

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK HASTALARINDA METAKOGNİTİF  
İŞLEVLERİN SOMATİK SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Seyyid Ömer ÇAKIR**

**Balıkesir, 2019**

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK HASTALARINDA METAKOGNİTİF  
İŞLEVLERİN SOMATİK SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Seyyid Ömer ÇAKIR**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Hayriye BAYKAN**

**Balıkesir, 2019**

## TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince desteğini hiç esirgemeyen, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, asistanları olmaktan gurur duyduğum, değerli hocam Prof. Dr. Tunay Karlıdere'ye,

Tezimin her aşamasında yardım, destek ve bilgilerini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Hayriye Baykan'a

Kendisinden çok şey öğrendiğim ve hiçbir konuda desteğini asla esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Özgür Baykan'a,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve aynı zamanda dostlarım olan değerli asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarım sırasında kıymetli katkılarından dolayı Nöroloji Anabilim Dalı hocaları ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı hocalarına ve asistanlarına,

Hayatımdaki yerlerini hiçbir şeyin alamayacağı annem ve babama,

Yanımda olmaktan keyif ve güç aldığım hayat arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler...

Dr. Seyyid Ömer ÇAKIR

## ÖZET

**AMAÇ:** Somatik semptomlar major depresif bozukluk hastalarının ciddi bir kısmına eşlik etmektedir. Bireyin yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını bozmakta ve relaps ihtimalini arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı major depresif bozukluk hastalarında metakognitif inançlar ve bilinçli farkındalığın somatik semptomlar ile ilişkisini araştırmaktır.

**YÖNTEM VE GEREÇLER:** Çalışmamızın katılımcıları, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve major depresif bozukluk tanısı alan (n=100) hastalar ve hasta grubuyla benzer yaşa, cinsiyete ve eğitim düzeyine sahip olan (n=96) gönüllülerden oluşmaktadır. Hastaların tanıları alanında uzman kişilerce yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda koyulmuştur. Değerlendirme için her iki gruptaki katılımcılar Sosyodemografik Veri Formu, Üstbilis Ölçeği-30, Bradford Bedensel Belirti Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

**SONUÇLAR:** Çalışmamızda hasta gruplarının Üstbilis-30 ölçeği ortanca değerleri kontrol grubundan fazla, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ortanca değerleri ise düşük saptanmıştır, yani gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Major depresif bozukluk hastalarında Bradford Bedensel Belirti Envanteri skorları ile Bilinçli Farkındalık Ölçeği skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Bradford Bedensel Belirti Envanteri skorları ile Üstbilis Ölçeği-30'un düşünceleri kontrol edilemez ve tehlikeli olarak değerlendiren alt boyutunun skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

**TARTIŞMA:** Bulgularımız somatik semptomlar ile bilinçli farkındalık ve olumsuz metakognitif inançlar arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bilinçli farkındalık ve metakognitif inançların somatik semptomların gelişimindeki rolünü aydınlatmak için literatürdeki bilgiler ışığında bilişsel süreçlerin başka basamaklarını test eden daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Major depresif bozukluk, somatizasyon, metakognisyon, farkındalık

## ABSTRACT

**AIM:** Somatic symptoms accompany a significant proportion of patients with major depressive disorder, impair the quality of life, response to treatment, and increase the likelihood of relapse. The aim of this study is to investigate the relationship between metacognitive beliefs and mindful awareness and somatic symptoms in patients with major depressive disorder.

**METHODS:** The study sample was composed of patients who were diagnosed with major depressive disorder (n = 100) in Balıkesir University Faculty of Medicine Hospital, Department of Psychiatry. Having similar age, sex and education level with patients healthy volunteers (n=96) were included in the study as control group. The diagnoses of the patients were made by a semi-structured interview by experts in the field. We applied sociodemographic data form prepared by the researchers. Hospital Anxiety and Depression Scale, The Metacognitions Questionnaire-30, The Bradford Somatic Inventory, The Mindful Attention Awareness Scale were used for clinical assesment.

**RESULTS:** In our study, the median values of The Metacognitions Questionnaire-30 scores were found to be higher than the control group and the median values of The Mindfulness Attention Awareness Scale were lower, meaning a statistically significant difference between the groups. There was a statistically significant negative correlation between Bradford Somatic Inventory scores and The Mindful Attention Awareness Scale in patients with major depressive disorder. A statistically significant positive correlation was found between the Bradford Somatic Inventory scores and the scores of the The Metacognitions Questionnaire-30 subscale which was considered uncontrollable and dangerous.

**CONCLUSION:** Our findings support the relationship between somatic symptoms and mindful awareness and negative metacognitive beliefs. To test the hypothesis we need further studies with large number of patients.

Key words: Major Depressive Disorder, somatization, metacognition, mindful awareness

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR .....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK .....	3
2.1.1 Major Depresif Bozukluğun Tarihi .....	3
2.1.2 Major Depresif Bozukluğun Tanısı .....	5
2.1.3 Major Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	7
2.1.4 Major Depresif Bozukluğun Etiyolojisi.....	8
2.2 SOMATİZASYON .....	14
2.2.1 Somatizasyonun Tarihi .....	14
2.2.2 Somatizasyonun Epidemiyolojisi .....	18
2.2.3 Somatizasyonun Etiyolojisi .....	18
2.3 METAKOGNİSYON.....	20
2.3.1 Metakognisyonun Tanımı .....	20
2.3.2 Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) .....	22
2.3.3 Metakognisyon ve Ruhsal Bozukluklar .....	24
2.3.4 Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) .....	26
2.3.4 Metakognisyon ve Bilinçli Farkındalık (Mindfulness).....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1 ÇALIŞMANIN EVRENİ.....	30
3.2 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ .....	30
3.4 VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ .....	31
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu .....	31
3.4.2 Üstbilmiş 30 Ölçeği .....	31
3.4.3 Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44).....	32
3.4.5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği .....	33
3.4.6 Bilinçli Farkındalık Ölçeği .....	33
3.5. UYGULAMA.....	34
3.6. VERİLERİN ANALİZİ .....	34
4. BULGULAR .....	35
4.1 HASTA GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELİKLERİ .....	35
4.2 GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMA.....	38
4.3 HASTA GRUBUNUN KENDİ İÇİNDE KORELASYON ANALİZİ .....	42
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR.....	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER .....	65

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1 :</b> DSM-5 Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri .....	6
<b>Tablo 2 :</b> İki işlem modunun özellikleri: nesne modu ve metakognisyon modu..	23
<b>Tablo 3 :</b> Grupların cinsiyet dağılımı .....	35
<b>Tablo 4 :</b> Grupların yaş ortalamaları.....	36
<b>Tablo 5 :</b> Hasta grupların medeni durumları .....	36
<b>Tablo 6 :</b> Grupların eğitim düzeyleri .....	36
<b>Tablo 7 :</b> Grupların iş durumu, gelir durumu .....	37
<b>Tablo 8 :</b> Grupların kronik hastalık bulundurma oranları.....	37
<b>Tablo 9 :</b> Gruplar Arası Ölçek Skorları Karşılaştırmaları .....	38
<b>Tablo 10 :</b> Hasta grubunun korelasyon analizi .....	42
<b>Tablo 11 :</b> Bradford Somatik Envanteri Kategorilerinin Karşılaştırılması.....	45

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1</b> : Depresyonun Metakognitif Modeli.....	13
<b>Şekil 2</b> : Grupların Bilinçli Farkındalık Ölçeği Skorları Karşılaştırması.....	39
<b>Şekil 3</b> : Grupların Üstbiliş-30 Ölçeği Skorları Karşılaştırması .....	40
<b>Şekil 4</b> : Grupların Bradford Bedensel Belirti Envanteri Skorlarının Karşılaştırması .....	41





## **SEMBOLLER VE KISALTMALAR**

MDB: Major Depresif Bozukluk

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

S-REF: Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbilis Ölçeği 30

BİFO: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

BBBE: Bradford Beden Belirti Envanteri

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresif bozukluk (MDB); bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında belirgin yeti yitimine yol açan, bedenin ve yaşamın bütünü olumsuz etkileyen bir rahatsızlıktır. [1]

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) tarafından yürütülen çok merkezli bir çalışmada MDB hastalarının üçte ikisinin depresif mizacına eşlik eden somatik yakınmalarının olduğu ve yarından fazlasının tıbbi olarak açıklanamayan somatik semptomları olduğu saptanmıştır. [2]

Somatizasyon (bedenselleştirme) teriminin kökeninde “tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler” tanımı yer alır[3] ve henüz somatizasyonun psikopatolojisini açıklayacak uygun bir yaklaşım geliştirilememiştir. [4]

Düşünce ve inançların kronik ağrı ile ilişkili olduğunu gösteren çok fazla araştırma bulunmaktadır. [5] Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. baskısında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5, DSM-5) somatik yakınmalarda bilişsel süreçlerin önemine vurgu yapılarak, somatizasyon tanısı için kişinin bedensel belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren yoğun düşünce, duygu ve davranışların bulunması ve bunların bireyde bunaltıya ve zaman kaybına yol açması gerekmektedir. [6]

Beck, bilişsel davranışçı terapi kuramını geliştirirken ruhsal bozuklukların temelinde, olumsuz çekirdek inanışlar (değersizlik, yetersizlik, sevilmeme) ve çarpıtılmış düşünceler olduğunu öne sürmüştür. [7] Sistemik bir gözden geçirmede, bilişsel davranışçı terapinin somatizasyon bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. [8]

Bilişler hakkında biliş olarak tanımlanan metakognisyon, psikiyatrik bozuklukların sağaltımında sadece düşünce içeriğini hedeflemenin yetersiz olduğunu, esas rolü bireyin düşünceleri ile ilgili tutumu, yorumları ve farkındalığının üstlendiğini belirtmektedir. [9] Metakognisyon, biliş ve bilişsel süreçlerin değerlendirilmesi ve kontrolü, dikkat stratejileri, duygular, davranışlar

ve fiziksel duyuların deęerlendirilmesiyle ilgili dūşünce ve inançlar olarak tanımlanabilir. [10]

Farkındalık ve kabullenme temelli terapilerin hastaların metakognitif işlevlerinde gelişme sağlayarak depresyon ve fonksiyonel somatik rahatsızlığın tedavisinde etkinliği olduğuna dair kanıtlar saptanmıştır. [11, 12]

Metakognisyonun genel olarak iki komponenti metakognitif inançlar (kognisyon hakkında bilgi sahibi olmak) ve metakognitif farkındalıktır (kognisyon süreçleri ve kognisyonun düzenlenmesi). [13] Metakognitif farkındalık daha açık olarak negatif düşünce ve duyguların “mental durum” olarak deneyimlenmesi, kişinin düşüncelerinin ve duygularının farkında olması olarak tarif edilebilir. [14]

Teorik olarak düşünce, duygu ve davranışlar hakkındaki yetersiz farkındalık ve sorunlu metakognitif inançların depresyonda olduğu gibi somatik yakınmalarda da saptanması olasıdır. Eğer kişi bilişlerinin farkına varabilirse, bu bilişlere karşı tutumu ve inancı hakkında müdahaleler söz konusu olabilir. Çalışmamızda tanımlanan bağlantılar göz önüne alınarak, tüm yapılan araştırmalar ışığında, major depresif bozukluğu olan hastalarda somatizasyon (bedenselleştirme) ile metakognitif inançlar ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Major depresif bozukluk (MDB), duygudurumda çökkünlük, düşük benlik saygısı, keyif verici aktivitelere karşı ilgi azalması ile seyreden bir rahatsızlıktır. MDB; duygu, düşünce, uyku, iştah, çalışma kapasitesi gibi günlük işlevler, bedensel semptomlar gibi bireyin birçok alanını olumsuz etkileyen ciddi semptomlarla birlikte seyretmektedir. MDB düşünülen bir bireyde bu semptomların en az iki hafta boyunca sürmesi gerekmektedir. [15]

MDB'nin gerek kendisi gerek eşlik eden tıbbi hastalıklar üzerinde etkisi ciddi sorunlar doğurmaktadır. Örneğin kardiyak patolojilerde mortalite riskini iki kat artırması en bilinen yıkıcı somut kanıtlarındandır. [16]

MDB'nin intihar ve tıbbi nedenlere bağlı mortalite riskini artırması, iş gücü ve çalışma verimliliğini azaltması, aile ve yakın çevre ile problemlere yol açması, ekonomik yükünün fazla olması (ABD'de yıllık 36,9 milyar dolar) ve bireylerde bilişsel ve sosyal yıkıma sebep olması göz önünde bulundurulduğunda ciddiyeti daha net anlaşılmaktadır. [17]

#### 2.1.1 Major Depresif Bozukluğun Tarihi

Depresyonu bir hastalık olarak ilk tanımlayan kişi 5. yüzyılda Hipokrat olmuştur. *Melankoli* adını verdiği bu rahatsızlığa zihinsel ve bedensel semptomların eşlik ettiğini belirtmiştir. Hipokrat, ruhsal bozuklukların dört vücut sıvısı olan kan, balgam, sarı safra ve kara safra arasındaki dengesizlikten kaynaklandığını belirtmiş, biriken fazla kara safranın melankoliye yol açtığını söylemiştir. [18]

Bugün kullanılan depresyon kelimesi, Latince “*bastırmak*” anlamına gelen “*deprimere*” kelimesinden türetilmiştir. [19] Farklı melankoli türlerini ruhsal bir bozukluk olarak tanımlamak için “*depresyon*” kelimesini kullanan ilk kişi Emil

Kraepelin olmuştur. *Melankoli* terimi 19. yüzyıla kadar popüler tanınan terim olarak kullanılsa da bu yüzyıldan itibaren *depresyon* terimine olan ilgi artmaya başlamıştır. [20]

1952 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanınal ve İstatistiksel El Kitabı'nın ilk sayısı (DSM), ruhsal bozuklukları etiyolojik ve psikodinamik bakış açısı ile değerlendirmiş ve yaşam olaylarına karşı bir "reaksiyon" olarak geliştiğini söylemiş, MDB için *depresif reaksiyon* ismini kullanmıştır. [21] 1968 yılında yayınlanan DSM- II önceki baskının etiyolojik ve psikodinamik bakış açısını sürdürmüş, isimlendirmede kullanılan "reaksiyon" terimini kaldırmış, *depresif nevroz* ismini kullanmıştır. [22, 23]

1970'li yılların ortasında ruh sağlığı alanında hastalık tanıların özelliğle ABD ve Avrupa arasında büyük ölçüde farklılık göstermesi nedeniyle, semantik problemlerin ortadan kaldırılması amacıyla bir dizi spesifik tanı kriterinin geliştirilmesi ve güvenilir çalışmalar yapılabilmesi için Araştırma Teşhis Kriterleri (Research Diagnostic Criteria) adı altında bir düzenleme yapılmış, *major depresif bozukluk* terimi oluşturulmuştur. Bu terim 1980'de DSM-III'e dahil edilmiştir. [24]

DSM-4'te depresyon tanımı ile diğer sınıflandırmalar arasında bazı çelişkili bulgular ve görüşler bulunmasına rağmen genel olarak kabul görmüştür. DSM-4, antik dönemde kullanılan melankoli kelimesini içeren bir depresyon alt türü içermektedir. 2000 yılında yayınlanan güncellenmiş versiyonu DSM-IV-TR olarak isimlendirilmiştir. [25]

DSM-5 daha önce duygudurum bozuklukları ana başlığında değerlendirdiği iki uçlu bozukluk ve depresif bozuklukları ayrı ayrı ele alarak "İki Uçlu Bozukluk ve İlişkili Bozukluk" ve "Depresif Bozukluklar" olarak iki farklı tanı grubu oluşturmuştur. DSM-5, MDB tanısında önceki sınıflandırmadaki ana hatları korumuş, köklü değişiklik yapmamıştır. [6]

Bugün MDB tanısı için iki temel tanı kategorisi kullanılmaktadır; Ruhsal Bozuklukların Tanınal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases). ICD, MDB

tanısında tutarlığı korumak için DSM ile benzer hastalık Őiddet eŐiđi kullanmaktadır. [26]

### **2.1.2 Major Depresif Bozukluğun Tanısı**

Depresyonun tanısal değerlendirilmesi; baŐvuranın mevcut durumu, öz geđmiŐi, aile geđmiŐi göz önünde bulundurularak uygun Şekilde eđitilmiŐ profesyoneller tarafından poliklinik Őartlarında yapılmaktadır. Klinik görüŐmenin amacı bireyin ruh halini etkileyebilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurarak bozukluğun tanısını ve uygun tedavi yaklaŐımını belirlemektir. Ölçeklendirme hastalığın Şiddetinin ve tedavisi sürecindeki düzelmenin belirlenmesi için önerilmektedir. GörüŐmeci hastanın intihar riski açısından dikkatli olmalıdır. İntihar risk düzeyini saptamak için İntihar Davranış Ölçeği uygulanması önerilmektedir. [27]

MDB'nin olası biyolojik bir nedene bağlı olup olmadığını dıŐlamak için bir takım tetkikler önerilmektedir. Bunlar hipotiroidizmi dıŐlamak için tiroid fonksiyon testleri, metabolik hastalıkları dıŐlamak için kan elektrolit düzeyleri, sistemik enfeksiyonu dıŐlamak için tam kan sayımı ve sedimentasyondur. [28]

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (DSM-5) MDB tanısı için bir takım tanı kriterleri belirlemiştir. (Tablo 1) [6]

**A-** Birbirini takip eden iki hafta boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi ya da daha fazlasını bulundurmalıdır ve bunla birlikte önceki işlevsellik düzeyinde bozukluk olmalıdır. Bu beş belirtiden en az biri ilk iki madde olmalıdır.

- 1- Günün çoğu zamanında çökkün duygudurum olması (üzgün, boş, ümitsiz hissetmek, dışardan bakılınca ağlamaklı görünmek), erişkin olmayanlarda sinirli, alıngan ruh hali olması
- 2- Hemen hemen her gün ve günün neredeyse tamamında aktivitelerinde ilgi kaybı, aktivitelerden zevk alamama
- 3- Hemen hemen her gün iştahın azalması veya artması, kilo alma veya diyet yapmadan kilo verme (bir ayda vücut ağırlığında %5 den fazla değişiklik olması), çocuklarda kilo alımı olmayabilir
- 4- Hemen hemen her gün uykusuzluk ya da uykuda artma
- 5- Hemen hemen her gün psikomotor gerginlik veya yavaşlama (sadece kendi hissettiği huzursuzluk ya da yavaşlama değil, bu durum diğer insanlar tarafından da gözlemlenebilir olmalı)
- 6- Hemen hemen her gün yorgunluk veya enerjide azalma
- 7- Hemen hemen her gün değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk düşüncesi (hezeyan boyutunda olabilir)
- 8- Hemen hemen her gün düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma (kendi farkında olduğu veya başkaları tarafından gözlemlenebilen)
- 9- Tekrarlayan suicidal düşünceleri, belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi ya da intihar girişimi veya intihar için özel bir planı bulunması

**B-** Bu belirtiler sosyal işlevsellik ya da önemli diğer çalışma alanlarında işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

**C-** Bu dönem bir madde kullanımının ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojisi ile açıklanamaz.

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

**E-** Daha önce mani ya da hipomani epizodu geçirilmemiş olmalıdır.

**Tablo 1 :** DSM-5 Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

## Depresyon Alt Türleri

Melankolik özellikli depresyon; ilgi azalması, olumlu çevresel gelişmelerle belirtilerin düzelmemesi, sabah erken uyanma, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması, kilo kaybı ve aşırı suçluluk düşüncelerinin eşlik ettiği depresyon alt türü olarak kabul edilmektedir. Bu depresyon alt türünde deksometazon baskılanma testinde bozulma, REM uyku latansında kısalma gibi biyolojik belirteçlerin bulunması bir dönem “endojen depresyon” olarak betimlenmesine yol açmıştır. Depresyonun bu belirtileri ICD-10’da “somatik depresyon” olarak tanımlanmaktadır. [29]

Atipik özellikli depresyon; çevresel etkenlerin belirtilerin rahatlmasına yardımcı olması, iştah artışı, fazla uyuma, yoğun halsizlik ve sosyal etkileşime karşı hassasiyet bulunmaktadır. Depresif bozuklukların yaklaşık %30’una tekabül etmektedir. Anksiyete bozukluklarına çok sık eşlik etmektedir. [29]

Psikotik özellikli depresyon; eşlik eden psikotik bulguların bulunması durumunda düşünülür, hastaların %70’inde duygudurumu ile ilişkili psikotik bulgular bulunmaktadır. Suçluluk, değersizlik, psikomotor ajitasyon, intihar düşünceleri diğer alt türlere göre daha fazla bulunmaktadır. [30]

Mevsimsel özellikli depresyon; her yıl sonbahar ve kış aylarında tekrarlayan depresyon türüdür. Gün ışığının azalmasının etiyojide rol aldığı düşünülmektedir, bu alt tür fototerapiden fayda görmektedir. [31]

Anksiyöz özellikli depresyonda; depresyona anksiyöz özellikler eşlik eder, bu alt türde intihar riskinin fazla olduğu gözlenmektedir. [30]

Karma özellikli depresyon; depresif semptomlara en az üç mani bulgusunun eşlik ettiği depresyon türüdür, iki uçlu bozukluğun bir alt türü olarak değerlendirilmektedir. [6]

### 2.1.3 Major Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre MDB dünya çapında en yaygın maluliyete yol açan ve en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip ruh sağlığı sorunudur, [32] son çalışmalar dünya çapında yaşam boyu prevalansının %10 ile %15 arasında olduğunu göstermektedir. [33] Bozukluğun geç ergenlik, erken-orta yetişkinlik ve geç yetişkinlik dönemlerinde başladığı gözlenmektedir. Neredeyse



tüm toplumların epidemiyolojik çalışmalarında cinsiyet, yaş ve medeni durumun depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. [34]. Kadınlarda depresyon gelişme riskinin erkeklere nazaran iki kat fazla olduğu saptanmıştır. [35] Majör depresyon prevalansının genellikle yaşla birlikte azaldığı gözlenmiştir. [36] Bu veriye ek olarak hastalığın gençlerde tahmin edilenden çok daha fazla olduğunu söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır. [37] MDB, hastaların en az yarısında ikinci ve beşinci dekatlar arasında görülmektedir. [1] Önümüzdeki on yıllarda, kalp damar hastalıklarından sonra en çok işlev kaybına yol açacak rahatsızlığın depresyon olacağı tahmin edilmektedir. [38]

Tüm depresif bozukluk çalışmaları, depresyon ile ilişkili mortalite ve morbiditenin önemini vurgulamaktadır. Depresyon şiddetinin artması ile birlikte kalp damar hastalıkları ve inme de dahil bütün tıbbi rahatsızlıkların mortalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Bununla birlikte depresyonun iş gücü kaybı, iş günü kaybı gibi farklı etkileri de olduğu, iş verimliliğinde azalmaya yol açtığı bilinmektedir. Bu kaybın Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 36.6 Milyar dolara tekabül ettiği düşünülmektedir. [17]

MDB tanısı olan hastaların hayat boyu intihar riskinin %19 olduğu, hastaların yaklaşık onda birinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. [39] Bununla birlikte bilinen tüm intihar ile ölümlerin %70'e yakınının bir duygudurum bozukluğu zemininde geliştiği düşünülmektedir. Kronik hastalık, yaşlılık, yetersiz sosyal iletişim, erkek cinsiyet, intihar girişimi öyküsü bulunması, umutsuzluk, ailede intihar öyküsü olması, alkol veya madde kullanımı intihar için risk faktörüdür. [40]

#### **2.1.4 Major Depresif Bozukluğun Etiyolojisi**

Depresyonun neden ortaya çıktığı ilk medeniyetlerden beri araştırma konusu olmuştur. Henüz depresyonun neden ortaya çıktığını tam olarak açıklayacak bir yaklaşım geliştirilememiştir.

Psikiyatri bilimi ilk yıllarında depresyonu kişinin yaşadıklarına karşı geliştirdiği psikolojik bir tepki olarak açıklanmaya çalışsa da zamanla bu yaklaşımın yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bunun yerine depresyonun gelişmesinde etkili olan çok faktörlü bir yaklaşım sergilenmeye başlanmıştır.

Bugün depresyonun gelişiminde kişinin geçmiş yaşantıları, sosyal çevresi, iş hayatı, insan ilişkileri gibi sosyal faktörlerin, kişinin genetik yapısı, nöron ağları, bağışıklık sistemi gibi biyolojik faktörlerin ve kişinin yaşanan olaylara geliştirdiği savunma mekanizmaları, düşünce, davranışlarını etkileyen şemalar, temel inançlar gibi psikolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. [41] Biyopsikososyal model, depresyonunun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda meydana geldiğini ileri sürmektedir. [42]

### **Psikososyal Etkenler**

Depresyonun gelişiminin kişinin sosyal dünyası ile ilişkili olduğu araştırmacılar, hekimler, hastalar ve hatta toplum tarafından bile dile getirilmektedir. Aile içi çatışmalar, iş hayatında karşılaşılan problemler, ekonomik sorunlar, ebeveynlerle yaşanan çatışmalar, ciddi sağlık problemleri, sevilen bir kişinin kaybı gibi sosyal çevre ile ilişkili birçok faktör depresyon gelişiminde rol alabilmektedir. [43]

Stres-yatkınlık hipotezi, aynı olumsuz yaşam şartları ile karşılaşan bireylerin bu olaylar karşısında verdikleri farklı psikolojik yanıtları bireyin ruhsal bir bozukluğa olan yatkınlığı ile açıklamaya çalışmaktadır. Hastalık gelişmesi için biyolojik ve psikolojik zemini uygun bireylerin stresli yaşam olayları ile karşılaştıklarında depresif tablonun gelişebileceğini söylemektedir. [44]

Ciddi yaşamsal olayların (boşanma, travma, cinsel saldırı, ebeveyn kaybı) ilk depresyon atağının gelişmesinde, depresyonun şiddeti ve alt türü üzerinde belirleyici etkisi olduğu saptanmıştır. [45]

Çocukluk çağında karşılaşılan fiziksel, cinsel ya da psikolojik istismar, anksiyete ve madde kötüye kullanımı gibi durumlar depresyon gelişiminde risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Çocukluk çağı travması ayrıca depresyonun ciddiyeti, tedaviye direnç ve hastalık süresi ile de ilişkilendirilmektedir. [46]

## **Biyolojik Etkenler**

Son dönemde depresyonu açıklamak için kullanılan yaklaşımlar yüzünü organik sebeplere çevirmiştir. Depresyonun patofizyolojisi henüz anlaşılammış olmasına rağmen çok sayıda teori ortaya atılmıştır. Genetik yatkınlık, monoaminerjik sistem yetersizliği, sirkadiyen ritim bozuklukları, immünolojik işlev bozukluğu, HPA eksen disfonksiyonu ve duygusal devrelerin yapısal veya işlevsel anormallikleri üzerine odaklanmaktadır. [47]

Aile ve ikiz çalışmaları majör depresif bozuklukta bireysel farklılıkların yaklaşık %40'ının genetik farklılıktan kaynaklandığını bulmuştur. [48] Çoğu ruhsal bozukluk gibi majör depresif bozukluğun da genetik ve epigenetik faktörlerle etkileşimi olduğu düşünülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda depresyonla ilişkilendirilen çok sayıda gen varyantı bulunmuştur. [49] Gen harita çalışmalarında depresyon ile ikinci kromozom üzerindeki c-AMP yanıt elemanı bağlayıcı protein (CREB) ile arasında ilişki saptanmıştır. CREB düzeyinin antidepresan tedavisi ile arttığı ve yüksek CREB seviyesinin antidepresan etki ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. [50]

Monoaminerjik ilaçların depresyon tedavisindeki etkinliğinden yola çıkılarak monoamin teorisi türetilmiştir. [51] Monoamin teorisi, depresyonun patofizyolojisinin merkezi sinir sisteminin (MSS) farklı bölgelerinde serotonin (5HT), noradrenalin (NA) ve dopamin (DA) monoaminlerinin işlevinde belirgin düzensizlik ve bozulmadan kaynaklandığını ileri sürmektedir. Merkezi sinir sisteminde (MSS) sinaptik aralıkta monoamin miktarını arttıran ilaçların depresif semptomları yatıştırdığı gözlenmiştir. [52]

Depresyon atakları süresince immünolojik sistemde anormallikler gözlenmektedir. İmmünolojik sistemin bir parçası olan inflamatuvar sitokin düzeyleri depresif süreçte karşılaşılan *hastalık davranışlarının* (bitkinlik, endişe, iştah kaybı, uykusuzluk, hiperaljezi, bakımsızlık ve dikkat dağınıklığı) oluşması ile ilişkilendirilmektedir. [53]

MDB'de hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksen işleyişinde de anormallik saptanmıştır. HPA'nın normal fizyolojik işleyişinde stresli bir tablo

geliştiği zaman pitüiter bezden kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salınır, CRH hipozin adrenokortikotropin hormon (ACTH) salgılanmasına yol açar ve adrenal bezlerden glukokortikoid salgılatır. Glukokortikoid düzeyi belli bir seviyeye ulaştığı zaman negatif feedback mekanizması ile ACTH salınımını azaltır. MDB gibi kronik stres durumunda geri bildirim işlevini yerine getiremez ve HPA eksenini baskılanamaz. Bu durum MDB'nin özellikle emosyonel belirtileri ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyon ve deksametazon supresyon baskılanma testi arasında ilişki olduğu gözlenmektedir, bu durumun oluşmasından CRHR-1 (Corticotropin-releasing hormone receptor 1) reseptörü sorumlu tutulmaktadır. [54, 55] Ayrıca bir meta-analizde azalmış deksametazon supresyonunun psikolojik stresöre verilen yanıtı arttırdığı saptanmıştır. [56]

MDB hastalarında frontal korteks, orbitofrontal korteks, singulat korteks, hipokampus ve striatum gibi beynin birçok bölgesinde küçülme saptanmıştır. [57] Nörogörüntüleme bulgularını birleştiren teoriler önerilmiştir. Önerilen ilk model *Limbik Kortikal Model*'dir. Model, ventral paralimbik bölgelerde aktivite artışı, frontal düzenleyici bölgelerde ise aktivite azalması olduğunu söylemektedir. [58]

MDB ayrıca HIV / AIDS veya astım gibi kronik veya terminal dönem tıbbi duruma ikincil gelişebilmektedir, bu durum "ikincil depresyon" olarak isimlendirilmektedir. [59]

## **Psikolojik Etkenler**

MDB'nin gelişimini ve sürdürümünü açıklamaya çalışan yaklaşımların başında psikodinamik yaklaşım, davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşım yer almaktadır.

1960'lı yıllarda psikodinamik yaklaşım psikiyatriye hükmediyordu. Freud'un psikanalitik teorisi, psikodinamik yaklaşımın bir örneğidir. Freud, depresyonun içselleştirilmiş öfke, nesne kaybı ve katı süperego baskısı gibi sebeplerle açıklamaya çalışmış, bu süreçlerin öz-saygı yitimine yol açtığını söylemiştir. [60]

Davranışçı yaklaşım, davranışın şekillenmesinde çevrenin önemini vurgulamaktadır. Bireyin davranışlarını çevreden gözlemlediği davranış ve durumları klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme teorisi yolu ile öğrendiğini söylemektedir. Bu yaklaşıma göre depresyon, bir insanın çevreleriyle etkileşiminin bir sonucu olarak gelişmektedir. Depresyonun insanın yaşantısındaki olumlu pekiştiricilerin azalması ve olumsuz pekiştiricilerin artması sonucu oluştuğunu ileri sürmektedir. Davranışçı yaklaşımın depresyona yol açan çevresel bir sebebin bulunduğu eksojen depresyonları açıklamakta daha yeterli olduğu kabul edilmektedir. [61]

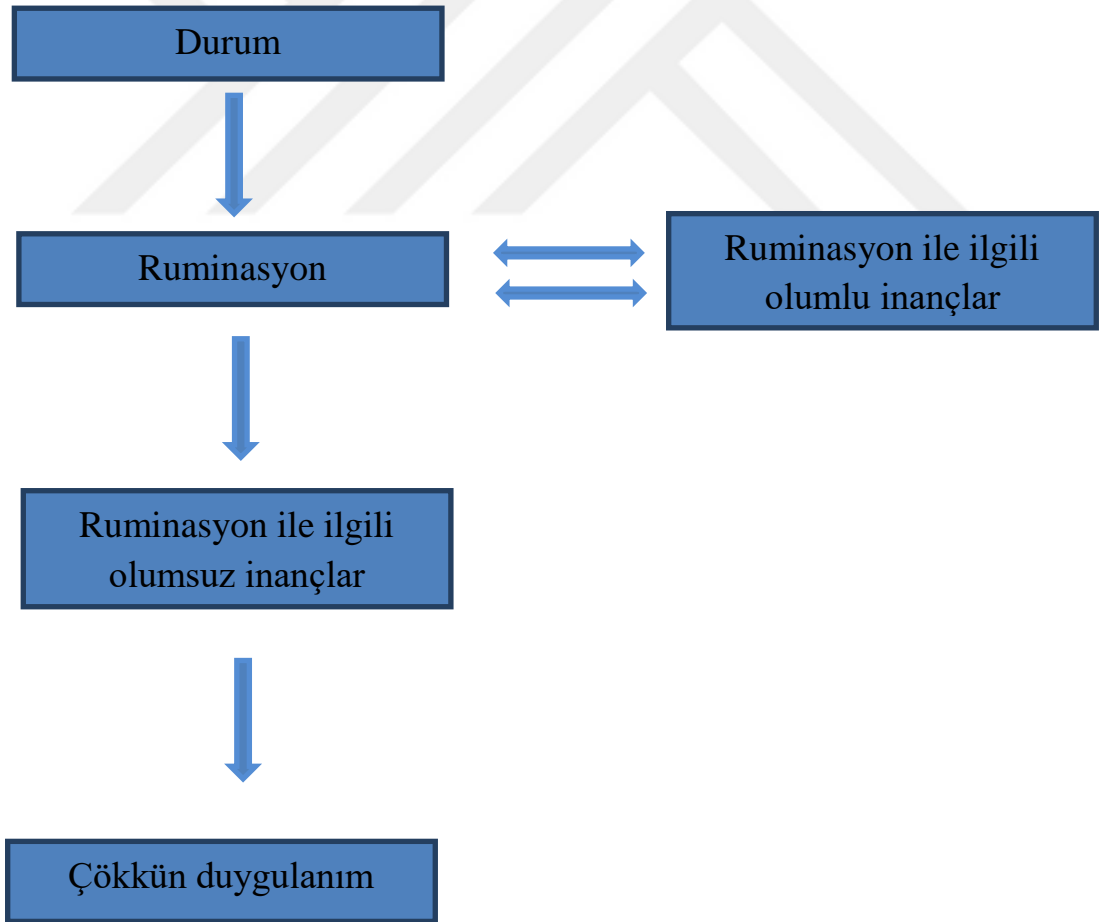
Bilişsel yaklaşım depresif bozuklukların, bireylerin kendilerini, yaşamsal olayları (çevre) ve geleceklerini işlevsel olmayan olumsuz bakış açıları ile değerlendirmesi sonucunda geliştiğini ileri sürmektedir. Bu durum Beck'in bilişsel üçlüsü, aynı zamanda olumsuz üçlü olarak da bilinir:

- Kendi – ‘Kimse beni sevmiyor.’
- Çevre – ‘İnsanlar çıkarıcı ve kötüdür.’
- Gelecek – ‘Hiçbir zaman iyi olmayacağım.’

Depresyonu olan insanların genellikle kendilerini “sevilmeyen, çaresiz, kaderine terk edilmiş” veya “yetersiz” olarak gördüklerini, hoş olmayan deneyimlerini fiziksel, zihinsel ve / veya ahlaki eksikliklerine bağlamaya meyilli olduklarını söylemektedir. [62] Beck, depresyonu olanların bilişsel çarpıtmalar geliştirdiğini, hatalı ya da yararsız düşünme kalıpları olarak da adlandırılan bir tür bilişsel önyargı kalıbı geliştirdiklerini ileri sürmektedir. [7] Bilişsel yaklaşıma göre depresyonu olan bireyler olumlu özelliklerini görmezden gelmeye, başarılarını anlamsız ve küçük görme eğilimindedirler. Beck ayrıca depresif bozukluğu olan bireylerin, genellikle çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan olumsuz şemaları olduğunu vurgulamaktadır. Bu şemaların çocukluk çağı yaşantılardan kaynaklanan kınanma, zorbalık ya da istismar zemininde ortaya çıkabileceğini söylemektedir. [63]

Metakognisyon, bilişleri değerlendiren, amacını ve yönelimini organize eden sistem olarak düşünölmektir. Metakognisyon bireylerin olumsuz düşünce ve duygular geliştirmesine ve devam etmesine yol açan hatalı ve çarpık öz-inançların olduğunu, bu süreçte bireyin kendisine yardımcı olacağını düşünüp kullandığı yararsız tutumların (ruminasyonları, endişelenme, düşünceyi kontrol etme çabası) bireyi depresif kısır döngüye soktuğunu söylemektedir. [64]

Metakognitif inançlar depresyonun başlamasından, sürdürölmesinden ve nüks etmesinden sorumlu tutulmaktadır. Bireyin kullandığı uygunsuz çözüm yöntemleri hakkındaki olumlu inançları yeni bir problemle karşılaşıldığı zaman tekrar aynı yöntemin kullanılmasına yol açmaktadır, yani birey problemleri karşısında tekrar ruminatif bir çözüm yöntemi kullanmaya devam etmektedir. Ruminasyonlar hakkındaki olumsuz inançlar ise emosyonel problemlerle ilişkilendirilmiştir. [65]



Şekil 1 : Depresyonun Metakognitif Modeli

## 2.2 SOMATİZASYON

Somatizasyon, psikiyatri ve diğer tıp branşları arasında sınırda kalmış, genel olarak çözülmemiş bir problem olarak varlığını sürdürmektedir. [66] Somatizasyon, bilişsel ve emosyonel sorunları bedensel semptomlar şeklinde deneyimleme ve bu sorunları bedenle ilişkilendirme eğilimi olarak tanımlanabilir. [67]

### 2.2.1 Somatizasyonun Tarihi

Somatik semptomlar hekimler tarafından yüzyıllardır bilinmektedir. Açıklanamayan bu semptomlar ilk defa Antik Mısır döneminde tanımlanmıştır. Antik Yunanda hekimler bu tablonun uterusun kadının bedeninde hareket etmesinden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Uterus kaynaklı olduğunu düşündükleri bu semptomları “histeri” olarak isimlendirmişlerdir. [68] Bu semptomlar, 18. Yüzyılın sonlarına kadar “histeri”, hipokondriyazis” ve “melankoli” gibi farklı isimlerle anılmıştır. [69]

Sydenham’ın 1682 senesinde ileri sürdüğü tezi, somatizasyon hakkındaki düşüncelerin evriminde bir dönüm noktası olmuştur. Psikosomatik bozukluklarda görülen fiziksel ve psikolojik semptomların ilk sistematik tanımlarından birini yapmıştır. Sydenham’ın hastaları birçok hastalığı taklit edebilen çok çeşitli fiziksel belirtiden yakınmaktaydı. Sydenham *histeri* olarak kabul ettiği bu tablonun tıbbi bir hastalıktan ziyade zihinden kaynaklanan bir bozukluk neticesinde meydana geldiğini söylemiştir. Kadınlarda gelişen bir hastalık olarak gördüğü *histerinin* “hem fiziksel hem de zihinsel bir bozukluk” neticesinde oluştuğunu söylemiştir. Bu tablonun erkeklerdeki karşılığına ise *hipokondriyazis* adını vermiştir. Sydenham, “hem akıl hem de bedende meydana gelen düzensizlik ve bozukluk” geliştiğini öne sürerek histerik-hipokondriyazise bütüncül bir açıklama sunmuştur. [70]

Sonraki süreçlerde *hipokondriyazis*, “bireyin zihninin tamamen sağlık durumu ile meşgul olduğu, sağlık durumunu olduğundan kötü değerlendirdiği” bir

rahatsızlık olarak tanımlanmıştır. Hipokondriyazisin sadece erkeklerde görülmediği, her iki cinsiyette de görüldüğü saptanmış, bu bireylerin gördükleri, okudukları, hatta duydukları hemen hemen her rahatsızlığın kendilerinde bulunabileceğinden şüphelenebileceği söylenmiştir. Bu tanımlama ile hipokondriyaz ve histeri arasında net bir ayırım yapılmıştır. Hipokondriyazis ve histeri bugünkü somatoform bozuklukların ilk prototipleri olarak görülmektedir. Bu tanımlar somatizasyonun temelini oluşturmuştur. [71]

Psikiyatristler son birkaç dekata kadar histeri olarak tariflenen tablodan muzdarip olanlar dışında bedensel semptomları nispeten daha az önemsemiştir. Son dönemde yapılan çok sayıda araştırma somatizasyonun önemini ve somatizasyona artan ilgiyi göstermektedir. [72]

20. Yüzyıl'ın ilk yarısında özellikle psikoz gibi ana başlıklarda ortak bir kanı olsa da psikiyatri tanıları henüz standardize edilmemişti ve tanımlar hastaneden hastaneye değişmekteydi.

*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın ilk sayısı 1946 ve 1951 yılları arasında, İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonraki dönemde hazırlanmıştır. O dönemin hekimleri savaşa ve çatışmaya bağlı gelişen çok sayıda psikotik olmayan psikiyatri vakası değerlendirmiştir. Bunun sonucunda gördükleri vakaları büyük ölçüde yaşamsal deneyimlere bağlı gelişen “reaksiyon” olarak yorumlamışlardır. Bu eğilim *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın ilk sayısında bolca yer edinmiştir. DSM'nin ilk basımında organik beyin bozuklukları ve zihinsel “eksiklik” (retardasyon) dışında tüm zihinsel bozukluklar yaşamsal olaylara karşı bir tepki; “reaksiyon” olarak ele alınmıştır. Psikosomatik bozuklukları isimlendirmek için o dönem “Psiko-Fizyolojik Otonomik ve Visseral Bozukluklar” terimi tercih edilmiştir. Somatik semptomların bireyin bastırılmış normal fizyolojik duygu, his ve öznel durumlarının kronik ve abartılı ifadesinden kaynaklandığı, bu içsel duyuların uzun süre devam etmesi durumunda yapısal değişikliklere yol açabileceği söylenmiştir. Bu kavramsallaştırma o dönem psikiyatryi büyük ölçüde etkisi altına alan psikanalitik ve psikodinamik psikoterapini etkisini belirgin şekilde göstermektedir. [21]



16 yıl sonra yayınlanan DSM-II, klinik gözlem ve idiografik değerlendirme zeminde gelişen psikanalitik kuramın etkisi altında gelişmiştir. Her ne kadar genel özellikleri ve kategorileri önceki baskıya çok benzese de, her yerde bulunan “reaksiyonlar” terimi kaldırılmıştır; bunun yerini nevroz, psikoz veya “bozukluk” tabiri almıştır. Psikosomatik durumlar, “otonomik ve visseral” kelimeleri kaldırılarak “Psikofizyolojik Bozukluklar” olarak isimlendirilmiştir. [22]

Sonraki dönemde ruhsal bozukluklarla ilişkili temel ve uygulamalı nörobilimsel gelişmelerle birlikte psikanaliz ile ilgili sorgulamalar artarak devam etmiştir. Amerikan psikiyatrisi, kanıta dayalı ve uygun şekilde tasarlanmış araştırmalardan elde edilen verilere dayanan tedavi yöntemlerine ağırlık vererek daha bilimsel ve daha nörobiyolojik hale gelmiştir. Psikoloji tamamen yok sayılmamış fakat önemi azalmıştır, davranışçı ve bilişsel bilimler bazı bölümlerde psikanalize yardımcı olurken, bazı bölümlerde de psikanalizin yerine geçmiştir. [73]

Bütün bunlar, DSM-III'ün büyük ölçüde değişen doğasında somutlaştırılmıştır. Bu baskının temel özellikleri:

1. Ruhsal durumlar “bozukluklar” olarak adlandırılmıştır. (Bu terim etiyojinin nötr olduğuna vurgu yapmaktadır.)
2. Teşhis için kullanılacak spesifik ve tanımlanmış tanı kriterleri listelenmiştir.
3. Tanı kategorileri hiyerarşik bir şekilde düzenlenmiştir.

Hastalıklar hiyerarşisi içinde “Psikofizyolojik Bozukluklar” kaldırılmıştır. Bunun yerine, “Fiziksel Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler” olarak adlandırılan yeni bir kategori geliştirilmiştir. Bu kategorinin anlamını kendi içerisinde barındırır: “Psikolojik süreçler fiziksel durumları etkileyebilir”. Bu kategori, daha az önem taşıyacak şekilde hiyerarşinin en sonuna yerleştirilmiştir. DSM-III'ün önceden var olan kişilik bozuklukları veya zekâ geriliği, eşlik eden tıbbi durumlar, stresörler ve işlevsel kapasitenin dahil edildiği format tanı için “çok eksenli” bir yaklaşım içermektedir. Ayrıca Psikolojik, biyolojik ve sosyal

faktörlerin dinamik bir çatı altında toplanması ve doğrusal olmayan psikosomatik yaklaşım amaçlanmıştır. [24]

DSM-IV, önceki sürümle benzer eğilimleri sürdürerek benzer tasarım yapısını sürdürmüştür. Değişikliklerden bir tanesi DSM-III'de birkaç hastalık için isteğe bağlı olarak bırakılan “nevroz” teriminin kaldırılması olmuştur. Dördüncü baskıda genel olarak psikolojik faktörlerin beden üzerindeki rolü üzerinde daha az durulmuş ve psikosomatik süreçler kavramına olan ilgi azalmıştır. [25]

DSM-5, psikosomatik bozuklukları “Somatik Semptom ve İlgili Bozukluklar” olarak genel bir çatı altında toplamıştır. Önceki sayıda (DSM-IV) psikosomatik süreçlerin birbiriyle çakışması ve sınırların belirli olmaması gibi temel problemler DSM-5'te giderilmeye çalışılmıştır. DSM-5 sınıflandırması, sorunlu çakışmayı önlemek için bu bozuklukların ve alt kategorilerin sayısını azaltır. “Somatizasyon Bozukluğu”, “Hipokondriazis”, “Ağrı Bozukluğu” ve “Ayrışmamış Somatoform Bozukluk” tanıları kaldırılmıştır. DSM-5, tıp ile psikiyatri arasındaki karmaşık ilişkiyi daha iyi tanımlamaya çalışmıştır. Somatik semptomlarıyla birlikte anormal düşünce, duygu ve davranışları olan bireylerde bir başka tıbbi hastalık olması tanıyı değiştirmemektedir. Önceki sayıda somatizasyon bozukluğu tanısı alan bireyler DSM-5 kriterlerine göre de büyük oranda somatik semptom bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır, fakat burada önemli nokta somatik semptomları ile uyumlu anormal düşünce, duygu ve davranışların bulunmasıdır. [6]

DSM-5, somatizasyon başlığında somatik semptom bozukluğuna odaklanmıştır ve Somatik Semptom Bozukluğu ve Diğer İlişkili Bozukluklar başlığı altında 7 hastalık tanımlamıştır. [6]

- Hastalık Kaygısı Bozukluğu
- Konversiyon Bozukluğu (Fonksiyonel Nörolojik Sendrom)
- Tıbbi Bir Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler
- Yapay Bozukluk
- Özgün Olmayan Diğer Somatik ve İlişkili Bozukluklar
- Özgün Olmayan Somatik Semptom
- Diğer Özgün Somatik Semptom ve İlişkili Bozukluklar

### 2.2.2 Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Somatizasyon evrenseldir, öznel yapısı veya sıklığı değişse de tüm kültürler arasında görülebilmektedir. Somatik semptomların, tüm dünyada duygusal problemlerin en çok ifade edilme şekli olduğu düşünülmektedir. [74]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada erkeklerde dört ve daha fazla açıklanamayan bedensel semptom, kadınlarda da altı ve daha fazla açıklanamayan bedensel semptom baz alınarak yapılan anket çalışmasında, somatizasyonun hayat boyu sıklığı %4 olarak saptamıştır. Buna ek olarak Avrupa'da 12 aylık bir takip süresinde somatizasyon sıklığının %6 olduğu gözlenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmeti başvuruları incelendiğinde, somatizasyonun son derece yaygın olduğu bulunmuştur. Örneğin, aile hekimliği kliniğine başvuran depresif epizot, panik bozukluk, anksiyete bozukluğu olan 700 hastada yapılan araştırma sonucunda hastaların %75'inde eşlik eden somatik semptomlar saptanmıştır. Bu hastaların %17'sinde hayat boyu devam eden tıbben açıklanamayan çok sayıda somatik semptom saptanmıştır. %8'inde ciddi bir tıbbi hastalık olmamasına rağmen yoğun hastalık kaygısı ve hipokondriyak uğraşlar saptanmıştır. [75]

Toplumlar arasında somatizasyon görülme sıklığında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bazı toplumlarda somatizasyon görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yaygınlıktaki bu fark, eğitim durumundaki farklılıklar ile açıklanmaya çalışılmış, afroamerikalılarda eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha fazla somatizasyon tanısı saptanmıştır. [76]

### 2.2.3 Somatizasyonun Etiyolojisi

Somatizasyonun nasıl oluştuğunu açıklamak için çok sayıda teori ileri sürülse de etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.

## **Psikoanalitik yaklaşım**

Klasik psikoanalitik yaklaşım somatizasyonun altında yatan sebebin kabul edilemez cinsel arzular ya da bastırılmış travmaların olduğunu, ego gücü zayıf ya da yetersiz bireylerin bu psişik enerjinin bir kısmını bastıramadığını ve psikolojik boyutunu gizlemek için fiziksel semptomlara çevirdiğini ileri sürmektedir. [77]

## **Kognitif Yaklaşım**

Bilişsel yaklaşım bireyin temel inançlarının (şemalar) durumları değerlendirmesinde etkili olduğunu, bu şemaların oluşumunda geçmiş yaşantılar, biyoloji gibi faktörlerin rol aldığını söylemektedir. Yanlı bilişsel değerlendirmenin kronik ağrının başlamasında ve sürdürülmesinde önemli rolü olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Beden duyularının katastrofik değerlendirilmesinin ağrının oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli rol aldığı söylenmektedir. [78]

Somatizasyonun bilişsel modeli dikkat süreçleri, işlevsel olmayan inançlar, semptomların felaket olarak değerlendirilmesi, amplifikasyon ve kaçınma davranışlarının önemine vurgu yapmaktadır. Genel olarak, bilişsel davranışçı modeller somatizasyonun gelişmesindeki kilit sürecin, bedensel duyuların felaket tablosu olarak yorumlanması olduğunu varsaymaktadır. Bilişsel davranışçı modelde somatizasyon gelişiminde rol oynayan faktörler dört kümede değerlendirmiştir. Bilişsel faktörler (yorumlama, dikkat ve algı), psikobiyolojik faktörler (uzun süreli fizyolojik uyarılma, ağrı hassasiyeti), davranış (kaçınma, yardım ve güvence arayışı) ve sosyal faktörler (aile ve sağlık profesyonellerinden destek almak). [79]

Somatik duyunun amplifikasyonu, bedensel duyuyu yoğun, zararlı ve rahatsız edici olarak deneyimleme eğilimini ifade eder. Hipervijilans ya da vücut duyularına karşı aşırı hassasiyet, zayıf ve seyrek duyulara konsantre olmak, bedensel duyulara emosyonel veya kognitif bir tepki vermek bu duyulara karşı daha tetikte olmaya ve rahatsız edici olmalarına yol açmaktadır. [80]

## 2.3 METAKOGNİSYON

### 2.3.1 Metakognisyonun Tanımı

Metakognisyon terimi, "ötesinde" veya "üstünde" anlamına gelen *meta* kelimesi ile düşünce süreçlerini kapsayan *kognisyon* kelimesinin birleşmesi ile meydana gelmiştir. Terimin harfi harfine karşılığı “kognisyonun üstü” olarak söylenebilir. Metakognisyon ile ilgili ilk somut tanımlama Flavell tarafından yapılmıştır. Flavell, metakognisyonu “kognisyonlar hakkında kognisyon”, “düşünceler hakkında düşünceler”, “bildiğini bilmek”, “bireyin farkındalığının farkında olması” ve “üst düzey düşünme becerileri” olarak tanımlamıştır. [81]

Metakognisyonun üç temel komponenti olduğunu belirten Flavell bunları “metakognitif bilgi”, “metakognitif tecrübeler” ve “metakognitif düzenleme” olarak tanımlamıştır. Metakognitif bilgi, bireyin durumlar hakkındaki bilgi birikimi olarak tanımlanmaktadır. Metakognitif tecrübeler bireyin bildiği hakkındaki sezgilerini tanımlamaktadır. Metakognitif regülasyon yürütücü işlevlerin bir parçasıdır. Dikkatin kontrol edilmesi ve planlanması gibi bir dizi yürütme işlevi olarak gözlemlene veya kontrol süreçlerini yansıtmaktadır. Her iki süreç de metabilşsel bilgi ile etkileşime girmektedir. [81]

Gelişim psikolojisi üzerine çalışmalar yapan Flavell çocuklar üzerinde yaptığı çalışmalarda belleğin oluşma sürecinde meydana gelen ve belleği kontrol eden faktörleri tanımlamak için meta-memory (üst-bellek) terimini geliştirmiştir. [82] Çalışmaları sürecinde bulduğu “meta” (üst) faktörlerin sadece bellek üzerinde değil ayrıca bilişin diğer tüm parametreleri üstünde de etkili olduğunu tespit etmiştir. Flavell bilişsel süreçleri kontrol eden bu faktörlere “metakognisyon” adını vermiştir. Sözel iletişim, ikna kabiliyeti, konuşulanı anlama, okuduğunu anlama, yazma, dil becerileri, dikkat, hafıza, problem çözme, sosyal biliş, çeşitli öz denetim faaliyetlerini denetleyen metakognisyonun birbiri ile ilişkili dört fenomenen oluştuğunu (metakognitif bilgi, metakognitif tecrübeler, görevler ve stratejiler) ileri sürmüştür. Metakognitif bilgi, bilişsel tutumların seyrini ve

sonucunu etkileyebilecek değişkenlerin nasıl etki ettiğini ve nasıl etkileşime girdiğini açıklayan bilgi ve inançları içermektedir. [81]

Benzer bir yaklaşımla Andreas Demetriou de, insan zihninin ayrılmaz bir parçası olarak görülen kendini izleme, kendini temsil etme ve kendini düzenleme süreçlerini tariflemek için hiperkognisyon terimini kullanmıştır. Bu modern yaklaşım metakognisyon ile uyumlu bir şekilde bilişlerin üzerinde onu izleyen, düzenleyen ve kontrol eden bir mekanizmanın olduğunu vurgulamaktadır. [83]

Graner kognisyon ve metakognisyonun farklı iki kavram olduğunu belirtmiş ve kognisyonun zihinsel bir işlevi yerine getirmek için gerekli olduğunu, metakognisyonun ise bu zihinsel işlevin nasıl gerçekleştiğini anlamaya yardımcı olduğunu söylemiştir. [84]

Metakognisyon; bilişin bilgi işleme süreçleri, yorumları, gelişimini gözlemleyen ve düzenleyen süreçler olarak tanımlanmaktadır. Metakognitif regülasyon süreçleri, bir kişinin zihninde yeni bir düşünce meydana gelmeden önce (örneğin, negatif otomatik düşünce) aktiftir ve insanların nasıl düşündüğünü düzenlemektedir. Wells, bu açıdan metakognisyonu çok katmanlı bir kavram olarak tanımlamıştır. [85] Düşüncelerin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanması görevini üstlenmektedir [86] ve kavramsal olarak yürütücü işlevler ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. [87]

Klasik bilişsel yaklaşım; düşüncelerin, duyguların ve davranışların birbiriyle bağlantı içinde olduğunu, bireyin sorunlarının üstesinden gelmesinin yolunun çarpık düşüncelerini ve sorunlu davranışlarını belirleyip değiştirmekten geçtiğini söylemektedir. [88]

Bilişsel terapi, bireyin durumlar hakkındaki varsayımlarını test edip farklı duygu ve davranışlar oluşturacak alternatif varsayımların geliştirilmesine yardım etmektedir. Değişimi sorunlu düşünceleri belirleyerek başlatmaktadır. [89]

Beck depresyon gelişmesine yol açan “hatalı bilişler listesi” oluşturmuştur, bu liste keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, olumsuz abartma ve olumluyu görmeme gibi düşünme şekline odaklanmıştır. Beck bu yaklaşımında düşünce sürecinin nasıl işlediğinden ziyade daha çok düşüncenin kendisine odaklanmıştır. Düşüncelerin geçmiş yaşantılardan ve öğretilerden kaynaklanan

otomatik bir şekilde oluştuğunu söylemektedir. Klasik bilişsel terapi çarpık ve işlevsiz düşünceleri tespit edip doğrudan düşüncelerin içeriğinin değiştirilmesini hedeflemektedir. [89]

### **2.3.2 Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF)**

Wells ve Matthews, Beck'in klasik bilişsel modelinin yöntem ve yaklaşım olarak eksikliklerine vurgu yaparak metakognitif inanç ve stratejilerin ruhsal bozuklukların gelişiminde kritik bir öneme haiz olduğunu belirtmiş ve Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modelini geliştirmişlerdir. [90] Bu model, sadece bilişin kendisinin değil bununla birlikte dikkatin kontrolü, çevrimiçi işlemler ve öz düzenleme gibi çok sayıda bilişsel bileşenin karşılıklı etkileşiminin ruhsal bozuklukların gelişiminde rolü olduğunu ileri sürmektedir. [91]

Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modelinde inançlar, şema terapide olduğu gibi sadece durum bildiren ve üst bilişlerden yoksun bir şekilde ("Değersizim", "Yetersizim") ele alınmamaktadır. S-REF bu durum bildiren inançları, metakognitif inançlar ve stratejiler süzgecinde kavramsallaştırmaktadır. Örneğin, benzer olumsuz durum bildiren düşüncesi olan iki farklı insan ("Ben beceriksizim.") benzer bir durumda farklı tepkiler verebilir. Birisi endişelenirken, diğeri sorunu çözmeye odaklı düşünceler geliştirebilmektedir. Durum bildiren inançların yalın bir şekilde ele alınması çevrimiçi işleme sürecindeki bu farklılığı açıklamakta yetersiz kalmaktadır. S-REF, etkili bir bilişsel terapinin biliş ve eylemlerle ilgili alternatif inançları güçlendiren metakognitif bir sürecin kurulması ile gerçekleşebileceğini ileri sürmektedir. [92]

Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modeli çok seviyeli bir yapıdan oluşmaktadır, bilgi işleme sürecinin birbiri ile etkileşim halinde olan üç biliş seviyesi tarafından desteklendiğini söylemektedir:

(a) Ağırlıklı olarak bilinçli farkındalık dışında çalışan otomatik ve refleksif işleme seviyesi

(b) Gönüllü ve dikkatli başa çıkma stratejilerinin uygulandığı çevrimiçi işlem değerlendirme seviyesi

(c) Uzun süreli hafızaya kaydedilmiş bilgi ya da öz-inançlar seviyesi

S-REF modeli, genel kişisel öz-inançlarının (self-beliefs) çeşitli ruhsal bozukluklar üzerindeki etkisini kavramsallaştırmanın yolunu sunmaktadır. Bilişsel seviyelere ek olarak, Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modeli iki farklı bilgi işleme modu belirlemiştir: *nesne modu* ve *metakognisyon modu* [65] (Tabloda 2’de gösterilmiştir.) Ruhsal bozukluklar otomatik, gönüllü ve genel öz-inanç seviyelerinin karşılıklı etkileşimi sonucu kullanılan işlem mod ile ilişkilendirilmiştir. Bu süreç, öncelikle bireyin uzun dönem belleğindeki kendisi ile ilgili mevcut olumsuz inançları tarafından yönlendirilmektedir.

METAKOGNİSYON	NESNE MODU	METAKOGNİTİF MOD
İNANÇ	Düşünceler gerçeği ifade eder.	Düşünceler durum bildirir, gerçekler değildir.
AMAÇ	Düşünceyi ortadan kaldır.	Düşünceyi değiştir.
STRATEJİ	Tehdidi azaltıcı davranışlar uygula	Düşünceleri değerlendir Metakognitif kontrol davranışları durdur. (Endişeyi durdur, dikkatini dağıt)
SONUÇ	Maladaptif inançlar güçlenir	İnançlar yeniden yapılandırılır. Yeni stratejiler belirlenir.

**Tablo 2 :** İki işlem modunun özellikleri: nesne modu ve metakognisyon modu.

Beck’in çalışmasında olduğu gibi, S-REF modeli de ruhsal bozuklukların altında yatan sebebin bireyin inançları ve dikkatinin bireyin kendisi ile ilgili olumsuz durumlara odaklanması ile ilişkilendirmektedir. [93] Bununla birlikte, model öz-inanç (self-beliefs) kavramına vurgu yaparak Beck’in yaklaşımından daha geniş bir bakış açısı oluşturmaya çalışmıştır. Etkili bilişsel terapinin, bilişlere ve davranışlara yol gösterici olması için alternatif inançları güçlendiren metakognitif modun aktif bir şekilde kullanılması ile mümkün olacağını söylemektedir. [65]



Metakognitif terapiler, bireyin hastalık gelişimde sorumlu tutulan bilişleri tanımayı ve bu bilişler hakkındaki metakognitif inançları değiştirmeyi hedeflemektedir. Wells'in belirttiği nesne modundan metakognitif moda geçişi amaçlamaktadır. [65]

Metakognisyon düşüncelerin gerçeklikten ziyade sadece bir düşünce olarak deneyimleyip "metakognitif iç görü" bağlamında ele alınmasının depresif çıkmazdan kurtulmaya yardımcı olabileceğini söylemektedir. Beck'in düşüncenin içeriğini değiştirmeyi önerdiği klasik bilişsel terapi yerine bireyin kişinin düşünceleri ile ilişkisinin değiştirilmesini önermektedir. [9]

Hastaların olumsuz düşünceleri ile ilgili bakış açılarını değiştirmeleri, bunların "sadece zihinde geçen bir durum" olarak deneyimlemesi önerilmektedir. Segal bu durumu "varoluş durumu" olarak tanımlamıştır. Daha önceki "eylem durumu" ile karşıt bir tablo olduğunu belirtmiştir. Varoluş durumunda birey düşünceler karşısında olayları değiştirmek için çaba sarf etmez ve olanları kabul etmeye odaklanır. [94]

Metakognisyon, çökkün duygulanımın meydana gelmesinden sorumlu tutulan ruminasyonların ve düşüncelerin gözlemlenmesinde rol almaktadır. Olaylar hakkında ruminatif yaklaşım sergileyen bireylerin olumlu tutum sergileyen bireylere nazaran psikopatolojilerinin tekrarlama ihtimalinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte anksiyöz bireylerin tehditle ilgili olaylara (ambulans sesi, itfaiye sesi) daha fazla odaklandıkları ve bu durumla ilgili daha fazla ruminatif tutum sergiledikleri saptanmıştır. [95]

### **2.3.3 Metakognisyon ve Ruhsal Bozukluklar**

Metakognisyonun psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkisi kendini yürütücü işlevlere dayandırılmaktadır. [90] S-REF modeli, metakognitif inançların psikiyatrik bozuklukların başlamasında ve sürdürülmesinde rol alan uygunsuz

çözüm yöntemlerinin (dikkatin kendine odaklanması, ruminasyon, endişe) sürdürülmesinde rol aldığını söylemektedir. Wells metabilîşsel inançları içsel olayları kontrol etmeye çalışan olumlu metakognitif inançlar ve içsel olayların tehlikeli olduğuna dair olumsuz metakognitif inançlar olarak iki bölüme ayırmıştır. [65] Psikolojik baskı altında bireyin endişe ile ilgili olumlu metakognitif inançları sorun çözmek için daha fazla içsel çözüm stratejilerine odaklanmasına, bunun sonucu olarak rahatsız edici olarak değerlendirilen süreçleri hafifletmek için sürekli uygulanan ancak başarılı bir çözüme ulaşılamayan hatalı bilişsel dikkat sendromuna (cognitive attentional syndrome) yol açarak bir kısır döngü oluşacağını söylemektedir. [92]

Bu model, patolojik anksiyetenin kendine odaklanmış dikkat ve kendine yönelik olumsuz inançların zihinde işlenmesi, endişe, ruminasyon, tehdidin izlemi ve belirli uygunsuz başa çıkma yöntemlerinin uygulanması ile karakterize bir bilişsel-dikkat yanıtları ile bağlantılı olduğunu söylemektedir. Bu döngünün daha adaptif bilişsel bilginin oluşmasına engel olduğu düşünülmektedir. [90]

Örnek vermek gerekirse, bireylerin tekrarlayan olumsuz düşünme tarzlarını seçmelerinde (ör. Ruminasyon veya endişe), tehdit izlemeyi sürdürmelerinde ve uyumsuz başa çıkma stratejileri uygulamalarında belirli metakognitif inançlar ve stratejiler sorumlu tutulmaktadır. [10]

S-REF modeline göre, iki temel metakognitif fenomen türünün ruhsal bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir: metabilîşsel bilgi ve metabilîşsel kontrol stratejileri. Metabilîşsel bilgi, bireylerin kendi bilişleriyle ilgili sahip oldukları inanç ve teorileri ifade eder. [90] Örneğin, obsesif kompulsif bozukluğu olan insanlar, belirli türden düşüncelere sahip olmanın olumsuz olaylara veya istenmeyen eylemlere neden olacağını düşünülmektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan bireyler, endişe duymanın kontrolsüzlük veya ruh sağlığı için zararlı olabileceğine inanmaktadırlar. [96]

Bununla birlikte metakognitif kontrol stratejileri, bireylerin bilişsel sistemlerinin faaliyetlerini kontrol etmek için kullandıkları yöntemlerden oluşmaktadır. Örneğin, anksiyete bozukluklarında bireyler genellikle belirli düşünceleri bastırarak veya özel şekillerde düşünerek bilişsel etkinlikleri üzerinde bazı kontroller sağlamaya çalışmaktadır. [97]

Metabolişsel bilgi ve metabolişsel kontrol stratejileri ile anksiyete belirtileri veya uyumsuz başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişki çoğunlukla kesitsel nitelikte yapılan birçok çalışmadan saptanmıştır. Endişe hakkında kontrolünü kaybetme ve tehdit algısına odaklanan olumsuz inançlar anksiyete, kaygı ve obsesyonlarla ilgili en güçlü ilişki modeli sergilemektedir. Ek olarak, endişe konusundaki olumlu ve olumsuz inançlar zihinsel faaliyetler üzerindeki kontrolün bozulmasına yol açmaktadır. [91]

Benzer şekilde, Matthews ve arkadaşları gönüllü öğrenci grubunda sınav kaygısının yordayıcıları olarak başa çıkma becerileri ve endişe ile ilgili metakognitif inançları araştırmış, metakognitif inançların endişe ve duygu odaklı başa çıkma ile ilişkili olduğunu saptamış, sorun yaşayan öğrencilerin açık bir şekilde uygun başa çıkma becerilerinden farklı bir sorun çözme yöntemi kullandıklarını bulmuştur. [98]

Genel olarak, şu ana kadarki çalışmalar, bazı anksiyete bozukluğu türlerinde metakognitif inançların (kontrol edilemezliğe ilişkin inançlar, endişe hakkında olumlu inançlar, düşük bilişsel güven, genel olarak düşüncelere yönelik olumsuz inançlar) ve belirli düşünce kontrol stratejilerinin (endişe ve ceza) arttığını ve maladaptif başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu doğrulamaktadır. Ruminasyon kişinin depresif belirtilerine tekrarlayıcı ve pasif bir şekilde odaklanması olarak kabul edilmektedir. Depresyonun psikopatolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. İşlevsiz metakognitif inançların (“metakognisyonlar”) ruminasyon ve depresyon gelişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. [99]

#### **2.3.4 Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)**

Bilinçli farkındalık (mindfulness) kişinin şu andaki deneyimlerine dikkatini odakladığı psikolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. [100] 1970’lerden beri psikiyatri ve psikoloji, ruhsal bozukluktan muzdarip insanlara yardımcı olmak için bilinçli farkındalık temelli çeşitli terapötik yaklaşımlar üzerinde çalışmaktadır. [101]

Bilinçli farkındalık uygulamalarının, stres düzeyini azalttığı, depresyon ve anksiyete tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. [102] Klinik çalışmalar bilinçli farkındalığın hem ruhsal hem fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. [103] Çalışmalar ruminasyon ve endişenin çeşitli ruhsal bozuklukların etimolojisinde yer aldığını göstermektedir. [104] Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların endişe ve ruminasyonları belirgin bir şekilde azalttığı saptanmıştır. [105]

Bugün bilinçli farkındalık temelli çok sayıda terapi yöntemi geliştirilmiştir. Bunların en çok bilinenleri “Mindfulness Temelli Stres Azaltma Terapisi”, “Mindfulness Temelli Bilişsel Davranışçı Terapi”, “Kabul ve Kararlılık Terapisi” ve “Diyalektik Davranış Terapisi” olarak isimlendirilmektedir.

Farkındalık ve farkındalık temelli terapiler düşünce ve duyguların farkında olmaya ve onları olduğu gibi kabullenmeye odaklanmıştır. Bireyin zihninin bu duygu ve düşüncelere takılmamasını ve onlara tepki göstermemesini söylemektedir. [106]

Duygu ve düşüncelerin yargılanmadan oldukları gibi kabullenilmesi farkındalık (mindfulness) terapilerinin temel iskeletini oluşturmaktadır. [107]

Bu terapilerin asıl amacı, danışanlara hastalığın temelinde yatan otomatik işleyen süreci sonlandırmayı ve bu uyarılara daha az tepki vermeyi öğretmektir. Danışanlara otomatik düşünceleri yargılamadan gözlemlemeyi ve kabul etmeyi öğretmektedir. [108] Kısaca farkındalık (mindfulness) uygulaması, danışanın otomatik işleyen süreçlerinin ne zaman gerçekleşeceğini fark etmesini ve tepkilerini değiştirmesini sağlamaktadır.

Çalışmalar “Mindfulness Temelli Bilişsel Davranışçı Terapi” nin iki ve üç defa depresyon atağı geçiren hastalarda relaps oranını %50 düşürdüğünü göstermektedir. [109] 2015 yılında yapılan sistematik bir meta-analiz çalışmasında farkındalık temelli müdahalelerin çeşitli ruhsal ve fiziksel semptomları dindirdiğini göstermiştir. [110] Bununla birlikte 2014 yılında JAMA’da yayınlanan 3515 katılımcı içeren bir meta-analiz çalışması meditasyon programlarının duygulanım, odaklanma, madde kullanımı, yeme alışkanlıkları, uyku ve kilo üzerinde olumlu etkisi olduğuna dair yeterli kanıt saptayamamıştır.

Fakat bu çalışma oldukça heterojen meditasyon türleri içermektedir. Sadece farkındalık temelli yaklaşımları değil çok sayıda başka meditasyon türleri de içermektedir. [111]

Nörogörüntüleme teknikleri, fizyolojik ölçümler ve davranış testleri kullanılarak bilinçli farkındalığın beyin üzerine etkileri araştırılmıştır. Nörogörüntüleme teknikleri bilinçli farkındalık çalışmalarının anterior singulat korteks, insula, temporal-parietal bağlantı, fronto-limbik ağ ve default mode network üzerinde meydana gelen değişimlerle ilişkilendirmişlerdir. [112] Ayrıca bilinçli farkındalık meditasyonlarının hafif kognitif bozulma ve Alzheimer hastalığı başlangıcını önleyebileceği ya da erteleyebileceği gösterilmiştir. [113] Beyinde gyrus oluşum miktarı ile meditasyon yılı arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır. [114]

#### **2.3.4 Metakognisyon ve Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)**

Bilinçli farkındalığın ruhsal bozukluklarda bilgi işleme süreci ile ilişkisi Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Modelin çok düzeyli bilişsel mimarisi bilinçli farkındalığın etkilerini saptamaya yardımcı olmaktadır. [90]

Bilinçli farkındalık (mindfulness) teknikleri Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modelinin metakognitif inançlar ve çevirim içi işleme ile modlar arasındaki bilgi işleme sürecinde ciddi potansiyelleri bulunmaktadır:

- (a) Metakognitif işleme modunu aktifleştirmeye ve güçlendirmeye yardımcı olur; bu durum bilişsel yeniden yapılandırmayı kolaylaştırır.
- (b) Çevrimiçi işleme sürecinde uygunsuz metabilişsel inançların etkisinin ayırıştırılmasını sağlar: hastaların ruminatif ve endişe türü düşüncelere kapılmadan içsel ya da dışsal tehditlere karşı tetikte olmayı mümkün kılar.
- (c) Tehditlere karşı daha esnek çözüm yollarını geliştirmeyi sağlar.
- (d) Bilişin kontrolü ve yönlendirilmesi için metakognitif stratejileri güçlendirir.

Bununla birlikte, şayet bilinçli farkındalık nesne modunu kullanır ve olmayan tehdide karşı kaçmak ya da kontrol etmek gibi yöntemleri kullanırsa zarar verici olabilir. Kullanılan mod, bilinçli farkındalığın hangi amaçla verildiğine ve hastanın uygulamayı kullanmadaki hedeflerine bağlı değişecektir.

[115]



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

“Major Depresif Bozukluk Hastalarında Metakognitif İşlevlerin Somatik Semptomlar ile İlişkisi” adlı araştırma için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 03.07.2019 tarihinde 2019/78 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırma giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

#### 3.1 Çalışmanın Evreni

Bu çalışma Ağustos 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran hastalarda yapılmıştır. Çalışma DSM-5 standartlarında yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak tanı konulmuş 100 majör depresif bozukluk hastası ve 96 sağlıklı gönüllü ile gerçekleştirilmiştir. Hastalar ve gönüllüler çalışma ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirildikten sonra yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Çalışmada kesitsel tarama metodu kullanılmıştır.

#### 3.2 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az lise mezunu olması
- Herhangi bir nedenle bilişsel yetilerinde kusuru olmaması
- Mental veya nörolojik bir hastalığının bulunmaması
- Katılımcıların DSM-5 kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı olması
- Majör depresif bozukluk tanısı olması (Hasta grubu için)
- Madde kullanım bozukluğunun olmaması
- Katılımcılarda herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmaması (Kontrol grubu için)
- Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

### **3.3 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

- Önceden bilinen veya eşlik eden demans tanısı olması
- Deliryum olması
- Mental retarde tanısı olması
- Psikotik bozukluklar, psikotik belirtili depresyon, bipolar depresyonu olması
- Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı olması
- Gebe olması
- 12 yıldan daha az eğitim almış olması

### **3.4 Veri Toplama ve Değerlendirme Kriterleri**

#### **3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu**

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygunluğunu ve sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda bireyin adı, soyadı, iletişim bilgileri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kaçınıcı sınıfa kadar okuduğu (kaç yıl eğitim aldığı), yaşadığı merkez, maddi geliri, mesleği, ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olup olmadığı, kaç defa depresyon atağı geçirdiği, depresyon tedavisi için ilaç kullanıp kullanmadığı ve ilaç kullanıyorsa ne zamandan beri kullandığı, kronik hastalığı olup olmadığı, kullandığı başka bir ilaç olup olmadığı öğrenilmesi amaçlanmıştır.

#### **3.4.2 Üstbilis 30 Ölçeği**

Wells ve Cartwright-Hatton 1997 yılında Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (S-REF) modeli ile kavramsallaştırılan psikopatolojilerin zemininde yatan metakognitif inançların belirlenmesi için 65 sorulu “Meta-Cognitions Questionnaire” isimli ölçeği geliştirmiştir. [91]



Üstbiliş-30 ölçeği, “Meta-Cognitions Questionnaire” ölçeğinin uygulanışını kolaylaştırmak için aynı ölçekten türetilmiş daha kısa bir şeklidir. [86] Bu ölçeğin orijinal adı “Meta- Cognitions Questionnaire-30” olarak belirlenmiştir. Ölçek üst bilişleri 5 farklı alt boyutta değerlendirmektedir:

- Olumlu inançlar, endişelenmenin yararlı bir durum olduğunu belirtir.
- Olumsuz inançlar, endişenin kontrolü kaybetme ve tehlikeli olduğunu belirtir.
- Bilişsel kapasiteye güvensizlik (dikkat ve hafızaya olan güveni değerlendirme)
- Bilişsel farkındalık
- Düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair inançlar

Ölçek puanının artması işlevsel olmayan metakognitif inançlarının arttığını göstermektedir. [91] Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır. [116]

### **3.4.3 Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44)**

Bradford Bedensel Belirti Envanteri anketi dolduran kişinin son bir aydaki somatik semptomlarını ölçen self-report (kendini değerlendirme) ölçeğidir. Ölçekte somatik yakınmalar son bir ayda “yok”, “Geçen ay 15 günden AZ var” ve “Geçen ay 15 günden ÇOK var” şeklinde üç adet seçenek bulunmaktadır. Orijinal ismi “The Bradford Somatic Inventory” olan ölçek 1991 yılında Mumford ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. [117] Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. [118]

### 3.4.5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Fiziksel bir hastalığı ya da somatik belirtileri olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun şiddetini ölçmek bu rahatsızlıkların doğası gereği sorun oluşturabilmektedir. Depresyon ve anksiyete şiddetini belirlemede kullanılan ölçekler bu hastalıkların da bir komponenti olan vejetatif işlevleri de içermektedir. [119, 120]

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği bünyesinde vejetatif işlevleri barındırmaz, psikolojik hastalıkların pür emosyonel ve bilişsel özelliklerine odaklanmaktadır. Hedefi hastalık tanısı koymak değil, anksiyete ve depresyonun şiddetini ölçmektir. [121]

Toplam 14 soru içeren self-report (kendini değerlendirme) ölçeğidir. Bu soruların sıra numarası tek olan 7 adedi anksiyete alt ölçeğine, sıra numarası çift olanların 7 tanesi depresyon alt ölçeğine ait sorulardan oluşmaktadır. Anksiyete ve depresyon için kesme çizgisi 8 olarak kabul edilmiştir. Ölçek puanının artması bozukluğun şiddetinin arttığı anlamına gelmektedir. [121]

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. [122]

### 3.4.6 Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ölçeği orijinal adı “Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)” olan, bireyin anlık yaşantısındaki deneyimlere karşı ne kadar farkında olduğunu ölçen self-report (kendini değerlendirme) bir ölçektir. Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru “Hemen hemen her zaman”, “çoğu zaman”, “bazen”, “nadiren”, “oldukça seyrek”, “hemen hemen hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 seçenek ihtiva etmektedir. Ölçek seçeneklerin tamamının toplanmasından oluşan tek bir sonuç vermektedir, yüksek puan bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. [123] Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. [124]

### 3.5. Uygulama

Araştırmamıza Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran DSM-5 tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı konan 100 gönüllü hasta ve yaş, cinsiyet, eğitim olarak eşleştirilen 96 sağlıklı gönüllü alındı. Çalışmaya katılan hasta ve gönüllülere görüşmeden önce çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir ve onayları alınmıştır. Hastaların sosyodemografik veri formu doldurulmuştur ve DSM-5'e göre yapılandırılmış görüşmesi yapılmıştır ve sonra hastalardan Üstbiliş Ölçeği-30, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Bradford Bedensel Belirti Envanteri doldurması istenmiştir. Benzer şekilde sağlıklı gönüllülerin de sosyodemografik veri formu doldurulmuştur ve Üstbiliş Ölçeği-30, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Bradford Bedensel Belirti Envanteri doldurması istenmiştir. Ölçeklerin nasıl doldurulması gerektiği sayfa başlarında belirtilmiştir.

### 3.6. Verilerin Analizi

Çalışmamızın istatistiksel analizi SPSS 15.0 programı kullanılarak yapıldı. Dağılımın normalliği görsel grafikler (histogram vb) ve uygun istatistiksel yöntemler (Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilkis) kullanılarak değerlendirildi. Dağılımlar göz önünde bulundurularak iki grup karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t testi ya da Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılmayan gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bu test sonucuna göre gruplar ikişerli olarak Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Çıkan sonuçlarda Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Grupların birbiri ile korelasyonu değerlendirilmek amacıyla normal dağılan verilerde Pearson testi ve normal dağılım göstermeyen gruplarda Spearman testi kullanıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde çapraz tablolar yapılarak karşılaştırmalar için ki-kare testi kullanıldı. Çalışmamızda istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Major depresif bozukluk tanısı almış gönüllü 100 hasta ile 96 sağlıklı katılımcının sosyodemografik verileri ve kullanılan ölçek skorları karşılaştırılmıştır.

### 4.1 Hasta Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda yer alan 100 hastanın 75'i kadın (%75.0), 25'i erkeklerden (%25.0), kontrol grubunda bulunan 96 katılımcının ise 63'ü kadın (%65.6), 33'ü ise erkeklerden (%34.4) oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (P=0.15). (Tablo3)

Değişkenler	Cinsiyet		P
	Kadın	Erkek	
<b>Kontrol</b>	63 (65.6)	33 (34.4)	0.15
<b>Hasta</b>	75 (75.0)	25 (25.0)	
<b>Toplam</b>	138 (70.4)	58 (29.6)	

**Tablo 3 :** Grupların cinsiyet dağılımı

Grupların arasında yaş ortalamasına bakıldığı zaman hasta grubunun yaş ortalaması  $34.6 \pm 11.2$  olduğu, kontrol grubun yaş ortalamasının ise  $33.6 \pm 9.4$  olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı fark saptanmamıştır (P =0.494). Kadınların yaş ortalaması hasta grubunda  $34.5 \pm 11.0$  saptanmıştır, kontrol grubunda ise  $34.4 \pm 9.7$  olarak saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (P =0.529). Erkeklerin yaş ortalaması hasta grubunda  $35.0 \pm 12.0$  kontrol grubunda ise  $34.1 \pm 9.1$  bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalamaları açısından da gruplar arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (P =0.731). (Tablo 4)

Değişkenler	Kadın	Erkek
<b>Kontrol</b>	33.4±9.7	35.0±12.0
Hasta	34.5±11.0	33.4±9.7

**Tablo 4 :** Grupların yaş ortalamaları

Her iki grubun medeni durumu Tablo 5’de gösterilmiş olup, medeni durumlar bakımından grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (P = 0.50). (Tablo 5)

Değişkenler	Evli	Bekar	P
	n(%)	n(%)	
<b>Kontrol</b>	41 (41.0)	59 (59.0)	0.50
<b>Hasta</b>	44 (45.8)	52 (54.2)	
<b>Toplam</b>	85 (43.4)	111 (56.6)	

**Tablo 5 :** Hasta grupların medeni durumları

Hasta ve kontrol grubu katılımcılarının eğitim düzeyleri ele alındığında her iki grupta da lise mezunları çoğunluktadır. Eğitim düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (P =0.48). (Tablo 6)

Değişkenler	Lise	Ön lisans	Lisans ve Üstü	P
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Kontrol</b>	45 (46.9)	19 (19.8)	32 (33.3)	0.30
<b>Hasta</b>	58 (58.0)	15 (15.0)	27 (27.0)	
<b>Toplam</b>	103(52.5)	34 (17.3)	59(30.1)	

**Tablo 6 :** Grupların eğitim düzeyleri

Grupların iş durumları ve gelir durumları Tablo 7’de gösterilmiştir. Her iki grup arasında iş durumu (P=0.15) ve gelir durumu (P=0.72) açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 7)

Değişkenler		Hasta	Kontrol	P
		n(%)	n(%)	
İş Durumu	Çalışıyor	69 (69.0)	75 (78.1)	0.15
	Çalışmıyor	31 (31.0)	21(21.9)	
Gelir Durumu	2200 tl altı	49 (49.0)	49 (51.0)	0.72
	2200–5000 tl	46 (46.0)	40 (41.7)	
	5000 tl üstü	5 (5.0)	7 (7.3)	

**Tablo 7 :** Grupları iş durumu, gelir durumu

Her iki grupta da aynı sayıda kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır. Gruplar arasında kronik hastalık bulunması açısından anlamlı fark saptanmamıştır (P=0.90). (Tablo 8)

Değişkenler	Kronik Hastalık		P
	Yok	Var	
	n(%)	n(%)	
Kontrol	79 (82.3)	17 (17.7)	0.90
Hasta	83 (83.0)	17 (17.0)	
Toplam	162 (82.6)	34 (17.3)	

**Tablo 8 :** Grupların kronik hastalık bulundurma oranları

## 4.2 Gruplar Arası Karşılaştırılma

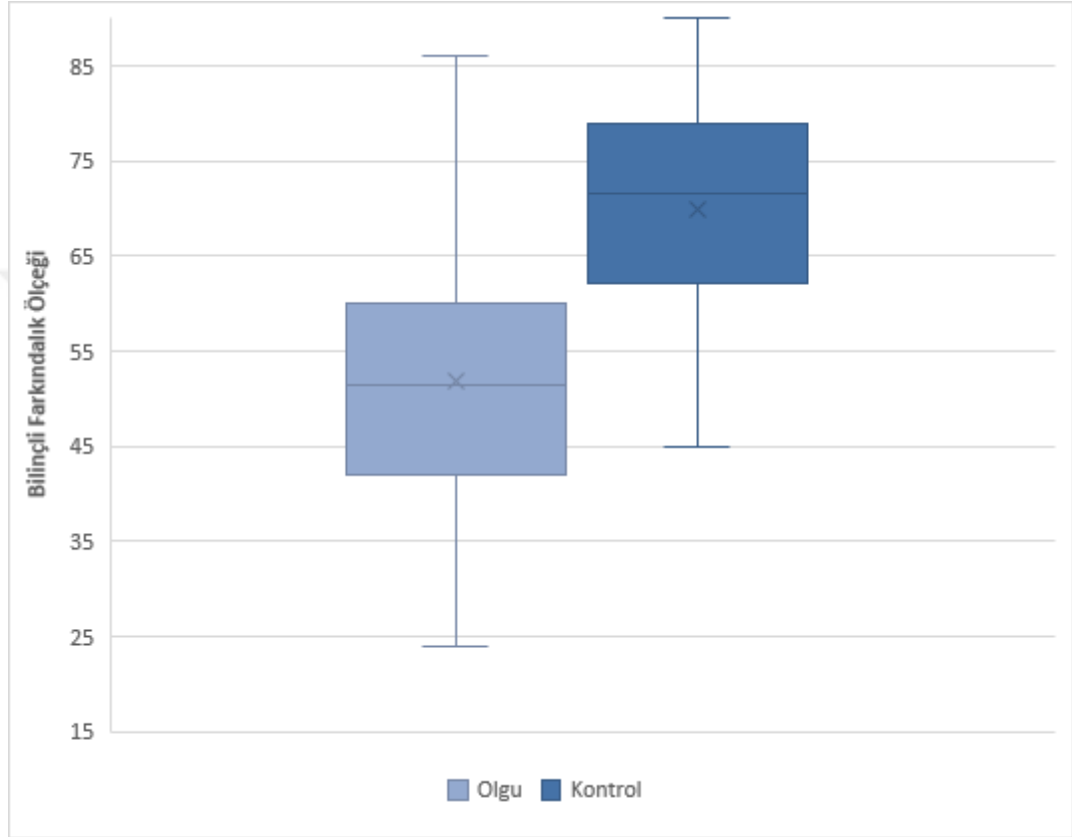
Grupların ölçek skorlarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir.

Değişkenler	Hasta	Kontrol	P
<b>BİFO</b> (Ortalama±SS)	51.9±12.5	69.9±11.7	<0.001**
<b>Olumlu inançlar</b> (Ortanca (min-maks))	12.0 (6.0-22.0)	10.0 (6.0-18.0)	0.005*
<b>Kontrol Edilemezlik ve Tehlike</b> (Ortalama ±SS)	17.2±4.0	11.0±3.4	<0.001**
<b>Bilişsel Güvensizlik</b> (Ortalama ±SS)	14.5±4.4	11.2±3.7	<0.001*
<b>Bilişsel Farkındalık</b> (Ortalama ±SS)	16.8±3.6	13.1±4.1	<0.001*
<b>Düşünceleri Kontrol İhtiyacı</b> (Ortalama ±SS)	15.5±3.7	11.5±3.2	<0.001*
<b>HAD Anksiyete Skoru</b> (Ortanca (min-maks))	8.5 (2.0-21.0)	6.0 (0.0-15.0)	<0.001**
<b>HAD Depresyon Skoru</b> (Ortanca (min-maks))	12.0 (4.0-20.0)	4.5 (0.0-7.0)	<0.001**
<b>Bradford Bedensel Belirti Envanteri</b> (Ortanca (min-maks))	33.0 (3.0-75.0)	7.5 (0.0-33.0)	<0.001**

**Tablo 9 :** Gruplar Arası Ölçek Skorları Karşılaştırmaları

## Grupların Bilinçli Farkındalık Ölçeği Skorları Karşılaştırması

Hastaların **BİFO** skorları  $51.9 \pm 12.5$  ve kontrol grubunun **BİFO** skorları  $69.9 \pm 11.7$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. ( $P < 0.001$ ). (Tablo 9)



Şekil 2 : Grupların Bilinçli Farkındalık Ölçeği Skorları Karşılaştırması

## Grupların Üstbilis-30 Ölçeği Skorları Karşılaştırması

Hasta grubunda düşüncelerin **olumlu olduğuna dair metakognitif inançlar** skoru  $12.0(6.0-22.0)$  saptanmıştır. Kontrol grubunda düşüncelerin **olumlu olduğuna dair metakognitif inançlar** skoru ise  $10.0(6.0-18.0)$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.005$ ).

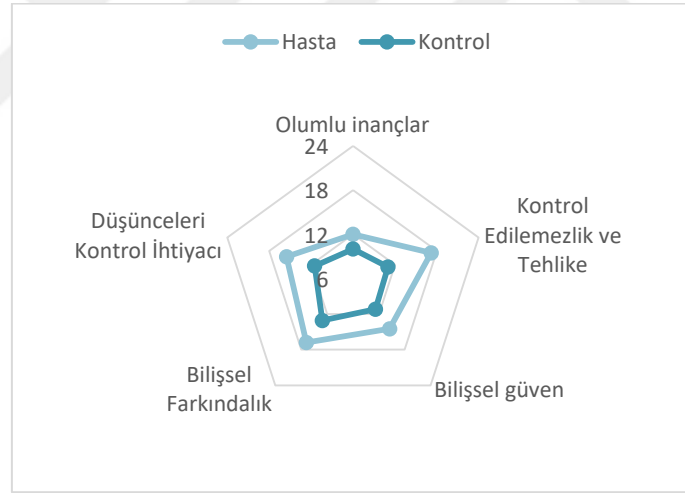


Hasta grubunun düşüncelerin **kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair metakognitif inançlar** skoru  $17.2 \pm 4.0$  saptanmış. Kontrol grubunun skoru ise  $11.0 \pm 3.4$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Hasta grubunun **bilişsel güvensizlik** skoru  $14.5 \pm 4.4$  saptanmış. Kontrol grubunun **bilişsel güvensizlik** skoru ise  $11.2 \pm 3.7$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Hasta grubunun **bilişsel farkındalık** skoru  $16.8 \pm 3.6$  saptanmış. Kontrol grubunun **bilişsel farkındalık** skoru ise  $13.1 \pm 4.1$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).

Hasta grubunun **Düşünceleri Kontrol İhtiyacı** skoru  $15.5 \pm 3.7$  saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu skor  $11.5 \pm 3.2$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.001$ ).



**Şekil 3 :** Grupların Üstbiliş-30 Ölçeği Skorları Karşılaştırması

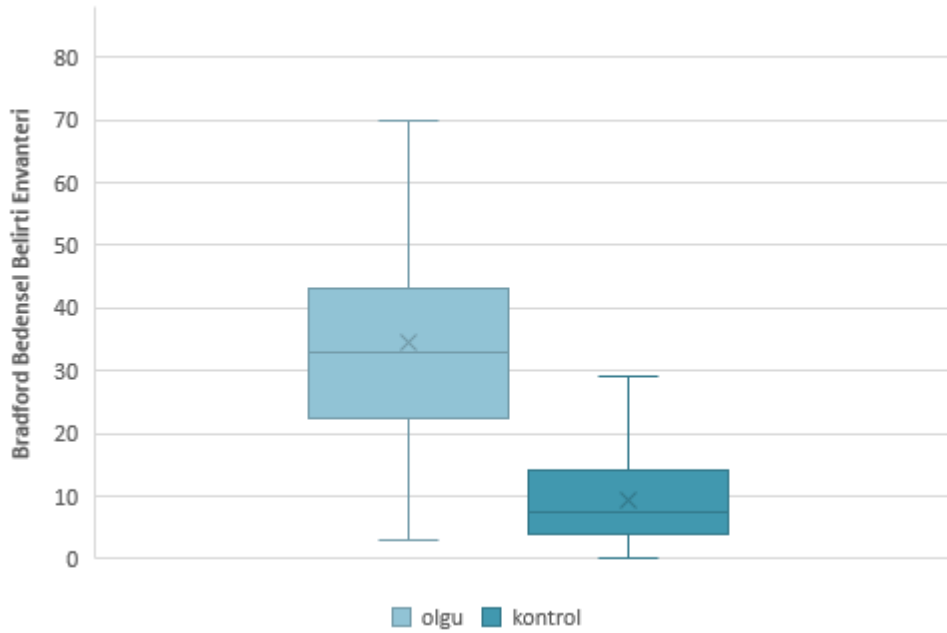
### **Grupların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Skorları Karşılaştırması**

Hastaların **anksiyete** skorlarının ortanca (min-maks) değerleri  $8.5$  ( $2.0-21.0$ ) saptanmıştır. Kontrol grubunun **anksiyete** skorları ise  $6.0$  ( $0.0-15.0$ ) olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ( $P < 0.001$ ).

Hastaların **depresyon** skorlarının ortanca (min-maks) değerleri 12.0 (4.0-20.0) saptanmıştır. Kontrol grubunun **depresyon** skorları ise 4.5 (0.0-7.0) olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ( $P<0.001$ ).

#### Grupların Bradford Bedensel Belirti Envanteri Skorlarının Karşılaştırması

Hastaların **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** skorlarının ortanca (min-maks) değerleri 33.0 (3.0-75.0) saptanmış olup, kontrol grubunda ise bu testin skorları 7.5 (0.0-33.0) olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P<0.001$ ).



şekil 4 : Grupların Bradford Bedensel Belirti Envanteri Skorlarının Karşılaştırması

### 4.3 Hasta Grubunun Kendi İçinde Korelasyon Analizi

Hasta grubunun ölçeklerinin korelasyon analizleri Tablo 10'da gösterilmektedir.

	BİFO	Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güvensizlik	Bilişsel Farkındalık	Kontrol İhtiyacı	HAD Anksiyete Skoru	HAD Depresyon Skoru	Bradford Bedensel Belirti Envanteri
BİFO	1	$r_s = -0.271$ $p = 0.006^*$	$r_s = -0.209$ $P = 0.037^*$	$r_s = -0.186$ $P = 0.063$	$r_s = 0.066$ $P = 0.511$	$r_s = -0.115$ $P = 0.254$	$r_s = -0.084$ $P = 0.408$	$r_s = -0.222$ $P = 0.027^*$	$r_s = -0.490$ $P < 0.001^{**}$
Olumlu İnançlar		1	$r_s = 0.085$ $P = 0.398$	$r_s = 0.193$ $P = 0.055$	$r_s = 0.104$ $P = 0.302$	$r_s = 0.216$ $P = 0.031^*$	$r = -0.002$ $P = 0.982$	$r = 0.004$ $P = 0.965$	$r = 0.0400$ $P = 0.695$
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike			1	$r_s = 0.236$ $P = 0.018^*$	$r_s = 0.335$ $P < 0.001^{**}$	$r_s = 0.366$ $P < 0.001^{**}$	$r_s = 0.067$ $P = 0.507$	$r_s = 0.034$ $P = 0.741$	$r_s = 0.282$ $P = 0.004^{**}$
Bilişsel Güvensizlik				1	$r_s = 0.069$ $P = 0.493$	$r_s = 0.390$ $P < 0.001^{**}$	$r_s = 0.189$ $P = 0.060$	$r_s = -0.008$ $P = 0.937$	$r_s = 0.033$ $P = 0.742$
Bilişsel Farkındalık					1	$r_s = 0.396$ $P < 0.001^{**}$	$r_s = -0.083$ $P = 0.410$	$r_s = 0.009$ $P = 0.927$	$r_s = 0.091$ $P = 0.370$
Kontrol İhtiyacı						1	$r_s = 0.090$ $P = 0.373$	$r_s = 0.038$ $P = 0.708$	$r_s = 0.217$ $P = 0.030^*$
HAD Anksiyete Skoru							1	$r = 0.343$ $P < 0.001^{**}$	$r = 0.226$ $P = 0.024^*$
HAD Depresyon Skoru								1	$r = 0.274$ $P = 0.006^*$
Bradford Bedensel Belirti Envanteri									1

**Tablo 10 :** Hasta grubunun korelasyon analizi

**Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFO)** diğer ölçekler ile karşılaştırıldığında; **BİFO** ile **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı negatif korelasyon saptanmış ( $P<0.001$ ), **BİFO** ile **düşünceler hakkındaki olumlu metakognitif inançlar** arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmış ( $P=0.006$ ), **BİFO** ile **düşüncelerin kontrol edilmezlik ve tehlikeli olduğu metakognitif inancı** ve **depresyon** ile arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.037$ ,  $P=0.027$ ).

Üstbiliş ölçeği-30'un düşünceler hakkındaki **olumlu metakognitif inançlar** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **olumlu metakognitif inançlar** ile **bilinçli farkındalık ölçeği** arasında istatistiksel olarak ileri derece negatif korelasyon ( $P=0.006$ ), **olumlu metakognitif inançlar** ile **düşünceleri kontrol ihtiyacı** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0,031$ ).

Üstbiliş ölçeği-30'un **kontrol edilmezlik ve tehlike (olumsuz metakognitif inançlar)** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **kontrol edilmezlik ve tehlike (olumsuz metakognitif inançlar)** ile **bilişsel farkındalık**, **düşünceleri kontrol ihtiyacı** ve **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** skoru arasında istatistiksel olarak ileride derece anlamlı pozitif korelasyon ( $P<0.001$ ,  $P<0.001$ ,  $P=0.004$ ) saptamıştır, **kontrol edilmezlik ve tehlike** ile **bilişsel güvensizlik** ve **BİFÖ** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.018$ ,  $P=0.037$ ).

Üstbiliş ölçeği-30'un **bilişsel güvensizlik** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **bilişsel güvensizlik** ile **düşünceleri kontrol ihtiyacı** arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon ( $P<0.001$ ), **bilişsel güvensizlik** ile **kontrol edilmezlik ve tehlike** arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.018$ ).

Üstbiliş-30 ölçeği (ÜBÖ) **bilişsel farkındalık** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **bilişsel farkındalık** ile **kontrol edilmezlik ve tehlike** ve **düşünceleri kontrol ihtiyacı** metakognitif inançları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P<0.001$ ,  $P<0.001$ ).

Üstbiliş ölçeği-30'un **düşünceleri kontrol ihtiyacı** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **düşünceleri kontrol ihtiyacı** ile **olumlu metakognitif inançlar** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon ( $P=0.031$ ), **düşünceleri kontrol ihtiyacı** ile **kontrol edilmezlik ve tehlike**, **bilişsel güvensizlik** ve **bilişsel farkındalık** arasında ise istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P<0,001$ ,  $P<0,001$ ,  $P<0,001$ ).

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) **anksiyete** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **anksiyete** ile **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon ( $P=0.030$ ), **anksiyete** ile **depresyon** arasında ise istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.006$ ).

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) **depresyon** alt boyutunun diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **depresyon** ile **BİFÖ** ve **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon ( $P=0.027$ ,  $P=0.024$ ), **depresyon** ile **anksiyete** arasında ise istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.001$ ).

**Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE)** diğer ölçeklerle karşılaştırılmasında; **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** ile **düşünceleri kontrol ihtiyacı** ve **anksiyete** arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon ( $P=0.030$ ,  $P=0.024$ ), **Bradford Bedensel Belirti Envanteri** ile **BİFÖ**, **kontrol edilmezlik ve tehlike** ve **depresyon** ile arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( $P=0.001$ ,  $P=0.004$ ,  $P=0.006$ ).

## Bradford Somatik Envanteri (BSI-44) Kategorilerinin Karşılaştırılması

Bradford Somatik Envanteri (BSI-44) sonuçlarını kategorik olarak diğer testlerle karşılaştırılmıştır. (Tablo 11)

Değişkenler	Bradford Somatik Envanteri (BSI-44)			Test değeri	P
	Hafif	Orta	Şiddetli		
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)		
<b>BİFO</b>	60.0 (25.0-82.0)	48.0 (24.0-78.0)	47.0 (28.0-60.0)	21.686	0.001
<b>Olumlu İnançlar</b>	11.0 (6.0-21.0)	11.0 (6.0-22.0)	12.5 (6.0-20.0)	2.696	0.260
<b>Kontrol Edilemezlik ve Tehlike</b>	15.0 (7.0-21.0)	17.0 (10.0-24.0)	19.0 (8.0-24.0)	9.275	0.010
<b>Bilişsel Güvensizlik</b>	14.0 (6.0-21.0)	15.0 (6.00-24.0)	14.5 (6.0-24.0)	0.215	0.898
<b>Bilişsel Farkındalık</b>	16.0 (9.0-21.0)	18.0 (10.0-24.0)	17.0 (11.0-23.0)	1.859	0.395
<b>Kontrol İhtiyacı</b>	14.0 (7.0-23.0)	16.0 (8.0-24.0)	16.0 (10.0-22.0)	4.049	0.132
<b>HAD Anksiyete Skoru</b>	8.0 (3.0-17.0)	9.0 (2.0-20.0)	9.5 (4.0-21.0)	6.316	0.043
<b>HAD Depresyon Skoru</b>	12.0 (4.0-19.0)	12.0 (5.0-20.0)	13.5 (9.0-19.0)	4.944	0.084

**Tablo 11** : Bradford Somatik Envanteri Kategorilerinin Karşılaştırılması

Analiz sonucuna göre kategorilerin **olumlu inançlar**, **bilişsel güvensizlik**, **bilişsel farkındalık**, **kontrol ihtiyacı** ve **depresyon** skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,206, p=0,898, p=0,395, p=0,132, p=0,084).

**Bradford Bedensel Belirti Envanteri** şiddetini belirleyen üç kategorinin **BİFÖ** skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $P < 0,001$ ). Kategorilerin **BİFÖ** sonuçlarının ikili karşılaştırılmasında hafif ile orta, hafif ile şiddetli kategori arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark saptanmış olup ( $P = 0,001$ ,  $P = 0,001$ ), orta-şiddetli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $P = 0,185$ ).

**Bradford Bedensel Belirti Envanteri** şiddetini belirleyen üç kategorinin **kontrol edilmezlik ve tehlike** skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ( $p = 0,10$ ) fakat kategorilerin **kontrol edilmezlik ve tehlike** skorlarının ikili karşılaştırmalarında hafif ile orta, orta ile şiddetli ve hafif ile şiddetli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $P = 0,900$ ,  $P = 0,210$ ,  $P = 0,02$ ).

**Bradford Bedensel Belirti Envanteri** şiddetini belirleyen üç kategorinin **anksiyete** skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p = 0,043$ ). Kategorilerin **anksiyete** skorlarının ikili karşılaştırılmasında; hafif ile orta, hafif ile şiddetli ve orta ile şiddetli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p = 0,025$ ,  $p = 0,360$ ,  $p = 0,924$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, gelir durumu açısından hasta grupları ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olması grupların homojen olduğu ve olguların karşılaştırılabilir olduğunu desteklemektedir.

Major depresif bozukluk bireyin yalnızca duygularının değil bununla birlikte düşünce, davranış, fizyoloji ve vejetatif işlevler gibi birden fazla alanın etkilendiği bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir. [15] Depresyonun gelişimini açıklamaya çalışan birbirinden bağımsız çok sayıda teori üretilmesine rağmen bugün major depresif bozukluk tablosunun oluşmasında genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin karşılıklı etkileşiminin rol aldığı düşünülmektedir. [125]

Ruhsal bozuklukları açıklamakta kabul görmüş psikolojik yaklaşımların başında bilişsel davranışçı yaklaşım gelmektedir. Biliş ve davranışın depresyon üzerindeki etkisini kanıtlamak için kırk yılı aşkın süredir yapılan araştırmalar neticesinde depresyonun kavramsallaştırılmasında büyük mesafe kat edilmiştir. [93] Beck, depresyonun altında yatan mekanizmanın yanlı düşünme biçimi ve işlevsel olmayan otomatik düşünceler olduğunu ileri sürmüş, olaylar karşısındaki hatalı düşüncelerin değişmesi sonucunda depresif bozukluğun tedavisinin mümkün olduğunu söylemiştir. [7].

Bununla birlikte metakognitif yaklaşım, klasik bilişsel terapinin salt düşüncenin duygusal yanıtların üzerindeki etkisini açıklamakta kavramsal ve yöntemsel açıdan yetersiz olduğunu belirtmiştir. Metakognisyon, oluşacak duygusal yanıtta düşüncenin içeriği ile birlikte bu düşüncenin birey tarafından nasıl yorumlandığının, düşüncenin bireyi ne amaç için güdülediğinin ve nasıl davranışlar sergilemesine yol açığının esas rolü üstlendiğini öne sürmüştür. [65]

Nolen-Hoeksema ve ark. kayıp sonrası kullanılan sorun çözme becerilerini araştırdıkları 253 katılımcı ile yaptıkları çalışma sonucunda, birinci ve altıncı aylarda yapılan ölçümlerde ruminatif tarzda sorun çözme yöntemi kullanan bireylerin depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. [126]



Papageorgiou ve Wells ruminasyonlarla ilgili olumlu inançların depresif semptomlara karşı ruminatif yanıt geliştirme ihtimalini arttırdığı, ruminasyonlar hakkında olumsuz inançların ise depresif mizaçtan sorumlu olduğunu gözlemlemiştir. [127] Teasdale ve ark. metakognitif farkındalık ile depresyona yatkınlık arasında bir ilişki olabileceğini öne sürmüş, bilişsel terapi ve farkındalık temelli bilişsel terapinin farkındalığı arttırmak suretiyle depresyon ataklarının tekrarlamasını azaltabileceğini söylemiş ve bunu ispatı için bir seri çalışma yapılmıştır. İlk çalışmada 40 gönüllü hasta ve 20 gönüllü sağlıklı birey metakognitif farkındalık açısından karşılaştırılmış, hasta grubun metakognitif farkındalığının sağlıklı gruba göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $P<0.01$ ). Bilişsel terapi alan 80 hasta ve ilaç tedavisi alan 78 hastanın 48 haftalık takip sonrasında bilişsel terapi alan grupta diğer gruba nazaran %40 daha az relaps görüldüğü saptanmıştır ( $P<0.02$ ), aynı çalışmada bilişsel davranışçı terapi tedavisi alan hastaların metakognitif farkındalık skorlarının terapi öncesine göre belirgin düzeyde arttığı gözlenmiştir ( $P<0.01$ ). Üçüncü araştırmada farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi uygulanan 39 hasta ile rutin takip edilen 45 hasta karşılaştırılmış, bir yıllık takip süresince farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi uygulanan hastaların %36'sında relaps gözlenirken, diğer grupta %62 oranında relaps gözlenmiştir ( $p<0.02$ ), farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapinin relaps riskini %42 oranında azalttığı belirlenmiştir. [14]

Bununla birlikte 255 depresyon hastası ile yapılan bir çalışmada, farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi, kognitif bilgilendirme eğitimi ve rutin medikal tedavi altında klinik takipleri yapılan üç farklı grubun 12 aylık takip sonrasında gruplar arasında relaps açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır. Aynı çalışmada farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapinin çocukluk travması olan grupta depresyonun relaps riskini azalttığı gözlenmiştir. [128]

Metakognisyonun S-REF modeli depresyonun başlamasında, devam etmesinde ve tekrarlamasında bireyin kişisel problemlerle ilgili istenmeyen ve tekrarlayan düşünceleri olarak tanımlanan ruminasyonlar hakkındaki olumlu veya olumsuz inançların önemli bir rolü olduğunu söylemektedir. Sorun çözme becerisi olarak ruminasyonların kullanılmasını olumlu karşılamak ruminasyonların sürdürülmesine yol açabilmektedir. Bu tür ruminasyonlar tehlike olarak görüldüğü zaman olumsuz değerlendirmenin içeriğine bağlı olarak bireyi anksiyete veya

depresyona sürükleyebilmektedir. Ruminasyon tehlikeli olarak değerlendirilirse anksiyeteye; kayıp, başarısızlık veya umutsuzluk olarak değerlendirilirse depresyona yol açabilmektedir. [64]

Bizim örneğimizde hasta grubunun metakognitif inançları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında üstbiliş 30 ölçeğinin beş alt kategorisinde de hasta grubunun skorları mevcut literatür bilgisiyle örtüşecek şekilde daha yüksek saptanmıştır. (Şekil 3)

Major depresif bozukluğu olan hastaların ciddi bir kısmına somatik semptomlar eşlik etmektedir. [2] Bu semptomların hastanın günlük hayat kalitesini düşürmekle birlikte hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı, [129] artık semptomu olan hastalarda yaklaşık bir yıllık takibin ardından tam düzelme gösteren hastalara nazaran 3 kat daha fazla relaps görüldüğü saptanmıştır. [130] Depresyon hastalarının %91.1'inde tedaviden önce en az bir somatik semptom bulunduğu, tedaviden sonra bu semptomların %28.6'sının artık semptom olarak devam ettiği gözlenmiştir. [131] Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 620 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %22.9'unun tıbben açıklanamayan en az bir semptomu bulunduğu, %12'sinin de somatoform ağrı bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Somatik semptomları olan bu hastaların %14,4'ünde de eşlik eden major depresif bozukluk ya da distimik bozukluk tanıları saptanmıştır, sık psikiyatrik komorbiditeye rağmen polikliniğe başvuran 620 hastanın yalnızca %20.9'unun ağrısı medikal olarak açıklanabilmiştir. [132] Bu semptomların hastanın yaşam kalitesini bozması[133], tedaviye yanıtı olumsuz etkilemesi, [134] hastalığın ekonomik yükünü arttırması, [135] hastalığın tekrarlama riskini arttırması [129] göz önünde bulundurulduğunda somatik semptomların tedavisi ve psikopatolojisinin aydınlatılması ciddi önem arz etmektedir.

Bugün somatizasyon hakkındaki genel kanı biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu geliştiği konusundadır. [136]

Somatizasyon konusundaki biyolojik araştırmalar özellikle serotonerjik yollar, hipotalamo-hipofiz-adrenal aks, immünolojik sistem ve genetik varyasyonların etkisi üzerinde durmuştur. Somatik semptomlarda görülen *hastalık davranışlarının* immünolojik sistemin bir parçası olan inflamatuvarlar tarafından

oluşturulduğu düşünülmektedir. [137] Monoaminerjik genlerin varyasyonunu araştıran bir çalışma serotonin reseptörü kodlanmasında görevli olan ve depresyon tedavisine kötü yanıt ile bilinen HTR2A polimorfizminin ağrı algısını değiştirerek depresyona eşlik eden somatik semptomların meydana gelmesinden sorumlu tutulmaktadır (P=0.03). [138] Somatik özellikli depresyonun klinik tablo ve düşük tedavi yanıtı gibi özelliklerin psikobiyolojik belirteçler ile birlikteliği bu durumun ayrı bir fenomen olabileceği şüphesi oluştursa da psikolojik ve sosyal faktörlerin somatizasyon gelişimi, devam etmesi ve tedavisinde iyi bilinmektedir. [76, 139]

Kognitif yaklaşım somatizasyonun temelinde bireyin kendisinin ve bedeninin *zayıf* olduğu yönünde temel inançların (şemalar) yer aldığını, bu inançların olağan bedensel semptomlara karşı seçici dikkatinin artmasına ve olumsuz (katastrofik) değerlendirilmeye yol açtığını söylemektedir. [140]

Somatizasyonun psikopatolojisini açıklayan modern bilişsel davranışçı modeller kilit sürecin “olağan bedensel duyuların katastrofik bir şekilde değerlendirilmesine bağlı bedensel uyarılma ve bedensel duyulara karşı artan dikkat, tekrar olağan semptomların zararlı olduğuna dair değerlendirme” şeklinde bir döngü olduğunu söylemektedir. [79]

Yanlı bellek tutumlarının sağlığı etkileyecek olası duyuların zararlı algılanması ve yorumlanmasında rol aldığı düşünülmektedir. [141] Somatik bireylerin bedensel duyuları normal bir durum olarak algılamadığı, ciddi bir hastalık ile ilişkilendirme eğiliminde olduğu saptanmıştır. [142] Semptomların katastrofik bilişsel değerlendirilmesinin somatik semptomların başlamasında ve devam etmesinde önemi vurgulanmaktadır. [143] Somatik ağrılarının “kalıcı” ve “belirsiz” olduğu yönünde inançları olan bireylerin daha çok katastrofik tutum sergilediği ve daha fazla ağrı algıladığı gözlenmiştir. [144]

Ağrı ile ilgili katastrofik düşüncelerin, bedensel duyuların sıkıntılı ve korkunç bir tablo olarak değerlendirilmesine, oluşan korkunun bedensel duyulara karşı daha dikkatin artmasına ve hipervijilans gelişmesine yol açtığı düşünülmektedir. [145] Somatizasyon gelişen bireylerde, bedensel semptomlar ile ilgili sözlü ya da görsel uyaranlar karşısında otomatik bedensel yanıt verildiği gözlenmiştir. [146] Bedensel duyularla ilgili hatalı düşünce ve davranışların oluşmasında ve sürdürülmesinde dikkatin seçilme sürecinde çarpıklıklar olduğunu

söyleyen Brown, bilişsel davranışçı yaklaşımın üzerine entegre ettiği modelinde somatizasyonun oluşmasında *birincil dikkat sistemi* adını verdiği bilinçsiz ve otomatik işleyen sürecin geçmiş bilgi birikimi ve şemalar etkisi ile olağan bedensel duyuları tehlikeli bir tablo olarak değerlendirdiğini; oluşan bu somatik reaksiyonun devam etmesinde ise bireyin bilinçli olarak beden duyularına odaklandığı *ikincil dikkat sisteminin* rol aldığını söylemektedir. [147]

Bireyin bedensel duyulara karşı aşırı hassas olması(hipervijilans), sık rastlanan bedensel duyulara odaklanması, bu duyuları normal olarak karşılamak yerine patolojik ve bir hastalığın semptomu olarak değerlendirmesi sonucu bedensel amplifikasyon geliştiği ileri sürülmektedir. Amplifikasyon sürecinin oluşmasında kognitif, emosyonel ve dikkatle ilgili süreçlerin birlikte rol aldığı düşünülmektedir. [80]

Metakognitif yaklaşım psikiyatrik bozuklukların oluşmasında ve sağaltımında sadece düşünce içeriğini hedeflemenin yetersiz olduğunu, esas rolü bireyin düşünceleri ile ilgili tutumu, yorumları ve farkındalığının üstlendiğini belirtmektedir. Metakognitif model psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde hastalık lehine gelişen bilişsel süreçlerin otomatik bir şekilde işlediği, buna bağlı bilişsel dikkat sendromu geliştiğini, bireylerin hastalıklı reaksiyonları otomatik bir şekilde sergilediğini söylemektedir. [9]

Noyers, bedensel duyuları hakkında olumsuz (katastrofik) düşünceleri olan bireylerde bu semptomların ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yorumlanması hipokondriyazis, semptomun düzelmeyeceği ve kalıcı olduğu şeklinde yorumlanmasının somatizasyon tablosu gelişebileceğini söylemiştir. [148]

Yoshida ve ark. 2012 yılında ağrı ile ilgili düşüncelerin içeriği ile metakognisyonlar arasındaki ilişkiyi saptamak için tasarladıkları çalışmada, olumsuz metakognisyonların katastrofik düşünceyi arttırdığını gözlemlemişlerdir. [5] Spada ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu şeklinde olumsuz metakognitif inançlar ile beden semptomlarına karşı artmış hassasiyet, kaçınma, ağrı duyularına abartılı yanıt gibi ağrı davranışları arasında güçlü korelasyon saptamışlardır( $r=0,52$ ). [149] Ziadni ve ark. kronik ağrı yakınması olan bireylerde deneysel bir çalışma düzenlemiş ve gün içerisinde negatif metakognitif inançların ağrının

felaketleştirme düşüncesini arttırdığını ve buna bağlı daha fazla ağrı yoğunluğu algılandığını gözlemlemiştirlerdir. [150]

Metakognitif terapi uygulanan tinnitus yakınması olan bireylerde terapi sonrası düzelen hastalarda MCQ-30 ölçeğinin düşünceler hakkındaki kontrol edilemez ve tehlikeli şeklindeki olumsuz metakognitif inançlarda belirgin azalma olduğunu saptanmıştır ( $P < 0.05$ ). [151] Fibromiyalji tanısı olan bireylerde, olumlu ve olumsuz metakognitif inançların rahatsızlıkla ilişkisi olduğu, olumsuz metakognitif inançları olan bireylerin somatik semptomlarını daha fazla kontrol ettiği gözlenmiştir[152]. Mevcut bulgular terapinin hedefinin düşüncenin içeriğinden ziyade olumsuz metakognitif süreçlerin hedeflenmesinin daha uygun olacağını göstermektedir.

Depresyon hastalarında yaptığımız korelasyon analizi sonucunda bulgularımız somatik belirtilerin kontrol ihtiyacı( $p=0,030$ ) ve kontrol edilemezlik ve tehlike ( $p=0,004$ ) metakognitif inançları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bonferroni-Dunn düzeltmesinde kontrol ihtiyacı metakognitif inançları açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. Benzer şekilde somatik belirtilerin şiddetli olduğu grup ile hafif olduğu grup arasında kontrol edilemezlik ve tehlike metakognitif inancı skorları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmazken ( $P=0.002$ ) sonucun anlamlı sınıra çok yakın olması sağlıklı değerlendirme için daha geniş örneklem grubu ihtiyacı doğurmaktadır. Bu bulgular her ne kadar metakognitif süreçlerin tamamını göstermese de major depresif bozukluk hastalarında olumsuz metakognitif yorumlamanın somatizasyon gelişmesinde rol oynayabileceğini destekler niteliktedir.

Beck bu düzenleme ile Wells [153] ile benzer bir çizgi izleyerek, düşüncelerin içeriğinden ziyade düşüncelerin nasıl değerlendirildiğine ve onlara verilen öneme vurgu yapmıştır. Daha önce hatalı düşünce tarzının psikopatolojilere yol açtığını belirten Beck, bilişsel modelini jenerik bilişsel model ismi ile revize etmiştir. psikopatolojilerin gelişiminde çevresel faktörler tarafından tetiklenen genetik, psikososyal yatkınlık, dikkat ve bellek hatalarının birbiriyle aktif etkileşim halinde olduğu çok katmanlı bir kognitif yaklaşım modeli sergilemeye çalışmıştır. Psikiyatrik tabloların altında yatan mekanizmaların *bilgi işleme süreci (information processing)* sonucu meydana geldiğini, günlük hayatın

olağan sorunlarına karşı kullanılan adaptasyon mekanizmaları ile ilgili yanlış olumlu inançların şemaların oluşmasında, yanlış olumsuz inançların ise bunların sürdürülmesinde rol aldığını söylemiştir. [154]

Klinik deneyimlerimizde somatik semptomların eşlik ettiği hastaların emosyonel dalgalanmalar, düşünceler ve ağrı ile ilgili tutumlarının bedensel duyular ile arasında ilişkiyi kurmakta zorlandığı gözlenmiştir. İleri yaş depresyon hastalarının sık somatik prezentasyon göstermesi [155], ileri yaş bireylerde yapılan bir çalışmada farkındalığın ruh sağlığı üzerine belirgin etkisi olduğunun saptanması [156], emosyonların tanınmasında zorluk olarak bilinen alexitimide somatik semptomların sık görülmesi [157] anlık durum hakkındaki bilgi ve farkındalığın somatizasyon ile ilişkisini güçlendirmektedir. Bireyin anlık durumu hakkında farkındalığının düşük olması olağan bedensel duyuları hatalı inançlar zemininde bilinçsiz, hızlı ve yanlış yorumlamasına ve otomatik bir düşünce sürecinin oluşup devam etmesine yol açabilir.

Bir çok psikolojik rahatsızlığın tedavisinde etkinliği ve özellikle relaps riskini azalttığı gösterilen farkındalık tabanlı terapilerin [158], benzer şekilde somatik semptomların tedavisinde de etkinliği bir meta analiz çalışmasında gösterilmiştir. [159]

Farkındalık(mindfulness), kişinin düşünce, duygu, davranış ve bedeni hakkında anlık bilgi sahibi olması, kendi ve çevresinde gerçekleşen olayların bilincinde olması olarak tanımlanabilir. Ayrıca farkındalık(mindfulness), düşünceler ve hislerimizi yargılamadan odaklanmamızı yani kabullenmeyi de kapsamaktadır. [9] Bireyin anlık deneyimleri hakkındaki farkındalığının ve bilişsel esnekliğinin somatizasyonun başlamasında ve devam etmesinde önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. [160]

Farkındalık temelli terapilerde bireylerin monoton yaşantılarından ve otomatik kalıplarından uzaklaşmaları için anlık tepkilerini durdurup kendilerini gözlemlemesini, anlık bedensel duyumu, düşünce, duygu ve davranışlarının farkına varması istenmektedir. Tüm bu durumların yargısız ve reaksiyon verilmeden deneyimlenmesinin bireyde iç gözü gelişmesine yol açtığı varsayılmaktadır. [161]

Mindfulness, bireylerin bedensel duyumlara karşı toleransını arttırmaya ve yanlı olumsuz akut tepkileri engellemeye odaklanmaktadır. Bunu somatizasyon gelişmesinde rol alan faktörleri, bedende oluşan semptomların fizyolojisini, semptomlar hakkında esnek düşünebilmeyi, hastalıklar hakkındaki olumsuz inançları, bedensel semptomlar ile duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkiyi fark etmesini, bilişsel çarpıtmaların belirlenmesini öğretip bireyin bu durumları özümsemesiyle ve esnek bir şekilde yeniden değerlendirilmesi ile sağlamaktadır. [162]

Baş ağrısı yakınması olan ve MCBT tedavisi alan bireylerde tedaviye yanıt verenler ile yanıt vermeyenler karşılaştırılmış; tedaviye iyi yanıt verenlerde ağrı hakkındaki katastrofik düşüncelerin azaldığı ve ağrının daha fazla kabullenildiği gözlenmiştir. Tedaviye yanıtın altında yatan dinamiğin bireyin düşünceleri ile olan ilişkisindeki değişimin ve artan farkındalığın olduğu saptanmıştır. Tedaviye yanıt versin ya da vermesin bireylerin kendileri ile ilgili ve yaşamla ilgili yargılarında değişiklik olduğu saptanmış, medikal ve diğer psikoterapötik yaklaşımlara nazaran farkındalık temelli terapilerin relapsı önlemek gibi daha kalıcı bir değişime nasıl yol açtığı açıklanmaya çalışılmıştır. [163]

Farkındalığın etki mekanizmasını açıklamaya çalışan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Farkındalığın bedensel duyumlardan haberdar olmayı, duygu regülasyonunu, dikkat sürecini, yürütücü işlevleri düzenlediği düşünülmektedir. Farkındalığın gelişmesi anlık durum ile ilgili bilgi düzeyini ve bilişsel esnekliğini arttırarak bireyin olaylar karşısında bedenini oluşturduğu tepkilere karşı iç görü geliştirmesini sağladığı düşünülmektedir. Farkındalık geliştiren bireyler bedensel bir duyum meydana geldiğinde kendini düzenleyici işlevleri uygun bir şekilde kullanarak ruminasyonlardan ve olumsuz sonuçlarından arınabileceği düşünülmektedir. [164].

Farkındalık temelli terapilerin dikkatin düzenlenmesi, beden farkındalığı, emosyonel regülasyon ve kendini algılayışında değişiklikler yaparak terapötik etki oluşturduğu düşünülmektedir. Dikkatin düzenlenmesinin anlık olayların monitarizasyonunda ve diğer parametrelerin daha etkili kullanılmasında önemli rolü olduğu, bedenini duygusal bir uyarana tepkisi konusunda daha fazla bilgi sahibi olmasının emosyonel regülasyonda daha etkili olduğu, olumlu yeniden

değerlendirmeyi sağlayarak emosyonel regülasyonun sağlandığı ileri sürülmektedir. [112] Son olarak değişmeyen ve kalıcı benlik olmadığını söyleyen budizm felsefesi kendi algılayışında değişimin, mutluluğun anahtarı olduğunu söylemektedir. [165]

Çalışmamızın major depresyon tanısı alan ve gönüllü sağlıklı örnekleme yapılması, bu tanıların deneyimli kişiler tarafından konulması, iki grup arasında sosyodemografik özelliklerin benzer olması çalışmamızı üstün kılan özelliklerdir. Bununla birlikte çalışmamızın kesitsel olması, self report ölçeklendirme kullanılması kısıtlıklar oluşturmaktadır.





## 6. SONUÇLAR

Çalışmamızda klinik örnekleme major depresyon hastalar ile sağlıklı gönüllüler karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında metakognitif inançlar ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bulgularımızda major depresyon hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla metakognitif yaklaşım sergilediği saptanmıştır, bu durum mevcut literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Major depresyon hastalarının ölçekleri karşılaştırıldığında somatik semptomların bilinçli farkındalık ölçeği ters korelasyon gösterirken, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğu yönündeki olumsuz metakognitif inançlar ile korelasyon içinde olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak araştırmamızda elde ettiğimiz veriler bize somatik semptomu olan bireylerin bilinçli farkındalıklarının daha düşük olduğunu, düşünceler hakkında olumsuz metakognitif inançlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Somatizasyonun oluşmasında bireyin psikolojik durumu ve beden duyuları arasındaki farkındalığının yetersiz olması; sosyal çevre, geçmiş yaşantılarından edindikleri bilgiler ışığında geliştirdikleri yanlış beden algısı, hastalık inançları tarafından oluşturulan olumsuz metakognitif süreçlerinin rol alabileceği kanaatindeyiz. Mevcut durumda somatik belirtilerin oluşmasında saptanan bulguların etkin olduğu fakat etiyolojinin aydınlatılabilmesi için başka etkenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz. Metakognisyonun ve farkındalığın somatizasyon gelişiminde rol oynayan birçok basamağa etki gösterdiği bu sebeple kognitif süreçlerin başka basamaklarını da kapsayan araştırmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. 2017: Wolters Kluwer.
2. Simon, G.E., et al., *An international study of the relation between somatic symptoms and depression*. N Engl J Med, 1999. **341**(18): p. 1329-35.
3. Kellner, R., *Somatization. Theories and research*. J Nerv Ment Dis, 1990. **178**(3): p. 150-60.
4. Lipowski, Z.J., *Somatization: medicine's unsolved problem*. Psychosomatics, 1987. **28**(6): p. 294, 297.
5. Yoshida, T., et al., *Cognitions, metacognitions, and chronic pain*. 2012. **57**(3): p. 207.
6. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
7. Beck, A.T., *Cognitive therapy of depression*. 1979: Guilford press.
8. Kroenke, K., *Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials*. Psychosom Med, 2007. **69**(9): p. 881-8.
9. Segal, Z.V., J.M.G. Williams, and J.D. Teasdale, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. 2002, New York, NY, US: Guilford Press. xiv, 351-xiv, 351.
10. Wells, A., *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 2002: John Wiley & Sons.
11. Fjorback, L.O., et al., *Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes—Randomized trial with one-year follow-up*. 2013. **74**(1): p. 31-40.
12. Corcoran, K.M. and Z.V.J.I.J.o.C.T. Segal, *Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions*. 2008. **1**(1): p. 33-44.
13. Schraw, G.J.I.s., *Promoting general metacognitive awareness*. 1998. **26**(1-2): p. 113-125.
14. Teasdale, J.D., et al., *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence*. 2002. **70**(2): p. 275.
15. The National Institute of Mental Health. *Depression*. 2018 February 2018 [cited 2019; Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>].
16. Celano, C.M. and J.C. Huffman, *Depression and Cardiac Disease: A Review*. Cardiology in Review, 2011. **19**(3): p. 130-142.
17. Lépine, J.-P. and M. Briley, *The increasing burden of depression*. Neuropsychiatric disease and treatment, 2011. **7**(Suppl 1): p. 3-7.
18. W. H. S. Jones. *Hippocrates Collected Works I*. 1868 1868 Available from: <https://www.chlt.org/hippocrates/HippocratesLoeb1/index.html>.
19. Online Etymology Dictionary. *depress*. 30 June 2008; Available from: <https://www.dictionary.com/browse/depress>.
20. Davison, K., *Historical aspects of mood disorders*. Psychiatry, 2006. **5**(4): p. 115-118.
21. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1952: American Psychiatric Association Publishing.
22. Nomenclature, A.P.A.C.o. and Statistics, *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1968: American Psychiatric Association.

23. Fischer, B.A., *A review of American psychiatry through its diagnoses: the history and development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. J Nerv Ment Dis, 2012. **200**(12): p. 1022-30.
24. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 1980: American Psychiatric Publishing.
25. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. 2000: American Psychiatric Association.
26. Gruenberg, A.M., R.D. Goldstein, and H.A. Pincus, *Classification of depression: research and diagnostic criteria: DSM-IV and ICD-10*. Biology of Depression, 2005. **11**: p. 43.
27. Osman, A., et al., *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples*. Assessment, 2001. **8**(4): p. 443-54.
28. Dale, J., E. Sorour, and D. Milner, *Do psychiatrists perform appropriate physical investigations for their patients? A review of current practices in a general psychiatric inpatient and outpatient setting*. Vol. 17. 2009. 293-298.
29. Uher, R., et al., *Melancholic, atypical and anxious depression subtypes and outcome of treatment with escitalopram and nortriptyline*. Journal of affective disorders, 2011. **132**(1-2): p. 112-120.
30. Coryell, W., B. Pfohl, and M. Zimmerman, *The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1984.
31. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2014: Nobel Tıp Kitabevleri.
32. World Health Organization. *Depression*. 2018; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
33. Lim, G.Y., et al., *Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014*. Sci Rep, 2018. **8**(1): p. 2861.
34. Kessler, R.C. and E.J. Bromet, *The epidemiology of depression across cultures*. Annual review of public health, 2013. **34**: p. 119-138.
35. Van de Velde, S., P. Bracke, and K. Levecque, *Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression*. Social science & medicine, 2010. **71**(2): p. 305-313.
36. Weissman, M.M., et al., *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. Jama, 1996. **276**(4): p. 293-299.
37. Horwath, E., R.S. Cohen, and M.M. Weissman, *Epidemiology of depressive and anxiety disorders*. Textbook in psychiatric epidemiology, 2002: p. 389-426.
38. McIntyre, R.S., et al., *Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach*. Journal of affective disorders, 2014. **156**: p. 1-7.
39. Isometsa, E.T., et al., *Suicide in major depression*. American Journal of Psychiatry, 1994. **151**(4): p. 530-536.
40. Hawton, K., et al., *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review*. Journal of affective disorders, 2013. **147**(1-3): p. 17-28.
41. Gilbert, P., *Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach*. Mood disorders: A handbook of science and practice, 2004: p. 99-142.
42. Satcher, D., *Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary*. Vol. 115. 2000. 89-101.
43. Monroe, S.M., G.M. Slavich, and K. Georgiades, *The social environment and depression: The roles of life stress*, in *Handbook of depression, 3rd ed.* 2014, Guilford Press: New York, NY, US. p. 296-314.
44. Slavich, G.M., *Deconstructing depression: A diathesis-stress perspective*. APS Observer, 2004. **17**(9).

45. Monroe, S.M., G.M. Slavich, and K. Georgiades, *The social environment and life stress in depression*. Handbook of depression, 2009. **2**(1): p. 340-60.
46. Saveanu, R. and C. Nemeroff, *Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors*. Vol. 35. 2012. 51-71.
47. David, D., et al., *Lishman's Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry*. 2012: Wiley.
48. Sullivan, P.F., M.C. Neale, and K.S. Kendler, *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. American Journal of Psychiatry, 2000. **157**(10): p. 1552-1562.
49. Howard, D.M., et al., *Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions*. Nature neuroscience, 2019. **22**(3): p. 343.
50. Blendy, J.A., *The role of CREB in depression and antidepressant treatment*. Biol Psychiatry, 2006. **59**(12): p. 1144-50.
51. Heninger, G., P. Delgado, and D. Charney, *The revised monoamine theory of depression: a modulatory role for monoamines, based on new findings from monoamine depletion experiments in humans*. Pharmacopsychiatry, 1996. **29**(01): p. 2-11.
52. Delgado, P.L., *Depression: the case for a monoamine deficiency*. J Clin Psychiatry, 2000. **61 Suppl 6**: p. 7-11.
53. Patel, A., *Review: the role of inflammation in depression*. Psychiatr Danub, 2013. **25 Suppl 2**: p. S216-23.
54. Arana, G.W., R.J. Baldessarini, and M. Ornstein, *The Dexamethasone Suppression Test for Diagnosis and Prognosis in Psychiatry: Commentary and Review*. JAMA Psychiatry, 1985. **42**(12): p. 1193-1204.
55. Varghese, F.P. and E.S. Brown, *The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in major depressive disorder: a brief primer for primary care physicians*. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 2001. **3**(4): p. 151.
56. Lopez-Duran, N.L., M. Kovacs, and C.J. George, *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: a meta-analysis*. Psychoneuroendocrinology, 2009. **34**(9): p. 1272-1283.
57. Arnone, D., et al., *Magnetic resonance imaging studies in unipolar depression: systematic review and meta-regression analyses*. European Neuropsychopharmacology, 2012. **22**(1): p. 1-16.
58. Mayberg, H.S., *Limbic-cortical dysregulation: a proposed model of depression*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1997. **9**(3): p. 471-81.
59. Clayton, P.J. and C.E. Lewis, *The significance of secondary depression*. Journal of affective disorders, 1981. **3**(1): p. 25-35.
60. Freud, S., *Mourning and melancholia*, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*. 1957. p. 237-258.
61. Lewinsohn, P.M., *A behavioral approach to depression*. Essential papers on depression, 1974: p. 150-72.
62. Beck, A.T., et al., *Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1993. **23**(2): p. 139-145.
63. Allen, J.P., *An overview of Beck's cognitive theory of depression in contemporary literature*. Retrieved March, 2003. **27**: p. 2009.
64. Matthews, G. and A. Wells, *Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model*. Depressive rumination: Nature, theory and treatment, 2004: p. 125-151.

65. Wells, A., *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 2000, New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd. ix, 236-ix, 236.
66. Lipowski, Z., *Somatization: medicine's unsolved problem*. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 1987.
67. *Somatization: the concept and its clinical application*. American Journal of Psychiatry, 1988. **145**(11): p. 1358-1368.
68. Tasca, C., et al., *Women and hysteria in the history of mental health*. Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH, 2012. **8**: p. 110-119.
69. Fischer-Homberger, E., *Hypochondriasis of the eighteenth century--neurosis of the present century*. Bulletin of the history of medicine, 1972. **46**: p. 391-401.
70. Pearce, J.M., *Sydenham on Hysteria*. European neurology, 2016. **76**(3-4): p. 175-181.
71. Veith, I., *ON HYSTERICAL AND HYPOCHONDRIACAL AFFLICTIONS*. Bulletin of the History of Medicine, 1956. **30**(3): p. 233-240.
72. Reed, J.L., *The Analysis of Hysteria*. By H. Mersky. (Pp. 310; £9.50.) Balliere, Tindall: London. 1979. Psychological Medicine, 1980. **10**(2): p. 385-386.
73. Oken, D., *Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM*. Psychosomatic Medicine, 2007. **69**(9): p. 830-831.
74. ISAAC, M., A. JANCA, and J. ORLEY, *Somatization-a culture-bound or universal syndrome?* Journal of Mental Health, 1996. **5**(3): p. 219-222.
75. Kirmayer, L.J. and J.M. Robbins, *Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1991.
76. Kirmayer, L.J. and A. Young, *Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives*. Psychosomatic medicine, 1998. **60**(4): p. 420-430.
77. Charis, C., *Somatoform Disorders from Psychodynamic Point of View, in Somatoform and Other Psychosomatic Disorders*. 2018, Springer. p. 23-38.
78. Traxler, J., et al., *Interpretation bias in the face of pain: a discriminatory fear conditioning approach*, in *Scandinavian Journal of Pain*. 2019. p. 383.
79. Deary, V., T. Chalder, and M. Sharpe, *The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review*. Clinical psychology review, 2007. **27**(7): p. 781-797.
80. Barsky, A.J., *Amplification, somatization, and the somatoform disorders*. Psychosomatics, 1992. **33**(1): p. 28-34.
81. Flavell, J.H., *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry*. American psychologist, 1979. **34**(10): p. 906.
82. Flavell, J.H., *First Discussant's Comments: What is Memory Development the Development of?* Human Development, 1971. **14**(4): p. 272-278.
83. Demetriou, A., et al., *The architecture and dynamics of developing mind: Experiential structuralism as a frame for unifying cognitive developmental theories*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1993: p. i-202.
84. Garner, R., *Metacognition and reading comprehension*. 1987: Ablex Publishing.
85. Wells, A. and K. Carter, *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients*. Behavior therapy, 2001. **32**(1): p. 85-102.
86. Wells, A. and S. Cartwright-Hatton, *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30*. Behaviour Research and Therapy, 2004. **42**(4): p. 385-396.

87. Fernandez-Duque, D., J.A. Baird, and M.I. Posner, *Executive attention and metacognitive regulation*. *Consciousness and cognition*, 2000. **9**(2): p. 288-307.
88. Judith S Beck, *Cognitive Model*. Beck Institute,, 2019.
89. Beck, J.S. and A.T. Beck, *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. 2011: Guilford Publications.
90. Wells, A. and G. Matthews, *Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes*. *Cognition & Emotion*, 1994. **8**(3): p. 279-295.
91. Cartwright-Hatton, S. and A. Wells, *Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates*. *Journal of anxiety disorders*, 1997. **11**(3): p. 279-296.
92. Matthews, G. and A. Wells, *Attentional processes, dysfunctional coping, and clinical intervention*. 1996.
93. Beck, A.T., *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. 1967: University of Pennsylvania Press.
94. Segal, Z.V., et al., *The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2002. **9**(2): p. 131-138.
95. Wells, A., *A cognitive model of generalized anxiety disorder*. *Behav Modif*, 1999. **23**(4): p. 526-55.
96. Davey, G.C., F. Tallis, and N. Capuzzo, *Beliefs about the consequences of worrying*. *Cognitive Therapy and Research*, 1996. **20**(5): p. 499-520.
97. Abramowitz, J., et al., *Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension*. *Behaviour Research and Therapy*, 2003. **41**(5): p. 529-540.
98. Matthews, G., E.J. Hillyard, and S.E. Campbell, *Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety*. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 1999. **6**(2): p. 111-125.
99. Nolen-Hoeksema, S., B.E. Wisco, and S. Lyubomirsky, *Rethinking rumination*. *Perspectives on psychological science*, 2008. **3**(5): p. 400-424.
100. Creswell, J.D., *Mindfulness Interventions*. *Annual Review of Psychology*, 2017. **68**(1): p. 491-516.
101. Harrington, A. and J.D. Dunne, *When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives*. *American Psychologist*, 2015. **70**(7): p. 621.
102. Khoury, B., et al., *Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis*. *Journal of psychosomatic research*, 2015. **78**(6): p. 519-528.
103. Paulus, M.P., *Neural Basis of Mindfulness Interventions that Moderate the Impact of Stress on the Brain*. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 2016. **41**(1): p. 373-373.
104. Watkins, E., *Psychological treatment of depressive rumination*. *Current Opinion in Psychology*, 2015. **4**: p. 32-36.
105. Gu, J., et al., *How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies*. *Clinical psychology review*, 2015. **37**: p. 1-12.
106. Hofmann, S.G., A.T. Sawyer, and A. Fang, *The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy*. *Psychiatric Clinics*, 2010. **33**(3): p. 701-710.
107. Kabat-Zinn, J., *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, 15th anniversary ed*. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, 15th anniversary ed*. 2005, New York, NY, US: Delta Trade Paperback/Bantam Dell. xxxiii, 471-xxxiii, 471.

108. Felder, J.N., S. Dimidjian, and Z. Segal, *Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Journal of Clinical Psychology, 2012. **68**(2): p. 179-186.
109. Ma, S.H. and J.D. Teasdale, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects*. Journal of consulting and clinical psychology, 2004. **72**(1): p. 31.
110. Gotink, R.A., et al., *Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs*. PloS one, 2015. **10**(4): p. e0124344.
111. Goyal, M., et al., *Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis*. JAMA internal medicine, 2014. **174**(3): p. 357-368.
112. Hölzel, B.K., et al., *How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective*. Perspectives on psychological science, 2011. **6**(6): p. 537-559.
113. Larouche, E., C. Hudon, and S. Goulet, *Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: an interdisciplinary perspective*. Behavioural brain research, 2015. **276**: p. 199-212.
114. Luders, E., et al., *The unique brain anatomy of meditation practitioners: alterations in cortical gyrification*. Frontiers in human neuroscience, 2012. **6**: p. 34.
115. Wells, A., *GAD, meta-cognition, and mindfulness: An information processing analysis*. Clinical psychology: science and practice, 2002. **9**(1): p. 95-100.
116. Tosun, A. and M. Irak, *Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2008. **19**(1).
117. Mumford, D.B., et al., *The Bradford Somatic Inventory. A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent*. Br J Psychiatry, 1991. **158**: p. 379-86.
118. Kose, S., et al., *Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Bradford Somatic Inventory (Turkish BSI-44) in a university student sample*. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2017. **27**(1): p. 62-69.
119. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. **56**(6): p. 893.
120. Beck, A.T., et al., *Beck depression inventory (BDI)*. Arch Gen Psychiatry, 1961. **4**(6): p. 561-571.
121. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, *The hospital anxiety and depression scale*. Acta psychiatrica scandinavica, 1983. **67**(6): p. 361-370.
122. Aydemir, O., et al., *Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale*. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry, 1997. **8**: p. 280-287.
123. Brown, K.W. and R.M. Ryan, *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. Journal of personality and social psychology, 2003. **84**(4): p. 822.
124. Özyeşil, Z., et al., *Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması*. Eğitim ve Bilim, 2011. **36**(160).
125. Schotte, C.K., et al., *A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression*. Depression and anxiety, 2006. **23**(5): p. 312-324.
126. Nolen-Hoeksema, S., L.E. Parker, and J. Larson, *Ruminative coping with depressed mood following loss*. Journal of Personality and Social Psychology, 1994. **67**(1): p. 92-104.

127. Papageorgiou, C. and A. Wells, *An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression*. Cognitive therapy and research, 2003. **27**(3): p. 261-273.
128. Williams, J.M., et al., *Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial*. J Consult Clin Psychol, 2014. **82**(2): p. 275-86.
129. Bockting, C., M. Koeter, and A. Schene, *Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study*. The Journal of clinical psychiatry, 2010. **71**(8): p. 984-991.
130. Paykel, E., et al., *Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression*. Psychological medicine, 1995. **25**(6): p. 1171-1180.
131. Iovieno, N., et al., *Residual symptoms after remission of major depressive disorder with fluoxetine and risk of relapse*. Depression and Anxiety, 2011. **28**(2): p. 137-144.
132. Steinbrecher, N., et al., *The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care*. Psychosomatics, 2011. **52**(3): p. 263-271.
133. Liao, S.-C., et al., *Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression*. Comprehensive Psychiatry, 2019. **90**: p. 88-94.
134. Bekhuis, E., et al., *The impact of somatic symptoms on the course of major depressive disorder*. Journal of affective disorders, 2016. **205**: p. 112-118.
135. Konnopka, A., et al., *Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature*. Psychother Psychosom, 2012. **81**(5): p. 265-75.
136. Rosen, G., A. Kleinman, and W. Katon, *Somatization in family practice: a biopsychosocial approach*. J Fam Pract, 1982. **14**(3): p. 493-502.
137. Rief, W., et al., *Psychobiological differences between depression and somatization*. Journal of Psychosomatic Research, 2010. **68**(5): p. 495-502.
138. Klengel, T., et al., *Somatization in major depression - clinical features and genetic associations*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2011. **124**(4): p. 317-328.
139. Carson, A., L. Ludwig, and K. Welch, *Psychologic theories in functional neurologic disorders*, in *Handbook of clinical neurology*. 2016, Elsevier. p. 105-120.
140. Rief, W., W. Hiller, and J. Margraf, *Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome*. Journal of abnormal psychology, 1998. **107**(4): p. 587.
141. Martin, A., et al., *Memory bias for health-related information in somatoform disorders*. Journal of Psychosomatic Research, 2007. **63**(6): p. 663-671.
142. MacLeod, A.K., C. Haynes, and T. Sensky, *Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety*. Psychological Medicine, 1998. **28**(1): p. 225-228.
143. Woud, M.L., et al., *Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders*. Journal of Psychosomatic Research, 2016. **81**: p. 31-37.
144. Williams, D.A. and F.J. Keefe, *Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies*. Pain, 1991. **46**(2): p. 185-90.
145. Crombez, G., et al., *When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference*. Pain, 1998. **75**(2-3): p. 187-198.
146. Kim, J.-Y., S.-S. Oh, and K.-Y. Bae, *Automatic Attentional Bias in Individuals with Somatization Tendencies : An Event-Related Potential Study*. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 2014. **53**(4): p. 206-213.
147. Brown, R.J., *Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model*. Psychological bulletin, 2004. **130**(5): p. 793.



148. Noyes, R., et al., *Distinguishing between Hypochondriasis and Somatization Disorder: A Review of the Existing Literature*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2006. **75**(5): p. 270-281.
149. Spada, M.M., et al., *Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophising as mediators between neuroticism and pain behaviour*. Clinical Psychologist, 2016. **20**(3): p. 138-146.
150. Ziadni, M.S., J.A. Sturgeon, and B.D. Darnall, *The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain*. Eur J Pain, 2018. **22**(4): p. 756-762.
151. Ferraro, L., et al., *Metacognitive Therapy in Patients with Tinnitus: a Single Group Study*. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2019. **49**(3): p. 133-140.
152. Kollmann, J., et al., *The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample*. Journal of psychosomatic research, 2016. **83**: p. 1-9.
153. Wells, A., et al., *Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment*. Cognitive Therapy and Research, 2009. **33**(3): p. 291-300.
154. Beck, A.T. and E.A. Haigh, *Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model*. Annu Rev Clin Psychol, 2014. **10**: p. 1-24.
155. Hegeman, J.M., et al., *Depression in later life: A more somatic presentation?* Journal of Affective Disorders, 2015. **170**: p. 196-202.
156. de Frias, C.M. and E. Whyne, *Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness*. Aging & Mental Health, 2015. **19**(3): p. 201-206.
157. Taylor, G.J., et al., *Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients*. J Psychosom Res, 1992. **36**(5): p. 417-24.
158. Chiesa, A. and A. Serretti, *Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Psychiatry Research, 2011. **187**(3): p. 441-453.
159. Lakhan, S.E. and K.L. Schofield, *Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 2013. **8**(8): p. e71834.
160. Masuda, A., A. Mandavia, and E.C. Tully, *The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States*. Asian American Journal of Psychology, 2014. **5**(3): p. 230-236.
161. Kabat-Zinn, J., *Full Catastrophe Living, Revised Edition: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. 2013: Little, Brown Book Group.
162. van Ravesteijn, H. and L. Fjorback, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Medically Unexplained Symptoms*, in *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Innovative Applications*, S.J. Eisendrath, Editor. 2016, Springer International Publishing: Cham. p. 75-81.
163. Day, M.A., B.E. Thorn, and N.J. Rubin, *Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treatment non-responders*. Complement Ther Med, 2014. **22**(2): p. 278-85.
164. Teper, R., Z.V. Segal, and M. Inzlicht, *Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control*. Current Directions in Psychological Science, 2013. **22**(6): p. 449-454.
165. Grabovac, A.D., M.A. Lau, and B.R. Willett, *Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model*. Mindfulness, 2011. **2**(3): p. 154-166.

# EKLER

## Ek 1

### HASTA DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- Adınız Soyadınız : .....
- Telefon numaranız : .....
- Kaç Yaşındasınız : .....
- Cinsiyetiniz nedir ?    A-Kadın                      B-Erkek
- Medeni durumunuz :    A-Bekar                      B-Evli                      C-Dul
- En son kaçınıcı sınıfa kadar okudunuz : .....
- Nerede Yaşıyorsunuz?    A- Şehir Merkezi    B- İlçe Merkez    C- Kasaba    D- Köy
- Aylık maddi gelir?    A-Çalışmıyor    B-2200 TL altı    C- 2200-5000 TL    D-5,000 TL üstü
- Mesleğinizi yazınız : .....
- Ailenizde psikiyatri tanısı olan kimse var mı? (Varsa tanısını yazınız).....
- Kaçınıcı depresyon atağınız: .....
- Depresyon tedavisi için hangi ilacı ne zamandan beri kullanıyorsunuz: .....
- Kronik hastalığınız varsa ismini yazınız: .....
- Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? .....

## Ek 2

### BİFÖ

**Açıklama:** Aşağıda sizin günlük deneyimlerinizle ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyiminiz **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
+						
1.						1 2 3 4 5 6
2.						1 2 3 4 5 6
3.						1 2 3 4 5 6
4.						1 2 3 4 5 6
5.						1 2 3 4 5 6
6.						1 2 3 4 5 6
7.						1 2 3 4 5 6
8.						1 2 3 4 5 6
9.						1 2 3 4 5 6
10.						1 2 3 4 5 6
11.						1 2 3 4 5 6
12.						1 2 3 4 5 6
13.						1 2 3 4 5 6
14.						1 2 3 4 5 6
15.						1 2 3 4 5 6

□

## Ek 3

### HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman  
 Birçok zaman  
 Zaman zaman, bazen  
 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar  
 Pek eskisi kadar değil  
 Yalnızca biraz eskisi kadar  
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü birşey olacalmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli  
 Evet, ama çok da şiddetli değil  
 Biraz, ama beni endişelendirmiyor  
 Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar  
 Şimdi pek o kadar değil  
 Şimdi kesinlikle o kadar değil  
 Artık hiç değil

5. Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman  
 Birçok zaman  
 Zaman zaman, ama çok sık değil  
 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman  
 Sık değil  
 Bazen  
 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle  
 Genellikle  
 Sık değil  
 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman  
 Çok sık  
 Bazen  
 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Oldukça sık  
 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Gerçekten de çok fazla  
 Oldukça fazla  
 Çok fazla değil  
 Hiç değil

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten çok fazla  
 Oldukça fazla  
 Çok fazla değil  
 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar  
 Her zamankinden biraz daha az  
 Her zamankinden kesinlikle az  
 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık  
 Oldukça sık  
 Çok sık değil  
 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla  
 Bazen  
 Pek sık değil  
 Seyrek

## Ek 4

### ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3: kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırdınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Akıldan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)

## Ek 5

### BSI-44 Bradford Bedensel Belirti Envanteri

#### **Anketi Nasıl Dolduracaksınız:**

Son bir ay içinde herhangi bir bedensel belirtinizin olup olmadığını öğrenmek istiyoruz. Lütfen aşağıdaki tüm sorular için en uygun seçeneği işaretleyin. Burada yalnızca son bir aydaki belirtilerinizi öğrenmek istiyoruz, daha önce ya da geçmişte varolanları değil. Tüm soruları yanıtlamaya çalışmanız çok önemlidir. Yardımlarınız ve katkınız için içtenlikle teşekkür ederiz.

**ÖLÇEĞİN GEÇERLİ OLABİLMESİ İÇİN TÜM MADDELERİN DOLDURULMASINA ÖZEN GÖSTERİNİZ**

Copyright © 1991 David Mumford  
Türkçe BSI-44 © 2015 Samet Köse & Kemal Sayar

Son bir ay boyunca...	Yok	Geçen ay 15 Günden daha AZ var	Geçen ay 15 Günden daha ÇOK var
1. Şiddetli baş ağrılarınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Midenizde çarpıntı ya da hareket eden bir şey hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Boynunuz ve omzunuzda ağrı veya gerginlik hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cildinizde yanma ya da kaşıntı hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kafanız, dışarıdan sınıksı bir şekilde bastırılıyormuş gibi bir sıkışma hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Göğsünüzde ya da kalbinizde sancı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağızınızda ya da boğazınızda kuruluk hissi oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gözlerinizin önünde kararma ya da sislenme oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Midenizde yanma hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Çoğu zaman enerji eksikliği (zayıflık) hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Başınızda sıcaklık ya da yanma hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Çoğu kez terlediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Göğsünüzde ya da kalbinizde basınç ya da gerginlik hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Karnınızda ağrı ya da rahatsızlıktan muzdarip oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Boğazınızda boğulma hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ellerinizde ya da ayaklarınızda iğnelenme ya da uyuşma hissi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bedeninizin her yerinde ağrı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bedeninizde sıcaklık hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Çarpıntılarınızın (kalp çarpıntısı) farkına vardınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Gözlerinizde ağrı ya da yanma hissettiniz mi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hazımsızlık yaşadınız mı?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Titreme ve sarsıntı hissettiniz mi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Daha sık idrara çıktığınız oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Belinizden sorununuz oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Karnınızda şişkinlik ya da kabarma hissi oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Başınızda ağırlık hissi oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Çalışmadığınız zamanlarda bile yorgunluk hissettiniz mi?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Bacaklarınızda ağrı hissettiğiniz oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Midenizde rahatsızlık (bulantı) hissettiniz mi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Kafanızın içinde sanki patlayacakmışçasına bir basınç hissine kapıldınız mı?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Dinlenirken bile solunum güçlüğünüz oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Bedeninizin her yerinde karıncalanma (iğnelenme) hissettiniz mi?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Kabızlıktan rahatsız oldunuz mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Her zamankinden daha sık barsaklarınızı boşaltmak (tuvalete gitmek) istediğiniz oldu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Avuçlarınızda çok terleme oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Boğazınızda sanki bir yumru varmış gibi yutma güçlüğü yaşadınız mı?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Baş dönmesi ya da sersemleme hissi oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ağızınızda acı bir tat hissi oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Tüm bedeninizde ağırlık hissi oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. İdrar yaparken yanma hissi oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Kulaklarınızda ya da kafanızın içinde bir uğultu işittiniz mi?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Kalbinizde zayıflık ya da batma hissi oldu mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Açın gaz ya da geçirme hissi oldu mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Ellerinizde ya da ayaklarınızda soğukluk hissettiniz mi?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |