



**T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR VE UNİPOLAR DEPRESİF EPİZOD SIRASINDA
BİLİŞSEL HATALAR VE MÜKEMMELİYETÇİLİK**

Dr. Ayşe ERGÜNER ARAL
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2022



**T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR VE UNİPOLAR DEPRESİF EPİZOD SIRASINDA
BİLİŞSEL HATALAR VE MÜKEMMELİYETÇİLİK**

**Dr. Ayşe ERGÜNER ARAL
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gökhan SARISOY**

SAMSUN- 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlanma Őansına sahip olduğum, mesleki ve insani değerleriyle örnek aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Doç. Dr. Aytül KARABEKİROğLU ve Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN'e;

Tez sürecimde ve asistanlık eğitimimde akademik bilgisi ve deneyimleriyle desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danıŐmanım Prof. Dr. Gökhan SARISOY'a;

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıŐmaktan keyif aldığım, her konuda paylaŐımda bulunduğum tüm psikiyatri kliniği çalıŐanlarına;

Daima arkamda olan sevgili annem Saraynaz ERGÜNER'e, babam Kenan ERGÜNER'e; hayatımda olduğu andan itibaren sevgi, ilgi ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eŐim Armağan ARAL'a ve tüm aile üyelerime sevgi, saygı ve sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Samsun-2022

Dr. Ayşe ERGÜNER ARAL

BEYAN

“Bipolar ve Unipolar Depresif Epizod Sırasında Bilişsel Hatalar ve Mükemmeliyetçilik” konulu tez çalışmasının bana ait orijinal bir araştırma olduğunu, tezin planlanması ve başlangıcından yazımına kadar tüm aşamalarında etik olmayan bir davranışımın bulunmadığını, araştırmadaki verileri etik ilkeler dahilinde elde ve analiz ettiğimi, analiz sonuçlarının yorumlanmasında katkısı olan kaynakların tamamının kaynaklar listesinde yer aldığını, bu tez çalışması ve yazımı esnasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ayşe ERGÜNER ARAL

2022

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, akut depresyon dönemlerindeki bipolar depresyon (BD) ve unipolar depresyon (UD) hastaları ve sağlıklı kontrollerin, bilişsel çarpıtmaları ve mükemmeliyetçi özellikleri açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu tez çalışması 80 unipolar depresyon ve 80 bipolar depresyon hastaları ile 80 sağlıklı kontrollerden oluşan kesitsel bir çalışmadır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (BÇÖ), Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ölçüm araçları kullanılmıştır. Sağlıklı kontroller diğer katılımcılarla cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından aynı oranda dağılım göstermesi göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Her üç gruptaki karşılaştırmalar anksiyete şiddeti kontrol edilerek gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerden daha fazla BÇÖ toplam skorlarına sahip olduğu, BÇÖ toplam skorunun unipolar ve bipolar depresyon hastalarında istatistiksel olarak farklı olmadığı, BÇÖ kişiler arası (sosyal) ve kişisel başarı puanlarının da sağlıklı kontrollerden daha yüksek olmakla birlikte her iki depresyon grubunda farklılaşmadığı saptanmıştır. Unipolar depresyon grubunun sadece BÇÖ duygudan sonuç çıkarma kişiler arası (sosyal) skorunun bipolar depresyon grubundan daha fazla olduğu; HADÖ skorları ANCOVA analizi ile her iki grup için de kontrol edildiğinde ise BÇÖ etiketleme skorunun tüm alt tiplerinin unipolar depresyon grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Unipolar depresyonda en yüksek BÇÖ alt ölçek skorunun zihin okuma, bipolar depresyonda ise en yüksek BÇÖ alt ölçek skorunun aşırı genelleme olduğu gözlenmektedir. ÇBMÖ toplam skorunun unipolar depresyonda bipolar depresyona göre yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki depresyon grubunun da ÇBMÖ kendi odaklı ve sosyal odaklı skorlarının sağlıklı kontrollerden yüksek, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliklerinin ise sağlıklı kontrollerden düşük olduğu saptanmıştır. Unipolar ve bipolar depresyon gruplarının ÇBMÖ kendi odaklı, sosyal odaklı ve başkaları odaklı skorlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklarının olmadığı saptanmıştır. HADÖ skorlarının ANCOVA analizi ile kontrol edilmesi sonucu unipolar-bipolar depresyon hastalarının ayırımında en yüksek etki gücüne BÇÖ etiketlemenin (toplam-sosyal-başarı) sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmanın bu kısmında klinik uygulamaya dair olası yansımalar da tartışılmıştır. Araştırma sonuçları unipolar ve bipolar depresyonun benzeşen ve ayrılan bilişsel çarpıtmaları hakkında değerli kanıtlar sunmaktadır. Araştırma verileri ışığında bipolar / unipolar depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerden daha fazla bilişsel çarpıtma hatalarının olduğu, bilişsel çarpıtma sıklığının iki grupta anlamlı farklılığının olmadığı ve bilişsel çarpıtma alt tiplerinin yaygınlığının da büyük oranda benzeştiği saptanmıştır. Araştırma verilerine göre mükemmeliyetçiliğin unipolar depresyonda bipolar depresyona göre daha fazla olduğu gözlenmektedir. Elde edilen veriler bu konuda psikoterapötik yaklaşım için teorik temellendirme yapabilme potansiyeli taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel çarpıtmalar, bipolar depresyon, unipolar depresyon, mükemmeliyetçilik.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to compare bipolar depression (BD), unipolar depression (UD) patients and healthy controls in terms of cognitive distortions and perfectionism during acute depression episode.

Materials and Methods: This thesis study is a cross-sectional study consisting of 80 unipolar depression patients, 80 bipolar depression patients and 80 healthy controls. Sociodemographic and Clinical Data Form, Cognitive Distortions Scale (CDS), The Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ve Young Mania Rating Scale (YMRS) measurement tools were used. Healthy controls were selected considering the distribution of the other participants in the same proportion in terms of gender and age variables. The comparisons in all three groups were made by controlling the anxiety severity.

Results: It was found that unipolar and bipolar depression patients had higher CDS total scores than healthy controls, the total CDS score was not statistically different in unipolar and bipolar depression, and although the interpersonal (social) and personal achievement subscale scores were higher than the healthy controls, they did not differ in both depression groups. Unipolar depression just had a higher interpersonal subtype score of emotional reasoning than the bipolar depression; while the HARS scores were adjusted for both depression groups through ANCOVA, it was found that all subtypes of the CDS labeling score were higher in the unipolar depression group. It is observed that the highest CDS subscale score in unipolar depression is mind reading, whereas; the highest CDS subscale score in bipolar depression is overgeneralization. MPS total score was found to be higher in unipolar depression compared to bipolar depression. Both depression groups had higher self-oriented and socially prescribed perfectionism subscale scores on the MPS than healthy controls, and other-oriented perfectionism were found to be lower than healthy controls. It was found that there were no statistically significant differences between the unipolar and bipolar depression groups among the self-oriented, socially prescribed, and other-oriented perfectionism scores of the MPS. After ANCOVA analysis controlling HAM-A scores, CDS labeling (total-social-success) had the highest effect size in distinguishing patients with unipolar-bipolar depression.

Conclusion: Possible implications for clinical practice are also discussed. Research results provide valuable evidence on the similar and differential cognitive distortions of unipolar and bipolar depression. In the light of the research data, it was found that bipolar / unipolar depression patients had more cognitive distortion errors than healthy controls, the frequency of cognitive distortions was not significantly different in the two groups, and the frequency of cognitive distortion subtypes was also substantially similar. According to the research data, perfectionism is higher in unipolar depression compared to bipolar depression. The data obtained has the potential to facilitate theoretical grounding for the psychotherapeutic approach.

Keywords: Cognitive distortions, bipolar depression, unipolar depression, perfectionism.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Temel Hipotezler	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Duygudurum Bozuklukları.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.2. Major Depresif Bozukluk.....	4
2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji.....	4
2.2.2. Etiyoloji.....	5
2.2.2.1. Genetik ve Nörobiyolojik Kanıtlar	5
2.2.2.2. Depresyonun Psikolojik Modelleri	5
2.3. Bipolar Bozukluk	12
2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji.....	12
2.3.2. Etiyoloji.....	12
2.3.2.1. Genetik ve Nörobiyolojik Kanıtlar	12
2.3.2.2. Çevresel Risk Faktörleri.....	12
2.3.3. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi	16
2.3.4. Unipolar / Bipolar Depresyon Ayrımı	18
2.4. Mükemmeliyetçilik	21
2.4.1. Mükemmeliyetçiliğin Çok Boyutlu Bir Kavram Olarak Ele Alınışı	21
2.4.1.1. Mükemmeliyetçiliğin Etiyolojisi.....	25
2.4.1.2. Mükemmeliyetçilik BDT İlişkisi	26
3. HASTALAR VE YÖNTEM	27
3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar	27
3.2. Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.3. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28

3.4. Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	28
3.5. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	29
3.6. Çalışmada Kullanılan Form ve Ölçekler	29
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	29
3.6.2. Bilişsel Çarpıtmalar (Düşünce Özellikleri) Ölçeği (BÇÖ)	31
3.6.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)	31
3.6.4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)	32
3.6.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	32
3.6.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	32
3.7. İstatistiksel Analiz	32
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	43
5.1. Bilişsel Çarpıtmalar	43
5.1.1. Zihin Okuma	49
5.1.2. Felaketleştirme	50
5.1.3. Hep ya da Hiç Düşüncesi	51
5.1.4. Duygudan Sonuca Ulaşma	52
5.1.5. Etiketleme	53
5.1.6. Zihinsel Filtreleme (Seçici Soyutlama)	53
5.1.7. Aşırı Genelleme	54
5.1.8. Kişiselleştirme.....	55
5.1.9. Zorunluluk İfadeleri	55
5.1.10. Olumluyu Azımsama ya da Yok Sayma	56
5.2. Mükemmeliyetçilik	56
5.2.1. Sosyal Odaklı Mükemmeliyetçilik	58
5.2.2. Kendi Odaklı Mükemmeliyetçilik	60
5.2.3. Başkaları Odaklı Mükemmeliyetçilik	61
5.3. Kısıtlılıklar	64
5.4. Güçlülük	65
6. SONUÇ.....	66
7. ÖNERİLER	67
8. KAYNAKLAR	68
EKLER.....	85

KISALTMALAR DİZİNİ

BB	: Bipolar Bozukluk
BD	: Bipolar Depresyon
BÇÖ	: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇBMÖ	: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
DSM	: Diagnostik and Statistical Mental Of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
HADÖ	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
MDB	: Major Depresif Bozukluk
UD	: Unipolar Depresyon
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Mansell'in duygudurum dalgalanmaları ve bipolar bozukluğun bilişsel modeli

Şekil 2: Katılımcıların dahil edilmesi sürecini gösteren akış şeması

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hollingshead indeksine göre sosyoekonomik sınıflama

Tablo 2: Üç grup arasındaki kategorik değişkenler ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 3: Üç grup arasındaki tanımlayıcı değişkenler ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 4: BÇÖ skorlarının karşılaştırılması

Tablo 5: ÇBMÖ skorlarının karşılaştırılması

Tablo 6: HADÖ skorunun kontrol edildiği ANCOVA analizi sonuçları

Tablo 7: Unipolar depresyon grubunda HDDÖ ve HADÖ korelasyon analizi sonuçları

Tablo 8: Bipolar depresyon grubunda HDDÖ ve HADÖ skorlarıyla pozitif yönde korelasyon gösteren bilişsel çarpıtmalar

Tablo 9: HADÖ skorunun ÇBMÖ skorları kontrol edilerek unipolar ve bipolar depresyon hastalarında karşılaştırılmaları

Tablo 10: Üç grupta ÇBMÖ toplam skoru ile BÇÖ toplam skorları arasındaki korelasyon değerleri

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hem unipolar hem de bipolar depresyon ilaç tedavilerine rağmen yeti yitimine sebep olabilen ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınan ruhsal bir hastalıktır. Depresyon genellikle üzüntülü veya üzüntü ve bunaltının bir arada olduğu bir duygudurum ile birlikte düşünce, konuşma, hareket, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, yorgunluk, durgunluk, dikkat ve konsantrasyon azlığı ve yanı sıra değersizlik, suçluluk, güçsüzlük, yetersizlik, karamsarlık, kendini küçük görme düşünceleri, isteksizlik, motivasyon azlığı gibi belirtilerle giden bir rahatsızlıktır(1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2020 yılında, depresyonun iskemik kalp hastalıklarından sonra yeti yitiminin en önemli sebebi olacağını tahmin etmekteydi (2). Depresyonun önemli bir halk sağlığı sorunu olması tedavide yeni seçeneklerin araştırılmasına da aracılık etmiştir. Bu amaçla Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin etkinliğini araştırmaya yönelik bir çok klinik kanıt oluşmuştur (3).

Depresyonun birçok farklı alt sınıflaması olmakla birlikte bu alt sınıflamalardan üzerinde en sık araştırma yapılan ve klinik pratikte en çok karşılaşılan iki tanesi de unipolar ve bipolar depresyondur. Bugüne kadar bilişsel davranışçı kuramlar daha çok unipolar depresyon üzerine çalışmalar yapmışlardır. Fizyopatoloji, klinik görünüm ve psikofarmakolojik tedavi yaklaşımı açısından ayrışan bu iki depresyon tipinin bilişsel yapılar açısından da farklılık gösterdiği son yıllarda araştırmacıların ilgisini çekmiş ve literatür zenginleşmiştir. Unipolar ve bipolar depresyonlu hastalarda, hastalığın da süregelenleşmesine katkı yapan, mantık dışı (irrasyonel), abartılı ve işlevsiz düşünce hataları görülmektedir. Bilişsel çarpıtma olarak da tanımlanan bu hatalar kişilerin gerçeklik algısını, düşünce ve duygularını olumsuz etkiler. Beck'in teorisine göre de özellikle kendi, dünya ve gelecek ile ilgili olan bilişsel çarpıtmalar depresyonu derinleştirir (4). Bu sebeple depresyonun farklı tiplerindeki bilişsel çarpıtmaları tespit ederek kişide bunlarla ilgili içgörü geliştirmek depresyon BDT'sinde anahtar bir rol üstlenmektedir (5). Literatür incelendiğinde unipolar depresyonda bilişsel çarpıtmalar ile ilgili birçok araştırma bulunmaktayken bipolar depresyonda bilişsel çarpıtma özelliklerini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmektedir. Bipolar Bozuklukta bilişsel çarpıtmalar ile ilgili araştırmaların önemli bir kısmında katılımcıların remisyon döneminde, manik dönemde veya birden fazla dönemin ayırt edilmeksizin çalışmaya dahil edildikleri gözlenmiştir (6, 7). Bununla birlikte Bipolar Bozuklukta gerek remisyon döneminde gerekse yaşam boyunca işlevselliği en çok

etkileyen semptomların depresif belirtiler olduğu saptanmıştır (8). Hatta Bipolar Bozuklukta yaşam boyu tüm duygudurum epizodlarının çoğunluğu depresif dönemden oluşmaktadır (9). Bu sebeple Bipolar Bozuklukta depresif dönemin bilişsel özelliklerini inceleyen araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Literatürün bu konuda ek araştırmalar ile desteklenmesi unipolar depresyon hastalarında etkinliği genel olarak kabul edilen BDT'nin bipolar depresyon hastalarında uygulanmasında teorik katkılar sunabilir.

Mükemmeliyetçilik; bireyin kendine ve çevresine ulaşılması güç hedefler belirlemesidir (10). Mükemmeliyetçilik ve psikopatoloji bağlantısı daha önce çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Bu araştırmaların büyük çoğunluğu da depresyon örneğinde gerçekleştirilmiştir (11-13). Ancak bu araştırmaların büyük çoğunluğu unipolar depresyon grubunda yürütülmüştür. Literatürde bir çalışmada bipolar depresyon semptomlarına ilişkin modellerde mükemmeliyetçiliğin depresif semptomları açıkladığı ifade edilmiştir (14). Bipolar bozukluğa ait bilişsel açıklamalarda bireylerin bilişsel tarzının mükemmeliyetçilik, özeleştirici ve hedef çabası ile karakterize olduğuna değinilmektedir (15, 16). Bipolar bozukluğa dair bilişsel terapi araştırmalarında mükemmeliyetçilik terapi hedeflerinden biridir (17). Fakat mükemmeliyetçilik ve bipolar bozukluk ilişkisi araştırmalarda mükemmeliyetçiliğin tek boyutlu olarak incelendiği (18), aslında bipolar bozukluğun bilişsel modellerine uygun şekilde mükemmeliyetçiliğin alt boyutları ile incelenmesi gerekliliği kanısına varılmıştır.

Bu sebeple unipolar ve bipolar depresyonlu bireylerin bilişsel çarpıtma ve mükemmeliyetçi özelliklerinin tespit edilmesi önemlidir. Bu çalışmayla birlikte unipolar/bipolar depresyon tanısı alan bireylerde bilişsel çarpıtma ve mükemmeliyetçilik alt tiplerinin incelenmesinin, bu iki sık karşılaşılan depresyon alt tiplerine özgü olan bilişsel süreç hakkında alanyazına önemli katkılar vereceği düşünülmektedir. Bu araştırma, unipolar ve bipolar depresyon hastalarını, bilişsel çarpıtma ve mükemmeliyetçiliklerindeki farklılıkları yönünden birlikte inceleyen ilk araştırma olacaktır. Ölçeklerin anksiyete semptomlarından etkilenebilmesi sebebiyle anksiyete düzeylerinin kontrol edilmesi de araştırmaya özgün bir değer kazandırmaktadır. Araştırmadan elde edilen bilgilerin depresyon tedavisinde farmakoterapi ile birlikte kullanılması önerilen BDT yaklaşımlarına yol gösterici olması beklenmektedir.

1.1. Temel Hipotezler

1. Bipolar depresyon ile unipolar depresyonda düşünce tarzları ve mükemmeliyetçilik arasında farklar olabilir.
2. Bipolar depresyonda ve unipolar depresyonda epizod sırasında bilişsel hatalar ile hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki olabilir.
3. Hastaların depresyon ve anksiyete düzeyi ile zihin okuma, felaketleştirme, iki uçlu düşünme, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, zorunluluk ifadeleri, olumluyu azımsama ya da yok sayma bilişsel çarpıtmaları ve mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönlü bir ilişki olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Duygudurum Bozuklukları

2.1.1. Tanım

Duygudurum bozuklukları DSM 5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar ile depresyon bozuklukları başlıkları ile incelenmiştir. Bipolar ve ilişkili bozukluklar içinde bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimi bozukluğu, maddenin / ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk vardır. Depresif bozukluklar içinde ise major depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin / ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu vardır (19).

2.2. Major Depresif Bozukluk

2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Major Depresyon Bozukluğu (MDB) uluslararası ruhsal bozuklukların tanısallık ve sayımsal el kitabı olan DSM-5'de 'Depresyon Bozuklukları' başlığı altında yer alır. Yaygın ve süregelen bir üzüntü, iritabilite, eskiden zevk alınan aktivitelere karşı isteksizlik, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, suçluluk veya değersizlik hissi, uyku değişiklikleri (fazla veya az uyuma), iştah değişimleri (iştahta artma veya azalma) ve olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize epizodik bir bozukluktur (20). Tanı için çökkün duygudurum ve anhedoni tanı kriterlerinden en az birinin bulunması gerekir. Bunlara ilaveten umutsuzluk, kötümser düşünceler, suçluluk düşünceleri, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık veya iştah artışı gibi toplamda 9 belirtiden 5'inin bulunması gerekmektedir (21).

Major depresif bozukluk (Unipolar depresyon) en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yaşam boyu prevalans oranı %7-15 civarında olup kadınlarda daha sık gözlenmektedir (22, 23). Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, vakaların yaklaşık yarısı 20 ile 50 yaşları arasında semptom göstermeye başlar (24). Güncel verilere göre ilk 5 ve 10 yıldaki kümülatif rekürrensi sırasıyla %13.2 ve % 23.2'dir (25). Araştırmalar, major depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat daha

yaygın görüldüğünü doğrulamaktadır. Bu farkın hormonal farklılıklar, çocuk doğurma, kadın ve erkeklerde farklı psikososyal stresörlerin varlığı ve öğrenilmiş çaresizliğe ilişkin davranışsal modellere dayandığı varsayılmaktadır (26). Son çalışmalardan elde edilen veriler ışığında depresyonda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı ileri sürülmektedir (20).

2.2.2. Etiyoloji

Depresyonun etyolojisinde genetik, nörobiyolojik ve psikolojik modellerin kompleks etkileşimini savunan multifaktoriyel yaklaşım genel olarak benimsenmiştir.

2.2.2.1. Genetik ve Nörobiyolojik Kanıtlar

İkiz çalışmaları %31-42 katılımsallık belirtmekte, birinci derece yakınlarında depresif epizod yaşama oranı 2-3 kat artmaktadır. Nörobiyolojik boyutun incelendiği çalışmalarda ise sererotenerjik, dopaminerjik, nöradrenerjik ve glutamaterjik nörotransmitterlere dair görece daha eski hipotezler (20); inflamasyon, nörogenez ve nöroplastisite mekanizmalarının kompleks etkileşimini gösteren biyolojik araştırmalar ile desteklenmektedir (27). Stresin nörotoksik etkisine karşı protektif görevi bulunan beyin kökenli nörotrofik faktörü (BDNF) eksprese eden serotonin taşıyıcı geni ile ilgili polimorfizm çalışmaları araştırmaların ortak bulgusudur. Bunun dışında BDNF genotipleri, monoamine oksidaz-A (MAO-A) genotipleri ve katekol O-metil transferaz (COMT) üzerine de çalışmalar vardır (28, 29). Nörogörüntüleme araştırmalarında da en güçlü veriler periventriküler bölgeler, bazal gangliyonlar ve talamus gibi subkortikal bölgelerde hiperdensite, ventriküler genişleme, kortikal atrofi ve sulkus genişlemesi olarak sayılabilir. PET araştırmalarında ise özellikle sol taraflı olmak üzere frontal korteks metabolizmasındaki azalma gösterilmiştir (26).

2.2.2.2. Depresyonun Psikolojik Modelleri

Psikodinamik Model: İçer dönük saldırganlık

Bu modele göre, oral dönemde çocuk ile annesi arasındaki etkileşimdeki aksaklıklar depresyon gelişimine zemin hazırlamaktadır. Erişkinlikte, ambivalan bir şekilde sevilen, gerçek ya da hayali şekilde kaybedilmiş, içselleştirilmiş nesneye yönlendirilen; içer dönmüş saldırgan dürtüler depresyona neden olur. İçer dönmüş bu saldırganlığın amacının, hastanın sevilme isteğini doyumakta başarısız olan sevgi nesnesinin cezalandırılması olduğu öne sürülmüştür. Freud'un "Saldırganlığın içer yönelmesi" olarak bilinen modeline göre; depresyonlu birey aslında "İnsanlardan nefret

ediyorum.” şeklinde hisseder fakat bu durum bilinçdışı olduğundan, bu düşünceyi başkalarına yansıtır ve “İnsanlar benden nefret ediyor.” şeklinde yüzeysel düşünce geliştirir. Kişi nesneye bir yandan nefret duymakta, bir yandan da nefret duyduğu için suçluluk duymaktadır (30).

Melanie Klein’e göre depresyon Freud’un tanımlamasına benzer şekilde sevilen kişilere karşı saldırganlığın ifadesi olabilir. Klein, çocuklukta “Depresif pozisyon” olarak adlandırılan ambivalans döneminden bahsetmiştir. Bu pozisyon sadece sevginin kaybı korkusuyla değil, aynı zamanda çözülmemesi durumunda çocuğu sonraki dönemlerde depresyona yakınlaştıran, nefret edilen nesnenin arzulanması hakkındaki suçluluk ile karakterizedir (31).

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Seligman’ın öğrenilmişlik çaresizlik modeli davranışçı bir yaklaşım olarak ele alınır. Bu model daha çok çevresel olaylarla ilgili depresyonu açıklamaya yardımcıdır. Kaçıp kurtulmanın öğrenilmesini engelleyen kontrol edilemez olumsuz yaşam olaylarına maruz kalındığı zaman anlamsız olduğu düşünülerek mücadele vermemek olarak özetlenebilir. Bu modele göre depresyonun nedeni örseleyici olayın kendisi değil olayı kontrol edememe durumudur. Örselenmeyi kontrol edememe, uyumsuz davranışları engellemektedir. Depresyondaki hasta sıkıntılarını giderecek unsurları kontrol edemeyeceğine, tepkiler ve pekiştireçlerin birbirinden bağımsız olduğuna inanır(32).

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram depresyonu, olumlu pekiştireçlerin azalması ile ortaya çıkan sönme kavramıyla modeller. Depresif bireyler erken dönem travmatik uyaranlara maruz kalmıştır (20). Sosyal çekilme ve pekiştireçlerin kaybı uyumsuz olmayan başa çıkma davranışlarına sebep olur (33). Depresyonlu kişinin umutsuzluğunun kaynağı kendisini uygun ödüllere mahrum bırakan çevresidir. Olumlu davranışların işe yaramaması ve aktivasyonda azalma ödül yaşantılarının azalmasına sebep olmakta kişiyi geçmişin olumsuz deneyimleriyle baş başa bırakmaktadır. Bu modelde ayrıca, kişinin ödül kazanma ihtimali olan durumlarda uygun hareket edemediği ve sosyal yetersizliğin bu şekilde depresyona katkı sağladığı savunulmaktadır (34). Güncel tedavi yaklaşımlarında bilişsel kuramla birlikte BDT’nin temelini oluşturmaktadır (35).

Depresyonun Bilişsel Modeli

Aaron Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bilişsel teoriye göre duygudurum bozukluğu, bilişsel bozukluk temelinde gelişir. Kuram kişinin kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı negatif temel inançlarını bilişsel üçlü olarak kavramsallaştırmıştır. Şemalar ise temel inancın yansıtıcılarıdır. Özellikle küçük yaşlarda ailenin çocuğa verdiği olumsuz geri bildirimler olumsuz benlik algısı oluşmasına ve şemaların bunun etrafında şekillenmesine yol açmaktadır. Kişi bir kayıp veya başarısızlıkla yüzleştiğinde kendisi ve başkaları hakkındaki erken dönemde oluşan olumsuz şemalar aktif hale geçmektedir. Depresyona yatkın kişiler yaşam olaylarını olumsuz ve karamsar şekilde yorumlarlar. Örneğin; anhedoni bilişsel model içinde kişinin umutsuzluğunun bir yansımasıdır. Zaten olumsuz şekilde sonuçlanacağına inandığı için neredeyse bütün aktivitelere kalkışmayacaktır. Benzer şekilde özkıyım düşünceleri, çözümsüz olarak gördüğü problemlerden kaçınmanın tek yol olduğunu görmesidir. Bağımlı olma gereksinimi de bilişsel üçlü ile açıklanabilmektedir. Kişi kendi öz kaynaklarını yetersiz, problemlerini çözümsüz gördüğünde, her denemenin hayal kırıklığıyla sonuçlanacağını düşünür. Bu nedenle çevresindekilerden güvence alma ve desteklenme ihtiyacı artar. Kendi inançlarına göre kendi dışındaki herkes daha güçlü ve yeteneklidir (36). Beck, depresyonun bilişsel modelini üç spesifik boyutta sınıflandırarak teorisini desteklemiştir. Bunlar; *bilişsel üçlü, *şemalar ve *bilişsel hatalardır.

Bilişsel Üçlü: Aaron Beck'e göre depresyondaki bilişsel üçlüde; 1) olumsuz kendilik algısı, 2) diğerlerini kötü niyetli ve girici algılama, 3) gelecek hakkında umutsuz ve karamsar düşünme şeklinde temel inançlar mevcuttur. Bilişsel modele göre depresyon semptomları olumsuz bilişsel üçlünün etkinleşmesinin bir sonucudur.

Şemalar: Depresyondaki kişilerin pozitif etmenlere rağmen, üzümlük ve zarar verici tutumlarının devam etmesi şemalar yoluyla açıklanmaktadır (37). Şemalar, çeşitli deneyimlerin nasıl sınıflanacağını belirler. Bir şema, uzun dönemde aktive olacağı gibi akut yaşam olayı esnasında kısa sürede de etkinlik kazanabilir. Depresyon gibi psikopatolojilerde, kişiler deneyimleri şemaları aracılığıyla çarpıtarak görünüşte sistemli ama işlevsel olmayan düşünce kalıpları oluştururlar. Sonuçta , diğer uyumlu ve işlevsel olan şemalar baskılanır ve düşünce üzerindeki varlığı güç kaybeder (36).

Bilişsel Çarpıtmalar: Alan yazında bilişsel çarpıtma kavramı Albert Ellis'in Akılcı Duygusal Davranışçı yaklaşımı ve Aaron Beck'in Bilişsel Modeli ile kendisine ifade bulmaktadır.

Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım

Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım, ruhsal semptom ve bulguları akılcı olmayan düşünceler temelinde açıklamaktadır. Albert Ellis tarafından bilişsel üçlü kavramına benzer şekilde geliştirilmiştir (38). Akılcı inançların etkinliği artırılarak ruhsal bozukluklarda çözüm sağlanabilir (39). Bu sebeple Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi'de irrasyonel inançların değişmesi amaçlı problem çözme ve beceri eğitimi verilir (40).

Beck'in Bilişsel Modeli

Bilişsel model ruhsal bozuklukların oluşmasında kişilerin yaşam olaylarına yönelik yorumlarının önemine dikkat çeker. Yorumlamalar çarpık ve işlevsel değilse psikopatoloji yönünde eğilim başlar. Bilişsel modelde bilişsel çarpıtmalar bilgi işleme aşamasında kişiye özel yanlışlıkları kast etmektedir (41). Bu yanlışlıklar bilişsel bozulmalar olarak adlandırılan hatalı varsayımları beslemektedir (42). Şemaların büyük bir çoğunluğu erken dönemde başladığı için bilişsel çarpıtmalara neden olur. Bilişsel yatkınlık ve strese ikincil olarak elde ettiğimiz çıkarımlar olumsuz şemaların güçlenmesine neden olur. Bireyler, çarpıtılmış bilişlerin farkında olup düzenleyebilirse temelde kendilerini, dünyayı ve başka insanları olumlu olarak anlamlandırabilirler. Otomatik düşüncelerin oluşumunda da bilişsel çarpıtmalar büyük rolü üstlenmektedir. Otomatik düşünceler bu sebeple ruhsal bozukluklarda aşırı, çarpıtılmış ve işlevsizdir (43). Beck'e göre depresyonda etkin bilişsel çarpıtmalar; ya hep ya hiç düşüncesi, seçici soyutlama, zihin okuma, felaketleştirme, aşırı genelleme, etiketleme, kişiselleştirme ve olumluyu azımsama ya da yok saymadır (36). Destekleyici klinik çalışmalarda da depresyonlu kişilerde bilişsel üçlü çevresinde gelişen bilişsel çarpıtmaların depresif belirtilerin tetikleyici ve sürdürücüsü olduğu sonucuna varılmıştır (4).

Yaygın bilişsel çarpıtmalar David Burns tarafından 10 boyutta kategorize edilmiştir (44);

Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünme (Dichotomous Thinking): Kişinin mutlakçı ve süreğen bir biçimde kişileri ve olayları iyi/kötü, olumlu/olumsuz, dost/düşman gibi uç kutuplarda tanımlamasıdır.

Seçici Soyutlama (Selective Abstraction): “Zihinsel filtreleme” olarak da bilinen bu düşünme biçimi, kişinin, aksi yönde kanıtları gözardı ederek başından geçenleri tek bir noktaya odaklanarak olumsuz değerlendirmeler yapmasıdır.

Duygudan Sonuca Ulaşma (Arbitrary Inference): “Keyfi Çıkarıma” terimiyle de anılan bu kognitif hata; kişinin bir olayı değerlendirirken kendi duygulanımı doğrultusunda değerlendirme yapması; gerçekte durumun böyle olması hakkında kanıtlar olmamasına rağmen dış gerçekliği de göz ardı ederek bir sonuca varmasıdır. Depresyon hastalarında kendi ve dış çevreye ilişkin olumlu işaretlerin devre dışında bırakılması ile bellek yanlılığında bulunmaları bu duruma ilişkin iyi bir örnektir.

Zihin Okuma (Mind Reading): Zihin okuma, karşımızdaki kişilerin o an içinde bulunan durumla ve bizim hakkımızda zihninden geçenleri bildiğimiz ön kabulü ile duygu ve davranışlarımıza yön vermemiz şeklinde yapılan bir bilişsel çarpıtmadır.

Felaketleştirme (Catastrophizing): Daha gerçekçi sonuçları dikkate almadan geleceği olumsuz olarak tahmin etmektir. Örnek olarak bu bilişsel çarpıtmaya sık başvuran bir öğrenci ödevini zamanında tamamlayamadığı için okuldan atılacağı sonucuna varabilir.

Aşırı Genelleme (Overgeneralization): Tek bir yaşantıdan yola çıkılarak, kişinin gerek kendilik değeri gerekse de çevre ile ilgili peşin yargılara varması ve bu yargıların benzer yaşantılara genellenmesidir. Aşırı genelleme de birey “Asla, her zaman, daima, hiç kimse, herkes, kesinlikle” gibi sözcükleri kolaylıkla kullanabilmektedir; dolayısıyla ufak bir hata yapan hasta “Elime aldığım her şeyi berbat ederim.” tarzı düşünceleri sıklıkla kullanabilmektedir.

Etiketleme (Labeling and Mislabeled): Kişinin kendisi ve diğerlerine ilişkin olumsuz sıfatları bütüncül olandan uzak bir şekilde kullanmasıdır. Mesela, kendini “Ben işe yaramaz adamın biriyim.”, başkalarını da “O karakersizin tekidir.” şeklinde tanımlamaktır.

Kişiselleştirme (Personalization): Kişinin karşılaştığı birçok olayı kendine odaklı algılaması ve yorum yapmasıdır. Bu bilişsel çarpıtmaya sık başvuran bireyler başkalarının birçok davranışının sebebinin kendileri ile ilgili olduklarını düşünürler.

Depresyon hastaları, sinirli bir birey karşısında, hemen “Benim yaptıklarım kızgın.” şeklinde bir çıkarım yapabilmektedir.

Meli-malı Cümleler/ Emirler (Should Statements): Kişinin kendisinin ve diğerlerinin nasıl davranılması gerektiğini belirlemesi ve yaşadığı dünyaya dair kesin, katı kurallar oluşturması ile ortaya çıkan bilişsel çarpıtma türüdür. Birey kendi içerisinde eğer bu kurallara uymazsa bir çok şeyin olumsuz olacağına inanmasıdır.

Olumluyu azımsama veya yok sayma (Magnification or Minimization): Birey için olumsuz karara ulaşırken algıda seçicilik ile toplanan materyaller kararın oluşmasına yetmemektedir, mevcut negatif malzemenin şişirilmesi gerekmektedir. Bu düşünce tarzı, yaşanan olumsuz olayların anlamını, önemini abartmayı içermektedir. Büyütme türü çarpıtmalar genellikle bireylerin kendi korkularını ve mükemmel olmayışlarını değerlendirirken ortaya çıkmaktadır (45).

Leahy ise mevcut bilişsel çarpıtmalara bazı eklemeler yapmıştır (46):

Suçlama: Olumsuz duygulara ilişkin sorumluluğun dışsal kaynaklara aktarımı ve kişisel değişimin gücüyle tanımlanmıştır.

Haksız Kıyaslama: Duruma ilişkin yorumlarda başkalarından gördüğü kendisi için geçerli olamayacak standartlar ile kişisel karşılaştırma yapmasıdır. Özgüven üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. “Diğerleri benden daha başarılı.” ifadesi örnek olarak verilebilir.

Pişmanlık Eğilimi: Kişinin geçmişin keşkelerine yoğun bir enerji harcamasıdır. “Daha fazla çalışsaydım daha iyi yerlere gelebilirdim.” düşüncesi ile örneklenebilir.

Ya Olursa: Belirsizliğe tahammülsüzlük ile yakın anlamda da kullanılabilir. Örnek olarak “Ya heyecanlanırsam” veya “Ya nefes alamazsam” şeklinde olabilmektedir.

Köroğlu ve Türkçapar (41) kültürümüze uygun olarak ilave bilişsel çarpıtmalara da yer vermişlerdir:

Sahtekar görünme: Kişinin iyi yanlarına kendisinin bile inanmaması ve insanların gerçek değersiz kişiliğini görmediğini düşünmesi. Burns’ün olumluyu yok sayma çarpıtması ile benzerlik göstermekle birlikte burada asıl vurgu dolaylı bir sahtekarlıkla insanlara kendini tanıttığı inancınadır. Örnek olarak “Aslında yapmam gerekeni tamamen yapmasam da beni beğeniyor ve övüyorlar.” ya da “Ben düzmeci bir insanım.

Yakında nasıl yüzüstü düşeceğim ve nasıl aşağılık biri olduğumu görecekler.” verilebilir.

Yetkincilik: Kişinin hiçbir şekilde yetersiz ve eksik yanının olmaması konusunda çaba harcaması ve aksi halde olursa da bunun felaket olduğu inancıdır. Örnek olarak “Bu ödevi çok iyi bir şekilde yapmam gerekirken, aslında iyi yaptığımı görüyorum. Ancak yine de yetersiz biriyim.” şeklindedir. Bu çarpıtma kendine yönelik mükemmeliyetçilikle benzeşmektedir. Fakat kendilik değeri ile ilgili olumsuz bileşeni ile de özgünlük göstermektedir.

Otomatik düşünceler derinlemesine sorgulandığında birden fazla bilişsel çarpıtmanın etkisinde olabildikleri gözlemi elde edilebilmektedir. Örneğin bir kişi yapması gereken işi yapamadıktan sonra “Ben beceriksiz bir insanım.” diye düşündüğünde birçok bilişsel çarpıtma bu yorumda bulunmaktadır. Çünkü hem etiketleme yapmış hem de hep ya da hiç tarzı düşünme çarpıtmalarını kullanmıştır. Ya da bir arkadaşımızın canını sıkın ve onu mutsuz gördüğümüzde “Benden dolayı çünkü benden sıkıldı.” otomatik düşüncesi kişiselleştirme ve zihin okumayı içermektedir. Bilişsel davranışçı terapilerde de amaç, düşünce işleyiş sistemindeki bu bilişsel hataları düzelterek daha gerçekçi ve işlevsel olanları ile değiştirmektir (47).

Depresyonda Hatalı Bilgi İşleme Süreci

Bilişsel çarpıtmalar, depresyonda uyumsuz problem çözme stillerinin seçimini kolaylaştırmakta ve dolaylı yoldan depresif belirtilerin sürmesine hizmet etmektedir (48, 49). Depresyondaki kişilerin düşüncelerinde yaptıkları sistematik hatalar, ortada bunlara karşı olan sağlam kanıtlara rağmen, kişinin olumsuz bilişsel üçlüsünün sürmesine hizmet etmektedirler. Bu yaygın olumsuz değerlendirmelerin sonucu olarak kişide depresif duygudurum oluşur (50).

Depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapisi

BDT müdahalesi sırasında, davranışçı teknikler Beck’in bilişsel yaklaşımı temelinde bilişsel çarpıtmaların tespiti ve sınanmasında kullanılabilir. Davranışçı deney ve teknikler hastanın çarpıtmaları ve dış dünyanın gerçekleri arasındaki uyumsuzluğunun yumuşak ve etkili bir şekilde farkına varabilmesini sağlar. Telkin ve salt bilişsel teknik kullanımının yerine davranış deneyleri eşliğinde bilişsel çarpıtmaların test edilmesi motivasyonu artırır ve direnci kırar. Depresyonda bilişsel terapinin etkinliğine dair yapılmış çok sayıdaki çalışmanın sonucu da kuramsal temeli

kadar klinik şartlardaki uygulanabilirliğiyle ve yüz güldüren tedavi sonuçlarıyla bilişsel terapinin giderek daha da öne çıkmasına aracı olmaktadır (47).

2.3. Bipolar Bozukluk

2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Bipolar Bozukluk (BB) tekrarlayan depresif, manik ya da karma görünümlü ataklarla giden yaşam boyu sürebilen uzun seyirli bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Bipolar I bozukluğu tanısı koyabilmek için DSM-5 tanı ölçütleri ile belirtilen bir mani dönemi gerekmektedir. BB-Tip II tanısı için ise o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi ve o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan depresyon dönemi geçirmiş olmak gereklidir (20).

Yaşam boyu prevalansı bir çok çalışmada değişmekle birlikte %1-2 değerlerindedir (51). İnsidansı yakın zamanlı araştırmalara göre 15-24 yaş ve 45-54 yaşlarda tepe noktasına ulaşmakta olup bimodal dağılım göstermektedir (52). BB tip 1 olgularında yürütülen çalışmalar, erkek ve kadın cinsiyette aynı oranda görüldüğünü göstermektedir (53). BB tip II ise kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (54).

2.3.2. Etiyoloji

2.3.2.1. Genetik ve Nörobiyolojik Kanıtlar

İkiz çalışmaları monozigotik konkordansın %40-70 arasında olduğunu göstermekte olup; birinci derece akrabalarda Bipolar Bozukluk oranı %5-10 olarak tespit edilmiştir (55). Bu oran genel popülasyona göre 7 kat civarında yüksek bulunmuştur (51). Birçok önemli genetik lokus bipolar bozukluk riski için belirlenmiş olup, kalsiyum kanalları, BDNF ve GABA nörotransmitterlerini kodlayan nükleotid üzerindeki polimorfizmler en önemli genetik öngörücüler olarak göze çarpsa da bu çalışmalar etki gücü büyük olan çalışmalar değildir (51, 56-58).

2.3.2.2. Çevresel Risk Faktörleri

Çevresel Etmenlerin Neden Olduğu Nörobiyolojik Açıklamalar

Genel olarak prenatal virüs enfeksiyonları, sigara ve stres maruziyeti birçok kez araştırılmış fakat tutarlı sonuçlar elde edilememiştir (51). Bununla birlikte en güçlü klinik kanıtlar maternal Toxoplasma Gondii enfeksiyonunun BB riskini artırdığı yönündedir. İki güncel metaanaliz verileri 1,26 ve 1,5 kat risk artışına dair güçlü veriler sunmaktadır (59, 60). Çocukluk travmatik yaşantıları ve BB ile yapılan araştırmalarda

bir ilişki görülmekle birlikte travmatik yaşantının bipolar bozukluk yatkınlığının sebebi mi yoksa parental psikopatolojiye sekonder gelişen bir durum mu olduğu mevcut kanıtlar ile kesinliğe ulaşamamıştır. Bununla birlikte çocukluk travma yaşantılarının bir şekilde BB riskini öngördüğüne dair bulgular ilgili yazına hakimdir (51). Afektif instabilite ve emosyonel disregulasyonun bu ilişkideki mediatörler olduğu ileri sürülmüştür (61, 62). Bu ilişkinin nörobiyolojik temeli güncel bulgularda HPA aksındaki değişimler (63), BDNF ve sitokinlerdeki artışlar (64) ve limbik gri madde hacminin azalması (65) üzerine kurulmaktadır. Madde kullanım bozuklukları da BB ile etyolojik olarak araştırılmış olup en güçlü veriler esrar kullanımının BB için yatkınlık oluşturduğu ve ilk epizodu başlattığına işaret etmektedir (66-68).

Psikososyal Etmenler

BB'nin genetik kökeninin kabul edilmesi ve biyolojik mekanizmaya dayalı modeller içinde açıklanması, bu bozukluğa dair psikolojik ve sosyal faktörlerin araştırılmasını geciktirmiştir. Ancak psikofarmakolojik müdahaleler sosyal işlevsellik üzerinde yeterli etkiye sahip değildir. Mani veya depresyon epizodlarına yatkınlık oluşturan tutumların boyutsal perspektiften ele alınmasının müdahalelerin kapsamını zenginleştirebileceği vurgulanmıştır (69, 70).

Beck'in bilişsel modelinde depresif üçlünün bipolar bozukluk söz konusu olduğunda aşırı olumlu uçta yorumlarla var olduğunu bu anlamda depresyonun ayna imajı olduğu ileri sürülmüştür (36). Bipolar bozukluk hastalarında "Pozitif bilişsel üçlü" bulunmaktadır. Bu kişiler kendileri, gelecekleri ve dünya hakkında gerçekle uyumsuz derecede olumlu düşüncelere sahiptir. Ayrıca "Anastrofik düşünce" dedikleri seçici soyutlama, mutlak düşünce, aşırı genel düşünce ve keyfi çıkarsama gibi bilişsel çarpıtmalardan oluşan bir yapı önermişlerdir. Bipolar bozuklukta görülen bu bilişsel yapının olayları daha olumlu yorumlamaya ve hipomani ve mani gelişmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (71). Anastrofik düşünme kendilik değerinde artış ve gerçeğin aşırı iyimser yorumlanması anlamına gelmektedir. Anastrofik düşünce mutlu hislerin işlevselliği bozacak kadar artmasına sebep olur. Bu öfori durumu biyolojik ritimde değişikliklere sebebiyet verir. Var olan biyolojik yatkınlık bipolar bozukluğa özgü bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan tutumlarla birlikte manik veya depresif belirtilerin tetiklenmesine neden olmaktadır (72). Bu kapsamda stresli yaşam olayları tetikleyiciler, bilişsel çarpıtmalar ise yatkınlaştırıcı faktörler olarak düşünülebilir (73). BB bilişsel kuramına ilişkin araştırmaların ortak noktası biyolojik yatkınlığın yaşam

olayları ve başa çıkma stilleri ile ilişkili olduğu; bilişsel çarpıtmaların ise bu ilişkide düzenleyici rolde olduğudur (71, 74). Kişinin kendi hakkında tüm güçlü düşünceleri olabilir; dünyanın çok güzel tecrübe ve imkanlarla dolu olduğunu düşünebilir. Söz konusu abartılı olumlu düşünceler bilişsel çarpıtmalarca desteklenebilir (73, 75). Depresyonun ümitsizlik kuramında özsayı ile ilgili olumsuz çarpıtmaların, olumsuz yaşam olaylarıyla tetiklendiğinde depresyon döngüsünü sürdürdüğü ifade edilmektedir (76). Söz konusu modelin bipolar depresyon içinde geçerli olduğu düşünülmektedir (77). Modeldeki bilişsel çarpıtmalar sonucu beslenen olumsuz kendilik değerinin hipomanik ataklar için de risk etmeni olduğu varsayımı ortaya çıkmıştır (78).

Bütüncül Bilişsel Model ise bipolar bozuklukta duygudurumdaki dalgalanmalara açıklama getirebilmek için geliştirilmiştir (79, 80). Bu modele göre iyi hissetmekten korkmak duygudurum dalgalanmalarına sebep olabilir. Modelde duygudurumun yükselmesine yapılan yanlış yorumlar, hipomanik endofenotip olarak isimlendirilmiştir (81). Hipomanik endofenotipin BB'a gidişinin belirleyicileri ise: düşünce baskılaması (82), travma geçmişi (83), hipomani sırasında yaşanan disfori (84), genetik yatkınlık (85) ve komorbidedir (86). Modele göre içsel olumlu duygulanım aynı anda iki farklı şekilde yorumlanabilmektedir ve altı bileşen bu yorumda belirleyicidir (Modelin şematizasyonu Şekil 1'de yapılmıştır.). Bunlar:

1) *İçsel durumdaki değişimler* ve 2) *aşırı kişisel değerlendirmeler*: Farkındalık intrüzyonları şeklinde de isimlendirilen bu değişimlere verilen kişisel yorumlar başarı elde etme, zayıflık / yetersizlik veya olası bir felaketi önleme amacına sahip olabilir. Felaket yorumları, olası bir duygudurum epizodunun kişiye yaşattığı sorunlarla ilişkilidir. Başarıya ilişkin tahminler geçmiş depresyon atağının yaşattıklarına ikincil özgüvenle ilişkilidir. Zayıflık ise duygudurum dalgalanmaları sonrasında verilen tepkilere dairdir, örneğin “Bu kadar huzursuz olup, yerimde duramadığım için kendimden utanmalıyım.” gibi. Davranışlar durumu kontrol etme amacıyla olup kişinin bu içsel değerlendirmelerinin birbirleriyle çeliştiklerini görmesini engeller. Model ile örtüşen bir araştırma Green ve arkadaşları (87) tarafından yürütülmüş olup; sonuçlar felaketleştirme ve kendini suçlamanın BB için predispozan faktörler olabileceğini işaret etmektedir. Ülkemizde de benzer bulgular Sarısoy ve arkadaşlarının çalışmasından elde edilmiştir. Bahsedilen araştırmada bipolar depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre endişeye ilişkin olumsuz inançlarının

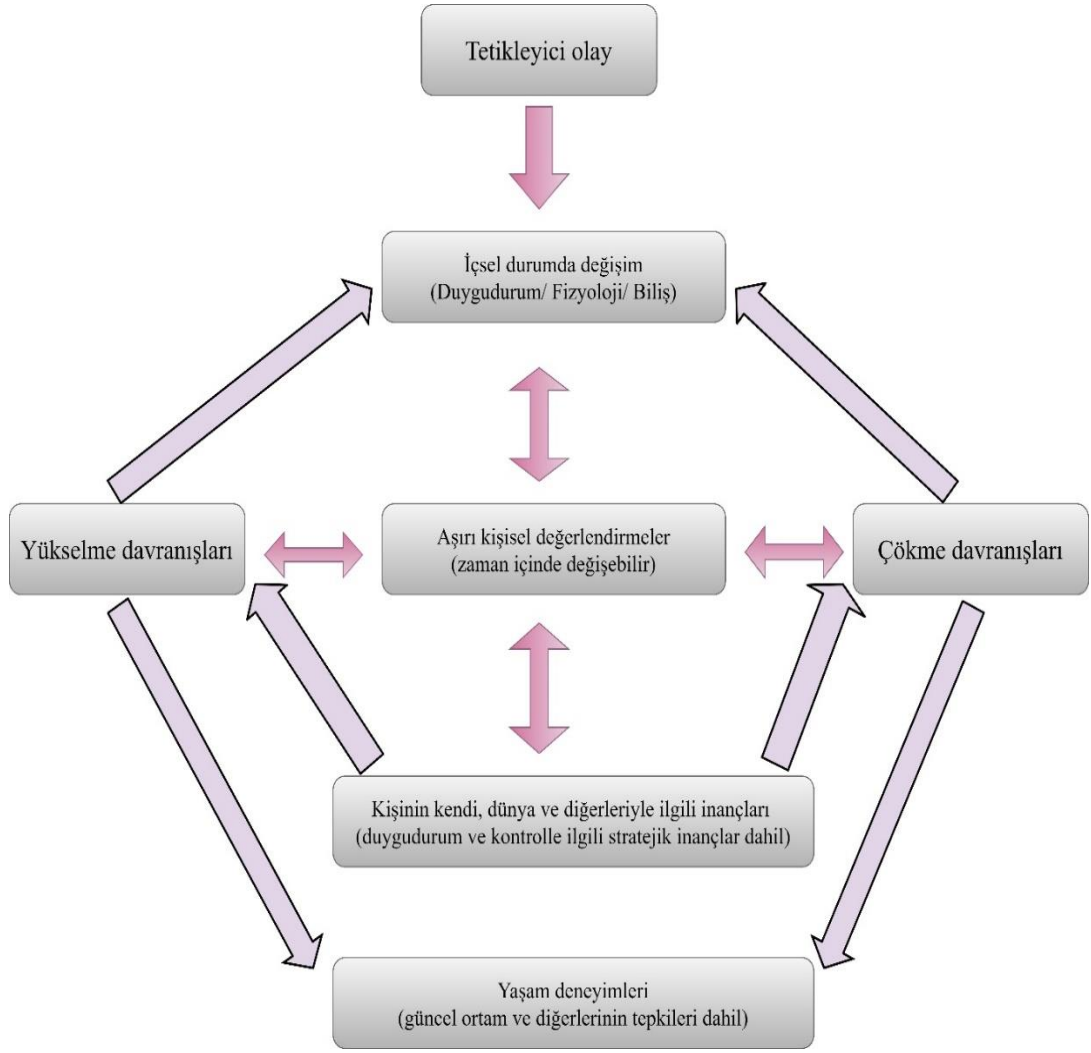
(kontrol edilemezlik ve tehlikeye dair) ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacının daha belirgin olduğu saptanmıştır (88).

3) *Yükselme davranışları*: Yükselme davranışları aktivasyonu düzenleme amacı taşırlar. Örnek olarak, uyarıcı madde kullanımı, uyku miktarını azaltma, değişen temalarda zihinsel plan yapma, başkalarının tavsiyelerini görmezden gelme ve risk alıcı davranışlar göstermedir (80, 89, 90).

4) *Çökme davranışları*: Çökme davranışları, bipolar depresyonun açıklamasında önem arz etmekte olup aktivasyon artışını bastırmak amacıyla kullanıldıkları varsayılmıştır (80). BB hastaları, düşünce ve duygulara dair iç gözlemlerinin abartılı duruma gelmesi sonucu duygudurum dalgalanmaları yaşayabilir. Örneğin, kişi mutsuzluğunu aşırı uçta yorumlarsa “Acınası gözüktüğüm için herkes benden uzaklaşacak.” diye düşünebilir. Bipolar depresyonda kişi önceden var olan sert ve hedef odaklı inançları sebebiyle duygudurumdaki değişimlerin sonuçlarından kaçınmak için ruminasyona kapılabilir ve gerçekçi olmayan davranışlar içine girebilir (91).

5) *Kişinin duygu düzenlemeye, kendine ve başkalarına dair inançları*: Bu inançlar, diğer kişilere ilişkin yorumları, manik semptomların felaketleştirici değerlendirmesi ve manik belirtilerin sosyal kabulüne yönelik inançlardan oluşmaktadır. Diğer kişilere ilişkin yorumlar agresyon ve paranoyayla; felaketleştirici değerlendirmeler disfori ve endişe ile; manik belirtilerin sosyal kabulüne yönelik inançlar ise psikotik semptomlarla ilişkili görülmektedir (80).

6) *Yaşam deneyimleri*: Mansell ve ark. (2007), Bütüncül Bilişsel Model’de yaşam deneyimlerini üç boyutta ele almaktadırlar. Bunlar: 1) İşlevsel olmayan inançlara neden olan erken dönem bağımsız olaylar, 2) “Yükselme” ve “Çökme” davranışlarının etkisiyle oluşan ve içsel durum değişikliklerine neden olan kısmi bağımsız olaylar ve 3) Yinelemeler sonucunda sarmal haline gelen kısır döngülerle ilişkili bağımlı olaylardır (80).



Şekil 1. Mansell'in duygudurum dalgalanmaları ve bipolar bozukluğun bilişsel modeli.

Şekil 1, Maçkalı ve arkadaşlarının (2017) (92) tez çalışmasından yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.3.3. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi

BB'da ana tedavi olan psikofarmakoloji atak döneminden sönme dönemine geçişi tedavi başarısı olarak hedef almaktaydı. Semptomların olmaması, medikal tedaviye uyumu ve iş birliğini artırmak da sönme döneminde hedeflenen kazanımlar olarak adlandırılmaktaydı. Yapılan bir araştırmada ise sönme dönemlerinde eşik altı depresif ve hipomanik belirtilere odaklanılmıştır (93). Takip eden araştırmalarda sönme dönemine eşik altı depresif belirtilerin hakim olduğu ve psikososyal işlevsellikte önemli bir engel olduğu üzerinde durulmaktadır (8, 94). Bu nedenle sönme dönemine yönelik psikoeğitim müdahaleleri giderek önem kazanmaktadır. Her ne kadar psikofarmakolojik tedavi anlamında uyum iyi olsa da uzun dönem araştırma

sonuçlarına göre BB'da yinelemelerin sık olabileceği ve psikososyal işlevselliğin tek başına psikofarmakolojik yaklaşımlarla istenilen düzeyde olmadığı bildirilmiştir (95, 96). BB'da zaman içinde ataklara duyarlılaşma (episode sensitization) sonucu depresif / manik atak sıklığı artmaktadır. Erken dönem ataklar genellikle psikososyal tetikleyiciler ile olsa da, relaps sayısının artması sonucu stresör olmaksızın, ataklar yaşanabilmektedir (strese duyarlılaşma - stress sensitization) (97). Bu nedenle psikoterapötik müdahaleler ile uyumlu başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi hem atak döneminde hem de atak gelişimini önlemede göz ardı edilmemesi gereken konulardır (98). Araştırmalarda BB etiyojisinde psikososyal ve bilişsel risk etmenlerine vurgu yapılmakta, psikofarmakolojik tedaviye eklenen BDT müdahalesinin sonuçlarına önem verilmektedir (99). BDT, BB müdahalesinde tedavi uyumu, başa çıkma becerilerinin pekiştirilmesi, öz yeterliliğin desteklenmesi, stres yönetimi ve bilişsel yeniden yapılandırmayı hedef olarak seçmiştir (75, 100). Prodrom belirtilerin duygudurumun izlenimi ile erken uyarı işaretlerinin belirlenmesi ve özgün başa çıkma yöntemleri geliştirilmesi BDT'nin müdahale kanallarından biridir. Bu nedenle bu konudaki psikoeğitim ve geçmiş atak işaretlerinin farkına varılması amaçlanmaktadır (48, 96). Duygudurum epizoduna ilişkin olumsuz bilişsel tarzların tipik bir "Bilişsel yeniden yapılandırma" veya "Yönlendirerek keşif" müdahaleleri ile ele alınması gerekmektedir (75). Yaşam stili düzenlemesi de BDT'de önemli yer almaya başlamıştır. Bu kapsamda uyku düzeninin sürdürümü ve sosyal etkinlikte dengenin korunması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte BB'da BDT araştırmalarının büyük bölümü ötimik dönemde yapılmış olup yinelemeleri önlemede etkin olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (101, 102). En azından mevcut alan yazında manik dönem müdahalesinde ise benzer etkinliğe sahip olmadığı söylenebilir (103). Bipolar depresif dönem sonuçları ise ileri araştırmalar için olumlu yönde bulgular sağlamıştır (96). Konuya ilişkin Otto ve arkadaşlarının bipolar depresyona özgü geliştirdikleri BDT protokolünde, "Bilişsel yeniden yapılandırma" ve "Aktivite planlanması" müdahaleleri sonrası problem çözme stratejileri üzerine odaklanılmaktadır (100). Yurt içi çalışmalarda ise bipolar bozukluğa yönelik müdahalelerin psikofarmakolojik boyuta odaklandığı gözlenmekte, psikososyal açıdan gerek müdahale gerekse kuramsal çalışmaların yürütülmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (96, 104, 105).

2.3.4. Unipolar / Bipolar Depresyon Ayrımı

DSM-5’de unipolar / bipolar depresyon dönemi belirtileri aynı kriterleri içermektedir (106). DSM-5’e göre, depresif epizod en az 2 hafta boyunca her gün depresif duygudurumun olması ya da bütün etkinliklere karşı ilgi kaybı veya zevk alamama şeklinde tanımlanmıştır (107). Bipolar bozuklukta hastalık süreci sıklıkla depresif ataklarla başlamakta, manik ataklar daha sonra görülmekte; hastalar başlangıçta unipolar bozukluk tanısı alabilmektedir (108). Depresif epizotlar her ne kadar manik epizoddan daha önce görülmüş olsa bile bipolar depresyon epizodu olarak değerlendirmesi manik epizod sonrasında mümkün görülmektedir. Erişkin yaşamlarının %33’lük kısmını depresyonda geçirdikleri fakat bu dönemde uzun süre yardım taleplerinde bulunmayabilecekleri bildirilmiştir (108). Bununla birlikte unipolar depresyon (UD) olarak tedavi edilen maskelenen bipolar depresyonun antidepresanlara yanıtı daha düşük olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (109). Bu sebeple farklı yaklaşımlar içermeyen tedavilerin sonuçları olumsuz olabilmektedir. Klinik pratikte uzunlamasına seyri gözlemeksizin tek başına klinik belirtilerden sınıflama yapmak klinisyene tedavi yaklaşımını belirlemede yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla klinisyenin unipolar-bipolar depresyon ayrımını yapmak için öngörücülere ihtiyacı vardır. Psikomotor retardasyon olması, atipik özellikler göstermesi, depresif epizodun ani ortaya çıkması, antidepresan tedavi sonrası hipomani gelişmesi ve anerji gibi bulgular mevcut depresyon döneminin bipolar depresyon dönemi olabileceğine işaret edebilir (26). Ek olarak, ailede BB öyküsü varlığı, daha erken yaşta ve daha kısa süren depresif epizod olması bipolar depresyon öngörücüleri olduğu ileri sürülmüştür (110, 111). Akiskal da en sık görülen bipolar depresyon semptomlarının hipersomni ve psikomotor retardasyon olduğunu belirtmiştir (112). Harvey de uzun gece uykusu, uyandırılma zorluğu ve hipersomni ile seyreden uyku problemlerine vurgu yapmıştır (113). Bu dönemde uyku kalitesinin azalması bilişsel işlevlerdeki yavaşlamaya neden olmaktadır (114).

Duygudurum bozukluklarının dinamik açıklaması unipolar bozukluk üzerine yoğunlaşmıştır. Freud 1917’de yazdığı Yas ve Melankoli’de depresyonu içe atılmış bir nesnenin hayali veya gerçek kaybı sonucunda bu nesneye ait öfkenin benliğe yönelmesi olarak değerlendirmiştir. Maniyi ise depresyona karşı bir savunma olarak belirtmiştir (115). Newman ve arkadaşlarının şema odaklı bipolar bozukluk teorisine göre şemalar “Çift yönlü” olduklarından, duygudurum değişimleri aynı şemanın aksi

yönünü belirgin hale getirebilir (73). Örnek olarak hasta depresif dönemde değersizlik şeması aktifken manik dönemde aşırı sevildiğini düşünebilir. Örneğin, kişi bir dönem kimsenin onu sevmediğini düşünse de bir dönem herkesin onu çok sevdiğini düşünebilir. Bilişsel çarpıtmaların bipolar bozukluk hastalarında her iki dönemde bu boyutta incelenmesi merak uyandırmaktadır. Farklı araştırmacılar ise birçok psikolojik tanının komorbidite göstermesi ve sürdürücü etmenlerdeki ortaklıklar nedeniyle transdiagnostik yaklaşımı benimsemişlerdir (86, 113).

Bipolar depresyonda bilişsel yapıya ilişkin çalışmalar unipolar depresyona göre daha azdır (116). Klinik fenomonoloji, nörobiyoloji ve nörogörüntüleme bulgularının bipolar ve unipolar depresyon hastalarında farklılık göstermesi iki bozukluğun bilişsel yapılarında da bazı farklılıkların olabileceğini düşündürmektedir (117, 118). Erken yaşam deneyimlerine ek olarak, doğuştan gelen özellikler de bilişsel gelişimi etkileyebilir, bipolar / unipolar depresyon hastalarında farklılık gösterebilir(119). Bu bilişsel gelişimdeki farklılıklar metakognisyon, şema ve otomatik düşünce gibi fenomenleri etkileyebilir (120). Bu nedenle duygudurum bozukluklarında farklı nedenlere bağlı olarak bilişsel süreçlerde farklılıklar olabilir. Bipolar / unipolar depresyon hastaları ile yapılan bilişsel araştırmaların büyük çoğunluğu remisyon döneminde ara inançlara odaklanmıştır (121-123). Araştırmaların genelinde ara inançların iki grup arasında fark göstermediği bildirilmekle birlikte (121-123), BB hastalarının bağımlı tutumlarının daha yüksek olduğu görüşünü destekleyen veriler de sunulmuştur (18, 124). Bipolar bozuklukta remisyondaki hastaların sağlıklı kontrollerden olumsuz otomatik düşüncelerinin de daha fazla olduğu ilerleyen araştırmalarda rapor edilmiştir (125). Lex ve arkadaşları da BB remisyon dönemindeki hastaların sağlıklı kontrollerden otomatik düşüncelerinin farklılık göstermediğini bildirmiş ve bu eşitliğin sebebinin çalışma sırasında depresif semptomların yokluğu olarak ifade etmişlerdir (126). BDT araştırmalarının bulguları da otomatik düşüncelerin depresyon şiddeti ile paralellik gösterdiğini söyleyerek Lex ve arkadaşlarının görüşünü doğrulamışlardır (127, 128).

Olumsuz otomatik düşüncelerin çökkünlük döneminde baskın olduğu, remisyon döneminde ise ara ve temel inançların başrolü oynadığı bilişsel davranışçı terapi araştırmalarında belirtilmiştir (129). Ancak bipolar depresyon döneminde otomatik düşünceleri konu alan sınırlı sayıdaki araştırma sonuçları da birbirleriyle örtüşmemektedir (120, 125, 126). Hollon ve arkadaşları (130), unipolar / bipolar

depresyon ve sağlıklı kontroller ile yürüttükleri araştırma sonuçlarına göre unipolar / bipolar depresyon gruplarının remisyon ve depresif dönemlerde ara inanç ve otomatik düşüncelerinin sağlıklı kontrollerden daha olumsuz olduğu, fakat her iki dönemde de birbirlerinden farklılaşmadığını saptamışlardır. Batmaz ve arkadaşları (18), tarafından unipolar / bipolar depresyon döneminde yapılan araştırma sonuçları ise daha güncel olarak unipolar depresyonun bipolar depresyondan, her ikisinin de sağlıklı kontrollerden daha olumsuz otomatik düşünce puanlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Bipolar / unipolar hastaların remisyon döneminde bilişsel stiller açısından fark göstermediği yönündeki görüşlerin temel aldığı açıklama depresyonla ilişkili bilişlerin etkinleşmesi sonucu bazı bireylerde manik savunma tepkisinin geliştiği varsayımdır (131). Yurt içinde depresif kadınlar ile yapılan bir araştırmada bilişsel çarpıtmaların da işlevsel olmayan tutumlar gibi süreklilik göstererek remisyon döneminde de devam ettiğini söylemektedir (132). BB remisyon dönem hastalarında son iki yılda herhangi bir duygudurum epizodu geçirmiş olanların geçirmemiş olanlara göre felaketleştirme ve iki uçlu düşünme hatalarını daha sık yaptığı bilgisi ise bilişsel çarpıtmaların aslında döneme özgün olabileceğini ima etmektedir (6). Benzer biçimde ülkemizde depresyon-distimi ve sağlıklı kontroller ile yapılan izlem çalışmasında da otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumların depresyon dönemine özgü olduğunu, remisyondaki unipolar depresyon hastalarının söz konusu bilişsel yatkınlıklar açısından sağlıklı kontrollerle farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (133).

Unipolar depresyon gibi, bipolar depresyonda da olumsuz bilişler ötimik dönemlerde azalır (134). Bir araştırmada hipomani öyküsü olan katılımcılar arasında, depresyon öyküsü olmayanlar, olumsuz bilişsel tarz açısından normal kontrollerden farklı bulunmamıştır. Aksine, depresyon öyküsü olanlar olumsuz bilişsel stiller göstermişlerdi (135). Buradan yola çıkarak bipolar bozuklukta bilişsel araştırmaların daha çok bilgi edinilebilir olması açısından depresyon dönemindeki hastaların dahil edilmesi gerekliliği yargısına ulaşılmaktadır. Birçok olumsuz bilişsel şemanın akut depresif dönemde aktifleştiği düşünüldüğünde de UD ve BD arasındaki bilişsel farklılıkların en uygun bu dönemde saptanabileceği ileri sürülmüştür (134). Yeşilyaprak ve arkadaşları (7), unipolar / bipolar depresyon grubunu karşılaştırmış ve unipolar bozukluk hastalarının daha fazla bilişsel çarpıtma yaptıklarını saptamışlardır. Bu araştırmada bilişsel hatalar alt ölçekler açısından karşılaştırılmamıştır. Bu nedenle

söz konusu araştırma bipolar / unipolar depresyonun hangi bilişsel çarpıtmalar ile birbirinden ayrıldığı sorusuna cevap verememiştir.

2.4. Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilik karmaşık bir yapıya sahip olmasıyla ve tanımlamalarındaki farklılıklarla ilgi çeken bir konu olarak göze çarpmaktadır (136). Mükemmeliyetçilik, kişilerin kendileri ya da başkaları adına gerçekleştirilmesi güç hedefler tanımlamaları ve bu amaç doğrultusunda aşırı çaba göstermeleridir (11).

Ellis tek boyutlu ve olumsuz bir özellik olarak saydığı mükemmeliyetçi kişiler hakkında; öz değer duygusunun her konuda yetkin olma koşuluna bağlandığı; problemlerin daima kusursuz çözümleri olduğu inancına sahip olduğu; sorun olduğu ve mükemmel çözüme ulaşamadığı takdirde bu durumun kendileri için bir felaket olarak algıladıklarını belirtmiştir (137). Mükemmeliyetçiliği ihmal edilmiş bir kişilik özelliği olarak kabul eden Hollender (1978) ise mükemmeliyetçi kişiliği kusursuz hiçbir şeyden tatmin olmayan, yaşamı boyunca kusur ve açık arayan, yanlışlık yapılmasına ilişkin sürekli bir tarama halinde olan ve doğruları çok fazla odağına almayan kişiler olarak tanımlar (10).

Burns tarafından yapılan (138) ilk araştırmalarda mükemmeliyetçiliğin işlevsiz bir özellik olarak tek boyutlu ele alındığı gözlenmiştir. 1990 yılından itibaren ise mükemmeliyetçilik hakkında çok boyutlu bir yapıya yönelim olduğu gözlenmiştir (139, 140). Erken dönem araştırmalarında Hamachek de Burns gibi mükemmeliyetçiliğin olumsuzluğuna odaklansa da ilerleyen araştırmalarında mükemmeliyetçiliği sadece bir patoloji olarak gören Burns'ten farklılaşmış ve mükemmeliyetçiliği "Normal mükemmeliyetçilik" ve "Nevrotik mükemmeliyetçilik" olarak sınıflamıştır. Hamachek'e göre normal mükemmeliyetçiler yüksek ama gerçekçi standartlara sahip, gösterdikleri çabadan ve performanstan haz duyan, başarısızlıkla yüzleştiklerinde nevrotik mükemmeliyetçilerden daha dayanıklı ve esnek olan kişilerdir. Aksine nevrotik mükemmeliyetçiler ise gerçekçi olmayan yüksek hedeflere sahip, özeleştirinin boyunduruğunda olan, yaptıklarından bir türlü tatmin olamayan kişilerdir (141).

2.4.1. Mükemmeliyetçiliğin Çok Boyutlu Bir Kavram Olarak Ele Alınışı

Frost (139) ve Hewitt (140) tarafından mükemmeliyetçilik çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmiştir. Frost mükemmeliyetçi bireylerin rekabetçi ve başarılı insanlardan

ayrımının güç olduğunu farketmiştir. Buradan hareketle bireyin yüksek standartlar için emek harcamasının aslında tek başına patolojik bir yönünün olmadığını savunmuştur (139). Ayrımın kendine yönelik abartılı eleştirisi ile yapılabileceğini düşünmüştür (139). Frost ve arkadaşları (139), mükemmeliyetçiliğin altı boyutu olduğuna değinmişler ve bu boyutları; hatalarla aşırı ilgilenme, kişisel standartlar, ebeveyn beklentileri, ebeveyn eleştiriciliği, davranışlar hakkında şüphe ve organizasyon şeklinde tanımlamışlardır. Bu değerlendirme mükemmeliyetçiliğin yalnızca performanslarla ilgili yüksek standartları ifade etmediği ayrıca hatalara karşı aşırı ilginin de önemli bir mükemmeliyetçilik belirtisi olduğunu ima etmişlerdir.

Hewitt ve arkadaşları (140), ise başka bir boyutsal yaklaşım üzerinden mükemmeliyetçiliği ele almışlardır. Frost'tan ayrı olarak ise tıpkı Burns gibi mükemmeliyetçiliğin olumsuz özelliklere sahip bir durum olduğunu savunmuşlardır. Hewitt ve Flett'e göre mükemmeliyetçilik ruhsal rahatsızlıklar öncesi psikopatolojinin yerleşmesi için uygun şartları hazırlayan bir kişilik özelliğidir. Kişi stresli yaşam olayları geldiğinde psikopatoloji yaşamaya yatkın hale gelmiştir. Bahsedilen bu konu ile ilgili ilk makalelerinde başkaları odaklı mükemmeliyetçiliğin kişi için olumlu katkılarına olabileceğine de değinmişlerdir. Fakat güncel makalelerinde ise mükemmeliyetçiliğin uyumlu etkilerinden bahsetmenin doğru bir yaklaşım olmadığını savunmuşlardır (142). Eski dönem araştırmacıların mükemmeliyetçiliğin kendine yönelik boyutu ile ilgilenilmiş olmasına karşın Hewitt ve Flett ek olarak mükemmeliyetçiliğin kişiler arası açıdan da değerlendirilmesi gerektiğini iddia etmişlerdir (140). Kişiler arası mükemmeliyetçiliğin uyumu bozucu işlevleri nedeniyle psikopatolojide önemli bir yer tuttuğu görüşüne sahiptirler.

Mükemmeliyetçiliğin, kendine yönelik; başkalarına yönelik ve sosyal kurallarla belirlenmiş olmak üzere üç türü olduğunu ifade etmişlerdir (140). Bu türler arasındaki ayrım davranış örüntüsünden ziyade, mükemmeliyetçi davranışların kime yönelmesi ve atfedildiğiyle ilişkilidir. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik, kişinin kendisiyle ilgili yüksek standartlar belirlemesi, zor ve esnek olmayan hedefler belirlemesi veya başarısızlıktan kaçınmak için yoğun gayret göstermesidir. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarının potansiyelleri ile ilgili varsayımları içermektedir, mükemmeliyetçilerin davranışları dışarıdan bakıldığında kendine yönelik mükemmeliyetçilerle benzeşmektedir. Ancak mükemmeliyet arzularını diğer insanlara yöneltmişlerdir; diğer insanlarından yüksek performans beklemek ve onların

mükemmel olmasına verilen önem özgün bir özellikleridir. İnsanların davranışlarını sıklıkla eleştirmektedirler. Sosyal kurallarla belirlenmiş mükemmeliyetçilik ise, önem verilen başkalarının belirlediği kriterlere ulaşmak için yoğun arzu duyma ve çaba harcamaktır. Bu mükemmeliyetçilik türünde diğerlerinin standartlarını karşılamak ve onay almak ile ilgili uğraş söz konusu olup, olumsuz değerlendirilmeden abartılı şekilde korkulur, reddedilmekten kaçınılır (140). Sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçi özellikleri olanlar insanların onlar hakkında karşılanması güç standartlar koyduklarına ve bu doğrultuda baskı kurduklarına ve ancak mükemmeliyet beklentilerini karşıladıklarında eleştiriden sıyrılabileceklerine inanırlar. Bu üç alan birbiriyle etkileşim halinde olup bireylerin tüm boyutlarda ya da sadece birinde ya da ikisindeki mükemmeliyetçilik seviyesi görünümü belirlemektedir (143).

Bireyler olumsuz mükemmeliyetçilik söz konusu olduğunda yaşamlarında sorunlar yaşayabilmektedir. Mükemmeliyetçilik kişilerin stres faktörleri ile karşılaşması olasılığını artırdığı (144) ve başa çıkma becerilerini olumsuz etkilediği (145, 146) için depresyonun başlatıcısı ve sürdürücüsü olduğu görüşleri ortaya atılmıştır (147). Depresyondaki bireyler kendilerini suçlama, ya hep ya hiç tarzı düşünme, aşırı genelleme, seçici soyutlama şeklinde düşünce hataları yapma eğilimindedirler (36). Bu perspektiften bakıldığında işlevsel olmayan mükemmeliyetçi düşüncenin depresyon için bir risk faktörü olabileceği iddia edilmiştir (148). Önemli boyutta klinik kanıt depresyon ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (12, 13). Depresyona ilişkin yazında mükemmeliyetçilik kavramının sıklıkla ölçüldüğü göze çarpmıştır. Bir gözden geçirme çalışmasında, uyumsuz mükemmeliyetçi bilişsel yapı çift kutuplu düşünme tarzıyla ilişkilendirilmiştir (149). Bilişsel müdahale ile olumsuz mükemmeliyetçi hataların değiştiği ve depresyon şiddetinin azaldığı gözlenmiştir (150). Mükemmeliyetçilikte de depresyona benzer bilişsel hataların etkili olduğu belirtilmiştir. Mükemmeliyetçi bireyler çevre ve kendilerine ilişkin başarılı ya da başarısız şekilde çift kutuplu düşünceye yatkındırlar. Hedefler değişmez ve benlik saygısı için önkoşul olarak konumlandırılır. Ayrıca ulaşılamayan hedeflere yönelen artmış seçici dikkat mevcuttur (11). Bu durum olumsuz yaşantıların tekrar edeceğine dair önyargıyı pekiştirir (151). Olumsuz otomatik düşünceler, mükemmel olma isteğinin söz konusu olduğu uyumlu mükemmeliyetçilikle olumsuz özelliklerin etkili olduğu uyumsuz mükemmeliyetçilik arasındaki farkı oluşturan ana etmendir ve başarısız olma durumunda kendini cezalandırıcı davranışlara gidişi kolaylaştırabilir

(152). Mükemmeliyetçilikleri belirgin olan kişiler başarısız olduklarını düşündüklerinde depresif hissedebilirler. Mükemmeliyetçi endişeler depresyon riskini artırabilir (153). Mükemmeliyetçilikteki boyutlarının ne olduğu depresyon açısından önemlidir ve depresyon için yatkınlıkları farklı mekanizmalar üzerinden olmaktadır.

Kendine yönelik mükemmeliyetçiliği fazla olanların özgüvenlerinin düşüklüğü ve buna ikincil sosyal izolasyona başvurdukları için destekleyici kaynakları sınırlanmaktadır (154). Bu sosyal izolasyon depresyona yatkınlık oluşturmaktadır (155). Bireylerin kendileri için koydukları yüksek hedefler ve bu hedefler hakkında sıklıkla düşünceleri depresyona gidişi hızlandırmaktadır. Bu bağlamda kendine yönelik mükemmeliyetçilik ruminasyonlar nedeniyle depresyona yatkınlık ortaya çıkarmaktadır (156, 157). Sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin daha çok olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu, kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin daha çok olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu ileri dönem araştırmalarında göze çarpmıştır (158, 159). Literatürdeki çalışmalarda son yıllardaki sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik için uyumsuz mükemmeliyetçilik, mükemmeliyetçilik kaygısı / endişesi ya da öz-eleştirel mükemmeliyetçilik gibi isimlendirmeler yapılmaktadır (160, 161). Sosyal değerlendirmeye karşı hissedilen stres ile sosyal kurallarla belirlenmiş mükemmeliyetçilik arasındaki ilişki depresyon için risk oluşturmaktadır (162). Sosyal kurallarla belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin özellikle intihar davranışıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (163). Unipolar depresif bozukluklarda kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin distimiye yordayıcı olduğu, sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin ise durumsal depresyonu öngördüğü saptanmıştır (147). Hewitt ve Flett'in çalışması kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin sadece klinik depresyona; sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin ise klinik depresyonun ve anksiyetenin de önemli bir özelliği olduğuna dikkat çekmektedir. Çalışmada başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin ise depresyon ya da anksiyete ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (164). Başkalarına odaklı mükemmeliyetçilik ise mükemmeliyetçiliğin olumlu yönünü yansıtır ve depresyonla ilişkili olmadığı bazı araştırmaların ortak bulgusudur (165, 166).

Bununla birlikte, bipolar affektif bozukluğun başlangıcını veya seyrini etkileyebilecek benzersiz mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin veya tutumlarının olup olmadığı konusu, hastalığa özgü psikoterapinin gelişimi için önemlidir. Duygudurum bozukluğu için bilişsel teori (36)'nin yanı sıra Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)

de bu konuda katkı sağlayan bir modeldir (167). DAS, olumlu duygulanım, enerji, uyku ve dikkati içeren motivasyonel açıklık ile geniş anlamda hedef arayıcı davranışı düzenler ve maninin bu düzenlemedeki bozulmalar sonucu oluştuğu düşünülmüştür. Lam ve arkadaşları (1999) da bilişsel model çerçevesinde de hedef odaklı davranışın günlük düzendeki bozulmalara sebep olan işlevsiz tutum olduğunu varsaymıştır (168). Bipolar ile unipolar hastaları karşılaştıran çalışmalar ise çelişkili sonuçlar vermiştir (169, 170). Mansell ve ark. (2007) ve Holmes vd. (2008) bipolar bozuklukta belirti gelişimi modellerinde de belirtildiği gibi hedef arama ve kendi odaklı mükemmeliyetçiliğin stres ve anksiyetenin aracılığıyla bipolar bozuklukta depresyon dönemindeki semptomları açıkladığı fakat manik semptomları açıklayamadığı bulgusu edinilmiştir (14). Mükemmeliyetçi tutumları belirgin bipolar bozukluklu bireyler, kendilerini yüksek hedefleri için fazla zorlayabilir. Bu durum onları uyku yoksunluğu ve bilişsel işlevsellikte bozulma ile karşı karşıya getirebilmektedir. Ardından yüzleşmek zorunda oldukları başarısızlık, kendini suçlama ve umutsuzlukla depresif dönemin başlangıcı olabilir (15). Mükemmeliyetçi gereksinimlerin sosyal problem çözme becerileri görece zayıf bipolar hastaların depresyon döngüsünde önem kazandığı küçük örneklemlerli araştırmalarda ortaya konulmuştur (17, 171). İlgili araştırmalar incelendiğinde Batmaz ve arkadaşlarının (18), çalışmasına göre UD ve BD hastalarının mükemmeliyetçi tutumlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu fakat birbirleri arasında farklılık göstermediği bilgisine ulaşılmıştır. Bununla birlikte BD ve UD hastalarının mükemmeliyetçilik ve onaylanma ihtiyacı olmak üzere iki farklı bilişsel tutum açısından fark göstermediği saptanmıştır (15, 172).

2.4.1.1. Mükemmeliyetçiliğin Etyolojisi

Mükemmeliyetçiliğin etiyolojisine ilişkin çalışma bulguları tutarlılıkla ailesel kaynaklarda birleşmektedir (138, 173). Ebeveyn çocuk etkileşiminde övgü ve şefkat gereksinimlerinin karşılanması zor koşullara bağlanması mükemmeliyetçiliğin kökenini oluşturabilir (174). Ailesel altyapının yanı sıra toplumsal kuralların esnek olmamasının ve kültürel olarak ideale yönelik yönlendirmelerin aşırı gündemde olmasının da mükemmeliyetçi çekirdeğin filizlenmesinde büyük rolü olabilir (175). Mükemmeliyetçiliğin genetik temeline yönelik yapılan kısıtlı sayıdaki ikiz örneklemlerli araştırmaların sonuçları ise kendi odaklı ve sosyal kurallar ile belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin %30-40 arasında kalıtsal özellik gösterdiğini işaret etmektedir

(176, 177). Son alışmalar n6rotizm ile ortak genetik fakt6rlere sahip olabileceğini g6stermektedir (178).

2.4.1.2. M6kemmeliyetilik BDT İlişkisi

Klinik 6rneklemelerde yapılan bir dizi çalışma, m6kemmeliyetilik için kişiye 6zel y6z y6ze BDT'nin m6kemmeliyetilik, anksiyete ve depresyonda 6nemli azalmalara yol açtığını g6stermiştir (179, 180). 6niversite 6đrencilerinin stres y6netimi eğitimi / 10 haftalık BDT / kontrol olarak 6 sınıfa ayrıldığı yeni bir randomize kontroll6 çalışma, m6kemmeliyetilik için BDT alan katılımcıların m6kemmeliyetilikte diğer gruplara g6re 6nemli 6l6de belirgin d6ř6ř yaşadığı sonuçlarını bulmuştur (181).

Bipolar depresyon tedavisi hem psikofarmakolojik hem de psikososyal yaklaşımlar açısından son yıllarda araştırma konusu olarak dikkat çekmektedir (182). BDT gerek kuramsal temeli gerekse pratiğe d6k6lebilirliğiyle depresyon tedavisinde 6ne çıkan bir araç olarak pop6lerlik kazanmıştır (47). BDT her ne kadar unipolar depresyon tedavisi için geliştirilmiş olsa da akabindeki araştırmalar BB'un her iki zıt kutbu için de y6z g6ld6r6c6 olabileceğine vurgu yapmıştır (183, 184) Nitekim BDT'nin bipolar bozukluğun her iki epizodunda da etkin olduğunu bildirilen araştırmalar bu g6r6ř6 desteklemiştir (185). BDT'nin hastaneye yatışı, yaşam kalitesini ve ilaç tedavisine uyumu artırdığı araştırma sonuçlarında g6zlenmiştir (101, 186). Fakat aksi y6nde kanıtlar da mevcuttur (187). Bu alandaki araştırmaların artışı tedavi tekniklerinin modifikasyonu için 6nemlidir. UD ve BD hastalarının sosyodemografik ve klinik farklılıklarının dışında, bilişsel yapılarındaki farklılıklar da 6ng6r6c6ler olarak değerlendirilmelidir.

3. HASTALAR VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri kliniğine başvuran hem poliklinik hastaları hem de serviste yatarak tedavi gören DSM-5'e göre major depresif bozukluk (unipolar depresyon) tanısı konan 80 unipolar depresyon ile 80 bipolar depresyon hastalarından oluşan çalışma grupları ile klinik görüşme neticesinde herhangi bir DSM-5 psikiyatrik tanısı konulmayan 80 kişiden oluşan sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur. Psikotik özellikli depresyon tanısı koyulanlar, ölçeklerin sonuçlarını etkileyebileceği düşünüldüğü için unipolar/bipolar depresyon hastalarında çalışmaya dahil edilmemiştir. Nisan 2020'de başlayan çalışmanın birinci sonlanım noktası olan unipolar ve bipolar depresyon hastalarının 80'er kişiye ulaşması hedefine Şubat 2021'de ulaşılmıştır. Birinci sonlanım noktası sırasında yapılan istatistiksel analizde her iki depresyon grubu da tabakalı örnekleme ile yaşa göre üç boyutta sınıflandırılmıştır (genç<31, 31-45=orta yaş ve yaşlı>45). Sınıflandırmada tabakalandırmayı belirleme eşikleri üç yaş grubu için de her iki depresyon grubunda homojen dağılım sağlanarak belirlenmiştir (188). Her iki grubun istatistiksel olarak bu üç yaş grubundaki katılımcı sayılarının anlamlı fark içermediği gözlenmiştir. Her bir yaş boyutundaki katılımcılar unipolar ve bipolar depresyon gruplarında benzer cinsiyet oranlarında dağılmıştır. Unipolar ve bipolar depresyon grubundaki yaş ve cinsiyet kategorilerinin toplanıp ikiye bölünmesi sonucunda sağlıklı kontrol grubunun örneklem dağılımının 24 genç (18 kadın/6 erkek), 27 orta yaş (20 kadın/ 7 erkek) ve 29 yaşlı (22 kadın/7 erkek) gruptan oluşması planlanmış ve hedeflenen örneklemin Nisan 2021'de elde edilmesi ile sekonder sonlanım noktası tamamlanmıştır (Araştırmanın akış şeması Şekil 2'de şematize edilmiştir).

Dâhil edilme kriterlerini karşılayan hastalar, çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup çalışmaya katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Unipolar / Bipolar Depresyon tanılı erişkinler ve sağlıklı kontrollere araştırmacı tarafından öncelikle Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanması sonrası görüşmecisi tarafından Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu doldurulmuştur. Dahil edilme ve edilmeme kriterlerine uyan olgular çalışmaya dahil edilmiş olup ardından Bilişsel Çarpıtmalar (Düşünce Özellikleri) Ölçeği ile Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Unipolar ve bipolar depresyon

hastalarından oluşan 160 kişilik depresyon örnekleme istatistiksel karşılaştırma için homojen dağılım gerekliliği göz önünde bulundurularak depresif epizod sayısına göre 0-3 depresif epizod (%51.9) ve $4 \leq$ depresif epizod (%48.1) olmak üzere iki gruba ve bipolar depresyon hastaları geçmiş manik epizod sayısına göre 0-2 epizod (%38.8), 3-4 epizod (%33.7) ve $5 \leq$ epizod (%27.5) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

3.2. Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Bipolar affektif bozukluk veya depresif bozukluk tanılı olup DSM-5'e göre major depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılamak ve akut epizodda olmak
- YMDÖ<3 puan olması
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Okuma yazma biliyor olmak
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

3.3. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

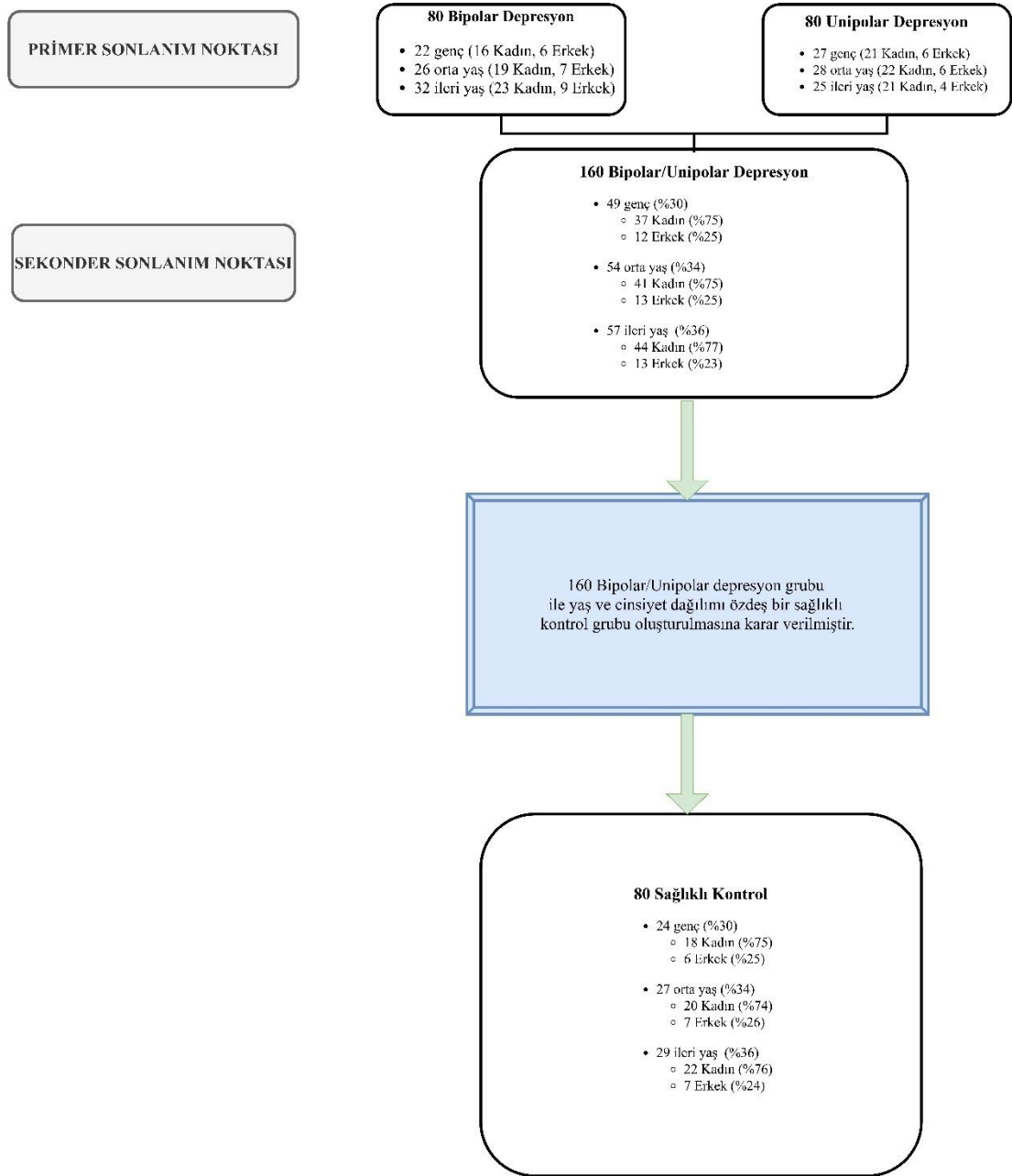
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Okuma-yazma biliyor olmak

3.4. Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Psikotik herhangi bir bulgusu olanlar,
- Bilinen düzeltilmemiş herhangi görme ya da işitme kusuru olanlar,
- Bilinen akut ya da kronik nörolojik hastalığı olanlar (epilepsi, Parkinson hastalığı vb.),
- Bilinen stabil olmayan aktif medikal hastalığı bulunanlar (aktif astım, Diabetes Mellitus vb.)
- Kafa travması ve SSS enfeksiyonu öyküsü bulunanlar,
- Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

3.5. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- DSM-5' e göre bilinen bir psikiyatrik hastalığa sahip olanlar



Şekil 2. Katılımcıların dahil edilmesi sürecini gösteren akış şeması

3.6. Çalışmada Kullanılan Form ve Ölçekler

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Örneklem ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik bilgilerini belirlemek için tarafımızca oluşturulan bir formdur. Hastalarla yapılan görüşmede araştırmacı

tarafından doldurulmuştur. Formda kişinin, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, daha önce psikiyatri başvurusu olup olmadığı, halen kullanmakta olduğu psikiyatrik tedaviler, ailede ruhsal hastalık olup olmadığı, daha önce intihar girişimi olup olmadığı, daha önce psikiyatri yatışı olup olmadığı, hastalığın başlangıç yaşı, başlangıç epizodu, toplam epizod sayısı ile geçirmiş olduğu hipomani, mani ve depresif epizodlarının sayısı, ilk depresif epizod yaşı ile mevcut hastalık epizodunun kaç gündür devam ettiği ile ilgili veriler bulunmaktadır.

Sosyoekonomik Statü (SES) Ölçümü: Katılımcıların eğitim ve çalıştığı iş sınıfına göre sınıflandırma yapılmış olup sınıflandırma sonucunda Hollingshead indeksi kullanılmıştır (189). İndeksle ilgili puanlama tablo 1’de ayrıntılandırılmış olup Türkiye örnekleminde de kullanılan gören sınıflandırma tercih edilmiştir (190). Eğitim düzeyi ve meslek grubu indekse göre değerlendirilerek kişinin aldığı toplam puan elde edilmiştir; indeksin referans çalışmasındaki sosyoekonomik düzeylerin sınıflandırması evli bireylerde hanedeki iki kişinin çalışma ve eğitim seviyesi dikkate alınarak hesaplanır fakat araştırmamızda skorlama sadece katılımcılar üzerinden olduğu için sosyoekonomik düzey puanları ikiye bölünerek ilgili sosyoekonomik düzey grubu belirlenmiştir.

Tablo 1. Hollingshead İndeksine Göre Sosyoekonomik Sınıflama

Eğitim düzeyi	Skor	Meslek	Skor
Okuma yazma yok	0	Çalışmıyor	0
İlkokul mezunu	1	İşçi	1
Ortaokul mezunu	2	Mavi yakalı çalışan	2
Lise mezunu	3	Beyaz yakalı çalışan	3
Üniversite mezunu	4	Uzman	4

Sosyoekonomik düzeyler: 0–4: I; 5–8: II; 9–12: III; 13–16: IV. I-II: düşük sosyoekonomik düzey, III-IV: yüksek sosyoekonomik düzey

3.6.2. Bilişsel Çarpıtmalar (Düşünce Özellikleri) Ölçeği (BÇÖ)

Covin ve arkadaşları (191) tarafından geliştirilmiş olup Ardaniç tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (192). Ölçeği geliştiren araştırmacılar “Bilişsel çarpıtmalar” ifadesinin katılımcılarda bir ön yargı oluşturabileceğini ve savunucu tutum sergilenebileceğini göz önünde bulundurarak “Düşünme türleri ölçeği” ismini önermişlerdir. 10 bilişsel çarpıtma başlığı kısa hikâyeler aracılığıyla ve yedili likert tipi (1 = asla; 7 = her zaman) ölçekle sorgulanmaktadır. Öz bildirim dayalı bir ölçüm aracıdır. Ölçüm aracının içerdiği 10 zihinsel hata; zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, -meli -malı ifadeleri, olumluyu azımsama ya da yok saymadır. Her zihinsel hatanın kişilerarası (sosyal) ve kişisel başarı alt ölçek puanları ayrı ayrı hesaplanır. Ölçeğin iç geçerliliği için yapılan analizde Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bildirilmiştir. Kişiler arası (sosyal) ve kişisel başarı alt ölçekleri için ise sırası ile 0.75 ve 0.79 değerleri bildirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak belirlenmiş; test – tekrar test katsayısı ise 0.92 olarak bildirilmiştir.

3.6.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)

Hewitt ve Flett (140) mükemmeliyetçiliği üç boyutta incelemişler ve 45 maddelik 1-7 arasında puanlanan (1 = Hiç katılmıyorum; 7= Tamamen katılıyorum) 7’li likert tipi Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu ölçek literatürde HMPS (Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale) olarak geçmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.73- 0,91 arasında değişmektedir. Hewitt ve Flett geliştirdikleri bu ölçekte mükemmeliyetçiliğin boyutlarını; 1. Kendi odaklı mükemmeliyetçilik, 2. Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik, 3. Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik olarak isimlendirmişlerdir (193). Hewitt ve Flett (1991) tarafından geliştirilen ölçek kendine odaklı mükemmeliyetçilik (KOM) (1, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 20, 23, 28, 32, 34, 36, 40, 42 nolu maddeler), başkası odaklı mükemmeliyetçilik (BOM) (2, 3, 4, 7, 10, 16, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 38, 43, 45 nolu maddeler) ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik (SOM) (5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 44 nolu maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Oral tarafından yapılmıştır (194). Oral tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayıları, KOM alt ölçeği için 0.91, BOM alt ölçeği için 0.73 ve SOM alt ölçeği için 0.80 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 maddelidir (195). Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996'da Türkçe'de güvenilirliği ve geçerliliği yapılmıştır (196). HDDÖ iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, güvenilirlik katsayısı ise 0.76 olarak bulunmuştur. HDDÖ ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve yüksek skor o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53'tür. Kesme noktaları 23 <; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve 7 > normal olarak saptanmıştır.

3.6.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Ölçek, Hamilton tarafından geliştirilmiştir (197). Bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (198). Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. 8 maddenin toplamı somatik alt skoru, 6 maddenin toplamı ise psikişik alt skoru oluşturmaktadır. Toplam skoru ise bu iki alt skorun toplam puanı vermektedir. Değerlendirmede toplam skora göre 17 puan ve altı hafif, 18-24 arası orta, 25 puan ve üzeri ise şiddetli olarak derecelendirilmektedir.

3.6.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları 1978'de mani derecelendirme ölçeğini (YMDÖ) geliştirdiler (199). YMDÖ 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. YMDÖ Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 2001'de Karadağ ve arkadaşları (200) tarafından yapılmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışma verisi SPSS for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) aracılığıyla değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama (\pm) standart sapma ve yüzde olarak sunuldu. Sosyodemografik ve Klinik veriler, anksiyete ve depresyon şiddetlerinin karşılaştırmalarında Çok Gözlü Ki Kare testi, bağımsız örneklem t-testi (student t-testi), Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans (ANOVA), Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı. Korelasyon

analizlerinde Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırmalarında etki büyüklüğü için Cohen's d (bağımsız örneklem t-test için küçük, $d = 0.2$; orta, $d = 0.5$; büyük, $d = 0.8$ (201); Mann-Whitney U testi için küçük $d=.01$; orta $d =.03$; büyük $d=.05$ (202)) ve n^2 : eta kare (ANOVA ve Kruskal-Wallis testleri için $0.02-.12$ =küçük etki, $.13-.25$ =orta etki, $.26 \leq$ büyük etki (203, 204)); kategorik verilerin karşılaştırmasında etki büyüklüğü için Cramer V değeri kullanılmıştır (Cramer V: $df=2$ serbestlik derecesinde $.07$ = küçük etki, $.21$ = orta düzeyde etki, $.35$ =büyük etki olarak değerlendirilmiştir(203)). Gruplar arasında bilişsel çarpıtma ve mükemmeliyetçilik değişkenlerinin karşılaştırması tek yönlü varyans (ANOVA), Kruskal-Wallis ve kovaryans (ANCOVA) analizleri ile yapılmış olup anksiyete puanları kovaryans olarak belirlenmiştir. Post-Hoc değerlendirilmelerde; çok gözlü ki-kare için standardize edilmiş artık değerlerden (205), ANOVA analizinde varyansların homojenliği sağlandığı durumlarda Tukey karşılaştırma testinden; ANOVA analizinde varyansların homojenliğinin karşılanmadığı durumlarda Games-Howell karşılaştırma testinden, Kurskall Wallis analizinde ise Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Korelasyon analizleri sonunda depresyon şiddetini etkileyebilecek değişkenlerin etkisini anksiyeteden bağımsız olarak incelemek için parsiyel korelasyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Unipolar / bipolar depresyon ve sağlıklı kontrollerden oluşan tanımlayıcı veriler ve istatistikler tablo 2 ve tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Üç grup arasındaki kategorik değişkenler ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

Değişkenler	Unipolar Depresyon	Bipolar Depresyon	Sağlıklı Kontrol	Ki-Kare Değeri	P değeri	Cramer V	Post-Hoc
Cinsiyet				1.89	.38		
Kadın	64 (%80)	58 (%72.5)	57 (%71.3)				
Erkek	16 (%20)	22 (%27.5)	23 (%28.7)				
Yaş Grubu				1.66	.79		
Genç	27 (%33.8)	22 (%27.5)	23 (%28.7)				
Orta yaşlı	28 (%35)	26 (%32.5)	26 (%32.5)				
İleri yaş	25 (%31.3)	32 (%40)	31 (%38.8)				
Medeni Hal				2.30	.31		
Bekar	29(%36.3)	32 (%40)	23 (%28.7)				
Evli	51 (%63.7)	48 (%60)	57 (%71.3)				
Sosyoekonomik grup				77.36	<.001	.40	UD=BD ≠SK
Düşük	62 (%77.5)	61 (%76.3)	14 (%17.5)				
Yüksek	18 (%22.5)	19 (%23.8)	65 (%81.3)				
Tedavi				219.50	<.001	.95	UD=BD ≠SK
Var	75 (%93.8)	80 (%100)	0 (%0)				
Yok	5 (%6.3)	0 (%0)	80 (%100)				
Aile hikayesi				52.36	<.001	.46	UD=BD ≠SK
Var	22 (%27.5)	40 (%50)	0 (%0)				
Yok	58 (%72.5)	40 (%50)	80 (%100)				
İntihar				53.43	<.001	.47	UD=BD ≠SK
Var	17 (%21.3)	39 (%48.8)	0 (%0)				
Yok	63 (%78.8)	41 (%51.2)	80 (%100)				
Hastane Yatışı				140.40	<.001	.76	UD=BD ≠SK
Var	19 (%23.8)	70 (%87.5)	0 (%0)				
Yok	61 (%76.3)	10 (%12.5)	80 (%100)				
HADÖ							
17<	64 (%80)	52 (%65)	22 (%27.5)				
≤17	16 (%20)	28 (%35)	58 (%72.5)				

Tablo 2. Devam-1

BD: Bipolar Depresyon, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, SK: Sağlıklı Kontrol, UD: Unipolar Depresyon. Cramer V (etki büyüklüğü): df=2 serbestlik derecesinde .07= küçük etki, .21= orta düzeyde etki, .35=büyük etki olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Üç grup arasındaki tanımlayıcı değişkenler ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler	UD	BD	SK	F değeri ^c	Kruskal Wallis H değeri	Post-Hoc	n ²
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$				
Yaş	39.22 ± 13.95	41.58 ± 13.47	39.92 ± 12.49	0.66			.00
Hollingshead İndeksi	3.21 ± 2.05	3.28 ± 1.64	6.35 ± 1.86	73.74*		^d SK>BD=UD	.38
Eğitim yılı	6.25 ± 4.95	5.50 ± 3.48	13.00 ± 5.06	62.52*		^e UD=BD<SK	.35
Başlangıç Yaşı ^b	29.42 ± 11.69	24.08 ± 7.21	UD>BD: t(131.59)= 3.47, p=.001, Cohen's d= .54				
YMDÖ skoru	1.48 ± 0.67	1.46 ± 0.91	0.27 ± 0.67				
HADÖ skoru	21.68 ± 5.85	19.16 ± 6.19	12.65 ± 5.23	52.14*		^d UD>BD>SK	.30
HDDÖ skoru ^b	24.27 ± 4.45	21.75 ± 5.83	3.71 ± 2.46	UD>BD: t (147.65)=3.07, p=.003, Cohen's d= .48			
Manik Epizod Sayısı	0 ± 0	3.5 ± 2.43	0 ± 0				
Hipomanik Epizod Sayısı	0 ± 0	1.13 ± 1.01	0 ± 0				
Depresif Epizod Sayısı ^a	3.46 ± 1.50	3.92 ± 1.75	UD=BD: Mann Whitney U= 2670 Z=1.85, p=0.063 Cohen's d =.14				
İlk Depresif Epizod Yaşı	29.53 ± 11.79	25.01 ± 6.97	UD>BD: Mann Whitney U= 2584 Z=2.10, p=0.035 Cohen's d =.46				
Epizod Süresi (gün)	53.82 ± 27.78	44.77 ± 23.39	UD>BD: Mann Whitney U= 2639 Z=1.98, p=0.048 Cohen's d =.35				

Tablo 3. Devam-1; SD: Standart Sapma, *Hepsi p<0.001 değerinde anlamlıdır. ^a:Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır, ^b: Bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır, ^c: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır, ^d:Tukey Post-Hoc analizi uygulanmıştır, ^e:Games-Howell Post-Hoc analizi uygulanmıştır. Cohen's d (etki büyüklüğü): .02 küçük etki, .05 orta etki ve .08 büyük etki, n²: Eta kare (etki büyüklüğü); .02-.12=küçük etki, .13-.25=orta etki, .26≤ büyük etki olarak kabul edilmiştir.

Unipolar / bipolar depresyon ve sağlıklı kontrollerin BÇÖ ve ÇBMÖ ölçeği skorları ve karşılaştırmaları tablo 4 ve tablo 5'de gösterilmiştir.

BÇÖ alt ölçek skorlarının sıklıklarına bakıldığında bütün depresyon hastalarında en sık yapılan bilişsel çarpıtmanın aşırı genelleme (8.85 ± 3.16), unipolar depresyonda zihin okuma (9.03 ± 2.66), bipolar depresyonda ise aşırı genelleme olduğu (8.71 ± 3.31) saptanmıştır.

Tablo 4. BÇÖ skorlarının karşılaştırılması

Değişkenler	UD	BD	SK	F değeri ^b	Kruskal Wallis H değeri	Post-Hoc	n ²
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$				
BÇÖ Toplam	85.21 ± 20.23	77.98 ± 23.35	40.98 ± 13.99		121.9*	^a UD=BD>SK	.50
BÇÖ Sosyal	43.47 ± 10.16	39.01 ± 12.06	20.66 ± 7.37		118.4*	^a UD=BD>SK	.49
BÇÖ Başarı	41.85 ± 11.17	38.95 ± 11.68	20.32 ± 6.92		119.3*	^a UD=BD>SK	.49
Zihin Okuma Toplam	9.03 ± 2.66	8.17 ± 3.19	4.53 ± 2.20		84.36*	^a UD=BD>SK	.34
Sosyal	4.63 ± 1.38	4.11 ± 1.59	2.31 ± 1.86		85.71*	^a UD=BD>SK	.35
Başarı	4.4 ± 1.49	4.06 ± 1.73	2.22 ± 1.09	67.20*		^d UD=BD>SK	.30
Felaketleştirme Toplam	8.91 ± 2.94	7.98 ± 3.46	4.41 ± 2.30	66.54*		^d UD=BD>SK	.30
Sosyal	4.35 ± 1.61	3.95 ± 1.88	2.31 ± 1.28	44.96*		^d UD=BD>SK	.23
Başarı	4.56 ± 1.58	4.03 ± 1.83	2.10 ± 1.15	73.72*		^d UD=BD>SK	.32
Hep ya da Hiç Toplam	8.28 ± 3.17	7.77 ± 2.98	3.85 ± 1.56	96.65*		^d UD=BD>SK	.35
Sosyal	4.35 ± 1.78	3.75 ± 1.70	1.92 ± 0.89	78.67*		^d UD=BD>SK	.31
Başarı	3.93 ± 1.73	4.02 ± 1.60	1.92 ± 0.88	77.84*		^d UD=BD>SK	.30
Duygudan Sonuç Çıkarma Toplam	8.91 ± 2.99	7.73 ± 3.26	4.30 ± 2.11	73.36*		^d UD=BD>SK	.32
Sosyal	4.57 ± 1.58	3.9 ± 1.74	2.25 ± 1.2	60.74*		^d UD=BD>SK	.29
Başarı	4.33 ± 1.73	3.81 ± 1.67	2.05 ± 1.16	70.45*		^a UD=BD>SK	.28
Etiketleme Toplam	8.23 ± 3.19	6.6 ± 3.22	3.71 ± 2.27		76.03*	^a UD=BD>SK	.31
Sosyal	4.1 ± 1.63	3.36 ± 1.69	1.95 ± 1.25		66.25*	^a UD=BD>SK	.27
Başarı	4.13 ± 1.71	3.23 ± 1.69	1.76 ± 1.17		73.80*	^a UD=BD>SK	.30
Zihinsel Filtreleme Toplam	8.33 ± 2.81	7.91 ± 3.0	4.16 ± 1.89	80.90*		^d UD=BD>SK	.31
Sosyal	4.02 ± 1.5	3.96 ± 1.62	1.98 ± 0.93	76.92*		^d UD=BD>SK	.31
Başarı	4.28 ± 1.58	3.95 ± 1.57	2.17 ± 1.16	58.52*		^d UD=BD>SK	.29
Aşırı Genelleme Toplam	8.98 ± 3.02	8.71 ± 3.31	4.17 ± 2.07	94.03*		^d UD=BD>SK	.37
Sosyal	4.57 ± 1.64	4.38 ± 1.87	2.17 ± 1.15	75.0*		^d UD=BD>SK	.32
Başarı	4.41 ± 1.76	4.32 ± 1.74	2.0 ± 1.12	79.45*		^d UD=BD>SK	.33
Kişiselleştirme Toplam	7.83 ± 3.07	7.48 ± 3.03	4.28 ± 2.54		60.75	^a UD=BD>SK	.24
Sosyal	3.95 ± 1.69	3.75 ± 1.58	2.12 ± 1.39	32.77*		^c UD=BD>SK	.21
Başarı	3.87 ± 1.72	3.73 ± 1.55	2.16 ± 1.38	33.02*		^d UD=BD>SK	.19
Zorunluluk İfadeleri Toplam	8.58 ± 2.78	7.67 ± 3.18	3.92 ± 2.24		88.23*	^a UD=BD>SK	.36
Sosyal	4.36 ± 1.54	3.8 ± 1.73	1.8 ± 0.11		83.33*	^a UD=BD>SK	.34
Başarı	4.22 ± 1.59	3.87 ± 1.61	2.05 ± 1.26	56.44*		^d UD=BD>SK	.29
Olumlu Yü Yok Sayma Toplam	8.45 ± 3.33	8.0 ± 3.48	3.61 ± 1.99		86.60*	^a UD=BD>SK	.35
Sosyal	4.3 ± 1.78	4.12 ± 1.91	1.83 ± 1.05		78.11*	^a UD=BD>SK	.32
Başarı	4.15 ± 1.79	3.87 ± 1.71	1.77 ± 1.05		80.96*	^a UD=BD>SK	.33

BÇÖ: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, SD: Standart Sapma. *Hepsi $p < 0.001$ değerinde anlamlıdır. ^a:Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır, ^b: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. ^c:Tukey Post-Hoc analizi uygulanmıştır, ^d:Games-Howell Post-Hoc analizi uygulanmıştır. n^2 : Eta kare (etki büyüklüğü); .02-.12=küçük etki, .13-.25=orta etki, .26≤ büyük etki olarak kabul edilmiştir.

Tablo 5. ÇBMÖ skorlarının karşılaştırılması

Değişkenler	UD	BD	SK	F değeri ^b	Post-Hoc	n ²
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			
ÇBMÖ Toplam	193.62 ± 25.82	180.87 ± 26.45	149.60 ± 28.46	56.55*	Tukey: UD>BD>SK	.32
Kendi Odaklı	68.3 ± 9.09	65.56 ± 11.82	47.2 ± 16.93	48.74	Games-Howell: UD=BD>SK	.34
Sosyal Odaklı	64.27 ± 10.35	61.52 ± 11.39	40.8 ± 12.01	103.5*	Tukey: UD=BD>SK	.46
Başkası Odaklı	59.32 ± 11.95	55.16 ± 10.2	61.43 ± 8.98	8.56	Games-Howell: SK>BD=UD	.05

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, SD: Standart Sapma, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği. ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği. *Hepsi $p < 0.001$ değerinde anlamlıdır. ^a:Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır, ^b: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Cohen's d (etki büyüklüğü): .02 küçük etki, .05 orta etki ve .08 büyük etki, n²: Eta kare (etki büyüklüğü); .02-.12=küçük etki, .13-.25=orta etki, .26≤ büyük etki olarak kabul edilmiştir.

Her üç grup arasındaki karşılaştırmalar içerisinde ANCOVA analizi şartları olan regresyon eğrilerinin ve varyansların homojenliği şartları yalnızca Tablo 6'da gösterilen değişkenler ve karşılaştırmalar sağlayabildiği için ANCOVA analizine Tablo 6'da gösterilen değişkenler konulmuştur.

Tablo 6. HADÖ skorunun kontrol edildiği ANCOVA analizi sonuçları

Değişkenler	F değeri	P değeri	Partial n ²	Karşılaştırılan Gruplar	Adj. R ²
Zihin okuma toplam	0.909	.34	.006	UD=BD	.034
Zihin okuma sosyal	2.09	.150	.013	UD=BD	.036
Etiketleme toplam	5.85	.017	.036	UD>BD	.095
Etiketleme sosyal	5.24	.023	.033	UD>BD	.079
Etiketleme başarı	5.31	.022	.033	UD>BD	.091
Kişiselleştirme sosyal	9.16	.003	.055	UD>SK	.251
Olumluyu yok sayma toplam	2.53	.114	.016	UD=BD	.012
Olumluyu yok sayma sosyal	2.45	.119	.016	UD=BD	.029
Olumluyu yok sayma başarı	2.08	.151	.013	UD=BD	.002
ÇBMÖ toplam	10.74	.001	.064	UD>SK	.435
ÇBMÖ Sosyal Odaklı	15.71	<.001	.092	UD>SK	.432

Adj.R²: açıklanan varyans, BD: Bipolar Depresyon, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, SK: Sağlıklı Kontrol, UD: Unipolar Depresyon. n² = .01 küçük etki; n² = .06 orta etki; n² = .14 büyük etki.

Bilişsel çarpıtmalardan hiçbiri unipolar depresyon grubunda HDDÖ skoru ile korelasyon göstermemiştir. Unipolar depresyon grubunda anksiyete şiddeti ile pozitif yönde korelasyon gösteren bilişsel çarpıtma alt tipi sadece zorunluluk ifadelerinin

kişiler arası puanıdır (r:.301, p=.007). Unipolar depresyonda HDDÖ ve HADÖ skoru ile korelasyon analizi sonuçları tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Unipolar depresyon grubunda HDDÖ ve HADÖ korelasyon analizi sonuçları

UD	HDDÖ skoru		HADÖ skoru		HDDÖ skoru ^a	
	r	p	r	p	r	p
Değişkenler						
BÇÖ Toplam	.080	.481	-.064	.576	.145	.201
BÇÖ Sosyal	.069	.543	-.080	.481	.144	.206
BÇÖ Başarı	.086	.450	-.063	.581	.152	.182
Zihin Okuma Toplam	.192	.088	.131	.245	.143	.207
Sosyal	.188	.095	.059	.603	.190	.093
Başarı	.167	.138	.179	.112	.078	.494
Felaketleştirme Toplam	.152	.177	-.032	.775	.212	.061
Sosyal	.182	.107	.032	.780	.202	.074
Başarı	.098	.389	-.092	.415	.189	.095
Hep ya da Hiç Toplam	.136	.230	.022	.847	.152	.181
Sosyal	.126	.265	.055	.626	.116	.309
Başarı	.118	.296	-.017	.882	.159	.162
Duygudan Sonuç Çıkarma Toplam	-.031	.782	-.083	.464	.022	.849
Sosyal	-.052	.650	-.049	.668	-.028	.805
Başarı	-.007	.949	-.099	.382	.064	.578
Etiketleme Toplam	.000	.999	.047	.676	-.035	.761
Sosyal	-.016	.888	.044	.696	-.052	.648
Başarı	.015	.896	.046	.686	-.015	.895
Zihinsel Filtreleme Toplam	.101	.375	-.046	.687	.158	.165
Sosyal	.067	.554	.005	.963	.079	.487
Başarı	.109	.336	-.082	.472	.195	.085
Aşırı Genelleme Toplam	.072	.528	-.037	.747	.115	.312
Sosyal	.032	.780	.006	.960	.035	.759
Başarı	.093	.412	-.068	.549	.165	.146
Kişiselleştirme Toplam	.063	.577	-.143	.207	.184	.104
Sosyal	.010	.928	-.113	.319	.095	.403
Başarı	.100	.377	-.158	.161	.242	.032
Zorunluluk İfadeleri Toplam	-.026	.816	-.211	.060	.124	.277
Sosyal	-.053	.638	.301	.007	.161	.158
Başarı	.005	.962	-.078	.492	.064	.577
Olumluyu Yok Sayma Toplam	.015	.892	-.014	.901	.029	.797
Sosyal	-.001	.993	.041	.720	-.031	.788
Başarı	.030	.794	-.067	.557	.085	.455

^a:Anksiyete şiddeti parsiyel korelasyon ile kontrol edildikten sonra depresyon şiddeti ile yapılan korelasyonlar, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, r: Pearson korelasyon katsayısı, UD: Unipolar Depresyon.

Bipolar depresyon grubunda hem HDDÖ hem de HADÖ skoruyla pozitif yönde korelasyon gösteren bilişsel çarpıtmalar tablo 8’de gösterilmiştir. Ayrıca HADÖ skoru

ile HDDÖ skoru korelasyon gösterebileceği için HADÖ skorundan bağımsız olarak da HDDÖ skoruyla pozitif korelasyon gösteren bilişsel çarpıtmalar tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Bipolar depresyon grubunda HDDÖ ve HADÖ skorlarıyla pozitif yönde korelasyon gösteren bilişsel çarpıtmalar

BD	HDDÖ skoru		HADÖ skoru		HDDÖ skoru ^a	
	r	p	r	p	r	p
Değişkenler						
BÇÖ Toplam	.530	<.001	.405	<.001	.383	<.001
BÇÖ Sosyal	.553	<.001	.416	<.001	.408	<.001
BÇÖ Başarı	.498	<.001	.384	<.001	.354	.001
Zihin Okuma Toplam	.347	.002	.203	.071	.289	.010
Sosyal	.353	.001	.202	.072	.298	.008
Başarı	.315	.004	.188	.095	.258	.022
Felaketleştirme Toplam	.482	<.001	.321	.004	.379	.001
Sosyal	.420	<.001	.244	.029	.356	.001
Başarı	.479	<.001	.356	.001	.348	.002
Hep ya da Hiç Toplam	.316	.004	.200	.075	.250	.026
Sosyal	.306	.006	.180	.110	.252	.025
Başarı	.264	.018	.181	.107	.195	.085
Duygudan Sonuç Çıkarma Toplam	.423	<.001	.435	<.001	.204	.071
Sosyal	.378	.001	.380	.001	.186	.101
Başarı	.414	<.001	.436	<.001	.189	.095
Etiketleme Toplam	.347	.002	.323	.003	.189	.095
Sosyal	.326	.003	.314	.005	.168	.140
Başarı	.335	.002	.301	.007	.191	.091
Zihinsel Filtreleme Toplam	.397	<.001	.184	.102	.372	.001
Sosyal	.439	<.001	.254	.023	.373	.001
Başarı	.304	.006	.089	.432	.326	.003
Aşırı Genelleme Toplam	.481	<.001	.380	.001	.333	.003
Sosyal	.514	<.001	.402	<.001	.362	.001
Başarı	.361	<.001	.288	.010	.239	.034
Kişiselleştirme Toplam	.315	.004	.312	.005	.154	.175
Sosyal	.357	.001	.323	.003	.203	.073
Başarı	.250	.025	.279	.012	.094	.411
Zorunluluk İfadeleri Toplam	.322	.004	.312	.005	.164	.148
Sosyal	.308	.009	.317	.004	.141	.216
Başarı	.304	.006	.275	.014	.170	.133
Olumluyu Yok Sayma Toplam	.398	<.001	.225	.045	.340	.002
Sosyal	.429	<.001	.288	.010	.332	.003
Başarı	.329	.003	.135	.232	.321	.004

^a:Anksiyete şiddeti parsiyel korelasyon ile kontrol edildikten sonra depresyon şiddeti ile yapılan korelasyonlar, BD: Bipolar Depresyon, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, r: Pearson korelasyon katsayısı

Unipolar depresyon hastalarında HADÖ skoru ile pozitif yönde korelasyon gösteren mükemmeliyetçilik alt tipleri; toplam ($r=.233$, $p=.037$), kendi odaklı ($r=.331$, $p=.003$), ve sosyal odaklı ($r=.246$, $p=.028$) olarak saptanmıştır. Unipolar depresyon hastalarında HDDÖ skoru ile herhangi bir mükemmeliyetçilik alt tipi korelasyon göstermemiştir (toplam: $r=.023$, $p=.840$, kendi odaklı: $r=-.113$, $p=.318$, sosyal odaklı: $r=-.100$, $p=.379$, başkaları odaklı: $r=.126$, $p=.267$). Bipolar depresyon hastalarında HADÖ skoru ile pozitif yönde korelasyon gösteren mükemmeliyetçilik alt tipleri ise; toplam ($r=.304$, $p=.006$) ve kendi odaklı ($r=.338$, $p=.002$) olarak saptanmıştır. Bipolar depresyonda toplam ($r=.275$, $p=.013$) ve kendi odaklı ($r=.346$, $p=.002$) mükemmeliyetçiliğin HDDÖ skoruyla pozitif korelasyon gösterdiği, fakat HADÖ skoru kontrol edildikten sonra söz konusu mükemmeliyetçilik alt tiplerinin HDDÖ skoruyla anlamlı korelasyon göstermedikleri saptanmıştır (toplam: $r=.106$, $p=.352$, kendi odaklı: $r=.175$, $p=.123$).

Unipolar ve bipolar depresyon hastalarında HADÖ skoru kovaryans olarak sırasıyla toplam, kendi odaklı ve sosyal odaklı olmak üzere mükemmeliyetçilik kontrol edilerek karşılaştırma yapılmıştır. Bu iki hasta grubunda HADÖ skoru karşılaştırmalarına ilişkin veriler Tablo 9'de gösterilmiştir. Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik kontrol edilmeye çalışıldığında regresyon eğrilerinin ve varyansların homojenliği şartları karşılanmadığı için bu değişken ANCOVA analizinde kontrol edilememiştir.

Unipolar / bipolar depresyon hastaları arasında kendi odaklı ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik kontrol edildiğinde ortaya çıkan ANCOVA analizi sonucunda zorunluluk ifadeleri bilişsel çarpıtmasının toplam (kareler ortalaması=12.456, $F(1)=1.636$, $p=.203$), sosyal (kareler ortalaması=5.675, $F(1)=2.431$, $p=.121$) ve başarı (kareler ortalaması=1.316, $F(1)=0.579$, $p=.448$) alanlarında farklılaşmadığı saptanmıştır.

Tablo 9. HADÖ skorunun ÇBMÖ skorları kontrol edilerek unipolar ve bipolar depresyon hastalarında karşılaştırılmaları

Değişkenler	F değeri	P değeri	Partial n ²	Karşılaştırılan Gruplar	Adj. R ²
ÇBMÖ toplam	0.911	.341	.004	UD>BD	.348
UD vs BD	8.22	<.001	.066		
UD vs BD x ÇBMÖ toplam	9.66	<.001	.076		
ÇBMÖ kendi odaklı	3.66	.057	.015	UD>BD	.388
UD vs BD	12.62	<.001	.097		
UD vs BD x ÇBMÖ kendi odaklı	15.70	<.001	.118		
ÇBMÖ sosyal odaklı	0	.993	0	UD>BD	.086
UD vs BD	13.27	<.001	.078		
UD vs BD x ÇBMÖ sosyal odaklı	10.48	.001	.063		

Adj.R²: açıklanan varyans, BD: Bipolar Depresyon, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, SK: Sağlıklı Kontrol, UD: Unipolar Depresyon $n^2 = .01$ küçük etki; $n^2 = .06$ orta etki; $n^2 = .14$ büyük etki.

Unipolar/bipolar depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerin ÇBMÖ toplam skoru ve bilişsel çarpıtmalar toplam skoru arasında yapılan korelasyon analizi değerleri tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Üç grupta ÇBMÖ toplam skoru ile BÇÖ toplam skorları arasındaki korelasyon değerleri

	ÇBMÖ Toplam					
	UD		BD		SK	
	r	p	r	p	r	p
BÇÖ toplam	.302	.006	.384	<.001	.571	<.001
BÇÖ sosyal	.328	.003	.416	<.001	.574	<.001
BÇÖ başarı	.251	.025	.352	.001	.542	<.001

BÇÖ: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, BD: Bipolar Depresyon, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, SK: Sağlıklı Kontrol, UD: Unipolar Depresyon r: Pearson korelasyon katsayısı

Sosyoekonomik düzeyi yüksek ve düşük olanlar ise bilişsel çarpıtmalar açısından karşılaştırılmış olup, sosyoekonomik düzeyi düşük olanların toplam-kişiler arası (sosyal) ve kişisel başarı alt alanlarında daha fazla bilişsel çarpıtma yaptığı saptanmıştır. (İstatistiksel farklar $p < .001$ düzeyinde anlamlı olup bilişsel çarpıtma toplam: $t(237)=6.91$, bilişsel çarpıtma sosyal: $t(237)=7.14$, bilişsel çarpıtma başarı: $U=3744.50$, $z=6.13$). Fakat HADÖ ve HDDÖ skorlarının karıştırıcı etkisini dışlamak için unipolar-bipolar depresyon grubundan oluşan 160 kişilik örnekleme HADÖ ve

HDDÖ skorları kovaryanslar olarak atandıktan sonra düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip depresyon hastaları kendi içinde karşılaştırılmıştır. ANCOVA analizinin sonucunda toplam bilişsel çarpıtma sıklığı (kareler ortalaması:413.43, $F(1)=.954$, $P=.330$), kişiler arası bilişsel çarpıtma sıklığı (kareler ortalaması:95.35, $F(1)=.849$, $P=.358$) ve kişisel başarı bilişsel çarpıtma sıklığı (kareler ortalaması: 94.18, $F(1)=.780$, $P=.379$) iki grup arasında anlamlı fark oluşturmamıştır. Yaş değişkeni ise genç-orta ve ileri yaşlı 3 grupta karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (bilişsel çarpıtma toplam: $F(2,237)=0.996$, $p=.371$; bilişsel çarpıtmalar sosyal: $F(2,237)=2.039$, $z=.132$; bilişsel çarpıtma başarı: Kruskal Wallis $H(df=2)= .794$, $p=.672$).

Unipolar ve bipolar depresyon hastalarından oluşan 160 kişilik depresyon örneklemini depresif epizod sayısına göre 0-3 depresif epizod (%51.9) ve $4 \leq$ depresif epizod (%48.1) olmak üzere iki gruba ayrılmış olup; gruplar arasında bilişsel çarpıtmalar açısından istatistiki anlamlı fark saptanmamıştır.

Bipolar depresyon hastaları geçmiş manik epizod sayısına göre üç gruba ayrılmış olup gruplar; 0-2 epizod (%38.8), 3-4 epizod (%33.7) ve $5 \leq$ epizod (%27.5) oluşmaktaydı. 3 grup arasında bilişsel çarpıtmalar ANOVA testi ile karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada unipolar / bipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grubunun bilişsel çarpıtma düzeyleri ve mükemmeliyetçilik boyutlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla üç hipotez ortaya konulmuştur. Birinci hipotezde her üç grubun bilişsel çarpıtma düzeylerin istatistiksel olarak anlamlı farklara sahip olacağı ileri sürülmektedir. Araştırmanın ikinci hipotezinde ise üç grubun mükemmeliyetçilik boyutları arasında fark olacağı beklenmektedir. Araştırmanın üçüncü hipotezinde ise depresyon ve kaygı düzeyleri ile bilişsel hataların pozitif yönde korelasyon göstereceği öngörülmüştür. Her üç hipotezimiz de kısmen doğrulanmış olup; unipolar ve bipolar depresyon hastalarının bilişsel çarpıtma düzeylerinin birbiriyle istatistiksel olarak farklı olmadığı fakat sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu, unipolar depresyon grubunun bipolar depresyon grubuna göre sadece duygudan sonuç çıkarma çarpıtmasını sosyal durumlarda daha sık kullandığı, anksiyete düzeyi kontrol edildiğinde ise etiketleme bilişsel çarpıtmasının tüm alt tiplerinin unipolar depresyon grubunda daha sık kullanıldığı, unipolar depresyon hastalarının bipolar depresyondan bipolar depresyon hastalarının ise sağlıklı kontrollerden daha mükemmeliyetçi oldukları, her iki depresyon grubunun da kendi odaklı ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt tiplerinin sağlıklı kontrollerden yüksek, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliklerinin ise sağlıklı kontrollerden düşük olduğu, unipolar ve bipolar depresyon gruplarının mükemmeliyetçilik alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklarının olmadığı, unipolar depresyon hastalarının bilişsel çarpıtmaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında korelasyon olmadığı fakat bipolar depresyon hastalarının ise hem depresyon hem anksiyete düzeylerinin bilişsel çarpıtmalar ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Varsayımların doğruluğu aşağıda yer alan alt başlıklarda ilgili literatürler ışığında tartışılacaktır.

5.1. Bilişsel Çarpıtmalar

Araştırma sonuçlarımız unipolar ve bipolar depresyonun ortak bilişsel çarpıtmaları olduğunu göstermektedir. Bulgularımıza göre unipolar depresyon grubu hastaları duygudan sonuç çıkarma bilişsel hatasını bipolar depresyon hastalarına göre daha sık kullanmaktadır. Her iki depresyon grubunun birbirinden istatistiksel olarak farklı olmasa da sağlıklı kontrollerden bütün bilişsel çarpıtmaları daha sık kullandığı saptanmıştır. Bipolar ve unipolar depresyon hastaları ile sağlıklı kontroller arasında farkın etki büyüklüğünün en yüksek olduğu bilişsel çarpıtma puanı, toplam bilişsel

çarpıtma olup onu kişiler arası toplam ve kişisel başarı toplam alanları takip etmektedir. Araştırmamızın sonuçlarına göre bilişsel çarpıtmaların sıklığı depresyon hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırılmasında mükemmeliyetçilik ve alt boyutlarından daha yüksek etki gücüne sahiptir. Ülkemizde daha önce örneklem sayısının ve dağılımının farklı olduğu bipolar / unipolar depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller ile yapılan araştırma sonuçlarına göre unipolar depresyon hastalarının bipolar depresyondan, bipolar depresyon dönemindeki hastaların ise sağlıklı kontrollerden daha fazla bilişsel çarpıtmaları olduğu, bilişsel çarpıtmalardaki bu farkın bipolar ve unipolar depresyon hastalarında depresyon şiddeti kontrol edildikten sonra da anlamlı kalmaya devam ettiği bulgusu elde edilmiştir (18). Fakat, söz konusu araştırma bilişsel çarpıtmaların alt boyutları hakkında veri sunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise anksiyete düzeyi kontrol edildikten sonra etiketleme bilişsel hatasının unipolar depresyon hastalarında bipolar depresyon hastalarına göre daha sık yapıldığı bulgusu elde edilmiştir. Ülkemizde yakın dönemde 100'er kişilik BB, MDB ve sağlıklı kontrolden oluşan araştırma sonuçlarına göre ise MDB grubu BB grubundan, BB grubu da sağlıklı kontrollerden daha fazla ve daha sık bilişsel çarpıtma göstermişlerdir. Ancak mevcut araştırmada BB ve MDB grubunun depresif veya remisyon döneminde olan hastaların ayırım yapılmadan dahil edilmesi verilerin karıştırıcı etkilerden bağımsızlığını düşürmektedir (7). Bizim araştırmamız bu anlamda unipolar / bipolar depresyon dönemine spesifik olması sebebiyle önemlidir. Söz konusu araştırma ile çalışmamızın bilişsel çarpıtma ölçüm araçlarının da yapısal farklılıkları bulunmaktadır. Yeşilyaprak ve arkadaşlarının (7), yaptığı araştırmada son 1 hafta içerisinde kişilerin yapmış olduğu bilişsel çarpıtmalar ölçülmekte, bu anlamda bizim araştırmamızda ise kişinin yaşamı boyunca sık kullandığı bilişsel çarpıtmaları ölçmek için Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmamız gerek örneklem oluşturma ortamı gerekse de dahil edilen hasta popülasyonunun bazı dezavantajlarından dolayı bilişsel çarpıtmalara ilişkin verilerde bazı kısıtlılıklar barındırmaktadır. Araştırmamız örneklemini poliklinik ve yatılı servis hastalarından oluşmaktadır. Ayrıca araştırmamızda sonuçların genellenebilirliğini artırmak adına mental retardasyon harici komorbid piskopatolojinin dışlanmaması örnekleminizin homojenliğini düşürmektedir. Öyle ki anksiyetede bazı bilişsel çarpıtmaların sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Türkçapar ve arkadaşlarının (206), yaptığı çalışma örnekleminde unipolar depresyonlu bireylerin anksiyete

komorbiditesi oranının ise %58 olduğu saptanmıştır. Depresyon tanısı olan kişilerde ise %85'inde anksiyete belirtileri olabileceği belirtilmiştir (207). Bizim araştırmamızda ise unipolar depresyon hastalarının %80'ini HADÖ kesme noktasının üstünde puan almışlardır. Bu anlamda örnekleminizde Anksiyete Bozukluğu komorbiditesinin her ne kadar klinik görüşme ile doğrulaması yapılmadıysa da genel popülasyona göre daha sık olabilir. Bu farkın ana nedeninin unipolar depresyon örnekleminin büyük bir kısmının COVID-19 pandemisi döneminde araştırmaya dahil edilmesi sorumlu olabilir. Öyle ki pandemi döneminde hastaların daha izole oldukları düşünüldüğünde polikliniğimize yardım almak için başvuran unipolar depresyon hastaları içinde kaygı seviyesi yüksek olan kişi oranının pandemi döneminde arttığı düşünülmektedir. Daha önceki bir araştırmada depresyon ve anksiyetenin bilişsel çarpıtmalar açısından farklılıklar barındırdıkları bildirilmiştir (208). Felaketleştirme ve duygudan sonuç çıkarma hem anksiyete hem depresyon grubunda sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu, depresyon hastalarında zorunluluk ifadeleri ve hep ya da hiç düşünme hatalarının sağlıklı kontrollerden fazla olduğu, zihin okuma hatasının ise sadece anksiyete ve sağlıklı kontrol grubunda anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır (208). Aynı araştırmada depresyon ve anksiyete bozukluğu hastaları bilişsel hata sıklığı ve türü açısından karşılaştırıldığında ise anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır (208). BB'da da anksiyete komorbiditesi sıklıkla bulunmakta olup depresyon semptomlarının alevlenmesi ve uzamasında pay sahibidir (209). Holmes modelinde de anksiyete semptomlarının açıkça bipolarite semptomlarının öncüsü olduğunu iddia eder (210). Model her iki tanıda da bireylerin intruzif imgeler deneyimlemeye yatkınlıkları olduğunu önermiştir. İntruzif imgenin olumsuz duygulanım varlığında tetiklendiği ve tehdit algısı oluşturduğu zaman kaçınma davranışçı ile anksiyeteye, olumlu duygulanım varlığında tetiklendiği zaman ise duyguduruma yaklaşma davranışı ile öforik inanç-davranış ve bilişler aracılığıyla manik duyguduruma hizmet ettiği varsayılmıştır (210). Epidemiyolojik ve klinik kanıtlar da bipolar bozuklukta anksiyete semptomlarıyla başlayan bir semptom yörüngesini desteklemektedir. Anksiyete bozukluklarının sıklıkla depresif ve hipomanik semptomların gelişiminden önce geldiği belirtilmiştir (211). BB'ü olan bireyler arasında sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu sırasıyla % 37,8, % 35,5 ve % 29,6 oranlarıyla en sık Anksiyete Bozukluklarıdır (212). Mevcut araştırmada ise anksiyete bozukluğu komorbiditesi yapılandırılmış görüşme yapılmadığından güvenilir olmamakla birlikte BD

hastalarında HADÖ kesme puanının üstünde alanların oranı %65 olarak saptanmıştır. Mevcut araştırmaların sonuçları da oldukça net bir şekilde göstermiştir ki, BB / anksiyete komorbiditesi olan bireyler, komorbidite göstermeyenlere göre daha olumsuz bilişsel stillere başvurmaktadırlar (213). Bilişsel arpıtmalar ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına göre bütün alt boyutların HADÖ skorlarıyla korelasyon gösterdikleri saptanmıştır (214). Bu sebeple anksiyete semptomları kovaryans olarak atanarak karşılaştırmalar yenilenmiştir. Her ne kadar anksiyete semptomatolojisi kovaryans analizinde anksiyete şiddeti ile kontrol edilse de depresyon ve anksiyetenin ortak bilişsel çarpıtmalarının olması karıştırmacı bir etkiyi gündeme getirmektedir. İleri araştırmaların anksiyete ve depresyona spesifik bilişsel çarpıtma ölçekleri ile yapılması önerilir.

Bilişsel çarpıtma sıklığının daha önce unipolar depresyonda tekrarlayan epizodlarda tek epizodlu hastalara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (215). Buradan hareketle bilişsel yapıların aslında tekrarlı depresif atakların bir sonucu olabileceği, az depresif ataklı hafif seyirli bipolar / unipolar bozukluk hastalarında bilişlerin incelenmesinin anlamsız olduğu görüşü bazı araştırmacılarca savunulmuştur (135, 172). Mevcut araştırmada ise bu nedenle unipolar ve bipolar depresyon hastaları aynı küme içinde toplanıp depresif epizod sayısı 0-3 ve $4 \leq$ olmak üzere ikiye ayrılarak kategorize edilmiştir. Sonuçlarımız unipolar depresyon hastalarında elde edilen verilerle paralellik göstermemekte olup iki grup arasında fark bulunamamıştır. Araştırma örnekleminizin dağılımının uygun olmaması nedeniyle olguları tek depresif epizod ve birden fazla depresif epizodlu olarak sınıflandırılmaması anlamlı sonuç elde edilememesinde etkin olmuş olabilir. Benzer analiz manik dönem tekrarına göre BB hastalarında yinelendiğinde ise manik atak tekrarının da bilişsel çarpıtmalar üzerinde bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Alanyazında bu bulguyla kıyaslama yapılabilecek bir araştırmaya göre de bilişsel çarpıtmaların bipolar bozuklukta depresif epizodların uzun dönem sonuçları olduğu ve hipomanik belirtilerin etiyolojisinde yer almadığı belirtilmiştir (135). Söz konusu araştırmada daha önce depresif semptom yaşayan BB hastalarının bilişsel çarpıtmalarının olduğunu fakat daha önce depresif semptomları olmayan BB hastalarının bilişsel çarpıtma düzeylerinin sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı saptanmıştır. Fakat atak sayısı karşılaştırması yapılırken yaşın hem atak sayısı hem de bilişsel arpıtmalarda etkin bir rolü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızdaki örneklemin sayısının atak sayısı ve yaşa göre

kıyaslama yapabilmek için planlanmaması nedeniyle bu kapsamda ileri analizler yapılamamıştır.

Yaş ile bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş ilerledikçe bilişsel çarpıtmalarda kademeli olarak bir düşüş olduğu daha önce ortaya konulmuştur (216). Bir diğer araştırma sonuçları ise yaşın bilişsel çarpıtma türlerine farklı bir etkisinin olduğunu belirtmiştir. Yaş ile kişiler arası etiketleme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, kişisel başarı alanında olumluyu küçültme ya da yok sayma ile negatif yönlü bir ilişkisinin olduğu söylenebilir (208). Bizim araştırma sonuçlarımızda ise yaş grupları ile bilişsel çarpıtmalar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamız sonucunda bipolar ve unipolar depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre kişiler arası (sosyal) bilişsel çarpıtma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bipolar grubun remisyonda unipolar ve sağlıklı kontrollere göre; diğer insanlardan gelen olumsuz tepkilere sık duygudurum yükselişleri deneyimlemeleri nedeniyle daha hassas olduğu bazı yazarlarca belirtilmiştir (122). Bu yoruma göre örneğin; ‘‘Kendimle ilgili daha iyi şeyler hissettiğimde, diğer insanlar bana karşı tepki gösterir.’’ yorumu, bipolar depresyonlu bireylere özgü bir biliş olabilir. Beck’in kuramını temel alan araştırma sonuçları incelendiğinde, örneğin Van der Gucht ve arkadaşları (217) bipolar bozukluğun bütün duygudurum evrelerinde sosyotropi ve otonominin belirgin olduğunu; Hammen ve arkadaşları (218) sosyotropik özellikleri yüksek olan BB’lu hastaların belirtilerinin her iki uç için de fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. BB’da sosyotropik değerlerin stres diatez modeliyle uyum gösterdiği fakat otonomik değerlerin bu modelle uyuşmadığı belirtilmiştir (218). Bipolar depresyon hastalarının sosyal onay ve bağımlılık ihtiyaçlarının unipolar depresyon hastalarına göre daha fazla olması (18) sebebiyle hipotezimizde kişiler arası bilişsel çarpıtmalarının BB hastalarında daha yüksek olması beklenmekteydi. Fakat araştırma sonuçlarımız bipolar / unipolar depresyon hastalarının kişiler arası bilişsel çarpıtma sıklıklarının benzer olduğu sonucuna işaret etmektedir. Araştırmamızda mevcut sonucun oluşmasında unipolar grubun depresyon ve anksiyete düzeylerinin bipolar depresyon grubundan daha fazla olması etkili olmuş olabilir. Her ne kadar anksiyete düzeyleri bazı bilişsel çarpıtmaların karşılaştırmasında kovaryans analizi ile kontrol edilmiş olsa da kişiler arası bilişsel çarpıtmaların toplam puanında bu kontrol sağlanamamıştır. Bu sebeple anksiyete ve depresyon şiddetlerinin fazla olması ile unipolar depresyon hastalarında kişiler arası bilişsel çarpıtma puanı yükselerek BB

lehine olabilecek istatistiki farkı kapatmış olabilir. Ülkemizde ise bipolar bozukluk tip 1 remisyon dönemi hastaları ile yürütülmüş olan tez çalışması sonuçları ise araştırma sonuçlarımızla zıt olarak bipolar bozukluk hastalarının bilişsel çarpıtma başarı ve toplam puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, bilişsel çarpıtmaların kişiler arası toplam puanının kontroller ile farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır (6). Bu sonuca ulaşılmasının tarafımızca birinci sebebi söz konusu tez çalışmasında örneklemin yarısının üniversite mezunlarından oluşan orta yaş grubundan oluşmasıdır. Eğitim düzeyi arttıkça stresle başa çıkma ve bilişsel yeniden çerçeveleme becerilerinin artması sonucu bilişsel çarpıtma ve depresyon düzeylerinin düşeceği farklı kültürel toplumlarda yürütülmüş olan araştırma verileri ışığında saptanmıştır (219, 220). Düşük eğitim düzeyindeki kişilerin abartılı tehdit algısı, algılanan kontrol eksikliği ve stresle baş etmeyi kolaylaştırıcı kaynaklara erişimindeki eşitsizlik sebebiyle depresif bilişlere yatkın oldukları toplum örnekleminde yürütülen araştırmalarla da desteklenmiştir (221, 222). Özyıldız ve arkadaşlarının tez çalışmasında ise yurt içinde daha önce yapılmış benzer araştırmaya göre BB hastaların toplam, kişiler arası ve kişisel başarı bilişsel çarpıtmalarının daha düşük olduğu gözlenmiştir, bu sebeple sosyoekonomik düzeyin yüksek olması istatistiksel fark oluşturabilecek varyansı düşürmüş olduğu ileri sürülmektedir (6). Bizim araştırma verilerimizde de toplam ve kişiler arası bilişsel çarpıtmalar sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan grupta daha sık gözlenmiş olup; bipolar ve unipolar depresyon hastalarında anksiyete düzeyleri kontrol edildikten sonra anlamlılık ortadan kalkmıştır. Araştırmamızda örneklem sayısının kısıtlılığı bilişsel çarpıtma kovaryans analizi sonrası anlamlı fark saptanmasını engellemiş olabilir. Doğası gereği duygudan sonuç çıkarma, olumluyu yok sayma, kişiselleştirme ve zihin okuma bilişsel çarpıtmaları sosyal ilişkilerde; zorunluluk ifadeleri, hep ya da hiç tarzı düşünme ve felaketleştirme ile kişisel başarı boyutunda daha çok karşılaşılmaktadır (191). Özyıldız ve arkadaşlarının edindiği bulgulara göre ise felaketleştirme, duygudan sonuca ulaşma ve olumluyu azımsama puanlarının başarı alanında; aşırı genelleme, kişiselleştirme, zorunluluk ifadeleri ve olumluyu azımsamanın ise sosyal alanda bipolar bozukluk hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Görüldüğü üzere kişiler arası alanda önemli yer tutan zihin okuma ve duygudan sonuca ulaşma bilişsel hatalarını söz konusu araştırmada kişiler arası alanda BB hastalarının zihin okuma çarpıtmalarının sağlıklı kontrollerden düşük olması ve duygudan sonuca ulaşma çarpıtmaları arasında fark bulunmaması kişiler arasında oluşabilecek istatistiki farkı

küçültmüş olabilir (6). Bununla birlikte araştırmada BB hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum kategorileri altında karşılaştırılması sonucunda bilişsel arpıtmalarda anlamlı bir farklılık elde edilememiştir (163). Araştırmamız bipolar bozukluğun söz konusu bilişsel çarpıtmaların ortaya çıkması için bir etken mi olduğu sorusunu akıllara getirmekte olup kesitsel dizayn sebebiyle sorunun cevabını ileri araştırmalara bırakmıştır. Bu bağlamda bipolar bozukluk nörobiyolojik mekanizmalar veya şemaların beslenmesi yoluyla da bilişsel çarpıtmaların sürdürücüsü olabilir. Bu ayırımın yapılabilmesi için uzun dönem nörogörüntüleme ve psikososyal değerlendirme araçlarının tekrarlı kullanılabilirdiği çok merkezli araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünölmektedir. Araştırmamızda ilginç bir bulgu olarak bipolar / unipolar depresyon hastalarında kişisel başarı bilişsel çarpıtmalarının sağlıklı kontrolden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının mükemmeliyetçi tutumlarının fazla olması kişisel başarı ile ilgili bilişsel çarpıtma yapmalarına sebep olmuş olabilir. Nitekim bu etken unipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grubunda kişisel başarı puanlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle kontrol edilememiştir.

Bilişsel çarpıtma alt tipleri incelendiğinde ise araştırmamızda unipolar ve bipolar depresyon hastalarının bilişsel çarpıtmalarının büyük oranda örtüştüğu görölmektedir. Unipolar depresyon grubunun sadece duygudan sonuç çıkarma bilişsel hatasını daha fazla yaptığı saptanmıştır. İki bozukluğun en sık yapılan bilişsel çarpıtmalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları olmasa da zihin okumanın unipolar depresyonda, aşırı genellemenin ise bipolar depresyonda en sık yapılan bilişsel çarpıtma olduğu gözlenmektedir. Gruplar arasında bilişsel çarpıtma türleri alt başlıklar altında incelenmiştir.

5.1.1. Zihin Okuma

Araştırma sonuçlarımız unipolar / bipolar depresyon hastalarının hem kişiler arası (sosyal) hem de kişisel başarı alanında sağlıklı kontrollere göre daha fazla zihin okuma yaptığını göstermektedir. Bipolar ve unipolar depresyon hastaları zihin okuma bilişsel çarpıtması açısından fark göstermemiştir. Zihin okuma bilişsel çarpıtması ile ilgili verilerimiz literatür verileriyle uyumludur (18). Unipolar / bipolar depresyon hastalarında zihin okuma bilişsel çarpıtmasının anlamlı fark göstermemesi ve remisyon dönemindeki BB hastaları ile daha önce elde edinilen bulgular ışığında zihin okuma çarpıtmasının depresyon dönemi ile ilgili olduğu sonucu çıkarılabilir.

Araştırmamızda bipolar depresyon grubunda zihin okuma çarpıtmasının bütün alt tiplerinin depresyon şiddeti ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Unipolar depresyon grubunda en sık yapılan bilişsel hatanın zihin okuma olması da depresyon dönemine özgü bir bilişsel çarpıtma olduğu yönünde bir bulgudur. Unipolar depresyon grubunda ise depresyon şiddeti ile zihin okuma çarpıtmasının korelasyon göstermemesi, unipolar depresyonda daha uzun depresif epizoda sahip katılımcıların çalışmaya dahil edilmesi ile açıklanabilir.

5.1.2. Felaketleştirme

Araştırma bulgularımıza göre felaketleştirme her üç boyutta da unipolar / bipolar depresyon hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksektir. Bipolar bozuklukta duygudurum epizodu yaşama endişesi, duygudurumdaki önemsiz dalgalanmaların felaketleştirilmesi, kendine yönelik dikkatte artış sonucunda hayatın diğer alanlarında bozulmalara sebebiyet verebilmektedir. Hastanın duygudurumunun aşırı takibinden uzaklaşması ve duygudurumu atak şiddetinde yükseldiğinde baş etme becerilerinin zenginleştirilmesi yaşam kalitesine olumlu katkılar yapabilir (98). Felaketleştirme ve unipolar depresyon ile yapılan nörogörüntüleme ve nöropsikolojik araştırmalar, olumsuz yaşam olaylarının bilişsel inhibisyon eksikliğinden dolayı bağlamsallaştırılması ve çözüm üretilmemesinin bir sonucu olduğuna işaret etmektedir (223). BB'da da depresyon tedavisi için bilişsel iyileştirmeye yönelik yakın tarihli açık etiketli bir çalışmada gösterildiği gibi dikkat ve inhibisyon mekanizmasının geliştirilmesi şiddetli duygudurum düzensizliği yaşayan BB hastalarında duygudurum kontrolünde işe yarayabilecek bir yaklaşımdır (224). Bipolar bozukluk hastalarının yakınlarının hem depresyon şiddeti hem de hipomanik semptomlar şiddetinin belirleyicilerinin felaketleştirme ve kendini suçlama bilişleri olduğunun, fakat aynı belirleyicilerin sağlıklı kontrol ve bipolar bozukluk hastaları için benzer semptomların tahmin ettiricisi olmadığına sonucuna varılmıştır (87). Aynı araştırma sonuçları bipolar bozukluk hastalarında depresyon, anksiyete ve hipomanik belirti şiddetinin belirleyicisinin diğer etkenlerden bağımsız olarak ruminasyon olduğu sonucuna varmıştır (87). Bizim araştırma dizaynımızda ruminasyon düzeyinin kontrol edilmemesi, felaketleştirme bilişsel çarpıtmasının bipolar / unipolar depresyon hastalarında felaketleştirme bilişlerinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla olmasını açıklayabilir. Öyle ki duygudurum düzenleme becerileri açısından felaketleştirme ve ruminasyonun orta derecede korelasyon gösterdiği bilinmektedir (225). Gelecekteki

araştırmaların söz konusu iki fenomen arasındaki ilişki göz önünde bulundurularak yapısal eşitlik modellemeleriyle yapılması daha uygun bir yaklaşım olabilir. Bipolar Bozuklukta duygudurum dalgalanmaları hakkında oluşturulmuş Think Effectively About Mood Swings (TEAMS) konsorsiyumu da modellemelerinde felaketleştirmenin bipolar bozuklukta psikolojik stresin ana etmenlerinden biri olduğunu ve bipolar endofenotipinin olumsuz psikolojik tarafında yer aldığını öne sürmüşlerdir (81). Unipolar depresyon hastalarında da felaketleştirme bilişsel çarpıtmalarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek olması literatür verileriyle uyumludur (5). Fakat unipolar depresyon hastalarında anksiyete puanlarının yüksek olması da bu kişilerde felaketleştirme çarpıtmasının hatalarını sık yapmalarında karıştırıcı faktör olabilir. Her ne kadar varyansların homojen olmaması nedeniyle felaketleştirme bilişsel çarpıtması anksiyete düzeyi kontrol edilerek değerlendirilememiş olsa da unipolar depresyonda felaketleştirme hataları ile anksiyete düzeyleri korelasyon göstermemiş olup bipolar depresyonda korelasyon göstermiştir. Öte yandan unipolar depresyon hastaları ile bipolar depresyon hastalarının felaketleştirme puanları açısından fark bulunmaması hem unipolar depresyon hem de bipolar depresyon grubunda depresyon şiddeti ile korelasyon göstermesi, felaketleştirme çarpıtmalarının bipolar endofenotipinin tipik bir özelliği olmayabileceği aksine depresyon dönemine özgü depresif semptomlarla ilişkili bir bilişsel çarpıtma olduğu anlamına gelebilir. Konu ile ilgili bipolar bozukluğun her üç dönemini de içeren araştırmaların yapılması önerilir.

5.1.3. Hep ya da Hiç Düşüncesi

Beck'in depresyonun bilişsel modelinde mutlakçı bilişsel hatalardan birisi olarak bahsettiği hep ya da hiç düşüncesi yaşanılan çoğu tecrübeleri iki zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir; örneğin, zeki veya aptal, iyi veya kötü. Kişi kendini nitelendirirken de en uçtaki olumsuz kategoriye yönelmektedir. Bazı araştırmacılar hep ya da hiç şeklindeki düşünme biçiminin depresyonun sürmesinde esas belirleyicilerden birisi olduğunu belirtmişlerdir (226). Araştırmamızda hep ya da hiç düşünme biçimi unipolar ve bipolar depresyon hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmakla birlikte iki grup arasında istatistiki fark bulunmamaktadır. İki uçlu düşünme daha önce depresyon ve yeme bozukluğu ile ilgili olarak birçok araştırmada çalışılmış olmakla beraber bipolar depresyon hastalarında karşılaştıran özel bir araştırma bulunmamaktadır (227). Unipolar ve bipolar depresyon hastalarının iki uçlu

düşünme biçimlerinde farklılık olmaması ölçüm aracımızın bu konuda yeterli geçerliliğe sahip olmamasından kaynaklanabilir. Yakın dönemde iki uçlu düşünmeye yönelik ölçekler geliştirilmiş olmakla birlikte Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının eksikliği söz konusudur. Araştırmalarda hep ya da hiç düşünme biçiminde kişilik bozukluklarının uyumsuz olmayan bilişlerinin en belirleyici faktör olduğu belirtilmiştir (227). Bu anlamda tez çalışmamızda kişilik bozuklukları komorbiditesinin değerlendirilmemiş olması sonuçlarımız üzerinde karıştırıcı etki oluşturmuş olabilir.

5.1.4. Duygudan Sonuca Ulaşma

Duygudan sonuca ulaşma aksi kanıtlar olsa bile kişinin sadece öyle olduğunu hissettiği için bir şeyin doğruluğuna esneklik göstermeden inanmasıdır (228). Depresyondaki kişinin “iyi yaptığımı söyledikleri birtakım şeyler var ama öyle hissediyorum ki ben başarısız biriyim” düşüncesi bu çarpıtmaya iyi bir örnektir (228). Bipolar Bozukluğu daha iyi anlamak için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)’den temellenen Bipolar Bozukluğun Bütüncül Bilişsel Modeline göre Bipolar Bozukluğu olan bireyler hipomanik veya depresif duyguduruma karşı aşırı değerlendirmeler yaparlar (80). Örneğin; kişi duygudurumunun yükseldiği konusundaki işaretlere hassas olabilir ve manik epizodun öncüsü olabilecek belirtileri yoğun bir şekilde kendisinde kontrol etme ve bu belirtileri felaketleştirme eğilimi gösterebilir (81). Araştırmamızda da Bütüncül Bilişsel Modelin varsayımları doğrultusunda bipolar depresyonda diğer gruplara göre duygudan sonuca ulaşma bilişsel çarpıtmasına daha sık başvurulması beklenmiştir. Fakat unipolar depresyon grubunda diğer iki gruptan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun olası açıklamaları olarak örneklem sayısının yeterli olmaması; geçmiş ataklarda yaşanan olumsuz deneyimlere ikincil stres düzeyleri; atak süresinin kontrol edilememesi, her ne kadar yaş dağılımının her üç grup açısından benzer olsa da duygudurum tanısının aldığı ilk günden itibaren geçen sürenin kontrol edilememesi sorumlu tutulmaktadır. Bununla birlikte duygudan sonuç çıkarma bilişsel çarpıtmasının bipolar bozuklukta sorgulayan bir araştırma bulunmaması nedeniyle kıyaslama yapılamamıştır. Duygudan sonuca ulaşma Beck’in depresif döneme özgü bilişsel çarpıtmalarından biridir (36). Fakat bazı araştırmalara göre depresyonlu hastalarda kontrollerden farklı düzeyde bulunmamış (229), bazı araştırmalara göre ise depresyonlu hastalarda daha çok anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır (230). Bizim araştırmamızda bipolar depresyon hastalarında sağlıklı

kontrollere göre daha yüksek bulunmakla birlikte bipolar depresyon hastalarında depresyon şiddetinin anksiyete düzeyi kontrol edildikten sonra da duygudan sonuca çıkarma hatası ile korelasyonunun devam etmediği bulgusu elde edilmiştir. Unipolar depresyon grubunda ise anksiyete ve depresyon şiddeti ile korelasyon göstermediği saptanmıştır.

5.1.5. Etiketleme

Etiketleme davranışı kişinin bir hata yaptığında kendini olumsuz sıfatlarla nitelenmesi ile ilişkilidir. Etiketlemenin daha önce unipolar depresyonda kontrollerden daha sık olduğu saptanmıştır (231). Sonuçlarımızda etiketlemenin bipolar / unipolar depresyon arasında anksiyete düzeyleri kontrol edildikten sonra en yüksek etki büyüklüğüne sahip bilişsel hata olduğu saptanmıştır. Bu anlamda unipolar depresyon hastalarının aksine bipolar depresyon hastalarının geçmişte manik dönemlerde kendilik değerinin yükselme deneyimlemiş olmaları, unipolar depresyon hastalarının ise kendilik değerinin yüksek olduğu dönemlerin daha nadir oluşu etiketlemenin unipolar depresyonda daha sık başvurulmasına hazırlayıcı bir etken olabilir. Mevcut literatürde etiketleme ile ilgili yeterli veri olmasa da etiketleme ile yakın anlamda kullanılan self-stigmatizasyonun (içselleştirilmiş damgalanma) duygudurum bozukluklarında depresif epizod süresi, şiddeti ve sayısı ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır (232-234). İçselleştirmiş damgalanma benlik saygısı ile korelasyon gösterdiğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (235, 236). Nitekim araştırma örneklememizde unipolar depresyon hastalarının depresif epizod sürelerinin uzun olması benlik saygısını etkileyecek olumsuz yaşam deneyimleriyle daha fazla karşılaşmalarına sebep olmuş olabilir. İçselleştirilmiş damgalanma, depresyonlu bireyin olumsuz yaklaşımları sonucunda tedavi için yardım almasını da geciktirebilir (237). İçselleştirilmiş damgalanmaya yönelik Kabul Kararlılık Terapisi (KKT)'nin tekniklerinin etiketleme bilişsel çarpıtması için uygulanmasına yönelik klinik araştırmalar özellikle unipolar depresyon hastalarında ümit verici sonuçlar göstermektedir (238).

5.1.6. Zihinsel Filtreleme (Seçici Soyutlama)

Beck depresyonun bilişsel modelini ortaya koyduğu makalesinde aynı zamanda yaşam deneyimleri sırasında duygudurumla uyumlu bilgilerin seçici soyutlanmasının bipolariteyi besleyebildiğini öne sürmüştür (36). Depue ise kişi bu yanlış bilgi akışının

farkına varıp buna uygun geri besleme mekanizmalarını durdurabilirse mevsimsel depresif / manik dönemlerin önüne geçebileceğini düşünmüştür (239). Modeline göre, manik öncüllerin fark edilip ödüllendirici olarak seçici soyutlanan hedefine yönelik davranışlar inhibe edilebilirse , akut epizot yaşanmayabilir (239). Ancak zihinsel filtreleme ve bipolarite arasındaki ilişki sadece teorik varsayım düzeyinde kalmıştır. BB'da zihinsel filtreleme çarpıtmasını destekleyen herhangi bir ek kanıt yayınlanmamıştır.

Bizim verilerimize göre de bipolar / unipolar depresyon hastalarının kişiler arası alanda sağlıklı kontrollerden daha fazla zihinsel filtreleme yaptığı fakat bipolar / unipolar depresyon grubunun seçici soyutlamanın kişiler arası (sosyal) / kişisel başarı / toplam alanlarında herhangi bir farklılık oluşturmadıkları gözlenmiştir. Sağlıklı kontroller ile her iki depresyon grubu arasındaki farkın depresif dönemde zihinsel filtreleme çarpıtmalarındaki artış ile açıklanabileceği düşünülmüştür (230). Aslında bilişsel çarpıtmaların birçoğu birbiriyle kesişim halinde bulunmaktadır. Blake ve arkadaşları (240), unipolar depresyon hastalarının seans sırasında yaptıkları bilişsel çarpıtmaları değerlendirdikleri çalışmada depresif semptomların şiddetinde en güçlü öngörücü bilişsel çarpıtmanın zihinsel filtreleme olduğunu, seçici soyutlamanın seans sırasında yapılan diğer çarpıtmalar ile kesişiminin yüksek olduğunu bu sebeple de en sık yapılan depresif bilişsel çarpıtma olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sebeple biz de diğer çarpıtmalarının geniş bir yelpazede etkilemesi sebebiyle her iki grupta da benzer puanlarda yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

5.1.7. Aşırı Genelleme

Aşırı genelleme bir alandaki başarısızlığı dikkate alarak tüm alanlarda başarısız olduğunu düşünmek gibi abartılı bir durumdur. Mevcut araştırmada hem bipolar hem de tüm depresyon grubunda en sık yapılan bilişsel çarpıtmadır. Bununla birlikte unipolar ve bipolar depresyon grubunda anlamlı olarak fark bulunamamıştır. Aşırı genellemeye ilişkin alan yazında unipolar bozuklukta (231), bipolar bozukluğun remiyon döneminde sağlıklı kontrollerden daha fazla yapıldığına (6) dair bulgular olmakla birlikte bipolar ve unipolar depresyonda karşılaştırma yapılan bir araştırmaya erişilememiştir. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında aşırı genelleme depresyon şiddeti ile en yüksek korelasyona sahip alt tip olarak saptanmıştır (5) Türkiye üniversite örnekleminde yapılan bir araştırma aşırı genellenenin en önemli yordayıcısının ailesel eleştirinin olduğunu göstermektedir (241).

5.1.8. Kişiselleştirme

Kesitsel çalışmaların yanı sıra, izlem verileri de bazı olumsuz bilişlerin zamanla bipolar bozuklukta depresyon riskini öngördüğünü savunmaktadır. Yaşam boyu bir duygudurum bozukluğu (unipolar / bipolar depresyon) tanısı alan lisans öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada olumsuz bilgilerin kendine referanslı kodlamasının, 1 aylık bir süre boyunca depresif belirtileri öngördüğü saptanmıştır (172). Bipolar bozuklukta aslında birçok bilişsel çarpıtma depresif dönemde belirgindir ve ötimik dönemde sönmektedir. Fakat kişiselleştirme çarpıtmasının hem ötimik hem de hipomanik dönemde sağlıklı kontrollerde daha fazla olduğu bir araştırmada gösterilmiştir (242). Aynı araştırmada hipomanik dönemde de kişiselleştirme yapıldığı tek farkın pozitif olayların kendine mal edilmesi olduğu söylenmektedir (242). Kişiselleştirme bilişsel çarpıtması tanımı gereği anksiyete ile de yakın ilişkilidir (243); anksiyöz şemalar kişisel alana abartılı tehdit algısı ve kırılganlığı barındırmaktadır (243, 244). Aynı zamanda anksiyetenin olumsuz sonuçlarına ikincil gelişen depresif belirtiler de kişiselleştirme bilişsel hatasının sık yapılmasını kolaylaştırabilir. Bu duruma uygun örnek bir araştırma bulgusu sosyal fobili bireylerin komorbid depresif belirtilerinin sosyal duruma ilişkin kişiselleştirme ve aşırı genellemeden sorumlu olduğunu göstermektedir (245). Araştırmamız unipolar / bipolar depresyon hastalarının kişiselleştirme çarpıtmalarını sağlıklı kontrollere göre daha sık kullandıklarını göstermektedir. Unipolar depresyon grubunda ise anksiyete düzeyi kontrol edildikten sonra da kişiler arası alanda sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bipolar depresyon grubunda anksiyete düzeyinin kontrolü yapıldığında ise depresyon şiddeti ile kişiselleştirme arasındaki ilişkinin kaybolduğu saptanmıştır. Bu bulgu kişiselleştirmenin bipolar bozukluk için endofenotipik bir özellik olduğunu Holmes ve arkadaşlarının kaçınma modeline katkısının olabileceğini göstermektedir (210, 242).

5.1.9. Zorunluluk İfadeleri

Her ne kadar sağlıklı kontrol grubuna göre her iki depresyon grubu da daha fazla zorunluluk ifadeleri bilişsel çarpıtmasını kullansa da her iki depresyon grubunda anlamlı fark bulunamamıştır. Ayrıca zorunluluk ifadeleri hem toplam hem kendi hem de sosyal odaklı mükemmeliyetçilik özellikleriyle en yüksek korelasyona sahip bilişsel çarpıtmadır. Araştırmamızda her iki depresyon grubunun da kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçiliklerinin yakın olması zorunluluk ifadelerinin denk olmasını açıklayabileceği düşünülerek kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları

kovaryans olarak kontrol edildiğinde de iki depresyon grubunun zorunluluk ifadeleri açısından fark göstermediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde zorunluluk ifadeleri unipolar depresyonda sağlıklı kontrollerden daha siktir (208, 231). Remisyonadaki bipolar bozukluk hastalarının dahil edildiği bir tez çalışmasına göre de bipolar bozukluk hastaları sağlıklı kontrollerden daha sık zorunluluk ifadeleri kullanmışlardır (6). Alanyazında unipolar ve bipolar depresyon hastalarının zorunluluk ifadeleri açısından karşılaştırıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

5.1.10. Olumluyu Azımsama ya da Yok Sayma

Unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olumluyu azımsama ya da yok sayma bilişsel çarpıtması kullanılsa da her iki depresyon grubunda anlamlı fark bulunamamıştır. Alanyazında unipolar ve bipolar depresyon hastalarını olumluyu azımsama bilişsel hatası açısından karşılaştıran bir araştırmaya erişilememiştir. Özyıldız ve arkadaşlarının (6), çalışmasında bilişsel çarpıtmaların alt boyutlarından olumluyu azımsamanın sosyal alanında remisyonada bipolar bozukluk tip 1 hastalarının sağlıklı kontrollerden daha çok çarpıtma yaptığı bulgusu yer almakta olup bu durumun bu kişilerin sosyal alandaki kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilebileceğine değinilmiştir. Bizim araştırmamızda ise bipolar depresyon hastalarında anksiyete skoru ile olumluyu azımsama yok sayma bilişsel çarpıtmasının korele olduğu fakat unipolarda bu korelasyonun saptanmadığı görülmüştür. Bipolar depresyon grubunda elde ettiğimiz bu verimiz söz konusu araştırmadaki bulguyu destekler niteliktedir.

5.2. Mükemmeliyetçilik

Araştırma verilerine göre mükemmeliyetçiliğin unipolar depresyonda bipolar depresyona göre daha fazla olduğu; duygudan sonuç çıkarma ve etiketlemenin ardından unipolar / bipolar depresyon ayrımında etki gücü en yüksek değişken olduğu gözlenmektedir. Her iki depresyon grubunun da kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik düzeylerinin sağlıklı kontrollerden yüksek, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliklerinin ise sağlıklı kontrollerden düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca unipolar / bipolar depresyon gruplarını sağlıklı kontrollerden farklı kılan en yüksek etki büyüklüğüne sahip mükemmeliyetçilik alt boyutu sosyal odaklı mükemmeliyetçilik olarak bulunmuştur. Mükemmeliyetçilik boyutlarının, Beck Depresyon Envanteri'nin bilişsel çarpıtma alt ölçeğinin duygusal ve somatik şikayetler

alt ölçekleriyle daha anlamlı etkileşiminin olduğu ve mükemmeliyetçi inançların depresyondaki bilişsel çarpıtmaların kökenini oluşturduğu açıklaması ortaya atılmıştır (246). Bir araştırmada tekrarlayan ve tek epizoda sahip depresyon hastaları ile yapılan olumsuz otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların değerlendirmeye alındığı araştırma sonuçlarına göre ise mükemmeliyetçi tutumların gerek olumsuz otomatik düşüncelerden gerek ise diğer fonksiyonel olmayan tutumlardan daha fazla depresif epizod tekrarlarını öngördüğü bildirilmiştir (215).

Araştırma sonuçlarımız toplam mükemmeliyetçiliğin unipolar depresyonda bipolar depresyondan, bipolar depresyonda ise sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer araştırmalar incelendiğinde Batmaz ve arkadaşlarının fonksiyonel olmayan tutumlar ile ölçtüğü mükemmeliyetçi tutumlarda unipolar / bipolar depresyon hastaları arasında farklılık olmadığı fakat sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır (18). Araştırmamız söz konusu araştırmadan kadın cinsiyetin örnekleme daha fazla yer alması ve sağlıklı kontrol grubunun görece daha yüksek bir sosyoekonomik sınıftan oluşması ile farklılaşmaktadır. Nitekim Batmaz ve arkadaşlarının araştırmasına hem örneklem özellikleri hem de kullanılan ölçme araçları açısından benzer yurt dışı araştırmalarda da bipolar ve unipolar depresyon hastalarının mükemmeliyetçilik ve onaylanma ihtiyacı olmak üzere iki farklı bilişsel tutumlar açısından fark göstermediği saptanmıştır (15, 172). Araştırmamızda sağlıklı kontrol grubunun büyük bir kısmının planlandığı şekilde depresyon hastaları ile yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmesi nedeniyle tamamının COVID-19 pandemi sürecinde elde edilmesi araştırmanın homojenliğini azaltmaktadır. Pandemi döneminde gerek sosyal izolasyon tedbirlerinin bireylerin yalnızlık duygularını artırması (247) gerekse ekonomik kaygılar nedeniyle depresyona zemin hazırladığı bildirilmiştir (248). Mükemmeliyetçi bireylerin algılanan streslerinin, büyük yaşam olaylarını daha da komplike hale getirdiği düşünülerek mükemmeliyetçilik salgını olarak da nitelendirilmiştir (247). Öte yandan bipolar depresyon hastaları polikliniğimizde daha uzun süredir kontrollere gelen hastalar olması ve poliklinik hizmetlerine görece daha alışkın olmaları nedeniyle çalışmaya katılımları COVID-19 sürecinin etkilerinden daha uzaktır. Araştırmamızda unipolar depresyon hastalarının anksiyete düzeyleri kontrol edildikten sonra da bipolar depresyon ve sağlıklı kontrollerden daha fazla mükemmeliyetçi özellikler gösterdiği saptanmıştır.

Her ne kadar çalışma örnekleminin kısıtlılıkları sonuçların genellenebilirliğini etkilese de bulgularımız mükemmeliyetçiliğin unipolar ve bipolar depresyon ayrımında bir belirteç olabileceğini işaret etmektedir. Bu açıdan mevcut literatürden ayrılmaktadır. Bipolar depresyon hastalarında ise anksiyete düzeyi kontrol edildikten sonra depresyon şiddeti ile mükemmeliyetçilik ilişkisi saptanmamıştır. Bulgumuz daha önce bipolar bozuklukta anksiyete komorbiditesinin depresif semptomları öngörmesinde mükemmeliyetçi tutumların aracı rol üstlendiği bilgisiyle uyumludur (213).

5.2.1. Sosyal Odaklı Mükemmeliyetçilik

Alanyazın gözden geçirildiğinde sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin depresif belirtiler ve depresyon ile daha fazla ilişkili olduğu görülürken (249-251), kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin depresif semptomları başarıya bağlı yaşam stresörleri ile etkileşime girerek indirekt olarak öngördüğü (252, 253) ya da depresyon ile herhangi bir ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır (159, 249, 254). Bir izlem çalışmasına göre de mükemmeliyetçilik boyutlarından sadece sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin depresyonun öngörücüsü olduğu bulgusu saptanmıştır (255). Bazı yazarlar da sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin aslında endojen depresyondan ziyade durumsal depresyonun bir öngörücüsü olduğunu bildirilmiştir (147). Araştırmamız öncesinde unipolar depresyon hastalarının bipolar depresyon hastalarına göre daha fazla sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğe sahip olmaları, unipolar depresyonun yaşam stresörleri sonrası tetiklenen durumsal depresyona daha çok uyması; bipolar depresyonun ise nörobiyolojik temelli endojen depresyona benzeşmesi nedeniyle sosyal odaklı mükemmeliyetçiliğin unipolar depresyonda, kendi odaklı mükemmeliyetçiliğin ise bipolar depresyonda daha yüksek olması beklenmekteydi. Ancak araştırma verilerimiz, kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçiliğin unipolar / bipolar depresyonda sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğunu ve anksiyete düzeyi kontrol edildiğinde yalnızca unipolar depresyonda sosyal odaklı mükemmeliyetçiliğin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu göstermektedir. Fakat literatür bilgileriyle uyumlu bir şekilde unipolar / bipolar depresyon gruplarını sağlıklı kontrollerden farklı kılan en yüksek etki büyüklüğüne sahip mükemmeliyetçilik alt boyutu sosyal odaklı mükemmeliyetçilik olarak bulunmuştur (249-251). Mevcut çalışmada her iki depresyon grubunda da kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçiliğin aynı düzeyde olmasının olası bir sebebi de örneklemin kültürel yapısıdır (256). Daha kolektivistik ve bağımlı bir kültürde

yaşayan Türk toplumunun sosyal odaklı başarı motivasyonuna sahip olduğu ve bu özelliğın sosyal talep ve baskılardan dolayı depresyona yatkınlık oluşturabileceğı daha önce bildirilmiştir (257, 258).

Diğerk kişilerin beklentisini karşılama odaklı sosyal kurallarla belirlenmiş mükemmeliyetçilik, depresif belirtilerin artmasına katkıda bulunmaktadır (259). Depresyon ve mükemmeliyetçilik arasındaki bu ilişkide sosyal değerlendirmeye karşı tepkisel olmanın düzenleyici bir rolü olduğu vurgulanmıştır (162). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilikte gerçekçi olmayan beklentiler ve eleştiriye karşı toleransın düşük olması geçmiş yaşantıların iyi atıflarla hatırlanmasını zorlaştırabilmektedir (260). Başkalarının mükemmeliyet kriterlerinin karşılanmasının imkansız olduğu düşüncesi değersizlik, umutsuzluk ve çaresizlik şemalarının aktifleşmesine ikincil olarak depresif dönemin şiddetlenmesine katkı sağlayabilir (143). Sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilerin sosyal iletişime ikincil sorunlar sonrası sosyal olarak izole olmaya itilmesi sonucu deprese oldukları da bir diğerk görüştür (261, 262). Hewitt'in Mükemmeliyetçi Sosyal Kopukluk Modeli (MSKM)'inde de sosyal olarak belirlen mükemmeliyetçiliğın, kişinin iletişimde kalmanın faydalarından yararlanmasını engelleyerek sosyal izolasyona mahkum ettiğı, bunun sonucunda da umutsuzluk düşüncelerinin başladığından bahsedilmektedir (262, 263). Smith ve arkadaşlarının (264), MSKM modeli üzerinden planladıkları 5 aylık izlem çalışmasının sonuçları da sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilerin başkalarını hayal kırıklığına uğrattıklarına dair inanışlarının kabul görme ve ilişki kurma ihtiyaçlarını bastırmalarına ve depresyon deneyimlemelerine sebebiyet verebileceğı yönündedir.

Araştırmamızda unipolar depresyon hastalarında anksiyete düzeyi kontrol edilerek sağlıklı kontroller ile yapılan karşılaştırmalarda en yüksek etki gücüne sahip değışkenin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik olduğu ve sosyal odaklı mükemmeliyetçiliğın unipolar depresyon üzerinde bütün çarpıtmalardan daha yüksek etkisi olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımızdan yola çıkarak yüksek düzeyde sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçi özellikler gösteren bireylerin sosyal izolasyona maruz bırakabilecek kişiler arası ilişkilerdeki aşırı hassasiyetlerinin ve karşı aktarımlarının terapide ele alınması gerekmektedir (265). Sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğıe sahip kişilerde daha şefkat odaklı yaklaşımlar benimsenerek kabullenici / anlayışlı bir tutum sergilenmesi ve seanslar sırasında reddedilme endişesiyle ortaya çıkan sahte benliğın yanıltıcı olabileceğıne dikkat etmek

gerekmektedir (265). Depresyona yönelik Şefkat Odaklı Terapi (266), Öz-Şefkatli Farkındalık Terapisi (267), Kabul ve Kararlılık Terapisi (268) gibi tedavilerin sağlayacağı öz-şefkatten tedavide yararlanılabilir.

5.2.2. Kendi Odaklı Mükemmeliyetçilik

Mevcut çalışma bulgularına göre; kendi odaklı mükemmeliyetçiliğin unipolar / bipolar depresyon hastalarında sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu fakat iki grup arasında istatistiki farkın olmadığı, her iki depresyon grubunda da anksiyete düzeyi kontrol edildiğinde depresyon şiddetini yordamadığı bulunmuştur. Bulgularımız depresyon ile kendine yönelik mükemmeliyetçilik arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığını bildiren yayınlar ile kısmen uyumludur (159, 249, 254). Olası sebebin kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin aksine daha uyumlu ve işlevsel olması olabilir (158, 159). Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin geliştiricisi Hewitt'in mükemmeliyetçiliğinin aksine kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin olumlu duygulanım (269), benlik sayısı ve kontrol algısı (159), girişkenlik ve sorumlu olma (270), motivasyon ve öğrenme stratejisi geliştirme (271) gibi uyumlu özellikler ile depresyon gelişimini önleyici bir etkisinin olabileceği de düşünülmüştür (272). Boylamsal araştırma sonuçları da kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin başarı stresi aracılığı olmadan depresyon semptomlarına neden olmadığı bulgusu ile önceki araştırmaları desteklemektedir (252). Öte yandan bazı araştırma sonuçlarına göre de kendi odaklı mükemmeliyetçilik unipolar depresyonda sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur (273). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik; mükemmeliyetçilik için çaba ve mükemmeliyetçi endişe olarak derlendiğinde, her iki alt boyutun da depresif semptomlara yakınlık oluşturduğu sistematik meta analiz sonuçları da mevcuttur (274). Depresif semptomların ise mükemmeliyetçi endişeye sebep olduğu fakat mükemmeliyetçi çabanın oluşmasında etkin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (274). Mükemmeliyetçi endişenin sosyal izolasyon aracılığıyla depresif semptomlara sebep olduğu yakın dönem meta analiz sonuçlarının diğer bir bulgusudur (275). Toplum örnekleminde yapılan bir araştırma sonuçları da kendine yönelik mükemmeliyetçiliği fazla olanların özgüvenlerinin düşüklüğü ve buna ikincil sosyal izolasyona başvurdukları için destekleyici kaynaklarının sınırlandığı ve depresyona yakınlıklarının oluşabildiğini göstermiştir (154). Bu sosyal izolasyonun sosyal odaklı mükemmeliyetçilikte olduğu gibi kendine yönelik mükemmeliyetçilikte de depresyona yakınlık oluşturabildiği öne sürülmüştür (155). Bireylerin kendileri için

koydukları yüksek hedefler ve bu hedefler hakkında sıklıkla düşünmeleri depresyona gidişi hızlandırabilir. Bu bağlamda kendine yönelik mükemmeliyetçilik için de ruminasyonlar nedeniyle depresyon için yatkınlık oluşabilir (156, 157).

Bipolar bozukluğa ait bilişsel açıklamalarda bireylerin bilişsel tarzının mükemmeliyetçilik, özeleştirme ve hedef çabası ile karakterize olduğuna değinilmektedir (15, 16). Bu bilişsel tarzların hem depresif hem de (hipo) manik semptomların gelişiminde uyumlu yaşam olaylarıyla etkileşime girdiği bildirilmiştir (276, 277). Bununla ilgili olarak, BB hastalarının, başkaları tarafından bir başarısızlık olarak görüldüklerine dair tekrarlayan anılarını bildirdikleri öne sürülmüştür (278). Mükemmeliyetçiler, hem stresli yaşam olaylarının oluşumuyla (örneğin gerçekçi olmayan hedeflerin peşinde koşma) ilişkili olan hem de stres faktörünün etkilerini (örneğin ruminatif bir baş etme stili) sürdüren uyumsuz bilişsel baş etme stillerine sahiptir (144). Stres veya stresli yaşam olayları, BB epizodlarının başlangıcı ile, özellikle hedef ve başarı peşinden koşma aracı etkisi ile ilişkilendirilmiştir (277). Aşırı başarı-odaklı tutumların ve çabaların sirkadiyen ritimde düzensizliklere de sebep olduğu bu sebeple bipolar bozuklukta yatkınlığa sebep olabileceğinden söz edilmiştir (279). Araştırmamızda bipolar depresyon hastalarında kendi odaklı mükemmeliyetçilik sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuş fakat bipolar depresyonda unipolar depresyona göre yüksek saptanmamıştır. Bipolar depresyonda unipolar depresyonun aksine depresyon şiddeti ile korelasyon gösterdiği fakat bu ilişkinin anksiyete düzeyinden bağımsız olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Kendi odaklı mükemmeliyetçiliğin, teorisyenlerin ebeveyn eleştirisi ve kontrolü ile karakterize edilen çocuk-ebeveyn ilişkilerinden ortaya çıktığını öne süren önemli gelişimsel kökenleri vardır (136). Ebeveynlerin eleştirel ve talepkar tutumlarının sosyal ve kendi odaklı mükemmeliyetçiliğin gelişimine zemin hazırlama potansiyeli olduğu erken dönemde ebeveynlerle paylaşılmalı; ebeveynlere çocuklarının yaptıkları hatalara cevaben uygun yanıtlar vermeyi içselleştirebilmeleri için müdahale programları devreye sokulmalıdır (280).

5.2.3. Başkaları Odaklı Mükemmeliyetçilik

Alanyazında daha önce başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin, olumlu bir özellik olduğu ve psikopatolojiler ile ilişkili olmadığına yönelik bulgular ağırlıklıdır (165, 166). Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ile depresyon arasında herhangi bir

ilişkinin olmadığı birçok yazarın ortak görüşüdür (166, 254, 255). Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilerin eleştirinin kendisi yerine dış kaynaklara yönelmesi umutsuzluğa karşı bir savunma oluşturarak depresyon gelişimini engelleyebilir (281). Başkaları odaklı mükemmeliyetçiliğin işlev bozucu boyutlarının da olabileceğini ileri süren aksi yönde az sayıda araştırmalar da bulunmaktadır. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin öz şefkat gelişimini olumsuz etkileyeceğine dair bulgular bu görüşü desteklemektedir. Öz şefkat; mükemmeliyetçiliğin tersine başarısızlık yaşadığında bireyin kendini acımasızca eleştirmemesi, hatalarını kabullenmesi ve insanların hata yapmalarının normal olduğunu fark etmesi ile tanımlanır (282, 283). Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilerin güvensizlik ve düşmanlık temelli davranışları sebebiyle yalnız hissetmeleri (284) dolayısıyla öz şefkat düzeylerinin düşebileceği bildirilmiştir (285). Araştırma verilerimiz başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin bipolar ve unipolar depresyon hastalarında benzer olduğunu göstermiştir. Araştırma örnekleminin klinik örnekleme yapılmış olması, tanı gruplarından sadece bipolar / unipolar depresyonlu hastaların dahil edilmesi nedeniyle başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin olumlu / olumsuz özellikler ile ilişkili olduğu ifade edilemez. Sağlıklı kontrol grubunun ise başkaları odaklı mükemmeliyetçi puanları her iki depresyon grubundan da yüksek bulunmuştur. Uzun dönemdir süregelen ruhsal sağlıkta “bozukluk” ve “rahatsızlık” alanında yapılan araştırma alışkanlığı son dönemlerde pozitif koruyucu faktörlerin de modellemeye dahil edilmesine evrilmiştir (286). Bu kapsamda bipolar bozuklukta başkalarından beklenen mükemmeliyetçi tutumların psikolojik dayanıklılık kapsamında modellenmesi müdahale programlarına yeni bir bakış açısı kazandırabilir.

Araştırmamızın mükemmeliyetçilik verileri bazı kısıtlılıkların etkisinde değerlendirilmelidir. İlk olarak kişilik bozukluklarının etkisi uygun bir ölçek kullanılmadığı için değerlendirmeye alınamamıştır. Hewitt ve Flett mükemmeliyetçilik boyutları ile kişilik bozuklukları etkileşimini değerlendirdiği araştırmasında; kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin kişilik bozuklukları ile ilişkisinin olmadığını; başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin histriyonik, narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluğu ile pozitif yönde; şizoid, kaçınan ve şizotipal kişilik bozukluğu ile negatif yönde ilişkili olduğunu; sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçiliğin ise şizoid, kaçınan, pasif agresif, şizotipal ve sınırda kişilik bozukluğu ile pozitif yönde; kompulsif kişilik bozukluğu ile negatif yönde ilişkili

olduğunu saptamışlardır (140). İkincil olarak ise sağlıklı kontrol grubunun sosyoekonomik düzeyi, dahil edilme şartları depresyon hastalarına göre farklılık içerdiğinden daha yüksektir. Sağlıklı kontrol grubu olarak alınan grubun önemli bir kısmını doktorlar ve doktor yakınları oluşturmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça kişisel donanım ve bilginin artması sonucu kişinin mükemmeliyetçi çabasındaki imkânsız tarafların daha çok farkında olabileceği öngörülmüş ve sahip olunan eğitim seviyesine göre mükemmeliyetçi özelliklerde farklılaşma beklenmiştir. Yüksek statüdeki insanlarla iletişimde kaldıkça başkaları odaklı mükemmeliyetçiliğin artışı beklenmektedir (287). Mevcut araştırma geniş bir yaş aralığında yürütülmüştür. Literatür incelendiğinde ise mükemmeliyetçilik ve yaş ilişkisi araştırmalarının büyük çoğunluğunun genç erişkinlerde yapılmış olması sebebiyle anlamlı sonuçlar elde edilen araştırma sayısı yeterli değildir (288, 289). Bu anlamda yaşın mükemmeliyetçilik üzerinde karıştırıcı etkisinin ne yönde olacağı tahmin edilememiştir. Sadece öz bildirim ölçeklerinin kullanılması mükemmeliyetçi tutumlar açısından bazı kısıtlılıklar getirmektedir. Öyle ki mükemmeliyetçi olan kişiler öz-sunum yanlılığı ve sosyal beğeni motivasyonu ile kendilerini daha iyi tanıtmak ve kusurlarını gizleyebilmek için yanıltıcı ve savunmacı bir eğilim içinde olabilirler. Ayrıca davranışlarını doğru bir şekilde hatırlayamadıkları için yanlış ve eksik bilgi verebilirler (290). İleri araştırmalarda farklı veri toplama yöntemleri (örn. hasta yakını raporları ya da mükemmeliyetçilik günlükleri) bu kısıtlılıkla baş etmede kullanılabilir (291, 292).

Klinik örneklerde yapılan bir dizi çalışma, mükemmeliyetçilik için bireysel olarak uyarlanmış yüz yüze BDT'nin mükemmeliyetçilik, anksiyete ve depresyonda önemli azalmalara yol açtığını göstermiştir. (179, 180). Benzer şekilde üniversite öğrencilerinin; stres yönetimine veya 10 haftalık BDT tedavisine veya kontrole ayrıldığı güncel bir randomize kontrollü çalışmada da mükemmeliyetçilik için BDT alan katılımcıların mükemmeliyetçilikte diğer gruplara göre önemli ölçüde daha fazla düşüş yaşadığı saptanmıştır (181). Bulgularımızda mükemmeliyetçiliğin aslında birçok bilişsel çarpıtma ile ilişkili olması mükemmeliyetçilik odaklı BDT tekniklerinin gerek unipolar gerekse bipolar depresyon BDT'sinde ön plana alınabileceğine işaret etmektedir.

5.3. Kısıtlılıklar

Mevcut araştırmada ele alınması gereken birtakım sınırlılıklar vardır. Bütün sayılan bu sınırlılıklar çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini azaltmaktadır. Bunun özellikle mükemmeliyetçi özellikler ile ilgili ölçümlerde etkili olabileceği ve sebepleri tartışma bölümünde irdelenmiştir. Düşünce hatalarını değerlendiren sınırlı sayıda lk olduğu ve bu ölçüklerin az bir kısmı Türkçeye çevrildiği için, bu ölçüklerin hastalıkların psikopatolojisi ve tedavi üzerine etkileri açısından bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bilişsel çarpıtma lği, BDT’de kullanılan ve tartışılan düşünce hatalarını tam anlamıyla değerlendiren tek lktir. Çalışmanın göze çarpan diğer bir sınırlılığı araştırma değerkenleri arasındaki ilişkileri araştırmayı zayıflatan bir faktör olan kesitsel araştırma yöntemi ile yürütülmüş olmasıdır. Kesitsel araştırma yöntemi kullanıldığı için mevcut çalışmada bulunan ilişkilere değin neden-sonuç çıkarımı yapılması mümkün olamamaktadır. Nitekim, benzer konu ve araştırma deseni ile yürütülen çalışmalarda da aynı sınırlılığa vurgu yapılmaktadır. Ayrıca klinik örneklemini yansıtan naturalistik bir çalışma olması sebebiyle; alınan olguların büyük kısmının mevcut halleriyle psikiyatrik bir tedavi almakta olmaları, komorbidite dışlamasının klinik görüşmeye göre yapılmış olması ve kişilik bozuklukları açısından vakaların değerlendirilmemiş olması sebebiyle karıştırıcı etmenlerin sonuçlar üzerindeki etkisi yeterince elimine edilememiştir. Bazı araştırmacılar bipolar bozuklukta komorbiditenin neredeyse bir kural olduğunu belirtmektedir (293). İlaç tedavisinin bilişsel stilleri etkilediği genel kabul gören bir bilgidir (294). BB I-II hastalarının bilişsel stillerinin farklı olduğu bazı araştırmacılarca söylenmiştir (295). Fakat araştırmamızda BB hastaları çalışmaya dahil edilirken BB I-II ayrımı yapılmamıştır. Unipolar depresyon hastalarının bipolariteye yatkınlık oluşturabilecek klinik semptomlar açısından değerlendirilmemesi de aslında gelecekte bipolar olabilecek genç yaştaki unipolar depresyon hastalarının unipolar şeklinde kategorize edilmesine sebep olmuş olabilir. Örneklemin elde edilmesi ve grupları cinsiyet açısından eşlemek için katılımcı seçimi yanlılığı söz konusu olmuştur. Öyle ki depresyon döneminin kadınlarda daha sık olması sebebiyle kadın katılımcıların fazla olması bipolar depresyon grubu için sonuçların genellemesini etkilemektedir. İlişkili olarak BB tip I’in cinsiyetler arasında eşit dağıldığı (53), tip II’nin ise kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (54). Bununla birlikte söz konusu kısıtlılığın bipolar bozuklukta remisyon dönemindeki hastalarda bilişsel çarpıtmaların cinsiyet açısından

fark oluşturmaması (6) sebebiyle araştırma sonuçlarında büyük bir etkisinin olmaması da güçlü bir olasılıktır.

5.4. Güçlülük

Araştırmanın depresyon dönemindeki hastalar ve sağlıklı kontrollerde yürütülmüş olması, akut depresif bir dönem sırasında gözlemlenen bilişsel tarzlar hakkında çıkarımlar yapmayı mümkün kılmıştır (4). Araştırmada genel popülasyonu temsil gücü geniş yaş aralığı ve farklı sosyoekonomik katmanlardan oluşan katılımcılar ile sağlanmış, sosyoekonomik katmanlar oluşturulurken nesnel bir ölçüm kullanılmıştır. Sağlıklı kontrol grubu seçilirken unipolar ve bipolar depresyon grubunun yaş ve cinsiyet dağılımı göz önünde bulundurulmuş ve aynı yaş gruplarında aynı oranda cinsiyet dağılımları elde edilmiştir. Seçim sırasında tercih edilen prosedür örneklemin yaş ve cinsiyet etkisinden azami şekilde bağımsız olmasını temin etmiştir. Her bipolar / unipolar depresyon grubunda ölçek puanlarında etkili olabilecek anksiyete şiddetinin diğer ölçeklerin dağılımının izin verdiğiince kontrol edilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalarda da en azından unipolar depresyon grubundaki bazı bilişsel çarpıtmalar için anksiyete düzeyinin kontrol edilebilmesi verilerin çıkarımlarının bilimselliğini kuvvetlendirmektedir.

6. SONUÇ

Araştırma sonuçları unipolar ve bipolar depresyonun benzeşen ve ayrılan bilişsel çarpıtmaları hakkında değerli kanıtlar sunmaktadır. Elde edilen veriler psikoterapötik yaklaşım için teorik temellendirme yapabilmeyi kolaylaştırma potansiyeli taşımaktadır. Araştırma verileri ışığında bipolar / unipolar depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerden daha fazla bilişsel çarpıtma hatalarının olduğu, bilişsel çarpıtma sıklığının iki grupta anlamlı farklılığının olmadığı ve bilişsel çarpıtma alt tiplerinin yaygınlığının da büyük oranda benzeştiği saptanmıştır. Unipolar depresyon grubunun duygudan sonuç çıkarma (sosyal) ve etiketleme (toplam-sosyal-başarı) bilişsel hatasını daha sık yaptığı saptanmıştır. Fakat iki farklı depresyon tipinin karşılaştırmasında etki büyüklüğü en yüksek bilişsel çarpıtmanın etiketleme olarak devam ettiği gözlenmiştir. Bu iki psikolojik faktör bipolar/ unipolar depresyon ayrımında bir belirteç olmaya adaydır. Ancak ilave çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır. İki bozukluğun en sık yapılan bilişsel çarpıtmalarının ise farklılaştığı; zihin okumanın unipolar depresyonda en sık aşırı genellemenin ise hem bipolar depresyon hem de tüm depresyon örnekleme söz konusu olduğunda en sık yapılan bilişsel çarpıtma olduğu gözlenmektedir. Bu konu bipolar/unipolar depresyon bilişsel terapisinde göz önüne alınmalıdır. Gruplar arasında bilişsel çarpıtma türleri alt başlıklar altında incelenmiştir. Araştırma verilerine göre mükemmeliyetçiliğin unipolar depresyonda bipolar depresyona göre daha fazla olduğu; etiketlemenin ardından unipolar / bipolar depresyon ayrımında etki gücü en yüksek değişken olduğu gözlenmektedir. Bu anlamda bipolar/unipolar depresyon ayrımında psikolojik belirteç olma potansiyeli taşımaktadır. Mükemmeliyetçiliğin bu anlamda duygudurum bozukluklarında depresyon dönemine yönelik izlem ve müdahale çalışmaları ile incelenmesi ileri araştırmalar için dikkate değer gözükmektedir. Her iki depresyon grubunun da kendi ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik düzeyinin sağlıklı kontrollerden yüksek, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliklerinin ise sağlıklı kontrollerden düşük olduğu saptanmıştır. Sonuçlar her iki depresyon türüne özgü psikoterapötik yaklaşım temelinde öneriler sunmaktadır.

7. ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonuçlarına yönelik verilerin klinik önemi değerlendirilerek diğer araştırmalar için önerilerde bulunulacaktır.

- Araştırmamız sonucunda duygudan sonuç çıkarma, etiketleme ve mükemmeliyetçiliğin unipolar bipolar depresyon ayırımında klinik değeri olduğu saptanmıştır. Bipolar bozuklukta yurt içinde benzeşen çalışmaların sayısının az olduğu ve genel olarak remisyon dönemindeki katılımcılarla yürütüldüğü göze çarpmıştır. Söz konusu üç psikolojik belirtecin çökkünlük dönemi dışında da devam edip etmediğinin bipolar ve unipolar depresyon hastalarının diğer duygudurum dönemlerinin de kontrol grubu olarak alındığı geniş örnekleme sahip araştırmalarla aydınlatılması önem arz etmektedir.
- Bu çalışmanın gelecek çalışmalara ışık tutabilmesi adına unipolar ve bipolar depresyon tanısı almış olan hasta gruplarındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin daha büyük bir klinik örneklem üzerinde karşılaştırılmasının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Bilişsel çarpıtmaların kültürel etmenlerden etkilenmesi ve toplumumuzda bilişsel çarpıtmaların faklılaşması olasılığı nedeniyle özdeş araştırmaların yapılması tedavi protokollerinin geliştirilmesi öncesi yol gösterici olabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
2. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*. 2016;15(9):913-24.
3. Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. *Cognitive Therapy For Depression*. 2014 s.363.
4. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(8):969-77.
5. Özdel K, Taymur İ, Guriz SO, Tulaci RG, Kuru E, Turkcapar MH. Measuring cognitive errors using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *PloS one*. 2014;9(8):e105956.
6. Özyıldız G. Remisyonda bipolar bozukluk tip 1 hastalarında bilişsel çarpıtmalar: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
7. Yesilyaprak N, Batmaz S, Yildiz M, Songur E, Akpınar Aslan E. Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019;29(4):854-63.
8. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(12):1322-30.
9. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *Journal of affective disorders*. 2003;73(1-2):19-32.
10. Hollender MH. Perfectionism, a neglected personality trait. *The Journal of clinical psychiatry*. 1978;39(5):384-.
11. Say G. Perfectionism in Major Depressive Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2020;12(4):562-74.
12. Gnilka PB, Broda MD, Group SFSW. Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*. 2019;139:295-300.
13. Jensen SN, Ivarsson A, Fallby J, Dankers S, Elbe A-M. Depression in Danish and Swedish elite football players and its relation to perfectionism and anxiety. *Psychology of Sport and Exercise*. 2018;36:147-55.
14. Corry J, Green M, Roberts G, Frankland A, Wright A, Lau P, et al. Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2013;151(3):1016-24.
15. Lam D, Wright K, Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2004;79(1-3):193-9.
16. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Gerstein RK, Keyser JD, Whitehouse WG, et al. Behavioral approach system (BAS)–relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118(3):459.
17. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological medicine*. 2001;31(3):459.

18. Batmaz S, Kaymak SU, Soygur AH, Ozalp E, Turkcapar MH. The distinction between unipolar and bipolar depression: a cognitive theory perspective. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(7):740-9.
19. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA 2013.
20. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş 13.Baskı, der. Öztürk O, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2015. s. 261-326.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM5). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: HYB, 2013.
22. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA psychiatry*. 2014;71(5):573-81.
23. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*. 2018;8(1):1-10.
24. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2016;58(1):78-9.
25. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen W, Beekman A. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med*. 2013;43(1):39-48.
26. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, çev ed: Bozkurt, Ali. 11th ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016; 347–86.
27. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian journal of psychiatry*. 2017;27:101-11.
28. Kato T. Molecular genetics of bipolar disorder and depression. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2007;61(1):3-19.
29. Belmaker R, Agam G. Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(1):55-68.
30. Özmen M. Depresyonda dinamik nedenler. *Duygudurum Dizisi*. 2001;6:283-7.
31. Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, et al. Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(10):847-53.
32. Igundunasse A, Ibidapo JS. Learned helplessness: a theoretical review. *African Journal of Social and Behavioural Sciences*. 2019;9(1).
33. Beck A. Depression. *Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York (Hoerber). 1967.
34. Akiskal H. Historical Introduction and Conceptual Overview. *The Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1:9.
35. Beck AT. Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(2):194.
36. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
37. Arkar H. Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5(1-3):37-40.
38. Watson JC. *Rational Emotive Behavior Therapy: Origins, Constructs, and Applications*. 1999.

39. Karahan T, Sardoğan ME. Rasyonel-emosif terapi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1994;9:110-35.
40. Görüş G. Rasyonel-emosif (RET) ve bilişsel-davranışçı terapiler (BDT). Psikoloji Çalışmaları.21:41-50.
41. Köroğlu E, Türkçapar M. Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve uygulama yönergeleri. Ankara: HYB Yayınları. 2009.
42. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Enhanced: Cengage Learning; 2016.
43. Sharf RS. Psikoterapi ve psikolojik danışma kuramları. Basımdan Çeviri Çev Ed. 2014.
44. Burns DD. The feeling good handbook, Rev: Plume/Penguin Books; 1999.
45. Ziegler SM. Beck's Cognitive Theory of Depression. Theory-Directed Nursing Practice. 2005;56.
46. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide: Guilford Publications; 2017.
47. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2012;1(1):7-14.
48. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. Clinical Psychology Review. 2005;25(8):1028-42.
49. Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping with depression. 1998.
50. Sadock VA. Duygudurum Bozuklukları. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri: Güneş Tıp Kitabevleri; 2015. p. 347-86.
51. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Therapeutic advances in psychopharmacology. 2018;8(9):251-69.
52. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar disorders. 2013;15(3):306-13.
53. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. The Lancet. 2016;387(10027):1561-72.
54. Karamustafalioglu N, Tomruk NB, Alpay N. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları/Gender differences in bipolar disorder and treatment implications. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004;5(1):28.
55. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. The Lancet. 2013;381(9878):1654-62.
56. Sklar P, Ripke S, Scott LJ, Andreassen OA, Cichon S, Craddock N, et al. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. Nature genetics. 2011;43(10):977.
57. Fan J, Sklar P, editors. Genetics of bipolar disorder: focus on BDNF Val66Met polymorphism. Novartis Foundation Symposium; 2008: Wiley Online Library.
58. Craddock N, Jones L, Jones IR, Kirov G, Green EK, Grozeva D, et al. Strong genetic evidence for a selective influence of GABA A receptors on a component of the bipolar disorder phenotype. Molecular psychiatry. 2010;15(2):146-53.
59. Sutterland A, Fond G, Kuin A, Koeter M, Lutter R, Van Gool T, et al. Beyond the association. Toxoplasma gondii in schizophrenia, bipolar disorder, and addiction: systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015;132(3):161-79.
60. de Barros JLVM, Barbosa IG, Salem H, Rocha NP, Kummer A, Okusaga OO, et al. Is there any association between Toxoplasma gondii infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2017;209:59-65.

61. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, Briley P, Perry A, Forty L, et al. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of affective disorders*. 2016;190:764-71.
62. Etain B, Lajnef M, Henry C, Aubin V, Azorin J, Bellivier F, et al. Childhood trauma, dimensions of psychopathology and the clinical expression of bipolar disorders: a pathway analysis. *Journal of psychiatric research*. 2017;95:37-45.
63. Schreuder MM, Vinkers CH, Mesman E, Claes S, Nolen WA, Hillegers MH. Childhood trauma and HPA axis functionality in offspring of bipolar parents. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;74:316-23.
64. Bücker J, Fries G, Kapczinski F, Post R, Yatham L, Vianna P, et al. Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in school-aged children with early trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015;131(5):360-8.
65. Van Dam NT, Rando K, Potenza MN, Tuit K, Sinha R. Childhood maltreatment, altered limbic neurobiology, and substance use relapse severity via trauma-specific reductions in limbic gray matter volume. *JAMA psychiatry*. 2014;71(8):917-25.
66. Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2015;171:39-47.
67. Tijssen MJ, Van Os J, Wittchen H-U, Lieb R, Beesdo K, Wichers M. Risk factors predicting onset and persistence of subthreshold expression of bipolar psychopathology among youth from the community. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2010;122(3):255-66.
68. Marwaha S, Winsper C, Bebbington P, Smith D. Cannabis use and hypomania in young people: a prospective analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(6):1267-74.
69. Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32(5):702-13.
70. Reilly-Harrington NA, Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Wisniewski SR, Thase ME, et al. Dysfunctional attitudes, attributional styles, and phase of illness in bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2010;34(1):24-34.
71. Colom F, Vieta E. Sudden glory revisited: cognitive contents of hypomania. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(5):278-88.
72. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Neeren AM. Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006;25(7):726-54.
73. Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Reilly-Harrington NA, Gyulai L. *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*: American Psychological Association; 2002.
74. Johnson SL, Leahy RL. *Psychological treatment of bipolar disorder*: Guilford Press; 2005.
75. Schwannauer M. Cognitive behavioural therapy for bipolar affective disorder. *Mood Disorders*. 2004:259.
76. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*. 1989;96(2):358.
77. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical psychology review*. 2005;25(8):1043-75.

78. Alloy LB, Abramson LY, Neeren AM, Walshaw PD, Urosevic S, Nusslock R. Psychosocial risk factors for bipolar disorder: Current and early environment and cognitive styles. *The psychology of bipolar disorder: New developments and research strategies*: Oxford University Press; 2006. p. 11-46.
79. Mansell W. An integrative formulation-based cognitive treatment of bipolar disorders: Application and illustration. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(5):447-61.
80. Mansell W, Morrison A, Reid G, Lowens I, Tai S. An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders: An illustrative case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007;35.
81. Mansell W. "A positive mood cannot be too positive": How to utilize positive and negative clinical psychology in bipolar disorder. 2016.
82. Miklowitz DJ, Alatiq Y, Geddes JR, Goodwin GM, Williams JMG. Thought suppression in patients with bipolar disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2010;119(2):355.
83. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
84. Mansell W, Pedley R. The ascent into mania: A review of psychological processes associated with the development of manic symptoms. *Clinical psychology review*. 2008;28(3):494-520.
85. Backlund L, Nikamo P, Hukic DS, Ek IR, Träskman-Bendz L, Landén M, et al. Cognitive manic symptoms associated with the P2RX7 gene in bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2011;13(5-6):500-8.
86. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
87. Green M, Lino B, Hwang EJ, Sparks A, James C, Mitchell P. Cognitive regulation of emotion in bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(4):307-16.
88. Sarisoy G, Pazvantoğlu O, Özturan DD, Ay ND, Yilman T, Mor S, et al. Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*. 2014;68(4):275-81.
89. Knowles R, Tai S, Christensen I, Bentall R. Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44(1):99-112.
90. Mansell W, Morrison AP, Reid G, Lowens I, Tai S. The interpretation of, and responses to, changes in internal states: an integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*. 2007;35(5):515-39.
91. Mansell W, Colom F, Scott J. The nature and treatment of depression in bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation. *Clinical Psychology Review*. 2005;25(8):1076-100.
92. Maçkalı Z. İki uçlu bozuklukta bütüncül bilişsel modelin grup-temelli müdahalesinin etkisinin incelenmesi (Doktora Tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi. 2017.
93. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly

- symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(3):261-9.
94. Vieta E, Sanchez-Moreno J, Lahuerta J, Zaragoza S, Group E. Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *Journal of affective disorders*. 2008;107(1-3):169-74.
 95. Roth A, Fonagy P. What works for whom?: a critical review of psychotherapy research. 2006.
 96. Maçkalı Z, Tosun A. Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(4):571-94.
 97. Maçkalı Z. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkınlık-Stres Kuramları. Hacettepe Üniversitesi Türk Psikoloji Yazıları, Ankara; 2014.
 98. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(6):858-73.
 99. Scott J. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(S41):s164-s8.
 100. Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2003;73(1-2):171-81.
 101. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):324-9.
 102. Lam D. A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Bipolar Disorders*. 2002;4:104-.
 103. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188(5):488-9.
 104. Cakir S, Bensusan R, Akca ZK, Yazici O. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *Journal of affective disorders*. 2009;119(1-3):190-3.
 105. Sütçigil L, Cansever A. Bipolar bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal girişimler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 2006;2(29):46-51.
 106. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
 107. Birliği AP. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001.
 108. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(2):120-5.
 109. Ghaemi SN. *Mood disorders: a practical guide*: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 110. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar disorders*. 2008;10(1p2):144-52.
 111. Akiskal HS, Benazzi F. Continuous distribution of atypical depressive symptoms between major depressive and bipolar II disorders: dose-response relationship with bipolar family history. *Psychopathology*. 2008;41(1):39-42.

112. HS A. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: Gözden geçirme. M Maj, HS Akiskal, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius (Eds), İki Uçlu Bozukluk, T Oral (Çev Ed), İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı. 2002:1-52.
113. Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008;1(3):181-91.
114. Giglio LM, Andrezza AC, Andersen M, Ceresér KM, Walz JC, Sterz L, et al. Sleep in bipolar patients. *Sleep and Breathing*. 2009;13(2):169.
115. Freud S. Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*1957. p. 237-58.
116. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical psychology review*. 2005;25(3):307-39.
117. de Almeida JRC, Phillips ML. Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biological psychiatry*. 2013;73(2):111-8.
118. Fountoulakis KN, Kelsoe JR, Akiskal H. Receptor targets for antidepressant therapy in bipolar disorder: an overview. *Journal of affective disorders*. 2012;138(3):222-38.
119. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(6):573-88.
120. Johnson SL, Fingerhut R. Negative cognitions predict the course of bipolar depression, not mania. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004;18(2):149-62.
121. Fuhr K, Hautzinger M, Meyer TD. Implicit motives and cognitive variables: specific links to vulnerability for unipolar or bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2014;215(1):61-8.
122. Alatiq Y, Crane C, Williams J, Goodwin G. Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders*. 2010;122(3):294-300.
123. Scott J, Pope M. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological medicine*. 2003;33(6):1081.
124. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR. Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2011;134(1-3):126-32.
125. Gruber J, Eidelman P, Harvey AG. Transdiagnostic emotion regulation processes in bipolar disorder and insomnia. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(9):1096-100.
126. Lex C, Meyer TD, Marquart B, Thau K. No strong evidence for abnormal levels of dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and emotional information-processing biases in remitted bipolar I affective disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008;81(1):1-13.
127. Oei TP, Bullbeck K, Campbell JM. Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of affective disorders*. 2006;92(2-3):231-41.
128. Calvete E, Connor-Smith JK. Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*. 2005;29(2):201-17.

129. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler: Türk Psikologlar Derneği; 1997.
130. Hollon SD, Kendall PC, Lumry A. Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of abnormal psychology*. 1986;95(1):52.
131. Neale JM. Defensive functions of manic episodes. 1988.
132. Batmaz S, Koçbiyik S. Çökkünlüğü Olan Kadınlarda Bilişsel Çarpıtmalar: Sürekli mi, Çökkünlük Dönemine mi Özgüdür? *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2015;3:147-52.
133. Cerit C, Coşkun B. Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(4).
134. Johnson SL, Kizer A. Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. 2002.
135. Alloy LB, Reilly-Harrington N, Fresco DM, Whitehouse WG, Zechmeister JS. Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1999;13(1):21.
136. Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM, Macdonald S. Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. 2002.
137. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. 1962.
138. Burns DD. The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*. 1980;14(6):34-52.
139. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*. 1990;14(5):449-68.
140. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(3):456.
141. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 1978.
142. Flett GL, Hewitt PL. Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior modification*. 2006;30(4):472-95.
143. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment: Guilford Publications; 2017.
144. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and stress processes in psychopathology. 2002.
145. Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(2):106-15.
146. Noble CL, Ashby JS, Gnilka PB. Multidimensional perfectionism, coping, and depression: Differential prediction of depression symptoms by perfectionism type. *Journal of College Counseling*. 2014;17(1):80-94.
147. Hewitt PL, Flett GL, Ediger E, Norton GR, Flynn CA. Perfectionism in chronic and state symptoms of depression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 1998;30(4):234.
148. Park H-j, Jeong DY. Moderation effects of perfectionism and meaning in life on depression. *Personality and Individual Differences*. 2016;98:25-9.
149. Chemisquy S. Theoretical review on maladaptive perfectionism's cognitive profile. *Apuntes Universitarios*. 2018;8(1):16-40.

150. Crăciun B, Holdevici I. Cognitive-behavioural intervention in diminishing perfectionistic self-presentation and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;78:476-80.
151. Barrow JC, Moore CA. Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel & Guidance Journal*. 1983;61(10).
152. Pirbaglou M, Cribbie R, Irvine J, Radhu N, Vora K, Ritvo P. Perfectionism, anxiety, and depressive distress: evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*. 2013;61(8):477-83.
153. Black J, Reynolds WM. Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(3):426-31.
154. Moroz M, Dunkley DM. Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*. 2015;87:174-9.
155. Gnilka PB, Ashby JS, Noble CM. Adaptive and maladaptive perfectionism as mediators of adult attachment styles and depression, hopelessness, and life satisfaction. *Journal of Counseling & Development*. 2013;91(1):78-86.
156. Olson ML, Kwon P. Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32(6):788-802.
157. Xie Y, Kong Y, Yang J, Chen F. Perfectionism, worry, rumination, and distress: A meta-analysis of the evidence for the perfectionism cognition theory. *Personality and Individual Differences*. 2019;139:301-12.
158. Bieling PJ, Israeli AL, Antony MM. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*. 2004;36(6):1373-85.
159. Klibert JJ, Langhinrichsen-Rohling J, Saito M. Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*. 2005;46(2):141-56.
160. Birch H, Mcgann D, Riby L. Perfectionism and PERMA: The benefits of other-oriented perfectionism. *International Journal of Wellbeing*. 2019;9(1):20-42.
161. Longbottom J-L. *An Examination of Maladaptive and Adaptive Perfectionism in the Exercise Domain*: University of Western Australia.; 2011.
162. Flett GL, Nepon T, Hewitt PL, Fitzgerald K. Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2016;38(4):645-54.
163. Shahnaz A, Saffer BY, Klonsky ED. The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences*. 2018;130:117-21.
164. Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(1):98.
165. Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(6):757-65.
166. Malinowski AS, Veselka L, Atkinson BE. An investigation of vulnerability factors for depression. *Personality and Individual Differences*. 2017;107:126-30.
167. Johnson SL, Roberts JE. Life events and bipolar disorder: implications from biological theories. *Psychological bulletin*. 1995;117(3):434.

168. Cummings J. Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods, and practice by DH Lam, SH Jones and P. Hayward. Wiley Online Library; 2012.
169. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, et al. Switching from'unipolar'to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(2):114-23.
170. Clayton PJ, Ernst C, Angst J. Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1994;243(6):340-6.
171. Scott J, Stanton B, Garland A, Ferrier I. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological medicine*. 2000;30(2):467-72.
172. Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM, Whitehouse WG. Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of abnormal psychology*. 1999;108(4):567.
173. Kiral EY, Balci ATD. İlköğretim okulu yöneticilerinin mükemmeliyetçilik algısı ve kontrol odağı ile ilişkisi: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Politikası; 2012.
174. Tuncer B, Voltan-Acar N. Kaygı düzeyleri farklı üniversite hazırlık sınıfı öğrencilerinin mükemmeliyetçilik özelliklerinin incelenmesi. *Kriz Dergisi*. 2006;14(2):1-15.
175. Bowers E. *The Everything Guide to Coping with Perfectionism: Overcome Toxic Perfectionism, Learn to Embrace Your Mistakes, and Discover the Potential for Positive Change*: Simon and Schuster; 2012.
176. Iranzo-Tatay C, Gimeno-Clemente N, Barberá-Fons M, Rodriguez-Campayo MÁ, Rojo-Bofill L, Livianos-Aldana L, et al. Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*. 2015;230(3):932-9.
177. Wade TD, Bulik CM. Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychological medicine*. 2007;37(5):635-44.
178. Burcaş S, Crețu RZ. Perfectionism and Neuroticism: Evidence for a common genetic and environmental etiology. *Journal of Personality*. 2021.
179. Glover DS, Brown GP, Fairburn CG, Shafran R. A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*. 2007;46(1):85-94.
180. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*. 2001;21(6):879-906.
181. Arpin-Cribbie C, Irvine J, Ritvo P. Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2012;22(2):194-207.
182. Çakir S, Özerdem A. Psychotherapeutic and Psychosocial Approaches in Bipolar Disorder: A Systematic Literature Review. *Turkish journal of psychiatry*. 2010;21(2).
183. Miklowitz DJ, Goodwin GM, Bauer MS, Geddes JR. Common and specific elements of psychosocial treatments for bipolar disorder: a survey of clinicians participating in randomized trials. *Journal of psychiatric practice*. 2008;14(2):77.
184. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *The Canadian journal of psychiatry*. 2008;53(7):441-8.

185. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;71(1):66-72.
186. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(9):1340-7.
187. Lynch D, Laws K, McKenna P. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological medicine*. 2010;40(1):9-24.
188. Heeringa SG, Wagner J, Torres M, Duan N, Adams T, Berglund P. Sample designs and sampling methods for the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies (CPES). *International journal of methods in psychiatric research*. 2004;13(4):221-40.
189. Hollingshead AB. Hollingshead two factor index of social position 1957. 1991.
190. Ersoy B, Kizilay DÖ, Yilmaz SK, Taneli F, Gümüşer G. Bone mineral density, vitamin D status, and calcium intake in healthy female university students from different socioeconomic groups in Turkey. *Archives of osteoporosis*. 2018;13(1):1-8.
191. Covin R, Dozois DJ, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: Initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*. 2011;4(3):297-322.
192. Ardanç P. Bilişsel çarpıtmalar Ölçeği'nin Türçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması: İstanbul Arel Üniversitesi; 2017.
193. Hewitt PL, Flett GL, Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of eating disorders*. 1995;18(4):317-26.
194. Oral M. Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçi kişilik özelliği ve yaşam olaylarının depresyon belirtileriyle ilişkisi, depresyona yatkınlık-stres modelinin incelenmesi [The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students: 'A test of diathesis-stress model of depression']. Unpublished masters thesis) Institute of Social Sciences, Middle East Technical University, Ankara. 1999.
195. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
196. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
197. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
198. Ölçeği D. değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:114-7.
199. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*. 1978;133(5):429-35.
200. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-14.
201. McLeod S. What does effect size tell you. *Simply psychology*. 2019.

202. Karadimitriou ME. Mann-Whitney in SPSS. In: C K, editor. The University of Sheffield.
203. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillsdale, NJ: L Erlbaum Associates. 1998.
204. Lenhard W, Lenhard A. Computation of effect sizes. Psychometrica. 2016.
205. Field A. Discovering statistics using SPSS: Sage publications; 2009.
206. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri. 2004;4:12-6.
207. Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depression and anxiety. 1996;4(4):160-8.
208. Gürsoy R. Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasında bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılması: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
209. Provencher MD, Guimond A-J, Hawke LD. Comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders: a neglected research and treatment issue? Journal of affective disorders. 2012;137(1-3):161-4.
210. Holmes EA, Geddes JR, Colom F, Goodwin GM. Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. Behaviour research and therapy. 2008;46(12):1251-8.
211. Pini S, Maser JD, Dell'Osso L, Abelli M, Muti M, Gesi C, et al. Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: a clinical replication. Journal of anxiety disorders. 2006;20(8):1148-57.
212. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Archives of general psychiatry. 2007;64(5):543-52.
213. O'Garro-Moore JK, Adams AM, Abramson LY, Alloy LB. Anxiety comorbidity in bipolar spectrum disorders: the mediational role of perfectionism in prospective depressive symptoms. Journal of Affective Disorders. 2015;174:180-7.
214. Batmaz S, Kocbiyik S, Yuncu OA. Turkish version of the cognitive distortions questionnaire: psychometric properties. Depression research and treatment. 2015;2015.
215. Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S, Turkcapar MH. From the first episode to recurrences: the role of automatic thoughts and dysfunctional attitudes in major depressive disorder. International Journal of Cognitive Therapy. 2015;8(1):61-77.
216. Roberts MB. Inventory of Cognitive Distortions: Validation of a measure of cognitive distortions using a community sample. 2015.
217. Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. The British Journal of Psychiatry. 2009;194(2):146-51.
218. Hammen C, Ellicott A, Gitlin M. Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder. Cognitive Therapy and Research. 1992;16(4):409-18.
219. Sironi M. Education and mental health in Europe: School attainment as a means to fight depression. International Journal of Mental Health. 2012;41(3):79-105.
220. Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies

- in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croatian medical journal*. 2009;50(4):380-6.
221. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*. 2000;19(6):586.
 222. Evans MSS. Examining the relationship between socioeconomic status and mental health quality of life in a rural neighborhood context. 2016.
 223. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. 2010;24(2):281-98.
 224. Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, et al. Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2010;16(5):298-307.
 225. Zhu X, Auerbach RP, Yao S, Abela JR, Xiao J, Tong X. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire: Chinese version. *Cognition & Emotion*. 2008;22(2):288-307.
 226. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(3):347.
 227. Bonfá-Araujo B, Oshio A, Hauck-Filho N. Seeing Things in Black-and-White: A Scoping Review on Dichotomous Thinking Style. *Japanese Psychological Research*. 2021.
 228. Türkçapar H. Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama. Epsilon Yayıncılık İstanbul. 2018.
 229. White J, Davison GC, Haaga DA, White K. Cognitive bias in the articulated thoughts of depressed and nondepressed psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992;180(2):77-81.
 230. Blackburn IM, Eunson KM. A content analysis of thoughts and emotions elicited from depressed patients during cognitive therapy. *British Journal of Medical Psychology*. 1989;62(1):23-33.
 231. Çiçek BG. Anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk tanili hastalarda düşünce özellikleri ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi. Ankara: Ufuk Üniversitesi; 2016.
 232. Grover S, Hazari N, Aneja J, Chakrabarti S, Avasthi A. Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: a study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*. 2016;244:109-16.
 233. Sahoo S, Grover S, Malhotra R, Avasthi A. Internalized stigma experienced by patients with first-episode depression: a study from a tertiary care center. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2018;34(1):21.
 234. Gilkes M, Perich T, Meade T. Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*. 2019;4(3):330.
 235. Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S, Göka E, editors. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Yeni Symposium*; 2015.
 236. İsmanur OB. Relationships between internalized stigma, hopelessness and self-esteem and their sociodemographic and clinical characteristics in a group of patients with severe mental illness: *Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2016.

237. Sharp M-L, Fear NT, Rona RJ, Wessely S, Greenberg N, Jones N, et al. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic reviews*. 2015;37(1):144-62.
238. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(11):2764-72.
239. Depue RA, Krauss SP, Spoont MR. A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. 1987.
240. Blake E, Dobson KS, Sheptycki AR, Drapeau M. The relationship between depression severity and cognitive errors. *American Journal of Psychotherapy*. 2016;70(2):203-21.
241. Ersoy Ç. Üniversite öğrencilerinin düşünce hataları ve duyguları ifade etmelerinin mükemmeliyetçilik tutumlarını yordaması: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2016.
242. Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(2):273.
243. Epkins CC. Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1996;18(1):83-101.
244. Weems CF, Berman SL, Silverman WK, Saavedra LM. Cognitive errors in youth with anxiety disorders: The linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2001;25(5):559-75.
245. Kuru E, Safak Y, Özdemir İ, Tulacı R, Özdel K, Özkula N, et al. Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*. 2018;32(2):97-104.
246. Enns MW, Cox BJ. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 1999;37(8):783-94.
247. Flett GL, Hewitt PL. The perfectionism pandemic meets COVID-19: understanding the stress, distress, and problems in living for perfectionists during the Global Health crisis. *J Concurr Disord*. 2020;2:80-105.
248. Bareket-Bojmel L, Shahar G, Margalit M. COVID-19-related economic anxiety is as high as health anxiety: findings from the USA, the UK, and Israel. *International journal of cognitive therapy*. 2020:1-9.
249. Kumpasoğlu GB. The relationship between perfectionism and depression: mediator roles of perceived social support and mattering: Middle east technical university; 2019.
250. Flett GL, Coulter L-M, Hewitt PL, Nepon T. Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*. 2011;26(3):159-76.
251. Cox BJ, Enns MW. Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2003;35(2):124.
252. Békés V, Dunkley DM, Taylor G, Zuroff DC, Lewkowski M, Foley JE, et al. Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism. *Behavior Therapy*. 2015;46(4):478-92.

253. Besser A, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure vs. success. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2004;22(4):297-324.
254. Flett GL, Galfi-Pechenkov I, Molnar DS, Hewitt PL, Goldstein AL. Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(7):828-32.
255. Flett GL, Besser A, Davis RA, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2003;21(2):119-38.
256. Yoon J, Lau AS. Maladaptive perfectionism and depressive symptoms among Asian American college students: Contributions of interdependence and parental relations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2008;14(2):92.
257. Kagitcibasi C. A model of family change in cultural context. *Online readings in psychology and culture*. 2002;6(3):2307-0919.1059.
258. Ulu İP. An investigation of adaptive and maladaptive dimensions of perfectionism in relation to adult attachment and big five personality traits. 2007.
259. Hewitt PL, Flett GL, Ediger E. Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 1996;105(2):276.
260. Sherry DL, Sherry SB, Hewitt PL, Mushquash A, Flett GL. The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences*. 2015;76:104-10.
261. Sherry SB, Law A, Hewitt PL, Flett GL, Besser A. Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(5):339-44.
262. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Caelian C. Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. 2006.
263. Roxborough HM, Hewitt PL, Kaldas J, Flett GL, Caelian CM, Sherry S, et al. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012;42(2):217-33.
264. Smith MM, Sherry SB, McLarnon ME, Flett GL, Hewitt PL, Saklofske DH, et al. Why does socially prescribed perfectionism place people at risk for depression? A five-month, two-wave longitudinal study of the Perfectionism Social Disconnection Model. *Personality and Individual Differences*. 2018;134:49-54.
265. Hewitt PL, Smith MM, Deng X, Chen C, Ko A, Flett GL, et al. The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*. 2020.
266. Gilbert P. *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*/Paul Gilbert. New-York.
267. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(1):28-44.
268. Yadavaia JE, Hayes SC, Vildaraga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(4):248-57.

269. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*. 1993;14(1):119-26.
270. Hill RW, McIntire K, Bacharach VR. Perfectionism and the big five factors. *Journal of social behavior and personality*. 1997;12(1):257.
271. Mills JS, Blankstein KR. Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and individual differences*. 2000;29(6):1191-204.
272. Huang Y, Lv W, Wu J. Relationship between intrinsic motivation and undergraduate students' depression and stress: the moderating effect of interpersonal conflict. *Psychological reports*. 2016;119(2):527-38.
273. Norman RM, Davies F, Nicholson IR, Cortese L, Malla AK. The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1998;17(1):50-68.
274. Smith MM, Sherry SB, Ray C, Hewitt PL, Flett GL. Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*. 2021:101982.
275. Smith MM, Sherry SB, Vidovic V, Hewitt PL, Flett GL. Why does perfectionism confer risk for depressive symptoms? A meta-analytic test of the mediating role of stress and social disconnection. *Journal of research in personality*. 2020;86:103954.
276. Francis-Raniere EL, Alloy LB, Abramson LY. Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*. 2006;8(4):382-99.
277. Nusslock R, Abramson L, Harmon-Jones E, Alloy L, Coan J. Psychosocial interventions for bipolar disorder: Perspective from the behavioral approach system (BAS) dysregulation theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2009;16(4):449-69.
278. Mansell W, Lam D. A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar and unipolar depression and the role of imagery in the specificity of memory. *Memory*. 2004;12(4):437-46.
279. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, et al. Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research*. 2000;24(5):503-20.
280. Flett GL, Hewitt PL. A proposed framework for preventing perfectionism and promoting resilience and mental health among vulnerable children and adolescents. *Psychology in the Schools*. 2014;51(9):899-912.
281. Hunter EC, O'Connor RC. Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(4):355-65.
282. Neff KD. The science of self-compassion. *Compassion and wisdom in psychotherapy*. 2012;1:79-92.
283. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*. 2009;77(1):23-50.
284. Tezcan H. Rehberlik ve psikolojik danışma öğrencilerinin öz duyarlılıkları ile mükemmeliyetçilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2015.
285. Akin A, Akin U. Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2015;47(1):43-9.

286. Wood AM, Tarrier N. Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical psychology review*. 2010;30(7):819-29.
287. DiBartolo PM, Rendón MJ. A critical examination of the construct of perfectionism and its relationship to mental health in Asian and African Americans using a cross-cultural framework. *Clinical Psychology Review*. 2012;32(3):139-52.
288. Benk A. Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin psikolojik belirtilerle ilişkisi. 2006.
289. Büyükbayraktar Ç. Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçilik ve öfke ilişkisi: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
290. Casale S, Fioravanti G, Rugai L, Flett GL, Hewitt PL. The interpersonal expression of perfectionism among grandiose and vulnerable narcissists: Perfectionistic self-presentation, effortless perfection, and the ability to seem perfect. *Personality and Individual Differences*. 2016;99:320-4.
291. McCabe-Bennett H, Cassin S, Antony M. Naturalistic observation of perfectionistic behaviours. Unpublished Master's thesis, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada. 2014.
292. Sherry SB, MacKinnon AL, Fossum K-L, Antony MM, Stewart SH, Sherry DL, et al. Perfectionism, discrepancies, and depression: Testing the perfectionism social disconnection model in a short-term, four-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(6):692-7.
293. McIntyre RS, Rosenbluth M, Ramasubbu R, Bond DJ, Taylor VH, Beaulieu S, et al. Managing medical and psychiatric comorbidity in individuals with major depressive disorder and bipolar disorder. , 24, 2. 2012;24(2):163-9.
294. Shankman SA, Campbell ML, Klein DN, Leon AC, Arnow BA, Manber R, et al. Dysfunctional attitudes as a moderator of pharmacotherapy and psychotherapy for chronic depression. *Journal of psychiatric research*. 2013;47(1):113-21.
295. Fletcher K, Parker G, Manicavasagar V. Cognitive style in bipolar disorder subtypes. *Psychiatry research*. 2013;206(2-3):232-9.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/179

28.03.2020

Sayın Prof.Dr.Gökhan SARISOY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Bipolar depresyon ile unipolar depresyon hastalarında depresif epizod sırasında düşünce tarzları ve mükemmeliyetçilik** başlıklı OMÜ KA EK 2020/129 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.03.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

EK-2: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI):

Bipolar Depresyon ile Unipolar Depresyon Hastalarının Depresif Epizod Sırasında Düşünce Tarzları ve Mükemmeliyetçilik Açısından Farklarının Araştırılması

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu çalışmada bipolar depresyon ile unipolar depresyon hastalarının depresif epizod sırasında düşünce özellikleri ve mükemmeliyetçilik açısından farkları incelenecektir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Depresyon ve bipolar bozukluğuna sahip hastalarda, hastalığın da süregelenleşmesine yol açan, abartılmış ya da mantık dışı düşünce yapıları görülmektedir. Terapistler, düşünce bozukluğu olan kişilerin, yaşadıkları gerçeklikleri farklı algıladıklarını belirtirler. Bu bireylerin düşünce yapıları, onların olumsuz düşünce ve duygularını kuvvetlendirmektedir. Zamanla kendileri, yaşadıkları olaylar ve hatta bütün dünya ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceler beslemeye başlayan kişilerin depresyon yaşamaları kuvvetle muhtemeldir. Bu çalışmada hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile düşünce tarzlarının, bilişsel çarpıtmalarının Bipolar Depresyon ile Unipolar depresyonda karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda Bipolar Depresyon ve Unipolar Depresyonda ortaya çıkabilecek düşünce hatalarının belirlenmesi ve düşünce özelliklerinin kaygı ile depresyon düzeyi ile ilişkisinin araştırılması sonucunda bu düşünce tarzları üzerinde bilişsel davranışçı yöntemlerle çalışmaya yön vermek amaçlanmaktadır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

GEBELİK VE DOĞUM KONTROLÜ

Eğer denek / hasta doğurganlık döneminde / emziren bir kadın ise....
Çalışmamız Ankettir.

CALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

Bipolar Depresyon ve Unipolar Depresyonda ortaya çıkabilecek bilişsel hataların belirlenmesi ve bu düşünce tarzları üzerinde bilişsel davranışçı yöntemlerle çalışılabilmesi açısından faydalı olacaktır.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilirim bilincindeyim.

CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek ya da sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiçbir aşamada sizin isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Çalışma destekleyicisi firma çalışma verilerinizi, sadece yukarıda belirtilen amaçlarda kullanacak olan kendi grubundaki diğer şirketler, hizmet alınan kurumlar, anlaşmalı firmalar ve diğer araştırma kuruluşları ile paylaşabilir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, çalışma verilerinizi artık kullanılmayacak ya da diğer kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Ad, soyad ve telefon numaraları

Dr.Ayşe ERGÜNER ARAL
Prof.Dr.Gökhan SARISOY

GSM: 05062452849
Tel: 03623121919

CALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR: Varsa açıklayınız

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

*** Açıklamalar hastanın anlayabileceği açıklıkta ve teknik terimlerden uzak bir şekilde belirtilmelidir.**

EK-3: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

- **Adı Soyadı:**
- **Adres ve Telefon:**
- **Yaş:**
- **Cinsiyet:** (0)Erkek (1)Kadın
- **Medeni Durum:** (0)Bekar (1)Evli
- **Eğitim süresi:** yıl
- **Yaşam şekli:** (0)Yalnız yaşıyor (1)Biriyle birlikte yaşıyor (aile, arkadaş)
- **Çalışma durumu:** (0)Öğrenci (1)Çalışıyor (2)İşsiz (3)Ev hanımı
- **Daha önce psikiyatri başvurusu var mı?:** (0)Yok (1)Var
- **Halen bir psikiyatrik tedavi alıyor mu?:** (0)Hayır (1)Evet **alıyorsa hangi tedavi?.....**
- **Ailede ruhsal hastalık öyküsü:** (0)Yok (1)Var **varsa hangi hastalık:**
- **İntihar girişimi:** (0)Yok (1)Var
- **Tıbbi yardım başvurusu:** (0)Yok (1)Var
- **Hastane yatışı:** (0)Yok (1)Var
- **Varsa yatış sayısı:**
- **Hastalığın başlangıç yaşı:**
- **Hastalığın başlangıç epizodu:**
- **Manik epizod sayısı:**
- **Depresif Epizod sayısı:**
- **Hipomanik epizod sayısı:**
- **Mix epizod sayısı:**
- **Toplam epizod sayısı:**
- **İlk depresif epizod yaşı:**
- **Mevcut hastalık epizodu ne zamandır var?:** gün

EK-4: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

İsim: Tarih:

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

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

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

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

2) Suçluluk duyguları

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

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

3) İntihar

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

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

5) Gece yarısı uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

0- Herhangi bir sorunu yok.

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

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

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

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

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

0- Düşünceleri ve konuşması normal.

1- Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2- Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok

1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Subjektif gerilim ve irritabilite.

2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok

1- Hafif

2- İlmli

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme

12) Somatik Semptomlar – Gastrointestinal

0- Yok

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

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar - Genel

0- Yok

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

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

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

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok

1- Kuruntulu.

2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4- Hipokondriak delüzyonlar.

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

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

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK-5: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

1. Anksiyeteli Mizaç

(Bu şık, gelecek konusunda belirsizlik duygusunu kapsar. Endişeden, güvensizlik, irritabilite, beklenti hissi ve dehşet duygusuna kadar uzanan bir genişliği vardır.)

0: Hasta her zamankine göre daha az / daha çok güvensiz veya huzursuz değildir.

1: Hastanın her zamankinden daha güvensiz veya huzursuz olduğu kuşkuludur.

2: Hasta daha açık olarak, kontrolde zorlandığı bir anksiyete, beklenti veya irritabilite durumunda olduğunu söyler. Ancak durum hastanın güncel yaşamını etkileyecek boyutta değildir.

3: Anksiyete veya güvensizlik zaman zaman daha şiddetlidir; endişeler gelecekte olabilecek büyük yaralanmalar ve zararlar üstünde yoğunlaşmaktadır. Örneğin panik atakları, ağır dehşet duygusu olmaktadır. Zaman zaman hastanın yaşamını etkilemektedir.

4: Dehşet duygusu, hastanın yaşamını belirgin derecede etkileyecek boyutlardadır.

2. Gerilim

(Bu şık, gevşeyememe, sinirlilik, bedensel gerilimler, titreme ve huzursuz yorgunluk durumlarını kapsar.)

0: Hasta her zamankine göre daha az veya çok gerilimli değildir.

1: Hasta her zamankinden daha sinirli ve gergin olduğunu belirtmektedir.

2: Hasta gevşeyemediğini, iç huzursuzluk ile dolu olduğunu ve bunu kontrolde zorlandığını açıkça belirtir. Ancak bu durum gündelik yaşamını çok etkilemez.

3: İç huzursuzluğu ve sinirlilik hastanın günlük çalışmasını zaman zaman etkileyecek derecede veya sıklıktadır.

4: Gerilimler ve huzursuzluklar hastanın yaşamı ve işine her zaman etki etmektedir.

3. Korkular

(Hastanın kendisini belirli durumlarda bulduğu zaman ortaya çıkan bir anksiyete çeşidi.

Örneğin açık veya kapalı alanlar, kuyruğa girmek, otobüse veya trene binmek. Hasta bu durumlardan kaçınma ile rahatlar. Önemli olan, bu değerlendirme anında, her zamankine göre, bu aralarda daha fazla fobik anksiyete olup olmadığını saptamaktır.)

0: Yok

1: Varsa da şüpheli

2: Hastada fobik anksiyete vardır, ama onunla mücadele edebilmektedir.

3: Hastanın fobik anksiyetesi ile mücadele etmesi ve onu yenmesi zorlaşmıştır. Dolayısıyla da hastanın gündelik yaşamına ve işine etkili olmaya başlamıştır (belli bir derecede).

4: Fobik anksiyete hastanın gündelik yaşamını ve işini açıkça etkilemektedir

4. Uykusuzluk

(Bu şık hastanın, uyku süresi (24 saatteki uyku saati), uyku derinliği (yüzeysel ve bölünmüş uyku / derin ve sürekli uyku) konusundaki öznel deneyimlerini kapsar.

Puanlama son üç gece üzerinden yapılır. Hipnotik ve sedatif kullanımı göz önüne alınmamalıdır.)

0: Her zamanki uyku süresi ve derinliği

1: Uyku süresi şüpheli bir şekilde veya hafifçe azalmıştır (örneğin uykuya dalmada zorluklara ikincil), ama uyku derinliğinde değişiklik yok.

2: Uyku derinliğinde de azalma vardır, uyku daha yüzeyseldir. Uyku bütün olarak bozulmuştur.

3: Uyku derinliği kadar uyku süresi de değişmiştir. Bölünmüş uyku süreleri toplamı 24 saatte birkaç saati geçmez.

4: Burada uyku süresini saptamak zordur, zira uyku o derecede yüzeyseldir ki, hasta kısa uyuklama, kestirme dönemlerinden söz eder.

5. Entellektüel (kognitif)

(Bu şık yoğunlaşma, güncel olaylar hakkında karar verme ve hafıza güçlüklerini kapsar.)

0: Hastanın her zamankinden fazla / az hafıza ve / veya yoğunlaşma gücü yoktur.

1: Hastanın yoğunlaşma ve / veya hafıza güçlükleri olduğu kuşkuludur.

2: Hastanın günlük rutin çalışmasına yoğunlaşması büyük bir çaba ile bile zordur.

3: Yoğunlaşma, hafıza ve karar vermede daha belirgin güçlükler, örneğin bir makaleyi okumada veya bir TV programını sonuna kadar izlemede zorlanma.

Yoğunlaşmada azalma veya hafıza zaafı görüşmeyi açıkça etkilememişse, 3 puan verin.

4: Hasta görüşme anında yoğunlaşma ve/veya hafıza ve/veya karar vermede güçlükleri olduğunu göstermişse.

6. Depresif mizaç

(Bu şık hüznün, ümitsizlik, depresyon ve çaresizliğin verbal ve nonverbal iletilmesini sağlar.)

0: Doğal mizaç

1: Hastanın her zamankinden daha ümitsiz veya hüzünlü olup olmadığı kuşkuludur, örneğin hasta her zamankinden daha depresif olduğunu muğlak bir şekilde ifade etmektedir.

2: Hasta can sıkıcı deneyimlerle daha açık bir şekilde uğraşmaktadır, ama hala ümitsiz veya çaresiz değildir.

3: Hasta depresyon ve / veya ümitsizliğin açık nonverbal belirtilerini göstermektedir.

4: Hastanın ümitsizlik veya çaresizlik konularındaki atıfları veya aynı konudaki nonverbal işaretleri görüşmeyi kaplamakta ve hastanın dikkati bunlardan uzaklaştırılmamaktadır .

7. Somatik (musküler)

(Bu şık güçsüzlük, sertlik, gerçek ağrıya kadar varan sızıları kapsar. Bu duyular yaygın

olarak az çok kas sistemine lokalizedir, örneğin çene ağrısı veya boyun ağrısı.)

0: Hasta her zamankine göre kaslarında daha az / çok sızı veya sertlik hissetmez.

1: Hasta, kaslarında her zamankine göre daha fazla sızı veya sertlik hissetmektedir.

2: Semptomlar ağrı niteliği kazanmıştır.

3: Kas ağrısı belli bir dereceye kadar hastanın günlük işini ve yaşamını etkilemektedir.

4: Kas ağrıları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açık olarak etkilemektedir

8. Somatik (duygusal)

(Bu şık artmış yorulabilirlik ve güçsüzlüğü kapsar; duyuların gerçek fonksiyonel bozukluklarına kadar uzanır. Tinnitus, görme bulanıklığı, sıcak / soğuk basmaları ve karıncalanmalar buna dahildir.)

0: Yok.

1: Hastanın söz ettiği basınç veya karıncalanma semptomlarının (örneğin kulaklarda, gözlerde veya ciltte) her zamankinden daha fazla olduğu kuşkuludur.

2: Kulaklardaki basınç hissi çınlamaya, gözlerdeki görme bozukluklarına, ciltteki ise karıncalanma ve batmalara dönüşmüştür.

3: Genelleşmiş semptomlar hastanın günlük yaşamını ve işini bir dereceye kadar etkilemektedir .

4: Genelleşmiş duygusal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir .

9. Kardiyovasküler semptomlar

(Bu şık, taşikardi, çarpıntılar, basınç hissi, göğüs ağrısı, damarlarda zonklama hissi ve

bayılma hislerini kapsar.)

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu

2: Kardiyovasküler semptomlar mevcut, ama hasta semptomları hala kontrol edebilmektedir.

3: Hasta kardiyovasküler semptomları kontrol etmede zorlanmakta, dolayısıyla bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .

4: Kardiyovasküler semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir .

10. Solunum semptomları

(Bu şık, boyun ve göğüste sıkışma veya kasılma, boğulma hissi ve iç çekerek solumaya kadar varan dispne duygularını kapsar.)

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu

2: Solunum semptomları var, ama hasta halen semptomları kontrol edebilmektedir.

3: Hasta solunum semptomlarını kontrol etmede zaman zaman güçlük çekmekte, dolayısı ile bu semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .

4: Solunum semptomları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir .

11. Gastrointestinal semptomlar

(Bu şık yutkunma zorlukları, midede fenalık hissi, dispepsi, mide yanması, yemeklerle

ilgili abdominal ağrılar, doluluk, bulantı, kusma, mide gurultusu ve diareyi kapsar.)

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki gastrointestinal duyularından farklı olduğu kuşkulu).

2: Yukarıda söz edilen abdominal semptomlardan bir veya bir kaç var, ama hasta halen semptomları kontrol edebiliyor.

3: Hasta gastrointestinal semptomları kontrolde zaman zaman zorlanmakta, dolayısıyla semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede

etkilemektedir , örneğin barsak kontrolünü kaybetme eğilimi.

4: Gastrointestinal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler , örneğin barsak kontrolünü kaybetme.

12. Genitoüriner semptomlar

(Bu şık, idrarın daha sık ve sıkıştırarak yapılması, menstrüel düzensizlikler, anorgazmi, disparöni, prematür ejakülasyon, ereksiyon kaybı gibi nonorganik ve psişik semptomları kapsar.)

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki genitoüriner semptomlardan farklı olduğu kuşkulu).

2: Yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası var ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir .

3: Hastada yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkiler , örneğin idrarını tutamama eğilimi.

4: Genitoüriner semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler , örneğin idrarını tutamama.

13. Otonomik semptomlar

(Bu şık ağız kuruluğu, kızarma, solma, terleme ve sersemliği kapsar.)

0: Yok.

1: Varsa da kuşkulu

2: Yukarıda söz edilen otonom semptomlardan bir veya daha fazlası var, ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir. .

3: Hastada yukarıda anlatılan otonom semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir.

4: Otonom semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler.

14. Görüşme sırasındaki davranış

(Bu şık görüşme anındaki davranışa temellenir. Hasta nasıl görünmüştür: Gergin, sinirli, ajite, huzursuz, titrek, sık sık soluyan veya terleyen bir görünümde miydi?)

Bu tarz gözlemlere dayanarak global bir değerlendirme yapılır:

0: Hasta anksiyeteli görünmemekte.

1: Hastanın anksiyeteli olduğu kuşkuludur.

2: Hasta orta derecede anksiyetelidir.

3: Hasta açıkça anksiyetelidir.

4: Hasta anksiyeteye kaplıdır, örneğin bütün bedeni titremektedir.

EK-6: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirilmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. İş birliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

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

EK-7: Bilişsel Çarpıtmalar (Düşünme Türleri) Ölçeği

DÜŞÜNME TÜRLERİ ÖLÇEĞİ (BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÖLÇEĞİ)

Yönerge: Bu kısımda, kullandığınız farklı düşünme türleri hakkında bilgi edinmek istemekteyiz. İzleyen kısımda, 10 tür düşünme türü okuyacaksınız. Size her bir düşünme türünün açıklaması verilecektir. Ayrıca düşünme türünü açıklamaya yardımcı olacak iki vaka örneği de okuyacaksınız. Biri sosyal ilişkilere (arkadaşlar, eşler ya da aile gibi) ve diğeri kişisel başarılarla değinen (bir testi geçme ya da işle ilgili bir görevde başarısız olma gibi) iki vaka örneği her bir düşünce türü için verilecektir. Bu örnekler, her bir düşünme türünün gerçek hayat senaryosu içinde nasıl görüldüğünü anlamanızda size yardımcı olmak amacıyla kullanılmıştır.

Sizden istenen, açıklanan düşünme türünü anlamaya çalışmanızdır. Daha sonra sizden bu düşünme türünü ne sıklıkla kullandığınızı değerlendirmeniz beklenmektedir. Daha önce açıklanan iki alanda (sosyal ilişkiler ve başarı) bu düşünme türünü ne sıklıkta kullandığınız konusunda düşünmeniz istenecektir. Lütfen cevaplarınızı iyice düşündükten sonra veriniz.

1- ZİHİN OKUMA

İnsanlar bazen başkalarının onlar hakkında olumsuz düşündüğünü varsayarlar. Bu durum, diğer kişi olumsuz herhangi bir şey söylemediğinde bile ortaya çıkabilir. Bu, bazen, zihin okuma olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Ayşe, erkek arkadaşı Kerem ile kahve içmektedir. Kerem durgundur ve Ayşe ters giden bir şeyin olup olmadığını sorar. Kerem ‘iyi’ olduğunu söyler. Ayşe ona inanmaz. Kerem’in kendisiyle mutsuz olduğunu düşünür.

Lütfen, bu örnekte olduğu gibi, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler ve aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla zihin okuma yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Mert, haftalardır bir proje üzerinde çalışmaktadır. Sonunda patronuna projenin bitmiş halini teslim eder. Patronunun projesi konusunda ne düşündüğünü merak etmektedir. Birkaç gün geçtikten sonra Mert, patronunun onun beceriksiz olduğunu düşünüyor olmasından endişe etmeye başlar.

Lütfen, bu örnekte olduğu gibi başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla zihin okuma yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

2- FELAKETLEŞTİRME

İnsanlar gelecek hakkında olumsuz öngörülerde bulunabilirler. Bu öngörüler için yeterli kanıt olmadığında, bu durum Felaketleştirme olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Enis'in üniversitedeki ilk yılıdır. Biyoloji sınavından 70 almıştır. Hemen, dersi düşük bir derece ile tamamlayacağına ve mezun olmakta çok zorlanacağına dair endişe etmeye başlar.

Lütfen, başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Felaketleştirme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Duygu'nun erkek arkadaşı, ona ilişkileri hakkında bazı geribildirimler verir. Duygu'ya kendi arkadaşları ile biraz daha fazla zaman geçirmek istediğini söyler. Onun bu ifadelerine dayanarak Duygu, uzaklaşacaklarını ve sonunda ayrılacaklarını düşünmeye başlar.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler ve aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Felaketleştirme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Asla çok nadir ara sıra Bazen sık oldukça sık Her zaman

3- İKİ UÇLU (YA HEP YA HİÇ) BİÇİMİNDE DÜŞÜNME

İnsanlar değerlendirmeler yaptığında, olayları “ya...ya...” olarak görürler. Örneğin, bir konser iyi ya da kötü olarak düşünülür. Diğer taraftan, insanlar değerlendirme yaparken grinin tonlarını da görebilirler. Örneğin, bir konserin bazı olumsuz yönleri olabilir, ama genel olarak oldukça iyi olarak değerlendirilebilir. Bir kişinin herhangi bir şeyi iyi ya da kötü olarak görmesine Ya hep ya hiç biçiminde düşünme diyoruz. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Baran, bir sınavdan B alır. Hayal kırıklığına uğramış hisseder, çünkü notu A değildir. O, sınavlardaki başarıyı şu şekilde görme eğilimindedir: “Bir iş ya yapılır ya da başarısızlıktır.”

Lütfen, başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Ya hep Ya hiç düşünme biçimini kullandığınızı değerlendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla çok nadir ara sıra Bazen sık oldukça sık Her zaman

B- Emel, birinden ya hoşlanan ya da ondan nefret eden tarzda bir kişidir. Ya onun “İyi Kitabı”ndasınızdır ya da değilsinizdir.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla “Ya hep Ya hiç” düşünme biçimini kullandığınızı değerlendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla çok nadir ara sıra Bazen sık oldukça sık Her zaman

4- DUYGUDAN SONUCA ULAŞMA

İnsanlar öyle “hissettikleri” için bir şeyin doğru olduğuna inanabilirler. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Filiz’in arkadaşları, herkes için yeterli bilet alamadıkları için, onun kendileri ile birlikte konsere gelemeyeceğini söylerler. Filiz, onların kendisini bilerek

dışlamadığını bilse de, kendisini *reddedilmiş* hissetmektedir. Bu nedenle, bir tarafı redde-dildiğine inanmaktadır.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Duygusal Mantık Yürütme biçimini kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Patronu Selim’e şirketteki performansının iyi olduğunu söyler. Yine de Selim daha iyi yapıp yapamayacağını merak etmektedir. Aslında, kendisini başarısız hissetmektedir. Sonuç olarak, başarısız olduğuna inanmaya başlar.

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Duygusal Mantık Yürütme biçimini kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

5- ETİKETLEME

İnsanlar kendilerini *belli bir tür insan* olarak etiketleyebilirler. Bu durum, kötü bir şey meydana geldikten sonra ortaya çıkarsa Etiketleme olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Bir sosyal etkinlik sırasında Selim, bir kadını dansa kaldırmak ister. Kadın onu geri çevirir. Sonuç olarak, Selim kendini *başarısız biri* olarak görür.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Etiketleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Ders esnasında, Nihal’in öğretmeni sorunun cevabını bilen var mı diye sorar. Nihal el kaldırır ve bir cevap verir. Öğretmeni: “Maalesef, yanlış cevap. Cevabı

bilen başka biri var mı?” diye sorar. Nihal kendi kendisine bir *salak* olduğunu söyler.

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Etiketleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

6- ZİHİNSEL FİLTRELEME

İnsanlar bazen, bilgi için filtre kullanırlar. Olumlu ve olumsuz bilgi olduğunda, onlar sadece olumsuzya odaklanırlar. Bu durum, Zihinsel Filtreleme olarak adlandırılır.

Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Aslı, erkek arkadaşı Furkan’a kulak misafiri olur. Furkan, arkadaşlarına kendisinden bahsetmektedir. Furkan: “Evet, şu ana kadar her şey mükemmel gidiyor. O, gerçekten akıllı ve eğlenceli biri. Çok ortak yönümüz var. Bazen, biraz talepkar olabiliyor ama sorun yok.” Demektedir. Furkan’ın daha çok olumlu şeyler söylemesine rağmen, Aslı olumsuz yorum üzerinde durur ve kendini kötü hisseder.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Zihinsel Filtreleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Burak, bir lise öğrencisidir. Son denemesi ile ilgili öğretmenin yorumlarını okumaktadır. Öğretmeni: “Düşüncelerini ifade etmede mükemmel bir tarzın var. Yazım tarzını gerçekten çok beğeniyorum. Ancak, bir fikirden diğerine geçerken daha iyi geçişler yapmaya çalışmalısın.” yazmıştır. Burak, iyi bir performans sergilemiş olmasına rağmen, sadece bu küçük eleştiriyi düşünmekte ve kendisini yetersiz hissetmektedir.

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Zihinsel Filtreleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

7- AŞIRI GENELLEME

Olumsuz bir olay meydana geldiğinde, insanlar daha kötü şeylerin olacağını varsayarlar. Bir örüntünün başlangıcı olarak olumsuz olayı görürler. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Sibel ve erkek arkadaşı yeni ayrılmışlardır. Sibel kendi kendine: “Asla istikrarlı bir ilişki içine girmeyeceğim” şeklinde düşünür.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Aşırı Genelleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Volkan yakın zamanda matematik sınavında başarısız olmuştur. Kendi kendine: “Herhalde diğer derslerin sınavlarında da başarısız olacağım” şeklinde düşünür.

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Aşırı Genelleme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

8- KİŞİSELLEŞTİRME

İnsanlar, öyle olmasa bile, olumsuz şeylerden kendilerinin sorumlu olduğuna inanabilirler. Diğer bir deyişle, olumsuz bir olayı ele alıp, bunun nedeninin kendileri olduğunu varsayabilirler. Bu durum, Kişiselleştirme olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Selen'in şirketi önemli bir anlaşmayı gerçekleştirmeyi başaramaz. Buna rağmen birçok insan, bu proje üzerinde çok sıkı çalışmıştır. Selen bunun, kendi hatası olduğunu varsaymaktadır.

Lütfen başarıyla ilgili durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Kişiselleştirme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Tolga'nın en iyi arkadaşı son zamanlarda kötü bir ruh hali içindedir ve onunla ilişki kurmak zor bir hal almıştır. Tolga, arkadaşının bu şekilde davranmasına neden olacak yanlış bir şey yaptığını sanmaktadır.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Kişiselleştirme yaptığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

9- ZORUNLULUK İFADELERİ (...MELİ, ...MALİ)

İnsanlar bazen olayların *belli bir şekilde* olması gerektiği veya kendilerinin belli niteliklere sahip olmak zorunda olduğunu düşünürler. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Bülent, sınavdan 85 aldığı için üzgündür, çünkü en azından 90 alması gerektiğini düşünmektedir. Birçok şey hakkındaki bu düşünceleri sık sık ortaya çıkmaktadır (örneğin, futbol oynarken asla pas kaçırmaması gerektiğini; odasının sürekli belli bir şekilde düzenlenmesi gerektiğini hissetmektir).

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Zorunluluk ifadeleri kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Melis, sosyal ortamlarda komik ve ilgi çekici olması gerektiğine inanmaktadır.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Zorunluluk ifadeleri kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

10- OLUMLUYU AZIMSAMA veya YOK SAYMA

İnsanlar bazen başlarına gelen olumlu şeyleri yok sayabilirler. Bu durum, “Olumluyu Azımsama veya Yok Sayma” olarak adlandırılır. Aşağıdaki pasajlar bu durumu örneklerle açıklamak için verilmiştir:

A- Büşra, bir emlakçi olarak çalışmaktadır. Patronu ona, son satışta harika bir iş çıkardığını söyler. Büşra, başarısını görmezden gelir, çünkü ona göre kendisi muhtemelen ‘sadece şanslıdır’.

Lütfen başarı durumlarında (okul ya da iş gibi) ne sıklıkla Olumluyu küçültme veya Yeter-siz Bulma düşünme biçimini kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

B- Can kız arkadaşıyla ilk buluşması için hazırlanmaktadır. Arkadaşları kendisine iyi görüldüğünü söylerler. Can, onların iltifatını görmezden gelir, çünkü sadece nazik olmaya çalıştıklarını düşünmektedir.

Lütfen, sosyal durumlarda (örneğin arkadaşlar, eşler veya aile ile olduğunuzda) ne sıklıkla Olumluyu küçültme veya yetersiz bulma düşünme biçimini kullandığınızı değerlendirin.

1	2	3	4	5	6	7
Asla	çok nadir	ara sıra	Bazen	sık	oldukça sık	Her zaman

EK-8: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

ÇOK BOYUTLU MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçekte tutum ile ilişkili bir takım ifadeler bulunmaktadır. Ölçekteki ifadelere doğru ya da yanlış cevap vermeniz söz konusu değildir. Önemli olan sizin okuduğunuz ifade ile ilgili düşüncenizi yansıtan katılma derecenizi; Kesinlikle katılmıyorsanız 1'i, Katılmıyorsanız 2'yi, Biraz katılmıyorsanız 3'ü, Kararsızsanız 4'ü, Biraz katılıyorsanız 5'i, Katılıyorsanız 6'yi ve Tamamen katılıyorsanız 7'yi işaretlemenizdir.

	Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Biraz Katılmıyorum(3)	Kararsızım(4)	Biraz Katılıyorum(5)	Katılıyorum(6)	Tamamen Katılıyorum(7)
1) Bir iş üzerinde çalışırken, iş kusursuz olana dek rahatlayamam.	1	2	3	4	5	6	7
2) Kişileri kolay pes ettikleri için genelde eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7
3) Çevremdekilerinin başarılı olmaları gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
4) En iyisinden daha aşağısına razı oldukları için çevremdekileri nadiren eleştiririm.	1	2	3	4	5	6	7
5) Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6	7
6) Yaptığım her işte mükemmel olmak amaçlarımdan biridir.	1	2	3	4	5	6	7
7) Başkalarından her işi en iyi şekilde yapmalarını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
8) İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.	1	2	3	4	5	6	7
9) Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kabullenirler.	1	2	3	4	5	6	7
10) Çevremdekilerinin yapabileceğinin en iyisini yapmamış olmasını önemli görmem.	1	2	3	4	5	6	7
11) Bir işi ne kadar iyi yaparsam yapayım, çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
12) Nadiren mükemmel olma ihtiyacı duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
13) Yaptığım bir şey mükemmel değilse, çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	1	2	3	4	5	6	7
14) Elimden geldiği kadar mükemmel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
15) Ele aldığım her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
16) Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim çok yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7
17) Yaptığım her işte en iyi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
18) Çevremdekiler yaptığım her işte başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
19) Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
20) Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	1	2	3	4	5	6	7
21) Her konuda üstün başarı göstermesem de, başkaları beni takdir eder.	1	2	3	4	5	6	7
22) Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilerle ilgilenmem.	1	2	3	4	5	6	7
23) Yaptığım işte hata bulunması beni huzursuz eder.	1	2	3	4	5	6	7
24) Arkadaşılarımdan yaptıkları işte çok şey beklemem.	1	2	3	4	5	6	7
25) Başarı, başkalarını memnun etmek için daha çok çalışmam anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
26) Birisinden bir iş yapmasını istersem, o işin mükemmel yapılmasını beklerim.	1	2	3	4	5	6	7
27) Çevremdekilerin hata yapmasını görmeye katlanamam.	1	2	3	4	5	6	7
28) Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
29) Değer verdiğim insanlar beni hiçbir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
30) Başarısız olduğum zamanlar bile, başkaları yeterli olduğumu düşünürler.	1	2	3	4	5	6	7
31) Başkalarının benden çok şey beklediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
32) Her zaman yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
33) Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar bana çok bozulurlar.	1	2	3	4	5	6	7
34) Yaptığım her işte en iyi olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
35) Çevremdekiler benden mükemmel olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
36) Kendim için yüksek hedeflerim yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
37) Çevremdekiler nadiren hayatımın her alanında başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
38) Sıradan insanlara saygı duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
39) İnsanlar, yaptıklarımın mükemmelden aşağı olmasını kabul etmezler.	1	2	3	4	5	6	7
40) Kendim için çok yüksek başarı standartları belirlerim.	1	2	3	4	5	6	7
41) İnsanlar benden yapabileceğimden fazlasını beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
42) İşimde her zaman başarılı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
43) Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması, benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
44) Çevremdekiler hata yapmasa bile yeterli ve becerikli olduğumu düşünürler.	1	2	3	4	5	6	7
45) Başkalarının yaptığı her işte üstün başarı göstermelerini nadiren beklerim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-9: Turnitin Orjinallik Raporu

BİPOLAR VE UNİPOLAR DEPRESİF EPİZOD SIRASINDA BİLİŞSEL HATALAR VE MÜKEMMELİYETÇİLİK

ORJİNALLİK RAPORU

% 9	% 9	% 2	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1