

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR VE UNİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA
RUMİNASYONUN KLİNİK DEĞİŞKENLER VE BİLİŞSEL
İŞLEVLERLE İLİŞKİSİ**

DR. İBRAHİM HALİL ASLAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. HATİCE ÖZDEMİR REZAKİ

**KIRIKKALE
2017**

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR VE UNİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA
RUMİNASYONUN KLİNİK DEĞİŞKENLER VE BİLİŞSEL
İŞLEVLERLE İLİŞKİSİ**

DR. İBRAHİM HALİL ASLAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. HATİCE ÖZDEMİR REZAKİ

**KIRIKKALE
2017**

Fakültemiz Dâhili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim Halil Aslan'ın “*Bipolar ve Unipolar Depresyon Hastalarında Ruminasyonun Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi*” konulu tezi Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. Maddesinin 4. Fıkrası “ jüri en geç bir ay içerisinde uzmanlık öğrencisinin tez savunmasını da alarak tezi inceler ve sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ile program yöneticisine bildirir” hükmü gereğince Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim Halil Aslan uzmanlık eğitimi tezinde başarılı olmuştur.

Tez Savunma Tarihi

14/12/2017

Doç. Dr. Hatice ÖZDEMİR REZAKİ
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Jüri başkanı

Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Üye

Doç. Dr. Yavuz AYHAN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Üye

TEŞEKKÜR

Bu tezi hazırlamam sırasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Hatice ÖZDEMİR REZAKİ'ye, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime olan katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK'a, Prof. Dr. Ayşe Gül YILMAZ ÖZPOLAT'a, Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK'a, asistanlığımın ilk 3 yılında birlikte çalışma olanağı bulduğum Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı değerli hocaları Prof. Dr. Duru KUZUGÜDENLİOĞLU'na, Doç. Dr. İnci Meltem ATAY'a,

Rotasyonlarım süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalının başta Prof. Dr. Süleyman KUTLUHAN olmak üzere değerli tüm hocalarına, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının değerli hocası Doç. Dr. Evrim AKTEPE'ye,

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum mesai arkadaşlarım Gamze, Sümeyra, Ergül, Muhammet, Seda, Ahmet, Özge, Gökçe, Ekrem, Süleyman, Mehmet, Havva, Bilal, Çağrı, Hasan, Fatma, Gülin, Rümeyza, Merve, Ayşe, Feyza, Fevziye, Özge, Orhan, Adem, Yakup, Abdulbaki, Büşra, Emel, Pınar, Gizem, Mürşide, Sema, Dilek, Deniz, Fulya, Funda, Serap, Filiz, Sezai, Ahmet, Cebail, Sedat, İlker, Erkan, Kevser ve ismini saymadığım tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, bütün sevinç ve sıkıntılara ortak olan, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili aileme,

Hayatıma girdiği andan itibaren hep yanımda olan, desteğini her daim hissettiğim sevgili eşim Betül'e,

Sonsuz teşekkürler

ÖZET

Aslan, İH. Bipolar ve Unipolar Depresyon Hastalarında Ruminasyonun Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2017

Bu çalışmada bipolar ve unipolar depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda ruminasyonun dürtüsellik, psikolojik dayanıklılık, duygu düzenleme ve bilişsel işlevlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca bu üç grupta yer alan bireylerin ruminatif tepkiler, ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz üstbilişler, dürtüsellik, psikolojik sağlamlık, duygu düzenleme ve bilişsel işlevler bakımından farklılaşp farklılaşmadıkları incelenmiştir. Çalışmanın katılımcıları 2017 yılı Temmuz-Aralık ayları arasında Kırıkkale Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuruda bulunan 50 unipolar depresyon hastası, 50 bipolar depresyon hastası ve kontrol grubuna dâhil olan 50 sağlıklı bireyden oluşmaktadır. Veri toplama süreci yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) uygulaması ile başlayıp sonrasında sosyo-demografik bilgi formu, olgu rapor formu, Hamilton depresyon ölçeği, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu, kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği, duygu düzenleme ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği, Stroop testi ve iz sürme testinin uygulanması ile tamamlanmıştır. Araştırma sonucunda ruminatif tepki düzeyinin unipolar depresyon grubundaki bireylerde bipolar depresyon ve kontrol gruplarındaki bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, kontrol grubundaki bireylerin ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz üstbilişler bakımından depresyon gruplarındaki bireylerden anlamlı ölçüde daha düşük puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Barratt dürtüsellik ölçeğinin motor dürtüsellik alt boyutunda depresyon gruplarının lehine ve plansız dürtüsellik alt boyutunda kontrol grubunun lehine olmak üzere anlamlı farklılık saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılık bakımından kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamaları depresyon gruplarındaki bireylerden daha yüksektir. Bilişsel işlevler bakımından Stroop testi 4. Kart ve İz sürme testi A formu puanları üç grup arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Unipolar depresyon hastalarının ruminasyonun saplantılı düşünme alt boyutu puanlarının bipolar depresyon hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olmasına rağmen bilişsel işlevler açısından performansları daha iyi saptanmıştır. Daha ruminatif olan unipolar depresyon hastaları yapılan nöropsikolojik testlerde bipolar depresyon hastalarından daha iyi performans göstermişlerdir. Bu çalışmada ruminatif tepkiler ve bilişsel performans bakımından unipolar ve bipolar depresyon hastalarının farklı özellikler gösterdikleri sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bipolar depresyon, unipolar depresyon, ruminasyon, bilişsel işlevler

ABSTRACT

Aslan, IH. Rumination in Bipolar and Unipolar Depression in Relation to Cognitive Functions and Clinical Variables. Kırıkkale University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Kırıkkale, 2017

The aim of this study was to investigate rumination in relation to cognitive functions and clinical variables in patients with bipolar and unipolar depression and healthy controls. The study examined whether these three groups differed in terms of ruminative responses, positive and negative beliefs about rumination, impulsivity, psychological resilience, emotion regulation and cognitive functions. Participants of the study consisted of 50 patients diagnosed with unipolar depression, 50 patients diagnosed with bipolar depression and 50 healthy controls who were admitted to Kırıkkale University Psychiatry outpatient clinic between July and December 2017. The data collection process began with a structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5) followed by Sociodemographic Form, Hamilton Depression Rating Scale, The Ruminative Response Scale-Short Form, Positive Beliefs About Rumination Scale, Negative Beliefs About Rumination Scale, The Brief Resilience Scale, Emotion Regulation Questionnaire, Barratt Impulsiveness Scale - 11, Stroop Test and Trail Making Test A and B. As a result of the research, it was determined that the ruminative response level was significantly higher in the unipolar depression group than the bipolar depression group and the healthy control group. The control group had significantly lower scores on positive and negative beliefs about rumination than those in the depression groups. Significant difference was found in the motor impulsiveness subscale of the Barratt impulsivity scale in favor of the depression groups and in the unplanned impulsivity subscale in favor of the control group. In terms of psychological resilience, the average score of the control group was higher than those of both depression groups. Individuals in the control group were found to perform better than those in the depression groups in terms of cognitive functions. Unipolar depression group performed better than bipolar depression group in Stroop Test Card 4 and Trail Making Test A. Although brooding subscale of rumination scores of unipolar depression patients were significantly higher than bipolar depression patients, their performance in terms of cognitive functions was better. The more ruminative unipolar depression patients perform better in neuropsychological tests than bipolar depression patients. These results demonstrated that patients with unipolar and bipolar depression are distinguishable in terms of ruminative response levels as well as cognitive functions.

Keywords: bipolar depression, unipolar depression, rumination, cognitive functions

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
TABLolar	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.2. Major Depresif Bozukluk.....	4
2.2.1. Tanım.....	4
2.2.2. Epidemiyoloji	4
2.2.3. Major Depresif Bozuklukta Klinik Özellikler Gidiş ve Sonlanım	5
2.3. Bipolar Bozukluk	6
2.3.1. Tanım.....	6
2.3.2. Epidemiyoloji	6
2.3.3. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler, Gidiş ve Sonlanış	7
2.4. Klinik Olarak Bipolar ve Unipolar Depresyon Arasındaki Farklar	8
2.5. Bilişsel İşlevler.....	11
2.5.1. Depresif Bozukluklarda Bilişsel İşlevler.....	12
2.5.2. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler.....	14
2.6. Ruminasyon	19
2.6.1. Depresyon ve Bipolar Bozuklukta Ruminasyon	20

2.7. Ruminasyon ve Bilişsel İşlevler.....	23
2.8. Ruminasyon ve Duygu Düzenleme.....	24
2.9. Ruminasyon ve Dürtüsellik.....	27
2.10. Ruminasyon ve Psikolojik Dayanıklılık	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Örneklem.....	30
3.2. Veri Toplama Araçları	32
3.2.1. Sosyo- Demografik Bilgi Formu	32
3.2.2. Olgu Rapor Formu.....	32
3.2.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HamD).....	32
3.2.4. Bilişsel İşlevler İçin Nöropsikolojik Testler	33
3.2.5. Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçekleri.....	35
3.2.6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu.....	36
3.2.7. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği.....	37
3.2.8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	38
3.2.9. Duygu Düzenleme Ölçeği	38
3.3. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Katılımcılara İlişkin Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler	40
4.2. Grupların Ruminasyon, Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevler Bakımından Karşılaştırılması.....	43
4.2.1. Grupların Ruminatif Tepki Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması	43
4.2.2. Grupların Ruminasyona İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üstbilişler Bakımından Karşılaştırılması.....	45
4.2.3. Grupların Dürtüsellik Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması	47

4.2.4. Grupların Duygu Düzenleme Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Bakımından Karşılaştırılması.....	49
4.2.5. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması	50
4.2.6. Grupların Bilişsel İşlevler Bakımından Karşılaştırılması	51
4.3. Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon Hastaları ile Kontrol Grubunda Ruminasyonun Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi	53
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ	68
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	89
EK 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	81
EK 2. Olgu Rapor Formu	82
EK 3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HamD) Maddeler.....	83
EK 4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumlu) Maddeler	85
EK 5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumsuz) Maddeler	86
EK 6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu Maddeler.....	87
EK 7. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Maddeler.....	88
EK 8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Maddeler	89
EK 9. Duygu Düzenleme Ölçeği Maddeler	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
HamD	Hamilton Depresyon Ölçeği
RTÖ	Ruminatif Tepkiler Ölçeği
RUMİ- Olumlu	Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği
RUMİ- Olumsuz	Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği
BDÖ	Barratt Dürtüsellik Ölçeği
DDÖ	Duygu Düzenleme Ölçeği
İZA	İz Sürme Testi A Formu
İZB	İz Sürme Testi B Formu
STR	Stroop Testi
SCID-5	Sturctured Clinical Interview for DSM 5

TABLolar

Tablo-1. Stroop Testi TBAG Formunun İçeriği

Tablo-2. Sosyo-demografik özellikler bakımından katılımcıların gruplar arası dağılımı

Tablo-3. Grupların yaş ortalamaları ve hastalık başlangıç yaşı bakımından karşılaştırılması

Tablo-4. Grupların ruminatif tepki düzeyi ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo-5. Grupların ruminasyona ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişler bakımından karşılaştırılması

Tablo-6. Grupların dürtüsellik puanları bakımından karşılaştırılması

Tablo-7. Grupların duygu düzenleme ölçeği alt boyut puanları bakımından karşılaştırılması

Tablo-8. Grupların psikolojik dayanıklılık bakımından karşılaştırılması

Tablo-9. Grupların bilişsel işlevler bakımından karşılaştırılması

Tablo-10. Unipolar depresyon hastalarında ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

Tablo-11. Bipolar depresyon hastalarında ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

Tablo 12. Kontrol grubunda ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

GİRİŞ VE AMAÇ

Duygudurum bozuklukları, çökkün duygudurumun ve bununla ilişkili vejetatif, psikomotor, bilişsel ve motivasyonel belirti ve bulguların klinik görünümüne egemen olduğu bir grup psikiyatrik bozukluktur. Bipolar ve ilişkili bozukluklar ve depresyon bozukluklarını içeren duygudurum bozuklukları, sırasıyla % 2-5 ve % 7-17 yaygınlık oranları ile dünya çapında önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (1).

Hem bipolar bozukluk hem major depresif bozuklukta depresif dönemlerin olması ve DSM-5'te de majör depresif dönem tanı ölçütleri açısından bozukluklar arasında fark olmaması, kesitsel olarak bu iki ruhsal bozukluğun ayrımını güçleştirmektedir. Uzunlamasına seyri değerlendirmeksizin tek başına kesitsel klinik özelliklerden bipolar ve unipolar depresyon ayrımını yapmak oldukça zor olsa da bazı klinik özellikler ayırıcı tanıda klinisyenlere yardımcı olabilmektedir. Örneğin bipolar depresyonda psikomotor yavaşlama, anerji, hipersomni, karma özellikler, ani başlangıç gibi özelliklere sıklıkla rastlanmakta iken unipolar depresyonda daha çok bunaltı, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon ve kilo yitimi gibi belirtilerin ön planda olduğu bilinmektedir (1,2).

Duygudurum bozukluklarının etiyopatogenezinde rolü olduğu düşünülen etmenlerden biri ruminasyondur. Ruminasyonun buradaki rolü duygudurum bozuklukları için yalnızca bir tetikleyici değil, aynı zamanda bir sürdürücü faktör olması şeklinde açıklanabilir (3). Ruminasyon, tek bir konu ya da düşünce ile zihnin sürekli meşgul olduğu tekrarlayıcı bir düşünce formu olarak bilinmektedir.

Ruminasyonun, major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok ruhsal bozukluk ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda bu kavramın, özellikle bipolar bozukluk ve depresyonun etiyopatogenezindeki rolünün önemi üzerinde durulmaktadır (4-7). Yapılan çalışmalarda ruminasyon, rahatsız edici düşünceler ve duygular ile baş etme yollarını arayan ve olumsuz duyguların sebeplerini anlamayı amaçlayan, tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan istemli ve aktif baş etme stratejileri olarak tanımlanmaktadır. Kişinin dikkatini olumsuz bilgiye odaklayan ve değişmez bir şekilde önyargılı olan ruminasyonlar, doğası gereği zarar verici ve başta depresyon olmak üzere birçok duygudurum bozukluğu ile ilişkili olan kapsamlı bilişsel süreçlerin önemli bir bileşeni olarak ele alınmaktadır (5,7).

Yine son zamanlarda yapılan çalışmalarda unipolar ve bipolar depresyon hastalarında bilişsel işlevlerde gerileme olduğu ortaya konmuştur. Bu işlev bozuklukları; seçici dikkatte ve dikkati sürdürmede, tanıma belleğinde, sözel öğrenmede, sözel akıcılıkta, tepki oluşturma zamanında, psikomotor ve yürütücü işlevlerde görülmektedir (8,9). Bu hastalarda yürütücü işlevler ve sözel bellek alanlarındaki yıkım daha belirgindir. Bunlar, remisyon dönemlerinde, hatta tedavinin sonlanmasından sonra da sürebilmektedir (4,8,9). Bipolar ve unipolar depresyon hastalarında ruminasyonu ve ruminasyonun yürütücü işlevler ile olan ilişkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde bipolar ve unipolar depresyon hastalarında patolojik endişe ve endişe ile ilgili içinde ruminasyonun da olduğu üstbilişler araştırılmış, bir diğerinde ise bu hasta gruplarında emosyonel şemalar ve üstbilişler karşılaştırılmıştır. Her iki çalışmanın da

kısıtlılığı depresyona özgü üstbilişlerin değerlendirilmemiş olması ve bunların bilişsel işlevlerle olan ilişkilerine bakılmamış olmasıdır (6,7).

Araştırmamızın amacı: unipolar ve bipolar depresyon tanısı almış hastaların ruminatif düşünme biçimlerini karşılaştırmak ve bu gruptaki ruminatif düşünme biçiminin duygu düzenleme, psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik gibi klinik değişkenler ve bilişsel işlevler ile olan ilişkilerini incelemektir.



GENEL BİLGİLER

2.2. Major Depresif Bozukluk

2.2.1. Tanım

Depresyon; çökkün, üzgün ve bazen bunaltının olduğu duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, uyku ve iştah gibi fizyolojik değişiklikleri de içeren bir tablodur. Bu belirtilerin yanı sıra değersizlik, suçluluk, isteksizlik, karamsarlık ve intihar gibi duygu ve düşüncelerin de görülebildiği bir durumdur (1,2).

Depresyon, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı beşinci baskıda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) “Depresyon Bozuklukları” başlığı altında tanımlanmaktadır. Tanı için depresif duygudurum veya ilgi/istek azlığı ve olağan etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması şarttır. Bunlara ilaveten umutsuzluk, kötümser düşünceler, suçluluk düşünceleri, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık veya iştah artışı gibi toplamda 9 belirtiden 5’inin bulunması gerekmektedir (10,11).

2.2.2. Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk, bütün psikiyatrik bozukluklar içerisinde en yüksek prevalansa sahip bozukluktur. Major depresyonun yaşam boyu prevalansı %5-17 arasında olup kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülür (12,13). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre majör depresif bozukluğun 2020 yılında ölüme yol açan

hastalıklar arasında ikinci, iş yaşamını etkileyen hastalıklar arasında ise birinci sırayı alacağı öngörülmektedir. (14).

Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların yüzde ellisinde hastalık 20 ile 50 yaşları arasında başlar. Özellikle 20 yaş altı bireylerde alkol ve madde kullanımının artması bozukluğun bu yaşlarda görülme sıklığını artırmaktadır (2). Major depresif bozukluk en çok kişiler arası ilişkilerinde problemler olan, boşanmış veya ayrılmış kişilerde görülür . Major depresif bozuklukta yüksek yinleme riski olduğu ve en yüksek yinleme riskinin depresif dönemden sonraki ilk yılda olduğu bilinmektedir. Tek bir depresif dönem geçiren hastaların %50-60'ı ikinci kez, iki depresif dönem geçirenlerin %70'i üçüncü depresif dönemini geçirmektedir. Üç depresif atak geçiren kişilerde tekrarlama oranı %90'ları bulabilmektedir (15,16).

2.2.3. Major Depresif Bozuklukta Klinik Özellikler, Gidiş ve Sonlanım

Majör depresyonun ortalama başlangıç yaşı 27'dir, ancak bu bozukluk her yaşta başlayabilir. Bir kez majör depresyon dönemi geçirmiş bir kişinin yaşamı boyunca yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %50'dir. İki majör depresyon dönemi geçirmiş bir kişinin yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %70-80'lere çıkmaktadır. Üç ya da daha çok dönem geçirmiş olanların yeniden böyle bir dönem geçirme olasılıkları çok daha yüksektir. Tedavi edilmemiş depresyon dönemleri 6-18 ay sürmekte, tedavi edilen dönemler genellikle 3 ay sürmektedir. Hastaların %5-10'unda depresyon dönemi 2 yıldan daha uzun sürmekte, yine hastaların %20-25'inin depresyon dönemleri arasında kısmi bir düzelmeleri olmaktadır (13). Depresyon tedavisinde ilaç etkinliği ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların ancak

%30-40'ının tam remisyona ulaştığı, %60-70'nin halen depresif belirtilerinin devam ettiği, %10-15 hastada hiç yanıt olmadığı gösterilmiştir. Literatürde depresyon hastalarının sadece %25-40'nın ilk tedavide tam remisyona ulaştığı bildirilmektedir (17).

2.3.Bipolar Bozukluk

2.3.1. Tanım

Bipolar bozukluk, belli bir düzene bağlı olmaksızın manik, depresif ve karma dönemlerle giden ve bu dönemler arasında kişinin bazen eşik altı belirtiler gösterdiği, bazen ise tamamen sağlıklı ötimik hale dönebildiği, yaşam boyu süren bir duygudurum bozukluğunu tanımlar (17).

2.3.2. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar bipolar bozukluğun toplumun önemli bir kısmını etkilediğini ve önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir (11). Bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklığı erkek ve kadınlarda yaklaşık olarak eşittir ve çeşitli çalışmalarda %0,4'dan %1,6'ye kadar değişen yaygınlık oranlarında bulunur. Bipolar bozukluk spektrumunun yaşam boyu yaygınlığı %6 gibi yüksek bir orandadır (17). Bipolar bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 20 civarındadır. Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşları birbirine yakındır (18). Ailesel öyküsü olan bipolar bozukluk hastalarında başlangıç yaşı daha erkendir. İleri yaşlarda ise daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (19). Kültür ve ırklar arasında fark bulunmamaktadır. Bipolar bozuklukta cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. Bununla birlikte bipolar bozukluk tip-II hastaları arasında ve özel alt gruplarda (karma/disforik mani, mevsimsel

depresyon, atipik görünümlü bipolar depresyon, hızlı döngülü BB) kadınların oranı daha yüksektir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülür (11). Erkeklerde ilk başlangıç sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon şeklindedir (17). Ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olan hastalarda risk artarken, dul veya ayrı yaşayan kişilerde de risk artmaktadır (20).

2.3.3. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler, Gidiş ve Sonlanış

Bipolar bozukluk ataklar ve remisyonlarla seyreden tekrarlayıcı bir bozukluktur. Atak sıklığı hastalığın gidişi ile ilgili önemli bilgiler vermektedir. Ülkemizdeki atak sıklığının 0.3 atak/yıl olduğu bildirilmektedir (21). Bu oran yabancı kaynaklarca belirtilen 0.23 ve 0.12 atak/yıl oranlarına yakındır. Hastalığın başlangıcının yaklaşık %50'sinde stresli bir yaşam olayı olduğu bildirilmektedir. Atakların dönem süreleriyle ilgili tam bir depresif dönemin 2 ila 5 ay arasında, mani dönemlerinin ise 2 ay sürdüğü belirtilmektedir (22). Bipolar bozukluğun gidişi ile ilgili önemli veriler veren bir diğer değerlendirme biçimi döngü uzunluğudur. Döngü uzunluğu bir dönemin başlangıcından bir diğer dönemin başlangıcına kadar geçen zaman olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar hastalığın seyri sırasında döngülerin gittikçe kısalacağını belirtilirken ülkemizde yapılan bir çalışmada 1 yılın sonunda bozukluğun yineleme oranının %31.2 olduğu bildirilmiştir (23). Kısa süreli izlem çalışmalarının bozukluğun gidişi ile ilgili dönem uzunluklarındaki değişkenlikten ötürü sıklıkla olumsuz sonuçlar bildirdikleri bu nedenle klinik gidiş değerlendirilmesinde uzun süreli izlem çalışmalarının güvenilirliği arttıran bir özellik olduğu belirtilmektedir. Sosyodemografik verilerin klinik gidiş üzerinde öngörücü etkileri olmadığı, klinik gidişi öngörme konusunda en sağlam göstergenin geçirilmiş atak sayısı olduğu belirtilmektedir (22). Geçirilmiş atak sayısının yanı sıra bir kişilik

bozukluğunun olması, madde kötüye kullanımı olması, duygudurumla uyumlu olmayan özelliklerin eşlik etmesi klinik gidişi olumsuz etkileyen unsurlar olarak gösterilmektedir. Yine iki uçlu bozukluk hastalarının yaklaşık %25-50'sinin intihar girişiminde buldukları ve %15-19'unun da yaşamlarını yitirdikleri belirtilmektedir (22). Beyer ve Weisler 2016 yılında yayımladıkları bir meta-analiz çalışmasında bipolar bozukluk hastalarında yaşam boyu intihar girişimi oranının %25-50 olduğunu, tamamlanmış intihar oranlarının ise % 6-19 olduğunu raporlamışlardır (24). Tondo ve arkadaşları ise 2016 yılında yayımladıkları bir meta-analiz çalışmasında bipolar bozukluk hastalarında en az bir kez intihar girişiminde bulunma oranının %31.1 olduğunu, bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 arasında fark olmadığını ancak kadınlarda (%33.7) erkeklere (%25.5) oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (25).

2.4.Klinik Olarak Bipolar ve Unipolar Depresyon Arasındaki Farklar

Bipolar depresyon klinik belirtiler, biyolojik özellikler, sağaltım seçenekleri, seyir ve sonlanım göz önüne alındığında, unipolar depresyondan birçok önemli farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar arasında bulunan psikomotor yavaşlama, anarji, hipersomni gibi belirtilerin varlığı, depresyonun ani ortaya çıkışı, depresif dönem içinde duygudurumda değişikliklerin olması gibi belirtilerin bipolar depresyonda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Unipolar depresyonda ise anksiyete, aşırı öfke dışa vurumları, somatik yakınmalar, psikomotor ajitasyon ve kilo yitimi gibi bulgular daha sık gözlenmektedir (26). Bipolar bozukluk hastalarının ilk ataklarının genellikle bir depresif atakla başlaması tedavi yaklaşımı ve doğru tanı alma süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (27).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanısı alana kadar geçen sürenin 2-11 yıl arasında değiştiği bildirilirken yabancı kaynaklarda bu sürenin 5-8 yıl arasında olduğu bildirilmektedir (26). İlk atak şeklinin depresyon olması bipolar bozukluk tanısını ve hastaların uygun tedaviyi almasını geciktirmektedir. Özellikle bipolar bozukluk tip 2’de tanı gecikmesinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda en sık konan yanlış tanının majör depresif bozukluk olması bipolar ve unipolar depresyonun ayırıcı tanısını ya da depresif epizodla başlangıç gösteren bipolar bozukluğu tanıyabilmeyi önemli kılmaktadır. Depresif belirtiler ile başvuran hastaların öyküsünde mani veya hipomaninin olup olmadığı araştırılmalı ve bipolar depresyonu düşündürecek klinik özelliklere dikkat edilmelidir. Özellikle hipomani öyküsünün dikkatli sorgulanması önem taşımaktadır. İlk atak şekli depresyon olan hastalar ile yapılan izlem çalışmaları tanısı bipolar bozukluk olarak değiştirilen hastaların klinik farklılıklarını tanımada değerli bilgiler vermektedir (27).

Bipolar ve unipolar depresyonun ayırıcı yönlerini değerlendirmek üzere 2008 yılında 443 bipolar bozukluk tanılı ve 593 majör depresif bozukluk tanılı hastayla yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk tanısını majör depresif bozukluk tanısına göre en iyi öngören özelliklerin depresif dönemde psikotik özellik, hipersomni, diurnal duygudurum, daha fazla depresif epizod olması ve daha uzun süren depresif epizodlar olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada libido kaybı, enerji azalması ve kendini aşırı suçlayıcı düşüncelerin ise unipolar depresyonda bipolar depresyona göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (26).

Klinik seyir ve sonlanım özelliklerine bakıldığında, bipolar depresyonun unipolar depresyona göre daha erken yaşlarda başladığı ve hastalık dönemlerinin daha kısa sürede sonlandığı saptanmıştır (28). Daha ani başlangıçlı olan bipolar depresyonun, bir yaşam olayından bağımsız, spontan tetiklenme riski ve yineleme oranları unipolar depresyona göre daha yüksektir (28,29).

Epidemiyolojik verilere göre, unipolar depresyona kadınlarda daha sık rastlanırken, bipolar depresyon her iki cinsiyette de benzer oranlarda görülmektedir. Ayrıca bipolar depresyonda madde kullanımı ve özkıyım oranları da unipolar hastalığa göre daha yüksektir (28,29).

Biyolojik açıdan, bipolar depresyonun daha yüksek oranda genetik geçiş gösterdiği bilinmektedir. Bipolar depresyonda noradrenerjik, unipolar depresyonda ise serotonerjik disfonksiyonun daha etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (28). Beyin görüntüleme çalışmalarında bipolar depresyonla unipolar depresyon arasında patofizyolojik süreçlerde, özellikle emosyon regülasyonu, ödül sistemi ve dikkat kontrolüyle ilişkili önemli farklılıklar tespit edilmiştir (30). Bir diğer önemli biyolojik farklılık da bipolar depresyonun biyolojik ritim bozukluklarıyla daha sıkı bir bağlantı göstermesidir. Gerek uyku ritmi gibi sirkadiyen ritimlerle, gerekse mevsimsel seyir ile ilişkili özelliklerin bipolar hastalarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Mevsimsel depresyon geçiren hastaların yaklaşık yarısının bipolar bozukluk tanısı bulunduğu bilinmektedir. Bu bağlantı sadece klinik belirti düzeyinde değil bipolar hastalarda biyolojik ritimler ile ilgili genetik yapıların belirlenmesi ve ilgili çok sayıda genin bulunmasıyla da desteklenmiştir (31,32).

2.5.Bilişsel İşlevler

Bilişsel işlevler; dikkat, bellek, dili kullanma, anlama, öğrenme, muhakeme etme, problem çözme ve karar verme gibi yürütücü işlevleri de içeren bileşenlerden oluşur (33). Bilişsel işlevler prefrontal korteks ve ilişkili beyin devreleri tarafından yürütülmektedir. Bu devrelerden birincisi kortiko-kortikal devredir. Kortiko-kortikal devre içerisinde orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve dorsolateral prefrontal korteks birbiriyle etkileşim içerisinde bulunmaktadır (34). İkinci devre kortiko-striato-talamo-kortikal devredir. Yürütücü işlevleri kontrol ettiği düşünülen bu devre içerisinde, dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve talamus yer almaktadır. Her iki devrede yer alan dorsolateral prefrontal korteks piramidal nöronları, yürütücü işlevlerin gerçekleşmesinde lokomotif görevi görmektedir. Devre içerisindeki dorsal anterior singulat korteks-striatum-talamus ilişkisi sonucunda dikkatin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır (34). Psikomotor yavaşlama bilişsel açıdan prefrontal korteks ve striatum ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca motor bileşenin serebellum ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (34). Prefrontal korteks haricinde bilişsel işlevler açısından göze çarpan diğer iki önemli beyin bölgesi ise hipokampus ve amigdaladır. Hipokampus; öğrenme, bellek, korku koşullanmasında görevlidir. Amigdala ise emosyonel uyarıları işleme ve korteks yanıtlarını düzenlemede etkin rol oynamakta, yaşam olaylarıyla ilişkili duygusal uyarıların belleğe kodlanmasını sağlamaktadır. Bu nedenle amigdala duygudurum tarafından etkilenen bilişsel performans üzerinde önemli bir role sahiptir (34).

2.5.1. Depresif Bozukluklarda Bilişsel İşlevler

Depresif bozukluklar ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Depresif bozukluklarda en çok etkilenen bilişsel işlevlerden biri dikkattir. Dikkat; bireyin çevresinde meydana gelen uyarılara zihinsel alıcılarını yönlendirmesi durumu olarak tanımlanır ve bilişsel işlevlerin merkezinde kabul edilir (35,36). Dikkat işlevi çalışmalarda dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat korteks ile ilişkilendirilmiş, depresyon hastalarında bu beyin bölgelerinde kan akımında azalma gösterilmiştir (37). Bir çalışmada majör depresyon geçirmiş ve iyileşmiş, tedavi altında olmayan hastalar bilişsel işlevler açısından değerlendirilmiş ve hastalarda kalıntı belirti olarak sürdürülebilir dikkat ve işlem belleği alanlarında işlev bozukluğu gözlenmiştir. Buradan hareketle dikkatin bozulmasının depresyon nöbetinin bir göstergesi olabileceği fikri öne sürülmüştür (38).

Bellek; uyarının algılanması, kaydedilmesi ve yeniden anımsanması arasında gerçekleşen süreçlere dayanır. Bilgiyi hatırlama ve bilince çıkarma yeteneğini gösterir (39). Belleğin farklı özellikleri dikkate alınarak sınıflandırma yapıldığında, duyuşsal bellek, kısa süreli bellek, uzun dönem belleği, epizodik bellek, semantik bellek, işlem belleği (working memory) olarak alt gruplar ortaya çıkmaktadır (40). Çevredeki uyarıların zihne geldiği ilk yer olan duyuşsal bellek dikkat ve seçici algı süreçleriyle harekete geçip bilgileri kısa süreli belleğe gönderir. Kısa süreli bellek bilgilerin saklanması ile ilgili bellek alanıdır. Bilgiyi tutma süresi ve kapasitesi sınırlıdır. Bilgiler kodlanarak uzun süreli belleğe gönderilir. Uzun süreli bellek kişiye bilgi temeli sağlayan bellek bölümüdür. Epizodik bellek, kişisel bilgiler ve kişiler için önemli olan olayların saklandığı bellek alanıdır. Semantik bellek genel bilgi belleğidir ve kişinin çevre ile ilgili genel bilgilerinden oluşmakta olup kavramlar,

kurallar ve olgular burada depolanır. İşlem belleği ise beceri belleği ya da değiştirilebilir bilişsel süreçleri kapsamakta olup burada genellikle davranışa dökülebilir işlemlerin sıralamaları saklanır (41).

Yürütücü işlevler; kişinin yapmayı istediği şeyleri başarabilmesi için amaçlarına yönelik davranışlarını düzenleyebilme becerisidir. Kompleks hareketlerin sıralanması ya da strateji üretme, yeni bilgiyle davranışların düzenlenmesi ve problem çözmeyi içerir. Yürütücü işlevlerin temel parçalarının planlama, organizasyon, yeni bilgi ile davranışların düzenlenmesi, cevabın inhibe edilmesi, bilişsel esneklik ve problem çözme şeklinde olduğu düşünülmektedir (42,43). Depresyon hastalarında yürütücü işlevler açısından özellikle yanıt inhibisyonu, problem çözme ve planlama alanlarında bozukluklar saptanmıştır (44). Yanıt inhibisyonu işlev bozukluğu, hastalarda edinilen bilginin ters ya da ilişkisiz kodlanmasına neden olmaktadır. Hatalı kodlanan bu bilgi, kişinin çökkün düşünce ya da duygudurumla başa çıkmasını sağlayan bilişsel kapasitesini zayıflatır (45). Major depresyon bozukluğunda yürütücü işlevlerinin değerlendirildiği bir meta-analizde, hastalarda görülen en önemli işlev bozukluğunun inhibisyon kapasitesi, bilişsel esneklik, sözel akıcılık alanlarında olduğu, bunu orta düzeyde etkilenen stratejik planlama ve organizasyon yapma yetilerinin takip ettiği gösterilmiştir (46).

Major depresyondaki nörokognitif bozukluklar için etki büyüklüğünün analiz edildiği meta-analitik bir çalışmada depresyonun en büyük etkisinin epizodik bellek parçalarından olan kodlama ve hatırlama üzerinde olduğu gösterilmiştir. İkinci sırada etkilenme derecesi psikomotor hız ve sürdürülen dikkat üzerinde görülmüştür. En

düşük etkinin ise semantik bellek, primer bellek ve işlem belleği üzerinde olduğu görülmüştür (47).

2.5.2. Bipolar Bozuklukta Bilişsel İşlevler

Bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerden özellikle seçici dikkatte ve dikkati sürdürmede, anımsama ve tanıma belleğinde, sözel öğrenmede, sözel akıcılıkta, tepki oluşturma zamanında, yürütücü işlevlerde, enterferansa karşı koyabilme ve planlama gibi frontal lobun aktif katkısını gerektiren çeşitli alanlarda bozukluklar görülmektedir (48). Bu hastalarda özellikle yürütücü işlevler, sözel ve çalışan bellek ile ilgili bozukluklar olduğunu gösteren çalışmalar vardır (49,50). Bu çalışmalardan birinde ötimik bipolar hastaların bilişsel işlevleri dikkat, sözel bellek, dil, psikomotor hız, yürütücü işlevler, yüzdeki emosyonların tanınması olmak üzere altı kategoride değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, hastaların % 40'ının bilişsel işlevlerden bir veya ikisinde, % 22'sinin üç ila beşinde bozulmalar gösterdiği, hastaların % 38'inin ise standardize normlarla kıyaslandığında bilişsel bozulma göstermediği, ancak kontrol grubuyla kıyaslandığında sözel bellek işlevlerinde daha düşük performans gösterdiği saptanmıştır (51).

Bipolar depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada Malhi ve arkadaşları depresif dönemdeki bipolar hastaların, sözel hatırlama ve ince motor becerilerindeki bozulmanın ötimik hastalara göre daha belirgin olduğunu göstermişlerdir (8). Martinez ve arkadaşlarının yaptıkları bir başka çalışmada ise manik, depresif ve ötimik dönemdeki bipolar hastalar sağlıklı kontrollerle yürütücü işlevler açısından karşılaştırılmış ve özellikle dikkat, sözel bellek ve planlama gibi bilişsel alanlarda bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans gösterdikleri

saptanmıştır (52). Bipolar bozuklukta etkilenen alt bilişsel alanlardan biri olan işlem hızı, iz sürme ve stroop gibi nöropsikolojik testlerle ölçülebilmektedir. İşlem hızı farklı beyin bölgelerinin koordineli çalışmaları sonucu ortaya çıkan bir parametredir. Dolayısıyla bu alandaki bir bilişsel yavaşlama nöronal yeterliliğin değerlendirilebilmesi adına önemli bir ölçüt sayılabilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarında rakam-sembol değişimi (53) ve İz Sürme (54,55) testinde bozukluklar tespit edilmiştir. Özellikle bipolar depresyon (56,57), hipomani ve manide (58,59) işlem hızında yavaşlama tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise işlem hızı ile hastalık süresi (52,53) ve hastaneye yatış sayısı (60) arasında da ilişki tespit edilmiştir. Bunun yanında depresif dönem sayısı ile bilişsel işlev bozuklukları arasında da ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiş ancak bu ilişkinin manik epizottaki bozulmalara göre daha zayıf gözlemlendiği ifade edilmiştir. Depresif epizod sayısı ile sözel bellek, yürütücü işlevler, çalışan bellek ve psikomotor hız alanındaki bulgular arasında ilişki gösterilmiştir (53,59).

Bipolar bozuklukta bilişsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilmekle birlikte bu bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların bilişsel işlevler üzerindeki etkisi henüz sistematik olarak araştırılmamıştır. Bu konuda sınırlı sayıdaki çalışmadan biri olan Martino ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada hastaların kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgi verilmeksizin bu kullanılan ilaçların bilişsel işlevler üzerindeki etkisinin dışlanamadığı ve bunun çalışmanın bir sınırlılığı olduğu belirtilmiştir (61). Bir diğer çalışmada ise çoklu ilaç kullanımının çalışmanın temel sınırlılıklarından olduğu bildirilmiştir (62).

2.5.2.1.Duygudurum dengeleyiciler

Duygudurum dengeleyicilerin bilişsel işlevlere nasıl bir etkisi olduğu konusu net olmamakla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar bir duygudurum dengeleyici olan lityumun bilişsel işlevler üzerindeki etkisinin aynı olmadığı ve tartışılır olduğunu göstermektedir. Bununla beraber lityum ve diğer duygudurum dengeleyicilerin psikomotor hız ve bellek üzerindeki etkilerinin minimal olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (63,64). 2012 yılında yapılan bir çalışmada lityumun sözel bellek ve psikomotor işlevler üzerinde hafif düzeyde olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (64). Lityumun bilişsel işlevler üzerindeki etkisini inceleyen bir başka çalışmada ise sözel öğrenme ve bellek alanlarında bozulmalar olduğu, diğer alanların ise etkilenmediği bildirilmiştir (63). Yine Mora ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları 6 yıllık bir izlem çalışmasında lityum, psikomotor ve hız alanlarında bozulmalarla ilişkilendirilmiştir (65). Lityumun uzun süreli kullanımının kısa süreli kullanımına göre psikomotor yavaşlamaya daha çok neden olduğu bildirilmiştir (66). Bu çalışmaların aksine lityumun uzun süreli kullanımının bilişsel işlevler üzerinde herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (63,67). Bazı çalışmalarda ise lityumun bilişsel işlevler üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği gösterilmiştir. Kocsis ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada lityum tedavisinin kesilmesinden 2 hafta sonra, bipolar bozukluk hastalarının psikomotor hız ve bellek işlevlerinde performans artışı olduğu gösterilmiştir. Arts ve arkadaşlarının 2 yıllık bir izlem çalışmasında lityumun psikomotor hız alanında olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (68). 6 yıllık bir izlem çalışmasında ise lityumun bilişsel işlevler üzerinde herhangi bir olumlu veya olumsuz etkisinin olmadığı bildirilmiştir (67). Lityumun nöronları koruyucu ve

yenileyici etkilerinin uzun dönemde ortaya çıkması nedeniyle, görece kısa dönemli çalışmalarda olumlu sonuçların görülemiyor olabileceği düşünülmektedir (66). Bipolar bozukluk hastalarında uzun dönemli lityum kullanımının demans riskini belirgin bir şekilde azalttığı gösterilmiş olması bu düşünceyi desteklemektedir (69).

Bir diğer duygudurum dengeleyici olan valproatın öğrenme, bellek, dikkat ve psikomotor hız alanlarında olumsuz etkilerinin olduğunu destekler çalışmalar bulunmaktadır (70,71). Karbamazepin tedavisinin dikkat, bellek ve işleme hızı alanlarında bozulmalara neden olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır (70,71). Topiramet tedavisiyle en belirgin olarak psikomotor hız alanı olmak üzere, dikkat, işleme hızı, sözel akıcılık ve çalışma belleği alanlarında bozulmalar gösterilmiştir (71). Lamotrijinin bilişsel işlevlere etkisinin ise diğer duygudurum dengeleyicilerin aksine daha çok pozitif yönde olabileceği bildirilmiştir (72). Gualtieri ve arkadaşlarının 2006 yılında duygudurum dengeleyicilerin bilişsel işlevlere etkilerini karşılaştırdığı bir çalışmada lamotrijin grubu en iyi bilişsel işlev performansı göstermiş, lamotrijini okskarbamazepin ve lityum grupları izlemiştir (71).

2.5.2.2. Antipsikotikler

Psikiyatrik bozukluklarda antipsikotik kullanımı yapılan bazı çalışmalarda sözel bellek, dikkat, psikomotor hız ve çalışma belleği alanlarında bozulmalar ile ilişkilendirilmiştir (73,74). Şentürk ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada ikinci nesil antipsikotik kullanan ötimik hastalarda, lityum ve valproat kullanan hastalara kıyasla çalışma belleği alanında daha fazla bozulma olduğunu

bildirmişlerdir (73). Bu bulgular antipsikotik ilaçların bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk hastalarında antipsikotik kullanım gereksiniminin hastalardaki bilişsel yetinin daha kötü olmasına ikincil gelişebilen daha ağır klinik tablo nedeniyle olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda bilişsel işlevler açısından hangi antipsikotik tedavisinin seçilmesi gerektiği ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Çift kör randomize bir çalışmada antipsikotik tedavi başladıktan 24 saat sonra yapılan bilişsel değerlendirmede risperidon grubu hastaları ketiapin grubuna göre öncelikle psikomotor hız, dikkat ve işleyen bellek olmak üzere tüm bilişsel alanlarda daha iyi performans göstermiştir (74). Öte yandan duygudurum dengeleyicilere ekleme tedavisi olarak ketiapin alanların, olanzapin veya risperidon alanlara göre daha iyi bilişsel performans gösterdiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (65).

2.5.2.3. Antidepresanlar

Antidepresan ilaçların genel olarak bilişsel işlevler açısından önemli bir olumsuz etkiye sahip olmadıkları kabul edilmektedir (64,68). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, duygudurum dengeleyici ilaçlar ve antidepresan ilaçlar arasında bilişsel işlevler açısından bir farklılık saptanmamış, sadece antipsikotik ilaçların sözel öğrenme alanında bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak bu durumun ötimik dönemde antidepresan kullanma sıklığının düşük olmasıyla ilişkili olabileceği de bildirilmiştir (75). Trisiklik antidepresan ilaçların antikolinerjik etkiler gösterdikleri için seçici serotonin geri alım inhibitörlerine göre bilişsel işlevlerde daha fazla bozulma yapabildiklerine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (68).

2.6.Ruminasyon

ICD-10'da (Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Kılavuzu) Obsesif Kompulsif Bozukluk başlığı altında "42.0- Baskın obsesyonel düşünceler veya uzun boylu düşünceler (ruminasyon)" şeklinde yer alan ruminasyon kavramı, bireyin bir konu üzerinde herhangi bir çözüme ulaşmaya çalışmaksızın tekrarlı bir biçimde düşünmesi olarak tanımlanabilir. Ruminasyon genellikle kaygı ve depresyon gibi problemlerin ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak kabul edilmekte ve bu yönüyle önemle üstünde durulmaktadır (20,76).

Literatürde ruminasyon kavramını açıklamaya yönelik birden fazla tanım bulunmaktadır. Nolen-Hoeksema, ruminasyonu Tepki Biçimleri Kuramı kapsamında "Depresyona yol açan semptomlar ve bu semptomlara yol açan potansiyel nedenler hakkında tekrarlayıcı ve pasif düşünme" olarak tanımlarken (20) Martin ve Tesser "Ruminasyon, ortak bir tema etrafında dönen ve düşünme gerektiren çevresel koşulların yokluğunda dahi tekrar eden bilinçli bir düşünüş şeklidir. Bu düşüncelerin ortaya çıkışı direkt olarak dış çevreden gelecek olası bir işarete bağlı olmasa da çevrenin dolaylı bir işareti, amaç odaklı içeriğe daha kolay erişim imkânı vermektedir. Dış çevre, bu türden tekrarlayan işaretlerle herhangi bir düşüncüyü sürdürmeye olanak verse de ruminatif düşüncenin korunması bu tür işaretlere bağlı değildir." şeklinde ifade etmişlerdir (77). Conway ve arkadaşları ise ruminasyonu üzüntüye bağlı duygular üzerinden açıklamışlardır. Bu tanıma göre ruminasyon, bireyin mevcut sıkıntısı ve üzüntüsünü çevreleyen koşullarla ilişkili tekrarlayan düşüncelerden oluşmaktadır. Bu düşünceler kişinin olumsuz duygulanımının doğası veya nedenleri ile ilişkilidir, hedefe yönelik değildir ve kişiyi bu durumdan kurtulmaya yönelik plan yapmaya yöneltmezler. Ayrıca bu düşünceler ortaya

çıktıklarında birey onları çevresi ile paylaşma eğiliminde değildir (78). Bu tanımlar dışında ruminasyonu strese karşı bir tepki olarak ele alan kuramcılar da bulunmaktadır (79).

1990'lara kadar ağırlıklı olarak anksiyete ve depresyon olmak üzere birçok psikopatolojik durumun bir belirtisi, semiyolojik bir kavram olarak kullanılan ruminasyon terimi 1991'de Nolen-Hoeksema'nın Tepki Biçimleri Kuramından sonra depresif ruh haline ve depresyona bilişsel bir yatkınlık, kırılabilirlik oluşturan önemli faktörlerden biri olarak görülmeye başlanmıştır. Kavram, ilk ortaya atıldığı dönemden bu yana birçok araştırmacı tarafından çalışılmış, birçok ruminasyon modeli/teorisi ortaya konmuş ve çeşitli ruminasyon ölçekleri geliştirilmiştir (80).

2.6.1. Depresyon ve Bipolar Bozuklukta Ruminasyon

1990'lı yıllara dek çoğunlukla OKB ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olarak kullanılan ruminasyon kavramı 1991 yılında depresyon ve bipolar bozukluk açısından Nolen Hoeksema ve arkadaşları tarafından tepki biçimleri kuramı çerçevesinde yeniden ele alınmıştır (80). Son yıllarda bu kavramın, özellikle bipolar bozukluk ve depresyonun psikopatolojisindeki rolünün önemi üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalarda ruminasyon, rahatsız edici düşünceler ve duygular ile baş etme yollarını arayan ve olumsuz duyguların sebeplerini anlamayı amaçlayan, tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan istemli ve aktif baş etme stratejileri olarak tanımlanmaktadır. Kişinin dikkatini olumsuz bilgiye odaklayan ve değişmez bir şekilde önyargılı olan ruminasyonlar, doğası gereği zarar verici ve başta depresyon olmak üzere birçok duygudurum bozukluğu ile ilişkili olan kapsamlı bilişsel süreçlerin önemli bir bileşeni olarak ele alınmaktadır (4-7).

2.6.1.1. Depresif Bozukluklarda Ruminasyon

Ruminasyon kavramının depresyonla olan ilişkisi Nolen-Hoeksema tarafından geliştirilen tepki biçimleri kuramında ele alınmıştır. Bu kurama göre ruminasyon, kişinin depresyon belirtilerinin olası sebep ve sonuçlarını tekrarlayıcı ve pasif bir şekilde düşünmesi olarak tanımlanmıştır (81). Depresif duyguduruma verilen ruminatif tepkiler genellikle uyum bozucu olarak ele alınmıştır ve bu tepkilerin depresif duygudurumun şiddetini ve süregenliğini artırdığı düşünülmektedir. Kurama göre insanlar ruminasyon yaptıklarında "Neden bu durumdan kurtulamıyorum?", "Bu durumdan asla kurtulamayacağım" gibi düşünceleri tekrarlı olarak akıllarından geçirmektedirler. Söz konusu düşünceler yapıcı biçimde problem çözmeye yardımcı olmamaya ilaveten bireylerin ruminatif düşünme döngüsünde takılı kalmalarına zemin hazırlamaktadır (3,81). Nolen-Hoeksema'nın depresyon modeline göre; ruminasyon depresyon için yalnız bir tetikleyici değil, aynı zamanda sürdürücü bir faktördür (3).

Bunun dışında depresif duygu duruma bir tepki olarak oluşan ruminasyonun olumsuz sonuçları pek çok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin yapılan bazı çalışmalarda ruminasyon depresif duygu durumunun şiddetlenmesi ve devamlılığı ile ilişkili bulunmuştur (5,76). Ruminasyonun depresif semptomları artırdığı ve major depresyon dönemlerinin ruminasyon tarafından yordandığı gösterilmiştir (82). Yine yapılan bazı çalışmalarda ruminatif düşünce biçimi, gelecekteki yaşam olaylarına dair kötümserlik, bu olayların yorumlanmasındaki çarpıtmalar ve kişiler arası sorunlara yönelik etkin olmayan çözümlerle ilişkilendirilmiştir (83).

Just ve Alloy 1997 yılında 189 katılımcı ile yürüttükleri bir çalışmada ruminasyonun depresyon başlangıcını yordadığını ortaya koymuşlardır. Söz konusu çalışmanın bulgularına göre; katılımcıların başlangıçtaki ruminasyon puanlarının, bilişsel risk durumları kontrol edildikten sonra dahi, 18 aylık takip döneminde depresif dönemlerin başlangıcını yordadığı görülmüştür. Yine başlangıçtaki ruminasyon puanlarının depresif dönemlerin şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların depresif duygu durumuna tepki olarak gösterdikleri ruminasyon eğilimi, bir yıl süresince tutarlı olarak bulunmuştur. Aynı zamanda katılımcıların depresif olmayan dönemde ölçülen tepki biçimlerinin, depresif dönemlerinde kullandıkları tepkileri yordadığı gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular ile Nolen-Hoeksema'nın tepki biçimleri kuramı desteklenmiş ve genişletilmiştir. Yani, araştırma bulgularına göre ruminasyonun depresif duygu durumuna verilen karakteristik bir tepki olduğu desteklenmiş ve depresyonun gelişmesinde bir yatkınlık etkeni olduğu gösterilmiştir (84).

2.6.1.2. Bipolar Bozuklukta Ruminasyon

Tepki biçimleri kuramına göre stresli bir yaşam olayı karşısında kişinin kullandığı ruminasyonlar gibi duygu düzenleme stratejileri depresyon veya kaygı belirtilerinin gözlenmesinde etkilidir (85). Buna karşılık, Thomas ve Bentall bu kuramı bipolar bozukluk açısından ele almış, manik savunmanın depresyona karşı bir tepki biçimi olarak görülebileceğini, bu yolla kişide depresif belirtiler azalırken, hipomani veya mani riskinin artabileceğini belirtmişlerdir. Öğrenci örnekleminde yaptıkları araştırmada depresyonun ruminatif tepki biçimiyle, hipomaninin ise ruminasyon, dikkat dağıtma (distraction) ve riskli davranışlarda bulunma ile ilişkili

olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgulardan, hipomaninin olumsuz duygularla başa çıkmada kullanılan etkisiz tepki biçimlerinin sonucu ortaya çıktığı çıkarımını yapmışlardır (86). Knowles ve arkadaşları ise ruminasyon ve risk almanın depresyon ve hipomani ile ilişkiliyken hipomaninin hem depresyon hem de fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili olduğunu saptamışlardır (85).

2007 yılında Bentall ve arkadaşları (87) yaptıkları bir çalışmada depresif ve manik dönemdeki katılımcılarla karşılaştırıldığında, remisyon döneminde olanların ruminasyonu daha sık kullandıklarını bildirirken, Van der Gucht ve arkadaşları 2009 yılında mani ve remisyon dönemindeki bipolar bozukluğu olan kişilere kıyasla, depresyonu olanların ruminasyonu daha sık kullandıklarını saptamışlardır (88). Johnson ve arkadaşları ise 2008'de hipomaniye yatkınlığı olan kişilerin gerek olumlu, gerekse olumsuz duygulanıma ruminasyonla tepki verdiklerini, olumsuz duygulanıma ruminasyonla tepki verilmesinin depresif belirtileri yordadığını belirtmiştir (89). Yine Green ve arkadaşları 2011 yılında felaketleştirme, ruminatif düşünme, kendini suçlama ve bilişsel yeniden yapılandırmanın bipolar bozukluk için yatkınlaştırıcı etkenler arasında sayılabileceğini öne sürmüşlerdir (90).

2.7. Ruminasyon ve Bilişsel İşlevler

Ruminasyon ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan az sayıdaki çalışmada ise ruminasyon ve bilişsel işlevler arasında nasıl bir ilişki olduğuyla ilgili veriler net olmamakla birlikte ruminasyonun daha çok depresyon ve yürütücü işlevlerdeki bozukluklar arasında aracı bir rolünün olabileceği, ruminasyonun depresif duygudurumun devamını sağlayarak dolaylı yoldan bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açabileceği bildirilmiştir (6,9). Watkins ve

Brown 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada, depresyon hastalarında artmış ruminatif yanıtların özellikle dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (9). Heaton ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada ise ruminasyonu olan depresif hastaların bilişsel işlevleri ölçen nöropsikolojik test puanlarının daha düşük olduğu, özellikle dikkat ve konsantrasyon alanlarında sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir (91). Hertel ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptıkları bir başka çalışmada ise ruminasyon özellikle bellek alanındaki problemler ile ilişkili bulunmuştur (92). 2015 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise ruminasyonun özellikle yürütücü işlevlerdeki bozulmayla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (7).

2.8.Ruminasyon ve Duygu Düzenleme

Duygu düzenlenmesi (emosyon regülasyon); hangi duyguya sahip olacağımızı, bir duyguya sahip olduğumuzda onu nasıl deneyimleyeceğimizi ve dışa vuracağımızı belirleyen bir takım süreçlerin birleşimi olarak adlandırılabilir (93). Duygu düzenlemedeki ilk basamak, bireyin çevresindeki bazı değişiklikleri algılayışını kapsamaktadır. Dış çevreden gelen duyuşsal uyarılar, görsel sistem tarafından algılanır, süreçten geçirilir, kategorize edilir ve beynin oksipital korteks, superior temporal girus ve fusiform girusu içeren merkezi algısal devresinde yerini alır. Erken algısal değerlendirme, uyarının olumlu veya olumsuz olduğunu ve bireyin hangi tür bir çevresel değişikliği istediğini hesaplamada yardımcı olur. Eğer birey bir şekilde bilgiyi işlemede önyargılı ise, duygu düzenlemede güçlük bu ilk basamakta belirebilir. Örneğin; bazı bireyler olumsuz uyarıları kolaylıkla fark edebilirler, ama olumlu uyarıyı fark etmede güçlük çekerler. Bu aynı zamanda kategorizasyonu ve davranışsal cevabı etkileyebilir (94). Dolayısıyla duygu

düzenlemedeki güçlüklerin major depresyonda rol oynadığı ileri sürülebilir. Major depresyonun karakteristik özelliği süreğen olumsuz duygulanım ve olumlu duygulanımda ısrarcı azalmadır. Depresyondaki nöral devrelerle ilişkili olan etkileyici modeller, duygu düzenlemenin temel modelleriyle tutarlılık gösterir. Major depresyonda duygu düzenlemeyle ilgili çalışmalar, sağlıklı erişkinlerle yapılan çalışmalarda yerleşmiş olan deneysel paradigmalardan bazı varyantlarını kullanmıştır. Buna benzer bir çalışmada, sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, major depresyon hastalarının olumsuz duygularını düzenlemede daha çok zorlanmalarına karşın amigdala ve diğer duygulanımla alakalı bölgelerdeki aktiviteyi düzenleyerek olumsuz duygulanımı azaltabildikleri gösterilmiştir (95).

Bu bağlamda depresif bozukluklarla ilişkisi gösterilmiş olan ruminasyonun duygu düzenleme ile ilişkisine bakacak olursak bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda depresyon belirtilerinin arttığı bireylerde ruminasyonla birlikte daha fazla dışavurumcu bastırmanın ve daha az yeniden değerlendirme gibi duygu düzenleme stratejilerinin kullanıldığı bulunmuştur (96,97). Son dönem bir metaanalizde ise; depresyon puanlarındaki yüksekliğin sadece ruminasyonun fazlalığıyla ilişkili olmadığı; aynı zamanda duygu düzenlemenin alt bileşenlerinden olan bastırmanın fazla kullanılması ve yeniden değerlendirmenin az kullanılmasıyla da ilişkili olduğu gösterilmiştir (98). Bununla birlikte, ruminasyon ve dışavurumcu bastırma gibi bazı duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kullanımının depresyona özgün olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir.

Aldao ve Nolen-Hoeksema uyumlu (yeniden değerlendirme) ve uyumsuz (ruminasyon ve düşünceleri bastırma) bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile

depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu olanlara oranla depresif bozukluklar ile daha güçlü bir ilişki gösterdiği görülmüştür. Bu durum, bozuklukların oluşmasında duygu düzenleme stratejilerinden uyumsuz olanların kullanımının uyumlu stratejilere göre daha önemli bir rolünün olduğu şeklinde yorumlanmıştır (98).

Ehring ve arkadaşları, depresyondan kurtulan kişilerin, kontrollerle karşılaştırıldığında olumsuz duygularını düzenlemekte daha fazla zorlandıklarını ve ruminasyonu daha sık kullandıklarını, ancak grupların bilişsel yeniden değerlendirme açısından farklılaşmadığını saptamışlardır. Araştırmacılar, elde edilen bulgulara dayanarak, bilişsel yeniden değerlendirme ile ilgili zorlukların sadece depresyon döneminde görülebileceğini ileri sürmüşlerdir (99).

Singer ve arkadaşları ise olumsuz duygu durumun tetiklenmesi sırasında ruminasyon yönergesi verilenlerin daha yüksek düzeylerde depresif duygu durumu deneyimlediklerini gözlemlemişlerdir (100). Depresyon hastalarında, diğer duygu düzenleme yaklaşım biçimleri ile ruminasyon arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Liverant ve arkadaşları üzüntü duygusu tetiklendikten sonra depresyon tanısı alan katılımcılardan çeşitli öz bildirim ölçeklerini doldurmalarını istemiş ve bu hastalarda ruminasyonun duygu düzenleme stratejilerinden olan baskılama ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu gözlemlemişlerdir (101). Araştırmacılar, ruminasyonun depresyon hastaları tarafından olumsuz duygunun fizyolojik ve davranışsal bileşenlerinin deneyimlenmesini baskılamak için kullanılan fonksiyonel olmayan bilişsel duygu düzenleme yaklaşım biçimi olduğunu ileri sürmektedirler (100,101).

2.9.Ruminasyon ve Dürtüsellik

Dürtüsellik, davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik bileşenleri içeren çok yönlü ve karmaşık bir kavramdır (102,103). Literatürde, dürtüsellik farklı yönlerini içeren çeşitli tanımlara rastlanmaktadır. Dürtüsellik kavramının tanımı ‘yetersiz olarak tasarlanmış, zamanından önce ortaya konulan, aşırı derecede riskli ya da duruma uygun olmayan ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlar doğuran davranışlar’ olarak tanımlanmaktadır (104).

Dürtüsellik; istemli olarak verilen cevabı erteleme güçlüğü, kısa yanıt eşiği, ruminasyonun bir alt boyutu olan derinlemesine düşünmede eksiklik ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak da tanımlanabilmektedir (105). Diğer bir yaklaşıma göre dürtüsellik; büyük ve gecikmiş ödül yerine küçük ve hemen gelen ödülü tercih etmek olarak tanımlanırken, “öz-denetim” kavramı ile tam tersi davranışın altı çizilmektedir. Dolayısıyla dürtüsellik ve öz-denetim aynı zihinsel sürecin iki ayrı yüzü olarak tanımlanmaktadır (106).

Barratt ve Patton (107) ise dürtüsellik; nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlamış; motor aktivasyon, dikkatsizlik ve plan yapmama şeklinde ele almıştır. Literatürde dürtüsellik; plan yapmama (108), risk alma (108,109), dışa dönüklük, heyecan arama (109), yanıt inhibisyonu (110), karar verme (110) gibi bilişsel süreçlerle ilişkili bulunmuştur. Bu süreçler tamamen aynı olmasa da büyük oranda birbiri ile ilişkili süreçlerdir.

Yine literatürde dürtüselliğin hem normal hem de klinik popülasyonda görülebildiği bildirilmiştir. Patolojik boyuttaki dürtüsellik kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve işlevselliklerini azaltmaktadır (111). Artmış dürtüsellik; madde kötüye kullanımı, artmış ruminatif düşüncelere bağlı intihar davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle sonuçlanabilir (112,113).

2.10.Ruminasyon ve Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık kavramı latince “resiliens”, ingilizcede “resilience” kelimesine karşılık gelmektedir (114). Kavramın dilimizdeki karşılığında “sağlamlık”, “dayanıklılık”, “yılmazlık”, “güçlülük”, “toparlanma”, “psikolojik dayanıklılık” ve “psikolojik sağlamlık” gibi çeşitli tanımlamalar yapılmış olup “psikolojik dayanıklılık” kavramının kullanımında birliktelik sağlanmıştır (115). Bu kavram, psikiyatri literatüründe ise dayanıklılık, sıkıntı ya da potansiyel olarak travmatik olaylara maruz kalan bireylerin psikolojik adaptasyon tecrübesiyle oluşturduğu dinamik bir psikososyal süreç olarak ele alınmıştır (116).

Psikolojik dayanıklılık stresli yaşam durumları ile karşılaşıldığında kendini toplama gücünün en önemli unsurunu oluşturmaktadır. Literatürde içsel bir kaynak olan psikolojik dayanıklılığın, ruh sağlığı üzerindeki etkisine odaklanan araştırmalara sıkça rastlanmaktadır. Kobasa (117), yüksek dayanıklılık düzeyi ile fiziksel ve ruh sağlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu; dayanıklılığın stresin olumsuz etkilerini azalttığını ortaya koymuştur. Yapılan bir başka çalışmada ise dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu ve dayanıklılığın, stres ve hastalık semptomları arasında bir tampon etkisinin olabileceği bildirilmiştir (118).

Ruminasyon ile psikolojik dayanıklılık ilişkisine bakacak olursak bu konuda yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Yapılan az sayıdaki çalışmada ruminasyon tipik olarak major depresyon bozukluğuna özgü temel bir bilişsel özellik olarak kabul edilmektedir. Ruminasyon tipik olarak geçmiş odaklı kayıp temaları etrafında dönmektedir. Bireyin dikkatini tekrarlayıcı olarak depresif olduğuna, yaşadığı depresif belirtilere ve bu belirtilerin anlamına, olası nedenlerine ve sonuçlarına odaklanması ruminasyon olarak kabul edilmektedir. Depresif ruminasyondaki kişinin saplantılı düşünme ve derin düşünme şeklinde düşünce tarzı vardır (119). Depresyondaki bireylerin zihinlerinin yaşadıkları olumsuz deneyimlerle sürekli meşgul olmasının, ilerideki deneyimlerinin de olumsuz sonuçlanacağına dair inançlarını güçlendiriyor olabileceği söylenebilir. Saplantılı düşünme, endişeyle birleştğinde, geçmişteki olumsuz deneyimlerin gelecekte tekrarlanacağına ilişkin beklentileri pekiştiriyor, böylece depresif belirti şiddetinin artmasına yol açıyor gibi görünmektedir (119). Psikolojik dayanıklılıkta ise kişinin daha çok pozitif düşünceler üzerinde yoğunlaşmakta olduğu bu özelliğın ruminasyonun aksine depresyona karşı koruyucu etki göstererek depresyon belirtilerinde azalmaya neden olabileceği vurgulanmaktadır (119,120).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu tez kapsamında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, major depresyon ve bipolar depresyon tanılı hastalar ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan sağlıklı bireylerle çalışılmıştır. Çalışma kapsamında Kırıkkale Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli etik izinler alınmış, katılımcılar çalışma hakkında detaylı bir biçimde bilgilendirilmiş ve katılım için yazılı onamları alınmıştır. Aşağıda bu tez kapsamında çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri bulunmaktadır:

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri

- 1- 18-65 yaş arasında olmak,
- 2- Bipolar Bozukluk Depresif epizod tanısı veya Major Depresif Bozukluk tanısı almış olmak,
3. En az ilkokul mezunu olmak,
- 4- Düzeltilmemiş işitme ve/veya görme problemi olmamak,
- 5- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 6- Sağlıklı kontrollerin çalışmaya alınma ölçütlerinde DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme formuna göre herhangi bir DSM-5 tanı ölçütünü karşılamıyor olmak ve 1,3,4 ve 5. Maddede yer alan kriterleri karşılıyor olmak

Dışta Bırakma Ölçütleri

- 1-18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak
- 2- Kafa travması geçirmiş olmak
- 3- Demans veya başka bir dejeneratif nörolojik bozukluk tanısı almış olmak
- 4- Zeka geriliği
- 5- Alkol veya Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 6- Psikotik belirtiler göstermek

Daha sonra katılımcılara DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) uygulanmış, ardından veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama araçları şu sırayla uygulanmıştır: Sosyodemografik bilgi formu, olgu rapor formu, Hamilton depresyon ölçeği, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, ruminatif tepkiler ölçeği kısa formu, kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği, duygu düzenleme ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği, Stroop testi ve iz sürme testi. Her bir görüşme ortalama 30 dakika kadar sürmüştür.

Bu tezin katılımcıları, Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine başvuran 50 major depresyon, 50 bipolar depresyon tanılı hasta ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu açısından benzer 50 sağlıklı birey olmak üzere toplamda 150 kişiden oluşmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyo- Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formunda katılımcıların cinsiyet, yaş, yaşadıkları yer, medeni durum, kardeş ve çocuk sayısı, gelir düzeyi, eğitim ve mesleki durumları gibi özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Bu form sağlıklı kontrol grubunda kullanılmış olup formda yer alan maddeler EK-1’de verilmiştir.

3.2.2. Olgu Rapor Formu

Olgu rapor formunda, sosyo demografik bilgi formunda yer alan sorular ve bunlara ek olarak tanı, komorbid tanı, kullanılan psikiyatrik ilaçlar, hastalığın başlangıç yaşı ve süresi, hastaneye yatış sayısı ve başvuru zamanındaki DSM-5’e göre aldığı tanı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ve intihar öyküsüne yönelik sorular yer almaktadır. Bu form, araştırmaya katılan bipolar ve unipolar depresyon hastalarında kullanılmış olup formda yer alan maddeler EK-2’de verilmiştir.

3.2.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HamD)

Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton tarafından 1960’ta geliştirilmiş olup, depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmektedir (121). Ölçek son 2 hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan 0-7 puan aralığı depresyon olmamasını, 8-16 arası puan hafif derecede depresyonu, 17-23 arası puan orta derecede depresyonu, 24 ve üzeri puan ise ağır derecede depresyonu göstermektedir (122). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Hamilton Depresyon Ölçeği EK-3’te verilmiştir.

3.2.4. Bilişsel İşlevler İçin Nöropsikolojik Testler

3.2.4.1. Stroop Testi

Frontal bölge faaliyetlerini yansıtan nöropsikolojik bir test olan Stroop Testinin ilk formu Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiş olmakla beraber günümüze dek gelen birden fazla formu bulunmaktadır (123,124). Testin Türkçe'ye uyarlaması yapılan formu, orijinal Stroop Testi ile Victoria Formunun birleşiminden oluşturulmuştur. Uyarlaması gerçekleştirilen form, Victoria Formunda olduğu gibi 14.0 x 21.5 sm boyutlarındaki dört beyaz karttan oluşmakta, her kartın üzerinde seçkisiz olarak sıralanmış 4'er maddeden oluşan 6 satır bulunmaktadır. Teste ilişkin temel puanlar, bu bölümlerin ayrı ayrı puanlanmasıyla elde edilmektedir. Testte mavi, yeşil, sarı ve kırmızı renkleri ile bu renklerin isimleri kullanılmaktadır. Testin puanlaması şu şekilde gerçekleştirilmektedir: birinci puan için dört kartın her birinde katılımcıya verilen "başla" komutu ile kartta yer alan son maddeyi okuması arasında geçen süre, ikinci puan için hata sayısı ve son puan türü için düzeltme sayısının hesaplanması. Ayrıca testin 5. Bölümünden elde edilen süre puanı testin genel puanı ile en yüksek ilişkiye sahiptir, bu bağlamda Stroop testinin puanlanmasında 5. Bölüm tamamlama süresi kullanılabilir. 5. Bölüm puanı aynı zamanda Stroop etkisini (bozucu etki) ölçen enterferans (interference) puanı olarak da bilinmektedir. Testte yer alan kartların içerikleri ve uygulama bölümleri Tablo1'de özetlenmiştir. Testin uygulanması ortalama 10 dakika sürmektedir (123).

Tablo 1. Stroop Testi TBAG Formunun İçeriği

Bölümler	Uyarıcılar	Uyarıcı kartın kapsamı	Görev
1. Bölüm	1. Kart	Siyah basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
2. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
3. Bölüm	3. Kart	Renki basılmış daireler	Rengi söyleme
4. Bölüm	4. Kart	Renkli basılmış nötr kelimeler	Rengi söyleme
5. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Rengi söyleme

(Karakaş ve ark., 1999)

Teste ilişkin standardizasyon çalışmaları, geçerlik ve güvenirlik kapsamında değerlendirilmesi Karakaş ve arkadaşları tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir.

3.2.4.2. İz Sürme Testi

İz sürme testi, görsel-motor kavramsal tarama, motor hız, planlama, sayısal bilgi, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özellikleri tarafından yaratılan tepki eğiliminin ketlenmesi, set değiştirme, konsantrasyon ve engellenmeye karşı toleransı gerektiren nöropsikolojik bir değerlendirme aracıdır (125). Testin bugün kullanılan A ve B formlarının oluşturulması 1938’de Partington tarafından gerçekleştirilmiş ve literatürde “Partington’s Pathway Test” ya da “Divided Attention Test” olarak yer almıştır (125). Testin A formunda bir kâğıt üzerine düzensiz olarak yerleştirilmiş 25 daire, bu dairelerin içinde 1’den 25’e kadar rakamlar bulunmaktadır. Katılımcılardan bu rakamları bir çizgi ile sıralı olarak (1-2-3-4...) birleştirmesi istenmektedir. Testin B formunda ise 1’den 13’e kadar sayılar ve A’dan İ’ye kadar harfler bulunmaktadır (Türkçe formda Ç, Ğ ve İ harflerine de yer verilmiştir) ve katılımcılardan 1’den başlayarak nümerik ve alfabetik sıralarını göz önünde bulundurarak bir rakam bir

harf şeklinde eşlemelerle (1-A-2-B-3-C...)kalemi kaldırmadan sayfada yer alan bütün harf ve rakamların üzerinden geçmesi beklenmektedir.

Testin Türk toplumunda standardizasyon çalışmaları yaşları 20-49 aralığında değişen 261 katılımcı ile Türkes ve arkadaşları ve yaşları 50 ve 80+ aralığında değişen 484 katılımcı üzerinde Cangöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126,127).

3.2.5. Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçekleri

Bu çalışmada katılımcıların Ruminasyonla ilişkin üstbilişsel inançlarını ölçmek için Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumlu) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumsuz) kullanılmıştır. Aşağıda ölçeklerin özgün formları ve Türkçe uyarlamalarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.2.5.1.Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar ölçeği (Positive Beliefs About Rumination Scale) Papageorgiou ve Wells (128) tarafından geliştirilen Türkçeye uyarlaması Yılmaz ve arkadaşları (119) tarafından gerçekleştirilen bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayanan öz bildirim türünde (self report) 9 maddelik bir ölçektir. Bireylerin ruminatif düşünmenin yararlı olduğuna ilişkin olumlu üstbilişsel inançlarını ölçmeyi amaçlayan ölçek dörtlü likert tipinde olup katılımcılardan her bir madde için “4: tamamen katılıyorum” seçeneğinden “1: Hiç katılmıyorum” seçeneğine kendilerine en uygun olanı işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 36’dır.

Özgün ölçek maddeleri DSM-4 kriterlerine göre major depresyon kriterlerini karşılayan 14 hasta ile gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla, hastaların ruminasyona ilişkin olumlu üstbilişsel inançlarının belirlenmesi ışığında yazılmıştır. Burada hastaların ifade ettikleri pozitif inançlar, daha çok ruminasyonun bir başatme stratejisi gibi algılandığı durumlara ilişkin olmuştur: “ Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için onlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir” gibi (129).

3.2.5.2.Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği

Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar ölçeği (Negative Beliefs About Rumination Scale- NBRS) Papageorgiou, Wells ve Meina (130) tarafından geliştirilen Türkçeye uyarlaması Yılmaz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen öz bildirim türünde (self report) 13 maddelik bir ölçektir. Bireylerin ruminatif düşünme süreçlerine ilişkin olumsuz üstbilişsel inançlarını ölçmeyi amaçlayan ölçek dörtlü likert tipinde olup katılımcılardan her bir madde için “4: tamamen katılıyorum” seçeneğinden “1: Hiç katılmıyorum” seçeneğine kendilerine uygun olanı tercih etmeleri beklenmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 13, maksimum puan 52’dir.

3.2.6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu

Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (The Short Version of The Ruminative Response Scale- RRS) Nolen- Hoeksema ve arkadaşları tarafından (131), Ruminatif Tepkiler Ölçeği’nde (20) yer alan depresif semptomlarla ilişkili ifadelerin çıkarılması yoluyla geliştirilmiştir. Bireylerin ruminatif tepkilerinin

sıklıklarını değerlendirmelerine dayanan ölçek beşer maddelik iki alt boyuta sahiptir ve dördümlük likert tipindedir. Katılımcılar on maddede kendilerine yöneltilen “...’ diye ne sıklıkla düşünüyorsun?” şeklindeki soruya “1: Nadiren/hiçbir zaman”, “2: Bazen”, “3: Sıklıkla”, “4: Hemen her zaman/Her zaman” seçeneklerinden kendilerine uygun olanı tercih ederek yanıt vermektedirler. Ölçekten alınabilecek minimum puan 10, maksimum puan 40’tır.

Özgün ölçek çalışması 1131 yetişkin üzerinden gerçekleştirilmiş, araştırmacılar temel bileşenler analizi sonrasında beşer madde içeren iki faktörlü bir yapı elde etmişler, ilk bileşeni “reflection” ve ikinci bileşeni “brooding” olarak adlandırmışlardır. Reflection (derin düşünme) altboyutunda yer alan maddeler bireyin depresif semptomlarını hafifletmeye yönelik bilişsel problem çözme süreci için amaçsal olarak içine yönelmesini, brooding (saplantılı düşünme) altboyutunda yer alan maddeler ise tam tersine bireyin içinde bulunduğu durum ile ulaşılamamış bir standart arasında yaptığı pasif bir kıyaslamayı ifade etmektedir (131). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Baker ve Bugay tarafından üniversite öğrencileri üzerinden gerçekleştirilmiş olup derin düşünme ve saplantılı düşünme alt boyutlarına sahiptir (132). Ölçeğe ilişkin maddeler EK-5’te verilmiştir.

3.2.7. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Brief Resilience Scale-BRS) Smith ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 6 maddelik beşli likert derecelemeyle sahip, öz-bildirim (self report) türünde bir ölçektir. Bu ölçek, bireylerin olumsuz yaşam olayları, örseleyici, sarsıcı ve stresli yaşantılar karşısında nasıl tepkiler verdiklerini, nasıl bir baş etme stratejisi izlediklerini belirlemek -psikolojik sağlamlık düzeylerini

ortaya koymak- amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin 1,3 ve 5. Maddeleri doğrudan, 2,4 ve 6 numaralı maddeleri ise tersten puanlanmaktadır. Katılımcılar her bir madde için “1:Hiç uygun değil” seçeneğinden “5: Tamamen Uygun” seçeneğine kendilerine en uygun olanı tercih etmektedirler. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Doğan tarafından üniversitede öğrenim gören 295 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğe ilişkin maddeler EK-7’de verilmiştir (133).

3.2.8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Barratt ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçek 30 madde, üç alt boyuttan oluşmaktadır. Öz bildirim türünde olan bu ölçeğin alt boyutları dikkatsel dürtüsellik (8 madde), motor dürtüsellik (11 madde) ve plansız dürtüsellik (11 madde); 4’lü likert tipinde derecelendirilen maddelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 30, maksimum puan 120 olup yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türk örneklem üzerinde geçerlik güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (134,135).

3.2.9. Duygu Düzenleme Ölçeği

Gross ve John tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek 10 maddelik öz bildirim türünde bir ölçektir. “7: kesinlikle katılıyorum” dan “1: kesinlikle katılmıyorum”a derecelendirilen ölçek 7’li likert tipinde düzenlenmiştir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır: yeniden değerlendirme (reappraisal) ve baskılama (suppression). Yeniden değerlendirme altboyutu 6 maddeden oluşmakta olup bu boyuttan alınabilecek minimum puan 6, maksimum puan 42’dir. Baskılama altboyutu 4 maddeden oluşmakta olup bu boyuttan alınabilecek minimum puan 4, maksimum

puan 28'dir. Ölçek bütünsel bir toplam puan elde etmeye uygun olmayıp puanlar iki ayrı alt boyutta hesaplanmaktadır (136). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması 442 üniversite öğrencisi üzerinde, Eldeleklioğlu ve Eroğlu tarafından 2015 yılında gerçekleştirilmiştir. DFA (Doğrulatoryıcı Faktör Analizi) sonuçları ölçeğin orijinal yapısını koruduğu, Türk örnekleme kullanıma uygun olduğu yönündedir (137).

3.3.Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin çözümülenmesi ve analizlerin yapılmasında SPSS 21.0 programından yararlanılmıştır. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerin ifade edilmesinde ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler içinse frekans (f) ve yüzdelik değerden (%) yararlanılmıştır.

Araştırmada yer alan üç grubun (unipolar depresyon, bipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grubu) bağımlı değişkenler (kognitif testler ve diğer klinik ölçekler) açısından farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile; kognitif ve klinik ölçekler arasındaki ilişki olup olmadığı ve varsa ilişkinin derecesi Pearson Momentler Çarpım Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların gruplara dağılımında yaş açısından fark olup olmadığı ANOVA; cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, medeni durum, aile öyküsü ve intihar öyküsü açısından fark olup olmadığı ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistikler iki yönlü (two tailed) ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ 'tir.

BULGULAR

4.1.Katılımcılara İlişkin Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya 50 unipolar depresyon, 50 bipolar depresyon hastası ve 50 kontrol olmak üzere toplamda 150 katılımcı alınmıştır. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (%70) ve bu oran üç grupta benzer bir dağılım göstermektedir (unipolar depresyon hastalarında %68, bipolar depresyon hastalarında %72 ve kontrol grubunda %70). Katılımcıların çoğunluğunu medeni durum bakımından evli (%53), eğitim bakımından lise mezunu (%32), çalışma durumu bakımından ise çalışmayan veya ev hanımı (%41) olan bireyler oluşturmaktadır. Klinik değişkenlere ilişkin özellikler (kontrol grubu hariç) incelendiğinde, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunan bireylerin azınlıkta olduğu (%20), katılımcıların çoğunluğunun intihar öyküsünün olmadığı (%79) ve çoğunluğunun psikotrop ilaç kullanmakta olduğu (%74) görülmektedir. Ayrıca unipolar depresyon grubunda 2 bipolar depresyon grubunda 1 hasta çalışmayı tamamlayamadıkları için örneklem gruplarından çıkarılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Sosyo-demografik özellikler bakımından katılımcıların gruplar arası dağılımı

		Unipolar Depresyon (n)	Bipolar Depresyon (n)	Kontrol (n)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	34	36	36	0,25	0,879
	Erkek	16	14	14		
Medeni durum	Evli	33	26	21	5,83	0,054
	Bekâr/Boşanmış	17	24	29		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	6	10	8	5,19	0,519
	Ortaokul mezunu	14	8	10		
	Lise mezunu	13	20	16		
	Üniversite mezunu	17	12	16		
Çalışma durumu	Öğrenci	12	11	17	9,04	0,060
	Çalışıyor	11	17	20		
	Çalışmıyor/Ev hanımı	27	22	13		
Aile öyküsü	Var	3	17	-	12,25	p<0,001
	Yok	47	33	-		
İntihar	Var	2	19	-	17,42	p<0,001
	Yok	48	31	-		
Psikotrop ilaç kullanımı	Antidepresan	36	9	-	184,10	p<0,001
	Antipsikotik	7	19	-		
	Duygudurum düzenleyici	-	38	-		

Gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları, çalışmada yer alan katılımcıların gruplara dağılımında cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve medeni durum açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Aile öyküsü ve intihar öyküsü ve psikotrop ilaç kullanımına ilişkin bulgular yalnızca unipolar ve bipolar hasta grubunda yer almaktadır. Bu bağlamda yapılan ki kare analizi, kontrol grubunda söz konusu değişkenler bulunmadığından bu iki grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Her üç değişken bakımından iki grup arasında anlamlı

farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Buna göre bipolar depresyon grubunda intihar öyküsü ve aile öyküsü unipolar depresyon grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır. Bipolar depresyon grubunda olan hastaların 17'sinin ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü varken bu rakam unipolar depresyon hastalarında 3'tür. Benzer şekilde bipolar depresyon hastalarının 19'unun geçmişte intihar öyküsü bulunurken bu rakam unipolar depresyon hastalarında 2'dir. Gruplar psikotrop ilaç kullanımı bakımından incelendiğinde unipolar depresyon grubunda 29 hastanın sadece antidepresan, 7'sinin antidepresan ve antipsikotik kullandıkları, 14 hastanın ise ilaç kullanmadığı görülmüştür. Bipolar depresyon grubunda ise hastaların 16'sı sadece duygudurum düzenleyici, 13'ü antipsikotik ve duygudurum düzenleyici, 3'ü antidepresan ve duygudurum düzenleyici, 6'sı antipsikotik, antidepresan ve duygudurum düzenleyici ilaç kullanmakta, 12 hasta ilaç kullanmamaktadır. Ayrıca katılımcılardan şimdiye kadar geçirdikleri atak sayıları ile ilgili yeterli bilgi alınamadığından geçirilen atak sayısı değerlendirmeye alınmamıştır.

Gruplarda yer alan katılımcıların yaş ortalamaları bakımından farklılaşp farklılaşmadıklarını belirlemek için varyans analizi gerçekleştirilmiş ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Unipolar ve bipolar depresyon grubunda yer alan katılımcıların hastalık başlangıç yaşı bakımından farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız örneklem için t testi sonuçlarına göre unipolar depresyon hastalarının hastalık başlangıç yaş ortalaması ($\bar{X} = 25,7$) ile bipolar depresyon hastalarının hastalık başlangıç yaş ortalaması ($\bar{X} = 26,2$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,797$). Yaş ve hastalık başlangıç yaşı ortalamalarına ilişkin veriler Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Grupların yaş ortalamaları ve hastalık başlangıç yaşı bakımından karşılaştırılması

		n	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Yaş	Unipolar Depresyon	50	31,9	11,3	28,7	35,1	2,5	0,08
	Bipolar Depresyon	50	37,3	14,3	33,2	41,3		
	Kontrol	50	32,7	12,9	29,0	36,4		
Hastalık Başlangıç yaşı	Unipolar Depresyon	50	25,7	10,7	-4,51	3,47	0,46	0,79
	Bipolar Depresyon	50	26,2	9,3	-4,52	3,48		

4.2. Grupların Ruminasyon, Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevler Bakımından Karşılaştırılması

Çalışmada yer alan grupların, ruminasyon düzeyi, ruminasyona ilişkin üstbilişler, dürtüsellik, duygu düzenleme, psikolojik dayanıklılık ve bilişsel işlevler bakımından karşılaştırılmalarında tek yönlü ANOVA istatistiğinden yararlanılmıştır. Gerçekleştirilen istatistiklere ilişkin bulgular Tablo 4-9 aralığında özetlenmiştir.

4.2.1. Grupların Ruminatif Tepki Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

Unipolar ve bipolar depresyon grupları ile kontrol grubu Ruminatif Tepkiler Ölçeğine verdikleri yanıtlar bakımından karşılaştırıldığında, üç grubun hem RTÖ toplam puanı hem de Derin Düşünme ve Saplantılı Düşünme alt boyut puanları bakımından aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Bulgular Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Grupların Ruminatif tepki düzeyi ortalamalarının karşılaştırılması

		N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
RTÖ Toplam	Unipolar Depresyon	50	30,1	7,0	28,1	32,1	58,4	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	27,0	6,6	25,1	28,9		
	Kontrol	50	17,2	4,6	15,9	18,5		
RTÖ (Derin düşünme)	Unipolar Depresyon	50	14,7	3,8	13,6	15,8	47,2	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	13,2	3,4	12,2	14,2		
	Kontrol	50	8,4	2,6	7,7	9,2		
RTÖ (Saplantılı Düşünme)	Unipolar Depresyon	50	15,4	3,6	14,3	16,4	53,3	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	13,7	3,6	12,7	14,8		
	Kontrol	50	8,8	2,5	8,1	9,5		

RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği

Farkın kaynağını belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni düzeltmesinde, RTÖ toplam puanı bakımından her üç grup arasında anlamlı farklılık olduğuna; unipolar depresyonun, bipolar depresyon ve kontrol grubundan daha yüksek ruminatif tepki düzeyine sahip olduğuna işaret etmektedir ($\bar{x}_{\text{unipolar}} = 30,1$; $\bar{x}_{\text{bipolar}} = 27,0$; $\bar{x}_{\text{kontrol}} = 17,2$; $F=58,4$; $p<0,001$). Derin düşünme alt boyutunda kontrol grubu ile unipolar ve bipolar depresyon grubu arasında fark bulunmuş olup iki depresyon grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\bar{x}_{\text{unipolar}} = 14,7$; $\bar{x}_{\text{bipolar}} = 13,2$; $\bar{x}_{\text{kontrol}} = 8,4$; $F=47,2$; $p<0,001$). Buna göre kontrol grubundaki bireyler depresyon grubundakilere kıyasla derin düşünme ruminatif tepki boyutunu daha az kullanmaktadırlar. Saplantılı düşünme alt boyutunda ise toplam puana benzer şekilde her üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\bar{x}_{\text{unipolar}} = 15,4$; $\bar{x}_{\text{bipolar}} = 13,2$; $\bar{x}_{\text{kontrol}} = 8,8$; $F= 53,3$; $p<0,001$). Bu bulguya göre saplantılı düşünme ruminatif tepki

biçimini en sık kullanan bireyler unipolar depresyon hastaları olup bu grubu bipolar depresyon hastaları ve sağlıklı kontrol grubu izlemektedir.

4.2.2. Grupların Ruminasyona İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üstbilişler Bakımından Karşılaştırılması

Grupların Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar ölçeklerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde, bu üç grubun hem toplam puanlar hem de RUMİ- olumsuz ölçeğinin iki alt boyutuna ilişkin ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunduğu görülmektedir ($p<0,001$). Bulgular Tablo 5’de özetlenmiştir.

Tablo 5. Grupların Ruminasyona ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişler bakımından karşılaştırılması

	N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
				Alt Sınır	Üst Sınır		
RUMİ-Olumlu	Unipolar Depresyon	50	25,4	6,9	23,4	27,3	
	Bipolar Depresyon	50	25,2	9,8	23,3	27,1	10,55
	Kontrol	50	20,2	5,6	18,6	21,8	p<0,001
RUMİ- Olumsuz	Unipolar Depresyon	50	32,9	9,5	30,2	35,6	
	Bipolar Depresyon	50	31,3	8,8	28,8	33,8	45,96
	Kontrol	50	19,0	4,6	17,7	20,3	p<0,001
RUMİ- Olumsuz 1 (<i>Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi</i>)	Unipolar Depresyon	50	18,0	4,2	16,8	19,2	
	Bipolar Depresyon	50	16,7	4,3	15,5	17,9	59,09
	Kontrol	50	10,0	3,2	9,2	10,9	p<0,001
RUMİ- Olumsuz 2 (<i>Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları</i>)	Unipolar Depresyon	50	14,9	6,1	13,1	16,6	
	Bipolar Depresyon	50	14,5	5,3	13,0	16,0	23,96
	Kontrol	50	8,9	2,0	8,3	9,5	p<0,001

RUMİ- Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği; RUMİ-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

Bonferroni düzeltmesine göre, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar bakımından kontrol grubunun ($\bar{x}_{\text{kontrol}} = 20,2$; $F = 10,5$; $p < 0,001$) her iki depresyon gurubundan ($\bar{x}_{\text{unipolar}} = 25,4$; $\bar{x}_{\text{bipolar}} = 25,2$) daha düşük puan ortalamasına sahip olduğunu, depresyon grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Grupların ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar puanlarında da benzer bir farklılaşma söz konusudur; kontrol grubu ($\bar{x}_{\text{kontrol}} = 19,0$; $F = 45,9$; $p < 0,001$) her iki depresyon grubundan ($\bar{x}_{\text{unipolar}} = 32,9$; $\bar{x}_{\text{bipolar}} = 31,3$) belirgin ölçüde daha düşük puanlara sahiptir ve depresyon grupları arasındaki fark anlamlı değildir. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği toplam puanında izlenen eğilim alt ölçeklerinde de görülmektedir. Her iki alt ölçekte de kontrol grubu puanları ($\bar{x}_{\text{kontrol-1}} = 10,0$; $F = 59,1$; $p < 0,001$; $\bar{x}_{\text{kontrol-2}} = 8,9$; $F = 23,9$; $p < 0,001$) depresyon grubu puanlarına ($\bar{x}_{\text{unipolar-1}} = 18,0$; $\bar{x}_{\text{bipolar-1}} = 16,7$; $\bar{x}_{\text{unipolar-2}} = 14,9$; $\bar{x}_{\text{bipolar-2}} = 14,5$) göre düşüktür ve depresyon gruplarının kendi içindeki farklılaşması anlamlı değildir.

4.2.3. Grupların Dürtüsellik Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

Araştırmanın konusu olan diğer klinik değişkenlerden farklı olarak katılımcıların dürtüsellik toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Bununla beraber ölçeğin motor dürtüsellik alt boyutunda depresyon gruplarının lehine ve plansız dürtüsellik alt boyutunda kontrol grubunun lehine olmak üzere farklılaşma görülmektedir ($p < 0,001$). Gerçekleştirilen varyans analizine ilişkin bulgular Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Grupların dürtüsellik puanları bakımından karşılaştırılması

		N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
BDÖ	Unipolar Depresyon	50	66,5	10,2	63,6	69,4	0,60	0,552
	Bipolar Depresyon	50	66,0	10,3	63,0	68,9		
	Kontrol	50	64,2	6,1	62,9	66,3		
BDÖ (<i>Dikkatsel Dürtüsellik</i>)	Unipolar Depresyon	50	17,9	3,7	16,8	18,9	3,55	0,031
	Bipolar Depresyon	50	17,9	3,6	16,9	19,0		
	Kontrol	50	16,4	2,3	15,8	17,1		
BDÖ (<i>Motor Dürtüsellik</i>)	Unipolar Depresyon	50	22,5	5,3	21,0	24,0	12,73	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	24,0	5,8	22,3	25,7		
	Kontrol	50	19,2	2,9	18,4	20,1		
BDÖ (<i>Plansız Dürtüsellik</i>)	Unipolar Depresyon	50	26,0	5,2	24,5	27,5	15,32	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	23,9	4,3	22,7	25,2		
	Kontrol	50	29,0	3,7	29,9	30,0		

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Tablo incelendiğinde, motor dürtüsellik alt boyutunda kontrol grubunun ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=19,2$; $F=12,73$; $p<0,001$) depresyon gruplarından ($\bar{x}_{\text{unipolar}}=22,5$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=24,0$) düşük, plansız dürtüsellik alt boyutunda ise yüksek olduğu ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=29,0$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=26,0$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=23,9$; $F=15,32$; $p<0,001$) görülmektedir.

4.2.4. Grupların Duygu Düzenleme Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 7 incelendiğinde, duygu düzenlemenin her iki alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Bonferroni düzeltme sonuçları yeniden değerlendirme alt boyutunda kontrol grubundaki bireylerin ortalamasının ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=32,5$; $F=21,02$; $p<0,001$) diğer iki gruptan ($\bar{x}_{\text{unipolar}}=23,0$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=25,1$) anlamlı olarak daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Baskılama alt boyutunda ise yalnızca bipolar depresyon hastaları ($\bar{x}_{\text{bipolar}}=16,8$) ile kontrol grubu ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=13,5$) arasında bipolar grubun lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,010$). Bu durumda kontrol grubundaki bireylerin duygularını düzenlerken “yeniden değerlendirme”ye unipolar ve bipolar hastalardan daha sıklıkla başvurdukları, bipolar hastaların ise duygularını düzenlerken “baskılama”ya kontrol grubundaki bireylerden daha sık başvurdukları söylenebilir.

Tablo 7. Grupların Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyut puanları bakımından karşılaştırılması

		N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Duygu Düzenleme (Yeniden Değerlendirme)	Unipolar Depresyon	50	23,0	9,0	20,4	25,6	21,02	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	25,1	8,1	22,8	27,4		
	Kontrol	50	32,5	5,3	31,0	34,0		
Duygu Düzenleme (Baskılama)	Unipolar Depresyon	50	15,3	5,3	13,8	16,8	4,73	0,010
	Bipolar Depresyon	50	16,8	5,8	15,1	18,5		
	Kontrol	50	13,5	5,1	12,0	15,0		

4.2.5. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

Bu çalışmada unipolar depresyon hastalarının psikolojik dayanıklılık ortalaması 13,7; bipolar depresyon hastalarının ortalaması 14,6 ve kontrol grubunun ortalaması 21,9 olarak bulunmuştur. Farkın kaynağının araştırıldığı Post Hoc testi sonuçları, kontrol grubu ile her iki depresyon grubu arasında anlamlı bir farklılık olduğuna, depresyon gruplarının kendi içinde anlamlı bir farklılık bulunmadığına işaret etmektedir ($F=51,24$, $p<0,001$). Bu durumda araştırmaya katılan gruplar içerisinde kontrol grubundaki bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin unipolar depresyon ve bipolar depresyon grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu söylenebilir. Bulgular Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8. Grupların psikolojik dayanıklılık bakımından karşılaştırılması

	N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p	
				Alt Sınır	Üst Sınır			
Psikolojik Dayanıklılık	Unipolar Depresyon	50	13,7	5,0	12,3	15,1	51,24	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	14,6	4,3	13,3	15,8		
	Kontrol	50	21,9	3,8	20,8	22,9		

4.2.6. Grupların Bilişsel İşlevler Bakımından Karşılaştırılması

İz sürme testi A ve B formu skorları ile Stroop testi 5. kart toplam süre puanları (enterferans) bakımından kıyaslanan gruplar arasında İz sürme testi A formu puanları bakımından her üç grup arasında, B formu puanları bakımından kontrol grubu ile her iki depresyon grubu arasında ve Stroop testi 5. Kart tamamlama süresi bakımından kontrol grubu ile her iki depresyon grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre kontrol grubu, İz Sürme Testi A formunu en hızlı bitiren gruptur ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=26,9$; $F=14,34$; $p<0,001$), ikinci sırada unipolar depresyon hastaları, son sırada ise bipolar depresyon hastaları yer almaktadır ($\bar{x}_{\text{unipolar}}=46,8$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=71,5$). İz Sürme Testi B formu skorlarında da aynı sıralama gözlenmektedir ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=52,8$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=98,5$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=134,2$; $F=13,61$; $p<0,001$). Stroop testi 1, 2 ve 3. Kartlarda kontrol grubu en iyi performansı göstermiş olup depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Grupların puanları incelendiğinde, 1.Kartta ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=8$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=10,5$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=10,4$; $F=15,56$; $p<0,001$), 2.Kartta ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=8,3$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=10,8$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=11,4$; $F=15,40$; $p<0,001$) ve 3.Kartta ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=11,0$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=13,9$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=14,5$; $F=12,32$; $p<0,001$) şeklinde ortalamalar kaydedildiği görülmektedir. Stroop testi 4. Kartta ise her üç grup arasında anlamlı farklılık kaydedilmiş ve sıralamanın ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=13,4$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=18,0$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=22,2$; $F=18,06$; $p<0,001$) şeklinde olduğu görülmüştür. Yani Stroop testi 4. Kartta en iyi performansı kontrol grubundaki bireyler en kötü performansı ise bipolar depresyon grubundaki bireyler göstermiştir. Stroop testi enterferans puanlarının (5. Kart tamamlama süresi) dağılımları incelendiğinde ise 1,2 ve 3. Kartlara benzer şekilde kontrol grubu testi belirgin bir süre farkıyla diğer iki gruptan önce bitirmiştir ve iki depresyon grubu arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($\bar{x}_{\text{kontrol}}=21,6$; $\bar{x}_{\text{unipolar}}=31,7$; $\bar{x}_{\text{bipolar}}=34,9$; $F=13,47$; $p<0,001$). Bilişsel işlevlere ilişkin bulgular Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Grupların bilişsel işlevler bakımından karşılaştırılması

		N	\bar{X}	SS	%95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
İz Sürme (Skor A)	Unipolar Depresyon	50	46,8	21,9	40,6	53,0	14,34	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	71,5	68,2	52,1	90,9		
	Kontrol	50	26,9	9,9	24,1	29,7		
İz Sürme (Skor B)	Unipolar Depresyon	50	98,5	49,8	84,3	112,7	13,61	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	134,2	123,5	99,1	169,3		
	Kontrol	50	52,8	25,3	45,6	60,0		
Stroop 1. Kart	Unipolar Depresyon	50	10,5	2,8	9,7	11,3	15,56	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	10,4	2,8	9,6	11,2		
	Kontrol	50	8,0	1,6	7,5	8,5		
Stroop 2. Kart	Unipolar Depresyon	50	10,8	2,9	10,0	11,7	15,40	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	11,4	3,7	10,3	12,4		
	Kontrol	50	8,3	1,7	7,9	8,8		
Stroop 3. Kart	Unipolar Depresyon	50	13,9	3,7	12,9	15,0	12,32	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	14,5	4,6	13,2	15,8		
	Kontrol	50	11,0	2,7	11,2	11,8		
Stroop 4. Kart	Unipolar Depresyon	50	18,0	5,7	16,4	19,7	18,06	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	22,2	10,8	19,1	25,3		
	Kontrol	50	13,4	3,3	12,4	14,3		
Stroop (Bölüm 5 Toplam Süre- İnterferans)	Unipolar Depresyon	50	31,7	13,4	27,9	35,6	13,47	p<0,001
	Bipolar Depresyon	50	34,9	17,6	29,9	39,9		
	Kontrol	50	21,6	7,1	19,6	23,6		

4.3.Unipolar Depresyon ve Bipolar Depresyon Hastaları ile Kontrol Grubunda Ruminasyonun Klinik Değişkenler ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi

Bu bölümde grupların ruminasyon düzeyleri ile bilişsel işlevler ve klinik değişkenler (dürtüsellik, psikolojik sağlamlık ve duygu düzenleme) ilişkisi incelenmiştir. İlişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson Momentler Çarpım korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre her iki depresyon grubunda yaş ve hastalık başlangıç yaşı ile ruminasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiler negatif yönlü olup hastalık başlangıç yaşı için unipolar depresyon grubunda ($r = -0,44, p < 0,01$), bipolar depresyon grubunda ($r = -0,29, p < 0,05$) şeklinde bulunmuştur. Yaş açısından bakıldığında ise unipolar depresyon grubunda ($r = -0,31, p < 0,05$), bipolar depresyon grubunda ($r = -0,41, p < 0,01$) şeklinde bulunmuştur. Yani yaş ve hastalık başlangıç yaşı yükseldikçe ruminasyon düzeyleri düşmektedir. İfade edilen değişkenlere ilişkin bulgular unipolar depresyon hastaları için Tablo 10'da, bipolar depresyon hastaları için Tablo 11'de ve kontrol grubu için Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 10. Unipolar depresyon hastalarında ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

RTÖ	RTÖ (<i>dd</i>)	RTÖ (<i>sd</i>)	BDÖ (<i>dd</i>)	BDÖ (<i>md</i>)	BDÖ (<i>pd</i>)	DDÖ (<i>yd</i>)	DDÖ (<i>ba</i>)	KPD	IZA	IZB	STR-5
RTÖ (<i>dd</i>)	,945**										
RTÖ (<i>sd</i>)	,936**	,770**									
BDÖ	,487**	,544**	,367**								
BDÖ (<i>dd</i>)	,481**	,484**	,418**	,760**							
BDÖ (<i>md</i>)	,292*	,292*	,257	,705**	,392**						
BDÖ (<i>pd</i>)	,310*	,419**	,156	,693**	,369**	,085					
DDÖ (<i>yd</i>)	-,308*	-,338*	-,238	-,233	-,323*	-,062					
DDÖ (<i>ba</i>)	-,011	-,044	,025	,250	,332*	,191	,057	-,129			
KPD	-,335*	-,307*	-,323*	-,084	-,114	-,058	-,023	,428**	-,198		
IZA	-,335*	-,276	-,358*	,157	,080	,094	,154	,169	,179	,067	
IZB	-,287*	-,335*	-,201	-,003	,075	,018	-,077	,215	,089	,099	,587**
STR-5	-,217	-,306*	-,096	,002	,082	,001	-,057	,137	-,067	,027	,488**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, RTÖ (*dd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Derin Düşünme Alt Boyutu, RTÖ (*sd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Saplantılı Düşünme Alt boyutu, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, BDÖ(*dd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatsel Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ (*md*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ(*pd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plansız Dürtüsellik Alt Boyutu, DDÖ (*yd*): Duygu Düzenleme Ölçeği Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDÖ (*ba*): Duygu Düzenleme Ölçeği Baskılama Alt Boyutu, KPD: Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, IZA: İz Sürme Testi Skor A, IZB: İz Sürme Testi Skor B, STR-5: Stroop Testi 5. Kart Tamamlama Süresi (interferans)

Tablo 10 incelendiğinde Ruminatif Tepkiler Ölçeği toplam puanının en yüksek korelasyonları sırasıyla BDÖ toplam puanı ($r = 0,487$; $p < 0,01$), BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt puanı ($r = 0,481$; $p < 0,01$), KPD ($r = -0,335$; $p < 0,05$), İz Sürme Testi A formu ($r = -0,335$; $p < 0,05$), BDÖ plansız dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,310$; $p < 0,05$), DDÖ yeniden değerlendirme alt boyutu ile ($r = -0,308$; $p < 0,05$), BDÖ motor dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,292$; $p < 0,05$) ve İz Sürme Testi B formu ($r = -0,287$; $p < 0,05$) ile gösterdiği görülmektedir.

Ruminatif Tepkiler Ölçeği derin düşünme alt boyutu, BDÖ toplam puanı ile ($r = 0,544$; $p < 0,01$), BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt boyutu ile ($r = 0,484$; $p < 0,01$), BDÖ plansız dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,419$; $p < 0,01$), DDÖ yeniden değerlendirme alt boyutu ile ($r = -0,338$; $p < 0,05$), İz Sürme Testi B formu ile ($r = -0,335$; $p < 0,05$), KPD ile ($r = -0,307$; $p < 0,05$), Stroop testi 5. Kart tamamlama süresi ile ($r = -0,306$; $p < 0,05$) ve BDÖ motor dürtüsellik alt boyutu ile ($r = 0,292$; $p < 0,05$) korelasyon düzeyine sahiptir.

Ruminatif Tepkiler Ölçeği saplantılı düşünme alt boyutu ise BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt boyutu ile ($r = 0,418$; $p < 0,01$), DDÖ toplam puanı ile ($r = 0,367$; $p < 0,01$), İz sürme Testi A Formu ile ($r = -0,358$; $p < 0,05$) ve KPD ile ($r = -0,323$; $p < 0,05$) korelasyon düzeyine sahiptir.

Tablo 11. Bipolar depresyon hastalarında ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

	RTÖ	RTÖ (<i>dd</i>)	RTÖ (<i>sd</i>)	BDÖ	BDÖ (<i>dd</i>)	BDÖ (<i>md</i>)	BDÖ (<i>pd</i>)	DDÖ (<i>yd</i>)	DDÖ (<i>ba</i>)	KPD	IZA	IZB	STR-5
RTÖ													
RTÖ (<i>dd</i>)	,925**												
RTÖ (<i>sd</i>)	,934**	,728**											
BDÖ	,250	,197	,266										
BDÖ (<i>dd</i>)	,300*	,246	,310*	,821**									
BDÖ (<i>md</i>)	,392**	,322*	,403**	,799**	,551**								
BDÖ (<i>pd</i>)	-,184	-,172	-,171	,601**	,365**	,083							
DDÖ (<i>yd</i>)	-,447**	-,298*	-,526**	-,120	-,070	-,337*	,226						
DDÖ (<i>ba</i>)	,071	,147	-,009	-,029	-,011	,002	-,062	,288*					
KPD	-,382**	-,327*	-,382**	,194	,043	,017	,398**	,398**	,026				
IZA	-,116	-,023	-,187	-,444**	-,343*	-,415**	-,205	,155	-,203	-,016			
IZB	-,230	-,145	-,279*	-,413**	-,316*	-,383**	-,196	,148	-,147	,104	,594**		
STR-5	-,086	-,081	-,079	-,161	-,255	-,169	,058	,066	-,262	,025	,517**	,294*	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, RTÖ (*dd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Derin Düşünme Alt boyutu, RTÖ (*sd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Saplantılı Düşünme Alt boyutu, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, BDÖ(*dd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatsel Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ (*md*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ(*pd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plansız Dürtüsellik Alt Boyutu, DDÖ (*yd*): Duygu Düzenleme Ölçeği Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDÖ (*ba*): Duygu Düzenleme Ölçeği Baskınlama Alt Boyutu, KPD: Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, IZA: İz Sürme Testi Skor A, IZB: İz Sürme Testi Skor B, STR-5: Stroop Testi 5. Kart Tamamlama Süresi (Interferans)

Tablo 11 incelendiğinde, bipolar depresyon hastalarında RTÖ puanlarının sırasıyla DDÖ yeniden değerlendirme alt boyutuyla ($r = -0,447, p < 0,01$), BDÖ motor dürtüsellik alt boyutuyla ($r = 0,392, p < 0,01$), KPD ile ($r = -0,382, p < 0,01$), BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt boyutuyla ($r = 0,300, p < 0,05$) ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ruminatif Tepkiler ölçeği derin düşünme alt boyutunun sırasıyla KPD ($r = -0,327, p < 0,05$), BDÖ motor dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,322, p < 0,05$), DDÖ yeniden değerlendirme alt boyutu ($r = -0,298, p < 0,05$) ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ruminatif Tepkiler ölçeği saplantılı düşünme alt boyutuyla sırasıyla DDÖ yeniden değerlendirme alt boyutu ($r = -0,526, p < 0,01$), BDÖ motor dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,403, p < 0,01$), KPD ($r = -0,382, p < 0,01$), BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt boyutu ($r = 0,310, p < 0,05$) İz Sürme Testi B formu ($r = -0,279, p < 0,05$) ilişkili bulunmuştur.

Tablo 12 incelendiğinde, kontrol grubunda yapılan korelasyon analizleri sonucunda RTÖ toplam ve alt boyut puanlarının yalnızca Barratt Dürtüsellik Ölçeği “Plansız Dürtüsellik” ve “Dikkatsel Dürtüsellik” alt boyutları ile anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. RTÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının BDÖ plansız dürtüsellik alt boyut puanı ile negatif yönlü korelasyona sahip olduğu görülmüştür ($r_{RTÖ} = -0,361, p < 0,05$; $r_{RTÖdd} = -0,365, p < 0,01$; $r_{RTÖsd} = -0,279, p < 0,05$). Bunun yanında RTÖ saplantılı düşünme alt boyutu yalnızca BDÖ dikkatsel dürtüsellik alt boyutuyla ($r_{RTÖsd} = 0,354, p < 0,05$) pozitif yönlü korelasyona sahiptir.

Tablo 12. Kontrol grubunda ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisi

	RTÖ	RTÖ (<i>dd</i>)	RTÖ (<i>sd</i>)	BDÖ	BDÖ (<i>dd</i>)	BDÖ (<i>md</i>)	BDÖ (<i>pd</i>)	DDÖ (<i>yd</i>)	DDÖ (<i>ba</i>)	KPD	IZA	IZB	STR-5
RTÖ													
RTÖ (<i>dd</i>)	,901**												
RTÖ (<i>sd</i>)	,890**	,604**											
BDÖ	-,063	-,151	,043										
BDÖ (<i>dd</i>)	,188	-,009	,354*	,648**									
BDÖ (<i>md</i>)	,173	,152	,158	,666**	,339*								
BDÖ (<i>pd</i>)	-,361*	-,365**	-,279**	,714**	,168	,094							
DDÖ (<i>yd</i>)	,110	,166	,028	,165	,249	-,042	,148						
DDÖ (<i>ba</i>)	,223	,178	,223	,154	,133	,149	,052	,018					
KPD	-,134	-,031	-,213	,034	-,017	,103	-,014	,380**	-,061				
IZA	-,003	-,076	,073	-,197	-,127	-,302*	-,006	-,012	,320*	,106			
IZB	-,024	-,129	,091	-,244	-,008	-,188	-,250	,045	,202	,032	,653**		
STR-5	,093	-,048	,220	-,082	,081	-,111	-,099	-,071	,224	-,083	,517**	,526**	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, RTÖ (*dd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Derin Düşünme Alt boyutu, RTÖ (*sd*): Ruminatif Tepkiler Ölçeği Saplantılı Düşünme Alt boyutu, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, BDÖ(*dd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatsel Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ (*md*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik Alt Boyutu, BDÖ(*pd*): Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plansız Dürtüsellik Alt Boyutu, DDÖ (*yd*): Duygu Düzenleme Ölçeği Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, DDÖ (*ba*): Duygu Düzenleme Ölçeği Baskılama Alt Boyutu, KPD: Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, IZA: İz Sürme Testi Skor A, IZB: İz Sürme Testi Skor B, STR-5: Stroop Testi 5. Kart Tamamlama Süresi (İnterferans)

TARTIŞMA

Bu çalışmada, unipolar ve bipolar depresyon hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubunun ruminasyon düzeyleri bakımından karşılaştırılması ve bu gruplarda ruminasyonun bilişsel işlevler, duygu düzenleme, dürtüsellik ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular incelendiğinde, ilk olarak katılımcılar ruminasyon toplam puanları açısından karşılaştırılmış; üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmış ve unipolar depresyon grubunun en yüksek ruminasyon düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Unipolar depresyon grubunu sırasıyla bipolar depresyon ve kontrol grubu takip etmektedir. Ruminasyonun derin düşünme alt boyutunda ise kontrol grubu ile depresyon grupları arasında anlamlı fark saptanmış ancak her iki depresyon grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre depresyon hastaları derin düşünme ruminatif tepki biçimini sağlıklı bireylerden daha sık kullanmaktadırlar. Bir diğer alt boyut olan saplantılı düşünmede ise her üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre saplantılı düşünme ruminatif tepki biçimini en sık kullanan bireyler unipolar depresyon hastaları olup bu grubu bipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grubu izlemektedir.

Ruminasyona ilişkin literatür incelendiğinde 1990'lı yıllara dek çoğunlukla OKB ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olarak kullanılan ruminasyon kavramının 1991 yılında depresyon ve bipolar bozukluk açısından Nolen Hoeksema ve arkadaşları tarafından tepki biçimleri kuramı çerçevesinde yeniden ele alındığı görülmektedir (80). Unipolar ve bipolar depresyon hastaları ile sağlıklı kontrollerin

ruminatif yanıtlarının değerlendirildiği bir çalışmada; olumsuz duygulanıma yanıt olarak oluşan ruminasyonların bipolar ve unipolar depresyon grubunda duygudurum bozukluğu olmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (138). 1997 yılında yapılan bir çalışmada ruminasyonun depresyon başlangıcını yordadığı ve depresif belirtilerin devamında rolü olduğu ortaya konulmuştur (84). 2000 ve 2002 yıllarında yapılan iki çalışmada bireylerin ruminasyon düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu kaydedilmiştir (19,139). Bentall ve arkadaşları, 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada depresif ve manik dönemdeki katılımcılarla karşılaştırıldığında, remisyon döneminde olan bireylerin ruminasyonu daha sık kullandıklarını bildirirken, Van der Gucht ve arkadaşları 2009 yılında mani ve remisyon dönemindeki bipolar bozukluğu olan kişilere kıyasla, depresyonda olanların ruminasyonu daha sık kullandıklarını saptamışlardır (87,88). Yapılan bir başka çalışmada ise unipolar depresyon, bipolar depresyon ve kontrol grupları ruminasyon düzeyleri açısından karşılaştırılmış ve depresyon gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek ruminasyon düzeyleri saptanmıştır. Depresyon grupları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (138). Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda elde edilen depresyon gruplarının ruminasyon düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı derece yüksek olması literatürle uyumludur. Ayrıca çalışmamızda depresyon grupları arasında ruminasyon düzeyleri açısından anlamlı fark olması literatürdeki depresyon grupları arasında ruminasyon açısından anlamlı farklılık göstermeyen çalışmaların aksine unipolar depresyon hastalarının ruminasyonu bipolar depresyon hastalarından daha fazla kullandıkları şeklinde yorumlanabilir ve unipolar-bipolar depresyon ayırımı açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bipolar ve unipolar depresyon hastalarında ruminasyonla ilgili üstbilişleri araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların birisinde unipolar depresyon hastalarında ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (128). 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada unipolar depresyon, bipolar depresyon ve kontrol grubu ruminasyonla ilgili üstbilişler açısından karşılaştırılmış olup, ruminasyonla ilgili olumlu inançlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada gruplar ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği puanları açısından karşılaştırılmış ve depresyon gruplarının kontrol grubuna göre daha yüksek skorlar aldıkları, depresyon grupları arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (138). Bizim çalışmamızda ise yukarıdaki çalışmanın aksine gruplar arasında ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar açısından anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Bu fark kontrol grubu ile depresyon grupları arasındadır. Kontrol grubundaki bireylerin ruminasyonla ilgili olumlu üstbilişsel inanışları depresyon gruplarındaki bireylere göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bu fark depresyon hastalarının depresyonlarının nedenlerini anlamak ve depresif durumlarından kurtulmak için ruminasyona daha çok başvurma ihtiyacı hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Gruplar ruminasyonla ilgili olumsuz inançlar bakımından incelendiğinde ise olumsuz inanışlar toplam puanı, ruminasyonların kontrol edilemez olduğuna dair inanışlar ve ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin inanışlar açısından hasta gruplarının sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgular literatürdeki bilgilerle ve bahsedilen çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur.

Çalışma kapsamında ele alınan bir diğer amaç grupları bilişsel işlevleri açısından karşılaştırmaktır. Çalışmanın bulguları kontrollere göre daha kötü performans göstermiş olsalar da, hasta grupları arasında nöropsikolojik test performansları açısından, genel olarak, bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur. İstisnai iki bulgudan biri İz sürme testi A formu skorları arasındadır. Bu değişkene ilişkin en düşük performans bipolar depresyon grubunda gözlenirken sonrasında sırasıyla unipolar depresyon grubu ve kontrol grubunun geldiği görülmüştür. İz Sürme testi B formunda ise kontrol grubu depresyon gruplarından anlamlı farklılık göstermiş olup bu testte daha yüksek performans göstermişlerdir. İki depresyon grubu arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Depresyon gruplarının birbirinden farklılık gösterdiği diğer nöropsikolojik değerlendirme bulgusu Stroop testinin 4. kartına aittir. Bu kart hariç bütün kartlarda gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, kontrol grubundaki bireylerin bu testi depresyon grubundaki bireylere kıyasla daha hızlı tamamladıkları saptanmıştır. Dördüncü kartta ise unipolar hasta grubundaki bireylerin bipolar grubundaki bireylere göre daha iyi performans gösterdikleri gözlenmiştir. Literatürde unipolar ve bipolar depresyon gruplarında bilişsel işlevleri karşılaştıran çalışmalara bakıldığında depresyon grupları arasında bilişsel işlevler açısından farklılık olmadığını gösteren çalışmaların (140) yanı sıra bipolar hastaların unipolar depresyon hastalarına göre bilişsel işlevler açısından daha kötü performans gösterdiğine dair çalışmalar da mevcuttur (141). Ruminasyon ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkiye bakacak olursak ruminatif tepki düzeylerinin unipolar depresyon hasta grubunda iz sürme testi A ve B formu ile negatif yönde anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır. Bipolar depresyon ve kontrol grubunda ise ruminasyon ile bilişsel işlevler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Ruminasyon ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi ele alan az sayıdaki çalışmada ilgili veriler net olmamakla birlikte ruminasyonun daha çok depresyon ve yürütücü işlevlerdeki bozukluk arasında aracı bir rolünün olabileceği, ruminasyonun depresif duygudurumun devamını sağlayarak dolaylı yoldan bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açabileceği bildirilmiştir (6,9). 2014 yılında Aker ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada depresyon hastalarında ruminasyon ile bilişsel işlevler arasında bir ilişki saptanmamıştır (142). Bunun yanında Watkins ve Brown 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada, depresyon hastalarında artmış ruminatif yanıtların özellikle dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (9). Heaton ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada ise ruminasyonu olan depresif hastaların bilişsel işlevleri ölçen nöropsikolojik test puanlarının daha düşük olduğu, özellikle dikkat ve konsantrasyon alanlarında sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir (91). Çalışmamızın dikkate değer bulgularından birisi unipolar depresyon hastalarının ruminasyon toplam puanları ve ruminasyonun saplantılı düşünme alt boyutu puanlarının bipolar depresyon hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olmasına rağmen bilişsel işlevleri ölçen nöropsikolojik test performanslarının daha iyi saptanmış olmasıdır. Yani daha ruminatif olan unipolar depresyon hastaları bilişsel işlevler açısından yapılan nöropsikolojik testlerde bipolar depresyon hastalarından daha iyi bir performans göstermişlerdir. Ayrıca yukarıda da bahsedildiği gibi bizim çalışmamızda bipolar depresyon grubunda ruminasyon ile Stroop ve İz sürme testi performansları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen unipolar depresyon grubunda ruminasyon ile İz sürme testi A formu performansı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Unipolar depresyon grubunda ruminasyon ile İz sürme testi A formu arasındaki negatif yönlü

olan bu anlamlı ilişki, daha ruminatif olan unipolar depresyon hastalarının, ruminasyonun şiddetine bağlı olarak kompanze edebilecek kadar (dolayısıyla şiddetle korele gidecek biçimde) bilişsel kapasite gösterdiğini oysa BP hastalarında ruminasyonun etkisine yanıt verecek kapasite olmadığından unipolar hastalarda gözlenen linearitenin kaybolduğu öne sürülebilir.

Araştırmanın konusu olan klinik değişkenlerden biri olan dürtüsellik toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber ölçeğin motor dürtüsellik alt boyutunda depresyon gruplarının lehine ve plansız dürtüsellik alt boyutunda kontrol grubunun lehine olmak üzere anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Çalışmamızın bir diğer amacı olan ruminasyon ile dürtüsellik ilişkisine bakacak olursak her üç grupta da ruminatif tepkiler ile dürtüsellik düzeyi ve alt puanları arasında korelasyon saptandığı görülmektedir. Unipolar depresyon grubunda, bireylerin ruminatif tepki düzeyleri dürtüsellik ve tüm alt boyutları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bipolar depresyon grubunda, bireylerin ruminasyon düzeyleri dürtüsellik motor dürtüsellik ve dikkatsel dürtüsellik alt boyutları ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak kontrol grubunda bireylerin ruminasyon düzeyleri ile plansız dürtüsellik alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu alanda yapılmış çalışmalar incelenecek olursa, dürtüsellik plan yapmama (108), risk alma (108,109), dışa dönüklük, heyecan arama (109), yanıt inhibisyonu (110), karar verme (111) gibi bilişsel süreçlerle ilişkili bulunduğu görülmektedir. Bu süreçler tamamen aynı olmasa da büyük oranda birbiri ile ilişkili süreçlerdir. Ayrıca literatürde dürtüsellik hem normal hem de klinik popülasyonda görülebildiği bildirilmiştir. Patolojik boyuttaki dürtüsellik, kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve işlevselliklerini azaltmaktadır (111). Artmış dürtüsellik; madde kötüye

kullanımı, artmış ruminatif düşüncelere bağlı intihar davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle sonuçlanabilir (112,113). Bu bağlamda bizim çalışmamızda elde edilen bulguların literatür bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada bakılan bir diğer klinik değişken duygu düzenleme olup çalışmaya katılan depresyon hastalarının daha fazla dışavurumcu bastırma ve daha az yeniden değerlendirme eğiliminde oldukları, kontrol grubundaki bireylerde ise tam tersine yeniden değerlendirme eğiliminin daha fazla, bastırma eğiliminin daha az olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda unipolar depresyon grubunun ruminatif tepkiler derin düşünme alt boyutu, yeniden değerlendirmeye yönelik duygu düzenleme puanları ile negatif korelasyon göstermiştir. Bipolar depresyon grubunda da benzer şekilde ruminatif tepki düzeyi ile yeniden değerlendirmeye yönelik duygu düzenleme puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Depresyon grupları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde, ruminasyon ile duygu düzenleme arasındaki ilişkiye bakan çalışmalarda depresyon belirtilerinin arttığı bireylerde ruminasyonla birlikte duygu düzenleme stratejilerinden olan dışavurumcu bastırmanın daha fazla ve yeniden değerlendirmenin daha az kullanıldığı bildirilmiştir (96,97). Yapılan bir meta-analizde depresyon puanlarındaki yüksekliğin sadece ruminasyonun fazlalığıyla ilişkili olmadığı; aynı zamanda duygu düzenlemenin alt bileşenlerinden olan bastırmanın fazla kullanılması ve yeniden değerlendirmenin az kullanılmasıyla da ilişkili olduğu gösterilmiştir (98). Singer ve Dobson olumsuz duygu durumunun tetiklenmesi sırasında ruminasyon yönergesi verilenlerin daha yüksek düzeylerde depresif duygu durumu deneyimlediklerini gözlemlemişlerdir (100). Depresyon hastalarında, diğer duygu düzenleme yaklaşım biçimleri ile ruminasyon arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Liverant ve arkadaşları,

üzüntü duygusu tetiklendikten sonra depresyon tanısı alan katılımcılardan çeşitli öz bildirim ölçeklerini doldurmalarını istemiş ve bu hastalarda ruminasyonun duygu düzenleme stratejilerinden olan baskılama ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu gözlemlemişlerdir (101). Aldao ve Nolen-Hoeksema uyumlu (yeniden değerlendirme) ve uyumsuz (ruminasyon ve düşünceleri bastırma) bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile anksiyete ve depresyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu olanlara oranla söz konusu bozukluklar ile daha güçlü bir ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Bu durum, bozuklukların oluşmasında duygu düzenleme stratejilerinden uyumsuz olanların kullanımının uyumlu stratejilere göre daha önemli bir rolünün olduğu şeklinde yorumlanmıştır (98). İfade edilen araştırmaların bulguları bizim çalışmamızda elde edilen bulgularla uyumludur. Buradan hareketle depresyon hastalarının içinde buldukları durumla ilgili daha çok ruminatif düşünceye sahip olmaları onların uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini daha çok kullanmalarına neden olabilir şeklinde bir yorum yapılabilir.

Bizim çalışmamızda bakılan bir diğer klinik değişken psikolojik dayanıklılık olup kontrol grubundaki bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının depresyon gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Depresyon grupları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ruminasyon ve psikolojik dayanıklılık ilişkisine bakacak olursak çalışmamızda depresyon gruplarında ruminasyon düzeylerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile negatif yönlü korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Yani ruminasyon düzeyi yüksek olan depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeyi sağlıklı bireylere göre daha düşüktür ve bireyin ruminasyon yapma düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin düştüğü görülmektedir.

Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmekle beraber yapılan çalışmalarda ruminasyon tipik olarak major depresyon bozukluğuna özgü temel bir bilişsel özellik olarak kabul edilmektedir (119). Kobasa, yüksek dayanıklılık düzeyi ile fiziksel sağlık ve ruh sağlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu; dayanıklılığın stresin olumsuz etkilerini azalttığını ortaya koymuştur (117). Yapılan bir başka çalışmada ise dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu ve dayanıklılığın, stres ve hastalık semptomları arasında bir tampon etkisinin olabileceği bildirilmiştir (118). Psikolojik dayanıklılıkta bireyler daha çok pozitif düşünceler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu özellik bireyleri, ruminasyonun aksine, depresyona karşı korumakta ve var olan depresyon belirtilerinde azalmaya neden olabilmektedir (119,120). Bu bağlamda bizim çalışmamızda elde edilen bulgular, literatürdeki bulgularla uyumludur. Buradan hareketle psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin ruminasyona ve dolayısıyla depresyona karşı daha dirençli olacakları yorumu yapılabilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Örneklem sayısının küçük olması, bu kısıtlılıklardan biri olup, sonuçların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Ayrıca olguların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması ve uzunlamasına izlem sonuçlarının olmaması, tedavinin bakılan özellikler ile ilişkisini anlamayı güçleştirmektedir. Sonuçlarda kesin bir neden-sonuç ilişkisinin kurulamaması, benzer popülasyonlarda yapılmış çalışmaların sayısının az olması nedeniyle karşılaştırma yapmanın mümkün olmaması veya yetersiz kalması, kullanılan psikotrop ilaç türünün bakılan özellikler açısından değerlendirilmemiş olması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarındandır.

SONUÇ

1. Çalışmamızda unipolar depresyon hasta grubunu ruminasyon düzeyi en yüksek grup olarak bulunmuştur. Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlar ölçeğinden en düşük puanı kontrol grubu almış olup depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
2. Bilişsel işlevler bakımından bakıldığında depresyon grupları arasında sadece iz sürme testi A formu ile Stroop testi 4. Kart puanları açısından anlamlı farklılık saptanmış olup her iki testte de unipolar depresyon grubu daha iyi performans göstermiştir. Ayrıca bipolar depresyon grubunda ruminasyon ile Stroop ve İz sürme testi performansları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen unipolar depresyon grubunda ruminasyon ile İz sürme testi A formu performansı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
3. Barratt dürtüsellik ölçeğinin motor dürtüsellik alt boyut puanları kontrol grubunda depresyon gruplarına göre daha düşük bulunmuş, plansız dürtüsellik alt boyutunda ise tam tersine kontrol grubunda depresyon gruplarına göre daha yüksek puanlar saptanmıştır.
4. Duygu düzenlemenin alt boyutlarından olan yeniden değerlendirmeyi kontrol grubu depresyon gruplarına göre daha çok kullanırken bipolar depresyon grubundaki bireyler bir diğer alt boyut olan baskılamayı unipolar depresyon ve kontrol gruplarına göre daha çok kullanmaktadırlar.
5. Psikolojik dayanıklılık bakımından kontrol grubu en yüksek puanlara sahip olup depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yani

depresyon gruplarındaki bireylerin kontrol grubuna göre daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları görülmüştür.

6. Duygu düzenleme yeniden değerlendirme alt boyutu depresyon hastalarında ruminatif tepki düzeyi ile negatif yönde ilişkilidir. Yani bireylerin ruminatif tepki düzeyleri yükseldikçe duygu düzenlemenin bir alt boyutu olan yeniden değerlendirme düzeyleri düşmektedir. Kontrol grubunda bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.



KAYNAKLAR

- 1- Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2015: 261-326.
- 2- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Eleventh ed. Bozkurt A, editor. Ankara: Güneş Kitabevi; 2016.
- 3- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(4): 569-582.
- 4- Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; 110: 353-357.
- 5- Robinson SM, Alloy LB. Negative Cognitive Styles And Stress-Reactive Rumination Interact To Predict Depression: A Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27: 275–291.
- 6- Ghaznavi S, Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder:evidence for an unquiet mind. *Biology of Mood & Anxiety Disorders* 2012; 2:2.
- 7- Erico de M. Silveira Jr, Marcia Kauer-Sant'Anna. Rumination in bipolar disorder: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015; 37(3): 256-263.
- 8- Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disord.* 2007; 9(1-2): 114-125.
- 9- Watkins E, Brown RG. Rumination and executive function in depression: an experimental study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72:400–402.
- 10- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- 11- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th ed) Lippincott Williams &Wilkins Company- Wolters Kluwer Business, Philadelphia (PA) 2007; 527-578.
- 12- Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 1992; 106 (Suppl):71-4.
- 13- Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Baskı 2 Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 240-64.

- 14- The World Health Report 2001. Mental Disorders Affect One in Four People: Pres Release WHO/42: 2001.
- 15- Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*. 1999;156: 1000–1006.
- 16- Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biological Psychiatry* 1999; 45: 300-307.
- 17- Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara 2003:5-11.
- 18- Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, Walsh AES, Olds RJ. Gender differences in bipolar disorder: Age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7 :119–125.
- 19- McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1996 : 174–196.
- 20- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50:143–151.
- 21- Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(2) :199-209.
- 22- MaJ M, Akiskal HS, Lopez J, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. Oral T, editor. İstanbul: Medikal Yayın Ajansı, 2003.
- 23- Saka MC, Özer S, Uluşahin A. Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(4):283-292.
- 24- Beyer JL, Weisler RH. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder: A Review and Update for the Clinician. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39(1) :111-123.
- 25- Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 ;133(3) :174-186.
- 26- Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR, Folia S, Folia K, Tahtalian S, Biffin F, Kelin K, Smith M, Montgomery W, Kulkarni J. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):181-186.
- 27- Dilbaz N. İki uçlu depresyonda doğru tanı koymak: Tek uçlu ve iki uçlu depresyon ayrımı. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(5):45-47.

- 28- Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders And Recurrent Depression: Oxford University Press, 2007.
- 29- Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 2002; 4(1): 21-25.
- 30- De Almeida JRC, Phillips ML. Distinguishing between Unipolar Depression and Bipolar Depression: Current and Future Clinical and Neuroimaging Perspectives. *Biological Psychiatry* 2013 ; 73(2) : 111-118.
- 31- Hirschfeld R. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2014; 169: 12-16.
- 32- Bora E, Vahip S, Akdeniz F. Neurocognitive dysfunction in first degree relatives of patients with bipolar disorder. *Uluslararası Duygudurum Günleri, İstanbul 2006.*
- 33- Karakaş S, Irak M, Bekçi B. Sağlıklı İnsanda Bilgi İşleme Süreçleri: Biliş ve Üstbiliş. *Beyin ve Nöropsikoloji, Temel ve Klinik Bilimler.* Karakaş S,İRkeç C, Yüksel N(Eds). Çizgi Yayıncılık. Ankara, 2003; 31-54.
- 34- Stephen M: Stahl, *Essential Psychopharmacology*, 2. Baskı, Cambridge University Press, 2000.
- 35- Sosyal AŞ, Yalçın K. Bilişsel Psikoloji Kapsamında Yer Alan Dikkat Teorileri Yeni Symposium 2008; 46(1): 35-41.
- 36- Lezak MD, Havieson DB, LAring DW. Orientation and Attention. *Neuropsychological Assessment.* 4th edition. Oxford University Press. Newyork. 2004: 349-68.
- 37- Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK, Mcginnis S, Mahurin RK, Jerabek PA, Silva JS, Tekell JL, Martin CC, Lancaster JL, Fox PT. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression andnormal sadness. *The American Journal of Psychiatry.* 1999; 156: 675–682.
- 38- Weiland-Fiedler P, Erickson K, Waldeck T, Luckenbaugh DA, Pike D, Bonne O. Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression. *Journal of Affective Disorders.* 2004; 82: 253-258.
- 39- Baysal A, Coşar B. *Mental Durum ve Psikiyatrik Değerlendirme.* Işık E. editör. Organik Psikiyatri. Ankara, Tayf Matbaası; 1999.
- 40- Kırpınar İ. Bilişsel İşlevler, Bellek. *Genç Psikiyatristin El Kitabı.* Psikiyatrik Muayene ve Semiyoloji. Timaş Yayınları. İstanbul. 2012; 94-106
- 41- Mesulam MM. *Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri* 2.baskı (Çev. Ed.Gürvit İH). Yelkovan Yayınları, İstanbul 2004; 260-293.

- 42- Godefroy O, Azouvi P, Robert P, Roussel M, LeGall D, Meulemans T. Dysexecutive Syndrome: Diagnostic Criteria and Validation Study. *Annals of Neurology*. 2010; 68: 855-864.
- 43- Elliott R. Executive functions and their disorders. *Br. Med. Bull.*2003; 65: 49–59.
- 44- Porter R, Gallagher P, Thompson JM, Young AH. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 214-220.
- 45- Fossati P, Ergis AM, Allilaire JF. Executive functioning in unipolar depression: a review. *Encephale* 2002; 28: 97-107
- 46- Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadic A. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012; 125: 281–292.
- 47- Zakzanis KK, Leach L, Kaplan E. On The Nature and Pattern of Neurocognitive Function in Major Depressive Disorder. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1998; 11(3): 111-9.
- 48- Demirel A, Demirel ÖF, Kadak MT, Duran A. Neurocognitive Deficits in Euthymic Bipolar Patients. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(3): 381-395.
- 49- Clark L, Kempton MJ, Scarnà A, Grasby PM, Goodwin GM. Sustained attention- deficit confirmed in euthymic bipolar disorder but not in first-degree relatives of bipolar patients or euthymic unipolar depression. *Biol Psychiatry* 2005; 57(2): 183-7.
- 50- Ferrier IN, Chowdury R, Thompson JM, et al. Neurocognitive function in unaffected first degree relatives of patients with bipolar disorders. a preliminary report. *Bipolar Disord* 2004; 6: 319-22.
- 51- Martino DJ, Strejilevich SA, Scápola M, Igoa A, Marengo E, Ais ED et al. Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 109:149-156.
- 52- Martinez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 262-270.
- 53- Thompson JM, Gallagher P, Hughes JH, Watson S, Gray JM, Ferrier IN et al. Neurocognitive impairment in euthymic patients with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186 : 32-40.

- 54- Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175 : 246–251.
- 55- Hawkins KA, Hoffman RE, Quinlan DM, Rakfeldt J, Docherty NM, Sledge WH. Cognition, negative symptoms, and diagnosis: a comparison of schizophrenic, bipolar, and control samples. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9:81–89.
- 56- Murphy FC, Rubinsztein JS, Michael A, Rogers RD, Robbins TW, Paykel ES, Sahakian BJ. Decision-making cognition in mania and depression. *Psychol Med* 2001; 31:679–693.
- 57- Sweeney JA, Kmiec JA, Kupfer DJ. Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biol Psychiatry* 2000; 48:674–685.
- 58- Sweeney JA, Kmiec JA, Kupfer DJ. Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 674–684.
- 59- Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2002; 180 : 313- 319
- 60- Tham A, Engelbrektson K, Mathe AA, Johnson L, Olsson E, Aberg-Wistedt A. Impaired neuropsychological performance in euthymic patients with recurring mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 : 26–29.
- 61- Martino DJ, Marengo E, Igoa A, Scapola M, Ais ED, Perinot L, Strejilevich SA. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study. *J. Affect Disord* 2009; 116(1-2): 37-42.
- 62- Yazihan N, Doruk A, Balıkçı A, Erdem M. İki uçlu bozukluk manik ve iyileşme dönemlerinde bilişsel işlevler: Bir izlem çalışması. *JMOOD* 2015; 5(2): 62-68.
- 63- Smigan L, Perris C. Memory functions and prophylactic treatment with lithium. *Psychol Med* 1983; 13(3): 529-536.
- 64- Dias VV, Balanza-Martinez V, Soeiro-de-Souza MG, Moreno RA, Figueira ML, Machado-Vieira R, Vieta E. Pharmacological approaches in bipolar disorders and the impact on cognition: a critical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126(5):315-31.
- 65- Lin Y, Li X, Lao G, Jiang Z, Ye B, Lin W, Liu Y, Cao L. Monotherapy with lithium or valproate or respectively combination therapy with quetiapine have similar effect on cognitive functions in Chinese euthymic patients with bipolar disorder: a cross-sectional survey. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33(6): 817-9.
- 66- Wingo AP, Wingo TS, Harvey PD, Baldessarini, RJ. Effects of lithium on cognitive performance: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(11): 1588-97.

- 67- Engelsmann F, Katz J, Ghadirian AM, et al. Lithium and memory: a long term follow-up study. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8(3): 207-212.
- 68- Arts B, Jabben N, Krabbendam L, van Os J. A 2-year naturalistic study on cognitive functioning in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123(3): 190-205.
- 69- Gerhard T, Devanand DP, Huang C, Crystal S, Olfson M. Lithium treatment and risk for dementia in adults with bipolar disorder: population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2015; 207(1): 102-15.
- 70- Goldberg JF, Burdick KE. Cognitive side effects of anticonvulsants. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62: 27-33.
- 71- Gualtieri CT, Johnson LG. Comparative neurocognitive effects of 5 psychotropic anticonvulsants and lithium. *Med Gen Med* 2006; 23:8.
- 72- Daban C, Martinez-Aran A, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Benabarre A, Comes M, Colom F, Vieta E. Cognitive functioning in bipolar patients receiving lamotrigine: preliminary results. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(2): 178-181.
- 73- Senturk V, Goker C, Bilgic A, Olmez S, Tugcu H, Oncu B, Atbasoglu EC, Impaired verbal memory and otherwise spared cognition in remitted bipolar patients on monotherapy with lithium or valproate. *Bipolar Disord* 2007; 9(1): 136-44.
- 74- Harvey PD, Hassman H, Mao L, Gharabawi GM, Cognitive functioning and acute sedative effects of risperidone and quetiapine in patients with stable bipolar I disorder: a randomized, double blind, crossover study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1186-94.
- 75- Amado-Boccaro I, Gougoulis N, Poirier Littre MF, Galinowski A, Loo H. Effects of antidepressants on cognitive functions: a review. *Neurosci Biobehav Rev* 1995; 19: 479-493.
- 76- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion* 1993; 7: 561-570.
- 77- Martin LL, Tesser A. Some Ruminative Thoughts. *Advances in Social Cognition*, 1996; 9: 1-47.
- 78- Conway M, Csank PAR, Holm SL, Blake CK. On Assessing Individual Differences in Rumination On Sadness. *Journal Of Personality Assessment* 2000; 75: 404-425.
- 79- Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, Kim RS, Lapkin JB. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Lifetime History of Axis Psychopathology in Individuals at High and Low Cognitive Vulnerability to Depression. *Journal Of Abnormal Psychology* 2000; 109: 403-418.

80- Karatepe HT. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Psikiyatri Uzmanlık Tezi. İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2010.

81- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 2000;109(3):504-511.

82- Kuehner C, Weber I. Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine* 1999; 29: 1323-33.

83- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self focused rumination on negative thinking and interpersonal problems. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69: 176-90.

84- Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*. 1997; 106: 221-229.

85- Knowles R, Tai S, Christensen I, Bentall R. Coping with depression and vulnerability to mania: a factor analytic study of the Nolen- Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *Br J Clin Psychol*. 2005; 44 : 99-112.

86- Thomas J, Bentall RP. Hypomanic traits and response styles to depression. *Br J Clin Psychol*. 2002; 41: 309-1

87- Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 2007; 100 : 249-52.

88- Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:146-51.

89- Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognit Ther Res* 2008; 32:702-13.

90- Green MJ, Lino BJ, Hwang EJ, Sparks A, James C, Mitchell PB. Cognitive regulation of emotion in bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124:307-16.

91- Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, et al. Wisconsin card sorting test manual: revised and expanded. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1993.

92- Hertel PT. Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *J Abnorm Psychol* 1998;107:166-72.

- 93- Gross J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-299.
- 94- Dickstein D, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development Psychopathology* 2006; 18: 1105-1131.
- 95- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008; 3: 400-24.
- 96- Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46: 993-1000.
- 97- Nezlek JB, Kuppens P. Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality* 2008; 76: 561-579.
- 98- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 217-237.
- 99- Ehring T, Fischer S, Schnülle J, Bösterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences* 2008; 44: 1574-84.
- 100- Singer AR, Dodson KS. An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy.* 2007; 45(3): 563-575.
- 101- Liverant GI, Kamholz BW, Sloan DM, Brown TA. Rumination in clinical depression a type of emotional suppression. *Cognitive Therapy and Research.* 2010; 35: 253-265.
- 102- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 1783-1793.
- 103- Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet.* 2001; 358: 949- 950.
- 104- Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology.* 1999; 146: 348-61.
- 105- Ho MY, Mobini S, Chiang TJ, Bradshaw CM, Szabadi E. Theory and method in the quantitative analysis of "impulsive choice" behaviour: implications for psychopharmacology. *Psychopharmacology (Berl).* 1999; 146: 362-372.
- 106- Kalenscher T, Ohmann T, Gunturkun O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol.* 2006; 62: 203-211.
- 107- Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* 1983; 77: 116.

- 108- Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol.* 1977; 16: 57-68.
- 109- Miller E, Joseph S, Tudway J. Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Personality and Individual Differences* 2004;37:349-58.
- 110- Christodoulou T, Lewis M, Ploubidis GB, Frangou S. The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 270-273.
- 111- Boyer TW. The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental review* 2006; 26: 291-345.
- 112- Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord.* 2007; 9: 206-212.
- 113- Valderramaa J, Mirandaa J, Jeglic J. Ruminative subtypes and impulsivity in risk for suicidal behavior. *Psychiatry Res.* 2016; 236: 15–21.
- 114- Greene, Roberta R. Holocaust Survivors: A Study in Resilience, *Journal of Gerontological Social Work*, 37(1), 2002, 3-18.
- 115- Altundağ Y. Anne-Babası Boşanmış Ergenlerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinde Yordayıcı Değişkenler Olarak Yaşam Doyumu ve Yalnızlık, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2013.
- 116- Graber R, Pichon F, Carabine E. Psychological Resilience: State of Knowledge and Future Research Agendas, Overseas Development Institute, 2015.
- 117- Kobasa, C. Suzanne; Stressful Life Events, Personality and Health: an Inquiry into Hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology.* 1979; 37: 1-11.
- 118- Henderson N, Milstein M, Benard B, Sharp N. *Unlocking The Power of Resiliency*, 2012.
- 119- Yılmaz EA, Sungur MZ, Konkan R, Şenormancı Ö. Ruminasyonla ilgili üstbilgi ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemelerindeki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014; 25: 1-11.
- 120- Klag S, Bradley G. The Role Of Hardiness in Stress And Illness: An Exploration of The Effect of Negative Affectivity and Gender. *British Journal of Health Psychology* 2004, 9: 137-161.
- 121- Hamilton MA. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.

- 122- Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity Classification On The Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders* 2013; 150 (2): 384-388.
- 123- Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AŞ, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk Kültürüne Standardizasyon Çalışmaları, Güvenirlik Ve Geçerlik. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2: 75-88.
- 124- Karakaş S, Başar E. Nöropsikolojik Değerlendirme Araçlarının Standardizasyonu ve Elektrofizyolojik Ölçümlerle İlişkisi. *Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Beyin Dinamiği Araştırma Ünitesi Projesi* 1993. TBAG-Ü 17-2.
- 125- Reynolds, CR. *Comprehensive trail making test (CTMT)*. Austin TX: Pro Ed., 2002.
- 126- Türkeş N, Can H, Kurt M, Elmas-Dikeç B. İz sürme testi'nin 20-49 yaş aralığında türkiye için norm belirleme çalışması. *Psikiyatri Dergisi* 2015; 26(3): 189-196.
- 127- Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Trail Making Test: Normative Data For Turkish Elderly Population By Age, Sex And Education. *Journal of the Neurological Sciences* 2009; 283: 73-78.
- 128- Papageorgiou C, Wells A. Positive Beliefs About Depressive Rumination: Development and Preliminary Validation of a Self-Report Scale. *Behavior Therapy* 2001; 32: 13-26.
- 129- Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive Beliefs About Rumination in Recurrent Major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8: 160-164.
- 130- Papageorgiou C, Wells A, Meina LJ. Development and preliminary validation of the Negative Beliefs about Rumination Scale. *Baskıda*.
- 131- Treynor W, Gonzalez R, Nolen- Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27(3): 247-259.
- 132- Erdur Baker Ö, Bugay A. The Turkish Version of The Ruminative Response Scale: An Examination of Its Reliability and Validity. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment* 2012; 10(2): 1-16.
- 133- Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being* 2015; 3(1): 93-102.
- 134- Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept MotSkills*, 1959;9:191-198.
- 135- Güleç H, Tamam L, Güleç MY, ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği-11(BIS-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18: 251-258.

- 136- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 85(2): 348–362.
- 137- Eldeleklioğlu J, Eroğlu Y. A Turkish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *International Journal of Human Sciences* 2015; 12 (1): 1157-1168.
- 138- akmak S, Depresyonla giden duygudurum bozukluklarında ruminasyonla ilgili üstbilişler. Tıpta uzmanlık tezi, 2016.
- 139- Nolen Hoeksema S, Harell ZA. Rumination, depression and alcohol use: Test of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2002; 16: 391-403.
- 140- Gruber S, Rathgeber K, Braunig P, Gauggel S. Stability and course of neuropsychological deficits in manic and depressed bipolar patients compared to patients with Major Depression. *Journal of Affective Disorders* 2007; 104: 61–71
- 141- Xu G, Lin K, Rao D, Dang Y, Ouyang H, Guo Y, Ma J, Chen J. Neuropsychological performance in bipolar I, bipolar II and unipolar depression patients: A longitudinal, naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 2012 136: 328–339
- 142- Aker M, Harmer C, Landra NI. More rumination and less effective emotion regulation in previously depressed women with preserved executive functions. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 334.

EKLER**EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU****Adı soyadı:****Cinsiyeti:** () Kadın () Erkek**Doğum yeri:****Doğum yılı/Yaşı:****Yaşadığı il/ilçe:****Ev Adresi:****Telefon numarası: Ev: Cep:****Medeni hali:** () Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrı**Çocuk sayısı:****Kardeş sayısı:****Ailenin yaklaşık geliri:****Eğitim Durumu:**

- () Okuma yazma bilmiyor
() Okuryazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu (lisans)
() Lisansüstü mezunu (belirtiniz)

Mesleği/Çalışma durumu:

- ().....
() Öğrenci
() Emekli
() Ev hanımı
() Çalışmıyor
() İşsiz

EK 2. Olgu Rapor Formu

OLGU RAPOR FORMU (ORF)

Adı soyadı:

Cinsiyeti: () Kadın () Erkek

Doğum yeri:

Doğum yılı/Yaşı:

Yaşadığı il/ilçe:

Ev Adresi:

Telefon numarası: Ev: Cep:

Medeni hali: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul () Ayrı

Çocuk sayısı:

Kardeş sayısı:

Ailenin yaklaşık geliri:

Eğitim Durumu:

- () Okuma yazma bilmiyor
 () Okuryazar
 () İlkokul mezunu
 () Ortaokul mezunu
 () Lise mezunu
 () Üniversite mezunu (lisans)
 () Lisansüstü mezunu (belirtiniz)

Mesleği/Çalışma durumu:

- ().....
 () Öğrenci
 () Emekli
 () Ev hanımı
 () Çalışmıyor
 () İşsiz

Kullanılan ilaçlar:

Hastalık Başlangıç Yaşı:

İntihar öyküsü:

Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü		
Yakınlık	Tanı	Hastaneye yatış öyküsü
1.		
2.		
3.		

EK 3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HamD) Maddeler

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

- 0• Yok
- 1• Yalnızca soruların cevapları anlaşılıyor.
- 2• Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3• Hasta bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4• Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

- 0• Yok
- 1• Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2• Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3• Şimdiki hastalığı bir cezalandırma değil. Suçluluk hezeyanları.
- 4• Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

- 0• Yok
- 1• Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2• Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
- 3• İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
- 4• İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4. Uykuya dalamamak

- 0• Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1• Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
- 2• Gece boyu gözünü bile kırmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yansı uyanmak

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

6. Sabah erken uyanmak

- 0• Herhangi bir sorunu yok.
- 1• Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalyor.
- 2• Sabah erkenden uyanıp sonra tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

- 0• Herhangi bir sorunu yok.
- 1• Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2• Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3• Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
- 4• Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

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

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

9. Ajitasyon	0• Yok 1• Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2• Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikik anksiyete	0• Herhangi bir sorun yok. 1• Subjektif gerilim ve irritabilite 2• Küçük şeylere üzülüyor. 3• Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4• Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11. Somatik anksiyete	0• Yok 1• Hafif 2• İlimli 3• Şiddetli 4• Çok şiddetli
	Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal: Ağz kurması, yellenme sindirim bozukluğu, kramp, geğirme Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0• Yok 1• İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2• Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik semptomlar Genel	0• Yok 1• Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sirt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2• Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0• Yok 1• Hafif 2• Şiddetli 3• Anlaşlamadı
15. Hipokondriyaklık	0• Yok 1• Kuruntulu 2• Aklını sağlık konularına takmış durumda 3• Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4• Hipokondriyaklık delüzyonları
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0• Kilo kaybı yok 1• Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama 2• Kesin (hastaya göre) kilo kaybı
	B.Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde. 0• Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama 1• Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama
17. Durumu hakkında görüşü	0• Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde 1• Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2• Hasta olduğunu kabul etmiyor.
Hastanın Adı/Soyadı →	
Görüşme Tarihi →/...../.....	
Değerlendiren Dr. →	

EK 4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumlu) Maddeler

Aşağıda bazı durumlara yönelik duygu, düşünce ve davranışlarınızı içeren maddelere yer verilmiştir. Bu maddelerin doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, amacımız sizi en iyi yansıtan yanıtlara ulaşmaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve yanındaki ifadelerden size en uygun olan kutucuğun içini karalayınız. Sorulara içtenlikle yanıt vermeye ve boş madde bırakmamaya gayret ediniz, kararsız kaldığınız durumlarda size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz. Yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Depresif (çökkün) duygularımı anlamak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Depresyonumun (çökkünlüğümün) nedenlerini bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Depresyonuma (çökkünlüğüme) çare bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hissettiklerim hakkında tekrar tekrar düşünmek depresyonumu (çökkünlüğümü) ortaya çıkaran etkenleri fark etmeme yardımcı olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek geçmiş hata ve başarısızlıklarımı anlamama yardımcı olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek yaptığım şeylerin nasıl daha iyi yapılabileceğini bulmama yardımcı olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ- Olumsuz) Maddeler

1. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eğer kendim hakkında böylesine tekrar tekrar düşündüğümü bilselerdi, insanlar beni terk ederdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek benim için kontrol edilemez bir durum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek intihar etmeme yol açabilir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni başarısız biri haline getirir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tekrarlayıcı biçimde düşünmekten kendimi alamıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tekrarlayıcı biçimde düşünüyorum olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Geçmişte olan kötü şeyler hakkında tekrar tekrar düşünmemek mümkün değil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sadece zayıf insanlar tekrarlayıcı bir biçimde düşünürler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kendime zarar vermeme neden olabilir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu Maddeler

RTÖ-KF	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. "Bunu hak etmek için ne yaptım" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Son zamanlarda yaşadığınız olayları analiz edip "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. "Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bir köşeye çekilip "neden bu şekilde hissediyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ne sıklıkla, düşüncelerini yazıp, çözümlenmeye ve anlamaya çalışıyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Son zamanlarda yaşadığınız olaylar hakkında "Keşke daha iyi sonuçlansaydı" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. "Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. "Neden olayları daha iyi idare edemiyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kişilik özelliklerini analiz edip "Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum" diye ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 7. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Maddeler

KPDÖ	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



EK 8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Maddeler

BDÖ	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Düşünmeden iş yaparım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hızlı karar veririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hiçbir şeyi dert etmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dikkat etmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Uçuşan düşüncelerim var	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kendimi kontrol edebilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kolayca konsantre olabilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Düzenli para biriktiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Dikkatli düşünen birisiyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. İş güvenliğine dikkat ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sık sık iş değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Düşünmeden hareket ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıklırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Düşünerek hareket ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Hobilerimi değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Geleceğini düşünen birisiyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 9. Duygu Dzenleme Ölçeği Maddeler

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	
Kesinlikle Katılmıyorum	Kararsızım
	Kesinlikle Katılıyorum
DDÖ	Puanınız
1. Daha olumlu duygular (sevinç ve neşe gibi) hissetmek istediğimde, düşündüğüm konuları değiştiririm.	_____
2. Duygularımı kendime saklarım.	_____
3. (Hüzün ve öfke gibi) olumsuz duyguları daha az hissetmek istediğimde, düşündüğüm konuları değiştiririm.	_____
4. Olumlu duygular hissettiğimde onları ifade etmemeye dikkat ederim.	_____
5. Stresli bir durumla karşılaştığımda, sakin kalmamı sağlayacak şekilde düşünmeye çalışırım.	_____
6. Duygularımı, onları ifade etmeyerek kontrol ederim.	_____
7. Daha olumlu duygular hissetmek istediğimde, durumla ilgili düşünme tarzımı değiştiririm.	_____
8. Duygularımı, içinde bulunduğum durumla ilgili düşünme tarzımı değiştirerek kontrol ederim.	_____
9. Olumsuz duygular hissettiğimde, onları ifade etmemeye çalışırım.	_____
10. Olumsuz duyguları daha az hissetmek istediğimde, durumla ilgili düşünme tarzımı değiştiririm.	_____



EK 10. Etik Kurul İzin Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar ve unipolar depresyon tanısı alan hastalarda ve birinci derece yakınlarında ruminasyonun klinik değişkenler ve bilişsel işlevlerle ilişkisinin incelenmesi,
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Eylül 2015	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Eylül 2015	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	Eylül 2015	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:14/05	Tarih: 30.05.2017					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ	Göğüs Hastalıkları	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Figen ÇOŞKUN	Acil Tıp	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hakan BOYUNAĞA	Tıbbi Biyokimya	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ebru ERDEMİR	Periodontoloji	Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. M. Faik ÖZVEREN	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Meral SAYGÜN	Halk Sağlığı	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gülten KARACA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aslı Fahriye CEYLAN IŞIK	Tıbbi Farmakoloji	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	