



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ UNİPOLAR DEPRESYON VE
BİPOLAR DEPRESYON VAKALARININ ZİHİN
KURAMI,BİLİŞSEL ESNEKLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER
AÇISINDAN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

DR. HALE MÜKERREM BODUR UZMANLIK TEZİ

2025

BOLU



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ UNİPOLAR DEPRESYON VE
BİPOLAR DEPRESYON VAKALARININ ZİHİN
KURAMI,BİLİŞSEL ESNEKLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER
AÇISINDAN SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

DR.HALE MÜKERREM BODUR

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. MEHMET HAMİD BOZTAŞ

2025

BOLU



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY NON-INTERVENTIONAL CLINICAL RESEARCH ETHICS COMMITTEE APPROVAL.

30.9/20

Sayı : 269
Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Remisyon dönemindeki unipolar depresyon ve bipolar depresyon vakalarının zihin kuramı, bilişsel esneklik ve yürütücü işlevler açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Comparison of unipolar depression and bipolar depression cases during remission with healthy controls in terms of theory of mind, cognitive flexibility and executive functions.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Prof.Dr.Mehmet Hamid BOZTAŞ
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Arş.Gör.Dr.Hale Mükerrerem BODUR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2024/205	Tarih (Date) 10.09.2024
	Prof.Dr.Mehmet Hamid BOZTAŞ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Akif Hakan KURT (Başkan)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan Yardımcısı)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Kaan DEĞİRMENÇİ (Üye)	Prostetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Doç. Dr. Tahir DEMİR (Üye)	Halk Sağlığı	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Damla ÇATNKAYA (Üye)	Halk Sağlığı	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Adem SOYDAN (Üye)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Doç. Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KOCAĞA (Raporör)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Muharrem BUYUSAR (Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Kahraman KESERJİTAL (Raporör)	Adli Tıp	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Ygt. Doç. Dr. Nermin ELDEM TORUN (Raporör)	Histoloji Embriyoloji Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Av. Ayfer Hulya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	AIHB. Türk Hukuk Bürosu	

TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, eğitimime büyük katkıları olan, tez danışmanlığımı üstlenen ve her aşamasında büyük destek veren değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Hamid Boztaş'a,

Asistanlık sürecimde kendilerinden hasta yönetimine, hekim olmaya dair çok şey öğrendiğim, eğitimime büyük emeği geçen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Özden Arısoy, Doç.Dr. Filiz Özdemiroğlu'na,

Henüz hevesli fakat çekimser bir öğrenciyken, 'hekim'likleriyle psikiyatrinin büyüsünü gözümde daha da parıldatan, beni teşvik eden, mesleği daha bir aşkla sevdiren hocalarım Prof. Dr. Abdullah Yıldırım ve Doç. Dr. Mesut Işık'a,

Terapist, anne, abla, öğretmen, sırdaş olarak binbir surette sayısız iyiliğini gördüğüm kıymetli hocam Uzm. Psk. Nuray Kaya'ya,

İlkeli ve insani bir psikiyatrist duruşu nasıl olur'u öğrendiğim kıymetli hocam Prof. Dr. K.Fatih Yavuz'a,

Öğrencilikte, asistanlıkta, her başım sıkıştığında bilgi birikimleriyle ufkumu açan, samimiyetleriyle yüreğimi ferahlatan Uzm.Dr. Onur Yılmaz ve Uzm.Dr. Gülşah Esin Dere'ye,

Asistanlık sürecimde bana düşünceleri ve varlıklarıyla destek veren, yeri geldiğinde mentor yeri geldiğinde yoldaş olan meslektaşlarım Dr. Dilara Özdemir ve Dr. Setenay Sarıoğlu başta olmak üzere birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün asistan arkadaşlarım, psikolog, servis hemşireleri, personelleri ve poliklinik sekreterlerimize,

Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin kıymetli çalışanlarına,

Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM Birimi'nin alışkan, sevecen uzman doktorlarına,

En hassas insani yönlerini büyük bir güvenle bizlere açan, vesilemizle şıfa uman ve kurulan ilişkilerle esasen bizi iyileştiren hastalarımıza,

Beni kitapların büyülü dünyasıyla daha küçücükken tanıştıran, henüz ben yokken şiirimi yazan canım babama,

Beni her daim can kulağıyla dinleyen, bana 'iyi dinlemeyi' öğreten, sırdaşım olan canım anneme,

Onunla oyun-eğlence vakitlerinden alıp, ders çalışmalarıma göğüs geren, bana anlayış gösteren bitanecik kardeşim Yusuf'uma,

Ben yıldınlık gösterip hayallerime mesafe koyduğumda; bana kendimi, ideallerimi yılmadan hatırlatan biricik dostlarım Betül, Esra Buse, Merve, Rabia Nur ve Ümmühan'a,

Beni büyük bir samimiyetle aralarına alan ikinci aileme,

Bir şehre gelmeme, bir şehri sevmeme vesile olan, hem dert hem sevinç ortağıım, yol arkadaşım, canım kocam Dr. Mustafa Bodur'a,

Sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Hale Mkerrem BODUR

İÇİNDEKİLER

ETİK ONAYI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Major Depresif Bozukluk.....	6
2.1.1.Tanım.....	6
2.1.2.Epidemiyoloji.....	6
2.1.3.Tanı ve Sınıflama.....	7
2.1.4. Etyopatogenez.....	7
2.1.4.1.Monoamin Hipotezi.....	8
2.1.4.2.İnflamatuar ve Nöroendokrin Etkenler.....	8
2.1.4.3.Psikososyal Etkenler.....	10
2.1.4.3.1.Psikoanalitik ve Psikodinamik Model	10
2.1.4.3.2.Davranışsal Model.....	11
2.1.4.3.3.Bilişsel Model	13
2.1.4.4.Genetik Etkenler.....	15
2.1.4.5.Çevresel Etkenler.....	16
2.1.4.6.Beyin Görüntüleme Çalışmalarından Elde Edilen Veriler.....	17

2.2.Bipolar Affektif Bozukluk(BAB).....	17
2.2.1. Tanım.....	17
2.2.2. Epidemiyoloji.....	17
2.2.3. Tanı ve Sınıflama.....	18
2.2.4. Etyopatogeneze.....	19
2.2.4.1.Nörobiyolojik etkenler:.....	19
2.2.4.2.İnflamatuvar etkenler:.....	20
2.2.4.3.Çevresel ve Psikolojik Etkenler:.....	20
2.3. Unipolar- Bipolar Depresyon Kavramları ve Remisyon Tanımı.....	20
2.4.Zihin Kuramı.....	24
2.4.1. Unipolar Depresyonda Zihin Kuramı.....	26
2.4.2. Bipolar Depresyonda Zihin Kuramı.....	27
2.5. Psikolojik Esneklik.....	29
2.5.1. Unipolar Depresyonda Psikolojik Esneklik.....	33
2.5.2. Bipolar Depresyonda Psikolojik Esneklik.....	35
2.6.Yürütücü İşlevler	36
2.6.1. Unipolar Depresyonda Yürütücü İşlevler.....	36
2.6.2. Bipolar Depresyonda Yürütücü İşlevler.....	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1.Araştırmanın Özelliği.....	40
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.3.Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	41
3.4.Çalışmada Kullanılan Ölçekler.....	42
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	43
3.4.2.Beck Depresyon Ölçeği.....	43

3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	43
3.4.4. Kabul Eylem formu-2.....	44
3.4.5. Psikolojik Esneklik Ölçeği.....	44
3.4.6. Freiburg Kendindelik Envanteri.....	44
3.4.7. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği.....	45
3.4.8. Benton Yüz Tanıma Testi.....	45
3.4.9. Ekman Duygu Tanıma Testi.....	46
3.4.10. Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	46
3.4.11. Stroop Testi.....	47
3.5. İstatistiksel Analiz.....	48
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	87
6. SONUÇLAR.....	104
KAYNAKLAR.....	107
EKLER.....	130

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.2. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.3. Unipolar ve Bipolar Grupların Depresif Atağa Dair Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.4 Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kabul Eylem Formu, Freiburg Kendinelik Envanteri, Benton Yüz Tanıma Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 4.5. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Psikolojik Esneklik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.6. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.7. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Stroop Testi Sonuçları Açısından Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.8. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Wisconsin Kart Eşleme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.9. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Ekman Yüz İfadeleri Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.10 UD Grubunda Ekman Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ve Benton Toplam Puan ile; BDÖ,BAÖ; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	65
Tablo 4.11 BD Grubunda Ekman Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ve Benton Toplam Puan ile; BDÖ,BAÖ; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	67
Tablo 4.12 UD Grubunda DEZTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	68
Tablo 4.13 BD Grubunda DEZTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	70
Tablo 4.14 UD Grubunda WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	71

Tablo 4.15 BD Grubunda WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....73

Tablo 4.16 UD Grubunda Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısı ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....74

Tablo 4.17 BD Grubunda Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısı ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....76

Tablo 4.18 UD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....77

Tablo 4.19 BD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....78

Tablo 4.20 UD Grubunda Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu.....79

Tablo 4.21 BD Grubunda Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu.....81

Tablo 4.22 UD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu.....82

Tablo 4.23 BD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu.....84

Tablo-4.24 UD Grubunda BDÖ, BAÖ Puanları ile; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....85

Tablo-4.25 BD Grubunda BDÖ, BAÖ Puanları ile; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....86

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Bipolar depresyonun temel ayırt edici özellikleri.....	23
Şekil 2.2. ACT altıgeni.....	31
Şekil 2.3. Psikolojik Katılık Modeli.....	32
Şekil 4.1. Çalışma Örneklerinin Belirlenmesi	50



KISALTMALAR

ACT: Kabul ve Kararlılık Terapisi

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

AVP: Arjinin-Vazopresin

BAB: Bipolar Affektif Bozukluk

BD: Bipolar Depresyon

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

DEZTÖ: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

DLPFC: Dorsolateral Prefrontal Korteks

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı - Beşinci Baskı

FMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

FKE: Freiburg Kendindelik Envanteri

HPA Ekseni: Hipotalamo–Hipofiz–Adrenal Ekseni

KEF-II: Kabul ve Eylem Formu - II

MDB: Majör Depresif Bozukluk

PE: Psikolojik Esneklik

rTMS: Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Uyarım

SK: Sağlıklı Kontrol

UD: Unipolar Depresyon

WCST: Wisconsin Kart Eşleme Testi

ZK: Zihin Kuramı

ÖZET

Remisyon Dönemindeki Unipolar Depresyon Ve Bipolar Depresyon Vakalarının Zihin Kuramı, Bilişsel Esneklik Ve Yürütücü İşlevler Açısından Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

Amaç: Bu çalışmanın amacı, remisyon dönemindeki unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastalarını yürütücü işlevler, zihin kuramı, duygu-yüz tanıma ve psikolojik esneklik açısından birbirleri ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve bu faktörlerin hangilerinin daha yakından ilişkili olduğunu incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya remisyon dönemindeki 40 unipolar depresyon, 42 bipolar depresyon hastası ile birlikte yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri eşleştirilmiş sağlıklı 45 bireyden oluşan sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Hasta gruplarına ve sağlıklı kontrol grubuna ilk olarak sosyodemografik ve klinik veri formu, ardından Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri, Kabul Eylem Formu-2, Psikolojik Esneklik Ölçeği ve Freiburg Kendinelik Envanteri verilip doldurtulmuştur. Sonrasında tüm gruplara Benton Yüz Tanıma Testi, Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği, Ekman Yüz İfadeleri Tanıma Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop testi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kontrol, unipolar depresyon ve bipolar depresyon grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim süresi ve sosyoekonomik düzey açısından anlamlı fark saptanmazken; unipolar ve bipolar gruplarda bekar olan bireylerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksekti. Bipolar grubunda çocuk sahibi olma, çalışma durumu ve psikiyatrik ek hastalık oranları kontrol grubuna kıyasla daha düşüktü. Psikiyatrik öyküye ilişkin olarak, bipolar grubun hastalık başlangıç yaşı daha erken olup; EKT, psikoterapi, psikiyatrik yatış, psikotik belirti, mevsimsellik, epizod şiddeti ve epizod sayısı gibi değişkenlerde kontrol ve unipolar gruba göre anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Her iki hasta grubunda da kontrol grubuna kıyasla

depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek, psikolojik esneklik, kendinelik, sosyal biliş ve yüz tanıma performansları ise düşüktü. Stroop ve Wisconsin Kart Eşleme Testi sonuçlarına göre yürütücü işlevlerde özellikle bipolar bireylerde bozulma gözlemlendi. Duygu tanıma testlerinde özellikle korku, iğrenme ve kızgınlık gibi olumsuz duyguların tanınmasında hasta grupların düşük performans sergilediği görüldü.

Sonuç: Bu çalışma, remisyon dönemindeki unipolar depresyon ve bipolar depresyon tanılı bireylerin zihin kuramı, yüz ve duygu tanıma, yürütücü işlevler ve psikolojik esneklik alanlarındaki performanslarını birbirleriyle ve sağlıklı bireylerle karşılaştırmayı ve bu alanlar arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlamıştır. Bulgular, her iki hasta grubunun tüm alanlarda sağlıklı kontrollere göre belirgin bozulmalar sergilediğini ve bu bozulmaların remisyon döneminde dahi sürdüğünü göstermiştir. Zihin kuramı ve duygu tanıma becerileri bipolar grupta bazı alt boyutlarda daha fazla etkilenmiş görünmektedir. Yürütücü işlevlerde özellikle bilişsel esneklik ve dikkat süreçlerinde belirgin eksiklikler saptanmıştır. Psikolojik esneklik düzeyleri her iki hasta grubunda sağlıklı bireylere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuş; bu değişkenin, sosyal biliş ve yürütücü işlevlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizleri sonucunda, bazı parametreler arasında anlamlı ilişkiler gözlemlenmiş, özellikle yüz tanıma ile sosyal biliş ve yürütücü işlevler arasında dikkat çekici bağlantılar bulunmuştur. Bulgular, depresyonun yalnızca bir duygudurum bozukluğu değil, aynı zamanda sosyal ve bilişsel işlevsellikte bozulmalarla seyreden çok boyutlu bir tablo olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle tedavi süreçlerinde yalnızca semptomların değil, bilişsel ve sosyal bilişsel alanların da hedeflenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Unipolar depresyon, bipolar depresyon, sosyal biliş, zihin kuramı, duygu-yüz tanıma, psikolojik esneklik, yürütücü işlevler

ABSTRACT

A Comparative Study of Theory of Mind, Psychological Flexibility, and Executive Functions in Patients with Unipolar and Bipolar Depression During Remission and Matched Healthy Controls

Objective: This study aimed to compare patients with unipolar and bipolar depression during remission in terms of executive functions, theory of mind, emotion and face recognition, and psychological flexibility, and to examine which of these factors are most closely related to each other.

Materials and Methods: The study included 40 patients with unipolar depression, 42 patients with bipolar depression (both in remission), and 45 healthy control participants matched for age, gender, and educational background. Participants were first administered a sociodemographic and clinical data form, followed by the Beck Depression and Anxiety Inventories, Acceptance and Action Questionnaire-II, Psychological Flexibility Questionnaire, and the Freiburg Mindfulness Inventory. Subsequently, all participants completed the Benton Facial Recognition Test, the Dokuz Eylül Theory of Mind Scale, the Ekman Facial Expressions Recognition Test, the Wisconsin Card Sorting Test (WCST), and the Stroop Test.

Results: There were no significant differences between the groups in terms of age, gender, years of education, or socioeconomic status. However, the proportion of single individuals was higher in both patient groups compared to the control group. Additionally, the bipolar group had significantly lower rates of having children, employment, and comorbid psychiatric conditions. Bipolar patients had an earlier age of illness onset and differed significantly from the other groups in variables such as electroconvulsive therapy (ECT) history, psychotherapy, psychiatric hospitalization, psychotic symptoms, seasonality, episode severity, and number of episodes. Depression and anxiety scores were higher in both patient groups, while

psychological flexibility, mindfulness, social cognition, and facial recognition scores were significantly lower compared to healthy controls. Executive function impairments—particularly in the bipolar group—were evident in the WCST and Stroop Test results. In emotion recognition tasks, both patient groups performed poorly in recognizing negative emotions such as fear, disgust, and anger.

Conclusion: This study compared the performance of remitted unipolar and bipolar depression patients with healthy individuals in the domains of theory of mind, emotion and face recognition, executive functions, and psychological flexibility. The findings indicated that both patient groups exhibited marked impairments across all domains compared to healthy controls, and these impairments persisted even during remission. Although theory of mind and emotion recognition abilities appeared to be more affected in the bipolar group in some subdomains, distinct differences between the two patient groups were limited. Executive dysfunctions, particularly in cognitive flexibility and attentional control, were prominent. Both patient groups demonstrated significantly lower levels of psychological flexibility, which was also associated with social cognition and executive functioning. Correlation analyses revealed significant relationships among some variables—particularly between face recognition, social cognition, and executive functions. Overall, the findings suggest that depression is not merely a mood disorder, but a multidimensional condition involving impairments in both social and cognitive functioning. Therefore, treatment approaches should address not only symptomatology but also cognitive and social-cognitive domains.

Keywords: Unipolar depression, bipolar depression, social cognition, theory of mind, emotion-face recognition, psychological flexibility, executive functions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar depresyon ve unipolar depresyon, tanı ve tedavide önemli zorluklarla karşılaşılan iki ayrı ancak sıklıkla örtüşen ruh hali bozukluklarıdır. Bipolar depresyon, manik veya hipomanik ataklarla birlikte görülen depresif ataklarla karakterize edilirken, majör depresif bozukluk olarak da bilinen unipolar depresyon, mani olmaksızın yalnızca depresif ataklarla belirlenir (Ketter, 2010).

Zihin Kuramı kavramı, inançlar, arzular ve niyetler gibi zihinsel durumları kendine ve başkalarına atfetme ve bu zihinsel durumların kişinin kendi zihinsel durumlarından farklı olabileceğini anlama bilişsel yeteneğini ifade eder. Bu yetenek, bireylerin zihinsel durumlarına dayanarak başkalarının davranışlarını tahmin etmelerini ve yorumlamalarını sağladığı için etkili sosyal etkileşim ve iletişim için çok önemlidir (McDermott and Noles, 2018)

Psikolojik esneklik, çeşitli durumlara uyum sağlama, gerektiğinde zihniyeti değiştirme, yaşam alanlarında dengeyi koruma ve kişisel değerlere uygun hareket etme yeteneğini de kapsayan, ruh sağlığı ve refahının temel bir yönüdür. Bu uyum yeteneği, düşünce ve duyguları tam olarak deneyimlemeyi ve kabul etmeyi içerir ve bireylerin zorluklara esnek bir şekilde yanıt vermelerine olanak tanır (Hu, 2024). Yürütücü işlevler, planlama, dikkat kontrolü, problem çözme ve self regülasyon gibi yetenekleri kapsayan, hedef odaklı davranış için hayati önem taşıyan bir dizi üst düzey bilişsel süreçtir. Bu işlevler öncelikle beynin frontal loblarıyla ilişkilidir ve günlük görevleri ve sosyal etkileşimleri yönetmek için gereklidir (Friedman and Miyake, 2017).

Bipolar depresyon ve unipolar depresyon, bilişsel profillerinde, klinik görünümünde ve tedavi yanıtlarında önemli farklılıklar gösteren iki ayrı psikiyatrik durumdur. Bu farklılıkları anlamak, etkili tanı ve yönetim için çok önemlidir. Bilişsel esneklik, zihin kuramı ve yürütücü işlevler, her iki durumda da farklı şekillerde de olsa etkilenen temel bilişsel alanlardır.

Araştırmalar, bipolar depresyonu olan hastaların genellikle unipolar depresyonu olanlara kıyasla daha şiddetli bilişsel bozukluklar yaşadığını göstermektedir. Örneğin, karşılaştırılmalı bir çalışma, bipolar hastaların unipolar meslektaşlarına göre bellek, dikkat ve yürütücü işlevler dahil olmak üzere çeşitli bilişsel alanlarda daha büyük eksiklikler sergilediğini bulmuştur (Ansari, Gaur and Azmi, 2018). Bu, bipolar bozukluğu olan bireylerin bilişsel işlevler sırasında yürütücü işlevlerle ilişkili beyin bölgelerinde artmış aktivasyon gösterdiğini ortaya koyan nroğrntleme çalışmalarından elde edilen bulgularla uyumludur (Siegel-Ramsay et al., 2022). Bilişsel performanstaki bu tür farklılıklar, iki bozukluk arasındaki altta yatan nörobiyolojik varyasyonları yansıtabilir. Ayrıca, bipolar ve unipolar depresyonun klinik belirtileri önemli ölçüde farklıdır. Bipolar depresyon genellikle daha karmaşık bir klinik tablo ile karakterize edilir, buna daha yüksek oranda intihar davranışı ve unipolar depresyona kıyasla daha kötü genel prognoz dahildir (Shan et al., 2018). Bu karmaşıklık, unipolar depresyondan daha dirençli olma eğiliminde olan bipolar depresyonun kronik yapısıyla daha da karmaşıklaşır (Khan, Chauhan, Qureshi, 2016). Bu durum her iki bozukluğun benzersiz bilişsel ve duygusal profillerini dikkate alan özel terapötik yaklaşımları gerektirir. Bilişsel esneklik, yeni ve beklenmedik koşullarla yüzleşmek için bilişsel işleme stratejilerini uyarlama yeteneğini ifade eder ve unipolar depresyonda özellikle etkilenir. alışmalar, unipolar depresyonlu hastaların bilişsel esneklikte azalma gösterdiğini, bipolar depresyonlu hastaların ise bilişsel inhibisyon süreçleriyle daha fazla mücadele etmesi gerekebileceğini göstermiştir (Wagner et al., 2011). Bu ayrım, her hasta popülasyonunda bu belirli eksiklikleri iyileştirmeye yardımcı olabilecek hedefli bilişsel müdahalelere olan ihtiyaı vurgulamış olur. Zihin teorisi veya zihinsel durumları kendine ve başkalarına atfetme yeteneği, depresyonlu bireylerin sosyal işleyişinde de kritik bir rol oynar. Araştırmalar, bipolar depresyonu olan bireylerin, unipolar depresyonu olanlara kıyasla zihin teorisinde daha önemli bozukluklar

yaşayabileceğini ve bunun kişilerarası ilişkilerini ve genel yaşam kalitelerini etkileyebileceğini göstermiştir (Robin et al., 2019).

Bu, sosyal bilişi geliştirmeyi amaçlayan terapötik stratejilerin, özellikle bipolar bozukluğu olanlar için faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Çalışma belleği, bilişsel esneklik ve inhibisyon kontrolü dahil olmak üzere bir dizi bilişsel süreci kapsayan yürütücü işlevler, hedef odaklı davranış ve karar alma için çok önemlidir. Depresyon vakalarında, yürütücü işlev bozukluğu yaygın görülen bir durumdur, ancak şiddeti ve doğası bipolar ve unipolar depresyon arasında değişebilir. Örneğin, sistematik bir inceleme, yürütücü işlevlerde bozulmanın bipolar depresyonda daha belirgin olduğunu ve bunun günlük görevleri yönetme ve sosyal ilişkileri sürdürmede gözlemlenen zorluklara katkıda bulunabileceğini öne sürmüştür (Rock et al., 2013). Bu, hastaların karşılaştığı bilişsel zorlukları daha iyi anlamak için klinik ortamlarda yürütücü işlevleri değerlendirmenin önemini vurgular. Dahası, bilişsel bozukluğun depresyonlu hastalarda yaşam kalitesi üzerindeki etkisi yadsınamaz. Çalışmalar, bilişsel eksikliklerin hem bipolar hem de unipolar depresyonda daha düşük yaşam kalitesi puanlarıyla yakından bağlantılı olduğunu ve bipolar hastaların genellikle daha fazla işlevsel bozukluk bildirdiğini göstermiştir (Khan et al., 2016). Bu ilişki, genel hasta sonuçlarını iyileştirmek için hem ruh hali semptomlarını hem de bilişsel işlev bozukluğunu ele alan kapsamlı tedavi planlarına olan ihtiyacı vurgular. Tedavi açısından, müdahalelere verilen yanıt iki depresyon türü arasında belirgin şekilde farklılık gösterebilir. Örneğin, tek kutuplu depresyon genellikle bipolar depresyona kıyasla standart antidepresan tedavilerine daha iyi yanıt verir; bipolar depresyon etkili bir yönetim için ruh hali dengeleyicileri veya atipik antipsikotikler gerektirebilir (Galimberti et al, 2019). Tedavi yanıtındaki bu değişkenlik, her bozukluğun belirli özelliklerini dikkate alan kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Nörogörüntüleme çalışmaları, bipolar ve unipolar depresyonla ilişkili beyin anormallikleri hakkında değerli bilgiler sağlamıştır. Bu bulgular yalnızca

depresyonun nörobiyolojik temellerine ilişkin anlayışımızı geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda bilişsel bozuklukları hafifletmeyi amaçlayan hedefli müdahalelerin geliştirilmesi için de veri sağlar. Sonuç olarak, bipolar ve unipolar depresyon arasındaki ayrım, özellikle bilişsel esneklik, zihin kuramı ve yürütücü işlevler açısından önemlidir. Bu farklılıklar, etkili tedavi stratejilerini geliştirmek için her iki bozukluğun ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını gerektirir.

Bu çalışma remisyon döneminde olup klinik öyküsünde bipolar depresyon olan hastaların, klinik öyküsünde unipolar depresyon olan hastalarla; yürütücü işlevler, zihin kuramı ve psikolojik esneklik açısından karşılaştırılması ve yine bu parametreleri sağlıklı kontrollerle yaş, cinsiyet ve eğitim durumları ile eşleyerek karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu sayede unipolar veya bipolar depresyon vakalarının yönetiminde klinik gidişatı iyileştirmeye yönelik önlemlerin alınması, gerekli tedavi stratejilerin uygulanabilmesi, bunların yanısıra sürece akademik anlamda katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarını yürütücü işlevler, zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik açısından birbirleri ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve bu faktörlerin hangilerinin daha yakından ilişkili olduğunu incelemektir.

Bu amaçla öne sürdüğümüz hipotezler:

- 1) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma becerileri sağlıklı kontrollere göre daha bozuktur ve birbirlerinden farklılık gösterir.
- 2) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının yürütücü işlevleri sağlıklı kontrollere göre daha bozuktur ve birbirlerinden farklılık gösterir.
- 3) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının psikolojik esneklik düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür ve birbirlerinden farklılık gösterir.

4) Remisyon dönemindeki Bipolar Depresyon hastalarının zihin kuramı, duygu-yüz tanıma becerileri, psikolojik esneklik düzeyleri ve yürütücü işlev becerileri Bipolar Depresyon hastalarına kıyasla daha çok bozulmuştur.

5) Zihin kuramı, duygu tanıma, yüz tanıma, psikolojik esneklik ve yürütücü işlevler arasında ilişki vardır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1.Major Depresif Bozukluk(MDB)

2.1.1.Tanım

Depresyon; çökkün duygudurum ile birlikte düşünce, konuşma ve hareketlerde durgunluk, dikkat, hafıza gibi kognitif işlevlerde bozulma ve uyku ve iştah problemleri, cinsel istekte azalma gibi fizyolojik değişiklikler ile giden, bunaltının da eşlik edebildiği bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, Uluşahin, 2023). Kelime kökeni olan “depress” ise, Latince “depressus” kelimesinden yani “bastırmak” “alçakta olmak”tan gelmektedir (Kurtbeyoğlu et al., 2024).

2.1.2.Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tarafından depresyon dünya üzerinde yeti yitimine sebep olan bozukluklar arasında dördüncü sıradadır (Murray and Lopez, 1996). Her yıl dünya çapında yetişkin nüfusun yaklaşık %6’sını etkilediği bildirilmektedir (Rybak et al., 2021). Sıklıkla erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta, başlangıç yaşı 20-25 civarında olmaktadır (Perez Bedoya et al., 2023). MDB sıklığı kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda bildirilmektedir (Wang et al., 2023). Depresyonun 12 aylık prevalansı genel olarak yaklaşık %6 civarındadır (Kessler and Bromet, 2013). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ergenlerdeki MDB prevalansının %1.7 olduğu saptanmıştır (Karacetin et al., 2018). Yaşam boyu MDB geçirme riski ise yaklaşık %15-18’dir. Bu bilgilere göre MDB’un yaygın olduğu ve neredeyse her beş kişiden birinin yaşamlarının bir noktasında bir depresif epizot yaşadığı anlaşılmaktadır (Bromet et al., 2011). MDB intihar nedeniyle ölümlerin önde gelen sebeplerinden biridir. Ölüm için bağımsız risk faktörü olması nedeniyle genel sağlık üzerine etkisi çok önemlidir (Perez Bedoya et al., 2023).

2.1.3.Tanı ve Sınıflama

Depresyon, duygudurumun çökkünlük tarafına kaymasıdır. Etkilenen kişide mutsuzluk, üzüntü, değersizlik düşünceleri belirgindir. Daha önce keyif alınan aktivitelerden keyif alınamaz. Zaman zaman bu semptomlara gerginlik, anksiyete de eşlik edebilmektedir. İştahsızlık ve uykusuzluk gibi vejetatif semptomlar tabloya eklenebilir. Bazen iştah kaybına bağlı kilo verme ya da aşırı yemeye bağlı kilo artışı gözlenebilir. Bazı hastalarda uyku artışı bazı hastalarda uykuda azalma olur. Yine bazı hastalarda psikomotor retardasyon bazı hastalarda psikomotor ajitasyon gözlenebilir. Duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler veya suicidal düşünceler olabilir (Black and Andreasen, 2014). Depresyon hastalarında sıklıkla düşük enerji düzeyi ve belirgin yorgunluk gözlenmekte, bu durum hem fiziksel hem de zihinsel aktivitelerin sürdürülmesini güçleştirmektedir (Dobkin et al., 2011).

APA tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskısı'nda (DSM-5) 'Major Depresif Bozukluk (MDB)' isimli hastalık 'Depresif Bozukluklar' başlığı altında bulunmaktadır (APA, 2013).

2.1.4. Etyopatogenez

MDB'nin patofizyolojisinin anlaşılması için birçok çalışma yapılmış olmasına karşın halen bozukluğun tüm yönlerini tek başına açıklayabilecek hiçbir model ortaya konulamamıştır. Farklı hastaların ataklarının birbirinden farklı nedenleri olabileceği gibi aynı hastanın farklı ataklarının da birbirinden farklı sebepleri olabileceği düşünülmektedir. Etyopatogenezi açıklamaya yönelik olarak çalışılmış ve yaygın olarak kabul gören kuramlar, patogenezde yer alan bileşenler aşağıda sıralanmıştır:

2.1.4.1.Monoamin Hipotezi:

Rezerpin adlı antihipertansif ilacın, beyin monoamin düzeylerini azaltarak depresif belirtileri tetikleyebilmesi, serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi monoamin nörotransmitterlerin majör depresyon bozukluğunun (MDB) patofizyolojisinde rol oynayabileceğini gündeme getirmiştir (Schildkraut, 1965; Delgado, 2000). Bu gözlem, özellikle trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörlerinin, farklı yollarla monoamin nörotransmisyonunu artırmaları ile desteklenmiştir (Ressler and Nemeroff, 2000). Bu bulgular doğrultusunda, antidepresan ilaçların depresyon tedavisindeki etkisinin monoamin düzeylerini artırmalarına dayandığı ileri sürülmüştür. Monoamin hipotezi, serotonin reseptör agonistleri ve otoreseptör antagonistleri gibi daha seçici ilaçların da klinik olarak etkili bulunmasıyla uzun yıllar geçerliliğini korumuştur (Krishnan and Nestler, 2008). Bununla birlikte, bu model; aynı bireyde farklı zamanlardaki depresif atakların klinik çeşitliliğini ya da hastaların aynı antidepresan tedavilerine verdikleri farklı yanıtları açıklamada yetersiz kalmaktadır (Belmaker and Agam, 2008).

2.1.4.2.İnflamatuar ve Nöroendokrin Etkenler:

Depresyon tanısı olan hastaların plazma, beyin omurilik sıvısı ve idrar kortizol düzeylerinde yükselme,beyin omurilik sıvısı CRH düzeylerinde artış, CRH'ya azalmış kortikotropin cevabı olduğu görülmektedir (Joffe and Marriott, 2000). Hipokampusta meydana gelen kronik kortizol maruziyeti hücre bağlantılarında kayıp ve atrofiye yol açar (aan het Rot, Mathew and Charney, 2009). Depresif hastalarda proinflamatuar belirteçler yüksek seviyede bulunmuş bu durum depresyonun inflammatuar bir bozukluk olabileceği fikrine götürmüştür. C-reaktif protein, interlökin 6, interlökin 1 ve tümör nekroz faktör alfa gibi proinflamatuar markerların depresyon tanısı alan hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca interferon alfa tedavisi depresyonu olan kişilere verildiğinde depresif semptomlarda artma olduğu görülmüştür (Vogelzangs et al., 2012;Dolati, Rakhshandeh and Shafei,2011). Bunun yanında

depresif hastalarda reaktif oksijen türevleri ve oksidatif strese de artış olur. Bu zararlı maddeler proinflamatuvar sitokinlerin büyüme faktörlerinin aktivitesini değiştirerek nöroenezde azalmaya yol açar. Bu değişiklikler nöronal ve glial hasara neden olabilir (Maes et al., 2012; Audet and Anishman, 2013).

Hipotiroidi tanısı olan bireylerde sıklıkla depresyona benzer semptomların, hipertiroidi olgularında ise mani benzeri belirtilerin gözlenmesi, depresyonun etyopatogenezinde nöroendokrin sistemin rolünü inceleyen araştırmaların önemini artırmıştır (Hage and Azar, 2012; Bauer et al., 2008). Çalışmalarda depresyon tanısı alan bireylerde deksametazon supresyon testinin bozulduğu, tirotropin salgılayıcı hormona tiroid stimulan hormon ve insüline büyüme hormonundaki cevabın azaldığı gösterilmiştir (Işık, Işık and Taner, 2013).

Ayrıca kronik stresin antioksidan sistem genlerinde de ekspresyon değişimi meydana getirdiği yine çalışmalarda gösterilmiştir (Seo et al., 2002). Aynı şekilde hipotalamohipofizer sistemde de (HPA) değişiklikler gözlemlenmiştir. Akut stres durumlarında hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksı aktive olur; bu süreçte hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arjinin-vazopresin (AVP) salınırken, ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı artar ve bunun sonucunda kortizol düzeylerinde yükselme meydana gelir (Zorn et al., 2017; Smith and Vale, 2006). Uzun süreli HPA aktivasyonu ve hiperkortizolemi durumlarında ise enerji düşüklüğü, anhedoni ve depresif duygudurum gibi çeşitli psikiyatrik belirtiler gözlenebilir (Stetler and Miller, 2011; Holsboer, 2000).

2.1.4.3.Psikososyal Etkenler:

2.1.4.3.1.Psikoanalitik ve Psikodinamik Model

Freud, depresyonla ilgili ilk psikoanalitik açıklamalarını *Yas ve Melankoli* adlı çalışmasında sunmuş ve yas ile melankoliyi birbirinden farklı tepkiler içeren ancak birbiriyle bağlantılı süreçler olarak tanımlamıştır (Taylor and Richardson, 2005). Freud'un bu kuramsal temelini genişleten Abraham, depresif bireylerin özellikle oral dönem özellikleri bakımından aşırı talepkâr olduklarını vurgulamıştır (Abraham, 1911). Fenichel ise depresyonun kökenini bebeğin memeden çok erken ve ani bir şekilde ayrılmasıyla ilişkilendirmiş; bu durumun, erken dönemde yaşanan yoğun hayal kırıklığı nedeniyle bireyin uyum kapasitesini zorlayabileceğini belirtmiştir (Fenichel, 1945).

Depresyonun temelinde yer alan savunma mekanizmalarından biri olan içe atım, Melanie Klein'ın teorilerinde önemli bir yer tutar. Klein'a göre sevgi nesnesi bilinçdışı düzeyde içselleştirilir; bu içselleştirilen nesnenin olumsuz yönleri birey tarafından kendine yöneltilir ve suçluluk duygusunun kaynağı bu çatışmadan doğar. Kişi sevgi nesnesinin “iyi” yanlarını hatırlarken, “kötü” yanlarını kendi benliğine yükleyerek bir öz cezalandırma sürecine girer. Bu durum, ego ile süperegö arasında bağışlanma arayışına dayalı bir çatışma yaratır. Eğer bu çatışma sürdürülemez hale gelirse, bireyde suçluluk ve değersizlik duyguları artar; bu da intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Klein'a göre depresyonun temelinde, içe atılan nesneyi koruyamama duygusundan doğan bir benlik çöküşü ve çaresizlik hâkimdir (Klein, 1975).

Bu psikanalitik çerçeve içinde, bazı depresif bireylerde oral döneme saplanma belirtileri gözlenmektedir. Bu kişilerde aşırı yeme, sigara ya da alkol kullanımı gibi oral doyumla ilişkili davranışlar ortaya çıkabilir. Bu kavramı ilk öne süren kuramcı Abraham olmuştur (Abraham, 1911). Benzer biçimde, Bibring, psikoseksüel gelişim dönemlerinde narsistik arzuların doyurulamamasının depresif semptomlara neden olabileceğini ileri sürer. Bu arzuların tatmin

edilememesi bireyde benlik saygısında azalma ve sürekli bir yetersizlik hissine yol açar.

Narsistik ihtiyaçların karşılanmaması durumunda ortaya çıkan çaresizlik duygusu, bireyin çevresel stresörlere karşı daha duyarlı hale gelmesine ve depresyona yatkınlığının artmasına neden olabilir (Bleichmar, 1996; Brenner, 1991; McWilliams, 1994; Askin, 1999; Özmen, 2001).

2.1.4.3.2.Davranışsal Model

Davranışçı modeli Seligman “öğrenilmiş çaresizlik” kuramı ile ortaya koymuştur. Bu modele göre geçmiş yaşantıların üstesinden gelememek belirli bir davranış kalıbına ve depresyona neden olur. Seligman deneylerinde kaçma ihtimali olmayan köpekleri kullanmış, köpeklere elektrik şoku vermiş, belli bir süre sonra kaçmaya çalışmadıklarını gözlemleyerek “öğrenilmiş çaresizlik” modelini deneysel olarak açıklamıştır. Modele göre çaresizlik davranışlarının üç önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlar, davranış ile sonuç arasındaki bağımsızlık, pasif davranış örüntüsü ve bilişsel yapıdaki değişimlerdir (Peterson and Seligman, 1987). Davranış ile sonuç arasındaki bağımsızlık, çaresizliğin ortaya çıkması için ön koşuldur. Ancak bu koşul, insanlarda çaresizliğin gözlenmesi için tek başına yeterli olmamaktadır. Çaresizlik modeli, bu noktada, çaresizlik yaşantısından geçen bireyin yaptığı nedensel atıfların da önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Modele göre davranış-sonuç bağımsızlığı yaşantısından geçen bireyin çaresizlik davranışları göstermesi için üç tür atıfta bulunması gerekmektedir. Bunlardan bir tanesi, bireyin, davranış-sonuç bağımsızlığını bireysel çaresizlik olarak algılamasıdır. Diğer bir deyişle, bu koşuldaki bireyin, sonuçları kontrol etme yönünden yalnız kendisinin başarısız olduğuna; ilgili diğer bireylerin sonuçları başarıyla kontrol ettiğine inanmasıdır. Buna ek olarak, modelin, çaresizlik için öngördüğü ikinci koşul, davranış-sonuç bağımsızlığı yaşantısından geçen bireyin, sonuçları kontrol etmede yeteneksiz olduğuna karar vermesi gerekmektedir. Sonuçları kontrol etme yönünden yeteneksiz olduğuna karar veren birey, bu yeteneksizliğinin birçok durum için

geçerli olduğuna inandığı takdirde genellenmiş çaresizlik davranışı gösterecek ve kontrol algısındaki bozulmanın düzeyine bağlı olarak, çaresizliğin şiddeti de değişecektir (Hovardaoğlu, 1990). Bireyin, sonuçları kontrol etmedeki başarısızlığı kendilik değeri (self-esteem) bozulmalara yol açmakta ve bireysel çaresizlik durumunda bu bozulma daha da fazla olmaktadır. Model, çaresizlik yaşantıları sonucu ortaya çıkan depresyonun kendilik değeriyle yakından ilişkili olduğunu ileri sürmekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalar, depresif davranışların, depresif atıf biçimi (depressive attributional style) adı verilen bir eğilimle de yakından ilişkisi olduğuna işaret etmektedir (Alloy et al., 1984).

Depresif bireylerde de geçmişte kontrol edilemeyen çaresizlik içinde olan dönemler yaşanmış ve bu kişiler kontrol edemedikleri duyumları içsel sebeplere bağlamış, bu konuda başa çıkmak için çabanın faydasız olduğuna inanmışlardır. Dolayısıyla bu bireyler geçmiş yaşantılardan öğrendikleri depresif tutumu sürdürmüşlerdir. Bu durumun süreklilik kazanması kişinin harekete geçmesine engel olur ve kronik sorunlara sebebiyet verir (Askın, 1999; Özmen, 2001; Akiskal, 2000).

Lewinsohn'un davranışçı kuramına göre depresyon, bireyin çevresinden yeterli ve uygun pekiştireç alamaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Uygun ödülün eksikliği bireyde zamanla umutsuzluk yaratırken, hak edilmeyen ya da anlamsız ödüller ise benlik değeri düşüşe yol açabilir (Askın, 1999). Bu kurama göre, depresyonun gelişiminde dört temel süreç etkilidir: ödül kaybı, ödülde azalma, ödül elde edememe ve cezalandırıcı deneyimler. Cezalandırıcı deneyimler arasında kişinin kendini eleştirmesi, kınaması, yeterlilik becerilerindeki yetersizlik ve kendini ifade edememe gibi unsurlar yer alır (Özmen, 2001). Aynı zamanda, Lewinsohn, normal davranışların yeterince pekiştirilmemesinin, depresif davranışların ise çevre tarafından istemsizce pekiştirilmesinin ve hatta sağlıklı davranışların çevre tarafından cezalandırılmasının depresif belirtilerin oluşumunda önemli rol oynadığını vurgulamıştır (Akiskal, 2000).

2.1.4.3.3.Bilişsel Model

Beck tarafından 1960'lı yıllarda depresyona yeni bir tanım getirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda Aaron Beck depresif hastaların iki bilişi olduğunu ifade etmiştir (Beck, 1961):

1. Dış uyaranlara karşı, tekrarlayıcı, sıklıkla uyaranla bağlantısız ya da kısmen bağlantılı bilişsel cevaplar geliştirilmesi. Örneğin depresif bir hasta için oldukça yıkıcı olan bir durum sağlıklı bir kişi için hiçbir anlam ifade etmeyebilir.

2. Dış uyaran olmaksızın depresif bireyin zihninde meydana gelen depresif ruminasyonlar ya da serbest çağrışımların fark edilmesi. Yani gerçekliğin çarpıtılarak yorumlanmasıdır.

Depresif bilişler otomatik düşüncelere dayanır, sorgulanmaz, otomatik olarak zihne gelir, istemsizdirler, engelleyicidirler, çarpıtılmışlardır ve gerçeği yansıtmazlar. Depresif bilişler perseveredir ve yaşantılanan şeyler tekrarlayıcı işlevsiz fikirlerle uyumludur (Işık, Işık and Taner, 2013). Depresif ruminasyon depresyonda görülen ve en çok üzerinde durulan tekrarlayıcı düşüncedir. Ruminatif düşünceler depresif duyguduruma yanıt olarak geçmişten gelen sebepler, anlamlar ve duygusal tepkilerin analiz edilmesi sonucu meydana gelir (Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky, 2008).

Beck'in bilişsel kuramına göre depresyonda temel öneme sahip olan üçlü bilişsel yapı, bireyin kendisine, çevresine (dünyaya) ve geleceğine yönelik geliştirdiği olumsuz değerlendirmelerden oluşur; bu yapıya Beck triadı adı verilir (Beck et al., 1979). Bu olumsuz inançlar, genellikle istemsizce ve otomatik olarak ortaya çıkan, bireyin düşünce sisteminde yerleşik hale gelmiş bilişsel şemalar aracılığıyla işler (Işık, Işık and Taner, 2013). Depresyon sırasında görülen otomatik düşünceler, çeşitli bilişsel çarpıtmaları da beraberinde getirir. Bu çarpıtmalar arasında keyfi çıkarsama (yeterli kanıt olmaksızın olumsuz sonuçlara varma), aşırı genelleme (tek bir olumsuz deneyimi tüm yaşantılara yayma), seçici soyutlama (durumun yalnızca olumsuz yönlerine odaklanıp diğer yönlerini göz ardı etme), olumlu olayları küçümseme veya olumsuz olayları abartma, kişiselleştirme (dışsal olayları bireysel

sorumluluğa indirgeme) ve ikili (ya hep ya hiç tarzı) düşünme yer alır (Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky, 2008; McEvoy, Mahoney and Moulds, 2010). Bu bilişsel hatalar, depresif bireylerde olumsuz duygulanımı sürdüren ve yoğunlaştıran önemli mekanizmalar olarak kabul edilmektedir.

Bu bilişsel çarpıtmalar, dogmatik bir içeriğe sahiptir ve zihindeki düşüncelerin negatif bir örüntü oluşturmalarına kaynaklık ederler (Duman, 2018b). Tüm bilişsel çarpıtmalar birbirleri üzerinde tetikleyici bir etkiye sahiptir ve buna bağlı olarak bilişsel çarpıtmalar zinciri oluşturmaktadır. Bu nedenden dolayı olay veya olguların değerlendirilmesi kişinin kendine, kendisi dışındakilere ve geleceğine yönelik çıkarımlarını görünür şekle getirmektedir. Diğer bir deyişle birbirini besleyen çarpıtılmış düşünceler, belirli olay veya olgu bağlamında benlik algısı, çevrenin şu an ve gelecekteki özelliği ile ilgili gerçek dışı monologlara bağlı sorunlu bilişsel süreçlerdir (Sert-Ağır and Yavuzer, 2018). Bu bilişsel süreçler, engelleme toleransının azlığı, aşırı bir negatif genelleme yapılması, bireyin kendisini veya kendisi dışındakileri suçlayıcı biçimde düşünmesi şeklinde sıralanabilir (Bilge and Arslan, 2000; Duman, 2018a). Bu düşünce sistemi ile oluşan deneyimler sayesinde içselleştirilmiş şemalar ışığında olgu ve olaylar değişik bir biçimde algılanabilmekte, yorumlanabilmekte ve değişik tepkiler oluşturabilmektedir (Sert-Ağır and Yavuzer, 2018). Bilişsel yapıda bulunan fonksiyonsuz inançlar kişinin zihinsel sürecini biçimlendirerek bilişsel çarpıtmalara neden olur. Bilişsel çarpıtmalar, hatalı bilgi işlemlerinden kaynaklanan ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Bu ruhsal sorunlardan biri de çökkünlüktür (Uğur and Murat, 2014).

Metakognitif yaklaşım açısından ise; üst biliş (meta-cognition), bilişleri kontrol eden, düzenleyen, değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üst biliş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (Crick, 2000).

Üst biliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (Wells and Cartwright-Hatton, 2004). Bu yaklaşıma göre, psikolojik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üst bilişsel bir takım işlevler yol açmaktadır. Bu önermeye göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üst bilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üst bilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (Cartwright-Hatton and Wells, 1997).

Üst bilişsel özellikler ile ilgili yapılan bir çalışmada; negatif üst bilişsel inanışlar nedeniyle anksiyete ve depresyon semptomlarının sürdüğü, strese maruz kalma ile üst bilişsel inanışların değiştiği ve üst bilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilme, günlük sorunlarla baş edebilmede etkili olduğu gösterilmiştir (Yılmaz, Gençöz and Wells, 2011).

2.1.4.4.Genetik Etkenler:

İkiz ve evlat edinme çalışmaları ile MDB’de kalıtımın etkisinin %37’lik bir oranla orta derecede olduğu gösterilmiştir (Saavedra,2016). MDB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında MDB gelişme riskinin normal popülasyondan üç kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) ile küçük etkiye sahip birden fazla gen tanımlanmıştır. GWAS risk belirleyicilerini başarıyla tanımlamaya başlamış ve MDB’nin patofizyolojisine ışık tutabilecek veriler ortaya koymuştur. Şiddetli semptomları olan homojen vakalar incelendiğinde riski arttıran gen lokuslarının tespitinde daha açıklayıcı ilerlemeler kaydedilmiştir (Malhi and Mann, 2018). Çocuk ve ergen yaş grubunda başlayan depresyonlarda genetik yük yetişkin depresyonuna göre daha belirleyicidir. Hem anne hem babasında duygudurum bozukluğu olan çocukların tek ebeveyninde duygudurum bozukluğu olan çocuklara göre depresif bozukluk geçirme riski daha fazladır. Erken yaşta başlangıç ise

tekrarlayıcı karakterde ve şiddetli depresif dönemlerin öngörücüsüdür (Malhotra and Sahoo, 2018). Aşırı kilolu olmak, kronik hastalığa sahip olmak, kadın cinsiyette olmak, kadın cinsiyet için puberteye erken girmiş olmak, yüksek fonksiyonlu otizm tanısına sahip olmak, serotonin-dopamin-monoamin oksidaz genlerinde polimorfizm olması depresif bozukluk geçirme ihtimalini artırır (Selph and McDonagh, 2019).

2.1.4.5.Çevresel Etkenler:

Yetişkinlerdeki yaşamı tehdit eden veya kronik hastalıklar, sevilen birinin kaybı, şiddete maruz kalma, mali zorluklar ve iş kaybı gibi stresli yaşam olayları MDB'ye neden olma potansiyeli taşır. Çocuk yaş grubunda akademik rekabetin fazla olması, ebeveynlerin yüksek beklentileri, çocuklara gerçekçi olmayan hedefler koyulması çocuklarda MDB riskini arttırmaktadır, bu durum çocuk ve ergenlik çağındaki duygusal ve davranışsal problemler ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca ergenlerde yakın arkadaş sayısının az olması, arkadaşlarla daha az vakit geçirilmesi ve daha fazla reddedilme deneyiminin yaşanmasının depresif semptomların artmasına etki eder (Malhotra and Sahoo, 2018). Zorbalığa uğrayan ve şiddete tanık olan çocuklarda risk artmaktadır. İnterneti ve sosyal medyayı fazla kullanan, oyun bağımlılığı olan çocuk ve ergenlerin duygudurum bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olduğu görülmüştür. (Selp,McDonagh,2019). Ebeveyn-çocuk ilişkilerinde duygusal mesafenin yüksek olduğu, ev içi çatışmaların sık gözlendiği ve güvenli bağlanmanın gelişmediği aile ortamlarında büyüyen bireylerde depresyonun erken yaşta başlaması ve kronik bir seyir izlemesi daha olasıdır. Bu tür aile yapılarında çocukların sıklıkla reddedilme, ihmal edilme ve iletişim eksikliği gibi olumsuz deneyimler yaşadığı bildirilmektedir (Johnson et al., 2001). Özellikle çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ile duygusal ihmal, ilerleyen yaşlarda depresif bozukluk gelişme riskini anlamlı biçimde artırmaktadır (Norman et al., 2012). Sosyal belirleyiciler açısından değerlendirildiğinde, düşük ebeveyn eğitimi,

işsizlik, tek ebeveynli ailede büyüme ve düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörler de depresyonun ortaya çıkmasında önemli risk etmenleri olarak kabul edilmektedir (Reiss, 2013; Lund et al., 2010).

2.1.4.6.Beyin Görüntüleme Çalışmalarından Elde Edilen Veriler:

Depresyon tanısı alan bireylerde yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, hipokampus hacminde belirgin bir azalma saptanmış; bu bulgunun özellikle belleğe ilişkin bilişsel bozuklukların gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Işık, Işık and Taner, 2013). Bununla birlikte, bazı çalışmalar antidepresan tedavinin hipokampal hacimdeki küçülmeyi kısmen tersine çevirebildiğini bildirmektedir (Öztürk and Uluşahin, 2015). Fonksiyonel görüntüleme bulguları ise frontal bölgelerde hipometabolizma ve amigdala belirgin aktivite artışı olduğunu ortaya koymaktadır. Amigdala aktivitesindeki artışın, sıklıkla depresyonda gözlenen hiperkortizolemi ile ilişkili olduğu da çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca, depresyonlu bireylerin olumsuz duygusal uyaranlara karşı amigdala, ventral striatum ve medial prefrontal korteks gibi emosyonel işleme ile ilişkili beyin bölgelerinde artmış nöral yanıt verdiği; buna karşın olumlu uyaranlara karşı bu bölgelerdeki aktivitenin azaldığı da bildirilmiştir (Işık, Işık and Taner, 2013; Öztürk and Uluşahin, 2015).

2.2.Bipolar Affektif Bozukluk(BAB)

2.2.1. Tanım

Bipolar afektif bozukluk (BAB), yineleyici depresyon, hipomani ve/veya mani ataklarıyla seyreden, ataklar arasında genellikle duygudurumun ve işlevselliğin normale döndüğü, yüksek morbidite ve iş gücü kaybı ile ilişkili, kronik ve ciddi bir duygudurum bozukluğudur (Grande, Berk and Birmaher, 2016; Carvalho et al., 2020).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2019 yılında dünya çapında 40 milyon kişi bipolar bozukluk tanısı almıştır (WHO, 2022). Bipolar bozukluk I yaşam boyu prevalansı erişkin

popülasyonda ortalama %0,8 olup toplum örnekleimine göre %0,4-1,6 arasındadır (Akiskal, 2000; Weissman, Bland and Canino, 1996). 11 ülkeyi kapsayan kapsamlı bir araştırmaya göre toplam yaşam boyu prevalans, bipolar bozukluk I için %0.6, bipolar bozukluk II için %1,4 olarak bulunmuştur. Bir yıllık prevalansın ise bipolar I için %0,4, bipolar II için %0,8 olduğu görülmüştür (Merikangas et al., 2011).

Kadınlarda bipolar tip II ve hızlı döngülü bipolar bozukluk gibi bazı alt tipler daha sık görülürken, erkeklerde bipolar I bozukluk daha yaygın olarak görülmektedir (Zweifel, 2021). Bu farklılıklar, hormonal faktörler, stresle başa çıkma mekanizmaları ve sosyal roller gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilir. Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı genellikle ergenlik dönemi veya genç erişkinlik dönemidir (Duffy ve ark., 2018). Ancak, çocukluk döneminde veya daha ileri yaşlarda da başlayabilir (Zweifel, 2021). Erken başlangıçlı bipolar bozukluk, daha şiddetli seyir, daha sık tekrarlayan ataklar ve daha yüksek intihar riski ile ilişkilidir (Duffy et al., 2018).

2.2.3. Tanı ve Sınıflama

Bipolar bozukluk tanı ve sınıflamasında ICD-10 ve DSM V sistemleri arasında bazı farklılıklar vardır. ICD-10'a göre tanı için birinin hipomani/mani dönemi olması gereken iki duygudurum dönemi gerekirken DSM V'e göre tek bir mani dönemi yeterlidir. Aynı zamanda DSM V'te bipolar bozukluk ikiye ayrılmıştır. Bipolar I mani ve hipomani veya depresyon dönemleri olması olarak tanımlanırken Bipolar II tanısı ise tekrarlayan depresyon dönemleri ve aralarında hipomani dönemi görülmesi ile konulur. Bipolar II bozukluğunda hiç mani dönemi yoktur (APA,2013). DSM V'e göre mani hipomani ayrımı yapılırken süre, şiddet ve psikotik bulgular değerlendirilir. Mani dönemi denilebilmesi için belirtilerin en az bir hafta sürmesi (hastane yatışı olursa herhangi bir süre), hipomani denilebilmesi için ise en az 4 günlük süre yeterlidir (APA,2013). Hipomani tanısının konulabilmesi için hastane yatışının gerekmemesi, psikotik bulguların görülmemesi gerekmektedir (Öztürk, 2016).

2.2.4. Etiyopatogenezi

BAB'ın etiopatogenezi, nörobiyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik faktörlerin etkileşimini vurgulayan kapsamlı bir araştırma konusu olmaya devam etmektedir.

2.2.4.1. Nörobiyolojik etkenler:

Nörobiyolojik bir bakış açısından, beyin yapısı ve işlevindeki önemli anormalliklerin BAB'ın patogeneze katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Özellikle, prefrontal korteks ve bazal ganglionlar gibi önemli bölgeleri içeren frontostriatal devrelerdeki işlev bozukluklarının bozukluğa dahil olduğu ileri sürülmüştür. Görüntüleme çalışmaları, bipolar bozukluğu olan ergenlerin belirgin frontostriatal anormallikler sergilediğini göstermiştir ve bu da bu nöral devrelerin BAB'ın altında yatan patofizyolojik mekanizmaların ayrılmaz bir parçası olduğunu düşündürmektedir (Blumberg et al., 2003). Ek olarak, serotonin düzensizliği kritik bir faktör olarak kaydedilmiştir ve serotonerjik sistemlerin hem bozukluğun patofizyolojisinde hem de tedavi yanıtlarında önemli bir rol oynayabileceğini gösteren kanıtlar vardır (Lee, Park and Lee, 2012). Ayrıca sirkadiyen ritim bozuklukları BAB'ın etiolojisine katkıda bulunur. Araştırmalar, bipolar bozukluk da dahil olmak üzere ruh hali bozuklukları olan bireylerin, genellikle biyolojik ritimlerinde önemli bozulmalar yaşadığını ve bunun ruh hali durumlarını etkileyebileceğini göstermektedir (Faria et al., 2015; Moro et al., 2014). Özellikle melatonin aracılığıyla uyku düzenlenmesi, dalgalanmalarının potansiyel olarak ruh hali durumları için bir biyobelirteç ve tedavi stratejileri için bir hedef olarak hizmet etmesiyle önemli bir çalışma alanı olarak ortaya çıkmıştır (Moro et al., 2014). Bilişsel işlevlerdeki ve davranışsal düzenlemedeki bozukluklar, özellikle dürtüsellik, BAB'ın ayırt edici özellikleridir. Bipolar bozukluğu olan hastalar, manik ataklar sırasında dürtüsellikleri şiddetlendirebilen bozulmuş yürütücü işlevlerin göstergesi olarak anormal yanıt inhibisyonu sergiler (Swann et al., 2009a). Bu, hem nörobiyolojik faktörlerin hem de bilişsel-davranışsal süreçlerin ruh hali ataklarını tırmandırmak için etkileşime girdiği ikili bir mekanizmayı düşündürmektedir.

2.2.4.2. İnflamatuvar etkenler:

Bipolar bozukluğun immünolojik yönleri de dikkat çekmektedir. Çalışmalar, pentraksin 3 de dahil olmak üzere inflamatuvar belirteçlerin BAB'lı bireylerde azaldığını belirlemiştir; bu da doğuştan gelen bağışıklık disfonksiyonunun bozukluğun patofizyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Dickerson et al., 2014). Bağışıklık tepkisi ile ruh hali düzensizliği arasındaki bu bağlantı, biyolojik, psikolojik ve çevresel unsurların bir araya geldiği BAB etiyolojisinin çok yönlü doğasını vurgulamaktadır.

2.2.4.3. Çevresel ve Psikolojik Etkenler:

Eşlik eden psikiyatrik durumlar BAB'ın klinik sunumunu ve seyrini karmaşıklarlaştırır. Bipolar bozukluğu olan hastalar genellikle birincil durumun şiddetini ve yönetimini etkileyebilen daha yüksek oranda anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve çeşitli psikososyal stresör durumlar yaşar (Suhaff, 2019; Chengappa et al., 2000; McElroy et al., 2001). Bu tür komorbiditeler yalnızca semptomları kötüleştirmekle kalmaz, aynı zamanda etkilenen bireylerin prognozunu ve terapötik yanıtını da değiştirebilir. Özetle, bipolar duygudurum bozukluğunun etyopatogenezi, nörobiyolojik anormallikler, sirkadiyen ritim bozuklukları, bilişsel ve davranışsal işlev bozuklukları ve bağışıklık düzensizliği arasındaki karmaşık etkileşimlerle belirlenir ve bunlara komorbid psikiyatrik durumların varlığı da eklenir.

2.3. Unipolar- Bipolar Depresyon Kavramları ve Remisyon Tanımı

Unipolar ve bipolar depresyon, her biri kendine özgü klinik özellikler, tedavi yanıtları ve risk yörüngeleriyle karakterize olan iki ayrı depresif bozukluk biçimidir. Genel olarak, bu bozukluklardaki farklılıkları ve örtüşmeleri anlamak doğru tanı ve etkili tedavi yönetimi için kritik öneme sahiptir. Unipolar depresyon, majör depresif bozukluk (MDB) olarak da bilinir, tipik olarak mani veya hipomaninin eklenmediği salt depresyon ataklarıyla karakterizedir. Hastalar genellikle kalıcı depresif ruh hali, ilgi-istek kaybı, yorgunluk, konsantrasyon

güçlükleri ve iştah-uyku düzeninde değişiklikler gibi somatik şikayetlerle başvururlar. Bu durum genellikle kronik bir seyir izler ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Forty et al., 2008; Smith and Craddock, 2011). Buna karşılık, bipolar depresyon, araya mani veya hipomani dönemlerinin girdiği depresif ataklarla karakterize edilen bipolar affektif bozukluğun bir parçasıdır. Bipolar depresyon genellikle daha karmaşık klinik semptomlarla ortaya çıkar ve mani ve depresyon özelliklerinin bir arada görüldüğü karışık ataklar içerebilir (Peixoto et al., 2017).

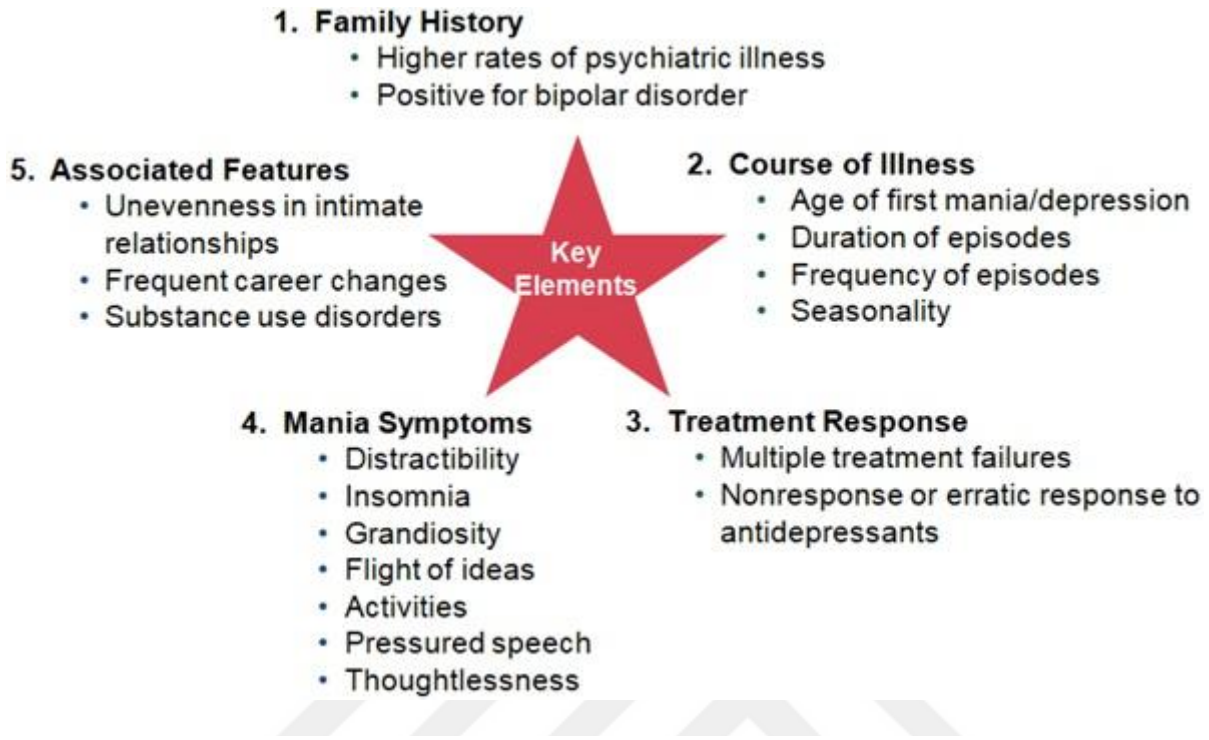
Bipolar bozukluk manik, hipomanik ve depresif ataklarla karakterize olmasına rağmen, en yaygın ve zayıflatıcı semptomatik görünümü depresyondur. Unipolar depresyon olarak yanlış tanı yaygındır ve antidepresan monoterapisi gibi yanlış tedavi tercihlerine yol açabilir. Antidepresanlar genellikle bipolar depresyonu tedavi etmede etkisizdir ve tedaviyle ortaya çıkan hipomani/mani, hızlı döngü veya artan intihar eğilimi gibi zararlı sonuçlara neden olabilir. Bipolar bozukluğu unipolar depresyona kıyasla düşündüren faktörler arasında erken başlangıç yaşı, sık depresif ataklar, aile öyküsünün varlığı, depresif atak içinde hipomani/mani semptomların varlığı ve antidepresanlara yanıt vermeme yer alır. Farklılıklar içindeki kritik bir nokta da iki hastalığın tedavi yanıtındaki farklılıktır. Unipolar depresyon genellikle standart antidepresan tedavilerine daha uygundur ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI'lar) olumlu yanıt verme eğilimindedir (Khan, Chouhan and Qureshi, 2016). Tersine, bipolar depresyon tedavisi, bu hastalarda tek başına antidepresanlar manik ataklara neden olabileceğinden, duygudurum dengeleyici tedavilere öncelik verilmelidir. Bu, mani/hipomani riskini azaltırken depresif semptomları tedavi etmek için duygudurum dengeleyicilerin ve bazı durumlarda atipik antipsikotiklerin dikkatli bir şekilde kullanılmasını gerektirir (Forty et al., 2008; Smith and Craddock, 2011).

Eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik (örn. dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu) hastalıklar daha yaygındır ve bipolar bozukluğu olan hastalarda genel popülasyonla karşılaştırıldığında erken ölüm riski daha yüksektir (Rolin, Whelan and Montano, 2020).

Araştırmalar, bipolar depresyonu olan bireylerin genellikle daha kötü bir prognoz sergilediğini ve unipolar depresyonu olanlara kıyasla daha yüksek oranda intihar düşüncesi ve girişimi sergilediğini göstermektedir (Shan et al., 2018; Khan, Chouhan and Qureshi, 2016). Özellikle, ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı riski bipolar hastalarda önemli ölçüde daha yüksektir ve bu durum vakaların klinik yönetimini zorlaştırır (Shan et al., 2018). Bipolar depresyonun temel ayırt edici özellikleri, Şekil 2.1.da gösterilmiştir.

Her iki durumun klinik özellikleri örtüşebilir ve bu da ayırıcı tanıyı karmaşık hale getirebilir. Örneğin, her iki durum da uyku bozuklukları ve bilişsel bozukluklar gösterebilir; ancak çalışmalar, bipolar depresyonu olan hastaların, unipolar depresyonu olanlara kıyasla artmış psikomotor retardasyon veya daha belirgin duygudurum değişimi gibi farklı belirtiler yaşayabileceğini göstermektedir (Goel, Terman and Terman, 2002; Swann et al., 2009b).

Bipolar ve unipolar depresyon için tanı kriterlerinin aynı olduğunu unutulmamalıdır (APA, 2013). Bu nedenle, depresif semptomlar her zaman bipolar bozukluk şüphesi uyandırmalı ve her iki durum için de klinikte uygun değerlendirme ve tarama yapılmalıdır. Bir hasta klinik olarak önemli depresif semptomlar gösterdiğinde, unipolar depresyon tanısı konulmadan önce bipolar depresyon her zaman dışlanmalıdır. MDB'ye bir dışlama tanısı olarak yaklaşmak, klinisyenlerin yanlış tanıları ve olası yanlış yönetimi ve kötü tedaviyi önlemesine yardımcı olacaktır (Rolin, Whelan and Montano, 2020). Özetle, unipolar ve bipolar depresyon semptomatolojide bazı örtüşen özellikleri paylaşırsa da, temelde farklı evrim yolları, risk profilleri ve tedaviye yanıtları olan farklı bozukluklardır. Bu noktada doğru tanı ve kişiye özel tedavi esastır.



Şekil 2.1. Bipolar depresyonun temel ayırt edici özellikleri (Amerikan Hemşire Uygulayıcıları Derneği Dergisi32(10):703-713, Ekim 2020).

Unipolar ve bipolar depresyonda remisyon, semptomların büyük ölçüde ortadan kalktığı ve bireyin işlevselliğinin iyileştiği dönemler olarak tanımlanmaktadır. Unipolar depresyonda remisyon, genellikle Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D₁₇) puanının ≤ 7 ya da Quick Inventory of Depressive Symptomatology–Self Rated (QIDS-SR₁₆) puanının ≤ 5 olduğu durum olarak kabul edilir (Nierenberg and DeCecco, 2001; Rush et al., 2006). Bipolar depresyonda ise semptomatik remisyon; hem depresif hem de manik/hipomanik belirtilerin büyük ölçüde gerilemesiyle tanımlanır ve toplam HAM-D₁₇ puanının ≤ 7 olması remisyon kriterlerinden biridir (Nierenberg and DeCecco, 2001). DSM-5'e göre ise remisyon dönemi, en fazla iki semptomun hafif düzeyde sürdüğü ve en az iki ay boyunca klinik anlamlı bozukluğun gözlenmediği evreye karşılık gelir (DSM-5; Vieta et al., 2021).

Klinik uygulamalarda remisyon, relaps riskini azaltması ve uzun dönem sağkalımı olumlu etkilemesi nedeniyle hem unipolar hem bipolar tedavi hedefi olarak kabul edilmektedir (Frank et al., 1991; Rush et al., 2006).

Unipolar depresyon için:

Son en az iki ay boyunca hiçbir majör depresif semptom bulunmamaktadır. Kişi bu süreçte klinik olarak anlamlı bozukluk göstermemektedir (APA;2013).

Bipolar bozukluk için:

En az iki aylık süre boyunca, hem manik/hipomanik hem de depresif belirtiler tamamen ortadan kalkmıştır. Bu süreçte kişi normal(ötimik) duygudurumda kalmıştır (APA;2013).

2.4.Zihin Kuramı

Sosyal biliş, bireyler arası ilişkileri sürdürebilmek için gerekli olan sosyal ve duygusal bilgilerin işlenmesini kapsayan çok yönlü bir bilişsel alandır. İlk olarak Bruner and Tagiuri (1954) tarafından tanımlanan bu kavram, yüz ifadeleri, beden dili, ses tonu (prozodi) ve başkalarının zihinsel durumlarına ilişkin ipuçlarının tanınması ve yorumlanması gibi becerileri içerir. Sosyal biliş genel anlamda, başkalarının duygularını tanıma, bu duygulara uygun tepki verme ve sosyal etkileşim kurallarına göre davranma yetisiyle ilgilidir (Adolphs, 2009; Green, Horan and Lee, 2015).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH), sosyal bilişi beş temel alt bileşen altında sınıflandırmaktadır: duygu tanıma, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin kuramı (NIMH, 2023). Bu alanlar, bireyin sosyal çevresindeki olayları ve kişileri nasıl algıladığı ve değerlendirdiğine dair önemli bilgiler sunar.

Sosyal bilişin iki temel yapı taşı empati ve zihin kuramı (ZK)dır. Empati, başkalarının duygularını ve düşüncelerini anlamak ve bu anlayışa uygun duygusal tepkiler vermeyi içeren bir süreçtir (Decety and Jackson, 2006).

Zihin kuramı ise bireyin hem kendi hem de başkalarının zihinsel durumlarını (inanç, niyet, arzu vb.) anlayabilme ve bu anlayış doğrultusunda davranışları öngörebilme kapasitesidir (Frith and Frith, 2006).

Zihin kuramı; yanlış inançları, imaları, niyetleri, ironi ve metaforları anlama gibi karmaşık sosyal bilişsel işlevleri de içerir (Apperly, 2012). Premack and Woodruff'un (1978) tanımıyla ZK, bir bireyin davranışlarının zihinsel süreçlere dayalı olarak yorumlanması yeteneğidir.

Brüne and Brüne-Cohrs (2006), bu yetinin evrimsel süreçte sosyal başarıyı artırmak amacıyla geliştiğini ve primatların sınırlı da olsa 'zihin okuma' kapasitesine sahip olduğunu öne sürmektedir. Bu yeti, "sosyal zeka" olarak da adlandırılmıştır (Dunbar, 1998; Byrne and Whiten, 1997).

Perner ve Wimmer (1985), birinci derece yanlış inanç kavramını, kişinin başka birinin gerçeklikten farklı bir inanca sahip olduğunu anlama yeteneği olarak tanımlamıştır. Yani kişinin "kişi A'nın 'yanlış bir şekilde' X nesnesinin Y konumunda var olduğuna inandığını" anlayıp anlamadığıyla doğrudan ilişkilidir. Bu yeti, sosyal bilişin gelişiminde kritik bir dönüm noktası olarak kabul edilir. İkinci derece yanlış inanç ise bireyin, başka birinin bir başkası hakkında yanlış bir inanca sahip olduğunu düşündüğünü anlamasıdır (Baron-Cohen, Leslie and Frith, 1986). Yani "kişi B'nin 'yanlış bir şekilde' A kişinin X nesnesinin Y konumunda var olduğunu düşündüğüne inanmasıdır". Bu tür zihinsel yapıların anlaşılması, bireyin başkalarının perspektifini kavrama ve öz bilinç geliştirme sürecine katkı sağlar.

Zihin kuramı becerilerinin değerlendirilmesinde çeşitli araçlar kullanılmaktadır: Gözlerden Zihin Okuma Testi, Yanlış İnanç Hikâyeleri, İma Görevi, Sosyal Anlam Farkındalık Testi, Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği gibi yöntemler bireylerin sosyal biliş düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Yıldırım and Alptekin, 2012).

Zihin kuramı iki temel alt bileşene ayrılmaktadır: kognitif ZK ve affektif ZK. Kognitif ZK, bireylerin inançları, düşünceleri ve niyetleri gibi bilişsel içeriklerin anlaşılmasına

odaklanırken; affektif ZK, duygusal durumların tanınması ve bu duygulara uygun sosyal tepkilerin verilmesini ifade eder (Shamay-Tsoory et al., 2007). Bu ayrım, nörogörüntüleme bulgularıyla da desteklenmektedir. Hynes et al. (2006) affektif ZK'nın medial orbitofrontal korteksle ilişkili olduğunu ortaya koyarken, Kalbe et al. (2010) sağ dorsolateral prefrontal korteksin kognitif ZK ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Sosyal biliş işlevlerindeki bozulmaların pek çok nöropsikiyatrik hastalıkta görüldüğü bilinmektedir. Örneğin, şizofreni spektrum bozukluklarında duygu tanıma ve ZK becerilerinde anlamlı bozulmalar olduğu gösterilmiştir (Berger et al., 2019). Bu yetersizlikler, bireylerin sosyal işlevselliğini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve toplumsal uyumu zorlaştırmaktadır (Green, Horan and Lee, 2015; Mirabel et al., 2020). Benzer biçimde, nörodejeneratif hastalıklar, otizm spektrum bozuklukları ve bazı duygudurum bozukluklarında da sosyal bilişsel eksiklikler rapor edilmiştir (Duclos et al., 2018).

2.4.1. Unipolar Depresyonda Zihin Kuramı

ZK inançlar, niyetler, arzular ve duygular gibi zihinsel durumları anlama ve kendine ve başkalarına atfetme yeteneğini içerir ve bu genellikle unipolar depresyon dahil olmak üzere birçok ruhsal patolojide bozulur. Araştırmalar, unipolar depresyonu olan bireylerin ZK dahil olmak üzere sosyal bilişin çeşitli yönlerinde eksiklikler yaşayabileceğini göstermektedir. Örneğin, çalışmalar majör depresif bozukluğu olan hastaların genellikle sosyal ipuçlarını yorumlama ve başkalarının bakış açılarını anlama konusunda zorluk çektiğini göstermiştir. Weightman, Air and Baune(2014), depresif hastaların temel kognitif ZK görevlerinde sorun yaşadığını; hem birinci hem de ikinci derece yanlış inançları yorumlamada zorluk çektiğini, bunun da sağlıklı kontrollere kıyasla başkalarının zihinsel durumlarını anlamada zorlukları yansıttığını bulmuşlardır. ZK'daki bu tür eksiklikler, unipolar depresyonda yaygın olan yalnızlık ve izolasyon duygularını şiddetlendirebilir (Evans et al.,2014).

Ek olarak, yüksek öz eleştiri eğilimi, düşük benlik saygısı gibi özellikler genellikle başkalarıyla empati kurmada zorluklara yol açar. Bu, sosyal algıları çarpıtabilir ve akranlarla etkili iletişimi engelleyebilir, bu da durumun ciddiyetini daha da arttırabilir (Senna et al.,2022). ZK ile bağlantılı sosyal bilişteki bozukluklar, unipolar depresyondan muzdarip bireylerde sıklıkla birlikte görülen yaygın anksiyete ve sosyal anksiyete oranlarının yüksek olmasını açıklayabilir (Berk et al.,2013). Dahası, unipolar depresyonun nörobilişsel temellerini araştıran çalışmalar, sosyal biliş ve duygu işleme ile ilişkili temel beyin bölgelerinde değişiklikler olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, duygusal düzenleme ve sosyal etkileşimler için kritik olduğu belirtilen ön singulat korteksteki işlev bozukluğu, unipolar depresyon hastalarında sıklıkla gözlemlenir (Almeida et al., 2013; Hu et al., 2016). Senna et al. tarafından yapılan kesitsel bir çalışma, bozulmuş sosyal bilişin unipolar depresyon hastalarında artmış intihar riskiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (Senna et al., 2022). Bu, ZK'yı geliştirmenin koruyucu bir faktör olarak hizmet edebileceğini ve bu hastalarda sosyal bilişsel becerileri güçlendiren, potansiyel olarak intihar düşüncelerini azaltan ve genel işlevselliği iyileştiren terapilere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Zihin kuramı, unipolar depresyonu olan bireylerin karşılaştığı kişilerarası zorlukları anlamada önemli bir rol oynar.

2.4.2. Bipolar Depresyonda Zihin Kuramı

Bipolar bozukluk (BAB) bağlamında, araştırmalar ZK'nın hem akut depresif hem de manik ataklar sırasında etkilenebileceğini göstermektedir. Bu bilişsel yetenekteki eksiklikler, BAB'lı bireylerin sıklıkla deneyimlediği sosyal işlevsellikteki zorlukları arttırabilir ve böylece kişilerarası iletişim problemlerini şiddetlendirebilir (Bodnar and Rybakowski,2017; Bora, Bartholomeusz and Pantelis, 2015b). Literatürde bipolar bozuklukta ötimi dahil tüm ruh hali durumlarında bir tür ZK bozukluğunun gözlemlendiği belirtilmiştir (Mitchell and Young, 2016).

Bazı çalışmalar hem manik hem de depresif hastalarda zayıf ZK performansı göstermiştir (Hawken et al.,2016). Ancak bazı çalışmalarda, ZK ile ilişkili işlevlerin bazen ötimik (remisyon) dönemlerde sağlam kalabileceği görülmüştür. Örneğin, Bozikas et al. remisyonundaki hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında temel bilişsel alanlarda performans eksiklikleri sergilediğini ancak ZK yeteneklerinde önemli bir bozulma olmadığını bulmuştur (Bozikas et al., 2007). Bu, bilişsel eksiklikler BAB’da yaygın olsa da, ZK’nın tüm hastalarda veya tüm hastalık evrelerinde bütün olarak bozulmayacağına işaret etmektedir. Özellikle, araştırmalar kognitif ve affektif ZK yetenekleri arasında ayırım yapmış ve hastanın duygusal durumuna bağlı olarak farklı değerlendirmelerin kullanılmasını önermiştir (Haag et al., 2016; Bora and Pantelis, 2015). Tersine, meta-analitik çalışmalar genellikle bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda hem kognitif (örn. niyetleri anlama) hem de affektif (örn. duygularla empati kurma) yönlerini kapsayan ZK’da bozulmalar olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin kimi çalışmalarda, BAB’lı bireylerin genel işlevselliği ile ilişkili önemli ZK eksiklikleri bildirilmiş ve bu bozukluklar, bu hastaların karşılaştığı daha büyük sosyal zorluklar ile ilişkilendirilmiştir (Bora Bartholomeusz and Pantelis, 2015; Wang, 2018). Bu bozuklukların nüanslarını anlamak, BAB’lı bireylerin rutin değerlendirmelerine sosyal bilişsel değerlendirmeleri dahil etmenin ve daha etkili terapötik stratejiler geliştirmenin yolunu açabilir. Ek olarak, hastaların ruh hali durumu (depresif bir dönem, hipomani, mani veya ötimi yaşıyor olmaları) ZK performansını önemli ölçüde etkiler. Çalışmalar, depresif dönemler sırasında ZK yeteneklerinin belirgin şekilde bozulabileceğini, bunun da etkili sosyal etkileşimleri engelleyebileceğini ve sonuç olarak hastaların genel yaşam kalitesini etkileyebileceğini öne sürmektedir (Visser and Mast, 2005). Dahası, Kazour et al. (2020), depresif durumlarda duygusal değerlendirmelerde prefrontal korteksin rolünü vurgulayarak, BAB’daki nörobilişsel işleyiş ile sosyal biliş eksiklikleri arasındaki bağlantıyı vurgulamıştır.

Sonuç olarak, ZK ile bipolar depresyon arasındaki ilişkiyi anlamak, bu bozukluğa sahip hastalarda sosyal işleyiş ve duygusal düzenlemeyi iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler geliştirmek için çok önemlidir.

2.5. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esnekliğin en temel tanımı, kaçınmadan deneyimleri kabul etme ve davranışlarını derinlemesine benimsenmiş değerlere ve hedeflere göre uyarlama yeteneğidir. Psikolojik esneklik(PE), aynı zamanda bireyin geçmiş ve geleceğe takılı kalmayıp içinde bulunduğu an ile temas etmesi (Luoma, Hayes and Walser, 2017); düşünce ve duygularla bilinçli bir etkileşim içeren, o anki durumun getirdiklerini takdir eden ve kişinin hedeflerine-değerlerine hizmet edecek şekilde davranışlarını sürdürme veya değiştirme yetisi” (McCracken, 2024) olarak da ifade edilebilir.

Psikolojik esneklik üzerine yapılan araştırmaların çoğu, üçüncü dalga Bilişsel-Davranışçı Terapilerde (BDT) ortaya çıkan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) yaklaşımı (Hayes vd., 2006) bağlamında yürütülmüştür. ACT'ye göre, hoş olmayan deneyimlerin kabul edilmesi, içsel olayları doğrudan kontrol etme girişimlerinden daha yararlıdır. Bundan dolayı, ACT'nin amacı, psikolojik esnekliği teşvik etmektir.

Psikolojik esneklik, bireyin içsel yaşantılarından bağımsız olarak, yaşamını değerleri doğrultusunda sürdürebilme ve ruhsal iyilik halini koruyabilme kapasitesini tanımlar. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) kuramına göre psikolojik esneklik, birbiriyle ilişkili altı temel süreç aracılığıyla gelişir (Hayes, Strosahl and Wilson, 2012). Bu süreçler, bireyin zorlu içsel yaşantılara rağmen anlamlı hedeflere yönelmesini ve yaşam doyumunu sürdürmesini destekler. Bu altı ana başlık bir altıgenle şematize edilir (şekil 2.2.).

Birinci süreç olan bilişsel ayrışma, bireyin rahatsız edici düşünce ve anıları gerçekliğin bir yansıması olarak görmek yerine, yalnızca zihinsel olaylar olarak fark etmesini ve dışsal bir gözlemci gibi değerlendirmesini ifade eder. İkinci süreç olan kabul, bireyin anlık

deneyimlerine açık, gönüllü ve yargılamayan bir tutumla yaklaşmasıdır. Üçüncü süreç bağlamsal benlik, bireyin zihinsel içeriklerle özdeşleşmek yerine, gözlemci bir bilinç konumundan bu içerikleri izleyebilmesini ifade eder. Dördüncü süreç anda kalma, bireyin dikkatini esnek ve bilinçli bir şekilde mevcut ana yönlendirme becerisidir. Beşinci süreç olan değerlerin farkındalığı, bireyin yaşamını anlamlı kılan temel ilkeleri tanımlayabilmesi ve içselleştirebilmesidir (Wilson and Murrell, 2004). Son olarak, değerlerle tutarlı eylem süreci, bireyin bu değerler doğrultusunda davranışlar sergilemesi ve sürdürülebilir eylem kalıpları oluşturmasıdır. Bu altı süreç, psikolojik esnekliğin temel bileşenlerini oluşturarak bireyin zihinsel esneklik kapasitesini artırmakta ve terapötik müdahalelerin etkili olmasını sağlamaktadır.

Psikolojik esneklik kişilik özellikleriyle ilişkili faktörlerle de bağlantılıdır (Kashdan and Rottenberg, 2010):

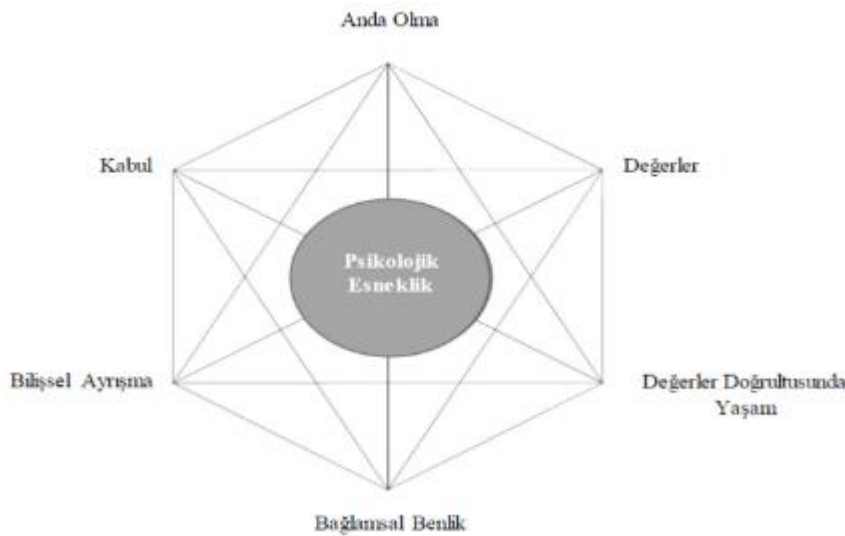
1)Nevrotiklik: Olumsuz duyguları daha sık, yoğun ve kolayca ve daha uzun süreler boyunca deneyimleme eğilimleri nevrotikliğin özünü oluşturur. Nevrotiklik düzeyi yüksek olan kişiler, olumsuz performans gösterdiklerine dair kesin kanıtlar olsa bile, geri bildirimlerle davranışlarını değiştirmeye yatkın olmama eğilimindedir (Kashdan and Rottenberg, 2010).

2)Olumlu duygular: Olumlu duygu deneyimine açıklığın düşünce, davranış ve yürütücü işlev kapasitelerini genişlettiğine dair kanıtlar mevcuttur (Fredrickson, 1998). Olumlu duyguların laboratuvar ortamında uyarılmasından sonra, kişiler genişlemiş dikkat, daha büyük çalışma belleği, gelişmiş yaratıcılık ve yeni bilgi ve bakış açılarına karşı artan bir açıklık göstermektedirler.

3)Deneyime Açıklık: Esnek olmak için, bir kişinin kişisel deneyimlerin ve dış olayların sunduğu şeylere açık olması gerekir. Kişiler açık ve meraklı hissettiklerinde, eylemlerinde anlam bulma fırsatlarından yararlanırlar ve karşılığında benliklerini genişletirler (Kashdan and Rottenberg, 2010).

4)Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan kişiler, güvenli oldukları ve benlik hakkındaki inançlarının değişme olasılığı düşük olduğu için çok kolay veya çok zor görevleri tercih ederler. Kişinin yeterliliklerinin ve bilgisinin ufkunun değerlendirilebildiği orta derecede zor görevler, belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan kişiler tarafından itici olarak görülür ve kaçınılır. Bu şekilde kısa vadede anksiyete önlenir ancak uzun vadede beceri geliştirme, ilerleme ve büyüme engellenmiş olur. Merak duygusuna ve yaşamda yenilik arayışına daha fazla değer vermenin doğrudan esenlikle ilişkili olduğu, zıt şekilde uyum, itaat, güvenlik ve istikrara yoğun bir şekilde odaklanmanın esenlikle ters orantılı olduğu gösterilmiştir (Sagiv and Schwartz, 2000).

5)Oto kontrol: Öz denetim, psikolojik esnekliği destekler. Esnek davranış rutinleri elde etmek için, hazzı erteleme, dürtülere veya isteklere direnme ve düşünce-duyguları kontrol etme gibi birtakım becerilere ihtiyaç vardır (Kashdan and Rottenberg, 2010).

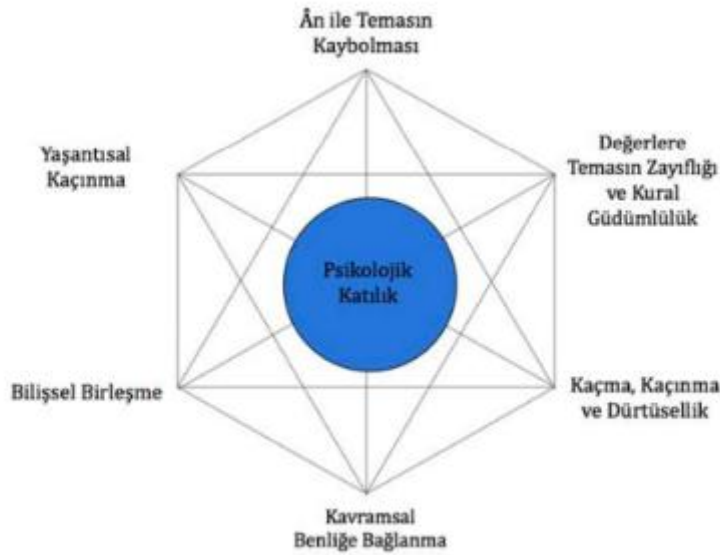


Şekil 2.2. ACT altıgeni (Hayes, 2016)

Psikolojik Katılık:

Psikolojik esneklik modeline eşlik eden, onun tam tersi parametrelerini içeren, dolayısıyla kişiyi başarılı performans ve esenlikten uzaklaştırabilecek bir model de mevcuttur; bu model psikolojik katılık olarak adlandırılır (Hayes, Barnes-Holmes and Wilson, 2012). Bu modelin bileşenleri, esneklik boyutlarının zıt uçlarını içerir. Bunlara deneyimsel kaçınma; bilişsel kaynaşma; geçmiş veya gelecekle meşgul olma; kavramsallaştırılmış benliğe bağlanma veya hakimiyet; değerlere dayalı eylemin yokluğu; ve eylemsizlik veya dürtüsel veya kaçınmacı ısrarcılık denir.

Psikolojik katılık kavramının ‘An ile temasın kaybolması, Yaşantısal kaçınma, Bilişsel birleşme, Kavramsal benliğe bağlanma, Kaçma-kaçınma ve dürtüsellik, Değerlere temasın zayıflığı ve kural güdümlülük’ olmak üzere 6 boyutu mevcuttur (Luoma, Hayes and Walser, 2017) PE kavramında olduğu gibi bu kavram da bir altıgen ile temsil edilmektedir (Şekil 2.3.).



Şekil 2.3. Psikolojik Katılık Modeli (Karakuş and Akbay, 2020)

Literatürde psikolojik esneklik kavramına ilişkin olarak yapıyı bir bütün olarak inceleyen geliştirilmiş ya da uyarlanmış bir ölçeğe rastlanmamıştır. Ancak Kabul Eylem Formu (Yavuz et al., 2014), Freiburg Kendinelik Envanteri (Karakuş and Akbay, 2020), Bilişsel Kaynaşma/Birleşme Ölçeği (Gillanders et al., 2014) gibi ölçeklerin kullanılmasıyla bireylerin psikolojik esnekliklerinin ölçüldüğü (Albal, 2019) çalışmalar bulunmaktadır.

Özetle psikolojik esneklik, istenmeyen deneyimlerle açıkça yüzleşme ve bilişsel süreçlerin olumsuz etkisi altında kalmadan, şimdiki zamana bağlı ve kişisel olarak anlamlı ve güçlendirici değerlerle yönlendirilmiş biçimde eyleme geçme kapasitesini içeren, işlevsel ve bağlamsal boyutları olan, davranış kalitesini çok yönlü biçimde arttırmaya yarayan bir terimdir (McCracken, 2024).

2.5.1. Unipolar Depresyonda Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik (PE), zor içsel deneyimlerin varlığına rağmen anlamlı eylemlerde bulunma becerisidir. Daha yüksek psikolojik esnekliğin yalnızca daha az psikopatoloji semptomuyla değil, aynı zamanda daha iyi işlevsellik, daha düşük stres seviyesi ve daha yüksek iyi oluş haliyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Cyniak-Cieciura, 2021).

Giderek artan bir literatür, daha yüksek psikolojik esneklik düzeylerinin daha az depresif semptomla ilişkili olduğunu ve daha uyumlu başa çıkma stratejilerini kolaylaştırdığını öne sürmektedir. Araştırmalar, bilişsel kaynaşma ve deneyimsel kaçınma ile karakterize edilen psikolojik esnekliğin, unipolar depresyonu olan bireyler arasında yaygın olduğunu vurgulamaktadır. Guo et al.(2022), depresyonlu hastaların yüksek düzeyde bilişsel kaynaşma ve deneyimsel kaçınma sergilediğini ve bu özellikleri artan depresif semptomatolojiyle ilişkilendirdiğini bulmuştur.

Stange, Alloy and Fresco (2017) esnek düşünceler, duygular ve davranışlarla mücadele eden bireylerin majör depresif bozukluk geliştirme riskinin arttığını ileri sürmektedir.

Psikolojik esneklik, bireylerin stresle baş etme kapasitelerini artıran temel bir süreç olarak tanımlanmakta ve içsel motivasyonla pozitif yönde ilişkili bulunmaktadır (Kashdan and Rottenberg, 2010). Psikolojik esnekliği düşük bireylerin, olumsuz duyguları, düşünceleri ve bedensel duyuları içsel bir deneyim olarak kabul etmekte zorlandıkları, bu deneyimleri zamanla gerçekliğin mutlak göstergesi gibi algılamaya başladıkları ve bu nedenle kaygı veya korkuya neden olan içsel yaşantılardan kaçınma davranışları geliştirdikleri gözlemlenmektedir (Bond et al., 2011). Deneyimsel kaçınma, özellikle duygusal acının kabul edilememesi durumunda ortaya çıkmakta ve psikolojik esneklik eksikliğiyle birlikte intihar davranışlarının ortaya çıkışında önemli bir risk faktörü haline gelmektedir (Luciano et al., 2014).

Araştırmalar, psikolojik esnekliğin bir bileşeni olan deneyimsel kaçınmanın intihar düşüncesi ve eğilimiyle anlamlı bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir (Panayiotou et al., 2017).

Ayrıca, bireylerin düşüncelerini kendilerinden ayıramadığı ve “bilişsel kaynaşma” yaşadığı durumlarda, değersizlik ya da sevilmemeye gibi inançların daha kolay tetiklendiği ve bunun da intihar riskini artırabildiği öne sürülmektedir (Hayes, Strosahl and Wilson, 2012). Bu bağlamda psikolojik esneklik, bireylerin içsel yaşantılarını kabul etmesine ve zararlı düşüncelerle işlevsel olmayan düzeyde özdeşleşmeden başa çıkabilmesine olanak tanıyarak, intihar bilişlerine karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Spinhoven et al., 2014).

Çalışmalar, psikolojik esnekliğin depresyona karşı koruyucu bir faktör olarak etki ettiğini vurgulayarak, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) gibi PE'yi geliştirmeyi amaçlayan müdahalelerin depresif semptomları hafifletmede faydalı olabileceğini öne sürmektedir (Guo et al., 2022). Bu, psikolojik esnekliğin algılanan stres ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ve stresörlerin psikolojik etkilerine karşı bir tampon sağladığını belirten Huang et al.(2021), bulgularıyla doğrulanmaktadır.

2.5.2. Bipolar Depresyonda Psikolojik Esneklik

Araştırmalar, psikolojik esneklikteki değişikliklerin bipolar bozukluğu olan bireylerde, özellikle depresif dönemler sırasında semptom ifadesini ve başa çıkma stratejilerini etkileyebileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, bilişsel ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişkiyi ve bunların bipolar bozukluktaki depresif semptomlar üzerindeki etkisini vurgulanmaktadır. Başa çıkma stratejisi olarak destek aramanın düşük düzeylerinin bipolar I depresyonunun başlangıcını öngördüğü, ruminasyon ve kendini suçlama gibi uyumsuz stratejilerin ise bipolar II depresyonu öngördüğü bulunmuştur (Fletcher, Parker and Manicavasagar, 2013). Bu, psikolojik esnekliğin zayıf başa çıkma mekanizmaları ve kişilerarası zorluklar yoluyla depresif semptomları nasıl şiddetlendirebileceğini açıklar. Berlim et al.(2004), bipolar bozukluğun depresif evresinin hastaların algılanan yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını ve psikolojik esnekliğin azalmasının potansiyel bir kötüleşmeye işaret ettiğini, burada azalmış problem çözme becerilerinin umutsuzluk duygularının artmasına ve duygusal iyilik halinin bozulmasına yol açabileceğini göstermiştir. Psikolojik esnekliğin yaşam olaylarıyla başa çıkma üzerindeki etkisini anlamak, bipolar bozukluk yönetiminde önemlidir. Sato et al.(2018), stresli yaşam olaylarıyla ilişkili psikolojik sıkıntı semptomlarının bipolar hastalarda depresif semptomların şiddetiyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuş ve psikolojik esnekliği artırmanın, olumsuz yaşam olaylarının depresif durumlar üzerindeki etkilerini hafifletmeye yardımcı olabileceğini ve böylece genel psikolojik dayanıklılığı artırabileceğini ileri sürmüştür. Özetle, psikolojik esneklik bipolar depresyon tablosunda önemli bir faktör olarak ortaya çıkmakta, başa çıkma stratejilerini, ruhsal iyi oluşu ve genel yaşam kalitesini etkilemektedir.

2.6.Yürütücü İşlevler

Yürütücü işlevler, diğer bilişsel yetenekleri ve davranışları kontrol etmek ve düzenlemek için gerekli üst düzey bilişsel yetenekleri ifade eder. Bu beceriler arasında planlama, problem çözme, çeşitli tepkiler arasında seçim yapabilme ve değişen koşulları değerlendirerek uygun tepkiyi verme becerileri bulunur. Prefrontal korteks, yürütücü işlevler açısından kritik bir role sahiptir ve çekirdek yürütücü işlevler genellikle inhibisyon (davranışsal inhibisyon, seçici dikkat ve bilişsel inhibisyon), çalışma belleği ve bilişsel esneklik olarak üç ana sınıfta değerlendirilir (Lehtoet al.,2003;Miyake et al.,2000). Üst düzey yürütücü işlevler, birden fazla temel yürütücü işlemin aynı anda kullanılmasını gerektirir ve planlama, akıl yürütme ve problem çözme gibi karmaşık görevlerden oluşur (Diamond ,2013; Chan, 2008).

Yürütücü işlevler birçok bilişsel, emosyonel ve sosyal beceri ile yeni durumlara uyum için temeldir (Lezak,1995). Frontal lobun üç önemli bölgesi ve bu alanlarla ilişkili farklı görevleri bulunmaktadır:

- 1.Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK); planlama, organize etme, değiştirme, kopyalama ve yeni bilgileri işleme koyma gibi işlevlerden sorumludur.
- 2.Orbitofrontal korteks (OFK); bireyin inhibisyon kaybını önlemekte yani davranışı ketleyebilmektedir.
- 3.Medyal frontal korteks (MFK) ise; duygulanımda, zihinsel ve motor etkinliklerin harekete geçirilmesinde rol oynamaktadır (Ünal,2003;Karakaş and Karakaş,2000).

Yürütücü işlevlerin değerlendirilmesinde sıklıkla Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Stroop Testi kullanılır.

2.6.1. Unipolar Depresyonda Yürütücü İşlevler

Birçok çalışma, depresyonun yönetici işlevlerde bozulma ile ilişkili olduğunu (Alves et al., 2014) ve depresyonu olan kişilerin yürütücü işlev testlerinde sağlıklı kişilere kıyasla daha zayıf işlev gördüğünü ileri sürmektedir (Doumas et al., 2012).

Depresyon geçiren bireyler arasında, yürütücü işlev bozuklukları oldukça yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu hastalar genellikle dikkat, konsantrasyon ve bellek gibi bilişsel alanlarda günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen sorunlardan şikayet etmektedirler (Goodall et al., 2018; Hammar et al., 2010). Yapılan çalışmalar, depresyon geçiren bireylerde genel bilişsel bozulmanın yanı sıra özellikle dikkat, hafıza ve yürütücü işlevlerin daha belirgin bir şekilde etkilendiğini ortaya koymuştur (Elliott, 1998; Landro, Stiles and Sletvold, 2001).

Depresyon atlatan bireylerin remisyon dönemlerinde dahi yürütücü işlevlerdeki bu düşüşün hafif bir şekilde devam ettiği bulunmuştur (Nuno et al., 2021; Nakano et al., 2008; Hasselbalch, Knorr and Kessing, 2011). Gorwood et al. (2014), tarafından yapılmış çalışma, çoklu depresif nöbet geçiren bireylerin daha şiddetli psikomotor retardasyon yaşadıklarını ve bu nedenle bilişsel testleri daha uzun sürede tamamladıklarını ortaya koymuştur.

Yürütücü işlev bozukluğu MDB'da sıklıkla bildirilir ve genellikle dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), ventrolateral prefrontal korteks (VLPFK) ve anterior singulat korteks dahil olmak üzere fronto-subkortikal ağların yapısal ve işlevsel anormalliklerinin bir sonucu olarak tanımlanır (Fitzgerald et al., 2008; Levin et al., 2007). Ana uyarıcı nörotransmitterin (glutamat) azalmış seviyelerinin, Yİ'lerde rol oynayan bu beyin bölgelerinin hipoaktivasyonundan sorumlu olduğu varsayılmıştır (Snyder, 2013; Yüksel and Öngür, 2010).

2.6.2. Bipolar Depresyonda Yürütücü İşlevler

BAB yürütücü işlevlerde önemli etkilenime sebep olan bir ruhsal hastalıktır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, özellikle yürütücü işlevler, dikkat, bellek ve bilgi işleme hızında bozulmaların, yalnızca akut mani ya da depresyon dönemleriyle sınırlı kalmadığını, ötimik yani klinik olarak stabil dönemlerde de devam ettiğini göstermektedir (Bora, Yücel and Pantelis, 2009; Mann-Wrobel, Carreno and Dickinson, 2011). Bu bulgular, bipolar depresyonda bilişsel işlevlerdeki bozulmanın hastalığın nükseden doğasına eşlik eden bir bilişsel fenotip olabileceğini düşündürmektedir.

Yürütücü işlevler başta olmak üzere, sözel öğrenme, kısa ve uzun süreli bellek, dikkatin sürdürülmesi ve psikomotor hız gibi alanlarda bipolar hastalar ile yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireyler arasında anlamlı farklar bulunduğu, çeşitli meta-analizlerle ortaya konmuştur (Kurtz and Gerraty, 2009). Ötimik dönemdeki bireylerde yürütücü işlev performansının, duygudurum belirtilerinden bağımsız olarak bozulmuş olabileceğine dair bulgular, bu bozukluğun bilişsel etkilerinin kalıcı olabileceğini desteklemektedir.

Bununla birlikte, bazı çalışmalar bu durumu dönemsel olarak değerlendirmiştir. Örneğin, depresyon döneminde yürütücü işlev ve dikkat bozulmalarının daha belirgin olduğu, ancak mani döneminde frontal işlev bozukluklarının daha ağır seyrettiği bildirilmiştir (Balanza-Martinez et al., 2008; Clark et al., 2002). Öte yandan, bazı araştırmalarda depresif ve ötimik hastaların bilişsel performansları arasında anlamlı fark bulunmadığı da belirtilmiştir (Martínez-Arán et al., 2004).

Bu çalışmanın amacı, Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarını yürütücü işlevler, zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik açısından birbirleri ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve bu faktörlerin hangilerinin daha yakından ilişkili olduğunu incelemektir.

Bu amaçla öne sürdüğümüz hipotezler:

- 1) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma becerileri sağlıklı kontrollere göre daha bozuktur ve birbirlerinden farklılık gösterir.
- 2) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının yürütücü işlevleri sağlıklı kontrollere göre daha bozuktur ve birbirlerinden farklılık gösterir.

3) Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon hastalarının psikolojik esneklik düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür ve birbirlerinden farklılık gösterir.

4) Remisyon dönemindeki Bipolar Depresyon hastalarının zihin kuramı, duygu-yüz tanıma becerileri, psikolojik esneklik düzeyleri ve yürütücü işlev becerileri Bipolar Depresyon hastalarına kıyasla daha çok bozulmuştur.

5) Zihin kuramı, duygu tanıma, yüz tanıma, psikolojik esneklik ve yürütücü işlevler arasında ilişki vardır.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Özelliği

Bu araştırma, remisyon dönemindeki bipolar depresyon ve unipolar depresyon hastalarını; zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik ve yürütücü işlevler açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştıran kesitsel ve kontrollü bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya, Ocak 2023-Mart 2025 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine muayene için başvurmuş, daha önce en az bir depresif atak geçirmiş olan, remisyon dönemindeki Bipolar Affektif Bozukluk tanılı hastalar ve daha önce en az bir depresif atak geçirmiş ve Major Depresif Bozukluk tanısı ile takip edilmiş hastalar dahil edilmiştir. Araştırmanın özellikleri araştırmayı yürüten doktorlar tarafından katılımcılara anlatılmış ve bilgilendirilmiş olur formu imzalayan katılımcılar çalışmaya kabul edilmiştir. Araştırma örneklemine 42 Bipolar Affektif Bozukluk, 40 Major Depresif Bozukluk tanılı hasta ile yaş ve eğitim düzeyleri eşleştirilmiş 45 sağlıklı birey dahil edilmiştir.

Örneklem Büyüklüğü G Power analizi ile a-priori olarak saptanmıştır. One way ANOVA ile 3 grup karşılaştırması için etki büyüklüğü Cohen $d = 0,40$, istatistiksel anlamlılık $\alpha = 0,05$ ve güç $(1-\beta) = 0,95$ olarak belirlendiğinde çalışmaya dahil olması planlanan örneklem sayısı 125 olarak hesaplanmış ve Grup 1: remisyon dönemindeki unipolar depresyon için 40 kişi, Grup 2:remisyon dönemindeki bipolar depresyon için 40 kişi ve Grup 3: sağlıklı kontrol için 45 kişi alınması düşünülmüştür.

Polikliniklere ayaktan başvuran katılımcıların değerlendirilmesi poliklinikteki muayene odalarında yapılmıştır. Araştırmanın amacı ve deseni Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve 436 sayılı etik onayı alınmıştır. Araştırmada kullanılan bilgilendirilmiş olur formları Ek-1 olarak sunulmuştur.

3.3.Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Major Depresif Bozukluk tanısını karşılamış olup remisyon döneminde olan grup (Grup 1) için;

DSM-5 tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısını bir dönem karşılamış olmak

Başka bir psikiyatrik rahatsızlığının bulunmaması

Nörolojik (Demans, epilepsi, parkinson hastalığı ve diğer organik bozukluklar gibi)

rahatsızlığın bulunmaması

18 -65 yaş aralığında olmak

Okur-yazar olmak

Çalışmaya katılmak için yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

Bipolar Affektif Bozukluk, Depresif Nöbet tanısını karşılamış olup remisyon döneminde olan grup (Grup 2) için;

DSM-5 tanı kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk, depresif nöbet tanısını bir dönem karşılamış olmak

Başka bir psikiyatrik rahatsızlığının bulunmaması

Nörolojik (Demans, epilepsi, parkinson hastalığı ve diğer organik bozukluklar gibi)

rahatsızlığın bulunmaması

18 -65 yaş aralığında olmak

Okur-yazar olmak

Çalışmaya katılmak için yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

Sağlıklı kontrollerin (Grup 3) dahil edilme kriterleri:

18-65 yaş aralığında olmak

Psikiyatrik bir hastalığın saptanmamış olması

18 -65 yaş aralığında olmak

Okur-yazar olmak

Çalışmaya katılmak için yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

Çalışmanın dışında tutulma kriterleri:

Ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)

Mental retardasyon tanısının olması

Nörodejeneratif bir hastalık tanısının bulunması (Demans Hastalığı, ALS, Parkinson Hastalığı)

Anamnezinde alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması

Kognitif işlevleri etkileyebilecek serebrovasküler hastalık, epilepsi, kafa içi tümör, ciddi kafa travması gibi ek nörolojik hastalık bulunması

Sağlıklı kontroller için halihazırda ve daha önce kendilerinde psikiyatrik bir hastalığın bulunması, halihazırda ve daha önce psikiyatrik bir tedavi kullanmış olmak

Okuduğunu anlayamayacak kadar okuma-yazma bilmeme ya da okuryazar olmaması

Çalışmaya katılmak için yazılı ve sözlü onam vermemiş olmak

3.4.Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Hasta gruplarına ve sağlıklı kontrol grubuna ilk olarak sosyodemografik ve klinik veri formu, ardından Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği verilmiştir. Psikolojik esnekliğin değerlendirilmesi için Psikolojik Esneklik Ölçeği, Freiburg Kendinelik Envanteri, Kabul Eylem Formu-2 kullanılmıştır. Zihin kuramı değerlendirmesi için Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZTÖ), yüz tanıma değerlendirmesi için Benton yüz tanıma testi, duygu tanıma değerlendirmesi için Ekman duygu tanıma bataryası kullanılmıştır. Yürütücü işlevler Wisconsin Kart Eşleme testi (WCST) ve Stroop testi ile değerlendirilmiştir.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmaya dâhil edilen hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna uygun hazırlanan yarı yapılandırılmış bir sosyodemografik ve klinik veri formu kullanılmıştır. Bu formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bedensel hastalık, o andaki tedavi durumu, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımı, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü ile ilgili sorular bulunmaktadır. Hasta gruplarının ayrıca; hastalık atak sayısı, mevsimsel özellik, psikotik özellik, atak şiddeti, kullanılan ilaçlar, psikoterapi-EKT-hastane yatış öyküleri, atakları tetikleyici faktörlere ilişkin sorularla hastalık öyküleri detaylandırılmaya çalışılmıştır.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, bireylerin depresif duygu, düşünce ve davranış örüntülerini değerlendirmeyi amaçlayan 21 maddelik öz bildirim formudur. Bu ölçek, depresyonun hem varlığını hem de şiddet derecesini değerlendirme açısından klinik ve araştırma uygulamalarında sıkça kullanılmaktadır (Beck et al., 1961). BDE, tedavi süreçlerinde semptom değişimlerini izlemek ve müdahale etkinliğini değerlendirmek açısından da yaygın biçimde tercih edilmektedir (Wang and Gorenstein, 2013). Türkçe uyarlaması ve geçerlik-güvenirlilik çalışması, Hisli tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçeğin Türk örneklemini üzerinde psikometrik açıdan yeterli olduğu gösterilmiştir (Hisli, 1989).

3.4.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve meslektaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen, 21 maddeden oluşan, kişinin içinde bulunduğu anksiyete belirti ve bulgularının sıklığını ölçmeyi amaçlayan bir testtir (Kılınç and Torun, 2011).

3.4.4. Kabul Eylem formu-2

Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II), temel olarak bireylerin kaçınma ve kabul eğilimlerini değerlendirmeyi amaçlayan bir Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ölçeğidir. Bu ölçek, psikolojik esnekliğin çeşitli boyutlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Hayes et al., 2006). KEF-II, yedi maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir ve katılımcılar her maddeyi 1 (asla doğru değil) ile 7 (her zaman doğru) arasında derecelendirir. Ölçekten elde edilen toplam puan ne kadar yüksekse, kabul ve yaşantısal kaçınma boyutlarında psikolojik esnekliğin o denli düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek, Bond ve meslektaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik-güvenirlilik çalışması ise Yavuz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Bond et al., 2011; Karatepe and Yavuz, 2019).

3.4.5. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Ölçek, Francis, Dawson ve Golijani-Moghaddam (2016) tarafından geliştirilmiştir. Değerler ve değerler doğrultusunda davranış (1, 7, 9, 13, 16, 19, 21, 26, 27, 28), an'da olma (8, 14, 18, 20, 22, 23, 25), kabul (2, 3, 5, 6, 24), bağlamsal benlik (4, 10, 12) ve ayrışma (11, 15, 17) olmak üzere beş alt grubu ve toplam 28 maddesi bulunur. Ölçekteki her madde 1 – 7 puan arasında puanlanır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Karakuş and Akbay (2020) tarafından yapılmıştır. Her alt ölçek kendisine ait maddelerin toplanmasıyla ayrı ayrı değerlendirilebilir, ayrıca ölçek toplam puanı da hesaplanabilir. Ölçekte tersine puanlanan maddeler 2, 3, 5, 6, 8, 14, 18, 20, 22, 23, 24 ve 25'tir. Ölçeğin hesaplanmasında en düşük puan 28, en yüksek puan 196'dır. (Karakuş and Akbay, 2020).

3.4.6. Freiburg Kendindelik Envanteri

Freiburg Kendindelik Envanteri (FKE), 14 maddeden oluşan Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1 (nadiren) ile 4 (her zaman) arasında puanlandırılır. Ölçeğin ilk 30 maddelik formu 2001'de oluşturulmuş ve 14 maddelik son formu 2006'da Walach ve meslektaşları tarafından düzenlenmiştir (Bergomi, Tschacher and Kupper, 2013). Maddelerin

oluşturulması ve seçimi, farkındalık ve içgörü meditasyonu literatürünün detaylı incelemesine, konunun uzmanlarıyla yapılan görüşmelere ve son olarak Budist meditasyonculardan oluşan örnekleme uygulanan doğrulama analizine dayanır. Türkçeye uyarlanması ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Karatepe ve Yavuz tarafından 2019’da yapılmıştır(Karatepe and Yavuz, 2019)

3.4.7. Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

Zihin kuramı becerilerini değerlendirmek için geliştirilmiş 18 ana soru ve 6 kontrol sorusundan oluşan bir testtir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Değirmencioğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Değirmencioğlu, 2008). Ölçekte birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, ironi kavrama, metafor kavrama, empatik anlayış, pot kırmayı kavrama becerileri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Ölçek 7 hikaye ve 3 resimden oluşur. Hikaye görevlerinde, bireyin hikaye boyunca hikaye ile ilgili sorulacak soruları cevaplaması istenir. Resim görevleri, bir hikaye anlatan 3 resimden oluşur ve hikayeye uygun olacak şekilde gelebilecek olan 4. resmi, iki resim arasından seçebilmeyi gerektirir. Puanlama cevap anahtarına göre yapılır, her doğru cevap 1 puan kabul edilir, kontrol soruları puanlamaya dahil edilmez. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 18, en düşük puan ise 0’dır.

3.4.8. Benton Yüz Tanıma Testi

Yüz tanıma becerisini değerlendirmek için Benton ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (Benton et al., 1983). Test kitapçığı 22 sayfadan oluşmaktadır, sayfaların sadece bir tarafı numaralandırılmıştır. Numaralandırılmamış sayfada bir adet uyarıcı yüz resmi, numaralandırılmış sayfada ise içlerinden seçim yapılacak altı adet yüz resmi bulunmaktadır. 1-13. sayfalar testin kısa formunu, tamamı ise testin uzun formunu oluşturmaktadır. 1-6. sayfalar için katılımcıdan üstteki uyarıcı resmi, seçim yapılacak altı resim arasından bulması istenir. Diğer sayfalar içinse katılımcıdan seçim yapılacak altı resim

arasından üstteki uyarıcı resme ait olan üç resmi seçmesi istenir. Kısa formun uygulama süresi daha kısa olduğu için, zamanı sınırlı olan hastaları değerlendirmek gerektiğinde tercih edilmektedir. Bu çalışmada, 13 sayfadan oluşan kısa form kullanılmıştır. Her doğru cevap 1 puan kabul edilmektedir. Testin maksimum puanı kısa formda 27, uzun formda 54'tür. Testin minimum puanı ise 0'dır. Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması Keskinlik tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Keskinlik, 2008).

3.4.9. Ekman Duygu Tanıma Testi

Duygu tanıma becerilerini değerlendirmek için Ekman and Friesen tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir (Ekman and Friesen, 1976). Fotoğraflar mutlu, üzgün, korkmuş, kızgın, şaşırılmış, iğrenmiş ve nötr olmak üzere yedi duygu ifadesi içermektedir. Oluşturulan batarya toplam 56 fotoğraf içerir ve tek modele ait olan ilk yedi fotoğraf duyguları tanıtmak üzere kullanılmıştır. Fotoğraflar sunu halinde bilgisayar aracılığı ile katılımcılara gösterilir ve beş saniye içinde ilk akıllarına gelen duyguyu söylemeleri istenir.

3.4.10. Wisconsin Kart Eşleme Testi

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST), bireyin soyutlama becerisi ve aldığı geribildirim doğrultusunda yeni kurallara uyum sağlayarak davranışlarını değiştirebilme kapasitesini değerlendiren, nöropsikolojik bir ölçme aracıdır. Test, ilk olarak 1948 yılında David A. Berg tarafından geliştirilmiş, daha sonra John P. Heaton tarafından standardize edilmiş ve klinik kullanım alanı genişletilmiştir (Heaton et al., 1993). WCST, özellikle yürütücü işlevlerin değerlendirilmesinde sık kullanılan bir ölçektir ve dikkat, bilişsel esneklik, kavramsallaştırma, soyut düşünme, perseveratif yanıtlar ve çalışan bellek gibi işlevlerle ilişkilidir (Greve, 2001; Strauss, Sherman and Spreen, 2006).

Test, özellikle dorsolateral prefrontal korteksin işlevsel değerlendirilmesinde yararlı olup, frontal lob hasarlarının tanınmasında yaygın olarak kullanılmaktadır (Nyhus and Barceló, 2009). Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş, testin kültürel uyarlaması yapılmıştır (Karakaş et al., 1998).

Bu çalışmada WCST’in bilgisayarlı formu uygulanmıştır. Katılımcıya ekranda dört adet anahtar kart sunulmakta ve her denemede bu kartlara benzer ancak renk, şekil ve sayı açısından farklılık gösteren bir yanıt kartı verilmektedir. Katılımcının, yanıt kartını anahtar kartlardan biriyle eşleştirmesi ve bu eşleştirmeyi hangi özelliğe (renk, şekil, sayı) göre yaptığını deneyimsel olarak çözmesi beklenir. Her eşleştirmeden sonra doğru ya da yanlış yönünde geri bildirim verilir. Katılımcı, belirli sayıda ardışık doğru yanıttan sonra uyarı almaksızın eşleştirme kuralını değiştirmek zorundadır. Eşleme ilkeleri sırayla renk, şekil ve sayı olarak değişir. Test, ya altı kategori tamamlanana kadar ya da 128 deneme dolana kadar sürdürülür. Test süresi sınırlı değildir.

3.4.11. Stroop Testi

Stroop Testi, prefrontal korteksin bilişsel kontrol işlevlerini değerlendirmek amacıyla kullanılan, çok sayıda versiyonu bulunan klasik bir nöropsikolojik ölçme aracıdır. Test, ilk olarak John Ridley Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiştir ve bireyin alışılmış tepki kalıplarını baskılayarak uygun tepkiyi verebilme yetisini ölçmeyi amaçlar (Stroop, 1935). "Stroop etkisi", bireyden bir kelimenin yazıldığı rengi söylemesinin istendiği durumlarda ortaya çıkar. Bu durum, özellikle kelimenin kendisinin de bir renk ismini ifade ettiği ve bu isim ile yazıldığı renk arasında çelişki olduğu durumlarda daha belirgin hale gelir. Çelişki mevcutsa, bireyin renk ismini söyleme süresi uzar; bu uzama bilişsel çatışmayı ve yürütücü işlevlerin devreye girdiğini gösterir (MacLeod, 1991).

Stroop Testi, özellikle dikkat, bilişsel esneklik, tepki inhibisyonu ve işleme hızını ölçmede etkili olup, frontal lob –özellikle dorsolateral prefrontal korteks– işlevselliğinin dolaylı bir göstergesi olarak kabul edilir (Lansbergen et al., 2007).

Testin Türkçe uyarlaması ve norm çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Stroop Testi'nin dört farklı karttan oluşan versiyonu kullanılmıştır (Karakaş et al., 1999a). Testin ilk kartında siyah renkle yazılmış renk adları yer alırken, ikinci kartta farklı renklerle yazılmış renk adları bulunur. Üçüncü kart, renkli basılmış dairelerden, dördüncü kart ise anlamsız ancak renkli basılmış kelimelerden oluşur. Son aşamada, ikinci kartta yer alan renk isimlerinin hangi renkle yazıldığı sorularak bireyin bilişsel çatışmayı yönetme becerisi değerlendirilir. Her kart için tamamlanma süresi, yapılan hata sayısı ve düzeltme sayıları kaydedilerek test puanı elde edilir.

3.5.İstatistiksel Analiz

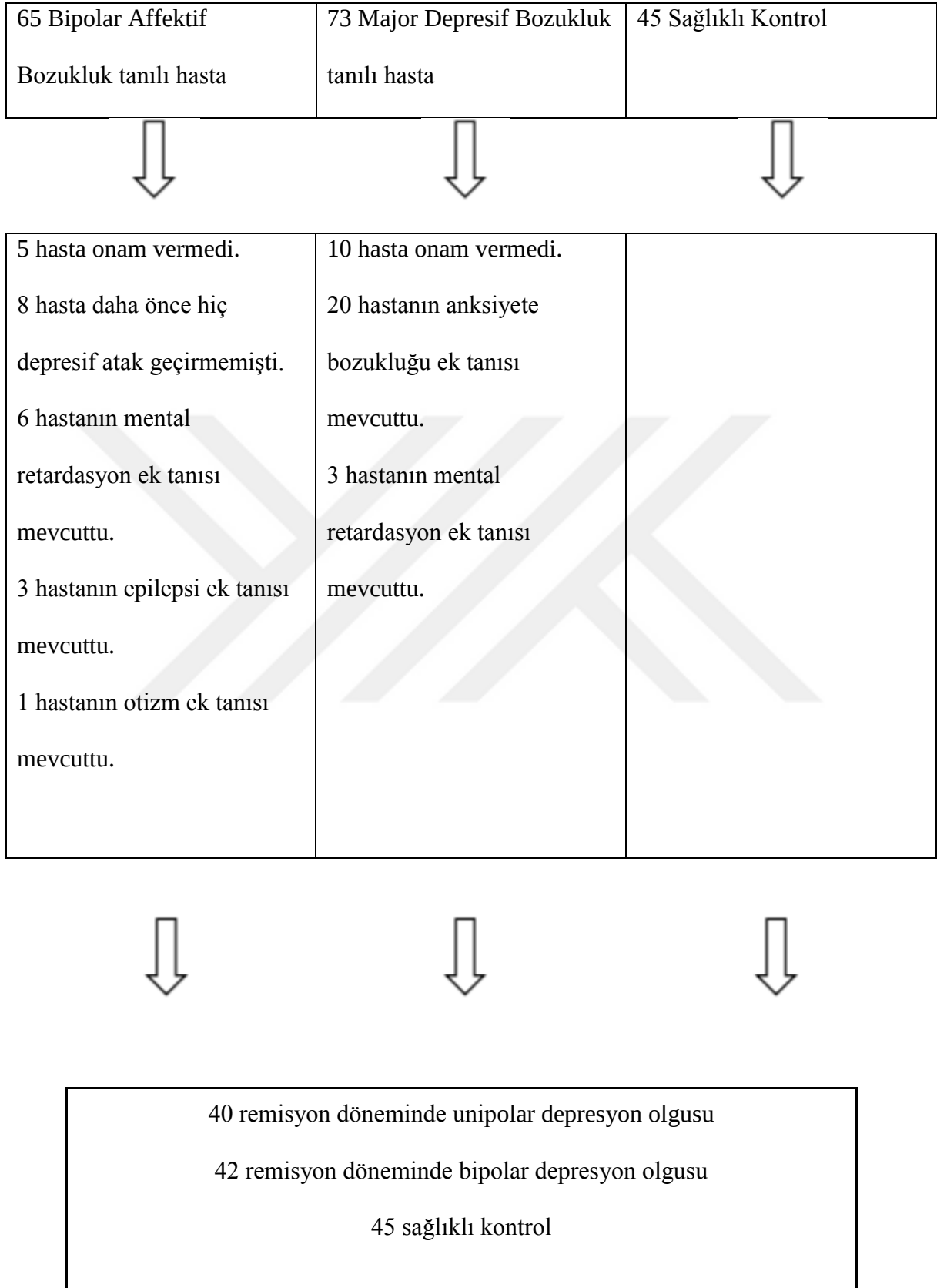
Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov,shapiro-wilk test ile ölçüldü. Dağılımı normal olan nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (Tukeytest), bağımsız örneklem t test kullanıldı. Dağılımı normal olmayan nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı.

Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon bulgularının anlamlılık düzeyi Bonferroni düzeltmesi uygulanarak incelenmiştir. Analizlerde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmaya remisyon dönemindeki Bipolar Depresyon tanılı hastalar, remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon tanılı hastalar ve hasta gruplarına benzer yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna sahip olan sağlıklı kontroller alınmıştır. Çalışma 65 Bipolar Affektif Bozukluk tanılı ve 73 Major Depresif Bozukluk tanılı hastaya önerilmiştir. Bipolar Affektif Bozukluk tanılı 8 hasta hiç depresif atak geçirmediği için, 6 hasta Mental Retardasyon ek tanısı olduğu için, 3 hasta epilepsi ek tanısı olduğu için, 1 hasta Otizm ek tanısı olduğu için, 5 hasta onam vermeyi kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Major Depresif Bozukluk tanılı 20 hasta Anksiyete Bozukluğu ek tanısı olduğu için, 3 hasta Mental Retardasyon ek tanısı olduğu için, 10 hasta onam vermeyi kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya 40 remisyon döneminde unipolar depresyon olgusu, 42 remisyon döneminde bipolar depresyon olgusu ve 45 sağlıklı birey dahil edilmiştir (Şekil 4.1).

Şekil 4.1. Çalışma Örnekleminin Belirlenmesi



Tablo 4.1. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p	
Yaş	Ort.±ss		38.7 ± 11.7	35.7 ± 12.5	40.0 ± 11.8	0.217	^K
	Medyan		39.0	36.5	40.5		
Cinsiyet							
Erkek	n-%		14 31.1%	13 32.5%	18 42.9%	0.485	^{X²}
Kadın	n-%		31 68.9%	27 67.5%	24 57.1%		
Medeni Durum							
Evli	n-%		35 77.8%	20 50.0%	15 35.7%	0.000	^{X²}
Bekar	n-%		10 22.2%	20 50.0%	27 64.3%		
		23					
Eğitim Süresi (Yıl)	Ort.±ss		13.2 ± 4.3	12.7 ± 4.2	12.0 ± 4.6	0.355	^K
	Medyan		16.0	13.0	13.0		
Çocuk Sayısı	0	n-%	16 ³ 35.6%	18 45.0%	26 61.9%	0.046	^{X²}
	I	n-%	3 6.7%	4 10.0%	2 4.8%		
	II	n-%	15 33.3%	12 30.0%	12 28.6%		
	III	n-%	10 22.2%	5 12.5%	2 4.8%		
	IV	n-%	1 2.2%	1 2.5%	0 0.0%		
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	n-%		15 33.3%	23 57.5%	24 57.1%	0.035	^{X²}
Çalışıyor	n-%		30 66.7%	17 ¹ 42.5%	18 42.9%		
Sosyoekonomik Düzey	Alt	n-%	20 44.4%	24 60.0%	29 69.0%	0.063	^{X²}
	Orta	n-%	20 44.4%	14 35.0%	11 26.2%		
	Üst	n-%	5 11.1%	2 5.0%	2 4.8%		
Yaşadığı Yer							
Köy-İlçe	n-%		1 ²³ 2.2%	7 17.5%	14 33.3%	0.001	^{X²}
İl Merkezi ve Diğer	n-%		44 97.8%	33 82.5%	28 66.7%		

K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U); χ^2 : Ki-kare testi.

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

³ Bipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.1. Kontrol, unipolar depresyon ve bipolar depresyon gruplarının temel sosyodemografik özelliklerini karşılaştırmalı olarak sunmaktadır. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$). Ancak medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu ve yaşanan yer gibi bazı değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlenmiştir. Özellikle kontrol grubunda evli, çalışan ve şehir merkezinde yaşayan bireylerin oranı daha yüksekken; unipolar ve bipolar gruplarda bekar, işsiz ve kırsal bölgede yaşayan bireylerin oranı artış göstermektedir. Bu farklılıklar, klinik grupların sosyal yaşam koşullarında belirgin ayrışmalar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2 Üç grubun klinik ve özgeçmişe ilişkin özelliklerini karşılaştırmalı olarak sunmaktadır. Ek hastalık, sigara kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü de klinik gruplarda kontrol grubuna kıyasla daha yaygındır. Bipolar grup özellikle EKT ve psikiyatrik yatış öyküsü açısından dikkat çekici şekilde ayrışmaktadır. Bu bulgular, klinik grupların daha karmaşık bir psikiyatrik geçmişe ve sağlık profiline sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			¹ Kontrol Grubu (n:45)		² Unipolar Grubu (n:42)		³ Bipolar Grubu (n:40)		p	
Ek Hastalık	(-)	n-%	38	84.4%	27	67.5%	23	54.8%	0.011	X ²
	(+)	n-%	7 ³	15.6%	13	32.5%	19	45.2%		
Aktif İlaç Kullanımı	(-)	n-%	45	100%	6	15.0%	0	0.0%	0.000	X ²
	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	34 3	85.0%	42	100%		
Sigara Kullanım Öyküsü	(-)	n-%	38	84.4%	16	40.0%	20	47.6%	0.000	X ²
	(+)	n-%	7 ²³	15.6%	24	60.0%	22	52.4%		
Alkol Kullanım Öyküsü	(-)	n-%	42	93.3%	32	80.0%	34	81.0%	0.151	X ²
	(+)	n-%	3	6.7%	8	20.0%	8	19.0%		
Madde Kullanım Öyküsü	(-)	n-%	45	100%	37	92.5%	38	90.5%	0.121	X ²
	(+)	n-%	0	0.0%	3	7.5%	4	9.5%		
Adli Öykü	(-)	n-%	44	97.8%	40	100%	40	95.2%	p>0.0	X ²
	(+)	n-%	1	2.2%	0	0.0%	2	4.8%	5	
Ailede Psikiyatrik Hast.	(-)	n-%	39	86.7%	25	62.5%	24	57.1%	0.006	X ²
	(+)	n-%	6 ²³	13.3%	15	37.5%	18	42.9%		
EKT Öyküsü	(-)	n-%	45	100%	40	100%	34	81.0%	0.000	X ²
	(+)	n-%	0 ³	0.0%	0 ³	0.0%	8	19.0%		
Psikoterapi Öyküsü	(-)	n-%	45	100%	29	72.5%	24	57.1%	0.000	X ²
	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	11	27.5%	18	42.9%		
Psikiyatrik Yatış Öyküsü	(-)	n-%	45	100%	35	87.5%	8	19.0%	0.000	X ²
	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	5 ³	12.5%	34	81.0%		

χ^2 : Ki-kare testi (gerekli yerlerde Fisher exact testi kullanılmıştır).

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

³ Bipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.3. Unipolar ve Bipolar Grupların Depresif Atığa Dair Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Unipolar Grubu (n:40)		Bipolar Grubu (n:42)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Hastalık Başlama Yaşı		28.3 ± 10.3	28.5	23.2 ± 7.2	20.0	0.034 ^m
İlk Yatış Yaşı		32.0 ± 2.8	31.0	24.7 ± 8.2	22.5	0.025 ^m
Toplam Yatış Sayısı		1.8 ± 0.8	2.0	5.5 ± 8.5	3.5	0.087 ^m
Mevsimsel Özellik	(-)	39	97.5%	24	57.1%	0.000 ^{X²}
	(+)	1	2.5%	18	42.9%	
Depresif Atakta Psikotik Belirti	(-)	38	95.0%	26	61.9%	0.000 ^{X²}
	(+)	2	5.0%	16	38.1%	
Depresif Atakta Vejetatif Belirti	(-)	0	0.0%	4	9.5%	0.116 ^{X²}
	(+)	40	100%	38	90.5%	
İlk Epizod Tipi						
Depresyon		40	100%	28	66.7%	0.000 ^{X²}
Mani		0	0.0%	13	31.0%	
Hipomani		0	0.0%	1	2.4%	
İlk Epizod Tetikleyici Faktör	(-)	25	62.5%	30	71.4%	0.390 ^{X²}
	(+)	15	37.5%	12	28.6%	
İlk Epizod Şiddeti						
Hafif-Orta		38	95.0%	19	45.2%	0.000 ^{X²}
Ağır		2	5.0%	23	54.8%	
Son Epizod Tipi						
Depresyon		40	100%	17	40.5%	0.000 ^{X²}
Mani		0	0.0%	17	40.5%	
Hipomani		0	0.0%	8	19.0%	
Son Epizod Tetikleyici Faktör	(-)	35	87.5%	38	90.5%	0.666 ^{X²}
	(+)	5	12.5%	4	9.5%	

Son Epizod Şiddeti

Hafif-Orta	38	95.0%	21	50.0%	0.000 ^{X²}
Ağır	2	5.0%	21	50.0%	
Epizod Sayısı	2.7 ± 1.2	2.0	10.8 ± 7.2	10.0	0.000 ^m
Depresyon Sayısı	2.7 ± 1.2	2.0	5.0 ± 4.7	4.0	0.000 ^m

m: Mann-Whitney U testi; χ^2 : Ki-kare testi (gerektiğinde Fisher exact testi kullanılmıştır).

Tablo 4.3 Unipolar ve bipolar depresyon gruplarının hastalık seyriyle ilgili klinik özelliklerini karşılaştırmaktadır. Bipolar grupta hastalık başlangıç yaşı, ilk yatış yaşı ve epizod sayıları anlamlı düzeyde daha erken ve daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$). Ayrıca, mevsimsellik, psikotik belirtiler, ağır başlangıç ve son epizod özellikleri bipolar grupta daha sık görülmüştür. Unipolar grupta ise ilk ve son epizodların tamamı depresif özellikte olup, daha hafif seyirli bir klinik tablo gözlenmiştir. Bu veriler, bipolar hastalığın unipolar depresyona kıyasla daha erken başlangıçlı, epizodik seyirli ve klinik açıdan daha ağır bir profile sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4 Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kabul Eylem Formu, Freiburg Kendinelik Envanteri, Benton Yüz Tanıma Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)		² Unipolar Grubu (n:42)		³ Bipolar Grubu (n:40)		p	
İntihar Öyküsü	(-)	n-%	45	100%	27	67.5%	24	57.1%	0.000 ^{X²}
	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	13	32.5%	18	42.9%	
İntihar Girişimi Sayısı	Ort.±ss				1.6 ± 1.4		1.4 ± 0.9		0.876 ^K
	Medyan				1.0		1.0		
Beck Depresyon Skoru	Ort.±ss		3.9 ± 3.9		7.9 ± 4.2		8.2 ± 3.7		0.000 ^K
	Medyan		4.0 ²³		7.0		7.0		
Beck Anksiyete Skoru	Ort.±ss		5.2 ± 4.9		7.4 ± 4.5		8.1 ± 4.0		0.010 ^K
	Medyan		5.0 ²³		7.0		8.0		
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	Ort.±ss		16.0 ± 7.1		28.6 ± 11.9		25.5 ± 11.5		0.000 ^K
	Medyan		15.0 ²³		31.0		27.0		
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	Ort.±ss		37.8 ± 6.5		32.0 ± 7.6		33.8 ± 7.9		0.001 ^A
	Medyan		39.0		30.0 ¹		32.5 ¹		
Benton Yüz Tanıma Testi Toplam Puanı	Ort.±ss		22.2 ± 2.6		20.6 ± 3.6		19.3 ± 3.6		0.001 ^K
	Medyan		22.0		21.0		19.5 ¹		

A: ANOVA; K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U); χ^2 : Ki-kare testi.

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

³ Bipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.4 Üç grubun depresyon, anksiyete, psikolojik esneklik, kendinelik, yüz tanıma becerileri ve intihar öyküsü açısından karşılaştırılmasını göstermektedir. İntihar öyküsü, Beck depresyon ve anksiyete skorları unipolar ve bipolar gruplarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < .01$). Psikolojik esneklik düzeyi (Kabul ve Eylem Formu) klinik gruplarda belirgin biçimde daha düşüktür. Kendinelik düzeyi ve yüz tanıma performansı ise kontrol grubunda daha yüksek düzeyde olup, klinik gruplarla arasında anlamlı farklar gözlenmiştir. Bu bulgular, affektif bozuklukların yalnızca duygudurum belirtileriyle sınırlı kalmadığını; bilişsel, kişilerarası ve öz farkındalık alanlarında da önemli etkiler yarattığını göstermektedir.

Tablo 4.5 Psikolojik esnekliğin alt boyutları ve toplam puanları açısından üç grubun karşılaştırmasını içermektedir. Kontrol grubunun toplam psikolojik esneklik puanı ve “değerler doğrultusunda davranış”, “anda olma” ve “kabul” alt boyutlarındaki ortalamaları, hem unipolar hem de bipolar gruplara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .001$). Özellikle bipolar grupta “değerler doğrultusunda davranış” puanlarının belirgin biçimde düşük olması dikkat çekicidir. Diğer alt boyutlar olan “bağlamsal benlik” ve “ayrışma” açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar, affektif bozukluk tanısı almış bireylerin psikolojik esneklik kapasitesinde belirgin azalmalar olduğunu ve bu durumun özellikle değer temelli yaşama ve anda kalma becerilerinde belirginleştiğini göstermektedir.

Tablo 4.5. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Psikolojik Esneklik Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p
Psikolojik Esneklik Ölçeği					
Değerler	Ort.±ss	57.1 ± 8.8	54.8 ± 14.5	46.8 ± 11.0	0.000 ^A
Doğrultusunda Davranış Puanı	Medyan	58.0	53.0	45.0 ¹²	
Anda Olma Puanı	Ort.±ss	36.4 ± 7.2	29.2 ± 9.3	29.6 ± 8.1	0.000 ^K
	Medyan	38.0	27.0 ¹	29.0 ¹	
Kabul Puanı	Ort.±ss	19.9 ± 6.0	14.3 ± 6.3	17.0 ± 5.7	0.000 ^A
	Medyan	20.0	14.0 ¹	16.5	
Bağlamsal Benlik Puanı	Ort.±ss	13.0 ± 3.7	12.6 ± 5.6	12.1 ± 4.1	0.632 ^A
	Medyan	14.0	12.0	12.0	
Ayrışma Puanı	Ort.±ss	13.3 ± 3.8	11.8 ± 5.0	12.3 ± 4.1	0.197 ^K
	Medyan	13.0	11.0	12.0	
Toplam Puanı	Ort.±ss	140. ± 17.7 0	122. ± 24.7 7	117. ± 18.5 9	0.000 ^K
	Medyan	138.5	117.0 ¹	118.0 ¹	

A: ANOVA; K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U testi uygulanmıştır).

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.6 Kontrol, unipolar ve bipolar grupların zihin kuramı becerilerini Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin (DEZTÖ) alt boyutları üzerinden karşılaştırmalı olarak sunmaktadır.

Kontrol grubunun birincil ve ikincil yanlış inanç, ironi ve metafor kavrama, empatik anlayış ve toplam zihin kuramı puanlarında diğer gruplara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir ($p < .01$). Bipolar grup özellikle ikincil yanlış inanç ve empatik anlayış gibi daha karmaşık sosyal bilişsel süreçlerde belirgin yetersizlikler göstermektedir. Gaf kavrama puanlarında ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular, özellikle bipolar bozuklukta sosyal bilişin daha fazla bozulduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.6. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p
<i>Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği</i>					
Birincil Derece Yanlış İnanç P.	Ort.±ss	3.5 ± 0.7	3.0 ± 1.0	2.8 ± 0.9	0.001 ^K
	Medyan	4.0	3.0 ¹	3.0 ¹	
İkincil Derece Yanlış İnanç P.	Ort.±ss	2.4 ± 0.7	1.9 ± 0.8	1.3 ± 0.9	0.000 ^K
	Medyan	3.0	2.0 ¹	1.0 ¹²	
İroni Kavrama Puanı	Ort.±ss	2.8 ± 1.7	2.5 ± 0.8	2.0 ± 1.1	0.003 ^K
	Medyan	3.0	3.0	2.0 ¹²	
Metafor Kavrama Puanı	Ort.±ss	1.7 ± 0.6	1.3 ± 0.9	1.2 ± 0.8	0.009 ^K
	Medyan	2.0	2.0 ¹	1.0 ¹	
Empatik Anlayış Puanı	Ort.±ss	4.8 ± 0.4	4.7 ± 0.5	4.3 ± 0.8	0.000 ^K
	Medyan	5.0	5.0	4.0 ¹²	
Gaf Kavrama Puanı	Ort.±ss	1.0 ± 0.0	1.0 ± 0.2	1.0 ± 0.2	0.346 ^K
	Medyan	1.0	1.0	1.0	
Toplam Puanı	Ort.±ss	15.7 ± 2.9	14.2 ± 2.3	12.2 ± 3.4	0.000 ^K
	Medyan	16.0	14.0 ¹	13.0 ¹²	

K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U testi uygulanmıştır).

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.7. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Stroop Testi Sonuçları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p
<i>Stroop Testi</i>					
1 Süre	Ort.±ss	10.3 ± 2.0	12.8 ± 5.3	12.9 ± 5.3	0.003 ^K
	Medyan	9.8 ²³	11.1	11.3	
1 Hata Sayısı	Ort.±ss	0.00 ± 0.00	0.03 ± 0.16	0.17 ± 1.13	0.575 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
1 Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.05 ± 0.22	0.130 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
2 Süre	Ort.±ss	11.2 ± 2.6	13.4 ± 5.5	13.0 ± 6.3	0.074 ^K
	Medyan	10.6	11.8	11.7	
2 Hata Sayısı	Ort.±ss	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.60 ± 2.82	0.064 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
2 Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	0.07 ± 0.33	0.03 ± 0.16	0.12 ± 0.33	0.187 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
3 Süre	Ort.±ss	13.6 ± 2.6	16.4 ± 6.4	16.6 ± 6.8	0.031 ^K
	Medyan	13.6 ³	14.2	14.9	
3 Hata Sayısı	Ort.±ss	0.00 ± 0.00	0.08 ± 0.35	0.80 ± 3.53	0.112 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
3 Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	0.04 ± 0.30	0.20 ± 0.46	0.36 ± 0.73	0.013 ^K
	Medyan	00.0 ²³	0.00	0.00	
4 Süre	Ort.±ss	17.7 ± 5.1	20.0 ± 8.7	22.9 ± 11.8	0.051 ^K
	Medyan	16.7	16.7	20.5	
4 Hata Sayısı	Ort.±ss	0.07 ± 0.33	0.03 ± 0.16	1.11 ± 4.82	0.167 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
4 Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	0.53 ± 2.99	0.23 ± 0.53	0.43 ± 0.91	0.243 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
5 Süre	Ort.±ss	26.1 ± 10.1	27.5 ± 11.1	29.9 ± 11.8	0.109 ^K
	Medyan	25.4	23.5	31.0	
5 Hata Sayısı	Ort.±ss	0.20 ± 0.46	0.58 ± 1.24	2.05 ± 6.10	0.013 ^K
	Medyan	00.0 ³	0.00	0.00	
5 Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	0.38 ± 0.65	0.90 ± 1.32	1.73 ± 1.82	0.001 ^K
	Medyan	00.0 ³	00.0 ³	1.00	
İnterferans	Ort.±ss	15.0 ± 9.8	14.1 ± 7.5	17.8 ± 11.0	0.059 ^K

	Medyan	15.2		12.1		19.2	
Toplam Süre	Ort.±ss	78.9 ± 19.0		90.2 ± 34.3		92.5 ± 29.0	0.050 ^K
	Medyan	77.2 ³		78.7		88.1	
Toplam Hata Sayısı	Ort.±ss	0.3 ± 0.5		0.7 ± 1.4		3.2 ± 12.1	0.012 ^K
	Medyan	00.0 ³		0.00		0.00	
Toplam Düzeltme Sayısı	Ort.±ss	1.02 ± 3.29		1.35 ± 1.79		2.71 ± 2.99	0.001 ^K
	Medyan	00.0 ³		01.0 ³		2.00	

K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U testi uygulanmıştır).

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

³ Bipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.7 Stroop Testi'ne ilişkin süre, hata ve düzeltme ölçütlerinde gruplar arası farkları göstermektedir. Kontrol grubu, birçok aşamada anlamlı olarak daha kısa sürelerde testi tamamlarken, özellikle bipolar grubun 3. ve 5. aşamalarda daha uzun süreler harcadığı ve daha fazla düzeltme yaptığı gözlenmiştir ($p < .05$). Toplam hata ve düzeltme sayısı da bipolar grupta anlamlı olarak yüksektir. Bu bulgular, dikkat kontrolü ve yanıt inhibisyonu süreçlerinde özellikle bipolar bireylerde belirgin güçlükler yaşandığını göstermektedir. Unipolar grupta ise bu güçlükler daha sınırlı düzeydedir ve kontrol grubuna daha yakın performans sergilenmiştir.

Tablo 4.8. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Wisconsin Kart Eşleme Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p
<i>Wisconsin Kart Eşleme Testi</i>					
Toplam Doğru Sayısı	Ort.±ss	86.6 ± 18.9	81.5 ± 24.3	72.5 ± 20.8	0.008 ^K
	Medyan	89.0	91.0	73.5 ¹²	
Toplam Yanlış Sayısı	Ort.±ss	41.4 ± 18.9	46.6 ± 24.3	55.5 ± 20.8	0.008 ^K
	Medyan	39.0 ³	37.0 ³	54.5	
Perseveratif Cevap Sayısı	Ort.±ss	22.6 ± 11.7	26.1 ± 20.0	28.4 ± 17.0	0.189 ^K
	Medyan	19.0	18.0	23.5	
Non-Perseveratif Hata Sayısı	Ort.±ss	20.8 ± 12.1	22.9 ± 16.0	29.8 ± 17.7	0.015 ^K
	Medyan	18.0 ³	18.5 ³	25.0	
Perseveratif Hata Sayısı	Ort.±ss	19.9 ± 10.3	23.6 ± 15.8	25.7 ± 13.5	0.082 ^K
	Medyan	17.0	17.5	22.5	
Perseveratif Hata Yüzdesi	Ort.±ss	16.1 ± 7.7	17.6 ± 12.0	20.1 ± 10.5	0.122 ^K
	Medyan	14.1	13.3	17.6	
Kategori	Ort.±ss	5.3 ± 3.2	4.9 ± 3.3	3.0 ± 2.6	0.003 ^K
	Medyan	5.0	5.0	2.0 ¹²	
İlk Kategori Tamamlamak İçin Kullanılan Kart Sayısı	Ort.±ss	23.0 ± 16.9	20.1 ± 13.3	34.9 ± 27.9	0.079 ^K
	Medyan	17.0	12.0	25.0	
Kavramsal Tepki Yüzdesi	Ort.±ss	57.8 ± 21.2	53.4 ± 25.1	43.1 ± 21.4	0.010 ^K

	Medyan	62.5		61.3		43.0 ¹²	
Kuralı	Ort.±ss	1.3 ± 1.3		1.2 ± 1.3		1.8 ± 1.7	0.153 ^K
Sürdürmede							
Başarısızlık	Medyan	1.0		1.0		1.5	

K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U testi uygulanmıştır).

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

² Unipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

³ Bipolar grup ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.8 Üç grubun Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) performansını karşılaştırmalı olarak göstermektedir. Bipolar grubun toplam doğru sayısının düşük, toplam yanlış ve non-perseveratif hata sayılarının ise yüksek olduğu görülmektedir ($p < .05$). Ayrıca bipolar bireylerin kavramsal tepki yüzdesi ve kategori tamamlamada kontrol ve unipolar gruplara göre belirgin biçimde düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, özellikle bipolar grubun kavramsal esneklik, kategori oluşturmada süreklilik ve bilişsel kontrol becerilerinde zayıflık yaşadığını göstermektedir. Unipolar grup ise bu becerilerde kontrol grubuna daha yakın, ancak yine de anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Tablo 4.9. Ekman Yüz İfadeleri Testi'nden elde edilen duygusal yüz tanıma performanslarının gruplar arasında karşılaştırmasını içermektedir. Mutlu, üzgün ve şaşırılmış ifadelerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken; korkmuş, kızgın ve iğrenmiş ifadelerin tanınmasında klinik gruplar, özellikle de bipolar grup, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük performans göstermiştir ($p < .05$). Toplam puan analizleri de klinik grupların yüz ifadesi tanıma yetilerinde genel olarak belirgin bir azalma olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, duygusal yüz ifadesi tanıma yetisinin özellikle olumsuz duygular söz konusu olduğunda unipolar ve bipolar depresyonda bozulduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Kontrol, Unipolar ve Bipolar Gruplarının Ekman Yüz İfadeleri Testi Puanları Açısından Karşılaştırılması

		¹ Kontrol Grubu (n:45)	² Unipolar Grubu (n:42)	³ Bipolar Grubu (n:40)	p
<i>Ekman Yüz İfadeleri Testi</i>					
Mutlu İfade Puanı	Ort.±ss	6.9 ± 0.3	6.9 ± 0.4	6.8 ± 0.6	0.185 ^K
	Medyan	7.0	7.0	7.0	
Üzgün İfade Puanı	Ort.±ss	5.0 ± 1.6	4.7 ± 1.9	4.3 ± 2.2	0.458 ^K
	Medyan	5.0	5.0	4.5	
Korkmuş İfade Puanı	Ort.±ss	3.7 ± 1.7	2.6 ± 2.0	2.5 ± 1.4	0.001 ^K
	Medyan	4.0	2.0 ¹	2.0 ¹	
Kızgın İfade Puanı	Ort.±ss	6.2 ± 0.8	5.9 ± 1.3	5.4 ± 1.5	0.038 ^K
	Medyan	6.0	6.0	6.0 ¹	
Şaşırmış İfade Puanı	Ort.±ss	6.5 ± 1.0	6.1 ± 1.3	6.0 ± 1.6	0.118 ^K
	Medyan	7.0	7.0	7.0	
İğrenmiş İfade Puanı	Ort.±ss	5.8 ± 1.1	4.9 ± 1.2	4.7 ± 1.9	0.001 ^K
	Medyan	6.0	5.0 ¹	5.0 ¹	
Toplam Puanı	Ort.±ss	40.7 ± 3.7	37.1 ± 5.2	35.9 ± 6.8	0.000 ^K
	Medyan	41.0	37.5 ¹	37.5 ¹	

K: Kruskal-Wallis testi (post-hoc: Mann-Whitney U testi uygulanmıştır).

¹ Kontrol grubu ile anlamlı fark ($p < .05$)

Tablo 4.10 UD Grubunda Ekman Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ve Benton Toplam Puan ile; BDÖ,BAÖ; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Ekman Yüz İfadeleri Testi				
		Korkmuş İfade Puanı	Kızgın İfade Puanı	İğrenmiş İfade Puanı	Toplam Puanı	Benton Toplam Puanı
Beck Depresyon Skoru	r	0.235	-0.143	-0.152	0.021	0.047
	p	0.144	0.380	0.350	0.895	0.775
Beck Anksiyete Skoru	r	0.234	-0.328	0.078	0.068	0.112
	p	0.145	0.039	0.632	0.675	0.493
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.169	-0.080	0.239	0.069	-0.018
	p	0.304	0.626	0.142	0.675	0.912
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	0.152	0.026	-0.071	0.121	0.123
	p	0.348	0.872	0.661	0.456	0.451
Psikolojik Esneklik Ölçeği						
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.059	-0.128	0.095	-0.128	-0.115
	p	0.719	0.429	0.558	0.430	0.478
Anda Olma Puanı	r	0.215	0.258	0.146	0.197	0.194
	p	0.182	0.108	0.369	0.222	0.231
Kabul Puanı	r	-0.040	0.099	-0.109	0.052	0.034
	p	0.804	0.542	0.504	0.751	0.837
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.115	-0.145	-0.280	-0.209	-0.254
	p	0.481	0.373	0.080	0.196	0.114
Ayrışma Puanı	r	-0.097	-0.075	-0.048	-0.197	-0.090
	p	0.550	0.647	0.769	0.223	0.581
Toplam Puanı	r	-0.051	-0.012	0.005	-0.084	-0.068
	p	0.756	0.940	0.976	0.607	0.675

Spearman rho korelasyon katsayıları (*r*) ve ilgili *p* değerleri verilmiştir.

Bonferroni düzeltmesi: $p < .001$

Unipolar depresyon grubunda Ekman Yüz İfadeleri Testi puanları ile psikopatoloji ve psikolojik esneklik değişkenleri arasındaki ilişkilere bakıldığında, ham p değerleri açısından bazı değişkenlerle zayıf korelasyonlar gözlense de, Bonferroni düzeltmesine göre anlamlı olan hiçbir ilişki bulunmamıştır (düzeltilmiş $p < .001$). En yüksek negatif ilişki, *bağlamsal benlik* ile *iğrenmiş ifade* puanı arasında ($r = -.280, p = .080$) görülse de bu ilişki anlamlılık eşiğinin oldukça üzerindedir. Bu sonuçlar, unipolar depresyon grubunda yüz ifadelerinin tanınması ile psikolojik esneklik ve semptom düzeyi arasındaki ilişkilerin zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. (Tablo 4.10)

Bipolar depresyon grubunda, Ekman Yüz İfadeleri Testi ile psikolojik esneklik, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilere bakıldığında, ham p değerlerine göre bazı zayıf ve orta düzey korelasyonlar gözlenmektedir. Örneğin, *Beck Anksiyete Skoru* ile Benton yüz tanıma puanı arasında negatif bir ilişki dikkat çekmektedir ($r = -.347, p = .024$). Ancak yapılan Bonferroni düzeltmesi sonucunda düzeltilmiş anlamlılık düzeyi $p < .001$ olarak belirlendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı hiçbir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 4.11)

Tablo 4.11 BD Grubunda Ekman Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ve Benton Toplam Puan ile; BDÖ,BAÖ; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Ekman Yüz İfadeleri Testi				
		Korkmuş İfade Puanı	Kızgın İfade Puanı	İğrenmiş İfade Puanı	Toplam Puanı	Benton Toplam Puanı
Beck Depresyon Skoru	r	-0.272	-0.076	-0.123	-0.179	-0.177
	p	0.081	0.632	0.438	0.257	0.261
Beck Anksiyete Skoru	r	-0.267	0.080	-0.152	-0.228	-0.347
	p	0.087	0.614	0.337	0.146	0.024
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	-0.264	0.097	-0.015	-0.117	-0.234
	p	0.091	0.540	0.925	0.461	0.136
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	0.041	-0.163	-0.105	-0.009	0.150
	p	0.795	0.302	0.507	0.957	0.344
Psikolojik Esneklik Ölçeği						
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	0.121	-0.058	0.134	0.090	0.110
	p	0.446	0.715	0.397	0.570	0.489
Anda Olma Puanı	r	0.027	-0.008	-0.165	-0.061	0.090
	p	0.865	0.959	0.295	0.700	0.570
Kabul Puanı	r	-0.056	0.078	-0.057	0.008	-0.008
	p	0.724	0.625	0.720	0.962	0.961
Bağlamsal Benlik Puanı	r	0.095	-0.154	-0.051	-0.043	0.138
	p	0.548	0.331	0.750	0.788	0.382
Ayrışma Puanı	r	-0.286	-0.290	0.024	-0.158	0.005
	p	0.066	0.062	0.881	0.317	0.973
Toplam Puanı	r	-0.184	-0.246	0.000	-0.160	0.102
	p	0.243	0.116	0.999	0.313	0.520

Spearman rho korelasyon katsayıları (r) ve ilgili p değerleri verilmiştir.
Bonferroni düzeltmesi: anlamlılık düzeyi $p < .001$

Tablo 4.12 UD Grubunda DEZTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanç P.	2. Derece Yanlış İnanç P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Beck Depresyon Skoru	r	0.092	-0.043	-0.024	-0.239	-0.033	-0.135
	p	0.573	0.793	0.882	0.137	0.841	0.414
Beck Anksiyete Skoru	r	-0.074	0.040	0.027	-0.063	-0.108	-0.064
	p	0.650	0.804	0.870	0.698	0.512	0.698
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	-0.058	-0.137	-0.187	-0.097	-0.327	-0.222
	p	0.727	0.405	0.253	0.559	0.045	0.180
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.172	0.079	0.222	0.081	0.247	0.123
	p	0.288	0.627	0.168	0.619	0.129	0.454
Psikolojik Esneklik Ölçeği							
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.088	-0.020	0.009	-0.013	0.139	0.010
	p	0.587	0.903	0.955	0.937	0.400	0.953
Anda Olma Puanı	r	0.077	0.137	0.071	-0.146	0.218	0.063
	p	0.637	0.399	0.665	0.370	0.182	0.703
Kabul Puanı	r	0.245	0.003	-0.031	-0.063	-0.095	0.029
	p	0.128	0.988	0.850	0.698	0.565	0.861
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.185	-0.067	0.028	-0.025	0.151	-0.044
	p	0.254	0.681	0.863	0.879	0.360	0.792
Ayrışma Puanı	r	-0.158	0.007	-0.106	-0.017	0.104	-0.079
	p	0.329	0.967	0.516	0.919	0.529	0.634
Toplam Puanı	r	0.018	-0.022	0.009	-0.036	0.174	0.014
	p	0.911	0.891	0.957	0.827	0.289	0.931

Spearman rho korelasyon katsayıları (r) ve ilgili p değerleri sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi: düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .00083$

Unipolar depresyon grubunda DEZTÖ alt boyutları ile psikopatolojik belirtiler ve psikolojik esneklik düzeyleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, bazı korelasyonlar gözlense de Bonferroni düzeltmesine göre hiçbir ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (düzeltilmiş $p < .00083$). En yüksek düzeyde negatif ilişki, *empatik anlayış* ile *Kabul ve Eylem Formu toplam puanı* arasında saptanmıştır ($r = -.327, p = .045$), ancak bu ilişki düzeltilmiş anlamlılık düzeyinin oldukça üzerindedir. Bulgular, unipolar bireylerde zihin kuramı becerileri ile psikolojik esneklik ya da duygusal semptomlar arasında güçlü ve anlamlı bağlantılar olmadığını göstermektedir.(Tablo 4.12)

Bipolar grup verileri incelendiğinde, bazı korelasyon katsayıları orta düzeye yaklaşmakla birlikte, yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrasında hiçbir ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (düzeltilmiş $p < .00083$). Örneğin, *Beck Anksiyete Skoru* ile 2. derece yanlış inanç puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir ($r = -.292, p = .060$); ancak bu ilişki düzeltilmiş anlamlılık eşiğini karşılamamaktadır. Yine *DDD puanı* ile ironi kavrama arasında olumlu bir korelasyon dikkat çekmektedir ($r = .276$), fakat bu da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgular, bipolar bireylerde zihin kuramı yetilerinin psikopatoloji ya da psikolojik esneklik göstergeleriyle doğrudan güçlü bir ilişki göstermediğini ortaya koymaktadır.(Tablo 4.13)

Tablo 4.13 BD Grubunda DEZTÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanç P.	2. Derece Yanlış İnanç P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Beck Depresyon Skoru	r	-0.017	-0.261	-0.088	-0.076	0.123	-0.055
	p	0.916	0.095	0.581	0.633	0.438	0.728
Beck Anksiyete Skoru	r	0.004	-0.292	-0.278	-0.116	0.094	-0.197
	p	0.982	0.060	0.075	0.463	0.554	0.211
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.144	-0.174	-0.125	-0.136	-0.060	-0.050
	p	0.365	0.270	0.429	0.390	0.707	0.755
Freiburg Kendindelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.170	0.018	0.151	-0.011	-0.110	-0.062
	p	0.283	0.908	0.341	0.943	0.489	0.696
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>							
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.039	0.129	0.276	0.116	0.140	0.177
	p	0.805	0.415	0.077	0.464	0.378	0.263
Anda Olma Puanı	r	-0.066	-0.070	0.050	0.092	-0.191	-0.068
	p	0.677	0.661	0.752	0.563	0.226	0.670
Kabul Puanı	r	0.226	-0.032	-0.042	0.021	-0.111	0.069
	p	0.151	0.840	0.790	0.893	0.485	0.663
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.225	-0.183	0.024	-0.226	0.086	-0.157
	p	0.152	0.247	0.882	0.150	0.586	0.322
Ayrışma Puanı	r	-0.168	-0.044	-0.159	-0.009	0.297	-0.066
	p	0.288	0.782	0.316	0.956	0.056	0.677
Toplam Puanı	r	-0.151	-0.005	0.073	0.081	0.056	-0.014
	p	0.339	0.975	0.644	0.609	0.724	0.928

Spearman rho korelasyon katsayıları (r) ve ilgili p değerleri sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .00083$

Tablo 4.14 UD Grubunda WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Wisconsin Kart Eşleme Testi				
		Toplam Doğru Sayısı	Toplam Yanlış Sayısı	Non-Perseveratif Hata Sayısı	Kategori	Kavramsal Tepki Yüzdesi
Beck Depresyon Skoru	r	0.020	-0.020	-0.036	0.063	0.061
	p	0.901	0.901	0.827	0.700	0.709
Beck Anksiyete Skoru	r	0.008	-0.008	0.045	0.033	0.040
	p	0.960	0.960	0.783	0.841	0.806
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	-0.064	0.064	0.099	-0.052	-0.081
	p	0.700	0.700	0.548	0.752	0.625
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	0.104	-0.104	-0.023	0.051	0.096
	p	0.524	0.524	0.886	0.755	0.556
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>						
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.233	0.233	0.258	-0.319	-0.248
	p	0.147	0.147	0.108	0.045	0.122
Anda Olma Puanı	r	0.113	-0.113	-0.088	0.158	0.121
	p	0.488	0.488	0.590	0.330	0.456
Kabul Puanı	r	0.176	-0.176	-0.357	0.225	0.170
	p	0.278	0.278	0.024	0.162	0.295
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.250	0.250	0.327	-0.317	-0.253
	p	0.120	0.120	0.039	0.046	0.115
Ayrışma Puanı	r	-0.175	0.175	0.120	-0.254	-0.194
	p	0.281	0.281	0.459	0.114	0.230
Toplam Puanı	r	-0.116	0.116	0.068	-0.202	-0.129
	p	0.476	0.476	0.677	0.212	0.427

Spearman Korelasyon

Spearman rho korelasyon katsayıları (*r*) ve ilgili *p* değerleri verilmiştir.

Bonferroni düzeltmesi: düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .001$

Unipolar depresyon grubunda WCST performansı ile psikopatolojik semptomlar ve psikolojik esneklik boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, ham p değerlerine göre bazı değişkenler arasında anlamlılığa yakın korelasyonlar gözlenmiştir. Özellikle *Kabul Puanı* ile non-perseveratif hata sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.357, p = .024$). Benzer şekilde *bağlamsal benlik* ve *kategori* sayısı arasında da anlamlılığa yaklaşan negatif korelasyonlar dikkat çekmektedir. Ancak yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrasında, bu ilişkilerin hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır (düzeltilmiş $p < .001$). Bu bulgular, yürütücü işlevler ile psikolojik esneklik göstergeleri arasında yalnızca zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişkilerin bulunduğunu göstermektedir.(Tablo 4.14)

Bipolar depresyon grubunda WCST performansı ile depresyon, anksiyete ve psikolojik esneklik göstergeleri arasında bazı anlamlılığa yaklaşan korelasyonlar bulunmuştur. Özellikle *Kabul ve Eylem Formu* puanı ile WCST'nin birçok alt boyutu arasında orta düzeyde negatif ilişkiler saptanmıştır (örneğin: kategori sayısı ile $r = -.391, p = .010$). Benzer şekilde, *bağlamsal benlik*, *ayrışma* ve *Freiburg kendindelik* puanları da bilişsel performansla zayıf ila orta düzeyde ilişkiler göstermiştir. Ancak yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrasında bu ilişkilerin hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (düzeltilmiş $p < .001$). Bulgular, bipolar bireylerde yürütücü işlevler ile psikolojik esneklik arasında potansiyel ilişkilerin varlığına işaret etmekle birlikte, bu ilişkilerin güçlü ve tutarlı olmadığına işaret etmektedir.(Tablo 4.15)

Tablo 4.15 BD Grubunda WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanları ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Wisconsin Kart Eşleme Testi				
		Toplam Doğru Sayısı	Toplam Yanlış Sayısı	Non-Perseveratif Hata Sayısı	Kategori	Kavramsal Tepki Yüzdesi
Beck Depresyon Skoru	r	-0.311	0.311	0.146	-0.072	-0.310
	p	0.045	0.045	0.357	0.648	0.046
Beck Anksiyete Skoru	r	-0.194	0.194	0.070	-0.047	-0.185
	p	0.219	0.219	0.658	0.769	0.241
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	-0.383	0.383	0.313	-0.391	-0.387
	p	0.012	0.012	0.043	0.010	0.011
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	0.244	-0.244	-0.309	0.327	0.299
	p	0.120	0.120	0.046	0.035	0.054
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>						
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	0.238	-0.238	-0.198	0.298	0.223
	p	0.129	0.129	0.210	0.055	0.155
Anda Olma Puanı	r	0.053	-0.053	0.022	-0.002	0.087
	p	0.740	0.740	0.890	0.991	0.585
Kabul Puanı	r	0.007	-0.007	-0.015	0.089	-0.010
	p	0.965	0.965	0.924	0.575	0.951
Bağlamsal Benlik Puanı	r	0.227	-0.227	-0.292	0.255	0.231
	p	0.148	0.148	0.060	0.103	0.140
Ayrışma Puanı	r	0.207	-0.207	-0.299	0.319	0.225
	p	0.189	0.189	0.054	0.040	0.152
Toplam Puanı	r	0.187	-0.187	-0.218	0.269	0.200
	p	0.237	0.237	0.166	0.085	0.205

Spearman rho korelasyon katsayıları (*r*) ve ilgili *p* değerleri sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi: düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .001$

Tablo 4.16 UD Grubunda Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısı ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Stroop Testi		
		Toplam Süre	Toplam Hata Sayısı	Toplam Düzeltme Sayısı
Beck Depresyon Skoru	r	0.037	-0.194	-0.020
	p	0.819	0.231	0.903
Beck Anksiyete Skoru	r	0.005	-0.337	0.000
	p	0.975	0.034	1.000
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.003	-0.197	0.031
	p	0.984	0.230	0.852
Freiburg Kendindelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.112	0.116	0.097
	p	0.490	0.477	0.551
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>				
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	0.263	0.065	0.135
	p	0.102	0.688	0.406
Anda Olma Puanı	r	0.009	0.183	-0.038
	p	0.957	0.259	0.817
Kabul Puanı	r	-0.047	-0.122	-0.150
	p	0.774	0.454	0.356
Bağlamsal Benlik Puanı	r	0.154	0.185	0.202
	p	0.342	0.254	0.212
Ayrışma Puanı	r	0.249	0.391	-0.004
	p	0.122	0.013	0.980
Toplam Puanı	r	0.273	0.236	0.165
	p	0.089	0.142	0.310

Spearman rho korelasyon katsayıları (*r*) ve ilgili *p* değerleri sunulmuştur.

Bonferroni düzeltmesi: düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .0017$

Unipolar depresyon grubunda Stroop Testi performans ölçütleri ile psikopatoloji ve psikolojik esneklik değişkenleri arasındaki ilişkilere bakıldığında, bazı değişkenlerde anlamlılığa yaklaşan korelasyonlar tespit edilmiştir. Özellikle *Ayrışma* puanı ile toplam hata sayısı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($r = .391, p = .013$). Bununla birlikte, Bonferroni düzeltmesine göre belirlenen anlamlılık düzeyi ($p < .0017$) dikkate alındığında, bu ve diğer tüm korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgular, unipolar bireylerde yürütücü dikkat performansı ile psikolojik esneklik göstergeleri arasında zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır.(Tablo 4.16)

Bipolar depresyon grubunda Stroop testi performansı ile psikopatoloji ve psikolojik esneklik düzeyleri arasındaki korelasyonlara bakıldığında, Beck depresyon skoru ile toplam süre arasında anlamlılığa yaklaşan pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = .431, p = .007$). Benzer şekilde, Beck anksiyete skoru ile toplam düzeltme sayısı arasında da orta düzeyde bir ilişki gözlenmiştir ($r = .394, p = .011$). Ancak yapılan Bonferroni düzeltmesine göre ($p < .0017$), bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemektedir. Genel olarak, Stroop testi performansı ile psikopatolojik ve esneklik değişkenleri arasında güçlü ve düzeltilmiş anlamlılığa ulaşan korelasyonlar gözlenmemiştir.(Tablo 4.17)

Tablo 4.17 BD Grubunda Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısı ile; BDÖ, BAÖ, KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Stroop Testi		
		Toplam Süre	Toplam Hata Sayısı	Toplam Düzeltme Sayısı
Beck Depresyon Skoru	r	0.431	0.136	0.229
	p	0.007	0.396	0.150
Beck Anksiyete Skoru	r	0.344	0.131	0.394
	p	0.034	0.415	0.011
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.268	0.263	-0.043
	p	0.104	0.097	0.789
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.059	-0.146	-0.064
	p	0.724	0.362	0.691
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>				
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	0.035	0.267	-0.091
	p	0.835	0.092	0.570
Anda Olma Puanı	r	-0.104	-0.130	0.075
	p	0.535	0.418	0.642
Kabul Puanı	r	-0.003	-0.205	0.046
	p	0.985	0.199	0.776
Bağlamsal Benlik Puanı	r	0.103	0.189	0.052
	p	0.538	0.236	0.748
Ayrışma Puanı	r	0.058	0.267	-0.040
	p	0.729	0.091	0.804
Toplam Puanı	r	0.017	0.180	-0.011
	p	0.919	0.259	0.943

Spearman rho korelasyon katsayıları (*r*) ve ilgili *p* değerleri gösterilmiştir.
Bonferroni düzeltmesi düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .0017$

Tablo 4.18 UD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanc P.	2. Derece Yanlış İnanc P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Benton Yüz Tanıma Testi	r	0.087	0.406	0.415	0.231	-0.052	0.351
Toplam Puanı	p	0.593	0.009	0.008	0.152	0.751	0.028
Ekman Yüz İfadeleri Testi							
Korkmuş İfade Puanı	r	-0.400	0.177	0.119	0.041	0.166	0.107
	p	0.808	0.275	0.464	0.802	0.312	0.518
Kızgın İfade Puanı	r	0.229	0.353	0.054	0.265	0.259	0.408
	p	0.155	0.025	0.738	0.099	0.111	0.010
İğrenmiş İfade Puanı	r	0.179	0.286	0.111	0.357	0.075	0.346
	p	0.269	0.074	0.497	0.024	0.651	0.031
Toplam Puanı	r	0.264	0.390	0.235	0.416	0.389	0.574
	p	0.099	0.013	0.145	0.008	0.014	0.000

Spearman rho korelasyon katsayıları (r) ve ilgili p değerleri verilmiştir.

Bonferroni düzeltmesi: $p < .0028$

Unipolar depresyon grubunda yüz tanıma ve duygusal yüz ifadelerini tanıma becerileri ile zihin kuramı performansı arasındaki ilişkilere bakıldığında, Ekman yüz ifadeleri toplam puanı ile zihin kuramı toplam puanı arasında anlamlı ve güçlü bir pozitif ilişki gözlenmiştir ($r = .574, p < .001$). Bu ilişki, Bonferroni düzeltmesine göre de anlamlıdır ($p < .0028$). Bunun dışında, Benton yüz tanıma testi ile ikincil yanlış inanç ($r = .406, p = .009$) ve ironi kavrama ($r = .415, p = .008$) puanları arasında anlamlılığa yaklaşan ilişkiler saptanmış olsa da, bu bulgular düzeltilmiş anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Sonuçlar, unipolar depresyon grubunda duyguları tanıma düzeyinin zihin kuramı becerileriyle anlamlı bir biçimde bağlantılı olabileceğini göstermektedir.(Tablo 4.18)

Tablo 4.19 BD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanç P.	2. Derece Yanlış İnanç P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Benton Yüz Tanıma Testi	r	0.230	0.500	0.502	0.161	0.093	0.502
Toplam Puanı	p	0.143	0.001	0.001	0.309	0.557	0.001
<i>Ekman Yüz İfadeleri Testi</i>							
Korkmuş İfade Puanı	r	0.332	0.360	0.451	0.164	0.186	0.504
	p	0.032	0.019	0.003	0.300	0.237	0.001
Kızgın İfade Puanı	r	0.340	0.129	0.069	0.221	0.090	0.226
	p	0.028	0.416	0.663	0.160	0.572	0.151
İğrenmiş İfade Puanı	r	0.229	0.340	0.624	0.475	0.417	0.687
	p	0.145	0.028	0.000	0.001	0.006	0.000
Toplam Puanı	r	0.372	0.432	0.587	0.424	0.338	0.707
	p	0.015	0.004	0.000	0.005	0.029	0.000

Spearman rho korelasyon katsayıları (r) ve ilgili p değerleri tabloya eklenmiştir.

Bonferroni düzeltmesi: Anlamlılık düzeyi: $p < .0028$

Bipolar depresyon grubunda yüz tanıma ve duygusal yüz ifadelerini tanıma becerileri ile zihin kuramı bileşenleri arasında çok sayıda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Özellikle, Ekman yüz ifadeleri toplam puanı ile Zihin Kuramı Toplam Puanı arasında güçlü ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r = .707, p < .001$). Bunun yanında, ironi kavrama puanları, hem Benton yüz tanıma testi ($r = .502, p = .001$) hem de *Ekman testinin iğrenmiş* ($r = .624$) ve *toplam puanları* ($r = .587$) ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Bu ilişkiler, Bonferroni düzeltmesine göre de anlamlıdır ($p < .0028$). Bulgular, bipolar bozuklukta sosyal bilişsel becerilerle yüz tanıma ve duygusal yüz ifadesi işleme performansı arasında güçlü bağlantılar olabileceğine işaret etmektedir. (Tablo 4.19)

Tablo 4.20 UD Grubunda Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Ekman Yüz İfadeleri Testi				
		Benton Toplam P.	Korkmuş İfade P.	Kızgın İfade P.	İğrenmiş İfade P.	Toplam Puanı
<i>Wisconsin Kart Eşleme Testi</i>						
Toplam Doğru Sayısı	r	0.622	0.233	0.427	0.386	0.521
	p	0.000	0.148	0.006	0.014	0.001
Toplam Yanlış Sayısı	r	-0.622	-0.233	-0.427	-0.386	-0.521
	p	0.000	0.148	0.006	0.014	0.001
Non-Perseveratif Hata Sayısı	r	-0.449	-0.170	-0.223	-0.296	-0.357
	p	0.004	0.294	0.167	0.064	0.024
Kategori	r	0.591	0.202	0.422	0.412	0.533
	p	0.000	0.211	0.007	0.008	0.000
Kavramsal Tepki Yüzdesi	r	0.629	0.233	0.385	0.391	0.503
	p	0.000	0.149	0.014	0.013	0.001
<i>Stroop Testi</i>						
Toplam Süre	r	-0.437	-0.317	-0.504	-0.153	-0.617
	p	0.005	0.046	0.001	0.347	0.000
Toplam Hata	r	-0.493	-0.118	-0.317	-0.314	-0.382
	p	0.001	0.467	0.046	0.048	0.015
Toplam Düzeltme	r	-0.211	-0.103	-0.128	-0.179	-0.142
	p	0.191	0.529	0.432	0.270	0.381

Spearman rho korelasyon katsayıları ve *p* değerleri tabloya çift satır halinde işlenmiştir.
Bonferroni düzeltmesi: Düzeltilmiş anlamlılık düzeyi: $p < .00125$

Unipolar depresyon grubunda, yüz tanıma ve duygusal yüz ifadelerini tanıma becerileri ile nöropsikolojik işlevler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Özellikle Benton Yüz Tanıma Testi puanı ile WCST doğru sayısı ($r = .622, p < .001$) ve kavramsal tepki yüzdesi ($r = .629, p < .001$) arasında güçlü ve anlamlı pozitif korelasyonlar gözlenmiştir. Benzer şekilde, Stroop testi toplam süre ile Ekman toplam puanı arasında anlamlı ve güçlü bir negatif ilişki bulunmuştur ($r = -.617, p < .001$). Bu bulgular, unipolar depresyonda yürütücü işlevler ve bilişsel kontrol becerilerinin, yüz ve duygu tanıma performansını önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu üç korelasyon, Bonferroni düzeltmesine göre anlamlılık sınırını ($p < .00125$) aşabilmiştir. (Tablo 4.20)

Bipolar bozukluk grubunda yapılan Spearman korelasyon analizleri sonucunda, özellikle WCST toplam doğru sayısı ile Ekman toplam puanı ($r = 0.583, p < .001$), kavramsal tepki yüzdesi ile Ekman toplam puanı ($r = 0.530, p < .001$), Stroop toplam süre ile Benton toplam puanı ($r = -0.600, p < .001$) arasında Bonferroni düzeltmesine göre anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular, yürütücü işlev performansının yüz tanıma ve duyguları ayırt etme becerileriyle anlamlı biçimde ilişkili olabileceğini göstermektedir. Diğer korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşamamıştır veya düzeltilmiş eşik değerinin üzerinde kalmıştır. (Tablo 4.21)

Tablo 4.21 BD Grubunda Benton Toplam Puan, Ekman Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Ekman Yüz İfadeleri Testi				
		Benton Toplam P.	Korkmuş İfade P.	Kızgın İfade P.	İğrenmiş İfade P.	Toplam Puanı
<i>Wisconsin Kart Eşleme Testi</i>						
Toplam Doğru Sayısı	r	0.257	0.471	0.217	0.441	0.583
	p	0.100	0.002	0.168	0.003	0.000
Toplam Yanlış Sayısı	r	-0.257	-0.471	-0.217	-0.441	-0.583
	p	0.100	0.002	0.168	0.003	0.000
Non-Perseveratif Hata Sayısı	r	-0.157	-0.324	-0.041	-0.241	-0.361
	p	0.322	0.036	0.798	0.124	0.019
Kategori	r	0.190	0.380	0.174	0.233	0.386
	p	0.227	0.013	0.269	0.137	0.012
Kavramsal Tepki Yüzdesi	r	0.208	0.427	0.207	0.412	0.530
	p	0.186	0.005	0.187	0.007	0.000
<i>Stroop Testi</i>						
Toplam Süre	r	-0.600	-0.461	-0.298	-0.310	-0.492
	p	0.000	0.004	0.069	0.058	0.002
Toplam Hata	r	-0.341	-0.353	-0.311	-0.368	-0.480
	p	0.029	0.024	0.048	0.018	0.001
Toplam Düzeltme	r	-0.512	-0.351	-0.109	-0.459	-0.505
	p	0.001	0.025	0.497	0.003	0.001

Tabloda Spearman korelasyon katsayıları ve Bonferroni düzeltmesine göre anlamlılık değerlendirilmiştir. Bonferroni düzeltmesi: $p < 0.00125$

Tablo 4.22 UD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanç P.	2. Derece Yanlış İnanç P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Wisconsin Kart Eşleme Testi							
Toplam Doğru Sayısı	r	0.209	0.469	0.386	0.289	0.100	0.481
	p	0.195	0.002	0.014	0.071	0.545	0.002
Toplam Yanlış Sayısı	r	-0.209	-0.469	-0.386	-0.289	-0.100	-0.481
	p	0.195	0.002	0.014	0.071	0.545	0.002
Non-Perseveratif Hata Sayısı	r	-0.268	-0.435	-0.221	-0.210	-0.247	-0.424
	p	0.094	0.005	0.170	0.194	0.129	0.007
Kategori	r	0.166	0.456	0.343	0.254	0.145	0.455
	p	0.307	0.003	0.030	0.114	0.378	0.004
Kavramsal Tepki Yüzdesi	r	0.165	0.427	0.383	0.263	0.079	0.422
	p	0.308	0.006	0.015	0.101	0.633	0.007
Stroop Testi							
Toplam Süre	r	-0.344	-0.395	-0.306	-0.359	-0.345	-0.609
	p	0.030	0.012	0.055	0.023	0.032	0.000
Toplam Hata	r	-0.154	-0.321	-0.308	-0.202	0.194	-0.303
	p	0.343	0.044	0.053	0.212	0.238	0.061
Toplam Düzeltme	r	-0.026	-0.112	-0.011	-0.139	0.111	-0.068
	p	0.874	0.493	0.947	0.391	0.499	0.682

Spearman Korelasyon Bonferroni düzeltmesi: $p < 0.00104$

Unipolar depresyon grubunda yapılan korelasyon analizleri sonucunda, WCST toplam doğru sayısı ($r = 0.481$, $p = .002$), toplam yanlış sayısı ($r = -0.481$, $p = .002$) ve Stroop toplam süre ($r = -0.609$, $p < .001$) ile zihin kuramı toplam puanı arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ancak Bonferroni düzeltmesi sonrası yalnızca Stroop toplam süre ile zihin kuramı toplam puanı arasındaki ilişki anlamlılık sınırının altında kalmıştır ($p < .00104$). Bu sonuç, yürütücü işlevlerdeki yavaşlık düzeyinin zihin kuramı performansını belirgin şekilde etkileyebileceğini göstermektedir. Diğer korelasyonlar anlamlılık düzeyine yaklaşmakla birlikte düzeltme sonrası istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. (Tablo 4.22)

Bipolar bozukluk grubunda, empatik anlayış alt boyutu ile WCST toplam doğru sayısı ($r = 0.499$, $p = .001$), kategori sayısı ($r = 0.521$, $p < .001$) ve kavramsal tepki yüzdesi ($r = 0.492$, $p = .001$) arasında pozitif korelasyonlar gözlenmiştir. Ayrıca Stroop toplam düzeltme puanı ile ironi kavrama ($r = -0.537$, $p < .001$) ve zihin kuramı toplam puanı ($r = -0.543$, $p < .001$) arasında negatif yönde, anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bonferroni düzeltmesine göre bu beş korelasyon anlamlılık eşiğinin altında kalmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, yürütücü işlevlerin ve bilişsel esnekliğin, özellikle empati ve zihin kuramı gibi sosyal bilişsel becerilerle güçlü bir şekilde ilişkili olabileceğini göstermektedir. (Tablo 4.23)

Tablo 4.23 BD Grubunda DEZTÖ Toplam Puan, Alt Ölçek Puanları ile; WCST Toplam Doğru Sayısı, Toplam Yanlış Sayısı, Non-perseveratif Hata Sayısı, Kategori, Kavramsal Tepki Yüzdesi Puanı, Stroop Testi Toplam Süre, Toplam Hata Sayısı, Toplam Düzeltme Sayısının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği					
		1.Derece Yanlış İnanç P.	2. Derece Yanlış İnanç P.	İroni Kavrama P.	Metafor Kavrama P.	Empatik Anlayış P.	Toplam P.
Wisconsin Kart Eşleme Testi							
Toplam Doğru Sayısı	r	0.082	0.198	0.369	0.358	0.499	0.475
	p	0.607	0.208	0.016	0.020	0.001	0.001
Toplam Yanlış Sayısı	r	-0.082	-0.198	-0.369	-0.358	-0.499	-0.475
	p	0.607	0.208	0.016	0.020	0.001	0.001
Non-Perseveratif Hata Sayısı	r	0.027	0.040	-0.126	-0.061	-0.283	-0.102
	p	0.865	0.801	0.427	0.701	0.070	0.519
Kategori	r	0.083	0.096	0.208	0.245	0.521	0.334
	p	0.603	0.545	0.186	0.118	0.000	0.030
Kavramsal Tepki Yüzdesi	r	0.036	0.121	0.328	0.347	0.492	0.399
	p	0.822	0.444	0.034	0.024	0.001	0.009
Stroop Testi							
Toplam Süre	r	-0.297	-0.539	-0.362	-0.358	-0.073	-0.509
	p	0.070	0.000	0.025	0.027	0.662	0.001
Toplam Hata	r	-0.389	-0.329	-0.276	-0.066	-0.083	-0.361
	p	0.012	0.036	0.081	0.680	0.605	0.021
Toplam Düzeltme	r	-0.200	-0.324	-0.537	-0.205	-0.276	-0.543
	p	0.210	0.039	0.000	0.199	0.081	0.000

Spearman Korelasyon

Bonferroni düzeltmesine göre anlamlılık sınırı $p < 0.00104$ olarak belirlenmiştir.

Unipolar depresyon grubunda yapılan korelasyon analizleri sonucunda, ayrışma puanı ile hem depresyon ($r = -0.367$, $p = .020$) hem de anksiyete ($r = -0.488$, $p = .001$) düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonrasında yalnızca ayrışma ile anksiyete arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlılığını korumuştur. Bu bulgu, bireyin düşünce ve duygularıyla özdeşleşmeden mesafe kurabilme becerisinin, anksiyete düzeylerini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Diğer korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine yaklaşmakla birlikte, düzeltilmiş eşik değerinin üzerinde kalmıştır (Tablo 4.24).

Tablo-4.24 UD Grubunda BDÖ, BAÖ Puanları ile; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Unipolar Grubu		Beck Depresyon Skoru	Beck Anksiyete Skoru
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.154	0.389
	p	0.348	0.014
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.318	-0.330
	p	0.046	0.038
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>			
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.297	-0.231
	p	0.062	0.151
Anda Olma Puanı	r	-0.051	-0.182
	p	0.756	0.262
Kabul Puanı	r	0.047	0.011
	p	0.775	0.945
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.248	-0.253
	p	0.122	0.116
Ayrışma Puanı	r	-0.367	-0.488
	p	0.020	0.001
Toplam Puanı	r	-0.315	-0.408
	p	0.048	0.009

Spearman Korelasyon

Bonferroni düzeltmesi: anlamlılık sınırı $p < 0.00313$

Tablo-4.25 BD Grubunda BDÖ, BAÖ Puanları ile; KEF, FKE Toplam Puan, PEÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Bipolar Grubu		Beck Depresyon Skoru	Beck Anksiyete Skoru
Kabul ve Eylem Formu Toplam Puanı	r	0.183	0.158
	p	0.245	0.317
Freiburg Kendinelik Envanteri Toplam Puanı	r	-0.309	-0.298
	p	0.046	0.055
<i>Psikolojik Esneklik Ölçeği</i>			
Değerler Doğrultusunda Davranış Puanı	r	-0.114	-0.019
	p	0.474	0.906
Anda Olma Puanı	r	0.130	-0.052
	p	0.412	0.742
Kabul Puanı	r	0.210	0.159
	p	0.183	0.315
Bağlamsal Benlik Puanı	r	-0.067	0.085
	p	0.673	0.594
Ayrışma Puanı	r	-0.025	-0.049
	p	0.874	0.759
Toplam Puanı	r	-0.042	0.014
	p	0.791	0.932

Spearman Korelasyon

Bonferroni düzeltmesi: anlamlılık eşiği $p < 0.00313$

Bipolar bozukluk grubunda depresyon ve anksiyete skorları ile psikolojik esneklik bileşenleri arasında yapılan korelasyon analizlerinde, istatistiksel olarak anlamlı hiç bir ilişki, Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık eşiğini aşamamıştır. Freiburg Kendinelik Envanteri ile depresyon ($r = -0.309$, $p = .046$) ve anksiyete ($r = -0.298$, $p = .055$) skorları arasındaki negatif ilişkiler anlamlılığa yaklaşmakla birlikte, düzeltilmiş eşik değerin üzerinde kalmıştır. Bu bulgular, bipolar bozuklukta psikolojik esneklik bileşenlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle doğrudan bir ilişki göstermeyebileceğini düşündürmektedir (Tablo 4.25).

5.TARTIŞMA

Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon tanılı 82 hasta ve yaş, cinsiyet, eğitim durumları eşleştirilmiş 45 sağlıklı bireyin zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik ile yürütücü işlevler açısından karşılaştırıldığı, incelenen parametrelerin birbirleri ile nasıl ilişkili olduğunun araştırıldığı bu kesitsel, prospektif ve kontrollü çalışma, Türkçe ve İngilizce literatürde görebildiğimiz kadarıyla ilk çalışmadır.

Çalışmada hasta gruplar ile sağlıklı kontrollerin yaşları bakımından benzer olmalarına özen gösterilmiştir. Çalışmada yaş ortalaması Unipolar Depresyon grubunda 36,5; Bipolar Depresyon grubunda 40.5; sağlıklı kontrollerde ise 39'dur. Bu çalışmada, remisyon dönemindeki unipolar ve bipolar depresyon tanılı hastalar ile sağlıklı bireyler yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş; bu parametrelerde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum, bilişsel performans farklılıklarının demografik değişkenlerden bağımsız olarak değerlendirilmesini sağlamış ve çalışmanın iç geçerliliğini güçlendirmiştir. Sosyoekonomik düzeydeki benzerlik, psikopatoloji ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin çevresel etkilere izole biçimde ele alınmasına katkı sunmuştur.

Ancak hastalık gruplarında bekar bireylerin oranı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, depresyonun sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz etkilerini yansıtmaktadır. Bipolar grubunda çocuk sahibi olma oranı ise anlamlı biçimde daha düşüktür. Benzer şekilde, unipolar grubunda çalışan bireylerin oranı kontrol grubundan düşük bulunmuştur. Literatürde depresyonun hem evlilik hem de istihdam üzerinde olumsuz etkileri olduğu, sosyal işlevsellikteki düşüşün ise bilişsel ve duygusal bozulmalarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Lerner and Henke, 2008; Santini et al., 2015).

Kırsal yerleşim (köy/ilçe) oranının hasta gruplarında daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal destek düzeyi veya stresörlere maruz kalma farklılıkları açısından değerlendirilebilir. Ek hastalık (komorbidite) oranı bipolar grupta anlamlı biçimde daha yüksektir; bu da bozukluğun biyopsikososyal yükünü arttırmaktadır. Bununla uyumlu olarak komorbid fiziksel hastalıkların depresyonun süresi, şiddeti ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olabileceği çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Guh et al., 2009).

Bipolar ve unipolar depresyon gruplarında sigara kullanım öyküsü, kontrol grubuna kıyasla daha yaygın bulunmuştur. Bu durum, depresif bireylerin daha sık bağımlılık davranışı sergileyebileceğine ve sigara kullanımının bir baş etme stratejisi olarak görülebileceğine işaret etmektedir (Fluharty et al., 2017). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün her iki hasta grubunda da kontrol grubuna kıyasla daha yaygın olması, depresyonun genetik yatkınlıkla olan ilişkisini desteklemektedir (Sullivan et al., 2000).

Bipolar grupta EKT ve psikiyatrik yatış öyküsünün anlamlı olarak daha yaygın olması, hastalığın şiddetli ve dalgalı seyrine işaret etmektedir. Bu grupta aynı zamanda psikoterapi öyküsü de kontrol grubundakinden daha yüksektir. Bu bulgular, bipolar bozukluğun tedaviye dirençli ve yoğun müdahale gerektiren yapısını ortaya koymaktadır (Grande et al., 2016).

Klinik özellikler açısından bakıldığında, bipolar grubun hastalık başlama yaşı ve ilk yatış yaşı unipolar gruba göre daha düşüktür. Bu durum, bipolar bozukluğun erken başlangıçlı ve klinik olarak daha ağır seyirli bir tablo sunduğuna işaret etmektedir (Post et al., 2008).

Psikotik belirtilerin yalnızca bipolar grupta anlamlı düzeyde yüksek olması, bu grubun klinik tablosunun daha komplike olduğunu göstermektedir. Psikotik özellikli bipolar depresyonun hem bilişsel işlevler hem de işlevsellik açısından daha ağır sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (Vieta et al., 2011). Mevsimsellik oranının bipolar grupta daha yüksek olması ise bu bozukluğun biyolojik ritim duyarlılığına dikkat çekmektedir (Geoffroy et al., 2014).

Depresif epizot sayısının bipolar grupta unipolar gruba kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgu, bilişsel bozulmaların epizot sayısı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Kessing (2008), artan epizot sayısının yürütücü işlevler üzerindeki etkisinin birikici olduğunu öne sürmüştür.

Ek olarak, hem unipolar hem de bipolar gruplarda intihar öyküsü, sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, her iki bozukluk türünün de ciddi intihar riski taşıdığını ve bu durumun klinik izlemde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Gruplar arasında intihar öyküsü ve intihar sayısı açısından anlamlı fark saptanmamış olması, bu riskin unipolar ve bipolar depresyon için benzer düzeyde ciddi olabileceğine işaret etmektedir.

Benzer şekilde, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeklerinden elde edilen puanlar, her iki hasta grubunda da sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. Bu durum, hastaların remisyon döneminde olmalarına karşın kalıntı semptomlarının tamamen ortadan kalkmadığını ve duygusal belirtilerin azalmış biçimde devam ettiğini düşündürmektedir. Literatürde, remisyon tanımı yapılsa dahi rezidüel semptomların sık görüldüğü ve bu belirtilerin işlevsellik üzerinde kalıcı etkiler yaratabileceği vurgulanmaktadır (Judd et al., 1998).

Sonuç olarak, elde edilen sosyo-demografik ve klinik bulgular, depresif bozuklukların yalnızca semptom düzeyinde değil, aynı zamanda işlevsellik, sosyal bağlam ve tedavi süreci açısından da farklı seyirler izlediğini göstermektedir. Bu nedenle, depresyon değerlendirmelerinde bilişsel test sonuçlarının yanı sıra hastalık geçmişi, aile öyküsü, yaşam koşulları ve bireysel davranış örüntülerinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Bu çalışmada, her iki hastalık grubu psikolojik esnekliğin kabul ve yaşantısal kaçınma yönleri açısından sağlıklı kontrollerden daha zayıf olarak değerlendirilmiş; bununla birlikte iki hastalık grubu arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu, klinik

örneklemlerde psikolojik esnekliğin azalabileceğini düşündürmektedir. Psikolojik esnekliğin, esenlik düzeyiyle olan ilişkisini inceleyen 151 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde (Ong, 2024), düşük psikolojik esnekliğin daha düşük ruhsal esenlikle anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu da, bu çalışmada elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Literatürde de belirtildiği üzere, psikolojik esneklik eksikliği başta depresyon ve anksiyete olmak üzere birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilmiştir (Hayes, 2004a; Hayes, 2006; Bond, 2011; Marx, 2005; Roemer, 2005; Cribb, 2006).

Hayes (2004b), depresyon semptomlarının önemli bir kısmının kabul düzeyinin düşüklüğü ve içsel yaşantılara yönelik isteksizlik ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda, psikolojik esnekliğin bağlamsal benlik (kendinelik) yönü açısından, SK grubunun her iki klinik gruptan daha yüksek puan alması, sağlıklı bireylerin içsel yaşantılarını daha yüksek farkındalıkla kabullenebildiklerini ve bu yönde davranış sergilediklerini ortaya koymaktadır. Ayrıca, çalışmada psikolojik esnekliğin bilişsel ayrışma alt boyutu yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış olsa da; değerler doğrultusunda davranış alt boyutunda SK ve UD gruplarının BD grubuna kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüştür. “Anda olma” boyutunda ise SK grubunun hem UD hem BD grubundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır. Kabul boyutunda SK grubunun yalnızca UD grubuna kıyasla daha yüksek puan aldığı bulunmuş; genel olarak PEÖ toplam puanı açısından SK grubunun her iki klinik gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bu veriler, özellikle bipolar bozukluk tanımlı bireylerde psikolojik esnekliğin ciddi düzeyde azaldığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, psikolojik esnekliğe dayalı terapötik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Literatürde, psikolojik esnekliğin bireylerin işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırabileceği; depresyon, anksiyete ve kronik ağrı gibi durumlarda olumlu etkiler sağladığı birçok çalışmada rapor edilmiştir (Bond, 2011; Hayes, 2006). Otuz iki çalışmanın dahil edildiği bir meta-

analizde, psikolojik esnekliğin iş doyumu, iş performansı ve günlük yaşam aktiviteleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu; ayrıca kronik ağrısı olan bireylerde günlük yaşama katılımı kolaylaştırdığı bulunmuştur (Bond, 2011). Ayrıca laboratuvar ortamında yapılan deneysel çalışmalarda, psikolojik esnekliği yüksek bireylerin daha yüksek ağrı eşiğine sahip oldukları ve stresör sonrası bazal seviyeye daha hızlı döndükleri bildirilmiştir (Feldner,2006).

Psikolojik katılık, depresyonda temel rol oynayan bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Depresif bireylerin değerler doğrultusunda davranmalarının zorlaşması, psikolojik esnekliğin azalmasıyla ilişkili olabilir. Psikolojik katılık, kişinin içsel yaşantıları kontrol etme veya onlardan kaçınma yönündeki katı çabalarını ifade eder ve bu da psikolojik esnekliğin karşıtı bir durum olarak tanımlanır (Bond,2011; Rottenberg,2005). Bu nedenle, içsel yaşantıları bastırmaya ya da değiştirmeye yönelik çabaların paradoksal biçimde psikolojik işlevselliği olumsuz etkileyebileceği anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, psikolojik esnekliğin hem unipolar depresyon hem de bipolar depresyon bağlamında ruhsal iyilik hali, değerler doğrultusunda yaşama ve işlevsellik ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede, psikolojik esnekliğe odaklanan müdahalelerin, özellikle BD ve UD gibi psikiyatrik bozukluklarda tedavi sürecine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sosyal biliş, bireyin kendi ve başkalarının duygu, niyet ve inançlarını anlamasını sağlayan çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreç, zihin kuramı, yüz tanıma ve duygu tanıma gibi bilişsel alt bileşenleri kapsar ve sosyal etkileşimlerin temelini oluşturur (Green et al., 2008b).

Literatürde, özellikle duygu tanıma ve zihin kuramı kavramları sosyal bilişin en çok çalışılan ve sosyal işlevselliği şekillendiren alanları olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada remisyon dönemindeki unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastalarının sosyal biliş performansları sağlıklı kontrollerle (SK) göre kıyaslandığında, hem kognitif zihin kuramı (DEZTÖ), hem duygu tanıma (Ekman yüz ifadeleri testi) hem de yüz tanıma (Benton

testi) alanlarında belirgin bozulmalar gözlenmiştir. Bu bulgu, sosyal biliş işlevlerinin yalnızca hastalıkların akut dönemlerine özgü olmayıp remisyon evresinde de sürdüğünü göstermesi açısından önem taşımaktadır (Inoue et al., 2004; Wolkenstein et al., 2011).

Zihin kuramı alt testlerinde, SK grubunun birinci derece yanlış inanç ve metafor kavrama görevlerinde üstün performans sergilediği; ikinci derece yanlış inanç, empati ve ironi kavrama gibi karmaşık sosyal biliş görevlerinde ise BD grubunun UD ve SK gruplarına göre daha fazla zayıflama gösterdiği belirlenmiştir. Gaf kavrama görevinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmaması, sosyal biliş bileşenlerinin farklı düzeylerde etkilenebileceğine işaret etmektedir. Genel değerlendirmede BD hastalarında sosyal biliş bozukluğunun UD'ye kıyasla daha şiddetli olduğu anlaşılmaktadır (Espinosa, 2018).

Espinosa (2018) tarafından yapılan bir araştırmada, ötimik BD hastaları ile remisyon dönemindeki UD hastalarının, RMET testi ile sosyal algısal zihin kuramı becerilerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Wolkenstein ve ark. (2011) ise, akut dönemdeki depresyon hastalarında RMET testiyle zihin kuramı yeterliliğinin korunmuş görünmesine karşın, MASC testi ile bağlamsal bilgi bütünleştirme becerisinde eksiklikler olduğunu rapor etmiştir.

Senna et al. (2021), sosyal bilişsel işlevlerin intihar davranışlarıyla ilişkisini inceledikleri çalışmada, daha önce intihar girişiminde bulunmuş depresyon hastalarının RMET performanslarının düşük olduğunu ve genel sosyal biliş eksikliğini göstermiştir. Inoue et al. (2004)da remisyon dönemindeki depresif bireylerin ikinci derece yanlış inanç görevlerinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı bozulmalar yaşadığını belirterek, bu bozuklukların depresyonun sosyal işlevsellik üzerindeki kalıcı etkilerine işaret ettiğini ileri sürmüştür.

Zihin kuramındaki bu bozukluklar, sosyal anlam üretme sürecinde bağlamsal bilgilerin sosyal ipuçlarıyla entegrasyonunu engelleyebilir (Baez et al., 2013; Adolphs, 2001). Ayrıca, bu bozuklukların sadece akut dönemde değil, remisyon evresinde de devam ettiğine dair kanıtlar

mevcuttur (Strand et al., 2013; Weightman et al., 2014). Bu durum, sosyal bilişsel defisitlerin depresyonun tekrarlamasında bilişsel kırılganlık oluşturabileceğini göstermektedir (Inoue et al., 2006; Yamada et a., 2015; Alloy et al., 2006).

Gillissie (2022), BD tanılı bireylerin hem ötimik hem semptomatik dönemlerde sosyal biliş becerilerinde belirgin bozukluklar yaşadığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Mattern et al. (2015), remisyon dönemindeki UD hastalarının affektif zihin kuramı görevlerinde SK'ya göre yavaşlama gösterdiğini belirtmiş; meta-analizler de depresyon hastalarının zihin kuramı performanslarının belirgin şekilde düşük olduğunu ve bu bozukluğun semptom şiddeti ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Bora and Berk, 2016).

İlk majör depresif ataklarını yaşayan ilaçsız bireyler, remisyon dönemindeki hastalar ve sağlıklı kontrolleri içeren bir çalışmada, öfkeli ve korkulu yüz ifadelerinin semantik etiketlenmesi sırasında depresif hastaların daha düşük performans gösterdiği ve bu durumun sağ amigdala, sol inferior frontal girus ve anterior singulat kortekste artmış aktivasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu beyin bölgelerindeki aktivasyonların, olumsuz duyguları etiketleme güçlüğü ve mevcut duygudurum ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (van Wingen et al., 2011).

Duygu tanıma, bireylerin yüz ifadeleri ve konuşma tonlaması gibi sözel olmayan ipuçlarından duygusal durumu anlama yeteneğidir (Ekman, 1982). Sosyal bilişin bu temel bileşenindeki bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları olan bireylerde kişilerarası ilişkilerde işlevsellik sorunlarına yol açabilmektedir.(Okruszek, 2014; Benton et al., 1973). Bu çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla UD ve BD gruplarının korkmuş, kızgın ve iğrenmiş yüz ifadelerini tanıma puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu; Benton yüz tanıma testinde ise BD grubunun performansının belirgin şekilde düşük olduğu gözlenmiştir.

Şizofreni ve tekrarlayan depresyon hastalarının dahil edildiği bir çalışmada, depresyon semptomlarının şiddeti ile duygu tanıma eksikliği arasında pozitif korelasyon bulunmuştur

(Okruszek, 2014). MDB hastalarında yapılan nörogörüntüleme araştırmaları ise, subkortikal ve prefrontal alanlarda duygu tanıma ve düzenleme süreçlerinde bozukluklar olduğunu göstermiştir. Bu bozukluklar, MDB’de semptomların azalması ile bir ölçüde normale dönerken, BD’de bu düzelme genellikle gerçekleşmemektedir (Cusi, MacQueen and McKinnon, 2012).

MDB hastalarında amigdala ve ventral striatum bölgelerinde üzgün yüzlere karşı artmış, mutlu yüzlere karşı azalmış aktivite gözlemlenmiş; bu durum, olumsuz duygulara artan duyarlılığın depresif atakların başlangıcını hızlandırabileceğini düşündürmektedir (Leppänen, 2006). Ayrıca, depresif hastaların çevresindekilerin olumsuz duygularını algılamaya daha yatkın olduğu ve yüz ifadelerini daha az oranda olumlu olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (Hale, 1998; Gur et al., 1992). Depresif bireylerin mutlu ve üzgün yüz ifadelerini sağlıklı bireylerle benzer doğrulukta tanıdığı ancak nötr yüzleri tanımada daha başarısız oldukları; öfkeli ve korkulu yüz ifadelerinin algılanması sırasında ise beyin aktivasyonlarında farklılıklar olduğu belirtilmiştir (Leppänen et al., 2004; van Wingen et al., 2011).

BD hastalarında ise hafif ve yoğun korku, hafif mutluluk ve üzüntü ifadelerine karşı ventral striatum, talamus, hipokampus gibi subkortikal ve ventral prefrontal kortikal bölgelerde artmış nöral tepkiler gözlenmiştir. Sağlıklı bireyler ise yoğun mutluluk ve hafif korkuya karşı artmış subkortikal, yoğun üzüntüye karşı ise dorsal prefrontal aktivasyon sergilemiştir. MDB hastalarında ise genel olarak hafif üzüntü dışındaki duygusal ifadelere karşı azalmış nöronal tepkiler bildirilmiştir (Lawrence et al., 2004).

Unipolar ve bipolar hastaların yüz ifadesi tanıma performansları karşılaştırıldığında, BD grubunun mutlu-üzgün ve mutlu-kızgın ifadeleri tanımada UD’ye kıyasla daha düşük doğruluk gösterdiği ve her iki hasta grubunun da sağlıklı kontrollere göre duygu tanıma süresinin daha uzun olduğu rapor edilmiştir. UD hastaları negatif ifadeleri tanımada, BD hastaları ise pozitif ifadeleri tanımada daha düşük performans göstermiştir ve tanıma süreleri

de uzamıştır. Bu durum, yüz ifadesi tanıma hızının her iki bozukluğun erken tanısında potansiyel bir endofenotip olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir (Ruihua, 2018).

Sonuç olarak, unipolar ve bipolar depresyon tanılı hastalarda sosyal bilişin, özellikle zihin kuramı ve duygu tanıma süreçlerindeki bozulmanın remisyon döneminde dahi devam ettiği; bu durumun sosyal etkileşimlerde ve işlevsellikte belirgin zorluklara yol açabileceği ortaya konmuştur. Sosyal biliş hedef alan müdahalelerin, hastaların yaşam kalitesini arttırmada ve nüks riskini azaltmada kritik bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu bulgular psikiyatrik bozuklukların nörobilişsel profillerinin belirlenmesinde sosyal bilişin ayırt edici bir alan olarak değerlendirilmesi gerekliliğini de vurgulamaktadır.

Bu çalışmada, bipolar depresyon, unipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grupları arasında yürütücü işlevler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle unipolar depresyon grubunda yürütücü işlev performansındaki değişkenliklerin, yaş, epizot sayısı, depresyon şiddeti ve melankolik özellikler gibi klinik ve demografik etkenlerle ilişkili olabileceği literatürden bilinmektedir. Bu faktörlerin bilişsel performans üzerindeki etkileri, hem bireysel düzeyde heterojenliğe hem de ölçülen test sonuçlarında farklılaşmaya yol açabilmektedir.

Bulgular, özellikle bipolar depresyon grubunun yürütücü işlev testlerinde (WCST ve Stroop) kontrol ve unipolar gruplara kıyasla daha düşük performans sergilediğini göstermektedir.

Bipolar grubunda WCST’de toplam yanlış, non-perseveratif hata ve daha az kategori tamamlama gibi parametrelerde bozulma gözlenmiş; Stroop testinde ise dikkati sürdürme, bilişsel esneklik ve inhibisyon becerilerinde belirgin yetersizlikler ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar, bipolar depresyonun yalnızca duygudurumla sınırlı kalmayan, bilişsel alanları da kapsayan karmaşık bir klinik tablo sunduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürdeki bulgularla kıyaslandığında, mevcut çalışmanın sonuçları önceki araştırmalarla büyük ölçüde uyumludur. Örneğin Rakesh (2024), depresyon tanılı bireylerin WCST ve iz sürme testleri gibi yürütücü işlev ölçütlerinde sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans

gösterdiğini belirtmiştir. Aynı şekilde, Yang (2018) çalışmasında hem bipolar hem de unipolar depresyon gruplarında Stroop ve WCST performanslarının sağlıklı bireylere kıyasla bozulduğunu, unipolar grubun perseveratif hatalar gibi bazı ölçütlerde bipolar gruptan daha zayıf olduğunu göstermiştir. Üstelik UD grubunda WCST alt boyutları ile epizot sayısı arasında anlamlı korelasyonlar saptanmış, BD grubunda ise performansın mevcut depresif epizod süresiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu farklılık, depresyonun alt tiplerinin bilişsel etkilerinde farklı mekanizmaların rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

Daniel (2013) tarafından yürütülen araştırmada, BD-I ve MDB gruplarının nörobilişsel performanslarının sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde düşük olduğu, ancak hasta grupları arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Her iki hasta grubu da dikkat ve yürütücü işlev testlerinde düşük performans göstermiştir. Bu bulgu, bipolar ve unipolar depresyonun bazı yürütücü işlev alanlarında benzer düzeyde bilişsel yetersizliklere neden olabileceği düşüncesini desteklemektedir. Benzer şekilde, Gohier (2009) depresif bireylerde çalışma belleği ve bilişsel inhibisyonadaki bozulmaların altını çizmiş ve özellikle Stroop gibi testinde belirgin performans düşüşleri gözlemlendiğini rapor etmiştir. Stroop testi 1, 3 ve 5.

aşamalarındaki tepki süresi, hata ve düzeltme sayıları gibi göstergeler, mevcut çalışmada da özellikle bipolar grupta anlamlı düzeyde bozulmuş bulunmuştur.

Meta-analitik bulgular da bu sonuçları güçlendirmektedir. Dotson (2020), 76 çalışmayı içeren geniş ölçekli meta-analizinde, hem klinik hem subklinik depresif semptomların yürütücü işlev bozuklukları ile ilişkili olduğunu ve yaşla birlikte bu bozulmaların arttığını ortaya koymuştur. Bora (2013) ise 27 ampirik çalışmayı derleyerek, ötimik dönemdeki MDB hastalarının bile bilişsel işlevlerde sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde geri olduğunu göstermiştir. Lim et al. (2013) tarafından yapılan meta-analiz de özellikle WCST, Stroop ve Sözel Akıcılık testlerinin depresif bireylerde anlamlı performans düşüşleri gösterdiğini, özellikle görsel bellek gibi bazı testlerin ise duyarlılık açısından sınırlı kaldığını belirtmiştir. McDermott and Ebmeier (2009)

ise depresyon şiddeti ile yürütücü işlev performansı arasında negatif bir ilişki olduğunu ve bu bozulmaların remisyon döneminde bile sürdüğünü ifade etmiştir.

Ayrıca, Gudayol-Ferré et al. (2021) tarafından yapılan bir meta-analizde, antidepresan tedavisinin yürütücü işlevlerde sınırlı düzeyde iyileşme sağladığı, özellikle ileri yaşta bu iyileşmenin daha düşük düzeyde gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu bulgu, mevcut çalışmada da gözlenen bilişsel yetersizliklerin, farmakolojik müdahale ile tamamen ortadan kaldırılamayabileceğini düşündürmektedir. Boontra (2024) tarafından bildirilen kalıntı bilişsel belirtiler ve yaş faktörünün sınırlayıcı etkisi, bu durumu desteklemektedir. Butters et al.(2000) da benzer şekilde, ileri yaş depresyonunda yürütücü işlev bozukluklarının kalıcı olabileceğini ve bazı bireylerin ilerleyici bilişsel bozulma açısından risk altında olduğunu vurgulamıştır. Bipolar depresyon grubunda gözlenen WCST ve Stroop performans düşüşleri, Kapczinski et al.(2016) tarafından da vurgulandığı gibi bu hastalıkta yürütücü işlevlerin hastalığın karakteristik bir parçası olarak bozulduğunu desteklemektedir. Bora et al. (2011, 2015) çalışmaları da BDII hastalarının remisyon dönemlerinde dahi psikomotor hız, sözel bellek, sözel akıcılık ve yürütücü işlevlerde kalıcı yetersizlikler gösterdiğini ve bu durumun bozukluğun endofenotipi olabileceğini öne sürmektedir. BDII hastalarında gözlemlenen bu bilişsel profilin MDD ile benzerlikler taşıdığı ve bazı alanlarda daha az bozulma görüldüğü de bildirilmektedir (Xu et al., 2012).

Tüm bu bulgular ışığında, çalışmamız yürütücü işlevlerin bipolar depresyonun ayırt edici nörobilişsel göstergelerinden biri olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle Stroop testinin 1, 3 ve 5. aşamalarında gözlenen artmış tepki süresi, hata sayısı ve düzeltme gereksinimi gibi alt test bulguları, dikkati sürdürme ve bilişsel inhibisyon alanlarındaki bozulmanın önemli göstergeleridir. Benzer şekilde, WCST'de gözlenen artmış perseveratif ve non-perseveratif hata sayıları ile azalmış kategori tamamlama performansı, kavramsal düşünme ve esnek problem çözme becerilerinde anlamlı düşüş olduğunu göstermektedir. Bu özgül

nöropsikolojik profiller, yalnızca tanısal ayırıcılar olarak değil, aynı zamanda tedaviye duyarlılık ve günlük yaşam işlevselliği gibi klinik sonuçları öngörmeye de yol gösterici olabilir. Stroop ve WCST gibi testlerin bu hasta grubunda tanılayıcı, izlemeye yönelik ve hatta tedaviye yanıt değerlendirmede kullanılabilecek duyarlı araçlar olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, yürütücü işlevlerdeki bozulmanın bireysel değişkenler (yaş, epizot sayısı, alt tip, melankolik özellikler, antidepresan kullanımı) ve hastalığın seyriyle nasıl ilişkilendiğini açıklamak için ileri düzeyde ve uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen korelasyon bulguları, depresif bozuklukların sosyal biliş, yürütücü işlevler ve psikolojik esneklik gibi alanlarla çok yönlü ilişkiler içinde olduğunu ortaya koymuştur. Korelasyon analizleri, psikopatolojik değişkenlerle bilişsel ve sosyal bilişsel beceriler arasında anlamlı bağlantılar bulunduğunu göstermektedir.

Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile zihin kuramı performansı arasında negatif yönde anlamlı korelasyonların bulunması, duygusal sıkıntının sosyal bilişsel süreçleri bozabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgu, literatürde depresif belirtilerin özellikle zihin kuramı gibi üst düzey sosyal biliş becerilerini olumsuz etkilediğine dair bulgularla uyumludur (Weightman et al., 2014; Inoue et al., 2006). Özellikle depresif bireylerde ikinci derece yanlış inanç, empati ve ironi kavrama gibi karmaşık sosyal biliş görevlerinde performansın düştüğü bilinmektedir (Wolkenstein et al., 2011).

Çalışmada ayrıca, psikolojik esneklik düzeyleri ile hem yürütücü işlev performansı hem de kendilik farkındalığı puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgu, bireyin içsel yaşantılarını kabul etme kapasitesinin ve anda kalabilme becerisinin, bilişsel esneklik ve karar verme gibi yürütücü işlev alanlarıyla doğrudan bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Hayes et al. (2006), psikolojik esnekliğin yalnızca duygusal düzenlemeyle değil, bilişsel kontrol süreçleriyle de ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı şekilde, Cribb et

al. (2006) psikolojik esneklik düzeylerinin bilişsel işlevlerle uyumlu ilerlediğini ve bireyin davranışsal düzenlemesini desteklediğini öne sürmektedir.

Sosyal bilişsel beceriler ile yüz tanıma ve duygu ayırt etme performansları arasında saptanan pozitif korelasyonlar ise bu becerilerin ortak nörobilişsel alt yapılarla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde de vurgulandığı gibi, yüz tanıma ve duygusal yüz ifadelerinin ayırt edilmesi sosyal bilişin önemli bir bileşenidir ve bu becerilerin sosyal etkileşim başarısı ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Green et al., 2008b; Adolphs, 2001). Örneğin, Okruszek (2014), duygu tanıma yeterliliğinin sosyal işlevsellik ile güçlü biçimde bağlantılı olduğunu; Cusi, MacQueen and McKinnon (2012b) ise yüz tanıma işlevinin duygudurum bozukluklarında kalıcı biçimde zayıfladığını rapor etmiştir.

Bu çalışmada unipolar depresyon grubunda, Ekman Yüz İfadeleri Testi puanları ile psikopatoloji ve psikolojik esneklik değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, depresyonda duygusal yüz tanımanın psikolojik esneklik veya semptom şiddeti ile güçlü biçimde ilişkili olmayabileceğine işaret etmektedir. Oysa bazı çalışmalarda (Joormann and Gotlib, 2006; Demenescu et al., 2010), duygusal bilgi işlemlerde özellikle negatif yüz ifadelerine karşı duyarlılığın depresif semptomlarla bağlantılı olduğu öne sürülmüştür. Bu çalışmanın bulguları, bu tür ilişkilerin özellikle remisyon döneminde belirginliğini yitirebileceğini düşündürmektedir.

Bipolar depresyon grubunda da benzer şekilde, Ekman ve Benton testleri ile psikolojik esneklik, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında gözlenen korelasyonlar Bonferroni düzeltilmesi sonrasında istatistiksel anlamlılık kazanamamıştır. Bu sonuç, bipolar bozuklukta yüz tanıma ve duygusal işleme becerilerinin, psikopatolojik belirtilerle tutarlı ve güçlü şekilde ilişkilendirmediğini göstermektedir. Ancak önceki bazı çalışmalar, bipolar bireylerde özellikle yüz tanıma performansının (Bora et al., 2005) afektif belirtilerle ilişkili olabileceğini

bildirmiştir. Bulgularımız bu bulguları kısmen desteklemekle birlikte, istatistiksel açıdan güçlü kanıtlar sunmamaktadır.

Zihin kuramı (ZK) ile psikolojik esneklik ve semptom düzeyleri arasındaki ilişkiler de her iki grupta sınırlı kalmıştır. Unipolar grupta empatik anlayış ve Kabul ve Eylem Formu arasında negatif yönlü zayıf korelasyon gözlenmişse de, Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık eşiği aşılamamıştır. Literatürde ZK performansının, özellikle sosyal biliş ve psikolojik esneklik ile ilişkili olduğu öne sürülse de (Samamé et al., 2012; Olley et al., 2005), bu çalışmada söz konusu bağlantılar tutarlı ve anlamlı düzeyde saptanmamıştır.

Yürütücü işlevler açısından değerlendirildiğinde, unipolar grupta WCST performansının psikolojik esneklikle zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüş ancak bu ilişkiler istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Stroop testi ile psikolojik esneklik alt boyutları arasında da benzer şekilde zayıf korelasyonlar gözlenmiştir. Bu bulgular, depresyonda yürütücü işlevlerle psikolojik esneklik arasındaki ilişkilerin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu, doğrudan korelasyonlarla açıklanamayabileceğini ortaya koymaktadır (Snyder, 2013).

Bununla birlikte şu bulgular dikkat çekicidir: unipolar depresyon grubunda Ekman yüz ifadeleri toplam puanı ile DEZTÖ toplam puanı arasındaki pozitif ve güçlü ilişki, sosyal bilişsel süreçler arasındaki bağlantıya işaret etmektedir. Bu bulgu, duyguları tanıma becerilerinin zihinsel durum atfetme kapasitesiyle paralel olarak işlediğini ve sosyal bilişin bütüncül doğasını desteklemektedir (Gallagher and Frith, 2003). Benzer şekilde bipolar grupta Ekman puanları ile zihin kuramı toplam puanı arasındaki yüksek korelasyon bu sonucu pekiştirmektedir.

Nöropsikolojik performansla sosyal biliş arasındaki ilişkiler ise daha belirgin görünmektedir. Unipolar depresyon grubunda WCST doğru sayısı ve kavramsal tepki yüzdesi ile Benton yüz tanıma puanları arasında güçlü pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Bu durum, yürütücü işlevlerin yüz tanıma gibi sosyal bilişsel görevlerde belirleyici olabileceğini göstermektedir.

Ayrıca Stroop toplam süre ile Ekman toplam puanı arasındaki anlamlı negatif korelasyon, bilişsel yavaşlamanın duygusal yüz tanıma performansı düşüklüğü ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular, daha önceki çalışmalarda da bildirildiği gibi (Henry et al., 2008), sosyal biliş ve bilişsel kontrol süreçleri arasındaki bağlantıyı desteklemektedir.

Bipolar grubun verileri de bu eğilimle tutarlıdır. WCST performans ölçütleri ile Ekman puanları arasındaki korelasyonlar, yüz tanımanın yürütücü işlevlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca Stroop testi performansının Benton yüz tanıma ile anlamlı negatif ilişki göstermesi, dikkat ve işleme hızının yüz tanıma üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Son olarak, bipolar grubun sosyal bilişin alt bileşenlerinden olan empatik anlayış ile WCST performans ölçütleri (ör. kategori sayısı, kavramsal tepki yüzdesi) arasındaki anlamlı korelasyonlar, bu bireylerde empatik süreçlerin yürütücü işlevlerle yakın etkileşim içinde olabileceğini göstermektedir.

Psikolojik esneklik ile depresyon ve anksiyete semptomları arasındaki ilişkilerde ise yalnızca unipolar depresyon grubunda ayrışma ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, düşünce ve duygularla özdeşleşmeden onlara mesafe koyabilme kapasitesinin, özellikle anksiyete semptomlarının düzenlenmesinde önemli rol oynayabileceğini göstermektedir (Hayes et al., 2006). Ancak diğer esneklik bileşenleri ile psikopatoloji arasındaki ilişkiler, istatistiksel açıdan desteklenmemiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmanın korelasyon bulguları, literatürde bildirilen eğilimlerle kısmen örtüşmekle birlikte, özellikle Bonferroni düzeltmesine bağlı olarak anlamlılık sınırlarını aşmayan çok sayıda zayıf ve orta düzeyde ilişki içermektedir. Bu durum, depresyon ve bipolar bozuklukta psikolojik süreçler arasındaki ilişkilerin karmaşıklığını ve çok boyutlu yapısını bir kez daha ortaya koymaktadır. Klinik ve bilişsel semptomların bireysel farklılıklara ve hastalığın evresine göre değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kısıtlılıklar:

1. Kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler değerlendirilememiştir. Bulgular yalnızca korelasyon düzeyinde yorumlanabilmektedir.
2. Örneklem büyüklüğü sınırlıdır. Her bir gruptaki katılımcı sayısı, bazı alt analizlerde istatistiksel gücü azaltmış olabilir.
3. Klinik değişkenler (hastalık süresi, epizod sayısı, ilaç geçmişi) tümüyle denetlenememiştir. Bu faktörler bilişsel performansı etkilemiş olabilir.
4. Yalnızca öz bildirim ölçekleri ve yapılandırılmış testler kullanılmıştır. Özellikle psikolojik esneklik gibi öznel yapılar içgörüye bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.
5. Tek merkezli ve homojen örneklem (18–65 yaş, okur-yazar bireyler) nedeniyle bulguların daha geniş topluluklara genellenebilirliği sınırlıdır.
6. Nöropsikolojik testlerin sınırları, (örneğin WCST ve Stroop testlerinin motivasyon ve dikkat gibi anlık faktörlerden etkilenebilmesi) değerlendirme süreçlerinde kısıtlılık oluşturmuştur.
7. Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı hastalık alt grupları açısından karşılaştırılmamış olmasıdır. Ancak sonuçlar hasta grupları için genellenebilir.

8. Çalışmada BAB alt tiplerinin ve MDB tiplerinin ayrı gruplar halinde sınıflanıp analizin bu alt grup verileri üzerinden yapılması ile daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.



6.SONUÇLAR

Bu kesitsel, prospektif ve kontrollü çalışma, Remisyon dönemindeki Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon tanılı hastaların ve yaş, cinsiyet, eğitim durumları eşleştirilmiş sağlıklı bireylerin zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik ile yürütücü işlevler açısından karşılaştırıldığı ve incelenen parametrelerin birbirleri ile nasıl ilişkili olduğunun araştırıldığı Türkçe ve İngilizce literatürde görülebildiği kadarıyla ilk çalışmadır.

Çalışmada yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer remisyon dönemindeki unipolar depresyon ve bipolar depresyon tanılı 82 hasta ve 45 sağlıklı bireyin zihin kuramı, duygu ve yüz tanıma, psikolojik esneklik ve yürütücü işlevler gibi çok boyutlu bilişsel ve sosyal bilişsel alanlardaki performanslarını karşılaştırarak, bu değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya konması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular, literatürde yer alan önceki çalışmalarla genel olarak örtüşmekte ve ruhsal bozuklukların remisyon döneminde dahi çeşitli bilişsel-sosyal bilişsel işlev bozukluklarının sürdüğüne işaret etmektedir.

Araştırmanın birinci hipotezi doğrultusunda, hem unipolar hem de bipolar depresyon gruplarının zihin kuramı, duygu tanıma ve yüz tanıma performanslarının sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak iki hasta grubu arasında bazı alt alanlarda farklılık görülmemesi, bu bozulmaların tanıdan bağımsız, ortak patofizyolojik mekanizmalarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, bazı duygu tanıma alt boyutlarında bipolar grubun daha belirgin bozulma gösterdiği izlenmiştir.

İkinci hipoteze paralel olarak, yürütücü işlevler açısından da her iki hasta grubunun sağlıklı bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük performans sergilediği görülmüştür. Stroop Testi ve WCST gibi nöropsikolojik ölçümler, özellikle bilişsel esneklik ve dikkati sürdürme alanlarında anlamlı eksikliklere işaret etmektedir. Bu sonuç, yürütücü işlev bozukluklarının remisyon döneminde dahi kalıcı olabildiğine dair literatürdeki bulguları desteklemektedir.

Üçüncü hipotez çerçevesinde psikolojik esneklik, kendinelik ve kabul puanları bakımından hem unipolar hem de bipolar depresyon gruplarının sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde düşük puanlar aldığı görülmüştür. Psikolojik esneklik, sadece semptom düzeyleriyle değil, aynı zamanda zihin kuramı ve yürütücü işlev performanslarıyla da ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, psikolojik esnekliğin hem bilişsel hem de sosyal bilişsel işlevlerle bütünleşik bir yapıda ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Dördüncü hipotezde öne sürüldüğü üzere, bipolar depresyon grubunda bazı alanlarda unipolar depresyona göre daha yaygın bozulmalar saptanmıştır; ancak bu farklar her alanda istatistiksel düzeyde anlamlı değildir. Bu durum, her iki bozuklukta ortak semptom örüntülerinin ve bilişsel yıkımın varlığını göstermekte; fakat bipolar bozukluğun nörobiyolojik etkilerinin daha yaygın veya kalıcı olabileceğine de işaret etmektedir.

Beşinci ve son hipotez kapsamında yapılan korelasyon analizleri, zihin kuramı, duygu tanıma, yüz tanıma, yürütücü işlevler ve psikolojik esneklik arasında çeşitli düzeylerde ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Bonferroni düzeltmesi sonrasında anlamlılığı koruyan sınırlı sayıda korelasyon ilişkisi bulunmakla birlikte, özellikle sosyal biliş ile yüz tanıma, yürütücü işlevlerle psikolojik esneklik arasında anlamlı bağlar tespit edilmiştir. UD grubunda Ekman yüz ifadeleri ile DEZTÖ toplam puanı arasındaki yüksek korelasyon ile BD grubunda WCST performansı ile Ekman yüz tanıma puanları arasındaki ilişkiler, sosyal ve yürütücü biliş alanlarının birbirini etkileyebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma; remisyon döneminde olan unipolar ve bipolar depresyon tanılı bireylerin sosyal biliş, yürütücü işlevler ve psikolojik esneklik gibi temel alanlarda sağlıklı bireylerle kıyaslandığında belirgin güçlükler yaşadığını ve bu alanların birbiriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmanın en dikkat çekici yönlerinden biri, sosyal biliş (özellikle zihin kuramı ve duygu tanıma), yürütücü işlevler ve psikolojik esneklik gibi alanların bütüncül biçimde ve karşılıklı

ilişkileri bağlamında incelenmiş olmasıdır. Ayrıca hem unipolar hem de bipolar grupların remisyon döneminde değerlendirilmesi, bilişsel ve sosyal bilişsel bozulmaların yalnızca akut dönemle sınırlı olmadığını göstermesi açısından önemli bir katkı sunmuştur. Çok sayıda nöropsikolojik ve psikometrik aracın bir arada kullanılması ve örneklemin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre gruplanarak karşılaştırmalı analizlere olanak tanınması çalışmanın metodolojik gücünü artırmıştır.

Elde edilen bulgular, klinik uygulamalar açısından değerlendirildiğinde, depresyonun tedavi sürecinde yalnızca duygudurum belirtilerinin değil, bilişsel ve sosyal işlevselliğin de hedeflenmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Bu yönüyle araştırma, hem kuramsal hem de uygulamalı psikiyatri ve klinik psikoloji literatürüne anlamlı katkılar sunmaktadır.

KAYNAKÇA

- aan het Rot, M., Mathew, S.J. and Charney, D.S., 2009. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 180(3), pp.305–313.
- Abraham, K., 1911. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic depressive insanity and allied conditions. *Selected Papers on Psychoanalysis*, pp.156.
- Adolphs, R. (2001) ‘The neurobiology of social cognition’, *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), pp. 231–239.
- Akiskal, H.S., 2000. Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Möller, H.-J. and Hirschfeld, R., 2000. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59, pp.5–30.
- Albal, E., 2019. *Madde bağımlılarında şema ve psikolojik esneklik yaklaşımlarının madde bağımlılığı şiddetine etkisi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi].
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Walshaw, P.D., Keyser, J., Gerstein, R.K. and Urosevic, S. (2006) ‘Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes’, *Bipolar Disorders*, 8(5p1), pp. 424–433.
- Alloy, L.B., Peterson, C., Abramson, L.Y. and Seligman, M.E.P., 1984. Attributional style and generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp.681–687.
- Almeida, J., Mourão-Miranda, J., Aizenstein, H., Versace, A., Kozel, F., Lu, H. et al., 2013. Pattern recognition analysis of anterior cingulate cortex blood flow to classify depression polarity. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), pp.310–311.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122838>
- Alves, M., Yamamoto, T., Arias-Carrion, O., Rocha, N., Nardi, A., Machado, S. et al., 2014. Executive function impairments in patients with depression. *CNS & Neurological Disorders - American Psychiatric Association*, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ansari, S., Gaur, R. and Azmi, P., 2018. A comparative study of cognitive impairment between patients with unipolar and bipolar depression. *International Journal of Indian Psychology*, 6(2). <https://doi.org/10.25215/0602.011>
- Askın, R., 1999. Psikodinamik kuramlarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(1), pp.40–45.
- Astington, J.W., Pelletier, J. and Homer, B.D. (2002) ‘Theory of mind and epistemological development: The relation between children’s false-belief understanding and their understanding of knowing’, *New Ideas in Psychology*, 20(2–3), pp. 131–144.

- Audet, M.C. and Anisman, H., 2013. Interplay between pro-inflammatory cytokines and growth factors in depressive illnesses. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 7, p.68. Baez, S., Herrera, E., García, A.M., Rodríguez, R., Baez-Mendoza, R. and Ibáñez, A. (2013) 'Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder', *PLoS ONE*, 8(3), p. e57664.
- Bal, U., Çakmak, S., Yılmaz, E., Tamam, L. and Karaytuğ, M.O. (2015) 'Kabul ve Kararlılık Terapisiyle Sigara Bırakma: Olgu Sunumu', *Çukurova Medical Journal*, 40(4), pp. 841–846.
- Balanza-Martinez, V., Tabares-Seisdedos, R., Selva, G., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Salazar-Fraile, J., Leal, C. and Vieta, E., 2008. Neurocognitive endophenotypes (candidate markers) in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), pp.372–383.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. and Frith, U., 1986. Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 4(2), pp.113–125.
- Bauer, M., Goetz, T., Glenn, T. and Whybrow, P.C., 2008. The thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(10), pp.1101–1114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01774.x>
- Beck, A.T., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), pp.561–571.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G., 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Belmaker, R.H. and Agam, G., 2008. Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), pp.55–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMra073096>
- Benton, A., Van Allen, M., Hamsher, K.D. and Levin, H. (1973) *Test of facial recognition: Manual*. Iowa City: Neurosurgery Center Publication.
- Benton, A.L., Sivan, A.B., Hamsher, K. deS., Varney, N.R. and Spreen, O. (1973) *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Benton, A.L., Sivan, A.B., Hamsher, K.D.S., Varney, N.R. and Spreen, O., 1983. Benton Facial Recognition Test. Florence, Italy: Organizzazioni Speciali.
- Bergomi, C., Tschacher, W. and Kupper, Z., 2013. Measuring mindfulness: First steps towards the development of a comprehensive mindfulness scale. *Mindfulness*, 4(1), pp.18–32. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0102-9>
- Berk, M., Sarris, J., Coulson, C. and Jacka, F., 2013. Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(S443), pp.38–54. <https://doi.org/10.1111/acps.12124>
- Berlim, M., Pargendler, J., Caldieraro, M., Almeida, É., Fleck, M. and Joiner, T., 2004. Quality of life in unipolar and bipolar depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), pp.792–795. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144700.97769.06>

Bilge, F. and Arslan, A., 2000. Yetişkinlerin akılcı olmayan düşüncelerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(16), pp.23–31.

Black, D.W. and Andreasen, N.C., 2014. Introductory Textbook of Psychiatry. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bleichmar, H.B., 1996. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77, pp.935–961.

Blumberg, H.P., Martin, A., Kaufman, J., Leung, H.C., Skudlarski, P., Lacadie, C.M. and Peterson, B.S., 2003. Frontostriatal abnormalities in adolescents with bipolar disorder: preliminary observations from functional MRI. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), pp.1345–1347. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1345>

Bodnar, A. and Rybakowski, J., 2017. Mentalization deficit in bipolar patients during an acute depressive and manic episode: Association with cognitive functions. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0107-3>

Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.C., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T. and Zettle, R.D. (2011) ‘Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance’, *Behavior Therapy*, 42, pp. 676–688.

Boontra, E. (2024) ‘Cognitive residuals in depression: Neuropsychological and clinical outcomes post-treatment’, *Journal of Affective Neuroscience*, 56(2), pp. 123–132.

Bora, E. (2013) ‘Neurocognitive features in euthymic major depressive disorder: A meta-analytic review’, *Psychological Medicine*, 43(10), pp. 2017–2026.

Bora, E. (2018) ‘Comparative meta-analysis of cognitive impairment in bipolar I and II disorder’, *Bipolar Disorders*, 20(7), pp. 633–644.

Bora, E. and Berk, M. (2016) ‘Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis’, *Journal of Affective Disorders*, 191, pp. 49–55.

Bora, E. and Pantelis, C. (2015) ‘Meta-analysis of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: Comparison with first-episode schizophrenia and healthy controls’, *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), pp. 1095–1104.

Bora, E., Bartholomeusz, C. and Pantelis, C., 2015. Meta-analysis of theory of mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 46(2), pp.253–264. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001993>

Bora, E., Harrison, B.J., Yücel, M. and Pantelis, C. (2011) ‘Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: A meta-analysis’, *Psychological Medicine*, 41(10), pp. 2045–2056.

Bora, E., Vahip, S., Gonul, A. S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M., Eryavuz, A. and Kose, S., 2005. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), pp.110–116. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00570.x>

- Bora, E., Yücel, M. and Pantelis, C., 2009. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), pp.1–20.
- Bozikas, V.P., Kosmidis, M.H., Tonia, T.A., Garyfallos, G., Fokas, K. and Karavatos, A., 2007. Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(9), pp.773–775. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318142ce3f>
- Brenner, C., 1991. A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), pp.25–43.
- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., et al., 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, p.90.
- Brüne, M., 2003. Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), pp.57–64.
- Butters, M.A., Becker, J.T., Nebes, R.D., Zmuda, M.D., Mulsant, B.H., Pollock, B.G. and Reynolds, C.F. (2000) 'The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression', *Archives of General Psychiatry*, 57(5), pp. 419–426.
- Cain, G., Davidson, M., Campbell, M. and Elger, B. (2012) 'Social cognition and major depressive disorder', *Psychiatry Research*, 196(2–3), pp. 124–131.
- Cartwright-Hatton, S. and Wells, A., 1997. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, pp.279–296.
- Carvalho, A.F., Firth, J., Vieta, E., and Young, A.H., 2020. Bipolar disorder. *Lancet*, 396(10265), pp.1841–1856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- Cavanagh, J.T., Van Beck, M., Muir, W. and others, 2002. Case control study of neurocognitive function in euthymic bipolar disorder: an association with mania. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp.320–326.
- Chan, R.C.K., Shum, D., Touloupoulou, T. and Chen, E.Y.H., 2008. Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, pp.201–216.
- Chawla, N. and Ostafin, B. (2007) 'Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review', *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), pp. 871–890.
- Chengappa, K.N.R., Levine, J., Gershon, S. and Kupfer, D.J., 2000. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disorders*, 2(3), pp.191–195. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2000.020306.x>
- Clark, L., Iversen, S.D. and Goodwin, G.M., 2002. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 180(4), pp.313–319.

- Cribb, G., Mace, C. and Haddock, G. (2006) 'The development and piloting of a questionnaire to assess the core processes of acceptance and commitment therapy', *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), pp. 499–509.
<https://doi.org/10.1017/S1352465806002813>
- Cribb, G., Moulds, M.L. and Carter, S. (2006) 'Rumination and experiential avoidance in depression', *Behaviour Change*, 23(3), pp. 165–176.
- Crick, F., 2000. *Şaşırtan Varsayım*. Translated by S. Say. Ankara: TÜBİTAK Yayınları, p.151.
- Cusi, A., MacQueen, G.M. and McKinnon, M.C. (2012a) 'Altered interactions of tryptophan and catecholamine metabolism in major depressive disorder and bipolar disorder: Implications for treatment', *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(1), pp. 108–125.
- Cusi, A.M., MacQueen, G.M. and McKinnon, M.C. (2012b) 'Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition', *Psychiatry Research*, 200(2–3), pp. 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.027>
- Cyniak-Cieciura, M., 2021. Psychological flexibility, temperament, and perceived stress. *Current Issues in Personality Psychology*, 9(4), pp.306–315.
<https://doi.org/10.5114/cipp.2021.108685>
- Daniel, R.M. (2013) 'Executive function in BD-I and MDD: Cognitive correlates of functional impairment', *Neuropsychological Reports*, 22(3), pp. 341–349.
- Değirmencioğlu, B., 2008. İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Delgado, P.L., 2000. Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 6), pp.7–11.
- Demenescu, L. R., Kortekaas, R., den Boer, J. A. and Aleman, A., 2010. Impaired attribution of emotion to facial expressions in anxiety and major depression. *PLoS ONE*, 5(12), p.e15058. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015058>
- Diamond, A., 2013. Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, pp.135–168.
- Dickerson, F., Stallings, C., Origoni, A., Katsafanas, E., Schweinfurth, L., Savage, C., et al., 2014. Pentraxin 3 is reduced in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17(4), pp.409–414.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12281>
- Dobkin, R.D., Menza, M., Allen, L.A., Tiu, J. and Friedman, J., 2011. Fatigue in depression: A residual symptom or a distinct syndrome? *Depression and Anxiety*, 25(4), pp.301–307.
<https://doi.org/10.1002/da.20402>
- Dolati, K., Rakhshandeh, H. and Shafei, M.N., 2011. Evaluation of antidepressant effect of ethanolic extract of *Rosa damascena* using forced swimming test. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, 2(1), pp.46–51.

- Dotson, V.M. (2020) 'Age, depression, and executive dysfunction: A meta-analysis', *Neuropsychology Review*, 30(3), pp. 300–313.
- Doumas, M., Smolders, C., Brunfaut, E., Bouckaert, F. and Krampe, R.T., 2012. Dual task performance of working memory and postural control in major depressive disorder. *Neuropsychology*, 26(1), pp.110–118. <https://doi.org/10.1037/a0026181>
- Duclos, H., Desgranges, B., Eustache, F. and Laisney, M., 2018. Impairment of social cognition in neurological diseases. *Revue Neurologique*, 174, pp.190–198.
- Duffy, A., Alda, M. and Grof, P., 2018. The early course of bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), pp.166–174.
- Duman, N., 2018a. Denetimli serbestlik tedbiri altında olan hükümlülerin umutsuzluk düzeyi üzerine bir araştırma. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 6, pp.220–229.
- Duman, N., 2018b. Çalışan yetişkinlerdeki bilişsel çarpıtma düzeyi üzerine bir araştırma. *Journal of Current Researches on Social Science*, 8(3), pp.1–10.
- Ekman, P. (1982) *Emotion in the human face*. 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ekman, P. and Friesen, W.V., 1976. Measuring facial movement. *Environmental Psychology and Nonverbal Behavior*, 1, pp.56–75.
- Elliott, R., 1998. The neuropsychological profile in unipolar depression. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, pp.447–454.
- Espinos, A. (2018) 'Theory of mind performance in euthymic bipolar and unipolar depression patients', *Journal of Affective Disorders*, 238, pp. 140–148.
- Espinos, A. (2019) 'Nonverbal social perception in mood disorders', *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(6), pp. 567–573.
- Espinós, U., Fernández-Abascal, E.G. and Ovejero, M., 2018. What your eyes tell me: Theory of mind in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 262, pp.536–541.
- Evans, V.C., Iverson, G.L., Yatham, L.N. and Lam, R.W., 2014. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(12), pp.1359–1370. <https://doi.org/10.4088/jcp.13r08939>
- Faria, A., Cardoso, T., Mondin, T., Souza, L.D.M., Magalhães, P.V., Zeni, C.P. and Jansen, K., 2015. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: a community study with drug-naïve young adults. *Journal of Affective Disorders*, 186, pp.145–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.004>
- Feldner, M.T., Hekmat, H., Zvolensky, M.J., Vowles, K.E., Secrist, Z. and Leen-Feldner, E.W. (2006) 'The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), pp. 146–158.

Fenichel, O., 1945. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.

Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N.D., Luyten, P., Steinmair, D., Dorfer, L. et al. (2013) 'Mentalizing and depressive symptoms', *Psychopathology*, 46(6), pp. 377–384.

Fitzgerald, P.B., Srithiran, A., Benitez, J., Daskalakis, Z.Z., Oxley, T.J., Kulkarni, J. et al., 2008. An fMRI study of prefrontal brain activation during multiple tasks in patients with major depressive disorder. *Human Brain Mapping*, 29, pp.490–501.
<https://doi.org/10.1002/hbm.20414>

Fletcher, K., Parker, G. and Manicavasagar, V., 2013. The role of psychological factors in bipolar disorder: Prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression. *Acta Neuropsychiatrica*, 26(2), pp.81–95. <https://doi.org/10.1017/neu.2013.41>

Fluharty, M., Taylor, A.E., Grabski, M. and Munafò, M.R. (2017) 'The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review', *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), pp. 3–13.

Forty, L., Smith, D., Jones, L., Jones, I., Caesar, S., Cooper, C. and Craddock, N., 2008. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), pp.388–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045294>

Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., Lavori, P.W., Rush, A.J. and Weissman, M.M., 1991. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), pp.851–855.

Fredrickson, B.L., 1998. What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), pp.300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>

Friedman, N.P. and Miyake, A., 2017. Unity and diversity of executive functions: individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, 86, pp.186–204.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023>

Galimberti, C., Bosi, M., Caricasole, V., Zanello, R., Dell'Osso, B. and Viganò, C., 2019. Using network analysis to explore cognitive domains in patients with unipolar versus bipolar depression: a prospective naturalistic study. *CNS Spectrums*, 25(3), pp.380–391.
<https://doi.org/10.1017/s1092852919000968>

Gallagher, H. L. and Frith, C. D., 2003. Functional imaging of “theory of mind”. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), pp.77–83. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)00025-6)

Geoffroy, P.A., Bellivier, F., Scott, J., Etain, B. and Henry, C. (2014) 'Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms', *Journal of Affective Disorders*, 168, pp. 210–223.

Gillanders, D.T. et al., 2014. The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), pp.83–101.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

- Gillissie, L. (2022) 'Social cognition impairments in bipolar disorder', *Bipolar Disorders*, 24(3), pp. 210–218.
- Goel, N., Terman, M. and Terman, J., 2002. Depressive symptomatology differentiates subgroups of patients with seasonal affective disorder. *Depression and Anxiety*, 15(1), pp.34–41. <https://doi.org/10.1002/da.1083>
- Gohier, B., Ferracci, L., Surguladze, S.A., Lawrence, E., El Hage, W., Kefi, M.Z., Allain, P. and Garcin, B. (2009) 'Cognitive inhibition and working memory in unipolar depression', *Journal of Affective Disorders*, 116(1–2), pp. 100–105.
- Goodall, J., Fisher, C., Hetrick, S., Phillips, L., Parrish, E.M. and Allott, K., 2018. Neurocognitive functioning in depressed young people: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 28, pp.216–231.
- Goodwin, F. and Jamison, K., 1990. *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
- Gorwood, P., Richard-Devantoy, S., Baylé, F. and Cléry-Melin, M.L., 2014. Psychomotor retardation is a scar of past depressive episodes, revealed by simple cognitive tests. *European Neuropsychopharmacology*, 24, pp.1630–1640.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. and Vieta, E. (2016) 'Bipolar disorder', *The Lancet*, 387(10027), pp. 1561–1572.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. and Vieta, E., 2016. Bipolar disorder. *Lancet*, 387(10027), pp.1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Green, M.F., Horan, W.P. and Lee, J., 2008. Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(6), pp.312–320.
- Green, M.F., Horan, W.P. and Lee, J., 2015. Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), pp.620–631.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C. et al. (2008b) 'Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities', *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), pp. 1211–1220.
- Greve, K.W., 2001. *Neuropsychological evaluation of the executive functions*. New York: Plenum Press.
- Gudayol-Ferré, E., Guàrdia-Olmos, J., Però-Cebollero, M., Gallardo-Pujol, D. and Esteba-Castillo, S. (2021) 'Effectiveness of pharmacological treatment on executive function in major depressive disorder: A meta-analytic review', *Journal of Affective Disorders*, 279, pp. 606–616.
- Guh, J.Y., Chen, H.C., Tsai, J.H. and Chuang, L.Y. (2009) 'Association of depression and psychosocial variables with outcome in patients with chronic kidney disease', *Psychosomatics*, 50(1), pp. 37–43.

- Guo, J. et al., 2022. The influence of self-esteem and psychological flexibility on medical college students' mental health: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, p.836956. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.836956>
- Gur, R.C., Erwin, R.J., Gur, R.E., Zvil, A., Heimberg, C. and Kraemer, H. (1992) 'Facial emotion discrimination: III. Behavioral findings in depression', *Psychiatry Research*, 42(3), pp. 241–251.
- Haag, S., Haffner, P., Quinlivan, E., Brüne, M. and Stamm, T., 2016. No differences in visual theory of mind abilities between euthymic bipolar patients and healthy controls. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0061-5>
- Hage, M.P. and Azar, S.T., 2012. The link between thyroid function and depression. *Journal of Thyroid Research*, 2012, Article ID 590648. <https://doi.org/10.1155/2012/590648>
- Hale, W.W. (1998) 'Social cognition and depression: The role of negative attributions and information processing', *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), pp. 74–82.
- Hammar, A., Sørensen, L., Ardal, G. et al., 2010. Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: a test-retest study using the Stroop paradigm. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, pp.304–308.
- Hasselbalch, B.J., Knorr, U. and Kessing, L.V., 2011. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 134, pp.20–31.
- Hawken, E.R., Harkness, K.L., Lazowski, L.K., Summers, D., Kohja, N., Gregory, J.G. and Milev, R., 2016. The manic phase of bipolar disorder significantly impairs theory of mind decoding. *Psychiatry Research*, 239, pp.275–280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.043>
- Hayes, L.L. and Robnolt, V.J., 2006. Data-driven professional development: The professional development plan for a reading excellence act school. *Literacy Research and Instruction*, 46(2), pp.95–119.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. and Lillis, J., 2006. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), pp.1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S.C. (2004) 'Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies', *Behavior Therapy*, 35, pp. 639–665.
- Hayes, S.C., 2016. *The ACT in context*. 2nd ed. London: Routledge.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. and Wilson, K.G., 2012. Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), pp.1–16.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. and Lillis, J. (2006) 'Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes', *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), pp. 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. and Wilson, K.G., 2012. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. and Wilson, K.G., 2012. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A. et al. (2004) 'Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model', *Psychological Record*, 54, pp. 553–578.

Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M. and Hildebrandt, M. (2011) 'Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies', *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, pp. 141–168.

Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G. and Curtiss, G., 1993. *Wisconsin Card Sorting Test manual: Revised and expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Henry, C., Van den Bulke, D., Bellivier, F., Roy, I., Swendsen, J., M'Bailara, K., Siever, L. J. and Leboyer, M., 2008. Affective symptoms and cognitive performance in euthymic bipolar patients: A naturalistic study. *Bipolar Disorders*, 10(7), pp.827–836.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00634.x>

Hisli, N., 1989. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), pp.3–13.

Holsboer, F., 2000. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*, 23(5), pp.477–501. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00159-7)

Hovardaoğlu, S., 1990. Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon: Yükleme biçimi ölçeği ve Beck depresyon ölçeğiyle yapılan bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 33(1-2), pp.221–230.

Hu, A., Xue, Z., Liu, Z., Wang, P. and He, Z., 2016. Unipolar and bipolar depression manifest different brain abnormalities: a voxel-based morphometry study. *Journal of Psychiatry and Brain Science*, 1(2). <https://doi.org/10.20900/jpbs.20160009>

Hu, N., 2024. The relationship between postpartum negative life events and postpartum depression: a moderated mediation model of neuroticism and psychological flexibility. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05594-6>

Huang, C., Xie, J., Owusua, T., Chen, Z., Wang, J., Qin, C., et al., 2021. Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Personality and Individual Differences*, 183, p.111132. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111132>

Hynes, C.A., Baird, A.A. and Grafton, S.T., 2006. Differential role of the orbital frontal lobe in emotional versus cognitive perspective-taking. *Neuropsychologia*, 44(3), pp.374–383. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.06.011>

Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K. and Kanba, S. (2004) ‘Deficiency of theory of mind in remitted patients with schizophrenia’, *Psychiatry Research*, 128(2), pp. 163–171.

Inoue, Y., Yamada, K., Hirano, M., Hashimoto, N., Asada, T. and Kanba, S., 2006.

Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of major depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5), pp.326–328.

Inoue, Y., Yamada, K., Hirano, M., Matsumoto, M. and Kanba, S. (2006) ‘The association between theory of mind deficits and relapse in major depression’, *Journal of Affective Disorders*, 95(1–3), pp. 125–127.

Işık, E., Işık, U. and Işık Taner, Y., 2013. *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitapevi.

Joffe, R.T. and Marriott, M., 2000. Thyroid hormone levels and recurrence of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), pp.1689–1691.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. and Brook, J.S., 2001. Associations of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), pp.453–460. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.453>

Joormann, J. and Gotlib, I. H., 2006. Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), pp.705–714. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.705>

Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1998) ‘A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders’, *Archives of General Psychiatry*, 55(8), pp. 694–700.

Kalbe, E., Schlegel, M., Sack, A.T., Nowak, D.A., Dafotakis, M., Bangard, C. et al., 2010. Dissociating cognitive from affective theory of mind: a TMS study. *Cortex*, 46(6), pp.769–780. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.07.010>

Kapczinski, F., Magalhães, P.V., Balanzá-Martínez, V., Dias, V.V., Frangou, S., Gama, C.S. et al. (2016) ‘Neurocognitive impairment in bipolar depression: A clinical marker?’, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3), pp. 145–152.

Karacetin, G., Arman, A.R., Fis, N.P., Demirci, E., Ozmen, S., Hesapcioglu, S.T., et al., 2018. Prevalence of childhood affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 238, pp.513–521.

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A.Ş., Ulusoy, T., Ulusoy, İ.Y. and Alkan, S. (1999a) ‘Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik’, *Klinik Psikiyatri*, 2, pp. 75–88.

Karakaş, S. and Karakaş, H.M., 2000. Yönetici işlevlerin araştırılmasında multidisipliner yaklaşım: bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri*, 3, pp.215–227.

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A.S., Ulusoy, T. and Ulusoy, İ., 1998. *Wisconsin Kart Eşleme Testi: Standardizasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A.S., Ulusoy, T. and Ulusoy, İ., 1999a. *Stroop Testi TBAG Formu: Standardizasyon çalışmaları, geçerlik ve güvenilirlik*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Karakaş, S., Erdoğan, E., Soysal, Ş., Ulusoy, T., Yüceyurt Ulusoy, İ. and Alkan, S., 1999a. Stroop test TBAG form: Standardisation for Turkish culture, reliability and validity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2, pp.75–88.

Karakaş, S., Irak, M., Kurt, M. and Erzenin, Ö.U., 1999b. Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Stroop Testi TBAG Formu: Ölçülen özellikler açısından karşılaştırmalı analiz. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7, pp.179–192.

Karakuş, S. and Akbay, S.E., 2020. Psikolojik Esneklik Ölçeği: Uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(1), pp.32–43. <https://doi.org/10.17860/mersinefd.665406>

Karatepe, H.T. and Yavuz, K.F., 2019. Freiburg Farkındalık Envanteri'nin (Türkçe FMI) Türkçe versiyonunun güvenilirliği, geçerliliği ve faktör yapısı. *Psikiyatri ve Klinik Psikofarmakoloji*, 29(4), pp.472–478. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1663582>

Kashdan, T.B. and Rottenberg, J., 2010. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), pp.865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kazour, F., Richa, S., Char, C., Atanasova, B. and El-Hage, W., 2020. Olfactory memory in depression: State and trait differences between bipolar and unipolar disorders. *Brain Sciences*, 10(3), p.189. <https://doi.org/10.3390/brainsci10030189>

Keskinkılıç, C., 2008. Benton yüz tanıma testi'nin Türkiye toplumu normal yetişkin denekler üzerindeki standardizasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 14, pp.179–190.

Kessing, L.V. (2008) 'Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder', *Psychological Medicine*, 36(8), pp. 1117–1125.

Kessler, R. and Bromet, E.J., 2013. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, pp.119–138.

Ketter, T., 2010. Nosology, diagnostic challenges, and unmet needs in managing bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), e27. <https://doi.org/10.4088/jcp.8125tx12c>

Khan, A., Agrawal, S., Qureshi, R. and Sharma, V., 2016. Quality of life in bipolar and unipolar depressive patients: clinical and sociodemographical correlates. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 5(37), pp.2207–2212.

<https://doi.org/10.14260/jemds/2016/513>

Khan, A., Chouhan, P. and Qureshi, R., 2016. A comparative study of disability and its burden on family members of bipolar and unipolar depression patients. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 5(19), pp.964–968. <https://doi.org/10.14260/jemds/2016/224>

Kılınç, S. and Torun, F., 2011. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), pp.39–47.

Klein, M., 1975. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. London: Hogarth Press.

Klein, M., 1975. Mourning and its relation to manic-depressive states. In: *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945*. New York: The Free Press, pp.311–338.

Krishnan, V. and Nestler, E.J., 2008. The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), pp.894–902. <https://doi.org/10.1038/nature07455>

Kupferberg, A., Bicks, L. and Hasler, G. (2016) ‘Social functioning in major depressive disorder’, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69, pp. 313–332.

Kurtbeyoglu, E., Akduman, G., Yüksel, F., Heybet, S.U. and Dinçoğlu, A.H., 2024. Potential effects of anthocyanin on depression: A review. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(2), pp.291–297.

Kurtz, M.M. and Gerraty, R.T., 2009. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical state. *Neuropsychology*, 23(5), pp.551–562.

Landrø, N.I., Stiles, T.C. and Sletvold, H., 2001. Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 14, pp.233–240.

Lansbergen, M.M., Kenemans, J.L. and van Engeland, H., 2007. Stroop interference and attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and meta-analysis. *Neuropsychology*, 21(2), pp.251–262.

Lawrence, N.S., Williams, A.M., Surguladze, S., Giampietro, V., Brammer, M.J., Andrew, C. et al. (2004) ‘Subcortical and ventral prefrontal cortical neural responses to facial expressions distinguish patients with bipolar disorder and major depression’, *Biological Psychiatry*, 55(6), pp. 578–587.

Lee, K., Park, Y. and Lee, S.H., 2012. Serotonergic dysfunction in patients with bipolar disorder assessed by the loudness dependence of the auditory evoked potential. *Psychiatry Investigation*, 9(3), p.298. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.3.298>

- Lehto, J.E., Juujärvi, P., Kooistra, L. and Pulkkinen, L., 2003. Dimensions of executive functioning: Evidence from children. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, pp.59–80.
- Leppänen, J.M. (2006) ‘Emotional information processing in mood disorders: A review of behavioral and neuroimaging findings’, *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), pp. 34–39.
- Leppänen, J.M., Milders, M., Bell, J.S., Terriere, E. and Hietanen, J.K. (2004) ‘Depression biases the recognition of emotionally neutral faces’, *Psychological Medicine*, 34(7), pp. 1571–1579.
- Lerner, D. and Henke, R.M. (2008) ‘What does research tell us about depression, job performance, and work productivity?’, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), pp. 401–410.
- Levin, R.L., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J.D. and Miller, G.A., 2007. Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy and Research*, 31, pp.211–233.
- Lezak, M.D., 1995. *Neuropsychological assessment*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, pp.123–132.
- Lim, J., Oh, I.K., Han, C., Huh, H.J., Jung, I.K. and Patkar, A.A. (2013) ‘A meta-analysis of the neuropsychological functioning in major depressive disorder’, *Psychological Medicine*, 43(5), pp. 961–977.
- Luciano, C., Rodríguez, M. and Gutiérrez, O., 2014. The role of experiential avoidance and defusion processes in suicidality. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), pp.327–341.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L. and Patel, V., 2010. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), pp.517–528.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Luoma, J.B., Hayes, S.C. and Walser, R.D., 2017. *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- MacLeod, C.M., 1991. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), pp.163–203.
- Maes, M., Fišar, Z., Medina, M., Scapagnini, G., Nowak, G. and Berk, M., 2012. New drug targets in depression: inflammatory, cell-mediated immune, oxidative and nitrosative stress, mitochondrial, antioxidant, and neuroprogressive pathways. And new drug candidates—Nrf2 activators and GSK-3 inhibitors. *Inflammopharmacology*, 20(3), pp.127–150.
- Malhi, G.S. and Mann, J.J., 2018. Depression. *The Lancet*, 392(10161), pp.2299–2312.
- Malhotra, S. and Sahoo, S., 2018. Antecedents of depression in children and adolescents. *Indian Psychiatry Journal*, 27(1), pp.11–17.

Malloy, P.F., Cohen, R.A., Jenkins, M.A. and Paul, R.H. (2006) *Frontal lobe function and dysfunction*.

Mann-Wrobel, M.C., Carreno, J.T. and Dickinson, D., 2011. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: An update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disorders*, 13(4), pp.334–342.

Martínez-Arán, A., Penadés, R., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarre, A., Salamero, M. and Gastó, C., 2002. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), pp.39–46.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., et al., 2004b. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*, 6, pp.224–232.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J.M., Comes, M. and Salamero, M., 2004a. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp.262–270.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J.M., Salamero, M., Malhi, G.S. and Kapczinski, F., 2004. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 6(3), pp.224–232.

Marx, B.P. and Sloan, D.M. (2005) ‘Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology’, *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), pp. 569–583.

Mattern, M., Klasen, M., König, J., Regenbogen, C., Bedenbender, J., Föhl, U. et al. (2015) ‘Slowed theory of mind in depression’, *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(2), pp. 110–122.
McCracken, L.M., 2024. Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, 75(1), pp.601–624.

McDermott, C. and Noles, N., 2018. The role of age, theory of mind, and linguistic ability in children’s understanding of ownership. *PLOS ONE*, 13(10), e0206591.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206591>

McDermott, L.M. and Ebmeier, K.P. (2009) ‘A meta-analysis of depression severity and cognitive function’, *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), pp. 1–8.

McElroy, S.L., Altshuler, L.L., Suppes, T., Keck, P.E., Frye, M.A., Denicoff, K.D., et al., 2001. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), pp.420–426.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.420>

McEvoy, P.M., Mahoney, A.E. and Moulds, M.L., 2010. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), pp.509–519.

McWilliams, N., 1994. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford Press.

Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S. and Sampson, N.A., 2011. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), pp.241–251.

Mirabel, H., Guinet, V., Voltzenlogel, V., Pradier, S. and Hennion, S., 2020. Social cognition in epilepsy: State of the art and perspectives. *Revue Neurologique (Paris)*, 176(6), pp.468–479.

Mitchell, R.L.C. and Young, A.H., 2016. Theory of mind in bipolar disorder compared with disorders observed in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 6, p.188.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00188>

Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A. and Wager, T.D., 2000. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, pp.49–100.

Moro, M.F., Carta, M.G., Pintus, M., Pintus, E., Melis, R., Kapczinski, F. and Colom, F., 2014. Validation of the Italian version of the biological rhythms interview of assessment in neuropsychiatry (BRIAN): Some considerations on its screening usefulness. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10(1), pp.48–52.
<https://doi.org/10.2174/1745017901410010048>

Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds., 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A. and Bauer, M., 2002. Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), pp.241–247.

Nakano, Y., Baba, H., Maeshima, H. et al., 2008. Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 111, pp.46–51.

Nierenberg, A.A. and DeCecco, L.M., 2001. Definitions of antidepressant treatment response, remission, nonresponse, partial response, and other relevant outcomes: a focus on treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 16, pp.5–9.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. and Lyubomirsky, S., 2008. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), pp.400–424.

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. and Vos, T., 2012. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), p.e1001349.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

Nuno, L., Gómez-Benito, J., Carmona, V.R. and Pino, O., 2021. A systematic review of executive function and information processing speed in major depression disorder. *Brain Sciences*, 11(2), p.147.

- Nyhus, E. and Barceló, F., 2009. The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: A critical update. *Brain and Cognition*, 71(3), pp.437–451.
- Okruszek, Ł. (2014) ‘Social cognition in depression: A review’, *Frontiers in Psychology*, 5, p. 1209.
- Okruszek, Ł. (2014) ‘Social cognition in schizophrenia and mood disorders: Implications for diagnosis and treatment’, *Psychiatria Polska*, 48(4), pp. 715–726.
- Olley, A. L., Malhi, G. S. and Hallam, K. T., 2005. Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(5), pp.43–52.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00217.x>
- Ong, C.W., Barthel, A.L. and Hofmann, S.G. (2024) ‘The relationship between psychological inflexibility and well-being in adults: A meta-analysis of the Acceptance and Action Questionnaire’, *Behavior Therapy*, 55(1), pp. 26–41.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.007>
- Özmen, E., 2001. Depresyonun psikodinamik kuramı: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), pp.145–151.
- Özmen, M., 2001. Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi*, 6, pp.283–287.
- Öztürk, M. and Uluşahin, A., 2023. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, pp.261–296.
- Öztürk, M.O., 2016. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Panayiotou, G., Karekla, M. and Leonidou, C., 2017. Coping through avoidance may explain gender disparities in anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), pp.215–220.
- Peixoto, F., Sousa, D., Luz, D., Vieira, N., Júnior, J., Santos, G. and Neto, M., 2017. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0143-5>
- Pérez Bedoya, É.A., Puerta-López, L.F., López Galvis, D.A., Rojas Jaimes, D.A. and Moreira, O.C., 2023. Physical exercise and major depressive disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 13(1), p.13223.
- Perner, J. and Wimmer, H., 1985. “John thinks that Mary thinks that...” Attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39(3), pp.437–471.
- Peterson, C. and Seligman, M.E.P., 1987. Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55(2), pp.237–265.
- Post, R.M., Luckenbaugh, D.A., Leverich, G.S., Altshuler, L.L., Frye, M.A., Suppes, T. et al. (2008) ‘Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood’, *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), pp. 712–717.

- Rakesh, N. (2024) 'Executive dysfunction in major depressive disorder: A multi-method study', *Cognitive Neuropsychiatry*, 29(1), pp. 41–55.
- Reiss, F., 2013. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, pp.24–31.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Reitan, R.M. and Wolfson, D., 2003. The significance of sensory-motor functions as indicators of brain dysfunctions in children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, pp.11–18.
- Ressler, K.J. and Nemeroff, C.B., 2000. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12(S1), pp.2–19. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1)
- Robin, A., Sauvaget, A., Deschamps, T., Bulteau, S. and Thomas-Ollivier, V., 2019. Combined measures of psychomotor and cognitive alterations as a potential hallmark for bipolar depression. *Psychiatry Investigation*, 16(12), pp.954–957.
<https://doi.org/10.30773/pi.2019.0116>
- Robinson, L.J., Thompson, J.M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A.H., Ferrier, I.N. and Moore, P.B., 2006. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93(1–3), pp.105–115.
- Rock, P., Roiser, J., Riedel, W. and Blackwell, A., 2013. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), pp.2029–2040.
<https://doi.org/10.1017/s0033291713002535>
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S.D. and Orsillo, S.M. (2005) 'Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model', *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), pp. 71–88.
- Rogers, M.A., Kasai, K., Koji, M., Fukuda, R., Iwanami, A., Nakagome, K., Fukuda, M. and Kato, N., 2004. Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: A review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research*, 50, pp.1–11.
- Rolin, D., Whelan, J. and Montano, C.B., 2020. Is it depression or is it bipolar depression?. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(10), pp.703–713.
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000499>
- Rottenberg, J., Gross, J.J. and Gotlib, I.H. (2005) 'Emotion context insensitivity in major depressive disorder', *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), pp. 627–639.
- Ruihua, L. (2018) 'Face expression recognition in unipolar and bipolar depression: Potential endophenotype for early diagnosis', *Journal of Affective Disorders*, 234, pp. 150–157.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Stewart, J.W., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Ritz, L., Biggs, M.M., Shores-Wilson, K., Warden, D., Luther, J.F., Niederehe, G., Fava, M., 2006. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), pp.1905–1917.

Rybak, Y.E., Lai, K.S.P., Ramasubbu, R., Vila-Rodriguez, F., Blumberger, D.M., Chan, P., et al., 2021. Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment. *Depression and Anxiety*, 38(4), pp.456–466.

Saavedra, K., Molina-Márquez, A.M., Saavedra, N., Zambrano, T. and Salazar, L.A., 2016. Epigenetic modifications of major depressive disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(8), p.1279.

Sagiv, L. and Schwartz, S.H., 2000. Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30(2), pp.177–198.

Samamé, C., Martino, D.J. and Strejilevich, S.A. (2013) ‘Social cognition in euthymic bipolar disorder: Systematic review and meta-analytic approach’, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), pp. 266–280.

Santini, Z.I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S. and Haro, J.M. (2015) ‘The association between social relationships and depression: A systematic review’, *Journal of Affective Disorders*, 175, pp. 53–65.

Sanvicente-Vieira, B., Brietzke, E. and Grassi-Oliveira, R., 2012. Translation and adaptation of Theory of Mind tasks into Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34, pp.178–185. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892012000400003>

Sato, A., Hashimoto, T., Kimura, A., Niitsu, T. and Iyo, M., 2018. Psychological distress symptoms associated with life events in patients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00200>

Schildkraut, J.J., 1965. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122(5), pp.509–522. <https://doi.org/10.1176/ajp.122.5.509>

Selph, S.S. and McDonagh, M.S., 2019. Depression in children and adolescents: evaluation and treatment. *American Family Physician*, 100(10), pp.609–617.

Senna, S.M., Schwab, B., Melo, H.M., Díaz, A.P. and Schwarzbald, M.L., 2022. Social cognition and suicide-related behaviors in depression: A cross-sectional, exploratory study. *Brazilian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2407>

Senna, T.C. (2021) ‘Social cognition and suicide risk in depression’, *Journal of Psychiatric Research*, 134, pp. 42–48.

Seo, J.S., Park, J.Y., Choi, J., Kim, T.K., Shin, J.H., Lee, J.K. and Han, P.L., 2002. NADPH oxidase mediates depressive behavior induced by chronic stress in mice. *Journal of Neuroscience*, 32(28), pp.9690–9699.

Sert-Ağır, M. and Yavuzer, H., 2018. Bilişsel çarpıtma ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 12(26), pp.175–198.

Shamay-Tsoory, S.G., Tibi-Elhanany, Y. and Aharon-Peretz, J., 2006. The ventromedial prefrontal cortex is involved in understanding affective but not cognitive theory of mind stories. *Social Neuroscience*, 1(3–4), pp.149–166.
<https://doi.org/10.1080/17470910600985589>

Shan, P., Hu, L., Xu, D., Fang, C., Li, J., Jiang, D. and Zhuo, C., 2018. Difference in the prevalence of non-fatal suicidal behaviours in patients with unipolar and bipolar depression in China: a meta-analysis. *Oncotarget*, 9(84), pp.35493–35499.
<https://doi.org/10.18632/oncotarget.24554>

Siegel-Ramsay, J., Bertocci, M., Wu, B., Phillips, M., Strakowski, S. and Almeida, J., 2022. Distinguishing between depression in bipolar disorder and unipolar depression using magnetic resonance imaging: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 24(5), pp.474–498.
<https://doi.org/10.1111/bdi.13176>

Smith, D. and Craddock, N., 2011. Unipolar and bipolar depression: different or the same?. *The British Journal of Psychiatry*, 199(4), pp.272–274.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092726>

Smith, S.M. and Vale, W.W., 2006. The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), pp.383–395.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>

Snyder, H. R., 2013. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 139(1), pp.81–132. <https://doi.org/10.1037/a0028727>

Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Reinares, M., Bonnin, C.M., Torres, I. et al. (2011) ‘Cognitive impairment in bipolar disorder: Treatment and prevention strategies’, *International Journal of Clinical Practice*, 65(2), pp. 144–155.

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A.M. and Penninx, B.W., 2014. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), pp.840–850.

Stange, J.P., Alloy, L.B. and Fresco, D.M., 2017. Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), pp.245–276. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12201>

Stetler, C. and Miller, G.E., 2011. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: A quantitative summary of four decades of research. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), pp.114–126. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820ad12b>

Strand, M., Zvolensky, M.J., Lejuez, C.W. and Stewart, S.H. (2013) ‘Cognitive vulnerability to depression’, *Clinical Psychology Review*, 33(5), pp. 536–548.

Strauss, E., Sherman, E.M.S. and Spreen, O., 2006. *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
 Stroop, J.R., 1935. Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, pp.643–662.

- Suhaff, A., 2019. Psychiatric and medical comorbidities in patients with bipolar disorder: a hospital based study. *Scholarly Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(3). <https://doi.org/10.32474/sjpbs.2019.02.000136>
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. and Kendler, K.S. (2000) 'Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis', *American Journal of Psychiatry*, 157(10), pp. 1552–1562.
- Swann, A., Lijffijt, M., Lane, S., Steinberg, J. and Moeller, F., 2009a. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *Journal of Affective Disorders*, 116(1–2), pp.30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.022>
- Swann, A., Lijffijt, M., Lane, S., Steinberg, J. and Moeller, F., 2009b. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 11(3), pp.280–288. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00678.x>
- Swann, A.C., Lijffijt, M., Lane, S.D., Steinberg, J.L. and Moeller, F.G., 2009. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *Journal of Affective Disorders*, 116(1–2), pp.30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.022>
- Taylor, D. and Richardson, P., 2005. The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. In: *Oxford Textbook of Psychotherapy*, pp.127–136.
- Taylor, G. and Richardson, M., 2005. *Introduction to psychological theories of depression*. London: Palgrave Macmillan.
- Thoma, P., Bellebaum, C., Brüne, M. and Suchan, B. (2015) 'Theory of mind and sarcasm comprehension in depression', *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(2), pp. 92–106.
- Thompson, J.M., Gallagher, P., Hughes, J.H., Watson, S., Gray, J.M., Ferrier, I.N. and Young, A.H., 2005. Neurocognitive impairment in euthymic patients with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186, pp.32–40.
- Türk, N., Arslan, G., Kaya, A., Güç, E. and Turan, M.E., 2024. Psychological maltreatment, meaning-centered coping, psychological flexibility, and suicide cognitions: A moderated mediation model. *Child Abuse & Neglect*, 152, p.106735. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106735>
- Uekermann, J., Channon, S. and Daum, I. (2008) 'Humor processing in major depression', *Journal of Psychiatric Research*, 42(6), pp. 487–494.
- Uğur, E. and Murat, M., 2014. Lise öğrencilerinin kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları ve saldırganlık tepkileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 13(2), pp.525–543.
- Ünal, S., 2003. Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve belirti oluşumu ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, pp.46–53.

van Wingen, G.A., van Eijndhoven, P., Tendolkar, I., Buitelaar, J.K. and Verkes, R.J. (2011) 'Amygdala hyperactivation and hypoactivation in response to emotional stimuli in depression: A meta-analysis of fMRI studies', *Biological Psychiatry*, 69(7), pp. 681–689.

Vieta, E., Berk, M. and Gonzalo, J., 2021. Remission and recovery in bipolar disorder: The role of DSM-5 criteria and staging approaches. *Bipolar Disorders*, 23(4), pp.320–333.

Vieta, E., Suppes, T., Eggertsen, R. and Bockting, C. (2011) 'Psychotic depression and bipolar depression: the interface and treatment options', *Bipolar Disorders*, 13(2), pp. 159–171.

Visser, H. and Mast, R., 2005. Bipolar disorder, antidepressants and induction of hypomania or mania: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(4), pp.231–241. <https://doi.org/10.1080/15622970510029885>

Vogelzangs, N., Duivis, H.E., Beekman, A.T.F., Kluft, C., Neuteboom, J., Hoogendijk, W.J.G. and Penninx, B.W.J.H., 2012. Association of depressive disorders, depression characteristics and antidepressant medication with inflammation. *Translational Psychiatry*, 2(2), e79.

Wagner, S., Doering, B., Helmreich, I., Lieb, K. and Tadić, A., 2011. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), pp.281–292. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01762.x>

Wang, J., Li, W., Li, M., Wu, H. and Qiu, Z., 2023. Comparative efficacy and safety of four atypical antipsychotics augmentation treatment for major depressive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine*, 102(38), e34670.

Wang, Y. et al., 2018. Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 197, pp.349–356. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.003>

Wang, Y., Wang, Y., Chen, S. and Zhu, C. (2008) 'Impaired theory of mind in depression', *Neuroscience Letters*, 448(3), pp. 228–232.

Wang, Y.P. and Gorenstein, C., 2013. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), pp.416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

Weightman, M.J., Air, T.M. and Baune, B.T. (2014) 'A review of the role of social cognition in major depressive disorder', *Frontiers in Psychiatry*, 5, Article 179. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00179>

Weissman, M.M., Bland, R.C. and Canino, G.J., 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, pp.293–299.

Wells, A. and Cartwright-Hatton, S., 2004. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), pp.385–396.

- WHO, 2022. *Mental Disorders*. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Accessed 2 Jul. 2025].
- Wilson, K.G. and Murrell, A.R., 2004. Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In: S.C. Hayes, V.M. Follette and M.M. Linehan, eds. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, pp.120–151.
- Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E. and Hautzinger, M. (2011) ‘I can see what you feel, but I can’t deal with it: Impaired theory of mind in depression’, *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), pp. 104–111.
- Xu, G., et al., 2012. Comparison of cognitive deficits in unipolar depression and bipolar disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(6), pp.486–498.
- Xu, G., Lin, K., Rao, D. and Kou, J., 2012. Comparison of cognitive deficits in unipolar depression and bipolar disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(6), pp.486–498.
- Yamada, M., Kato, M., Aiba, R., Ueno, S., Oshima, N., Nakamura, M. and Yoshikawa, T. (2015) ‘Theory of mind in major depressive disorder’, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(8), pp. 448–457.
- Yang, C. (2018) ‘Executive dysfunction in remitted mood disorders: Trait or state marker?’, *Asian Journal of Psychiatry*, 33, pp. 71–78.
- Yavuz, F., Iskin, M., Ulusoy, S., Esen, F.B. and Burhan, H.S., 2014. Turkish version of AAQ-II: Preliminary analysis of reliability and validity. In: *ACBS Annual World Conference*, Vol. 12, pp.17–22.
- Yıldırım, E. and Alptekin, K., 2012. Şizofrenide öne çıkan yeni bir boyut: Sosyal biliş. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(1), pp.1–9.
- Yılmaz, E., Gençöz, T. and Wells, A., 2011. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, pp.389–396.
- Yüksel, C. and Öngür, D., 2010. Magnetic resonance spectroscopy studies of glutamate-related abnormalities in mood disorders. *Biological Psychiatry*, 68, pp.785–794. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.06.016>
- Zaninotto, L., et al., 2015. Cognitive markers of melancholic depression: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 186, pp.1–8.
- Zorn, J.V., Schür, R.R., Boks, M.P., Kahn, R.S., Joëls, M. and Vinkers, C.H., 2017. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, pp.25–36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.036>
- Zweifel, P., 2021. Mental health: The burden of social stigma. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(3), pp.813–825.

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Olur Formu



**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Başvuru Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "REMİSYON DÖNEMİNDEKİ UNİPOLAR DEPRESYON VE BİPOLAR DEPRESYON VAKALARININ ZİHNİ KURAMI, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ"dır. Bu araştırmanın amacı klinik öyküsünde bipolar depresyon ya da unipolar depresyon olan hastaları zihin kuramı, psikolojik esneklik ve yürütücü işlevler açısından değerlendirmek ve bu parametreleri sağlıklı kontrollerle yaş, cinsiyet ve eğitim durumları ile eşleyerek karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre altmış dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı yüz yirmi beştir.

Bu araştırmanın niteliği anket çalışması olup çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere araştırma tarafından anket uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacı önerilerine uyma sizin sorumluluğunuzdadır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir beklenen risk ve yararı yoktur.

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bu çalışmada girişimsel bir işlem uygulanmadığı için çalışmaya bağlı bir zarar beklenmemektedir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya ailenizle derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunu için 0374 253 46 26(Dahili numara 3265) no.lu telefonla Dr. Hale Mükerrrem Bolar'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün materyal, tefekkür, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücreti istenmeyecektir. Bu araştırma herhangi bir kurum tarafından desteklenmemektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırma bilginizi dahilinde veya isteğinizi dışında, uygulanan tedavi şemasının gerektirdiği yerine gitmemenizi, çalışma programını aksatmanızı veya tedavinizin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırma tarafından çıkartılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Sizce ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlarına bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de isteğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sizce ait tüm tıbbi ve kimlik bilgilerinizi gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlarına bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de isteğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Bilgileri: Adı-Soyadı: _____ Adresi: _____ Tel-Faks: _____ Tarih ve İmza: _____	Araştırmacı Bilgileri: Adı-Soyadı: _____ Görevi: _____ Adresi: _____ Tel-Faks: _____ Tarih ve İmza: _____
Yakınları veya vasiyet altında bulunanlar için vasi veya vasiyet: Adı-Soyadı: _____ Adresi: _____ Tel-Faks: _____ Tarih ve İmza: _____	Özetle alınan işlemler başından sonuna kadar tamamlanmış olan kararlılığı göstermektedir: Adı-Soyadı: _____ Görevi: _____ Adresi: _____ Tel-Faks: _____

Ek-2: Benton Yüz Tanıma Testi

Benton Yüz Tanıma Testi
Kayıt formu

Ad Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Doğum Tarihi: ____/____/____ / Yaş: _____

Kısa Form			Düzeltilmiş Puan	
Sıra No	Doğru Cevaplar /	Yanlış Cevaplar /	Kısa Form	Uzun Form
1	(5) _____	1 2 3 4 6	27	53
2	(1) _____	2 3 4 5 6	26	51
3	(2) _____	1 3 4 5 6	25	49
4	(3) _____	1 2 4 5 6	25	48
5	(6) _____	1 2 3 4 5	23	46
6	(2) _____	1 3 4 5 6	22	44
7	(2) (5) (6) _____	1 3 4	21	43
8	(1) (3) (4) _____	2 5 6	20	41
9	(2) (4) (6) _____	1 3 5	19	39
10	(2) (5) (6) _____	1 3 4	18	37
11	(1) (4) (6) _____	2 3 5	17	36
12	(2) (3) (6) _____	1 4 5	16	34
13	(1) (3) (5) _____	2 4 6	15	32
Kısa Form Doğru Cevap			14	31
Toplam (1. -13. sıralar) _____			13	29
			12	27
			11	26
			10	23
Uzun Form				
Sıra No	Doğru Cevaplar /	Yanlış Cevaplar /		
14	(1) (3) (5) _____	2 4 6		
15	(2) (3) (4) _____	1 5 6		
16	(2) (4) (5) _____	1 3 6		
17	(1) (4) (6) _____	2 3 5		
18	(3) (4) (6) _____	1 2 5		
19	(2) (3) (4) _____	1 5 6		
20	(1) (2) (3) _____	4 5 6		
21	(1) (5) (6) _____	2 3 4		
22	(2) (4) (5) _____	1 3 6		
Uzun Form Doğru Cevap				
Toplam (14. -22. sıralar) _____				
TOPLAM PUAN _____				

Ek-3: Stroop Testi

STROOP TESTİ TBAG FORMU*

KAYIT FORMU

Adı Soyadı : _____ Uygulayıcının Adı Soyadı : _____
Doğum Tarihi : ____/____/____ Uygulama Tarihi : ____/____/____
Yapı : _____ Uygulama Yeri : _____
Cinsiyeti : _____ Eğitim Düzeyi : _____

Bölüm I: Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma				Bölüm II: Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma			
M	S	K	Y	M	S	K	Y
Y	M	S	K	Y	M	S	K
Y	K	M	S	Y	K	M	S
K	Y	S	M	K	Y	S	M
S	K	Y	M	S	K	Y	M
K	M	S	Y	K	M	S	Y

Bölüm III: Şekil Rengi Söyleme				Bölüm IV: Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K	Y	M	S	K
S	K	Y	M	S	K	Y	M
M	Y	S	K	M	Y	S	K
M	S	K	Y	M	S	K	Y
K	Y	M	S	K	Y	M	S
S	Y	M	K	S	Y	M	K

Bölüm V: Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

*BİLNOT Batareyasının araştırma ve geliştirme çalışmalarını TBAG-Ö / 17-2 sayılı proje ile TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir.

Ek-4: Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

CEVAP SÜTUNU VE PUANLAMA
(Uygulayıcı tarafından doldurulacaktır.)

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
Kontrol Cevapları	1. 2. 3. 4. 5. 6.	Kontrol Toplam
		DEZTÖ TOPLAM

Ek-6: Psikolojik Esneklik Ölçeği

Psikolojik Esneklik Ölçeği

Aşağıda psikolojik esneklik düzeyinizi ölçmeye ilişkin ifadeler yer almaktadır. Sizden, kendi yaşamınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Her bir maddeye katılma durumunuza göre 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

	Hiç Tamamen Katılmıyorum Katılıyorum 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	Hiç katılmıyorum							Tamamen katılıyorum
1.	Benim için neyin önemli olduğunu ve hayatımda gelmek istediğim noktayı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasını engellemek için bir şeylerle meşgul olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Olumsuz duygular hissettiğimde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
4.	Duygu ve düşüncelerimi değiştirmeksizin, onları olduğu gibi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
5.	Zorlayıcı duygu, düşünce veya hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
6.	Üzüntü verici duyguları uzak tutmak için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
7.	Stresli olsa bile, tercihlerimi benim için neyin önemli olduğuna dayanarak yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
8.	İş veya görevlerimi, ne yaptığımı farkında olmaksızın, otomatik bir şekilde yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
9.	Yaşamayı seçtiğim önemli değerlere sahibim.	1	2	3	4	5	6	7	
10.	Duygu ve düşüncelerimi kontrol etmek yada onlardan kaçınmak yerine, onları olduğu gibi kabul edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
11.	Düşünceler sadece düşüncelerdir- yaptıklarımı kontrol etmezler.	1	2	3	4	5	6	7	
12.	Aklıma gelen düşünce, duygu ve hisler ne olursa olsun, onları değiştirmeden ve onlara karşı çıkmadan tam anlamıyla deneyimlemeye razıyım.	1	2	3	4	5	6	7	
13.	Kişisel değerlerim doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7	
14.	Düşüncelerime öyle takılırım ki en çok yapmak istediğim şeyleri yapamam.	1	2	3	4	5	6	7	
15.	Düşüncelerimin, yapmak istediğim şeyleri engellemesine izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7	
16.	Yapması zor olsa bile, benim için anlamlı olan şeylerin sorumluluğunu alırım.	1	2	3	4	5	6	7	
17.	Kendim hakkındaki bir düşüncemetam olarak uymak	1	2	3	4	5	6	7	

	zorunda değilim.								
18.	Ne yaptığımın pek farkında olmadan otomatik hareket ediyordum gibi görünür.	1	2	3	4	5	6	7	
19.	Hayatın benim için gerçekten önemli olan şeyleri belirler ve onların peşinden giderim.	1	2	3	4	5	6	7	
20.	Benim için anlamlı olan etkinlikleri çok dikkatimi vermeden aceleyle yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
21.	Bir şey benim için önemli ise onu yapmaya devam edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
22.	Şu anda yaşananlara odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7	
23.	Geçmiş ya da gelecek ile çok meşgul olduğumdan, kendimi şu an olanları kaçırmak bulurum.	1	2	3	4	5	6	7	
24.	En büyük hedeflerimden biri bana acı veren duygularımdan kurtulmaktır.	1	2	3	4	5	6	7	
25.	Benim için oldukça önemli olsalarda, kendimi, o işi dikkatimi vermeden yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7	
26.	Değerlerim, davranışlarıma tamamiyle yansır.	1	2	3	4	5	6	7	
27.	İletişim yavaş olsa bile, zaman gerektiren uzun vadeli planlarımı sadık kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
28.	Hayatımı nasıl yaşamak istediğimle uyumlu bir şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7	

Psikolojik Esneklik Ölçeği. Ölçek, Francis, Dawson ve Golijani-Moghaddam (2016) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, 28 maddeden oluşmaktadır. Değerler ve değerler doğrultusunda davranış (1, 7, 9, 13, 16, 19, 21, 26, 27, 28), an'da olma (8, 14, 18, 20, 22, 23, 25), kabul (2, 3, 5, 6, 24), bağlamsal benlik (4, 10, 12) ve ayrışma (11, 15, 17) olmak üzere beş alt boyutu bulunan ölçek 1 – 7 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Karakuş ve Akbay (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin uyarlama çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla değer ve değer doğrultusunda davranış boyutu .84, an'da olma .60, kabul .72, bağlamsal benlik .73 ve ayrışma .59 bulunmuştur. Çalışmada Psikolojik Esneklik Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .79 olarak hesaplanmıştır.

Değerlendirme: Her bir boyut kendisine ait maddelerin toplanmasıyla ayrı ayrı değerlendirildiği gibi ölçekten toplam puanda elde edilebilmektedir. Ölçekte tersine puanlanan maddeler 2, 3, 5, 6, 8, 14, 18, 20, 22, 23, 24 ve 25'tir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan ise 196'dır.

Ek-7: Kabul Eylem Formu-2

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Hislerimden korkarım.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1 2 3 4 5 6 7	
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1 2 3 4 5 6 7	

Yavuz ve ark. (2016). Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A Reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-clinical Samples. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Doi:10.5455/bcp.20160223124107

Ek-8: Freiburg Kendinelik Envanteri

Bu ölçeğin amacı kendinelik yaşantılarınızı tarifleyebilmektir. Size en uygun ifadeyi seçin, samimiyetle ve aklınıza ilk gelen biçimiyle işaretleyin.		Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	İçinde bulunduğum anın getirdiği duygulara, düşüncelere ve hislere açığım.	1	2	3	4
2	Yemek yaparken, yerken, temizlik yaparken ve konuşurken bedenimi hissederim.	1	2	3	4
3	Zihnimin dalgınlığını fark ettiğimde, içinde bulunduğum yer ve zamana kolayca geri dönebiliyorum.	1	2	3	4
4	Kendimi takdir etmeyi becerebiliyorum.	1	2	3	4
5	Davranışlarımın hemen öncesinde iç dünyamda neler yaşadığıma dikkat ederim.	1	2	3	4
6	Hatalarımı ve yetersizliklerimi onları yargılamadan oldukları gibi görürüm.	1	2	3	4
7	İçinde bulunduğum her an, içsel yaşantılarımın farkında olabilirim.	1	2	3	4
8	Hoş olmayan içsel yaşantılarımı kabullenirim.	1	2	3	4
9	İşler kötüye gittiğinde, kendimi bir arkadaş gibi desteklerim.	1	2	3	4
10	Duygularımın içinde kaybolmadan onları gözlemlerim.	1	2	3	4
11	Zor durumda kaldığımda, ani bir tepki vermeden kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4
12	İşlerin rahatsız ve acı verici olduğu zamanlarda bile, iç huzuru ve dinginliği tecrübe ettiğim anlar vardır.	1	2	3	4
13	Kendime ve başkalarına karşı tahammülsüz davranırım.	1	2	3	4
14	Hayatı zorlaştırdığımı fark ettiğimde tebessüm edebiliyorum.	1	2	3	4