



**T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DR. RIDVAN EGE HASTANESİ**

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU VEYA DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr.Betül GÜRSOY ÇİÇEK

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2016**

**T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DR. RIDVAN EGE HASTANESİ**

**ANKSİYETE BOZUKLUĞU VEYA DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr.Betül GÜRSOY ÇİÇEK

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN**

ANKARA

2016

KABUL ONAY



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden bu yana engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, eğitimimiz için her türlü fedakarlığı gösteren, birlikte çalıştığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, mesleki olduğu kadar insani değerleriyle de örnek aldığım ve mesleki kimliğimin şekillenmesinde büyük katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Salih Battal'a,

Akademik bilgisi, tecrübesi, hastalara yaklaşımı ile her zaman örnek aldığım, yaşamıma ve mesleğime farklı bir bakış açısı getiren değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Nurper Erberk Özen'e,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Refia Palabıyıkoglu'na,

Rotasyon yaptığım bölümlerde bilgi ve deneyimlerimin artmasını sağlayan Prof. Dr. Tümer Türkbay, Doç.Dr. Ayhan CÖNGÖLOĞLU, Prof. Dr. Erol GÖKA, Prof. Dr. Alev Leventoglu'na,

Bana huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan, uzmanlık eğitimim süresince çok keyifli anlar paylaştığım asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Evşen ATA GÖZCELİOĞLU, Uzm. Dr. Ahmet Gül ve Dr. Diğdem GÖVERTİ'ye

Tez yazımdaki çoğu aşamada verdiği bilimsel ve manevi desteği için Psk.Hilal İNANIR'a

En büyük desteğim olan sevgili eşim, biricik oğlum, bu günlere gelmemde çok büyük emekleri olan, eğitim ve öğrenim hayatım boyunca her türlü fedakârlığı göstererek beni her zaman destekleyen canım aileme,

Ve son olarak mesleğimi sevmeme ve kendimi geliştirmeme yardımcı dokunan tüm hastalarımın teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
1. GİRİŞ- AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU.....	4
2.1.1. Klinik Bulgular.....	5
2.1.2. Tanı.....	6
2.1.3. Ayırıcı Tanı.....	7
2.1.4. Tedavi.....	7
2.1.4.1. Psikoterapi.....	8
2.1.4.2. Farmakolojik tedavi.....	8
2.1.5. Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel Kuramı.....	8
2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK.....	10
2.2.1. Etiyoloji.....	11
2.2.1.1. Genetik faktörler.....	11
2.2.1.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	11
2.2.1.3. Biyolojik Etkenler.....	12
2.2.1.4. Hormonal Etkenler.....	12
2.2.1.4.1. Hipotalamopitüiter adrenal aksı.....	12
2.2.1.4.2. Nöroendokrin Anormallikler.....	12
2.2.1.5. Psikososyal Etkenler.....	12
2.2.2. Klinik Bulgular.....	13
2.2.3. Tanı.....	14
2.2.4. Tedavi.....	15
2.2.4.1. Farmakolojik Tedavi.....	15
2.2.5. Depresyonun Bilişsel Kuramı.....	15
2.3. DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ.....	18
2.4. KİŞİLİK.....	21

2.4.1. Kişilik, Mizaç ve Karakter Tanımları.....	21
2.4.2. Kişilik Yapısı.....	22
2.4.3. Kişilik Özellikleri.....	22
2.4.4. Eysenck'e göre kişilik.....	23
2.4.5. Eysenck'in Kişilik Boyutları.....	24
2.4.6. Kişilik ve Depresyon.....	25
2.4.7. Kişilik ve Anksiyete.....	27
3. ARAÇ VE YÖNTEMLER.....	29
3.1. Sosyodemografik veri formu.....	29
3.2. Düşünce Özellikleri Ölçeği.....	29
3.3. Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa formu (EKA-GGK).....	30
3.4. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ).....	30
3.5. Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ).....	31
3.6. İstatistiksel analiz.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ.....	61
ÖZET.....	63
SUMMARY.....	64
KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	82
Ek-1 Düşünce Özellikleri Ölçeği(DÖÖ)	
Ek-2 Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Form(EKA-GGK)	
Ek-3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)	
Ek 4 Beck Anksiyete Envanteri(BAE)	

KISALTMALAR

KG: Kontrol Grubu

DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği

EKA-GGK: Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısa Formu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı)

GAD: Generalized Anxiety Disorder

MDD: Major Depressive Disorder

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma Grupları Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 2. Çalışma Grupların Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

Tablo 3. Çalışma Grupları Arasında Eysenck Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 4. Çalışma Grupları Arasında Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 5. Çalışma Grupları Arasında Depresyon ve Anksiyete Şiddetlerinin Dağılımı

Tablo 6. Kontrol Grubunda Yer Alanların Cinsiyetleri Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

Tablo 7. Kontrol Grubunda Yer Alanların Öğrenim Durumları Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

Tablo 8. Çalışma Gruplarının Kendi İçinde Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim Durumu ve Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Eysenck Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 9. Çalışma Gruplarının Kendi İçinde Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim Durumu ve Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Beck Depresyon ve Anksiyete Skorlarının Dağılımı

Tablo 10. Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

Tablo 11. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olanlarda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

Tablo 12. Majör Depresif Bozukluğu Olanlarda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

1.GİRİŞ-AMAÇ

İnsanlar hayatlarının bazı dönemlerinde sıkıntılar yaşayabilirler. Bazı kişilerde bu sıkıntılı durum bir semptom halini alıp, hastalık belirtisi olarak görülebilir. Depresyon ve anksiyete bütün dünyada sıklıkla görülen ruhsal bozukluklardır. Özellikle son yıllarda bu hastalıkların insidansı giderek artmaktadır (1).

Depresyon, bireyde çökkün bir ruh haline, davranışsal etkinliklerinde azalmaya, zihinsel etkinliklerde değişikliklere ve yer yer bedensel yakınmalara neden olan; şiddeti bireyden bireye değişebilen bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (2-5).

Depresyon deyince sıklıkla algılanan majör depresyondur. Major depresif bozukluk(MDB); toplumda oldukça yaygın görülen, yüksek oranda yineleme ve depreşme gösteren, hem bireysel hem de sosyal alanlarda önemli işlev kayıplarına yol açan, üzerinde ciddiyet ve hassasiyetle durulması gereken önemli bir ruhsal hastalıktır (1). Günümüzde depresyon, özellikle endüstrileşmiş batı ülkeleri başta olmak üzere bütün dünyada hızla artmakta ve büyük bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Ruhsal hastalıklar içinde de depresyon, görülme sıklığı açısından ilk sırada yer almaktadır (1, 5).

Depresyonun bu denli yaygın bir bozukluk olması, beraberinde bu bozukluğun tedavisinde kullanılabilecek seçeneklerin de araştırılmasına neden olmaktadır. Bu amaçla depresyonda iyi bir tedavi seçeneği olduğu ileri sürülen bilişsel terapi ve bunun tedavideki etkinliğine ilişkin oldukça çok sayıda araştırma yapılmıştır (6, 7, 8)

Kaygı, tehlikeyle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Kaygı, genellikle tehlike habercisi, tehvide karşı uyarıcı, benliğin bilinçli yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur (9, 10).

Bütün insanların belirli zamanlarda kaygılandıkları bilinmektedir. Önemli olan normal kaygı ile anormal kaygının ayırımının yapılmasıdır. Normal kaygı organizmanın

biyolojik bir korunma sistemidir ve organizma tarafından potansiyel bir tehlike olarak algılandığında ortaya çıkarak tehlikeli durumdan sakınılıp yaşamın devam etmesini sağlar. Eğer kaygı objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir beklenti hissi, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise "anormal kaygı"dan söz edilebilmektedir. Anksiyete bozukluğu diye isimlendirilen bu durum, kişinin günlük yaşamını, sosyal işlevselliği olumsuz olarak etkileyebilecek patolojik bir durumdur. ABD’de ulusal temsili örnekleme oluşturan 8098 erişkin üzerinde yapılmış olan Ulusal Eşanı Çalışmasına (National Comorbidity Survey) göre Amerikan toplumunda dört erişkinden birinde bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır (9, 10, 27).

YAB, anksiyete bozukluklarından biridir ve iyileşme ve alevlenmelerle giden, kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur. Yaygın anksiyete bozukluğunun temel belirtisi kişinin sürekli kaygılı olması ve birçok konuda yersiz biçimde kötü bir şey olacağı endişesi içinde olmasıdır. YAB olan hastalarda aşırı kaygı ve endişeli beklenti dışında, huzursuzluk, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü, kolay parlama, kas gerginliği, uyku bozuklukları da görülmektedir (11).

Bu bozuklukta ilaç tedavilerinin etkinliği düşüktür ve tedavi sonlandırıldıktan sonra yüksek oranlarda tekrarlamaktadır. Son dönemlerde BDT’nin YAB’de hem kısa dönemde hem de uzun vadede etkinliğinin gösterilmesi, hekimlere önemli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) en çok uygulanan psikoterapi türüdür; bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, sorun çözme, gevşeme, YAB’de kullanılan BDT teknikleridir (12).

Depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip hastalarda, hastalığın da süregelenleşmesine yol açan, abartılmış ya da mantık dışı (*irrational*) düşünce yapıları görülmektedir. Terapistler, düşünce bozukluğu olan kişilerin, yaşadıkları gerçeklikleri farklı algıladıklarını belirtirler. Bu bireylerin düşünce yapıları, onların olumsuz düşünce ve duygularını kuvvetlendirmektedir. Zamanla kendileri, yaşadıkları olaylar ve hatta bütün dünya ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceler beslemeye başlayan kişilerin depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşamaları kuvvetle muhtemeldir. Depresyon ve anksiyete

bozukluğuna sahip olan hastaların kişilik özelliklerinin ve düşünce özelliklerinin tespit edilmesi önemlidir.

Kişilik zellikleri ile psikolojik bozukluklar arasındaki ilişki çok eski zamanlardan beri pek çok araştırmacının ilgi odağı olmuş ve bu konuda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kişilik, mizaç, karakter ile depresyon ve kaygı gibi duygusal bozuklukların ilişkisini inceleyen çalışmalarda, bu bozukluklara yatkınlıkta kişilik yapılarının etkili olduğu kabul edilmiştir (13, 14).

Beck'in teorisine göre bilişsel çarpıtmalar, ruhsal bozuklukların gelişmesi ve srdrmnde temel rol oynamaktadır (15). Bilişsel çarpıtmaları belirlemek ve bunlarla ilgili içgörü geliştirmek BDT'nin önemli bir parçasıdır (16). Kişilerin karşılaştıkları psikolojik sorunların ya da duygusal reaksiyonların temelinde onları ortaya çıkaran olayların değil de, kişinin hatalı ve çarpıtılmış bilişlerinin olduğu, bunların değiştirilip daha uygun ve rasyonel inançların geliştirilmesi ile psikolojik rahatsızlıkların ortadan kaldırılabileceğini belirten bilişsel terapiler günümüzde oldukça popülerdir. Bilişsel terapiler bilişsel model üzerine kurulmuşlardır. Başka bir deyişle, yaşanan bir olay sonunda hangi türden bir duygunun ortaya çıkacağını belirleyen olayla ilgili yapılan yorumlar, yani düşünce biçimleridir (17). D, BDT'de kullanılan ve tartışılan düşünce hatalarını tam anlamıyla değerlendiren tek ölçektir.

şimdiye dek kişilik gelişimiyle ve düşünce özellikleri ile ilgili birçok teori sunulmuş ve birçok sınıflama yapılmıştır. Ancak tüm bu tanımlama ve sınıflamalarda kişilik ve düşünce özelliklerinin oluşturan etken ve özelliklerin llebilirliği mümkün olmamış bu da kişilik ve düşünce özellikleri ile ilgili yorumlarda bir görecelik payı oluşturmuştur (10, 18).

Çalışmamızda, depresyon ve anksiyete bozukluğu görülen hastaların düşünce ve kişilik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayanan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir (19). Anksiyete, kişiyi olası bir tehlike karşısında gereğini yapmak üzere harekete geçiren bir biyolojik uyarıcıdır. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur (20). Bu tehdit, bazen bir kayıptan, bazen de ruhsal iç çatışmadan kaynaklanır (22, 23).

2013'te yayınlanan DSM-5'te anksiyete bozuklukları: yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, fobik bozukluk, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık(mutizm), maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (21).

Anksiyete; gündelik yaşamın normal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. Anksiyetenin ruhsal ve bedensel belirtileri vardır. Ruhsal belirtileri; endişe, heyecan, çabuk irkilme, kötü bir haber alacağı beklentisi, obsesyonlar, çıldırma hissi, ölüm korkusu gibi belirtilerden oluşurken, fiziksel belirtileri çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, titreme, terleme, ağız kuruluğu, bulantı, yüzde kızarma, baş dönmesi, sersemlik, yerinde duramama, yutma güçlüğü, hiperventilasyon, kas gerilimi ve uyku bozukluğudur. Normal anksiyete organizmayı koruyan sistemin bir parçasıdır ve tehdit olarak algılanan bir olayın varlığında organizmanın bu tehditle savaşmasını veya ondan kaçmasını sağlamak için oluşur. Genel olarak kronikleşmiş, kişiler arası ilişkilerde bozulmalara neden olan, günlük hayatı etkileyen, kişinin verimini düşüren, fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği durumlar ise patolojik anksiyete olarak adlandırılmaktadır (24, 25, 26, 27).

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), anksiyete bozukluklarından biridir ve iyileşme ve alevlenmelerle giden, kronik seyirli ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir ruhsal bozukluktur. YAB, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygı ve endişenin

yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorlandığı ve yaşanan kaygı ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğinin önemli oranda bozulduğu bir hastalıktır (28, 29, 30). Sıklıkla gözden kaçan ve yeterince tanınmayan bir ruhsal bozukluktur (31).

YAB'ın temel belirtisi olan kaygı, sağlıklı insanlara göre daha yoğun, kontrol edilemez şekilde yaşanır (30). YAB'da yaşanan kaygıyı patolojik kılan; aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır (32). Ayrıca YAB hastalarının büyük bölümü, küçük sorunlarda bile aşırı kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir (33). YAB'nun tanımındaki endişe, halk arasında “evham ve evhamlılık” sözcüğüyle tarif edilmektedir (34). YAB olan hastalar genellikle küçük şeylere üzülen, olabileceğin en kötüsünün başlarına geleceğini düşünen, sürekli kaygılı kişilerdir (35).

YAB, 12 aylık yaygınlığı %18'dir ve en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (36). Temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların en sık görülen bunalıtı bozukluğu YAB'dır. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir (37).

2.1.1. Klinik Bulgular

YAB; süregen kaygı ile karakterizedir. Hastanın kaygı duygusu yanında en önemli belirtiler otonomik hiperaktiviteye bağlı olanlardır. Buna bağlı kan basıncının yükselmesi, çarpıntı, kaslarda gerginlik, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, öğürme ve bazen kusma, boğazda düğümlenme hissi, soluk almada güçlük, ellerde, ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar, sık işeme, sık dışkılama gibi semptomlar görülebilmektedir. Çoğu kez bu bedensel belirtiler, hastaların psikiyatri dışı hekimlere başvurma nedeni olmaktadır (38). Ruhsal belirtilerde sersemlik hissi, bayılacakmış gibi hissetme, derealizasyon, depersonalizasyon, kontrolü yitirme korkusu ve ölüm korkusu bulunabilir (39). Bunların yanı sıra özkıyım düşünceleri ve davranışları olabilir (40).

2.1.2. Tanı

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-5)(21)

A) En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde ortaya çıkan, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterme gibi) ilgili olarak, aşırı anksiyete ve kuruntu (endişeli beklentiler) duyma.

B) Kişi, kuruntularını denetlemekte zorlanır.

C) Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlası) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir. (1) Huzursuzluk ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma (2) Kolay yorulma (3) Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin boşalması (4) Çabuk kızma (5) Kas gerginliği (6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku).

D) Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur .

E) Bu bozukluk bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F) Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervosada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda

önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

2.1.3. Ayırıcı Tanı

Anksiyete, birçok tıbbi durumda ve ruhsal bozuklukta görülmektedir. Ayırıcı tanıda iyi bir anamnez, öykü, fizik ve ruhsal durum muayenesi ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. YAB'daki anksiyete daha yaygın, belirgin ve uzun sürelidir. Ayrıca anksiyete belirtilerine bedensel belirtilerin eşlik etmesi daha sıktır (41, 42). Depresyon ve YAB birlikteliği sık görülmektedir. YAB'da depresyon olmasa bile bazı depresif belirtiler görülebilir (43, 44).

Şizofreninin başlangıç döneminde yoğun anksiyete belirtileri bulunabilir. Şizofreni, düşünce bozukluğunun olması ile YAB'dan ayrılabilir. YAB, paranoid bozukluklar ve diğer psikotik bozukluklarla karışabilir (45).

Alkol kötüye kullanımı ve borderline kişilik bozukluğunun en önemli semptomlarından biri kaygıdır. Birincil hastalığın tedavisiyle birlikte anksiyete belirtileri yatışabilir. Anksiyete semptomları doğrudan özgül bir genel tıbbi duruma bağlı ise genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konur (41, 46). Bu tanı; öykü, laboratuvar bulguları ve fizik muayene temelinde yapılır. Hipertiroidi; kolaylıkla YAB tanısı ile karışabilir. Hipoglisemi, kafeinizm, madde kullanım bozukluğu, YAB'a benzer klinik belirtiler gösterebilir. Anksiyetenin etyolojisi madde kullanımına bağlıysa madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konur (41).

2.1.4. Tedavi

YAB tedavisinde öncelikli amaç ruhsal ve bedensel belirtileri azaltmak, hastanın işlevlerini iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmaktır (36). YAB için NICE klinik klavuzu 2011'de yayınlanmıştır. İlk basamakta psikolojik eğitim, bakım verenlerin desteklenmesi ve hastalığın takibi önerilmiştir. İlk basamaktan sonra belirtilerinde

gerileme olmayan hastalarda kendi kendine yardım teknikleri ve psikoegitim grupları önerilmektedir. Bu basamakta da yanıt alınamayan ya da işlevselliklerinde belirgin bozulma olan hastalarda bilişsel davranışçı terapiler (BDT), gevşeme egzersizleri ve ilaç tedavileri önerilmektedir (47). Hangi tedavi yöntemi seçilirse seçilsin, başlangıçta hastaya eğitim ve destek vermek faydalı olmaktadır (45).

2.1.4.1. Psikoterapi

Kaygı bozukluklarının tedavisinde sıklıkla BDT'den yararlanılmaktadır ve bu tedavinin etkinliğini değerlendiren çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaları değerlendiren gözden geçirme ve metaanaliz çalışmalarında BDT'nin hem kaygı belirtilerini azaltmada hem de kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu belirtilmektedir (49, 50). YAB'da orta ve hafif şiddette anksiyetesi olan hastalara psikoterapi uygulanabilir. Dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve BDT, YAB tedavisinde yer almaktadır (51, 52).

2.1.4.2. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavi, anksiyetesi günlük hayatını etkileyen hastalar için düşünülmelidir. Anksiyeteyi tedavi eden antidepresanların, terapötik etkinliğine ait pek çok çalışma vardır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri(sitalopram, essitalopram, paroksetin, sertralin), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (duloksetin, venlafaksin), trisiklik antidepresanlar (imipramin), opipramol, trazodon ve agomelatinin etkinliğine dair çalışmalar mevcuttur (53). Akut tedavide etkinliği gösterilen diğer ilaçlar pregabalin, benzodiazepinler, buspiron, antipsikotikler ve hidroksizindir (54-58). Tedavi yanıtı alınan hastalarda tedavinin 6-18 ay sürdürülmesi gerektiği bildirilmektedir (53, 59, 60).

2.1.5. Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel Kuramı

YAB'nın bilişsel modellerinden biri olarak Wells ve Carter (1999) iki tip endişe durumu tanımlamaktadır. Birinci tip, olumsuz inançlarla beslenen endişeyi içermekte ve

endişenin bir başa çıkma taktiği olarak olumlu inançlarla sürdürüldüğü durumları ifade eder. Bu endişe tipine göre, YAB'ı olan bireyler, endişelenmeyi devam ettirerek gelecekteki tehlikelerin önüne geçtiklerine inanmaktadırlar. İkinci tip endişe ise 'endişelenmekten endişe duymak' biçiminde tanımlanmaktadır. İkinci tip endişeye, bireyin yaşadığı yoğun endişeler sonucunda psikolojik sağlığını kaybetmekten korkması örnek verilebilir (61).

Diğer bir bilişsel model ise Dugas ve arkadaşları (1998) tarafından önerilen, YAB'nin oluşması ve sürdürülmesiyle ilişkili görülen süreç değişkenlerine odaklanılmaktadır (62).

1. Belirsizliğe tahammülsüzlük: Bireyin, bilgiyi belirsiz bir durum içinde algılaması ve bu doğrultuda bir dizi bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkide bulunması olarak tanımlanmaktadır (63). Belirsizliğe tahammülsüzlük, "Eğer şöyle olursa" sürecinin tetiklenmesinde önemli bir role sahiptir.

2. Endişenin bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılması: "Endişelenmek kötü olayların olmasını engeller" düşüncesi bu duruma örnek olarak verilebilir. Endişe duyulan olayların olma olasılığı düşüktür; bu nedenle endişelenmek olumsuz olarak pekişmekte; endişenin işe yaradığı inancı giderek yerleşmektedir. Bu kavramsallaştırma Wells ve Carter'in modelindeki birinci tip endişeyle örtüşmektedir.

3. Sorun yöneliminin zayıf olması: Bu durum, bireylerin gündelik sorunları çözme becerisine ilişkin farkındalığıyla ilgili bir dizi meta bilişsel süreci içermektedir. Sorun yönelimi, sorunun algılanması, soruna ilişkin yüklemeler, sorunun değerlendirilmesi, sorunu kontrol etme inancı ve duygusal tepkileri içermektedir.

4. Bilişsel kaçınma: Tehdit edici zihinsel imgeler ve düşüncelerden kaçınmayı ifade etmektedir.

YAB'a özgül bilişsel çarpıtmalar: felaketleştirme, yanlış öngörülerde bulunma, aşırı genelleme yapma, hep ya da hiç tarzı düşünme, güvenlik etkenlerini küçümseme olarak

sıralanabilir. Baş etme tutumları ile ilgili yanlışlar ise: baş etme yeterliğini küçümseme, gerçekçi olmayan beklentilere girme olarak sıralanabilir.

Bilişsel davranışçı tedavide bilişsel çarpıtmaların üzerine gidilir bunun için öncelikle kişideki bilişsel çarpıtmaların anlaşılması ve hastaya gösterilmesi gerekir (64).

2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Major Depresif Bozukluk (MDB) DSM-5 sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alan, işlevsellikte ciddi bozulmaya yol açan tek bir atak şeklinde ya da yinelemelerle seyreden en yaygın duygudurum bozukluğudur (21, 64-67). Kronikleşme ve yinelemeler sık görülmektedir. Fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açan ciddi bir ruhsal bozukluktur (68, 69).

Depresyon ciddi işgücü ve yeti yitimine yol açar. MDB'nin prevalansı genel toplumda % 15, kadınlarda % 10-25 ve erkeklerde % 5-12 arasında değişmektedir. Kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (70). Tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde depresyon sıklığının kadınlarda daha fazla bulunması (71), kadınların tedaviye başvurmaya yatkın olmaları, X kromozomuna bağlı bir genetik geçişin olabileceği, hormonların depresyon üzerindeki etkisi, “kadınlardaki düşük benlik saygısı”, “öğrenilmiş çaresizlik” ve “geleneksel kadın rolü” gibi etkenler ile açıklanmaktadır (72-74). Kadınlarda hastalığın daha sık olması yanında, depresif nöbetlerin süresi de daha uzundur (75).

Depresyonun görülme sıklığı (insidansı) %0,2-4,5 bulunmuştur. Depresyona en sık 18-44 yaş grubunda rastlanmaktadır ve yapılan çalışmalarda ilk depresif nöbetin 20'li yaşların başlarında olduğu görülmüştür (72-73). Son zamanlarda ise sosyokültürel yapının değişmesine bağlı olarak yaşlılarda depresyonun arttığı gözlenmektedir (76).

Depresyona eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranı yüksektir; ‘Ulusal Komorbidite Çalışması Replikasyonu’nda (77) MDB olan bireylerin %72,1’inde başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Bunun %59,2’sini anksiyete bozukluğu, %24’ünü madde kullanım bozuklukları, %30’ünü dürtü kontrol bozuklukları oluşturmaktadır. Komorbidite, depresif belirtilerin şiddetli oluşu, tedavi yanıtının kötü oluşu ve

işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirilmektedir (78). Psikososyal zorlayıcı etmen varlığında depresyon gelişebilir. Depresyon tipik olarak altı ay sürer ancak depresif dönemin süresi kişiden kişiye farklılık gösterir. Hastalığın şiddetli olması ve eşlik eden distimik bozukluk varlığında atak süresi uzamaktadır. Aksine kısa depresif dönemlerin yineleyici depresyonla ilişkili olduğu bildirilmektedir (79).

Depresif belirtilerin alt sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha yaygın olduğu gösterilmişse de, MDB'nin sosyal sınıflarla belirgin bir ilişkisi saptanamamıştır. Genel olarak MDB, kişilerarası ilişkileri olmayan, boşanmış ya da ayrı yaşayan insanlarda görülmektedir (72, 73).

Ailesinde duygudurum bozukluğu öyküsü olanlarda MDB gelişme riski daha fazladır. Aile ve genetik yükün araştırıldığı çalışmalarda, birinci derece akrabalarında MDB bulunanlarda MDB oranı 2-3 kat daha fazla saptanmıştır (80).

2.2.1. Etiyoloji

2.2.1.1. Genetik faktörler

Depresyon geçiren hastaların birinci derece yakınlarında hastalanma riski genel nüfusa göre iki üç kat yüksektir. Kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Tekrarlayan ve erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın rolünün daha fazla olduğu düşünülmektedir (81).

2.2.1.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Depresyonda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılan ölçümlerde hipokampal hacimde azalma olması, bu durumun çökkünlüklerde sık görülen bellek yakınmaları ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir (81).

Çökkünlüğü olan hastalarda işlevsel MRG ile yapılan çalışmalarda ön singulat, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve orta temporal gyrus

gibi beyin bölgelerinde anormal işlevsel ve yapısal değişiklikler saptanmaktadır. Ayrıca depresyonda beynin bilişle ilgili bölgelerinde etkinlik azalması olmaktadır (81-83).

2.2.1.3. Biyolojik Etkenler

Depresyonun ortaya çıkışında merkezi sinir sisteminde noradrenalin, dopamin, serotonin azalmasının veya inaktivasyonunun etkili olabileceği düşünülmüştür (80).

2.2.1.4. Hormonal Etkenler

Endokrin sistemler içinde en fazla hipotalamus-pitüiter-adrenal aksı önem kazanmıştır.

2.2.1.4.1. Hipotalamopitüiter adrenal aksı

MDB'de plazma, BOS ve idrar kortizol düzeyleri kontrollere göre yüksektir; deksametazona yanıt olarak görülen normal kortizol ve kortikotropin salgılanmasındaki baskılanmaya direnç gösterirler; depresif hastalarda BOS kortikotropin salgılatıcı hormon düzeyi yüksektir ve adrenal bez hipertrofisi ve kortikotropine duyarlılıkta artış görülmektedir (80, 84).

2.2.1.4.2. Nöroendokrin Anormallikler

Tiroid anormalliği olan hastaların çoğunda psikiyatrik belirtiler olduğuna dair klinik ortak görüş bulunmaktadır. Duygudurum bozukluğu olan hastaların yaklaşık dörtte birinde tiroid fonksiyon bozukluğu vardır. Bunların dışında görülebilecek nöroendokrin anormallikler, azalmış nokturnal melatonin sekresyonu, azalmış bazal follikül uyarıcı hormon, lüteinizan hormon ve erkeklerde azalmış testosteron düzeyleridir (80, 85).

2.2.1.5. Psikososyal Etkenler

Ekonomik sorunlar, iş stresi, aile içi bunalımları, beden sağlığının bozulması, emeklilik, sevgi nesnesinin kaybı ve benzeri olaylar duygudurum bozukluklarının ortaya

çıkmasında ve kronikleşmesinde büyük rol oynarlar. Biyolojik ve ruhsal bir yatkınlığın varlığında olumsuz yaşam olayları hastalığın tetiklenmesinde önemli rol oynamaktadır (86).

2.2.2. Klinik Bulgular

MDB belirtileri günler ve haftalar içinde gelişir. Çoğu zaman hastalık, psikososyal stresi takiben gelişir. Depresyonda erken belirtiler, genellikle yaygın bunaltı, yorgunluk, enerji kaybı ve uykusuzluk biçiminde olup bunu çökkün duygudurum izler. MDB’de görülen diğer belirtiler iştahsızlık, kilo kaybı, ajitasyon ya da retardasyon, değersizlik, suçluluk duyguları, dikkatini toplayamama, konsantrasyon bozuklukları olarak sıralanabilir (87-89).

Ağır çökkün duygulanım MDB için karakteristiktir. Hastalar hayatın anlamsız olduğunu düşünürler ve gelecekte umutsuzdurlar. Sosyal geri çekilme ile birlikte ağlamaklı konuşma, özensiz giyinme, üzüntülü yüz ifadesi, düşük omuzlar, kamburumsu, öne bakan görünüm tipik depresif beden görünümüdür. Çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir, ilişki kurmak zor olabilir. Kadınların %75’inde, erkeklerin hemen hemen yarısında psikomotor ajitasyon görülür ve hastalar bunu yerinde duramama, tedirginlik ve devamlı gezinme isteği şeklinde ifade ederler (87, 90-92). Batı toplumlarında MDB’ye bağlı intihar oranı daha sıktır, Örneğin A.B.D’de yılda yaklaşık 50.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar, bütün yaş grupları ve bütün ölüm nedenleri göz önünde bulundurulduğunda 7. sıradaki ölüm sebebidir (88).

Depresyon yalnızca bireyi değil, aile, çevre ve ekonomik üretkenliği de olumsuz etkiler, bu nedenle depresyonlu hastalar erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir (87, 91).

2.2.3. Tanı

DSM-5'e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri (21)

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır. (1) Çökkün duygudurum, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir ya da bu durum başkalarınca gözlenir. (2) Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, nerdeyse hergün, günün büyük bölümünde bulunur. (3) Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içerisinde ağırlığın %5'inden fazla değişiklik) ya da nerdeyse her gün yeme isteğinde artma ya da azalma. (4) Nerdeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. (5) Nerdeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama. (6) Nerdeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması. (7) Nerdeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir). (8) Nerdeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama. (9) Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir. Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz (253)

2.2.4. Tedavi

Tedavide, çok çeşitli psikoterapi yaklaşımları ve ilaç tedavileri yer alsa da, birçok araştırma depresyon tedavisinde BDT'nin iyi bir seçenek olduğunu ortaya koymaktadır.

2.2.4.1. Farmakolojik Tedavi

Antidepresan ilaç seçerken; hastanın bir önceki depresyon döneminde faydalandığı ilaç, eşlik eden psikiyatrik tanılar, ilaç etkileşimleri, yan etki profili, ilaç yarı ömrü gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır (93, 94). Tedavide seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ, örn; fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin, sitalopram, essitalopram), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRİ, örn; venlafaksin, duloksetin, milnacipran), norepinefrin dopamin geri alım inhibitörleri (örn; bupropion), alfa-2 antagonistleri (örn; mirtazapin, mianserin), seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri (örn; reboksetin, atomoksetin, desipramin), serotonin antagonist/ geri alım inhibitörleri (örn; trazodon), trisiklik antidepresanlar gibi ilaçlar kullanılmaktadır (95, 96). Tedaviye dirençli olgularda birden çok ilaç bir arada kullanılabilir. İlk depresyon döneminde en düşük dozda tek bir ilaçla tedaviye başlanması önerilmektedir (97, 98).

2.2.5. Depresyonun Bilişsel Kuramı

Depresyonun bilişsel modeli, klinik gözlemler ve deneysel araştırmalara dayanır (99-101).

Bilişsel modelin uygulanması ilk kez depresyonla başlamıştır. Daha sonra anksiyeteden şizofreniye kadar geniş bir hastalık grubunda uygulanmıştır (102).

Beck'in Bilişsel Kuramı, depresyonun bilişsel kuramında dört temel öge olduğunu ve bunların depresyonu açıklamada büyük önem taşıdıklarını ileri sürmüştür (103, 104). Bunlar; a) bilişsel üçlü, b) otomatik düşünceler, c) bilişsel çarpıtmalar, d) işlevsel olmayan şemalardır.

a) Bilişsel Üçlü: Bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamasıdır. Bireyin kendini değersiz, yetersiz, eksik algılamasını ifade etmektedir. Birey geçmişte olan olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutmaktadır ve bireye göre bütün ilişkileri ve yaşantıları olumsuzdur. Gelecek de umutsuz olarak algılanmaktadır (103, 105, 106).

b) Otomatik Düşünceler: Kurama göre, otomatik olarak ortaya çıkan olumsuz düşünceler, kişi tarafından planlanmazlar ve oluşumları çok çabuk gelişir. Otomatik düşünceler çok kısadır ve kişi düşüncelerden çok yaşadığı duyguya odaklanır. Depresyonun tedavisinde ilk olarak otomatik düşüncelerle çalışılmaktadır (103, 105, 107).

c) Bilişsel Çarpıtmalar: Bilişsel çarpıtmalar, kişinin olumsuz düşüncelerinin devam etmesinde temel rol almaktadır (101). Depresyondaki bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılaması bilgi işleme sürecindeki bazı hatalardan kaynaklanmaktadır. Bilgi işleme sürecinde bir hata olduğunda algılama sürecinde de bazı hatalar olmakta ve böylece kişi, olayı çarpık bir biçimde değerlendirmektedir. Bu durum depresyondaki bireylerde kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama olarak kendini göstermektedir (103). Beck'in bilişsel yaklaşımında çok sık rastlanan bilişsel çarpıtmalar aşağıda verilmiştir (105):

- Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Herhangi bir durumun yalnızca iki boyutta ele alınmasıdır.
- Felaketleştirme: Gerçek sonuçların dikkate alınmadan geleceğin olumsuz değerlendirilmesidir.
- Etiketleme: Kanıtların çok daha az yaralayıcı sonuçlara yol açma olasılığını görmeden, bireyin kendine ve diğerlerine yargılayıcı sıfatlar yakıştırmasıdır.
- Seçici Soyutlama: Bir durumun özellikle belli bir ayrıntısının algılanarak, diğer önemli özelliklerin göz ardı edilmesidir.
- Abartma: Olumsuz olayların daha da büyütülmesidir.
- Aşın Genellerne: O andaki duruma çok uzak genel bir değerlendirmenin yapılmasıdır.

- Kişiselleştirme: Sıradan olumsuzluklardan bireyin kendini sorumlu tutmasıdır.
- Keyfi Çıkarılma: Kanıt olmadığı halde bazı keyfi sonuçlara ulaşılmasıdır.
- -meli, -malı cümleler: Kişinin kendine aşırı kurallar koymasıdır.

Yukarıda özetlenen bilişsel çarpıtmalar yalnızca hastalarda değil; sağlıklı insanlarda da görülebilmektedir. Ancak depresyondaki kişiler bu hataları çok sık yapmakta ve onları değiştirmek ellerinde değilmiş gibi algılamaktadırlar.

d) İşlevsel Olmayan Şemalar: Depresyonun bilişsel modelindeki diğer bir kavram işlevsel olmayan şemalardır. Şemalar, dışarıdan gelen uyarınları, bilişlere çevirmek için kullanılan yapılar olarak düşünülebilir. Kişi, bir durumla karşılaştığında, o durumla ilgili şemaları etkinleştirir ve bunlar kişinin nasıl tepki vereceğini belirler. Kişinin olaylar karşısında hangi şemalarının etkinleştiği, olayları nasıl anlamlandırdığıyla ilişkili olmaktadır. Depresyon gibi bazı psikopatolojik durumlarda, kişi yaşadıklarını çarpıtarak kavramsallaştırır. Hafif şiddette depresif tablolarda, kişi düşüncelerindeki olumsuzluklara objektif bir şekilde yaklaşmayı becerebilir. Ancak depresyon şiddetlendikçe kişi, olumsuz düşüncelerin baskınlığına yenilmeye başlar ve düşünceleri tamamen işlevsel olmayan, olumsuz şemalar haline gelir. Zihni, sürekli olarak tekrarlayan olumsuz düşüncelerle meşgul olur ve kişi bunların dışında bir şeye odaklanamaz. Depresif düşünce tarzı dış uyarınlardan o kadar bağımsız hale gelir ki kişi içinde bulunduğu değişimlere bile yanıtız kalır (109). Beck ve arkadaşlarına göre işlevsel olmayan şemalar üç grupta toplanabilir: başarı, kabul edilme ve kontrol. Başarı grubunda, bireyler kendilerine çok yüksek standartlar koymakta, kabul edilme grubunda, bireyler sürekli bir sevilme ihtiyacı içinde olmakta, kontrol grubunda ise bireyler sürekli olarak çevresini kontrol etme eğiliminde olmaktadır. Bu şemalar herhangi bir durumda etkinleşebilmekte ve işlevsel olmayan şemalar bilişsel çarpıtmalarla desteklenebilmektedir (103, 107, 108).

2.3. DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ

Beck'in bilişsel teorisi psikoterapi alanında yapılmış en önemli katkılardan biridir (109). Bilişsel teori, bireylerin duygusal ve davranışsal reaksiyonlarının temelde altta yatan inanışlar ve düşünce sistemleri gibi bilişsel yapılara bağlı olduğunu ileri sürmektedir (110-112). Kişinin olaylar karşısındaki duygusal reaksiyonları, işlenmiş bilgilere bağlı olduğu için, önyargılı bilişsel işlemler uyumsuz duygusal ve davranışsal sonuçlar doğurabilmektedir (113).

Depresyon için bilişsel terapinin etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir. Terapi bilişleri mantıksal ve işlevsel olarak 3 aşamada düzeltmeyi amaçlamaktadır (114). Öncelikle en üst seviyede, negatif otomatik düşünceler ortaya çıkmaktadır ve bu düşünceler hızlı, duygusal bilişlere neden olmaktadır. İkinci seviye, kurallar, tutumlar, varsayımlar, iç ve dış olaylar hakkında stratejiler gibi ara inançları içermektedir. Ve üçüncü seviye bilişin en derin seviyesinden kaynaklanan ve bilgi işleme sürecini etkileyen çekirdek inanışlardır (115). Depresyonun bilişsel terapisinde, tedavi kişinin deneyimleri ve olaylar, düşünceler, duygular ve davranışlar arasındaki ilişkiyi tartışmayla başlar. Ardından terapist danışanı, otomatik düşüncelerini fark etmesi ve düzeltmesi için zorlar. Depresif hastanın otomatik düşünceleriyle ilgili tekrarlayan değerlendirmeler, önyargılı bilişsel tarzını fark etmesini sağlar. Bu şekilde önyargılı düşünce işlemleri “bilişsel çarpıtma” ya da “düşünce hataları” olarak adlandırılır (116). Çekirdek inanışların depresyon oluşmasında önemli risk faktörü olduğu düşünülmektedir (117). Negatif otomatik düşünceler kanıtla dayalı değildirler ve gerçeği yansıtmazlar, genellikle bilişsel çarpıtmalar sonucu açığa çıkarlar. Beck ve arkadaşları depresif bireyler için karakteristik olan 7 bilişsel çarpıtma üzerine çalışmışlardır(1, özdel) Burns sonra bu sayıyı 10'a çıkarmıştır (118). Böylelikle bilişsel hataları saptamak ve bunlara içgörü geliştirmek bilişsel terapinin önemli bir parçasıdır.

Beck ilk çalışmalarında, depresyonda ve anksiyete bozukluklarında işlevsel olmayan bilgi işlem sürecinin önemi üzerinde durmuştur. Öncelikle depresyonu bilişsel olarak kavramsallaştırmış ve ortaya çıkan belirtilerin başlıca üç alanda olumsuz düşünme biçimi ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Olumsuz bilişsel üçlü olarak adlandırılan bu

üç olumsuz düşünme alanı, benlik, dünya ve gelecekle ilgili alanlardır. Beck, terapinin amacının, işlevsel olmayan bu bilişlerin ve ilintili davranışların değiştirilmesi olması gerektiğini söylemiştir. Beck'in kuramı, daha sonra birçok hastalıkta da sınanmış ve kuramın geçerliliği gösterilmiştir (119).

Bu kuramın özü bilişsel işlemdir, çünkü insanlar dış ve iç çevrelerindeki olayları sürekli olarak değerlendirirler ve bu değerlendirmelerin yanı sıra çoğu zaman duygusal tepkiler verirler. Bu olaylar, zorlandıkları durumlar, başkalarından aldıkları geri bildirimler, geçmişte yaşadıkları olaylar ile ilgili anılar, yapacakları işler ya da bedensel duyular olabilmektedir (119).

Beck ve arkadaşları başlıca 3 bilişsel işlem düzeyi tanımlamışlardır. Bilişin en üst düzeyi bilinçlilik ve bu düzey, akılcı bir temelde kararlar alınabildiği bir farkındalık durumudur. Çevreyle olan etkileşimler, bunların bilincinde olunarak gözlenir ve bunların bilinç düzeyinde bir bağlantı kurulur, gelecekte yapılacak eylemler bilinç düzeyinde tasarlanır. Bilişsel terapide danışanlar akılcı düşünme ve sorun çözme gibi daha işlevsel düşünmeye yönlendirilirler (119).

Ruhsal rahatsızlıkları olan kişilerin akıl yürütürlerken bazı bilişsel çarpıtmaları olmaktadır. Beck ve arkadaşlarının tanımladığı başlıca bilişsel çarpıtmalar şunlardır (119):

Hep ya da hiç tarzı ikili düşünme: Kişinin kendisi, yaşantıları ya da başkalarıyla ilgili yargıları "ya kesinlikle öyle, yoksa kesinlikle böyle" olarak düşünülür.

Korkunçlaştırma: Gelecekle ilgili olası diğer sonuçlar göz önünde bulundurulmadan, olumsuz öngörülerde bulunulur.

Olumluyu görmezden gelme: Olumlu yaşantılar ya da nitelikler sayılmaz ve göz önünde bulundurulmaz.

Keyfi çıkarsama: Aksi yönde kanıtları görmezden gelerek ya da küçümseyerek, öyle "hissettiği"(gerçekte inandığı) için gerçekliğin öyle olduğu düşünülür.

Etiketleme: Kendisine veya bir başkasına, tam olarak gerçeği yansıtmayan bir nitelik veya özellik yüklenir.

Abartma ya da küçümseme: Bir özellik, olay ya da duyum, olduğundan daha önemli, daha çok, daha büyük olarak ya da olduğundan daha önemsiz, daha küçük olarak görünür.

Seçici soyutlama: Söz konusu durumla ilgili olarak ancak kişinin önyargılarını doğrulayacak veriler göz önünde bulundurulur, diğerlerini görmezden gelinir.

Zihin okuma: Diğer olasılıklar göz ardı edilerek, başkalarının aklından geçenlerin tam olarak bilebildiği düşünülür.

Aşırı genelleme: Bir olaydan ya da birbiriyle alakasız olaylardan sonuç çıkarılır ve çıkarılan sonuç genel bir yargıya dönüştürülür.

Kişiselleştirme: Bir olay nesnelliğinden sıyrılıp doğrudan kendisiyle ilgiliymiş gibi düşünülür, olumsuz olaylar için kişi aşırı sorumluluk duyar ya da bunlardan dolayı kendini suçlama eğilimindedir.

Meli –malı tarzı düşünme: Kendisinin ya da başkasının nasıl davranması gerektiği ile ilgili beklentileri gerçekleşmezse çok kötü olacağı düşünülür.

Kişinin ne tür bir bilişsel çarpıtma yaptığını sorgulaması istenmektedir. Hastanın kendine sorular sorarak, bilişsel çarpıtmalarını saptamakta ve bu çarpıtmalara alternatif düşünceler getirmeye çalışılmaktadır.

Bazı bilişsel çarpıtmalar sosyal ilişkilerde, kişisel başarı alanlarına göre daha sık görülmektedir(zihin okuma, duygudan sonuç çıkarma, kişiselleştirme, olumluyu yok sayma), aksine felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, meli malı tarzı düşünme kişisel başarı alanlarında daha sık görülmektedir. Doğası gereği zihin okuma ve kişiselleştirme sosyal durumlarda daha sık görülmektedir. Hep ya da hiç tarzı düşünme ve meli malı tarzı düşünme ise başarı alanlarında daha sık görülebilecek mükemmeliyetçiliği düşündürmektedir (120).

Epkins'e göre (121) seçici soyutlama depresyon ile ilişkili görünmektedir çünkü "olumluyu küçültürken olumsuza odaklanmak" depresyonun özelliklerinden biridir. Diğer yandan kişiselleştirme anksiyete bozukluğu ile daha ilişkili görünmektedir çünkü "anksiyöz bireylerin şeması bireyin kişisel alanlarına tehdit ve artmış kırılabilirliği" içermektedir (122).

Aşırı genelleme sürekli anksiyetenin güçlü bir belirleyicisidir, felaketleştirme ve kişiselleştirme ise kaygı hassasiyeti ve dışa vuran anksiyetenin güçlü belirleyicisidir, aşırı genelleme ve seçici soyutlama ise depresyonun güçlü belirleyicisi olarak saptanmıştır (122).

2.4. KİŞİLİK

2.4.1. Kişilik, Mizaç ve Karakter Tanımları

Kişilik, Latince maske demek olan “persona” dan türemiştir ve ingilizce “personality” sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Mizaç, halk arasında kullanılan biçimi ile huyu “temperament” ifade eder. Karakter ise “characteria” sözcüğünden türemiş olup, öğrenilmiş tavır ve davranışlara karşılık gelmektedir. Mizacın biyolojik, karakterin sosyal ve kültürel katkılarından bahsedilirken, zekânın hem yapısal, hem de sosyal özellikleri ile kişiliğin her fonksiyonunda değişiklik yaptığı vurgulanmaktadır (123, 124).

Kişilik, bireyin karakteristik ve ayırıcı davranışlarının, bir insanı diğerlerinden ayıran bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinin bütünüdür ve kişinin kullandığı özel uyum mekanizmalarını yansıtmaktadır (125).

Kişilik oldukça karmaşık bir yapıdır. Yapısal açıdan kişiliğin, mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu konusunda çoğu araştırmacı ortak görüşe sahiptir. Mizaç, biyolojik faktörlerin kişiliğe katkıları; karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtmaktadır. Zekâ, hem yapısal, hem sosyal özellikleri etkileyip, bütünsel kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir. Kişiliğin temel fonksiyonları düşünmek ve algılamaktır. Bunun sonucunda hedefe yönelik davranışlarda bulunulur (126). Mizaç, uyarılara tepki gösterme eğilimini ifade eder. Psikososyal araştırmalara göre mizaç, kalıtılan, gelişimsel olarak sabit olan, sosyokültürel öğrenmeden fazla etkilenmeyen kişilik içerikleri olarak ifade edilir (127). Mizaç alanları çocukluktan erişkinlik dönemine kadar sabit kalır ve

farklı kültür ve etnik yapılarda yapısal olarak tutarlıdır (128, 129). Bireylerde görülen mizaç yaklaşık %50 oranında kalıtılabilir. Genetik faktörler sıklıkla mizaç tipini belirler (130). Diğer taraftan mizacın zamanla kısmi ölçülerde değişme göstereceğini de ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (131). Kişilik uzun bir zaman süresince kişiyi tanımlayan ve diğerlerinden ayırt eden özellikleri içermektedir. Kişilik, kişi ile çevresi arasındaki düzgün, kararlı, sabit bir ilişkiyi devam ettirmek için kullanılır. Kişiliğin büyük bir kısmı benlik ile uyumludur, genetik ve yapısal faktörlerden etkilenir ve çocuğun erken dönem ebeveyn ilişkisi ve sosyal ortamlarla şekillenir (132, 133).

2.4.2. Kişilik Yapısı

Psikoterapi kuramlarında kişilik yapısı, sınırları olan bir 'ruhsal bütün' anlamına gelir. Özgül bir benlik ve üst benlik, özgül çatışmalar ve özgül savunmalar, uyumlu bir kişilik yapısını oluşturur. Benliğin organizasyonu sayılan öğelerin beraberce ve uyum içinde yapılaşmasında önemli görevler üstlenir. Sentez ve entegrasyon işlemleri benliğin örgütleme yetisinin tamamlayıcılarıdır. Kişilik yapısı özgül işlevsel ve yapısal öğelerin oluşturdukları ruhsal bütündür. Değişkenlik ve karışıklığa rağmen sürekli ve kalıcı olması kişilik yapısının özgül nitelikleridir (134).

2.4.3. Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri ile psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kişilik, mizaç, karakter ile depresyon ve kaygı gibi duygusal bozuklukların ilişkisini inceleyen çalışmalarda, bu bozukluklara yatkınlıkta kişilik yapılarının etkili olduğu kabul edilmiştir (13, 14)

Kişilik özellikleri birçok uyarıcı işlevsel olarak eşdeğer kılma ve uyumsuz ve ifade edici davranışların tutarlı şekillerini başlatma ve yol gösterme kapasiteli nöropsikolojik yapılardır (135). DSM-IV, kişilik özelliklerini kendi kendisi ve çevresi hakkında, yani diğer insanları ve dünyayı bir bütün olarak algılama, ilişkilendirme ve düşünmenin devamlı modelleri olarak tanımlamaktadır (136). Dolayısıyla kişilik özellikleri bireyin davranışlarındaki tahmin edilebilen faktörlerin tanımlanmasını sağlar (134). Zaman ve

mekân değişikliklerine rağmen kişilik özelliklerinin sabitliği, kişilik teorisinde on yıllarca tartışma konularından biri olarak kalmıştır. Durumsalcılarla kişilikçiler arasındaki tartışmada, durumsalcılar davranışı son derece duruma özgül olarak, kişilikçiler ise organize ve amaca yönelik olarak değerlendirmiştir. Bu çelişki yıllarca çözümsüz kalmıştır. Çünkü kesitsel bakıldığında, davranışın duruma özgül ve uzunlamasına bakıldığında genelde duruma ters olabileceği fark edilmiştir. Tek bir davranış durumu, genellik ve güvenilirlik olarak sınırlanmıştır. Geniş ve sabit özellikleri açığa çıkarmak için durumlar ve zaman baştanbaşa birleştirilmelidir. Bu durum davranış eğilimlerini doğru tahmin etmeye olanak sağlamakta fakat tek davranışsal hareketlerde daha az tahminde bulunmaktadır. Diğer yandan kişilik özellikleri kişiliği tamamen açıklamamaktadır. Çünkü insanlar zaman ve durumlara karşı davranışlarında ayarlanmış tutarlıklar göstermemektedir (134).

Biyogenetik etkenler bir bireyin deneyime ne şekilde uyum göstereceğini etkilemekte ve daha sonra da uyumsal eğilimleri değiştirmektedir. Bundan dolayı, kişilik özelliklerinin sabit olması beklenmemektedir (134).

2.4.4. Eysenck'e göre kişilik

Kişilik oldukça karmaşık bir süreçtir ve bu yüzden farklı kişilik kuramları geliştirilmiştir. Eysenck, kişilik yapısını; birbirinden bağımsız iki uçlu yatay ve dikey iki boyut olarak tanımlamıştır. Yatay boyutun bir ucu dışa dönüklük, diğer ucu içe dönüklük; dikey boyutun üst ucu nevrozizm, alt ucu normal tiplerden oluşmaktadır. İnsanoğlunun kişilik yapıları bu iki boyut arasında yer almaktadır. Bu yerin tespiti, gözlem, dereceli ölçek ve testlerle saptanır. Dikey ve yatay boyutlarda yer alan ve kişiliği oluşturan öğeler, birbirinden bağımsız olan ancak aralarında bağlantı bulunan dört ayrı düzeye yerleştirilmiştir (136-138).

Eysenck kişiliğe boyutsal bir yaklaşım getirmektedir, kişiliğin dört temel boyutla tanımlanabileceğini ve bu boyutların geçerli ve güvenilir bir biçimde ölçülebileceğini vurgulamaktadır. Bireyler bu boyutların her birinde, bir konumda yer almaktadır ve kişilik yapısı bu konumların özgül ve yalnız bileşimi ile tanımlanabilir. Eysenck bu

kişilik boyutlarını şu şekilde tanımlamıştır: Nevrotiklik, dışadönüklük-içedönüklük, psikotizm ve yalan alt ölçek boyutları. (136-138).

2.4.5. Eysenck'in Kişilik Boyutları

Eysenck'in tanımladığı ayırıcı üç temel kişilik özelliklerinin belli başlı bazı duygu ve davranışlarla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Eysenck, kişilik özelliklerinin birbirlerinden bağımsız boyutlar olduğunu, her bir boyutun normal davranışlar kadar anormal davranışları da tanımladığını ifade etmektedir (139).

Dışa dönüklük bu üç kişilik boyutundan en önemlisi olarak görülmektedir. Dışa dönükler, sosyal olma ve dürtüsel olma ile ilişkilendirilir. İnsanlarla iletişimi seven, girişken, partilere gitmekten, şaka yapmaktan hoşlanan, birçok arkadaşına sahip olan, dürtüsel, kontrolsüz, o andaki güdülerine göre davranan, gamsız, tasasız, rahatına düşkün, iyimser, kolaylıkla sinirlenip öfkelenen ve bunların yanı sıra güvenilir olmayan tiplerdir (136-138). Dışa dönükler heyecan veren olaylardan hoşlanırlar. Neşeli, hareketli, konuşkan bireylerdir. Genellikle iyimserdirler, gülmeyi ve eğlenmeyi severler. Öfkelenince saldırgan hareket ve davranışları sıktır. Duygularını sıkı denetim altında tutamaz, ahlak ve toplum kurallarına pek aldırılmazlar (140).

İçe dönüklük Boyutu: Eysenck'e göre tipik olarak içedönük özelliklere sahip bireyler; daha çok kendi başlarına kalmayı tercih eden, oldukça çekingen, mahcup, sessiz, kitaplara düşkün, çok yakın arkadaşları dışında iletişime kapalı olan, geleceği planlayan, düşünmeden bir işe girişmeyen, günlük yaşamdaki olayları ciddiyetle ele alan, düzenli bir hayatı tercih eden, duygularını sıkı kontrol altında tutan, güven verici ve bir dereceye kadar kötümser, ahlaki değerlere büyük önem veren bireylerdir (136-138). Aynı zamanda ciddi, dış gerçeklikten çok iç gerçekliğe yönelimli, sürekli iç gözlem yaparak kendi kendilerini inceleyen, çok yakın ve özel arkadaşları dışında diğer insanlara karşı mesafeli davranan, ağzı sıkı, sır saklayan ve tedbirli, zor arkadaş edinen, iç gözleme önem veren kişilerdir (141,142).

Nörotisizm, duygusal tutarsızlık veya aşırı tepkisellikle ilintilidir. Bu tipler kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve özgüveni düşük olarak değerlendirilir. Nörotisizm kaygı, korku, öfke, depresyon, düşük benlik saygısı, duygusal ve mantık dışı davranışlar göstermeye yönelik yatkınlık ile ilişkilendirilmektedir. Nörotisizm - stabilite boyutu otonom sinir sistemi labilitesi ile bağlantılı olduğundan duygusal tepkimenin bir ölçütü olarak da değerlendirilir. Nevrotik düzeyi yüksek olan insanlar ruh durumu değişken, şüpheli ve endişeli, kararsız, huzursuz, alıngan, çabucak üzülen ya da öfkelenen, küçük sorunlar karşısında bile aşırı tepkiler veren ve tekrar normale dönmekte güçlük yaşayan bireylerdir. Uyku bozukluğu ve hazım sıkıntısı yaşarlar (143).

Psikotisizm ise saldırganlık, mesafeli davranma, antisosyal davranışlar ve diğerlerine insanlara karşı duyarsız davranma ile ilişkili bulunmuştur (143). Bu boyutta yüksek puan alanlar ben merkezli, dürtüsel ve diğerlerine karşı isyankâr bir yapıdadırlar. Bencillik, saldırganlık, başkalarının haklarına ve iyiliğine duyarsızlık bu boyutta yüksek puan alan kişilerin belirgin özellikleridir. Genelde bu bireyler toplumda sorun yaratan, diğer insanların canını isteyerek sıkan kişilerdir (143).

2.4.6. Kişilik ve Depresyon

Depresif duygudurum ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki, yıllardır kişilik psikolojisi ve kişilik psikopatolojisi bağlamında tartışılmaktadır (145). Birçok çalışmada, kişilik ve duygudurum ölçümleri arasındaki ilişkiye bakılarak, kişilik ile duygudurum bozuklukları arasındaki bağlantının doğası araştırılmıştır (146). Genel olarak, kişilik ile depresyon arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır (147). Bu konuda çeşitli görüşler ortaya atılmıştır: Kişilik özellikleri kişiyi depresyona yatkın hâle getirebilir; depresyon geçirildikten sonra kişilik özellikleri değişebilir; kişilik özellikleri bir depresif bozukluğun klinik görünümünü değiştirebilir ve son olarak, kişilik bir depresif bozukluğun klinik seviyede olmayan görünümü olarak ele alınabilir (147-148).

Kişiliğin 2 önemli boyutu dışadönüklük ve nörotisizmdir (149). Nörotisizm, anksiyeteye yatkınlık, duygusal dengesizlik ile karakterize iken dışadönüklük, olumlu duygulanımı, enerjik ve baskın olmayı ifade etmektedir (150). Yapılan klinik

çalışmalarda, nörotisizm hem depresyon için (151-155) hem de anksiyete için (156-157) hassasiyet fktr olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte nörotisizm mevcut duygudurumdan etkilenmektedir (158-160). Aksine dışadönüklüğün, depresyon ve anksiyete belirtileri ile zıt ilışkide olduğu bulunmuştur ancak bunun aynı zamanda duyguduruma bağlı olabileceği ve hatta depresyona karşı koruyucu olabileceği ileri sürülmüştür (158, 160, 162-164). Ayrıca nörotisizm ve dışadönüklüğün genetik olarak etkilendiği düşünülmüştür (158).

Depresyonun ortaya çıkışında metabolik, duygusal, bilişsel ve davranışsal vb. birçok etken rol oynamaktadır (165). Her ne kadar depresyon etiyolojisi çok faktörlü olsa da kişiliğin, depresyon gelişimini etkileyen önemli özelliklerden biri olduğu öne sürülmektedir (166). Farklı kişilik özellikleri depresif bozukluk ile ilışkilendirilmiştir ve en az 6 farklı alternatif ve birbiriyle örtüşen teori ortaya atılmıştır. Bunlardan biri ortak neden modelidir. Bu teoride genetik faktörler gibi ortak etkenlerin kişilik ve depresyon arasındaki ilışkiyi açıkladığı varsayılmaktadır (167). Spektrum teorisi; yüksek nörotisizm ve depresif semptomların aynı işleyiş altındaki farklı belirtiler olduğunu ileri sürmektedir (168-172). Kırılğanlık modeline göre kişilik, depresyona sebep olan faktörlerden bir tanesidir.(nörotisizm hem de depresyona sebep olmaktadır hem de stresli yaşam olayları karşısında depresyon gelişim riskini artırmaktadır (173, 174). Patoplasti modeli, kişiliğin direk depresyona sebep olmadığını; ancak bir kez depresyon geliştikten sonra kişiliğin semptom şiddetini etkilediğini ileri sürmektedir (175, 176). Son olarak iz bırakma modeli, depresyonun kişilik üzerinde kalıcı bir değişiklik yaptığını, komplikasyon modeli ise bu değişikliğin geçici olduğunu ileri sürmektedir (177). Ortak neden modeli, spektrum modeli ve kırılğanlık modeli nörotisizm ve depresyon arasındaki ilışkiyi en iyi açıklayan teorilerdir (178). Bazı belirtiler kişiliğin tekrarlayan depresif episodlara sebep olduğunu göstermektedir (179, 180). Depresif semptomların kişilik üzerinde değişiklik oluşturabileceğini gösteren çalışmalar vardır (181). Kişilik ve depresif semptomların iki yönlü olabileceğine dair kanıtlar vardır (182). Neden sonuç ilışki analizleri depresif semptomların daha yüksek nrotisizmi, daha düşük dışadönüklüğü öngörebileceğini göstermiştir. Yapılan çalışmalarda depresyon düşük dışadönüklük, yüksek nörotisizm ile ilışkili bulunmuştur (183, 184). Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilışkilerinde güçlük

yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özelliklerine bağlı olarak depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bildirilmektedir (185). Major depresif bozuklukta, obsesif özellikler taşıyan, güvensiz, bağımlı, özellikle öfke gibi duyguları ifade etmekte güçlük çeken, stresörler karşısında anksiyete geliştirmeye yatkın, eleştirilere karşı duyarlı kişilik özelliklerinden söz edilmektedir (113, 114). Depresif kişiliği olanların, yaşama olumsuz baktıkları, kendileri ve arkadaşları hakkında aşırı eleştirici, aşağılayıcı yargılara sahip oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca, depresyonlu kişilerin, güvensizlik duygularına sahip olduklarından dolayı, küçük başarısızlıklardan, derinden etkilenecek, kendilerini zevk alma yetisinden mahrum bıraktıkları ifade edilmektedir (186).

Nörotisizm genellikle depresyon için bir risk faktörüdür (187, 188). Dışadönüklük, daha ayırıcı bir kişilik boyutu gibi görünmektedir ancak depresyon ile ters bir ilişkiye sahiptir. (189, 190). Yapılan bazı çalışmalarda yüksek nörotisizm ve düşük dışadönüklük depresyon ile ilişkili bulunmuştur. (190, 191) . Depresyon ve nörotisizm arasındaki ilişki, depresyon dışadönüklük arasındaki ilişkiden daha güçlü bulunmuştur.

Yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada, Clark ve arkadaşları yüksek nörotisizmin anksiyete ve depresyon riskini artırdığı kararına ulaşmışlardır (192).

Barrio ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada içedönüklük ve nörotisizm depresyon ile doğrudan ilişkilendirilirken iken; dışadönüklük ile ters yönde ilişkilendirilmiştir.

2.4.7. Kişilik ve Anksiyete

Williams, psikotisizm ve anksiyete arasında zayıf bir ilişki olduğunu bildirmiştir (193, 194). Nörotisizm ve anksiyete belirtilerinin paralel seyrettiğine dair çok sayıda çalışma vardır (195-197). Depresif olarak nitelendirilen birçok kişide eş zamanlı olarak anksiyete bozukluğu da bulunmaktadır (198). Dışadönüklük hem depresyon ile hem de anksiyete ile olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur (194). Psikotisizmin emosyonel değişkenlerle olan ilişkisi, nörotisizme benzer olmakla birlikte, aradaki bağlantı daha zayıf bulunmuştur. Artmış nörotisizm tek başına anksiyete semptomlarını en iyi şekilde

açıklamaktadır. Eysenck'e göre nörotisizmi yüksek olan ve dışadönüklüğü düşük olan bireyler (içedönükler) anksiyete bozukluğu olmaya daha yatkındırlar (199).



3. ARAÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmaya 01/01/2015-01/01/2016 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuran 18-65 yaş arası, en az ilköğretim mezunu, 66 hasta ve 66 sağlıklı kontrol grubu dâhil edilmiştir. Hasta grubu DSM-5'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konan 33 kişi ve Major depresif bozukluk tanısı konan 33 kişiden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubunda demans, amnestik bozukluk, mental retardasyon gibi bilişsel yetersizliğe neden olabilecek hastalığı olanlar, psikotik bozukluk tanısı bulunanlar, ölçekleri doldurmasına engel olacak tıbbi hastalığı olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı kontrollere sosyodemografik veri formu, 10 maddelik Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ), 24 soruluk Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA-GGK), 21 soruluk Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve 21 soruluk Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Araştırma için Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan da onay alınmıştır.

3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalık öyküsü sorgulanmıştır.

3.2. DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek 20 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Covin ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdel ve arkadaşları(16) tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Ölçek 7 puanlı bir skala kullanarak (1=asla, 7=her zaman) 10 bilişsel çarpıtmayı (Zihin okuma, felaketleştirme, Hep ya da

hiç tarzı düşünme, Duygudan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, meli –malı tarzı düşünme, olumluyu küçültme ya da yok sayma) değerlendirmektedir. Her bilişsel çarpıtma sosyal ilişkiler ve kişisel başarı olmak üzere 2 alanda değerlendirilmektedir (120).

3.3. EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA-GGK)

Francis ve arkadaşları(1992), Eysenck Kişilik Anketi ve aynı anketin kısa formunu (48 madde) gözden geçirerek EKA-GGK'yı oluşturmuştur. Bu ölçek kişilik özelliklerini ölçmede kullanılan bir ankettir. Anket, 24 madde olup, kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm. Ayrıca yalan söyleme alt ölçeği ile anketin uygulanması esnasındaki yanlışlığı engellemek ve geçerliliğinin kontrolünün belirlenmesi amaçlanmaktadır (107). Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcıdan 24 soruya Evet (1)- Hayır (0) formatıyla cevap vermeleri istenir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir (200,201). Diğer alt ölçeklerden daha yüksek puan alınan alt ölçek, bu kişilik özelliğinin kişide diğer kişilik özelliklerinin daha baskın düzeyde bulunduğu işaret eder (107). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Karancı ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (202).

3.4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Ölçeğin amacı depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır. Ölçek için Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde sorguladığı semptomun şiddetine göre artacak şekilde 0-3 arasında puanlandırılır. Toplam puan 0-63 arasında değişir ve yüksek puanlar şiddetli depresyona işaret eder (203). Beck ve ark. (204) tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Hisli'nin (205, 206) yapmış olduğu geçerlilik güvenirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiştir (207).

3.5. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ(BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (208-209).

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi (Fisher’s Exact Test) uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik post-hoc bonferroni düzeltmesi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında toplam 132 birey incelendi. Araştırma kapsamında toplam 132 birey incelendi. İncelenen bireylerin yaş ortalaması $32,44 \pm 11,17$, (min:18-maks:65) yıl olup %74,2'si (n=98) kadın, %25,8'i (n=34) erkekti ve kadın:erkek oranı 2,9'du. Çalışmaya katılanların 33'ü (%25,0) majör depresif bozukluğu (MDB) olan, 33'ü (%25,0) yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastalardan oluşuyorken 66'sı (%50,0) tamamen sağlıklı bireylerdi ve kontrol grubu olarak adlandırıldı. Belirtilen bu gruplar çalışma grupları olarak kabul edildi. Çalışma grupları arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma Grupları Arasında Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	Kontrol (n=66)	YAB (n=33)	MDB (n=33)	p
Yaş (yıl)	33,09±11,07	31,03±9,74	32,55±12,81	0,659
Cinsiyet				
Kadın	47 (71,2)	25 (75,8)	26 (78,8)	0,700
Erkek	19 (28,8)	8 (24,2)	7 (21,2)	
Medeni Durum				
Evli	32 (48,5)	15 (45,5)	9 (27,3)	0,121
Bekar	34 (51,5)	18 (54,5)	24 (72,7)	
Öğrenim Durumu				
En fazla lise	9 (13,6)	7 (21,2)	12 (36,4)	0,067
Üniversite	35 (53,1)	20 (60,6)	14 (42,4)	
Yüksek lisans/Doktora	22 (33,3)	6 (18,2)	7 (21,2)	
Aylık Gelir (n=115)				
≤1000 TL	4 (6,1)	2 (6,1)	5 (15,2)	0,704

1001-3000 TL	33 (50,0)	18 (54,5)	14 (45,5)
3001-5000 TL	20 (30,3)	8 (24,2)	7 (21,2)
≥5001 TL	9 (13,6)	5 (15,2)	6 (18,2)

Yaş “ortalama±standart sapma” kategorik değişkenler “sayı (sütun yüzdesi)” şeklinde sunulmuştur

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk

Çalışma grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve aylık gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

Çalışma grupların arasında düşünce özellikleri ölçeği skorlarının dağılımı tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışma Grupların Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

	Kontrol	YAB	MDB	p
	(n=66)	(n=33)	(n=33)	
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
Zihin okuma	4,32±1,71 ^b	5,21±1,92	5,12±1,65	0,013
Felaketleştirme	3,05±1,65 ^{bc}	4,61±2,06	4,67±1,83	<0,001
Hep ya da hiç tarzı düşünme	2,80±1,66 ^b	4,24±2,00	3,52±2,02	0,003
Duygudan sonuç çıkarma	3,41±1,64 ^{bc}	4,85±1,80	4,42±1,68	<0,001
Sosyal İlişkiler				
Etiketleme	2,62±1,62 ^c	3,52±2,17	3,94±1,78	0,003
Zihinsel filtreleme	3,17±1,61 ^{bc}	4,85±1,87	4,61±1,77	<0,001
Aşırı genelleme	3,06±1,84 ^{bc}	4,64±2,23	4,97±2,04	<0,001
Kişiselleştirme	2,82±1,54 ^c	3,42±2,02	3,73±1,70	0,042
Meli-malı tarzı düşünme	3,12±1,58 ^b	4,12±2,00	3,52±1,62	0,044
Olumluyu küçültme ya da	2,71±1,88 ^{bc}	3,73±2,04	3,85±2,08	0,006

yok sayma					
	Zihin okuma	4,05±1,65	4,85±1,92	4,42±1,70	0,107
	Felaketleştirme	3,02±1,56 ^{bc}	4,39±2,02	4,27±1,76	<0,001
	Hep ya da hiç tarzı düşünme	3,21±1,82 ^b	4,30±2,04	3,82±1,90	0,025
	Duygudan sonuç çıkarma	2,89±1,59 ^b	4,39±1,75	3,79±1,92	<0,001
	Etiketleme	2,65±1,69 ^c	3,24±2,05	3,73±1,82	0,020
Kişisel	Zihinsel filtreleme	2,97±1,60 ^{bc}	4,55±1,90	4,03±1,67	<0,001
Başarı	Aşırı genelleme	2,47±1,58 ^{bc}	4,30±2,26	4,03±2,14	<0,001
	Kişiselleştirme	2,55±1,39 ^c	3,24±1,98	3,85±1,79	0,003
	Meli-malı tarzı düşünme	2,94±1,57 ^b	4,03±1,94	3,06±1,48	0,019
	Olumluyu küçültme ya da yok sayma	2,76±1,86 ^{bc}	3,85±2,17	3,91±1,91	0,004

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk

bPost-hoc ikili karşılaştırmada “YAB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,017)

cPost-hoc ikili karşılaştırmada “MDB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Araştırmaya dahil edilen çalışma grupları arasında düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Farkın kaynağını saptamaya yönelik yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu; felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların kontrol grubundan kaynaklandığı, zihin okuma, hep ya da hiç tarzı düşünme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların kontrol grubuyla YAB grubu arasında olduğu, etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların ise kontrol grubuyla MDB grubu arasında olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alan bireylerin düşünce özellikleri ölçeği felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşükken, zihin okuma, hep ya da

hiç tarzı düşünme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorları YAB grubundan, etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları ise MDB grubundan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 2).

Çalışma grupları arasında düşünce özellikleri ölçeğinin kişisel başarı kategorisindeki zihin okuma alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$) diğer tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu; felaketleştirme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların kontrol grubundan kaynaklandığı, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların kontrol grubuyla YAB grubu arasında olduğu, etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların ise kontrol grubuyla MDB grubu arasında olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alan bireylerin felaketleştirme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşükken, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorları YAB grubundan, etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları ise MDB grubundan anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 2). Çalışma grupları arasında Eysenck ölçek skorlarının dağılımı tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışma Grupları Arasında Eysenck Ölçek Skorlarının Dağılımı

EYSENCK	Kontrol (n=66)	YAB(n=33)	MDB (n=33)	P
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
Nörotisizm	2,56±1,82 ^{bc}	4,91±1,44	4,67±1,31	<0,001
Dışa dönüklük	3,74±1,89 ^c	3,48±2,15	2,55±1,92	0,017
Psikotisizm	1,27±1,09 ^c	1,45±1,18	2,03±1,40	0,039
Yalan	3,79±1,85	4,00±1,62	3,82±1,40	0,804

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk

bPost-hoc ikili karşılaştırmada “YAB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,017$)

cPost-hoc ikili karşılaştırmada “MDB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,017$)

Araştırmaya dahil edilen çalışma grupları arasında, Eysenck ölçeğinin nörotisizm, dışa dönüklük ve psikotizm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu nörotisizm alt ölçek skorundaki anlamlı farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, dışa dönüklük ve psikotizm alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkların ise kontrol grubu ile MDB grubu arasında olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alanların Eysenck ölçeğinin nörotisizm alt ölçek skoru YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşükken dışa dönüklük alt ölçek skoru MDB grubundan anlamlı olarak yüksek ve psikotizm alt ölçek skoru MDB grubundan anlamlı olarak düşüktü. Diğer taraftan çalışma grupları arasında Eysenck ölçeğinin yalan alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Çalışma grupları arasında Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorlarının dağılımını tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışma Grupları Arasında Beck Depresyon ve Beck-Anksiyete Ölçek Skorlarının Dağılımı

	Kontrol (n=66)	YAB(n=33)	MDB (n=33)	P
	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
Beck-Depresyon	8,35±6,09 ^{bc}	24,21±9,98	31,09±9,62	<0,001
Beck-Anksiyete	6,38±6,33 ^{bc}	40,33±13,20 ^c	26,18±13,42	<0,001

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk

bPost-hoc ikili karşılaştırmada “YAB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,017$)

cPost-hoc ikili karşılaştırmada “MDB” grubuyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,017$)

Çalışma grupları arasında Beck depresyon ve anksiyete ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar

sonucu Beck-Depresyon skorlarındaki anlamlı farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, Beck-Anksiyete ölçek skorundaki anlamlı farkın ise birden fazla gruptan kaynaklandığı görüldü. Kontrol grubunda yer alan bireylerin Beck-Depresyon skoru YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşükken Beck-Anksiyete ölçek skoru her üç grup arasında da farklıydı (Tablo 4).

Çalışma grupları arasında depresyon ve anksiyete şiddetlerinin dağılımı tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Çalışma Grupları Arasında Depresyon ve Anksiyete Şiddetlerinin Dağılımı

	Kontrol (n=66)	YAB (n=33)	MDB (n=33)	P
	Sayı (%*)	Sayı (%*)	Sayı (%*)	
Depresyon Şiddeti				
Yok	51 (77,3)	5 (15,2)	0	<0,001
Hafif	11 (16,7)	7 (21,2)	4 (12,1)	
Orta	4 (6,1)	11 (33,3)	9 (27,3)	
Şiddetli	0	10 (30,3)	20 (60,6)	
Anksiyete Şiddeti				
Hafif	61 (92,4)	0	7 (21,2)	<0,001
Orta	4 (6,1)	6 (18,2)	9 (27,3)	
Şiddetli	1 (1,5)	27 (81,8)	17 (51,5)	

*Sütun yüzdesi

Kontrol grubunda yer alan bireylerin %77,3'ünde (n=51) depresyon yokken %16,7'sinde (n=11) hafif derecede %6,1'inde (n=4) orta derecede depresyon vardı. YAB grubunda yer alanların ise; %15,2'sinde (n=5) depresyon yokken %21,2'sinde (n=7) hafif, %33,3'ünde (n=11) orta ve %30,3'ünde (n=10) şiddetli derecede depresyon vardı. MDB grubunda ise depresyonu olmayan yokken %12,1'inde (n=4) hafif,

%27,3'ünde (n=9) orta ve %60,6'sında (n)20) şiddetli derecede depresyon mevcuttu. Çalışma grupları arasında depresyon şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). MDB grubunda yer alanlar içinde şiddetli depresyonu olanların yüzdesi YAB ve kontrol gruplarından anlamlı olarak yüksekken kontrol grubunda depresyonu olmayanların yüzdesi YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak yüksekti (Tablo 5).

Anksiyete şiddetine bakıldığında; kontrol grubunda yer alanların %92,4'ü (n=61) hafif, %6,1'i (n=4) orta ve %1,5'i (n=1) şiddetli derecedeyken YAB grubunun %18,2'si (n=6) orta, %81,8'i (n=27) şiddetli ve MDB grubunun %21,2'si (n=7) hafif, %27,3'ü (n=9) orta ve %51,5'i (n=17) şiddetli derecedeydi. Çalışma grupları arasında anksiyete şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). YAB grubunda yer alanlar içinde şiddetli derecede anksiyetesi olanların yüzdesi MDB ve kontrol gruplarından anlamlı olarak yüksekken kontrol grubunda hafif derecede anksiyetesi olanları yüzdesi YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak yüksekti (Tablo 5).

Kontrol grubunda yer alanların cinsiyetleri arasında düşünce özellikleri ölçeği skorlarının dağılımı tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Kontrol Grubunda Yer Alanların Cinsiyetleri Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

	Kadın	Erkek	p
	(n=32)	(n=34)	
Kontrol (n=66)	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
Zihin okuma	4,23±1,67	4,53±1,84	0,534
Felaketleştirme	3,19±1,70	2,68±1,49	0,252
Sosyal İlişkiler			
Hep ya da hiç tarzı düşünme	2,72±1,41	3,00±2,19	0,862
Duygudan sonuç çıkarma	3,60±1,61	2,95±1,65	0,150
Etiketleme	2,81±1,68	2,16±1,38	0,196

	Zihinsel filtreleme	3,15±1,60	3,21±1,69	0,918
	Aşırı genelleme	3,40±1,93	2,21±1,27	0,017
	Kişiselleştirme	2,83±1,52	2,79±1,62	0,861
	Meli-malı tarzı düşünme	3,26±1,64	2,79±1,44	0,360
	Olumluyu küçültme ya da yok sayma	2,85±1,99	2,37±1,57	0,542
	Zihin okuma	4,06±1,58	4,00±1,86	0,812
	Felaketleştirme	3,06±1,59	2,89±1,52	0,654
	Hep ya da hiç tarzı düşünme	3,26±1,72	3,11±2,08	0,564
	Duygudan sonuç çıkarma	3,04±1,67	2,53±1,35	0,308
Kişisel	Etiketleme	2,89±1,78	2,05±1,27	0,101
Başarı	Zihinsel filtreleme	2,91±1,64	3,11±1,52	0,551
	Aşırı genelleme	2,70±1,72	1,89±0,99	0,111
	Kişiselleştirme	2,60±1,93	2,42±1,43	0,589
	Meli-malı tarzı düşünme	2,91±1,69	3,00±1,25	0,618
	Olumluyu küçültme ya da yok sayma	2,87±1,88	2,47±1,84	0,342

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

Araştırmaya dâhil edilenlerden kontrol grubunda yer alanların cinsiyetleri arasında düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki, aşırı genelleme alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Kadınların aşırı genelleme alt ölçek skoru erkeklerden anlamlı olarak yüksekti. Kontrol grubunda yer alanların cinsiyetleri arasında düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki, yukarıda belirtilen aşırı genelleme dışındaki tüm alt ölçek skorları ile kişisel başarı kategorisindeki tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Araştırma kapsamında incelenenlerden YAB olan hastaların cinsiyetleri arasında hem sosyal ilişkiler hem de kişisel başarı kategorisindeki tüm düşünce özellikleri alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların öğrenim durumları arasında düşünce özellikleri ölçeği skorlarının dağılımı tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Kontrol Grubunda Yer Alanların Öğrenim Durumları Arasında Düşünce Özellikleri Ölçeği Skorlarının Dağılımı

	En Fazla Lise	Üniversite	YL/Doktora	P
	(n=9)	(n=35)	(n=22)	
Kontrol (n=66)	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	
Zihin okuma	3,33±1,80	4,63±1,70	4,23±1,60	0,130
Felaketleştirme	3,11±1,36	3,17±1,93	2,82±1,26	0,860
Hep ya da hiç tarzı düşünme	3,78±1,92	2,71±1,56	2,55±1,62	0,181
Duygudan sonuç çıkarma	3,56±2,07	3,74±1,42	2,82±1,68	0,074
Etiketleme	2,11±1,76	2,54±1,58	2,95±1,62	0,307
Sosyal İlişkiler				
Zihinsel filtreleme	2,67±1,80	3,31±1,68	3,14±1,46	0,408
Aşırı genelleme	2,67±2,12	3,11±1,83	3,14±1,81	0,539
Kişiselleştirme	2,56±1,33	2,80±1,55	2,95±1,65	0,968
Meli-malı tarzı düşünme	3,22±2,22	3,26±1,58	2,86±1,32	0,670
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	1,78±1,39	3,26±1,96 ^a	2,23±1,69	0,018
Kişisel Başarı				
Zihin okuma	4,22±2,05	4,09±1,54	3,91±1,72	0,882
Felaketleştirme	2,78±1,30	3,20±1,47	2,82±1,82	0,376
Hep ya da hiç tarzı düşünme	3,22±1,86	3,51±1,99	2,73±1,45	0,402

Duygudan sonuç çıkarma	3,33±2,34	3,03±1,15	2,50±1,82	0,150
Etiketleme	2,11±1,05	2,77±1,83	2,68±1,67	0,780
Zihinsel filtreleme	3,33±2,06	2,91±1,42	2,91±1,72	0,859
Aşırı genelleme	2,22±1,48	2,63±1,72	2,32±1,43	0,754
Kişiselleştirme	2,89±1,27	2,51±1,48	2,45±1,34	0,524
Meli-malı tarzı düşünme	3,22±1,99	3,26±1,62	2,32±1,13	0,093
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	2,11±1,27	3,29±1,93 ^a	2,18±1,76	0,033

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk

aPost-hoc ikili karşılaştırmada “en fazla lise” mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Araştırmaya dâhil edilenlerden kontrol grubunda yer alanların öğrenim durumları arasında, düşünce özellikleri ölçeğinin, sosyal ilişkiler ve kişisel başarı kategorisindeki “olumluyu küçültme ya da yok sayma” alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların üniversite mezunlarıyla en fazla lise mezunları arasında olduğu görüldü. Üniversite mezunu olanların hem sosyal ilişkiler hem de kişisel başarı kategorisindeki “olumluyu küçültme ya da yok sayma” alt ölçek skoru en fazla lise mezunlarından anlamlı olarak yüksekti. (Tablo 7).

İncelenenlerden YAB olanların öğrenim durumları arasında düşünce özellikleri ölçeğinin hem sosyal ilişkiler hem de kişisel başarı kategorisindeki tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Araştırma kapsamında incelenen MDB’u olan hastaların öğrenim durumları arasında düşünce özellikleri ölçeğinin, hem sosyal ilişkiler hem de kişisel başarı kategorisindeki tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

.Çalışma gruplarının kendi içinde cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve aylık toplam hane gelirleri arasında Eysenck ölçek skorlarının dağılımı tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8.Çalışma Gruplarının Kendi İçinde Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim Durumu ve Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Eysenck Ölçek Skorlarının Dağılımı

		EYSENCK				
		n	Nörotisizm	Dışa dönüklük	Psikotisizm	Yalan
			$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$
Cinsiyet						
	Kadın	47	2,53±1,93	3,94±1,85	1,23±1,07	4,04±1,88
	Erkek	19	2,63±1,57	3,26±1,97	1,37±1,16	3,16±1,68
	p		0,852	0,192	0,640	0,051
Medeni Durum						
	Evli	32	2,44±1,78	3,28±1,82	1,31±1,18	4,03±1,73
	Bekar	34	2,68±1,89	4,18±1,88	1,24±1,02	3,56±1,96
Kontrol	p		0,581	0,040	0,830	0,334
(n=66)	Öğrenim Durumu					
	En fazla lise	9	3,44±2,19	3,67±2,06	1,22±0,97	4,44±1,94
	Üniversite	35	2,54±1,82	3,46±2,02	1,26±1,01	3,86±1,75
	YL/Doktora	22	2,23±1,63	4,23±1,57	1,32±1,29	3,41±1,97
	p		0,269	0,437	0,998	0,308
Aylık Toplam Hane Geliri						
	≤3000 TL	37	2,92±1,89	3,81±1,68	1,14±0,95	3,57±1,92
	>3000 TL	29	2,10±1,66	3,66±2,16	1,45±1,24	4,07±1,75

	<i>p</i>		0,060	0,937	0,301	0,293
Cinsiyet						
	Kadın	25	5,04±1,46	3,28±2,15	1,32±1,14	4,24±1,54
	Erkek	8	4,50±1,41	4,13±2,17	1,88±1,25	3,25±1,75
	<i>p</i>		0,220	0,330	0,310	0,162
Medeni Durum						
	Evli	15	5,00±1,46	3,80±2,08	1,13±1,25	4,53±0,99
	Bekar	18	4,83±1,46	3,22±2,24	1,72±1,07	3,56±1,92
	<i>p</i>		0,762	0,532	0,155	0,215
YAB	Öğrenim Durumu					
(n=33)	En fazla lise	7	5,00±1,92	4,00±2,45	1,00±1,00	4,57±0,98
	Üniversite	20	4,95±1,32	3,00±2,13	1,65±1,23	3,80±1,70
	YL/Doktora	6	4,67±1,51	4,50±1,64	1,33±1,21	4,00±2,00
	<i>p</i>		0,737	0,230	0,500	0,673
Aylık Toplam Hane Geliri						
	≤3000 TL	20	4,80±1,61	3,35±2,41	1,50±1,24	4,40±1,64
	>3000 TL	13	5,08±1,19	3,69±1,75	1,38±1,12	3,38±1,45
	<i>p</i>		0,785	0,813	0,928	0,048
Cinsiyet						
	Kadın	26	4,50±1,36	2,85±1,95	1,92±1,44	3,69±1,35
MDB	Erkek	7	5,29±0,95	1,43±1,39	2,43±1,27	4,29±1,60
(n=33)	<i>p</i>		0,183	0,120	0,215	0,399
Medeni Durum						
	Evli	9	4,67±1,41	3,56±1,94	1,67±1,50	3,44±1,88

Bekar	24	4,67±1,31	2,17±1,81	2,17±1,37	3,96±1,20
<i>p</i>		0,999	0,065	0,272	0,462
Öğrenim Durumu					
En fazla lise	12	4,33±1,50	2,67±2,27	1,92±1,50	3,92±1,16
Üniversite	14	5,07±1,14	2,64±1,69	2,14±1,51	3,57±1,60
YL/Doktora	7	4,43±1,27	2,14±1,95	2,00±1,16	4,14±1,46
<i>p</i>		0,340	0,792	0,858	0,692
Aylık Toplam Hane Geliri					
≤3000 TL	20	4,65±1,31	2,30±1,90	1,95±1,50	4,15±1,23
>3000 TL	13	4,69±1,38	2,92±1,98	2,15±1,28	3,31±1,55
<i>p</i>		0,928	0,298	0,573	0,118

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk; YL: Yüksek lisans

Kontrol grubunda yer alanların medeni durumları arasında Eysenck ölçeğini dışı dönüklük alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Bekar olanların Eysenck ölçeğinin dışı dönüklük alt ölçek skoru evli olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan kontrol grubunda yer alanların medeni durumları arasında Eysenck ölçeğinin nörotisizm, psikotisizm ve yalan alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Ayrıca kontrol grubunda yer alanların cinsiyetleri, öğrenim durumları ve aylık toplam hane gelirleri arasında Eysenck ölçeğinin tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Ayrıca YAB olan hastaların cinsiyetleri, medeni durumları ve öğrenim durumları arasında Eysenck ölçeğini tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

İncelenenlerden MDB’u olan hastaların cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim durumları ve aylık toplam hane gelirleri arasında Eysenck ölçeğini tüm alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Çalışma gruplarının kendi içinde cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve aylık toplam hane gelirleri arasında Beck depresyon ve anksiyete skorlarının dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9.Çalışma Gruplarının Kendi İçinde Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim Durumu ve Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Beck Depresyon ve Anksiyete Skorlarının Dağılımı

	n	Beck Depresyon	BeckAnksiyete
		$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$
Cinsiyet			
Kadın	47	7,89±6,12	6,23±5,73
Erkek	19	9,47±6,06	6,74±7,80
<i>p</i>		0,212	0,848
Medeni Durum			
Evli	32	7,63±6,72	5,59±6,67
Bekar	34	9,03±5,46	7,12±6,01
<i>p</i>		0,212	0,173
Öğrenim Durumu			
En fazla lise	9	11,56±8,63 ^c	8,33±7,92
Üniversite	35	9,37±5,23	7,17±6,93
YL/Doktora	22	5,41±5,21	4,32±3,92
<i>p</i>		0,016	0,283
Aylık Toplam Hane Geliri			

	≤3000 TL	37	9,65±6,43	7,78±7,30
	>3000 TL	29	6,69±5,30	4,59±4,32
	<i>p</i>		0,099	0,089
Cinsiyet				
	Kadın	25	24,76±9,53	40,56±12,66
	Erkek	8	22,50±11,81	39,63±15,72
	<i>p</i>		0,470	0,951
Medeni Durum				
	Evli	15	22,13±9,52	38,60±12,51
	Bekar	18	25,94±10,28	41,78±13,94
	<i>p</i>		0,290	0,464
YAB (n=33)	Öğrenim Durumu			
	En fazla lise	7	26,71±10,67	41,29±12,26
	Üniversite	20	25,20±10,38	42,20±13,62
	YL/Doktora	6	18,00±5,66	33,00±12,30
	<i>p</i>		0,306	0,313
Aylık Toplam Hane Geliri				
	≤3000 TL	20	27,25±10,99	41,90±15,08
	>3000 TL	13	19,54±5,91	37,92±9,72
	<i>p</i>		0,033	0,281
Cinsiyet				
MDB (n=33)	Kadın	26	31,19±10,10	26,04±14,64
	Erkek	7	27,00±6,63	26,71±8,22
	<i>p</i>		0,199	0,914

Medeni Durum			
Evli	9	36,11±10,89	28,11±13,34
Bekar	24	29,21±8,61	25,46±13,67
<i>p</i>		0,059	0,592
Öğrenim Durumu			
En fazla lise	12	32,33±8,02	26,92±11,91
Üniversite	14	31,93±9,86	25,21±15,35
YL/Doktora	7	27,29±11,99	26,86±13,66
<i>p</i>		0,490	0,852
Aylık Toplam Hane Geliri			
≤3000 TL	20	31,45±7,83	25,55±13,34
>3000 TL	13	30,54±12,22	27,15±14,04
<i>p</i>		0,785	0,676

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB: Majör depresif bozukluk; YL: Yüksek lisans

cPost-hoc ikili karşılaştırmada “YL/Doktora” mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,017$)

Kontrol grubunda yer alanların öğrenim durumları arasında Beck-Depresyon ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın en fazla lise mezunlarıyla YL/Doktora mezunları arasında olduğu görüldü. En fazla lise mezunu olanların Beck-Depresyon skoru YL/Doktora mezunlarından anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan kontrol grubunda yer alanların öğrenim durumları arasında Beck-Anksiyete ölçek skoru açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların cinsiyetleri, medeni durumları ve aylık toplam hane gelirleri arasında Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Ayrıca YAB olan hastaların cinsiyetleri, medeni durumları ve öğrenim durumları arasında Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya dâhil edilen MDB'si olan hastaların cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim durumları ve aylık toplam hane gelirleri arasında Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Kontrol grubunda yer alan hastaların düşünce özellikleri ölçek skorları ile Eysenck, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

Kontrol (n=66)	Eysenck				Beck-D	Beck-A
	Nörotisizm	Dışa dönüklük	Psikotisizm	Yalan		
Sosyal İlişkiler						
Zihin okuma	0,234	-0,174	-0,163	-0,304*	0,205	-0,068
Felaketleştirme	0,316*	0,036	-0,120	-0,033	0,182	0,105
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,391**	0,099	0,232	-0,076	0,342**	0,236
Duygudan sonuç çıkarma	0,233	-0,116	-0,035	-0,162	0,085	0,105
Etiketleme	0,330**	-0,067	-0,214	-0,240	0,163	0,161
Zihinsel filtreleme	0,367**	0,215	-0,090	-0,257*	0,303*	0,229
Aşırı genelleme	0,299*	0,030	-0,082	-0,007	0,100	0,103

Kişiselleştirme	0,279*	-0,302*	-0,051	-0,110	0,091	0,172
Meli-malı tarzı düşünme	0,296*	-0,041	-0,123	0,054	0,236	0,126
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	0,108	-0,031	-0,092	0,111	0,232	0,181
Kişisel Başarı						
Zihin okuma	0,207	-0,146	-0,101	-0,144	0,116	0,028
Felaketleştirme	0,167	-0,068	-0,117	0,155	0,254*	-0,032
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,379**	0,182	0,258*	-0,138	0,401**	0,158
Duygudan sonuç çıkarma	0,290*	-0,127	-0,098	0,110	0,273*	0,147
Etiketleme	0,235	-0,267*	-0,278*	-0,131	0,199	0,203
Zihinsel filtreleme	0,403**	0,101	-0,006	-0,148	0,370**	0,213
Aşırı genelleme	0,253*	0,010	0,025	-0,130	0,183	0,014
Kişiselleştirme	0,290*	-0,141	0,106	-0,050	0,257*	0,100
Meli-malı tarzı düşünme	0,124	-0,168	-0,051	0,180	0,238	0,191
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	0,079	-0,062	-0,033	0,067	0,207	0,184
Beck-D	0,675**	-0,072	0,025	-0,058	1,000	0,601**
Beck-A	0,551**	0,011	-0,187	0,078	0,601**	1,000

*p<0,05, **p<0,01

Kontrol grubunda yer alanların Eysenck ölçeğinin nörotisizm alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorları arasında, kişisel özellikler kategorisindeki

hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları arasında ise pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların Eysenck ölçeğinin dışa dönüklük alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki kişiselleştirme alt ölçek skoru arasında ve kişisel başarı kategorisindeki etiketleme alt ölçek skoru arasında, negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların Eysenck ölçeğinin psikotizm alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin kişisel başarı kategorisindeki hep ya da hiç tarzı düşünme alt ölçeği arasında pozitif yönde, etiketleme alt ölçek skoru arasında ise negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların Eysenck ölçeğinin yalan alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki zihin okuma ve zihinsel filtreleme alt ölçek skorları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alanların Beck-Depresyon ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki hep ya da hiç tarzı düşünme ve zihinsel filtreleme, kişisel başarı kategorisindeki felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, Beck-Anksiyete ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 10).

YAB olanlarda yer alan hastaların DÖÖ skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olanlarda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

YAB (n=33)	Eysenck				Beck-D	Beck-A
	Nörotisizm	Dışa dönüklük	Psikotisizm	Yalan		
Sosyal İlişkiler						
Zihin okuma	0,310	-0,049	-0,115	0,007	0,556**	0,430*
Felaketleştirme	0,264	-0,190	-0,043	-0,082	0,337	0,331
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,046	-0,051	-0,040	0,109	0,464**	0,304
Duygudan sonuç çıkarma	0,134	-0,160	0,070	-0,111	0,402*	0,207
Etiketleme	0,210	-0,247	0,018	-0,138	0,242	0,105
Zihinsel filtreleme	-0,049	-0,103	0,085	0,077	0,292	0,161
Aşırı genelleme	0,305	-0,201	-0,052	-0,060	0,514**	0,455**
Kişiselleştirme	0,232	-0,232	0,062	0,036	0,432*	0,378*
Meli-malı tarzı düşünme	0,241	-0,104	0,135	0,109	0,350*	0,224
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	0,236	-0,091	0,075	0,131	0,358*	0,179
Kişisel Başarı						
Zihin okuma	0,291	-0,109	-0,020	-0,080	0,649**	0,610**
Felaketleştirme	0,177	-0,159	0,143	-0,103	0,430*	0,473**
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,029	-0,193	-0,122	0,145	0,582**	0,445**
Duygudan sonuç çıkarma	0,005	-0,452**	-0,164	0,003	0,426*	0,292
Etiketleme	0,189	-0,241	0,003	-0,067	0,164	0,084
Zihinsel filtreleme	-0,069	0,048	0,221	0,003	0,167	0,260

Aşırı genelleme	0,304	-0,298	-0,023	-0,182	0,466**	0,450**
Kişiselleştirme	0,267	-0,178	0,206	-0,130	0,387*	0,332
Meli-malı tarzı düşünme	0,147	-0,117	0,257	0,007	0,319	0,123
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	0,316	-0,032	0,064	0,144	0,311	0,172
Beck-D	0,261	-0,327	0,149	-0,132	1,000	0,731**
Beck-A	0,186	-0,134	0,250	-0,162	0,731**	1,000

*p<0,05, **p<0,01; YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda yer alan hastaların düşünce özellikleri ölçek skorları ile Eysenck, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 11’de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenenlerden YAB olanların Eysenck ölçeğinin dışa dönüklük alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin kişisel başarı kategorisindeki duygudan sonuç çıkarma alt ölçek skoru arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,05).

İncelenenlerden YAB olanların Beck-Depresyon ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki zihin okuma, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme, kişiselleştirme, meli-malı tarzı düşünme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, kişisel başarı kategorisindeki zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme, kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde ve Beck-Anksiyete ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05).

İncelenenlerden YAB olanların Beck-Anksiyete ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki zihin okuma, aşırı genelleme ve kişiselleştirme

alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, kişisel başarı kategorisindeki zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme ve aşırı genelleme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 11).

Majör depresif bozukluğu olanlarda yer alan hastaların düşünce özellikleri ölçek skorları ile Eysenck, Beck-Depresyon ve Beck-Anksiyete ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Majör Depresif Bozukluğu Olanlarda Yer Alan Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçek Skorları ile Eysenck, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

MDB (n=33)	Eysenck				Beck-D	Beck-A
	Nörotisizm	Dışa dönüklük	Psikotisizm	Yalan		
Sosyal İlişkiler						
Zihin okuma	0,626**	0,105	0,300	-0,036	0,077	0,380*
Felaketleştirme	0,225	-0,229	0,096	0,041	0,012	0,012
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,129	-0,223	0,098	0,212	0,175	0,088
Duygudan sonuç çıkarma	0,352*	-0,064	-0,071	-0,006	-0,037	0,218
Etiketleme	-0,215	-0,272	0,006	-0,008	-0,006	0,019
Zihinsel filtreleme	0,212	-0,128	-0,007	-0,140	0,177	0,276
Aşırı genelleme	0,080	-0,069	0,095	-0,202	0,248	0,218
Kişiselleştirme	-0,319	-0,459**	-0,346*	-0,012	-0,101	-0,187
Meli-malı tarzı düşünme	-0,022	0,109	-0,007	0,020	0,006	0,039
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	-0,034	-0,013	-0,164	0,031	0,113	-0,056

Kişisel Başarı						
Zihin okuma	0,592**	0,022	0,396*	-0,177	0,094	0,246
Felaketleştirme	0,303	-0,045	0,235	-0,198	0,039	0,115
Hep ya da hiç tarzı düşünme	0,123	0,224	0,430*	-0,253	0,333	0,308
Duygudan sonuç çıkarma	0,195	-0,165	-0,214	-0,138	0,008	0,196
Etiketleme	-0,305	-0,322	-0,252	0,048	0,032	-0,007
Zihinsel filtreleme	0,139	-0,214	-0,073	-0,328	0,083	0,038
Aşırı genelleme	0,050	-0,116	-0,352*	-0,117	0,244	0,034
Kişiselleştirme	-0,393*	-0,160	-0,474**	0,081	-0,090	-0,068
Meli-malı tarzı düşünme	-0,081	0,106	-0,012	-0,049	-0,238	-0,147
Olumluyu küçültme ya da yok sayma	-0,091	0,063	-0,203	0,091	0,133	0,025
Beck-D	0,079	-0,091	-0,044	-0,110	1,000	0,475**
Beck-A	0,469**	0,075	0,331	-0,077	0,475**	1,000

*p<0,05, **p<0,01; MDB: Majör depresif bozukluk

Araştırmaya dâhil edilenlerden MDB’u olanların Eysenck ölçeğinin nörotisizm alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki duygudan sonuç çıkarma alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde, zihin okuma alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, kişisel başarı kategorisindeki zihin okuma alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, , kişiselleştirme alt ölçek skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde, Beck-Anksiyete ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,05).

İncelenenlerden MDB’u olanların Eysenck ölçeğinin dışa dönüklük alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki kişiselleştirme alt ölçek skoru arasında negatif yönde, güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

İncelenenlerden MDB’u olan hastaların Eysenck ölçeğinin psikotizm alt ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki kişiselleştirme alt ölçek skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde, kişisel başarı kategorisindeki zihin okuma ve hep ya da hiç tarzı düşünme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, aşırı genelleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

İncelenenlerden MDB’u olanların Beck-Depresyon ölçek skoru ile Beck-Anksiyete ölçek skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 12).

İncelenenlerden MDB’u olanların Beck-Anksiyete ölçek skoru ile düşünce özellikleri ölçeğinin sosyal ilişkiler kategorisindeki zihin okuma alt ölçek skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 12).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı olan hastalarda kişilik ve düşünce özelliklerine ilişkin bulunan ayırıcı sonuçların tartışılması ve ileri çalışmalar açısından yön belirlenmesi amaçlanmıştır.

Ortaya çıkan bulgular temel olarak anksiyete ve depresyon altında iki ana başlıkta toplanmıştır. Temel bulgulara ilişkin tespitler aşağıda sıralanmaktadır:

Anksiyete ve düşünce özelliklerine ilişkin bulgular

Çalışmamızda YAB grubunda zihin okuma, hep ya da hiç tarzı düşünme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorlarının kontrol grubundan yüksek olması literatür ile uyumludur. Özdel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon ve sürekli anksiyete özellikleri olan hasta grubunda felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme, olumluyu küçültme, zihin okuma, zihinsel filtreleme, meli malı tarzı düşünme bilişsel çarpıtmaları KG'ye göre daha sık görülmüştür (16).

Depresyon ve düşünce özelliklerine ilişkin bulgular

MDB grubunda DÖÖ'nün kişisel başarı alanında etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları ise kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada duygudan sonuç çıkarma, etiketleme ve kişiselleştirme bilişsel çarpıtmaları, anksiyete şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (15). Yapılan diğer bir çalışmada ise felaketleştirme ve kişiselleştirme bilişsel çarpıtmaları kaygı hassasiyeti ve dışa vuran anksiyetenin güçlü belirleyicileri olarak yorumlanmıştır (122). Her ne kadar bazı bilişsel çarpıtmalar teorik olarak bazı hastalıklara özgül görünse de, bu bulgular bilişsel çarpıtmaların tanılararası özelliği hakkında fikir vermektedir ve tedavide birleşik bir yaklaşım olması yönünde rehber oluşturmaktadır. (15).

Depresyon ve Ankiyete bozukluğu ile kişilik özelliklerine ilişkin bulgular

KG’de yer alanların EKA-GGK’nın nörotisizm alt ölçek skoru, YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşükken dışa dönüklük alt ölçek skoru MDB grubundan anlamlı olarak yüksek ve psikotisizm alt ölçek skoru MDB grubundan anlamlı olarak düşüktü. Williams’ın çalışması dışadönüklük ve depresyon arasında negatif bir ilişki, nörotisizm ve depresyon arasında ise pozitif bir ilişki olduğunu desteklemektedir (194, 210). Nörotisizm, anksiyete bozukluğu ve depresyon arasında da güçlü pozitif ilişki bulunmuştur. Psikotisizmin de duygusal değişkenlerle benzer ilişkisi bulunmaktadır ancak aradaki ilişki daha zayıftır (194). İçedönüklük ve nörotisizm ile depresyon arasında pozitif bir ilişki varken; dışadönüklük ile negatif bir ilişki bulunmaktadır (194). Çalışmalar YAB olan bireylerde nörotisizmin ve sürekli kaygı anlamlı olarak yüksek, dışadönüklüğün düşük olduğunu göstermektedir (199). Bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Anksiyete ve depresyon hastalarında görülen ortak bulgular

Çalışmamızda YAB ve MDB grubunda yer alan bireylerde DÖÖ’de felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları KG’den anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer sonuçlarla karşılaşılmıştır. Depresyonu ve sürekli anksiyete özellikleri olan hasta grubunda felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme zihin okuma, zihinsel filtreleme, meli malı tarzı düşünme, olumluyu küçültme bilişsel çarpıtmaları KG’ye göre daha sık görülmüştür (16).

KG’de yer alanlar içinde DÖÖ’nün kişisel başarı alanında felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve kişiselleştirme düşünce hataları olanların yüzdesi YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşüktü. Yapılan bir çalışmada, felaketleştirme (başarı alanı), duygudan sonuç çıkarma(sosyal alan), aşırı genelleme(sosyal alan) ve olumluyu küçültme (sosyal alan) ile BDE arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (16). Depresyonu ve sürekli anksiyete özellikleri olan hasta grubunda felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme zihin

okuma, zihinsel filtreleme, meli malı tarzı düşünme, olumluyu küçültme bilişsel çarpıtmaları KG'ye göre daha sık görülmüştür (16). Çalışmamıza alınan hastalar pür depresyon hastaları veya pür anksiyete bozukluğu olan hastalar olarak seçilmemiştir. Depresif semptomları olan kişilerde sıklıkla anksiyete bozukluğu eş tanısı da bulunmaktadır (194). Depresif bozuklukları olan kişilerin %85'inde anksiyete belirtilerinin, anksiyete bozuklukları olan kişilerin de %90'ında depresyon belirtilerinin görülebildiği bildirilmektedir (211). DÖÖ'nün depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkisi, bilişsel çarpıtmaların sadece depresyon veya anksiyete bozukluklarında görülmesinden ziyade, tanılararası özelliği hakkında fikir vermektedir (15).

Demografik veriler

a. Cinsiyet

Çalışmamızda yer alanların cinsiyetleri arasında DÖÖ'nün sosyal ilişkiler kategorisinde kadınların aşırı genelleme alt ölçek skoru, erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada aşırı genelleme ile BDE arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(16). Major depresyonun hayat boyu görülme sıklığı erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olarak saptanmıştır (7, 212). Yapılan diğer bir çalışmada, depresyon oranlarının kadınlarda, partneri olmayanlarda, yalnız yaşayanlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (9, 10, 213, 214). Tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde depresyon sıklığının kadınlarda erkeklerden fazla bulunması (71), kadınların tedaviye başvurmaya yatkın oluşları, X kromozomuna bağlı bir genetik geçişin olabileceği, hormonların depresyona etkisi, “kadınlardaki düşük benlik saygısı”, “öğrenilmiş çaresizlik” ve “geleneksel kadın rolü” gibi etkenler ile açıklanmaktadır (72, 74). Kadınlarda depresyon sıklığının erkeklere göre daha sık görülmesi ve aşırı genelleme düşünce hatasının depresif bireylerde daha sık görülmesi bulgularımızla uyumludur.

b. Öğrenim durumu

KG’de en fazla lise mezunu olanların BDE skoru YL/Doktora mezunlarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Depresyonun eğitim düzeyi düşük kişilerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (39, 215). Eğitim düzeyi düşük olanlarda ve fakirlerde depresyon atağı geçirme olasılığı artmaktadır. Bu olguların tedaviye yanıt olasılıkları da daha düşüktür (11, 216). Bahar ve arkadaşlarının (32, 217) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düştükçe hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı ve artışın önemli olduğu bildirilmiştir. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Kişilik ve Düşünce Özelliklerine İlişkin Bulgular

EKA-GGK’nın nörotisizm alt ölçek skoru ile DÖÖ’nün sosyal ilişkiler kategorisindeki felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve meli-malı tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, BDE ve BAE ölçek skorları arasında ise pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada, felaketleştirme (başarı alanı), duygudan sonuç çıkarma(sosyal alan), aşırı genelleme(sosyal alan) ve olumluyu küçültme (sosyal alan) ile BDE arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (16). Depresyonu ve sürekli anksiyete özellikleri olan hasta grubunda felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme, zihin okuma, zihinsel filtreleme, meli malı tarzı düşünme, olumluyu küçültme bilişsel çarpıtmaları KG’ye göre daha sık görülmüştür(16). Nörotisizm hem depresyon için (151, 152, 154) hem de anksiyete için (156, 157) oluşturmaktadır. Bulgularda nörotisizmin, anksiyete bozukluğu ve depresyon ile ilişkilendirilen bilişsel çarpıtmalarla pozitif yönde ilişkili olması literatür ile uyumludur.

EKA-GGK’nın dışa dönüklük alt ölçek skoru ile DÖÖ’nün sosyal ilişkiler kategorisindeki kişiselleştirme alt ölçek skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Kişiselleştirme, anksiyete bozukluğu

ile ilişkili görünmektedir çünkü “anksiyöz bireylerin şeması bireyin kişisel alanlarına tehdit ve artmış kırılganlığı” içermektedir (122). Çalışmalar YAB olan bireylerde nörotisizmin ve sürekli kaygının anlamlı olarak yüksek, dışadönüklüğün düşük olduğunu göstermektedir (199). EKA-GGK'nın dışa dönüklük alt ölçek skorunun anksiyete bozukluğu ile negatif yönde ilişkili olması bu sonucu desteklemektedir.

Çalışmamızda YAB olan hastaların EKA-GGK'nın dışa dönüklük alt ölçek skoru ile DÖÖ'nün kişisel başarı kategorisindeki duygudan sonuç çıkarma alt ölçek skoru arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada duygudan sonuç çıkarma düşünce hatası anksiyete şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (15). Diğer bir çalışmada ise duygudan sonuç çıkarma (sosyal alan) ile BDE arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (16). Bu bulgular duygudan sonuç çıkarma düşünce hatasının hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. EKA-GGK'nın dışa dönüklük alt ölçek skorunun depresyon ve anksiyete bozukluğu ile negatif yönde anlamlı ilişkisinin olması bu sonucu desteklemektedir.

Yaptığımız çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki örneklem grubunun azlığıdır. Ayrıca çalışmanın özbildirim ölçeklerinden oluşması, doğası gereği bazı sınırlılıkları da beraberinde getirmektedir. Düşünce hatalarını değerlendiren sınırlı sayıda ölçek olduğu ve bu ölçeklerin az bir kısmı Türkçeye çevrildiği için, bu ölçeklerin hastalıkların psikopatolojisi ve tedavi üzerine etkileri açısından bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. DÖÖ, BDT'de kullanılan ve tartışılan düşünce hatalarını tam anlamıyla değerlendiren tek ölçektir. Ancak ölçek uygulanırken kişinin o düşünce hatası ile ilgili doğru tahminlerde bulunması gerekir. Diğer bir konu ise kişinin savunucu tutumu, duygudurumu, konsantrasyon ve hafıza problemleri kendisini doğru değerlendirmesini engelleyebilir.

6. SONUÇ

Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Düşünce Özelliklerinin Değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmaya 66 hasta ve 66 sağlıklı kontrol grubu dâhil edilmiştir.

Hasta ve kontrol grubuna ilişkili faktörleri değerlendirmek için Beck Anksiyete Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu ve Düşünce Özellikleri Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, bilişsel çarpıtmaların sadece depresyon veya anksiyete bozukluklarında görülmesinden ziyade, tanılararası özelliği hakkında fikir verdiği düşünülmektedir. Her ne kadar bazı bilişsel çarpıtmalar teorik olarak bazı hastalıklara özgül görünse de, bu çarpıtmaların tanılararası özelliği, tedavide birleşik bir yaklaşım olması yönünde rehber oluşturmaktadır. Çalışmada MDB grubunda DÖÖ'nün kişisel başarı alanında etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları KG'den anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. YAB ve MDB grubunda yer alan bireylerde DÖÖ'de felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları KG'den anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmada MDB ve YAB olan hastalarda yüksek nörotisizm görülmüştür. MDB olan hastaların dışadönüklüğü kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kişilik özelliklerinin kişiyi depresyona yatkın hâle getirebileceği, kişiliğin, depresyon gelişimini etkileyen önemli özelliklerden biri olduğu düşünülmüştür. Nörotisizmi yüksek bireylerin anksiyete bozukluğu olmaya daha yatkın olabileceği düşünülmüştür. EKA-GGK'nın nörotisizm alt ölçek skoru ile DÖÖ'nün sosyal ilişkiler kategorisindeki felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorları arasında, kişisel özellikler kategorisindeki hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde, BDE ve BAE ölçek skorları arasında ise pozitif yönde, istatistiksel olarak

anlamli bir ilişki saptanmiŐtır. EKA-GGK'nın dışa d6n6kl6k alt 6l6ek skoru ile D66'n6n sosyal ilişkiler kategorisindeki kişiselleştirme alt 6l6ek skoru arasında negatif y6nde, D66'n6n kişisel başarı kategorisindeki duygudan sonu6 6ıkarma alt 6l6ek skoru arasında negatif y6nde orta d6zeyde ilişki saptanmiŐtır.

Bu 6alıŐmanın sonu6larının, araŐtırmacılara anksiyete bozuklukları ve depresyonla ilgili tedavi yaklaŐımlarında yol g6stereceği d6Ő6n6lmektedir. 6zellikle psikoterapistler, hastaların 6zelliklerine g6re tedavi tanımlamanın 6nemini fark etmeye baŐlamıŐlardır (Beutler, 1991; Kazdin, 1993; see Eisen&Silverman, 1998, for an empirical example). Bu 6alıŐma, kişide hangi d6Ő6nce hatalarının olduğunu tanımlamanın, anksiyete bozuklukları ve depresyonun bilişsel tedavisini deėiŐtirmede 6nemli bir hedef olduğunu ileri s6rmektedir. Bu 6alıŐma aynı zamanda anksiyete bozuklukları ve d6Ő6nce hataları arasındaki ilişkiyi anlamaya y6nelik literat6re katkıda bulunmaktadır.

ÖZET

Major Depresif Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Düşünce Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada major depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda kişilik özellikleri ve düşünce özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran, 66 hasta ve 66 kontrol grubu dâhil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu, depresyon ve anksiyete bozukluklarının şiddetini değerlendirmek için BAE ve BDE kullanılmıştır. Kişilik özelliklerini değerlendirmek için EKA-GGK, bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek için ise DÖÖ kullanılmıştır.

Bulgularımızda KG'de yer alanların EKA-GGK'nın nörotisizm alt ölçek skoru, YAB ve MDB gruplarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. MDB grubunda DÖÖ'nün kişisel başarı alanında etiketleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları ise kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. YAB ve MDB grubunda yer alan bireylerde DÖÖ'de felaketleştirme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve olumluyu küçültme ya da yok sayma alt ölçek skorları KG'den anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. EKA-GGK'nın nörotisizm alt ölçek skoru ile DÖÖ'nün sosyal ilişkiler kategorisindeki felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve meli-malı tarzı düşünme alt ölçek skorları arasında, kişisel özellikler kategorisindeki hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme ve kişiselleştirme alt ölçek skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk, Kişilik Özellikleri, Bilişsel Çarpıtmalar

SUMMARY

Evaluation of Cognitive Distortions and Personality Traits on Patients who Have Anxiety Disorder and Depression

The aim of this study is to evaluate the cognitive distortions and personality traits on patients who have anxiety disorder and depression.

For this reason 66 patients and 66 healthy volunteers were informed consent and assessed by using a sociodemographic form, Revisited Eysenck Personality Questionnaire- Abbreviated (REPQ-A), Cognitive Distortions Scale (CDS), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI).

In findings REPQ-A neuroticism subscale of healthy volunteers found to be lower than GAD and MDD group and the difference was significant. In CDS personal achievement domain labeling and personalization item was found to be higher in MDD group than healthy volunteers. In CDS catastrophizing, emotional reasoning, mental filter, overgeneralization and minimizing or disqualifying the positive subscales were found to be higher in GAD and MDD groups than healthy volunteers. REPQ-A neuroticism subscale and CDS catastrophizing, all or nothing thinking, labeling, mental filter, overgeneralization, personalization, should statements in interpersonal domain and all-or-nothing thinking, emotional reasoning, mental filter, overgeneralization and personalization subscales in personal achievement domain were positively correlated and the difference was significant. The results were discussed according to the literature.

Key Words: Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, Personality Traits, Cognitive Distortions

KAYNAKLAR

1. Mustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt:45, Sayı:2, 2011
2. Özen EM, Aküzüm Serhadlı ZN, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23: 60-65
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı-DSM-4, E. Koroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994
4. Kennedy SH, Parikh SV ve Shapiro CM. Defeating depression. Ontario: Joli Joco Publications Inc, 1998
5. Tuğrul C ve Sayılğan MA. Depresyonla başa çıkma yolları. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997
6. Dobson, KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 57(3), 414-419.
7. Hollon SD, Shelton RC ve Davis DD. Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993; 61(2): 270-275.
8. Evans MD, DeRubies RJ, Piasecki JM, Grove MW, Garvey MJ ve Tuason VB. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry, 1992; 49, 802- 808.
9. Kartal M, Özçakar N. Yaygın anksiyete bozukluğu: Birinci basamakta görülme sıklığı ve tanı güçlükleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009; 13(4): 206-209.
10. Cerit C, Coşkun B. Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 1: 250-255.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S ve ark. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis, J Clin Psychol, 2014; 34: 130-40.
13. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry, 1993; 50: 975-990.

14. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46: 345–350.
15. Batmaz S, Koçbıyık S, Yüncü ÖA. Turkish Version of the Distortions Questionnaire: Psychometric Properties. *Depression Research and Treatment Volume 2015*, Article ID 694853:8.
16. Özdel K, Taymur İ, Güriz SO, Tulacı RG, Kuru E. Measuring Cognitive Errors Using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties in Clinical and Non-Clinical Samples. *PLoS ONE*, 2014; 9(8): e105956. doi:10.1371/journal.pone.0105956.
17. Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books, New York, 1985.
18. Ekinci O, Ekinci A. Major Duygudurum Bozukluklarında Kişiliğin Üç Boyutlu Değerlendirilmesi ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 15-22.
19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Eleventh Edition sf:387.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.
21. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
22. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihi. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. *TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:4*. Kasım 2006, Ankara, S:3-4.
23. Noyes R Jr, Hoehn-Saric R. Anksiyete Bozuklukları 1-4, Şar V. (Çeviri ed.) İstanbul; Medical & Paramedical Yayıncılık, 1998.
24. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Ed: Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı 1*. Cilt. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997, s: 449-59.
25. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries. *Psychiatr Dev*. 1988 Summer; 6(2): 83-120.

26. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları (2. Baskı). Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2003.
27. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar (2. Baskı). Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara 2001, ss. 168-207.
28. Işık E, Işık Y, Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, İstanbul, Asimetrik Paralel, 2006, s: 425–442.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, text revision.(DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.
30. Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council of Anxiety (2003), WCA recommendations for the long term treatment of generalized anxiety disorder. CNS spectrum, (8 Suppl 1):53–61.
31. Dilbaz N. Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005, p:59–78.
32. Barlow DH, Wincze J (1998) DSM-IV and beyond: vvhath is generalized anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand, 98 (Suppl 393), 23–29.
33. Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSMIII-R generalised anxiety disorder. J Nerv Ment Dis 1990, 178: 588–91.
34. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.
35. Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2004. p. 325-80.
36. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu KO. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde karşılanmamış gereksinimler: Yeni bir seçenek olarak pregabalın. Anadolu Psikiyatri Derg 2012, 13: 232-238.
37. Wittchen HU ve ark. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. J Clin Psychiatry, 2002. 63 Suppl 8:s. 24-34.
38. Parmentier H ve ark. Comprehensive Review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. Curr Med Res Opin, 2013. 29: s. 355-67.
39. Aydın H, Bozkurt A, Türkçe'ye çeviri editörleri. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eighth Edition. Philadelphia: Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, p.1718–1799.

40. Thibodeau MA ve ark. Anxiety Disorders are independently Associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety*, 2013, 30: s. 947-54.
41. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
42. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR: The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1272-1280.
43. Papp LA, Gorman JM. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins, 1995, 123649.
44. Gelder M, Gath D, Mayou R: *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1989, 175-183.
45. Alkın T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In: Koroğlu E editor. *Anksiyete Monograflar Serisi 4*. Ankara: Medikomat Basım, 1995:149-188.
46. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989, 146:1440-6.
47. NICE. Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and Community care. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2011.
48. Alkın T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In: Koroğlu E editor. *Anksiyete Monograflar Serisi 4*. Ankara: Medikomat Basım, 1995: 149-188.
49. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P ve ark. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*, 2004, 43: 421-436.
50. James AACJ, Soler A, Weatherall RRW. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; 4, No: CD004690.
51. Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry* 1998, 44: 1286-94 .

- 52.** Gelder M. Psychological treatment for anxiety disorders. In: the clinical management of anxiety disorders. Coryell W, Winokur G, eds. New York: Oxford University Press, 1991: 10-27.
- 53.** Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalized anxiety disorder: Systematic Review and metaanalysis. *Brit Med J*, 2011a; 342: d1199.
- 54.** Chessick CA, Allen HA, Thase ME, Da Cunha BM, Kapczinski FFK, De Lima MSML, Dos Santos SJJSS. Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006, 19:CD006115.
- 55.** Guaiana G, Barbui C, Cipriani A. Hydroxyzine for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 8: CD006815.
- 56.** Wensel TM, powe KW, Cates ME. Pregabalin for the Treatment of generalized anxiety disorder. *Ann Pharmacother*, 2012, 46: 424-429.
- 57.** Martin JL, Sainz Pardo M, Furukawa TA, Martin-Sanchez E, Seoane T, Galan C: Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: Heterogeneity of outcomes based on a Systematic Review and meta analysis of clinical trials. *J Psychopharmacol*, 2011, 31:326-333.
- 58.** Lalonde CD, Van Lieshout RJ. Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics a Systematic Review and meta analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 2011, 31:326-333.
- 59.** Pollack MH, Kornstein SG, Spann ME, Critis-Christoph P, Raskin J, Russell JM. Early improvement during duloxetine Treatment of generalized anxiety disorder predicts response and remission at endpoint. *J Psychiatr Res*, 2008, 42:1176-1184.
- 60.** Baldwin DS, Stein DJ, Dolberg OT, Anderson HF, Baldwin DS. How long should a trial of escitalopram Treatment be in patients with major depressive disorder, generalized anxiety disorder or social anxiety disorder? An exploration of the randomised controlled trial database. *Hum Psychopharmacol*, 2009, 24: 269-275.
- 61.** Wells A, Carter K. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 1999, 37:585-94.
- 62.** Dugas M, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998, 36:215-26.

- 63.** Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Leger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of a cognitive- behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68: 957-964.
- 64.** K ro glu E. Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997, 389-428.
- 65.** Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322: 419-421, 2001.
- 66.** Keller MB, Hanks DL. The natural history and heterogeneity of depressive disorders: implications for rational antidepressant therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55: 25-31 (Suppl A), 1994.
- 67.** Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 989-991, 1997.
- 68.** Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. *J Affect Disord*, 30: 15-26, 1994.
- 69.** Eker S, Akaya C, Akg z S, Sarand l A, Kırılı S. Maj r Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboxetin'in Etkinlik ve G venilirliğinin Karşılaştırılması. *Turk Psikiyatri Derg*, 16(3): 153-163, 2005.
- 70.** Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*, 289: 3095-3105, 2003.
- 71.** Blazer D. Mood disorders: Epidemiology. In: Kaplan H, Sadock B, ed(s). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1995, 1079-1089.
- 72.** Ozt rk MO, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 12. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994.
- 73.** Isık E, Duygulanım Bozuklukları / Depresyon ve Mani. 13. Baskı. İstanbul: Bogaziçi Matbaası. 1991.
- 74.** Schwenk TL, Coyne JC. Depression. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: W.B.Saunders Company. 1990, 1582-1595.
- 75.**  st n TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S ve ark. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Bri Jour Psychiatry*, 2004, 184(5): 386-392.

76. Abraham K. Notes On The Psycho-Analytical Investigation And Treatment Of Manicdepressive Insanity And Allied Conditions. New York: Basic Books, 1960.
77. Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. The epidemiology of majör depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication. JAMA, 2003, 289: 3095-3105.
78. Richards D. Prevalance and clinical course of depression: A review. Clin Psychol Rev, 2011, 31: 1117-1125.
79. Spijker JAN, Graaf RON, Bijl RV ve ark. Duration of majör depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry, 2002, 181: 208-213.
80. Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock, Benjamin J, Sadock Virginia A. Lippincott Williams& Wilkins, 2005, 1559-1717.
81. Ebmeier KP ve ark. Recent developments and Current controversies in depression. Lancet, 2006, 367:s. 153-167.
82. Kupfer DJ ve ark. Major Depressive Disorder: new clinical, neurobiological, and Treatment perspectives. Lancet, 2012, 379: s. 1045-55.
83. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and enviromental factors. Psychiatr Clin North Am, 2012, 35:s. 51-71.
84. Seidman SN. The Neuroendocrinology of Mood Disorders: In Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (editors). The American Psychiatry Publishing Textbook of Mood Disorders, 2005, 117-130.
85. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1. Baskı, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003, 258-333.
86. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 12. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2014, 386,387.
87. Aşkın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999, 100-122.
88. Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı Kırılı S. (çeviren) Bursa 1999, 3-20.
89. Nierenberg AA, Susman N, Trivedi M Depresyonda Depreşmenin Yönetimi Kırılı S., Sivrioğlu Y.(çevirenler) 2. Baskı Bursa 2003, 1-12.
90. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri Güneş Kitapevi ikinci baskı Aydın H., Bozkurt A. (çevirenler) Ankara 2005, 174-176., 336-354.

- 91.** Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001, 305-310., 427-440.
- 92.** Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi 2003, 467-484., 290-298.
- 93.** Qaseem A, Snow V, Denberg TD. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med, Nov, 18, 2008, 149(10): 725- 733.
- 94.** American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry, 2010, 157 (Suppl. 4) 1-45.
- 95.** Stahl SM, Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, Third edition. Cambridge University Press, Cambridge; New York, 2008, 105.
- 96.** Cetin M. Psikofarmakoterapinin genel ilkeleri, İçinde: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Cilt I: Şizofreni. Editorler Ceylan ME, Cetin M. 4. Baskı, İstanbul, Kure. 2009, 849-861.
- 97.** Yüksel N. Dirençli depresyonların tedavisi. Klinik Psikiyatri, 1998, 2: 115-119.
- 98.** National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults, 2009.
- 99.** Beck AT. Thinking and Depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, 1963, 9, 324-333.
- 100.** Beck AT. Thinking and Depression: 2, Theory and Therapy. Archives of General Psychiatry, 1964, 10, 561-571.
- 101.** Beck AT. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967.
- 102.** Dattilio FM, Freeman A. Introduction to cognitive therapy. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), Comprehensive casebook of cognitive therapy, 1992, (pp. 3-13). New York: Plenum Press.
- 103.** Fennell M. Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric Problems, 1989, (pp. 169-235). New York: Oxford University Press.

- 104.** Freeman A. Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*, 1992, (pp. 13-27). New York: Plenum Press.
- 105.** Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York-London: The Guilford Press, 1995.
- 106.** Beck, AT. From Psychoanalysis to Cognitive Therapy. *Beck Institute Newsletter*, 6:3, 2001.
- 107.** Savaşır I, Yıldız S. *Depresyonun bilişsel-davranışçı tedavisi*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1996.
- 108.** Schuyler D. *A practical guide to cognitive therapy*. New York: W.W. Norton & Company, 1990.
- 109.** Beck AT, Rush A, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- 110.** Dryden W, DiGiuseppe R, Neenan M. *A Primer on Rational Emotive Behavior Therapy*. Illinois: Research Press, 2003.
- 111.** Akkoyunlu S, Türkcapar MH. A Technique: Examining the Evidence. *JCBPR*, 2012, 1: 184–190.
- 112.** Akkoyunlu S, Türkcapar MH. Bir Teknik: Alternatif Düşünce Oluşturulması. *JCBPR*, 2013, 2:53–59.
- 113.** Dozois DJA, Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In: Dobson KS, Dozois DJA, editors. *Risk factors in depression*. Oxford, England: Elsevier/Academic Press, 2008, pp. 121–143.
- 114.** Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond*. Second Edi. New York: The Guilford Press, 2011.
- 115.** Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE, editors. *Treatment of Depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press., 1983, pp. 265–284.
- 116.** Türkcapar MH. *Klinik Uygulamada Bilissel Davranışçı Terapi: Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009.
- 117.** Alloy LB, Riskind JH. *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006.
- 118.** Burns DD. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet, 1980.

- 119.** K roğlu E. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar: 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2011, Sf. 50-55.
- 120.** Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring Cognitive Errors: Initial Development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *Int J Cogn Ther*, 2011, 4: 297–322.
- 121.** Epkins CC. Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1996, 18, 83–101.
- 122.** Weems CF, Berman SL, Silverman WK, Saavedra LM. Cognitive Errors in Youth with Anxiety Disorders: The Linkages Between Negative Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25, No. 5, 2001, pp. 559–575
- 123.** Widiger T, The DSM III-R Personality Disorders: an overview. *Am J Psychiatry*, 145:786-795, 1988.
- 124.** Giese Alexis A, *Personality and Personality Disorders*, (Ed. Jacobson JL, Jacobson AM), Psychiatric Secrets, Hanley & Belfus Inc. Philadelphia, 200205,1996.
- 125.** Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1. Baskı, Ankara: G rsel Sanatlar Matbaacılık, 2003, 128-37.
- 126.** Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook Psychiatry*, 2000, 7. baskı, vol.2 pp 1724-1725.
- 127.** Lemery KS, ve ark. Developmental Models of Infant and Childhood Temperament. *Developmental Psychology*. 1999, 35(1): p. 189-204.
- 128.** Haan N, Millsap R, Hartka E. As time goes by: Change and stability in personality over 50 years. *Psychol Aging*, 1986, 1:220-232.
- 129.** Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. The tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychol Rep* , 1991, 69.1047-1057., 1991.
- 130.** Akiskal HS, Placidi GF, Marenmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Mallya G, Puzantian VR. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. *J. Affect. Disord*, 1998, 51, 7-19.
- 131.** Bates JE, Wachs TD. Temperament. *Individual Differences at the Interface of Biology and Behavior*. American Psychological Association, Washington, D.C., 1995; p.43-62. 1995.

- 132.** Akiskal HS. Comorbidity of depression and personality disorders: focus on so-called borderlines. *European Neuropsychopharmacology*, 1992, 2(3): p. 207-208.
- 133.** Gunderson JG. Diagnostic controversies. In *Review of Psychiatry*, Vol 11, Tasman A, Riba M.B. (eds), American Psychiatric Press, Washington DC, 1992, p.9-24.
- 134.** Sadock BJ, Sadock VA, Kişilik ve Psikopatoloji Kuramları. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Türkçe çeviri. 8. Baskı 3. cilt, Güneş Kitabevi, 2007.
- 135.** Allport G. *Personality: A Psychological Interpretation*. London, 1937.
- 136.** American Psychiatric association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text revision)*. Washington, DC: Author, 2000.
- 137.** Eysenck HJ. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)* Hodder & Stoughton. London, 1975.
- 138.** Bono JE, Boles TL, Judge TA, Lauver KJ. The role of personality in task and relationship conflict. *J Pers* 2002, 70(3):311-44.
- 139.** Blass T. Personality variables in social behaviour. Wilson G (Ed.). *Introversion/extraversion*. London: 1977, 179-218.
- 140.** Ökte M. Ergenlerde İçedönük-Dışadönük Kişilik Özelliği ile Aile İşlevleri Arasındaki İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2001.
- 141.** Köknel Ö. *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, 7. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1986.
- 142.** Pişkin M. "İçedönük ve Dışadönük Kişilik Yapısı" Yıldız Kuzgun ve Deniz Deryakulu (Ed.), *Eğitimde Bireysel Farklılıklar*, 2.Baskı içinde (199-238), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2004.
- 143.** İnanç BY, Yerlikaya EE. *Kişilik Kuramları*. Pegem Akademi, 4. Baskı, 2011, sf 79-81.
- 144.** Eysenck HJ, Eysenck SB. *Manual of the Eysenck personality questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton, 1975,1-47.
- 145.** Svračić DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affective Disord*, 1992, 24: 217-226.

- 146.** Watson D, Clark LA. On Traits and Temperament: General and Specific Factors of Emotional Experience and Their Relation to the Five-Factor Model. *Journal of Personality* 60: 2, June 1992.
- 147.** Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40: 801-810.
- 148.** Duggan C, Milton J, Egan V, McCarthy L, Palmer B, Lee A. Theories of general personality and mental disorder, 2003, *Br J Psychiatry* 44(Suppl): S19–S23.
- 149.** Bouchard TJ Jr, Loehlin JC. Genes, evolution, and personality. *Behav Genet*, 2001, 31:243–273.
- 150.** Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Can J Psychiatry*, 1997, 42:274–284.
- 151.** Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry*, 1991, 159: 106–114.
- 152.** Duggan C, Sham P, Lee A, Minne C, Murray R. Neuroticism: A vulnerability marker for depression evidence from a family study. *J Affect Disord*, 1995, 35:139–143.
- 153.** Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1989, 46:345–350.
- 154.** Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1133–1145.
- 155.** Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry*, 2004, 161:631–636.
- 156.** Hettema JM, Prescott CA, Kendler KS. Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism. *Am J Psychiatry*, 2004, 161:1581–1587.
- 157.** Hunt C, Slade T, Andrews G. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity in the national survey of mental health and well-being. *Depress Anxiety*, 2004, 20:23–31.
- 158.** Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, McGuffin P. Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. *Br J Psychiatry*, 2002, 181: 118–122.

- 159.** Katz R, McGuffin P. Neuroticism in familial depression. *Psychol Med*, 1987, 17:155–161.
- 160.** Kendell R, DiScipio W. Personality Inventory scores of patients with depressive illnesses. *Br J Psychiatry*, 1968, 114:767–770.
- 161.** Saklofske DH, Kelly IW, Janzen BL. Neuroticism, depression, and depression proneness. *Pers Individ Diff*, 1995, 18: 27–31.
- 162.** Loo R. Note on the relationship between trait anxiety and the Eysenck Personality Inventory. *J Clin Psychol*, 1979, 35: 110.
- 163.** Stewart ME, Ebmeier KP, Deary IJ. The structure of Cloninger’s Tridimensional Personality Questionnaire in a British sample. *Pers Individ Diff*, 2004, 36: 1403–1418.
- 164.** Liebowitz MR, Stallone F, Dunner DL, Fieve RF. Personality features of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 1979, 60:214–224.
- 165.** Ceylan A ve ark. “Lise Son Sınıflarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4, 144-150.
- 166.** Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Raback L, Virtanen M, Kivimaki M, Jokela M. Personality and Depressive Symptoms: Individual Participant Meta-Analysis of 10 Cohort Studies. *Depression and Anxiety*, 2015, 32:461–470.
- 167.** Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:1113–1120.
- 168.** Watson D, Clark LA. Depression and the melancholic temperament. *Eur J Pers* 1995, 9:351–366.
- 169.** Clark LA. Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2005, 114:505–521.
- 170.** Krueger RF, Tackett JL. Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *J Pers Disord* 2003, 17: 109–128.
- 171.** Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and Review of the evidence. *AnnuRevClinPsychol* 2011, 7:269–295.
- 172.** Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: review and commentary. *Can J Psychiatry* 1997, 42:274–284.

- 173.** Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry* 2004, 161:631–636.
- 174.** Vinkers CH, Joëls M, Milaneschi Y, ve ark. Stress exposure across the life span cumulatively increases depression risk and is moderated by neuroticism. *Depress Anxiety* 2014, 31:737–745.
- 175.** Morris BH, Bylsma LM, Rottenberg J. Does emotion predict the course of Major depressive disorder? A review of prospective studies. *Brit J Clin Psychol* 2009, 48:255–273.
- 176.** Wilson S, DiRago A, Iacono W. Prospective inter-relationships Between late adolescent personality and Major depressive disorder in early adulthood. *Psychol Med* 2014, 44:567–577.
- 177.** Karsten J, Penninx BW, Riese H, ve ark. The state effect of depressive and anxiety Disorders on big five personality traits. *J Psychiatr Res* 2012, 46: 644–650.
- 178.** Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, ve ark. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clin Psychol Rev* 2013, 33:686–697.
- 179.** Durbin CE, Hicks BM. Personality and psychopathology: a stagnant field in need of development. *Eur J Pers* 2014, 28:362–386.
- 180.** Rosenstrom T, Jylhä P, Cloninger C, ve ark. Temperament and character traits predict future burden of depression. *J Affect Disord* 2014, 158:139–147.
- 181.** Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, ve ark. A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:853–862.
- 182.** Digman JM. Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annu Rev Psychol* 1990, 41:417–440.
- 183.** Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*, 1994, 103:103–116.
- 184.** Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2010, 136:768–821.
- 185.** Ünal S, Özcan E. “Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1(1), 41-48.

- 186.** K roğlu, E. “Depresif Durumların Klinigi”, Depresyon Monografları Serisi-1, Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 1993.
- 187.** Jylh a P, Isomets a E. The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 2006, 23(5), 281–289.
- 188.** Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63(10), 1113–1120.
- 189.** Bienvenu JO, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestad G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 2004, 20(2), 92–97.
- 190.** Jylh a P, Isomets a E. The relationship of neuroticism and extraversion to Symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 2006, 23(5), 281–289.
- 191.** D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Gallardo-Pujol D. Predicting social problem solving using personality traits. *Personality and Individual Differences*, 2011, 50(2), 142–147. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.015
- 192.** Clark LA, Watson D, & Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103, 103–116.
- 193.** Williams DG. Effects of Psychoticism, Extraversion, and Neuroticism in current mood: A statistical review of six studies. *Personality and Individual Differences.*, 1990, 11.61 5-630.
- 194.** Del Barrio V, Moreno-Rosset C, Lopez-Martinez R, Olmedo M. Anxiety, Depression and Personality Structure. *Person Individ Diff Vol. 23, No.2*, pp. 327-335, 1997.
- 195.** Cantwell D P. Depression across the early life span. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press, 1990.
- 196.** Del Barrio V, Moreno C, Mestre V Frias, D Pons, G. Anxiety and depression in children. Paper presented at 23rd Congress of Applied Psychology, 1994, (p. 223). Madrid.

- 197.** Florkowski A, Dietrich-Muszalska A. Analysis of psychiatric diagnoses in children with anxiety symptoms. *Psychiatria-Polska*, 1995, 29, 1755-180.
- 198.** Katon W, Roy-Byrne PP. Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, 337-345.
- 199.** Gomez R, Francis LM. Generalized Anxiety Disorder: relationship with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences* 34 2003, 3-17.
- 200.** Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R. The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif* 1993,13: 443-449.
- 201.** Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University of London Press, London, 1964.
- 202.** Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anket-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007, 18(3):73.
- 203.** Richter P, Werner J, Heerlien A, ve ark. On the validity of the Beck Depression Inventory: a review. *Psychopathology* 1998, 31: 160-8.
- 204.** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561-571.
- 205.** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988, 6: 118-261.
- 206.** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989, 7: 3-13.
- 207.** Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- 208.** Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988, 56: 893-897.
- 209.** Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998, 12: 28-35.
- 210.** Grav S, Stordal E, Romild UK, Hellzen O. The Relationship Among Neuroticism, Extraversion and Depression in the HUNT Study: In Relation to Age and Gender. *Issues in Mental Health Nursing* 33:777-785, 2012.

- 211.** Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*. 1996, 4:160-68.
- 212.** Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1. baskı, Ankara, 1998.
- 213.** Rodin R, Craven J, Littlefield C. Depression in the medically ill. An integrated approach. New York 1991; Brunner / Mazel.
- 214.** Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med*, 1996, 26:271-85.
- 215.** Amuk T, Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve Depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003, 4: 113-121.
- 216.** Yüksel N. Brinci basamakta depresyon. Tanı ve tedavi. 1. baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000.
- 217.** Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006, 7: 18-26.

EKLER

EK-1 DÜŞÜNCE ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ(DÖÖ)

Yönerge: Bu ankette sizin kullandığınız farklı düşünce tarzlarını tespit etmeye çalışıyoruz. Bu anket boyunca 10 değişik tarzda düşünce tarzı göreceksiniz. Öncelikle her düşünce tarzının ne olduğu size açıklanacak. Daha sonra her bir düşünce tarzını daha iyi anlamanız için iki örnek durum anlatılacak. Anlatılacak bu iki durumdan bir tanesi sosyal ilişkilerle (arkadaş, eş ve aile gibi) diğeri ise kişisel başarılarla ilgili (bir sınavı geçmek ya da işte başarısız olmak gibi) olacak. Bu kurgu örneklerinin amacı her bir düşünce tarzının gerçek hayatta nasıl olabileceğini anlamanızı kolaylaştırmaktır.

Sizin göreviniz ilk olarak tanımlanan düşünüş tarzını anlamaya çalışmaktır. Daha sonra size bu düşünüş tarzını ne sıklıkla kullandığınız sorulacaktır. Lütfen bu düşünce tarzlarını hayatın iki alanında (sosyal alan ve başarı alanları şeklinde örneklendirilen) ne kadar sıklıkla kullandığınızı düşünerek uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. ZİHİN OKUMA

İnsanlar bazen başkalarının kendileri hakkında olumsuz düşündüklerini düşünürler. Hatta diğer kişi olumsuz bir şey söylemese bile bu durum böyle olabilir. Bu durum bazen zihin okuma olarak adlandırılır. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

Özlem erkek arkadaşı Oytun’la kahve içiyordu. Oytun çok konuşmuyordu ve Özlem ona bir sorun olup olmadığını sordu. Oytun “iyi” olduğunu söyledi. Özlem Oytun’a inanmadı ve Oytun’un kendisiyle mutsuz olduğunu düşünmeye başladı. b. Erkut haftalardır bir proje üzerinde çalışmaktaydı. Sonunda bitirip patronuna verdi ve işle ilgili patronunun görüşünü çok merak ediyordu. Birkaç gün geçtikten sonra Erkut patronunun kendisinin yetersiz olduğunu düşündüğünden endişelenmeye başladı.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

2. FELAKETLEŞTİRME

İnsanlar gelecekle ilgili olumsuz tahminlerde bulunabilir. Eğer bu tahminlerle ilgili elde yeterli kanıt yoksa buna Felaketleştirme denir. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

Erkan üniversite birinci sınıfta öğrencidir. En son biyoloji sınavından 70 almıştır. Hemen sonrasında endişelenmeye başlar. Bu dersten sonunda düşük alacağını ve tıp fakültesini bitirmekte zorlanacağını düşünür. b. Meltem'in erkek arkadaşı ilişkileri hakkında bazı geri-bildirimlerde bulunur. Ona arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmek istediğini söyler. Bu geri-bildirime dayanarak Meltem giderek uzaklaşacaklarına ve hatta sonunda ayrılacaklarına dair tahminlerde bulunmaya başlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

3. HEP YA DA HİÇ TARZI DÜŞÜNME

Bazen kişiler değerlendirme yaparken bir şeyleri “ya-ya da” şeklinde görebilir. Örneğin, bir konsere iyi veya kötü denebilir. Diğer taraftan insanlar değerlendirme yaparken grinin tonlarını da görebilir. Örneğin, konserin bazı olumsuz yanları olabilir ama genelde yeterince iyi denebilir. Bir kişi bir şeyi iyi veya kötü diye değerlendirdiğinde biz buna hep ya da hiç tarzı düşünce diyoruz. Bunu zihninizde canlandırabilmek için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

Emrah bir sınavdan B+ alır. Notu A olmadığı için üzgündür. Sınavlardaki başarıyı aşağıdaki gibi görme eğilimindedir: “Ya çok iyi yaparım ya da yaptığım şey başarısızdır”. b. Ayşegül ya bir kişiyi seven ya da sevmeyen tarzda bir insandır. Ya onun “iyi kişiler defterindedir” ya da değildir.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

4. DUYGUDAN SONUÇ ÇIKARMA

İnsanlar bazen bir şey öyle “hissettiriyor” diye onun doğru olduğuna inanabilirler. Bunun nasıl olduğunu zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

Canan’ın arkadaşları herkese yetecek kadar bilet bulamadıkları için onlarla konsere gelemeyeceğini söylerler. Canan onu kasten dışlamadıklarını bilmesine karşın reddedilmiş hisseder. O yüzden kısmen reddedildiğine inanır. b. Emre’nin patronu ona şirketteki performansının iyi olduğunu söyler. Ancak Emre acaba daha iyi yapabilir miydim diye düşünür. Aslında başarısız gibi hissetmektedir. Sonuçta başarısız biri olduğuna inanmaya başlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

5. ETİKETLEME

İnsanlar kendilerini belli türde bir kişi olarak etiketleyebilirler. Eğer olumsuz bir şeyden sonra bu ortaya çıkarsa buna etiketleme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

Sosyal bir ortamdayken, Yasir bir kadını dansa davet eder. Kadın bu teklifi reddeder. Sonuç olarak Yasir kendisinin zavallı olduğunu düşünür. b. Ders esnasında Ferda’nın öğretmeni sorunun yanıtını kimsenin bilip bilmediğini sorar. Ferda elini kaldırır ve bir yanıt verir. Öğretmen “maalesef yanıtın doğru değil”, “yanıtı bilen başka biri var mı?” der. Ferda kendi kendine aptal olduğunu söyler.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

6. ZİHİNSEL FİLTRELEME

Bazen kişiler bilgileri bir filtreden geçirir. Olumlu ve olumsuz bilgiler olduğunda onlar sadece olumsuz olan bilgiye odaklanır. Buna Zihinsel Filtreleme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

a. Türkan erkek arkadaşının kendisi hakkında arkadaşlarıyla konuşmasını duyar. Erkek arkadaşı şöyle demektedir: “vallahi, şimdiye kadar oldukça iyi gitti. Zeki ve eğlenceli biri, birçok ortak noktamız var. Bazen biraz talepkâr olabiliyor ama sorun yok”. Her ne kadar Osman çoğunlukla olumlu şeyler söylemiş olsa da Türkan tek bir olumsuz yorumu seçer ve kötü hisseder. b. Serkan lisede öğrencidir. Son ödeviyle ilgili öğretmeninin yorumlarını gözden geçirmektedir. Öğretmeni şu şekilde yazmıştır: “Serkan, düşüncelerini çok güzel şekilde ifade ediyorsun. Yazım tarzını gerçekten çok beğendim. Ancak bir düşünceden diğerine daha iyi geçiş yapmak üzerinde çalışmalısın.” İyi bir performans gösterdiği gerçeğine rağmen Serkan yalnızca tek bir eleştiri cümlesini düşünebiliyor ve kendini rahatsız hissediyor.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

7. AŞIRI GENELLEME

Olumsuz bir olay olduğunda insanlar daha da kötü şeylerin olacağını varsayabilirler. Bireyler olumsuz olayı kötü olayların bir başlangıcı gibi görürler. Zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okununuz:

a. Sevilay’la erkek arkadaşı yeni ayrılmışlardır. Kendi kendine şöyle düşünür: “Hiçbir zaman yolunda giden bir ilişkim olmayacak”. b. Özgür geçen matematik sınavından kalmıştır. Kendi kendine şöyle der: “Muhtemelen diğer derslerden de kalacağım”.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

8. KİŞİSELLEŞTİRME

Bazen kişiler aslında öyle olmasa da olumsuz olaylardan sorumlu olduklarına inanabilirler. Diğer bir deyişle, olumsuz bir olayı alırlar ve onun nedeninin kendileri olduğunu kabul ederler. Buna kişiselleştirme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Semanur'un şirketi önemli bir ihaleyi kazanamadı. Birçok kişi bu proje için çok çalışmış olmasına karşın o, kendisini hatalı saydı. b. Enes'in en yakın arkadaşı son dönemde kötü bir ruh halindeydi ve onunla bağlantı kurmak zordu. Enes, arkadaşına onun bu şekilde davranmasına neden olacak yanlış bir şey yaptığını düşündü.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7
Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7
Asla Ara sıra Her zaman

9. MELİ, MALİ İFADELERİ

İnsanlar bazen bir şeylerin belli bir şekilde olmak zorunda olduğunu düşünür. Zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Yaşar sınavdan 85 aldığı için mutsuzdur çünkü o en az 90 alması gerektiğini düşünmektedir. Yaşar'ın bu düşünceleri birçok şey için geçerlidir (örneğin, top oynarken asla topun üzerinden atlamaması gerektiğini hisseder; odası belli bir şekilde düzenli olmalıdır.” b. Bengü sosyal ortamlarda mutlaka komik ve ilginç olması gerektiğine inanır.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7
Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7
Asla Ara sıra Her zaman

10. OLUMLUYU KÜÇÜLTME YA DA YOK SAYMA

Kişiler bazen başlarına gelen olumlu şeyleri görmezden gelebilir. Bu, “olumluyu küçültme ya da yok sayma” olarak adlandırılır. Gözünüzde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Yasemin emlak ofisinde çalışmaktadır. Patronu son satışta çok iyi iş çıkarttığını söyler. Yasemin kendi düşüncesince başarılı değildir çünkü bu olay muhtemelen şansa bağlıdır. b. Mustafa büyük bir ilk buluşma için hazırlanmaktadır. Arkadaşları ona iyi göründüğünü söyler. Onların iltifatlarını kale almaz çünkü ona göre yalnızca nazik olmaya çalışmaktadırlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma’yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

EK-2 EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORM(EKA-GGK)

EYSENCK KA-GGK AÇIKLAMA: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu 'Evet' ya da 'Hayır' ı yuvarlak içine alarak hızlı bir şekilde cevaplayınız.

- 1) Duygu durumunuz sıklıkla mutluluk ve mutsuzluk arasında değişir mi? Evet- Hayır
- 2) Konuşkan bir kişi misiniz? Evet-Hayır
- 3) Borçlu olmak sizi endişelendirir mi? Evet-Hayır
- 4) Oldukça canlı bir kişi misiniz? Evet-Hayır
- 5) Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu? Evet- Hayır
- 6) Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız? Evet- Hayır
- 7) Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla başka birini suçladınız mı? Evet- Hayır
- 8) Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz? Evet- Hayır
- 9) Sıklıkla kendinizi herşeyden bıkmış hisseder misiniz? Evet- Hayır
- 10) Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı? Evet- Hayır
- 11) Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız? Evet- Hayır
- 12) Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz? Evet- Hayır
- 13) Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz? Evet- Hayır
- 14) Kaygılı bir kişi misiniz? Evet- Hayır
- 15) Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır? Evet- Hayır
- 16) Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz size endişelendirir mi? Evet- Hayır
- 17) Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı? Evet- Hayır
- 18) Sinirlerinizden şikayetçi misiniz? Evet- Hayır
- 19) Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı? Evet- Hayır
- 20) Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir? Evet- Hayır
- 21) Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz? Evet- Hayır
- 22) Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir? Evet- Hayır
- 23) Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi? Evet- Hayır
- 24) Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız? Evet- Hayır

EK-3 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

AÇIKLAMA

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

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

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

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

- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

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

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



EK 4- BECK ANKSİYETE ENVANTERİ(BAE)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.