



RECEP TAYYİP
ERDOĞAN
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**‘DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL BELİRTİLERİN
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ’**

**THE EFFECTS OF PHYSICAL SYMPTOMS ON PROBLEM SOLVING
SKILLS IN DEPRESSED PATIENTS**

Dr. Doğançan SÖNMEZ

(Uzmanlık Tezi)

RİZE-2023



T.C.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**DEPRESYON HASTALARINDA BEDENSEL BELİRTİLERİN
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**THE EFFECTS OF PHYSICAL SYMPTOMS ON PROBLEM SOLVING
SKILLS IN DEPRESSED PATIENTS**

Dr. Doğancan SÖNMEZ

(Uzmanlık Tezi)

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ

RİZE-2023

İÇİNDEKİLER TABLOSU

İÇİNDEKİLER TABLOSU	I
TABLO DİZİNİ.....	IV
KISALTMA DİZİNİ	V
TEŞEKKÜR.....	VII
ÖZ	IX
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. Klinik Görünüm	7
2.1.4. Tanı Kriterleri	8
2.1.5. Depresyon Etiyolojisi	10
2.2. TIBBEN AÇIKLANAMAYAN FİZİKSEL BELİRTİLER.....	15
2.2.1. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerinin Tanımı	15
2.2.2. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerin Tarihçesi.....	15
2.2.3. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerin Epidemiyolojisi	17
2.2.4. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerinin Etiyolojisi	18
2.2.5. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtiler ve Tanı	21
2.3. DEPRESYON VE BEDENSELLEŞTİRME	21
2.3.1. Depresyon ve Bedenselleştirme İlişkisi.....	21
2.3.2. Aleksitimi ve Bedensel duyumları Büyütme	25
2.4. PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ	27
2.4.1 Problem Kavramı.....	27
2.4.2. Problem Çözme Kavramı	28

2.4.3. Problem Çözme Aşamaları.....	30
2.4.4. Problem Çözmeye İlişkin Kuramlar	32
2.4.5. Problem Çözme Becerisi.....	34
2.4.6. Problem Çözme Becerisini Etkileyen Faktörler	36
2.4.7. Problem Çözme ve Depresyon	38
2.4.8. Problem Çözme ve Bedensel Belirtiler	39
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	41
3.1. Çalışma Örneklemi	41
3.2. Etik Kurul Onayı.....	42
3.3. Veri Toplama Gereçleri	42
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:.....	42
3.3.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV):	42
3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):.....	43
3.3.4. Problem Çözme Envanteri (PÇE):	43
3.3.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE):.....	44
3.3.6. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ):	44
3.4. İstatistiksel Analiz	45
4. BULGULAR	46
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	46
4.2. Hastaların HAMD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	55
4.3. Katılımcıların BECKD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	56
4.4. Katılımcıların BDAÖ Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	57
4.5. Katılımcıların PÇE ve İlgili Alt Boyut Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları.....	58

4.6. Katılımcıların Yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki	67
4.7. Araştırmaya Katılan Bedensel Belirtisi Olan MDB Hastalarının Yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki.....	69
4.8. Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının Her Birinin PÇE-Toplam Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	70
4.9. Depresyon Hastalarında Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının PÇE-Toplam Üzerine Etkilerinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	71
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ.....	81
7. KAYNAKLAR.....	82
EKLER.....	107
Ek-1: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	107
Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu	110
Ek-3: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği.....	112
Ek-4: Beck Depresyon Envanteri.....	116
Ek-5: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği	120
Ek-6: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	121
Ek-7: Etik Kurul Onayı	122
ÖZGEÇMİŞ.....	123

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	46
Tablo 2. Bedensel belirti varlığına göre olguların sosyodemografik özellikleri	47
Tablo 3: Katılımcıların ölçek ve ilgili alt boyutların puan ortalamalarının analizi.....	49
Tablo 4: MDB tanılı hastalarda bedensel belirti durumu ile sosyodemografik özellikler ilişkisi.....	52
Tablo 5: Hastaların HAMD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	55
Tablo 6: Hastaların BECKD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	56
Tablo 7: Hastaların BDAÖ Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları	57
Tablo 8: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının bedensel belirtiye göre karşılaştırılması	58
Tablo 9: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	59
Tablo 10: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaş aralığına göre karşılaştırılması	60
Tablo 11: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	61
Tablo 12: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	62
Tablo 13: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının mesleğe göre karşılaştırılması	63
Tablo 14: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması	64
Tablo 15: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaşadığı yere göre karşılaştırılması	65
Tablo 16: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaşadığı kişilere göre karşılaştırılması	66
Tablo 17: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının aile tipine göre karşılaştırılması	67
Tablo 18: Tüm hastaların yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki	68
Tablo 19: Bedensel Belirtisi Olan MDB hastalarının yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki	70
Tablo 21: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının HAMD Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi	71
Tablo 22: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının BECKD Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi	71
Tablo 23: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının BDAÖ Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi	71
Tablo 24: Depresyon Hastalarında Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkileri	72

KISALTMA DİZİNİ

- BDAÖ:** Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
BDE: Beck Depresyon Envanteri
BDI: Beck Depression Inventory
BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor-Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
CRHR1: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon Reseptör 1
DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DZ: Dizigot
GWAS: Genom Boyu İlişkilendirme Çalışmaları
HAMD: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HDRS: Hamilton Depression Rating Scale
HHAA: Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal Aks
Max: Maksimum
MDB: Major Depresif Bozukluk
MDD: Major Depressive Disorder
Min: Minimum
MÖ: Milattan Önce
MS: Milattan Sonra
MZ: Monozigot
NEGR1: Neuronal Growth Regulator 1
OLFM4: Olfactomedin 4
Ort: Ortalama
PÇE: Problem Çözme Envanteri
PÇT: Problem Çözme Terapisi
PSI: Problem Solving Inventory
RU-486: Mifepriston
SCID-5-CV: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu
SERT: Serotonin Reseptör Taşıyıcı
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SS: Standart Sapma
SSAS: Somatosensory Amplification Scale

TPH-1: Triptofan Hidroksilaz-1

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WMH: Dünya Ruh Sağlığı



TEŞEKKÜR

Her zaman varlığını ve desteğini hissettiren, ilgisi ve sabrıyla bize çok şeyler öğreten, klinik ve akademik deneyimlerimizde bizlere ışık olan, eğitim sürecimizde yolumuzu şefkati ve emeğiyle aydınlatan, asistanı olmaktan her zaman onur duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim, hakkını ödeyemeyeceğim hocam Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU' na,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerini koşulsuz paylaşan, asistanlık sürem boyunca desteğini bizden esirgemeyen, tecrübelerinden faydalandığım tez danışmanım ve çok değerli hocam Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ' ye;

Desteğini hep hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve birlikte olmaktan mutluluk duyduğum hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Meltem PUŞUROĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BALTACIOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Kader Semra KARATAŞ' a

Rotasyon eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ve Çocuk Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı değerli öğretim üyelerine,

Birlikte çok mutlu zamanlar geçirdiğim, iyi ki buradayım dememi sağlayan asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Burak OKUMUŞ, Uzm. Dr. Fatih ÖZDEMİR, Uzm. Dr. Aslı Enzel KOÇ, Uzm. Dr. Ayşegül Barak ÖZER, Araşt. Gör. Dr. Pınar SİVRİKAYA, Araşt. Gör. Dr. İbrahim Sefa GÜLEÇ, Araşt. Gör. Dr. Şule GÜL, Araşt. Gör. Dr. Sefanur KÖSE, Araşt. Gör. Dr. Koray SOYTÜRK ve Araşt. Gör. Dr. Begüm Aydın TASLI, Araşt. Gör. Dr. Eyşan Melis SARIKURT, Araşt. Gör. Dr. Merve ÇETİN SAYER, Araşt. Gör. Dr. Nagihan KESKİN' e

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum Psikiyatri Anabilim Dalı'nın her bir çalışanına ve bana çok şeyler öğreten tüm hastalarım,

Hayatımın her anında sevgilerini ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen, bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan, haklarını ödeyemeyeceğim, ilk öğretmenlerim olan canım annem, babam ve ablam Zekiye & Ali Kemal SÖNMEZ ve Esenay BAHÇEKAPILI' ya

Meslek hayatım boyunca her zaman örnek aldığım canım ablam Uzm. Dr. Sibel DEMİRBAŞ' a

Tıp fakültesi eğitim hayatımın ilk gününden beri yanımda olan, yol arkadaşım, güzel kalbi ve sevgisiyle ömrümü güzelleştiren, desteğini her zaman hissettiğim canım eşim Dr. Kübra SÖNMEZ' e

Küçük kalpleri ile hayatıma neşe katan canım yeğenlerim Duru Hayat, Deniz ve Nehir'e ve son olarak bana babalık duygusunu yaşattıran, ilk göz ağrım, canım yavrum Doğa Lina' ya;

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

Dr. Doğançan SÖNMEZ

Rize 2023

ÖZ

Amaç: Major depresif bozukluk (MDB) en sık görülen psikiyatrik bozukluk bozukluklardan bir tanesidir. Aynı zamanda yol açtığı yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyonu olan hastalar semptomlarını yaygın bir şekilde bedenselleştirebilmektedirler. Bedenselleştirme MDB’ nin tanınmasını zorlaştırır. Literatüre bakıldığında çalışmalarında çoğunda depresyon ile problem çözme becerileri arasındaki bağlantı araştırılmış ve çoğunlukla depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde, problem ve stres düzeyinden bağımsız olarak, problem çözme becerilerinin daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Günümüze kadar depresyon tanılı hastalardaki bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine olan etkisi yeterince incelenmemiştir. Çalışmamızda; depresyon hastalarındaki bedensel belirtilerin, hastaların problem çözme becerileri olan ilişkisinin incelenerek konu ile ilgili yazına katkı sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 01.01.2021-01.01.2022 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine depresif yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan ardışık 200 hasta dâhil edilmiştir. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine depresif yakınmalarla başvuran hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmesi ardından aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalara DSM 5’e göre MDB tanısı konan hastalara sosyodemografik veri toplama formu, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Beck Depresyon Envanteri(BDE), Problem Çözme Envanteri(PÇE), Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği(BDBÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 26.0 veri tabanı programına aktararak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan MDB tanılı hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $38,61 \pm 12,68$ olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların %55,5’ inde bedensel belirti vardı. Bedensel belirtisi olan grubun yaş ortalaması daha yüksekti. Depresyon hastalarında kadın cinsiyette bedensel belirti görülme sıklığı daha fazlaydı. Kadın cinsiyetin bedenselleştirme düzeyleri daha yüksek saptandı ($p < 0,05$).

Depresyon şiddeti arttıkça problem çözme becerisinin azaldığı saptandı. Bedensel belirtisi olan depresyon hastalarında problem çözme becerisi daha düşük saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Depresyon ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki literatürdeki çalışmalarla gösterilmiştir. Depresyonun problem çözme becerisini olumsuz etkilediği, aynı zamanda yetersiz problem çözme becerilerine sahip olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Depresyona bedensel belirtilerin eklenmesi problem çözme becerisini olumsuz yönde etkilemektedir. Depresyon hastalarına problem çözme beceri temelli terapiler uygulanmasıyla bedensel belirtilerin şiddetinin azaltılması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: majör depresif bozukluk, bedensel belirtiler, problem çözme becerisi

ABSTRACT

Objective: Major depressive disorder (MDD) is one of the most common psychiatric disorders. At the same time, disability is an important public health problem due to its individual and social costs. Patients with depression can commonly somatize their symptoms. Somatization complicates the recognition of major depressive disorder. In the literature, the relationship between depression and problem solving skills was investigated in most of the studies, and it was determined that problem solving skills were more inadequate in people with high depression levels, regardless of the problem and stress level. In our study; It is aimed to contribute to the literature on the subject by examining the relationship between the somatic symptoms in depression patients and the problem-solving skills of the patients.

Method: In this study, 200 consecutive patients who were diagnosed with major depression according to DSM-5 diagnostic criteria, who applied to the psychiatry outpatient clinic of Recep Tayyip Erdoğan University Rize Training and Research Hospital between 01.01.2021 and 01.01.2022 with depressive complaints and did not receive any psychiatric treatment for the last 6 months. Has been included. Sociodemographic data collection for patients diagnosed with MDD according to DSM 5, for patients who applied to the Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Medicine Education and Research Hospital Psychiatric Outpatient Clinic with depressive complaints, about the purpose and method of the study, and who agreed to participate in the study by filling out an informed consent form and meeting the inclusion criteria. Form, Clinician's Version of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Beck Depression Inventory (BDI), Problem Solving Inventory (PSI), Somatosensory Amplification Scale (SSAS) were applied. . The obtained data were evaluated by transferring them to the SPSS for Windows 26.0 database program.

Findings: The majority of patients with MDD who participated in the study were women. The mean age of the patients participating in the study was 38.61 ± 12.68 years. There were somatic symptoms in 55.5% of the patients who participated in the study. The mean age of the group with physical symptoms was higher. The frequency of somatic symptoms was higher in women with depression. The somatization levels of the female gender were found to be higher. It was

determined that as the severity of depression increased, problem solving skills decreased. Problem solving skills were found to be lower in depression patients with somatic symptoms.

Results: The relationship between depression and problem solving skills has been demonstrated by studies in the literature. It is stated that depression negatively affects problem-solving skills, and that having inadequate problem-solving skills is a risk factor for depression. Adding somatic symptoms to depression negatively affects problem solving skills. By applying problem-solving skill-based therapies to depression patients, the severity of somatic symptoms can be reduced.

Keywords: major depressive disorder, somatic symptoms, problem solving skills



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresif bozukluk ile bedensel belirtiler arasındaki ilişki uzun yıllardan beri yapılan bilimsel araştırmalar ile kanıtlanmıştır (1). Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar aralarında sıkı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Depresyonu olan hastalar belirtilerini yaygın bir şekilde bedenselleştirebilmektedirler (2). Kesebir yapmış olduğu çalışmalar sonrasında bedenselleştirme ve depresyon arasındaki ilişkiyi farklı fikirlerle ifade etmiştir. Depresyon ve bedenselleştirme birbiri ile özdeş olduğunu, bedenselleştirmenin depresyon ve anksiyetenin ayrı bir alt tipi olduğu ayrıca bedenselleştirmenin majör depresyonun temel bir özelliği olduğu şeklinde betimlemiştir. Depresif duygudurumun bireyin daha önceki yaşantıları ile ilgili bedensel hastalıkları yineleyerek bedensel belirtilere dönüştürdüğü belirtilmiştir.

Bedenselleştirme majör depresif bozukluğun tanınmasını zorlaştırır. Bireyin yaşantılamış olduğu bedensel duyuları nasıl yorumladığı ve neye bağladığı ile doğrudan ilgilidir (3). Robbins ve Kirmayer ise bu durumu; uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik gibi bedensel belirtiler yaşayan kişilerin bu belirtileri normal hayatın bir parçası olarak kabul ettiklerini veya bu şikayetlerini psikiyatrik veya bedensel hastalık durumlarına bağlayarak benimsediklerini belirtir. Psikolojik bunalımın göstergesi olabilen bedensel belirtiler, klinikte yanlış anlaşılabilir, yanlış tanı ve tedavilere yol açabilir (4). Kessler ve arkadaşlarının 305 hasta üzerinden yaptığı bir çalışmada hastaların bedensel şikayetlerinin klinik uygulamada hekimler tarafından atlanabildiğini, normal yaşam örgüsündeki şikayetler olduğu düşünülüp önemslenmediğini farketmişler ve bu durumun da depresyon ve anksiyetenin tanısında eksik kalındığını göstermişlerdir (5). Ayrıca depresyon ve bedensel şikayetler arasında bir ilişki olduğu da düşünülmektedir (6).

Problem çözme, sorunlar ile karşılaşıldığında sorunların aşılması için çözüm yollarının düşünülmesi üretilmesi ve uygulanabilmesi olarak ifade edilmektedir. Problem çözme becerileri ile ruhsal hastalıklar arasında bağlantı olduğu düşünülüp 1950'lerden beri araştırılmaktadır. Literatüre bakıldığında çalışmalarında çoğunda depresyon ile problem çözme becerileri arasındaki bağlantı araştırılmış ve çoğunlukla depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde problem çözme becerilerinin daha yetersiz olduğu belirlenmiştir (7). Günümüze kadar depresyon tanılı hastalardaki bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine olan etkisi yeterince incelenmemiştir.

Çalışmamızda; depresyon hastalarındaki bedensel belirtilerin, hastaların problem çözme becerileri olan ilişkisinin incelenerek konu ile ilgili yazına katkı sunulması amaçlanmıştır.

Hipotezler;

1. MDB tanılı hastalarda problem çözme becerisi azalmıştır.
2. MDB tanılı hastalarda depresyon şiddetiyle problem çözme becerisi ilişkilidir.
3. MDB tanılı hastalarda bedensel belirtilerin problem çözme becerisine etkisi vardır.
4. MDB tanılı hastalarda bedenselleştirme problem çözme becerisi ile ilişkilidir.
5. Problem çözme becerisi yeterli olanlarda bedensel belirti sıklığı daha azdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon ile ilgili açıklamalar ve tanımlamalar çok eski zamanlara dayanmaktadır. Depresyon Latince “depressus” yani “alçakta olmak, bastırmak” kelimesinden türemiştir. Antik çağlardan günümüz modern dönemlere kadar uzanan geniş bir tarihçeye sahiptir. MDB ile ilgili yapılan sistematik araştırmalardan elde edilen verilere göre en eski yazılı kaynakların 2500 yıl önceki Antik Yunan dönemlere kadar uzandığı saptanmıştır (8). Manisa Sipil Dağı’nda bulunan taş (Niobe’nin taş yüzü) mitolojideki stuporlu depresyon olgusuna örnektir. Hikâyeye göre Niobe Kral Tantalos’ un kızı olup çok çocuğu bulunmaktadır. Bu durumu kıskanan tanrıça Leto Niobe’nin çocuklarını öldürtür. Çocuklarının ölümü ile büyük bir üzüntü yaşayan Niobe, acılarını sonlandırmak amacı ile baştanrı Zeus tarafından taşa dönüştürülür. Fakat taştan gözyaşlarının akmaya devam ettiği görülür. Bu mitolojideki depresyon ile ilgili örneklerden bir tanesi olup buna benzer farklı hikayeler bulunmaktadır (9). Tarihi destanlardan biri olan Gılgamış Destanının kahramanı Kral Gılgamış’ın duygudurum bozukluğu belirtileri taşıyan bir insan olduğu yazıtlardan anlaşılmaktadır (10, 11).

Eski yazılı kaynaklarda MDB’ye spiritüel bakış açıları hakim olsa da Antik Yunanistan’da doğaüstü açıklamaların yerini daha rasyonel fikirlerin aldığı göze çarpmaktadır (8). Psikiyatrik bozuklukların bilimsel sınıflandırılması çalışmaları o zamanın mevcut verileri ile Hipokrat tarafından milattan önce (MÖ) 460-357’de başlamıştır. O dönemlerde depresyon için melankoli (melan: siyah, chole: safra) kelimesi kullanılmıştır. Efesli Soranus kara safra teorisinde değişiklikler yaparak melankolide saldırganlık, intihar ve sanrısız özelliklere vurgu yapmıştır. Ayrıca Soranus içeriğinde lityum olduğu tahmin edilen kaynak sularını melankoli hastalarının tedavisinde kullanmıştır (12). MS 2yy. da Galen melankolinin tiplerini tanımlamış ve bu tiplerin bir tanesinde kara safranın psikolojik belirtilere yol açtığını ayrıca göğüs kafesinin altındaki bölgede birikerek de gaz, geğirme, karın ağrısına neden olduğunu ifade etmiştir (10).

Kapadokyalı Aretaeus milattan sonra (MS) 150’lerde melankolide belirtilerin farklılık gösterebileceğini vurgulayarak üzüntüden neşe durumuna veya mutlu bir yaşamdan ölmek isteme durumuna gibi değişimler olabileceğini aktarmıştır. Galen, Aretaeus’la yakın dönemlerde (MS 131-200) yaşayarak benzer görüşler sunmuştur (8, 13). Hipokrat’ın görüşleri geçerliliğini sürdürürken İbn-i Sina ve İshak İbn-i İbrahim önemli eserler ortaya koymuşlardır. İbn-i Sina (MS 980-1037) Kanun isimli 5 ciltlik kitabı yazmıştır. Bu kitapta Psikiyatrik bozukluklar ise 3. ciltte yer almaktadır. Kanun isimli kitapta psikiyatrik bozukluklar 15 grup içerisinde toplanmıştır, ayrıca beyinde oluşan bir bozukluğun ruhsal hastalıkları oluşturduğunu belirtmiştir (14). İbn-i Sina depresyonu sadece ruhsal bir rahatsızlık olarak değil aynı zamanda beyin, kalp ve kanın dahil olduğu bir bozukluk olarak görmüştür. Depresif durumların ana nedenlerinin kalp hastalıklarından kaynaklandığına belirterek çoğu durumda beynin sadece kalbe ikincil olarak etkilendiğini düşündü. Böylece depresif bozuklukların tedavisi için altta yatan kardiyovasküler hastalıkların dikkate alınması gerekliliğini beyan etmiştir (15). İshak İbn-i İbrahim melankolinin babanın zarar gören sperm tarafından genetik olarak geçebileceğini ayrıca aşırı zihinsel yorgunluk, genel yavaşlama, hareketsizlik, endişe, keder, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulmalar, iştahsızlık, konuşmama ve özkıym riski gibi belirtilerin ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (8).

1450 yılından sonra başlayan rönesans döneminden sonra yapılan reformlarla Andreas Vesalius (1514-1564); anatomik disseksiyonların yapılmasına ön ayak olarak psikiyatrik bozukluklara yeni bir bakış açısı getirmiş olsa da sıvı kuramına bağlılık bir süre daha devam etmiştir (16). 17 yy. ın sonlarında melankolinin patofizyolojisinde Hipokrat’ı takip eden humoral yaklaşımların önemini yitirmesi ile Thomas Willis (1622-1675) aracılığıyla biyokimyasal etkenler ön plana çıkmıştır. İlerleyen dönemlerde Fransız ihtilali ile birlikte modern psikiyatrinin kurucularından biri olarak bilinen Philippe Pinel (1745-1826), 1801’de melankolinin tanımını yapmıştır. İngiliz doktor William Rowley (1742-1806) tarafından 1804’te Cinnet ve İntihar üzerine yaptığı bilimsel araştırmada, dönemin araştırmacıları ile temel noktalarda hemfikir olmuştur. Ancak Rowley, melankoliyi sadece üzüntülü ve kaygılı ruh hali ile ilişkilendirmede öncülerinden farklıdır (17).

Pinel’in öğrencisi olan Esquirol (1772-1840) yetersiz bulduğu melankoli tanımına monomani (aşırı tutku) ve lipemani (düşünce bozuklukları) gibi belirteçleri depresyonu tanımlayıcı ekler olarak kullanmıştır (8). Devam eden yıllarda Belçikalı bir psikiyatrist olan Joseph Guislain (1789-1860) modern depresyon görüşüne uygun ilk adımları atmaya başladı. Bu metninde 6 temel zihinsel hastalık biçimini tanımladı ve bunlardan birisi melankoliydi. Melankoliyi “zihinsel acı-üzüntü duygularının artması” olarak tanımladı (18). Benzer

dönemlerde beyin anatomisini inceleyen ve psikiyatrik bozuklukların kortikal – subkortikal bağlantılarla ilişkisi olabileceğini öne süren Theodor Meynert (1833-1892) "Psikiyatri Temel Kitabı" isimli kitabında kendine özgü bir sınıflama sistemi geliştirmiştir. Bu sınıflamada kore, mani, melankoli beyin kabuğundan, bilinç bulanıklığı, hezeyanlı hastalıklar ise beyin kabuğunun altındaki alanlarda kaynaklandığını açıklamıştır. Aynı şekilde beyin yapısı ve işlevlerine ilişkin araştırmalar Carl Wernicke (1848-1905) tarafından devam ettirilerek geliştirilmiştir (19).

Depresyon ve duygudurum bozuklukları Kahlbaum ve Kraepelin tarafından kapsamlı bir şekilde tanımlanarak sınıflandırılmıştır. Kahlbaum (1828-1899) distimi ve siklotimi terimlerini eklemiştir. "Psikiyatri Temel Kitabı" isimli kitapta (Emil Kraepelin (1856-1926)) mani ve melankoli hastalıklarının kliniğine bakıldığında aynı hastalık olduğu fakat aynı hastalığın ayrı iki görünüme sahip olduğu düşünülmüştür ve bu hastalığa "mani-melankoli psikoza" adı verilmiş ve bu tabloyu 'dementia praecox' (şizofreni) durumunun psikotik halinden ayırmıştır (20). Sigmund Freud ise 'Yas Tutma ve Melankoli' isimli makalesinde melankoli bozukluğu ve yasin normalliği arasındaki ayrıma odaklanmıştır (21).

DSM-I ve DSM-II'de Freud ve Amerikan psikiyatrist Adolf Meyer en büyük etkiye sahip olmuştur. Fakat depresyonda Kraepelin'in etkisinin daha fazla olduğu görülmektedir. DSM-I' de melankoliyle giden ağır duygudurum değişkenlikleriyle karakterize duygudurum bozuklukları, psikotik bozuklukların üç ana kategorisinden biri olarak sınıflanmıştır (22). DSM-III ile depresyon radikal olarak yeniden formüle edilmiştir. Depresif durumlar tek bir başlık altında birleştirilmiş, majör depresif bozukluk (MDB) depresyonun unipolar psikotik ve psikonörotik formlarının her ikisini de kapsamıştır. Melankolik depresyon MDB'nin alt tipi olmuştur. Nevrotik depresyon 'Distimi' şeklinde yeniden tanımlanarak kişilik bozukluklarından çıkarılıp duygudurum bozukluklarında ele alınmıştır. MDB ve distimi tanıları DSM-3-R, DSM-4 ve DSM-5-TR'de neredeyse tamamen korunmuştur (23-27).

DSM-5'e göre duygudurum bozuklukları, depresyon bozuklukları ve bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ayrıca sınıflandırılmıştır. Kronik majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk tanımlarını kapsayan yeni bir tanı olan 'Süregiden Depresif Bozukluk' tanımlanmıştır. Süregiden depresif bozukluk tanı kriterlerinde distimiye ek olarak MDB tanısının 2 yıl süreyle sürekli olarak bulunabileceği eklenmiş, bu sayede kronik MDB artık bu tanı grubuna dahil edilmiştir. MDB ve süregiden depresif bozukluk DSM-5'te depresyon bozuklukları başlığı altına taşınmıştır. DSM-5'te MDB tanımındaki sevilen birinin kaybının dışlanması kaldırılmıştır (28).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dünyada çok yüksek prevelans ile ciddi anlamda yetiyitimine sebep olan bir halk sağılığı sorunudur (29). Dünya çapında MDB yaygınlığının değeriendirildiğı geniş çaplı bir Dünya Ruh Sağılığı (WMH) araştırmasında yaklaşık 90.000 birey Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4 (DSM-4) kriterlerine göre incelenmiştir. Yıllık prevelansı %6, yaşam boyu prevelansı %15-18 olarak bulunmuş olup kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir (30). Türkiye Cumhuriyeti Sağılık Bakanlığının yaptığı Türkiye Ruh Sağılığı Profili araştırmasına göre distimik belirtiler, tekrarlayan kısa depresif bozukluk gibi pek çok depresif bozukluğun 1 yıllık yaygınlığı %7,2 olarak saptanmıştır. Ayrıca depresif bozuklukların kadınlarda (yaklaşık %10) erkeklere (yaklaşık %4) göre daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (31). Dünya sağılık örgütünün 12 aylık prevalans bilgileri ülkeler arasında farklılık olabileceğini gösterse de MDB' nin yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde benzer oranlarda tanı aldığını göstermektedir (32).

Ayrıca, MDB'nin genel olarak başlangıç yaşı, klinik şiddeti, belirtileri, sosyodemografik özellikleri ve çevresel ilişkileri çoğunlukla ülkeler ve kültürler arasında farklılıklar gösterebilir (33, 34). Ülkeler arasındaki tedavi imkanları ve tedaviye ulaşabilme açısından belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Klinik şiddeti yüksek MDB'si olan hastaların yüksek gelirli gelişmiş ülkelerde yaklaşık %50 si, düşük gelirli gelişmemiş ülkelerde ise yaklaşık %10 u uygun tedavi alabilmektedir. (35, 36).

Depresyon gelişimi açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında iki kat fark saptanmıştır. Bunun farkın nedeni olarak kültürel ya da genetik faktörlere, örneklem seçme kriterleri, tanı kriterlerinin kültürler arası geçişine bağılı olabileceğı belirtilmiştir (37, 38). Amerika'daki bir çalışmada depresyonun erişkinlerde prevelansı ırklara göre karşılaştırıldığında beyaz ırkta %18, Karayip siyahlarında %13, Afrikalı Amerikalılarda %10 olarak saptanmıştır (39). Bununla birlikte beyaz ırkla karşılaştırıldığında hem Afrikalı Amerikalılarda hem de Karayip siyahlarında depresyon daha kronik ve fonksiyonel yitim daha fazladır (35)(40).

Literatür verilerine göre ergenlik çağından sonra kadınların erkeklere göre depresif bozukluk geliştirme riskinin iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (41). Ayrıca kadınlarda daha sık atak oluşumu, daha uzun atak süresi, farklı tedavi yanıtları ve daha yüksek nüks oranları gibi klinik özellikler olabilmektedir (42, 43). Her iki cinsiyette de, depresif bozukluk ortalama başlangıç yaşı 25 olarak gözlenmektedir. MDB gelişme riskinin en yüksek olduğu dönemin ergenlik ortasından geç ergenliğe kadar olan dönem olduğu kabul edilmektedir (30).

Mevcut bulgular, özellikle gelişmiş ülkelerde, MDB görülme sıklığının erken yetişkinlikten sonra yaşla azaldığı literatür bilgileriyle uyumludur (33).

Her iki cinsiyette de MDB' nin devalı olarak belirtilen diğer çevresel belirleyicileri ise medeni durum, yakınlarını herhangi bir nedenle kaybetme, sağlık durumu, işsizlik, finansal veya sosyal problemler gibi yakın zamanlı olumsuz yaşam deneyimleridir (30). Ek olarak, bazı sosyal belirleyiciler ise olumsuz yaşam deneyimleri, sosyoekonomik durum ve düşük eğitim düzeyi hem kadın hem erkek cinsiyette MDB riskini önemli ölçüde artırmaktadır (44). Ancak, düşük eğitim düzeyi ile MDB arasındaki ilişki belirsizliğini sürdürmekle birlikte 25.000 kişi ile yapılan büyük bir çalışma, bunun kısmen ortak genetik zeminden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür (45). Çocukluk çağı travması öyküsü olan bireylerin MDB geliştirme riski iki kattan fazla artmıştır (46). Ayrıca MDB'si ve çocukluk çağı travması öyküsü beraber bulunan hastalar, travması olmayan MDB li hastalarla kıyaslandığında bu hastaların semptomları daha şiddetli olduğu, hastalığın daha hızlı ve kötü seyrettiği ve daha fazla tedaviye cevapsızlık göstermektedir (47).

2.1.3. Klinik Görünüm

Depresyon bireylerin yaşamlarını ve yaşam kalitelerini birçok yönden etkileyen önemli bir hastalıktır. Bu hastalığın belirtileri kişilerin davranışsal, emosyonel ve bilişsel sosyal yaşamlarında işlevselliğini bozabilir (48). Ancak klinik semptomlar her hastada aynı şiddette görülmeyebilir.

Depresyonda görülen semptomlar kişilerin gündelik hayatında da görülebilecek semptomlar olabileceğinden bunun ayrımı iyi yapılmalı; belirtilerin süresi, gündelik hayata etkisi, işlevselliği ne kadar etkilediği ve kontrol altına alınıp alınamadığı iyi sorgulanmalıdır. (49). (50).

MDB da temel semptomlar çökkün duygudurum ve/veya ilgi isteğin azalmasıdır. Birey hayata karşı ve kendi içinde mutsuz, üzüntülü, umutsuz, sinirli, kaybetmeye, reddedilmeye tahammülsüz olabilir (28). Hastalara depresyonun onları nasıl etkilediği sorulduğunda özellikle gündelik hayatlarının etkilendiğini sorumluluklarını yerine getiremediklerini, işlevselliklerinde kayıp olduğunu belirtirler (51).

Depresyonun özellikle başlangıçta belirtileri kolay anlaşılamayabilir. Sinsi ve nonspesifik bedensel belirtiler ön planda olabilir ve bu nedenle tanı koymak zorlaşabilir. İlk depresif atak tek bir atak şeklinde olabilir daha sonra tekrarlayabilir ya da diğer duygudurum

bozukluklarının depresif atağı olabilir. Nitekim yapılan bir çalışmada da MDB tanılı hastaların yaklaşık yarısının takip eden süreçte tanılarının değiştiği, başka bir psikiyatrik hastalık veya diğer tıbbi hastalıkların belirtilerinden biri olarak değerlendirildiği belirlenmiştir (52).

Depresyonda enerji azlığı genelde halsizlik, bitkinlik ve yorgunluk şikayetleriyle ortaya çıkar. Kadınlarla erkekler kıyaslandığında kadınlarda bedensel belirti sıklığı daha fazladır. Hastalar sabah dinlenmeden kalkar, yorucu bir iş yapmadan kendilerini halsiz hissederler ve gündelik aktivitelerini yürütmeye zorlanırlar (8). İştah azalma ve kilo kaybı çok sık görülür. Hastalar genelde yemenin keyif vermediğinden ve yemeklerde lezzet alamadıklarından yakınırlar. Sindirim sisteminin yavaşlamasına bağlı kabızlık sık görülür. Ağır depresyondan iştahsızlık ve yemeyi reddetme hali sıvı elektrolit dengesizliği oluşturacak kadar durumu kötüleştirebilir. Depresyonda genel olarak iştah azalmakla birlikte atipik depresyonda iştahın artabileceği unutulmamalıdır. Depresyonda yaşamın her alanında isteksizlik olduğu gibi cinsel istekte de azalma görülür. Bu belirtiyi cinsel güçsüzlükle karıştırmamak gerekir (53). Depresyonun tedavisiyle düzelir ancak en son düzelen yakınmalardan biridir. Kadınlarda cinsel istekte azalmanın yanı sıra adet düzensizlikleri görülebilir. Erkeklerde daha çok cinsel istekte azalma, ereksiyon ve ejakülasyon güçlüğü, empotans gelişebilir. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların da cinsel isteği azaltıcı etkisi olduğu akılda tutulmalıdır.

Depresyonda uyku düzensizlikleri sık görülür. Bu hastalar uykuya dalmada güçlük, gece yarısı sık sık uyanma ve sabahın erken saatlerinde uyanma sorunu yaşarlar. Kaygı, endişe ve suçluluk duygularından dolayı kendilerini sürekli eleştirdiklerinden dolayı uykuya dalmada zorlanırlar, sık sık uyanırlar ve yeniden uykuya dalmada güçlük çekerler. Hastaların sabahları erken uyanması depresyon için oldukça tipiktir. Sabahın erken saatlerinde yoğun sıkıntı ve karamsarlık duygusu ile endişeli bir şekilde uyanırlar. Ayrıca hastaların uykuya dalma süresinin uzadığı, hızlı göz hareketleri (REM) uykusunun latens süresinin azaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı gösterilmiştir (54).

2.1.4. Tanı Kriterleri

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıda belirtilmiş olan semptomlardan en az beşi bulunmuştur. Bu belirtilerden en az biri ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri içermemelidir.

1. Depresif duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümün de bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).

Not: Çocuk ve ergenlerde kolay kızan duygudurum olabilir.

2. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünü kapsayan tüm ya da çoğu etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken önemli derecede kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının sağlanamaması

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyumanın olması

5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (başkalarınca gözlenebilir olması gerekir; yalnızca huzursuzluk ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik-yorgunkuk ya da enerji düşüklüğü.

7. Neredeyse her gün, değersizlik, aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

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

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkınlık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili

düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

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

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

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (28).

2.1.5. Depresyon Etiyolojisi

MDB' un etiyolojisini tek standart bir modelle açıklamak mümkün değildir. Farklı hastalarda farklı etiyolojik faktörler, ayrıca aynı hastanın farklı depresif ataklarında bile farklı etkenler rol alabilmektedir. Yine de etiyolojiyi açıklarken sıklıkla kalıtım, biyolojik ve psikososyal nedenler gibi çok faktörlü bir bozukluk olduğu görüşü üzerinde durulmuştur.

2.1.5.1 Kalıtım

Depresyonda genetik ve kalıtımın etkinliği ile ilgili yapılan ilk aile temelli çalışmalarda, depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında artmış depresyon riski olduğu, biyolojik anne babasında depresyonu olan evlat edinilmiş çocuklarda depresyon riskinin üç kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (55-57). Devam eden süreçte yapılan çalışmalara göre, depresyonda genetik yatkınlığın %30-50 arasında değiştiği kabul görmüştür. Klinik özellikler değerlendirildiğinde erken başlangıç yaşı, tekrar eden depresyon atakları, eşlik eden anksiyete belirtileri, yüksek hastalık şiddeti ve postpartum depresyonun MDB' un daha yüksek kalıtılabilir özellikleri olduğu düşünülmektedir (58). Daha öncelerden de yapılmış olan bazı

Çalışmalarda, depresyonla ilişkili 200' ün üzerinde aday genin önemi üzerinde durulmuştur ancak çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır (55, 58, 59). Aday gen çalışmalarıyla güçlü veriler elde edilememesi ile birlikte, genom boyu ilişkilendirme çalışmaları ön plana geçmiştir (60). Ayrıca, MDB' deki ana genetik etkilerin araştırılması amacıyla 9.240 vaka ve 9.519 kontrolü içeren çeşitli genom boyu ilişkilendirme çalışmalarının (GWAS) geniş ölçekli bir analizinde önemi gösterilse de tutarlı veya tekrarlanan önemli bulgular ortaya çıkarmamıştır (61, 62). Depresyon diğerk psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında; prevalansının yüksek olması, orta düzeyde kalıtlılabirliğinin olması ve poligenisitenin yüksek olması genetik haritalama yapılmasını zorlaştırmaktadır (58). Yapılan alışmalar sonucunda Psikiyatri Genetik Konsorsiyomu tarafından bildirilmiş olan depresyonla ilişkili 100' ün üzerinde lokus vardır, bu genler genellikle nöronal büyüme, sinaptik işlevler ve inflamasyon ile ilişkili genlerdir (58). En güçlü veriler nöronal büyüme ve sinaptik işlevlerle ilgili olan NEGR1 (Neuronal Growth Regulator 1) ve inflamasyon ile ilgili olan OLFM4 (Olfactomedin 4) genleri ile ilgili bulunmuştur (63). Depresyon etiyolojisinde stresli yaşam olaylarının da etkisi olduğu bilinmektedir. Stresin bağımsız bir etken olabildiğı gibi genlerle etkileşimi sonucu da depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir. Gen evre etkileşimi ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda serotonin transporter gen polimorfizmi ve stresli yaşam olayları ile ilgili kanıtlara ulaşılmıştır (64). Gen evre etkileşimi ve mendel randomizasyonu ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre çocukluk ağı travmaları, sosyoekonomik zorluklar, sosyal destek, fiziksel aktivite gibi faktörlerin genlerle etkileşiminin depresyon riski ile ilişkili olduğu ortaya ıkmiştir (58).

Kortikotropin serbestleştirici hormon reseptör 1 (CRHR1) geniyle ilgili yapılmış bir çalışmada TAT ve TCA haplotipleri varlığı depresyona karşı önleyici etkisi olduğu saptanmış olup polimorfizmlerin depresyonda rol oynadığı gösterilmiştir (65, 66). Unipolar depresyonda olan hastalarda genetik faktörler antidepresana yanıtı etkileyebilir. 5 çalışmanın meta analizinde serotonin transporter gen ekspresyonu ile ilişkili polimorfizmin SSRI ile tedavi edilen depresyonlu bireylerde depresyonun remisyon süreci ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (67). Başka bir meta analizde serotonin taşıyıcı gen ve 11. kromozom üzerideki iki genin antidepresanların etkinliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu iki gen; serotonin ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) sentezinde rol alan triptofan hidroksilaz-1 (TPH-1) ile ilişkilidir (68). 6. kromozomda yer alan üronil-2 sulfotransferaz geninin polimorfizminin nortriptiline, 19. kromozom üzerinde yer alan sitokin interlökin 11'i kodlayan genin essitaloprana yanıtı belirlediğı gösterilmiştir (69). Ek olarak kromozom-1 ve onda yer alan intergenetik bir bölgenin (bu bölgeler genleri kodlamaz ancak bazı genlerin ekspresyonunu

etkileyebilir) her iki antidepresana yanıt ile ilişkisi gösterilmiştir (70). Ayrıca SERT geni s/s genotipi ve BDNF geni Val66Met polimorfizmi olan kişilere bakıldığında yapılan depresyon oranlarının fazla olduğu görülmüştür. (71). Yine intihar eden istismar öyküsü bulunan hastalarda postmortem beyin araştırmaları yapıldığında istismara uğramayan kişilerle kıyaslandığında beyin hipokampus glukokortikoid reseptör geni promoter bölgesinde DNA metilasyonu olduğu bulunmuştur (72).

2.1.5.2 Biyolojik Etmenler

20. Yüzyılın ortalarında, bir antihipertansif ilaç olan ve monoaminleri (serotonin, noradrenalin ve dopamin) azalttığı bilinen rezerpinin depresif belirtilere neden olduğunun gözlemlenmesi, depresyonun patogeneğinde monoaminlerin miktarının az olmasının rolü olabileceğini düşündürmüş ve “Monoamin Hipotezi” ortaya çıkmıştır (73).

Depresyon tedavisinde 1950’ lerde kullanılan trisiklik antidepresanların ve monoamin oksidaz inhibitörü ilaçların da monoamin transmisyonunu artırıyor olması bu teoriyi desteklemiştir (73). Ancak bu teori, farklı kişilerde veya aynı kişinin farklı depresif dönemlerinde görülebilen farklı klinik tabloların ve antidepresanların etki göstermesi için geçmesi gereken sürenin nedenini tam anlamıyla açıklayamamıştır (74).

Hipotalamo-hipofiz-adrenal aks (HHAA) depresyon etiyolojisinde uzun zamandır çalışılan ve önemini koruyan bir konu olmuştur. Özellikle melankolik özellikler gösteren depresyonda bu aksın bozulduğu, plazma kortizol düzeyinde artış olduğu ve geribildirim inhibisyonunun bozulduğu bilinmektedir (73). Ayrıca HHAA’ da meydana gelen herhangi bir bozukluğunun bilişsel işlevlerdeki bozulmayla da ilişkili olduğu bildirilmiştir (75). Tedavi ile HHAA bozukluğunun düzelmemesinin yüksek relaps riski ve kötü tedavi cevabı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (76). Yapılmış olan bir randomize kontrollü çalışmada mineralokortikoid reseptör agonisti fludrokortizonun, standart antidepresanların etki başlangıcını hızlandırdığı ve başka deneysel bir çalışmada ise MDB’ li hastalarda bilişsel işlevleri iyileştirdiği gösterilmektedir (77, 78). Ayrıca başka bir çalışmada psikotik özellikli MDB’ de, glukokortikoid reseptör antagonisti mifepristonun (RU-486) psikotik semptomları iyileştirdiği bildirilmektedir. Fakat terapötik kan seviyelerine ulaşmak için çok yüksek dozların gerekli olabileceği vurgulanmaktadır (79).

Periferik sitokin konsantrasyonlarının bilişsel işlevlerle ilişkisinin olduğu bilinmektedir (80). Sitokinler kan beyin bariyerini geçerek nöronlar, astrositler ya da mikroglialar üzerinde etki gösterebilirler (81). Depresyon hastalarında postmortem çalışmalarda nöroinflamasyonun

ve çocuklardaki interlökin-6 yüksekliğinin yüksek depresyon riski ile ilişkili olduğunun gösterilmesi, inflamasyonun depresyon etiolojisinde rolü olduğunu düşündürmüştür (82). Bu teori aynı zamanda inflamatuvar hastalıkları olan kişilerde ve interferon gama veya interlökin-2 tedavileri alanlarda neden depresif belirtilerin sık görüldüğü sorusuna da açıklama getirmektedir (73). Aynı zamanda non-steroidal antiinflamatuvar ilaçların depresyon tedavisindeki rolünün araştırılmasını gündeme getirmiştir (83).

Nörogenezisi kontrol eden proteinlerden biri olan BDNF(Brain derived neurotrophic factor)' nin depresyon hastalarında düşük olması ve tedavi sonrası düzeyinin normale dönmesi, BDNF' nin etiolojide rolü olabileceğini düşündürmüştür (84). Hayvan çalışmalarında da nörogenezin engellenmesinin depresyon benzeri belirtilere neden olduğunun ve antidepresan etkinin ortaya çıkmasına engel olduğunun gösterilmesi, bu teoriyi desteklemiştir (85).

MDB hastalarında görülebilen çeşitli davranış kalıplarının spesifik beyin bölgelerindeki yapısal anormalliklerle ilişkili olabileceği nörogörüntüleme çalışmalarıyla kanıtlanmıştır (86). Bu çalışmalar sonucunda frontal korteks, orbitofrontal korteks, singulat korteks, hipokampus ve striatumda hacim kaybı olduğu saptanmıştır (87, 88). Bazı çalışmalarda bu hacim kaybı miktarının tedavisiz geçen süre ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (89, 90). Aynı zamanda pitüiter bölgede hacim azalması ve beyaz madde hiperintensitelerinde artma olduğuna dair kanıtlar da vardır (88). İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında, amigdala başta olmak üzere, subgenual anterior singulat girus gibi bazı bölgelerin aktivitesinde artış olduğu, insula ve dorsolateral prefrontal korteksin hipoaktif olduğu görülmüştür (51, 91). Ancak depresyon hastalarının çok çeşitli klinik tablolarının olması ve bunlarla ilişkili olarak beyin işlev değişikliklerinin de çeşitlilik göstermesi, birçok çalışma ile aynı sonuçların tekrar edilmesini zorlaştırmaktadır (73).

2.1.5.3 Doğum Dönemi ve Erken Yaşam Olayları

Yapılan bir meta analizinde düşük doğum ağırlığının depresyon riskini düşük oranda arttırdığı görülmüştür (92). Yaşam boyunca erken yaşanan stres faktörlerinin bireyin hayatında psikopatoloji ve depresyon gelişmesine yatkınlık yaratabilir. Bunu stres sensitivitesini ve negatif uyaranlara yanıtı değiştirerek yapar. Preklinik çalışmalar erken yaşam olaylarının stres yanıtında artışa neden olan hipotalamustaki CRH hücrelerinin uzun dönem hiperaktivasyonuna yol açtığını göstermiştir (93, 94). Erken yaşam dönemindeki stresörlerin epigenetik olarak hipotalamo-pitüiter-adrenal aksdaki stres yanıtı üzerindeki etkileri sonraki nesillere aktarılır (72, 95).

2.1.5.4 Stresli Yaşam Olayları

Bireylerin hayatındaki stresörler depresyon gelişimine yatkınlık yaratır. Stresli yaşam olaylarının depresyona neden olan etkenler arasında yer aldığı önceden beri dikkat çeken ve çalışılan bir konu olmuştur. Yaşamı tehdit eden hastalıklar, kronik hastalıklar, maddi zorluklar, boşanma, ayrılık, işsizlik gibi stresörler ile depresyon arasında güçlü bir bağlantı vardır (96). Bu yatkınlığı kişinin strese olan duyarlılığını ve olumsuz uyaranlara yanıtını değiştirerek yapar. Stresli olay sonrasında kişilerin depresyon açısından ne kadar süreyle risk altında olduğu belirsizdir. Bu sürenin çok uzun olduğunu gösteren ve göstermeyen çalışmalar mevcuttur (64) (65).

2.1.5.5 Sosyal Faktörler

Sosyal faktörler; sosyal çevreden kopma, inzivaya çekilme, sosyal çevreden ve aileden yeteri kadar destek görememe, bireyin bu çevreden fazla eleştirel tavır görmesi depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilir (97-99). Arkadaşında, komşularında ya da akrabalarında depresyon olanlarda depresif bozukluk daha sık görülür. Ayrıca sosyal kültürel faktörler depresif atak sırasındaki belirtileri ve tedavi arama isteğini etkiler (100).

2.1.5.6 Psikolojik Faktörler

Bilişsel psikolojiye göre, depresyona meyilli kişiler incelendiğinde diğer kişilere göre negatif ve çarpık düşüncelere daha fazla sahip olduğu gösterilmiştir (101). Nörotisizm, majör depresyon için tanınmış bir risk faktörlerinden biridir. Nörotisizm olumsuz duygulanım ile ilişkilidir (102). Depresyona psikodinamik bakış, erken yaşam kayıplarının, özgüveninin ve akut kayıpların ve kişilerarası ilişkilerin yönetilmesindeki zorlukların rolüne odaklanmıştır (103). Ayrıca kişilerin sahip olduğu kişilik psikolojisi ve özelliklerinin depresyonun başlangıcında ve devamında çok etkin rol aldığı belirtilmektedir. (104). Davranış psikolojisi, depresif biliş ve davranışları güçlendiren aile veya diğer çevresel tepkilerle, öğrenilen davranışların önemine dikkat çeker (105).

Kraepelin mizaç türlerini manik, depresif, irritable ve siklotimik olarak dört ayrı kategoride tanımlamıştır. Schneider ise buna benzer şekilde siklotimik ve distimik kişilik

tanımını yapmış, ancak farklı olarak duygudurum bozukluğu tanısı ile ilişkili olması şartı olmadan ayrı bir kişilik bozukluğu olarak tanımlamıştır. Cloninger geliştirdiği psikobiyolojik kurama göre, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyu değişmeyen dört mizaç boyutu tanımlamıştır. Bu mizaç boyutları yenilik arayışı, sebat etme, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığıdır. Cloninger ayrıca yetişkinlikte olgunlaşabilen üç karakter boyutu tanımlamıştır. Bunlar ise iş birliği yapma, kendini yönetme ve kendini aşmadır (106, 107). Depresyon hastalarında “zarardan kaçınma”nın sık görüldüğü ve depresyon şiddetiyle doğru orantılı olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (108) ayrıca “kendini yönetme” boyutundan da düşük puan aldıkları gösterilmiştir (109, 110). Kişilik özelliklerini, nörotizm, dışadönüklük, açıklık, sorumluluk, uyumluluk olarak beş ayrı boyut altında gruplandıran beş faktörlü kişilik kuramının “nörotizm” boyutu ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu yönünde birçok çalışma benzer sonuçlara ulaşmıştır.

2.2. TIBBEN AÇIKLANAMAYAN FİZİKSEL BELİRTİLER

2.2.1. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerinin Tanımı

Somatizasyon (bedenselleştirme), bireylerin bedensel belirtiler yaşaması ve belirtilerden şikayetçi olması, bu belirtileri hastalık olarak yorumlanması ancak patofizyolojik olarak açıklanamaması ve tıbbi destek arayışında bulunulduğu bir bozukluk olarak tanımlanabilir (1). İnsanlardaki psikolojik stres kendini fiziksel belirtiler şeklinde yansıtabilir (111). Mevcut bedensel belirtiler için genel olarak toplumda bir tıbbi yardım arayışı vardır (112). Sıklıkla bu bedensel belirtilerin iyi bir patofizyolojik açıklaması ve organik bir nedeni yoktur. Bu nedenle ek olarak tetkikler ve tıbbi müdahaleler yapılır, yüksek sağlık maliyetlerine yol açar ve daha da önemlisi iatrojenik komplikasyonlara neden olabilir. Bu durum önceleri somatizasyon olarak ifade edilirken zaman geçtikçe “tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler”, “fonksiyonel somatik belirtiler” ifadeleri kullanılmaya başlanmıştır. İlk kez Steckel tarafından 1925’te tanımlanmıştır (113).

2.2.2. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerin Tarihçesi

Tıp tarihi boyunca tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerden söz edilmiştir. Hekimler eski çağlar boyunca hastaların açıklanamayan fiziksel belirtileri ile ilgili organ sistemlerine odaklanmışlardır ve bu durumu açıklamak için birçok terim kullanılmıştır. Bu terimlerden bazılarına örnek verecek olursak; histeri, hipokondri, sürmenaj, nörovejetatif işlev bozukluğu, nevrasteni, nörovejetatif distoni, psikosomatik bozukluktur (111). Hipokrat birçok hastalığı uterusun yer değiştirip başka organların yerini alması sonucu ortaya çıktığını belirtmiştir. Histeriyi, hareket eden uterus olarak tanımlamıştır. Histera kelimesi Yunan kökenlidir ve uterus anlamına gelmektedir. Histeri orta çağda kötü ruhlar şeytan ve cinlere bağlanmıştır. 9. yy Salerno’ daki bir tıp okulunda bedensel bir hastalık olarak tanımlanmıştır (1). Hipokrat ve Galen hastalar tarafından nedeni açıklanamayan bu fiziksel belirtilerin cinsel doyumsuzluğa bağlı dürtüsel gerginliğe bağlı olarak ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir. 17. yy. dan itibaren tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerin açıklanmasında psikolojik faktörlerin rolü olabileceği düşünülmüştür. 18. yy. da hipokondriyazis ve melankoli histeri ile beraber değerlendirilmiştir. 19. yy. da ise, Charcot’ un ifade ettiği, "nevrasteni" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Fransız nöroloji uzmanı Pierre Briquet somatizasyonun konversiyondan ayırımını yapmış ve Briquet Sendromu olarak adlandırılmıştır. Bu sendrom kadınların erkeklerden daha çok etkilendiğini, çok sayıda organ ve sistemi etkileyen, tekrarlayıcı özellikli, bedensel şikayetler ile kendini gösteren bir tablodur. (114). 19. yy’ da yapılan çalışmalarda tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerin organik yönü üzerinde durulmuş, patolojik araştırmaların gelişmesiyle birlikte organlar araştırılmış özellikle beyinde bir patoloji saptanmamıştır. 20. yy’ da bu fiziksel belirtilerin psikiyatrik kaynaklı olduğuna dair yönelim artmıştır. Charcot’ un öğrencileri olan Babinski, Janet ve Freud kendi dönemlerinde bedensel belirtilerin oluşumunda psikiyatrik faktörlerin önemini vurgulamışlardır. Mevcut çalışmalar sonrasında tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerin tedavisi de psikiyatrik tedavilerle yer değiştirmiştir. Steckel bedenselleştirme kavramını derinlerde yerleşmiş nevrozun açığa çıkmasından kaynaklanan bedensel bir bozukluktur olarak ilk kez dillendirmiştir. (115). Bedenselleştirmeyi Katon ve arkadaşları ise stres dili olarak belirtmişlerdir (116). Bridges ve arkadaşlarının çalışmalarına göre bedenselleştirme daha nesnel ölçütlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Lipowski’ ye göre bu şikayetler stresörler yardımı ile ortaya çıkar, organik bir patoloji olarak değerlendirilir ve tıbbi destek arayışına girilir (1, 117). Tıbben açıklanamayan bedensel belirtiler terimi, 20. yy. sonlarına doğru açıklanmıştır. Kellner “fonksiyonel somatik belirtiler” kavramını tanımlarken, Escobar ve arkadaşları ise "tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler" kavramını tanımlanmıştır (118).

2.2.3. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerin Epidemiyolojisi

Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre en sık görülen fiziksel belirtiler halsizlik, migren, vücut ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirilmektedir (119).

Temel sağlık hizmetlerinden elde edilen verilere göre tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerle başvuru yaygınlığı ortalaması %20-60 arasında değişmektedir (120). İngiltere’ de yapılan bir çalışmada temel sağlık hizmetlerine başvuruda bulunan depresyon hastalarının %25 inde tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerden kronik vücut ağrısı, karın ağrısı, bağırsak ve dışkılama düzeni ile ilgili şikayetler ve kronik halsizlik tespit edilmiştir (120). Yapılan başka bir çalışmada hastanelere başvuran ve hekim tarafından değerlendirilip tıbben açıklanamayan fiziksel şikayetlere sahip hastaların oranı gastroenteroloji kliniğinde %53, kardiyoloji kliniğinde %42 ve nöroloji kliniğinde %32 olarak bulunmuştur (121). İskoçya’daki bir çalışmada ise nöroloji kliniklerine başvuran 300 hastada tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel şikayetleri olan hastaların oranı %30 olarak tespit edilmiş ve bu hastalar psikiyatrik açıdan incelendiğinde önemli oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu saptanmıştır (122). Başka bir çalışmada tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan 172 hasta incelenmiş, bu hastalarda psikiyatrik hastalıkların oranı 2 kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (123). Reid ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hastaneye sık başvurusu olan 361 hastanın kayıtları incelenmiş ve bu hastaların %27’ sinde farklı klinik bölümlere danışılmasına rağmen bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamadığını sonucuna varılmıştır (124).

Depresyon tanılı hastalarda bedensel yakınmaların daha fazla olduğu, bu nedenle hastanelere başvuru oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Artmış fiziksel yakınmalar ile daha fazla tıbbi yardım arayışına girebilmektedir. Bu durum gereksiz tanı ve tedavi harcamalarına sebep olmaktadır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, birçok çalışmada kadınların daha fazla somatik yakınmalar ile hastaneye başvurdıkları tespit edilmiştir. Ayrıca genç yaşta olmak, eğitimsizlik ve gelir düzeyi düşüklüğü olan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Her yaşta tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler görülebilir, fakat en sık 20-60 yaşlarında gözlenmektedir. Bedensel belirtiler genellikle ergenlik döneminde çoğunun 25 yaşından önce başladığı belirtilmiştir (125, 126).

Bedenselleştirmenin yaygınlığının, topluma, kültüre hatta coğrafyaya bağlı olarak farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Doğu toplumlarında bedenselleştirmenin daha yüksek oranda gözlemlendiği ve bu fiziksel belirtilerin önemli ölçüde psikiyatrik bozukluklara eşlik ettiği

belirtilmiştir. Bedenselleştirmenin daha geleneksel, modern olmayan, kırsal toplumlarda daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Toplamların düşük sosyoekonomik ve kültürel seviyeye sahip olması da bedenselleştirmeyi yaygınlaştıran faktörlerdendir (127).

2.2.4. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerinin Etyolojisi

Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerin etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Birçok araştırmacı altta yatan nedenler arasında psikolojik, toplumsal, psikodinamik, biyolojik ve sosyal etkenlerin yer aldığı düşünülmektedir. Bazı bedensel belirtileri olan hastaların altta yatan bir hastalık ya da bilinen bir fizyopatolojik düzeneğin varlığıyla açıklanamadığı belirtilmektedir (128). Kellner' e göre bedenselleştirme multifaktöryel etiyojik mekanizmaya sahip çok karmaşık bir fenomendir (129).

2.2.4.1. Genetik:

İkiz ve evlat edinme çalışmaları bedenselleştirmenin kalıtsal bir temel taşıdığı düşündürmektedir. Yapılan bir ikiz çalışmasında eş zamanlı hastalanma oranları monozigot olanlarda %29, dizigot olanlarda %10 olarak saptanmıştır (130). Kısa bir süre önce yayınlanan bir çalışma, dizigotik ikizlerde (DZ) %17'ye kıyasla, monozigotik ikizlerde (MZ) %30'luk artmış somatik semptom skorları için uyum oranlarını bildirdi. Psikiyatrik bozukluklar ve irritabl barsak sendromu için düzeltme yapıldıktan sonra bile risk oranlarının MZ'de DZ'ye kıyasla daha yüksek kalması dikkate değerdir (131). Bazı çalışmaların neticesinde fiziksel şikayetleri olan özellikle kadın hastaların aileleri incelendiğinde biyolojik babalarının saldırgan olduğu ya da alkol bağımlılığı olduğu bulunmuştur (132, 133). Bu yönde başka çalışmalarda da bedenselleştirmenin, sosyopati, alkolizm ve madde bağımlılığı ile beraberlik gösterdiği belirtilmiştir (134). Serotonerjik yolların depresyondaki rolü sıklıkla vurgulandığından, serotonerjik yolların genetiği özel bir ilgi alanıdır. Triptofandan serotonine metabolizmanın sadece depresif hastalar için değil, aynı zamanda bedensel belirtileri olan hastalar için de önemlidir (135). Uzun 5-HTTLPR alel mutasyonları ile tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar arasındaki ilişki için çarpıcı kanıtlar bulunmuştur (136).

2.2.4.2. Biyolojik:

Bedensel belirtiler tek bir biyolojik mekanizma ile açıklanamaz. Depresyonu olan hastaların fiziksel şikayetlerle sağlık hizmetlerine başvurdıkları ve depresyon kliniği süresince sıklıkla bedensel belirtilerin görüldüğü, depresyon tedavisi ile bedensel yakınmaların kaybolduğu belirtilmektedir. Böylece bedensel belirtilerin oluşmasında depresyona yol açan fizyopatolojik mekanizmaların rol oynadığı ifade edilmektedir (112).

Bedensel belirtiler anksiyete bozukluklarında da oldukça sık anksiyete semptomlarına eşlik etmektedir. Anksiyetenin bedensel belirtilerin oluşumundaki rolü gözardı edilmemelidir (137). Bedensel belirtilerin kaynağı artmış fiziksel aktivite sonucu bedensel sinyallerin normalden farklı algılanması ve hatalı değerlendirilmesine neden oluyor olabilir. Düz kas kasılmaları belirli olarak gastrointestinal sistem belirtilerini oluşturmada etkilidir. Anormal barsak hareketleri, oddi sfinkteri aşırı kasılması, ince barsak basınç artışı gibi tanımlanmamış durumlara sebep olabilir. Çizgili kas kasılmaları ise vücutta ağrı belirtilerinin oluşumunda rol oynarlar. Bel ağrısı şikayeti olan hastalarda psikostresör faktörler altında iken paravertebral kasların etkinliğindeki artış elektromiyografi ile gösterilmiştir. Sinir, öfke, mutsuzluk gibi emosyonel durumlarda sempatik sistemlerdeki etkinlik artışı sonucu kardiyak sistemde anormallikler (tansiyon yükselmesi taşikardi), takipne gibi birçok fiziksel belirti ortaya çıkabilir. Başka bir etiyolojik neden olarak düşük ağrı eşiği gösterilebilir. Fibromyalji ve irritable barsak sendromu gibi tıbbi hastalıklara sahip bireylerde idiyosekratik bir düşük ağrı eşiği olduğu ve bunun da bedensel belirtilere sebep olabileceği düşünülmüştür (128). Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtileri olan hastalarda yapılan uyarılmış potansiyel çalışmalarında ilişkisiz afferent uyarımların filtre edilemesinde yetersizlik olduğu ortaya koyulmuştur (138). Bedensel belirtiler ile başvuran hastalarda yapılan bilişsel performans testlerinde, anlamsal bellek, sözel bellek, görsel, uzamsal ve dikkatle ilişkili görevlerde daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur (139). Rief ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bedensel belirti bozukluğu olan hastalarda fizyolojik reaktivite incelenmiş ve elde edilen verilere göre kalp atım hızındaki dalgalanmaların daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçların hastalarda alışma becerisi bozukluğu sonucu olabileceği göstermiştir (140).

Bedensel belirti bozukluğu tanılı 11 hastanın 7' sinde beyin bölgelerinin farklı kısımlarında hipoperfüzyon alanları bulunmuştur (141). Bedensel belirtinin varlığına göre yapılmış olan bir çalışmada bedensel belirti olan grupta iki kaudat çekirdek, sol putamen ve sağ presantral girusta azalmış glukoz metabolizması olduğu gösterilmiştir (142, 143).

Birçok tıbbi durumda olduğu gibi bedenselleştirme ile proinflatuvar süreçlerin aktivasyonu arasında bir bağlantı olduğu düşünülmüştür (144). Son zamanlarda bu duruma yönelik yapılan çalışmalarda özellikle hastalarda interlökinler, tümör nekroz faktörü ve

interferonlar gibi sitokinlerin oynadığı roller araştırılmaktadır (145). Uyarılara karşı hassasiyeti artan, nedeni açıklanamayan bedensel şikayetlere sahip hastalarda akut faz proteini olan haptoglobulin, IL-1, IL-2, IL-6 ve TNF-alfa' nın ilişkili olduğu saptanmıştır (136, 146).

Bedensel belirtilerle ilişkilendirilen ağrıya olumsuz bilişsel ve emosyonel yanıt gelişmesinin de immün sistemin proinflamatuvar aktivasyonu ile bağlantılı olduğu, immün aktivasyonun algılanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde görev aldığı düşünülmektedir (136, 146, 147). Stresli bir yaşama sahip kişilerdeki proinflamatuvar aktivasyon ile anterior singulat korteks alanındaki aktivite artışı arasında ilişki saptanmıştır. Dikkat ve emasyon arasında köprü görevi gören anterior singulat korteksteki aktivite artışının, istenmeyen uyarı ve bedensel duymalara karşı duyarlılık artışına yol açtığı düşünülmektedir (136, 146-148). Bedensel belirtili bozukluğu tanımlı ve depresyon tanımlı hastaların kıyaslandığı bir çalışmada bedensel belirtili bozukluğu olan hastalarda klara protein düzeyleri yüksek bulunmuş fakat, IL-6 düzeyleri daha düşük tespit edilmiştir. Bedensel belirtili bozukluğu olan hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise azalmış kan triptofan düzeyleri gösterilmiştir (135, 149).

2.2.4.3. Psikososyal Etmenler:

Bedenselleştirme temelde üç ana öğeden oluşmaktadır. Bunlar yaşantısal, bilişsel ve davranışsal öğelerdir. Literatüre bakıldığında çok sayıda araştırmada bedensel duymaların algılanmasında öğrenmenin önemli bir görev aldığı görülmektedir (150). Bireyin büyüdüğü aile veya çevrede ana-babanın davranışları, aile içi tutumları ve sosyal çevrenin etkileri bireyin çocukluğundan itibaren somatizasyonu tetiklemekte, bedensel şikayetler olarak açığa çıkabilmektedir. Bazı kişiler bedensel belirtileri mevcut sıkıntılı ruh hallerini ifade etmek ve psikososyal problemlerle baş etmek için kullanabilmektedir. Örneğin bedensel belirtileri olan bazı kadın hastalarda çocukluk çağı istismarının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bazı insanların duygularını ifade etmek için duygusal dil kullanamadıklarını bu durumlarını bedensel dil ile aktardıkları öğrenilmiştir (150). Bedensel belirtiler ile çocukluk çağı travmalarına ilişkin yapılan pek çok çalışmadan elde edilen verilere göre bedensel şikayetleri açıklanamayan durumlar incelendiğinde bireylerin çocukluğunda yaşadığı cinsel istismarının olduğu ifade edilmektedir (151, 152). Bedensel belirtili hastaların çoğu, aile ortamındaki duygusal zorlanma ve yetersiz destekten bahsetmektedir. Aile ortamının değişkenleri ile tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptomlar ve duygusal istismar arasında güçlü bir bağ vardır (153). Bedenselleştirme ile bağlantılı diğer faktörlere örnek olarak eğitim düzeyi, etnik köken ve cinsiyet verilebilir. Bedenselleştirme ile kadın cinsiyet, düşük sosyokültürel sınıf ve düşük

eğitim seviyesi arasında yüksek ilişki düzeyleri saptanmıştır (154, 155). Kişilik özellikleri bedensel belirti gelişimini etkiler. Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerin oluşumunda kişilik bozuklukları veya farklı kişilik özellikleri vardır. Bunlarda özellikle B kümesi kişilik bozuklukları, pasif-bağımlı, histriyonik ve duyarlı-agresif özellikler anksiyete ve depresyon hastalarıyla kıyaslandığında iki kat daha sık görülmektedir. Ayrıca sınırda kişilik bozukluğu tanımlı kişilerde bedensel belirti bozukluğu prevalansı oldukça yüksektir (156, 157).

2.2.4.4. Algısal Etkenler:

Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtileri olan hastalarda bedenselleştirmenin sık görüldüğü, şikayetlerin bir patofizyolojik temeli olmamasına rağmen hastanın bu şikayetleri “gerçek” olarak algıladığı, bedenlerinde gerçek olduğunu hissettikleri belirtilmektedir (1). Son zamanlardaki çalışmalar, şikayetlerin ortaya çıkmasında, algılama sürecini etkileyen etkenler üzerinde yoğunlaşmıştır.

Barsky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaların ortak sonucu, fiziksel şikayetleri olan hastalar bedenlerinde geçici ve tekrarlayıcı fiziksel semptomları diğer bireylere göre fazla hissetmektedirler (6). Bedensel şikayetlerin yüksek algılanması özellikle somatizasyonda görülmesine karşın anksiyete, depresyon, nevrotizm gibi durumlarda da görülebilir (158).

2.2.5. Tıbben Açıklanamayan Fiziksel Belirtiler ve Tanı

Tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerde tanı koymak zordur ve belirli bir yöntemi yoktur. Bundan dolayı hekim tıbben açıklanamayan fiziksel belirtileri olan hasta geldiğinde fizyolojik özellikler, kişisel faktörler, tıbben açıklanamayan fiziksel belirtiler, onunla ilişkili stres ve düşkünlük etiyolojik mekanizmaları da inceler. Hekim hastasına farklı perspektiflerle yaklaşmalı etiyolojik heterojeniteyi, tıbbi karmaşayı hekim göz önünde bulundurarak olası tıbben açıklanamayan fiziksel belirtilerin tedavi planını gerçekleştirmelidir (159).

2.3. DEPRESYON VE BEDENSELLEŞTİRME

2.3.1. Depresyon ve Bedenselleştirme İlişkisi

Fenomenolojik psikopatolojide, depresif durumların temel özellikleri olarak temel bedensel değişiklikleri vurgulayan uzun bir gelenek vardır. Bu nedenle Wernicke, duygusal psikozlarda ortaya çıkan bazı somatik semptomları tanımlamak için "hayati duygular" terimini kullandı (160). Depresyon birçok farklı klinik tablo ile kendini gösterebilmektedir. Hem ağrılı hem de ağrısız bedensel belirtiler depresif duruma eşlik edebilir. Depresyon genellikle bedensel yakınmalarla ortaya çıkar ve bu durum depresyon tanısını koymakta güçlük çıkartabilir, bu nedenle depresyon ve bedenselleştirme arasındaki ilişki araştırmacıların eskiden beri dikkatini çekmiş ve araştırmacıları bu konuda araştırma yapmaya itmiştir. Bedensel belirtilerin baskın olduğu bir depresyonun anksiyete bozukluğu, somatik bozukluklar ve tıbbi durumlardan ayırt edilmesinde tanısal zorluklar görülebilir. Bedensel semptomlar depresyonun klinik şiddetini ağırlaştırabilir ve hastalığın klinik seyrini kötüleştirebilir. Depresyona bedensel belirtilerin eşlik etmesi daha yüksek erken nüks, intihar riskini arttırmaktadır. Hayati duygular, vücudun farklı bölgelerinde lokalize olan somatik etkilerdir. Hayati duygular normal deneyimlerimizin bedensel arka planını oluştururken, depresif bir ruh halinde ön plana çıkabilirler. Örneğin, depresif hastalar, tam olarak sıradan bir ağrı olarak değil, daha çok "başın etrafındaki bir bant gibi" dayanılmaz bir baskı olarak tanımlanan bir baş ağrısından çok sık şikayet ederler. Diğer rahatsız edici yaşamsal duygular göğüs veya karın bölgesini etkiler ve dikkat odağını tamamen emerek ağırlık, gerginlik, ağırlık veya İnhibisyon gibi hoş olmayan hislere aracılık eder. Oldukça benzer bir şekilde Dupré, bir depresif ruh hali dönemi sırasında vücudun belirli bölgelerinde normal fiziksel duygunun rahatsız edici, niteliksel bir değişikliği anlamına gelen "konestopatik durumlardan" söz eder. Tüm vücut parçalarının ve işlevlerinin değişebileceği ve tüm performanslarının baskılanabileceği küresel bir canlılık kaybıdır (161). Kurt Schneider, yaşamsal duygulardaki bu rahatsızlıkların siklotimik depresyonun özü olduğunu düşünmüştür. Psikopatolojik değerlendirmesinde bunlar, depresif hastalıkta çok önemli tanısal öneme sahip olduğunu, şizofrenide birinci sıradaki semptomlara aşağı yukarı eşdeğer olduğunu belirtmiştir (162). Kraepelin ile başlayan tanımlayıcı psikiyatri hekimliği depresif bozukluklara ruhsal ve bilişsel semptomlara öncelik tanımıştır. Bundan dolayı bedensel yakınmaları olan birçok hasta psikiyatri dışı hekimlere başvurmuştur. Sonuç olarak tedavi sağaltımında sorunlara neden olmuştur. Literatüre incelendiğinde klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bedenselleştirme ve depresyon arasındaki bağlantıyı kanıtlamaktadır. Bedenselleştirmenin en yaygın nedenlerinden birinin depresyon olduğu düşünülmektedir. Temel sağlık kuruluşuna başvuran hastaların yaklaşık yüzde 75'inin depresif şikayetlerinin daha çok bedensel şikayetlerle ilgili olduğu ve bununla ilgili doktor başvurusu olduğu belirtilmiştir (1). Bir klinik çalışmada Hamilton, depresif hastaların büyük çoğunluğunda somatik semptomların baskın olduğunu bildirmiştir

(163). Somatik semptomlar, özellikle somatik kaygı ve yorgunluk, majör depresyondan mustarip 260 kadın ve 239 erkekten oluşan bir örneklemin %80'ine kadarında belgelenmiştir. Bu çalışma, ağırlıklı olarak bedensel belirtiler ağırlıkta olan depresif bozuklukların hem yatarak hem de ayakta tedavide en yaygın depresyon biçimi olduğunu gösteren daha önceki çalışmaları doğrulamıştır (164). Hagnell ve Rorsman, birinci basamakta depresif hastalardaki somatik semptomların intihar riskleri açısından belirleyici önemini vurgulamışlardır (165). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yürütülen çok merkezli uluslararası çalışma (n =1146), hastaların üçte ikisinin depresif duygudurumlarını yalnızca somatik semptomlarla gösterdiğini ve yarısından fazlasının tıbbi olarak açıklanamayan birden fazla somatik semptomdan şikayet ettiğini doğrulamıştır (166). Başka bir birinci basamak çalışmasında, Kirmayer ve arkadaşları, depresif veya anksiyete bozukluklarını ezici bir çoğunlukta (%73) yalnızca bedensel belirtilerle gösteren hastalara ilişkin benzer bir bulguya ulaştı. Tespit edilen bedensel semptomlar, birinci basamak hekimine ilk başvurunun ana nedeniydi (167). ABD'de majör depresyon tanısı alan 573 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların üçte ikisi (%69) genel ağrı ve ağrılardan yakındı ve bu, ağrı semptomları ile depresyon arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermiştir (168). Bununla birlikte, birinci basamakta teşhis durumu sıklıkla kendisini biraz daha karmaşık olarak gösterir. Birçok hasta, klinik görüşmenin sonunda tıbbi olarak açıklanamayan ve ayrı bir depresif veya anksiyete bozukluğu için duygusal ve bilişsel kriterleri karşılamayan yalnızca bir veya birkaç somatik semptomla başvurur. Hastaların %50'den fazlasının bir pratisyen hekime veya ayakta tedavi kliniğine gitmesinin birincil nedeni tek somatik semptomlardır. %20 ila %25 kadarında, bu somatik semptomlar tekrarlayan veya kroniktir. Dikkatli bir tıbbi değerlendirmeden sonra açıklanamayan somatik semptomlar, semptomların türü ne olursa olsun genellikle psikiyatrik morbidite için yüksek risk taşır (169, 170).

Kirmayer ve Robbins'in yaptığı çalışmada birinci basamakta bedenselleştirmeyi üç ayrı formda değerlendirmişlerdir. Psikiyatrik hastalığın (bedensel belirti bozuklukları hariç) depresyon ve anksiyete ile bedenselleştirme arasındaki ilişkiyi vurgulamışlardır (117). Akiskal de, toplumdaki en sık affektif bozukluğun depresyon olduğunu, bununda en sık bedensel yakınmalarla ortaya çıkan depresyon olduğunu ifade etmiştir (171). Çeşitli bedenselleştirmenin depresif bozukluğu maskeleyiği de bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 14 ülkede toplam 15 merkezli bir çalışmada, bedenselleştirmenin yaygınlığının yüksek olduğunu belirtmiştir (172).

Başka bir araştırmada bedenselleştirmenin, depresif ve anksiyöz duygudurum yaşayan bireylerde yada öncede depresyon tanısı olan bireylerde daha fazla görüldüğünü belirtmiştir

(173). Yapılan bir çalışmada bedensel semptomların tekrarlayan depresyon ve anksiyete bozukluklarının ile bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir (174).

Barsky, depresyon hastalığı olan hastalarda bedenselleştirmenin olumsuz şemalarla bağlantılı olduğunu, kişilerin şimdiki ve gelecekteki duyumlarını daha negatif yönde değerlendirdiklerini bu konu üzerinde daha fazla düşündüklerini açıklamıştır. Depresyon ile bedensel duyumları büyütme arasında bir ilişki olduğu, bu hastalarda basit, hafif, sıradan duyumların rahatsız edici boyutta algılandığı düşünülmektedir (175).

Depresyon, Bibring' e göre depresif kişilerin narsistik ihtiyaçların yeteri kadar giderilemeyip, beklentilerinin yeteri kadar karşılanamaması ile ortaya çıkan bir hastalık olarak ifade etmektedir. Ayrıca bu kişilerin çevresinden ilgi görmek ve sevgi ihtiyaçlarını yeteri kadar karşılamak amacıyla mevcut hastalık halini kabullendiklerini, sık olarak bedensel şikayetler ortaya çıkardıklarını belirtmektedir (171).

Hamilton, depresyon ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiyi, depresif duygu ve düşünceleri hakim bireylerde bu duyumların bedensel stres durumunu artırarak kişilerin anksiyeteye bağlı bedensel şikayetlerinin olduğu görüşünü savunmaktadır (176).

Depresyondaki bedenselleştirmeyi limbik sistemde, noradrenalin ve serotonin işlevlerinde, adrenal, tiroid ve büyüme hormonu düzeylerindeki biyolojik değişikliklerle açıklamaya çalışmışlardır (176).

Depresyon ve bedenselleştirme arasındaki ilişki de immun sistem ve inflamatuvar yolların da rol aldığı öne sürülmektedir (177). Bedensel belirti bozukluğu ve depresyon hastalarında artmış proinflamatuvar yanıt tespit edilmiştir (178, 179).

Depresyonda birden fazla bedensel semptom ortaya çıkabilir. Bu semptomlara örnek verilecek olursa ağrı, kabızlık, ishal, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, göğüste baskı hissi, karın ağrısı, halsizlik, baş dönmesi gibi yakınmalardır. Özellikle ağrı depresyondaki en sık bedensel semptomdur. Ağrı kadınlarda sırt ve eklem gibi vücut ağrıları iken, erkeklerde baş ağrısı görülen en sık görülür. Başka bir çalışmada depresyon hastalarının yaklaşık yarısında baş ağrısı bulunurken, kronik ağrıda ise depresyon görülme sıklığı da yarı yarıyadır (171, 176). Başka araştırmalarda kriterler ele alındığında kronik idiyopatik ağrıda depresyon sıklığı %8-%50 oranındadır. Bir meta analizde ise depresyon tanılı hastalarındaki ağrı prevalansı %65 bulunmuştur. Kronik miyalji, özellikle gerilim tipi baş ağrısı, romatoid artrit, fibromiyalji gibi hastalıklar ile depresyon arasındaki bağlantı birçok çalışma ile ispatlanmıştır (180).

Major depresif bozukluğun bedensel şikayetlerle ortaya çıkmasının nedeni olarak kişinin karakteri, sosyal yaşam, kültür, özellikle kadın cinsiyet, genetik faktörler, aleksitimi,

hipokondriyak kaygı, nörotisizm ve negatif affektivite gibi kişilik örüntüleri, sosyal öğrenme gibi faktörler gösterilebilir.

2.3.2. Aleksitimi ve Bedensel duyuları Büyütme

Aleksitimi kelime anlamı olarak duygular için söz yokluğu demektir. Yunanca kökenli bir kelimedir. “A: yok, Lexis: söz, Thymos: duygu” anlamına gelen üç kelimenin birleşmesinden meydana gelmiştir. 1972’de Sifneos tarafından literatüre kazandırılmıştır (181, 182). “Aleksitimi” terimi, psikiyatri sözlüğüne 1970’ lerin başında Sifneos tarafından, bazı hastaların kendi duygularını tanımlama ve tanımlamada gösterdikleri güçlükleri özetlemek için girmiştir. Aleksitimik kişiler duyguları tanıma ve söze dökmekte güçlük yaşarlar. Bu kişiler hayal kurmada yetersizlik, iç uyaranlardan çok dış uyaranların ön plana alındığı dışa dönük düşünme şeklini kullanırlar. Ayrıca somut, faydacı ve ana dönük düşünme eğilimi şeklinde kişilik özelliklerine sahiptirler (183).

Aleksitiminin patofizyolojisinde korpus kallozum fonksiyon bozukluğu yer almaktadır. Bu disfonksiyon nedeniyle beyin yarım küreleri arasında bir kopukluk oluşur. Kopukluk sonucu duysal uyaranlar neokortekse ulaşamaz ve bilinçli duygusal yaşantılar oluşamaz (184).

Aleksitimi kendi içinde gelişimsel, davranışsal, genetik, sosyal öğrenme, psikodinami de dahil olmak üzere birçok etyolojik faktörü içinde barındırmaktadır. Nemiah aleksitiminin oluşumunda birçok faktörün yer aldığını öne sürmüştür (185). Aleksitimi kavramı ilk ortaya atıldığında psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak için kullanılmıştır. Daha sonraları bu kavramın sağlıklı bireylerde de görülebilen bir kişilik özelliği olduğu fikri öne sürülmüştür. Ayrıca aleksitimi psikosomatik hastalıkların haricinde birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu kabul edilmiştir. Yapılan toplum tabanlı çalışmalarında aleksitiminin %7 - %18 yaygınlıkta olduğu saptanmıştır (186, 187).

Literatürdeki çalışmalarda aleksitiminin duyguları tanımlamada kısıtlılık, bedensel duyular ile duyguları ayırt etmede zorlanma, içgözlem yoksunluğu, hayal kurma konusunda eksiklik ve sosyal uyum problemi olmak üzere beş alt başlık altında incelenmiştir (188). Taylor tarafından aleksitiminin alt boyutları duyguları tanıma ve tanımlama ile duygularla bedensel hisleri ayırtıramama, duygular konusunda başkalarıyla iletişim kuramama, içsel deneyimler yerine dışsal olaylara odaklanma ve hayal kurma konusunda yetersizlik olarak düzenlenmiştir (189, 190).

Aleksitimi ve bedenselleştirme üzerine yapılan literatürdeki çalışmalarda bedenselleştiren kişilerde aleksitimi oranı %64.2 olarak normal popülasyondan yüksek bulunmuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak aleksitiminin bedenselleştirmeye yatkınlık yaratan bir kişilik boyutu olduğu söylenebilir. Fakat her bedenselleştirme olgusunda aleksitimik özellik gözlenmediği gibi, her aleksitimik bireyde de bedenselleştirme görülmemesi nedeniyle, aleksitiminin bedenselleştirme için temel bir etiyolojik faktör olduğu düşünülmemelidir (191).

Taylor ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada 118 ruh sağlığı hastasında aleksitimi ve bedensel şikayetleri incelemişler ve aleksitimik özellik gösteren kişilerin daha fazla bedensel şikayetleri ifade ettikleri saptanmıştır. Ek olarak aleksitimik özellikleri olan kişilerin normal popülasyondaki kişilerden daha bağımlı kişilik özelliklerine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (192).

Sayar ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada depresyon ve bedensel belirtilerin ilişkisi değerlendirilmiş aleksitimi somatizasyon için belirleyici bir etken olarak bulunmuştur (193). Bir araştırmada 224 hasta değerlendirilmiş aleksitimi ve bedensel belirtiler arasında önemli bir bağlantı olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmada olumsuz duygulanımın da bedensel belirtiler ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak aleksitiminin duyguları tanıma ve ifade etme boyutu bedensel belirtilerle ilişki bulunurken somut düşünce/dışa yönelik düşüncenin boyutunun bedensel belirtiler ile ilişkisiz olduğu saptanmıştır (194).

Bedensel belirtiler ile başvuran 35 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların bedensel duyuları tanımakta zorlandığı bulunmuş aynı zamanda bu hastaların duyguları tanıma güçlüğüne de olduğu bulunmuştur (128).

İlk kez Barsky ve arkadaşları tarafından ifade edilen bedensel duyuları abartma kavramı bedenselleştirme kavramını açıklamak için temel etiyolojik bir faktör olarak ortaya atılmıştır. Bedensel duyuları abartma kavramı bedensel duyuları şiddetli, rahatsız edici ve tehlikeli algılama durumu olarak açıklanmıştır (195). Zayıf ve nadiren olan bazı duyulara seçici olarak yoğunlaşma mevcuttur. Bedensel duyuma artmış bir dikkat ve uyarılmışlık hali vardır (6).

Barsky ve arkadaşları, tarafından geliştirilen Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği nin amacı kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları abartmayı değerlendirmektir (195).

Depresyon ile bedensel duyuları abartmanın bağlantılı olduğu düşünülmektedir (196). Barsky depresyon hastalarının negatif yaşantılarının hastalıkla ilgili anıları geri çağırdığını, şimdiyi ve gelecek yaşamlarını sağlıklarını olumsuz değerlendirdiklerini, hastaların önemsiz duyuları rahatsız edici ve şiddetli algıladıklarını açıklamaktadır (175).

Barsky ve arkadaşları bedensel duyumları abartma ve depresyon arasında kuvvetli bir bağlantı bulmuştur (175). Sayar ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bedensel duyumları abartmanın, depresyona eşlik eden bedensel belirtiler için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (193).

Bedensel duyumları abartma, kişilik, çocuklukta öğrenilmiş özellikler, çevresel faktörler gibi nedenlere bağlı olabilir ve bunlara göre farklılık gösterebilir (196). Bedensel duyumları abartma ile aleksitimi arasında da ilişki olduğu düşünülmektedir (197-199). Farklı bir araştırmada kronik ağrı hastalarında bedensel duyumları abartmanın depresyon, anksiyete ve aleksitiminin en önemli tetikleyicisi olduğu belirlenmiştir (200).

2.4. PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ

2.4.1 Problem Kavramı

Problem kelimesinin anlamı kişinin bir amaca ulaşma sürecinde herhangi bir engellenmeyle karşılaştığı bir çatışma durumu olarak belirtilmektedir. Bireyler hayatları boyunca farklı problemlerle karşılaşır ve bu problemleri atlatmak için çözüm yolları aramaktadırlar (201). Problem kelimesinin kökeni Yunanca’ da “problema” kelimesinden gelmektedir. “Problema” kelimesi ise; öne çıkan engel anlamına gelen “proballo” kelimesinden türetilmiştir (202). Türkçe’ de “sor” kökünden türetilen “sorun” olarak ifade edilen problem, Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre; araştırılarak öğrenilmesi gereken, düşünülerek çözümlenmesi gereken ve bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, sorun olarak tanımlanmıştır. Mayer'e göre, herhangi bir durumda, bir amaç veya nesnel durumun yerine getirilmesi gerektiğinde ve öngörülebilir veya düzenli bir çözüm yöntemi olmadığında bir sorun oluşur (203).

Literatürde problem kavramı ile ilgili çeşitli tanımlamaların yapılmıştır. John Dewey problem kavramını, insanın zihnini karıştıran ve meydan okuyan, insanın inançlarını belirsiz hale getiren her şey olarak ifade eder (204). Bir canlının bir amacı olduğu halde bu amaca nasıl ulaşacağını bilemediği zaman bir problemin ortaya çıktığı kabul edilir. Heppner ve Krauskopf, insanların içsel ve dışsal istekleriyle ilgili olarak tepki verdikleri durum olarak problemi tanımlar (205). Cüceloğlu ise problemi, kişinin ulaşmak istediği amaçlar doğrultusunda ilerlerken önüne çıkan engeller olarak tanımlanmıştır (206). Karasar’ a göre problem, kişinin ulaşmak istediği amaçlar doğrultusunda ilerlerken önüne çıkan engellerdir. Ayrıca kişiyi

bedensel ya da zihinsel olarak hoşnut etmeyen, kafa karışıklığına sebep olan ve sonuca götürecek çeşitli çözüm yollarının olduğu her şey olarak tanımlamıştır (207). D' Zurilla ve Nezu problemi, 'etkili olmak veya uyum sağlamak için tepki gerektiren durum' şeklinde tanımlamaktadır (208). Literatüre bakıldığında problem birçok tanıma sahip olmasına rağmen benzer yönleri; yaşayan bireyler için günlük yaşantıda bir güçlük olması, bu bireylerin problemi çözmeye ihtiyaç duyması ve bireyin bu tarz problemlerle ilgili tecrübesinin yetersiz olmasıdır. Problem kavramının problem olarak atfedilmesi kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Her birey farklı çevresel ve genetik özelliklerle birlikte var olduğundan ayrı kişisel özelliklere sahip olur. Bu sebeple benzer gibi görülse de farklı bakış açılarına sahip bireyler aynı gibi görünen problem durumuna başka yorumlar getirecektir. Aynı problem durumuyla karşılaşan farklı bireyler duruma çok başka yönlerden bakıp birbirinden farklılaşan yorumlar getirecekleri için problemin ne olduğu da kişiden kişiye değişkenlik gösterecektir.

2.4.2. Problem Çözme Kavramı

Problem çözme; karşısına çıkan sorunların üstesinden gelmek için harekete geçmek, sorunları ortadan kaldırmak için çözümler bulmak ve bunun için çalışmaktır (209). Royce Ronning, 1973'ten itibaren ilk yazarla kişisel iletişim kurarak, danışmanların insanların zor ve stresli yaşam sorunlarıyla nasıl boğuştuğunu anlamalarının önemini vurgulamıştır (210). Problem çözme aslında basit veya karmaşık bir problemi çözmek için gözlem, anlama, akıl yürütme, sentez, değerlendirme gibi birçok becerileri içeren bir süreçtir. Problem çözme, Dewey'nin problem çözme üzerine yazdığı etkileyici kitabından bu yana bilimin odak noktası olmuştur. Problem çözmenin eğitim, bilim, ekonomi ve ruh sağlığı ile ilgili olduğu hemen algılandı. 1950'lerde ve 1960'larda problem çözmenin ilk odak noktası temel bilimdi ve su kavanozu veya sicim problemlerini çözmek gibi kişisel olmayan laboratuvar problemlerini kullanarak çeşitli koşullarda problem çözme incelendi (211). Problem çözme Heppner ve Krauskof'a göre bireyin bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerinin bir araya gelerek ortak bir tepki vermesidir (205). Bir amaç uğrunda hareket ederken karşılaşılan engelleri ortadan kaldırmak için çaba harcanan bilişsel, davranışsal ve duygusal faktörleri içeren sürece problem çözme süreci denir (212). 1960'larda ve 1970'lerde Shure, Spivack ve arkadaşları, uygulamalı problem çözmede doğrudan psikolojik uyuma odaklanan en eski ve en önemli programatik araştırmalardan bazılarını yürüttüler. Problem çözmeyi nispeten farklı düşünce süreçlerinin bir araya gelmesi olarak kavramsallaştıran Spivack ve Shure, problem çözme duyarlılığına,

alternatif çözüm fikirleri, gündelik hayattaki düşünme süreçlerine, kişiler arası problemlerde bilişsel problem çözme becerileri üzerine araştırmalara öncülük ettiler. Bu araştırma dizisi, örneğin, varsayımsal problemleri çözmek için üretilen alternatiflerin sayısının daha iyi çözümler geliştirmekle pozitif olarak ilişkili olduğuna ve genel olarak daha iyi psikolojik uyumla ilişkili olduğunu saptadılar (213). Anderson problem çözmeyi bir dizi bilişsel işlem gerektiren hedefe yönelik davranışlar olarak ifade eder (214).

D’Zurilla ve Goldfried tarafından problem çözme kavramı sorunları çözmek için çözüm yolları bulmak ve bu çözüm yolları arasından en doğru olanı bulma ihtimalini arttıran bir süreç olarak tanımlanmıştır. Problem çözme, kişinin görünen ya da var olan bir zorluğun farkına varması, sorun olan durumu incelemesi, olası çözüm seçeneklerini ifade edebilmesi ve bunları değerlendirebilmesi, değerlendirme sonrası gerekli bilgileri alıp gereksizleri çıkarabilmesi gibi pek çok durumu çözümleyebilme sürecini gerekli kılar. Ayrıca problem çözümü için de 5 aşamalı model sunulmuş bu aşamalar ise genel yaklaşım/belirleme, problemin tanımı ve formülasyonu, alternatiflerin üretilmesi, karar verme ve değerlendirme, doğrulama olarak sıralandırılmıştır (215). D’Zurilla ve Nezu, problem çözmeyi 'bireyin gündelik hayatında karşılaştığı belirli problemler için etkili veya uyarlanabilir çözümler belirlemeye veya keşfetmeye çalıştığı, kendi kendini yöneten bilişsel-davranışsal bir dönem' olarak tanımlanmıştır. Problem çözme süreci, etkili çözümler hakkında karar verme, seçme ve karar verme gibi bilişsel ve davranışsal boyutları içerir. Bu boyutların organizasyonunda ve uygulanmasında bireysel farklılıklar olabilir (216), bu da bireylerin karşılaştıkları sorunlara farklı tepkiler vermesine neden olur. Örneğin, problemlili bir durumda bireyler problem yokmuş gibi davranabilir, karar vermeyi erteleyebilir, başkalarından çözüm bulmasını isteyebilir ve/veya problemin kendi kendine çözülmesini bekleyebilir (217).

1970'lerde, farklı problemlerle ilişkili farklı stres seviyelerinin rolüne ek olarak odaklanıldı. Hem küçük hem de büyük problemlerin bir kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyebileceği daha sonra iyi bir şekilde belgelendi (218, 219). Yapılan çalışmalara göre kişilerin psikolojik uyumu ile problem çözme becerisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (209). Dolayısıyla kişinin psikolojik uyumluluğu problem çözme de çok önemli bir rol oynar. Kişilerin problemin çözmede yetersiz davranması veya emosyonel tepkilerini kontrol edememesi sebebiyle problem çözümünün başarısız sonuçlanmasına neden olmaktadır (209). Ayrıca problem çözme becerisinin psikolojik uyuma ek olarak bilişsel, duygusal ve davranışsal diğer faktörlerle de bağlantılı olduğu belirlenmiştir (220).

Problem çözme sürecinden bahsetmemiz için öncelikle sorunun kişi için problem olarak algılanması, problemin doğru algılanması, bireyin problemi çözmek için plan yapması ve bu planı uygulaması gerekmektedir.

2.4.3. Problem Çözme Aşamaları

Problemin çözümü, farklı yollar, farklı düşünceler ve çözüme ilişkin yeni bilgiler elde edebilmeyi kapsar. Sorunun çözümüne ulaşmaya çalışırken, kişilerin sorun olan durumla karşılaştığında kaçması, saldırgan davranışlar sergilemesi gibi olumsuz davranışlar yerine daha olumlu ve birlik duygusuyla birlikte çözüm üretmelidir. Problemin çözümüyle ilgili aşamalar, çözüm hedefinin ne olacağı ve hedefe varmaya ilişkin yolların belirlenmesiyle başlar. Bundan dolayı bireyler problem çözümüne ulaşmak için gerekli yolları aramaya çabalar. Birey bir taraftan çözüme ilişkin bilgi toplamaya çalışırken diğer taraftan karşılaşılabilecek problemlerle mücadele eder.

Problemin çözümüyle ilgili literatürde birbirinden farklı pek çok aşamanın olduğu görülmektedir. Problemin çözümüne ilişkin aşamalar ilk olarak John Dewey tarafından 1910 yılında başlamış olup kendisinden sonraki araştırmacılara ilham kaynağı olmuştur. Dewey' in problem çözme aşamalarında; birey problem durumunun farkında olmalı ve problemin çözümüne ilişkin büyük bir istek ve azim içerisinde olmalıdır, birey problemin varlığını fark etmeli ve problemle ilgili fikir yürütmelidir, problem olan durumla ilgili incelemeler yaparak veri toplamalıdır, ortaya atılan çözüm seçenekleri değerlendirilip geliştirilmelidir, problemin çözümüne ilişkin eylem planı gerçekleştirilmeli ve olabilecek çözümler uygulamaya koyulmalıdır.

Problem çözme aşaması, odaklanma, isteklilik, kuvvet ve düzenin bir arada bulunmasını gerekli kılan komplike bir süreci içerir. Sorun olan durumun bulunması var olan verilerin gözden geçirilmesi, yeni verilerin toplanması, toplanan bu bilgiler ile çözüm yollarının ortaya atılması ve birinin seçilip, uygulaması problem çözme aşamalarını oluşturur (221). Adair' e göre problem çözme aşamaları ise çözüm hedefine ilişkin bilgilerin ortaya koyulması, çözüme ilişkin yolların ortaya koyulması, uygun olan seçeneklerin saptanması ve en cazip çözüm planının seçilip uygulanması olarak belirtmiştir (222).

Cüceloğlu' na göre düşünce, var olan durumun anlaşılabilmesi adına gerçekleştirilen etkin, hedefe ilişkin sistematik bilişsel durum şeklinde tanımlanmıştır. Bu sebeple problemin çözümü için düşüncenin etkin kullanabilmesi önem arz etmektedir. Bunun içinde bazı aşamalar

vardır. Bu aşamalardan ilki problemin açıklanmasıdır. Daha sonrasında ise alternatif çözüm seçenekleri belirleme, olası seçeneklerin olumlu ya da olumsuz yönlerini değerlendirme, bir tane yöntemini seçip deneyerek değerlendirme aşamaları bulunmaktadır.

Problem çözme süreciyle ilgili pek çok farklı araştırma olmasının yanı sıra bilim insanlarının yapmış olduğu araştırmalar sonucu ortak kanıya vardıkları dört aşama ortaya atılmıştır. Bu aşamalar ise şu şekildedir (215).

1. Hazırlık aşaması: kişilerin problem olan durumla karşı karşıya kaldığı ilk aşamadır. Sorun olan durumun ne olduğu araştırılıp, açıklamalar yapılmalıdır. Farklı açılardan bakılıp, problem durumuna ilişkin bilgiler elde edilmeye çalışılır.
2. Kuluçka aşaması: kişi sorunun ne olduğunu kavradıktan sonra çözüme ilişkin fikir yürütür. Fakat bu çözüm aşaması ani ve hızlı olan bir şey değildir. Kişi çözümü düşünürken günlük yaşamını da bir yandan devam ettirir ve sonra tekrar çözüme yoğunlaşır.
3. Kavrama aşaması: Kuluçka aşamasında kişiler, problem durumuna yönelik veriler elde ederler. Kişi önceki bilgileri ile topladığı yeni bilgileri birleştirir. Süreç böyle devam ederken bilinç dışı da işler. Kişi bir anda yeni bir fikir bulur onu incelerken başka bir ipucuyla çözüme ulaşır.
4. Değerlendirme aşaması: Kişi bu aşamada bir önceki aşamadan elde ettiği çözüm yollarını test eder. Emin olduğu çözüm yöntemini seçer, var olan verileri ya aynı şekilde bırakır ya da ufak farklılıklarla toparlar. Değerlendirme sonrası çözüme ilişkin bilgiler eksik bulunursa da ikinci aşamaya tekrardan gidilir (215).

Özetle problem çözme aşamaları, ilk olarak problem durumunun saptanması ve açıklanmasına bağlıdır. Bunun yanı sıra yeteri kadar bilgiye sahip olunmalı ve alternatif çözüm yollarının ortaya koyulması, en uygun çözüm yolundan başlanarak sonuca ulaşmaya çalışılmalıdır. Bunun sonucunda sonuca varılmışsa süreç devam ettirilir, varılamamışsa farklı çözüm yollarına başvurulur.

2.4.4. Problem Çözmeye İlişkin Kuramlar

Problem çözme ile ilgili literatür incelendiğinde pek çok kuram ve kuramcı mevcuttur. Literatürde ön plana çıkan kuramcılar ise John Dewey, Alex Osborn, Karl Poper, Bandura, Mountrose ve Thorndike' dir.

2.4.4.1. John Dewey' in Yansıtımlı düşünce Kuramı

John Dewey' e göre yansıtımlı düşünce kavramı, herhangi bir fikirden ya da bilgidен etkin ve dengeli bir biçimde faydalanmaktır. Dewey' in aktardığına göre, yansıtıcı düşünce kuramı ile problem kavramı değerlendirilirken üç seviyede incelenir. Bunlar; problem hakkında yaratıcı akıl yürütme, farklı bir fikir ortaya koyma ve yaratmadan sonraki aşamadır. Var olan problemin ileriye götürülmesi, problemin varlığını fark etmek, sorunun net olarak anlaşılması ve problem olan duruma sebep olan durumların belirlenmesi ile gerçekleşir. Problemlle ilgili yaratıcı akıl yürütme sürecinde ise problem olan durumla ilgili farklı fikirlerin sunulması, olası çözüm seçeneklerinin gözden geçirilmesi, çözüme ulaştıracak bir yöntemin seçilip denenmesi, olumsuz durumda yeni başka birinin değerlendirilmesi gibi durumları kapsar. Farklı bir fikir ortaya koyma ve yaratmadan sonraki aşamada ise sorunun çözümüne götürecek yollar değişkenlik gösterebilir. Bu sebeple çözüm süreci her seviyede ortaya çıkabilir düşüncesi bulunmaktadır. Asıl önemli olan ise bilinenden bilinmeyene şeklinde ilerleyebilmektir (204, 223).

2.4.4.2. Alex Osborn ve Problem Çözme Yaklaşımı

Alex Osborn' un belirttiğine göre, etkili problem çözme süreci üç aşamadan oluşur. Bunlar durumun tespit edilmesi, yeni fikirler geliştirebilme ve sonuca ilişkin yol bulmadır. Durumun tespit edilmesi; problemin ne olduğunun anlaşılması ve hazırlık olarak ortaya çıkar. Problemin ne olduğunun belirlenmesi kısmında problem olan durum incelenirken, hazırlık kısmında ise probleme ilişkin veriler elde edilip incelenir. Yeni fikirler geliştirebilme; fikir ortaya koyabilmek ve bu fikri ileriye taşımak amaçlanır. Fikre ilişkin farklı alternatifler aranır ve en sağlıklı olanına karar verilir. Sonuca ilişkin yol bulma; bu aşamada ise var olan veriler incelenir ve uyarlanır. Öncelikle ortaya atılan fikirler değerlendirilir ve sonrasında kabul edilen fikrin uygulanması yer alır (224).

2.4.4.3. Karl Popper ve Problem Çözme Kuramı

Popper' e göre problemin çözümü öncelikle problemin ne olduğunun anlaşılması ve probleme neden olan şeylerin tespit edilmesiyle başlar. Problemi anlayabilmek için problemi parçalarına bölerek incelemek, parçalar arası ilişkiye bakabilmek ve akla uygun bir çıkarım yapmak gerekir. Popper' in kuramına göre problemin çözümüne ancak onu deneyimleyerek, çözmek için çaba sarf ederek ya da başaramayarak ulaşılabilir. Çözüm için yapılması gereken en önemli şey ise sorunun nereden kaynaklandığını tespit etmek olacaktır. Popper, problemin çözümüne ulaşabilmek için çözüme ilişkin denemelerin paylaşılması, eleştirilip değerlendirilmesi gerekliliğini ve ortaya çıkan sonuçlardan eleme yöntemiyle doğru olanın seçilmesiyle gerçekleştirilmesi gerektiğini söylemiştir (225).

2.4.4.4. Bandura'nın Problem Çözme Kuramı

Bandura problem çözmeyi, bireylerin başkalarının problem çözmeye ilişkin sergiledikleri tutum ve eylemler aracılığıyla öğrenildiğini ifade eder. Bandura ' nın kuramında ortaya koymuş olduğu kendine yeterlilik modeli kişilerin problem çözme becerilerinin kendi azmi ve sabrıyla ilişkili gerçekleşeceğini söyler. Bireyin kendi becerilerinin farkına varması eylemlerine yansıyacaktır. Bandura kişilerin farklı davranış şekilleri edinebilmesinde düşünce sürecinin de önemli olduğunu belirtmiştir. Bunun nedeni ise kişilerin benliklerine duydukları saygı, çözüm için adım atıp atmaması, çevresindeki bireylerin tepkileri sonucu isteğinden vazgeçip vazgeçmemesi bilişsel süreçle alakalı durumlardır. Özetle Bandura, bireyin kendi becerilerinin farkına varması problem çözme davranışının seyrini belirler der (226).

2.4.4.5. Mountrose ve Beş Aşamalı Problem Çözme Yaklaşımı

Mountrose, problem çözmeye ilişkin kuramında duygusal süreci beş aşama içerisinde incelemiştir. Mountrose, ebeveynlerin problemle karşılaşan çocuğa "o şekilde değil bu şekilde yapmalısın" şeklinde uyarı vermesi çocuğun problemle ilgili çaba sarf etmeden , doğrudan çözüme ulaşmasına ve kendi başına baş etme becerisi geliştiremeyeceği için problem çözme konusunda yetersiz kalıp , gelişemeyeceğini ifade eder. Mountrose' nin ifade ettiği beş aşama şunlardan oluşmaktadır: Problemi açıklama; çocuğa sorunun ne olduğu sorulup, özenle

dinlenerek anlamaya çalışılır. Duyguyu dile getirme; bu aşamada çocuk düşüncelerini, hislerini ifade etmeli ve ebeveynin de çocuğa kendisini ifade ederken yardımcı olması gerekir. Olumsuz düşünceyi saptama; problemin altında bulunan esas inanç saplanmaya çalışır. Olumlu düşünceyi saptama; çözüm ve değişim kurallarından hareketle olumsuz olan düşüncelerle olumlu olan düşüncelerin yerini değiştirmek gerekir. İleriyi hayal etmek; pozitif çevrilen düşünceler ve sorun olan durum tekrardan gözden geçirilip, ileride olası çıkabilecek problem durumunu da yerleşen bu inançla beyinde canlandırmaktır (227).

2.4.4.6. Thorndike ve Sınama-Yanılma Yoluyla Problem Çözme

Bu kurama göre, problem çözme sürecinde ortaya koyulan davranışlardan bir kısmının doyum sağladığını ve bu eylemi yerleşik bir biçime getirdiği, sergilenen hangi eylemin doyum sağladığını ise deneme-yanılma yoluyla belirlendiğini ortaya koymuştur. Sınama-yanılma yoluyla problem çözme çoğunlukla probleme ilişkin kaynaklara ulaşmada zorluk çekildiğinde ya da aralarında bağ kurulamayan problemlerin çözümünde tercih edilir (228).

2.4.5. Problem Çözme Becerisi

Problem çözme becerisi, bir kişinin problem çözme yönteminin hazır olmadığı sorunları anlarken ve çözerken bilişsel süreçlere dahil olma yeteneği olarak tanımlanır (229). Problem çözme becerisini etkileyen faktörler ise irade, duygular, yaratıcı zekâ ve fiil hepsi bir araya gelerek bütün oluşturur. Problem çözme becerisinin gelişmesi için pratik uygulamalar yapılmalıdır. Etkili olan ve etkili olmayan problem çözme, deneyimler sonucunda öğrenildiğinden dolayı etkili yolları öğrenmek ve öğretmek gerektiği söylenebilir. Problem çözme becerileri bireylerin olaylara bakış açıları, olayları algılama şekillerine bağlı olarak değişmektedir (229).

İnsanın karşılaştığı problemlere verdiği tepki, problemi nasıl çözdüğü ve çözümün sonucundan nasıl bir çıkarım yaptığı çözmesi gereken diğer problemlerin de belirleyicisi olmaktadır. Yaşam birçok duyguyu beraberinde barındıran inişleri ve çıkışları olan bireysel ve sosyal birtakım sorumlulukları içeren komplike bir süreci ifade etmektedir. Bu süreç içerisinde sağlıklı ilerleyebilmek için kişilerin problem çözme becerisine sahip olması ve olası karşılaşılabilecek sorunlara esnek çözümler getirebilmesi gerekmektedir. Problemleriyle başa

çıkamayan bir insan kendini stresli, kaygılı, umutsuz, mutsuz, değersiz, yetersiz hissedebilir bu durum tükenmişlik duygusunu da beraberinde getirebilecektir. (230).

Heppner ve Baker' e göre problem çözme becerisi gelişmiş bireylerin özellikleri şu şekildedir. Eleştiri becerisi gelişmiş, korkusuz, olaylara geniş açıdan bakabilen, yaratıcı fikirlere sahip, olumlu ve neşeli, fikirlerini çekinmeden belirten, yeniliklere açık, sorumluluklarının farkında olan ve benlik saygısı gelişmiş bireylerdir. Problem çözme becerisi gelişmemiş kişiler ise içsel huzuru olmayan, sosyal çevresiyle olan ilişkilerinde fazla hassas, takıntılı davranışlara sahip, kindar ve olumsuz eylemde bulunan bireylerdir (231)

Bireyin problemlili durumla karşı karşıya kaldığında takınacağı tutum ve problemlili olayı yönetebilme becerisi kendisine olan güveni ile yakından ilişkilidir. Çevresi ve kendisiyle ilgili sorunlarla karşılaşan kişi için problem çözme becerisi kadar kendisinin farkında olup, kendi davranışlarını da kontrol edebiliyor olması önemlidir. Benlik saygısı olumlu olan bireyler sorunlarıyla mücadele ederken sorunlara karşı daha olumlu yaklaşır, kendilerine güvenirler. Bu şekilde olumlu düşünen kişilerde işlevsel problem çözme becerisine sahip olurlar.

Aceleci yaklaşım; bireyin probleme aceleci yaklaşmasıdır, bu durum bireyin yanlış yapma ihtimalini arttırabilir. Düşünen yaklaşım; bireyin problemi çözerken problem üzerinde daha fazla düşünmesi ve doğru sonuca ulaşabilmesidir. Kendine güvenli yaklaşım; bireyin kendini güvenli ve yeterli olarak algılamasıdır böylece problemi çözme konusundaki başarı şansını arttırabilir. Kaçınan yaklaşım; bireyin problemin çözümü için herhangi bir çaba sarf etmemesidir ve bunun sonucu olarak problem çözümünden söz edilemez. Değerlendirici yaklaşım; bireyin problemi farklı bakış açılarıyla değerlendirmesi, probleme çözüm getirmeye çalışmasıdır ve bireyin problemin doğru çözümüne kavuşma ihtimalini arttırabilir. Planlı yaklaşım; bireyin problemi basamaklara ayırarak plan yapmasıdır ve bu durum bireyin problemi çözme ihtimalini arttırabilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, işlevsel problem çözme becerisine sahip olmayan bireylerin hayatının birçok alanında problemlerinin olduğu ve bireylerin psikiyatrik sağlığını olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Problem çözme becerisi yetersiz olan kişilerde, psikiyatrik bozuklukların görülme olasılığı artmaktadır (232).

Bireyin çevresinde bulunan kişilerle uyumlu sosyal ilişkiler sürdürebilmesi için işlevsel problem çözme becerisinin önemi büyüktür. Problem çözme kavramı ise farklılaşan durumlar ve olaylarla başedebilmek için gerekli bilişsel becerileri kapsar. Her problemin çözümü farklı bir bakış açısı gerektirir yani bazı problemler için deneme yanılma bazı problemler içinse mantıksal çerçeveyi oluşturabilmek önem kazanır. Bu sebeple problem çözme kavramı azim gerektiren ve amacın iyi belirlendiği durumları içerir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde yeterli problem çözme becerisine sahip olmayan bireylerin hayatlarının pek çok alanında sorunların olduğu ve kişinin ruh sağlığı üzerinden olumsuz anlamda etkiye sahip olduğu görülmektedir. Problem çözme becerileri yeterince geliştirilmediğinde veya etkin kullanılmadığında depresyon, kaygı, stres gibi psikolojik bozukluklar gelişebilmektedir (217). Ayrıca problem çözme becerileri, bireylerin stres algıları ve stres düzeyleri ile anlamlı düzeyde ilişkilidir (233, 234). Ayrıca problem çözme becerileri, olumsuz durumlarda bireyleri korumak için bir kalkan görevi görmektedir (235). Literatürdeki çalışmalar, stres ve problem çözme becerilerinin bağlantılı olduğunu göstermektedir. Problem çözme becerisi yetersiz olan kişilerde, ruh sağlığında bozulma ve patoloji görülme durumu olduğu ortaya çıkmıştır (232).

2.4.6. Problem Çözme Becerisini Etkileyen Faktörler

Bireylerin yaşamdan elde ettikleri doyum ile yaşama karşı bakış açılarının olumlu olmasında problem çözme becerileri oldukça önemlidir. Bu nedenle problem çözme, ruhsal iyilik halinin olmazsa olmazıdır. Kişilerin problem çözme becerisini etkileyen bazı faktörler vardır (236). Özgüven bunlardan bir tanesidir. Problem çözme ve özgüven bir döngü şeklinde birbiriyle ilişkilidir. Özgüvenli bireylerin problemi tanımaya, anlamaya ve çözmek için uğraşmaya daha yatkın oldukları, ayrıca problem çözme becerisinin de bireyin özsaygısının ve özgüvenin gelişmesini arttırdığı bilinmektedir (236). Problem çözme becerisine sahip bireylerin özgüven duygusunun geliştiği, problemleri çözmek için planlama yaptıkları saptanmıştır. Çeşit ve arkadaşlarının araştırmalarında problem çözme becerisi üzerinde özgüven ve kişisel girişkenlik gibi kişilik özelliklerinin etkili olduğu saptanmıştır Benlik saygısı yüksek olan kişilerin problem çözme becerisinin yeterli ve problem çözmede başarılı olabileceği düşünülmektedir. Başka bir araştırmada, öz saygısı yüksek olan ergen bireylerin problem çözme becerisinin daha yeterli olduğu gösterilmiştir.

Kişilerin yaşamdan elde ettikleri doyum ile yaşama karşı bakış açılarının olumlu olmasından problem çözme becerileri oldukça önem kazanmaktadır. Bu noktada problem çözme, ruhsal iyilik halinin olmazsa olmazıdır. Kişiler yaşamlarında karşılaştıkları zorlukların üstesinden ancak etkili problem çözme becerisi ile gelebilmektedir. Bunun içinde pozitif benlik algısının önemi büyüktür. Olumlu benliğe sahip bireyler, karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelebileceklerine olan inançları ve kendilerine olan güvenleri olumlu özellikler taşıdığı için daha doğru bakış açısıyla çözüm üretebilirler.

Bireysel özellikler problem çözme becerisi açısından önem arz etmektedir. Üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen bir araştırmada öğrencilerin kişisel özellikleri ile sosyal uyumları ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarından da anlaşılacağı üzere, sosyal anlamda olumlu ilişkiler kurabilen bireyler bireysel gelişimlerine katkı sağlayacak ve işlevsel problem çözme becerisine sahip olacaklardır. Problem çözümünü etkileyen diğer bireysel özellikler ise yaş, probleme ilişkin bilgi sahibi olma, problem durumuna hazır olma, bireyin sağlık durumu, probleme ilişkin algı, problemin çözümünün kişiye katacakları ile kişisel özelliklerdir. Kişinin istekliliği, benlik saygısı, çevresi tarafından onaylanması, tahammül gücü, motive olması gibi duyuşsal özelliklerde etki eden faktörler içerisinde sayılabilir.

Problem çözme becerisi düşük olan bireylerin, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, duygusal problemlerinin daha fazla, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz oldukları belirtilmiştir. Etkili problem çözme becerisi olan kişilerin problem karşısında daha az depresyon ve daha az kaygı yaşadıkları, içsel kontrollerinin daha güçlü olduğu saptanmıştır. Ayrıca, etkili problem çözme becerisine sahip olamamak; strese ve psikolojik sorunlara sebep olacağı ve özellikle genç bireylerde saldırganlık, davranış bozuklukları, madde kullanımı gibi sorunlara yol açabildiği gösterilmiştir (237).

Problem çözme becerisi için önemli diğer bir faktörde zekâ ve olumlu içsel motivasyondur. Kişinin çözüme ulaşmak için istekli olması motivasyonunu olumlu olarak etkileyeceği için sağlıklı bakış açısına sahip olmasını sağlayacaktır. Bu durumda bireyin çözüme ilişkin daha rahat adım atmasına sebep olur. Zekâ seviyesinin yüksek olması ise problemin çözümünün somut halidir. Bu sebeple yüksek zekâ işlevsel problem çözümü için önemlidir. Bunun dışında duygusal zekâ ve kişinin kendi özüne dönük olması da problem çözümü için oldukça önemlidir. Duygusal zekâsı yüksek olan kişi, isteklerinin, kapasitesinin, eksik yanlarının farkında olur. Ayrıca sağlıklı ilişkiler kurabilme, duygusal ihtiyaçlarının farkında olup yönetebilme becerisi de duygusal zekanın sağladığı diğer özelliklerdir (238).

Bireylerin erken çocukluk döneminde kazandığı deneyimler kazandığı deneyimler, topladığı yaşamsal veriler ileriki yaşamına yansıyacaktır. Geçmiş deneyimler bireye, olaylara bakış açısı kazandıracak, farklı çözüm yöntemleri edinebilmesini sağlayacak, problemle ilgili eleştiri ve yorum becerisi kazandırması açısından önemlidir. Bu kazanımlar bireyin işlevsel problem çözme becerisi geliştirebilmeleri açısından önem kazanmaktadır. Kişinin geçmiş deneyimleri bireysel özelliklerinin oluşmasını belirleyecektir. Kişinin bakış açısı, tutum, istekleri ve inandığı şeylerin belirmesinde geçmiş deneyimlerini kullanacak, edindiği bilgi ve beceriyle çözüme ulaşmaya çalışacaktır.

Problem çözme becerisinde aile tutumu da önemli bir yer tutmaktadır. Gelişim sürecinde kalıtım kadar çevre de etkilidir. Özellikle en önemli çevrenin aile olduğu belirtilmektedir. Çocukların ruhsal ve emosyonel durumları problem çözme becerileri ile yönlendirilir fakat aile zaman geçtikçe problem çözebilme eğilimini çocuktan kendi üzerine alır ve kendilerine bağımlı hale getirirler (69). Böylece çocuklar problemlerin çözümünde ebeveynleriyle ihtiyaç duyarlar. Ebeveyn sorun çözme becerisini ona kazandırmalı, uygun ortamın hazırlanmalı ama bu ortama müdahale etmemelidir (66) (69). Ebeveynler çocukların problemleri çözebilmesi için uygun ortamı hazırlamalı ama bu ortama müdahale etmemelidir (66).

Arslan ve Kabasakal yaptıkları çalışmalarında öğrencilerden anne ve babalarını demokratik olarak düşünenlerin, otoriter olarak düşünenlere göre problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (239). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ebeveynlerin demokratik davranma düzeyi arttıkça çocukların problem çözme becerilerinin arttığı sosyal kaygılarının ise düştüğü tespit edilmiştir. Anne ve babasını koruyucu olarak algılayan kişilerin problem çözme konusunda kendilerini aceleci olarak görebilmektedirler (240).

2.4.7. Problem Çözme ve Depresyon

Literatür incelendiğinde problem çözme becerisinin, kişilerin sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi ve sağlıklı bir ruh sağlığı için elzem olduğu belirtilmiştir. Problem çözme becerisi ile ruh sağlığı arasında önemli bir ilişki vardır (241). Günlük hayatta sosyal veya kişilerarası sorunlarla sık sık karşılaştığımız düşünüldüğünde, bu sorunları etkili bir şekilde çözme yeteneği hem başkalarıyla olan ilişkilerimiz için hem de ruh ve zihinsel sağlığımız için önemlidir (242). Problem çözmedeki eksiklikler, depresyonun merkezi bir özelliğidir. Priester ve Chun, depresif bireylerin, depresif olmayan sağlıklı bireylere kıyasla sosyal bir soruna karşı olumsuz bir yönelim sergilediklerini bulmuşlardır (243). Ayrıca, Watkins ve Baracaia' nın yaptıkları çalışma (244) ile Goddard, Dritschel ve Burton' nun yapmış oldukları çalışmaya (242) göre depresif bireylerin problem çözme sırasında daha az etkili adım ürettiklerini ve önerilen çözümlerinin depresif olmayanlara göre daha az etkili olduğunu bulmuşlardır.

Literatür incelendiğinde yapılan araştırmaların çoğunda problem çözme becerisinin depresyon ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda problem çözme becerisinin, olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Nezu ve

arkadaşlarının bir çalışmasında yüksek stres düzeyi altında olan problem çözmede etkili bireylerin, aynı stres düzeyine sahip fakat problem çözme becerilerinde etkisiz bireylere göre daha az depresif belirti bildirdikleri saptanmıştır (245).

Nezu ve Ronan' ın yaptıkları bir prospektif çalışmada ise problem çözme becerisinin olumsuz yaşam stresörlerden kaynaklı depresif belirtiler yaşanması olasılığı üzerindeki rolü araştırılmış, problem çözmede etkili beceriye sahip olmanın depresif belirtilerin ortaya çıkmasını engellediği görülmüştür (246).

Özellikle gençlerde görülen fakat yaşlı popülasyonda da görülen depresyonun tedavisinde kullanılan bir yöntem de problem çözme terapisi (247). Problem çözme aslında sosyal problem çözme olarak da adlandırılmaktadır. Problem Çözme Terapisi (PST), problem çözüme yeteneğini geliştirerek zihinsel sağlık zorluklarını hafifletmek için 1970'lerde D'Zurilla ve Goldfried tarafından geliştirilen terapötik bir yaklaşımdır. Kavramsal olarak Sosyal Öğrenme Teorisine dayanan PST, danışanların problemlere karşı iyimser ve kendine güvenli bir tutum (yani, olumlu bir sorun yönelimi) geliştirmelerine yardımcı olarak ve dört temel PS becerisini geliştirmelerine ve içselleştirmelerine yardımcı olarak uyarlanabilir problem çözme teşvik etmeyi amaçlar: (a) sorunu tanımlama; (b) olası çözümler için beyin fırtınası yapmak; (c) çözümleri değerlendirmek ve en umut verici olanı seçmek; (d) tercih edilen çözümü uygulamak ve sonucu yansıtmak. Problem çözme eğitimi, gençlerin ilişki sorunlarını anlamalarına ve çözmelerine yardımcı olmaya odaklanır (248-250).

2.4.8. Problem Çözme ve Bedensel Belirtiler

Literatür incelendiğinde problem çözme becerisi ile bedenselleştirme ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma olduğu saptanmıştır. Literatürdeki kısıtlı sayıdaki çalışmalardan bir tanesi de Çiftçi tarafından kalp krizi geçiren hastalardaki problem çözme becerisi ve psikiyatrik semptomlarla arasındaki bağlantıyı değerlendiren araştırmadır. Çalışmaya 81 miyokard enfarktüsü geçirmiş hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında hastaların somatizasyon düzeyleri ile problem çözme envanteri alt ölçeği olan kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Dolayısıyla somatizasyon düzeyi arttıkça hastaların kendine güvenli yaklaşım özelliğinin azaldığı saptanmıştır (230, 251). Ayrıca literatürde bedenselleştirmenin tedavisinde problem çözme terapisi de kullanılmaktadır (252). Yaşam streslerinin açıklanamayan fiziksel semptomların gelişmesine katkıda bulunduğu dair kanıtlar göz önüne alındığında, problem çözme terapisi bu hastalar için uygun bir tedavi

olmalıdır. Problem çözme yaklaşımı, duygusal semptomların genellikle yaşam problemlerinden kaynaklandığı şeklindeki yaygın gözleme dayanır. Tedavi, hastaları hem psikolojik hem de pratik olarak bu tür problemlerle başa çıkmanın yollarını formüle etmeye teşvik eder. Hastalar hem mevcut hem de gelecekteki problemlerle başa çıkmak için kendi becerilerini ve kaynaklarını kullanmayı öğrenirler (252).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Bu çalışmaya **01.03.2021-01.03.2022** tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine depresif yakınmalar ile ardışık sıra ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı alan ardışık 200 hasta dâhil edilmiştir. Bu çalışmada katılımcılara yazılı bir bilgi formu verilmiştir.

Aşağıda sıralanan ölçütleri karşılayan hasta grubu çalışmaya dâhil edilmiştir.

- Açıklanan bilgi formunu okuyup çalışmayı kabul edenler,
- 18-65 yaş arasında olanlar,
- Eğitim durumu uygun, okuduğunu anlayan en az ilkokul mezunu olanlar,
- Son altı aydır psikotrop ilaç tedavisi almayanlar,
- Ek tıbbi, nörolojik hastalığın olmaması,
- Alkol veya madde kullanım bozukluğunun olmaması,
- Gebe ve emzirme döneminde olmaması,
- Görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunmaması,

Aşağıda sıralanan kriterleri gösteren kişiler bu çalışmaya alınmamıştır.

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olanlar,
- Eğitimsiz, okuma yazma bilmeyenler,
- Son altı ayda psikotrop ilaç tedavisi alma,
- Ek tıbbi, nörolojik hastalığın olması,
- Alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması,
- Gebe ve emzirme döneminde olması,
- Görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunması
- Çalışmaya katılmak istemeyenler
-

3.2. Etik Kurul Onayı

Çalışma öncesi Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 25.02.2021 tarihinde 2021/38 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden gerekli izinler alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Gereçleri

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri (hastanın kullandığı ilaç, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, belirli bir hekim ya da kurum tarafından düzenli olarak izlenip izlenmeme vb.) gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri konusunda bilgi edinmek amacıyla, literatür bilgilerinden yararlanılarak, çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bir anket formu kullanılmıştır.

3.3.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV):

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir (253). 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırıcı sorular yer almaktadır. 10 modülden oluşmaktadır. Bu modüller anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırıcı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. Görüşmeciler arası güvenilirliğinde kappa katsayıları 0.65 ile 1.00 arasında saptanmıştır ve tümü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SCID-5 ağır bilişsel kusuru, ağır psikotik belirtileri, ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü bireylerde uygulanabilir. Bilgi kaynakları hastanın kendisi, hastanın ailesi ve yakınları, sağlık ekibi, tıbbi kaynaklar ve gözlemlerdir. Gerekli görülürse ek bilgiler ışığında düzeltme yapılabilir ve birden fazla oturumda tamamlanabilir. Ortalama uygulama süresi 40-60 dakikadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (254).

3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Hamilton tarafından 1960 yılında depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerin faktör analizi sonucunda geliştirilmiştir. 1967’de Hamilton tarafından gözden geçirilerek son şekli verilen ölçek, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (122). 17 madde şeklinde modifiye edilerek günümüzde kullanılmakta olan ölçek toplam 0-53 arasında değişmekte olup içgörü, kilo kaybı, somatik belirtiler, cinsel istek, sabah erken uyanma, gece yarısı uyanma, uykuya dalma güçlüğü gibi maddeler 0-2 puan, diğer maddeler 0-4 likert tipi puan alarak değerlendirilmektedir. Toplam puan 8-15 arası hafif şiddette depresyonu, 16-28 puan arası orta şiddette depresyonu, 29 ve üzeri puan ise ağır şiddette depresyonu göstermektedir. Bu çalışmada, değişik belirti sayısı içeren formları arasından 17 sorudan oluşmuş olanı kullanılmıştır. Derecelendirmede likert tipi bir puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1966 yılında yapılmıştır ve değerlendiriciler arası iç tutarlılık katsayısı 0,87-0,98 aralığında bulunmuştur (255).

3.3.4. Problem Çözme Envanteri (PÇE):

Heppner ve Petersen tarafından 1982 yılında geliştirilen ölçek kişilerin problem çözme becerileri konusunda kendilerini nasıl algıladıklarını değerlendirir. Likert tipi bir ölçektir ve 35 maddeden oluşur. “Her zaman böyle davranırım” ile “hiçbir zaman böyle davranmam” şeklinde 1-6 arası puanlanır. Ölçek puanlanırken 9, 22 ve 29 numaralı maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34 numaralı maddeler ters olarak puanlandırılır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 192’dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Problem çözme envanterinden elde edilen puanın düşük olması problem çözme becerisinin yüksek olduğunu, yüksek olması ise problem çözme becerisinin düşük olduğunu gösterir. Yapılan faktör analizi sonucu ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar; Aceleci Yaklaşım 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 32. maddelerden, Düşünen Yaklaşım boyutu 18,20,31, 33,35. maddelerden, Kaçınan Yaklaşım boyutu 1, 2, 3, 4. maddelerden, Değerlendirici Yaklaşım boyutu 6, 7, 8. maddelerden, Kendine Güvenli yaklaşım boyutu 5, 23, 24, 27, 28, 34. maddelerden ve Planlı Yaklaşım boyutu 10, 12, 16, 19. Maddelerden oluşmaktadır. Problem çözme envanteri alt boyutlarından olan düşünen,

değerlendirici, kendine güvenli ve planlı yaklaşımlar olumlu davranışları, aceleci ve kaçınan yaklaşımlar olumsuz davranışlar olarak değerlendirilir. Olumlu yaklaşımlarda alınan puanların düşüklüğü ilgili yaklaşımı daha fazla kullanıldığı, olumsuz yaklaşımlarda ise puanların düşüklüğü ilgili yaklaşımın daha az kullanıldığı anlamına gelmektedir (256). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (257). Türkiye'deki uyarlama çalışmaları, PÇE' nin geçerlik ve güvenilirlik katsayılarının özgün formuyla büyük benzerlik göstermektedir. Ölçeğin tümü için elde edilen Crobach Alfa iç tutarlılık katsayısı .90, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.72 ile 0.85 arasında olarak hesaplanmıştır (209).

3.3.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE):

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçeğin amacı depresyon açısından riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içeren bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi 0-3 arasında giderek artan puanlandırması mevcuttur. Puan aralığı 0-63 arasında değişir. Toplam puanın yüksek olması depresyonun şiddetini göstermektedir (258). Ülkemizde Hisli tarafından 1989 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (259).

3.3.6. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ):

Kişinin normal bedensel duyumlarını büyütmesini araştıran ölçektir. Hastalar tarafından her madde için likert tipi, 1-5 arası puan verilen, 10 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (6). Maddelerin çoğu bir hastalık belirtisi olamayan fakat rahatsız edici bedensel duyumları içermektedir. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir. Barsky ve arkadaşları tarafından 1988 yılında bedenselleştirmeyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sayar ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak bildirilmiştir (260).

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 paket programı ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ile özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım kontrolü basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için bağımsız iki grubun ortalamaların karşılaştırılması için parametrik testlerden Student t testi ve ikiden fazla bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırması için ise ANOVA kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare analizi ile araştırıldı. Bu analiz sonucunda elde edilen Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için korelasyon analizi yapıldı ve pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Tüm karşılaştırmalar için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, yeni tanı koyulan ve daha önce hiç psikiyatrik tedavi almayan 200 MDB tanılı hasta seçildi. Araştırmada katılımcıların sosyodemografik verileri tablo 1 de verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	N	%
	(Ort±SS)	38,61±12,68
Yaş Aralığı	18-25	48
	26-40	56
	41-50	58
	51-65	38
		19
Cinsiyet	Kadın	133
	Erkek	67
Medeni Durum	Evli	113
	Bekar	78
	Boşanmış	6
	Dul	3
		1,5
Eğitim Durumu	İlkokul	56
	Ortaokul	21
	Lise	55
	Yüksekokul	68
Meslek	Kamu	23
	Özel	25
	Serbest	24
	Emekli	6
	İşsiz	122
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	37
	Asgari Ücret	70
	Asgari Ücretin iki katı	69
	Asgari Ücretin üç katı	24
Yaşadığı Yer	Kırsal	47
	Kentsel	153
Yaşadığı Kişiler	Eşi ve Çocukları	107
	Anne ve Babası	84

	Yalnız	7	3,5
	Bakıcı	2	1
Aile Tipi	Geniş Aile	49	24,5
	Çekirdek Aile	151	75,5
Bedensel Belirti	Var	111	55,5
	Yok	89	44,5

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 1' e göre, araştırmaya katılan ve verileri geçerli olan 200 kişi bulunmaktadır. 200 kişinin %24'ü (n=48) 18-25 yaş, %28'i (n=56) 26-40 yaş, %29'u (n=58) 41-50 yaş, %19'u (n=38) 51-65 yaş aralığındadır. Katılımcıların %66,5'i (n=133) kadın, %33,5'i (n=67) erkekti. Medeni durumları değerlendirildiğinde %56,5'u (n=113) evli, %39'u (n=78) bekar, %4,5'u (n=9) ise dul / boşanmıştı. Eğitim durumlarında; %28'sinin (n=56) ilkökul, %10,5'unun (n=21) ortaokul, %27,5'unun (n=55) lise, %34'ünün (n=68) ise üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Meslek grupları incelendiğinde; %11,5'unun (n=23) kamuda, %12,5'unun (n=25) özel sektörde, %12'sinin (n=24) serbest olarak çalıştığını, %3'ünün (n=6) emekli ve %61'inin (n=122) işsiz olduğu tespit edildi. Gelir düzeyleri incelendiğinde; %18,5'unun (n=37) asgari ücret altında, %35'inin (n=70) asgari ücret, %34,5'unun (n=69) asgari ücretin iki katı, %12'sinin (n=24) asgari ücretin üç katı gelirin olduğu saptandı. Yaşanan yer durumuna bakıldığında; %23,5'unun (n=47) kırsal, %76,5'unun (n=153) kentsel bölgeydi. Aile tipi değerlendirildiğinde; %24,5'unun (n=49) geniş aile, %75,5'unun (n=151) çekirdek aileye sahipti. Yaşadığı kişiler incelendiğinde; %53,5'unun (n=107) eşi ve çocukları ile, %42'i (n=84) anne ve babası ile, %1'i (n=2) bakıcı ile, %3,5'u (n=7) yalnız yaşamaktaydı. Bedensel belirti durumuna bakıldığında %55,5'inin (n=111) bedensel belirtisi vardı, %44,5'inin (n=89) bedensel belirtisi yoktu.

Tablo 2. Bedensel belirti varlığına göre olguların sosyodemografik özellikleri

		Bedensel Belirtisi Olan (n=111)		Bedensel Belirtisi Olmayan (n=89)	
		<i>N</i>	<i>%N</i>	<i>N</i>	<i>%N</i>
Yaş	(Ort±SS)	42,4±12,8		34,8±12,0	
	Min	18		18	
	Max	65		64	
Cinsiyet	Kadın	81	73	52	58,4

	Erkek	30	27	37	41,6
Medeni Durum	Evli	63	56,8	50	56,2
	Bekar	40	36	38	42,7
	Boşanmış	6	5,4	0	0
	Dul	2	1,8	1	1,5
Eğitim Durumu	İlkokul	37	33,3	19	21,3
	Ortaokul	12	10,8	9	10,1
	Lise	35	31,5	20	22,5
	Yüksekokul	27	24,3	41	46,1
Meslek	Kamu	11	9,9	12	13,5
	Özel	11	9,9	14	15,7
	Serbest	15	13,5	9	10,1
	Emekli	3	2,7	3	3,4
	İşsiz	71	64	51	57,3
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	26	23,4	11	12,4
	Asgari Ücret	38	34,2	32	36
	Asgari Ücretin iki katı	36	32,4	33	37,1
	Asgari Ücretin üç katı	11	9,9	13	14,6
Yaşadığı Yer	Kırsal	29	26,1	18	20,2
	Kentsel	82	73,9	71	79,8
Yaşadığı Kişiler	Eşi ve Çocukları	58	52,3	49	55,1
	Anne ve Babası	46	41,4	38	42,7
	Yalnız	6	5,4	1	1,1
	Bakıcı	1	0,9	1	1,1
Aile Tipi	Geniş Aile	30	27	20	22,5
	Çekirdek Aile	81	73	69	77,5

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum

Bedensel belirtinin eşlik ettiği MDB tanısı konulan hasta grubunun yaş ortalaması $42,4 \pm 12,8$ (min:18-max:65) yıl olup, %73'si (n=81) kadın, %27'ü (n=30) erkekti. Medeni durumları değerlendirildiğinde %57'si (n=57) evli, %35'i (n=35) bekar, %8'i (n=8) ise dul / boşanmıştı. Eğitim durumlarında; %34'ünün (n=34) ilkokul, %11'inin (n=11) ortaokul, %32'sinin (n=32) lise, %23'ünün (n=23) ise üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Meslek grupları incelendiğinde; %10'unun (n=10) kamuda, %10'unun (n=10) özel sektörde, %12'sinin (n=12) serbest olarak çalıştığını, %3'ünün (n=3) emekli ve %65'inin (n=65) işsiz olduğu tespit edildi. Gelir düzeyleri incelendiğinde; %23'ünün (n=23) asgari ücret altında, %35'inin (n=35) asgari ücret, %34'ünün (n=34) asgari ücretin iki katı, %8'inin (n=8) asgari ücretin üç katı gelirinin olduğu saptandı. Yaşanan yer durumuna bakıldığında; %27'si (n=27) kırsal, %73'ü

(n=73) kentsel bölgeydi. Aile tipi değerlendirildiğinde; %28'i (n=28) geniş aile, %72'si (n=72) çekirdek aileye sahipti. Yaşadığı kişiler incelendiğinde; %52'si (n=52) eşi ve çocukları ile, %41'i (n=41) anne ve babası ile, %1'i (n=1) bakıcı ile, %6'sı (n=6) yalnız yaşamaktaydı.

Bedensel belirtinin eşlik etmediği MDB tanısı konulan hasta grubunun yaş ortalaması $34,83 \pm 12,05$ (min:18-max:64) yıl olup, %61,8'u (n=55) kadın, %38,2'i (n=34) erkekti. Medeni durumları değerlendirildiğinde %56'sı (n=56) evli, %43'ü (n=43) bekar, %1'i (n=1) ise dul / boşanmıştı. Eğitim durumlarında; %22'sinin (n=22) ilkokul, %10'unun (n=10) ortaokul, %23'ünün (n=23) lise, %45'inin (n=45) ise üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Meslek grupları incelendiğinde; %13'ünün (n=13) kamuda, %15'inin (n=15) özel sektörde, %12'sinin (n=12) serbest olarak çalıştığını, %3'ünün (n=3) emekli ve %57'sinin (n=57) işsiz olduğu tespit edildi. Gelir düzeyleri incelendiğinde; %14'ünün (n=14) asgari ücret altında, %35'inin (n=35) asgari ücret, %35'inin (n=35) asgari ücretin iki katı, %16'sının (n=16) asgari ücretin üç katı gelirinin olduğu saptandı. Yaşanan yer durumuna bakıldığında; %20'si (n=20) kırsal, %80'i (n=80) kentsel bölgeydi. Aile tipi değerlendirildiğinde; %21'i (n=21) geniş aile, %79'u (n=79) çekirdek aileye sahipti. Yaşadığı kişiler incelendiğinde; %55'i (n=55) eşi ve çocukları ile, %43'ü (n=43) anne ve babası ile, %1'i (n=1) bakıcı ile, %1'i (n=1) yalnız yaşamaktaydı (Tablo-2).

Hastaların HAM-D, BECK-D, BDAÖ ve PÇE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı tablo 3 de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların HAMD ölçeği puan ortalaması $18,9 \pm 7,6$ BECKD ölçeği puan ortalaması $24,6 \pm 9,2$ ölçeği puan ortalaması $28,9 \pm 7,3$ bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların PÇE toplam ölçek puan ortalaması $106,5 \pm 23,1$ aceleci yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $29,3 \pm 8,1$ düşünen yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $14,9 \pm 6,2$ kaçınan yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $13,8 \pm 4,6$ değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $8,3 \pm 4,4$ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $19,7 \pm 6,2$ planlı yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $12,4 \pm 5,1$ olarak bulunmuştur (Tablo-3).

Tablo 3: Katılımcıların ölçek ve ilgili alt boyutların puan ortalamalarının analizi

	<i>N</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
HAMD	200	18,97	7,61	8,00	48,00
BECKD	200	24,67	9,26	10,00	49,00
BDA	200	28,99	7,30	12,00	45,00
PÇE	200	106,59	23,11	49,00	169,00
Aceleci Yaklaşım	200	29,30	8,13	11,00	50,00

Düşünen Yaklaşım	200	14,96	6,26	5,00	37,00
Kaçınan Yaklaşım	200	13,81	4,69	4,00	24,00
Değerlendirici Yaklaşım	200	8,37	4,44	3,00	18,00
Kendine Güvenli Yaklaşım	200	19,77	6,28	6,00	35,00
Planlı Yaklaşım	200	12,47	5,12	4,00	24,00

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum

Bedensel belirtisi olan MDB hastaları ile bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının cinsiyet açısından ilişkisi tablo 4' de değerlendirilmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hasta grubunun cinsiyetinin %73'ü (n=81) kadın, %27'si (n=30) erkekti. Bedensel belirtisi olmayan MDB hasta grubunun cinsiyetinin %58,4'ü (n=52) kadın, %41,6'i (n=37) erkekti. Tüm MDB hastalarının cinsiyetinin %66,5'i (n=133) kadın, %33,5'si (n=67) erkekti. Çalışmaya katılan kadın hasta grubunun %60,9'unun bedensel belirtisi varken %39,1'inin bedensel belirtisi yoktu. Çalışmaya katılan erkek hasta grubunun %44,8'inin bedensel belirtisi varken %55,2'sinin bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p=0,022). MDB hastalarında bedensel belirti ile medeni durum ilişkisi tablo 4' de incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %56,8'i (n=63) evli, %36'sı (n=40) bekar, %5,4'ü (n=6) boşanmış, %1,8'i (n=2) duldur. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %56,2'si (n=50) evli, %42,7'si (n=38) bekar, %1,1'i (n=1) duldur. Evli olan 113 katılımcının %55,8'inin bedensel belirtisi varken %44,2'sinin bedensel belirtisi yoktur. Bekar olan 78 katılımcının %51,3'ünün bedensel belirtisi varken %48,7'sinin bedensel belirtisi yoktu. Boşanmış olan 6 katılımcının %100'ünün bedensel belirtisi vardı. Dul olan 3 katılımcının %66,7'sinin bedensel belirtisi varken %33,3'ünün bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,137). MDB hastalarında bedensel belirti ile eğitim durumu ilişkisi tablo 4' da incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %33,3'ü (n=37) ilkokul, %10,8'i (n=12) ortaokul, %31,5'i (n=35) lise, %24,3'ü (n=27) yüksekokul mezunudur. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %21,3'ü (n=19) ilkokul, %10'i (n=9) ortaokul, %22,5'i (n=20) lise, %46,1'i (n=41) yüksekokul mezunudur. İlkokul mezunu olan 56 katılımcının %66,1'inin bedensel belirtisi varken %33,9'unun bedensel belirtisi yoktu. Ortaokul mezunu olan 21 katılımcının %57,1'ünün bedensel belirtisi varken %42,9'unun bedensel belirtisi yoktu. Lise mezunu olan 55 katılımcının %53,6'sının bedensel belirtisi varken %36,4'ünün bedensel belirtisi yoktu. Yüksekokul mezunu olan 68 katılımcının %39,7'sinin bedensel belirtisi varken %60,3'ünün bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark

saptanmıştır ($p=0,012$). MDB hastalarında bedensel belirti ile gelir düzeyi ilişkisi tablo 4' de incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %23,4'ü ($n=26$) asgari ücret altı, %34,2'si ($n=38$) asgari ücret, %32,4'ü ($n=36$) asgari ücretin iki katı, %9,9'u ($n=11$) asgari ücretin üç katı gelir düzeyine sahipti. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %12,4'ü ($n=11$) asgari ücret altı, %36'sı ($n=32$) asgari ücret, %37,1'i ($n=33$) asgari ücretin iki katı, %14,6'sı ($n=13$) asgari ücretin üç katı gelir düzeyine sahipti. Asgari ücret altı geliri olan 37 katılımcının %70,3'ünün bedensel belirtisi varken %29,7'sinin bedensel belirtisi yoktur. Asgari ücret düzeyinde geliri olan 70 katılımcının %54,3'ünün bedensel belirtisi varken %45,7'sinin bedensel belirtisi yoktu. Asgari ücretin iki katı geliri olan 69 katılımcının %52,2'sinin bedensel belirtisi varken %47,8'inin bedensel belirtisi yoktu. Asgari ücretin üç katı geliri olan 24 katılımcının %45,8'inin bedensel belirtisi varken %54,2'sinin bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,21$). MDB hastalarında bedensel belirti ile meslek ilişkisi tablo 4' de incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %9,9'u ($n=11$) kamuda, %9,9'u ($n=11$) özel sektörde, %12'si ($n=12$) serbest olarak çalışmaktaydı. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %2,7'si ($n=3$) emekli ve %64'ü ($n=71$) işsizdi. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %13,5'i ($n=12$) kamuda, %15,7'si ($n=14$) özel sektörde, %10,1'i ($n=9$) serbest olarak çalışmaktaydı. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %3,4'ü ($n=3$) emekli ve %57,3'ü ($n=51$) işsizdi. Kamuda çalışan 23 katılımcının %47,8'inin bedensel belirtisi varken %52,2'sinin bedensel belirtisi yoktu. Özel sektörde çalışan 25 katılımcının %44'ünün bedensel belirtisi varken %56'sının bedensel belirtisi yoktu. Serbest olarak çalışan 24 katılımcının %62,5'inin bedensel belirtisi varken %37,5'inin bedensel belirtisi yoktu. Emekli olan 6 katılımcının %50'sinin bedensel belirtisi varken %50'sinin bedensel belirtisi yoktu. İşsiz olan 122 katılımcının %58,2'sinin bedensel belirtisi varken %41,8'inin bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında meslek açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,593$). MDB hastalarında bedensel belirti ile yaşadığı yer ilişkisi tablo 4' da incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %26,1'i ($n=29$) kırsal bölgede, %73,9'u ($n=82$) kentsel bölgede yaşamaktaydı. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %20,2'si ($n=18$) kırsal bölgede, %79,8'i ($n=71$) kentsel bölgede yaşamaktaydı. Kırsal bölgede yaşayan 47 katılımcının %61,7'sinin bedensel belirtisi varken %38,3'ünün bedensel belirtisi yoktu. Kentsel bölgede yaşayan 153 katılımcının %53,6'sının bedensel belirtisi varken %46,4'ünün bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında yaşadığı yer ilişkisi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,402$). MDB hastalarında bedensel belirti ile hastaların yaşadığı kişiler ilişkisi tablo 4' da incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %52,3'ü ($n=58$) eşi ve çocukları ile, %51,4'ü ($n=46$)

anne ve babası ile, %5,4'ü (n=6) yalnız, %0,9'u (n=1) bakıcı ile yaşıyormuş. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %55,1'i (n=49) eşi ve çocukları ile, %42,7'si (n=38) anne ve babası ile, %1,1'i (n=1) yalnız, %1,1'i (n=1) bakıcı ile yaşamaktaydı. Eşi ve çocukları ile yaşayan 107 katılımcının %54,2'sinin bedensel belirtisi varken %45,8'inin bedensel belirtisi yoktu. Anne ve babası ile yaşayan 84 katılımcının %54,8'inin bedensel belirtisi varken %45,2'sinin bedensel belirtisi yoktu. Yalnız yaşayan 7 katılımcının %85,7'sinin bedensel belirtisi varken %14,3'ünün bedensel belirtisi yoktu. Bakıcı ile yaşayan 2 katılımcının %50'sinin bedensel belirtisi varken %50'sinin bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında yaşadığı kişiler ilişkisi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,44). MDB hastalarında bedensel belirti ile aile tipi ilişkisi tablo 4' de incelenmiştir. Bedensel belirtisi olan MDB hastalarının %27'si (n=30) geniş aileye %73'ü (n=81) çekirdek aileye sahipti. Bedensel belirtisi olmayan MDB hastalarının %22,5'i (n=20) geniş aileye, %77,5'i (n=69) çekirdek aileye sahipti. Geniş aileye sahip olan 50 katılımcının %60'ının bedensel belirtisi varken %40'ının bedensel belirtisi yoktu. Çekirdek aileye sahip olan 150 katılımcının %54'ünün bedensel belirtisi varken %46'sının bedensel belirtisi yoktu. Gruplar arasında aile tipi ilişkisi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,327).

Tablo 4: MDB tanılı hastalarda bedensel belirti durumu ile sosyodemografik özellikler ilişkisi

			Bedensel Belirti		Toplam	χ^2	p
			Var	Yok			
Cinsiyet	Kadın	Sayı	81	52	133	4,691	0,022
		% Cinsiyet	%59,6	%9,1	%100		
		% Bedensel Belirti	%73	%58,4	%66,5		
		% Toplam	%40,5	%26	%66,5		
	Erkek	Sayı	30	37	67	4,691	0,022
		% Cinsiyet	%44,8	%55,2	%100		
		% Bedensel Belirti	%27	%41,6	%33,5		
		% Toplam	%15	%18,5	%33,5		
Medeni Durum	Evli	Sayı	63	50	113	5,527	0,137
		% Medeni Durum	%55,8	%44,2	%100		
		% Bedensel Belirti	%56,8	%56,2	%56,5		
		% Toplam	%31,5	%25,0	%56,5		
	Bekar	Sayı	40	38	78	5,527	0,137
		% Medeni Durum	%51,3	%48,7	%100		
		% Bedensel Belirti	%36	%42,7	%39		

		% Toplam	%20	%19	%39		
		Sayı	6	0	6		
	Boşanmış	% Medeni Durum	%100	%0	%100		
		% Bedensel Belirti	%5,4	%0	%3		
		% Toplam	%3	%0	%3		
		Sayı	2	1	3		
	Dul	% Medeni Durum	%66,7	%33,3	%100		
		% Bedensel Belirti	%1,8	%1,1	%1,5		
		% Toplam	%1	%0,5	%1,5		
Eğitim Durumu		Sayı	37	19	56		
	İlkokul	% Eğitim Durumu	%66,1	%33,9	%100		
		% Bedensel Belirti	%33,3	%21,3	%28		
		% Toplam	%18,5	%9,5	%28		
		Sayı	12	9	21		
	Ortaokul	% Eğitim Durumu	%57,1	%42,9	%100		
		% Bedensel Belirti	%10,8	%10,1	%10,5		
		% Toplam	%6	%4,5	%10,5		
		Sayı	35	20	55		
	Lise	% Eğitim Durumu	%63,6	%36,4	%100		
		% Bedensel Belirti	%31,5	%22,5	%27,5		
		% Toplam	%17,5	%10	%27,5		
		Sayı	27	41	68		
	Yüksekokul	% Eğitim Durumu	%39,7	%60,3	%100		
		% Bedensel Belirti	%24,3	%46,1	%34		
		% Toplam	%13,5	%20,5	%34		
Gelir Düzeyi		Sayı	26	11	37		
	Asgari Ücret Altı	% Gelir Düzeyi	%70,3	%29,7	%100		
		% Bedensel Belirti	%23,4	%12,4	%18,5		
		% Toplam	%13	%5,5	%18,5		
		Sayı	38	32	70		
	Asgari Ücret	% Gelir Düzeyi	%54,3	%45,7	%100		
		% Bedensel Belirti	%34,2	%36	%35		
		% Toplam	%19	%16	%35		
		Sayı	36	33	69		
	Asgari Ücretin İki Katı	% Gelir Düzeyi	%52,2	%47,8	%100		
		% Bedensel Belirti	%32,4	%37,1	%34,5		
		% Toplam	%18	%16,5	%34,5		
		Sayı	11	13	24		
	Asgari Ücretin Üç Katı	% Gelir Düzeyi	%45,8	%54,2	%100		

10,899 **0,012**

4,527 0,21

		% Bedensel Belirti	%9,9	%14,6	%12		
		% Toplam	%5,5	%6,5	%12		
Meslek	Kamu	Sayı	11	12	23		
		% Meslek	%47,8	%52,2	%100		
		% Bedensel Belirti	%9,9	%13,5	%11,5		
		% Toplam	%5,5	%6	%11,5		
	Özel	Sayı	11	14	25		
		% Meslek	%44	%56	%100		
		% Bedensel Belirti	%9,9	%15,7	%12,5		
		% Toplam	%5,5	%7	%12,5		
	Serbest	Sayı	15	9	24		
		% Meslek	%62,5	%37,5	%100		
		% Bedensel Belirti	%13,5	%10,1	%12	2,796	0,593
		% Toplam	%7,5	%4,5	%12		
	Emekli	Sayı	3	3	6		
		% Meslek	%50	%50	%100		
		% Bedensel Belirti	%2,7	%3,4	%3		
		% Toplam	%1,5	%1,5	%3		
	İşsiz	Sayı	71	51	122		
		% Meslek	%58,2	%41,8	%100		
		% Bedensel Belirti	%64	%57,3	%61		
		% Toplam	%35,5	%25,5	%61		
Yaşadığı Yer	Kırsal	Sayı	29	18	47		
		% Yaşadığı Yer	%61,7	%38,3	%100		
		% Bedensel Belirti	%26,1	%20,2	%23,5		
		% Toplam	%14,5	%9	%23,5	0,957	0,402
	Kentsel	Sayı	82	71	153		
		% Yaşadığı Yer	%53,6	%46,4	%100		
		% Bedensel Belirti	%73,9	%79,8	%76,5		
		% Toplam	%41	%35,5	%76,5		
Aile Tipi	Geniş Aile	Sayı	28	22	50		
		% Aile Tipi	%56	%44	%100		
		% Bedensel Belirti	%28	%22	%25		
		% Toplam	%14	%11	%25		
	Çekirdek Aile	Sayı	72	78	150	0,547	0,283
		% Aile Tipi	%48	%52	%100		
		% Bedensel Belirti	%72	%78	%75		
		% Toplam	%36	%39	%75		

χ^2 : Kikare Analizi

4.2. Hastaların HAMD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

Hastaların HAMD ölçeği puan ortalamalarının klinik ve sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmasını değerlendirmek amacıyla Student's t testi ve One-Way ANOVA analizi yapılmıştır. İstatistik sonuçlarında bedensel belirti, cinsiyet ve medeni durum değişkenine göre HAMD ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bedensel belirtisi olanlarda, kadın cinsiyette ve boşanmışlarda HAMD ölçek puanları anlamlı derecede fazla saptanmıştır. Fakat yaş aralığı, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer, yaşadığı kişiler ve aile tipi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 5: Hastaların HAMD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t / F</i>	<i>p</i>
Bedensel Belirti	Var	111	21,76	8,27	6,687	p<0,001
	Yok	89	15,49	4,82		
Cinsiyet	Kadın	133	19,72	8,15	2,151	0,033
	Erkek	67	17,49	6,20		
Yaş Aralığı	18-24	48	18	7,7	0,956	0,414
	25-39	56	18,23	8,05		
	40-50	58	19,65	7,26		
	51-65	38	20,26	7,35		
Medeni Durum	Evli	113	18,38	6,76	3,836	0,011
	Bekar	78	18,98	7,95		
	Boşanmış	6	28,83	12,81		
	Dul	3	21,33	6,11		
Eğitim Durumu	İlkokul	56	19,39	7,82	1,243	0,295
	Ortaokul	21	21,28	9,33		
	Lise	55	19,1	7,48		
	Yüksekokul	68	17,8	6,89		
Meslek	Kamu	23	17,69	6,33	0,609	0,657
	Özel Sektör	25	18,76	7,52		
	Serbest	24	18,37	6,34		
	Emekli	6	22,83	8,2		
	İşsiz	122	19,18	8,07		
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	37	19,32	8,47	1,449	0,23
	Asgari Ücret	70	20,3	8,56		
	Asgari Ücretin iki katı	69	17,94	6,06		
	Asgari Ücretin üç katı	24	17,54	7,02		
Yaşadığı Yer	Kırsal	47	20,29	8,85	1,365	0,174

	Kentsel	153	18,56	7,17		
Yaşadığı Kişiler	Eşi ve Çocukları	107	17,92	6,36		
	Anne ve Babası	84	19,9	8,36		
	Yalnız	7	23,85	12,41	2,089	0,103
	Bakıcı	2	19	12,72		
Aile Tipi	Geniş Aile	50	19,18	7,07		
	Çekirdek Aile	150	18,9	7,8	0,219	0,827

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi, F: One-Way ANOVA Analizi

4.3. Katılımcıların BECKD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

Hastaların BECKD ölçeği puan ortalamalarının klinik ve sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmasını değerlendirmek amacıyla Student's t testi ve One-Way ANOVA analizi yapılmıştır. İstatistik sonuçlarında bedensel belirti, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu değişkenine göre BECKD ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bedensel belirtisi olanlarda, kadın cinsiyette ve boşanmışlarda BECKD ölçek puanları anlamlı derecede yüksek saptanırken, yüksekokul mezunu olanlarda daha düşük saptanmıştır. Fakat yaş aralığı, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer, yaşadığı kişiler ve aile tipi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaların BECKD Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t / F</i>	<i>p</i>
Bedensel Belirti	Var	111	27,58	9,22		
	Yok	89	21,77	8,39	5,588	p<0,001
Cinsiyet	Kadın	133	25,81	9,63		
	Erkek	67	22,41	8,09	2,476	0,014
Yaş Aralığı	18-24	48	24,52	8,8		
	25-39	56	23,1	9,46		
	40-50	58	25,15	9,03	1,055	0,369
	51-65	38	26,44	9,86		
Medeni Durum	Evli	113	24,1	9,13		
	Bekar	78	24,58	9,13		
	Boşanmış	6	34,5	10,59	2,642	0,051
	Dul	3	28,66	6,65		
Eğitim Durumu	İlkokul	56	25,25	9,35		
	Ortaokul	21	28,33	9,49	3,878	0,01
	Lise	55	26,16	9,5		

	Yüksekokul	68	21,86	8,31		
Meslek	Kamu	23	21,69	9,06		
	Özel Sektör	25	24,2	8,94		
	Serbest	24	25,16	8,84	1,879	0,116
	Emekli	6	33	11,79		
	İşsiz	122	24,82	9,19		
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	37	24,51	9,45		
	Asgari Ücret	70	26,37	9,7		
	Asgari Ücretin iki katı	69	24,02	8,76	1,666	0,176
	Asgari Ücretin üç katı	24	21,83	8,65		
Yaşadığı Yer	Kırsal	47	25,85	8,37		
	Kentsel	153	24,31	9,51	0,995	0,321
Yaşadığı Kişiler	Eşi ve Çocukları	107	23,79	9,19		
	Anne ve Babası	84	25,5	9,29		
	Yalnız	7	28,42	8,44	0,929	0,428
	Bakıcı	2	24	16,97		
Aile Tipi	Geniş Aile	50	24,76	8,96		
	Çekirdek Aile	150	24,64	9,39	0,075	0,941

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi, F: One-Way ANOVA Analizi

4.4. Katılımcıların BDAÖ Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

Hastaların BDAÖ ölçeği puan ortalamalarının klinik ve sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmasını değerlendirmek amacıyla Student's t testi ve One-Way ANOVA analizi yapılmıştır. İstatistik sonuçlarında bedensel belirti, cinsiyet, yaş aralığı ve eğitim durumu değişkenine göre BDAÖ ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bedensel belirtisi olanlarda, kadın cinsiyette ve ileri yaşta BDAÖ ölçek puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Fakat medeni durum, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer, yaşadığı kişiler ve aile tipi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Hastaların BDAÖ Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t / F</i>	<i>p</i>
Bedensel Belirti	Var	111	32,43	7,13	7,467	$p<0,001$
	Yok	89	25,43	5,82		
Cinsiyet	Kadın	133	30,75	7,1	3,978	$p<0,001$
	Erkek	67	26,47	7,29		
Yaş Aralığı	18-24	48	27,6	7,24	3,659	0,013

	25-39	56	27,75	7,16		
	40-50	58	31,2	7,12		
	51-65	38	30,92	7,76		
Medeni Durum	Evli	113	29,61	7,5	0,505	0,679
	Bekar	78	28,83	7,28		
	Boşanmış	6	28,16	7,08		
	Dul	3	33,33	11,59		
Eğitim Durumu	İlkokul	56	32,07	8,17	5,28	0,002
	Ortaokul	21	29,09	5,64		
	Lise	55	29,58	7,34		
	Yüksekokul	68	26,91	6,62		
Meslek	Kamu	23	26,3	6,13	1,411	0,232
	Özel Sektör	25	29,12	6,39		
	Serbest	24	28,41	8,43		
	Emekli	6	31,16	7,59		
	İşsiz	122	30,01	7,43		
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	37	30,05	8,51	1,417	0,239
	Asgari Ücret	70	30,21	7,51		
	Asgari Ücretin iki katı	69	28,86	6,33		
	Asgari Ücretin üç katı	24	26,87	8,15		
Yaşadığı Yer	Kırsal	47	30,42	8,68	1,041	0,302
	Kentsel	153	28,98	7,00		
Yaşadığı Kişiler	Eşi ve Çocukları	107	29,51	7,47	0,422	0,737
	Anne ve Babası	84	29,02	7,18		
	Yalnız	7	28,42	9,46		
	Bakıcı	2	34,5	13,43		
Aile Tipi	Geniş Aile	50	29,64	7,14	0,351	0,726
	Çekirdek Aile	150	29,21	7,54		
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi, F: One-Way ANOVA Analizi						

4.5. Katılımcıların PÇE ve İlgili Alt Boyut Düzeylerinin Klinik ve Demografik Özelliklere Ortalamaları

Hastaların bedensel belirti değişkenine göre PÇE toplam, aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım ve planlı yaklaşım puan ortalamaları yapılan Student's t testi sonucunda anlamlı bir farklılık göstermektedir. (Tablo 8).

Tablo 8: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının bedensel belirtiye göre karşılaştırılması

	Bedensel Belirti	N	Ort	SS	t	p
PÇE- Toplam	Var	111	113,84	22,55	5,282	p<0,001
	Yok	89	97,53	20,57		
Acelecı Yaklaşım	Var	111	27,52	7,61	-3,552	p<0,001
	Yok	89	31,51	8,25		
Kaçıngan Yaklaşım	Var	111	12,91	4,73	-3,061	0,003
	Yok	89	14,92	4,42		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	111	21,02	6,37	3,233	0,001
	Yok	89	18,2	5,82		
Düşünen Yaklaşım	Var	111	16,53	6,23	4,106	p<0,001
	Yok	89	13,01	5,74		
Değerlendirici Yaklaşım	Var	111	9,07	4,61	2,527	0,012
	Yok	89	7,49	4,09		
Planlı Yaklaşım	Var	111	13,37	5,35	2,831	0,005
	Yok	89	11,34	4,61		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi

Hastaların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Student's t testi sonucunda PÇE toplam, kendine güvenli yaklaşım, düşünen yaklaşım ve değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık gösterirken, acelecı yaklaşım, kaçıngan yaklaşım ve planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık göstermemiştir. (Tablo 9).

Tablo 9: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort	SS	t	p
PÇE- Toplam	Kadın	133	110,05	21,82	3,046	0,003
	Erkek	67	99,71	24,21		
Acelecı Yaklaşım	Kadın	133	28,6	8,02	-1,701	0,09
	Erkek	67	30,67	8,22		
Kaçıngan Yaklaşım	Kadın	133	13,6	4,65	-0,885	0,094
	Erkek	67	14,22	4,78		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	133	20,55	6,42	2,527	0,012
	Erkek	67	18,2	5,71		
Düşünen Yaklaşım	Kadın	133	15,6	6,21	2,066	0,04
	Erkek	67	13,68	6,2		
Değerlendirici Yaklaşım	Kadın	133	8,9	4,37	2,413	0,017
	Erkek	67	7,31	4,44		

Planlı Yaklaşım	Kadın	133	12,93	5,02	1,817	0,071
	Erkek	67	11,55	5,23		
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi						

Hastaların yaş aralığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda PÇE toplam, kaçınan yaklaşım, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım ve planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık gösterirken, aceleci yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık göstermemiştir. (Tablo 10).

Tablo 10: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaş aralığına göre karşılaştırılması

	Yaş Aralığı	<i>N</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
PÇE-Toplam	18-24	48	107,7	22,37	4,631	0,004
	25-39	56	98,42	22,60		
	40-50	58	107,53	21,74		
	51-65	38	115,76	23,66		
Aceleci yaklaşım	18-24	48	28,22	9,03	1,132	0,337
	25-39	56	29,69	8,41		
	40-50	58	30,62	6,85		
	51-65	38	28,05	8,26		
Kaçınan yaklaşım	18-24	48	13,47	4,6	3,811	0,011
	25-39	56	14,67	4,74		
	40-50	58	14,58	4,36		
	51-65	38	11,76	4,71		
Kendine güvenli yaklaşım	18-24	48	20,18	6,32	0,517	0,671
	25-39	56	18,89	6,11		
	40-50	58	20,17	6,19		
	51-65	38	19,92	6,72		
Düşünen Yaklaşım	18-24	48	14,77	4,96	2,788	0,042
	25-39	56	13,19	6,24		
	40-50	58	15,72	6,52		
	51-65	38	16,65	6,88		
Değerlendirici Yaklaşım	18-24	48	7,95	4,02	3,61	0,014
	25-39	56	7,01	4,02		
	40-50	58	9,43	4,81		
	51-65	38	9,26	4,51		
Planlı Yaklaşım	18-24	48	12,83	5,04	4,18	0,007
	25-39	56	10,53	4,43		
	40-50	58	13,15	4,9		
	51-65	38	13,84	5,86		

Hastaların medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda sadece kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterirken, PÇE toplam, aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım ve planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık göstermemiştir. (Tablo 11).

Tablo 11: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Ort	SS	F	p
PÇE-Toplam	Evli	113	104,72	23,52	1,491	0,218
	Bekar	78	108,12	22,9		
	Boşanmış	6	109,66	11,03		
	Dul	3	130,66	22,12		
Aceleci Yaklaşım	Evli	113	30,09	7,65	1,095	0,352
	Bekar	78	28,10	8,83		
	Boşanmış	6	31	4,60		
	Dul	3	27	11,26		
Kaçınan Yaklaşım	Evli	113	14,29	4,85	1,016	0,387
	Bekar	78	13,19	4,51		
	Boşanmış	6	12,5	4,13		
	Dul	3	14,33	3,51		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	113	18,81	6,48	3,32	0,021
	Bekar	78	20,62	5,86		
	Boşanmış	6	25,66	3,26		
	Dul	3	21,66	5,77		
Düşünen Yaklaşım	Evli	113	14,73	6,94	1,604	0,19
	Bekar	78	14,94	5,02		
	Boşanmış	6	15,66	5,53		
	Dul	3	22,66	7,5		
Değerlendirici Yaklaşım	Evli	113	8,73	4,79	1,221	0,303
	Bekar	78	7,74	3,94		
	Boşanmış	6	8,16	3,06		
	Dul	3	11,33	4,72		
Planlı Yaklaşım	Evli	113	12,15	5,36	1,781	0,152
	Bekar	78	12,91	4,81		
	Boşanmış	6	10,16	2,56		

Hastaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda PÇE toplam, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterirken, aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, düşünen yaklaşım ve planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı bir farklılık göstermemiştir. (Tablo 12).

Tablo 12: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	N	Ort	SS	F	p
PÇE-Toplam	İlkokul	56	114	27,02	3,994	0,009
	Ortaokul	21	110,09	14,65		
	Lise	55	105,54	21,89		
	Yüksekokul	68	100,25	21,11		
Aceleci Yaklaşım	İlkokul	56	28,25	7,94	0,453	0,715
	Ortaokul	21	29,28	6,77		
	Lise	55	29,85	8,71		
	Yüksekokul	68	29,72	8,26		
Kaçınan Yaklaşım	İlkokul	56	12,87	4,67	2,03	0,111
	Ortaokul	21	13,28	4,42		
	Lise	55	13,65	4,62		
	Yüksekokul	68	14,86	4,73		
Kendine Güvenli Yaklaşım	İlkokul	56	19,69	7,36	2,65	0,05
	Ortaokul	21	21,71	3,96		
	Lise	55	20,94	6,64		
	Yüksekokul	68	18,27	5,28		
Düşünen Yaklaşım	İlkokul	56	16,26	7,08	2,314	0,077
	Ortaokul	21	15,14	6,49		
	Lise	55	15,45	6,49		
	Yüksekokul	68	13,44	4,96		
Değerlendirici Yaklaşım	İlkokul	56	10,19	5,14	6,419	p<0,001
	Ortaokul	21	9,47	3,99		
	Lise	55	7,69	4,1		
	Yüksekokul	68	7,07	3,66		
Planlı Yaklaşım	İlkokul	56	13,32	6,14	1,368	0,254
	Ortaokul	21	13	4,43		
	Lise	55	12,58	4,9		

Hastaların meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda PÇE toplam, aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, düşünen yaklaşım, planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 13).

Tablo 13: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının mesleğe göre karşılaştırılması

	Meslek	N	Ort	SS	F	p
PÇE-Toplam	Kamu	23	98,39	20,36	1,675	0,157
	Özel Sektör	25	110,32	21,22		
	Serbest Meslek	24	105,66	23,07		
	Emekli	6	123	20		
	İşsiz	122	106,74	23,81		
Aceleci Yaklaşım	Kamu	23	30,21	7,32	0,133	0,978
	Özel Sektör	25	28,88	9,73		
	Serbest Meslek	24	29,08	4,47		
	Emekli	6	28,33	6,12		
	İşsiz	122	29,3	8,63		
Kaçınan Yaklaşım	Kamu	23	14,56	4,78	0,624	0,646
	Özel Sektör	25	13,88	5,17		
	Serbest Meslek	24	13,87	4,13		
	Emekli	6	11,16	3,18		
	İşsiz	122	13,77	4,75		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kamu	23	17,08	4,29	1,578	0,182
	Özel Sektör	25	20,48	5,4		
	Serbest Meslek	24	20,62	6,1		
	Emekli	6	22,66	6,5		
	İşsiz	122	19,81	6,7		
Düşünen Yaklaşım	Kamu	23	13,21	4,74	1,412	0,232
	Özel Sektör	25	16,8	6,08		
	Serbest Meslek	24	15,45	6,61		
	Emekli	6	17,83	5,84		
	İşsiz	122	14,68	6,44		
Değerlendirici Yaklaşım	Kamu	23	7,34	4,04	0,673	0,611
	Özel Sektör	25	8	4,57		
	Serbest Meslek	24	8,5	4,77		
	Emekli	6	10,33	3,07		

	İşsiz	122	8,51	4,5		
	Kamu	23	11,52	3,5		
	Özel Sektör	25	12,72	3,81		
Planlı Yaklaşım	Serbest Meslek	24	11,5	5,83	1,307	0,269
	Emekli	6	16,33	5,35		
	İşsiz	122	12,6	5,41		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, F: One-Way ANOVA Analizi

Hastaların gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda PÇE toplam, aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, düşünen yaklaşım, planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 14).

Tablo 14: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	N	Ort	SS	F	p
PÇE-Toplam	Asgari Ücret Altı	37	109,1	28,54	1,754	0,157
	Asgari Ücret	70	110,32	20,67		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	103,66	22,96		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	100,2	19,62		
Aceleci Yaklaşım	Asgari Ücret Altı	37	29,27	9,52	0,798	0,496
	Asgari Ücret	70	28,17	7,84		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	30,11	7,61		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	30,29	8,2		
Kaçınan Yaklaşım	Asgari Ücret Altı	37	13,56	5,11	0,908	0,438
	Asgari Ücret	70	13,22	4,68		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	14,17	4,56		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	14,83	4,42		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Asgari Ücret Altı	37	20,27	7,38	1,967	0,12
	Asgari Ücret	70	20,92	6,25		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	18,97	5,87		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	17,91	5,18		
Düşünen Yaklaşım	Asgari Ücret Altı	37	15,16	6,51	0,824	0,482
	Asgari Ücret	70	15,72	6,32		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	14,55	6,37		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	13,62	5,3		
Değerlendirici Yaklaşım	Asgari Ücret Altı	37	7,72	4,38	1,195	0,313
	Asgari Ücret	70	9,12	4,66		
	Asgari Ücretin İki Katı	69	8,2	4,42		

	Asgari Ücretin Üç Katı	24	7,62	3,85		
	Asgari Ücret Altı	37	12,45	5,91		
Planlı Yaklaşım	Asgari Ücret	70	13	5,01	0,42	0,739
	Asgari Ücretin İki Katı	69	12,1	5,19		
	Asgari Ücretin Üç Katı	24	12,04	3,98		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, F: One-Way ANOVA Analizi

Hastaların yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Student's t testi sonucunda sadece aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gösterirken, PÇE toplam, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, düşünen yaklaşım, planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 15).

Tablo 15: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaşadığı yere göre karşılaştırılması

	Yaşadığı Yer	N	Ort	SS	t	p
PÇE-Toplam	Kırsal	47	109,7	26,3	1,056	0,292
	Kentsel	153	105,63	22,05		
Aceleci Yaklaşım	Kırsal	47	27,06	8,31	2,176	0,031
	Kentsel	153	29,98	7,97		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kırsal	47	19,55	6,79	0,27	0,788
	Kentsel	153	19,83	6,14		
Kaçınan Yaklaşım	Kırsal	47	12,82	5,45	0,005	0,146
	Kentsel	153	14,11	4,41		
Düşünen Yaklaşım	Kırsal	47	14,7	6,6	-0,328	0,743
	Kentsel	153	15,04	6,17		
Değerlendirici Yaklaşım	Kırsal	47	8,06	4,88	-0,539	0,591
	Kentsel	153	8,46	4,31		
Planlı Yaklaşım	Kırsal	47	12,17	5,58	-0,465	0,642
	Kentsel	153	12,56	4,99		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi

Hastaların yaşadığı kişiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan One-Way ANOVA analizi sonucunda sadece kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gösterirken, PÇE toplam, aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, düşünen yaklaşım, planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 16).

Tablo 16: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının yaşadığı kişilere göre karşılaştırılması

	Yaşadığı Kişiler	<i>N</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
PÇE-Toplam	Eşi ve Çocukları	107	104,16	23,81	1,194	0,313
	Anne ve Babası	84	108,58	21,53		
	Yalnız	7	117,42	21,23		
	Bakıcı	2	114,5	55,86		
Aceleci Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	29,97	7,85	1,359	0,257
	Anne ve Babası	84	28,84	8,47		
	Yalnız	7	24	5,06		
	Bakıcı	2	31	15,55		
Kaçıngan Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	14,26	4,87	2,296	0,079
	Anne ve Babası	84	13,23	4,35		
	Yalnız	7	12	4,76		
	Bakıcı	2	20	2,82		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	18,33	6,28	4,662	0,004
	Anne ve Babası	84	21,2	6,05		
	Yalnız	7	24	3,65		
	Bakıcı	2	21,5	4,94		
Düşünen Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	14,65	6,78	0,56	0,642
	Anne ve Babası	84	15,11	5,4		
	Yalnız	7	16,71	5,46		
	Bakıcı	2	19	15,55		
Değerlendirici Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	8,54	4,72	0,636	0,593
	Anne ve Babası	84	8,22	4,14		
	Yalnız	7	6,71	3,63		
	Bakıcı	2	11	5,65		
Planlı Yaklaşım	Eşi ve Çocukları	107	11,88	5,32	1,21	0,307
	Anne ve Babası	84	13,22	4,82		
	Yalnız	7	11,85	4,84		
	Bakıcı	2	14,5	7,77		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, F: One-Way ANOVA Analizi

Hastaların aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Student's t testi sonucunda PÇE toplam, aceleci yaklaşım,

kaçıngan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, düşünen yaklaşım, planlı yaklaşım puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 17).

Tablo 17: Hastaların PÇE toplam ve ilgili alt boyut puanlarının aile tipine göre karşılaştırılması

	Aile Tipi	N	Ort	SS	t	p
PÇE-Toplam	Geniş Aile	50	107,04	21,5	0,159	0,874
	Çekirdek Aile	150	106,44	23,69		
Aceleci Yaklaşım	Geniş Aile	50	29,08	7,48	-0,220	0,826
	Çekirdek Aile	150	29,37	8,35		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Geniş Aile	50	20,06	6,99	0,376	0,707
	Çekirdek Aile	150	19,67	6,04		
Kaçıngan Yaklaşım	Geniş Aile	50	13,76	4,88	-0,087	0,931
	Çekirdek Aile	150	13,82	4,64		
Düşünen Yaklaşım	Geniş Aile	50	15,14	6,12	0,228	0,82
	Çekirdek Aile	150	14,9	6,32		
Değerlendirici Yaklaşım	Geniş Aile	50	8,44	4,95	0,119	0,905
	Çekirdek Aile	150	8,34	4,28		
Planlı Yaklaşım	Geniş Aile	50	12,34	5,59	-0,214	0,83
	Çekirdek Aile	150	12,52	4,98		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maksimum, t: Student's t Testi

4.6. Katılımcıların Yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki

MDB tanılı hastaların yaşları ile BDAÖ, PÇE toplam puanları ve değerlendirici yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). BECKD ölçek puanları ile HAMD, BDAÖ, PÇE toplam, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). HAMD ölçek puanları ile BECKD, BDAÖ, PÇE toplam, düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). BDAÖ puanları ile PÇE toplam puanları, düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve

kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). PÇE toplam puanları ile düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Aceleci yaklaşım alt ölçek puanları ile düşünen yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü, kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Düşünen yaklaşım alt ölçek puanları ile değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Kaçıngan yaklaşım alt ölçek puanları ile değerlendirici alt ölçek ve planlı alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Değerlendirici alt ölçek puanları ile kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanları ile planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Tüm hastaların yaş, HAMD, BECKD, BDAÖ, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki

		YAŞ	BECKD	HAMD	BDAÖ	PÇE	AY	DÜY	KY	DEY	KGY	PY
YAŞ	<i>r</i>	1	,094	,119	,196**	,151*	,010	,111	-,103	,164*	,001	,102
	<i>p</i>		,184	,094	,005	,033	,893	,119	,145	,020	,986	,153
BECKD	<i>r</i>	,094	1	,706**	,358**	,491**	-,307**	,347**	-,245**	,117	,380**	,377**
	<i>p</i>	,184		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,098	,000	,000
HAMD	<i>r</i>	,119	,706**	1	,385**	,401**	-,328**	,315**	-,207**	,127	,309**	,235**
	<i>p</i>	,094	,000		,000	,000	,000	,000	,003	,072	,000	,001
BDAÖ	<i>r</i>	,196**	,358**	,385**	1	,467**	-,248**	,372**	-,240**	,261**	,297**	,321**
	<i>p</i>	,005	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
PÇE	<i>r</i>	,151*	,491**	,401**	,467**	1	-,538**	,747**	-,471**	,592**	,634**	,741**
	<i>p</i>	,033	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
AY	<i>r</i>	,010	-,307**	-,328**	-,248**	-,538**	1	-,179*	,327**	-,075	-,132	-,123
	<i>p</i>	,893	,000	,000	,000	,000		,011	,000	,293	,062	,082
DÜY	<i>r</i>	,111	,347**	,315**	,372**	,747**	-,179*	1	-,125	,526**	,495**	,683**
	<i>p</i>	,119	,000	,000	,000	,000	,011		,078	,000	,000	,000
KY	<i>r</i>	-,103	-,245**	-,207**	-,240**	-,471**	,327**	-,125	1	-,217**	-,138	-,224**
	<i>p</i>	,145	,000	,003	,001	,000	,000	,078		,002	,052	,001
DEY	<i>r</i>	,164*	,117	,127	,261**	,592**	-,075	,526**	-,217**	1	,379**	,529**
	<i>p</i>	,020	,098	,072	,000	,000	,293	,000	,002		,000	,000
KGY	<i>r</i>	,001	,380**	,309**	,297**	,634**	-,132	,495**	-,138	,379**	1	,615**
	<i>p</i>	,986	,000	,000	,000	,000	,062	,000	,052	,000		,000
PY	<i>r</i>	,102	,377**	,235**	,321**	,741**	-,123	,683**	-,224**	,529**	,615**	1
	<i>p</i>	,153	,000	,001	,000	,000	,082	,000	,001	,000	,000	

4.7. Araştırmaya Katılan Bedensel Belirtisi Olan MDB Hastalarının Yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki

Bedensel belirtisi olan MDB tanılı hastaların yaşları ile BDAÖ, PÇE toplam puanları, değerlendirici yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). BECKD ölçek puanları ile HAMD, BDAÖ, PÇE toplam, düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). HAMD ölçek puanları ile BDAÖ, PÇE toplam, düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve kaçınan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). BDAÖ puanları ile PÇE toplam puanları ve düşünen yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). PÇE toplam puanları ile düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanırken, aceleci yaklaşım ve kaçınan yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Aceleci yaklaşım alt ölçek puanları ile düşünen yaklaşım alt ölçek puanları arasında negatif yönlü, kaçınan yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Düşünen yaklaşım alt ölçek puanları ile değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Kaçınan yaklaşım alt ölçek puanları ile değerlendirici alt ölçek ve planlı alt ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Değerlendirici alt ölçek puanları ile kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanları ile planlı yaklaşım alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Bedensel Belirtisi Olan MDB hastalarının yaş, HAMD, BECKD, BDA, PÇE ve İlgili Alt Boyutların Arasındaki İlişki

		YAŞ	BECKD	HAMD	BDAÖ	PÇE	AY	DÜY	KY	DEY	KGY	PY
YAŞ	<i>r</i>	1	,091	,028	,185*	,264**	,031	,178	-,134	,198*	,107	,187*
	<i>p</i>		,343	,769	,052	,005	,746	,062	,159	,037	,265	,049
BECKD	<i>r</i>	,091	1	,698**	,202*	,387**	-,217*	,241*	-,108	,053	,336**	,340**
	<i>p</i>	,343		,000	,033	,000	,022	,011	,259	,584	,000	,000
HAMD	<i>r</i>	,028	,698**	1	,276**	,362**	-,338**	,231*	-,189*	,099	,286**	,208*
	<i>p</i>	,769	,000		,003	,000	,000	,015	,047	,304	,002	,029
BDAÖ	<i>r</i>	,185*	,202*	,276**	1	,267**	-,144	,190*	-,151	,160	,063	,155
	<i>p</i>	,052	,033	,003		,005	,130	,046	,114	,094	,513	,105
PÇE	<i>r</i>	,264**	,387**	,362**	,267**	1	-,468**	,741**	-,398**	,582**	,582**	,749**
	<i>p</i>	,005	,000	,000	,005		,000	,000	,000	,000	,000	,000
AY	<i>r</i>	,031	-,217*	-,338**	-,144	-,468**	1	-,193*	,258**	-,067	-,074	-,082
	<i>p</i>	,746	,022	,000	,130	,000		,042	,006	,484	,437	,392
DÜY	<i>r</i>	,178	,241**	,231*	,190*	,741**	-,193*	1	-,034	,450**	,441**	,695**
	<i>p</i>	,062	,011	,015	,046	,000	,042		,724	,000	,000	,000
KY	<i>r</i>	-,134	-,108	-,189*	-,151	-,398**	,258**	-,034	1	-,222*	-,114	-,197*
	<i>p</i>	,159	,259	,047	,114	,000	,006	,724		,019	,233	,039
DEY	<i>r</i>	,198*	,053	,099	,160	,582**	-,067	,450**	-,222*	1	,306**	,509**
	<i>p</i>	,037	,584	,304	,094	,000	,484	,000	,019		,001	,000
KGY	<i>r</i>	,107	,336**	,286**	,063	,582**	-,074	,441**	-,114	,306**	1	,588**
	<i>p</i>	,265	,000	,002	,513	,000	,437	,000	,233	,001		,000
PY	<i>r</i>	,187*	,340**	,208*	,155	,749**	-,082	,695**	-,197*	,509**	,588**	1
	<i>p</i>	,049	,000	,029	,105	,000	,392	,000	,039	,000	,000	

Pearson Korelasyon Analizi, BECKD: Beck Depresyon Envanteri, HAMD: Hamilton Depresyon Ölçeği, BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, PÇE: Problem Çözme Envanteri, AY: Aceleci Yaklaşım, DÜY: Düşünen Yaklaşım, KY: Kaçınan Yaklaşım, DEY: Değerlendirici Yaklaşım, KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım, PY: Planlı Yaklaşım

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.8. Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının Her Birinin PÇE-Toplam Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

PÇE-Toplam puan düzeyinin belirleyicileri olarak yaş ($F=8,153$; $p=0,005$) ($R^2=0,07$) ($\beta=0,46$), HAMD ($F=16,283$; $p=0,000$) ($R^2=0,131$) ($\beta=0,987$), BECKD ($F=19,211$; $p=0,000$) ($R^2=0,15$) ($\beta=0,974$) ve BDAÖ ($F=8,362$; $p=0,005$) ($R^2=0,071$) ($\beta=0,844$) puanları ile zayıf

düzeyde ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ düzeylerinin artması ile PÇE-Toplam puanları artmaktadır. (Tablo 20-21-22-23)

Tablo 20: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının Yaş Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model p	R ²	%95 Güven Aralığı	
								Alt Sınır	Üst Sınır
PÇE-Toplam	Sabit	94,74	13,529	p<0,001	8,153	0,005	0,07	74,851	104,968
	Yaş	0,46	2,855	0,001				0,229	0,909

Tablo 21: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının HAMD Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model p	R ²	%95 Güven Aralığı	
								Alt Sınır	Üst Sınır
PÇE-Toplam	Sabit	92,361	16,319	p<0,001	16,479	p<0,001	0,131	81,144	103,578
	HAMD	0,987	4,059	p<0,001				0,505	1,469

Tablo 22: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının BECKD Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model p	R ²	%95 Güven Aralığı	
								Alt Sınır	Üst Sınır
PÇE-Toplam	Sabit	86,834	13,413	p<0,001	19,211	p<0,001	0,15	74,003	99,666
	BECKD	0,974	4,383	p<0,001				0,534	1,415

Tablo 23: Bedensel Belirtisi Olan Depresyon Hastalarının BDAÖ Düzeylerinin PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model p	R ²	%95 Güven Aralığı	
								Alt Sınır	Üst Sınır
PÇE-Toplam	Sabit	86,482	8,927	p<0,001	8,362	0,005	0,071	67,282	105,682
	BDA	0,844	2,892	0,005				0,265	1,422

4.9. Depresyon Hastalarında Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının PÇE-Toplam Üzerine Etkilerinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Depresyon hastalarında PÇE-Toplam puanı üzerine yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ etkisinin etkisine bakıldığında % 32' sini açıkladığı, modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (F=25,269 p<0,001). Bağımsız değişkenler incelendiğinde BECKD ve BDAÖ puanlarının istatistiksel açıdan etkili olduğu saptanmıştır (p<0,001). (Tablo 24)

Tablo 24: Depresyon Hastalarında Yaş, HAMD, BECKD ve BDAÖ puanlarının PÇE-Toplam Puanı Üzerine Etkileri

	Standartlaşmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	%95 GA	
	B	SH	Beta			AL	ÜL
(Sabit)	50,599	6,480		7,809	,000	37,819	63,379
Yaş	,093	,106	,052	,876	,382	-,116	,301
HAMD	,054	,254	,018	,214	,831	-,447	,556
BECKD	,896	,206	,359	4,337	,000	,488	1,303
BDAÖ	,999	,200	,321	4,988	,000	,604	1,394

BECKD: Beck Depresyon Envanteri, HAMD: Hamilton Depresyon Ölçeği, BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, PÇE: Problem Çözme Envanteri, SH: Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Basit Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları. R²=0,32, F=25,269, p<0,001

5. TARTIŞMA

Günümüze kadar MDB tanılı hastalardaki bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine olan etkisi literatürde araştırılmamıştır. Bu çalışmada MDB tanısı almış bireylerde bedensel belirtilerin, hastaların problem çözme becerileri olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan MDB tanılı hastaların yaş ortalaması $38,61 \pm 12,68$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde depresif bozukluğun her yaşta görülebildiği ancak orta yaşlarda özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (261). MDB da ilk depresif atakların sıklıkla 20' li yaşların ortasında ortaya çıktığı belirtilmektedir (73). Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması literatürdeki verilerle uyumlu çıkmıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada orta yaş grubunda olmanın MDB için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (262). Çalışmaya dahil edilen MDB tanılı hastaların 133' ünün kadın 67' sinin erkek olduğu saptanmıştır. MDB tanısı konulan kadın sayısı erkeklerin iki katından fazlaydı. Literatürdeki çalışmalarda MDB riski kadın cinsiyette erkeklerin iki katı olarak saptanmıştır. (263, 264). Ancak yaş ilerledikçe cinsiyetler arasındaki bu fark azalmaktadır. Depresif bozukluklar yaşamları süresince erkeklerin %12'sini, kadınların ise %25'ini etkilemektedir. Bu durumun nedenleri ise kadın ve erkeklerin sosyal rollerdeki farklılıkları, kadın cinsiyetin problem çözüm konusunda yetersiz olması, kadınlara toplumda verilen rollerin ağır yükleri, sosyal hayatta aile, ev gibi sorumlulukların dağılımındaki eşitsizlikler ve kadınların değişen hormonal durumlarından kaynaklanıyor olabilir (265). Kadınlar sağlık problemleri konusunda yardım arayışı için sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmaları, erkeklerin klinik durum kötüleşmedikçe yardım arayışına girmemesi, kadınların aile içerisindeki çatışmalardan daha çok etkilenmesi bu farklılığın nedenleri arasında sayılabilir (266, 267). Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 113' ü evli 87'sinin bekar, boşanmış veya dul olduğu görülmektedir. MDB ve medeni durum arasında bir ilişki olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. Literatüre bakıldığında depresif bozukluğun evli olmayan bireylerde daha sık gözlemlendiği belirtilmektedir (268, 269). Eşinden ayrı yaşamak ve boşanmak depresyon için bir risk faktörüdür. Özellikle de yakın zamanda yaşanan boşanmalar depresif bozuklukta başlatıcı için belirgin bir risk faktörüdür (270). MDB riski hiç evlenmemişlerde boşanmış ve dullara göre daha düşük çıkmıştır (271). Ülkemizde yapılan bir çalışmada MDB; ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda en yüksek oranda iken evlilerde ise en düşük oranda olduğu saptanmıştır (9). Başka bir çalışmada depresyon görülme sıklığının boşanmış ve dullarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (272). Yaşlılarda MDB evli olmayanlarda evlilere göre daha yüksek

saptanmıştır (273). Yurtdışında yapılan birçok çalışmada da depresyonun boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlarda yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (274, 275). İngiltere’ de yapılan bir prevalans çalışmasında da dul ve boşanmışlarda depresyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur (275). Çalışmamıza katılan katılımcıların öğrenim düzeyine incelendiğinde 56 kişinin ilköğretim mezunu, 21 kişinin ortaokul, 55 kişinin lise, 68 kişinin yüksekokul mezunu olduğu saptandı. Bu sayılara bakıldığında katılımcıların çoğunluğunun ilköğretim ve ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Bilindiği üzere düşük eğitim düzeyi MDB için bir risk faktörüdür (276). Konu ile ilgili çalışmalar da düşük eğitim düzeyinin depresif bozukluk için bir risk etmeni olduğunu göstermektedir (277, 278). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da okur yazar olmayanlarda depresyon oranları daha fazla görülmüştür (278). Dağlar ve Nur tarafından yapılan çalışmada gebe depresyon hastalarında eğitim düzeyi düşük olanlarda depresyon şiddeti daha yüksek bulunmuştur (279). Çalışmamızdaki katılımcıların 23 tanesi kamuda, 25 tanesi özel sektörde, 24 tanesi serbest olarak çalışmaktaydı. 6 tanesi emekli ve 122 tanesi işsizdi. Bakıldığında çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğunu çalışmayan grup oluşturmaktaydı. Bilindiği üzere depresyonda bir diğer önemli bir risk faktörü çalışmıyor ve işsiz olmaktır. Çalışıyor olmak, özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygıyı etkilediğinden toplumsal roller arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle bireyin benliğinde önemli bir faktördür (280). Günümüze kadar yapılan bazı araştırmalar işsizlik ve yoksulluğun fiziksel hastalıklar, bedensel yakınmalar, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, içe kapanma, öz saygı yitimi, bunaltı bozuklukları ve davranış bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklara yol açtığını göstermektedir (281). İsveç’te yapılan çalışmada işsizlik mağduru olan genç erkek ve genç kadınlarda sigara içme, bedensel yakınma ve ruh sağlığı sorunları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (282). Başka bir çalışmada uzun süren işsizliğin major depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (283). İngiltere’ de yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon ile işsizlik arasındaki ilişki araştırıldığında, son bir yıl içinde yaşanan işsizliğin depresyon için hekim başvurusunu iki kat arttırdığı saptanmıştır (284). Almanya’ da 18-65 yaş arasında 4842 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen geniş örneklemli bir çalışmada işsizliğin depresyon için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (285). Çalışmaya katılan depresyon hastalarının gelir düzeyine bakıldığında 37 tanesinin asgari ücretin altında, 70 tanesinin asgari ücret, 69 tanesinin asgari ücretin iki katı, 24 tanesinin ise asgari ücretin üç katı geliri olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında depresyon hastalarının çoğunun ekonomik düzeyinin düşük-orta düzeyde olduğu görülmüştür. Literatürde yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde düşük sosyoekonomik düzeyin depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (286). Yoksul olanlarda depresyon oranının 2 kat yüksek olduğu belirtilmektedir (287). Avrupa’da Finlandiya,

Polonya ve İspanya'da yürütülen bir araştırma 18 yaş ve üzeri 10.800 kişinin depresyon ve sosyoekonomik statü ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Sosyoekonomik durumu düşük olanlarda depresyon daha sık saptanmıştır (288). Katılımcıların 53' ü kırsal bölgede 147' si ise kentsel bölgede yaşamaktaydı. MDB' da kentsel bölgede yaşıyor olmak artmış bir risk faktörüdür. Bu durum daha büyük yaşam alanlarında yaşayan bireylerde daha fazla yaşam stresörlerine maruz kalınmasından kaynaklandığı şeklinde açıklanmaktadır. Kentsel bölgelerde yaşamak kırsal bölgelere oranla kişilere daha fazla yaşam stresi ve sorumluluğu getirmektedir. Bundan dolayı stresli yaşam olayları açısından kentsel bölgeler kırsal bölgelere oranla depresif bozukluğa daha sık rastlanılan bölgeler olmuştur (289). Kanada' da yapılan başka bir çalışmada ise kırsal bölgede yaşayanlarda depresyonun daha az görüldüğü saptanmıştır (290). Çalışmamızdan elde edilen veri literatürü destekler nitelikteydi. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlarda MDB hastalarının %55,5 inde bedensel belirtilerin eşlik ettiği bulunmuştur. Literatürde depresyonda bedensel belirtilerin sıklığının çok geniş bir aralıkta eşlik edebildiği ve bu oranın %80' lere kadar çıkabildiği belirtilmiştir (160). Batı ülkelerinde güncel verilere göre depresyon hastalarında bedensel belirtilerin sıklığı %66 ile %93 arasında değiştiği belirtilmektedir (218). Çin'deki bir veri analizine göre, genel hastanelerdeki depresif hastaların %98,2'si somatik semptomlarla kliniklere başvurmaktadır (291). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç literatürdeki oranlara göre biraz düşük olsa da yine de yüksek bir orandır.

Çalışmamızda bedensel belirti ve cinsiyet arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kadın cinsiyette bedensel belirti sıklığı % 66,5 iken erkek cinsiyette bu oran %33,5' dur. Bu oran nedeys 2/1 'dir. Literatür incelendiğinde kadın cinsiyetin bedenselleştirme için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Özen ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadın/erkek oranını 3/1 bulmuşlardır (127). Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ve literatür verileri kadın cinsiyette bedensel belirtilerin daha sık görüldüğünü desteklemektedir. Çalışmamızda bedensel belirti ve medeni durum arasında bir ilişki saptanamamıştır. Fakat çalışmamıza katılan boşanmış bireylerin tamamında bedensel belirtinin olduğu saptanmıştır. Literatürde bekar olmanın somatizasyonun bir tetikleyicisi olduğunu belirtmişlerdir (292). İran' da yürütülmüş bir çalışmada boşanmış ve dul bireylerde somatizasyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (293). Karayağız' ın çalışmasında dahiliye polikliniğine başvuran hastaların depresyon ve somatizasyon düzeyleri incelendiğinde medeni durum bakımından somatizasyon düzeylerinin farklılaşmadığını bulmuştur (294). Bedensel belirti ve eğitim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde gruplar arasında farklılaşma saptanmıştır. Eğitim düzeyi düştükçe bedensel belirti sıklığı artmıştır. Bolat' ın çalışmasında eğitim durumuna göre somatizasyonun farklılaştığı bulunmuştur (295). Hindistan' da üçüncü basamak bakım merkezinde yürütülen bir

çalışmada daha az eğitim düzeyine sahip kişilerde bedensel belirti sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (296). Almanya'da 2.552 kişiden oluşan bir çalışmada, son 7 gün içinde meydana gelen tıbbi olarak açıklanamayan bedensel şikayetler incelendi. Çalışmanın sonucunda eğitim düzeyi düşük olanlarda bedensel şikayetlerin daha sık görüldüğü saptandı (297). Eğitimin, insanların becerilerini geliştirmesi ve onları daha iyi bir baş etme mekanizmasıyla güçlendirmesi ve böylece daha iyi bir ruh sağlığına sahip olmasını sağlamaktadır (298). Bedensel belirti ve gelir düzeyi ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılaşma saptanamamıştır. Fakat gelir düzeyi düştükçe bedensel belirti görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Obimakinde tarafından Nijerya’ da yürütülen bir çalışmada bedensel belirti bozukluğunun sosyo-ekonomik özelliklerle ilişkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre gelir düzeyi düştükçe somatizasyon sıklığının arttığı saptanmıştır (299). Bedensel belirti ve meslek ilişkisine göre anlamlı bir farklılaşma saptanamamıştır ama işsiz ve serbest çalışan grupta bedensel belirti daha sık görülmüştür. Literatürde işsizlik ile ilgili yürütülen araştırmalarda işsizliğin stres, kaygı, depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi psikiyatrik problemlere yol açtığı belirtilmiştir (300). Literatürde işsizliğin ruhsal sağlık sorunları için bir risk faktörü olduğu sıklıkla belirtilmiştir. Kuzey İsveç kohortu çalışmasında işsizliğin somatizasyon için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (301). Bedensel belirti ve yaşanan yer ilişkisine bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Fakat kırsal bölgede yaşayan kişilerde görülen bedensel belirti sıklığı kentsel bölgede yaşayanlardan daha fazla bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar kırsal bölgede yaşamının somatizasyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (302). Bedensel belirti ve yaşanan kişiler ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılaşma saptanamamıştır fakat yalnız yaşayanlarda bedensel belirti görülme oranı daha yüksek saptanmıştır. Maltepe bölgesinde bir aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin ruhsal belirtilerinin incelendiği bir çalışmada yalnız yaşamının somatizasyonun bir belirleyicisi olduğunu saptamıştır (303).

Çalışmamızdaki MDB tanımlı hastaların HAMD ve BECKD puan ortalamaları bedensel belirtinin eşlik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bedensel belirtinin eşlik ettiği depresyon hastalarının HAMD ve BECKD puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. HAMD ve BECKD ölçeği bedensel belirtileri de içinde değerlendiren bir ölçek olduğundan dolayısıyla bedensel belirtilerin eşlik ettiği depresyon hastalarında HAMD ve BECKD ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Kadın cinsiyet depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlardan depresyon şiddetinin HAMD ve BECKD puan ortalamasıyla değerlendirilmesinde kadın cinsiyette HAMD ve BECKD puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Dul ve boşanmışların HAMD ve

BECKD ölçek puanları evli ve hiç evlenmemiş bekarlara göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde 2022 yılında yayınlanmış bir çalışmada Çin’deki yaşlıların medeni durum ve depresyon ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda dul, boşanmış ve hiç evlenmemişlerde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur (304). Ayrıca depresyon hastaları arasında hiç evlenmemiş/boşanmış/dul/ayrı yaşayan bireylerin prognozları evli olanlara göre daha kötü olduğu belirtilmiştir (305).

Belirli bir normal fiziksel belirtiyi şiddetli, zararlı ve rahatsız edici olarak algılama durumunu ifade eden bedensel duyuların abartılması, kişinin vücuduna artmış dikkatine ve algılanan duyulara seçici bir odaklanmaya neden olur. Çalışmamızın verilerinde bedensel belirtisi olan depresyon hastalarında bedensel duyuları abartma ölçeği anlamlı derecede bedensel belirtisi olmayan depresyon hastalarından daha yüksek saptanmıştır. Bedensel duyuların abartılması, bireylerin fiziksel duyularına karşı hassasiyetin de arttığını göstermekte ve bedenselleştirme için zemin hazırlamaktadır. BDAÖ puanları cinsiyetler arasında da anlamlı farklılık göstermiştir. Kadın cinsiyetin BDAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Aydın’ın tez çalışmasında da kadın cinsiyette BDAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır (306). BDAÖ puanları medeni duruma, mesleğe, gelir düzeyine, yaşadığı yer, yaşadığı kişiler ve aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Aydın’ın tez çalışmasında da medeni durum ve gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (306).

Çalışmamızda depresyon hastalarından kadın cinsiyette olanlarda BDAÖ puanları anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki birçok çalışma kadın cinsiyetin bedensel belirti bildirim düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (307). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise depresyon hastalarında görülen bedensel belirtilerin cinsiyete göre karşılaştırılmasında cinsiyetler arasında fark görülmemiştir. Fakat bazı bedensel belirtiler anlamlı derecede kadın cinsiyette daha sık görülmüştür. Bu belirtiler baş ağrı, bulantı ve kusmaydı (308). Depresyonda bedensel belirti bildirimi kadın cinsiyette daha yüksek saptanmaktadır (309). Literatürdeki veriler çalışmamızın verilerini destekler nitelikteydi. Depresyon hastalarında bedensel belirtilerin yaş ile ilişkisi incelendiğinde ileri yaş gruplarında BDAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır (310). Bazı çalışmalar ileri yaşta görülen depresyondaki bedensel belirtilerin yaşa bağlı ortaya çıktığını öne sürmektedir. İleri yaşlardaki depresyonda yaşa bağlı çeşitli biyolojik yollardan dolayı daha somatik semptomlarla karakterize bir klinik tablo ortaya çıkabilmektedir (311). Bedensel belirti ve medeni durum ilişkisine baktığımızda özellikle dul olanların BDAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. Fakat bedensel belirti ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Nakao ve

arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bekar, boşanmış ve dul olmanın bedensel belirtiler için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (292). Yeşil ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise medeni durum ile somatizasyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (312). Medeni durum şüphesiz ruh sağlığı için önemli bir sosyodemografik faktördür. Dul veya boşanmış olmak bir ayrılık sürecini de beraberinde getirdiğinden ruhsal bozuklukların tetikleyicisi olabilmektedir. Bedensel belirtilerin ortaya çıkmasında bir diğer faktörde eğitimidir. Düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda ve okuma yazma bilmeyenlerde somatik yakınmalar daha sık gözlemlenmektedir (296). Çalışmamızın sonuçlarında da ilkökul mezunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek BDAÖ puanları saptanmıştır. Elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumludur. Eğitimin bireylerde sorunlarla başetme becerisini arttırdığı ve ruh sağlığı ile ilgili problemleri azalttığı belirtilmektedir (298).

Literatüre bakıldığında problem çözme becerisinin birçok sosyodemografik özellikle ilişkili olduğu görülmektedir. Bunlara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu örnek olarak verilebilir. Çalışmamızdan elde edilen verilere göre cinsiyet problem çözme becerisini etkileyen faktörlerden biridir. Çalışmamızın verilerinden yola çıkarak erkek cinsiyetin problem çözme becerisinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Literatürdeki birçok çalışma erkeklerin problem çözme becerisinin kadınlardan daha yüksek olduğunu desteklemektedir (313). Bazı araştırma bulguları ise problem çözme becerisinin cinsiyete göre farklılaşmadığını belirtmektedir. Cinsiyetler arası farklılaşmanın nedeni toplum için cinsiyet rollerinin farklılık göstermesinden kaynaklanabilmektedir (314). Erkekler kendine güvenli, düşünen ve değerlendirci yaklaşıma kadınlardan anlamlı derecede daha fazla sahiptir.

Problem çözme becerisinin yaş grupları ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır. Genç erişkinlikte problem çözme becerisi kötüyken, yetişkinlik döneminde daha iyi problem çözme becerisine sahip olunduğu ve yaş ilerledikçe problem çözme becerisinde kötüleşme saptanmıştır. Literatür incelendiğinde genel olarak, sonuçlar sosyal problem çözme yeteneğinin genç yetişkinlikten (17-20 yaş) orta yaşa (40-55 yaş) doğru arttığını ve daha sonra yaşlılıkta (60-80 yaş) azaldığını göstermektedir (314). Çalışmamızın verileri literatür verilerini desteklemektedir. Çalışmamızın verilerinden orta yaş grubunda yer alan kişilerin düşünen, değerlendirci ve planlı yaklaşıma anlamlı derecede daha fazla sahip oldukları saptanmıştır. Problem çözme becerisi ile eğitim durumu ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça problem çözme becerisi de artmaktadır. Problem çözme becerisi gelir düzeyine, çalışma durumuna, yaşadığı yere ve yaşadığı kişilere göre farklılık göstermemiştir. Durmaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da çekirdek ve geniş ailelerde yaşayan bireylerde problem çözme becerileri arasında

anlamli bir farklılık saptayamamıştır (315). Pınar ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin ekonomik durumlarının problem çözme becerisini etkilemediklerini bulmuşlardır (316). Çalışmamızdan elde edilen verilere göre hastaların yaşadıkları yerlerin problem çözme becerisi üzerinde anlamlı bir etkisi yoktu. Literatüre bakıldığında Yurttaş' ın yapmış olduğu çalışmada ve Köşgeroğlu' nun yapmış olduğu çalışmada da yaşanan yerin problem çözme becerisi üzerinde etkisi olmadığını saptamışlardır (317, 318).

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre HAMD ve BECKD puan ortalamaları arttıkça PÇE toplam puanı da artmaktadır. Yani depresyon puanı yükseldikçe problem çözme becerisi azalmaktadır. Bu hipotezimizi destekleyen bir bulgudur. Literatüre baktığımızda problem çözmenin yaratıcı düşünmeyi gerektiren bir süreç olduğu ve bu sürecin olağan, kaliteli bir şekilde uygulanabilmesi için bireyin sağlıklı bir ruh sağlığına sahip olması gerekir. İyi bir problem çözme becerisi ise bireyin günlük yaşama uyumunu artırır (241). Nezu ve Wilkins yapmış oldukları çalışmalar sonrasında problem çözme becerisi ile ruh sağlığı arasında çok yakın ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca yetersiz problem çözme becerisine sahip kişilerin depresyon için risk grubunda olduklarını belirtirken etkili baş etme yöntemlerini kullanabilen, problem çözme becerisi yüksek olan kişilerin ise depresyonun olumsuz etkileri ile baş edebileceklerini bildirmişlerdir (241). 2019 yılında yayınlanan bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinde depresyon ve problem çözme becerisi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda depresyon düzeyleri ile problem çözme becerisi arasında ilişki bulunmuştur. Depresyon şiddeti arttıkça problem çözme becerisi azalmaktadır (319). Literatürdeki veriler şiddetli depresif belirtilere sahip kişilerin problemlerine ilişkin geliştirdikleri çözümlerinde daha etkisiz olduğu saptanmıştır (320, 321). Ayrıca olumsuz problem yöneliminin depresif belirtilerle ilişkili olduğu da belirtilmektedir (322). Literatür incelendiğinde problem çözme becerisini geliştirmeye yönelik terapilerde geliştirilmiştir. Önemli sayıda randomize çalışmada yetişkin depresyonunun tedavisi olarak test edilen müdahalelerden biri problem çözme terapisi (PÇT). PÇT, depresyonun ilk tedavilerinden biri olarak 1970' lerde geliştirildi (215) ve ilk olarak 1980' lerde (245, 323) test edildi. PÇT, uyarlanabilir sorun çözme tutumları ve becerilerine yönelik eğitime odaklanır, psikopatolojiyi azaltmayı, önlemeyi ve bireylerin günlük yaşamdaki stresli sorunlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olarak pozitif iyilik halini artırmayı amaçlar (324). PÇT ile ilgili yapılan geniş örneklemli meta analizlerde etkinliği kanıtlanmıştır (325-327). Depresif bozukluklara komorbid olarak kişilik bozuklukları da eşlik edebilmektedir. Harley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kişilik bozukluklarının zayıf problem çözme becerisi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle bağımlı kişilik bozukluğu olanlarda zayıf problem çözme becerisi saptanmıştır (328). Depresyon

hastalarında her zaman intihar davranışları konusunda dikkatli olunması gerekir. Literatürdeki çalışmalardan intihar davranışının da zayıf problem çözme becerisi ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Fırıncık ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada problem çözme becerisinin depresyon, sigara içme, alkol veya madde kullanma, intihar ve umutsuzluk ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre problem çözme becerisinin intihar, umutsuzluk, depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınlarda ve dul/boşanmışlarda problem çözme becerisi daha düşük saptanmıştır (329). Depresyon ileri yaş grubundaki hastalarda da problem çözme becerisini olumsuz etkileyebilmektedir. Yen ve arkadaşları tarafından 2832 ileri yaş erişkinin dahil edilerek yapıldığı çalışmada depresyonun problem çözme becerisini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (330).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerden elde edilen sonuçlara göre BDAÖ puanları ile PÇE ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BDAÖ puanları arttıkça PÇE toplam puanı artmaktadır. Yani bedensel duyuları abartılı algılayan kişilerde problem çözme becerisi daha düşük saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Basha ve Koç tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinde problem çözme becerisi ile psikolojik faktörler arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlarda somatizasyon ile problem çözme becerisi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (331). Ranjbar ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada sosyal problem çözme becerisi ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Somatik semptomlar arttıkça problem çözme becerisi azalmaktaydı. Aynı çalışmada problem çözme becerisini, depresyon, anksiyete ve uykusuzluk düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (332). Maddoux ve arkadaşlarının partner şiddetine uğramış kadınlarda yapmış oldukları çalışmada problem çözme becerisi ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (333, 334). Literatürdeki bu veriler bizim çalışmamızın sonuçlarını da desteklemektedir

6. SONUÇ

MDB tanılı hastalar ile yürütülen çalışmamızdan elde edilen sonuçlardan en önemlisi depresyon hastalarında bedensel belirtilerin problem çözme becerisi üzerindeki olumsuz etkisiydi. Literatür incelendiğinde depresyonun problem çözme becerisi üzerinde olumsuz etkisini destekler çalışmalara rastlanırken bedensel belirtilerin problem çözme becerisi üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Ayrıca depresyonun problem çözme becerisini olumsuz yönde etkilediği saptanmış olup bu veri literatür verileriyle de desteklenmektedir. Çalışmamıza katılan depresyon hastalarının yarısından fazlasında bedensel belirtilere rastlanılmıştır. Depresyon hastalarının sosyodemografik verilerine bakıldığında çoğunu kadın cinsiyet oluşturmaktaydı. Bedensel belirtiler sıklıkla kadın cinsiyette saptandı. Hastaların depresyon şiddeti arttıkça problem çözme becerisi azalmaktaydı. Tüm bu bulgular literatür verilerini destekler nitelikteydi. Çalışmamız literatürde depresyon hastalarında bedensel belirtiler ile problem çözme becerisi ilişkisini değerlendirmiş ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Depresyon hastalarında gündelik sorunlarla baş edememe, öz güven eksikliğine, öz saygıda azalmaya depresif belirtilerin şiddetinde de artışa sebep olabilmektedir. Ayrıca depresyon hastalarında ortaya çıkabilecek bedensel belirtiler tedavi de zorlanılan başlıca semptomlardır. Problem çözme odaklı müdahalelerin depresyondaki bedensel belirtileri iyileştireceği düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından bahsedecek olursak çalışmada sağlıklı kontrol grubun olmaması MDB tanılı hastalardaki problem çözme becerisinin sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanamamasına neden olmuştur. Fakat biz çalışmamızda depresyonda görülen bedensel belirtin problem çözme becerisi üzerindeki etkisini saptamak istedik. Çalışmamız pandemi koşullarında yürütüldüğünden poliklinik başvurularının azalması örneklem sayısının daha da büyük olmasını engellemiştir.

Çalışmamızın güçlü yanları ise literatürde depresyon hastalarında bedensel belirtiler ile problem çözme becerisi ilişkisini değerlendirmiş ilk çalışmadır. Bundan dolayı literatüre önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızın örneklem sayısı literatürdeki ilgili konu ile yapılan çalışmalara bakıldığında örneklem sayısı olarak yeterli olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızın depresyonda çok sık görülen, klinisyenleri ve hastaları tedavi sürecinde zorlayan bedensel belirtiler ile problem çözme becerileriyle ilgili yeterli veriye rastlanılamadığından bu durum çalışmamızı değerli kılmaktadır. Bu alanda çalışmaların artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
2. Kirmayer LJ. Culture, Affect and Somatization: Part I. *Transcultural Psychiatric Research Review*. 1984;21(3):159-88.
3. Duman OY, Usubutun S, Goka E. Belirti yorumlama ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(1):26-40.
4. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of clinical psychiatry*. 2001;62:22-30.
5. Kessler D, Heath I, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. General Practice Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care Commentary: There must be limits to the medicalisation of human distress. *Bmj*. 1999;318(7181):436-40.
6. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*. 1988;50(5):510-9.
7. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):266-75.
8. Karamustafalıoğlu O, Gökçegöz GI. Depresyon. In: Karamustafalıoğlu O, editor. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Murat Yılmaz; 2018. p. 313–39.
9. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;153(3):298-304.
10. Davison K. Historical aspects of mood disorders. *J Psychiatry MMC*. 2006;5:115-8.
11. Rousseau G. Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of psychiatry*. 2000;11(41 Pt 1):71-106.
12. Porter R. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity (the Norton history of science)*: WW Norton & Company; 1999.
13. Aydemir O, Malhi GS. Aretaeus of Cappadocia. *Acta Neuropsychiatrica*. 2007;19(1):62-3.
14. Araj-Khodaei M, Noorbala AA, Parsian Z, Taheri S, Emadi F, Alijaniha F, et al. Avicenna (980-1032CE): The Pioneer in Treatment of Depression. *Transylvanian Review*. 2017;25:4377-89.

15. Yousofpour M, Kamalinejad M, Esfahani MM, Shams J, Tehrani HH, Bahrami M. Role of Heart and its Diseases in the Etiology of Depression According to Avicenna's Point of View and its Comparison with Views of Classic Medicine. *Int J Prev Med*. 2015;6:49-.
16. Yazici O, Oral T. Psikoz Manik-Depresiften İki Uçlu Bozukluğa: Tanım ve Yaklaşımda Neler Değişti? *Klinik Gelişim*. 2009;22(4):18-21.
17. Kendler KS. The origin of our modern concept of depression—The history of melancholia from 1780-1880: A review. *JAMA psychiatry*. 2020;77(8):863-8.
18. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*: American Psychiatric Publishing; 2007.
19. Lanczik M, Keil G. Carl Wernicke's localization theory and its significance for the development of scientific psychiatry. *History of psychiatry*. 1991;2(6):171-80.
20. Mondimore FM. Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2005;17(1):49-52.
21. Freud S. Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 1917;14(1914–1916):237-58.
22. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 1952.
23. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 1968.
24. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 1980.
25. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 1987.
26. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 1994.
27. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 2000.
28. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington: DC; 2013.
29. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Aksu Tanık F, Zağlı N, et al. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of affective disorders*. 2015;181:78-86.

30. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*. 2011;9:90.
31. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (ed) Ankara, Aydoğdu Ofset, TC Sağlık Bakanlığı. 1997.
32. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2016;2:16065.
33. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34:119-38.
34. Kendler KS, Aggen SH, Li Y, Lewis CM, Breen G, Boomsma DI, et al. The similarity of the structure of DSM-IV criteria for major depression in depressed women from China, the United States and Europe. *Psychol Med*. 2015;45(9):1945-54.
35. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841-50.
36. Ten Have M, Nuyen J, Beekman A, de Graaf R. Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems. *Psychol Med*. 2013;43(10):2203-13.
37. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*. 1996;276(4):293-9.
38. Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet*. 2007;370(9591):957-64.
39. Williams DR, González HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(3):305-15.
40. Unipolar depression in adults: epidemiology, pathogenesis, and neurobiology [Internet]. UptoDate. 2016.
41. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*. 2009;66(7):785-95.

42. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(11):993-9.
43. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):76-85.
44. Lorant V, Delière D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 2003;157(2):98-112.
45. Peyrot WJ, Lee SH, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Byrne EM, Esko T, et al. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in ~25,000 subjects. *Molecular psychiatry*. 2015;20(6):735-43.
46. Heim C, Binder EB. Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Exp Neurol*. 2012;233(1):102-11.
47. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2012;126(3):198-207.
48. Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*. 2013;35(4):512-22.
49. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitapevleri*; 2018.
50. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379(9820):1045-55.
51. Pizzagalli DA. Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annual review of clinical psychology*. 2014;10:393-423.
52. Tezcan AE. *Depresyonu Anlamak*. 1 ed. İstanbul: Sigma Publishing; 2013.
53. Öztürk M, Şahiner IV, Şahiner Ş, Çayköylü A. Majör depresif bozukluk tanısı ile başvuran hastalarda beden kitle indeksinin depresyon şiddeti, yeme tutumu ve dürtüsellikle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2018;19(2):117-25.
54. Karamustafahoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
55. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*. 2011;32(4):192-202.

56. Holmans P, Weissman MM, Zubenko GS, Scheftner WA, Crowe RR, Depaulo JR, Jr., et al. Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(2):248-58.
57. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science (New York, NY)*. 2015;349(6255):1489-94.
58. Kendall KM, Van Assche E, Andlauer TFM, Choi KW, Luykx JJ, Schulte EC, et al. The genetic basis of major depression. *Psychol Med*. 2021;51(13):2217-30.
59. Beckman G, Beckman L, Cedergren B, Perris C, Strandman E. Serum protein and red cell enzyme polymorphisms in affective disorders. *Human heredity*. 1978;28(1):41-7.
60. Border R, Johnson EC, Evans LM, Smolen A, Berley N, Sullivan PF, et al. No Support for Historical Candidate Gene or Candidate Gene-by-Interaction Hypotheses for Major Depression Across Multiple Large Samples. *The American journal of psychiatry*. 2019;176(5):376-87.
61. Bosker FJ, Hartman CA, Nolte IM, Prins BP, Terpstra P, Posthuma D, et al. Poor replication of candidate genes for major depressive disorder using genome-wide association data. *Molecular psychiatry*. 2011;16(5):516-32.
62. Ripke S, Wray NR, Lewis CM, Hamilton SP, Weissman MM, Breen G, et al. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular psychiatry*. 2013;18(4):497-511.
63. Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature neuroscience*. 2019;22(3):343-52.
64. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, NY)*. 2003;301(5631):386-9.
65. Appel K, Schwahn C, Mahler J, Schulz A, Spitzer C, Fenske K, et al. Moderation of adult depression by a polymorphism in the FKBP5 gene and childhood physical abuse in the general population. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2011;36(10):1982-91.
66. Binder EB, Salyakina D, Lichtner P, Wochnik GM, Ising M, Pütz B, et al. Polymorphisms in FKBP5 are associated with increased recurrence of depressive episodes and rapid response to antidepressant treatment. *Nature genetics*. 2004;36(12):1319-25.
67. Porcelli S, Fabbri C, Serretti A. Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *European*

neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2012;22(4):239-58.

68. Kato M, Serretti A. Review and meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder. *Molecular psychiatry*. 2010;15(5):473-500.

69. Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(6):539-46.

70. Uher R, Perroud N, Ng MY, Hauser J, Henigsberg N, Maier W, et al. Genome-wide pharmacogenetics of antidepressant response in the GENDEP project. *The American journal of psychiatry*. 2010;167(5):555-64.

71. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Grasso D, Lipschitz D, Houshyar S, et al. Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological psychiatry*. 2006;59(8):673-80.

72. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009;12(3):342-8.

73. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.

74. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2013;37(10 Pt 1):2331-71.

75. Keller J, Gomez R, Williams G, Lembke A, Lazzeroni L, Murphy GM, Jr., et al. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Molecular psychiatry*. 2017;22(4):527-36.

76. Nelson JC, Davis JM. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*. 1997;154(11):1497-503.

77. Otte C, Hinkelmann K, Moritz S, Yassouridis A, Jahn H, Wiedemann K, et al. Modulation of the mineralocorticoid receptor as add-on treatment in depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled proof-of-concept study. *Journal of psychiatric research*. 2010;44(6):339-46.

78. Otte C, Wingenfeld K, Kuehl LK, Kaczmarczyk M, Richter S, Quante A, et al. Mineralocorticoid receptor stimulation improves cognitive function and decreases cortisol secretion in depressed patients and healthy individuals. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2015;40(2):386-93.

79. Schatzberg AF. Anna-Monika Award Lecture, DGPPN Kongress, 2013: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in the pathogenesis of psychotic major depression.

The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2015;16(1):2-11.

80. Bollen J, Trick L, Llewellyn D, Dickens C. The effects of acute inflammation on cognitive functioning and emotional processing in humans: A systematic review of experimental studies. *Journal of psychosomatic research*. 2017;94:47-55.
81. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature reviews Immunology*. 2016;16(1):22-34.
82. Setiawan E, Wilson AA, Mizrahi R, Rusjan PM, Miler L, Rajkowska G, et al. Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):268-75.
83. Leonard BE. Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology? *Acta Neuropsychiatr*. 2018;30(1):1-16.
84. Egeland M, Zunszain PA, Pariante CM. Molecular mechanisms in the regulation of adult neurogenesis during stress. *Nature reviews Neuroscience*. 2015;16(4):189-200.
85. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity - Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2017;77:317-26.
86. Peng D, Yao Z. Neuroimaging Advance in Depressive Disorder. *Advances in experimental medicine and biology*. 2019;1180:59-83.
87. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*. 2017;22(6):900-9.
88. Arnone D, McIntosh AM, Ebmeier KP, Munafò MR, Anderson IM. Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: systematic review and meta-regression analyses. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2012;22(1):1-16.
89. Boldrini M, Fulmore CA, Tartt AN, Simeon LR, Pavlova I, Poposka V, et al. Human Hippocampal Neurogenesis Persists throughout Aging. *Cell stem cell*. 2018;22(4):589-99.e5.
90. Boldrini M, Santiago AN, Hen R, Dwork AJ, Rosoklija GB, Tamir H, et al. Hippocampal granule neuron number and dentate gyrus volume in antidepressant-treated and untreated major depression. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2013;38(6):1068-77.

91. Hamilton JP, Etkin A, Furman DJ, Lemus MG, Johnson RF, Gotlib IH. Functional neuroimaging of major depressive disorder: a meta-analysis and new integration of base line activation and neural response data. *The American journal of psychiatry*. 2012;169(7):693-703.
92. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(10):1012-24.
93. Coyle JT, Pine DS, Charney DS, Lewis L, Nemeroff CB, Carlson GA, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(12):1494-503.
94. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*. 2001;49(12):1023-39.
95. Fish EW, Shahrokh D, Bagot R, Caldji C, Bredy T, Szyf M, et al. Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1036:167-80.
96. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016;46(4):717-30.
97. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2003(418):61-6.
98. Rosenquist JN, Fowler JH, Christakis NA. Social network determinants of depression. *Molecular psychiatry*. 2011;16(3):273-81.
99. Teo AR, Choi H, Valenstein M. Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PloS one*. 2013;8(4):e62396.
100. Kleinman A. Culture and depression. *The New England journal of medicine*. 2004;351(10):951-3.
101. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(9):953-9.
102. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(1):115-24.
103. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(1):1-10.

104. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003;64(9):1094-100.
105. Biuckians A, Miklowitz DJ, Kim EY. Behavioral activation, inhibition and mood symptoms in early-onset bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2007;97(1-3):71-6.
106. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(6):573-88.
107. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(12):975-90.
108. Sasayama D, Hori H, Teraishi T, Hattori K, Ota M, Matsuo J, et al. Difference in Temperament and Character Inventory scores between depressed patients with bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of affective disorders*. 2011;132(3):319-24.
109. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2000;250(1):40-7.
110. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(12):991-9.
111. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1991;84(3):288-93.
112. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics*. 1986;27(5):327-31, 35-7.
113. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10, editor. UK: Wolters Kluwer; 2017.
114. North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2015;5(4):496-517.
115. Kellner R. Somatization. Theories and research. *The Journal of nervous and mental disease*. 1990;178(3):150-60.
116. Katon W, Ries RK, Kleinman A. A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive psychiatry*. 1984;25(3):305-14.
117. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*. 1991;179(11):647-55.
118. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of general psychiatry*. 1985;42(8):821-33.

119. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine*. 2001;134(9 Pt 2):917-25.
120. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International journal of epidemiology*. 2006;35(2):468-76.
121. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1996;30(1):18-20.
122. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2000;68(2):207-10.
123. Feder A, Olfson M, Gameraff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*. 2001;42(3):261-8.
124. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *Bmj*. 2001;322(7289):767.
125. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*. 1998;60(4):420-30.
126. Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1986;135(6):609-14.
127. Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G. Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(Suppl 2):131-6.
128. Kandemir G, İsmail AK. Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4):479-506.
129. Kellner R. Psychosomatic syndromes and somatic symptoms: American Psychiatric Pub; 1991.
130. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Archives of general psychiatry*. 1986;43(5):502-5.
131. Lembo AJ, Zaman M, Krueger RF, Tomenson BM, Creed FH. Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. 2009;104(3):686-94.

132. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ. A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *The American journal of psychiatry*. 1986;143(7):873-8.
133. Guze SB. Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder. A review of family, adoption, and twin studies. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 1993;5(4):225-30.
134. Bohman M, Cloninger R, Sigvardsson S, von Knorring AL. The genetics of alcoholisms and related disorders. *Journal of psychiatric research*. 1987;21(4):447-52.
135. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology*. 2004;49(1):24-9.
136. Rief W, Hennings A, Riemer S, Euteneuer F. Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(5):495-502.
137. Rogers MP, Weinshenker NJ, Warshaw MG, Goisman RM, Rodriguez-Villa FJ, Fierman EJ, et al. Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1996;37(1):17-22.
138. Gordon E, Kraiuhin C, Kelly P, Meares R, Howson A. A neurophysiological study of somatization disorder. *Comprehensive psychiatry*. 1986;27(4):295-301.
139. Niemi PM, Portin R, Aalto S, Hakala M, Karlsson H. Cognitive functioning in severe somatization--a pilot study. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(6):461-3.
140. Rief W, Auer C. Is somatization a habituation disorder? Physiological reactivity in somatization syndrome. *Psychiatry research*. 2001;101(1):63-74.
141. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Baringo T, Ceballos C. SPECT scan in somatization disorder patients: an exploratory study of eleven cases. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2001;35(3):359-63.
142. Hakala M, Karlsson H, Ruotsalainen U, Koponen S, Bergman J, Stenman H, et al. Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. *Psychol Med*. 2002;32(8):1379-85.
143. Hakala M, Karlsson H, Kurki T, Aalto S, Koponen S, Vahlberg T, et al. Volumes of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. *Psychiatry research*. 2004;131(1):71-8.
144. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):996-1002.

145. K ro lu E, G le  C. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birli i; 2007. 369-93 p.
146. Anderson G, Maes M, Berk M. Biological underpinnings of the commonalities in depression, somatization, and Chronic Fatigue Syndrome. Medical hypotheses. 2012;78(6):752-6.
147. Maes M. Inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways underpinning chronic fatigue, somatization and psychosomatic symptoms. Current opinion in psychiatry. 2009;22(1):75-83.
148. Harrison NA, Brydon L, Walker C, Gray MA, Steptoe A, Critchley HD. Inflammation causes mood changes through alterations in subgenual cingulate activity and mesolimbic connectivity. Biological psychiatry. 2009;66(5):407-14.
149. Rief W, Pilger F, Ihle D, Bosmans E, Egyed B, Maes M. Immunological differences between patients with major depression and somatization syndrome. Psychiatry research. 2001;105(3):165-74.
150. Y cel B, Polat A. Somatizasyon Bozuklu u ve Farklıla mamı  Somatoform Bozukluk. Hekimler Yayın Birli i. 2007;369:76.
151. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, N ring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. The American journal of psychiatry. 2002;159(11):1908-13.
152. Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, Wetzel RD. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. The American journal of psychiatry. 1993;150(10):1507-11.
153. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. The American journal of psychiatry. 2005;162(5):899-905.
154. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosom Med. 1998;60(2):150-5.
155. Escobar JI, Manu P, Matthews D, Lane T, Swartz M, Canino G. Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. Psychiatric developments. 1989;7(3):235-45.
156. Stern J, Murphy M, Bass C. Personality disorders in patients with somatisation disorder. A controlled study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1993;163:785-9.
157. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kreisman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization

disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. The American journal of psychiatry. 1996;153(12):1598-606.

158. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. International review of psychiatry (Abingdon, England). 2006;18(1):25-33.

159. Richardson RD, Engel CC, Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. The neurologist. 2004;10(1):18-30.

160. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(2):227-39.

161. Dupre E. Les cénesthopathies. L'Encephale. 1907;2:616-31.

162. Schneider K. und der Aufbau der Depressionszustände. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1920;59:281.

163. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1989;154:201-6.

164. Akiskal HS. Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches. Psychiatric developments. 1983;1(2):123-60.

165. Hagnell O, Rorsman B. Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. Neuropsychobiology. 1978;4(3):180-7.

166. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. The New England journal of medicine. 1999;341(18):1329-35.

167. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. The American journal of psychiatry. 1993.

168. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine. 2003;163(20):2433-45.

169. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. Psychosomatics. 2003;44(6):471-8.

170. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. International journal of methods in psychiatric research. 2003;12(1):34-43.

171. Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23(1):60-5.

172. Johnson MK, Foley MA, Suengas AG, Raye CL. Phenomenal characteristics of memories for perceived and imagined autobiographical events. *Journal of experimental psychology General*. 1988;117(4):371-6.
173. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 1991;41(352):454-8.
174. Dijkstra-Kersten SMA, Sitnikova K, Terluin B, Penninx B, Twisk JWR, van Marwijk HWJ, et al. Longitudinal associations of multiple physical symptoms with recurrence of depressive and anxiety disorders. *Journal of psychosomatic research*. 2017;97:96-101.
175. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*. 1992;33(1):28-34.
176. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik psikiyatri*. 2004;1:14-9.
177. Anderson G, Berk M, Maes M. Biological phenotypes underpin the physio-somatic symptoms of somatization, depression, and chronic fatigue syndrome. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014;129(2):83-97.
178. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 1994;39(10):584-95.
179. Holčík J, Klindová A, Masár J, Mészáros J. Sturgeons in the Slovakian rivers of the Danube River basin: an overview of their current status and proposal for their conservation and restoration. *Journal of Applied Ichthyology*. 2006;22(s1):17-22.
180. Tutuncu R, Gunay H. Chronic pain, psychological factors and depression. *Dicle Medical Journal*. 2011;38(2):257-62.
181. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*. 1981;43(6):531-43.
182. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(7 Suppl):137-42.
183. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1990;1(3):157-65.
184. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(6):533-41.
185. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American journal of psychiatry*. 1984;141(6):725-32.
186. Sasioglu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi: Tedavi Girişimleri/Alexithymia: Treatment Interventions. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*. 2014;6(1):22.

187. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3(4):235-41.
188. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med*. 1988;50(5):500-9.
189. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1986;45(4):207-15.
190. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1988;50(1):29-34.
191. Şahin E, Türkcan AS, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler. *Yeni Symposium*. 2009;47:187-93.
192. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of psychosomatic research*. 1992;36(5):417-24.
193. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(2):108-14.
194. Deary IJ, Scott S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*. 1997;22(4):551-64.
195. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*. 1990;24(4):323-34.
196. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 1988;50(5):510-9.
197. Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T. Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychosomatics*. 2002;43(1):55-60.
198. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, La Rovere R, Sepede G, Core L, et al. Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder. *Psychosomatics*. 2007;48(3):239-46.
199. Jones MP, Schettler A, Olden K, Crowell MD. Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosomatics*. 2004;45(6):508-16.
200. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ, Trief P. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics*. 1998;39(5):399-404.
201. Kalaycı Atay N. Sosyal Bilgilerde Problem Çözme ve Uygulamalar. Ankara: Gazi Kitabevi; 2001.

202. Yüksel Ç. Üniversite öğrencilerinin kişilerarası ilişkilerinde yaşadıkları problemleri çözme becerilerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2008.
203. Rahman M. 21st century skill'problem solving': Defining the concept. Rahman, MM (2019) 21st Century Skill "Problem Solving": Defining the Concept Asian Journal of Interdisciplinary Research. 2019;2(1):64-74.
204. Dewey J. How we think. Boston: D.C.Heath & Co., Publishers; 1910.
205. Heppner PP, Krauskopf CJ. An Information-Processing Approach to Personal Problem Solving. The Counseling Psychologist. 1987;15(3):371-447.
206. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranış: Psikolojinin temel kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2003.
207. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi Ankara: Nobel Yayıncılık; 2012.
208. Nezu AM, Nezu CM. Problem Solving Therapy. Journal of Psychotherapy Integration. 2001;11(2):187-205.
209. Taylan S. Heppner'in Problem Çözme Envanterinin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. Ankara: Ankara Üniversitesi; 1990.
210. Heppner PP, Witty TE, Dixon WA. Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research using the Problem Solving Inventory. The Counseling Psychologist. 2004;32(3):344-428.
211. Wickelgren WA. How to Solve Problems WH Freeman San Francisco. CA; 1974.
212. Oğuzkan AF. Orta Dereceli Okullarda Öğretim (Amaç İlke Yöntem Ve Teknikler). Ankara: Emel Matbacılık; 1985.
213. Shure MB. Interpersonal problem solving: A cog in the wheel of social cognition. Social-cognitive development in context. 1982:133-66.
214. Anderson JR. Cognitive psychology and its implications: Macmillan; 2005.
215. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. Journal of abnormal psychology. 1971;78(1):107.
216. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
217. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapies. 2001.
218. Chen L, Jia S, Li P, Shi Z, Li Y. Experiences and coping strategies of somatic symptoms in patients with depressive disorder: A qualitative study. Archives of Psychiatric Nursing. 2022;38:6-13.
219. Lazarus RS, DeLongis A, Folkman S, Gruen R. Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. 1985.

220. Heppner PP, Baumgardner AH, Larson LM, Petty RE. The utility of problem-solving training that emphasises selfmanagement principles. *Counselling Psychology Quarterly*. 1988;1(2-3):129-43.
221. Morgan CT. Psikolojiye giriş: Eğitim Yayınevi; 2010.
222. Adair J, Kalaycı N, Korkmaz G. Karar verme ve problem çözme. 2000.
223. Dewey J. How We Think. A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process, Boston etc.(DC Heath and Company) 1933. 1933.
224. Osborn A. Applied imagination-principles and procedures of creative writing: Read Books Ltd; 2012.
225. Sungur N. Yaratıcı Düşünce, Evrim Yayınevi. Baskı, İstanbul. 1997.
226. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191.
227. Mountrose P. Getting Thru to Kids: Problem Solving with Children Ages 6 to 18: ERIC; 1997.
228. Senemoğlu N. Gelişim öğrenme ve öğretim (12. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi. 2005.
229. Yildirim B, Bağısürer N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme süreçlerinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2019;11(1):27-33.
230. Kafkaslı R. Evli bireylerde, problem çözme becerisi ve evlilik doyumu ile somatizasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2019.
231. Dixon WA, Heppner PP, Anderson WP. Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling psychology*. 1991;38(1):51.
232. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines: John Wiley & Sons; 1989.
233. Abdollahi A, Abu Talib M, Carlbring P, Harvey R, Yaacob SN, Ismail Z. Problem-solving skills and perceived stress among undergraduate students: The moderating role of hardiness. *Journal of Health Psychology*. 2018;23(10):1321-31.
234. Heppner MJ, Lee D-g, Heppner PP, McKinnon LC, Multon KD, Gysbers NC. The role of problem-solving appraisal in the process and outcome of career counseling. *Journal of Vocational Behavior*. 2004;65(2):217-38.
235. Klaassens E. Strategies to enhance problem solving. *Nurse Educator*. 1992;17(3):28-31.
236. Yiğiter, K. Rekreatif Etkinliklerin Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Problem Çözme Becerisi ve Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisi. Doktora Tezi, Kocaeli. 2012.

237. Oğuztürk Ö, Akça F, Şahin G. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin bazı değişkenler üzerinden incelenmesi. 2011.
238. Tetik S, Açıkgöz A. Duygusal zekâ düzeyinin problem çözme becerisi üzerindeki etkisi: meslek yüksekokulu öğrencileri üzerine bir uygulama. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 2013;3(4):87-97.
239. Arslan G, Kabasakal Z. Ergenlerin problem çözme becerileri ve ana-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*. 2013;8(6).
240. Kaya A, Bozaslan H, Gülten G. Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumlarının problem çözme becerilerine, sosyal kaygı düzeylerine ve akademik başarılarına etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012(18):208-25.
241. Nezu AM, Wilkins VM. Problem Solving-Depression. In: Freeman A, Felgoise SH, Nezu CM, Nezu AM, Reinecke MA, editors. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Boston, MA: Springer US; 2005. p. 298-301.
242. Goddard L, Dritschel B, Burton A. Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of abnormal psychology*. 1996;105(4):609-16.
243. Priester MJ, Clum GA. The problem-solving diathesis in depression, hopelessness, and suicide ideation: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1993;15(3):239-54.
244. Watkins E, Baracaia S. Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(10):1179-89.
245. Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1986;54(2):196-202.
246. Kant GL, D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Social Problem Solving as a Mediator of Stress-Related Depression and Anxiety in Middle-Aged and Elderly Community Residents. *Cognitive Therapy and Research*. 1997;21(1):73-96.
247. Chorpita BF, Daleiden EL. Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009;77(3):566.
248. Boyd RC, Lewis J, Borreggine K, Benton TD. Adolescent depression: Identification and treatment. *Current Treatment Options in Pediatrics*. 2018;4(3):350-62.
249. Hamrin V, Pachler MC. Child & adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2005;43(1):54-63.

250. Krause KR, Courtney DB, Chan BWC, Bonato S, Aitken M, Relihan J, et al. Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: a scoping review and exploratory meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):397.
251. Çiftçi S, Çuhadar D. Relationship Between Problem Solving Skill and Psychiatric Symptoms in Patients who have Undergone Myocardial Infarction. *Adv Practice Nurs*. 2016;2(113):2573-0347.
252. Wilkinson P, Mynors-Wallis L. Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(6):591-8.
253. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology*. 2014:1-6.
254. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak Oz, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
255. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive psychiatry*. 2001;42(2):161-5.
256. Heppner PP, Petersen CHJJocp. The development and implications of a personal problem-solving inventory. 1982;29(1):66.
257. Sahin N, Sahin NH, Heppner PP. Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students. *Cognitive Therapy and Research*. 1993;17(4):379-96.
258. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
259. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
260. Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2007;20(1):16-24.
261. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*. 1992;106 Suppl:S71-4.
262. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(1):8-15.

263. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and anxiety*. 1998;7(1):3-14.
264. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of Depressive and Anxiety Disorders. *Textbook in Psychiatric Epidemiology* 2002. p. 389-426.
265. Frackiewicz EJ, Sramek JJ, Cutler NR. Gender differences in depression and antidepressant pharmacokinetics and adverse events. *The Annals of pharmacotherapy*. 2000;34(1):80-8.
266. Noble RE. Depression in women. *Metabolism: clinical and experimental*. 2005;54(5 Suppl 1):49-52.
267. Lee LC, Casanueva CE, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *Journal of women's health (2002)*. 2005;14(3):225-32.
268. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2010;17(1):33-43.
269. Roos E, Burström B, Saastamoinen P, Lahelma E. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Social science & medicine (1982)*. 2005;60(11):2443-51.
270. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(4):322-7.
271. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1994;377:7-10.
272. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(Supp: 6):3-10.
273. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, Kivimäki M, Hintsanen M, Hintsanen T, et al. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Social science & medicine*. 2012;74(6):923-9.
274. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
275. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological psychiatry*. 1999;45(3):300-7.

276. Swindle RW, Jr., Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(8):462-9.
277. Sengül CB, Serinken M, Sengül C, Bozkurt S, Korkmaz A. Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2008;8(3):127-31.
278. Uçku R. kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. *Nöropsikiyatri arşivi*. 1992;29:15-20.
279. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2014;36(4):429-41.
280. Dollard MF, Winefield AH. Mental health: overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2002;1(3):170-95.
281. Kaya B, Binbay İ. Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2006;21(2):122-8.
282. Hammarström A, Janlert U. Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of epidemiology and community health*. 2002;56(8):624-30.
283. Hämäläinen J, Poikolainen K, Isometsä E, Kaprio J, Heikkinen M, Lindeman S, et al. Major depressive episode related to long unemployment and frequent alcohol intoxication. *Nordic journal of psychiatry*. 2005;59(6):486-91.
284. Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth ME. Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International journal of epidemiology*. 1999;28(1):95-100.
285. Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML, Witte AV, Hinz A, Engel C, et al. The association between unemployment and depression—Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of affective disorders*. 2018;235:399-406.
286. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):11-20.
287. Işık E, Işık U, Taner Işık Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2013.
288. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016;16(1):1098-.

289. Sundquist K, Frank G, Sundquist JAN. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(4):293-8.
290. Wang JL. Rural–urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(1):19-25.
291. Jian Y, Jia S, Shi Z, Zhao Y, Li P, Chen L, et al. Characteristics of somatic symptoms among Chinese patients diagnosed with major depressive episode. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021;35(1):27-33.
292. Nakao M, Fricchione G, Zuttermeister PC, Myers P, Barsky AJ, Benson H. Effects of Gender and Marital Status on Somatic Symptoms of Patients Attending a Mind/Body Medicine Clinic. *Behavioral Medicine*. 2001;26(4):159-68.
293. Garrusi B, Danaei M, Aboosaeidi R. The prevalence and predictive factors of somatization and its relationship with anxiety and depression in Iranian population. *Journal of preventive medicine and hygiene*. 2019;60(4):E400-e6.
294. Karayağız Ş. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Depresyon ve Somatizasyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Ahi Evran Medical Journal*. 2021;5(1):43-9.
295. Bolat T. Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi. 2010.
296. Baitha U, Ranjan P, Deb KS, Baudh NK, Singh V, Kaloia G, et al. Association of Somatic Symptom Severity With Sociodemographic Parameters In Patients With Medically Unexplained Physical Symptoms: A Cross-Sectional Study From a Tertiary Care Center in India. *Cureus*. 2020;12(7):e9250.
297. Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(9):704-12.
298. Halpern-Manners A, Schnabel L, Hernandez EM, Silberg JL, Eaves LJ. The relationship between education and mental health: new evidence from a discordant twin study. *Social Forces*. 2016;95(1):107-31.
299. Obimakinde AM, Ladipo MM, Irabor AE. Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder. *African journal of primary health care & family medicine*. 2015;7(1).
300. Çivilidağ A. İşsizlik Sorununa Fenomenolojik Bir Yaklaşım: Üniversite Mezunu Genç İşsizlerin Görüşlerine Göre İşsizlik Sorunu. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*. 2019;9(2):197-217.

301. Brydsten A, Hammarström A, Strandh M, Johansson K. Youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: results from the Northern Swedish cohort. *European Journal of Public Health*. 2015;25(5):796-800.
302. Şahin EM, Özer C, Dağdeviren N, Şahin Ö, Aktürk Z. Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2001;10(1):12-4.
303. Ay MK, Aldağ Y, Ekinci HE, Tosun İY, Güngör M, Alsadah M, et al. Maltepe bölgesindeki bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin ruhsal sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi/Evaluation of psychological health levels of individuals who apply to one of family health centers in maltepe region. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(1):22-34.
304. Pan L, Li L, Peng H, Fan L, Liao J, Wang M, et al. Association of depressive symptoms with marital status among the middle-aged and elderly in Rural China—Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *Journal of affective disorders*. 2022;303:52-7.
305. Monserud MA. Marital status and trajectories of depressive symptoms among older adults of Mexican descent. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019;88(1):22-45.
306. Aydın E. Algılanan ebeveynlik biçimleri, duygu düzenleme güçlüğü ve bilişsel esneklik ile somatizasyon arasındaki ilişkilerin incelenmesi. 2021.
307. Wool CA, Barsky AJ. Do Women Somatize More Than Men?: Gender Differences in Somatization. *Psychosomatics*. 1994;35(5):445-52.
308. Elbozan B, Kaya B, Yalvaç D, Emul HM, Kaya M, Ünal S. Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(3):167-74.
309. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJ, Thombs BD. Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: much ado about nothing? *PloS one*. 2012;7(2):e32490.
310. Cohen M. Depression, anxiety, and somatic symptoms in older cancer patients: a comparison across age groups. *Psycho-Oncology*. 2014;23(2):151-7.
311. Hegeman JM, de Waal MWM, Comijs HC, Kok RM, van der Mast RC. Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of affective disorders*. 2015;170:196-202.
312. Yesil H, Özdoğan B, Ünübol H, Sayar GH. Examining the relationship between attachment, somatization, and expressing emotions. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*. 2021;8(2):119.
313. ÇELİK kalelİ AGÖ, Gündüz B. Ergenlerde problem çözme becerileri ve yetkinlik inançları. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;19(2):361-77.

314. D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Kant GL. Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*. 1998;25(2):241-52.
315. Durmaz Ş, Kaçar Z, Sevtap CAN, Reyhan K, Yeşilova D, Tortumluoğlu G. Çanakkale sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerileri (PÇB) ve etkileyen bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2007;10(4):63-71.
316. Pınar R, Sabuncu N. Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin otomatik düşünceler ve problem çözme yeterliliği konusunda kendilerini algılayışları. *Hemşirelik Forumu*. 2004;7(5):23-7.
317. Köşgeroğlu N, Yıldırım S, Bahar M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerileri. . 3 Ulusal-10 Uluslararası Hemşirelik Kongresi. 2005;7(10):140.
318. Yurttaş A, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;6(1):1-13.
319. Yıldız AGM, EldeklİÖĞLu J. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin ruminasyon ve problem çözme becerileriyle ilişkisi. *Kalem Uluslararası Eğitim Ve İnsan Bilimleri Dergisi*. 2019;9(1).
320. Marx EM, Schulze CC. Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical psychology*. 1991;47(3):361-7.
321. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 1999;77(5):1061.
322. Haaga DAF, Fine JA, Terrill DR, Stewart BL, Beck AT. Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 1995;19(2):147-58.
323. Nezu AM, Perri MG. Social problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1989;57(3):408.
324. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010;3:197-225.
325. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007;27(1):46-57.
326. Kirkham JG, Choi N, Seitz DP. Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;31(5):526-35.

327. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert DD. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry*. 2018;48(1):27-37.
328. Harley R, Petersen T, Scalia M, Papakostas GI, Farabaugh A, Fava M. Problem-solving ability and comorbid personality disorders in depressed outpatients. *Depression and anxiety*. 2006;23(8):496-501.
329. Fırıncık S, Gürhan N. The effect of problem-solving ability on suicide, depression, and hopelessness in cigarette, alcohol, or substance addicts and relationships with each other. *Journal of psychiatric nursing*. 2019;10(1):39-47.
330. Yen YC, Rebok GW, Gallo JJ, Jones RN, Tennstedt SL. Depressive symptoms impair everyday problem-solving ability through cognitive abilities in late life. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2011;19(2):142-50.
331. Basha E, Koç M. The evaluation of the relationship between the problem solving skills and psychological symptoms of university students. *The Online Journal of Counseling and Education*. 2016;5(2):63-73.
332. Ranjbar M, Bayani AA, Bayani A. Social problem solving ability predicts mental health among undergraduate students. *Int J Prev Med*. 2013;1(1):1337-42.
333. Maddoux J, Symes L, McFarlane J, Koci A, Gilroy H, Fredland N. Problem-Solving and Mental Health Outcomes of Women and Children in the Wake of Intimate Partner Violence. *Journal of Environmental and Public Health*. 2014;2014:708198.
334. Kashner TM, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith GR. Enhancing the Health of Somatization Disorder Patients: Effectiveness of Short-Term Group Therapy. *Psychosomatics*. 1995;36(5):462-70.

EKLER

EK-1: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın ismi: “Depresyon Hastalarında Bedensel Belirtilerin Problem Çözme Becerileri Üzerine Olan Etkisi” dir.

Sizlerin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Bülent Bahçeci, Arş. Görv. Dr. Doğançan Sönmez tarafından muayene edilerek, araştırmacılar tarafından ilgili ölçekler uygulanarak bulgular kaydedilecektir. Ölçekler genel olarak majör depresif bozukluk, bedensel belirtiler ve problem çözme becerileri ile ilgili maddeleri içermektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın Konusu:

Depresyonun tanınmasını güçleştiren bir etmen olarak kabul edilen bedenselleştirme, kişinin yaşadığı bedensel duyuları nasıl yorumladığı ve neye bağladığı ile yakından ilgilidir. Sıradan bedensel belirtiler yaşayan bireylerin bunları ya uykusuzluk, yorgunluk, aşırı ses gibi durumsal etkenlere atfederek normalleştirdiklerini ya da bu müphem belirtileri ruhsal veya bedensel anormal durumlara atfederek patolojik olarak algıladıklarını iddia edilmektedir. Bedensel belirtiler için yapılan nedensel atıfların bedensel, ruhsal ve normalleştiren açıklamalar arasından seçildiğini belirtmişlerdir. Ruhsal sıkıntının bir ifadesi sayılabilen bedensel belirtiler, klinisyen tarafından yanlış yorumlandığında gereksiz arayışlara ve yanlış tedavilere neden olabilirler. Bu çalışmada major depresyon tanısı almış hastalarda bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine olan etkisi araştırılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Araştırmanın Süresi: Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı:

Çalışmaya 01.01.2021 -01.01.2023 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine ayaktan psikiyatri poliklinik başvuruları bulunan çalışmaya alınma, dışlanma kriterlerini karşılayan kişiler dahil edilecektir. Çalışmaya alınma kriterleri DSM-5 'e göre Major

Depresif Bozukluk(MDB) tanısını karşılama, ek tıbbi, nörolojik hastalığın olmaması, en az 6 aydır psikotrop ilaç kullanmama, vücut kitle indeksi değerinin 18,5 – 24,9 kg/m² arasında olması, alkol veya madde kullanım bozukluğunun olmaması, gebe ve emzirme döneminde olmaması, kas gücü gerektiren ağır işler ve ağır spor yapmama, 18-65 yaşları arasında bulunmak, görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunmaması, çalışmaya katılmayı kabul etmek çalışmaya dahil edilme koşuludur. Araştırmaya katılan tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayları alınacaktır. Çalışmadan dışlanma kriterleri DSM-5 'e göre MDB tanı kriterlerini karşılayamama, ek tıbbi, nörolojik hastalığın olması, en az 6 aydır psikotrop ilaç kullanma, vücut kitle indeksi değerinin 18,5 – 24,9 kg/m² aralığının dışında kalması, alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması, gebe ve emzirme döneminde bulunma, kas gücü gerektiren ağır işler, spor yapıyor olma, 18-65 yaş aralığı dışında olma, görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunması, çalışmaya katılmayı kabul etmemek olarak belirlendi.

Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine depresif yakınmalarla başvuran hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmesi ardından aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalara DSM 5'e göre MDB tanısı konan hastalara sosyodemografik veri toplama formu, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Beck Depresyon Envanteri (BECKD), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ), Problem Çözme Envanteri (PÇE) uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahip kişilere ismi geçen test bataryaları uygulanacaktır. Herhangi bir psikotrop ilaç kullanmayan ilk kez MDB tanısını alan ve en az 6 aydır ilaç kullanımı olamayan MDB tanısı olan 200 kişi çalışmaya dahil edilecektir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırmamız bir anket, ölçek çalışması olup, araştırma sırasında karşılaşılabilecek herhangi bir risk yoktur.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Arş. Görv. Dr. Doğançan SÖNMEZ TLF:0 5365231041

Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ TLF:0 506 669 9368

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar: Çalışmamızın MDB tanılı hastalarda bedensel belirtilerin problem çözme becerileri üzerine etkisi araştırılacaktır.

Katılımcının Beyanı

Sayın Prof. Dr. Bülent Bahçeci ve Arş. Gör. Dr. Doğançan Sönmez tarafından “*Depresyon Hastalarında Bedensel Belirtilerin Problem Çözme Becerileri Üzerine Olan Etkisi*” isimli bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih.

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih.

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

1- CİNSİYET K: E:

2- YAŞ:

3- MEDENİ DURUM Evli:
Bekar:
Boşanmış:
Dul:

3-EĞİTİM DURUMU Okuryazar Değil:
İlkokul:
Ortaokul:
Lise:
Yüksek Okul:

4- MESLEK Kamu:
Özel:
Serbest:
Emekli:
İşsiz:

5- YAŞADIĞI YER Kırsal:
Kentsel:

6-YAŞADIĞI KİŞİLER Eşi ve Çocukları:
Anne-Babası:
Bakıcı:
Yalnız:

7-AİLE TİPİ Geniş Aile:
Çekirdek Aile:

8-GELİR DÜZEYİ Asgari Ücret Altı.....
Asgari Ücret.....
Asgari Ücret >2 Katı.....
Asgari Ücret >3 Katı.....

9- BEDENSEL BELİRTİ Var:
Yok:



Ek-3: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

ADI SOYADI:

TARİH:

BABA ADI:

YAŞI:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok.
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya 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 ihbar ya da itham eden sesleri 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 benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadan şikâyet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erken uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erken uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerini, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetini karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu bildiriyor (işinden 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 işlerinin 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. Düşüncesi ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporta .

9. Ajitasyon

0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psikik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzüleniyor.
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 fizyolojik sorunlar;

Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı,

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

12. Somatik semptomlar/ Gastrointestinal

0. Yok.
1. İştahsızlık, ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Bağırsakları ya da gastrointestinal

semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar/genel

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

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

- 0. Yok.
- 1. Hafif.
- 2. Şiddetli.
- 3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

- 0. Yok.
- 1. Kuruntulu.
- 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0. Kilo kaybı yok.
- 1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
- 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada 1 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, istirahatı ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

TOPLAM PUAN:

Ek-4: Beck Depresyon Envanteri

Adı ve Soyadı:

Tarih: .../.../...

Baba Adı:

Yaş:

1. (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (0) Gelecekte umutsuz değilim.
(1) Gelecek konusunda umutsuzum.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
(1) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(2) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şeyden zevk alamıyorum.
(3) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(1) Arada bir kendimi suçlu hissediyorum.
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (0) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(1) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
(2) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.

- (3) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (0) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(1) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(2) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam.
(2) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(3) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (0) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(1) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(2) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(1) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(2) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
(3) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (0) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
(1) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.

- (2) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- (1) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzüldüyorum.
- (2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- (3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- (2) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- (3) Hiç çalışamıyorum.
16. (0) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- (1) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- (2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- (3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (0) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- (1) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- (2) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- (3) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (0) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (2) Şimdilerde iştahım epey kötü.
- (3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- (1) Son zamanlarda istemediğim halde ili buçuk kilodan fazla kaybettim.
- (2) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- (3) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. (0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(1) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(2) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

TOPLAM PUAN:

UYGULAYAN:

Ek-5: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

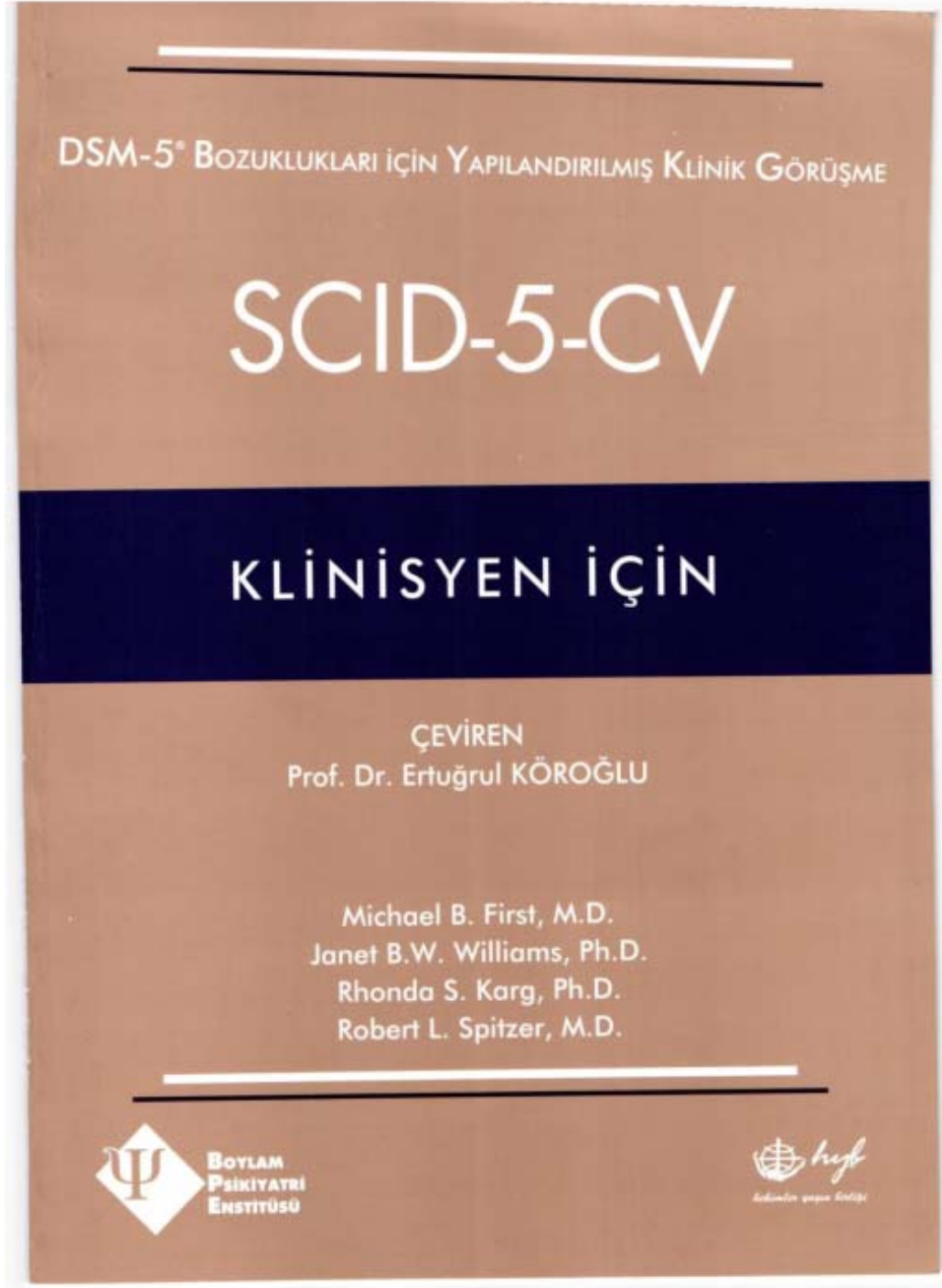
Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

Doğru değil.....Tamamen doğru

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Duman, sis yada hava kirliliğine tahammül edemem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm
attığını duyarım..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırtığı bile beni gerçekten
rahatsız eder..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ek-6: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme



Ek-7: Etik Kurul Onayı



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050.01.04-50
Konu : Etik Kurul

25.02.2021

Sayın Doç. Dr. Bülent BAHÇECİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “**Depresyon Hastalarında Bedensel Belirtilerin Problem Çözme Becerileri Üzerine Etkisi**” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 18.02.2021 tarihinde yapmış olduğunuz toplantıda incelenmiş olup, 2021/38 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : b22e9b7100c9 Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>
Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE Bilgi için : BURAK HANKAYA
Telefon No : +90 (464) 223 61 26 Faks No : +90 (464) 223 53 76
e-Posta : Internet.Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/
Kep Adresi:

