

**T.C**  
**ÇAĞ İNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİR GRUP HASTADA**  
**ÜSTBİLİŞSEL İŞLEVLERİN İNCELENMESİ**

**TEZİ YAZAN**  
**Öykü Deniz TORUN**

**Danışman: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ**

**Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN**

**Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK (Çukurova Üniversitesi)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MERSİN /HAZİRAN 2019**

## ONAY

T.C  
**ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE**

201710099 numaralı öğrencimiz olan **Öykü Deniz TORUN** tarafından hazırlanan “**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİR GRUP HASTADA ÜSTBİLİŞSEL İŞLEVLERİN İNCELENMESİ**” başlıklı bu tez çalışması jüri üyelerimiz tarafından oy birliği ile **Psikoloji** Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

..... ..

Asıl Üye-Üniv. İçi - Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

...

Asıl Üye-Üniv. İçi - Jüri Uyesi: Dr. Öğr. Uyesi İbrahim İNAN

..

Asıl Üye-Üniv. Dışı - Jüri Uyesi: Dr. Öğr. Soner ÇAKMAK  
(Çukurova Üniversitesi)

**Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.**



10 / 06 / 2019

Doç. Dr. Murat KOÇ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

**Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.**

## İTHAF



*Sevgili annem Zeynep TORUN'a, babam Bülent TORUN'a ve  
kıymetli kardeşim Toprak Umut TORUN'a...*

## ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada kaynak belirttiğim eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Toplanan verilerde ve ortaya çıkan bulgularda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tezde sunulan çalışmanın özgün olduğunu belirtir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

10.06.2019

Öykü Deniz TORUN

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim dönemi sürecinde ve tez döneminde yetişmemde büyük emeği geçen tez danışmanım Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'a en içten dileklerle,

Yüksek Lisans fikrinde beni cesaretlerinden ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim sevgili dayım Prof. Dr. Ahmet DAĞ'a

Eğitim dönemi süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan sevgili hocalarım Doç. Dr. Gülhan ÖREKİCİ TEMEL, Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK ve Dr. Öğr. Üyesi İbrahim İNAN'a

Araştırmayı yapabilmem için destek olan Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü Doç. Dr. Murat KOÇ'a, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü sekreteri Aycan KOL'a ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne,

Veri toplama sürecinde gerekli izinleri sağlayan ve yönlendirmeleri yapan Doç. Dr. Ömer Akil ÖZER'e, Uzm. Dr. Selime ÇELİK ERDEN'e, Uzm. Dr. Engin ÇAKMAK'a, Uzm. Dr. Efruz PİRDOĞAN AYDIN'a, Uzm. Dr. Bekir Alp KAMAZOĞLU'na, hastalarla görüşme sürecinde desteklerini esirgemeyen, Havva TOST'a, Özge KOBAL'a Mustafa KABA'ya

Verilerin analizini gerçekleştiren ARAT İstatistiğe,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, manevi desteklerini hep hissettiğim Buse USLU'ya, Ali KARAKUŞ'a, Ayşegül DOĞAN'a, Burak UĞUZ'a, değerli ev arkadaşım Münire DEMİR'e ve sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim Serhat UZUNGENÇ'e

Çok teşekkür ederim.

10.06.2019

Öykü Deniz TORUN

## ÖZET

### MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİR GRUP HASTADA ÜSTBİLİŞSEL İŞLEVLERİN İNCELENMESİ

Öykü Deniz TORUN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

Haziran 2019, 102 sayfa

Depresyon, toplumu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bu sebeple depresyonun ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkisi olan faktörlerin belirlenip üzerinde çalışılması önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı almış hastalarda üstbilişsel işlevlerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya SBÜ Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığında, çalışma ölçütlerini sağlayan 60 hasta ile psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 30 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu ile çalışmaya başlanmadan önce görüşme yapılarak DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) uygulanmış, uygun şartları sağlayan katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) uygulanmıştır.

Çalışmada depresyon hastalarının üstbiliş toplam puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Üstbilişin; kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyut puanlarının depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu saptanmıştır. MDB hastalarında, depresyon düzeyini saptamak için kullanılan BDÖ ile ÜBÖ toplam puanı, olumlu inanç, kontrol edilemezlik ve tehlike ve bilişsel güven alt boyutları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

Bu çalışmada, MDB tanısı almış hastalarda daha yüksek çıkan üstbilif puanları bu hastalarda üstbilif sistemi ile çalışmanın gerekliliğine ifaret etmektedir. Kişilerin bilişsel süreçleri hakkındaki inançları içeren, bilişsel süreçlerini izlemesini, değerlendirmesini ve bunu eyleme dönüştürmesini etkileyen üstbilif sistemi üzerinde çalışmak hastalık sürecinin anlaşılması için önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Majör Depresif Bozukluk, Üstbilif, Anksiyete



**ABSTRACT****EXAMINATION OF METACOGNITIVE FUNCTIONS IN A GROUP OF  
PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER****Öykü Deniz TORUN****Master Thesis, Department of Psychology****Supervisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ****June 2019, 102 pages**

Depression is one of the most common psychiatric disorders influencing the society. For this reason, it is important to identify and work on the factors that have an impact on the emergence of depression. The aim of the present study was to evaluate metacognitive functions of patients with Major Depressive Disorder (MDD) diagnosis via comparing them to control group.

The study included 60 patients with the age range 18-49 who applied to the Psychiatric Polyclinic of SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital and 30 healthy control age and sex matched with non-psychiatric and neurological disorders. The patients and healthy control group were interviewed before the study and Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I) was applied and participants providing appropriate conditions were included in the study. Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Metacognitions Questionnaire – 30 (MCQ-30) were used as data collection tool.

In this study, metacognition total scores of depression patients were significantly higher than those of healthy control group. Uncontrollability and danger, the need to control thoughts, cognitive confidence and cognitive awareness subscales of metacognition were found to be higher in depression patients compared to healthy control group. There was significant positive correlation between BDI that used to determine the level of depression in MDD patients and MCQ total score, positive belief, uncontrollability and danger, cognitive confidence subscales.

As a result of this study, higher metacognition scores in patients with MDD indicate the necessity of working with metacognition system in these patients. Working on the metacognition system, which includes beliefs about people's cognitive processes,



affects the monitoring, evaluation and transformation of these cognitive processes is important for understanding the disease process.

**Key Words:** Major depressive disorder, metacognition, anxiety



## ÖNSÖZ

Majör Depresif Bozukluk toplumda yaygınlığı yüksek olan ve toplumu olumsuz yönde etkileyen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Bu nedenle hastalığın araştırılması, tedavi sürecine katkı sağlayacağı düşünüldüğünden büyük önem taşımaktadır..

Üstbiliş son yıllarda üzerinde çalışılan ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi 200’li yılların başlarında araştırılmaya başlanmış bir kavramdır. Üstbiliş sistemi majör depresif bozukluk tanılı hastaların hayatlarını nasıl etkilediği ve değiştirdiği merak konusudur. Bu çalışmada majör depresif bozukluk ve üstbiliş ilişkisi araştırılmış ve olumsuz üstbiliş inançların depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubu katılımcılarına göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Ek olarak depresyon hastalarında depresyon şiddeti arttıkça üstbilişlerin daha patolojik düzeyde olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada majör depresif bozukluk ve üstbiliş arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini, majör depresif bozukluk ve üstbilişin anlaşılmasına katkı sağlayacağı ve majör depresif bozukluğun tedavisinde dikkate alınacağı düşünülmektedir.

10.06.2019

Öykü Deniz TORUN

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>KAPAK</b> .....	i
<b>ONAY</b> .....	ii
<b>İTHAF</b> .....	iii
<b>ETİK BEYANI</b> .....	iv
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	v
<b>ÖZET</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>ÖNSÖZ</b> .....	x
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	xi
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	xv
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	xvi
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	xvii
<b>EKLER</b> .....	xviii

## BÖLÜM I

### 1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Arka Planı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Problemi.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.6. Araştırmanın Sayıtları.....	4
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	4
1.8. Tanımlar .....	4

## BÖLÜM II

### 2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Majör Depresyon.....	5
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	6

2.1.2. Majör Depresyonun Epidemiyolojisi .....	7
2.1.3. Majör Depresyonun Etiyolojisi .....	9
2.1.3.1. Biyolojik Faktörler .....	9
2.1.3.2. Kalıtsal Faktörler .....	11
2.1.3.3. Psikososyal Faktörler .....	11
2.1.3.3.1. Psikodinamik Kuram.....	11
2.1.3.3.2. Bilişsel Kuram.....	12
2.1.3.3.3. Davranışçı Kuram .....	13
2.1.4. Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflama Kriterleri .....	13
2.1.5. Majör Depresyonun Seyri .....	13
2.1.6. Majör Depresyonun Tedavisi.....	14
2.1.6.1. İlaç tedavisi .....	16
2.1.6.2. Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) .....	16
2.1.6.3. Psikoterapötik Tedaviler .....	17
2.2. Üstbiliş .....	19
2.2.1. Üstbilişin Tanımı ve Tarihçesi.....	19
2.2.2. Üstbiliş Kuramları.....	20
2.2.2.1. Flavell Kuramı .....	20
2.2.2.2. Brown Kuramı.....	21
2.2.2.3. Nelson ve Narren's Kuramı .....	21
2.2.2.4. Wells Kuramı .....	22
2.2.3. Majör Depresif Bozukluk ve Üstbiliş .....	23

## BÖLÜM III

### 3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı .....	26
3.2. Araştırma Modeli .....	26
3.3. Araştırmanın Örneklemi .....	26
3.4. Araştırmanın Yapılışı .....	27
3.5. Veri Toplama Araçları .....	28
3.5.1. Demografik Bilgi Formu.....	28
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği .....	28
3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	29

3.5.4. Üstbiliş Ölçeği-30 .....	29
3.6. Verilerin Analizi .....	30

## BÖLÜM IV

### 4 .BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	31
4.1.1. Çalışmaya Alınan ve Çalışmadan Dışlanan Hastaların Özellikleri.....	31
4.1.2. Grupların Cinsiyet Dağılımı.....	32
4.1.3. Gruplara Göre Yaş Dağılımı .....	32
4.1.4. Grupların Medeni Durum ve Çalışma Durumuna Göre Özellikleri.....	32
4.1.5. Grupların Sigara Kullanımı, İntihar Girişimi ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Özellikleri .....	33
4.1.6. Grupların Eğitim Durumuna ve Gelir Düzeyine Göre Özellikleri.....	35
4.2. Vaka ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon Ölçek ve Beck Anksiyete Ölçek, Üstbiliş Ölçeği-30 ve Alt Boyutların Puanlarına Göre İncelenmesi .....	36
4.3. Grupların ÜBÖ-30 Puanı ile BDÖ ve BAÖ Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	39
4.3.1. Grupların ÜBÖ-30 Alt Boyutları ile BDÖ ve BAÖ Puanlarının Korelasyon Analizi .....	41
4.4. Vaka ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi.....	42
4.5. Vaka ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalık Durumu, İntihar Girişimi ve Ailede Psikiyatrik Tanı Değişkenlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi... 48	
4.5.1. Vaka ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalık Durumuna Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları .....	48
4.5.2. Vaka Grubunda İntihar Girişimine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları .....	48
4.5.3. Vaka ve Kontrol Grubunda Ailede Psikiyatrik Tanı Kriterine Göre BDÖ. BAÖ. ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları.....	49
4.6. Hipotezlerin Sınanması .....	50

**BÖLÜM V****5. TARTIŞMA**

5.1. Majör Depresif Bozukluk ve Üstbiliş Arasındaki İlişki.....	51
---	----

**BÖLÜM VI****6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

6.1. Sonuç.....	56
6.2. Öneriler .....	57

<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>58</b>
-------------------------	-----------

<b>8. EKLER .....</b>	<b>64</b>
-----------------------	-----------

<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>84</b>
--------------------------	-----------

**KISALTMALAR LİSTESİ**

<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disord
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>ICD</b>	: International Classification of Disease
<b>MDB</b>	: Majör Depresif Bozukluk
<b>MD</b>	: Majör Depresyon
<b>EEG</b>	: Elektroensefalogram
<b>EKT</b>	: Elektro- Konvülsif Tedavi
<b>MAO</b>	: Monoamin Oksidaz
<b>SSRI</b>	: Serotonin Gerialım İnhibitörleri
<b>SNRI</b>	: Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>S-REF</b>	: Self-Regulatory Executive Function
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>ÜBÖ-30</b>	: Üstbiliş Ölçeği -30
<b>MCQ</b>	: Meta-Cognitions Questionnaire

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Grupların Cinsiyet Dağılımına Göre Karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 2.</b>	Grupların Yaş Dağılımına Göre Karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 3.</b>	Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 4.</b>	Grupların Çalışma Duruma Göre Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 5.</b>	Grupların Sigara Kullanım Duruma Göre Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 6.</b>	Grupların İntihar Girişimine Göre Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 7.</b>	Grupların Ailede Psikiyatrik Tanı Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 8.</b>	Grupların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 9.</b>	Grupların Aylık Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 10.</b>	Grupların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 11.</b>	Grupların ÜBÖ-30, Olumlu İnanç, Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Ve Bilişsel Farkındalık Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 12.</b>	Gruplara Göre Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları.....	39
<b>Tablo 13.</b>	Vaka ve Kontrol Grubunda BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi .....	40
<b>Tablo 14.</b>	Vaka ve Kontrol Gruplarında Üsbiliş Ölçeği Alt Ölçek Puanları ile BDÖ ve BAÖ Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi .....	42
<b>Tablo 15.</b>	Vaka ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları.....	43
<b>Tablo 16.</b>	Vaka ve Kontrol Gruplarının Yaş Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları.....	44
<b>Tablo 17.</b>	Vaka ve Kontrol Gruplarının Medeni Durum Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları.....	45
<b>Tablo 18.</b>	Kontrol Grubu Kronik Hastalık Değişkenine Göre Üstbiliş Alt Boyutları Değerleri .....	48
<b>Tablo 19.</b>	Vaka Grubunda İntihar Girişimine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları .....	49



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b>	Hastaların Çalışmaya Dâhil Edilme Aşamaları .....	27
<b>Şekil 2.</b>	Grupların Dağılımı.....	31
<b>Şekil 3.</b>	Grupların ÜBÖ-30 puanlarının dağılımı.....	38
<b>Şekil 4.</b>	Vaka Grubunda BAÖ ve ÜBÖ-30 Puanı Korelasyon Analizi Dağılımı.....	40
<b>Şekil 5.</b>	Vaka Grubunda BDÖ ve ÜBÖ-30 Puanı Korelasyon Analizi Dağılımı.....	41
<b>Şekil 6.</b>	Vaka Grubunun Çalışma Durumu Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Puan Ortalamaları.....	46
<b>Şekil 7.</b>	Vaka Grubu Çalışma Durumu Değişkenine Göre ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları .....	46
<b>Şekil 8.</b>	Kontrol Grubunun Çalışma Durumu Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Puanları .....	47
<b>Şekil 9.</b>	Kontrol Grubu Çalışma Durumu Değişkenine Göre ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları .....	47
<b>Şekil 10.</b>	Vaka ve kontrol grubunda ailede psikiyatrik tanı kriterine göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve alt boyut puanları .....	49

**EKLER**

	<b>Sayfa</b>
<b>8.1.</b> Etik Kurul Onayı.....	64
<b>8.2.</b> Onam Formu .....	65
<b>8.3.</b> Sosyodemografik Bilgi Formu.....	66
<b>8.4.</b> Beck Depresyon Ölçeği .....	68
<b>8.5.</b> Beck Anksiyete Ölçeği .....	71
<b>8.6.</b> Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	73
<b>8.7.</b> Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflama Kriterleri .....	75
<b>8.8.</b> Çağ Üniversitesi İzin Yazısı .....	77
<b>8.9.</b> Araştırma İzin Belgesi .....	78

## BÖLÜM I

### 1. GİRİŞ

#### 1.1. Araştırmanın Arka Planı

Depresyon; kişiyi, çevresini ve toplumu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Depresyonun, kişinin bilişsel süreçlerini ve işlevselliğini etkilediğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bilişsel süreçlerin izlemesine ve değerlendirmesine katkı sağlayan üstbilişsel işlevleri etkilediği de düşünülmektedir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde depresyonun üstbiliş üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu nedenle yapılan araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Duygu durum kişinin içsel olarak deneyimlediği, davranışlarını ve çevreyi algılamasını etkileyen sürekli duygudur. Depresif duygu durum, kişilerde istenmeyen veya kişiyi olumsuz yönde etkileyecek olaylar sonucunda gözlenen sıkıntı, elem, üzüntü içeren duygusal tepkileri içermektedir. Depresif duygulanımın bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmesi için duygusal bir tepkiden daha yoğun olması ve kişinin günlük hayattaki işlevselliğini bozması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Majör depresif bozukluğun başlıca özelliği çökkün bir duygu durum ve etkinliklere karşı ilgi kaybının ya da anhedoninin en az iki haftalık bir süre boyunca bulunmasıdır (Hammen ve Gotlib, 2009). Depresyon, kişinin daha önce zevk aldığı, kişiye iyi gelen durumların eskisi gibi zevk vermemesiyle ve bu eylemlere karşı kişinin ilgisinin kaybolmasıyla veya azalmasıyla kendisini göstermektedir. Çökkünlük ve üzüntü duygularına ek olarak keder ve karamsarlığın da eşlik ettiği depresif duygu durum, hem mental hem de fiziksel alanda enerji kaybı ile kendini göstermekte; psikomotor alanda ve bilişsel süreçlerde yavaşlama ve kişinin işlevselliğinde bozulma ile kendini göstermektedir (Işık E., Işık U. ve Taner, 2013).

Majör depresyonun, yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak belirtilmektedir (Hammen ve Gotlib, 2009). Majör depresyon insidansı ülkemizde, birinci basamakta %10, yatan hastalarda ise %15 olarak bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçak, 2011).

Depresyonda çekirdek belirtilerin bütün toplumlarda yaklaşık olarak aynı olduğu fakat hastalığın dışı vuran belirtilerinde farklılıklar olabildiği bilinmektedir. Majör depresyon kişinin düşünce süreci ve içeriğini etkilemektedir. Bu hastalarda düşünce hızı

yavaşlamıştır. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile doludur. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri hastanın ruhsal yaşamına egemen olmaktadır. Hastada özsaygı azalmıştır, kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Majör depresif dönemde görülen işlevsellikte bozulmanın derecesi kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Majör depresif dönemde kişinin iş hayatında veya toplumsal yaşamının belirli alanlarında işlev kaybı görülebilir. Bu dönemde kişi kendini çökkün, umutsuz, içe kapanık ve üzüntülü hissetmektedir. Kişide; uyku bozuklukları, iştahsızlık gibi fizyolojik sorunlar da görülebilmektedir (Stein, Kupfer ve Schatzberg, 2007). Bu dönemde kişiler, belli bir noktaya veya konuya odaklanmakta zorlanma, karar vermede güçlük çekme gibi durumları belirtmektedirler.

Anksiyete (Fransızca: anxiété; Almanca: Angst), DSM-5'te gelecek tehdit beklentisi olarak tanımlanmaktadır. İçten veya dıştan gelebilecek olan herhangi bir tehlikenin beklentisi ile kişide ruhsal, fiziksel, bedensel ve bilişsel alanlarda bozulmalar oluşturabilen kaygı durumu olarak açıklanmaktadır (Crocq, 2015). Kaygı ve bunaltı olarak da tanımlanabilmektedir. Kişide fiziksel olarak nefes almada güçlük, titreme, aşırı terleme ile kendini gösterebilirken psikolojik olarak da sıkıntı, huzursuzluk, kötü bir şeyler olacaktıymış hissi ile gözlenmektedir. Depresyon ve anksiyete birlikte görülme sıklığı yüksek olan hastalıklardandır ve diğer tıbbi hastalıklara da sıklıkla eşlik etmekte hastalığın seyrini ve tedavi sürecini önemli ölçüde etkilemektedir (Hammen ve Gotlib, 2009; Bartlett, Singh ve Hunter, 2017; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Kişideki pek çok fizyolojik ve bilişsel süreci etkileyen majör depresyonun; kişinin düşünce süreçlerini, algısını, dikkatini, karar verme gibi bilişsel süreçler üzerinde etkili olan üstbilişsel işlevlerini de etkilediği düşünülmektedir. Kişilerin anksiyete düzeylerinin de üstbilis üzerinde etkisi olup olmadığının araştırılması için kontrol değişkeni olarak çalışmada ele alınmıştır.

Üstbilis ile ilgili yapılan çalışmalar 2000'li yıllarda artış göstermeye başlamıştır. Psikiyatrik bozukluklarla üstbilis arasındaki ilişki yakın dönemde incelenmeye başlanmıştır. Majör depresif bozuklukta üstbilis işlevlerini inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, majör depresif bozukluk tanısı almış hastaların üstbilişlerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 1.3. Araştırmanın Problemi

Depresyon, kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın kişinin üstbilişsel inançlarını etkilediği de düşünülmektedir. Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalardaki üstbilişsel olumsuz inançların sağlıklı kontrol grubuna göre daha yoğun olduğu değerlendirilmiştir.

## 1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma tanı almış hasta grubu ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatr tarafından Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastalar araştırmacıya yönlendirilmiştir. Araştırmacı yaptığı görüşmede SCID-IV formu ile tanı doğrulaması yapılmıştır.

Bilişsel süreçlerin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında; üstbiliş sistemi önemli bir rol oynamaktadır. Bu sistemde olabilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (Tosun ve Irak, 2008). Olumsuz üstbilişsel inançların majör depresif bozuklukta görüldüğü ve bu hastalığın sürmesinde ekili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbiliş düzeylerinin değerlendirilmesidir.

Üstbilişin özellikle psikiyatrik hastalıklardaki önemi, yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Wells, 2000). Üstbiliş çalışma sisteminin Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanılı hastaların yaşamını nasıl etkilediği ve ne ölçüde değiştirdiği ilgi konusudur. Fakat bu konu ile ilgili ülkemizde yapılan kapsamlı çalışmanın sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Majör depresyon tanısı almış hastaların üstbilişsel işlevlerin araştırılmasının, tedavileri planlanırken bu işlevselliği de etkileyecek bir süreç planlamanın büyük öneme sahip olacağı düşünülmektedir.

### 1.5. Araştırmanın Hipotezleri

**H1)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında üstbiliş ölçek puanları açısından anlamlı bir fark vardır. Vaka grubunda üstbiliş ölçek puanları daha yüksektir.

**H2)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda depresyon düzeyine göre üstbiliş ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Hastalarda depresyon düzeyi arttıkça üstbiliş ölçek puanı artmaktadır.

**H3)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda anksiyete düzeyine göre üstbiliş ölçek puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Hastalarda anksiyete düzeyi arttıkça üstbiliş ölçek puanı artmaktadır.

### 1.6. Araştırmanın Sayıltıları

- Araştırmaya katılan kişilerin, Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğini cevaplarırken dürüst oldukları varsayılmıştır.
- Araştırma örnekleminin, evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

### 1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın örneklemini sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümüne başvuran kişiler ile sınırlıdır.
- Örneklem grubu tek kurumdan seçildiği için sonuçlar evrene genellenemez.
- Araştırmada toplanan veriler kişilerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
- Üstbilişi değerlendirmek için Üstbiliş Ölçeği-30 kullanılmıştır.

### 1.8. Tanımlar

**Majör Depresif Bozukluk:** Kişinin kendini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duyguları ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşünceleri, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların da eşlik ettiği bir psikiyatrik hastalıktır (Alper, 2012).

**Üstbiliş:** Üstbiliş, kişinin bilişsel süreçleri üzerinde düşünmesi, bilişsel süreçlerini izlemesi ve değerlendirmesidir (Flavell, 1979).

## BÖLÜM II

### 2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. Majör Depresyon

Depresyon; kişinin çökkün ve kederli hissettiği, işlevselliğinde azalmanın olduğu hüznü ve elem duygularının eşlik ettiği bir duygusal yaşantıdır. Bu dönemde kişide hüznü, çökkün duygu durumu yanı sıra ilgide azalma, zevk alamama, düşünce süreçlerinde ve içeriğinde bozulmalar, olumsuz düşünceler ve algı- dikkat bozukluğu görülebilmektedir. Fakat bu belirtilerin yaşandığı her dönem depresyon olarak tanımlanmamalıdır (Hammen ve Gotlib, 2009). Depresyonda bu belirtiler kişinin yaşamını ve günlük hayattaki işlevselliğini olumsuz etkileyecek düzeydedir ve kişide yeni gözlenmeli ya da kişinin hastalık öncesi dönemine göre daha da artmış olmalıdır.

Depresyon oldukça sık görülen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Majör depresyon, disfori ve davranışlara da yansıyan negatif düşüncelerle karakterizedir. Her vakada tamamı görülmemekle birlikte motivasyon kaybı, zevk alamama, benlik saygısının azalması, değersizlik hissi, aşırı kötümserlik gibi aşırı duygu durum değişiklikleri, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve enerji kaybı, gerçeklik algısında bozulmalar (sanrı ve varsanı) ve intihar eğilimi, psikomotor bozukluklar (ajitasyon veya retardasyon), çeşitli otonom sinir sistemi ve gastrointestinal sistem bozuklukları hastalığın bulguları olarak sıralanabilmektedir (Üçel, 2016).

Depresyonda; kişinin belleğinde, bilgi işleme süreçlerinde, dikkati odaklamasında ve yürütücü fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Unutkanlık ve hatırlamada güçlükler gibi bellek bozuklukları depresyonda sıkça gözlenmektedir. Düşünce akışındaki yavaşlamaya bağlı olarak soruların cevaplanmasında güçlük çekildiği hatta cevap verilemediği gözlenebilmektedir. Bu soruları yanıtlama sürecindeki zorlanma dikkati odaklamadaki zorluktan kaynaklanmaktadır. Düşünce içeriğindeki suçluluk ve değersizlik düşünceleri, depresyon hastalarının çoğunluğunda görülmektedir. Kişiler genellikle kendilerini suçlu hissedecek anılarını hatırlamaktadır. Bu suçluluk duygularının çok yoğun yaşanması durumunda kişi kendini cezalandırmak için intihara yönelebilmektedirler (Çelik ve Hocaoğlu, 2016; Işık, Işık ve Taner, 2013). Depresif kişiler güvensizlik duygularından kendilerini sorumlu tuttıkları için de kendilerini suçlamaktadırlar. Depresif belirtileri

orta ve şiddetli düzeyde olan hastaların %80'inde kendini suçlama olduğunu, çok şiddetli düzeyde olanlarda ise bu oranın daha da fazla olduğu belirtilmiştir. Kendine güvensizlik ve suçlama arttıkça depresif kişi çevresine bağımlı hale gelmektedir (Beck ve Alford, 2009). Bu da kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir.

Majör depresyon tedavi edilmediği zaman sağlıkta bozulma hatta ölüm gibi olumsuz sonuçlar yaratabilirken, tanısı konup, uygun bir biçimde tedavi edildiğinde kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttırabilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %1,5 ile %19 arasındadır ve uygun tedavi edilmediği durumlarda yüksek tedavi ücretleri, ölüm oranları ve morbidite oranları ile ciddi toplumsal problemlere sebep olmaktadır (Olchanski, 2013). Depresyon kronikleşebilen bir hastalık olmasının yanı sıra iş ve sosyal kayıplara neden olmakta, günlük aktiviteleri olumsuz etkilediğinden yeti yitimi açısından tüm tıbbi hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. 2020'li yıllarda iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (Işık E., Işık U. ve Taner, 2013).

### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na göre kişiye majör depresyon tanısının konulabilmesi için en az iki hafta gözlenen depresif duygu durum veya ilgi kaybına ek olarak uyku ve iştahta bozulma, cinsel istekte azalma, somatik şikâyetler, psikomotor aktivitelerde ve bilişsel süreçlerdeki hızda azalma, enerji kaybı, düşük benlik saygısı, intihar düşünceleri, intihar girişimleri belirtilerinden en az dördünün bulunması gerekmektedir (Koroğlu, 2014).

Depresyon, en eski psikiyatrik hastalıklardan biridir. Klasik Hindu ve Eski Ahid'de bulunan tıbbi yazılarda duygu durum bozukluklarının görünümüne benzer görünümler sergileyen kişilere ait ilgiler tanımlanmaktadır. Hippokrates Tıp tarihinde depresyonu tanımlayan ilk kişidir. Hippokrates (İ.Ö.460 - 357) insan vücudunda kan, lenf, sarı safra ve kara safra olarak adlandırdığı dört salgının insanın salığı üzerinde etkisi olduğunu düşünmüştür. Kişide görülen üzüntü, elem gibi depresif belirtileri vücutta lenflere ve fazla miktarda olan kara safraya bağladığı için kavramı "melaine chole" olarak isimlendirmiştir (Jadhav, 2000; Akt: Yeşilbaş, 2008). Galen (İ.S. 131 - 201) melankolinin depresyon, korku, hayattan hoşnut olmama ve insanlara karşı nefret ile kendini gösterdiğini belirtmiştir. Depresyona en çok uyan mevsimin sonbahar



olduğunu da eklemiştir. İbn-i Sina Orta Çağ'da çöökkünlüğü en iyi tanımlayan kişilerden biridir. "Tıbbın İlkeleri" eserinde melankoli, taşkınlık ve mani terimleri yer almaktadır (Öztürk, 2015).

Tümü duygu durum bozukluklarını içeren tamamı İngilizce olan ilk eser R. Burton tarafından 1621 yılında yayımlanmıştır. Metnin adı "Melankolinin Anatomisi"dir. Burton melankoliyi herhangi bir sebebi olamayan melankoli, yas ve aşk melankolisi gibi türlü sınıflara ayırmış ve erkeklerde daha sık görüldüğünü eklemiştir (Yeşilbaş, 2008).

On sekizinci yüzyıl boyunca Cullen'ın "nevroz" olarak adlandırdığı depresyon; "melankoli", "hüzün" veya "ehvam" olarak bilinmekteydi. Önceki yüzyılda ise Sydenham ve Willis depresyonu "sinir bozuklukları" olarak adlandırmıştır. 1772-1840 yılları arasında yaşayan J.E. Esquirol melankoli üzerinde araştırmalar ve tanımlamalar yapmıştır.

Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini yazmışlardır fakat bu bilgilerin hepsini psikoz manyak depresif adı altında toplanması, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanması Krapelin(1896) tarafından gerçekleştirilmiştir (Öztürk, 2015). E. Kraepelin (1856 - 1926) mani ve melankolinin pek çok şeklini toparlayıp incelemiş, uzun vadede belirtilerin tekrar edebileceğini ve art arda görülebileceğini aynı hastalıkta iki durumun da birlikte görülebileceğini gözlemlemiştir. Daha sonra 1899 yılında yayınlanan kitabında manik depresyonu ayrı bir hastalık olarak tanımlamıştır. E. Kraepelin'e göre kişi ve toplumu önemli derece etkileyen bir hastalık olan depresyonun ana patolojisi, bireylerin duygu durumlarında görülen üzüntü, çöökkünlük ve fiziksel ve zihinsel işlevlerdeki yavaşlamadır. "Majör Depresif Bozukluk" tanımı 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin tarafından hazırlanan DSM-IV sınıflandırmasında getirilmiştir. Krapelin'in ifade ettiği özellikleri içeren belirtiler, DSM-IV sınıflandırmasında bulunan teki "majör depresif bozukluk, melankolik özellikli" tanısına denk gelmektedir (Yeşilbaş, 2008).

### **2.1.2. Majör Depresyonun Epidemiyolojisi**

Majör depresyon kişiyi ve toplumu olumsuz yönde etkileyen ve yaygınlığı yüksek olan bir hastalıktır. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklı değişik oranlar olsa da yaygınlığının yüksek olduğuna dair görüş birliği bulunmaktadır. Depresyonun yaşam boyu epidemiyolojisini Angst, % 4.4 - %19.6 olarak belirtmiştir

(Angst, 1992). Doğan, ülkemizde yaptığı bir çalışmada depresyonun yaygınlığının %8-20 olduğunu belirtmiştir (Doğan, 1995; Akt: Çelik, 2016). Başka bir araştırma MDB'nin yaşam boyu yaygınlığını %12,5, bir yıllık yaygınlığını %6,4 olarak belirtmiştir (Ertan,2008). Yakın zamanlarda yapılmış bir çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %1,5 ile %19 bildirilmiştir (Olchanski, 2013). Öztürk ve Uluşahin (2015) 'e göre depresyonun bir yıllık yaygınlığı %6,6; yaşam boyu yaygınlığı ise %16,2 olarak ifade edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış geniş bir çalışma yapılmıştır. Bulgularına göre DSM-III-R'ye ya da ICD (International Classification of Disease)-10'a göre tanı konulabilen çökkünlüklerin 14 ülke için yaygınlık oranlarının %10,4 bulunmuştur (Kaya ve Kaya, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Majör depresif bozukluğun toplum için görülme sıklığı %15, kadınlar için görülme sıklığı ise %25 olarak belirtilmiştir. Psikiyatride en sık gözlenen hastalıklardan biri olarak bilinmektedir (Çelik, 2016).

Erkek popülasyonunun %5-12'si, kadınların ise %10-25'i yaşamları boyunca depresyondan etkilenmektedir (Savrun, 1999; Soysal ve Uysal, 2006). Ülkeye veya kültüre bağlı olmaksızın majör depresyon, kadınlarda 2 kat daha sık görülmektedir (Gotlib ve Hammen, 2009; Ertan, 2008; Kayahan ve ark., 2004; Çelik, 2016; Lenzoa ve ark., 2016; Karamustafahoğlu, 2011; Savrun, 1999; Üçel, 2016; Mete, 2008).

Depresyon, her yaş aralığına görülebilmektedir. Fakat orta yaş grubunda, 25-44 yaşlarında daha fazla gözlenen bir hastalıktır (Çelik, 2016). Ertan (2008) ise majör depresyonun başlama döneminin 40'lı yaşlar olduğunu belirtmiş ve depresyon tanısı almış kişilerin %50'lik kısmında 20-50 yaş aralığında başladığını belirtmiştir.

Cinsiyet ve yaşın yanı sıra kişiler arası ilişkiler ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerinde depresyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. İlişkilerin depresyonun ortaya çıkmasında veya tetiklenmesinde önemli bir etken olduğu görülmüştür. Kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar depresyonu tetikleyebileceği gibi depresyonun da kişiler arası ilişkileri olumsuz etkilediği bilinmektedir. Depresyonun boşanmış ve ayrılmış kişilerde yaygın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sosyoekonomik durum ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde; çalışmaların bir kısmı ilişki olduğuna dair sonuçlar verirken bazı araştırmalar aralarında

herhangi bir ilişki olmadığını göstermişlerdir (Savrun, 1999; Kaya ve Kaya, 2007; Erkan, 2008).

### **2.1.3. Majör Depresyonun Etiyolojisi**

Depresif bozukluğun etiyojisini açıklamaya yönelik çalışmalar çok eski çağlara dayanmaktadır. Hippocrates (M.Ö. 460-357) ağır çökkünlük olarak tanımladığımız majör depresyonu “kara safra” ya bağlamıştır. O dönemden günümüze hastalığın etiyojisine yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar incelendiğinde depresyonun etiyojisiyle ilgili kesin ve net bir bilgi bulunmamaktadır. Günümüzde moleküler biyoloji ve beyin görüntüleme sistemleriyle majör depresyonla ilgili pek çok bilgi edinilmiştir fakat etiyojisi hala kesin olarak açıklanamamıştır. Balcıoğlu (1999) bu durumu depresyonun farklı alt kategorilerinin olmasına, oluşumunu pek faktörün etkilemesine ve bir hastalık olmasından ziyade sendrom olmasına bağlamıştır. Alan yazın incelendiğinde depresyonun oluş nedenleri biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olmak üzere üç ana başlıkta toparlanmıştır.

#### **2.1.3.1. Biyolojik Faktörler**

Majör depresyonda biyokimyasal düzenekler 1960’lı yıllarda çalışmaya başlanmıştır (Yemez ve Alptekin, 1998). Günümüzde depresyonun biyolojik temeli tamamen netleştirilememiştir fakat araştırmalar devam etmektedir. Depresyonun biyolojik etiyojisinin tam netleştirilememesi yeni tedavilerin ve müdahalelerin gelişmesini de engellemektedir (Mullins ve Lewis, 2017).

İlgili çalışmalar genellikle nörotransmitter ve reseptörler üzerinde yapılmış ve bu alanda devam etmektedir. Çalışmalarda düzeneklerde ortaya çıkan değişiklikler görüldüğü fakat bu değişikliklerin neden mi yoksa organizmanın zorlanmaya karşı tepkisini ayarlama sürecindeki moleküler düzeyde işlevler mi olduğu kesin olarak bilinmemektedir. Depresyonda özellikle üzerinde durulan üç ana monoaminerjik nörotransmitter; serotonin, noradrenalin ve dopamindir (Nestler ve ark., 2002; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyon etiyojisinde en kabul gören bulgu serotonin etkinliğinde olan azalma olarak bilinmektedir. Serotonin kişi için önemli olan uyku, yeme isteği, cinsel istek gibi işlevler üzerinde önemli role sahip nörotransmitterlerden biri olarak

bilinmektedir. Gerek hayvan çalışmaları gerekse insanlarda yapılan araştırmalar serotoninin önemine işaret etmektedir (Gotlib ve Hammen, 2009; Camkurt, 2015).

Serotonin işlevini arttıran triptofan ve serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) depresyon tedavisinde etkili bir şekilde kullanılıyor olması ve antidepresan etkisi göstermesi serotoninin depresyon patolojisindeki etkisini desteklemektedir. Tedavi görmemiş depresyon hastalarıyla yapılan araştırmalarda trombositlerin serotonin geri alımında ve serotonin taşıyıcısına bağlanmada azalma olması, antidepresan tedavi sonrası serotonin reseptörlerinin duyarlılığı, nöral iletimi ve fonksiyonlarında artma olması bu hipotezi destekleyen bulgulardandır (Levinson, 2008; Cryan ve Leonard, 2002). Serotonin geri alım pompasından 5-HT geri alımını artıran ve dolayısıyla da sinaptik aralıktaki nörotransmitter miktarını azaltan tianeptinin antidepresan etki gösteren bir ilaç olması depresyon etyolojisinde rol oynadığını göstermektedir (Çelik, 2016).

Noradrenalin kişide korku, bunaltı, öfke gibi duyguların oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Noradrenalin düzeyini azaltan metildopa, propranolol ve reserpin gibi ilaçların depresif belirtilere neden olduğu gözlenmiştir. Çökkünlüğe yatkın kişilerin beyinlerinde noradrenalin döngülerinin etkinliğinin artırılması ve noradrenalin geri alımını önleyen ilaçlarla düzelen hastalarda noradrenalin düzeyini düşüren yöntemler uygulanınca depresif belirtilerin ortaya çıkığı gözlenmiştir (Kofler ve ark., 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kofler ve ark. (2018) yayınladıkları çalışmada depresif bozuklukların altında yatan patofizyolojik mekanizmaların hala tam olarak anlaşılmadığını belirtmiş ve “monoamin eksikliği” hipotezinin beyindeki nörotransmitterlerden serotonin ve noradrenalinin azalmasının, depresif bozuklukların gelişmesine katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Her iki nörotransmitter de aromatik aminoasitlerden (serotonin, triptofandan; noradrenalin ise tirozinden) sentezlenmektedir ve bu aminoasitlerin eksikliği veya bozulması nörotransmitterlerin azalmasına neden olmaktadır.

Depresyonun patofizyolojisinde dopaminin rolü serotonin ve noradrenalin kadar etkin bulunmamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda, dopaminin de diğer nörotransmitterler gibi depresyonda azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Nestler ve ark, 2002; Yemez, 1998). Psikomotor yavaşlığı olan ve öz kıyım eğilimli depresif hastaların beyin omurilik sıvısında dopaminin düzeyleri düşük bulunmuştur. Parkinson hastalarında beyindeki dopamin düzeyinin düşük olduğu ve çökkünlüğün sıklıkla görüldüğü bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlar (örn: reserpinehipertansiyon tedavisinin yanı sıra ajitasyon gösteren psikotik bozukluklarda sedatif olarak da ağızdan ya da intramüsküler kullanılan) kullanan kişilerde ve depresyon sık görülmektedir. Aksine dopamin taşımını arttıran ilaçların (tyrosine, amfetamin gibi maddelerim) depresif belirtileri azaltması dopaminin depresyondaki etkinliğini göstermektedir (Kofler ve ark., 2018; Yemez, 1998).

### **2.1.3.2. Kalımsal Faktörler**

Yapılan çalışmalar majör depresyonu olan hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin genel nüfusa göre 2-3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Ünal, 2000; Yemez, 2008;). İkiz çalışmalarına bakıldığında kalıtım ile geçiş oranı % 31 ile % 42 olarak tahmin edilmektedir (Ebmeier, Donaghey ve Steele, 2006). Depresyonda kalıtımın rolünü destekleyen bir araştırma monozigot ikizlerde major depresyon konkordansı (eş hastalanma riski) %50 civarında iken dizigot ikizlerde bu oranın %10-25 civarında olduğunu göstermektedir (Levinson, 2008).

### **2.1.3.3. Psikososyal Faktörler**

#### **2.1.3.3.1. Psikodinamik Kuram**

Depresif bozuklukların psikodinamik anlayışı ilk olarak Freud, Abraham ve Klein tarafından tanımlanmıştır. Freud, bireylerin sevdikleri kişilerle ilgili gerçek bir kayıp veya ideal kaybına verdiği tepkileri araştırmıştır. Yani yas tutma tepkisi ile melankoli arsandaki fark üzerinde çalışmıştır. Bu çalışmalarını “Yas ve Melankoli” başlıklı yazısıyla aktarmıştır. Yasın, sevilen bir kişinin kaybına ya da bir şeyin yerini alan bir soyutlamanın kaybına (örneğin, bir ülke, özgürlük ya da bir ideal) verilen tepki olduğunu belirtmiş ve patolojik olarak kabul edilmemesi gerektiğini ifade etmiştir. Melankolinin ise gerçekte var olan veya bilinçdışı bir sevgi nesnesinin kaybindan doğduğunu belirtmiştir (Freud, 1957). Depresyon, kişinin bu kayba verdiği tepkidir. Bu kayıp kişide sevgi ve özlemle birlikte bilinçdışı kin ve nefreti de uyarır. Katı benliğin katı ve cezalandırıcı tutumu yüzünden birey kin ve nefreti kendisine yöneltmektedir. Kişinin özgüveninde belirgin bir düşüşün gözlemlendiği bilinçdışı bir süreç gözlenir. Suçluluğunda aynı zamanda melankolik süreçlerde açıkça görülen bir özellik olduğu belirtilmiştir (Riberio ve ark., 2018).

K. Horney, J. Bowlby, H. Kohut, E. Zetzel ve M. Klein gibi psikanalistler ise anne ve çocuk arasındaki bağı niteliğinin ve anne-çocuk ayrılığının depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir. John Bowlby, bebeğin anneden ayrılığının depresyon ve çaresizlik duygularına neden olduğunu ve bu duyguların kişiyi yaşam boyu etkilediğini belirtmiştir (Balcıgözü, 1999).

#### 2.1.3.3.2. Bilişsel Kuram

Beck bilişsel kuramında, depresyonun psikolojik yapısını üç temel kavramla açıklamıştır. Bilişsel üçlü, bilişsel şemalar ve bilişsel hatalar (Beck ve Alford, 2009). Bilişsel üçlü, hastanın kendisiyle ilgili olumsuz bakış açısı, kişinin yaşadığı veya karşılaştığı olayları olumsuz bir açıyla yorumlama eğilimi ve gelecekle ilgili olumsuz bakış açısı olarak tanımlanabilmektedir. Sonraki önemli kavramını şemalar oluşturmaktadır. Bu şema kavramı, depresif kişinin hayatında pek çok olumlu durum olmasına karşın kendisine acı ve zarar verici tutumları ön planda tuttuğunu açıklamakta kullanılmaktadır. Son önemli kavram olan bilişsel hatalar ise depresif kişinin düşünce sürecindeki sistematik hataların, karşıt bulguların varlığına karşın, hastanın olumsuz kavramlarının geçerliliğine olan inancını sürdürmesinin sebebini açıklamaktadır (Arkar, 1992).

Bilişsel kurama göre depresyona yatkın kişilerde, kişinin kendisine, geleceğe ve dünyaya karşı olan olumsuz şemaları, kişilere hayatların erken dönemlerinde yerleşmiştir. Kişide olan bu tarz olumsuz şemalar; olumsuz düşüncelere, yargılara ve tutumlara neden olmaktadır. Kişideki bu düşünceler otomatiktir ve kişi farkında olmadan akla gelmektedirler. Bu düşünceler gerçekleri tam olarak yansıtmamaktadırlar, çarpıtılmışlardır, engelleyicidirler, çökkünlüğün sürmesine neden olmaktadır. Bu çarpıtılmış biliş doğrultusunda kişide gelişen duygu, bu bilişin inandırıcılığını arttırmaktadır. Depresyonda kişide hareketlerde sınırlılık, zevk alamama gibi belirtiler gözlenmektedir. Bilişsel kurama göre bu hatalı düşünce ve tutumlar kişinin harekete geçmesini engellemektedir, gerçeğe uygun ve doğruymuş gibi görünmektedirler bu nedenle doğru olup olmadıkları sorgulanamamakta ve kişinin aklından çıkması zorlaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015) . Depresif birey şu anda yaşadığı güçlüklerin veya sıkıntılarının sonsuza dek devam edeceğini düşünmektedir. Depresif durumdaki hastalar sıklıkla üzüntü, umutsuzluk, kötümserlik ile ilgili duygu durum

bozukluklarından yakınmaktadırlar. Bu nedenle intihar düşüncesi sıklıkla depresif bozuklukların bir parçası olarak görülmektedir.

### **2.1.3.3.3. Davranışçı Kuram**

Davranışçı kurama göre depresyonun temel özelliği, olumlu yöndeki pekiştirici davranışın ortaya konmasında azalma olarak belirtilmiştir. Depresyonu davranışçı açıdan ilk kez Ferster, olumlu pekiştiricinin kaybına (ayrılık, ölüm) bağlamıştır.

Sürekli baş edemedikleri yaşam olayları ile karşılaşan insanlarda çaresizlik duygularının eşlik ettiği bir depresyon gelişmektedir. Bu görüş Seligman'ın köpeklerle yaptığı deneye dayanmaktadır. Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre çökkünlük çocukluk döneminde acı veren uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu olarak ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Davranışçı kurama göre ufak bir sosyal ve çevresel pekiştireç kişideki uyumlu, sağlıklı davranışın sönmesine ve huzursuz, çökkün duygulanıma neden olmakta ve kişinin aktifliğinin, etkinliğinin kaybolduğu depresyonla sonuçlanmaktadır. Depresif bireyler için kişiler arası ilişkilerdeki ödüllendirici davranışlar çok etkili olmamakta, kişi bu ödüllere bağlanmakta güçlük çekmektedir. Buna bağlı olarak oluşan yeterli olmayan sosyal ilişkiler ve pekiştireçler kişide olumsuz duyguların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Çelik, 2016).

Öğrenilmiş davranışlara ve pekiştireçlerle depresyonu açıklayan bu yaklaşım günümüzde önemini kaybetmektedir. Kişide çökkünlüğe neden olabilen uyarının kendisinin dışında kişinin bu uyarıyı nasıl algıladığı ve anlamlandırıldığı önem kazanmıştır.

### **2.1.4. Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflama Kriterleri**

Majör Depresif Bozukluk için DSM-V-TR Tanı Ölçütleri Ek 7'de listelenmektedir.

### **2.1.5. Majör Depresyonun Seyri**

Majör depresyon belirtileri, günler ve haftalar içinde gelişmektedir. Çoğu zaman depresyon nöbeti ve psikososyal stres sonrası hızla gelişmektedir. Çökkünlük döneminde belirtiler, başlangıçta hafif olduğundan, rahatsızlık kendini belli etmeyebilir.

Kişiler çeşitli bedensel yakınmalar; halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık nedeniyle iç hastalık uzmanlarına, pratisyenlere başvurabilirler. İlk depresif dönem çoğunlukla üzücü bir olay sonucu başlamaktadır. Kişi bu olay sonrası yaşadığı durumu gelip geçici olarak görebilmektedir. Ağır çökkünlüklerde ise belirtiler çok daha ciddi olabilmektedir. Öz kıyım planları, girişimleri görülebilir. Dolayısıyla psikiyatrik sağaltıma başvurma oranı daha yüksek olmaktadır (Angst ve Stassen, 1999).

Depresyonun ileri yaşlarda ortaya çıkması, klinik belirtilerin hafif düzeyde olması, tedaviye hemen başlaması, alkol-madde kötüye kullanımı olmaması, distimi ve kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların olmaması, olumlu aile, iş ve uğraş koşulları, ailede affektif hastalık öyküsünün bulunmaması ve kişinin işlevselliğinin iyi olması hastalığın seyrinin iyi sonlanım belirleyicileri olarak belirtilmektedir (Işık E., Işık U. ve Taner, 2013).

Majör depresyonlu bireylerin yaklaşık %50-60'ının ikinci bir nöbet geçirmesi, ikinci nöbeti geçirenlerin %70'inin üçüncü nöbeti geçirmesi, bunlarında %90'ının dördüncü nöbeti geçirmesi beklenmektedir (Gotlib ve Hammen, 2009). En yüksek nüksetme riski, düzelmeden sonraki birkaç ay içerisinde görülmektedir. Majör depresyon ve depresif belirtilerin uzun süreli işlevsel belirtileri kalıcılık göstermektedir.

### **2.1.6. Majör Depresyonun Tedavisi**

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre kalp hastalıklarından sonra ikinci sağlık problemi olarak görülmektedir (WHO, 2017). Diyabet, astım gibi toplumda görülme sıklığı yüksek olan diğer hastalıklarla kıyaslandığında majör depresyonun tıbbi ilaç tedavisi ve klinik bakım maliyetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kind ve Sorenson, 1993). Bu tespit, MDB'nin toplum sağlığında önemli bir noktada olduğu göstermektedir. Majör Depresyon (MD), yaygınlığı, yeti yitimine yol açması ve yüksek intihar oranları ile önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Pek çok hastalık tıp ve teknolojideki gelişmeler sonucu etkili tedavi yöntemleriyle kontrol altına alınmıştır fakat depresyon sanayileşmiş Batı toplumu başta olmak üzere tüm dünyada hızla yayılmakta ve önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (WHO, 2017). Düşük verimlilik ve iş gücü kayıpları depresyona bağlı olarak ortaya çıkmakta ve ekonomiyi de önemli ölçüde etkilemektedir. Depresyonun görülme sıklığına ek olarak başlangıç yaşının da düştüğü görülmektedir. Erken



başlangıçlı depresyona bağlı olarak alkol ve madde kullanımı da özellikle genç bireyler arasında hızla yaygınlaşmaktadır. Depresyonun erken yaşlarda görülmesi ve tedavi edilmemesi önemli bir komplikasyon olan intihar eylemine sebep olabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde genç bireylerin ölüm sebeplerinde intihar üçüncü sıraya çıkmıştır. Depresif kişiler genellikle somatik bir belirti ortaya çıktığı zaman hekimlere müracaat etmektedir. Bu ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada sıklıkla gözlenen bir durumdur. Bu sebeple tanı alan depresyon hasta sayısı, gerçekte var olan hasta sayısının çok az bir miktarını oluşturmaktadır (Savrun, 1999). Bu sebeplere depresyonu tedavisi pek çok açıdan önem kazanmaktadır. Günümüzde majör depresyon tanısı almış hastaların %70-90 başarılı bir şekilde tedavi edildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Aşkın, 1999)

Depresyon tanısı konduktan sonra kişideki olası organik hastalıkları dışlayıcı ya da kullanılacak ilaçların seçimin göz önüne alınacak organik durumlarla ilişkili tetkikler yapılmalıdır. Örneğin, Elektroensefalogram (EEG), tam kan, tiroit işlevleri, karaciğer işlevleri gibi. Depresyon daha çok orta ve ileri yaşta ortaya çıktığından kişide yaşa bağlı olası organik rahatsızlıklarla ilişkilendirilebilmektedir (Silverstone ve ark., 1996). Tedaviye başladıktan sonra ilaçlarla ilgili ortaya çıkabilecek yan etkilerin konusunda da bu değerlendirmelerin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Günümüzde depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar ve psikoterapötik tedaviler sıklıkla kullanılmaktadır. Depresif stupor, gıda reddi, intihar riski gibi acil durumlarda, ilaca yanıt vermeyen dirençli depresyonlarda, antidepresan kullanma durumu olmayan hastalarda ya da ilacın fetüsü etkileme endişesi yaşayan hamilelerde Elektro- Konvülsif Tedavi (EKT) uygulaması da tedavi amaçlı yapılmaktadır.

Tanı konulduktan sonra, kişinin tedavisi için belirtiler izlenmeli ve uygun müdahaleler yapılmalıdır. Kişide depresyona eşlik eden başka bir tıbbi durum var ise tespit edip tedavi etmek, en uygun tedaviyi saptamak, hasta ile iyi bir terapötik ilişki kurmak, hastanın tedaviye yanıtını sağlamak ve izlem yaparak hastadaki nüksü önlemek tedavide temel faktörleri oluşturmaktadır (Balcıoğlu, 1999). Tedavi aşamasında intihar riskinin önemle takip edilmesi ve düzenli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Depresyonun en önemli klinik belirleyicisi umutsuzluktur. Bu nedenle intihar düşüncelerinin dikkate alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Karamustafalıoğlu, 2011).

### 2.1.6.1. İlaç tedavisi

Orta ve şiddetli depresyon hastalarının tedavisinde antidepresan ilaçlar ilk tedavi seçeneğini oluşturmaktadır (Sramek, Murphy ve Cutler,2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015; Aşkın,1999). Antidepresan ilaç tedavisine başlanmadan önce hastanın fiziksel durumu incelenmeli var olan diğer kronik hastalıklarına dikkat edilmektedir. Bu özelliklere göre ilaç seçimi yapılmaktadır. Hastalara tedavi süreci ve görülebilecek yan etkiler hakkında gerekli bilginin verilmesi önem arz etmektedir. Antidepresan ilaçlar etkisini hemen göstermemekte, 2-3 haftalık tedavi sonrası etkisi gözlenmektedir. İlaçtan etkisini görmediğini düşünen kişilerin tedaviyi yarıda bırakmamaları için tedavi uyumları desteklemeli, kişinin kontrol görüşmelerine çağırılması gerekmektedir.

Antidepresan ilaçların etki mekanizması, sinaptaki nörotransmitterlerin etkilerini değiştirmek şeklinde belirtilmektedir. İlaçlar nörotransmitterlerin geri alımını bloke edebilir ve belli reseptörleri ateşleyebilmektedir, bazı antidepresanlar ise katekolaminler, serotonin ve diğer biyojenik aminlerin yıkımında önemli etkinliği olan monoamin oksidaz (MAO) etkinliğini engellemekte ve böylece sinir aralığına salınım için bulundurulmuş nörotransmitterlerin yoğunluğunu arttırmaktadırlar (Cryan ve Leonard, 2000; Aşkın,1999).

Depresyon tedavisinde ilk sırada kullanılacak ilaçlar, daha gelişmiş güvenlik ve tolerabilite özellikleri sebebiyle, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri(SNRI) ve dopamin ve diğer serotonin reseptörleriüzerinden etki eden ilaçlardır. Monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar artık çok daha az kullanılmaktadır (Mete, 2008; Karamustafalıoğlu, 2011).

### 2.1.6.2. Elektro Konvülfiz Tedavi (EKT)

Depresyon tedavisinde kullanılan diğer bir yöntem EKT, elektrik akımı ile konvülfiz nöbet oluşturma temeline dayanmaktadır. 1933 yılında Meduna, Budapeşte’de kardiyazol adlı ilacın yarattığı konvülfiz nöbetlerin şizofrenik hastaların alevlenme döneminin yatışmasında olumlu sonuçlar doğurduğunu gözlemiştir. Bunu üzerine ruhsal hastalıklar üzerinde etkisi geniş çapta çalışılmaya başlanmıştır (Işık E., Işık U. ve Taner 2013). 1950’li yıllara kadar bütün psikotik bozukluklarda alternatifsiz bir tedavi olmuştur (Aşkın, 1999).

EKT beyinde dopamin yoğunluğunu arttırmaktadır. Hayvan deneylerinde EKT frontal kortekste ve striatumda dopamin yoğunluğunu arttırmaktadır. EKT seratonojik sistemi güçlendirmekte ve kronik antidepresan tedavisinden farklı olarak serebral kortekste 5HT-2 reseptör bağlanmasını arttırmaktadır. Önceki dönemlerde daha uzun süre sürekli akım veren (sine wave) cihazlar kullanılmakta iken günümüzde kısa süreli tekrarlayan akım veren cihazlar (brief pulse) kullanılmaktadır.

Antidepresan ilaç tedavisinden yanıt alınmadığı ve hamilelik durumlarında, kısa sürede yanıt gereken durumlarda da kullanılmaktadır. Antidepresan ilaçlardan daha etkili olduğu ve etkisinin daha hızlı ortaya çıktığı belirtilmiştir. Tedavi sonucu için bekleminin riskli olduğu, öz kıyım riski yüksek, gıda reddi nedeni ile susuz kalmış (dehidratasyon), elektrolit dengesi bozulmuş hastalarda EKT etkinliği ve hızlılığı sebebiyle kullanılmaktadır (Moreno-Ortega ve ark., 2019; Mete, 2008). Özellikle tedaviye dirençli olgularda denenmektedir (Sertöz, 2004). EKT tedavisi tamamladıktan sonra nüks etmeleri engellemek amacıyla tedaviye antidepresan ilaçlar ile devam edilebilmektedir (Işık E., Işık U. ve Taner 2013).

### **2.1.6.3. Psikoterapötik Tedaviler**

Depresyonda biyolojik etkenlerin yanı sıra; ruhsal olayların, kayıp ya da stresli yaşam olaylarının önemli olduğu hatta pek çok olguda tetikleyici etken olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapilerin de hastalık üzerinde olumlu etkinliği olduğu kanıtlanmıştır. Sadece ilaç tedavisi alan hasta ile ilaca ek gerekli psikoterapiyi alan hastalar arasında hastalığın seyri, tedaviye uyum, kalıntı belirtilerde azalma gibi konularda yüksek düzeyde olumlu farklar olduğu gözlenmektedir.

Psikoterapi ile kişinin benlik saygısını artırmak, hastanın kendini izole etmesini engellemek, kişinin hastalığıyla ilgili iç görü kazanmasını sağlayıp hastalıkla ilgili yanlış bilgilerini düzeltmek, hastalık sebebiyle kişinin hayatındaki kısıtlılıkları kabullenmesini sağlamak ve hastalığa bağlı oluşan duygularla kişinin baş etmesine yardımcı olmak amaçlanmaktadır (Sertöz, 2004). Psikoterapinin etkisi depresif belirtilerden ziyade hastanın kişiliği üzerinedir. Terapilerde hastanın kişilik yapısı ve özellikleri ele alınmaktadır. Kişinin ilişkilerinden başlayarak, kişiliğin şekillenmesinde rol oynayan önemli etmenler üzerinde durulmaktadır. Hangi psikoterapi türünün

seçileceği belirlenirken hastanın kişilik özellikleri ve depresyonun düzeyi (hafif/ağır) dikkate alınmaktadır.

Psikodinamik terapi, erken dönemde sevgi yoksunluğu ve bağlanmanın gerçekleşmemesi sonucu yetersizliklerin oluşması, katı bir üstbenlik ve çocukluk isteklerine bağlı çatışmaların sonucu suçluluk duyguları ve kendini cezalandırma isteğinden bahsetmektedir. Yüksek benlik ideallerine ulaşamayan kişide, hayal kırıklığıyla ilgili bilinç dışı çatışmaların nedensel önemi vurgulamaktadır. Kişinin bilinç dışındaki bu çatışmayı bilinç alanına getirerek benliğin denetimine alıp çözmeyi amaçlamaktadır. Derinlemesine yaklaşımla kişideki depresyona neden olan mekanizmalar anlaşılmalı ve değiştirilmeye çalışılmaktadır. Uzun süreli ve pahalı bir tedavi yöntemidir fakat son yıllarda depresyon için kısa süreli psikanalitik yaklaşımlar geliştirilmiştir (Metzger, 2008). Hastanın psikanalitik yöntemden en iyi faydayı alabilmesi için iç gözlem yapabilme özelliğine sahip olması, düşünce, duygu ve davranışları arasındaki bağlantıyı fark edebilmesi gerekmektedir. Bu psikanalitik kuramın diğer bir dezavantajlı yönü olarak bilinmektedir. Sağlıklı bireyler de dâhil bu özellikler majör depresyon tanısı almış hastalarda eksikler bulunabilmektedir (Aşkın, 1999)

Bilişsel Davranış Terapisi (BDT), ilaç kullanmak istemeyen hastalarda veya hamilelik dönemi gibi sebeplerle ilaç kullanamayan ve hafif depresyonda tercih edilmektedir. Hafif ve orta düzey depresyonlarda daha etkili olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Şiddetli depresyonda ise BDT ile ilaçların birlikte kullanımının BDT ya da ilaç tedavisinin tek başına kullanımına göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Beck ve Alford, 2009).

BDT, duygusal ve davranışsal tepkileri düşünceler ve inançların etkisiyle ortaya çıktığı düşüncesinden yola çıkılarak düşünce süreci, düşünce içeriği ve ortaya konan davranışlar arasındaki ilişkilere bakıp buradaki çarpıklıkları düzeltmeye çalışmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi, depresyon hastalarında görülen umutsuzluk, çökkünlük, kendini suçlama gibi belirtilere neden olabilen bilginin işlenmesi sürecindeki hataları ve eksiklikleri ele almaktadır (Işık E., Işık U. ve Taner, 2013). Bu hatalı ve eksik algılama, anlamlandırma ve yorumlama biçimlerinin yerine daha işlevsel olanları getirmeyi amaçlamaktadır.

Kişilerarası psikoterapi, insan ilişkilerindeki zorlanmalardan veya sorunlardan kaynaklanan çökkünlüklerde tercih edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kişilerarası kayıplar, rol uyumsuzlukları, toplumsal beceri eksikliği gibi depresyona yol açabilen sorunları bulup değiştirmeyi hedeflemektedir (Sullivan, 1955).

## 2.2. Üstbilgi

### 2.2.1. Üstbilginin Tanımı ve Tarihçesi

Flavell, 1970’li yıllarda çocukların belleklerinin işlevleri, sınırları ve kullandıkları stratejiler üzerinde yürüttüğü araştırmalarının bir sonucu olarak, üst bellek (meta memory) kavramını belirtmiş; daha sonra bu kavramı genişleterek “bireyin kendi öğrenme ve bellek süreçleri üzerindeki kontrolünü” ifade etmek üzere üstbilgi terimini kullanmaya başlamıştır (Karakelle, 2010).

Üstbilgi teriminin 1971 yılında ilk kez Flavell tarafından kullanıldığı kabul edilmektedir. Geçmiş araştırmalar incelendiğinde Simonides’in “loci yöntemi” kavramı ve W. James’in “dilimin ucunda” olgusunun üstbilgisel bir yapıyı açıkladığı düşünülmektedir (Dunlosky ve Metcalfe, 2009). Üstbilgiyle ilgili çalışmalar yapan pek çok araştırmacı üstbilgiyle ilgili tanımlama yapmışlardır.

Üstbilgi (metacognition), kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamına gelmektedir. İnsanın; algılama, hatırlama ve düşünmesinde yer alan zihinsel faaliyetlerin farkında olması ve bunları kontrol etmesi olarak tanımlanmaktadır (Hacker ve Dunlosky, 2003).

Dienes ve Perner (1999); üstbilgi, bireyin kendi zihnindeki olayların ve süreçlerin farkında olmasını sağlayan, zihin olay ve işlevlerini belirli bir amaç doğrultusunda yönlendirmesini sağlayan üstbilgisel bir sistem olarak tanımlamıştır. Nelson ve Narens’a (1990) göre üstbilgi bireyin kendi bilişleri hakkındaki bilişleri olarak tanımlanabilecek özel bir biliş türüdür.

Üstbilgi, Reeve ve Brown’a (1985) göre bireyin kendi bilissel süreçlerini kontrol edebilme ve yönlendirebilme işlevi, Shanahan’a (1992) göre, bilissel aktivitenin anlaşılması ve kontrol edilmesi, Zimmerman tarafından (2002) “ düşünme hakkında düşünme” ve “öğrenmeyi öğrenme” olarak tanımlanmıştır (Aydın, 2015; Özsoy ve Kuloğlu, 2017).

1970’lerde Flavell tarafından öne sürülen bu kavramla ilgili yapılan çalışmalar 2000’li yıllardan sonra artış göstermiştir. Üstbilgiyle ilgili çalışmalar çocukların gelişim dönemlerini inceleyen araştırmalarla başlamıştır. Sonraki dönemlerde anksiyete bozukluğu, depresyon, şizofreni ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi hastalıklar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar yapılmıştır.

## 2.2.2. Üstbilgi Kuramları

### 2.2.2.1. Flavell Kuramı

Üstbilgi kavramı ile ilgili ilk çalışmaları yapan Flavell (1979), kavramı kişinin bilişleri hakkındaki bilgisi, bilişlerini kontrol edebilmesi ve değerlendirmesi için kullandığı bir üst yapı olarak tanımlamıştır. Flavell, üstbilgi sistemi içerisinde, etkileşim içinde olan üstbilgişsel bilgi, üstbilgişsel deneyimler, amaçlar (görevler) ve eylemler (stratejiler) olarak dört olgu tanımlamıştır.

Üstbilgişsel bilgi, kişideki bilişsel süreçlerin seyrini ve sonucunu etkileyen faktör ve değişkenlerin hangi yolla etkileşime geçip eyleme dönüşeceğini etkileyen öncelikli inanç veya bilgileri içermektedir. Flavell, bu faktör ve süreçleri kişi, görev ve strateji olarak üç kategoride belirtmiştir. Kişi kategorisi, bilişsel bir varlık olarak kişinin kendi ve diğer insanların yapısı hakkındaki inançlarını içermektedir. Kişi ve diğer insanlar arasındaki farklılıklar ve bu farklı düşünme, dikkat, karar verme gibi tüm bilişsel süreçlerin eylemleri nasıl etkilediği hakkındaki inançlardır. İnsanlar farklı şekillerde düşünebilmekte, aynı olay karşısında farklı kararlar verebilmektedirler. Kişinin kendi ve diğer insanlar arasındaki bu farklılıkları bilmesi üstbilgişsel bilginin kişi kategorisinde tanımlanmıştır (Flavell, 1979). Bir kişinin matematik hakkında diğer kişilere göre daha iyi olduğuna dair bilgisi veya kişinin arkadaşlarından birinin diğer arkadaşlarına kıyasla daha yüksek sosyal duyarlılığa sahip olduğu bilgisidir. Görev kategorisi, bilişsel işlevler sırasında sunulan bilgiler, bireyin görev hakkındaki bilgisini içermektedir. Örneğin tüm metin yerine hikâyenin özünü hatırlamak daha kolaydır. Strateji kategorisi, alt amaçlarımıza ve amaçlarımıza ulaşmak için hangi stratejilerin yararlı olacağı hakkındaki bilgiyi içermektedir.

Üstbilgişsel deneyimler, herhangi bir bilişsel sürece eşlik eden ve onunla ilgili olan bilinçli bilişsel ve duyuşsal deneyimlerdir. Karar verme, düşünme gibi zihinsel eylemlerin, bilişlerin değerlendirilmesidir. Bilişsel deneyimlerin bilinç düzeyinde yorumlanması, bilişin değerlendirilmesi için üstbilgişsel bilginin kullanılmasıdır. Örneğin az önce karşımızdaki kişinin söylediği bir şeyi anlamadığımıza dair ani bir duygu oluşabilir.

Amaçlar, bilişsel girişimlerin amaçlarını ifade etmektedir. Eylemler ise amaçlara ulaşmak için kullanılan biliş veya diğer davranışları belirtmektedir (Flavell, 1979).

### 2.2.2.2. Brown Kuramı

Brown (1977), öğrencilerle yaptığı çalışmalarda üstbilgin öğrenme, problem çözüme gibi bilişsel süreçlerde etkin kullanıldığını belirtmiş, üstbilgi kişinin düşünce süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri düzenlemesi olarak tanımlamıştır. Brown (1987), üstbilgi öğrencilerin bilişsel yetenekleri üzerinde düşünmesi ve öğrenme sürecine odaklanıp düzenlemesi olarak belirtmiştir.

Brown (1987), üstbilgi, biliş bilgisi (knowledge of cognition) ve bilişin düzenlenmesi (regulation of cognition) olmak üzere ikiye ayırmıştır. Biliş bilgisi, kişinin düşünme, karar verme, öğrenme gibi bilişsel yetenekleri ve bilişsel süreçleri hakkında düşünceleri ve bu durumlarla ilgili bilgi sahibi olduklarını ifade etmektedir. Bilişlerin düzenlenmesi ise kişinin kendi bilişlerini izlemesi ve denetlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin öğrenme ve düşünce süreçlerini izlemesi, değerlendirmesi ve bir sonraki aşamada dikkat edeceği faktörleri değerlendirip hangi faktörleri değiştireceğini belirlemesini kapsamaktadır.

### 2.2.2.3. Nelson ve Narren's Kuramı

Nelson ve Narren's 1990 yılında yayınladıkları yazıda üstbilgin teorik çerçevesini belirtmişlerdir. Bu araştırma üstbilgin üç temel ilkesi olduğunu ifade etmektedir. İlk ilke, üstbilgi, üst-düzye (meta-level) ve nesne-düzye (object level) olarak adlandırılan birbiri ile ilişkili iki düzyeden oluşmaktadır. İkinci ilke; üst-düzye, nesne-düzyenin dinamik modeli olarak tanımlanmaktadır. Son ilke ise "izleme" ve "kontrol" olarak adlandırılan üstbilgin iki işlemsel etkinliği, üst-düzye ve nesne-düzye arasındaki dinamik bilgi akışını ve etkileşimi sağlamaktadır (Nelson ve Narens, 1990).

Nesne-düzye, bilişin gerçekleştiği seviye ve üst-düzye ise nesne-düzye ile arasında bilgi akışını temsil eden izleme ve kontrol işlemlerini içeren ve bilişsel işlemlerin gerçekleştiği seviye olarak tanımlanmıştır (Bright ve ark., 2018). Üstbilgi nesne-düzye ve üst-düzye arasındaki izleme ve kontrol süreçleri oluşturmaktadır. Kontrol süreci; üst-düzyeden, nesne-düzyeye olan bilgilendirmeyi, izleme süreci ise üst-düzyenin, nesne-düzye tarafından bilgilendirilmesini içermektedir. Kontrol sürecinde üst-düzye, nesne düzeyini düzenleyebilmekte ve eylemi başlatma, bekletme ve sonlandırma kararı verebilmektedir. Bu durumla bilişlerin kontrol edilmesi amaçlanmaktadır (Nelson ve Narens, 1990). İzleme sürecinde, nesne-düzye, üst-düzye bilgi akışını sağlamakta bu akış ile üst-düzye şekillendirmekte ve her yeni durumla

ilgili bilgilendirmektedir. Nelson izleme sürecinde nesne-düzeyinin getirdiği bilginin kişilerin öznel yorumlarını ve gözlemlerini içerdiğini belirtmiştir.

#### 2.2.2.4. Wells Kuramı

Wells, üstbiliş; bilgi işlem sistemi içerisindeki süreçleri, gözlemleyen, yorumlayan, değerlendiren ve düzenleyen boyut olarak tanımlamıştır (Wells ve Papageorgiou, 1998). Üstbiliş, bilişlerin kontrol edilmesini, izlenmesini ve yorumlanmasını içeren bilişsel süreçler veya bilgilerden oluşan, birbiri ile ilişki içinde olan faktörleri ifade etmektedir. Üstbiliş; bilgi, deneyim ve stratejiler olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır (Wells, 2009). Üstbilişsel bilgi, insanların kendi düşünceleri hakkındaki inançlarını ve teorilerini ifade etmektedir. Bu bilgi, düşüncelerin yanı sıra kişinin bellek ve konsantrasyonun verimliliği hakkındaki inançlarını da içermektedir. Wells (2000), üstbilişsel bilginin açık ve örtük olmak üzere iki türü olduğunu belirtmiştir. Açık üstbilişsel bilgi, sözlü olarak ifade edilebilmektedir. Açık üstbilişsel bilgiye “Endişelenmek kalp krizine neden olabilir.” örnek olarak verilebilir. Örtük üstbilişsel bilgi doğrudan sözcüklerle ifade edilememektedir. Kişideki dikkat, bellek ve yargılama türleri gibi düşüncelere rehberlik eden ve etkileyen kurallar veya programlar olarak düşünülebilir (Wells ve Matthews,1994). Açık üstbilişsel bilginin bilinç düzeyinde olduğunu, örtük üstbilişsel bilginin bilinç düzeyinde olmadığını belirtmiştir. Wells üstbilişsel bilginin olumlu ve olumsuz üstbilişsel bilgi olarak iki alt türde incelenebileceğini de belirtmiştir. Olumlu üstbilişsel bilgiye “Endişelenmek benim başıma kötü şeylerin gelmesini engeller.” örnek verilebilir. Bilişsel aktivitelerin faydaları ve avantajları ile ilgilidir. Olumsuz üstbilişsel bilgi ise önlenemez, önemli ve düşünce ve bilişsel deneyimlerin riskleri ile ilgilidir. Örnek olarak, “Endişelenmek beni delirtebilir.” ve “Düşüncelerim üzerinde kontrol sahibi değilim.” verilebilmektedir.

Üstbilişsel deneyim, kişilerin zihinsel süreçleriyle ilgili duyguları ve durumsal değerlendirmeleridir. Bilişsel deneyimin, bilinç düzeyinde değerlendirilmesi ve yorumlanması için üstbilişsel bilginin kullanılması olarak da tanımlanmaktadır (Wells, 2000). Örnek olarak, obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastaların bir anda akıllarına gelen düşünceleri olumsuz yönde yorumları verilebilir. Kişinin genellikle kaygı ile gelen endişeleri hakkındaki endişeleri de üstbilişsel deneyime örnek olarak verilebilir.

Üstbilişsel stratejiler, kişinin bilişsel ve duygusal süreçlerini kontrol altına almaktan ve bunlarla ilgili düşünceleri değiştirmekten veya devam ettirmekten



sorumludur. Bu stratejiler bilişsel aktiviteyi attırabilmekte, baskılayabilmekte ve izleme sürecini etkileyebilmektedir. Çoğunlukla bilinç akışını kontrol etme üzerine kuruludur. Örneğin panik bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi rahatsızlıklarda düşünceler genellikle kişinin delireceği, aklını kaçıracağı şeklinde yorumlanmakta ve bastırılmaya çalışılmaktadır (Wells, 2000).

Wells ve Matthews (1994), psikolojik bozukluklar üzerinde üstbilişlerin önemli bir rolü olduğunu belirtmişlerdir. Bu görüş doğrultusunda Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modelini (Self-Regulatory Executive Function (S-REF) Model) geliştirmişlerdir. Kendini düzenleyici yürütücü işlevler modelinin yapısı, bilişin birbiriyle etkileşim içinde olan üç düzeyine dayanmaktadır (Wells, 2000). İlk düzey olan alt düzey (lower level), çoğunlukla bilişsel kaynaklara bağlı olmayıp, genellikle bilinç düzeyinde değildir. Otomatik ve refleksif bilgi işlemeyi ifade etmektedir. İkinci düzey, aktif kontrollü işleme düzeyi (online controlled processing level), eylem ve düşüncenin kontrol edilmesiyle ve olayların bilinçli olarak değerlendirilmesi ile ilgilidir. Düşünce ve davranışlar bilinçli olarak işlenmektedir. Üçüncü düzey ise uzun süreli bellekte depolanan bilgi veya inançların bilgisini (self-knowledge(beliefs) in long term memory) içermektedir (Wells, 2000). Birinci düzey ve ikinci düzey kaynak gereksinimleri bakımından farklılıklar göstermektedirler. Birinci düzey çoğunlukla otomatiktir, bilinç düzeyinde değildir ve dikkate gereksinin duymamaktadır. İkinci düzeyde ise süreçler dikkate bağlı olup bilinç düzeyinde farkında olunan bir süreçtir. Bu modelin düşüncelerin anlam ve önemini değerlendirilmesinde önemli işlevi bulunmaktadır. İşlevsel olmayan veya yeterli olmayan yürütücü işlevlerin, kişilerde patolojilerin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir. Ruhsal bozuklukların kontrol altına alınması ve devam etmesi, bu üç seviye arasında tepeden aşağıya doğru ilerleyen bir süreç aracılığıyla gerçekleşmektedir (Wells, 2000).

### **2.2.3. Majör Depresif Bozukluk ve Üstbiliş**

Majör depresif bozukluk kişide çökkün duygulanıma; ilgi kaybının, iştah ve uyku bozukluklarının, somatik yakınmaların, enerji kaybı, cinsel istekte azalma, bilişsel süreçlerde yavaşlama, düşük benlik saygısı ve intihar düşüncelerinin eşlik ettiği, kişiyi ve toplumsal işlevselliği olumsuz yönde etkileyen önemli psikiyatrik bozukluklardan biridir.

Üstbiliş, kişinin kendi zihinsel işlevlerinin ve olayların farkında olmasını ve bunları amaçlı olarak yönlendirebilmesini içeren bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Majör depresyon tanısı almış hastalarda bu üstbiliş sisteminin patolojik düzeyde olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin zihinsel işlevlerinin ve olayların farkındalığında bazı aksamalar yaşadıkları, olayları olumsuz yönde değerlendirdikleri düşünülmektedir. Üstbilişin, kişinin bilişsel süreçlerinin işlevsel olarak kullanılmasında, çalışmasında önemli rolü bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili en önemli çalışmaları yapan Papageorgiou and Wells (2001) majör depresif bozukluk tanısı almış kişilerin düşünme ve odaklanmada güçlük, yineleyen suçluluk ve değersizlik düşünceleri gibi kişi için önemli bilişsel süreçlerde bazı bozukluklar yaşadığını belirtmişlerdir. Kişinin bilişsel süreçlerini etkileyen üstbilişin, majör depresyonda düşünce, duygu ve davranışları olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Papageorgiou ve Wells, 2003 yılında yayınladıkları çalışmada depresyon ve ruminasyonun üstbilişlerle ilişkisini araştırmışlardır. Araştırmada, kişilerin depresif düşünceleri hakkındaki olumsuz inançları ve bu üzüntü veren, depresif düşüncelerle ruminasyonla baş etmeye çalışmasının depresif belirtilerin sürekliliğini ve şiddetini arttığını bulmuşlardır. Çalışmada ek olarak depresyonda gözlenen tekrarlayıcı, olumsuz, kişiyi üzen, endişe verici düşünceler üzerinde de üstbilişlerin eşsiz bir öneme sahip olduğu belirtmişlerdir.

Depresyon hastalarında ruminasyon ve olumsuz otomatik düşünceler sıklıkla görülmektedir. Üstbiliş kuramına göre, kişinin kendisini rahatsız eden duygu ve düşünceler ile baş etmek için kullandığı ve olumsuz duyguların nedenlerini anlamak için baş etme stratejisi olarak kullandığı tekrarlayıcı düşünceler ruminasyon olarak tanımlanmaktadır (Wells ve Matthews, 1994). Ruminasyonlar kişinin dikkatini olumsuz bilgiye odaklamaktadır ve değişime dirençli bir bilişsel süreçtir. Depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal bozuklukta, zarar verici bir zihinsel süreç olarak ele alınmaktadır. Bilişsel yaklaşımın temel kavramlarından olan olumsuz otomatik düşünceler (depresyonda, “Gelecek çok kötü.”, “Çok değersizim.”) ruminasyonlar gibi işlevsel olmayan düşüncelerin oluşumunda ön planda bulunmaktadır (Papageorgiou ve Wells, 2003). Üstbilişsel kurama göre, üstbilişler insanların olayları değerlendirmede etkisi olan işlevsel olmayan düşüncelerini etkilemektedirler. Bu üstbilişler de kişinin uyumunu bozan süreçler geliştirmelerine neden olmaktadır. Üstbilişsel yaklaşıma göre depresyon hastaları sorunlarına cevap bulmak ve depresif duygulanımla baş etmek için ruminasyonların gerekli olduğuyla ilgili üstbilişsel inançlara sahiptirler. Bu üstbilişsel

inançlar, kişinin yaşadığı olumsuz duygu ve durumları, hastalık belirtilerini sürekli düşünmesine neden olmaktadır. Depresyon hastaları, ruminasyonların kontrol edilemeyeceğine, depresif duyguların tehlikeli olduğuna ve ruhsal olarak savunmasız olduklarına dair olumsuz üstbilişsel inançlara sahiptirler. Depresyon, bu üstbilişsel inançlar sebebiyle daha yoğunlaşmaktadır.

Wells ve Matthews (1994), depresyon hastalarında görülen davranışlarda yavaşlamayı, kişinin daha az hareket etmesini, ilgi kaybını ve düşünce örüntülerindeki değişiminin ruminasyona sebep olabileceğini belirtmiştir. Hastalarda görülen bu semptomlar kişinin sorunlarını ve üzüntüsünü düşünmek için daha çok zaman kazandırmakta, olumsuz üstbilişsel inançların artmasına neden olmaktadır.

Bu alanda yapılan bir diğer önemli çalışmada majör depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevleri değerlendirilmiş üstbiliş toplam skorları sağlık kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Özsoy ve Kuloğlu,2017). Yılmaz ve ark. (2016) majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbiliş işlevlerini araştırdıkları çalışmada MDB ve sağlık kontrol grubu arasında üstbiliş parametresi açısından anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuşlardır. Hastaların üstbiliş ölçek puanları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların üstbilişlerinin patolojik düzeyde olduğu bulunmuştur.

Sarısoy ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğu hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında üstbilişsel inançları karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Olumsuz üstbiliş ve düşünceleri kontrol etme düzeyinin depresyon ve bipolar bozukluk hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

## BÖLÜM III

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, majör depresif bozukluk tanısı almış hastaların üstbilişlerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesidir.

#### 3.2. Araştırma Modeli

Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbiliş işlevlerini inceleyen bu çalışmada kesitsel araştırma modeli kullanılmıştır ve araştırma vaka kontrol yöntemiyle yapılmıştır.

Bu çalışma, Ocak 2019- Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığında majör depresyon tanısı almış hastalarda depresyon, anksiyete ve üstbiliş düzeylerinin incelendiği kesitsel bir çalışmadır. Majör depresyon tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında üstbiliş düzeyleri karşılaştırıldığından vaka kontrol desenli bir çalışmadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ailede psikiyatrik tanı olup olmaması durumu ve majör depresyon tanısı olarak belirlenmiştir.

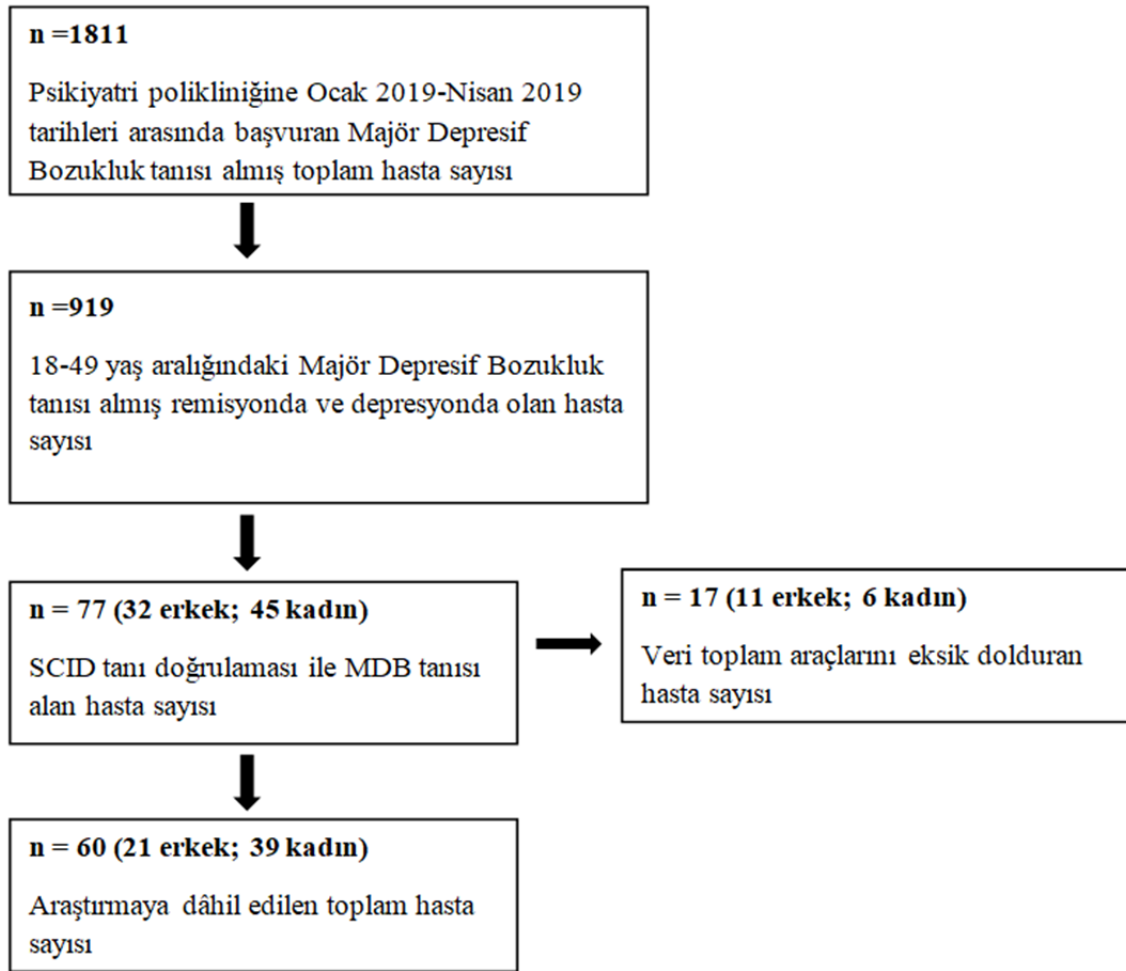
Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise; üstbiliş, depresyon ve anksiyete düzeyi oluşturmaktadır.

Literatür taraması sonucunda; üstbiliş, depresyon ve anksiyete düzeyini etkileyebileceği düşünülen kişide kronik hastalık olup olmaması, ailede psikiyatrik tanı olup olmaması ve intihar girişimi durumları kontrol değişkenleri olarak ele alınmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya, Ocak 2019- Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-V-TR tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı almış 18-49 yaş aralığındaki 77 hasta alınmıştır. 17 kişi veri toplama araçlarını eksik doldurduklarından çalışmadan çıkarılmışlardır. Çalışma grubu 60 hastadan oluşturulmuştur.

Kontrol grubu ise 18-49 yaş aralığında 30 kişiden oluşmaktadır.



Şekil 1. Hastaların Çalışmaya Dâhil Edilme Aşamaları

### 3.4. Araştırmanın Yapılışı

Araştırma kullanılacak olan ölçüm araçlarının kullanım izinleri gerekli kişilerden sözel olarak 17.10.2018 tarihinde alınmıştır. Araştırma için gerekli etik kurul onayları Çağ Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek 1) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 9) alınmıştır.

Hastalar için çalışmaya dâhil edilme kriterleri; onam formunu imzalamak (Ek-2), DSM-V-TR tanı kriterlerine göre depresyon tanısı almış olmak, 18-49 yaş aralığında olmak, okur-yazar olmak ve Türkçe bilmek, nörolojik bir rahatsızlığın olmaması, mental retarasyonun olmaması ve depresyona eşlik eden başka bir psikiyatrik tanı olmaması.

Hastalar ve kontrol grubu ile görüşme yapılarak Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID–I), majör DSM–IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formu

uygulanmıştır. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için görüşmelerde kullanılmaktadır. Formun Türkçe güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve Aydemir (1999) tarafından yapılmıştır. Bu form sonrası gerekli koşulları sağlayan kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu için çalışmaya dâhil edilme koşulları; onam formunu imzalamak, psikiyatrik tanı almamış olmak, psikiyatrik ilaç kullanmamış olmak, 18-49 yaş aralığında olmak, okur-yazar olmak ve Türkçe bilmek, nörolojik bir rahatsızlığın olmaması, mental retarasyonun olmaması.

Ocak 2019 ve Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvurup majör depresyon tanısı alan ve gerekli dâhil edilme kriterlerini karşılayan hastalar, araştırma ile bilgilendirilip onam formu imzalatıldıktan sonra çalışmaya alınmışlardır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Üstbilis-30 Ölçeği (ÜBÖ-30) sırasıyla katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılmalarını kabul ettiklerine dair hazırlanan onam formu imzalatıldıktan sonra demografik form sözel olarak doldurulmuştur. Daha sonra katılımcılardan BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 ölçeklerini sırasıyla doldurmaları istenmiştir.

#### **3.5.1. Demografik Bilgi Formu**

Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir, kronik hastalık gibi üstbilis, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olabilecek temel bilgileri içeren on bir sorudan oluşmaktadır. Demografik bilgi formu Ek-3'te bulunmaktadır.

#### **3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği**

Depresyon semptomlarının şiddetini ölçmeyi amaçlayan Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. BDÖ, depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmeye yarayan bir ölçme aracıdır. Ölçek toplamda 21 maddeden meydana gelmekte ve dört seçenekten oluşan likert tipi bir ölçektir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum

puan ise 63 tür. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça depresyon semptomlarının arttığı görülmektedir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri  $\alpha=.80$  olarak belirtilmiştir. Beck Depresyon Envanteri Ek-4'te bulunmaktadır.

### 3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşlarınca (1988) geliştirilmiştir. Anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin 0-3 arası puanlandığı likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan 0-63 aralığındadır. Alınan toplam puan arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı gözlenmektedir.

Envanterin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik analizleri Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri  $\alpha=.75$  olarak belirtilmiştir (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998). Beck Anksiyete Envanteri Ek-5'te bulunmaktadır.

### 3.5.4. Üstbilis Ölçeği-30

Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Cartwright-Hatton ve Wells tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Cartwright-Hatton ve Wells, 2004). Ölçeğin orijinal ismi "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. ÜBÖ-30, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi 30 sorulardan oluşmaktadır. Ölçek her birinde 6 madde bulan 5 alt boyuttan oluşmaktadır. 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. soruları içeren olumlu inançlar, 6, 13, 15, 21, 25, 27. soruların oluşturduğu kontrol edilemezlik ve tehlike, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. sorulardan oluşan bilişsel güven, 2, 4, 9, 11, 16, 22. sorulardan oluşan düşünceleri kontrol ihtiyacı ve 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. sorulardan oluşan bilişsel farkındalık alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir. Testten alınan toplam puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilis faaliyetinin arttığına işaret emektedir.

Tosun ve Irak tarafından ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (Tosun ve Irak, 2008). Yapılan çalışma sonucu testin Cronbach Alfa değeri  $\alpha=.93$  olarak bulunmuştur. ÜBÖ-30, Ek-6'da bulunmaktadır.

### 3.6. Verilerin Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağladığında bağımsız iki grup ortalamalarının karşılaştırmaları Student t test, normal dağılım koşulunu sağlamadığında Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Bağımsız ikiden çok grupta sayısal değişkenler gruplarda normal dağılım koşulunu sağladığında One Way ANOVA testi ile normal dağılım koşulunu sağlanmadığında Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi ile parametrik test koşulu sağlanmadığında Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.



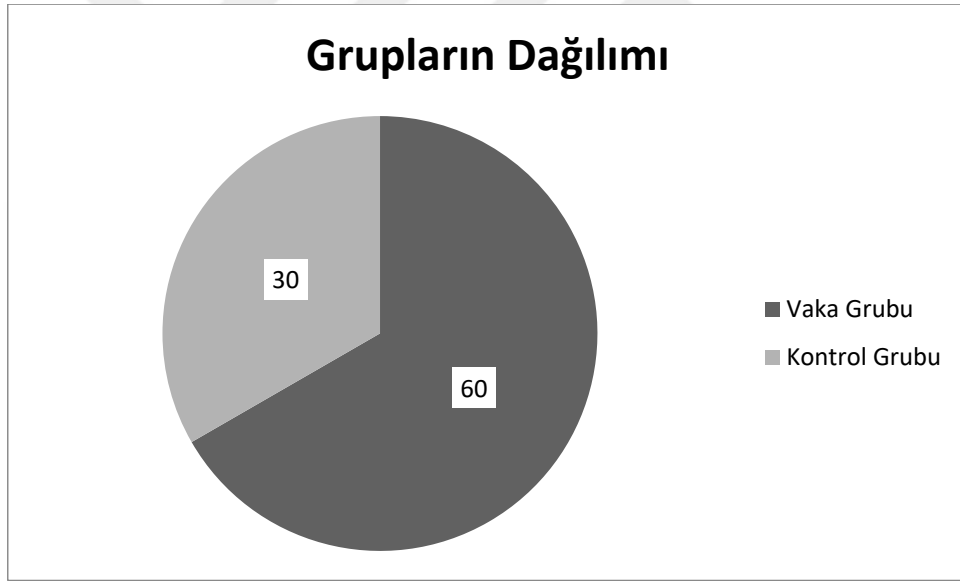
## BÖLÜM IV

### 4 .BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, ölçekler aracılığıyla toplanan verilerin analizleri sonucu elde edilen bulgular, bulgulara dayalı açıklama ve yorumlar yer almıştır.

#### 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Psikiyatri polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığındaki Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 60 hasta ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 30 kişi çalışmaya alınmıştır. Klinik muayene sonrası depresyon tanısı alan hastalar, SCID-I değerlendirme formu doldurulduktan sonra çalışmaya alınmıştır. Vaka ve kontrol grubunun dağılımı Şekil-2 de gösterilmiştir.



Şekil 2. Grupların Dağılımı

#### 4.1.1. Çalışmaya Alınan ve Çalışmadan Dışlanan Hastaların Özellikleri

Psikiyatri polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığındaki Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 77 hasta çalışmaya alınmıştır. 17 hasta veri toplama araçlarını eksik doldurduğundan araştırmaya alınmamıştır (11 erkek, 6 kadın).

#### 4.1.2. Grupların Cinsiyet Dağılımı

Çalışmaya katılan kişiler vaka grubu ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Vaka grubu majör depresif bozukluk tanısı almış 60 hastadan oluşmaktadır. Vaka grubu, 39 (% 65) kadın, 21 (% 35) erkek hastadan oluşmaktadır. Kontrol grubunda, 14 kadın (%46.7), 16 (% 53.3) erkek bulunmaktadır. Cinsiyet değişkeni ele alındığında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gruplara göre cinsiyet dağılımının karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1.

*Grupların Cinsiyet Dağılımına Göre Karşılaştırılması*

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
	n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	21	35.0	16	53.3	0.096
	Kadın	39	65.0	14	46.7	
	Toplam	60	100	30	100	

\* $p<0.05$

#### 4.1.3. Gruplara Göre Yaş Dağılımı

Araştırmaya 18-49 yaş aralığındaki bireyler dâhil edilmiştir. Vaka grubunun ortalama yaşı 32.0, kontrol grubunun yaş ortalaması 29,2’dir. Yaş dağılımına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gruplara göre yaş dağılımının karşılaştırılması Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2.

*Grupların Yaş Dağılımına Göre Karşılaştırılması*

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu	p
Yaş (Ort.±ss)	32.0±9.2	29.2±6.2	0.216

Ort: Ortalama, ss: Standart Sapma.

#### 4.1.4. Grupların Medeni Durum ve Çalışma Durumuna Göre Özellikleri

Çalışmaya alınan vaka grubunun 26 (%43.3)’sının evli, 34 (% 56.7)’ünün bekâr olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların 8 (%26.7)’inin evli, 22

(%73.3)'sinin bekâr olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre gruplar incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Grupların medeni duruma göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3.

*Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Medeni durum</b>	Bekâr	34	56.7	22	73.3	0.306
	Evli	26	43.3	8	26.7	
	Toplam	60	100	30	100	

\* $p<0.05$ 

Vaka ve kontrol grubu, çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Grupların çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4 'te görülmektedir.

Tablo 4.

*Grupların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	38	63.3	25	83.3	0.148
	Çalışmıyor	22	36.7	5	16.7	
	Toplam	60	100	30	100	

\* $p<0.05$ 

#### 4.1.5. Grupların Sigara Kullanımı, İntihar Girişimi ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Özellikleri

Sigara kullanımına göre gruplar incelendiğinde vaka grubunda 35 (%58.3) hastanın, kontrol grubunda 10 (%33.3) kişinin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 5). Sigara kullanımı değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0.05$ ).

Tablo 5.

*Grupların Sigara Kullanım Durumuna Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Sigara Kullanımı</b>	Var	35	58.3	10	33.3	0.025
	Yok	25	41.7	20	66.7	
	Toplam	60	100	30	100	

\*p&lt;0.05

İntihar girişimine göre gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Vaka grubunda 7 (%11.7) hasta daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda intihar girişiminde bulunan kişi bulunmamaktadır. Grupların intihar girişimine göre karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6.

*Grupların İntihar Girişimine Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	7	11.7	0	0.0	0.057
	Yok	53	88.3	30	100	
	Toplam	60	100	30	100	

\*p&lt;0.05

Vaka ve kontrol grubu, ailede psikiyatrik tanı bulunma değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Vaka grubunda 23 (%38.3) hastanın ailesinde psikiyatrik bir hastalık bulunurken kontrol grubunda 5 (%16.7) kişinin ailesinde psikiyatrik tanı bulunmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7.

*Grupların Ailede Psikiyatrik Tanı Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Ailede</b>	Var	23	38.3	5	16.7	0.036
	Yok	37	61.7	25	83.3	
<b>Hastalık</b>	Toplam	60	100	30	100	

\*p&lt;0.05

**4.1.6. Grupların Eğitim Durumuna ve Gelir Düzeyine Göre Özellikleri**

Vaka ve kontrol grubu, eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05). Vaka grubunun eğitim düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8

*Grupların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-yazar	1	1.7	0	0.0	0.002
	İlkokul	8	13.3	0	0.0	
	Ortaokul	7	11.7	0	0.0	
	Lise	12	20.0	3	10.0	
	Yüksekokul	4	6.7	1	3.3	
	Lisans	28	46.7	26	86.7	
	Toplam	60	100	30	100	

\*p&lt;0.05

Vaka ve kontrol grubu, aylık gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05). Vaka grubunun gelir düzeyi kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9

*Grupların Aylık Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması*

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
<b>Eğitim Durumu</b>	1000 TL ve altı	4	6.7	0	0.0	<0.001
	1000-2000 TL	19	31.7	4	13.3	
	2000-4000 TL	26	43.3	5	16.7	
	4000 TL ve üstü	11	18.3	21	70.0	
	Toplam	60	100	30	100	

\*p&lt;0.05

#### 4.2. Vaka ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon Ölçek ve Beck Anksiyete Ölçek, Üstbilis Ölçeği-30 ve Alt Boyutların Puanlarına Göre İncelenmesi

Vaka grubunun ortalama BDÖ puanı  $27.3 \pm 8.9$ , kontrol grubunun ortalama BDÖ puanı  $5.0 \pm 4.1$  olarak bulunmuştur. Vaka grubu Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

BAÖ için vaka grubunun ortalama puanı  $26.5 \pm 12.9$ , kontrol grubunun ortalama puanı  $5.1 \pm 4.4$ 'tür. Beck Anksiyete Ölçeği 'ne göre karşılaştırıldığında vaka grubunun ortalama puanı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Vaka grubunun ortalama ÜBÖ-30 puanı  $82.1 \pm 12.4$ , kontrol grubunun ortalama ÜBÖ-30 puanı  $61.3 \pm 10.0$ 'dur. Vaka grubu Üstbilis Ölçeği-30 ortalama puanı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Üstbilis Ölçeği-30'un alt boyutlarına göre grupların ortalama puanları incelendiğinde, Olumlu İnanç alt boyut ortalama puanı vaka grubunda  $12.8 \pm 4.5$ , kontrol grubunda  $11.6 \pm 3.7$  olarak bulunmuştur. Vaka grubu ve kontrol grubu arasında Olumlu İnanç alt boyutuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ortalama puanı vaka grubunda  $16.5 \pm 4.0$ , kontrol grubunda ise  $12.0 \pm 3.9$  olarak bulunmuştur. Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutuna göre vaka grubunun ortalama puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bilişsel Güven alt boyutu ortalama puanı vaka grubunda  $15.3 \pm 5.2$ , kontrol

grubunda  $10.0 \pm 4.3$  olarak bulunmuştur. Vaka grubu Bilişsel Güven alt boyutu ortalama puanı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Vaka grubunun Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ortalama puanı  $19.1 \pm 3.3$ , kontrol grubunun  $10.9 \pm 3.0$ 'tür. Vaka grubu Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu ortalama puanı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Vaka grubunun Bilişsel Farkındalık alt boyutu ortalama puanı  $18.4 \pm 3.1$ , kontrol grubunun  $16.8 \pm 3.1$ 'dir. Vaka grubu Bilişsel Farkındalık alt boyutu ortalama puanı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Bu veriler Majör Depresif Bozukluk tanısı almış hastaların BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğunu göstermektedir. Grupların BDÖ ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10.

*Grupların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması*

	<b>Hasta Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>p</b>
	Ort.±SD	Ort.±SD	
<b>Beck Depresyon Puanı</b>	$27.3 \pm 8.9$	$5.0 \pm 4.1$	<b>&lt;0.001</b>
<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	$26.5 \pm 12.9$	$5.1 \pm 4.4$	<b>&lt;0.001</b>

Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma,  $p < 0.05$

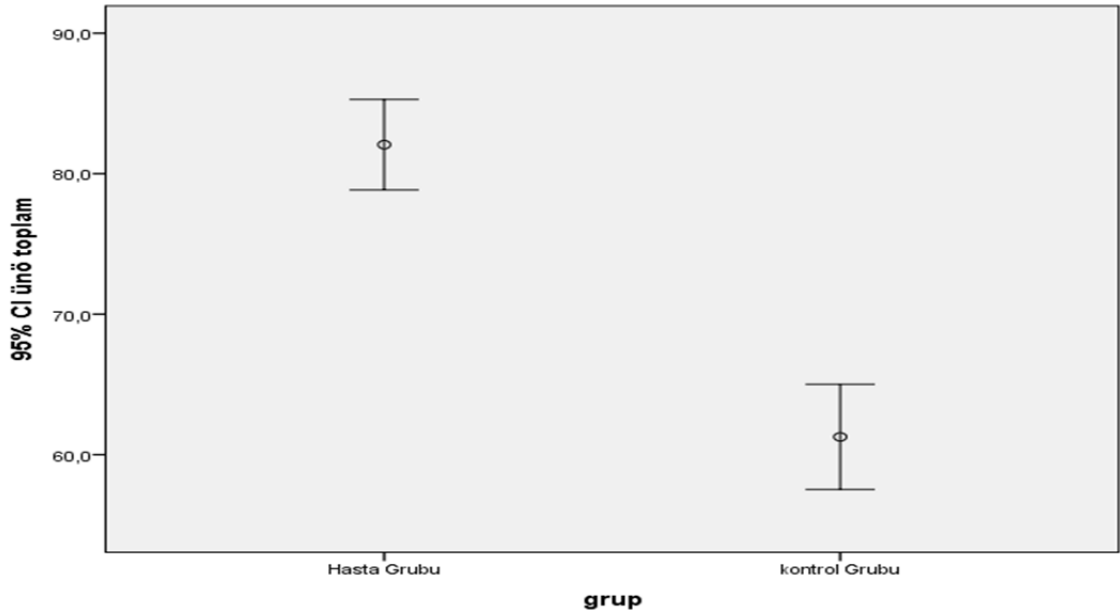
Grupların ÜBÖ-30, Olumlu İnanç, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık puanlarının karşılaştırılması Tablo 11 ve Şekil 3'te gösterilmektedir.

Tablo 11.

*Grupların ÜBÖ-30, Olumlu İnanç, Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Ve Bilişsel Farkındalık Puanlarının Karşılaştırılması*

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±SD	Min-Maks	Ort.±SD	Min-Maks	
<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	82.1±12.4	56-110	61.3±10.0	43-79	<b>&lt;0.001</b>
<b>Boyut 1:</b> Olumlu İnanç	12.8±4.5	6-22	11.6±3.7	6-18	0.226
<b>Boyut 2:</b> Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike	16.5±4.0	8-24	12.0±3.9	6-20	<b>&lt;0.001</b>
<b>Boyut 3:</b> Bilişsel Güven	15.3±5.2	6-24	10.0±4.3	6-18	<b>&lt;0.001</b>
<b>Boyut 4:</b> Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	19.1±3.3	12-24	10.9±3.0	6-18	<b>&lt;0.001</b>
<b>Boyut 5:</b> Bilişsel Farkındalık	18.4±3.1	12-24	16.8±3.1	11-22	<b>0.048</b>

Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma, Min: Minimum puan, Maks: Maksimum puan, p<0.05



Şekil 3. Grupların ÜBÖ-30 puanlarının dağılımı



### 4.3. Grupların ÜBÖ-30 Puanı ile BDÖ ve BAÖ Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Üstbilis Ölçeği toplam puanı ve Üstbilis alt ölçek puanların gruplara göre normallik testleri sonuçları Tablo 12’de gösterilmiştir. Ölçeklerin parametrik test koşulunu sağlama durumlarına göre uygun korelasyon analizleri yapılmıştır.

Tablo 12.

#### *Gruplara Göre Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları*

Test Puanları		Test of Normality		
		Statistic	n	sig.
BDÖ	Kontrol Grubu	.158	30	.056
	Vaka Grubu	.102	60	.194
BAÖ	Kontrol Grubu	.121	30	.200
	Vaka Grubu	.103	60	.182
ÜBÖ Toplam	Kontrol Grubu	.128	30	.200
	Vaka Grubu	.084	60	.200
Olumlu İnanç	Kontrol Grubu	.131	30	.199
	Vaka Grubu	.127	60	.018
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Kontrol Grubu	.149	30	.086
	Vaka Grubu	.106	60	.091
Bilişsel Güven	Kontrol Grubu	.226	30	.000
	Vaka Grubu	.120	60	.032
Düşünceleri İhtiyacı	Kontrol Grubu	.146	30	.099
	Vaka Grubu	.130	60	.014
Bilişsel Farkındalık	Kontrol Grubu	.195	30	.005
	Vaka Grubu	.145	60	.003

Vaka grubunda Beck Depresyon Ölçeği puanı ile BAÖ ( $r = .51, p < 0.01$ ) ve ÜBÖ-30 puanı ( $r = .54, p < 0.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır. Vaka grubunda BDÖ puanları arttıkça BAÖ puanları da artmaktadır (Şekil 5). Vaka grubunda, BAÖ puanı, ÜBÖ-30 puanı ( $r = .50, p < 0.01$ ) ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili göstermektedir. Hastaların BAÖ puanları arttıkça ÜBÖ-30 toplam puanları da artmaktadır (Şekil 4).

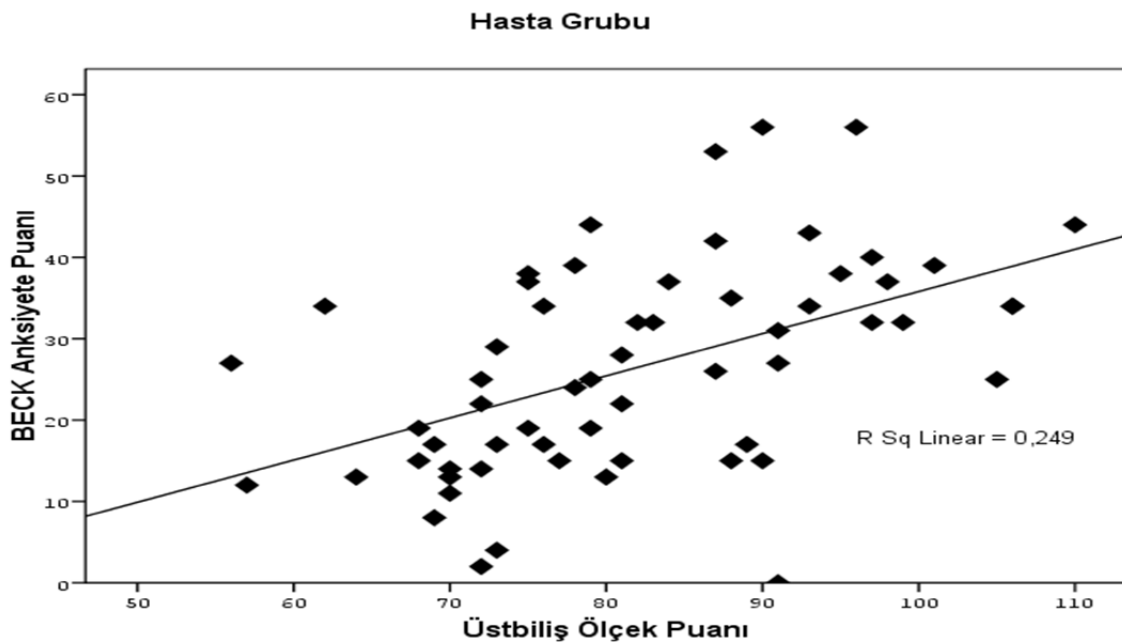
Kontrol grubunda BDÖ puanı ile BAÖ puanı ( $r = .66$ ,  $p < 0.01$ ) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Vaka ve kontrol grubunda ölçekler arasındaki korelasyon analizi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13.

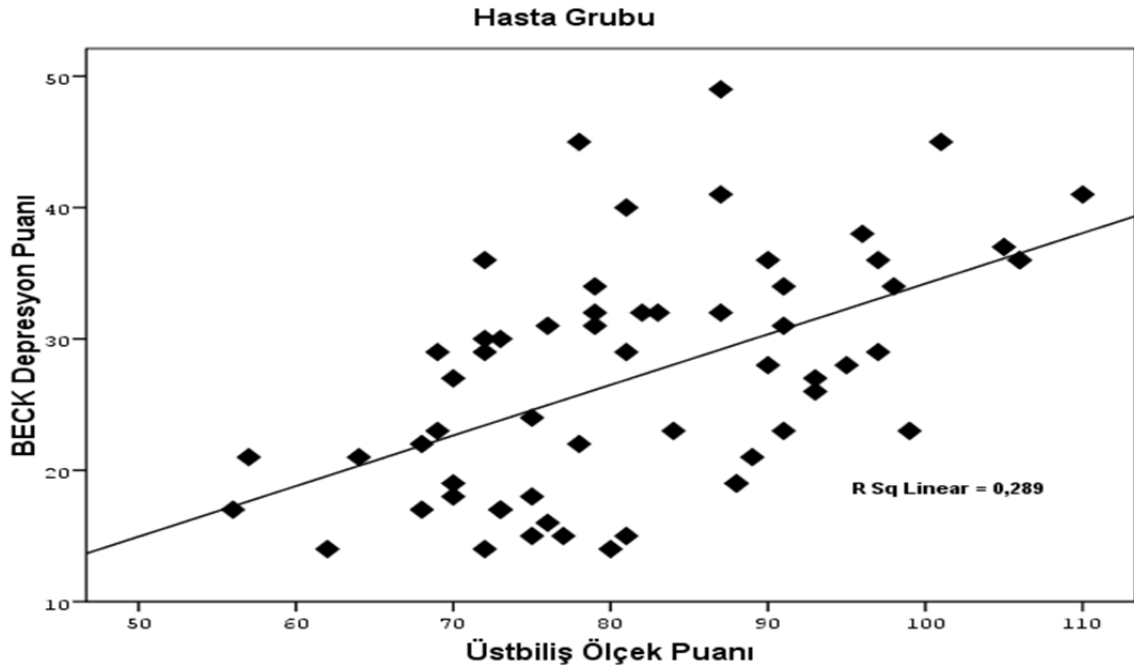
*Vaka ve Kontrol Grubunda BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi*

		Beck Depresyon Puanı		Beck Anksiyete Puanı	
		r	p	r	p
<b>Beck Anksiyete Puanı</b>		0.514	<0.001		
<b>Hasta Grubu</b>	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	0.538	<0.001	0.499	<0.001
	<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	0.682	<0.001		
<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	0.259	0.166	0.164	0.387

r: Korelasyon Katsayısı,  $p < 0.05$  (Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı),  $p < 0.01$  (Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı)



Şekil 4. Vaka Grubunda BAÖ ve ÜBÖ-30 Puanı Korelasyon Analizi Dağılımı



Şekil 5. Vaka Grubunda BDÖ ve ÜBÖ-30 Puanı Korelasyon Analizi Dağılımı

#### 4.3.1. Grupların ÜBÖ-30 Alt Boyutları ile BDÖ ve BAÖ Puanlarının Korelasyon Analizi

Vaka grubunda BDÖ ve BAÖ puanları ile ÜBÖ-30 alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Normal dağılıma uyan ölçeklerde pearson analizi, uymayanlarda spearman analizi uygulanmıştır. Vaka grubunda BDÖ puanı, Olumlu İnanç alt boyutu ( $r = .45$ ,  $p = 0.06$ ), Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ( $r = .46$ ,  $p < 0.01$ ) ve Bilişsel Güven alt boyutu ( $r = .45$ ,  $p < 0.01$ ) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır. Vaka grubunda, BAÖ puanı, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu ( $r = .48$ ,  $p < 0.01$ ) ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili göstermektedir.

Kontrol grubunda beş alt boyutta da BDÖ ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Vaka ve kontrol grubunda ÜBÖ alt ölçek puanları ile BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki korelasyon analizi Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14.

*Vaka ve Kontrol Gruplarında Üstbiliş Ölçeği Alt Ölçek Puanları ile BDÖ ve BAÖ Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi*

		Beck Depresyon Puanı		Beck Anksiyete Puanı	
		r	p	r	p
<b>Hasta Grubu</b>	<b>Boyut 1:</b> Olumlu İnanç	0.353	<b>0.006</b>	0.122	0.352
	<b>Boyut 2:</b> Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike	0.455	<b>&lt;0.001</b>	0.483	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Boyut 3:</b> Bilişsel Güven	0.454	<b>&lt;0.001</b>	0.199	0.128
	<b>Boyut 4:</b> Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0.247	0.057	0.668	0.000
	<b>Boyut 5:</b> Bilişsel Farkındalık	0.033	0.804	0.237	0.069
<b>Kontro l Grubu</b>	<b>Boyut 1:</b> Olumlu İnanç	0.305	0.101	0.195	0.301
	<b>Boyut 2:</b> Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike	0.306	0.100	0.136	0.475
	<b>Boyut 3:</b> Bilişsel Güven	-0.133	0.485	-0.167	0.378
	<b>Boyut 4:</b> Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0.312	0.094	0.285	0.128
	<b>Boyut 5:</b> Bilişsel Farkındalık	0.099	0.602	0.269	0.151

r: Korelasyon Katsayısı, p<0.05 (Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı), p<0.01 (Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı)

#### 4.4. Vaka ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Çalışma

##### Durumu Değişkenlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Vaka ve kontrol grupları cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde vaka grubunda BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda ÜBÖ-30 toplam puanı ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu cinsiyete göre anlamlı bir fark görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 15.

*Vaka ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları*

		Erkek		Kadın		p
		Ort.	SD	Ort.	SD	
<b>Hasta Grubu</b>	<b>Beck Depresyon Puanı</b>	25.1	6.6	28.5	9.8	0.171
	<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	25.6	11.4	27.0	13.8	0.681
	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	81.6	13.0	82.3	12.3	0.840
	<b>Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	13.3	4.6	12.5	4.5	0.342
	<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	15.5	4.0	17.0	3.9	0.177
	<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	15.7	5.1	15.1	5.3	0.663
	<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	18.7	3.3	19.3	3.3	0.383
	<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	18.4	2.9	18.4	3.2	1.000
<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Beck Depresyon Puanı</b>	5.9	4.2	4.1	3.9	0.234
	<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	5.3	4.6	4.9	4.3	0.816
	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	64.8	10.4	57.2	8.1	<b>0.036</b>
	<b>Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	11.8	3.9	11.3	3.6	0.706
	<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	13.4	3.4	10.4	3.9	0.035
	<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	10.8	4.7	9.1	3.7	0.527
	<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	11.3	2.4	10.4	3.6	0.466
	<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	17.6	3.3	16.0	2.7	0.215

\*p<0.05

Gruplar yaş değişkenine göre incelendiğinde; vaka grubunda yaş ile üstbiliş Olumlu İnanç alt boyutu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $r = .25$ ,  $p < 0.05$ ).

Kontrol grubunda yaş ile üstbiliş Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır ( $r = .44$ ,  $p < 0.05$ ). Vaka ve kontrol gruplarının yaş değişkenine göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 alt boyut puanları Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16.

*Vaka ve Kontrol Gruplarının Yaş Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları*

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	Yaş		Yaş	
	r	p	r	p
<b>Beck Depresyon Puanı</b>	-0.067	0.611	-0.084	0.657
<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	-0.068	0.605	-0.240	0.202
<b>Üstbilis Ölçek Puanı</b>	0.224	0.086	-0.232	0.217
<b>Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	0.257	<b>0.047</b>	0.036	0.850
<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	0.107	0.415	-0.436	<b>0.016</b>
<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	0.156	0.233	0.070	0.714
<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	0.095	0.472	-0.096	0.613
<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	0.003	0.982	-0.268	0.152

r: Korelasyon Katsayısı, \*p<0.05

Gruplar medeni durum değişkenine göre incelendiğinde; kontrol grubunda medeni duruma göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve alt boyutlara puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Vaka grubunda ise medeni hal ile üstbilis ölçeği toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Evli hastaların üstbilis ölçek puanı ortalamaları bekâr hastalara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

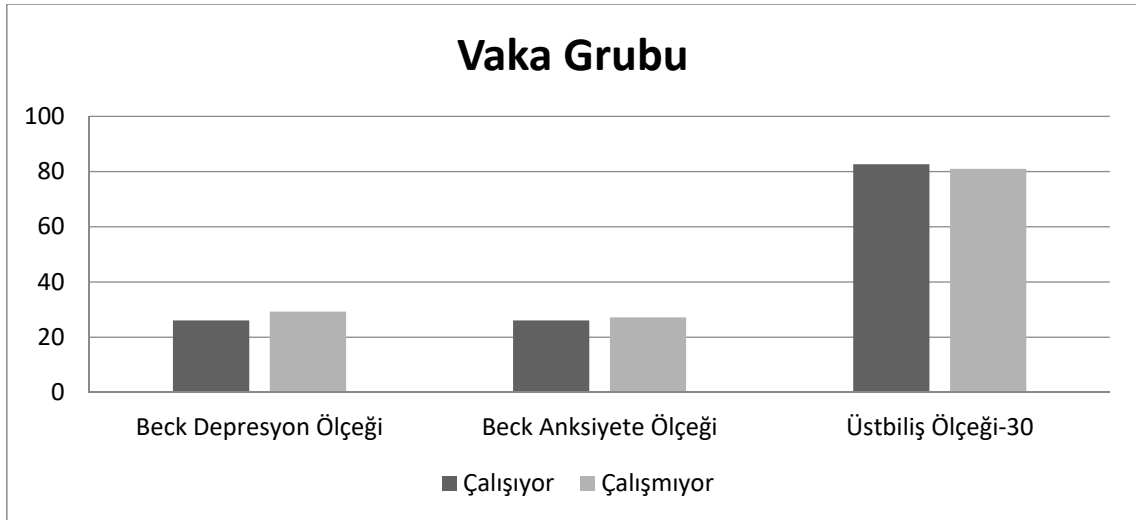
Tablo 17.

*Vaka ve Kontrol Gruplarının Medeni Durum Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları*

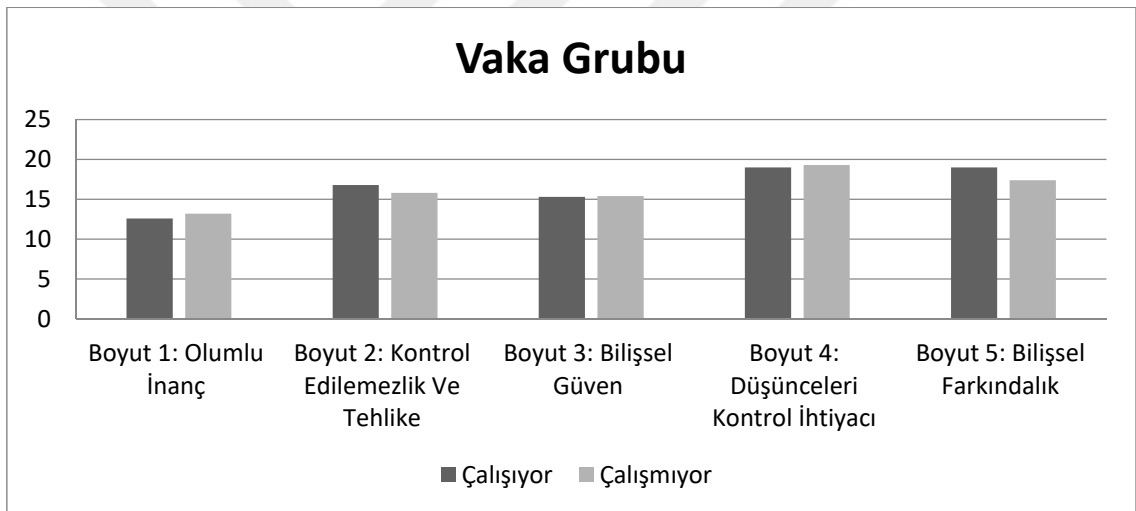
		Bekar		Evlü		p
		Ort.	SD	Ort.	SD	
<b>Hasta Grubu</b>	<b>Beck Depresyon Puanı</b>	25.8	7.8	29.3	10.1	0.136
	<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	23.8	10.0	30.0	14.6	0.065
	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	79.3	11.3	85.7	13.1	<b>0.048</b>
	<b>Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	11.9	4.6	13.9	4.2	0.086
	<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	16.0	3.4	17.0	4.6	0.331
	<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	14.1	5.4	16.8	4.6	0.052
	<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	18.8	3.0	19.5	3.6	0.367
	<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	18.4	2.8	18.4	3.5	0.973
<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Beck Depresyon Puanı</b>	5.7	4.0	3.1	3.9	0.124
	<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	5.7	3.8	3.5	5.6	0.225
	<b>Üstbiliş Ölçek Puanı</b>	61.8	10.9	59.6	7.2	0.598
	<b>Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	12.1	4.0	10.1	2.6	0.206
	<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	12.0	4.1	12.3	3.5	0.835
	<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	9.6	4.0	11.1	5.0	0.391
	<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	11.4	3.1	9.5	2.4	0.137
	<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	16.9	3.3	16.6	2.6	0.830

\*p<0.05

Gruplar çalışma durumu değişkenine göre incelendiğinde; vaka ve kontrol gruplarında medeni duruma göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30ve alt boyutlara puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Şekil 6, Şekil 7, şekil 8, Şekil 9).

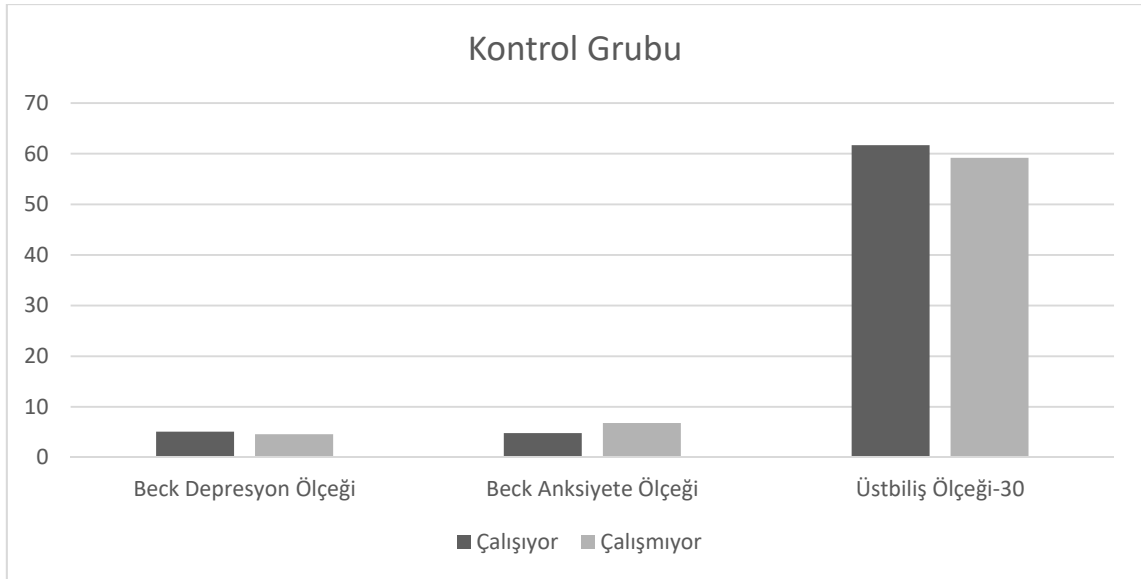


Şekil 6. Vaka Grubunun Çalışma Durumu Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Puan Ortalamaları

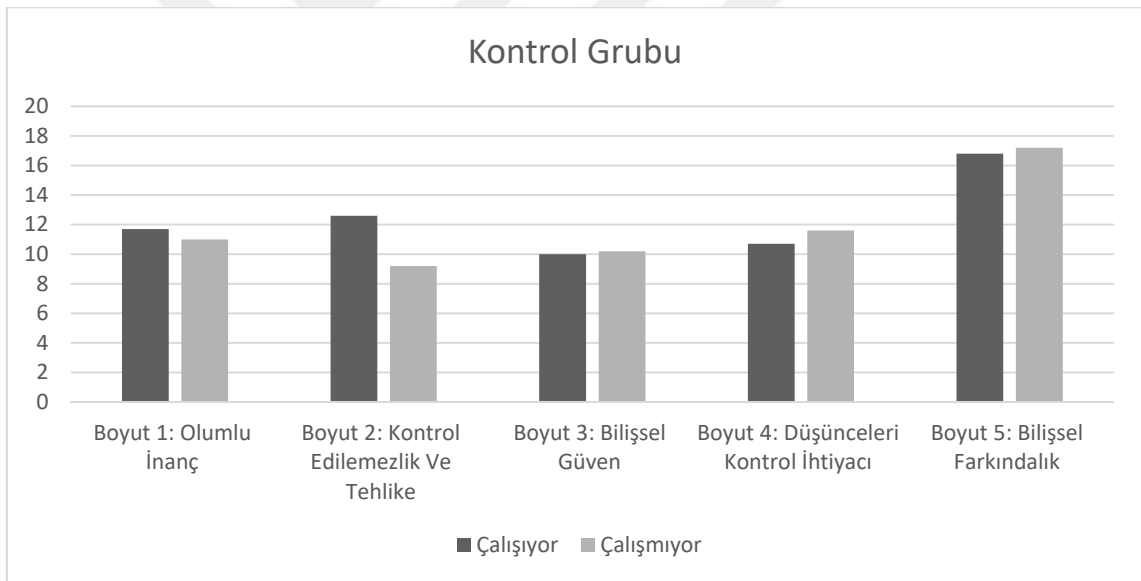


Şekil 7. Vaka Grubu Çalışma Durumu Değişkenine Göre ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları





**Şekil 8.** Kontrol Grubunun Çalışma Durumu Değişkenine Göre BDÖ, BAÖ ve ÜBÖ-30 Puanları



**Şekil 9.** Kontrol Grubu Çalışma Durumu Değişkenine Göre ÜBÖ-30 Alt Boyut Puanları

#### 4.5. Vaka ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalık Durumu, İntihar Girişimi ve Ailede Psikiyatrik Tanı Değişkenlerine Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

##### 4.5.1. Vaka ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalık Durumuna Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları

Vaka grubunda kronik hastalığı olan ve olmayan hastalar, BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve alt boyutlara göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki kişiler kronik hastalığı olup olmama durumuna göre ele alındığında, üstbilis Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu kronik hastalığı olan kişilerde, kronik hastalığı olmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p=0.023$ ) (Tablo 18).

Tablo 18.

*Kontrol Grubu Kronik Hastalık Değişkenine Göre Üstbilis Alt Boyutları Değerleri*

	Kronik Hastalık				p
	Yok		Var		
	Ort.	SD	Ort.	SD	
<b>Beck Depresyon Puanı</b>	5.3	4.2	3.5	3.1	0.429
<b>Beck Anksiyete Puanı</b>	5.3	4.6	3.8	2.5	0.507
<b>Üstbilis Ölçek Puanı</b>	61.8	10.7	57.8	1.3	0.461
<b>Kontrol Grubu Boyut 1: Olumlu İnanç</b>	11.8	3.9	10.3	2.5	0.457
<b>Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike</b>	12.6	3.7	8.0	2.2	<b>0.023</b>
<b>Boyut 3: Bilişsel Güven</b>	9.9	4.3	10.8	4.3	0.642
<b>Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b>	10.7	2.9	12.0	3.7	0.429
<b>Boyut 5: Bilişsel Farkındalık</b>	16.8	3.4	16.8	0.5	0.711

Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma,  $p<0.05$

##### 4.5.2. Vaka Grubunda İntihar Girişimine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları

Vaka grubunda intihar girişimi olan hastaların BDÖ ve Kontrol Edilemezlik ve Tehlike üstbilis alt boyutu puan ortalaması, intihar girişimleri olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 19.

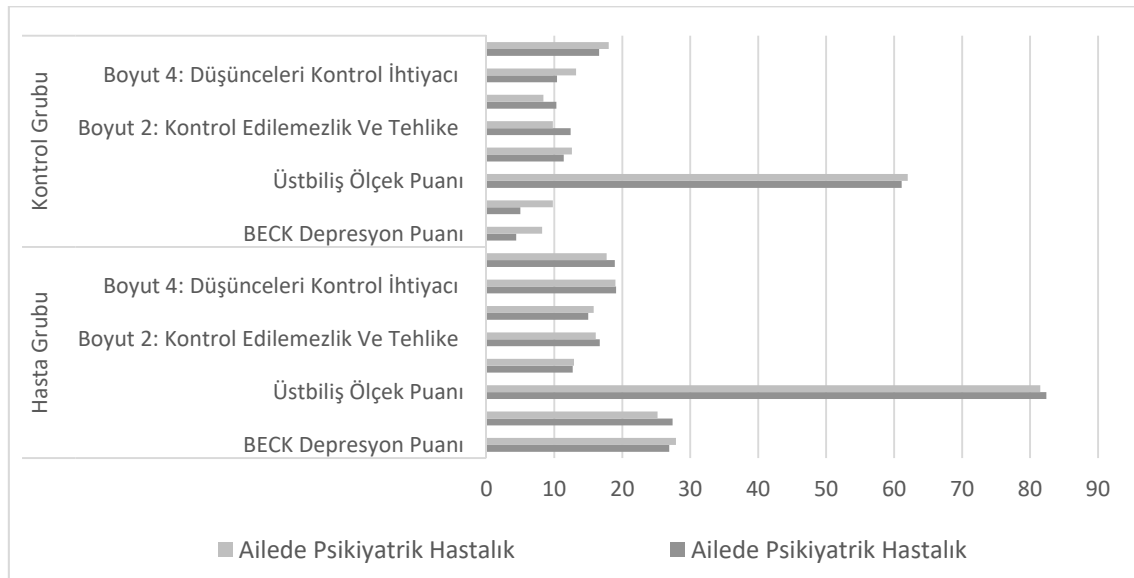
*Vaka Grubunda İntihar Girişimine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları*

		İntihar Girişimi				p
		Yok		Var		
		Ort.	SD	Ort.	SD	
Hasta Grubu	Beck Depresyon Puanı	26.3	8.7	34.7	7.2	<b>0.018</b>
	Beck Anksiyete Puanı	25.8	13.1	31.9	10.6	0.248
	Üstbiliş Ölçek Puanı	80.9	12.4	90.6	10.0	0.054
	Boyut 1: Olumlu İnanç	12.8	4.4	12.3	5.9	0.619
	Boyut 2: Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike	16.1	3.9	19.4	3.3	<b>0.034</b>
	Boyut 3: Bilişsel Güven	14.8	5.2	19.0	3.8	0.060
	Boyut 4: Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	18.9	3.2	20.9	3.2	0.129
	Boyut 5: Bilişsel Farkındalık	18.3	3.0	19.0	3.9	0.593

Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma,  $p < 0.05$

#### 4.5.3. Vaka ve Kontrol Grubunda Ailede Psikiyatrik Tanı Kriterine Göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve Alt Boyut Puanları

Vaka ve kontrol grupları, ailede psikiyatrik tanı olup olmama durumuna göre ele alındığında BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Şekil 10).



Şekil 10. Vaka ve kontrol grubunda ailede psikiyatrik tanı kriterine göre BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve alt boyut puanları

#### 4.6. Hipotezlerin Sınanması

**H1)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında üstbiliş ölçek puanları açısından anlamlı bir fark vardır. Araştırma sonucunda bu hipotez desteklenmiş, H1 hipotezi doğrulanmıştır.

**H2)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda depresyon düzeyine göre üstbiliş ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Araştırma sonucunda bu hipotez desteklenmiş, H2 hipotezi doğrulanmıştır. Vaka grubunda iki ölçek puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır.

**H3)** Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda anksiyete düzeyine göre üstbiliş ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Araştırma sonucunda bu hipotez desteklenmiş, H3 hipotezi doğrulanmıştır. Vaka grubunda iki ölçek puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır.

## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA

#### 5.1. Majör Depresif Bozukluk ve Üstbilis Arasındaki İlişki

Bu araştırma üstbilis düzeyinin majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda ve sağlıklı kontrol grubunda bir farklılık olup olmadığını araştırmak amacı ile yapılmıştır. Üstbilis düzeyini etkileyebileceği düşünülen cinsiyet, yaş, medeni durum, kronik rahatsızlık, ailede psikiyatrik tanı olup olmaması gibi değişkenlerin de etkisi araştırılmıştır.

Üstbilis kavramının 1979 yılında Flavell tarafından tanımlandığı bilinmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde bu alanda yapılan çalışmalar 2000’li yıllardan sonra artış göstermeye başlamıştır. Literatürde üstbilis ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar genellikle bu iki değişken arasındaki ilişkiyi bulmaya yönelik yapılmamıştır. Araştırmacılar tarafından belirlenen bir terapi yöntemi ile depresyon hastalarının üstbilis düzeyindeki değişimler araştırılmış, seçilen terapi yöntemleri çoğunlukla kişinin bilişsel düzeydeki inançlarını çalışmayı amaçlamaktadır. Bulgular üzerinde tartışılırken bu araştırmalara da değinilecektir.

Araştırmada majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda, Üstbilis Ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki bulgular ile tutarlılık göstermektedir (Sarısoy ve ark., 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Yılmaz ve ark., 2016). Üstbilis ölçeği alt boyutlarının hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yaptığımız araştırma, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike, Bilişsel Güven, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ve Bilişsel Farkındalık alt boyutlarının puanlarının depresyon hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğunu göstermiştir.

Üstbilis Ölçeği-30’un Olumlu İnanç alt boyutu, endişelenmenin olumlu ve faydalı bir süreç olduğunu ölçmektedir. Yaptığımız bu çalışmada depresyon hastalarının Olumlu İnanç alt boyut puanları ile sağlıklı kontrol grubu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon hastalarında hastalığın şiddetini ölçen BDÖ puanı arttıkça Olumlu İnanç puanlarının da arttığı bulunmuştur. Bu sonuç, depresyon hastalarında depresyon düzeyi arttıkça endişelenmenin olumsuz düşüncelerle baş etmede faydalı olacağı inancının da arttığını göstermektedir. Bu bulgu literatürdeki

çalışmalar ile tutarlılık göstermektedir (Sarısoy ve ark., 2013; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Yılmaz ve ark., 2016).

Özsoy ve Kuloğlu (2017), yaptıkları çalışmada depresyon hastalarında Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyut toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Bir diğer çalışmada da Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutunun depresyon hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu görülmüştür (Sarısoy ve ark., 2013). Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyut ortalamalarının majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı daha yüksek bulunması; depresyon hastalarının geçmiş, şu an ve gelecekle ilgili karamsar ve suçlayıcı düşüncelerinin olması ve bu karamsarlığı destekleyen ve üzüntüye, mutsuzluğa, ilgi kaybına neden olan olumsuz düşünceleri çürüten asıl kanıtları görmezden gelmeleri ile açıklanabilir. Bu kişiler çevrelerinde olan şeylerden kendilerini suçlama ve bir şeylerin değişmeyeceği, geleceğin de karanlık olduğunu düşünme eğilimindedirler. Araştırmada hastalarda Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyutu, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuş ve depresyon hastalarında BDÖ puanları ile Kontrol Edilemezlik ve Tehlike boyutu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum hastalardaki depresyon düzeyi arttıkça bu karamsar ve olumsuz düşüncelerinin arttığını ve kişilerin bu durumu kontrol edemeyeceklerine olan inancın arttığını ifade etmektedir.

Yılmaz ve ark. (2016) ve Özsoy ve Kuloğlu (2017), depresyon hastalarında Bilişsel Güven alt boyutu toplam puanının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Bilişsel Güven alt boyutu kişilerin belleklerine güvenlerini, belleklerinin gücünü ve unutkanlığı içeren maddelerden oluşmaktadır. Bu sorulardan alınan puanın yüksek olması kişinin bilişsel güveninin azaldığını göstermektedir. Çalışmada depresyon hastalarının Bilişsel Güven puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuş ve vaka grubunda BDÖ puanı arttıkça bilişsel güven puanlarının da arttığı yani kişilerin belleklerine olan güvenin azaldığı görülmüştür. Çipil (2018), Canbay (2018) ve Köseoğlu (2014); majör depresif bozuklukta üstbilişi araştırdıkları tez çalışmalarında bilişsel güven alt boyut puanının vaka grubunda anlamlı yüksek olduğunu ve BDÖ puanı arttıkça Bilişsel Güven alt boyut puanının da arttığını belirtmişlerdir. Sarısoy ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada depresyon hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında Bilişsel Güven boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ve yaptıkları korelasyon analizinde

depresyonun şiddetini ölçümledikleri form ile Bilişsel Güven boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu araştırmamızın bulgusu ile uyuşmamaktadır.

Bu çalışmada Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyut ortalaması vaka grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu bulgu Sarısoy ve ark. (2013) ve Yılmaz ve ark. (2016)'ın çalışmalarıyla tutarlıdır. Sarısoy ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada depresyon hastalarında BDÖ puanı arttıkça Düşünceleri Kontrol İhtiyacı puanının da arttığı görülmektedir. Yaptığımız araştırma ile tutarlı olan bu bulgu, depresyon şiddetlendikçe kişilerin olumsuz düşüncelerini daha fazla gündeme getirdiklerini, bu düşünceleri sürekli gözden geçirdiklerini, bazı şeyleri düşünmenin kötü olduğunu göstermektedir. Yılmaz ve arkadaşları, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı boyutunun depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı yüksek olduğunu bulmuş fakat BDÖ ile bu boyut arasında anlamlı bir ilişki belirtmemişlerdir. Çalışmalarında anksiyete bozukluklarında bu boyut ile daha çok karşılaşılabilceğini, anksiyetesi olan bireylerin kontrollerini kaybetmemek, kaygılarını önlemek için bu belirtileri gösterdiklerini belirtmiştir. Köseoğlu (2017)'nin tez çalışması bulguları bu bulgular ile tutarlılık göstermekte fakat yaptığımız çalışma ile uyuşmamaktadır.

Bilişsel Farkındalık alt ölçeği kişilerin düşüncelerini izlemelerini ve düşünce süreçlerine odaklanma durumlarını ölçmektedir. Çalışmamızda bu alt ölçek puanları depresyon hastalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı yüksek bulunmuştur. Depresyonda kişilerde, olumsuz otomatik düşüncelerin ve ruminasyonların sıklıkla görüldüğü bilinmektedir. Bu ortalamanın yüksek olması, depresyon hastalarının olumsuz düşüncelerle, akıllarından geçenlerle fazla uğraştıklarını ve düşünceleri rumine etme eğiliminde oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgu Yılmaz ve ark. (2016) ve Sarısoy ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Özsoy ve Kuloğlu (2017)'nin MDB ve Panik Bozukluk hastalarında üstbilis işlevlerini değerlendirdikleri çalışma ile uyuşmamaktadır.

Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda depresyon düzeyini ölçen BDÖ puanı arttıkça ÜBÖ-30 puanının da arttığı bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumluluk göstermektedir. Papageorgiou ve Wells, 2003 yılında yayınladıkları çalışmada depresyon ve üstbilis ilişkisini araştırmışlardır. Depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde üstbilis düzeyinin de yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ek olarak, kişilerin depresif düşünceleri hakkındaki olumsuz inançları ve bu üzüntü veren depresif

düşüncelerle ruminasyonla baş etmeye çalışmasının, depresif belirtilerin sürekliliğini ve şiddetini arttırdığını da belirtmişlerdir (Papageorgiou ve Wells, 2003). Ashouri ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Majör Depresif Bozuklukta, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Metacognitif Terapinin (MCT) etkinliği incelenmiştir. 18-50 yaş aralığındaki 33 depresyon hastasıyla yapılan çalışmada 10 katılımcı BDT grubuna, 10 katılımcı MCT grubuna ve 13 denek ise kontrol grubuna alınmıştır. İki deney grubunda hastalara uygulan ilaç tedavisine ek olarak BDT ve MCT uygulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılar ise sadece ilaç tedavisi almıştır. Yapılan analizler sonucu iki deney grubunda da katılımcıların depresyon ölçek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Bu çalışma, üstbilis ve depresyon arasında araştırması gerekli bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Anksiyete, depresyona sıklıkla eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan biridir (Hammen ve Gotlib, 2009; Bartlett, Singh ve Hunter, 2017). Bu nedenle depresyon hastalarındaki anksiyete düzeylerinin nasıl olduğu ve üstbilis düzeyi ile ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Depresyon hastalarında anksiyete düzeyi arttıkça üstbilis toplam puanında da arttığı görülmüştür. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalar ile uyum göstermektedir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Yılmaz ve ark., 2016). Bu çalışmada depresyon hastalarındaki anksiyete düzeyi arttıkça Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyut puanının da arttığı bulunmuştur.

Depresyonda bedensel semptomlarda artış görülmektedir. Yapılan bir çalışma, kalp krizi geçiren kişilerde depresyon tabloya eklendiğinde ikinci kez kalp krizi riskinin arttığını göstermiştir (Mete, 2008). Bu nedenle araştırmaya bir değişken olarak kronik hastalık varlığı ve yokluğu incelendiğinde hasta grubunda kronik hastalık oranı anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Depresyon hastalarında kronik hastalık değişkeni ile ölçekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç literatürle uyuşmamaktadır. Kontrol grubunda kronik hastalığı olan bireylerin üstbilis ölçek puanı ve Kontrol Edilemezlik ve Tehlike puanı kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kontrol grubu katılımcılarından intihar girişiminde bulunan kişi bulunmamaktadır. Vaka grubunda 7 hasta intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Gruplar intihar girişimi değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). İntihar girişiminde bulunan depresyon hastalarının BDÖ puanı ve üstbilis Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alt boyut puanı intihar girişiminde bulunmayan depresyon hastalarına göre anlamlı olarak yüksek



bulunmuştur. İntihar depresyon sürecinin kişi için en olumsuz sonucudur ve hasta takibi esnasında bu noktaya dikkat edilmesi gerekmektedir. 1947 yılında yapılan Lunbdy projesinde hastalar uzun süreli gözlemlerde tutulmuşlardır. İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişiler incelendiğinde 14 kişinin 9'unda depresyon tanısı olduğu görülmüştür (Hagnell ve Rorsman, 1978).

Çalışmada bir değişken olarak ailede psikiyatrik tanı olup olamama faktörü araştırılmıştır. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık görülen kişilerde depresyon görülme riski popülasyona göre 2-3 kat artmaktadır (Levinson, 2006). Bu çalışmada depresyon hastalarının ailelerinde psikiyatrik tanı görülme durumu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu veriler literatürle tutarlılık göstermektedir. Bu değişken ele alınarak vaka ve kontrol gruplarında BDÖ, BAÖ, ÜBÖ-30 ve ÜBÖ-30 alt boyut puanlarına göre incelendiğinde iki grupta da ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

## BÖLÜM VI

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Bu araştırma majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbiliş düzeyinin değerlendirildiği literatürdeki sınırlı çalışmalardan biridir. Ana hipotez olan majör depresif bozuklukta üstbiliş düzeyinin kontrol grubuna oranla daha yüksek olma durumu yapılan çalışma ve analizler sonucu doğrulanmıştır. Depresyon hastalarında daha yüksek çıkan üstbiliş puanları bu hastalarda üstbiliş sistemi ile çalışmanın gerekliliğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada Üstbiliş Ölçeği alt boyutu olan Olumlu İnanç dışındaki tüm alt boyutlarda ve toplam puanda depresyon hastalarının puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bu bulgular metakognitif terapi yöntemlerinin depresyon hastalarına uygulanabileceğini göstermektedir. Wells, Papageorgiou ve Moritz gibi araştırmacılar metakognitif terapinin depresyon hastalarında uygulanması üzerine detaylı çalışmalar yapmaktadırlar. Bu çalışmalarda katılımcıların depresyona eşlik eden sıklıkla otomatik ve bilinçsiz düşünce kalıplarını tanıma ve düzeltme yapmalarını sağlamaktadırlar. Öngörüldüğü gibi çalışmalar sonucunda tedavi boyunca üstbilişsel inançlarda iyileşme sağlanmıştır (Papageorgiou ve Wells, 2003; Jelinek, Quaquebeke ve Moritz, 2017).

Araştırmada Üstbiliş Ölçeği alt boyutu olan Kontrol Edilemezlik ve Tehlike boyutu kişilerin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol altında tutması gerektiği ve endişelerin kontrol edilemeyeceğine yönelik kendi içinde iki boyuttan oluşmaktadır. Bu boyut puanı vaka grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bilişsel Güven alt boyut puanı, depresyon hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Bu boyut kişilerin dikkat ve belleklerine güvenlerinin olmamasını içermektedir. Depresyon hastalarının bellek ve dikkatlerine kontrol gruplarına göre daha az güvendiği görülmektedir. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutu kişinin olumsuz ve cezalandırılma gibi düşüncelerini kontrol edememesi sonucu olası zarar verici sonuçlardan kendisini sorumlu hissetmesini ve cezalandırılacağını düşünmesini içermektedir. Bu alt boyut puanının depresyon hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu

saptanmıştır. Bilişsel Farkındalık alt boyutu kişinin sürekli kendi düşünce süreçleriyle ilgilenmesini, uğraşmasını ifade etmektedir. Bu alt boyutun puanı depresyon hastalarında kontrol grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Depresyon toplumda görülme sıklığı yaygın olan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Kişilerin işlevsellik alanlarını da etkilediğinden hem bireyi hem toplumu etkilemektedir. Bu nedenle belirtilerin muayenelerde saptanması, doğru tanının konması ve gerekli tedavi yöntemlerinin uygulanması oldukça önemlidir. Bu çalışma ve literatürdeki bazı çalışmalar depresyon hastalarının üstbilis düzeylerinin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında patolojik düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu nedenlerle kişilerin bilişsel süreçleri üzerindeki inançlarını içeren; bilişsel süreçlerini izlemesini, değerlendirmesini ve bunu eyleme dönüştürmesini etkileyen üstbilis sistemi üzerinde çalışmak hastalığın tedavisi için kıymet taşımaktadır.

## **6.2. Öneriler**

2000'li yıllarda psikiyatrik hastalıklar ve üstbilis kavramı arasındaki ilişki üzerine derinlemesine çalışılmaya başlanmıştır. Bu çalışma depresyon hastaların üstbilis işlevlerini değerlendirmek amacı ile vaka-kontrol desenli bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu ilişkinin daha güçlü yordanabilmesi için araştırma daha fazla vaka ele alınarak tekrarlanabilir.

## 7. KAYNAKÇA

- Alper, Y. (2012). *Bütün Yönleriyle Depresyon*. İstanbul: Özgür.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısasal ve sayımsal el kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106 (1), 71-74.
- Angst, J., Angst F. ve Stassen. H.H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J ClinPsychiatry*, 60(2), 57-62.
- Aşkın, R. (1999). *Depresyon El Kitabı* (2. bs). Konya: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.
- Arkar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Aydın, O. (2015). Şizofreni Hastalarında Üstbiliş Ve Üstbilişi Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- Balcıoğlu, İ. (1999). Depresyonun Etyopatogenezi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. 19-28.
- Bartlett, A.A., Singh, R. ve Hunter, R.G. (2017). *Anxiety and Epigenetics*. R. Delgado-Morales (Ed.). Neuroepigenomics in Aging and Disease içinde. Canada: Springer International Publishing, 145-166.
- Beck, A.T. ve Alford, B.A. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2. Bs). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bright, M., Parker, S., French. P., Morrison, A.P., Tully, S., Stewart, S.L.K. ve Wells, A. (2018). Assessment of metacognitive beliefs in an at risk mental state for psychosis: A validation study of the Metacognitions Questionnaire-30. *Clin Psychol Psychother*, 25(0), 710–720.
- Brown, A.L.(1977). Knowing When, Where and How to Remember: A Problem of metacognition. *Technical Report*. University of Illinoisat Urbana-Champaign: Cambridge.
- Brown, A. L. (1987). Executive Control, Self-Regulation and Other More Mysterious Mechanisms. In F. E. Weinert and R. Kluwe (Eds.). *Metacognition, Motivation and Understanding*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 65-116.
- Camkurt, M.A. (2015). Majör Depresyonun Tedavisinde ve Etyolojisinde Yeni Umutlar, Yeni Ufuklar: MikroRNA'lar. *Journal of Mood Disorders*, 5(1). 23-30.

- Canbay, C. (2018). Unipolar Ve Bipolar Depresyon Tanılı Hastaların Üstbilişsel Süreçler Ve Başa Çıkma Biçimleri İlişkisinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3), 319–325.
- Cryan, J.F. ve Leonard, B.E. (2000). 5-HT<sub>1A</sub> and beyond: the role of serotonin and its receptors in depression and the antidepressant response. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 15(2), 113-135. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(200003\)15:2<113::AID-HUP150>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(200003)15:2<113::AID-HUP150>3.0.CO;2-W)
- Çelik, F.H., ve Hocaoğlu, Ş. (2016). Major Depressive Disorder' Definition, Etiology and Epidemiology:A Review. *Journal Of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66. Doi:03180.
- Çipil, A. (2018). Depresyon Eş Tanısı Olan Panik Bozuklukta Değişen Üstbilişsel Faktörlerin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- Çorapçıoğlu, A. ve Aydemir, Ö. (1999). *DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme–Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 73–75.
- Dienes, Z. Perner, J. (1999). A theory of implicit and explicit knowledge. *Behav Brain Sci*, 22, 735-755.
- Dunlosky, J. ve Metcalfe, J. (2009). *Metacognition*. United State: Sage Publications.
- Ebmeier, K.P., Donaghey, C., Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367, 153-67.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi*, 62, 25-30.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring A New Area of Cognitive—Developmental Inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Freud, S. (1957). *Mourning and Melancholia*. London: Hogart Press.
- Hacker, D. J. ve Dunlosky, J. (2003). Not all metacognition is created equal. *New Directions for Teaching and Learning*, 95, 73-79.
- Hagnell, O.. ve Rorsman, B. (1978). Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. *Neuropsychobiology*, 4, 180-187.

- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir alışma. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.
- Işık, E., Işık, U. ve Taner, Y. (Ed.) (2013). *ocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitapevi.
- Jelinek, L., Quaquebeke, N.V. ve Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*, 7, 3449.
- Karakelle, S., ve Saraç, S. (2010). Üst Biliş Hakkında Bir Gözden Geçirme: Üstbiliş alışmaları mı Yoksa Üst Bilişsel Yaklaşım mı? *Türk Psikoloji Yazıları*, 13 (26), 45-60.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukak, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *The Medical Bulletin of şişli Etfal Hospital*, 45 (2), 65-74.
- Kaya, B. ve Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 3-10.
- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S. ve Öztürk. Ö. (2004). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 55-56.
- Kofler, M., Schiefecker, A.J. , Gaasch, M., Unterweger , B.S., Fuchs, D., Beer,R., Ferger, B., Rass, V., Hackl, W., Rhomberg, P., Pfausler, B., Thomé, C., Schmutzhard, E. ve Helbok, R. (2018). A reduced concentration of brain interstitial amino acids is associated with depression in subarachnoid hemorrhage patients. *Scientific Reports*, 9, 2811.doi: 10.1038/s41598-019-39569-5.
- Kind, P. ve Sorenson, J. (1993). The cost of depression. *J Clin Psychiatry*, 54, 191-195.
- Köseoğlu, F. (2013). Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Lenzoa, V., Toffleb, M.E., Tripodia, F. ve Quattropania, M.C. (2016). Gender Differences In Anxiety, Depression And Metacognition. *4th International Congress on Clinical and Counselling Psychology*. Tokyo: Future Academy,1-16.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry*, 60(2), 84-92.

- Levinson, D.F. (2008). Handbook of Depression. Godlib, I.H., Hammen, C.L. (Ed.). *Genetics of Major Depression* (165-180). New York.
- Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Moreno-Ortega, M., Prudic, J., Rowny, S., Patel, G.H., Kangarlu, A., Lee, S., Grinband, J., Palomo, T., Perera, T., Glasser, M.F. ve Javitt, D.C. (2019). Resting state functional connectivity predictors of treatment response to electroconvulsive therapy in depression. *Scientific Reports*, 9, 5071. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41175-4>.
- Mullins, N. ve Lewis, C.M. (2017). Genetics of Depression: Progress at Last. *Current Psychiatry Reports*, 19, 43. DOI 10.1007/s11920-017-0803-9.
- Nestler, E.J., Barrot, M., DiLeone, R.J., Eisch, A.J., Gold, S.J. ve Monteggia, L.M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25. Doi: 10.1016/S0896-6273(02)00653-0.
- Olchanski, N., Myers, M.M., Halseth, M., Cyr, P.L., Bockstedt, L., Goss, T.F. ve Howland, R.H. (2013). The Economic Burden of Treatment-Resistant Depression. *Clinical Therapeutics*. 35 (4), 512-522.
- Özsoy, F. ve Kuloğlu, M. (2017). Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Journal Of Contemporary Medicine*, 7(1), 42-49.
- Öztürk, O.M. ve Uluşahin, A.N. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp.
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Reeve, R.A. ve Brown, A. L. (1985). Metacognition Reconsidered: Implications for Intervention Research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 343-356.
- Ribeiro A, Ribeiro JP, von Doellinger O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry*, 40(1), 105-109. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2107.
- Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D.D., Ay, N.D., Yilman, T., Mor, S., Korkmaz, I.Z., Kaçar, O.F. ve Gümüş, K. (2013). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nord J Psychiatry*, 68, 275-281.

- Savrun, M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 11-17.
- Sertöz, Ö.Ö. ve Mete, H.E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 63-69.
- Silverstone, P.H., Lemay, T., Elliott, J., Hsu, V. Ve Starko, R. (1996). The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry*, 41(2), 67-74.
- Soysal, A.Ş. ve Uzbay, İ.T. (2006). Beyin Ödüllendirme Sistemi Majör Depresyon Tedavisinde Yeni Bir Hedef Olabilir mi? *New Symposium Journal*, 44(1), 3-13.
- Sramek, J.J., Murphy, M.F. ve Cutler, N.R. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci*, 18(4), 447-457.
- Sullivan, H.S. (1955). *The Interpersonal Theory Of Psychiatry*. Great Britain: Tavistock Publications Limited.
- Stein, D.J., Kupfer, D.J. ve Schatzberg, A.F. (Ed.) (2007). Duygudurum Bozuklukları. Türkiye: Sigma Publishing.
- Thomas, O., Nelson, T.O. ve Narens, L. (1990). Metamemory: A Theoretical Framework And New Findings. *The Psychology of Learning and Motivation*, 26, 125-141.
- Tosun A, Irak M (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- Ulusoy, M., Şahin, N., and Erkmen, H. (1998). 'Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties'. *J. Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12, 163-172.
- Üçel. U.İ. (2016). Depresyon Etiyolojisi ve Sitokinlerin Rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (1). 41-45.
- Ünal, S. ve Özcan. E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 1 (1), 41-48.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK:Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: New York: Guilford.



- Wells, A.ve Cartwright-Hatton. S. A. (2004). Short Form Of The Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther*, 42, 385-396.
- Wells, A. ve Papageorgiou, C.(1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*, 36(9), 899-913.
- Wells, A., ve Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. NY: Psychology Press.
- World Health Organization (2017). Mental Disorders: Depression. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/) (12.03.2019).
- Yemez, B., ve Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25.
- Yeşilbaş, D. (2008). Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.
- Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O. ve Atmaca, M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(6), 451-458.
- Zimmerman, B.J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory into Practice*, 41(2), 64-70.

## 8. EKLER

## 8.1. Etik Kurul Onayı

T.C. CAĞ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ/ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA İZİNİ/ETİK KURULU İZİNİ TALEP FORMU VE ONAY TUTANAK FORMU	
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
T.C. NOSU	12665279042
ADI VE SOYADI	ÖYKÜ DENİZ TORUN
ÖĞRENCİ NO	201710099
TEL. NO' LARI	5301128821
E-MAIL ADRESLERİ	oynudeniz@gmail.com
ANA BİLİM DALI	Psikoloji
PROGRAM ADI	Tezli Psikoloji Yüksek Lisans
BİLİM DALININ ADI	Psikoloji
HANGİ AŞAMADA OLDUĞU (DERS/TEZ) İSTEKDE BULUNDUĞU DÖNEME AİT DÖNEMLİK KAYDINI YAPILIP-YAPILMADIĞI	Tez 18-19 2022 DÖNEMİ KAYDINI YENİLEDİM / YENİLEDİM.
ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
TEZİN KONUSU	MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ KİŞİLERDE ÜSTBİLİŞ İŞLEVLERİNİN İNCELENMESİ
TEZİN AMACI	Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı almış kişilerde üstbilîş işlevlerinin ve soyo-demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb) incelenmesi amaçlanmıştır.
TEZİN TÜRKÇE ÖZETİ	Düşünme ve problem çözme, akıl yürütme ve karar verme, bireysellik bilişsel süreçlerdir. Üstbilîş ise kişinin bilişsel süreçleri üzerinde düşünmesi, bilişsel süreçlerini izlemesi ve değerlendirmesidir. Bilîş ile üstbilîş arasındaki fark, bilîşin algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içermesi fakat üstbilîşin insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşüncesini içermesidir. Üstbilîş, kişinin kendi zihnindeki işlevlerin ve olayların farkında olmasını içeren bir üst sistemdir. Üstbilîş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin uyumu yönelik ve işlevsel çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemdeki herhangi bir sapmanın birçok psikopatolojinin gelişmesine ve sürmesine önemli rol oynayacağı düşünülmektedir. Depresif bireylerin nöropsikolojik değerlendirmelerinde sağlıklı kontrollere göre psikomotor hız, dikkat, bellek ve yönetici işlevlerde bozulmalar ortaya konmuştur. Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı almış kişilerde üstbilîş işlevlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.
ARAŞTIRMA YAPILACAK OLAN SEKTÖRLER / KURUMLARIN ADLARI	Sağlık Bakanlığı / İstanbul Valiliği / İl Sağlık Müdürlüğü / İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İZİN ALINACAK OLAN KURUMA AİT BİLGİLER (KURUMUN ADI - ŞUBESİ / MÜDÜRLÜĞÜ - İLÇESİ)	Sağlık Bakanlığı / İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İl Sağlık Müdürlüğü / Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Geliştirme Birimi- Zeytinburnu-İSTANBUL
YAPILMAK İSTENEN ÇALIŞMANIN İZİN ALINMAK İSTENEN KURUMUN HANGİ İLÇELERİNDE / HANGİ KURUMUN / HANGİ BÖLÜMÜNDE / HANGİ ALANININ / HANGİ KONULARDA / HANGİ GRUBA / KİMLERE / NE UYGULANACAKI GİBİ AYRINTILI BİLGİLER	İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Psikiyatri polikliniğine başvuran major depresif bozukluk tanısı almış hastalar ile üstbilîş işlevleri ile ilgili çalışma yapması planlanmaktadır.
UYGULANACAK OLAN ÇALIŞMAYA AİT ANKETLERİN / OLÇEKLERİN BAŞLIKLARI / HANGİ ANKETLERİN - OLÇEKLERİN UYGULANACAKI	Üstbilîş Ölçeği-30 / Beck Depresyon Ölçeği / Beck Anksiyete Ölçeği
EKLER (ANKETLER, OLÇEKLER, FORMLAR GİBİ EVRAKLARIN İSİMLERİLE BİRLİKTE KAĞAZ ADETİSA TPA OLDUKLARINA AİT BİLGİLER İLE AYRINTILI YAZILACAKTIR)	1)Üstbilîş Ölçeği-30 Depresyon Ölçeği 3)Beck Anksiyete Ölçeği 4)Soyodemografik bilgi formu Formu
ÖĞRENCİNİN ADI - SOYADI: Öykü Deniz Torun	ÖĞRENCİNİN İMZASI:
TARİH: 26/10/2018	
TEZ/ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRME SONUCU	
1. Seçilen konu Bilim ve İş Dünyasına katkı sağlayabilecek	
2. Anılan konu faaliyet alanı içerisine girmektedir	
1. TEZ DANIŞMANININ ONAYI Adı - Soyadı: Prof. Dr. Sibel Özyürek Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
2. TEZ DANIŞMANININ ONAYI (VARSA) Adı - Soyadı: Unvanı: İmzası: 1 / 20	
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNÜN ONAYI Adı - Soyadı: İbrahim İnan Unvanı: SOBE MD Yrd. İmzası:	
A.B.D. BASKANININ ONAYI Adı - Soyadı: Sibel Özyürek Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
ETİK KURULU ASIL ÜYELERİNE AİT BİLGİLER Adı - Soyadı: Mustafa BAŞARAN Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
Adı - Soyadı: Yücel ERTEKİN Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
Adı - Soyadı: Deniz Aynur GÜLER Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
Adı - Soyadı: Ali Engin OBA Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
Adı - Soyadı: Mustafa Tevfik ODMAN Unvanı: Prof. Dr. İmzası:	
Etik Kurulu Jüri Başkanı - Asıl Üye	
Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi 1	
Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi 2	
Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi 3	
Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi 4	
Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi 5	
Etik Kurulu Jüri Yedek Üyesi	
Adı - Soyadı: Unvanı: İmzası: 1 / 20	<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ İLE <input checked="" type="radio"/> OY ÇOKLUĞU İLE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Çalışma yapılacak olan tez için uygulayacak olduğu Anketleri/ Formları Ölçeği ve Üniversitemiz Etik Kurulu Asıl Jüri Üyelerince İncelenmiş olup, 26.10.2018 ve 11.11.2018 tarihleri arasında uygulanmak üzere gerekli iznin verilmesi tarafımızca uygundur.</p> </div>	
<p>ETİK KURULU JÜRİ YEDEK ÜYESİ</p> <p>ÇAÇIKLAMA: BU FORM ÖĞRENCİLER TARAFINDAN HAZIRLANDIKTAN SONRA ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE ONAYLATILARAK ENSTİTÜ SEKRETERLİĞİNE TESLİM EDİLECEKTİR.</p> <p>EKLERİ: (.....) Sayfa Üstbilîş Ölçeği Beck Depresyon Ölçeği Beck Anksiyete Ölçeği...  (.....) Sayfa Anket.  (.....) Sayfa Formları.</p>	

## 8.2. Onam Formu

“Majör Depresif Bozuklukta Üstbiliş İşlevlerinin İncelenmesi” adlı çalışma majör depresif bozukluk tanısı almış kişilerde üstbilişsel işlevlerin araştırılması ve değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [oykudenizt@gmail.com](mailto:oykudenizt@gmail.com) e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen belirtiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Araştırmacı:

Psikolog Öykü Deniz TORUN

e-posta: [oykudenizt@gmail.com](mailto:oykudenizt@gmail.com)

### 8.3. Sosyodemografik Bilgi Formu

Ad-soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

1-Kadın

2-Erkek

Medeni Durum

Bekar

İlişkisi var:

İlişkisi yok:

Evli

Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil.

Okur-yazar.

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekokul

Lisans

Çalışma Durumu

1-Çalışmıyor

2-Çalışıyor

Çalışıyor ise meslek:

Aylık Gelir Düzeyi

1000TL ve altı

1000TL – 2.000 TL

2000TL – 4.000 TL

4.000 TL ve üstü

### Sigara Kullanımı

1-Kullanmıyor.

2-Kullanıyor.

Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

1-Hayır

2-Evet

Evet. ise belirtiniz:

İntihar girişimi:

1-Var

2-Yok

Var ise sayısı:

Daha önce gördüğünüz psikiyatrik tedavi durumu:

1-Yok

2-Var

Var ise açıklayınız:

Ailede psikiyatrik tanısı olan kişi var mı?

#### 8.4. Beck Depresyon Ölçeği

##### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
  1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
  1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
  2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
  1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
  1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
  1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
  1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
  1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek. konuşmak isteğimi kaybetmedim.
  1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak. görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
  1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
  1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
  2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



### 8.5. Beck Anksiyete Ölçeği

**Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik. titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				

13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

### 8.6. Üstbilis Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

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

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

17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden 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 çözmeye 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)

### 8.7. Majör Depresyon Tanısı ve Sınıflama Kriterleri

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

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

(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 başlanınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

(2) Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi de belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

(3) Kilo vermeye çalışırken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kiloalma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5 inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

(4) Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

(5) Neredeyse her gün, psikodevinsel kıskırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama(başkalarınınca da 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 aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız 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 başkalarınınca 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 fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. Yas, batıklık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman 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 fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.



## 8.9. Araştırma İzin Belgesi



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
13/11/2018 08:44 - 79341859 - 799 - E.20476  
00080685321

Sayı : 79341859-799  
Konu : Öykü Deniz TORUN'un  
Tez Anket İzni Hk.

### İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 12/11/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-3541 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi **Öykü Deniz TORUN'un**, Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'un danışmanlığında yürütülecek; "**Major Depresif Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Üst Biliş İşlevlerinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışmasını, kurumumuzda yapma talebi Hastane Yönetimi tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Prof.Dr. H.Mustafa ÖZDEMİR  
Başhekim

Halaskargazi cad. Etfal sok. 34371 Şişli/İstanbul  
Faks No:2122240772  
e-Posta:deniz.sahin5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sislietfal.gov.tr

Bilgi için:Deniz ŞAHİN  
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL  
Telefon No:2123735000/6767

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 387a5175-a3e8-483d-8cc9-5338a9a73 fef kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
30/12/2018 19:52 - 16867222 - 604.01.01 - E.4173



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Öykü Deniz TORUN'un  
Tez Anket İzni Hk.

HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 30/10/2018 tarihli ve 71211201-1834 sayılı yazı.  
b) 13/11/2018 tarihli ve 79341859-799-20476 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi **Öykü Deniz TORUN'un**, Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'un danışmanlığında yürütülecek; "**Major Depresif Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Üst Biliş İşlevlerinin İncelenmesi**" konulu tez çalışması, ilgi b) sayılı yazınız ile Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f6ac3f2c-3cdc-44f7-98cc-e66fdfeae6b kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Araştırma ve Uygulama Merkezi(SAUM)  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:2181  
Konu: Onay yazısı

Tarih: 20/11/2018



## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Majör depresif bozukluk tanısı almış hastalarda üstbilis işlevlerinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	AÇIK ADRESİ:	Halaskargazi Cad. Etfal Sk. 34371 ŞİŞLİ / İSTANBUL
	TELEFON	0212 373 50 00 Dahili:6565
	FAKS	0212 224 07 72
	E-POSTA	Etfal.EtikKurul@sislietfal.gov.tr
BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Psk.Öğr. Deniz TORUN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Kliniği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
		FAZ 1





Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.*

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Ad Soyad:** Öykü Deniz TORUN

**Doğum Tarihi/Yeri :** 21.06.1993/ İskenderun

**E-posta :** [oykudeniztorun@gmail.com](mailto:oykudeniztorun@gmail.com)

### EĞİTİM BİLGİLERİ

Mersin Namık Kemal İlköğretim Okulu / 2007

Mersin Eyüp Aygar Anadolu Lisesi / 2011

Mersin Üniversitesi/ Fen-Edebiyat Fakültesi/ Psikoloji Bölümü / 2015

Çağ Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Yüksek Lisans / 2019

### ÇALIŞMA BİLGİLERİ

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği / 2018-  
Halen