



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**MAJÖR DEPRESYONDA İÇGÖRÜ VE FARKLI İÇGÖRÜ
ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ZEHRA GÜVENÇ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ATİLA EROL

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**MAJÖR DEPRESYONDA İÇGÖRÜ VE FARKLI İÇGÖRÜ
ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ZEHRA GÜVENÇ
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ATİLA EROL

2024-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Zehra Güvenç

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Majör Depresyonda İçgörü ve Farklı İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././2024

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.05.2023 tarihinde onay alarak (onay no: E-71522473-050.01.04-249232-183) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../2024

Zehra Güvenç

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başladığım günden bugüne kadar mesleki yaklaşımı, bilgi ve tecrübeleri ile kendisinden çok şey öğrendiğim Ana Bilim Dalı başkanımız, tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere, klinik katkılarının yanında psikoterapi eğitimleri, uygulamaları ve akademik anlamda destekleri ile hep yanımda olan Prof. Dr. Esra YAZICI' ya, sadece klinikte değil sosyal alanlarda da bizleri destekleyen Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye ve öğrenme ve öğretme heyecanını her daim bize de yansıtan Prof. Dr. Ahmet Bülent YAZICI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Psikiyatri tercihi yaparken örnekliliği ve asistanlık sürem boyunca yol göstericiliği için Doç. Dr. Rumeysa YENİ ELBAY'a ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonum sırasında mesleki anlamda katkıları ve destekleri için Prof. Dr. Vahdet GÖRMEZ ve Doç. Dr. Alperen BIKMAZER'e teşekkür ederim.

Birlikte çalışmış olmaktan ve kendilerini tanımış olmaktan dolayı çok mutlu hissettiğim sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma, erkek, kadın ve AMATEM servislerinde, TRSM'de ve polikliniklerde çalışan hemşire, sekreter, güvenlik ve personel tüm ekibimize teşekkür ederim.

Çocukluğumdan beri bana öğrenmenin ve çalışmanın güzelliğini yaşayarak anlatan, eğitim hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgili anne ve babama, ablaları olduğum için kendimi nasipli saydığım kardeşlerime,

Uzmanlık eğitimi ve tez sürecimi kolaylaştırmak için ellerinden geleni yapan eşimin sevgili anne ve babasına ve ablama,

Ve varlığı ile huzur bulduğum yol arkadaşım, kıymetli eşim İbrahim'e en kalpten teşekkürlerimle...

Dr. Zehra GÜVENÇ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Majör Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri.....	4
2.1.2. Tarihsel gelişim.....	5
2.1.3.Tanı kriterleri ve klinik özellikler	7
2.1.4. Epidemiyoloji ve risk faktörleri.....	13
2.1.5. Etiyoloji	14
2.1.5.1. Genetik faktörler	14
2.1.5.2. Nöroanatomi.....	16
2.1.5.3. Nörokimyasal faktörler	18
2.1.5.3.1. Monoamin hipotezi.....	18
2.1.5.3.2. Nörotransmitter reseptör hipotezi.....	18
2.1.5.4. Endokrin faktörler	20
2.1.5.5. İnflamasyon.....	21
2.1.5.6. Psikolojik kuramlar	22
2.1.5.6.1. Psikodinamik kuram.....	22
2.1.5.6.2. Davranışçı kuram	23
2.1.5.6.3. Bilişsel kuram.....	23
2.1.5.6.4. Üstbiliş Kuramı	24
2.1.6. Klinik seyir ve eş tanılar	25
2.1.7. Tedavi	26
2.2. Psikiyatride İlgörü Kavramı	27

2.2.1. İçgörü kavramı.....	27
2.2.2. İçgörünün değerlendirilmesi	29
2.2.3. Kuramsal yaklaşımda içgörü	31
2.2.4. İçgörü gelişimini etkileyen faktörler.....	32
2.2.5. İçgörü eksikliğinin etiyopatogenezi.....	33
2.2.5.2. Psikolojik model	33
2.2.5.3. Nöroanatomik model.....	34
2.2.5.4. Nöropsikolojik model	34
2.2.5.5. Sürekli model	35
2.3. Majör Depresif Bozuklukta İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar.....	35
3.GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Tasarımı.....	42
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	42
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	42
3.5. Uygulama	43
3.5.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri	43
3.5.2. Araştırmanın dışlama kriterleri.....	43
3.6 Veri Toplama Araçları.....	44
3.6.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)	44
3.6.2. Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) (Ek 3).....	44
3.6.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (Ek 4).....	44
3.6.3. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 5)	45
3.6.4. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 6)	45
3.6.5. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) (Ek 7).....	46
3.6.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 8).....	46
3.6.7. Öz yansıtma ve içgörü ölçeği (ÖYİÖ) (Ek 9).....	47
3.6.8. Üstbiliş ölçeği (ÜÖ) (Ek 10).....	47
3.7. İstatiksel Analiz	48
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4.BULGULAR.....	49
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	49
4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri	58
4.3. Semptom Şiddeti ile Klinik Ölçeklerin Korelasyonu.....	60

4.4. İçgörü Ölçeklerinin Birbirleriyle Korelasyonu	61
4.5. Çoklu Lineer Regresyon Analizi	62
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	64
5.1. Sosyodemografik- Klinik Veriler ile Hastalık Şiddeti ve İçgörü	64
5.2. Semptom Şiddeti ve İçgörü	67
5.3. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları	69
5.4. Majör Depresif Bozukluk Şiddetinin Prediktörleri	71
5.5. Sonuç	71
6.KAYNAKLAR	73
7.EKLER.....	92
7.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı	92
7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu	93
7.3. Ek 3: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)	96
7.4. Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	100
7.5. Ek 5: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)	104
7.6. Ek 6: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)	108
7.7. Ek 7: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ).....	110
7.8. Ek 8: Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYVİÖ)	112
7.9. Ek 9: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	115
7.10. Ek 10: Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)	117
ÖZGEÇMİŞ	119

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

5-HİAA: 5-Hidroksiindolasetik Asit

5-HT: Serotonin

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

ASK: Anterior Singulat Korteks

BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

CRP: C-reaktif protein

DA: Dopamin

dLPFC: Sağ Dorsolateral Prefrontal Korteks

DRD4: Dopamin Reseptörü D4

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG: Elektroensefalografi

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

HHT: Hipotalamus Hipofiz Tiroit Bezi Sistemi

HPA: Hipotalamo Hipofizer Adrenal Sistem

HTR2A: Hydroxytyriptamine Receptor 2A

ID3: Inhibitor of DNA Binding 3

IGF: Insulin like Growth Factor

IL-1: İnterlökkin-1

IL-2: İnterlökkin-2

IL-6: İnterlökkin-6

IL-11: İnterlökkin -11

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

KİPT: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

MAO-A: Monoamin Oksidaz-A

MCT: Metacognitive Therapy

MCQ: Metacognitions Questionnaire

MDB: Majör Depresif Bozukluk

MHFG: Methoxy Hydroxyphenyl Glycol

miRNA: MikroRNA

mPFC: Medial Prefrontal Korteks

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NA: Noradrenalin

NMDA: N-metil-D-aspartik asit

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OXTR: Oxytocin Receptor

ÖYİÖ: Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği

PBY: Psikoz Benzeri Yaşantılar

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

PSK: Posterior Singulat Korteks

SLC6A4: Solute Carrier Family 6 Member 4

SNRI: Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitor

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

STin2: Serotonin Transporter Intronic-2

TPH1: Triptofan Hidroksilaz-1

TPPP: Tubulin Polymerization Promoting Protein

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

TSH: Tiroit Stimulan Hormon

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor

VKİ: Vücut kitle indeksleri

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. MDB etiyojijisinde yer alan faktörler	17
Şekil 4.1. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ilişkisi.....	49
Şekil 4.2. Cinsiyet ve çalışma durumu ilişkisi.....	50
Şekil 4.3. Cinsiyet ve aylık gelir ilişkisi	51
Şekil 4.4. Hasta sayılarına göre ek psikiyatrik hastalıklar	54
Şekil 4.5. Hastaların mevcut tedavileri	55
Şekil 5.1. HDÖ ve BDÖ ile ölçülen semptom şiddeti ve içgörü arasındaki ilişki.....	69
Şekil 5.2. Farklı içgörü ölçekleri arasındaki ilişki	70



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. MDB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları.....	36
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	51
Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri.....	55
Tablo 4.3. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları	59
Tablo 4.4. Klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi.....	60
Tablo 4.5. HDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi.....	61
Tablo 4.6. BDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi.....	61
Tablo 4.7. Farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi.....	62
Tablo 4.8. HDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi.....	63
Tablo 4.9. BDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi.....	63

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İçgörü hakkında çok sayıda tanımlama yapılmış, çok sayıda araştırma yapılmış olsa da hala içgörü kavramı üzerinde psikiyatride net bir uzlaşmanın sağlandığını söylemek pek mümkün görünmemektedir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde, MDB hastalarında içgörüyü değerlendirmek için birden fazla içgörü ölçeğinin kullanıldığı, ölçeklerin arasındaki korelasyonun incelendiği ve içgörü ölçekleri ile semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Çalışmamızda MDB hastalarında İçgörü ölçeklerinin kendi aralarındaki korelasyonlarını, ölçeklerin hastalık şiddeti ile korelasyonlarını ve depresif semptomları predikte etme oranlarını incelemeyi hedefledik.

YÖNTEM: Çalışmamıza, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş olan 80 MDB hastası dahil edilmiştir. Hastalarla öncelikle DSM-5'e uyarlı SCID-1 görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) hekim tarafından uygulanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYİÖ) ve Üstbilis Ölçeği (ÜBÖ) ise hastalar tarafından öz bildirim formu olarak doldurulmuştur.

BULGULAR: Klinik değişkenler ile semptom şiddeti ve içgörü düzeyleri arasında bir ilişki görülmemiştir. MDB semptom şiddeti arttıkça ÜBÖ hariç içgörü ölçekleri ile ölçülen içgörü düzeyinin azaldığı bulunmuştur. HDÖ toplam semptom düzeyini en iyi predikte eden ölçeğin İÜBDÖ, ikinci predikte eden ölçek ÜBÖ ve üçüncü predikte eden ölçek BİDÖ olarak bulunmuştur. BDÖ toplam semptom düzeyini en çok predikte eden iki ölçüm aracı sırasıyla ÖYVİÖ ve ÜBÖ olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Majör depresif bozukluk hastalarında içgörünün azalması ile hastalık şiddetinin artması beraberlik göstermektedir. Klinik içgörüye odaklanan İÜBD ve AHİÖ, bilişsel içgörüye odaklanan BBİÖ ve ÖYVİÖ, kendi aralarında benzer ve uyumlu sonuçlar vermiştir. MDB semptom şiddeti arttıkça patolojik üstbilis süreçlerinin arttığı gösterilmiştir. İçgörü ölçeklerinin depresif semptomları predikte etme oranları birbirinden farklı bulunmuştur. MDB'de içgörünün hem klinik hem bilişsel hem de üstbilis içgörü kavramlarıyla ele alınmasının önemli olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İçgörü, içgörü ölçekleri, majör depresif bozukluk, semptom şiddeti

ABSTRACT

Evaluation of insight in major depressive disorder: A comparative study of insight scales

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: To our knowledge, there is no study in the literature that uses multiple insight scales to evaluate insight in major depressive disorder (MDD) patients, examines the correlation between these scales, and explores the relationship between insight scales and symptom severity. Our study aims to investigate the correlations among various insight scales in MDD patients, the correlations between insight scales and disease severity, and the predictive capacity of insight scales for depressive symptoms.

METHODS: The study included 80 MDD patients who applied to the Psychiatry Clinic of Sakarya University Training and Research Hospital. Initially, a SCID-1 interview, compatible with DSM-5, was conducted with the patients. The sociodemographic data form, Hamilton Depression Scale (HDS), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), Scale to Assess the Three Components of Insight (SAI), and Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) were administered by the clinician. The Beck Depression Inventory (BDI), Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), Self-Reflection and Insight Scale (SRIS), and Metacognition Questionnaire (MCQ) were filled out by the patients.

RESULTS: No relationship was found between sociodemographic variables and levels of symptom severity and insight. It was found that as the severity of MDD symptoms increased, the level of insight measured by insight scales, except for the MCQ, decreased. The scale that best predicted the total symptom level of HDS was SAI, followed by MCQ and BABS. The two measurement tools that best predicted the total symptom level of BDI were SRIS and MCQ, respectively.

CONCLUSION: In patients with MDD, a decrease in insight is associated with an increase in disease severity. It has been shown that as the severity of MDD symptoms increases, pathological metacognitive processes also increase. The predictive capacity of insight scales for depressive symptoms varied. It appears important to consider the concept of insight in MDD from clinical, cognitive, and metacognitive perspectives.

Keywords: Insight, insight scales, major depressive disorder, symptom severity

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Majör Depresif Bozukluk (MDB); derin üzüntü hissinin olduğu, düşünce, konuşma ve psikomotor aktivitelerde artma ya da azalmanın olduğu, psiko-fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği, bilişsel işlevlerde bozulmaların olabildiği, olağan etkinliklerden keyif alamama ve ilgi kaybının yaşandığı, değersizlik ve karamsarlık düşünceleri ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur (Öztürk, 2023; Stahl, 2013). 18 ülkeden elde edilen epidemiyolojik veriler ile yapılan bir çalışmada 1 yıllık MDB prevalansının %2,2-10,4 arasında değiştiği, hayat boyu depresyon prevalansının ise %6,5-21,0 olduğu bildirilmiştir (Bromet ve ark., 2011). Bir depresif atak geçiren hastaların %50'sinin ikinci kez, ikinci kez depresif atak geçirenlerin %70'inin üçüncü kez, üç kez depresif atak dönemi yaşayanların ise %90'ının dördüncü kez depresif atak geçirdiği, yani her bir yinelemenin hastalığın tekrarlama riskini artırdığı gösterilmiştir (Öztürk, 2023).

İlk defa tanımlandığı 1900'lü senelerden bugüne içgörü hakkında çok sayıda tanımlama yapılmış, çok sayıda araştırma yapılmış olsa da hala içgörü kavramı üzerinde psikiyatride net bir uzlaşmanın sağlandığını söylemek pek mümkün görünmemektedir. Temel olarak bireyin ruhsal bir hastalığı olduğu hakkında farkındalığı olması, semptomların hastalıktan kaynaklandığını bilmesi ve tedaviye uyumlu olması şeklinde ilişkili farklı boyutlardan oluşan bir kavramdır. İçgörü hem tanı ve hastalık seyrini hem de tedavi yönetimini önemli derecede etkilediğinden ruhsal durum muayenesinin de önemli bir parçasıdır (Amador ve David, 1998). Klinisyenler tarafından muayenede kişinin sözel beyanına dayanarak değerlendirilse de bu durum içgörünün geçerlilik ve güvenilirliği hakkında bazı tartışmalar doğurmaktadır.

İçgörü kavramı ile ilgili çalışmalar başlangıçta sadece psikotik hasta gruplarında yapılmış olsa da sonraki yıllarda psikotik olmayan bozukluklardan ağırlıklı olarak obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yeme ilişkili bozukluklar ve beden dismorfik bozukluk üzerine yapılmış ve bu bozuklukların tanı kriterleri içgörü belirleyicilerini içerecek şekilde yeniden düzenlenmiştir (Leckman ve ark., 2010; Phillips ve ark., 1995). Anksiyete bozuklukları ve MDB dahil diğer psikotik olmayan bozukluklarda ise içgörü üzerinde çok durulmamıştır. Oysa içgörü eksikliği majör depresif bozukluk

kronik seyrinde de önemli bir faktördür. Yakın tarihte MDB özelinde yapılmış araştırmalar ise sınırlıdır. Ghaemi ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada bipolar ve unipolar depresyonda içgörü düzeyinin benzer olduğu ve MDB’de içgörüdeki artışın daha iyi prognozla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Ghaemi ve ark., 2000). Yen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç yaşta olmanın, daha yüksek eğitim seviyesinde olmanın ve daha şiddetli depresyon belirtileri yaşamının daha yüksek içgörü seviyesi ile ilişkili olduğu gösterilmiş, içgörünün bozulmasını predikte eden özelliklere sahip hastalar önceden fark edilip içgörü iyileştirme çalışmaları yapmanın hastalık seyrini olumlu şekilde etkileyeceği belirtilmiştir (Yen ve ark., 2005). Halaj ve arkadaşlarının kaleme aldığı meta-analizde ise literatürde MDB’de içgörü ile ilgili toplam 8 çalışma yapıldığı ve bu çalışmaların büyük kısmının bilişsel ve klinik içgörü arasında sistematik bir ayrım yapmamış olduğu ifade edilmiştir (Halaj ve ark., 2021).

Üstbiliş kavramı; insanın algılama, hatırlama ve düşünme süreçleri hakkındaki farkındalığı ve zihin işlevlerini belirli amaçlar doğrultusunda yönlendirebilmesini sağlayan bir üst sistem olarak tanımlanmıştır (Tosun ve Irak, 2008). Papageorgiou ve Wells, MDB tanısı almış kişilerde üstbilişin bilişsel süreçleri etkilediği ve düşünce, duygu ve davranış üzerinde olumsuz etkilere sebep olduğunu belirtmişlerdir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Literatürde yapılan çalışmalar da MDB de gözlenen olumsuz düşüncelerin üstbilişlerden oldukça etkilendiğini vurgulamışlardır (Cano-López ve ark., 2020; Eser ve Yerlikaya, 2022; Roelofs ve ark., 2009; Solem ve ark., 2016; Yilmaz ve ark., 2022).

Bildiğimiz kadarıyla literatürde, MDB hastalarında içgörüyü değerlendirmek için birden fazla içgörü ölçeğinin kullanıldığı, kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonların incelendiği ve içgörü ölçeklerinin semptom şiddeti ile ilişkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada DSM-5 uyarlı psikiyatrik görüşme ile MDB tanısı almış hastalarda; Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği (BİDÖ), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) ve Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYİÖ) olmak üzere 5 farklı içgörü değerlendirme aracı aynı görüşmede uygulanarak içgörü düzeyleri ölçülmüştür. Semptomlarının şiddeti ve tipi Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile

belirlenmiştir. Kişilerin metakognisyonlarını belirlemek üzere ise Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) kullanılmıştır. Mevcut çalışmamızdaki amaçlarımız:

1. İçgörü ölçeklerinin kendi aralarındaki korelasyonlarını incelemek
2. İçgörü ölçeklerinin hastalık şiddeti ile korelasyonlarını incelemek
3. İçgörü ölçeklerinin depresif semptomları predikte etme oranlarını incelemek



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Majör Depresif Bozukluk

2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri

Majör Depresif Bozukluk; zaman zaman bunalıtı hissinin de eşlik ettiği üzüntü hissinin olduğu, düşünce, konuşma ve psikomotor aktivitelerde artma ya da azalmanın olduğu, iştah, uyku veya cinsel istekle ilgili psiko-fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği, bilişsel işlevlerde bozulmaların olabildiği, olağan etkinliklerden keyif alamama ve ilgi kaybının yaşandığı, değersizlik, ve karamsarlık düşünceleri ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur (Öztürk, 2023; Stahl, 2022)

Depresyon vakalarının bazılarında kişinin gerçeği değerlendirme yeteneği bozulabilir, bu durumda algıda halüsinasyon veya hezeyan gibi patolojiler görülebilir (Küey, 1998).

Sağlıklı kişilerde de bazı psikososyal tetikleyici olaylar sonrası sıkıntı, üzüntü ve keder gibi duygular ortaya çıkabilmekle beraber, depresyon varlığında duygular nedenleriyle çoğu zaman orantısızdır ve tetikleyici olaylar ortadan kalktığında dahi gerilemez (Işık, 2003). Bu duygusal tepkilerin kişilerin işlevselliğini bozması durumunda klinik olarak psikiyatrik bir hastalığı tanımlayan depresif bozukluk olduğu düşünülmektedir (Kessler ve Bromet, 2003; Wakefield ve ark., 2007).

Her yaş grubunda görülebildiği bilinmekle beraber MDB'nin 40-50 yaşları arasında daha fazla gözlendiği bildirilmiştir (Yetkin ve Özgen, 2007). Ayrıca kadın cinsiyette olmak, çocukluk çağı travmalarının olması, ek tıbbi hastalığın olması, düşük sosyoekonomik durum, bekar olma, madde ve alkol kullanımı gibi faktörlerin riski artırdığı çalışmalarda tespit edilmiştir (Yetkin ve Özgen, 2007).

Depresyon kişilerde psikolojik ve sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini çok fazla etkileyen önemli bir hastalıktır (Kır ve Devrimci, 2021). DSÖ'nün 2008 yılında yaptığı bir çalışmada MDB dünya genelinde hastalık yükünün üçüncü sebebi olarak sıralanmış, 2030 yılında ise birinci sırada yer alacağı öngörülmüştür (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>, Erişim tarihi: 23 Kasım 2023).

2.1.2. Tarihsel gelişim

Depresyon kelimesi Latince depressus sözcüğünden köken almış olup “alçakta olmak, bastırmak” anlamlarına gelmektedir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016).

Geçmiş çağlarda ruhsal bozuklukların genelde olağanüstü güçler tarafından gönderilen bir ceza olduğu görüşünün insanlar arasında hakim olduğu bilinmektedir (Gül ve Rıfat, 2012). M.Ö. 460-357 yıllarında yaşamış Hipokrat ruhsal bozukluklara ilk defa bilimsel olarak yaklaşmış, sınıflama yaparak bir terim olarak kullanmaya başlamıştır (Horwitz ve ark., 2017). Hipokrat, Yunanca “siyah safra” anlamına gelen melankolinin kronik stres sonrasında ortaya çıktığını belirtmiştir (Horwitz ve ark., 2017). Hipokrat’a göre salgılanan siyah safra sıvı bedene zarar vermekte ve çeşitli organlarda ağrılar ile bilinç bulanıklıkları ortaya çıkarabilmektedir (Seven, 2018).

M.S. 170’li yıllarda yaşayan Galen melankoliyi tanımlarken “çökkünlük, korku ve hayattan memnun olmama” kavramlarını kullanmış ve melankoliye hüznün ve keder anlamını yüklemiş, ayrıca çevresel ve genetik faktörlerin etkisinden bahsetmiştir (Seven, 2018).

M.S. 1000’li yıllarda İbni Sina’nın kaleme aldığı “El Kanun Fi’t Tıp” adlı kitapta farklı duygudurumları tanımlanmış ve vücut sıvılarının farklı miktarlarda bir araya gelmesi ile farklı depresif görünümünün oluştuğu varsayımını dile getirmiştir (Gül ve Rıfat, 2012). Bu düşüncesinin günümüzdeki nörotransmitter hipotezinin ortaya çıkmasına öncülük ettiği kabul edilmektedir (Gül ve Rıfat, 2012). İshak İbni İbrahim ise melankoliyi tanımlarken “genel yavaşlama, hareketsizlik, uyku sorunları, iştahsızlık, konuşmama, moral bozukluğu, endişe, keder ve özkıym riski” ifadelerini kullanmıştır (Seven, 2018). Robert Burton 1600’lü yıllarda kaleme aldığı “Melankolinin Anatomisi” isimli kitabında, melankoli, geçmiş zamanlara kıyasla bugün tanımlanan semptomlara daha yakın bir şekilde duygudurum, bilişsel ve fizyolojik belirtileri de içeren şekilde tanımlanmıştır (Kafes, 2021).

1952 senesinde “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-1 (DSM-1)” ile ruhsal bozukluklar tanımlanmıştır (Öztürk, 2023). Freud ve Meyer’in etkisiyle, manik depresif durumdan bahsedilmiş ve depresyonda savunma mekanizmalarının etkilerinden sıkça bahsedilmiştir (Mondimore, 2005). 1957 yılında Leonhard

tarafından duygulanım bozuklukları “tek uçlu” ve “iki uçlu” olarak ayrılmıştır (Ban, 2014).

1968 yılında yayınlanmış DSM-2’de, manik depresif durumun bir tepki olarak geliştiği görüşündense daha çok biyolojik etmenlerle ilgili olduğu belirtilmeye başlanmıştır (Berrios ve Olson, 1999). 1980’de yayınlanmış DSM-3 ve 1987’de yayınlanmış revize halinde ise günümüzdeki bakış açısına benzerlik gösteren, daha çok araştırmalara dayanan tanı kriterlerine yer verilmiş, bunda Feigner ve Spitzer gibi bilim insanlarının etkisi olmuştur (Blashfield ve ark., 2014). 1994 yılında yayınlanan DSM-4 ve 2000 yılında yayınlanan revize halinde ise ilk defa “Majör Depresif Bozukluk” tanımı getirilmiştir (Blashfield ve ark., 2014).

2013 yılında gelindiğinde ise şu an hala yaygın bir şekilde kullanmakta olduğumuz DSM-5 yayınlanmış ve ilk defa “Duygudurum Bozuklukları” başlığı ikiye ayrılarak “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” ve “Depresif Bozukluklar” olmak üzere sınıflandırılmıştır (Türkçapar, 2004). Günümüzde ilerleyen teknolojik olanaklarla beraber depresyon artık fizyolojik mekanizmalara dayandırılmaya başlansa da, sadece bununla anlaşılamayacağı da fark edilerek, psikanalitik ve bilişsel ve davranışçı bakış açılarıyla kişisel farklılıkları da gözeterek değerlendirilmektedir (Blashfield ve ark., 2014; DSM-5, 2013; Uher ve ark., 2014).

2.1.3.Tanı kriterleri ve klinik özellikler

Majör depresif bozukluk tanı kriterleri DSM-5'e göre aşağıdaki gibidir:

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

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir.)

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

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

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

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

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

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

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

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

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

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

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

DSM-5'te major depresif bozukluk seyrine göre; “hafif”, “orta”, “ağır”, “psikoz özellikleri gösteren”, “tam olmayan yatışma gösteren”, “tam yatışma gösteren” ve “belirlenmemiş” şeklinde sınıflandırılmıştır (DSM-5, 2013).

Tam olmayan yatışma; son MDB dönemindeki belirtiler in devam etmesine rağmen tanı kriterlerini tam olarak karşılamaması ya da böyle bir dönemin bitişinden sonra MDB belirtilerinin olmadığı iki aydan daha az bir sürenin geçmesi olarak tanımlanmıştır (DSM-5, 2013). Tam yatışma ise son iki ay içinde MDB'nin belirgin belirti ve bulgularının olmaması olarak tanımlanmıştır (DSM-5, 2013).

Klinik özelliklerine göre depresyon bozuklukları; “bunaltılı, karma, somatik belirtili/melankolik, atipik, psikotik, mevsimsel, peripartum başlangıçlı ve katatoni ile giden” olmak üzere 8 alt tipe ayrılmıştır (DSM-5, 2013).

• **Bunaltılı sıkıntı:**

Bunaltılı sıkıntı depresif bozukluk belirleyicileri DSM-5'e göre aşağıdaki gibidir:

Bunaltılı sıkıntı, yeğın depresyon döneminin ya da süregiden depresyon bozukluğunun (distimi) çoğu günü boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin varlığıyla tanımlanır:

1. Bunalma ya da gerginlik duyma.

2. Hiçbir biçimde dinginlik sağlayamama (olağandışı bir huzursuzluk duyma).
3. Kaygılarından ötürü odaklanmakta güçlük çekme.
4. Kötü bir şey olacağından korkma.
5. Özdenetimini yitirecekmiş gibi olma.

Bunaltının artması intihar riskinde artışa, hastalık süresinde uzamaya ve tedaviye yanıtta azalmaya neden olmaktadır (DSM-5, 2013; Öztürk, 2023; Sadock, 2022).

• **Karma özellikler gösteren:**

Karma özellikler gösteren depresif bozukluk belirleyicileri DSM-5'e göre aşağıdaki gibidir:

A. Yeğin (majör) depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir kesiminde aşağıdaki mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır:

1. Kabarmış, taşkın duygudurum.
2. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. İçsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda).
6. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
7. Uyku gereksiniminde azalma (örn. her zamankinden daha az bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar; uykusuzluk çekmenin tersine).

B. Karma belirtiler başkalarınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır.

C. Belirtileri, mani ya da hipomani için tanı ölçütlerini tam karşılayan kişilerde tanı, ikiüçlü I ya da ikiüçlü II bozukluğu olmalıdır.

D. Karma belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Karma özellikli depresyonda bipolar bozukluk 1 veya bipolar bozukluk 2 gelişme riskinin diğer belirleyicilere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (DSM-5, 2013; Öztürk, 2023).

• **Melankolik özellikler gösteren:**

Melankolik özellikler gösteren depresif bozukluk belirleyicileri DSM-5'e göre aşağıdaki gibidir:

A. O sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır:

1. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama.
2. Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (iyi bir şey olduğunda, geçici olarak bile olsa, kendini çok daha iyi hissetmez).

B. Aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu):

1. Derin bir bunalım, umutsuzluk ve/ya da somurtkanlık ya da duygusal boşluk yaşama olarak adlandırılabilen bir duygudurum ile belirli, değişik nitelikte bir çökkün duygudurum.
2. Depresyon, sürekli olarak sabahları daha kötüdür.
3. Sabah erken uyanma (her zamanki uyanma saatinden en az iki saat önce).
4. Belirgin bir psikodevinsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon) ya da yavaşlama.
5. Yeme isteğinde belirgin azalma ya da kilo verme.
6. Aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.

Şiddetli anhedoni, özellikle sabahları gün içine kıyasla daha kötü hissetme, psikomotor aktivitelerde artma veya azalma, iştahta azalma ve kilo kaybı, libidoda azalma, eşlik eden değersizlik ve suçluluk düşünceleri ve belirtilerin çevresel koşulların düzelmesi ile gerilememesi görülmektedir. (DSM-5, 2013; Öztürk, 2023). Yatarak tedavi alan

hastalarda ve ağır depresif dönemi olan hastalarda daha sık görülmektedir (Sadock, 2022).

• **Atipik Özellikler Gösteren:**

Atipik özellikler gösteren depresif bozukluk belirleyicileri DSM-5'e göre aşağıdaki gibidir:

O sıradaki ya da en son yeğin (majör) depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki özellikler baskın olduğunda bu belirleyici kullanılabilir:

A. Duygudurumda tepkisellik (gerçek ya da gerçek olabilecek olaylar karşısında duygudurum açılır).

B. Aşağıdaki özelliklerden ikisi (ya da daha çoğu):

1. Belirgin bir kilo alımı ya da yeme isteğinde artma.
2. Çok uyku uyuma (hipersomni).
3. Kurşun paralizisi (kolları ve bacakları, ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama).
4. Belirgin bir toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkalarından kabul görmeme duyarlılığı (duygu durum bozukluğu dönemleriyle sınırlı değildir).

C. Aynı dönemde, “melankoli özellikleri gösteren” ya da “katatoni ile giden” belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Çevresel koşulların değişmesiyle belirtilerin hafiflemesi temel özelliklerindendir. Kişilerde genellikle depresyonun aksine uyku ve iştahta artış gözlenmektedir (DSM-5, 2013; Öztürk, 2023).

• **Psikotik Özellikler Gösteren:**

Depresyon dönemi seyrinde hezeyan ve/veya halüsinasyon ortaya çıktıysa bu belirleyici kullanılır (DSM-5, 2013). Duygudurumla uyumlu ve duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren olmak üzere iki başlıkta değerlendirilir. Psikotik özellikli depresyonun daha erken yaşta başladığı, intihar riskinin yüksek

olduğu ve büyük bir kısmının ilerde mani/hipomani atağı geçirdiği ve sonrasında bipolar bozukluk tanısı aldığı görülmüştür (DSM-5, 2013; Öztürk, 2018).

• **Katatoni İle Giden:**

Mevcut depresyon döneminin seyrinde, büyük bir bölümünde katatoni görülür ise bu belirleyici kullanılır (DSM-5, 2013). Çoğunlukla psikotik özellikle depresyonlarda görülmektedir (DSM-5, 2013; Öztürk, 2018).

• **Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan:**

Gebelikte veya doğumdan sonra bir ay içinde ortaya çıkan duygudurum dönemleri için kullanılır (DSM-5, 2013). Psikotik özellikler görülebilir ya da görülmeyebilir. Kadınların %3-6 'sının peripartum dönemde depresif dönem geçireceği öngörüsü mevcuttur (Sadock, 2022).

• **Mevsimsel Örüntü Gösteren:**

Depresyon dönemlerinin senenin belli dönemlerinde başlayıp ve yatışmasının yanında, örüntünün en az iki sene devam etmesi ve bu iki senelik dönemde mevsimsel olmayan depresyon dönemi bulunmaması ve bireyin hayat boyu ortaya çıkan depresyon dönemlerinin büyük kısmının mevsimsel örüntü göstermesi gerekmektedir (Sadock, 2022).

Depresyon genellikle yavaş başlayan, kronikleşme ihtimali yüksek olan, sıklıkla dönemsel seyir gösteren bir hastalıktır. Tedavi alan kişilerde bu atakların süresinin ortalama 3-6 ay arasında değiştiği ve hastalık öncesi işlevselliğe dönebilme süresinin yaklaşık 12 ay olduğu görülmüştür (Nihalani ve ark., 2009).

Hastaların sadece %15'inin hayat boyu tek bir atak geçirdiği ve atak geçirme ihtimalinin ilk atak sonrası %50 olması ve üçüncü atak sonrası bu oranın %90'lara yükseldiği bildirilmiştir. Geçirilen her atakta; sonraki atağın belirti şiddetinin arttığı, atağın meydana gelme süresinin kısaldığı ve belirti şiddetinin arttığı bildirilmiştir (Hales ve Yudofsky, 2004).

2.1.4. Epidemiyoloji ve risk faktörleri

MDB, tüm ruhsal hastalıklar içinde en fazla görülmekte olan, tekrarlayıcı ve önemli boyutta işlevsellik kaybına sebep olabilen bir hastalıktır. 2008 yılında yayınlanan DSÖ verilerine göre hastalık yükü sıralamasında küresel ölçekte üçüncü olarak belirlenmiş ve 2030 yılına geldiğimizde ise ilk sıraya geleceği öngörülmüştür (Bains ve Abdijadid, 2023).

Yapılan prevalans araştırmalarında tanı ölçütü ve gereci farklılıkları nedeniyle elde edilen sonuçlar değişiklik göstermektedir (DSM-5, 2013; Öztürk, 2023). ABD’deki bir çalışmada 12 aylık MDB prevalansı %6,6 ve yaşam boyu MDB prevalansı %16,2 olarak saptanmıştır (Karg ve ark, 2014). Kadın cinsiyette yaşam boyu MDB yaygınlığı %20-26, prevalansı %17, erkek cinsiyette ise yaşam boyu MDB yaygınlığı %8-12, prevalansı ise %9 olarak tespit edilmiştir (Hasin ve ark, 2005).

Hıfzısıhha mektebi tarafından 2004 yılında yapılan Türkiye’de hastalık yükü çalışmasında “Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı” açısından yapılan sıralamada MDB’nin kadınlarda birinci, erkeklerde ikinci sırada olduğu görülmüş, aynı çalışmada” Yetiştirilme Uyarlanmış Yaşam Yılı” yüzdesine göre hastalık yükünü oluşturan hastalıklar içerisinde MDB’nin dördüncü sırada geldiği görülmektedir (Öztürk, 2023). “Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması” bulgularına göre prevalans kadınlarda %13,1, erkeklerde %5 ve toplamda %9,3 olarak saptanmıştır (Açıkgöz ve ark, 2017). İzmir’de 2015 yılında yapılan 12 aylık izlem çalışmasında ise MDB prevalansının %8,2 olduğu görülmüştür (Topuzoğlu ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda ülkeler arasında sonuçlar önemli farklar gösterse de, kültürel farklılıklardan bağımsız tüm ülkelerde MDB’nin kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmiş, son yıllarda bu farkın azalmaya başladığı gösterilmiştir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; DSM-5, 2013; Öztürk, 2023).

MDB risk faktörlerinin incelendiği çalışmalarda hiç evlenmemiş olmanın, boşanmış olmanın ve eşi vefat etmiş olmanın evli olmaya kıyasla riski arttırdığı görülmüştür. Evli olmanın erkek cinsiyet için kadın cinsiyette olmaya göre daha fazla koruyucu faktör olduğu saptanmıştır (Altınbaş, 2020; Işık, 2013).

Düşük eğitim seviyesi, kötü sosyoekonomik durum, yakınların hastalığı veya kaybı, maddi ve sosyal sorunlar gibi olumsuz yaşam deneyimleri olanlarda, şehir merkezinde yaşayanlarda 1 yıllık yaygınlık daha yüksek görülmüştür (Bromet ve ark., 2011; Elovainio ve ark., 2012; Işık, 2013; Kaya ve Kaya, 2007; Risch ve ark., 2009; Topuzoğlu ve ark., 2015).

Çocukluk çağı travma öyküsünün MDB riskini artırdığı bilinmekte ve bu kişilerde depresyon dönemlerinin daha genç yaşta başladığı ve daha fazla komorbidite seviyeleri ile seyrettiği gösterilmiştir (Widom ve ark., 2007).

MDB'nin intihar riski yüksek bir ruhsal hastalık olduğu bilinmektedir. İntihar vakaları incelendiğinde, tüm vakaların %50-70'ini duygudurum bozukluğu tanısı olanların oluşturduğu görülmüştür (Işık, 2013). Literatür incelendiğinde tüm MDB vakalarının yaklaşık % 60-70'inin intihar düşüncesi olduğu, %30-40'ının intihar için aktif girişimde bulunduğu ve bu bireylerin %10'unun hayatını kaybettiği bildirilmiştir (Sadock, 2022). İntihar riskini artıran faktörlere bakıldığında ise eş tanıli hastalık olması, ileri yaş, alkol veya madde kullanımının eşlik etmesi, yalnız yaşamak ve erkek olmak görülmektedir (Öztürk, 2023; Sadock, 2022).

Psikiyatrik hastalıklara ek olarak MDB'nin kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve bazı kanser türlerinin başlangıcında yatkınlaştırıcı faktör olup prognozu kötüleştirdiği bildirilmiştir (Sadock, 2022).

Depresyon hem intihar riskini artırarak hem fiziksel hastalıkların seyrini etkileyerek beklenen yaşam süresinde kısaltmaya neden olmaktadır (De Jonge ve ark., 2010). Hem toplumda yaygınlığı hem yol açtığı işlevsellikte azalma nedeniyle MDB hastalarına olabildiğinde erken ve doğru teşhis koymak ve hem tedavinin hem hastaların izlemine sağlamak oldukça önemli durmaktadır (Öztürk, 2023).

2.1.5. Etiyoloji

2.1.5.1. Genetik faktörler

MDB'nin etiyojisinde genetik faktörlerin etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, tanı alan kişilerin birinci dereceden yakınlarında hastalığa yakalanma riskinin 2-3 kat arttığı, ebeveyn öyküsü olan bireylerde ise bu riskin arttığı görülmektedir (Elder ve Mosack, 2011; Holmans ve ark., 2007). Depresyonun %30-

50 oranında genetik geçiş gösterdiği tahmin edilmektedir (Dempster ve ark., 2014; Kendall ve ark., 2021). Erken başlangıılı, tekrarlayan, anksiyete ile birlikte seyreden ve postpartum dönemde görölen depresyonda kalıtılabilirlik oranının daha yüksek olduğu düşünölmektedir (Dinçer ve Gönöl, 2016; Ebmeier ve ark., 2006).

Depresyonun genetik geçişinin olduğu bilinmesine rağmen, etiyolojiyi açıklamada 200’den fazla aday gen bulunmuş, etiyoloji ve tedavi yanıtını yordamada STin2, HTR2A, MAO-A, DRD4, IL-6, IL-11 ve TPH1 gibi gen ekspresyonlarının faydalı olacağı düşünölmekte ise de yapılan ikiz çalışmalarında kalıttan sorumlu bir gen veya kromozom bölgesi saptanmamıştır (Dinçer ve Gönöl, 2016; Flint ve Kendler, 2014; Levinson, 2006). Bu durum MDB patofizyolojisinde rolö olan birçok genin çevresel faktörlerle etkileşmesi sonrası hastalık oluşumuna neden olduğu ve genetik açıdan riski kişilerin zorlu yaşam olaylarıyla karşılaşması sonrası hastalık riskinin arttığı öne sürölmektedir (Grabe ve ark., 2005). Çocukluk ağındaki olumsuz yaşam olayları ve genetik yapı arasındaki bağlantıyı inceleyen bir izlem çalışmasında benzer yaşam olayları gerçekleşen çocuklar arasında serotonin geni kısa allelini taşıyanlarda uzun allelini taşıyan kişilere göre daha fazla depresif duygudurum ve intihar girişimi görölmüştür (Caspi ve ark., 2003).

Epigenetik, DNA nükleotid dizilimi değişmemekle beraber gen ifadesi ve işlevinde farklılaşma olmasını ifade etmektedir (Ceylan ve Özerdem, 2022). En sık araştırılmış epigenetik mekanizma olan DNA1 metilasyonu, MDB’de MAO-A, BDNF , NMDA, OXTR, SLC6A4, GRIN, TPPP ve ID3 promotör bölgelerinde saptanmıştır (Ai ve ark., 2012; Ceylan ve Özerdem, 2022; Shirvani-Farsani ve ark., 2021; Wurtman, 2005).çalışmalarda antidepresan ilaçların epigenetik süreçlere etkileri de gösterilmiştir (Kupfer ve ark., 2012). Örneğin serotonin gen taşıyıcı bölgesinde uzun allele sahip kişilerse SSRI’lara daha iyi yanıt alındığı görölmüştür (Caspi, 2010; elik ve Hocaoglu, 2016; Kupfer ve ark., 2012). Gen alışmaları ile antidepresan yanıtını öngörme konusunda verimli sonuçlar alınmaya başlanmıştır (Menke ve ark., 2012; Saavedra ve ark., 2016). Yeni çalışmalarda depresyonu olan kişilerde vöcut sıvılarında miRNA farklılıkları görölmüş ve miRNA’nın da tanı ve tedavi seyrinde bir belirteç olarak kullanılabileceği düşünölmüştür (Tavakolizadeh ve ark., 2018).

2.1.5.2. Nöroanatomi

MDB tanılı hastaların MRG, fMRG, PET görüntülerinin incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında hastalıktan en çok etkilenen alanların; geleceğe yönelik plan yapma yeteneği, hayatta kalma, inançlar, arzular, duyguyu işleme, duygusal cevap oluşturma, dikkat ve konsantrasyon gerektiren bilişsel işlevlerin oluşturulmasında sorumlu nöral ağların olduğu saptanmıştır (Castanheira ve ark., 2019)

Hastalarda yapılan fMRG görüntülemelerinde orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, subkortikal beyin bölgeleri, hipokampus, talamus, striatum ve hipofizler bölge gibi beyin alanlarında gri cevher hacminde azalma ve beyaz cevherde yoğunluk artışı gösterilmiş, tedavide gecikmenin bu hacim kaybında artışa neden olabileceği bildirilmiştir (Arnone ve ark., 2012; Boldrini ve ark., 2018; Campbell ve MacQueen, 2004). Postmortem yapılan çalışmalarda da depresyonun beyinde hacim kaybına sebep olduğu gösterilmiştir (Ceylan, 2022).

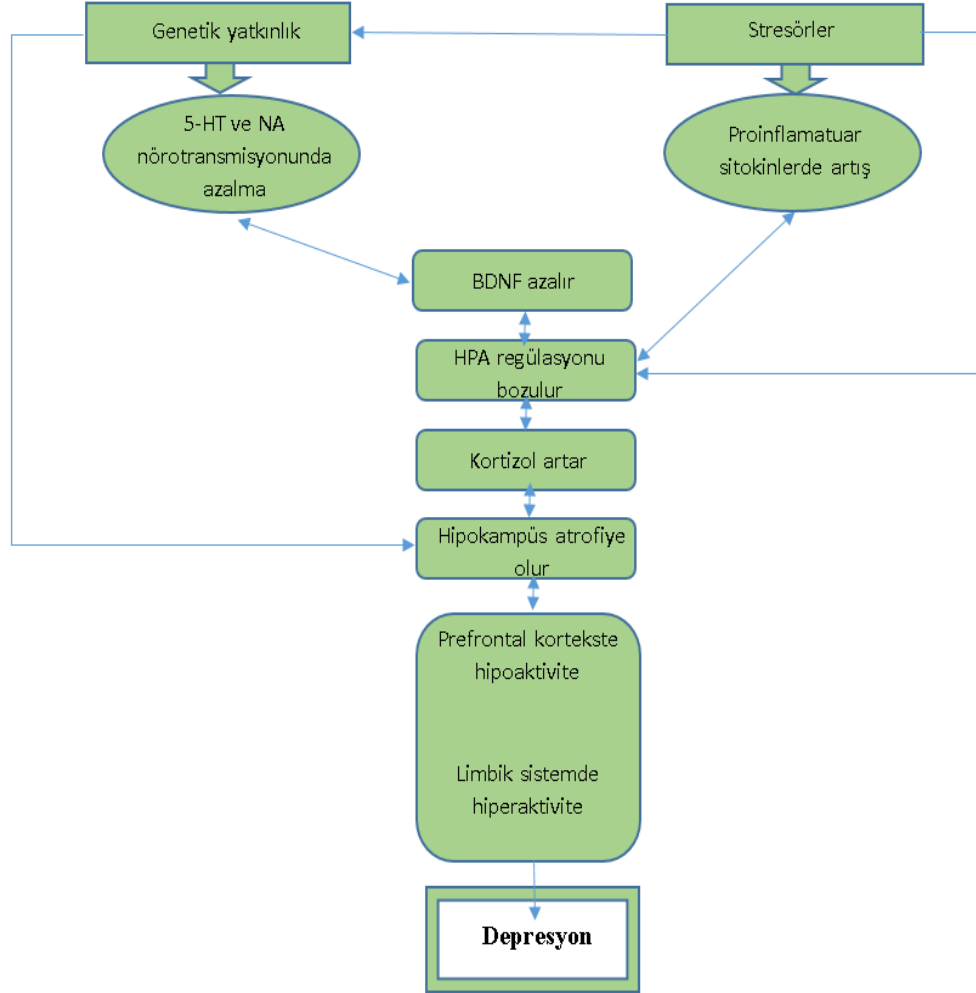
Depresyondaki unutkanlık ve bellekte zayıflama şikayetlerinin de özellikle hipokampus ve ilgili diğer bölgelerdeki hacim azalmasıyla ilişkili olabileceği bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Campbell ve MacQueen, 2006; Ebmeier ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalarda, PET görüntülemelerinde limbik sistem bölgelerinde hiperaktivite tespit edilirken, insula ve prefrontal korteks dorsolateral bölgede hipoaktivite saptanmıştır (Cumurcu ve Gül, 2012; Pizzagalli, 2014). Ventromedial prefrontal korteks hiperaktivitesi, ağrı, kaygı, ruminasyon ile ilişkili bulunurken, dorsolateral prefrontal korteksin hipoaktivitesi psikomotor retardasyon, anhedoni, dikkat ve konsantrasyonda azalma ile çalışma belleğinde defisitlere neden olabildiği düşünülmektedir (Maletic ve ark., 2007). Bottom-up fenomeni olarak kabul edilen teoride beyin sapı ve limbik alanlardaki hiperaktivite kortikal bölgenin eşliğini aşacak seviyeye geldiğinde, ya da kortikal bölgenin limbik sistemi yeteri kadar inhibe edemediği, hipoaktivite gösterdiği durumlar nedeniyle MDB oluşmaktadır (Maletic ve ark., 2007).

Yine depresyonun erken döneminde amigdala hacminde artma meydana geldiği, hastalık ilerledikçe ve depresif dönem sayısı arttıkça hacmin azaldığı gözlenmiştir (Lorenzetti ve ark., 2009).

EEG çalışmalarında ise MDB tanısı alan kişilerde erken dönemde özellikle frontal bölgede delta, teta ve beta dalgalarının artmış olduğu; alfa dalgalarının ise azalmış olduğu bulunmuştur (Palazidou, 2012).

MDB'nin etiyolojisinde yer alan faktörler Şekil 2.1' de gösterilmiştir:



Şekil 2.1. MDB etiyolojisinde yer alan faktörler (Palazidou, 2012'den değiştirilerek kullanılmıştır)

Bu bulgulara rağmen, depresyon kliniğindeki çeşitlilik ve ilişkili beyin bölgelerinde farklılık saptanması, yapılan yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmaları arasında tutarsızlığa neden olmaktadır (Malhi ve Mann, 2018).

2.1.5.3. Nörokimyasal faktörler

2.1.5.3.1. Monoamin hipotezi: Biyojenik aminlerden olan serotonin (5-HT), dopamin (DA), noradrenalin (NA)'den biri ya da daha fazlasının eksikliğinde, işlevlerinde azalma olduğunda veya reseptörlerindeki sayısal ve duyarlılık artışında depresyon meydana geldiğini ileri süren bir hipotezdir (Malhi ve Mann, 2018). İlk defa 20.yüzyılın ortalarında, bir antihipertansif ajan olan rezerpinin, presinaptik aralıkta 5-HT, DA VE NA tükenmesine yol açması ve bu kişilerde depresyonun görülmesi ile ortaya atılmıştır. MAO inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar, sinaptik aralıkta biyojenik aminlerin artışını sağlayarak belirtilerde düzelmeye neden olduğu düşünülen, etki düzeneği bu hipoteze dayandırılan ilk antidepresan ilaçlardır (Balaban, 2021; Racagni ve Popoli, 2008). Monoamin hipotezi depresyon etiyolojisini anlamakta önemli etki göstermiş olsa da hastalardaki farklı klinik seyir veya aynı hastada farklı depresif dönemlerde belirtilerdeki değişiklikler, antidepresan ilaçların etki etme süresinin uzunluğu ve bazı hastaların neden tedaviye yanıt vermediği gibi soruları açıklamada yetersiz bulunmaktadır (Ruhe ve ark., 2007; Willner ve ark., 2013).

2.1.5.3.2. Nörotransmitter reseptör hipotezi: Monoamin hipotezinin yetersiz olduğu anlaşıldıktan sonra hipotez yeniden ele alınmış ve antidepresanların sinaptik aralıkta monoaminleri arttırdıktan sonra bu durumun sinyalizasyon sistemi ile bir süre sonra translasyonel ve transkripsiyonel faktörlerde değişikliklere yol açarak hücrel ve moleküler plastisiteye sebebiyet verdiği düşünülmüştür. Patogeneizde presinaptik ve postsinaptik monoamin reseptörlerin azalmasının (downregülasyon) ve duyarsızlaşmasının (desensitizasyon) etkisinin olduğu iddia edilmiştir (Pittenger ve Duman, 2008)

- Serotonin (5-HT): Depresyon etiyolojisi ilgili çalışmalarda en fazla üzerinde durulan nörotransmitter, beyin pek çok bölgesinde düzenleyici bir role sahip olan serotonin molekülüdür (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Depresyon tanısı alan kişilerde beyin omurilik sıvısında, serotonin beyindeki ana metaboliti olan 5-HİAA düzeyinin normal popülasyondaki kişilere göre azalmış olduğu, yıkımda rol alan MAO-A enzim düzeylerinin yüksek olduğu, serumda serotonin üretiminde öncül olan L-triptofan düzeyinin azalmış olduğu ve gen polimorfizmine göre olumsuz yaşam olaylarına daha

hassas olup hastalığa daha yatkın oldukları gösterilmiş olup bu bulgular serotoninin önemini desteklemiştir (Saveanu ve Nemeroff, 2012).

Genel kanaat “serotonerjik hipofonksiyon”un depresif belirtilerde rol oynadığı ise de bazı çalışmalarda “serotonerjik hiperfonksiyon”un da hastalığa neden olabileceğini öne sürmektedir (Tamam ve Zeren, 2002). Bu durum serotoninin miktarı ile ilgili değil stabil düzeyde olmamasının hastalıkla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (Tamam ve Zeren, 2002).

- Noradrenalin (NA): Noradrenalin önemli role sahip bir molekül olup, etkinliğindeki azalmanın depresyon oluşumuna yol açtığı gösterilmiştir (Çelik ve Hocoğlu, 2016). NA aşırı aktivasyonunda anksiyete, korku, öfke gibi duygular ortaya çıkarken, azalmasının depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmüştür (Uğuz ve Yurdagül, 2002). Bu görüşe kanıt olarak depresyon vakalarında lokus seruleus bölgesinde NA taşıyıcılarının yoğunluğunda azalma ve reseptörlerinde artış olması, NA metabolizmasında azalma olması, tirozin hidroksilaz enzim aktivitesinin artması, BOS, idrar ve plazmada NA metaboliti olan MHFG miktarında artma olması ve NA geri alımını inhibe eden ilaçların tedavide fayda göstermesi gösterilmektedir (Saveanu ve Nemeroff, 2012; Villas Boas ve ark., 2019).

- Dopamin (DA): Mezolimbik yolak, beyinde ödül ve zevk almaktan sorumlu bölge olup temel nörotransmitter olarak dopamin kullanılmaktadır (Sadock, 2022). Parkinson hastalığı gibi mezolimbik yolağın etkilendiği durumlarda depresif şikayetlerin oluşması bu yolak ile açıklanmaktadır (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Dopaminde azalma olması, reseptörlerde hipoaktivasyon veya yolağın yeterince uyarılamaması sonucu depresyonun majör belirtilerinden olan anhedonin ortaya çıktığı düşünülmektedir (Mitchell ve ark., 2009). Depresyon olgularında hem görüntüleme çalışmaları hem de post mortem incelemelerde BOS'ta dopamin metabolitlerinin seviyesinin düşük olması ve DA geri alım inhibitörü ilaçların tedavide fayda göstermesi, depresyon oluşumunda dopamin etkisine kanıt olarak sunulan verilerdendir (Saveanu ve Nemeroff, 2012).

- Glutamat: Glutamat, uyarıcı etkisi olan, nöroplastisite ve duygudurum düzenlemesinde rol oynayan bir nörotransmitterdir (Çelik ve Hocoğlu, 2016). Stres miktarındaki artışın glutamaterjik sistemde aktivasyona neden olduğu düşünülmüştür

(Kotan ve ark, 2009). Bu aktivasyon sonucunda glutamat, NMDA reseptörü aracılığı ile hücre ölümü, plastisitede azalma ve hipokampüste atrofiye neden olabildiği düşünülmektedir (Kotan ve ark, 2009). Tedavide kullanılan lityum ve lamotrijin ilaçlarının glutamat salınımını azaltarak tedavi yanıtı sağladığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Yakın zamanda tedaviye dirençli depresyonda kullanılması yönünde çalışmalar yapılan ketamin de NMDA reseptör antagonizması ile etkinlik göstermektedir (Çelik ve Hocaoglu, 2016; Kotan ve ark, 2009).

- Gama Amino Bütirik Asit (GABA): Monoamin yollarında inhibitör etki göstermekte olan GABA'nın, depresyon hastalarında ve kronik strese maruz kalanlarda plazma ve BOS'ta miktarının azaldığı gösterilmiştir (Sadock, 2022). GABA inhibisyonunun azalmasının depresyonda sıkça görülen bilişsel çarpıtmalarla ilgili olduğu da çalışmalarda gösterilen bulgulardandır (Marwaha ve ark., 2023).

Yukardaki moleküller dışında asetilkolin, IGF, VEGF, somatostatin, galanin, leptin, arjinopressin, nöropeptid-Y, kolesistokinin, oksitosin, P-maddesi, opioidler ve endokanobinoidlerin de depresyonla ilişkilendirildiği çalışmalarda gösterilmiştir (Chávez-Castillo ve ark, 2019).

2.1.5.4. Endokrin faktörler

- Beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF): Sağlıklı kişilerde beyinde en fazla miktarda bulunan nörotrofin olan ve nörogenezde önemli rolü olan BDNF'nin, MDB hastalarında düşük seviyede olduğu gösterilmiştir (Kraus ve ark., 2017). Antidepresan tedavi sonrası BDNF ekspresyonunun ve nörogenezin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Egeland ve ark., 2015) .
- Kortikotropin salınım faktörü ve hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) sistem: Depresyon hastalarında hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) aksında, özellikle CRH ve kortizol salınımında görülen değişiklikler çokça araştırılmıştır (Öztürk, 2023). Çalışmalarda HHA ekseninin aktivitesinin arttığı, BOS' ta CRH seviyelerinin yüksek olduğu, 24 saatlik plazma kortizol düzeylerinin anlamlı seviyede yüksek bulunduğu, idrarda serbest kortizol atılımının arttığı, deksametazon baskılama testi sonuçlarının bozuk olduğu gösterilmiştir (Öztürk, 2023). HPA işlev bozukluğunun özellikle melankolik özellikler gösteren depresif bozuklukta görüldüğü bildirilmiştir (Beck-Friis ve ark., 1985; Saveanu ve Nemeroff, 2012).

Depresyonda yüksek serum kortizol düzeyleri saptandığı ve buna bağlı olarak medial prefrontal korteks (mPFC), hipokampus ve amigdalanın etkilendiği ve yürütücü işlevler, öğrenme ve hafıza ve duygu işleme gibi görevlerini yapamadığı gösterilmiştir (Dean ve Keshavan,2017). Yine yüksek kortizol düzeylerinin komorbid anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Vreeburg ve ark., 2009).

Çocukluk dönemindeki zorlantılı yaşam olaylarının da HPA aksı üzerinde CRH üzerinden sürekli uyarıma neden olduğu ve hipofiz hücrelerinde hipertrofiye yol açarak stres yanıtını arttırdığı, bunun da erişkin dönemde MDB'ye yakalanma olasılığını arttırdığı bilinmektedir (Green ve ark., 2010).

- Hipotalamus-hipofiz-tiroit bezi (HHT) sistemi: MDB tanılı hastalarda tiotropin salgılatıcı hormon (TRH) salınımına karşı azalmış tiroit stimulan hormon(TSH) yanıtı, serumda düşük TSH ve yüksek serum tiroksin düzeyleri olduğu olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Eker ve ark., 2008). Hastalık öncesi yüksek serum tiroksin düzeyi olan kişilerin tedaviye daha iyi cevap verdiği görülmüştür (Schüle ve ark., 2005). Dirençli depresyon hastalarında triiyodotironin kullanımının faydalı olabileceği düşünülmüştür (Dayan ve Panicker, 2013). Bu bilgilerle beraber HHT ekseninde tespit edilen değişikliklerin depresyon etiyolojisiyle ilişkisi hala belirsizliğini korumaktadır (Eker ve ark., 2008).

2.1.5.5. İnflamasyon

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda stresin bağışıklık sistemi üzerinde çift yönlü etkisi olduğu ve bu durumun pek çok somatik ve ruhsal hastalığa neden olabileceği üzerinde durulmuştur (Yapıcı, 2018). Kronik stresin lokus ceruleus ve adrenal bezlerde NA üretiminde artışa neden olarak sitokin miktarlarını arttırdığı ve inflamasyon yanıtını arttırdığı gösterilmiştir (Miller ve Raison, 2016). Literatürde depresyon hastalarında inflamasyon öncülü sitokinler içinde yer alan IL-1, IL-2, IL-6, CRP, bazı interferonlar ve TNF gibi sitokin düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Leonard, 2018; Penninx ve ark., 2013). MDB oluşumunda bu sitokinlerin rolü olduğu ve antidepresan tedavinin sitokin düzeylerini azaltarak anti-inflamatuar ve anti-oksidatif etki gösterdiğini saptayan çalışmalar mevcut olsa da konuyla ilgili tam bir görüş birliğinin olmadığı görülmektedir (Galecki ve ark., 2018; Kenis ve Maes, 2002).

2.1.5.6. Psikolojik kuramlar

2.1.5.6.1. Psikodinamik kuram

Psikanalitik kuram çerçevesinde depresyonu ele alan ilk isim Karl Abraham'dır. Abraham depresyon ile yas sürecini kıyaslamış, gözlemleri sonucu depresif ruh halini kaybedilen nesneye duyulan öfkenin kişinin kendine yöneltmesi ve kişinin anal-sadistik döneme regrese olması olarak yorumlamış, bebeklikte anneye olan beslenme ilişkisinin ilerleyen yaşlarda depresyona neden olabileceğini öne sürmüştür (Bleichmar, 1996).

Sigmund Freud “Yas ve Melankoli” adlı eserinde Abraham ile aynı düşüncede olduğunu belirtmiş, yas ve depresyon arasındaki benzerlik ve farklılıklara vurgu yapmıştır (Freud, 1917). Depresif bulguların altında da gerçek veya bilinçdışı bir nesne kaybı olduğu, bu nesneye karşı aynı anda hissedilen sevgi ve nefret duyguları olduğu ve bu ambivalans sonucu süperegö ile ego arasında çatışmayı başlattığı düşünülmektedir. Depresyonda katı süperegö nedeniyle kişinin bu nefret duygusunu kendine yönelterek kendisini suçlamaya başladığı ve kendine yönelik saldırgan düşünceler oluşturduğu görüşü hakimdir (Brenner, 1991; Oğuz, 2021).

Melanie Klein'a göre, depresyondaki kişiler bebeklikte anneye yönelik yıkıcılık düşüncesi sonrası yok ettiklerine inandıkları sevilen nesnenin yasını çekerler ve nesneyi koruyamama kaygısından dolayı suçluluk hissederler (Geçtan, 2006; Klein, 1957).

Bowlby, çocukluk döneminde bakım veren ile kurulan sorunlu bağlanma şeklinin erişkin dönemde kurulan ilişkileri etkilediğini ve bunun depresyon dönemleri için risk oluşturduğunu öne sürmüştür (Sadock, 2022).

Edward Bibring ise depresyonun süperegönün egoya yönelik saldırgan tutumu sonrası olduğu görüşüne katılmaz. Bibring'e göre her kişinin değerli, güçlü ve sevilen olmak gibi narsisistik beklentileri vardır ve ego bu imkansız ideale ulaşamayacağını fark ettiğinde güçsüz hissederek depresif ruh hali meydana gelir (Sadock, 2022). Edward Bibring ve Otto Fenichel depresyonu bir narsisistik incinme ve bununla birlikte olan bir onarma dönemi olarak yorumlamışlardır (Geçtan, 2020).

2.1.5.6.2. Davranışçı kuram

Davranışçı kuram, depresyon oluşumunu temel olarak ‘öğrenilmiş çaresizlik’ ve ‘pekiştirme modeli’ ile açıklanmaktadır (Dygdon ve Dienes, 2013). Martin Seligman ve arkadaşları tarafından tekrarlayan deneyler sonucu ortaya atılmış öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre, kişi erken çocukluk döneminden itibaren kontrol edemediği olumsuz acı veren olaylarla karşılaştığında bunlardan kaçamaz, kurtulamaz ve çaresizlik hisseder (Overmier ve Seligman, 1967). Bunun neticesinde olayların hiçbir şekilde kontrol edilemeyeceği düşüncesi ve beklentisinin yaşamın ilerleyen zamanlarında da olumsuz yaşam olayları karşısında hızlıca çaresizlik düşüncesine kapılarak kişinin davranışını etkilediği, benlik saygısını zedelediği ve depresif belirtilere yol açtığı düşünülmektedir (Miller ve Seligman, 1975). Yineleyen çaresizlik düşüncelerinin kişilerin baş etme mekanizmalarını azalttığı da varsayılmaktadır (Carvalho ve Hopko, 2011).

Lewinsohn, Lazarus, Costello ve Ferster ise depresyon gelişimini ‘pekiştirme modeli’ ile açıklamışlardır (Costello, 2016; Ferster, 1965; Lazarus, 1968; Lewinsohn, 1974). Bu modele göre, olumlu pekiştireçlerin yetersiz olması beraberinde olumlu pekiştirme üretme davranışında azalma ve kaçınma davranışları meydana getirir, depresif davranışlar artar ve depresyon tablosu ortaya çıkar (Carvalho ve Hopko, 2011). Davranışsal modele göre sosyal beceride eksiklik olması, problem çözme becerilerinde zayıflık ve cezalandırıcı davranışlar gibi özellikler de depresyon oluşumunu kolaylaştıran faktörler olarak ele alınabilir (Yığman ve Özdel, 2021).

2.1.5.6.3. Bilişsel kuram

Davranışçı kuramın depresyon bulgularını tam olarak açıklayamaması üzerine kuramsal çalışmalar devam etmiş ve Beck tarafından bilişsel kuramın temelleri atılmıştır (Alloy ve ark., 1999). Biliş sözcüğü ile kişinin düşünce süreçleri ve inançları ifade edilmektedir. Bilişsel model temel olarak; “bilişsel üçlü kavramı, bilişsel şemalar ve bilişsel hatalar” olmak üzere 3 başlıkta ele alınmıştır (Beck ve ark., 1979).

Bilişsel üçlü kavramı ile, kişinin kendisine, çevreye ve geleceğe yönelik negatif düşünceleri kast edilmektedir (Beck ve ark., 1979). Buna göre kendini eksik ve yetersiz gören kişi olaylar karşısında kendisine yönelik “ ‘hepsi benim suçum’, ‘hatalıyım’ gibi değerlendirmeler, çevreye karşı ‘her şey berbat durumda’, ‘hayatım

çok kötü, ‘kimse bana yardım edemez’ gibi düşünceler, geleceğe dair ‘hiçbir şey düzelmeyecek’ ‘her şey daha kötüye gidecek’” gibi inanışlar mevcuttur (Türkçapar, 2018). Bu düşüncelerin zamanla kişilerde olumsuz düşünce ve davranışların oluşmasına yol açtığı ve kişilerin yaşantılarını bu şekilde sürekli olarak yanlış değerlendirmesinin MDB oluşumuna sebep olduğu düşünülmektedir (Beck ve ark., 1979).

Bilişsel şemalar çoğunlukla çocukluk döneminde ortaya çıkarak kişinin düşünme biçimini etkileyen ve kendisi çevresi ve geleceğe dair yorumlarını ve beklentilerini şekillendiren bir kavramdır (Beck ve ark., 1979). Şemalar zihinde istemsizce canlanan, değiştirilmesi zor olan, genelde ön yargı içeren, kişinin kendisine ve çevresine adaletsiz davrandığı ve sorgulanmadan kabul edilmiş düşüncelerdir (Yığman ve Özdel, 2021). Beck’e göre depresyona neden olan şemaların varlığı değil aktifleşerek kişinin eyleme geçmesine engel olacak seviyeye gelmesidir (Beck ve ark., 1979).

Bilişsel hatalar ise üçüncü etken olarak ele alınmış, bireyin düşünce biçimindeki bilişsel yanlılık olarak yorumlanmış ve şemaların sürmesine sebep olduğu ifade edilmiştir (Gönenir ve Kartalcı, 2012). Bu düşünceler ‘bilişsel çarpıtmalar’ başlığında; “zihin okuma, ya hep ya hiç tarzı düşünme, felaketleştirme, seçici soyutlama, aşırı genelleme, keyfi çıkarsama, kişiselleştirme, -meli/-malı düşünce tarzı, olumluyu azımsama, olumsuz abartma, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme” başlıklarında özetlenebilir. Bu düşünce biçimleri depresyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Rnic ve ark., 2023).

2.1.5.6.4. Üstbiliş Kuramı

İngilizcedeki “metacognition” kelimesinin Türkçe’de karşılığı olarak kullanılan “üstbiliş” kavramı; insanın algılama, hatırlama ve düşünme süreçleri hakkındaki farkındalığı ve zihin işlevlerini belirli amaçlar doğrultusunda yönlendirebilmesini sağlayan bir üst sistem olarak tanımlanabilir (Tosun ve Irak., 2008).

Üstbiliş kavramını ilk defa 1970’li yıllarda literatüre kazandırmış olan Flavell, üstbiliş sistemini meydana getiren dört farklı sistemden bahsetmiştir: “Üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyimler, üstbilişsel işlemler ve üstbilişsel hedefler” (Flavell, 1979;

Karakelle ve Saraç, 2010). Brown, üstbiliş, “bilgi bilgisi ve bilişin düzenlenmesi” olarak iki başlıkta incelemiştir (Özsoy, 2008).

Nelson ve Narens ise yaptıkları çalışmalarla, biliş ile üstbiliş arasındaki bağlantıları incelemiş ve üst bilişin bilgi, izleme ve denetleme kısımlarının birlikte çalışmalarından söz etmişlerdir (Karakelle ve Saraç, 2010). “Üst (meta) düzey” ve “nesne düzeyi” olarak etkileşim halinde olan iki düzeyden bahsetmiş, üstbilişin üst düzey ve nesne düzeyi arasında izleme ve denetleme sağladığını öne sürmüşlerdir (Wells, 2002). Adrian Wells üstbiliş “Kendini Düzenleyici Yönetici İşlev” olarak modellendirmiş ve bireyin kendi düşünce, inanç ve duygularını fark etmesi, anlaması ve yönetmesi yeteneği olarak tanımlamıştır (Wells, 1995). Wells’e göre üstbiliş; “metakognitif bilgi”, “deneyimler” ve “stratejiler” olarak üç başlıkta incelenebilir (Wells, 1994; Wells, 2009).

Papageorgiou ve Wells, MDB tanısı almış kişilerde üstbilişin bilişsel süreçleri etkilediği ve düşünce, duygu ve davranış üzerinde olumsuz etkiye neden olduğunu ifade etmişlerdir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Üstbilişsel yaklaşıma göre ruminasyon, olumsuz durumlarla başa çıkmayı hedefleyen ve tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan bir başa çıkma mekanizmasıdır (Wells, 2009). Ruminasyonların depresif semptomların şiddetini arttırdığı ve süresini uzattığı ve bununla birlikte kişide kontrol edilemeyeceği gibi olumsuz üstbilişsel inançların aktive olarak farkındalığı azalttığı ve bu durumun bir alışkanlık gibi görülmeye başlandığı düşünülmektedir (Tosun ve Irak, 2008).

2.1.6. Klinik seyir ve eş tanılar

Depresyon nadiren aniden başlangıç gösterse de genel olarak yavaş ve sinsi başlayan, kronikleşme ihtimali yüksek olan, sıklıkla dönemler halinde seyir gösteren, işlevselliği oldukça bozan, tekrarlama ihtimali yüksek ve intihara kadar gidebilen sonuçları olan bir hastalıktır (Malhi ve Mann., 2018). Atakların süresi ve miktarı kişiye göre değişmekle birlikte, tedavi gören kişilerde ortalama süresinin 3-6 ay arasında değişebildiği ve hastalık öncesi normal işlevsellik düzeyine dönmelerinin yaklaşık 12 ayı bulduğu görülmüştür (Keller ve ark., 1992; Nihalani ve ark., 2009). Hastaların yalnızca %15’inin hayat boyu tek atak geçirdiği, atak geçirme ihtimalinin ilk atak sonrası %50, üçüncü atak sonrası yaklaşık %90 olduğu, atak sayısı arttıkça belirtilerin

şiddetlendiği ve ataklar arası sürenin kısaldığı bildirilmiştir (Hales ve Yudofsky, 2004). STAR-D çalışmasında tedaviye cevap alınan hastaların %50-70'nin remisyona girebildiği ve devam eden rezidüel belirtiler arttıkça daha fazla nüks, işlevsellikte daha fazla kayıp ve daha kötü prognoz görüldüğü bulunmuştur (Rush ve ark., 2004).

Eş tanılar MDB'de oldukça sık görülmekte, en sık eşlik eden hastalığın ise anksiyete bozuklukları olduğu neredeyse hastaların yarısından fazlasında görüldüğü bilinmektedir (Goldberg ve Fawcett, 2012). MDB tanısı alan birinde aynı zamanda anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 3-8 kat arttığı, anksiyete bozukluğu tanısı alan birinde ise bir yıl içinde MDB geçirme riskinin 7-62 kat arttığı gösterilmiştir (Kafes, 2012; Özdin ve Güz, 2014). Yine OKB, TSSB, yeme bozuklukları, somatoform bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıkların da MDB'ye eşlik ettiği bilinmektedir (Annagür ve Savaş, 2011). MDB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığında hastalığın daha şiddetli seyrettiği, tedaviye cevabın daha düşük olduğu ve tedavi süresinin uzadığı, nüks oranlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Bruce ve ark., 2005; Özdin ve Güz, 2014).

Tıbbi hastalıklardan nörolojik hastalıklar, kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve endokrin hastalıklar MDB ile ilişkilendirilmekte, tıbbi hastalığı olan kişilerde MDB'nin daha sık görüldüğü, hastalığın tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkan stresin de etiolojide yer alabileceği düşünülmektedir (Duman, 2021).

2.1.7. Tedavi

Depresyon klinik özellikleri kişiden kişiye değişen bir psikiyatrik hastalık olup tedavide bireye özgü yaklaşım esastır (Öztürk, 2023). Tedavi planında MDB'nin hangi alt tipi olduğu ve hastalık şiddeti, eşlik eden başka psikiyatrik veya tıbbi hastalığın olup olmadığı, düzenli kullandığı ilaçlar, ek kişilik bozukluğu, aile öyküsü, intihar riski vb faktörler dikkate alınmalıdır (Davidson, 2010).

Tedavileri 3 başlıkta incelemek mümkündür:

- **Farmakolojik Tedaviler:** En sık kullanılan ilaç grubu antidepresanlar olmakla birlikte güçlendirme tedavisinde atipik antipsikotikler, lityum, buspiron, pindolol gibi ilaçlar ve L-metil folat, S-adenozil metionin, triptofan, triiyodotironin replasmanı da kullanılmaktadır. Son yıllarda dirençli

depresyon tedavisi için NMDA agonisti ketaminle ilgili çalışmalar da devam etmektedir (Stahl, 2022).

Antidepresanlar;

- * Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)
- * Seçici serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI)
- * Noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri
- * Trisiklik antidepresanlar
- * Monoamin oksidaz inhibitörleri,
- * Serotonin geri alım inhibisyonu ve 5-HT_{2A} blokajı yapanlar
- * Seçici noradrenalin geri alım inhibitörleri
- * Noradrenerjik ve spesifik serotonerjik etki yapanlar
- * Melatonin reseptör agonizması ve 5-HT_{2C} blokajı yapanlar
- * Multimodal etkili olanlar
- * Atipik etkili olan antidepresanlar olarak sınıflandırılmaktadır (Kennedy ve ark., 2016; Stahl, 2022).

- Somatik Tedaviler: Somatik tedavi seçeneklerine bakıldığında en sık elektrokonvülsif terapi olmak üzere, transkraniyal manyetik stimülasyon, derin beyin stimülasyonu, vagus sinir stimülasyonu, transkraniyal doğru akım stimülasyonu ve fototerapi sayılabilir (Kupfer ve ark., 2012)
- Psikoterapötik Tedaviler: Depresyonun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış terapi seçeneklerinde bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikanalitik psikoterapi, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT), farkındalık temelli bilişsel terapi (mindfulness), metakognitif terapi (MCT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT) yer almaktadır (Parikh ve ark., 2016).

2.2. Psikiyatride İçgörü Kavramı

2.2.1. İçgörü kavramı

İçgörü kavramı olarak, kişinin kendi içinde bulunduğu durumu, ruh halini ve sorunlarını anlayabilmesi ve ruhsal durumu dolayısıyla yaşadığı tecrübelerin farkında olması yani öz farkındalık olarak ifade edilebilir (Budak, 2005). Psikoloji sözlüğünde ise içgörü tanımı , “ruhsal durumu nedeni ile yaşadığı belirtinin farkında olma,

anlamlandırma, belirtinin nedenini ve hastalığı ile ilişkisinin farkında olması” şeklinde yapılmıştır (Budak, 2005).

Psikiyatride içgörü kavramı ilk kez Kraepelin tarafından dementia praecox'lu hastaların içinde bulundukları durumdan habersiz oluşları şeklinde yorumundan sonra gündeme getirilmiş ve o zamandan bu yana araştırılmaya devam edilmiştir (Rocha ve ark., 2021). İçgörü ile ilgili ilk araştırma yapanlardan Jaspers’a göre içgörüyü sadece hastalığın farkında olma durumu ile açıklamak doğru olmayıp, hastalık belirtilerini hastalığa atfedebilme ve bunu kabul edebilme ve hastalık şiddeti ile ilgili gerçekçi yargılara sahip olunması gereklidir (Jaspers, 1968).

Aubrey Lewis 1934 yılında yaptığı içgörü tanımında “kişinin kendisinde hastalıklı bir değişim olduğunun ve bu değişimin mental kaynaklı olduğunun farkında olması ve bu değişime karşı doğru bir tutum” şeklinde belirtmiş fakat tanımda geçen ‘doğru, tutum, hastalıklı ve değişim’ kavramlarının tartışılabileceği konusuna dikkat çekmiştir (Lewis, 1934).

İçgörü tek boyutlu değerlendirilip yalnızca hastalıkla ilgili farkındalık üzerinde durulurken, Anthony S. David 1990 yılında içgörünün “hastalık farkındalığı, yaşadığı deneyimlerin normal olmadığını anlama kapasitesi ve tedavi uyumu” olarak 3 boyuttan oluştuğunu öne sürerek yeni bir tanımlamaya gitmiştir (David, 1990) . Yakın zamanda ise bu üç boyuta bir de semptomların hastalık nedeniyle olduğunun farkında olma kısmı eklenmiştir (Beck ve ark., 2004).

Remisyonda psikoz hastaları ile yapılan bir çalışmada içgörüyü hastalığın varlığı ile ilgili düşünceleri, hastalık bulgularıyla ilgili düşünceleri, etiyolojiyle ilgili düşünceleri, rekürrens riski ile ilgili düşünceleri ve tedavinin önemi ile ilgili düşünceleri olarak farklı boyutlarda değerlendirmiştir (Greenfeld ve ark., 1991).

İçgörü Thirioux ve arkadaşları tarafından “psişik (ruhsal) içgörü, somaestetik içgörü ve duygusal içgörü” olmak üzere üç ana başlıkta incelemişlerdir.

- Psişik (ruhsal) içgörü: Ruhsal hastalığı tanımayı ifade eden içgörüdür ve klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörü olmak üzere üç alt başlığa ayrılır (Thirioux ve ark., 2020).

- Klinik içgörü; içinde bulunulan ruhsal hastalığın semptomlarının ve nasıl ortaya çıktığının, yaşananların getirdiği tecrübelerin ve tedaviye duyulan ihtiyacın farkında olmak olarak ifade edilebilir (Thirioux ve ark., 2020; Wright ve ark., 2021).
 - Bilişsel içgörü; kişinin içinde bulunduğu ruhsal hastalığın bilişsel performansında yetersizliklere (örneğin MDB’de dikkat ve konsantrasyonda azalma) yol açabileceğinin farkında olması olarak tanımlanabilir (Thirioux ve ark., 2020). Beck ve arkadaşları buna ek olarak bilişsel içgörüyü kişinin sahip olduğu patolojik düşünceyle ilgili çevreden gelen alternatif düşüncelere açık olması ve bunları dikkate alabilmesi olarak yorumlamıştır (Beck ve ark., 2004).
 - Üstbilişsel içgörü; kişinin hastalıklı bir özne olarak kendisini değerlendirebilmesi ve tutarlı olarak değerlendirebilmesi olarak ifade edilebilir (Thirioux ve ark., 2020).
- Somatoestetik içgörü: Kişinin içinde bulunduğu ruhsal hastalığın fiziksel yetersizliklere ve somatosensoriyel semptomlara (örneğin MDB’de motor retardasyon) yol açabileceğinin farkında olması ve bunları tanıyabilmesi olarak tanımlanabilir (Thirioux ve ark., 2020).
 - Duygusal (emosyonel) içgörü: Kişinin psikiyatrik hastalığı olduğunu kabul etme ve işlevsel olmayan inançlarını değiştirebilme kapasitesidir (Thirioux ve ark., 2020).

Bir başka içgörü kavramı ise entelektüel içgörüdür ve kişinin öğrendiği tıbbi bilgiler ile geliştirdiği yüzeysel ve gerçekçi olmayan bir içgörüdür (Altınöz ve Aslan, 2010). Hasta yaşadığı tecrübeleri hastalığa atfettiğini söylese de anamnez ayrıntılandırıldığında hastanın patolojik inançların gerçekliğine inanmaya devam ettiği görülür. Beck kişinin duygusal içgörüsü olmadığı için inanç sisteminde değişikliğe gidemediğini belirtmiştir (Beck ve ark., 2004). Buna rağmen entelektüel içgörünün de tedavi uyumunu artırdığı tespit edilmiştir (Yıldız ve ark., 2002).

2.2.2. İçgörünün değerlendirilmesi

İçgörü ile ilgili çok fazla tanımlama yapılmış olması nedeniyle ruhsal hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek çok önemli olsa da güvenilirlik açısından halen tartışmaya açık bir alandır (Marková ve Berrios, 1995). Yapılan çalışmalarda içgörünün

psikiyatride prognoz belirlemede önemli olduğunu gösterilmiş ve içgörü eksikliğinde hastalık belirtilerinin daha şiddetli seyrettiği, yaşam kalitesini düşürdüğü, bilişsel performansı azalttığı, işlevselliği bozduğu, tedavi uyumunu azalttığı saptanmıştır (Cairns ve ark., 2005; Dias ve ark., 2008; Gorwood ve ark., 2019; Owen ve ark., 2009; Vandereycken., 2005; Van Der Werf- Eldering, 2011). İçgörünün prognozu etkileyen çok fazla faktör ile ilişkisi göz önüne alındığında psikiyatrik muayenede daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Psikiyatrik muayenede içgörü temel olarak içgörüsü olan, olmayan ve kısmi olan şeklinde üç gruba ayrılabilir (Halaj ve Huppert, 2021). Geçmiş zamanda içgörü eksikliği direkt psikozla ilişkilendirilmiş olsa da artık içgörü ve psikozun ilişkili fakat birbirinden oldukça farklı kavramlar olduğu kabul edilmektedir (McEvoy ve ark., 1989). Dolayısıyla içgörüye tanıya göre karar vermek doğru olmaz çünkü psikoz tanısı olan bir hastada tam içgörü varken, MDB tanılı hastanın hiç içgörüsü olmayabilir (Sadock, 2022). Yine benzer şekilde içgörü değerlendirilirken hastanın zeka düzeyi, eğitim düzeyi, premorbid kişilik özellikleri, kültürel ve çevresel faktörler gibi pek çok etmenin dikkate alınması daha sağlıklı bir değerlendirme yapılabilmesinde kolaylık sağlayacaktır (Sadock, 2022). Değerlendirilen içgörünün bazen hastalığın sadece belirli semptomlarına karşı olup belirli semptomlara karşı olmadığı ve hastalığın farklı dönemlerine farklı seviyede seyrettiği de gösterilmiştir (Sadock, 2022). Bir çalışmada şizofrenide ilk epizod sırasında içgörünün daha fazla bozulduğu, orta yaşta düzelme gösterdiği fakat yaş ilerledikçe tekrar azaldığı gösterilmiştir (Gerretsen ve ark., 2014). İçgörü düzeyinin hastalığın şiddeti veya hastalıktaki değişimler ile orantılı şekilde değişmediği, içgörü azlığını sadece psikopatolojik özellikler ile ilişkilendirmenin doğru olmayacağı düşünülmektedir (McEvoy ve ark., 1989).

Bir grup şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada hastalara kendilerinde akıl hastalığı olup olmadığı sorulduğunda sadece %20'si bunu kabul ederken, aynı grup hastaya halüsinasyonları olan birinin akıl hastalığı olup olmadığı sorulduğunda %46'sının evet dediği görülmüştür. Bu durum kişinin kendiyle ilgili içgörü kaybına rağmen, çevreyle ilgili içgörünün korunabildiği şeklinde açıklanmıştır (Brown, 1973).

Bir grup araştırmacı içgörü tanımlarının ve değerlendirme biçimlerinin sadece Batı kültüründen temel alarak oluşturulduğunu ve içgörünün kültürel farklılıklardan

bağımsız olarak ele alınmayacağını savunmuştur (Saravanan ve ark., 2004). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada göçmen hastaların hastalıklarını daha çok olağanüstü güçlere, manevi olaylara atfederken, batı kültürü ile büyümüş hastaların içinde bulundukları ruhsal durumu daha çok tıbbi ve psikolojik faktörlerle açıkladıkları tespit edilmiştir (Tranulis ve ark., 2008). Yine benzer bir şekilde damgalanma korkusu da içgörüyü değerlendirirken dikkate alınmalıdır, çünkü bu korkuya sahip kişiler hastalığın farkında olsalar bile tanı ve tedaviyi reddetmek isteyebilirler (Amador ve David, 2004).

2.2.3. Kuramsal yaklaşımda içgörü

Psikoterapinin esas hedefi olarak kişiye içgörü kazandırmayı gören ve kişinin kazandığı içgörü ile iyileşmenin paralel olacağını savunan içgörü odaklı kuramsal yaklaşımlarda; klasik psikanalitik yaklaşım, dinamik yönelimli yaklaşım, Gestalt yaklaşımı, birey merkezli yaklaşım ve akılcı duygusal-davranışsal yaklaşım sayılabilir (Akdoğan ve Türküm, 2014).

Psikanalitik yaklaşımda amaç psikopatolojiye sebep olan bilinçdışı mekanizmaları bilinç düzeyine çıkarmak olup içgörünün benlikle ilgili bu ayrıntılı farkındalık arayışı olduğu düşünülmüştür (Marková ve Berrios, 1995). Freud da “İdin olduğu alanda ego da olacaktır.” cümlesiyle içgörüyü bilinçdışı çatışmaların ve dürtülerin farkındalığı ve bunun sebep olduğu psikolojik semptomların bilinmesi olarak yorumlar ve içgörü kazanmayı iyileşmenin temeli olarak görür (Corey, 1996; Freud, 1933). Murdock’a göre psikanalizin esas amacı içgörü gelişimini sağlamaktır ve kişi özellikle çocukluk döneminden kalan bilinçdışı çatışmaları çözümlemeden, geçmiş yaşantılarını, duygularını ve savunma mekanizmalarını fark edip bilinç düzeyinde anlamlandırmadan tam iyileşme sağlayamaz (Akdoğan ve Türküm, 2014; Murdock, 2012). Psikanalizde içgörü entelektüel ve emosyonel olarak ikiye ayrılmış, sadece entelektüel zeminde içgörünün yeterli olmadığı kişinin farkındalığını davranışlara yansıtabilmesi için gerekli olan emosyonel içgörü gelişiminin de sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Corey, 1996).

Dinamik yönelimli yaklaşımlar içinde yer alan Adleryen yaklaşıma göre terapide iyileşme başlangıcı için içgörü gelişimi gereklidir ama psikanalitik yaklaşımdan farklı olarak tek başına yeterli olmaz (Sweeney, 1989). Adler’e göre terapinin esas hedefi

kişinin içgörü gelişiminden önceki hatalı yorumlamalarından kurtulması ve daha işlevsel bir yorumlama biçimi ve davranışlar kazanmasıdır (Sonstegard, 1998).

Gestalt yaklaşımında içgörü kişisel bir farkındalık hali olarak ele alınmakta ve iyileşme sürecinde çeşitli terapi teknikleriyle kişinin kendi ile, yaşadıkları ve duyguları ile ilgili farkındalığını sağlamak ve bu sayede kendi özgür tercihlerini yapabilir hale gelmesi hedeflenmektedir (Wedding ve Corsini, 2013).

Birey merkezli yaklaşıma göre içgörü, kişinin kendini farklı açılardan yeniden görmesi ve yeniden değerlendirerek kabullenmesi olarak tanımlanabilir (Corey, 1996). Kişiler savunma mekanizmaları nedeniyle yaşantılarını inkar edebilir veya çarpıtabilir ve bu sebeple farkındalıkla doğru bir şekilde değerlendirmekte zorlanabilir (Akdogan ve Türküm, 2014). Terapist içgörü gelişimi sırasında bu savunma mekanizmalarına izin verirken bir yandan da kişinin farkına varmasını sağlamak için destekleyen bir tutum sergilemektedir .

Akılcı duygusal-davranış terapisi, kişinin mantıklı olmayan inanç ve olumsuz düşünce sistemlerinin farkına varmasını içgörü olarak tanımlarken, sadece farkındalığın yeterli olmadığını kişinin hatalı inanç ve sebep olan düşüncelerini değiştirmedeği sürece tam bir iyileşmenin mümkün olamayacağını savunur (Ellis, 1988; Jaafari ve Marková, 2011).

2.2.4. İçgörü gelişimini etkileyen faktörler

Yapılan çalışmalarda içgörü gelişim sürecinin bireye özgü olduğu gösterilmiş ve bu sürecin hasta, hekim ve aralarındaki etkileşimden oluştuğu düşünülmüştür (Tranulis ve ark., 2008).

Gerçek veya beklenen damgalanma ihtimali nedeniyle hastaların semptomların farkında olsalar dahi tanı ve tedaviyi reddedebileceği belirtilmiştir (Amador ve David, 2004).

Piaget'e göre içgörünün gelişimi kişinin bilişsel performansı ile alakalıdır ve karmaşık bilişsel becerileri ancak soyut işlem dönemine geçtikten sonra gösterebilir (Gardiner ve Gander, 1993).

İçgörü gelişimini kolaylaştıran faktörlerden biri olarak duygusal zekadan da söz edilmiştir. Goleman duygusal zekayı kişinin kendini anlaması, duygu durumunu ve davranışlarını bilmesi olarak tanımlamıştır (Karim ve ark., 2015; Quebbeman ve Rozell, 2000).

Hasta hekim ilişkisinde aktarım ve karşı aktarım önemli ölçütlerden olup, içgörü gelişimini önemli düzeyde etkilemektedir (Akdoğan ve Ceyhan, 2011). Terapistin kendine içgörülü olmasının karşı aktarımı daha iyi yönetmesine yardımcı olup içgörü gelişimini de kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Akdoğan ve Türküm, 2014; Boyden, 2005).

2.2.5. İçgörü eksikliğinin etiyopatogenezi

Literatüre bakıldığında çalışmaların büyük ölçüde psikotik hasta grubunda yapıldığı ve içgörü eksikliğinin patolojisini açıklamaya yönelik çeşitli etyolojik modellerin öne sürüldüğü görülmektedir. Başlangıçta içgörü eksikliğinin nöropsikolojik bir kusurluluk veya bir savunma mekanizması olduğu düşünülmüşse de zamanla içgörünün çok boyutlu olduğu ve çevresel ve kültürel faktörlerin ve üstbilişsel yeteneklerin de içgörü üzerine etkileri olduğu görüşü yaygınlaşmaya başlamıştır (Lysaker ve ark., 2018; Raffard ve ark., 2008).

2.2.5.1. Klinik model

Klinik modelde içgörü eksikliği var ya da yok şeklinde, “ya hep ya hiç” yaklaşımı ile açıklanmıştır (Cuesta ve Peralta, 1994). İçgörünün konuşulmaya başladığı ilk zamanlarda içgörü eksikliğinin yalnızca psikotik hastalıklara özgü bir kavram olduğu hatta nevrotik hastalardan ayıran temel kriterlerden biri olduğu düşünülmüştü . Fakat sonraki yıllarda yapılan çalışmalar içgörünün “ya hep ya hiç” şeklinde değerlendirilmesinin eksik kaldığını ve psikotik olmayan ruhsal hastalıklarda da içgörü eksikliğinin önemli derecede olabileceğinin göstermiştir (Dam, 2006; Gorwood ve ark., 2006).

2.2.5.2. Psikolojik model

Psikanalitik yaklaşımda kişiyi rahatsız eden ve kabul etmesi zor durumları kanıtları gösterilse dahi savunma mekanizması ile reddetmesi durumuna inkar denir ve psikolojik modelde içgörü eksikliği “inkar” ile açıklanır (Akdoğan ve Türküm, 2014;

Baumeister ve ark., 1998; Moore ve ark., 1999). Daha iyi içgörünün depresyon semptom şiddetinde ve intihar eğiliminde artışa sebep olduğu bildirilmiştir (Carroll ve ark., 2004). Pyne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada damgalanma endişesiyle yüksek içgörü düzeyi arasında korelasyon tespit edilmişse de, içgörü azlığının bir savunma mekanizması ya da ruhsal hastalıklarda sık görülen damgalanma endişesi ile ortaya çıkan bir durum mu olduğu netlik kazanmamıştır (Langdon ve Ward, 2009; Pyne ve ark., 2001).

2.2.5.3. Nöroanatomik model

Nöroanatomik modelde içgörü eksikliği nörogörüntüleme çalışmaları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar kronolojik olarak incelendiğinde içgörü eksikliğinin;

- ventriküllerdeki büyüme ile ilişkili olduğu (Takai ve ark., 1992),
- sağ dorsolateral prefrontal korteks (dlPFC) hacmi ve sağ medial orbitofrontal korteks (mOFC) hacmi ile ilişkili olduğu (Shad ve ark., 2006),
- dlPFC ve diğer bazı frontal alanlardaki hem fonksiyonel hem de yapısal değişikliklerin ve ayrıca talamusun ilişkisi (Orfei ve ark., 2008),
- dlPFC, medial prefrontal korteks (mPFC), anterior ve posterior singulat korteks (ASK ve PSK), insula, temporo-parietal bileşke ve hipokampusta görülen hacim azalması ile ilişkili olduğu (Raffard ve ark., 2008),
- Prefrontal korteks, singulat korteks, , precuneus, temporal lob, inferior pariteal lobül ve hipokampus nöral bağıntıları ile ilişkili olduğu (Xavier ve Vorderstrasse, 2016) gösterilmiştir.

Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler sonucunda net bir fikir birliği sağlanamamıştır.

2.2.5.4. Nöropsikolojik model

Nöropsikolojik model içgörü eksikliğinin nörofonksiyonel anormallikler ve buna bağlı olarak bellek, yürütücü işlevler gibi nöropsikolojik işlevlerdeki bozukluklardan kaynaklandığını öne sürer(Orfei ve ark., 2008; Thirioux ve ark., 2019).

Nörolojik bozukluklar sonucu gelişen durumlara karşı kişinin farkındalık eksikliği (anosognozi) ile içgörünün azalması arasında benzerlik olması, içgörünün olmadığı psikozun da bilişsel bozukluğa sekonder geliştiğini düşündürmüştür (Cooke ve ark., 2005; Young ve ark., 1993). Ancak yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalıklarda içgörünün anosognoziden farklı olarak çevresel ve psikolojik faktörlerden de etkilendiğini göstermiştir (Ghaemi ve ark., 1996).

2.2.5.5. Sürekli model

Sürekli modele göre içgörü karmaşık ve dinamik bir kavram olup ve hem bireysel hem de sosyokültürel faktörlerden etkilendiği gibi hastalık süresince de derecesi değişebilir (Fuchs ve ark., 2013; Marková ve Berrios, 1992; Marková, 2005;).

Thirioux ve arkadaşları sürekli modelde içgörüyü psişik içgörü ,somatoestetik içgörü ve duygusal içgörü olmak üzere üç boyutta incelemiş, psişik içgörüyü “klinik, bilişsel ve üstbilişsel” olmak üzere üç alt başlıkta incelemiştir. Boyutların kişinin hastalık şiddetine ve süresine göre değişiklik gösterebileceği ve tam bir içgörü için hepsinin korunmuş olması gerektiği öne sürülmüştür (Thirioux ve ark., 2020).

2.3. Majör Depresif Bozuklukta İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar

İçgörü azlığı hem psikotik hem de psikotik olmayan duygudurum bozukluklarında önemli bir klinik problem olarak görülmektedir (Ghaemi ve ark., 2000). İçgörü ve uzun dönemdeki etkileri ile ilgili çalışmalar uzun yıllardır psikotik hastalıklar üzerinde yapılmıştır. Çalışmalar önce sadece psikotik bozukluklar, sonra ise psikotik olmayan ve psikotik olan hastaların karşılaştırılması ile devam etmiştir. Örneğin şizofreni ve bipolar bozukluğa kıyasla MDB hastalarının daha iyi içgörüyü sahip olduğu bildirilmiştir (Amador ve ark., 1994; Dell’Osso ve ark., 2002; Michalakeas ve ark., 1994; Peralta ve Cuesta, 1998; Pini ve ark., 2001; Weiler ve ark., 2000). Peralta ve Cuesta, psikotik özellikli MDB’de içgörünün psikotik olmayan MDB’ye göre daha fazla bozulduğunu bildirmiştir (Peralta ve Cuesta, 1998). Literatürde sadece MDB hasta grubunda içgörü ve ilişkili faktörleri inceleyen çok az araştırma bulunmaktadır. MDB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları Tablo 2.6.’da gösterilmiştir.

Kukopulos ve arkadaşlarının 1995 yılında duygudurum bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada içgörüsü olan duygudurum bozukluğu olan hastaların %82’sinin,

içgörüsü olmayan hastaların ise %47'sinin tam iyileşme gösterdiği bulunmuştur (Kukupulos, 1995). Fakat bu çalışmada içgörü sadece “var” veya “yok” olarak tek boyutta değerlendirilmiş, standardize edilmiş geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılmamış, duygudurum bozuklukları kendi içinde ayrılmayarak bipolar ve unipolar bozukluk birlikte değerlendirilmiş ve iyileşme kriteri olarak semptomların gerilemesinin mi yoksa işlevsellikte artışın mı kullanıldığı belirtilmemiştir.

Depresyonda içgörünün araştırılmaya başladığı ilk çalışmalarda ise bipolar bozukluğa kıyasla unipolar depresyonda içgörünün daha iyi korunduğu ve bu nedenle içgörü eksikliğinin hastalık seyri üzerindeki zararlı etkisinin bipolar bozukluk hastalarında daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Amador ve ark., 1994; Ghaemi ve ark., 1997; Markova ve ark., 1992).

Tablo 2.1. MDB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları

ÇALIŞMA YAZARI-YILI	KATILIMCILAR	DEĞERLENDİRME ARACI
Ghaemi ve ark. (2000)	45 Bipolar b. 13 Anksiyete b. 5 Psikotik özellikli MDB <u>34 MDB</u>	Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)
Sturman ve Sproule (2003)	12 Şizoafektif b. 64 Bipolar b. <u>15 MDB</u>	Duygudurum Bozuklukları İçgörü Ölçeği
Beck ve ark. (2004)	32 Şizofreni 43 Şizoafektif b. 16 Psikotik özellikli MDB <u>59 MDB</u>	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)
Yen ve ark. (2005)	<u>247 MDB</u>	Duygudurum Bozuklukları İçgörü Ölçeği İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği
Colis ve ark.(2006)	12 Şizofreni 30 Şizoafektif b. 52 Bipolar b. 6 Psikotik özellikli MDB <u>50 MDB</u>	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
Olaya ve ark. (2012)	41 Bipolar b. <u>35 MDB</u>	Duygulanım Bozuklukları İçgörü Ölçeği

Tablo 2.1. MDB’de içgörü konulu çalışmalar ve değerlendirme araçları (devamı)

He ve ark. (2018)	85 Bipolar b. 55 <u>MDB</u>	İçgörü ve Tedavi Tutumları Değerlendirme Ölçeği Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD) SCL-90
Herdı ve Berksun (2020)	42 <u>MDB</u> 42 Sağlıklı kontrol	Kendine Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (KYİÖ) Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD)

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda içgörü düzeyini Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ) ile değerlendirilip, içgörü düzeyi ve işlevsellik arasındaki ilişkinin prospektif olarak incelendiği çalışmada, depresyon hastalarında içgörü azlığı kötü işlevsellik ile ilişkilendirilmemiştir. Bipolar ve unipolar depresyonda içgörü düzeyinin benzer seviyede olduğu ve anksiyete bozukluklarına kıyasla duygudurum bozukluklarında içgörünün göre daha az olduğu tespit edilmiştir (Ghaemi ve ark., 2000).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda güncel içgörü ölçeklerinin psikozlu hastalarda doğrulandığı ve bu nedenle bu ölçeklerdeki maddelerin psikotik semptomlar yaşamamış duygudurum bozukluğu olan hastaların semptomatolojisini ve hastalığın gidişatını çoğunlukla yansıtmadığını ve öne süren Sturman ve Sproule “Duygudurum Bozuklukları İçgörü Ölçeği” adını verdikleri yeni bir ölçek geliştirmeyi denemişlerdir (Sturman ve Sproule, 2003). Aynı şekilde Olaya ve arkadaşları da, başlangıçta şizofrenide içgörüyü değerlendirmek için tasarlanmış olmasına rağmen, aynı zamanda duygudurum bozukluğu olan hastalarda içgörüyü ele almak için de kullanılan akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)’ni yetersiz bularak, odağı duygudurum bozukluklarına kaydırmak için klinisyen tarafından uygulanan yeni bir ölçeğe ihtiyaç olduğunu düşünmüşlerdir (Olaya ve ark., 2012).

Sturman ve Sproule’ ın yaptığı çalışmada akut ve kronik tüm hastalar incelendiğinde bipolar ve unipolar depresyon hastalarının içgörü düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Mevcut haliyle depresif dönemde olan hastalara uygulanan Hamilton Depresyon Ölçeği’ndeki puanlar arttıkça yani daha depresif semptomatoloji oldukça, daha iyi içgörü puanları alındığı gösterilmiştir (Sturman ve Sproule, 2003). 'Depresif

gerçekçilik' teorisine göre, depresif hastalar dışsal ve psikolojik gerçekliklerinin daha fazla farkındadırlar ve bu nedenle hastalıkları hakkında daha fazla içgörüye sahip olmaları beklenir (Alloy ve Abramson, 1988; Ghaemi, 1997). Sayer ve arkadaşları içgörüsü zayıf olan depresif hastaların daha fazla kendilerini kandırdıklarını ve bu yüzden daha az semptom bildirdiklerini belirtmiştir (Sayer ve ark., 1993).

Daha fazla depresif semptomatoloji ile gelişmiş içgörü arasındaki aynı ilişkinin şizofreni hastalarında da mevcut olduğunu bulunmuştur (Carroll ve ark., 1999). Farklı ruhsal hastalıklarda depresif duygudurumun içgörüyü etkilediği uzun yıllardır gösterilmiştir. Psikiyatri servisinde yatmakta olan hastalarda yapılan bir çalışmada,

depresif duygudurumun içgörüyü yordayan bir faktör olduğu ve aleksitimik özelliklerin içgörü azlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hurtes, 1999) .

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği' nin (BBİÖ) psikometrik özelliklerini ve klinik kullanımını araştırmak üzere yapılan çalışmada psikotik özellikleri olmayan MDB tanılı yatan hastalarda kendi hakkında düşünme ve kendinden eminlik puanlarının, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile ölçülen, kendileri tarafından bildirilen depresyonla orta seviyede pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Beck ve ark., 2004). Ayrıca beklendiği şekilde psikotik özellikleri olmayan MDB tanılı yatan hastaların ortalama birleşik indeks puanı, şizofreni veya psikotik özellikli MDB tanısı alan hastaların ortalama indeks puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Beck ve ark., 2004). BBİÖ alt ölçekleri ve birleşik indeks puanlarının, psikotik tanısı olan yatan hastaları psikotik tanısı olmayanlardan ayırt edip etmeyeceğini belirlemek için yapılan istatistiklerde kendi hakkında düşünme ortalama ve birleşik indeks puanlarının psikotik hastalarda daha düşük olduğu görülmüş olsa da, kendinden eminlik ortalama puanının psikotik olmayan hastalarda daha düşük olduğu bildirilmiştir (Beck ve ark., 2004) .

Beck ve arkadaşları içgörüyü anlamak için hastaların kendilerini uzaklaştırmalarını ve yanlış yorumlamalarını düzeltmelerini sağlayan bilişsel süreçlere dayanan tamamlayıcı bir yaklaşım önermiştir; bu süreçler, öz değerlendirme ve düzeltici geri bildirimle açıklığı içerirken, klinik içgörü, teşhis ve tedavi planı oluşturmak için hayati önem taşıyan verilere odaklanır (Beck ve ark., 2004). Bilişsel içgörü, hastanın, bilişsel

psikoterapi sırasında geleneksel olarak ele alınan bu tür bilişsel çarpıklıkları ve anormal deneyimleri değerlendirmedeki esnekliğini içerir (Beck ve ark., 2004) .

Colis ve arkadaşları bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda MDB tanısı alan hastalara göre bilişsel içgörünün daha fazla bozulduğunu ve psikotik belirtisi olan MDB hastalarında psikotik belirti olmayan MDB'ye göre kendinden eminlik skorunun daha yüksek olduğunu ve toplam bilişsel içgörü düzeyinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir (Colis ve ark., 2006). Kronik şizofreni tanılı hastaları dahil edilerek yapılan bir çalışmada BBIÖ ile ölçülen bilişsel içgörünün bilişsel-davranışsal beceri eğitimiyle geliştiği ve pozitif semptomların azalmasıyla ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Granholm ve ark., 2005).

Colis ve arkadaşları BBIÖ'nün bilişsel terapiye alınan yanıtı değerlendirmek için yararlı olabileceğini, aynı zamanda hatalı inançları incelemeye yardımcı olarak bilişsel terapidenden fayda görecektir hastaları tahmin edebilmek için bir tarama aracı olarak yararlanılabileceğini öne sürmüşlerdir (Colis ve ark., 2006). Yine aynı çalışmada Beck ve arkadaşlarının BBIÖ birleşik indeksinin BDÖ ile korele olmadığı bulgusunun aksine, mevcut örnekleme BDÖ puanları, BBIÖ birleşik indeksi ve Kendi Hakkında Düşünme alt ölçek puanlarıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda da depresyonun klinik içgöründeki artışla pozitif ilişkili olduğu bulgular bildirilmiş, bir hastanın kronik bir ruhsal hastalığa sahip olduğunu kabul ettikten sonra depresyona girebileceği belirtilmiştir (Colis ve ark., 2006; Mintz ve ark., 2003). Bilişsel çarpıtmalarını fark etmeye başlayan hastaların, önceki hatalı inançlarına olan güvenlerini kaybettikleri ve bu inançların hastalıklarıyla ilişkili olduğunu fark ettikleri için daha fazla depresyona girebilecekleri ileri sürülmüştür (Granholm ve ark., 2005).

He ve arkadaşlarının depresyon şiddeti ve içgörü arasındaki korelasyonu araştırdığı çalışmada geçmiş veya şimdiki hastalık şiddeti ile içgörü düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bildirilmiştir (He ve ark., 2018). Yapılan çoklu lineer regresyon analizlerinde ise HDÖ ile ölçülen majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %22,9'u kullanılan içgörü ölçeği puanları tarafından açıklandığı ve rezidüel psikomotor retardasyon belirtisinin içgörü değişiminin tek önemli bağımsız belirleyicisi olarak toplam varyansın %9,1'ini açıkladığı bildirilmiştir (He ve ark., 2018). Çalışmada depresyon tedavisinde farmakoterapi ve BDT yapılmasının yanı

sıra, retardasyon belirtilerini azaltmaya yönelik çalışmaların hem iyileşme sürecini hızlandıracağı hem de içgörü gelişimine katkıda bulunacağı öne sürülmüştür (He ve ark., 2018).

Literatür incelendiğinde sadece MDB hasta grubunda içgörünün incelendiği iki çalışmaya rastlanmıştır. İlki 2005 yılında Yen ve arkadaşları tarafından içgörünün farklı boyutları arasındaki farkı ve içgörünün klinik ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisini araştıran çalışmadır (Yen, 2006). Hastaların %37,2'sinin semptomları hastalığa atfedebilmesine ilişkin, %36,8'inin hastalık farkındalığına ilişkin, %15,8'inin ise tedaviye ihtiyacına ilişkin içgörülerinin bozulduğu tespit edilmiştir (Yen, 2006). Daha genç yaş ve daha şiddetli depresyon belirtilerinin hastalık farkındalığına dair içgörüyle önemli ölçüde ilişkili olduğu, eğitim düzeyindeki artış ve daha şiddetli depresyon belirtilerinin ise semptomların atfedilmesi açısından içgörünün bozulmamış olmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiş, azalmış içgörüyü predikte eden faktörlere sahip depresif hastaların içgörülerini iyileştirmeye yönelik müdahalelerden fayda görebileceğini ve bunun iyileşme süreçlerini destekleyeceği düşünülmüştür (Yen, 2006).

Yeung ve arkadaşlarının birinci basamakta tedavi gören depresyon hastalarıyla yaptıkları çalışmada farklı etnik gruplardan oluşan örnekleme hastaların çoğunun depresif ruh halini doktora bildirmeleri gereken bir semptom olarak görmediği bildirilmiştir (Yeung ve ark., 2006). Yen ve arkadaşları ise her üç basamakta tedavi gören depresif hastaların %60'ından fazlasının hastalık farkındalığı ve semptomların atfedilmesi ile ilgili içgörülerinin korunmuş olduğu, %80'inden fazlasının ise tedavi ihtiyacına ilişkin içgörülerinin tam olduğu bulunmuş ve bu tutarsızlık depresif belirtileri yorumlama şeklinin yardım aramak için tıbbi ortam seçimi konusunda hastaları etkileyebileceğini düşündürmüştür (Yen, 2006).

Sadece MDB hasta grubunda içgörünün incelendiği ikinci çalışmada ise psikoz benzeri yaşantılar (PBY) ve kendine yansıtma ve içgörü ile aralarındaki ilişki araştırılmıştır (Herdi ve Berksun, 2020). Çalışmada hastalarda PBY düzeyi ve sıklığının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu ve tedavi alan ile almayan depresyon hastaları arasında PBY düzeyi açısından fark olmadığı bildirilmiştir (Herdi ve Berksun, 2020). Depresyon hastalarında içgörü sağlıklı kontrollere göre daha

düşük bulunurken, aynı zamanda sağlıklı kontrollerde de içgörü PBY ile ters korelasyon göstermiştir (Herdi ve Berksun, 2020). Bu bilgiler içgörü eksikliğinin psikotik bozukluklara özgü olmadığı ve sağlıklı kişilerde de düzeyinin farklı değişkenlerle ilişkili olabileceği ve içgörünün de bir spektrum olduğu düşüncesine katkı sağlar nitelikte görünmektedir (Herdi ve Berksun, 2020). Üst biliş kavramı, bilişleri kontrol etme, düzenleme ve izleme süreci olarak tanımlanabilir (Wells, 2004). Kişinin kendi zihin işlevlerin farkında olmasını ve bunu amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (Crick, 2000). Üst bilişteki bozulmalar azalmış bilişsel içgörüye neden olabilir (Beck ve ark, 2004).

MDB tanısı alan hastalarda üstbiliş işlevlerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılarak değerlendirilmesinin amaçlandığı, BDÖ ve ÜBÖ ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda, ÜBÖ toplam puanları MDB hastalarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Yılmaz ve ark., 2016). Alt boyutlar incelendiğinde ise üstbilişin bilişsel güven ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017).

Yılmaz ve arkadaşlarının anksiyete ve depresif semptomlar ile üstbilişin ilişkisini inceledikleri çalışmada ise negatif üstbilişsel inanışlar sebebiyle anksiyete ve depresyon semptomlarının devam ettiği, stres maruziyeti ile üstbilişsel inanışların değiştiği ve üstbilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilme, sorunlarla başedebilmede etkili olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, 2007).

Sonuç olarak içgörü kavramının, geçerlik ve güvenilirliği ile halen tartışılmakta, kapsamı ve sınırları tam olarak netleştirilememiş olsa da klinik açıdan son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Marková ve Berrios, 1995). İçgörünün farklı boyutlarda incelenmesi, hastaya birey odaklı yaklaşımı ve müdahaleyi sağlamaktadır. Örneğin hastanın klinik içgörüsü yardım arama davranışını etkileyebilirken; bilişsel içgörü, terapistin bilişsel değişiklik için terapi ekolü seçimini etkileyeceği düşünülmektedir (Halaj ve Huppert, 2021).

Biz de bu çalışmamızda MDB belirti şiddeti ile içgörü ölçekleri arasındaki ilişkiyi, içgörü ölçekleri ve klinik özelliklerin hastalık şiddeti ile olan ilişkisini ve üstbilişlerin içgörü düzeyleri ve belirti şiddeti ile ilişkisini incelemeyi hedefledik.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Çalışmamız, kesitsel betimleyici anket/ölçek çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. İçgörü ölçeklerinin kendi aralarında korelasyon oranları farklılık göstermektedir
2. İçgörü ölçeklerinin hastalık şiddeti ile korelasyon oranları birbirinden farklıdır
3. İçgörü ölçeklerinin depresif semptomları predikte etme oranları birbirinden farklıdır

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.06.2023 - 01.01.2024 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre MDB tanısı almış ve mevcut haliyle remisyon döneminde olan hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Yaptığımız güç analizinde, çalışmamızın örneklem büyüklüğü $\alpha = 0,05$ (α = I. Tip hata olasılığı), $1-\beta = 0,95$ (β = II.Tip hata olasılığı, $1-\beta$ =çalışmanın gücü) olacak şekilde hesaplanmıştır. Lineer regresyon analizi yapılacak olan değerlendirmelerin orta düzeyde etki büyüklüğü $d = 0,5$ (d = Cohen'in etki büyüklüğü) olacak şekilde hesaplanmış ve 56 kişinin çalışmaya alınması gerektiği görülmüştür.

Psikiyatri polikliniğimizde 01.06.2023 - 01.01.2024 tarihleri arasında muayene edilmiş MDB tanısı atanmış, mevcut haliyle remisyon döneminde olan ve çalışmamızın dahil edilme kriterlerini karşılayan 197 hasta tespit edilmiştir. 9 kişi psikotik özellikli MDB tanısı aldığı, 3 kişi bipolar bozukluk için kuvvetli risk faktörlerine sahip olduğu, 7 kişi aktif alkol ve madde kötüye kullanımı olduğu, 46 kişi antipsikotik ya da duygudurum düzenleyici grubundan ilaç kullandığı, 17 kişi telefonla ulaşılamadığı ve 35 kişi çalışmaya katılmak istemediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmamıza dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 40 erkek ve 40 kadın toplam 80 majör depresif bozukluk hastası dahil edilmiştir.

3.5. Uygulama

Çalışmaya katılmaya gönüllü hastalarımız çalışmamız hakkında bilgilendirilmiştir, hastalardan yazılı onamları alınmıştır.

Yapılan görüşmelerde hasta ve hekim dışında eşlik eden kimse olmamıştır. MDB tanısını doğrulamak ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla hastalarla DSM-5'e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapılmıştır. Hekim tarafından Sosyodemografik Veri Formu, belirtileri değerlendirebilmek için Hamilton Depresyon Ölçeği sonrasında ise içgörü ölçekleri olan Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği uygulanmıştır. Öz bildirim ölçeği olan Beck Depresyon Ölçeği, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, Kendine Yansıtma ve İçgörü Ölçeği ve Üstbiliş Ölçeği ise hastalar tarafından doldurulmuştur.

3.5.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

1. DSM-V tanı kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış ve görüşme esnasında remisyonda (son 2 aydır tanı kriterlerini karşılamıyor) olma
2. 18-65 yaş aralığında olma
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
4. Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliliğe sahip olma

3.5.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

1. Psikotik özellikli majör depresif bozukluk tanısı almış olmak
2. Bipolar bozukluk için kuvvetli risk faktörlerine sahip olmak
3. Görüşmeyi tamamlayamayacak düzeyde herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik bozukluk olması (Mental Retardasyon, Psikotik bozukluklar, Organik mental bozukluklar (demans, deliryum vs.), Aktif alkol ve/veya madde kötüye kullanımı vb.)
4. Daha önce antipsikotik ya da duygudurum düzenleyici ilaç grubundan ilaç kullanmamış olmak

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu, ekonomik düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri dışında hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, intihar girişimi, intihar düşüncesi, ek tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, alkol madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar gibi klinik özellikleri sorguladığımız hekim tarafından doldurulan formdur.

3.6.2. Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) (Ek 3)

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), depresyon tanısı almış hastalarda hastalık belirtilerinin şiddetini ölçmek ve tedaviye yanıtı izlemek için 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir (Hamilton, 1960). Klinisyen tarafından uygulanan ölçek Hamilton tarafından 17 sorulu olarak oluşturulmuş olsa da sonraki yıllarda bazı sorular eklenerek 21 ve 24 sorulu genişletilmiş formları da kullanılmıştır.

Çalışmamızda 17 soruluk ölçek kullanılmıştır. Ölçek ile son 2 hafta içindeki depresif ruh hali, suçluluk düşünceleri, intihar düşünceleri, işlevsellik kaybı, uyku ve iştah, anksiyete, somatik belirtiler, retardasyon, ajitasyon gibi belirtiler değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında yapılmış ve test-tekrar test korelasyonu 0.85, iç tutarlılık çalışmasında ise Cronbach alfa değeri 0,75 olarak saptanmıştır (Akdemir ve ark., 1996).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 0 ve en yüksek 51 puan alınmakta; 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 hafif derecede, 16-28 orta derecede, 29 ve üzeri ise ağır derecede depresyonu ifade etmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Ölçek sonucunun 0-7 puan arasında olmasının hastanın remisyonda olduğunu gösterdiği belirtilmiştir (Hamilton, 1979).

3.6.2. Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (Ek 4)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyon hastalarında son 1 hafta içinde somatik, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtilere dayanarak hastalık şiddetini belirlemek ve tedavi yanıtını izleyebilmek amacıyla 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından

geliştirilmiştir (Beck, 1961). Öz bildirim tarzındaki ölçek belirtilerin tanımlandığı 21 cümleden oluşur ve dörtlü Likert tipindedir, her madde 0-3 arası puanlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında yapılmış, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri çalışma grubu için 0,83 ve kontrol grubu için 0,82 olarak saptanmıştır, kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (Hisli, 1989).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 0 ve en yüksek 63 puan alınmakta; 0-12 puan “minimal depresyon”, 13-18 puan “hafif düzeyde depresyon”, 19-28 puan “orta derecede depresyon”, 29-63 puan “ağır derecede depresyon” u göstermektedir (Kapci ve ark, 2008). Ölçek sonucunun 0-9 puan arasında olmasının hastanın remisyonda olduğunu gösterdiği belirtilmiştir (Beck ve ark., 1961).

3.6.3. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 5)

Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), psikiyatrik hasta gruplarında baskın olan temel inançtan hareketle içgörünün değerlendirilmesi amacıyla 1998 yılında geliştirilmiştir (Eisen ve ark., 1998). Klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış ölçek 7 maddeden oluşmakta ve her madde 0-4 arası puanlandırılmaktadır. Son maddede referans fikirler sorgulanmakta fakat toplam puana dahil edilmemektedir, burdan elde edilen sonuç klinisyen tarafından içgörü değerlendirmede ek gösterge olarak kullanılabilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2013 yılında yapılmıştır (Özcan ve ark., 2013).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 0 ve en yüksek 24 puan alınmakta ve yüksek puanlar içgörü düzeyinin daha az olduğunu göstermektedir (Eisen ve ark., 1998).

3.6.4. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 6)

İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ), içgörüyü hastalıkla ilgili farkındalık, hastalıkla ilgili yaşantıların anormalliğini anlayabilme ve tedaviye uyum olmak üzere 3 boyutta ele alıp yeniden tanımlayan AS. David tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (David, 1990). Klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış ölçek 8 maddeden oluşmakta ve ilk 7 madde 0-2 arası puanlandırılmaktadır. Son maddenin sorulması görüşmeci kararına bırakılmış olup 0-4 arası puanlandırılmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2000 yılında yapılmıştır (Arslan ve ark., 2001).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 0 ve en yüksek 18 puan alınmakta ve yüksek puanlar içgörü düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (David, 1990).

3.6.5. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) (Ek 7)

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ), hastalık farkındalığı, tedavi yanıtı farkındalığı ve hastalık kaynaklı sosyal problemlerin farkındalığını, farkındalıkların düzeyini ve belirtilerin neye atfedildiğini değerlendirmek üzere 1993 yılında geliştirilmiştir (Amador ve ark., 1993). Klinisyen tarafından uygulanan ölçek, 3 tane giriş ve 17 tane belirti için farkındalık ve atıf sorularından oluşur. Her soru, şimdi ve geçmiş zaman için 0 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçek soruları kişinin hastalığı ve belirtileri özelinde kısmen de uygulanabilir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında yapılmıştır (Bora ve ark., 2006).

Ölçek toplam puanında yüksek puanlar içgörü düzeyinin düşük olduğunu ve hastalık farkındalığının az olduğunu göstermektedir (Amador ve ark., 1993).

3.6.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 8)

Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ), kendi hakkında düşünme ve kendinden eminlik olmak üzere iki başlıkta içgörüyü incelemek üzere 2004 yılında geliştirilmiştir. BBİÖ, kendi hakkında düşünme (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 ve 15. maddeler) ve kendinden eminlik (2, 7, 9, 10, 11 ve 13. maddeler) olmak üzere toplam 15 maddeden oluşan, dördümlü Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir, toplam puan kendi hakkında düşünme alt ölçek puanından kendinden eminlik alt ölçek puanının çıkarılmasıyla elde edilmektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında yapılmıştır (Aslan ve ark., 2005).

Ölçeğin toplam puanında en düşük -18 ve en yüksek +24 puan alınmakta ve yüksek puanlar içgörü düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. (Beck ve ark., 2004).

3.6.7. Öz yansıtma ve içgörü ölçeği (ÖYİÖ) (Ek 9)

Öz yansıtma ve içgörü ölçeği (ÖYİÖ), öz yansıtma ve içgörü olmak üzere iki boyutta içgörüyü değerlendirmek amacıyla 2002 yılında geliştirilmiştir (Grant ve ark., 2002). Öz yansıtma, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını incelemesi ve değerlendirmesi; içgörü ise, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını anlama ve farkındalığı tanımlanmıştır. ÖYİÖ, içgörü (3,4,6,9,11,14,17 ve 20. maddeler) ve öz yansıtma (1,2,5,7,8,10,12,13,15,16,18,19. maddeler) olmak üzere toplam 20 maddeden oluşan, altılı Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (Grant ve ark., 2002).

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında yapılmış, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,87 olarak saptanmıştır (Yavaşoğlu, 2010).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 20 ve en yüksek 120 puan alınmakta ve yüksek puanlar içgörü düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Grant ve ark., 2002).

3.6.8. Üstbiliş ölçeği (ÜÖ) (Ek 10)

Üstbiliş Ölçeği (ÜÖ), üstbilişsel inançları incelemek üzere ilk olarak 1997 yılında "Metacognitions Questionnaire (MCQ)" şeklinde geliştirilmiş, 2004 yılında ise 30 maddelik kısa formu olan MCQ-30 oluşturulmuştur (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). ÜÖ, toplam 30 maddeden oluşan dördümlü Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir.

ÜÖ 5 ayrı boyutu değerlendirmek için geliştirilmiştir:

1. Olumlu İnançlar: 1,7,10,20,23,28. Maddeler
2. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı: 2, 4, 9, 11, 16 ve 22. maddeler
3. Kontrol Edilemezlik ve Tehlike: 6, 13, 15, 21, 25, 27. Maddeler
4. Bilişsel Güven: 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. Maddeler
5. Bilişsel Farkındalık : 5, 12, 17, 19 ve 30. Maddeler ile değerlendirilmektedir (Leahy ve ark.,2019; Spada ve ark,2008;Wells ve Cartwright-Hatton,2004)

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında yapılmış, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,86 olarak saptanmıştır (Tosun ve Irak, 2008).

Ölçeğin toplam puanında en düşük 30 ve en yüksek 120 puan alınmakta ve yüksek puanlar üstbilişsel faaliyetin patolojisine işaret etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

3.7. İstatiksel Analiz

Çalışmamızdan elde edilen verilerin istatistiksel olarak analizinde program olarak IBM SPSS Statistics 22.0 kullanılmıştır.

Normal dağılım analizi için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında bağımlı ve bağımsız değişkenler için Ki-kare testi, iki grubun kendi arasında karşılaştırılmasında Independent Sample t testi kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumlarda ANOVA, post-hoc test olarak Tukey, Scheffe ve Gabriel testlerinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir. Değişkenlerin korelasyonlarını ve klinik belirtileri ne kadar predikte ettiklerini belirlemek için Lineer Regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızın sınırlılıkları; psikiyatri polikliniğine başvurmayan hastaları (depresyonu daha düşük şiddette deneyimleyen veya psikiyatri dışı uzmanlık alanlarına başvuran hastalar vb.) temsil etmemesi, örneklemimizin görece düşük sayıda hasta içermesi, çalışmanın 3. basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilerek seçim yanlılığı oluşmasına neden olabilmesi ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların görece içgörü sahibi hastalardan oluşmasıdır. Ayrıca kişilik bozukluklarının davranış ve düşünceyle ilgili egosintonik tutumlarının içgörü ve kendine yansıtma düzeyini etkileyebileceği bilindiğinden çalışmamızda kişilik bozuklukları eş tanısının dışlanmaması da bir diğer önemli kısıtlılıklardandır.

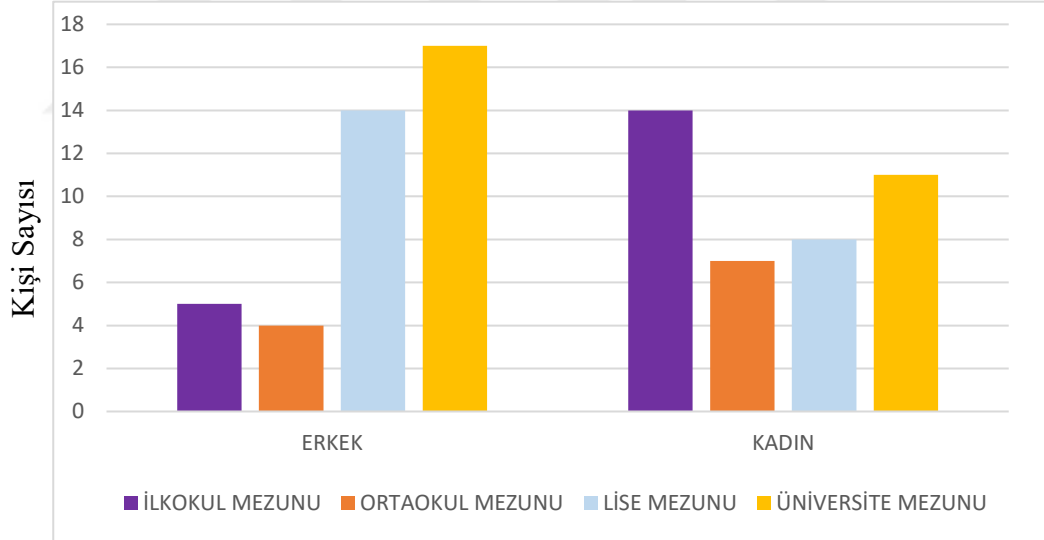
4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya, dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 40 kadın ve 40 erkek hasta dâhil edilmiştir.

Hastaların yaşları 20-65 arasında olup, yaş ortalaması 42,6 olarak saptanmıştır. Erkek hastaların yaş ortalaması 40,78 iken, kadın hastaların yaş ortalaması 44,45 bulunmuştur.

Hastaların % 23,8'i (n=19) ilkokul mezunu, %13,8'i (n=11) ortaokul mezunu, %27,5'i (n=22) lise mezunudur. Üniversite ve üzeri eğitim alan kişiler, hastaların %35'ini (n=28) oluşturmaktadır. Ortalama eğitim süresi 11,1 yıldır. Erkek hastaların eğitim düzeyi kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,046). Cinsiyet ve eğitim düzeyi ilişkisi Şekil 4.1. de gösterilmiştir.



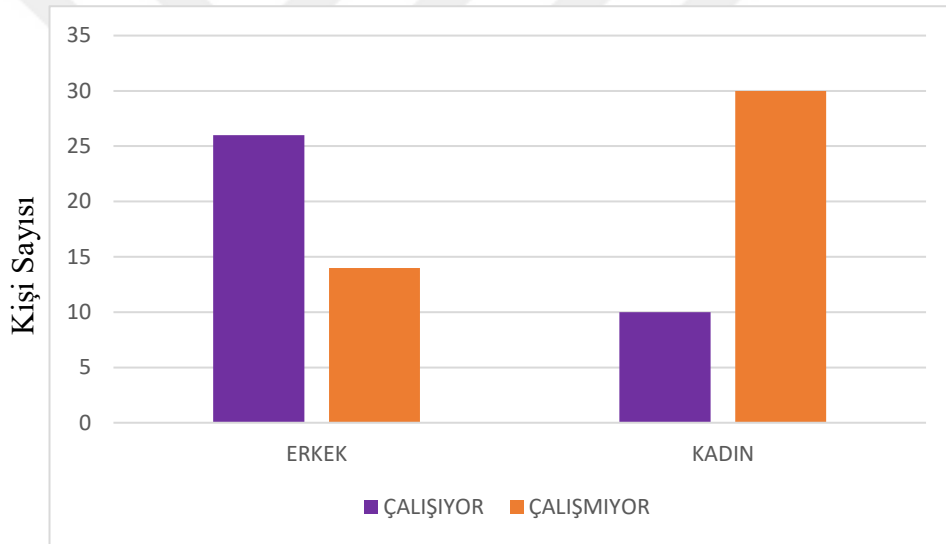
Şekil 4.1. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ilişkisi

Hastaların medeni durumları incelendiğinde %63,7'sinin evli (n=51) olduğu; hastaların %66,2'sinin (n=53) ise çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hastaların %13,8'inin (n=11) yalnız yaşadığı, hastaların %23,8'inin (n=19) anne veya babasıyla yaşadığı, %61,3'ünün (n=49) eş ve/veya çocukları ile yaşadığı, 1 kişinin de öğrenci yurdunda yaşadığı belirlenmiştir. Birlikte yaşanan kişiler açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

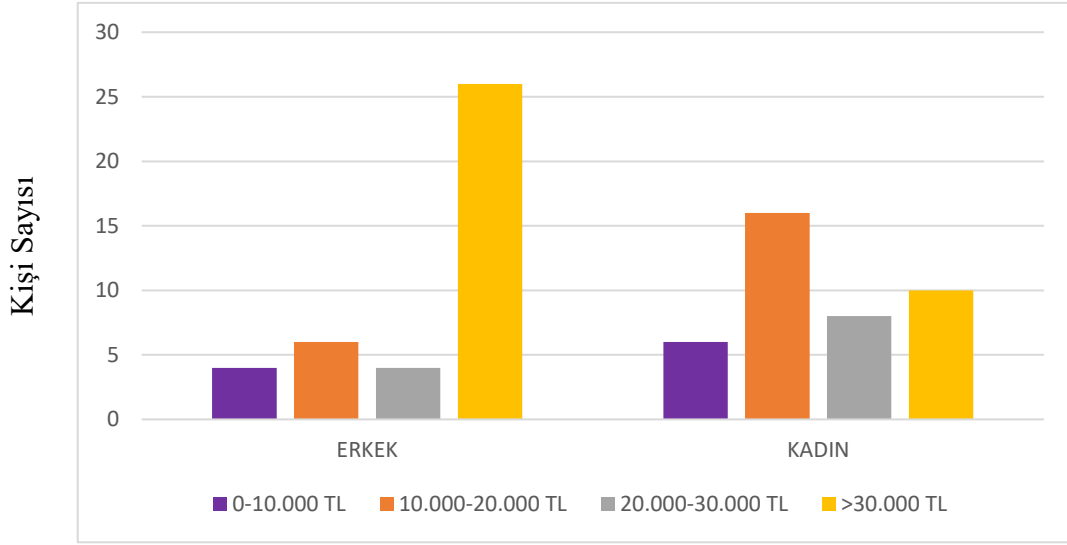
Hastaların yaşadıkları yerler incelendiğinde, hastaların %98,8'inin (n=79) il merkezleri ve ilçelerde yaşadığı tespit edilmiştir, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların %33,7'si (n=27) çalışmamaktadır. Bu orana emekli veya eğitimine devam eden kişiler de dahildir. Erkek hastaların çalışma oranı kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Cinsiyet ve çalışma durumu ilişkisi Şekil 4.2. de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Cinsiyet ve çalışma durumu ilişkisi

Yaşanılan hanenin gelirlerine bakıldığında, %12,5'inin (n=10) 0-10.000 TL, %27,5'inin (n=22) 10.000 TL-20.000 TL arası, %15'inin (n=12) 20.000 TL-30.000 TL arası, %45'inin (n=36) 30.000 TL ve üstü gelire sahip olduğu saptanmıştır. (Çalışmaya başlanan tarihte asgari ücret 10.000 TL olarak uygulanmaktaydı.) Erkek hastaların yaşanılan hane gelirlerinin kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,004$). Cinsiyet ve aylık gelir ilişkisi Şekil 4.3. de gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Cinsiyet ve aylık gelir ilişkisi

Hastaların temel sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Hasta Verileri
Yaş Dağılımı (yıl)	Minimum	20
	Maksimum	65
	Ortalama	42,6
Cinsiyet	Kadın	%50 (n=20)
	Erkek	%50 (n=20)
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu	%23,8 (n=19)
	Ortaokul Mezunu	%13,8 (n=11)
	Lise Mezunu	%27,5 (n=22)
	Üniversite ve Üzeri	%35 (n=28)
Medeni Hali	Evli	%63,7 (n=51)
	Bekar	%23,8 (n=19)
	Boşanmış	%8,8 (n=7)
	Dul (eşi vefat etmiş)	%3,8 (n=3)

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (devamı)

Çocuk	Var	%66,3	(n=53)
	Yok	%33,8	(n=27)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-baba/kardeş	%23,8	(n=19)
	Eş ve çocuklar	%61,3	(n=49)
	Yalnız	%13,8	(n=11)
	Arkadaş	%0	(n=0)
	Diğer (yurt, bakımevi vb.)	%1,3	(n=1)
Yaşadığı Yer	İl	%80	(n=64)
	İlçe	%18,8	(n=15)
	Köy	%1,3	(n=1)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	%45	(n=36)
	Çalışmıyor	%55	(n=44)
Ekonomik Düzey	0- 10.000 TL	%12,5	(n=10)
	10.000 TL- 20.000 TL	%27,5	(n=22)
	20.000 TL – 30.000 TL	%15	(n=12)
	30.000 TL ve üzeri	%45	(n=36)

Hastaların sigara kullanımı incelendiğinde, %43,8'inin aktif sigara kullanımının olduğu (n=35), %51,2'sinin sigara kullanmadığı (n=41), %5'inin ise geçmişte sigara kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=4) belirlenmiştir. Sigara kullanımı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alkol kullanım oranları incelendiğinde, %16,3'ünün aktif alkol kullanımının olduğu (n=13), %76,3'ünün alkol kullanmadığı (n=61), %7,5'inin ise geçmişte alkol kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=6) belirlenmiştir. Erkek hastaların alkol kullanım oranlarının kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,045$).

Madde kullanım oranları incelendiğinde ise, %1,3'unun (n=1) aktif madde kullanımının olduğu, %92,5'inin (n=74) madde kullanım öyküsünün olmadığı, %6,3'ünün (n=5) ise geçmişte madde kullanımının olduğu ancak aktif olarak madde

kullanmadığı belirlenmiştir. Madde kullanımı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

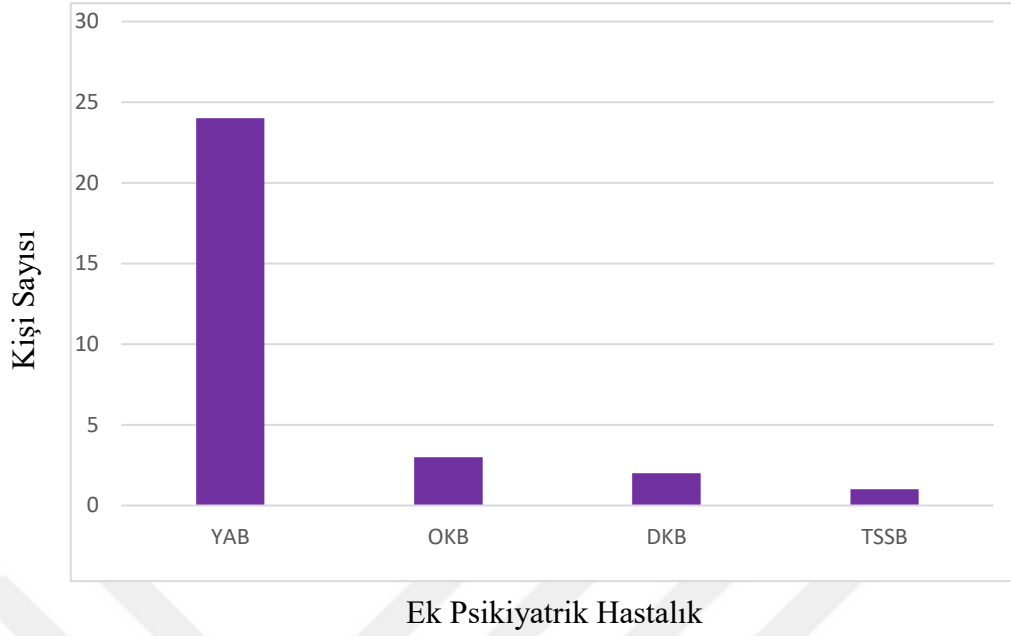
Hastaların vücut kitle indeksleri (VKİ) 16,9-46,6 arasında olup, VKİ ortalaması 27,9 olarak belirlenmiştir. Kadın hastaların VKİ ortalaması 27,76 iken, erkek hastaların VKİ ortalaması 28,23 olarak bulunmuştur.

Aktif suicidal düşünce ve geçmiş suicidal girişim öyküleri incelendiğinde, hastaların hiç birinin aktif suicidal düşüncesi olmadığı saptanırken, hastaların %18,8'inin geçmişte suicidal girişim öyküsünün olduğu ($n=15$) saptanmıştır. Cinsiyetler arasında kıyaslandığında kadın hastalarda intihar girişimi oranı daha yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların %3,8'inin ($n=3$) adli öyküsü olduğu belirlenmiştir.

Hastaların MDB için hastalık başlangıç yaşlarının 10 ile 62 yaş aralığında değiştiği ve semptom başlangıç yaşının ortalamasının kadınlarda 37,9, erkeklerde 35,6 toplamda ise ortalamasının 36,8 olduğu saptanmıştır. Hastalık süreleri ise 10 ay ile 324 ay arasında değişmektedir. Ortalama hastalık süresi kadınlarda 78 ay, erkeklerde 59,1 ay, toplamda ise 68,5 ay olarak belirlenmiştir. Kadın hastalarda hastalık süresi daha yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların %98,8'inin ($n=79$) daha önce psikiyatri servis yatışı olmadığı, %1,2'sinin ($n=1$) ise bir kez psikiyatri servis yatışı olduğu görülmüştür.

SCID görüşmesi sonucunda, hastaların %30'unun ek yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı ($n=24$), hastaların %3,75'inin ek OKB tanısı ($n=3$), hastaların %2,5'inin ($n=2$) ek dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) tanısı, hastaların %1,25'inin ise ($n=1$) ek travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %62,5'inin ise ek bir psikiyatrik hastalığının olmadığı ($n=50$) belirlenmiştir. Hasta sayılarına göre ek psikiyatrik hastalıklar Şekil 4.4. de gösterilmiştir.



Şekil 4.4. Hasta sayılarına göre ek psikiyatrik hastalıklar

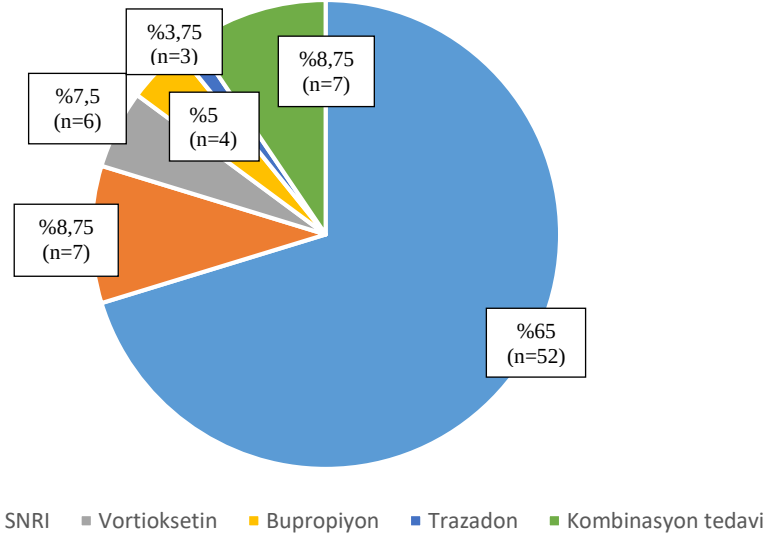
Hastaların %47,5'inin (n=38) ise fiziksel hastalık komorbiditesi olduğu öğrenilmiştir. Hastaların %17,5'inde (n=14) esansiyel hipertansiyon, %11,25'inde (n=9) diyabetes mellitus, %3,75'inde (n=3) kronik kalp hastalığı olduğu görülmüştür.

Hastaların %38,8'inin ailesinde psikiyatrik hastalık varlığı (n=31), %15'inin ailesinde ise MDB tanımlı kişi olduğu (n=12) öğrenilmiştir.

Hastaların %48,8'inin (n=39) daha önce psikiyatri kliniğine başvurduğu öğrenilmiştir. Hastaların mevcut tedavileri değerlendirildiğinde, hastaların %65'nin (n=52) SSRI, %8,75'inin (n=7) SNRI, hastaların %5'inin (n=4) vortiksetin kullandığı, hastaların %3,75'inin (n=3) bupropiyon kullandığı, hastaların %1,25'inin (n=1) trazadon kullandığı, hastaların %8,75'inin (n=7) ise kombinasyon tedavi aldığı, hastaların %7,5'inin (n=6) ise farmakoterapi almadığı öğrenilmiştir. Geçmiş psikoterapi öyküsü incelendiğinde, hastaların %91,25'inin (n=73) psikoterapi sürecine hiç dahil olmadığı öğrenilmiştir. Hastaların mevcut tedavileri Şekil 4.5. de gösterilmiştir.

MDB hastalığına ilişkin içgörü düzeylerinin klinisyen tarafından değerlendirilmesi sonucunda, hastaların %25'inin (n=20) içgörüsünün olmadığı, %25'inin (n=20) kısmi içgörüsünün olduğu, %50'sinin ise (n=40) içgörüsünün olduğu belirlenmiştir.

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü değerlendirmesi, cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).



Şekil 4.5. Hastaların mevcut tedavileri

Hastaların temel klinik özellikleri Tablo 4.2.' de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri

Klinik Özellikler		Hasta Verileri	
Sigara Kullanımı	Var	%43,8	(n=35)
	Yok	%51,2	(n=41)
	Geçmişte kullanmış,	%5	(n=4)
	aktif kullanmıyor		
Alkol Kullanımı	Var	%16,3	(n=13)
	Yok	%76,3	(n=61)
	Geçmişte kullanmış,	%7,5	(n=6)
	aktif kullanmıyor		
Madde Kullanımı	Var	%1,3	(n=1)
	Yok	%92,5	(n=74)
	Geçmişte kullanmış,	%6,3	(n=5)
	aktif kullanmıyor		

Tablo 4.3. Hastaların klinik özellikleri (devamı)

Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	Minimum	16,9	
	Maksimum	46,6	
	Ortalama	27,9	
Aktif Suisidal Düşünce	Var	%0	(n=0)
	Yok	%100	(n=80)
Suisidal Girişim Öyküsü	Var	%18,8	(n=15)
	Yok	%81,2	(n=65)
Adli Öykü	Var	%3,8	(n=3)
	Yok	%96,2	(n= 77)
Hastalık Başlangıç Yaşı	Minimum	10	
	Maksimum	62	
	Ortalama	36,8	
Hastalık Süresi (ay)	Minimum	10	
	Maksimum	324	
	Ortalama	68,5	
Psikiyatrik Yatış Öyküsü	Var	%1,25	(n=1)
	Yok	%98,75	(n=79)
Ek Psikiyatrik Hastalık	YAB	%30	(n=24)
	OKB	%3,75	(n=3)
	DKB	%2,5	(n=2)
	TTSB	%1,25	(n=1)
	Yok	%62,5	(n=50)
Ek Tıbbi Hastalık	Var	%47,5	(n=38)
	Yok	%52,5	(n=42)
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	%38,8	(n=31)
	Yok	%61,2	(n=49)

Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri (devamı)

Ailede MDB Tanılı Kişi	Var	%15	(n=12)
	Yok	%85	(n=68)
Daha Önce Psikiyatri Başvurusu	Var	%48,8	(n=39)
	Yok	%51,2	(n=41)
Mevcut Tedavi	SSRI	%65	(n=52)
	SNRI	%8,75	(n=7)
	Vortiksetin	%5	(n=4)
	Bupropiyon	%3,75	(n=3)
	Trazadon	%1,25	(n=1)
	SSRI+Mirtazapin	%3,75	(n=3)
	SSRI+Trazadon	%1,25	(n=1)
	SSRI+Bupropiyon	%1,25	(n=1)
	SNRI+Mirtazapin	%1,25	(n=1)
	SNRI+Trazadon	%1,25	(n=1)
	Yok	%7,5	(n=6)
Geçmiş Psikoterapi Öyküsü	Var	%8,75	(n=7)
	Yok	%91,25	(n=73)
İçgörü (klinikisyen tarafından değerlendirilen)	Yok	%25	(n=20)
	Kısmi	%25	(n=20)
	Var	%50	(n=40)

Hamilton Depresyon Ölçeği skoru, cinsiyete ve medeni duruma göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Hamilton Depresyon Ölçeği skoru, eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Beck Depresyon Ölçeği skoru, cinsiyete, medeni duruma ve eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü değerlendirme skoru, cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü değerlendirme skoru, eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü değerlendirme skoru, hastalık süresine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

İÜBD, BİÖ, BİD, ÖYVİÖ, ÜBÖ skorları cinsiyete göre anlamlı fark göstermezken, AHIÖ skorunun erkek hastalarda kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,004$).

İÜBD, BİÖ, BİD, ÖYVİÖ, AHIÖ skorları medeni duruma göre anlamlı fark göstermezken, ÜBÖ skorunun evli hastalarda bekar hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,004$).

Ek psikiyatrik hastalığı olan 30 hasta ile ek psikiyatrik hastalığı olmayan 50 hastanın içgörü değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında yapılan karşılaştırmada da İÜBD, BİÖ, BİD, ÖYVİÖ, AHIÖ ve ÜBÖ ölçeklerinden alınan içgörü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri

Hamilton Depresyon Ölçeği sonuçları incelendiğinde puanların 0 ile 10 arasında değiştiği, ortalamanın $2,98 \pm 2,35$ olduğu saptanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği sonuçları incelendiğinde puanların 0 ile 27 arasında değiştiği, ortalamanın $4,0 \pm 4,88$ olduğu saptanmıştır.

Hastaların İÜBD puanlarının 4 ile 10 arasında değiştiği ve ortalama $9,26 \pm 1,25$ olduğu BİÖ puanlarının 0 ile 12 arasında değiştiği ve ortalama $0,39 \pm 1,73$ olduğu, AHIÖ puanlarının 6 ile 12 arasında değiştiği ve ortalama $7,06 \pm 1,91$ olduğu saptanmıştır. BİÖ'nün Kendinden Eminlik ortalama puanı $15,46 \pm 3,19$, Kendini Düşünme ortalama puanı $18,68 \pm 5,57$ ve toplam puan yani Birleşik İndeks (Bİ) ortalaması ise $3,22 \pm 6,80$ olarak saptanmıştır. ÖYVİÖ'nün Kendini Yansıtırma ortalama puanı

45,42±7,39, İlgörü ortalama puanı 29,90 ± 5,41 ve toplam puan yani Birleşik İndeks (Bİ) ortalaması ise 73,3 ± 16,24 olarak saptanmıştır.

ÜBÖ'nün Olumlu İnanç ortalama puanı 11,0 ± 4,19, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ortalama puanı 12,87 ± 4,68, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike ortalama puanı 12,25 ± 4,19, Bilişsel Güven ortalama puanı 10,82 ± 4,01, Bilişsel Farkındalık ortalama puanı 13,18 ± 3,47 ve toplam puan yani Birleşik İndeks (Bİ) ortalaması ise 62,85 ± 14,07 olarak saptanmıştır.

Hastalara uygulanan klinik ölçekler ve içgörü değerlendirme ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları

Klinik Ölçek	Ortalama ± SS
Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)	2,98 ± 2,35
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	4 ± 4,88
İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)	9,26 ± 1,25
Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)	0,39 ± 1,73
Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)	7,06 ± 1,91
Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği (BBİÖ)	
Kendi Hakkında Düşünme	18,68 ± 5,57
Kendinden Eminlik	15,46 ± 3,19
Birleşik İndeks	3,2 ± 6,8
Öz Yansıtma ve İlgörü Ölçeği (ÖYVİÖ)	
Kendine Yansıtma	45,42 ± 7,39
İlgörü	29,9 ± 5,41
Birleşik İndeks	73,36 ± 16,24
Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ)	
Olumlu İnanç	11,0 ± 4,19
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	12,87 ± 4,68
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	12,25 ± 4,19
Bilişsel Güven	10,82 ± 4,01
Bilişsel Farkındalık	13,18 ± 3,47
Birleşik İndeks	62,85 ± 14,07

İÜBD, AHİÖ skorlarının, klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. BİDÖ, BBIÖ, ÖYVİÖ ve ÜBÖ skorlarının, klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi

	İÜBDÖ	BİDÖ	AHİÖ	BBIÖ	ÖYVİÖ	ÜBÖ
Klinisyen						
Değerlendirmesi	p= 0,000*	p= 0,650	p=0,000*	p= 0,454	p= 0,258	p=0,537

4.3. Semptom Şiddeti ile Klinik Ölçeklerin Korelasyonu

HDÖ ile BBIÖ, BİDÖ, ÖYVİÖ skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu ile ölçülmüştür. Bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

HDÖ ile BDÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

HDÖ ile İÜBDÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, zayıf seviyede, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

HDÖ ile AHİÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, zayıf seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

HDÖ ile ÜBÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, zayıf seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalara uygulanan HDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.6. HDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi

	BDÖ	İÜBDÖ	BBIÖ	AHIÖ	BİDÖ	ÖYVİÖ	ÜBÖ
HDÖ	r ,569**,	-,408**	-,014	,376**	,185	,018	,260*
	p 0	0	0,902	0,001	0,102	0,874	0,020

BDÖ ile İÜBDÖ, BBIÖ, AHIÖ, BİDÖ, ÜBÖ skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu ile ölçülmüştür. Bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

BDÖ ile HDÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

BDÖ ile ÖYVİÖ skorları arasında, Pearson Korelasyon analizine göre, zayıf seviyede, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalara uygulanan BDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.7. BDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi

	HDÖ	İÜBDÖ	BBIÖ	AHIÖ	BİDÖ	ÖYVİÖ	ÜBÖ
BDÖ	r ,551**	-,031	,044	-,012	,142	-,263*	,182
	p 0	,784	,697	,915	,213	,018	,106

4.4. İçgörü Ölçeklerinin Birbirleriyle Korelasyonu

Pearson korelasyon analizine göre İÜBDÖ ile AHIÖ arasında yüksek seviyede, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

BBIÖ ile ÜBÖ arasında Pearson korelasyon analizine göre çok zayıf, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

ÖYVİÖ ile ÜBÖ arasında Pearson korelasyon analizine göre çok zayıf, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İÜBDÖ ile BİDÖ, İÜBDÖ ile BİİÖ, İÜBDÖ ile ÖYVİÖ, İÜBDÖ ile ÜBÖ, BİDÖ ile AHIÖ, BİDÖ ile BİİÖ, BİDÖ ile ÖYVİÖ, BİDÖ ile ÜBÖ, AHIÖ ile BİİÖ, AHIÖ ile ÖYVİÖ, AHIÖ ile ÜBÖ, BİİÖ ile ÖYVİÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalara uygulanan farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi

	İÜBDÖ	BİDÖ	AHIÖ	BİİÖ	ÖYVİÖ	ÜBÖ
İÜBDÖ	1	,061 ,592	-,888** ,000	,058 ,607	-,093 ,414	-,017 ,880
BİDÖ	,061 ,592	1	-,096 ,398	-,016 ,888	-,023 ,843	-,007 ,954
AHIÖ	-,888** ,000	-,096 ,398	1	-,172 ,128	,072 ,526	-,009 ,933
BİİÖ	,058 ,607	-,016 ,888	-,172 ,128	1	,160 ,156	,254* ,023
ÖYVİÖ	-,093 ,414	-,023 ,843	,072 ,526	,160 ,156	1	,222* ,048
ÜBÖ	-,017 ,880	-,007 ,954	-,009 ,933	,254* ,023	,222* ,048	1

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

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

4.5. Çoklu Lineer Regresyon Analizi

HDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizinde; İÜBDÖ, ÜBÖ ve BİDÖ'nün depresyon şiddetini pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. İÜBDÖ puanları tek başına, majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %15,8'ini açıklamaktadır (İÜBDÖ: B=-,777 Std Beta=-,410). İÜBDÖ ve ÜBÖ birlikte majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %21'ini açıklamaktadır (ÜBÖ: B=0,042, Std Beta=0,249). Majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %24,6'sı İÜBDÖ, ÜBÖ ve BİDÖ tarafından açıklanmaktadır (BİDÖ: B=0,290, Std Beta=0,213). Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.9. HDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,410 ^a	,168	,158	2,1723
2	,480 ^b	,230	,210	2,1037
3	,525 ^c	,275	,246	2,0549

1. İÜBDÖ
2. İÜBDÖ + ÜBÖ
3. İÜBDÖ + ÜBÖ + BİDÖ

BDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizinde; ÖYVİÖ ve ÜBÖ'nün depresyon şiddetini pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. ÖYVİÖ puanları tek başına, majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %5,8'ini açıklamaktadır (ÖYVİÖ: B=-,080 Std Beta=-,265). ÖYVİÖ ve ÜBÖ birlikte majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %10,6'sını açıklamaktadır (ÜBÖ: B=0,087, Std Beta=0,248). Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. BDÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,265 ^a	,070	,058	4,7671
2	,359 ^b	,129	,106	4,6446

1. ÖYVİÖ
2. ÖYVİÖ + ÜBÖ

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Literatürde MDB hastalarının içgörünün farklı boyutları arasındaki farkı ve içgörünün klinik ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisini araştıran iki çalışmaya rastlanmıştır. (Herdi ve Berksun, 2020; Yen, 2006).

Majör depresif bozukluk hastalarında majör depresif bozukluk semptom şiddeti ile farklı içgörü ölçekleri arasındaki ilişkiyi, farklı içgörü ölçekleri ve klinik özelliklerin semptom şiddetini ne kadar predikte ettiğini ve üstbilişlerin içgörü düzeyleri ve belirti şiddeti ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu sebeple bu çalışmadaki temel amacımız, incelenmeyen bu başlıkları araştırarak literatüre katkı sağlayabilmek olmuştur.

5.1. Sosyodemografik- Klinik Veriler ile Hastalık Şiddeti ve İçgörü

Majör depresif bozukluk epidemiyolojik verilerinde hastalığın görülme oranının kadınlarda erkeklere göre iki kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gül ve Rıfat, 2012; Salk ve ark., 2017; Van de Velde ve ark., 2010) . Çalışmamız esnasında da literatürle benzer olarak hastaneye başvurularda MDB tanısı alanlarda kadınların oranının daha yüksek olduğu görülmüş, fakat çalışmaya istatistiksel analiz açısından 40 kadın ve 40 erkek hasta dahil edilmiştir.

Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması 42,6 olarak saptanmıştır ve bu ortalama literatürle uyumludur. Yapılan çalışmalarda MDB'nin toplumda her yaşta görülme sıklığının fazla olduğu en sık ise 25-44 yaş aralığında görüldüğü bildirilmiştir (Bromet ve ark., 2011; Çelik ve Hocaoglu, 2016; Sadock, 2022; Mitchell ve ark., 2009).

Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim alan kişilerin hastaların %62,5'ini (n=50) oluşturduğu görülmüştür. Ortalama eğitim süresi 11,1 yıldır. Erkek hastaların eğitim düzeyi kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,046). Literatürde düşük eğitim düzeyinin depresyon oluşum riskini arttırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Andrade ve ark., 2003; Kessler ve Bromet, 2013; Peyrot ve ark., 2015). Örneklemimizde eğitim düzeyinin literatüre göre yüksek olmasının birkaç nedeni olabileceği düşünülmüştür. Öncelikle çalışmanın dahil edilme kriterlerinden birisi okuma yazma bilmek ve öz bildirim formlarını doldurabilecek düzeyde olmaktır.

Çalışmanın gerçekleştiği kent merkezinde genellikle eğitim düzeyi yüksek kişilerin psikiyatrik şikayetleri için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna erişimin olanağının daha fazla ve kolay olması ile açıklanabilir. Ayrıca MDB tanılı hastalarda daha yüksek eğitim seviyesinin daha çok yardım arama davranışına neden olduğu bildirilmiştir (Magaard ve ark., 2017). Bu sebeple toplum temelli epidemiyolojik verilere kıyasla bizim çalışmamızda olduğu gibi hastaneye başvurup yardım arama davranışı gösteren kişilerle yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin daha yüksek olması beklenebilir.

Majör depresif bozukluğun bekar, ayrı yaşayan, dul ve boşanmış kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Sadock, 2022) . Çalışmamızda literatürden farklı olarak hastaların %63,7'sinin evli (n=51) olduğu, %86,2'sinin (n=69) ise bir ya da daha fazla kişiyle yaşadığı görülmüştür. Evliliğin depresyon için koruyucu olduğu kabul edilmesine rağmen; küçük yaşta yapılan evlilikler, fazla sorumluluklar ve erken yaşta gebe kalmanın depresyon için risk faktörlerinden olduğu bildirilmiştir (Ahmed ve ark., 2013). Çalışmamızda bu konulara ilişkin sorgulama yapılmadığı için net bir şey söylenememekle birlikte çalışmanın gerçekleştirildiği şehrin sosyokültürel özellikleri göz önüne alındığında bu risk faktörlerinin olduğu düşünülmüştür.

Özellikle erişkin dönemde öz saygı ve öz yeterlilik gibi işlevler göz önüne alındığında çalışma durumunun ruh sağlığı için önemli bir parametre olduğu düşünülmüştür (Dollard ve Winefield, 2002). İşsiz kişilerin çalışan kişilere oranla 3 kat daha fazla MDB tanısı aldığı bildirilmiştir (Işık ve ark., 2013). 34 128 kişi ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada, düşük sosyoekonomik seviye ile depresyon gelişimi arasında ilişki olduğu belirtilmiş, sosyoekonomik statüde iyileşmenin ruh sağlığının iyileştirilmesine de katkı sağladığı belirtilmiştir (Li ve ark., 2021). Çalışmamızda literatürden farklı olarak hastaların %66,3'ünün (n=53) düzenli bir işte çalıştığı, %45'inin (n=36) 30.000 TL ve üstü gelire (3 asgari ücret ve üzeri) sahip olduğu görülmüştür. Bu fark çalışma durumunun şartları ve niteliğinin de depresyon için risk oluşturması ve tıpkı eğitim seviyesi yüksek kişilerde olduğu gibi çalışan ve gelir seviyesi yüksek kişilerde de yardım arama davranışının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Ayrıca hastaların remisyonda MDB hastalarından oluşması nedeniyle işlevsellikte artma ile iş ve gelir kaybının yerine konması ile akut dönemden farklı olduğu düşünülebilir. Cinsiyet bazlı bakıldığında çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara kıyasla hem işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu hem de hane gelirlerinin daha düşük olduğu

görülmüştür. Bu bulgular gelir eşitsizliği depresyon ilişkisinin kadınlarda daha belirgin olduğunu bildiren çalışmalarla benzerdir (Patel ve Kleinman, 2003).

Hastaların %43,8'inin (n=35) aktif sigara kullanımının olduğu, %16,3'ünün (n=16) aktif alkol kullanımının olduğu, %1,3'ünün (n=1) aktif madde kullanımının olduğu belirlenmiştir. Sigara ve madde kullanımı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmazken, erkek hastaların alkol kullanım oranları kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sigara kullanımı ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı bir metaanalizde, çalışmaların %71'inde bu ilişkiyi destekleyen kanıtlar bildirilmiştir (Fluharty ve ark., 2017). Alkol ve madde kullanımının ise literatürden daha düşük olması çalışmada dışlama kriterlerimizde alkol ve madde kullanım bozukluğunun yer alması ve damgalanma endişesi veya yasal sebeplerle hastaların bu bilgileri gizlemiş olabilecekleri ihtimaliyle açıklanabilir.

Fazla kilolu veya obez kişilerin, obez olmayan kişilere göre daha fazla depresif ve anksiyete belirtileri gösterdiği ve depresyon ile obezite arasında güçlü bir bağlantı olduğu çok sayıda araştırmada bildirilmiştir (Florez ve ark., 2015; Mannan ve ark., 2016). Literatürle benzer olarak çalışmamızda VKİ ortalaması 27,9 olarak belirlenmiştir.

Epidemiyolojik çalışmalarda MDB hastalarında ek olarak anksiyete bozukluğu oluşturma ihtimalinin 3.3-8.2 kat artmış olduğu gösterilmiştir (Hirschfeld, 2001). Literatürle benzer olarak çalışmamızda hastaların %30'unda ek YAB tanısı (n=24) olduğu görülmüştür. MDB tanılı hastalarda komorbid hastalık riskinin artmış olduğu aynı zamanda tıbbi hastalıkların seyrinde de depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Duman, 2021). Bu çalışmada literatür bilgileri ile benzer olarak hastaların %47,5'inin (n=38) ise komorbid fiziksel hastalığı olduğu öğrenilmiştir.

MDB tanılı kişilerin 1.derece akrabalarında depresyon gelişme riskinin normal popülasyona göre 3 kat arttığı bildirilmiş, kalıtsal faktörlerin hastalık gelişimine zemin hazırladığı düşünülmüştür (Elder ve Mosack, 2011; Fava ve Kendler, 2000; Sullivan ve ark., 2000). Çalışmamızda da hastaların %38,8'inin ailesinde psikiyatrik hastalık varlığı (n=31), %15'inin ailesinde ise MDB tanılı kişi olduğu (n=12) öğrenilmesi bu bulguları destekler niteliktedir.

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü değerlendirmesinin; cinsiyet, eğitim düzeyi ve hastalık süresi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptanmıştır. İÜBD, BBİÖ, BİD, ÖYVİÖ skorları da; cinsiyete göre anlamlı fark göstermemiştir. AHİÖ skoru ile ölçülen içgörü düzeyi erkek hastalarda kadın hastalarda daha düşük bulunmuştur. Bu konu ile ilgili literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Erkek hastaların duygusal sıkıntıyı kabul etme ve ruhsal hastalığı kabul etme konusunda daha büyük bir direnç gösterdikleri, fakat kadın hastaların depresif bozuklukları biyolojik bir anormallik olarak görme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Clark ve ark., 1981; Peralta ve Cuesta, 1998; Srinivasan ve ark., 2003; Verbrugge, 1985; Yen ve ark., 2004). Çalışmamızda sadece hastanın psikiyatrik bir sorunu olduğunun farkında olması ve kabul etmesi sorusunun direkt sorulduğu AHİÖ ölçeği ile belirlenen içgörü düzeyinin erkeklerde daha düşük olması, fakat diğer ölçeklerde farklılık olmaması hem literatürü doğrularken hem de içgörünün farklı boyutlarında farklı sonuçlar elde edilebileceğinin kanıtlar özellikle olduğu söylenebilir.

İÜBD, BBİÖ, BİD, ÖYVİÖ skorları; medeni duruma göre anlamlı fark göstermemiştir. ÜBÖ skoru ile ölçülen içgörü düzeyi ise evli hastalarda bekar hastalardan daha düşük bulunmuş, evli hastaların üstbilişsel faaliyetlerinde daha fazla patoloji olduğu görülmüştür. Literatürde bu veriyi karşılaştırabileceğimiz bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda İÜBD, AHİÖ skorlarının, klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. BİDÖ, BBİÖ, ÖYVİÖ ve ÜBÖ skorlarının, klinisyen tarafından içgörünün değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Bu farklılık klinik değerlendirmede ve İÜBD ve AHİÖ ölçeklerinde sadece klinik içgörüye odaklanılması ile açıklanabilir.

5.2. Semptom Şiddeti ve İçgörü

Çalışmamızda semptom şiddetini belirlemek için kullanılan HDÖ ve BDÖ'nün istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdikleri bulunmuştur.

Literatürde MDB hastalarında, farklı içgörü ölçekleri ile semptom şiddetinin karşılaştırıldığı bir çalışma henüz yoktur. Ancak depresyon şiddeti ve içgörü

arasındaki ilişkiyi inceleyen birkaç çalışmaya rastlanmıştır. He ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geçmiş veya şimdiki hastalık şiddetinin içgörü düzeyini arttırdığı ve yapılan çoklu lineer regresyon analizlerinde ise HDÖ ile ölçülen majör depresif bozukluk şiddetindeki değişimin %22,9'u kullanılan içgörü ölçeği puanları tarafından açıklandığı bildirilmiştir (He ve ark., 2018).

Başka bir çalışmada hastalara uygulanan Hamilton Depresyon Ölçeği'ndeki puanlar arttıkça yani daha depresif semptomatoloji oldukça, içgörünün arttığı gösterilmiştir (Sturman ve Sproule, 2003).

Yen ve arkadaşlarının çalışmasında da daha şiddetli depresyon belirtilerinin hastalık farkındalığına dair içgörüyle önemli ölçüde ilişkili olduğu ve daha şiddetli depresyon belirtilerinin semptomların atfedilmesi açısından içgörünün bozulmamış olmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yen, 2006).

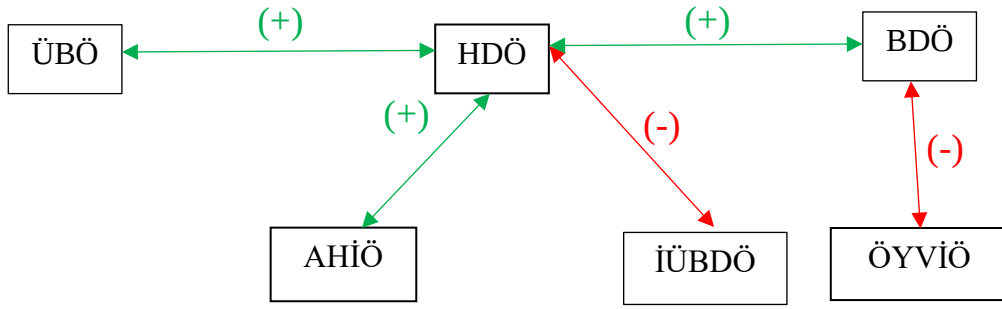
Üstbilişsel faktörler ile semptom şiddetinin araştırıldığı araştırmalarda hastaların BDÖ ile ÜBÖ puanları arasında pozitif anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Yılmaz ve ark., 2016).

Çalışmamızda semptom şiddeti ve içgörü arasındaki ilişki literatürden farklılık göstermektedir. HDÖ skorları arttıkça İÜBDÖ skorlarının azaldığı, AHIÖ skorlarının arttığı bulunmuştur. Bu bulgular içgörü azaldıkça semptom şiddetinin arttığı olarak yorumlanabilir. HDÖ ve diğer içgörü ölçekleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda HDÖ skorları arttıkça ÜBÖ skorlarının arttığı bulunmuştur. Üstbiliş ölçeği toplam puanın artması işlevsiz inançların fazlalığı anlamına gelmektedir. Literatürdeki çalışmalarda semptom şiddeti ölçümünde BDÖ kullanılmış olsa da semptom şiddeti yüksek kişilerde işlevsiz inançların fazla olduğu hipoteziyle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda BDÖ puanları arttıkça ÖYVİÖ puanlarının azaldığı yani içgörünün azaldığı bulunmuştur. BDÖ ve diğer içgörü ölçekleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

HDÖ ve BDÖ ile ölçülen semptom şiddeti ve içgörü arasındaki ilişki Şekil 5.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 5.1. HDÖ ve BDÖ ile ölçülen semptom şiddeti ve içgörü arasındaki ilişki

BBİÖ ile semptom şiddeti ve diğer içgörü ölçekleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde OKB hastalarıyla yapılan bir çalışmada da semptom şiddeti ile BBİÖ'nin korele olmadığı görülmüştür. Araştırmacılar bu sonucun, BBİÖ'nin semptoma ilişkin değil, düşünce süreciyle ilgili içgörüyü değerlendirmesiyle ilgili olabileceğini öne sürmüşlerdir (Shimshoni ve ark., 2011).

Bu bulguların hepsi literatürden farklı olarak içgörünün tüm boyutlarıyla azaldıkça semptom şiddetinin arttığını destekler niteliktedir. Çalışmamızın bulguları MDB dışı hasta gruplarıyla gerçekleştirilen çalışmalardan yola çıkılarak depresif hastaların dışsal ve psikolojik gerçekliklerinin daha fazla farkında olduğu ve bu nedenle hastalıkları hakkında daha fazla içgörüye sahip olmalarının beklendiği 'Depresif gerçekçilik' teorisiyle uyumlu değildir (Alloy ve Abramson, 1988; Ghaemi, 1997).

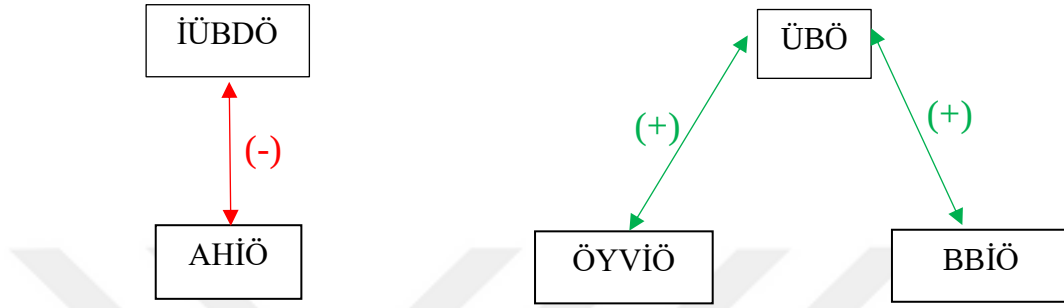
Fakat yakın zamanda yapılan çalışmalarda ruminasyonların depresif semptomların şiddetini arttırdığı ve süresini uzattığı ve bununla birlikte kişide kontrol edilemeyeceği gibi olumsuz üstbilişsel inançların aktive olarak farkındalığı azalttığı ve bu durumun bir alışkanlık gibi görülmeye başlandığı düşünülmektedir (Tosun ve Irak, 2008). HDÖ puanları arttıkça ÜBÖ puanlarının, üstbilişsel patolojinin, artması literatürle benzer görünmektedir.

5.3. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Çalışmamızda İÜBDÖ ile diğer içgörü ölçekleri (BİDÖ, BBİÖ, ÖYVİÖ, ÜBÖ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İÜBDÖ ile AHİÖ arasında negatif bir ilişki olduğu, İÜBDÖ puanları arttıkça içgörünün arttığı, AHİÖ puanları arttıkça içgörünün azaldığı göz önüne alındığında iki ölçeğin içgörüyü ele alma ve değerlendirme

açısından benzer olduğu söylenebilir. ÜBÖ ile BBİÖ arasında ve ÜBÖ ile ÖYVİÖ arasında ise pozitif bir ilişki bulunmuştur. BBİÖ ve ÖYVİÖ puanları arttıkça içgörünün arttığı düşünülürken, ÜBÖ puanlarının artması üşbilişsel patolojiye işaret etmekte ve dşük içgörü ile ilişkilendirilmektedir.

Farklı içgörü ölçekleri arasındaki ilişki şekil 5.2.'de gösterilmiştir.



şekil 5.2. Farklı içgörü ölçekleri arasındaki ilişki

İÜBDÖ; içgörüü hastalıkla ilgili farkındalık, hastalıkla ilgili yaşantıların anormalliğini anlayabilme ve tedaviye uyum olmak üzere üç boyutta incelerken, AHİÖ de hastalık farkındalığı, tedavi yanıtı farkındalığı ve hastalık kaynaklı sosyal problemlerin farkındalığını, farkındalıklarıñ düzeyini ve belirtilerin neye atfedildiğini değerlendirmektedir.

Aslında her iki ölçeğin kavramsal temellerinin farklı olduğu vurgulanmıştır ölçümleri farklılıklar göstermektedir. Buna rağmen aralarında yüksek korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar kavramsallaştırmalar farklı olsa bile, ölçüm aşamasında aslında aynı yapıyı öltğmş şeklinde yorumlanabilir.

Öte yandan Beck bilişsel içgörü ölçeği ile diğer ölçekler (BİDÖ, İÜBDÖ, AHİÖ) arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu ölçekler hastalık belirtilerine yönelik farkındalıkla ilgili sorular içerir ve klinisyen tarafından gözleme göre cevaplandırılır. Beck bilişsel içgörü ölçeği ise hem özbildirim ölçeği olması, genel olarak dşnce süreçlerine yönelik sorulardan oluşması ile bahsedilen ölçeklerden kavramsal temel ve ölçek yapısı olarak büyük oranda farklılık göstermektedir.

Beck ve arkadaşları, farklı ölçeklerle değerlendirilen klinik içgörünün, ruh hastalığının varlığını ve prognozunu belirlediğini ve aynı zamanda uygun tedavi ve yönetimi

belirlemede önemli olduğunu belirtmiştir (Beck ve ark., 2004). Bununla beraber, klinik içgörüyü değerlendiren ölçeklerinin, hastaların normal olmayan deneyimlerini ve bilişsel hatalarını değerlendirmek için sınırlı kapasiteleri olduğunu savunmuştur (Beck ve ark., 2004).

Halaj ve arkadaşlarının kaleme aldığı meta-analizde ise literatürde MDB’de içgörü ile ilgili toplam 8 çalışma yapıldığı ve bu çalışmaların büyük bir kısmının bilişsel ve klinik içgörü arasında sistematik bir ayrım yapmamış olduğu ifade edilmiştir (Halaj ve ark., 2021).

Literatürde bu verileri karşılaştırabileceğimiz MDB hastalarıyla gerçekleştirilen bir araştırma bulunmamaktadır. MDB hastalarında içgörü ile üstbilişler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya da rastlanmamıştır.

5.4. Majör Depresif Bozukluk Şiddetinin Prediktörleri

Literatürde semptom şiddeti ile içgörü düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ise HDÖ puanını en çok predikte eden ölçeklerin sırasıyla İÜBDÖ, ÜBÖ ve BİDÖ olduğu tespit edilmiştir.

BDÖ puanını en çok predikte eden ölçeklerin ise sırasıyla ÖYVİÖ ve ÜBÖ olduğu tespit edilmiştir.

Bu veriler ışığında HDÖ klinik gözleme dayalı bir ölçek olarak en çok klinik içgörüyü değerlendiren İÜBD ile, BDÖ ise öz bildirim ölçeği olarak en çok bilişsel içgörüye odaklanan ve öz bildirim ölçeği olan ÖYVİÖ ile predikte olmaktadır.

ÜBÖ ölçeğinin ise hem HDÖ hem de BDÖ’yü predikte etmesi göz önüne alındığında, üstbilişsel patolojilerin MDB hastalarında daha ayrıntılı incelenmesi gereken ve tedavi sürecine dahil edilmesi gereken bir boyut olduğu söylenebilir.

5.5. Sonuç

Literatürde MDB hastalarında içgörü ölçeklerini karşılaştıran, semptom şiddeti ve içgörü düzeyi arasındaki ilişkinin ve içgörü düzeyi ve klinik özelliklerin hastalık şiddeti ile ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle araştırmamızın literatüre önemli bir katkı sunabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde;

1. Çalışmamıza dahil edilen tüm hastaların klinisyenin değerlendirmesi ile tespit edilmiş içgörü düzeyleri incelendiğinde %50 oranında içgörünün olmadığı bulunmuştur.
2. İçgörü ölçeklerinin kendi aralarında korelasyon oranları farklı bulunmuştur. Klinik içgörüye odaklanan İÜBD ve AHIÖ ve bilişsel içgörüye odaklanan BBIÖ ve ÖYVIÖ, kendi aralarında benzer ve uyumlu sonuçlar vermiştir.
3. İçgörü ölçeklerinin hastalık şiddeti ile korelasyon oranlarının birbirinden farklı olduğu bulunmuştur. Hastalarda içgörünün azalması ile semptom şiddeti artışının birlikteliği görülmüştür.
4. İçgörü ölçeklerinin depresif semptomları predikte etme oranları birbirinden farklı bulunmuştur. HDÖ toplam belirti düzeyini İÜBDÖ en iyi predikte ederken, BDÖ toplam belirti düzeyini ÖYVIÖ en iyi predikte etmiştir. ÜBÖ ölçeğinin ise hem HDÖ hem de BDÖ'yü predikte ettiği görülmüştür. Bu sonuçlar ile MDB'de içgörünün hem klinik hem bilişsel hem de üstbilişsel içgörü kavramlarıyla ele alınmasının önemli olduğu görülmüştür.
5. İçgörü ölçekleri farklı teorik ve kavramsal temeller üzerinden farklı ölçüm yöntemleriyle geliştirilmiş olmaları nedeniyle, MDB hastalarında içgörü düzeylerini öngörmede benzer sonuçlar vermemektedir.

6.KAYNAKLAR

- Açıköz, A., Dayı, A., Binbay, T. (2017). Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 43(1):131-140.
- Ahmed, S., Khan, S., Alia, M., Noushad, S. (2013). Psychological Impact Evaluation of Early Marriages. *International Journal of Endorsing Health Science Research*, 1(2),84.
- Ai, S., Shen, L., Guo, J., Feng, X., Tang, B. (2012). DNA Methylation as a Biomarker for Neuropsychiatric Diseases. *Int J Neurosci*, 122(4):165–76.
- Akdemir, A., Örsel, S.D., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 251–9.
- Akdoğan, R. & Ceyhan, E. (2011). Terapötik ilişkide insan faktörü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 3(1),117-141.
- Akdoğan, R., & Türküm, A. S. (2014). Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 375-388.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Rose, D. T., & Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour research and therapy*, 37(6), 503–531.
- Altınbaş, K. (2020). Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi. Konya.
- Altinoz, E. & Aslan, S. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *Psikiyatri Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 7:23-36.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 873–879.
- Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Insight and psychosis. 2nd ed., Oxford Univ Press., Oxford.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T. B., & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3–21.
- Annagür, B. B., & Savaş, H. A. (2011). Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye’de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders*, 1(2), 87-94.

- Arnone, D., McIntosh, A. M., Ebmeier, K. P., Munafò, M. R., & Anderson, I. M. (2012). Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: systematic review and meta-regression analyses. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 22(1), 1–16.
- Aslan, S., Karakılıç, H., Işıklı, S., Coşar, B., & Işık, E. (2001). İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 3(1).
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., & Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 186-196.
- Aydemir, Ö. & Köroğlu, E. (2012). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D). In: *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. HYB Yayıncılık. Ankara. s: 135–46.
- Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). Major Depressive Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Balaban, ÖD. (2021). Depresyonun Nörobiyolojisi. In: Devrimci ÖH, editor. *Depresyon*. 1.baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara. s: 8-17.
- Ban, TA. (2014). From Melancholia to Depression A History of Diagnosis and Treatment. *International Network for the History of Neuropsychopharmacology*. p: 1–55.
- Baumeister, RF., Dale, K., Sommer, KL. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66:1081-124.
- Beck, AT., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319–329.
- Beck-Friis, J., Ljunggren, J. G., Thorén, M., von Rosen, D., Kjellman, B. F., & Wetterberg, L. (1985). Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 10(2), 173–186.
- Berrios, G.E., Olson, T. (1999). *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. 7(1):196–7.
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25–51.

Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International journal of psycho-analysis*, 77 (Pt 5), 935–961.

Boldrini, M., Fulmore, C. A., Tartt, A. N., Simeon, L. R., Pavlova, I., Poposka, V., Rosoklija, G. B., Stankov, A., Arango, V., Dwork, A. J., Hen, R., & Mann, J. J. (2018). Human Hippocampal Neurogenesis Persists throughout Aging. *Cell stem cell*, 22(4), 589–599.e5.

Bora, E., Özdemir, F., Özaşkinli, S. (2006). Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği'nin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 8:74-80.

Boyden S. (2005). Psychologist bereavement and self-disclosure: impact on the therapeutic process. California Institute Of Integral Studies. Doctoral Thesis, California.

Brenner C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25–43.

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 90.

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

Brown, R. (1973). Schizophrenia, language, and reality. *American Psychologist*, 28(5), 395–403.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry*, 162(6), 1179–1187.

Budak, S. (2005). Psikoloji terimleri sözlüğü. 3. Baskı, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.

Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., & Hotopf, M. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 187, 379–385.

Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & MacQueen, G. M. (2004). Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 161(4), 598–607.

Campbell, S., & MacQueen, G. (2006). An update on regional brain volume differences associated with mood disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 25–33.

- Cano-López, J. B., Salguero, J. M., García-Sancho, E., & Ramos-Cejudo, J. (2021). Testing the Metacognitive Model of Rumination and Depression in Non-clinical Population: New Data about PBRS and NBRS Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(2), 240-250.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), 169–173.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279–296.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 154–162.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, N.Y.)*, 301(5631), 386–389.
- Castanheira, L., Silva, C., Cheniaux, E., & Telles-Correia, D. (2019). Neuroimaging Correlates of Depression-Implications to Clinical Practice. *Frontiers in psychiatry*, 10, 703.
- Ceylan, D., Özerdem, A. (2022). Depresyon Etiyopatogenezinde Yeni Yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel*, 12(3):209–19.
- Chávez-Castillo, M., Núñez, V., Nava, M., Ortega, Á., Rojas, M., Bermúdez, V., & Rojas-Quintero, J. (2019). Depression as a Neuroendocrine Disorder: Emerging Neuropsychopharmacological Approaches beyond Monoamines. *Advances in pharmacological sciences*, 2019, 7943481.
- Clark, V. A., Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Morgan, T. M. (1981). Analysis of effects of sex and age in response to items on the CES-D scale. *Psychiatry research*, 5(2), 171–181.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 4–17.
- Corey, G. (1996). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 5th edition. Pacific Grove California, Brooks/Cole Publishing Company.
- Costello C. G. (2016). Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness? - Republished Article. *Behavior therapy*, 47(5), 595–599.
- Crick, F. (2000). The Astonishing Hypothesis. *Şaşırtan Varsayım*. Çeviren: Say S. TUBİTAK Yayınları. s: 151.
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 359–366.

- Cumurcu, B.E. & Gül G.I. (2012). Depresyonun nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2):27-33.
- Çelik, F.H. & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1):51-66.
- Dam J. (2006). Insight in schizophrenia: a review. *Nordic journal of psychiatry*, 60(2), 114–120.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual review of psychology*, 53, 545–574.
- David A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 156, 798–808.
- David A. S. (1999). "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 175, 210–216.
- Dayan, C. M., & Panicker, V. (2013). Hypothyroidism and depression. *European thyroid journal*, 2(3), 168–179.
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian journal of psychiatry*, 27, 101–111.
- De Jonge, P., Rosmalen, J. G., Kema, I. P., Doornbos, B., van Melle, J. P., Pouwer, F., & Kupper, N. (2010). Psychophysiological biomarkers explaining the association between depression and prognosis in coronary artery patients: a critical review of the literature. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(1), 84–90.
- Dell'Osso, L., Pini, S., Cassano, G. B., Mastrocinque, C., Seckinger, R. A., Saettoni, M., Papasogli, A., Yale, S. A., & Amador, X. F. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar disorders*, 4(5), 315–322.
- Dempster, E. L., Wong, C. C., Lester, K. J., Burrage, J., Gregory, A. M., Mill, J., & Eley, T. C. (2014). Genome-wide methylomic analysis of monozygotic twins discordant for adolescent depression. *Biological psychiatry*, 76(12), 977–983.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 110(1-2), 75–83.
- Dinçer, G., Gönül, A.S. (2016). Major depresif bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri- Journal of Psychiatry-Special Topics*, 9(1):44-49.
- DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği. Çeviren: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ankara. s:91–112.
- Duman, B. (2021). Tıbbi hastalığı olan hastalarda depresyon. Editör: Devrimci ÖH. 1.basım. Türkiye Klinikleri, Ankara. s:75-82.
- Dygdon, J. A., & Dienes, K. A. (2013). Behavioral excesses in depression: a learning theory hypothesis. *Depression and anxiety*, 30(6), 598–605.

- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* (London, England), 367(9505), 153–167.
- Egeland, M., Zunszain, P. A., & Pariante, C. M. (2015). Molecular mechanisms in the regulation of adult neurogenesis during stress. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(4), 189–200.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *The American journal of psychiatry*, 155(1), 102–108.
- Eker, S. S., Akkaya, C., Sarandol, A., Cangur, S., Sarandol, E., & Kirli, S. (2008). Effects of various antidepressants on serum thyroid hormone levels in patients with major depressive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 32(4), 955–961.
- Elder, B. L., & Mosack, V. (2011). Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*, 32(4), 192–202.
- Ellis, A. (1988). *How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable About Anything (yes, anything!)*. Secaucus NJ, Lyle Stuart.
- Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Kivimäki, M., Hintsanen, M., Hints, T., Viikari, J., Raitakari, O. T., & Keltikangas-Järvinen, L. (2012). 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* (1982), 74(6), 923–929.
- Eser, B., & Yerlikaya, E. E. (2022). Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler [The relationship between severity of depressive symptoms, metacognitions and obsessive beliefs in patients with major depressive disorder]. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 11(1), 21–30.
- Fava, M., & Kendler, K. S. (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, 28(2), 335–341.
- Ferster, C.B. (1965). Classification of behavioral pathology. *Research in behavior modification*, 6-26.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911.
- Flórez, K. R., Dubowitz, T., Ghosh-Dastidar, M. B., Beckman, R., & Collins, R. L. (2015). Associations between depressive symptomatology, diet, and body mass index among participants in the supplemental nutrition assistance program. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(7), 1102–1108.
- Flint, J., & Kendler, K. S. (2014). The genetics of major depression. *Neuron*, 81(3), 484–503.

- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(1), 3–13.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. p:34-40.
- Freud, S. (1933). The dissection of the psychical personality. p:57-80.
- Fuchs, T., Breyer, T., Mundt, C. (2013). Karl Jaspers' philosophy and psychopathology. Springer.
- Gałecki, P., Mossakowska-Wójcik, J., & Talarowska, M. (2018). The anti-inflammatory mechanism of antidepressants - SSRIs, SNRIs. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 80(Pt C), 291–294.
- Gardiner, H.W., Gander, M.J. (1993). Çocuk ve ergen gelişimi Çeviren: Dönmez, A., Onur, B. İmge Kitapevi, Ankara.
- Geçtan, E. (2006). Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar: Metis Yayınları.s:56-60.
- Gerretsen, P., Plitman, E., Rajji, T. K., & Graff-Guerrero, A. (2014). The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(11), 1145–1161.
- Ghaemi, S. N., Hebben, N., Stoll, A. L., & Pope Jr, H. G. (1996). Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Research*, 65(2), 113-120.
- Goldberg, D., & Fawcett, J. (2012). The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depression and anxiety*, 29(6), 471–478.
- Gorwood, P., Duriez, P., Lengvenyte, A., Guillaume, S., Criquillion, S., & FFAB network (2019). Clinical insight in anorexia nervosa: Associated and predictive factors. *Psychiatry research*, 281, 112561.
- Gönenir, L. & Kartalcı, Ş. (2012). Depresyonda Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 5(2):97-102.
- Grabe, H. J., Lange, M., Wolff, B., Völzke, H., Lucht, M., Freyberger, H. J., John, U., & Cascorbi, I. (2005). Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. *Molecular psychiatry*, 10(2), 220–224.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 162(3), 520–529.
- Grant, A.M., Franklin, J., Langford, P. (2002). The Self Reflection and Insight Scale: A New Measure of Private Self-Consciousness. *Social Behavior and Personality*, 30.8: 821-836.

- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113–123.
- Greenfeld, D.G., Anyan, W.R., Hobart, M., Quinlan, D.M., Plantes, M. (1991). Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10:101-9.
- Gül, G.I. & Rıfat, K. (2012). Düinden bugüne depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 5(2):1-6.
- Halaj, A., & Huppert, J. D. (2022). Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(1), 28–38.
- Hales, R. & Yudofsky, S. (2004). *Essentials of Clinical Psychiatry*. 2. ed: American Psychiatric Publishing, p:120-146.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56–62.
- Hamilton M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British journal of social and clinical psychology*, 6(4), 278–296.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097–1106.
- He, H., Chang, Q., & Ma, Y. (2018). The Association of Insight and Change in Insight with Clinical Symptoms in Depressed Inpatients. *Shanghai archives of psychiatry*, 30(2), 110–118.
- Herdi, O. & Berksun, O.E. (2021). Insight and psychotic experiences in patients with non-psychotic depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 24(3): 307-314
- Hirschfeld R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(6), 244–254.
- Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 3-13.
- Holmans, P., Weissman, M. M., Zubenko, G. S., Scheftner, W. A., Crowe, R. R., Depaulo, J. R., Jr, Knowles, J. A., Zubenko, W. N., Murphy-Eberenz, K., Marta, D. H., Boutelle, S., McInnis, M. G., Adams, P., Gladis, M., Steele, J., Miller, E. B., Potash, J. B., Mackinnon, D. F., & Levinson, D. F. (2007). Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *The American journal of psychiatry*, 164(2), 248–258.
- Horwitz, A.V., Wakefield, J.C., Lorenzo-Luaces, L. (2017). History of Depression. In: DeRubeis RJ, Strunk DR, editors. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press, p. 10–23.

Hurtes, K. (1999). The development of a measure of resiliency in youth for recreation and other social services. (Unpublished doctoral dissertation) Clemson University, Clemson, SC.

Işık, E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1.baskı. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara.

Jaafari, N. & Marková, I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico psychologiques, revue psychiatrique*, 169:409-15.

Jaspers, K. (1968). *Allgemeine psychopathologie* Translators: Hoenig J, Hamilton M. Appendix. General psychopathology. The University of Chicago Press., Chicago.

Kafes, A.Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 12;3(1):186–94.

Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and anxiety*, 25(10), E104–E110.

Karim, J., Bibi, Z., Réhman, S.U., Khan, M.S. (2015). Emotional Intelligence and Perceived Work-related Outcomes: Mediating Role of Workplace Incivility Victimization. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30:21.

Karakelle, S., & Saraç, S. (2010). Üst biliş hakkında bir gözden geçirme: Üstbiliş çalışmaları mı yoksa üst bilişsel yaklaşım mı? [A review on metacognition: Metacognitive research or metacognitive approach?]. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(26), 45–60.

Karg, R. S., Bose, J., Batts, K. R., Forman-Hoffman, V. L., Liao, D., Hirsch, E., Pemberton, M. R., Colpe, L. J., & Hedden, S. L. (2014). Past Year Mental Disorders among Adults in the United States: Results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. In *CBHSQ Data Review*. (pp. 1–19). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Kaya, B. & Kaya, M. (2007). 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6):3-10.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of general psychiatry*, 49(10), 809–816.

Kendall, K. M., Van Assche, E., Andlauer, T. F. M., Choi, K. W., Luykx, J. J., Schulte, E. C., & Lu, Y. (2021). The genetic basis of major depression. *Psychological medicine*, 51(13), 2217–2230.

Kenis, G., & Maes, M. (2002). Effects of antidepressants on the production of cytokines. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 5(4), 401–412.

Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 61(9), 540–560.

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. Annual review of public health, 34, 119–138.

Kır, Y. & Devrimci Özgüven, H. (2021). Depresyonun farmakoterapi ve diğer somatik yöntemlerle tedavisi. Devrimci Özgüven H, editör. Depresyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, p.25-44.

Klein, M. (1957). Envy and Gratitude. p:57-60.

Kotan, V.O., Eker, S.S. , Sivrioglu, E.Y., Akkaya, C. (2009). Depresyon ve N-Metil D-Aspartik Asit (NMDA) Reseptör İlişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1:36-44.

Koukopoulos, A., Reginaldi, D., Minnai, G., Serra, G., Pani, L., & Johnson, F. N. (1995). The long term prophylaxis of affective disorders. Advances in biochemical psychopharmacology, 49, 127–147.

Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Lancet (London, England), 379(9820), 1045–1055.

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

Langdon, R., & Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 35(5), 1003–1011.

Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. Behaviour research and therapy, 6(1), 83–89.

Leahy, R. L., Wupperman, P., Edwards, E., Shivaji, S., & Molina, N. (2019). Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. International Journal of Cognitive Therapy, 12(1), 25–37.

Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel, E. C., Rauch, S. L., Goodman, W. K., Phillips, K. A., & Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depression and anxiety, 27(6), 507–527.

Leonard, B. E. (2018). Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology?. Acta neuropsychiatrica, 30(1), 1–16.

Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. Biological psychiatry, 60(2), 84–92.

- Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. *Innovative treatment methods in psychopathology*, 63-120.
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of medical psychology*, 14: 332-348.
- Li, W., Ruan, W., Peng, Y., Lu, Z., & Wang, D. (2021). Associations of socioeconomic status and sleep disorder with depression among US adults. *Journal of affective disorders*, 295, 21–27.
- Lorenzetti, V., Allen, N. B., Fornito, A., & Yücel, M. (2009). Structural brain abnormalities in major depressive disorder: a selective review of recent MRI studies. *Journal of affective disorders*, 117(1-2), 1–17.
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 12–23.
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PloS one*, 12(5), e0176730.
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *International journal of clinical practice*, 61(12), 2030–2040.
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet* (London, England), 392(10161), 2299–2312.
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian journal of psychiatry*, 21, 51–66.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive psychiatry*, 36(5), 367–376.
- Marwaha, S., Palmer, E., Suppes, T., Cons, E., Young, A. H., & Upthegrove, R. (2023). Novel and emerging treatments for major depression. *Lancet* (London, England), 401(10371), 141–153.
- McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J. L., & Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 43–47.
- Menke, A., Klengel, T., & Binder, E. B. (2012). Epigenetics, depression and antidepressant treatment. *Current pharmaceutical design*, 18(36), 5879–5889.
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E., & Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(1), 46–49.

- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature reviews. Immunology*, 16(1), 22–34.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 61(1), 75–88.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 374(9690), 609–619.
- Mondimore F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 17(1), 49–52.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(5), 264–269.
- Murdock, N. (2012). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları (Çev. Ed. Akkoyun, F.). *Feminist terapi (Çev. Güçray, S.). Nobel Yayınevi, Ankara.*
- Nihalani, N., Simionescu, M., Dunlop, B. (2009). Depression: Phenomenology, Epidemiology, and Pathophysiology. *CRC Press*, p. 13-33.
- Oğuz, T.F. (2021). Depresyonun psikodinamik teorisi ve terapisi. 1.basım. *Türkiye Klinikleri, Ankara.* s: 53-63.
- Olaya, B., Marsà, F., Ochoa, S., Balanzá-Martínez, V., Barbeito, S., García-Portilla, M. P., González-Pinto, A., Lobo, A., López-Antón, R., Usall, J., Arranz, B., ISAD group, & Haro, J. M. (2012). Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): modification from the scale to assess unawareness of mental disorder. *Journal of affective disorders*, 142(1-3), 65–71.
- Orfei, M. D., Robinson, R. G., Bria, P., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2008). Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. *The Neuroscientist : a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, 14(2), 203–222.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of comparative and physiological psychology*, 63(1), 28–33.
- Owen, G. S., David, A. S., Richardson, G., Szmukler, G., Hayward, P., & Hotopf, M. (2009). Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients: a cross-sectional study. *Psychological medicine*, 39(8), 1389–1398.
- Özcan, T., Kuru, E., Şafal, Y., Karadere, M.E., Yavuz, K.F., Türkçapar, M.H. (2013). Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 25-33.
- Özdin, S., Güz, H.Ö. (2014). Anksiyete bozukluğu eştanılı depresyonda akılcı tedavi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 7(2):8-16.

- Özsoy, G. (2008). Üstbiliş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(4):713-740.
- Özsoy, F., Kuloğlu, M.M. (2017). Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Journal Of Contemporary Medicine*, 7(1):42-49.
- Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2023). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 17.Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Palazidou E. (2012). The neurobiology of depression. *British medical bulletin*, 101, 127–145.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive Beliefs about Rumination in Recurrent Major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164.
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524–539.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC medicine*, 11, 129.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1998). Lack of insight in mood disorders. *Journal of affective disorders*, 49(1), 55–58.
- Phillips, K. A., Kim, J. M., & Hudson, J. I. (1995). Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions?. *The Psychiatric clinics of North America*, 18(2), 317–334.
- Peyrot, W. J., Lee, S. H., Milaneschi, Y., Abdellaoui, A., Byrne, E. M., Esko, T., de Geus, E. J., Hemani, G., Hottenga, J. J., Kloiber, S., Levinson, D. F., Lucae, S., Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium (Corporate Collaborator), Martin, N. G., Medland, S. E., Metspalu, A., Milani, L., Nothen, M. M., Potash, J. B., Rietschel, M., ... Social Science Genetic Association Consortium Corporate Collaborator (2015). The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in ~25,000 subjects. *Molecular psychiatry*, 20(6), 735–743.
- Pini, S., Cassano, G. B., Dell'Osso, L., & Amador, X. F. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *The American journal of psychiatry*, 158(1), 122–125.
- Pittenger, C., & Duman, R. S. (2008). Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(1), 88–109.

- Pizzagalli D. A. (2014). Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 393–423.
- Pyne, J. M., Bean, D., & Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 146–153.
- Quebbeman, A.J. & Rozell, E.J. (2002). Emotional intelligence and dispositional affectivity as moderators of workplace aggression: The impact on behavior choice. *Human Resource Management Review*, 12(1), 125-143.
- Racagni, G., & Popoli, M. (2008). Cellular and molecular mechanisms in the long-term action of antidepressants. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(4), 385–400.
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., & Gely-Nargeot, M. C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight [Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model]. *L'Encephale*, 34(6), 597–605.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K. Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., & Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA*, 301(23), 2462–2471.
- Rnic, K., LeMoult, J., Torres, I. J., Chakrabarty, T., Foster, J., Frey, B. N., Harkness, K. L., Ho, K., Li, Q. S., Milev, R., Quilty, L. C., Rotzinger, S., Soares, C. N., Uher, R., Kennedy, S. H., & Lam, R. W. (2023). Predicting recurrence of major depressive episodes using the Depression Implicit Association Test: A Canadian biomarker integration network in depression (CAN-BIND) report. *Psychiatry research*, 330, 115606.
- Rocha, T. C., Cunha, J., Torres, S., & Lopes, A. (2021). An insight on psychiatric insight. *European Psychiatry*, 64(Suppl 1), S476.
- Roelofs, J., Muris, P., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2006). On the measurement of rumination: a psychometric evaluation of the ruminative response scale and the rumination on sadness scale in undergraduates. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(4), 299–313.
- Ruhé, H. G., Mason, N. S., & Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular psychiatry*, 12(4), 331–359.
- Rush, A. J., Fava, M., Wisniewski, S. R., Lavori, P. W., Trivedi, M. H., Sackeim, H. A., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Quitkin, F. M., Kashner, T. M., Kupfer, D. J., Rosenbaum, J. F., Alpert, J., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Lebowitz, B. D., Ritz, L., Niederehe, G., ... STAR*D Investigators Group (2004). Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Controlled clinical trials*, 25(1), 119–142.

- Saavedra, K., Molina-Márquez, A. M., Saavedra, N., Zambrano, T., & Salazar, L. A. (2016). Epigenetic Modifications of Major Depressive Disorder. *International journal of molecular sciences*, 17(8), 1279.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2022). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Çeviren: Bozkurt A.N. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11.basım. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, 143(8), 783–822.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 51–71.
- Sayer, N. A., Sackeim, H. A., Moeller, J. R., Prudic, J., Devanand, D. P., Coleman, E. A., & Kiersky, J. E. (1993). The relations between observer-rating and self-report of depressive symptomatology. *Psychological Assessment*, 5(3), 350–360.
- Saravanan, B., Jacob, K. S., Prince, M., Bhugra, D., & David, A. S. (2004). Culture and insight revisited. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 184, 107–109.
- Schüle, C., Baghai, T. C., Tsikolata, V., Zwanzger, P., Eser, D., Schaaf, L., & Rupprecht, R. (2005). The combined T3/TRH test in depressed patients and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology*, 30(4), 341–356.
- Seven, R. (2018). Antikçağ Mitolojisinde Melankoli. *Iğdır Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. s: 31–53
- Shad MU, Muddasani S, Keshavan MS. Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia—a pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*.2006; 146(1), 35-42.
- Shimshoni, Y., Reuven, O., Dar, R., & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 389–396.
- Shirvani-Farsani, Z., Maloum, Z., Bagheri-Hosseiniabadi, Z., Vilor-Tejedor, N., & Sadeghi, I. (2021). DNA methylation signature as a biomarker of major neuropsychiatric disorders. *Journal of psychiatric research*, 141, 34–49.
- Srinivasan, J., Cohen, N. L., & Parikh, S. V. (2003). Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 48(7), 493–495.
- Seligman, M.E. (1973). Fall into helplessness. *Psychology today*, 7(1):43-8.
- Solem, S., Hagen, R., Hoksnes, J. J., & Hjemdal, O. (2016). The metacognitive model of depression: An empirical test in a large Norwegian sample. *Psychiatry research*, 242, 171–173.

- Sonstegard, M.A. (1998). The theory and practice of Adlerian group counseling and psychotherapy. *Individual Psychology*, 54(2), 217.
- Spada, M.M., Nikčević, A.V., Moneta, G.B., Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5):1172-1181.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1552–1562.
- Stahl, S.M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4th ed. Cambridge University Press.
- Sweeney, T.J. (1989). *Adlerian counseling: A practical approach for a new decade*. Accelerated Development.
- Tamam, L & Zeren, T. (2002). Depresyonda Serotonerjik Düzenekler. *Klinik Psikiyatri*, 4:11–8.
- Takai, A., Uematsu, M., Ueki, H., Sone, K. (1992). Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: A preliminary study. *The European Journal of Psychiatry*, 6:159-70.
- Tavakolizadeh, J., Roshanaei, K., Salmaninejad, A., Yari, R., Nahand, J. S., Sarkarizi, H. K., Mousavi, S. M., Salarinia, R., Rahmati, M., Mousavi, S. F., Mokhtari, R., & Mirzaei, H. (2018). MicroRNAs and exosomes in depression: Potential diagnostic biomarkers. *Journal of cellular biochemistry*, 119(5), 3783–3797.
- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. (2020). The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 966.
- Topuzoğlu, A., Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Tanık, F. A., Zağlı, N., & Alptekin, K. (2015). The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of affective disorders*, 181, 78–86.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi [Adaptation, validity, and reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish population, and its relationship to anxiety and obsessive-compulsive symptoms]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67–80.
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J. (2008). Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 225–241.
- Türkçapar, H. (2004). Melankolili Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7(1): 20-31.
- Türkçapar, H. (2018). Depresyon. *Epsilon Yayınları*, İstanbul. s: 43-56.
- Uğuz, Ş. & Yurdağül, E. (2002). Noradrenerjik Sistem ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 19–23

- Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and anxiety*, 31(6), 459–471.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. *Cross-national variation in the gender gap in depression. Social science & medicine* (1982), 71(2), 305–313.
- Van der Werf-Eldering, M. J., van der Meer, L., Burger, H., Holthausen, E. A., Nolen, W. A., & Aleman, A. (2011). Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar disorders*, 13(4), 343–354.
- Vandereycken, W. (2005). Denial of illness: A concept in search of refinement.
- Verbrugge L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of health and social behavior*, 26(3), 156–182.
- Villas Boas, G. R., Boerngen de Lacerda, R., Paes, M. M., Gubert, P., Almeida, W. L. D. C., Rescia, V. C., de Carvalho, P. M. G., de Carvalho, A. A. V., & Oesterreich, S. A. (2019). Molecular aspects of depression: A review from neurobiology to treatment. *European journal of pharmacology*, 851, 99–121.
- Vreeburg, S. A., Hoogendijk, W. J., van Pelt, J., Derijk, R. H., Verhagen, J. C., van Dyck, R., Smit, J. H., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. (2009). Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. *Archives of general psychiatry*, 66(6), 617–626.
- Yapıcı Eser, H. (2018). Stres, İmmünoloji ve İnflamasyon. Stres ve Bedensel Hastalıklar: Günümüzde Psikosomatik Tıp. Türkiye Klinikleri, Ankara. s: 22-26.
- Yavaşoğlu, M. (2010). Kendine Yansıtma ve İçgörü Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Yetkin, S. & Özgen, F. (2007) Tarihsel bakış içinde depresyon. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 3(47), 1-5.
- Yen, C. F., Chen, C. S., Yang, S. J., Ko, C. H., Yen, J. Y., & Huang, C. F. (2007). Relationships between insight and psychosocial adjustment in patients with bipolar I disorder. *Bipolar disorders*, 9(7), 737–742.
- Yeung, A., Yu, S. C., Fung, F., Vorono, S., & Fava, M. (2006). Recognizing and engaging depressed Chinese Americans in treatment in a primary care setting. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(9), 819–823.
- Yığman, F. & Özdel, K. (2021). Depresyonun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. Devrimci Özgüven H, editör. Depresyon. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara. s: 45-52.

Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen, G., Ekmekçi, H. (2002). Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi-belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 41-47.

Yılmaz, A. E., Şenormanci, G., & Şenormanci, Ö. (2022). Investigation of the Metacognitive Model of Depression in a Turkish Sample of Major Depressive. *Depresyonun Üstbilişsel Modelinin Türkiye’deki Bir Majör Depresif Bozukluk Örneklemi Üzerinde İncelenmesi. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 33(2), 82–89.

Yılmaz, A.E. (2007). Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: a cross- cultural study. *Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Uzmanlık Tezi, Ankara.*

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

Young, D. A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia research*, 10(2), 117–124.

Wakefield, J. C., Lorenzo-Luaces, L., & Lee, J. J. (2017). Taking people as they are: Evolutionary psychopathology, uncomplicated depression, and distinction between normal and disordered sadness. In T. K. Shackelford & V. Zeigler-Hill (Eds.), *The evolution of psychopathology* (pp. 37–72). Springer International Publishing/Springer Nature.

Wedding, D., Corsini, R.J. (2013). *Current psychotherapies*: Cengage Learning.

Weiler, M. A., Fleisher, M. H., & McArthur-Campbell, D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia research*, 45(1-2), 29–36.

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

Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons.

Wells, A. (2004). Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavioral Research Therapy*, 42(4):385-96.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3):301-20.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 49–56.

Willner, P., Scheel-Krüger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 37(10 Pt 1), 2331–2371.

Wright, A. C., Lysaker, P. H., Fowler, D., & Greenwood, K. (2023). Clinical insight in first episode psychosis: the role of metacognition. *Journal of mental health* (Abingdon, England), 32(1), 78–86.

Wurtman R. J. (2005). Genes, stress, and depression. *Metabolism: clinical and experimental*, 54(5 Suppl 1), 16–19.

Xavier, R. M., & Vorderstrasse, A. (2016). Neurobiological Basis of Insight in Schizophrenia: A Systematic Review. *Nursing research*, 65(3), 224–237.

7.EKLER

7.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.05.2023-E.249232



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-249232 -183
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

31.05.2023

Sayın Prof. Dr. Atilla EROL

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 16.05.2023 tarih ve 183 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Majör Depresyonda İlgörü ve Farklı İlgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
31.05.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BS9K793TU5 Pin Kodu :35162

Belge Takip Adresi : <https://trkiye.gov.tr/ebd/ek-5783&eD=BS9K793TU5&eS=249232>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İşçi



7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Hasta No:

Yaş:

T.C. Kimlik No:

Eğitim düzeyi	1. Okur yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite ve üzeri
Eğitim süresi	 yıl
Medeni hali	1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul (eşi vefat etmiş)
Çocuk sayısı	1. Var 2. Yok
Evde yaşayan kişi sayısı	 kişi
Birlikte yaşadığı kişiler	1. Anne-baba/kardeşler 2. Eş ve çocuklar 3. Yalnız 4. Arkadaşlar 5. Diğer (yurt, kurum... vs)
Yaşadığı yer	1. İl 2. İlçe 3. Köy
Çalışma durumu	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
Mesleği	1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek 4. Öğrenci 5. Emekli 6. Diğer
Ekonomik düzey (yaşanılan hanenin geliri)	1. 0 – 10.000 TL 2. 10.000 – 20.000 TL 3. 20.000 – 30.000 TL 4. 30.000 TL ve üzeri

Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devamı)

Sigara kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Alkol kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Madde kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
BMI	
İntihar düşüncesi	1. Var 2. Yok
İntihar girişimi	1. Var 2. Yok
Adli öyküsü	1. Var 2. Yok
Hastalık başlangıç yaşı	
Hastalık süresi (yıl)	
Hastanede yatış sayısı	
Ek psikiyatrik hastalık öyküsü (SCİD ile hekim tarafından belirlenen patolojiler)	1. Var Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar Bipolar bozukluk Unipolar depresyon Anksiyete bozuklukları Obsesif kompulsif bozukluk Tssb Disosiyasyon bozuklukları Bedensel belirti bozuklukları Yeme bozuklukları (diğer tipler) Uyku bozuklukları Cinsel işlev bozuklukları Kişilik bozuklukları 2. Yok

Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devamı)

Ek tıbbi hastalık	1. Var 2. Yok
Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış kişi	1. Var 2. Yok
Daha önce psikiyatri başvurusu	1. Var 2. Yok
Geçmiş tedaviler / Son tedavi	
Tedavi uyumu	1. Uyumlu 2. Uyumsuz
Klinisyenin içgörü tespiti	1. Var 2. Yok 3. Kısmi

7.3. Ek 3: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)

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 vardır.

4. Kendisinden ihbar ya da itham eden sesler işitiyor veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3- İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor.

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. Yok

1. Bazen gece yattığında 30 dk uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyu bile gözünü kırpmadığından şikayet ediyor.

Ek 3: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) (devamı)

5- Gece yarısı uyanmak

- 0. Yok.
- 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız.
- 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6- Sabah erken uyanmak

- 0. Yok.
- 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2. erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7- Çalışma ve aktiviteler

- 0. Sorunu yok
- 1. Aktiviteleriyle, işiyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2. Aktivitelerine, işine karşı olan ilgisini kaybetmiş; kayıtsız, kararsız, mütereddit (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
- 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor.
- 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.

8- Retardasyon

- 0. Düşünceleri ve konuşması normal
- 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon.
- 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon
- 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
- 4. Tam stuporda

9- Ajitasyon

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

Ek 3: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) (devamı)

10- Psikik anksiyete

0. Yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11- Somatik anksiyete

0. Yok
1. Hafif
2. İlmli.
3. Şiddetli.
4. Çok şiddetli

12-Somatik semptomlar:

Gastrointestinal: 0. Yok

1. İştahsız, ancak ısrarla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Zorlamadan yemiyor. GİS şikayetleri için ilaç istiyor, ihtiyaç duyuyor.

13- Somatik semptomlar:

Genel: 0. Yok

1. Ekstremitte, sırt ya da başında ağırlık hissi. Ağrılar,sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma, kesin olmayan şikayetler.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

Ek 3: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) (devamı)

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

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

15- Hipokondriyaklık

- 0. Yok.
- 1. Kuruntulu
- 2. Sağlık konularına takmış durumda.
- 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4. Hipokondriyaklık sanrıları vardır.

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

A. Tedavi öncesinde:

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

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontroller

- 0. Haftada 0,5 kg'dan daha az zayıflama
- 1. Haftada 0,5kg'dan daha fazla zayıflama

17- Durumu hakkında görüşü

- 0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 1. Hasta olduğunu biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor

7.4. Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (devamı)

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (devamı)

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (devamı)

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

7.5. Ek 5: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamiyle ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamiyle emindir
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir

Ek 5: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) (devamı)

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürt olduğu konusunda tamamiyle emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir; inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamiyle emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildi

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekliyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnancın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnancın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit

Ek 5: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) (devamı)

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz?
İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etiyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığı- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etiyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

Ek 5: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) (devamı)

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?
OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

7.6. Ek 6: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir)
- Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?” (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya “Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorunuz.

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Ek 6: İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) (devamı)

Eğer 2b 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2c “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?” diye sorunuz.

o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar = 2

ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar

o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1

o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. “..... (özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “..... (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

o “Hastalığımın bir parçası” =2

o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

7.7. Ek 7: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)

AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

GENEL MADDELER

1.RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu? (Ş-Şimdi G-Geçmişte)

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi
1		Farkında: hasta açık bir şekilde ruhsal hastalığı olduğuna inanıyor
2		Kısmi: Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli
3		ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu
5		olmadığını düşünüyor

2.İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların, semptomlarının yoğunluğunu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1		Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.
2		Kısmi: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığı
3		konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını
5		azaltmadığını düşünüyor

3.RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1		Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.
2		Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu
3		olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir
5		sonucu olmadığını düşünüyor

Ek 7: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) (devamı)

SMUD

Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (Ş) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir.

4.	Ş	G	Varsanı
5.	Ş	G	Sanrı
6.	Ş	G	Düşünce bozukluğu
7.	Ş	G	Uygunsuz duygulanım
8.	Ş	G	Uygunsuz giyim ve görünüm
9.	Ş	G	Stereotipik ve törensel davranış
10.	Ş	G	Sosyal muhakemede zayıflık
11.	Ş	G	Saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü
12.	Ş	G	Cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü
13.	Ş	G	Aloji
14.	Ş	G	Künt duygulanım
15.	Ş	G	Avolusyon, apati
16.	Ş	G	Anhedoni/ asosyallik
17.	Ş	G	Dikkat eksikliği
18.	Ş	G	Konfüzyon/yönelim bozukluğu
19.	Ş	G	Alışılmadık göz kontağı
20.	Ş	G	Sosyal ilişkilerde yetersizlik

Alt ölçek itemi

..... Farkında olma düzeyi

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi ya da uyum değil
1			Farkında: hasta açık bir şekilde inanıyor
2			Kısmi: hasta konusunda şüpheli ama bu fikri
3			dikkate alabiliyor
4			Farkında değil: hasta inanmıyor
5			

İlk soruda 1-3 puan alırsa uygulanacak

ATIF: Hasta yaşantısını nasıl açıklıyor

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi ya da uyum değil
1			Doğru: Semptom ruhsal bozukluğa bağlı
2			Kısmi: Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu
3			olabileceğini dikkate alabiliyor
4			Doğru değil: Semptom ruhsal bozuklukla ilgili
5			değildir

7.8. Ek 8: Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYVİÖ)

EK 5 ÖZ-YANSITMA VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda sizin duygu, düşünce ve davranışlarınıza ilişkin cümleler verilmiştir. Her bir ifadeye katılıp katılmama durumunuzu 6 aralıklı ölçek üzerinde ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur.

Kesinlikle katılmıyorum 1

Katılmıyorum 2

Pek katılmıyorum 3

Biraz katılıyorum 4

Katılıyorum 5

Kesinlikle katılıyorum 6

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Düşüncelerim hakkında sık kafa yormam.	1	2	3	4	5	6
2. Nadiren kendimle ilgili öz-değerlendirme yaparım.	1	2	3	4	5	6
3. Sıkça duygularımı gözden geçiririm.	1	2	3	4	5	6
4. Açıkçası neden o şekilde davrandığımın üzerinde durmam.	1	2	3	4	5	6
5. Sıkça düşüncelerim üzerinde durmaya vakit ayırırım.	1	2	3	4	5	6
6. Bir şeyler hakkında ne şekilde hissettiğim üzerine sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
7. Davranışlarımı analiz etmekle aslında çok da	1	2	3	4	5	6

Ek 8: Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYVİÖ) (devamı)

ilgilenmem.						
8. Yapmakta olduğum şeyleri değerlendirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
9. Ne hakkında düşündüğümü incelemekle çok ilgilenirim.	1	2	3	4	5	6
10. Hislerimin ne anlama geldiğini anlamaya çalışmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
11. Mantığımın nasıl çalıştığını anlamaya kesin bir ihtiyaç duyuyorum.	1	2	3	4	5	6
12. Düşüncelerimin nasıl oluştuğunu anlayabilmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
13. Genellikle düşüncelerimin farkındayım.	1	2	3	4	5	6
14. Bir şeyler hakkında gerçekten nasıl hissettiğimle ilgili sık sık kafam karışır.	1	2	3	4	5	6
15. Neden o şekilde davrandığım konusunda genellikle çok net bir fikrim vardır.	1	2	3	4	5	6
16. İçimde bir his oluştuğunun sıklıkla farkındayım; ama onun ne olduğunu pek bilmem.	1	2	3	4	5	6
17. Davranışlarım beni sık sık hayrete düşürür.	1	2	3	4	5	6
18. Düşüncelerim hakkında	1	2	3	4	5	6

Ek 8: Öz Yansıtma ve İçgörü Ölçeği (ÖYVİÖ) (devamı)

düşündükçe kafam daha da karışır.						
19. Sık sık bir şeyler hakkında nasıl hissettiğimden anlam çıkarmayı zor buluyorum.	1	2	3	4	5	6
20. Neden o şekilde hissettiğimi genellikle bilirim.	1	2	3	4	5	6

7.9. Ek 9: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBiÖ)

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hastanın adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz..

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Epeyce katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
(3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımla ilgili nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabilir.				
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				

(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
Ek 9: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) (devamı)				
(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
(14) insanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
(15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

7.10. Ek 10: Üstbilis Ölçeği (ÜBÖ)

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBO-30)

Aşağıda insanların ifade ettikleri kendi düşünceleri hakkındaki bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun yere X işareti koyarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.				
2. Endişelerim benim için tehlikelidir.				
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.				
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.				
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.				
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.				
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.				
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.				
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutabilmem gerekir.				
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.				
15. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım.				
16. Endişelerim beni deliye döndürebilir.				
17. Düşüncelerimin sürekli farkındayım.				
18. Hafızam zayıftır.				
19. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.				

Ek 10: Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) (devamı)

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
20. Endişelenmek yaşadıklarımla baş etmeme yardımcı olur				
21. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.				
22. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam.				
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.				
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.				
26. Hafızama güvenmem.				
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam iş göremez hale gelirim.				
28. İyi çalışmak için endişelenmem gerekir.				
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.				
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim.				

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zehra	Soyadı	Güvenç
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)	
1. Asistan Hekim			
2. Pratisyen Hekim			
2. Asistan Hekim			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*

