquez P, Mathé AA. Electroconvulsive stimuli alter nerve growth factor but not brain-derived neurotrophic factor concentrations in brains of a rat model of depression. Neuropeptides. 2003 Feb;37(1):51-6.

28. Castrén E. Neuronal network plasticity and recovery from depression. JAMA Psychiatry. 2013 Sep;70(9):983-9.

29. Oğuz TF. Depresyonun psikodinamik teorisi ve terapisi. In: HDÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 53-63.

30. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul. Metis Yayınları; 2020. p.152-156.

31. Erbay LG, Kartalcı Ş. Depresyonda bilişsel davranışçı terapi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):97-102.

32. Emül M. Depresyon ve psikososyal kuramlar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):14-20.

33. Yığman F, Özdel K. Depresyonun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. Devrimci Özgüven H, editör. Depresyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.45-52.

34. Türkçapar MH. Depresyon. İstanbul. Epsilon Yayınları; 2018.p.43-56.

35. Kılıç F. Sosyal Boyutuyla Depresyon. Kuzugüdenlioğlu Ulusoy D, editör. Ruh Sağlığının Sosyal Boyutu. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.54-8.

36. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):7-13.

37. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). 5 ed. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p. 91-112.

38. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon kliniği. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):34-38.

39. Özdin S, Güz HÖ. Anksiyete bozukluğu eştanılı depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):8-16.

40. Karamustafalıoğlu O, Gül GI. Depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):1-7.

41. Özgüven HD, Kır Y. Depresyonun farmakoterapi ve diğer somatik yöntemlerle tedavisi. In: H DÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 25- 44.

42. Irak M. Üstbiliş ölçeği çocuk ve ergen formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompülsif belirtilerle ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2012;23(1):47-54.

43. Özsoy G. Üstbiliş. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2008;6(4):713-740.

44. Karakelle S, Saraç S. Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı? Türk Psikoloji Yazıları 2010;13(26):45- 60.

45. Wells, A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. Anxiety, Stress & Coping: An International Journal. 1994*;* 6(4): 289–299.

46. Wells, A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley. 2000.

47. Wells, A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford.2009.

48. Wells A, Cartwright-Hatton SJBr, therapy. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. 2004;42(4):385-96.

49. Wells, Adrian. Advances in Metacognitive Therapy. International Journal of Cognitive Therapy. 2013; 6. 186-201.

50. Kannis-Dymand L, Hughes E, Mulgrew K, Carter JD, Love S. Examining the roles of metacognitive beliefs and maladaptive aspects of perfectionism in depression and anxiety. Behav Cogn Psychother. 2020 Jul;48(4):442-453.

51. Yazıhan N, Yelboğa Z. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22(4):445-451.

52. Papageorgiou, C, Wells, A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cognitive and Behavioral Practice, 2001 March; 8(2), 160-164.

53. Papageorgiou, C., Wells, A. An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. Cognitive Therapy and Research. 2003; 27, 261–273.

54. Nolen-Hoeksema, S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of Abnormal Psychology 1991: 100; 569–582.

55. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. Perspect Psychol Sci. 2008 Sep;3(5):400-24.

56. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. Clin Psychol Rev. 2009 Mar;29(2):116-28.

57. Watkins ER, Nolen-Hoeksema S. A habit-goal framework of depressive rumination. J Abnorm Psychol. 2014 Feb;123(1):24-34.

58. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. Psychol Bull. 1987 Mar;101(2):259-82.

59. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. Behavior Therapy. 2001; 32(1), 13–26.

60. Yang H, Wang Z, Song J, et al. The positive and negative rumination scale: Development and preliminary validation. Current Psychology. 2020; 39(2):483- 499.

61. Calmes CA, Roberts JE. Repetitive Thought and Emotional Distress: Rumination and Worry as Prospective Predictors of Depressive and Anxious Symptomatology. Cognitive Therapy and Research, 2006; 31, 343-356.

62. Baer RA, Sauer SE. Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. Personal Disord. 2011 Apr;2(2):142-50.

63. Kolubinski DC, Frings D, Nikčević AV, Lawrence JA, Spada MM. A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. Psychiatry Res. 2018 Sep; 267:296-305.

64. Erarslan İngeç, Ö, Akyüz Z, Yılmaz AE. Öz-eleştirel Ruminasyon Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Klinik Psikoloji Dergisi. 2021;5(1), 39-51.

65. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995;33(3):335-343.

66. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2018;7(1):19-30.

67. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Dif 2008;44(5):1172-1181.

68. Leahy RL, Wupperman P, Edwards E, Shivaji S, Molina N. Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. Int J Cogn Ther 2019;12(1):25 37.

69. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. Depress Anxiety. 1998;7(1):3-14.

70. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir Devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji 2011;1(2): 16-20.

71. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):103-106.

72. Duman B. Tıbbi hastalığı olan hastalarda depresyon. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.75-82.

73. Çiydem E, Bilgin H. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde sigara kullanımı. Bilgin H, editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.10-3.

74. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction. 2011 May;106(5):906-14.

75. Arıkan Z, Çeki Kuruoğlu A, Eltutan H, Işık E. Alkol Bağımlılığı ve Depresyon. Düşünen Adam. 2000; (3):217-221.

76. Mohamed II, Khalifa Ahmad HE, Hassaan SH, Hassaan SM. Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. Middle East Curr Psychiatry 2020; 27: 22-30.

77. Güvenç Bahadır G, Karaca S. Denetimki Serbestlik Tedbiri Konulan Madde Kullanıcılarında Depresyon Belirti Düzeyine Göre Bağımlılık Şiddetinin İncelenmesi. Bağımlılık Dergisi. 2021; 22(3): 209-217.

78. Lee KH, Yen CF. The relationships between depression, neuroticism, and attitudes (NDA model) in heroin abusers in Taiwan. Am J Addict. 2018 Mar;27(2):139-143.

79. Annagür B, Tamam L. Majör Depresyon Hastalarında Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2010;4(2):111-117.

80. Dilbaz N, Darçin AE, Çavuş SY. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eştanılı Anksiyete ve Yaklaşım, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2011; 21(1),10-19.

81. Hirschfeld RM. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001 Dec;3(6):244-254.

82. Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL. Predictors of relapse in major depressive disorder. JAMA. 1983; 250(24): 3299–3304.

83. Gaynes BN, Magruder KM, Burns BJ, Wagner HR, Yarnall KS, Broadhead WE. Does a coexisting anxiety disorder predict persistence of depressive illness in primary care patients with major depression? Gen Hosp Psychiatry. 1999 May-Jun;21(3):158-67.

84. Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. Am J Psychiatry. 2000 Aug;157(8):1337-40.

85. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, Van Os J. Positive and Negative Beliefs About Depressive Rumination: A Psychometric Evaluation of Two Self-Report Scales and a Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. Cognitive Therapy Research. 2009;34(2), 196–205.

86. Solem S, Hagen R, Hoksnes JJ, Hjemdal O. The metacognitive model of depression: An empirical test in a large Norwegian sample. Psychiatry Res. 2016 Aug 30; 242:171-173.

87. Cano-López JB, Salguero JM, García-Sancho E, Ramos-Cejudo J. Testing the Metacognitive Model of Rumination and Depression in Non-clinical Population: New Data about PBRS and NBRS Scales. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2020;43, 240–250.

88. Yilmaz AE, Şenormanci G, Şenormanci Ö. Investigation of the Metacognitive Model of Depression in a Turkish Sample of Major Depressive. Turk Psikiyatri Derg. 2022 Summer;33(2):82-89. English, Turkish.

89. Wells A, Papageorgiou C. Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behav Res Ther. 1995 Jun;33(5):579-83.

90. Eser B, Yerlikaya E. Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2022; 11(1), 21-30.

91. Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, et al. Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. Cognitive Therapy and Research. 2000; 24, 671–688.

92. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. J Affect Disord. 2013 Oct;151(1):313-20.

93. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Unique Contributions of Metacognition and Cognition to Depressive Symptoms. The Journal of general psychology. 2015; 142(1), 23-33.

94. Yılmaz S, İzci F, Mermi O, Atmaca M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016;17(6), 451- 458.

95. Batmaz S, Ulusoy Kaymak S, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. Compr Psychiatry. 2014 Oct;55(7):1546-55.

96. Lee RS, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. J Affect Disord. 2012 Oct;140(2):113-24.

97. Soderstrom NC, Davalos DB, Vázquez SM. Metacognition and depressive realism: evidence for the level-of-depression account. Cogn Neuropsychiatry. 2011 Sep;16(5):46.

9. ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: Ayşe Merve AKÇAY

İletişim Adresi:

Yabancı Dil: İngilizce ve Almanca

II. EĞİTİM BİLGİLERİ

Ankara Atatürk Anadolu Lisesi (2009-2013)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2013-2019)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-2023)

III. ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türk Psikiyatri Derneği

IV. BİLİMSEL İLGİ ALANLARI YAYINLARI

Akçay AM, Yetkin S. Geç Başlangıçlı Tay-Sachs Hastalığı'na Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi.2021;32(3):39-39.

Akçay AM, Özmenler KN. Bizarre seizures that accompanied the case of Covid-19. Turkish Association for Psychopharmacology (TAP)'s 12th International Congress on Psychopharmacology. 2021;217-217.

Akçay AM, Özmenler KN. 73 Yaş İlk Atak Hipomani Olgusu. Türkiye Psikiyatri Derneği 59. Ulusal Psikiyatri Kongresi & Depremler ve Ruh Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı. 2023;106-106.

10. EKLER

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 14.03.2023
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 14.03.2023
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2023/03
PROJE/ KARAR NO : 2023-79 (Değerlendirilme Tarihi: 14.03.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr. Ayşe Merve AKÇAY'ın yardımcı araştırmacı olduğu 2023/79 kayıt numaralı, **"Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ruminasyon ve Üstbiliş Özelliklerinin İncelenmesi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
13	Prof. Dr. Türkan YILDIRIM	Üye	
14	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
15	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY	Üye	
19	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: EPK BELGESİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-209132496 10.02.2023
Konu : Araştırma İzni (Dr. Ayşe Merve AKÇAY)

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

"Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ruminasyon ve Üstbiliş Özelliklerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulunun 09.02.2023 tarih ve 2 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: CBBF4858-DD93-4FBA-AA68-E7101085E121 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:1 06010 Etlik/Keçiören/Ankara 06010
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Dilek MENAY
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 03123046105

EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.02.2023-215591

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--215591 17.02.2023
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 09.02.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 87 (seksen yedi) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet ÖZLER
Dekan V.

Ek:Karar

Dağıtım:
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Fizyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSR5MRE82B* Pin Kodu :68352 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Etlik Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

72.	Dr. Ayşe Merve AKÇAY	GTF Ruh Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda ruminasyon ve üstbiliş özelliklerinin incelenmesi	Kabul edildi.

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sizin çalışmaya katılmaya karar verebilmeniz için hazırlanmıştır. Bu çalışmada "Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ruminasyon ve Üstbiliş Özellikleri" araştırılmaktadır. Doktorunuz sizinle görüşme yapacak ve sizden bazı anketleri doldurmanız için yaklaşık 30 dakika zaman ayırmanız istenecektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER ve Arş. Gör. Dr. Ayşe Merve AKÇAY) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Araştırmanın bilimsel adı: Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Ruminasyon ve Üstbiliş Özelliklerinin İncelenmesi
Araştırmanın anlaşılabilir basit adı: Depresyon Hastalarında Düşünce Özellikleri

Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Araştırmanın amacı: Bu çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı alan hastalar ile kontrol grubuna alınan gönüllü bireylerin üstbilişlerini ve ruminasyon özelliklerini karşılaştırmak ve bireylerin depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun ve üstbiliş özelliklerinin aracılık etkisini araştırmaktır.

Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.): Uzmanlık Tez Çalışması olup anket çalışması olarak planlanmıştır.
Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi: Etik kurul onayı alındıktan sonra tahmini 6 ay içerisinde tamamlanacaktır.
Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yatan ve polikliniğe başvuran Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 95 hasta ile 95 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 190 kişi dahil edilmesi planlanmaktadır.
Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni: Üstbiliş özelliklerinin depresyon, anksiyete, stres düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar: Araştırmanın sonucunda ulaşılan bilgiler ışığında etkili terapötik yaklaşımlar geliştirerek sağaltım sağlanması

Gönüllünün sorumlulukları: Çalışmaya dahil olmayı kabul etmesi durumunda muayene sırasında hastalığı ve sosyal hayatı ilgili sorular sorulacaktır. Muayene sonrasında bazı anketleri doldurması istenecektir.

Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar: Çalışmaya dahil olma durumunda gönüllüleri herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.

Risklere karşı alınan önlemler: Girişimsel bir işlem yapılmayacağı için herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları: Uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.

Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler: Araştırma anket çalışması olup herhangi bir zarar beklenmemektedir. Olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler: Çalışmaya katılmakla gönüllüler parasal yük altına girmeyecek ve gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler: Gönüllünün çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi veya çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamaması

Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi? Araştırma sonuçları ile ilgili bilgi katılımcının talebi olması durumunda verilecektir.

Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası: Arş. Gör. Dr. Ayşe Merve AKÇAY

- Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.
- Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.
- Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

T.C

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

- Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.
- Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.
- Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.
- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.
- Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum
- İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.
- Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.
- Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.
- Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.
- Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.
- Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Gönüllünün; (El yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm ve (telefon numarası):

İmzası:

Tarih:

EK-5: OLGU RAPOR FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

Kadın : b. Erkek:

3.Eğitim Düzeyiniz:

a.Okuma-yazma bilmiyor: b. İlkokul mezunu:

c. Ortaokul mezunu: d.Lise Mezunu:

e.Önlisans mezunu: f.Lisans Mezunu:

g. Yükseklisans Mezunu:

4.Medeni Durumunuz:

a. Bekar: b. Evli: c.Boşanmış: d.Dul: e.Diğer: (…….)

5.Çocuğunuz var mı?

a.Yok b. Var (sayısını belirtiniz…….)

6. Son 6 aydır düzenli bir maddi gelir sağlayacak şekilde çalıştığınız bir işiniz var mı?

a.Yok b.Var

7. Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı ? (Şeker, tansiyon, kalp yetmezliği, astım vb.)

a.Yok b.Var

8. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?

a.Yok b. Var (belirtiniz…….)

9. Düzenli sigara kullanıyor musunuz?

a.Hayır b.Evet (sıklığını belirtiniz……)

10. Düzenli alkol kullanıyor musunuz?

a.Hayır b.Evet (sıklığını belirtiniz…….)

11. Düzenli madde kullanıyor musunuz?

a.Hayır b.Evet (sıklığını belirtiniz…….)

12.Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

a.Hayır b. Bir veya birden fazla kez

13. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

a.Hayır b. Evet (ise belirtiniz……..)

14. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

a.Hayır b. Evet (ise sıklığını belirtiniz ……..)

15.İlaç tedavisi dışında bir psikiyatrik tedavi aldınız mı ? (Psikoterapi, TMS, EKT vb.)

a. Hayır b. Evet (ise belirtiniz……...)

16. Daha önce hiç psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördünüz mü?

a.Hayır b. Evet (ise belirtiniz……)

17. Ailenizde tanı almış psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a.Yok b. Var (ise belirtiniz……..)

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (*örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).*	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda *(örneğin ellerimde)* titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu ölçek 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. Bu ölçekte 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 farkındayımdır.	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 farkındayımdır.	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 gelmeme yardım eder.	1	2	3	4
21	Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4
22	Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	1	2	3	4
23	Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	1	2	3	4
24	Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
25	Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	1	2	3	4
26	Belleğime güvenmem.	1	2	3	4
27	Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	1	2	3	4
28	İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	1	2	3	4
29	Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
30	Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	1	2	3	4

RUMİNASYONLA İLGİLİ OLUMLU İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (RUMİ-OLUMLU)

AÇIKLAMALAR: Çoğu İnsanın Aklından Zaman Zaman Depresif (Çökkün, Üzüntülü, Karamsar) Düşünceler Geçebilir. Depresif Düşünme Biçimi Bazen Uzun Süre ve Tekrarlayıcı Biçimde Devam Edebilir. Bu Ölçek Bu Tür Uzamış ve Tekrar Eden Depresif Düşünceler Hakkındaki İnanışlar ile İlgilidir. Aşağıda Bu İnanışlardan Bazıları Listelenmiştir. Lütfen Her İnanışı Dikkatlice Okuyunuz ve Her Birine Genel Olarak Ne Kadar Katıldığınızı Belirtiniz. Cevabınızı En İyi Tanımlayan Numarayı Daire İçine Alınız. Lütfen Tüm Maddelere Yanıt Veriniz.

	Hiç Katılmıyorum	*Biraz Katılıyorum*	*Oldukça Katılıyorum*	*Tamamen Katılıyorum*
1. Depresif (çökkün) duygularımı anlamak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
2. Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
3. Depresyonumun (çökkünlüğümün) nedenlerini bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
4. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur.	1	2	3	4
5. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur.	1	2	3	4
6. Depresyonuma (çökkünlüğüme) çare bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
7. Hissettiklerim hakkında tekrar tekrar düşünmek depresyonumu (çökkünlüğümü) ortaya çıkaran etkenleri fark etmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
8. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek geçmiş hata ve başarısızlıklarımı anlamama yardımcı olur.	1	2	3	4
9. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek yaptığım şeylerin nasıl daha iyi yapılabileceğini bulmama yardımcı olur.	1	2	3	4

RUMİNASYONLA İLGİLİ OLUMSUZ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ (RUMİ-OLUMSUZ)

	Hiç Katılmıyorum	*Biraz Katılıyorum*	*Oldukça Katılıyorum*	*Tamamen Katılıyorum*
1. Tekrarlayıcı Biçimde Düşünmek Beni Fiziksel Olarak Hasta Eder.	1	2	3	4
2. Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam.	1	2	3	4
3. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.	1	2	3	4
4. Eğer Kendim Hakkında Böylesine Tekrar Tekrar Düşündüğümü Bilselerdi, İnsanlar Beni Terk Ederdi.	1	2	3	4
5. Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder.	1	2	3	4
6. Sorunlarım Hakkında Tekrar Tekrar Düşünmek Benim İçin Kontrol Edilemez Bir Durum.	1	2	3	4
7. Depresyonum (Çökkünlüğüm) Hakkında Tekrar Tekrar Düşünmek İntihar Etmeme Yol Açabilir.	1	2	3	4
8. Tekrarlayıcı Biçimde Düşünmek Beni Başarısız Biri Haline Getirir.	1	2	3	4
9. Tekrarlayıcı Biçimde Düşünmekten Kendimi Alamıyorum.	1	2	3	4
10. Tekrarlayıcı biçimde düşünüyor olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4
11. Geçmişte Olan Kötü Şeyler Hakkında Tekrar Tekrar Düşünmemek Mümkün Değil.	1	2	3	4
12. Sadece Zayıf İnsanlar Tekrarlayıcı Bir Biçimde Düşünürler.	1	2	3	4
13. Tekrarlayıcı Biçimde Düşünmek Kendime Zarar Vermeme Neden Olabilir.	1	2	3	4