

# Bipolar Bozukluk ve Yineleyici Depresif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Bilişsel Süreçler Arasındaki İlişki



Dicle OYMAK YENİLMEZ<sup>1</sup>, Murat İlhan ATAGÜN<sup>2</sup>, İlkay KELEŞ ALTUN<sup>3</sup>, Serhat TUNÇ<sup>4</sup>, Mine UZGEL<sup>5</sup>, Kürşat ALTINBAŞ<sup>6</sup>, Gizem CESUR<sup>7</sup>, Esat Timuçin ORAL<sup>8</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bilişsel mekanizmalar gelişimsel dönemlerde çevresel zorlayıcı olaylardan etkilenebilir ve bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkabilir. Bilişsel çarpıtmalar psikiyatrik hastalıkların klinik seyrini etkilemektedirler. Bu çalışmada bipolar bozukluk (BB) ve major depresif bozukluk-yineleyen dönemlerde (MDB-YD) çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile duygu düzenleme güçlüğü (DDG), otomatik düşünceler (OD) ve üstbilgişler (ÜB) üzerindeki etkileri incelenmiştir.

**Yöntem:** Çalışmamız 81 MDB-YD, 85 BB hastası ile 86 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 252 katılımcıdan oluşmaktadır. Ölçüm araçları olarak Otomatik Düşünce Ölçeği (ODÖ), Üstbilgiş Ölçeği (ÜBÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) kullanılmıştır.

**Bulgular:** BB grubun OD'leri ile ÇÇTÖ fiziksel istismar ( $\beta=0,34$ ;  $p<0,01$ ), DDGÖ kabul etmeme ( $\beta=0,23$ ;  $p<0,05$ ) ve dürtü ( $\beta=0,53$ ;  $p<0,01$ ), DDGÖ amaçlar alt boyutunun ( $\beta=-0,37$ ;  $p<0,01$ ) bağlantısı olduğu görülmüştür ( $F=21,08$ ;  $p<0,01$ ). MDB-YD grubunun otomatik düşünceleriyle ise ÇÇT duygusal ihmal ( $\beta=0,22$ ;  $p<0,05$ ) ile DDGÖ strateji ( $\beta=0,39$ ;  $p<0,05$ ) alt ölçeklerinin ilişkili olduğu görülmüştür ( $F=9,97$ ;  $p<0,01$ ). BB grubunun ÜB'leri ile sadece ÇÇTÖ cinsel istismarın ( $\beta=0,46$ ;  $p<0,01$ ) bağlantısı olduğu görülmüştür ( $F=4,88$ ;  $p<0,01$ ). MDB-YD'nin ÜB'leri üzerinde ise sadece ÇÇTÖ cinsel istismar ( $\beta=0,52$ ;  $p<0,01$ ), duygusal istismar alt boyutunun ( $\beta=-0,30$ ;  $p<0,05$ ) bağlantısı olduğu görülmüştür ( $F=7,02$ ;  $p<0,01$ ).

**Sonuç:** Bu sonuçlar DDG'ler ile ÇÇT'lerin MDB-YD'de ve BB'de ÜB'ler ve OD'ler gibi bilişsel süreçlerle ilişkili olduklarını ortaya koymaktadır. Bilişsel süreçler çeşitli klinik tezahürlere neden olabildiklerinden DDG ve ÇÇT duygudurum bozukluklarının seyrine çeşitli açılardan etki edebilen psikopatolojik bileşenler olarak dikkate alınmalıdır. Bu bileşenlerin etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk-yineleyici dönemler, otomatik düşünceler, üstbilgiş, duygu düzenleme güçlüğü

## SUMMARY

### Relationship between Childhood Adversities, Emotion Dysregulation and Cognitive Processes in Bipolar Disorder and Recurrent Depressive Disorder

**Objective:** Cognitive development is susceptible to environmental distress, leading to cognitive distortions. Cognitive distortions may affect clinical course of psychiatric disorders. We aimed to assess whether childhood maltreatment and emotion dysregulation impair automatic thoughts (ATs) and meta-cognitions (MCs) in Bipolar Disorder (BD) and Major Depressive Disorder - Recurrent (MDB-RE) in this study.

**Method:** 85 patients with BD, 81 MDD-RE in remission and 86 healthy participants were enrolled. Automatic Thoughts Scale (ATS), Metacognition Questionnaire (MCQ-30), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Difficulties in Emotion Regulation Strategies Scale (DERS) were the measures used.

**Results:** ATs were determined by CTQ physical abuse ( $\beta=0,34$ ,  $p<0,01$ ), DERS goals ( $\beta=-0,37$ ,  $p<0,01$ ), impulse ( $\beta=0,53$ ,  $p<0,01$ ) and non-accept ( $\beta=0,23$ ,  $p<0,05$ ) subscales in BD ( $F=21,08$ ,  $p<0,01$ ) and CTQ emotional neglect ( $\beta=0,22$ ,  $p<0,05$ ), DERS strategies ( $\beta=0,39$ ,  $p<0,05$ ) in MDD-RE ( $F=9,97$ ,  $p<0,05$ ). MCs were predicted by sexual abuse ( $\beta=0,46$ ,  $p<0,01$ ) in BD ( $F=4,88$ ,  $p<0,01$ ), and emotional abuse ( $\beta=-0,30$ ,  $p<0,05$ ) in MDD-RE ( $F=7,02$ ,  $p<0,01$ ).

**Conclusion:** These results suggest that emotion dysregulation and childhood adversities are associated with cognitive processes such as MCs and ATs in MDD-RE and BD. Cognitive processes can cause various clinical manifestations and emotion dysregulation and childhood traumas should be considered as psychopathological components that can affect the course of mood disorders via various components. Further follow-up studies and larger samples are needed to better understand the effects of these components.

**Keywords:** Bipolar disorder, major depressive disorder- recurrent episodes, automatic thoughts, metacognitions, childhood trauma, emotion dysregulation

**Geliş Tarihi:** 31.05.2018, **Kabul Tarihi:** 26.12.2018, **Çevrimiçi Tarihi:** 26.04.2019

<sup>1</sup>Uzm., Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Edirne, <sup>2</sup>Doç., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara, <sup>3</sup>Uzm., Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon, <sup>4</sup>Dr. Öğr. Üyesi, <sup>5</sup>Asistan, Kafkas Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kars, <sup>6</sup>Doç., Selçuk Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Konya, <sup>7</sup>Dr. Öğr. Üyesi, <sup>8</sup>Prof., İstanbul Ticaret Üniv. İnsan ve Toplum Bilimleri Fak., Psikoloji Bl., İstanbul.

**DOY:** <https://orcid.org/0000-0001-9725-4960>, **MIA:** <https://orcid.org/0000-0002-8514-0576>, **İKA:** <https://orcid.org/0000-0002-4005-6127>, **ST:** <https://orcid.org/0000-0002-2057-4074>, **MU:** <https://orcid.org/0000-0002-8372-7832>, **KA:** <https://orcid.org/0000-0002-9800-5015>, **GC:** <https://orcid.org/0000-0001-8025-6927>, **TO:** <https://orcid.org/0000-0001-7367-3351>

**Dr. Murat İlhan Atagün, e-posta:** [miatagun@ybu.edu.tr](mailto:miatagun@ybu.edu.tr)

## GİRİŞ

Gelişimin erken dönemlerinde yaşanan olumsuz yaşam olayları kişinin kendisi ve çevresini değerlendirmesiyle ilgili bilişsel çarpıtmalara ve psikiyatrik hastalıklara sebep olabilirler (Beck 1967, Kennedy ve ark. 1998, Harkness ve Lumley 2008). Yaşamın ilerleyen dönemlerinde tekrar zorlayıcı durumlarla karşılaşıldığında bu çarpıtmalar aktive olarak psikopatolojik tezahürlerin ortaya çıkmasına yatkınlık yaratabilirler (Beck 1967, Abramson ve ark. 1997, Kennedy ve ark. 1998). Ayrıca otomatik düşünceler (OD) ve üstbilişler (ÜB) kalıplaşmış bilişsel çarpıtmalara neden olurlar. Bu çarpıtmalar kişinin kendisi, çevresi ve dış dünya ile ilgili olumsuz değerlendirmeler yapmasına, benlik saygısının azalmasına ve karamsarlığa neden olarak hastalıklara neden olan bilişsel süreçlerdir (Beck 1967). Olumsuz günlük olaylarla karşılaşıldığında aktive olan bu bilişsel süreçler kontrol edilemez olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına, yıkıcı sosyal sorunlara ve kişinin bilişsel etkinliğine güveninde azalmaya neden olabilmektedirler (Wells 2009). Sonuç olarak olumsuz inançlar tetiklendiklerinde depresif belirtilere neden olabilirler (Papageorgiou ve Wells 2003, Weber ve Exner 2013). Erken dönem yaşantıların yanı sıra doğuştan gelen kalıtsal (innate) özellikler de bilişsel gelişimi etkileyebilmektedir. Örneğin bipolar bozuklukta (BB) ve depresyonda çeşitli mizaç özellikleri görülebilmektedir (Cloninger 1987) ve bu özellikler de ÜB'ler, OD'ler ve şemalar gibi bilişsel yapıların gelişimini etkileyebilirler (Johnson ve Fingerhut 2004). Dolayısıyla duygudurum bozukluklarında farklı nedenlerle bilişsel süreçlerde farklılıklar ortaya çıkabilir.

Literatürde BB'nin bilişsel süreçleriyle ilgili çalışmaların kısıtlı sayıda ve çelişkili olduğu görülmektedir. Lex ve arkadaşlarının (2008) remisyondaki BB tip I hastaları ve sağlıklı kontroller ile yaptıkları çalışmada olumsuz otomatik düşünceler bakımından hasta ve kontroller arasında fark olmadığı bunun da hastaların depresif semptomlarının olmadığından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca BB'de yapılan diğer çalışmalar da benzer sonuçları göstermiştir (Hollon ve ark. 1986, Alloy ve ark. 1999). Ancak remisyondaki BB tip I hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda ise bu sonuç desteklenmemiş ve kontroller ile hastalar arasında olumsuz OD'ler açısından anlamlı fark bulunmuştur (Gruber ve ark. 2008). BB tip I, II ve başka türlü adlandırılmayan BB grubu ile yapılan üstbilişi inceleyen bir çalışmada ise, tüm BB gruplarının kontrollere göre daha yüksek düzeylerde ÜBÖ değerleri aldıkları saptanmıştır (Östefjells 2017). Benzer biçimde, depresif dönemdeki majör depresif bozukluk- yineleyen dönemler ve BB'li hastalar incelendiklerinde ÜBÖ puanlarıyla depresyon şiddeti arasında ilişki tespit edilmiştir (Sariso ve ark. 2014, Batmaz ve ark. 2014).

Majör depresif bozukluk- yineleyen dönemlerde [ICD-10'da (World Health Organization 1992) Unipolar Depresif Bozukluk tanısına karşılık gelmektedir] yapılan çalışmalarda OD ile depresyon şiddeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Eaves ve Rush 1984, Hollon ve ark. 1986, Gül ve ark. 2015). Uzunlamasına izlem çalışmalarında tedaviyle depresyon

şiddetinde, olumsuz OD ve fonksiyonel olmayan atıfların şiddetinde azalma olduğu gösterilmiştir (Oei ve ark. 2006). ÜB'ler ile ilgili yapılan çalışmalarda ise halihazırda depresif bozukluğu olan hastaların, geçirilmiş depresif bozukluk hastaları ve kontrollere göre daha yüksek seviyede ÜB'leri olduğu ve bunun depresyonu tetikleyebileceği düşünülmektedir (Halvorsen ve ark. 2015, Huntley ve Fisher 2016).

Duygu düzenleme doğumdan itibaren yavaş yavaş gelişmektedir ve DDG'nin de hastalıklara neden olduğu bilinmektedir (Beeghly ve Cicchetti 1994, Maughan ve Cicchetti 2002). Benzer biçimde ÇÇT'lerin de psikiyatrik hastalıklara eğilim, yatkınlık ve duyarlılık oluşturdukları bilinmektedir. Bilişsel çarpıtmalar psikiyatrik hastalıklara yol açabilmektedir ancak DDG ve ÇÇT'lerin psikiyatrik hastalıklara neden olmasında bilişsel süreçlerin aracı rolü bilinmemektedir. Şemalar, ÜB'ler ve OD'ler gelişim dönemlerinden etkilenebilmektedirler ve yaşantılardan etkilenebilmektedirler. ÜB'ler OD'lere göre gelişimin daha erken evresinde gelişmektedir (Piaget 1977). Bu çalışmanın amacı remisyonda BB ve MDB-YD'deki bilişsel çarpıtmalardan ÜB ve OD'lerin belirlenmesi, DDG ve ÇÇT'lerin bu hastalıklardaki aracı rolünün araştırılmasıdır. Bu çalışmada remisyonda BB ve MDB-YD hastalarının ÜB ve OD'lerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek seviyede olduğu ve özellikle hastalık gelişimde ÜB'lere DDG'nin aracılık ettiği, OD'lere ise ÇÇT'lerin aracılık ettiği hipotezlerinin test edilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Bu çalışma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTF), Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selçuk Üniversitesi psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran hastalarla yapılmıştır. Çalışma remisyonda tip I BB (n=85), MDB-YD (n=81) hastaları ve bu gruplara yaş, eğitim ve cinsiyet olarak eşitlenmiş sağlıklı kontrollerle (n=86) yapılmıştır. 14 hasta (10 BB, 4 MDB-YD) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Tanılar DSM-IV'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşmeyle (Structured Clinical Interview According to DSM-IV: SCID-I) teyit edilmiştir (First ve ark. 1997, Özkürkçügil ve ark. 1999). Hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formlarını doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri; 18-65 yaş arasında olmak, en az 6 aydır remisyonda olmak, depresif grupta en az 2 kez depresif dönem geçirme, okuma yazma bilmeleri ve ek psikiyatrik hastalığın olmaması olarak belirlenmiştir. Herhangi bir merkezi sinir sistemi hastalığının varlığı, mental retardasyon, alkol madde kullanım bozukluğu, kafa travmasının olması ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması, son 6 ayda hastaneye yatış olması, başka psikiyatrik hastalığın olması, kontrollerin birinci derece yakınında psikiyatrik hastalık olması ise dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Etik kurul onayı KÜTF Etik Kurul Başkanlığı'ndan 80576354-050-99/89 sayı numarası ile 09.06.2016 tarihinde alınmıştır.

## Gereçler

Tüm hasta ve kontrollerden klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir sosyo-demografik ve klinik bilgi formunu doldurmaları istenmiştir. Klinik değerlendirmeler Beck Depresyon Envanteri (BDE), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ile yapılmıştır. Ayrıca yineleyici depresyon grubunda hipomanik dönemlerin gözden kaçmaması için Hipomani Kontrol Listesi 32 (HKL-32) ile kontrol edilmiştir. Ayrıca aşağıda detaylı olarak listelenen ölçekler semptom şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV'göre I. eksendeki ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için kullanılan yapılandırılmış görüşme aracıdır. Görüşmeci tarafından uygulanır. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30): Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. Wells ve Cartwright-Hatton'nun (2004) yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır ve bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir. Bu 5 faktör (1) Olumlu inançlar (1, 7, 10, 20, 23 ve 28 numaralı maddeler), (2) Kontrol edilemezlik ve tehlike (6, 13, 15, 21, 25, 27 numaralı maddeler), (3) Bilişsel güven (8, 14, 18, 24, 26 ve 29 numaralı maddeler), (4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı (2, 4, 9, 11, 16, 22 numaralı maddeler), (5) Bilişsel farkındalığı (3, 5, 12, 17, 19 ve 30 numaralı maddeler) içerir.

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ): Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilen, 1992 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan, 30 maddeden oluşan depresyon ile ilişkili otomatik olumsuz düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını gösteren, 1-5 arası puanlanan likert tipi ölçektir. Puan aralığı 30-150'dir. Kesme puanı olmayan ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin otomatik olumsuz düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ): Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir, 36 maddeden ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler farkındalık (awareness), netlik (clarity), kabul etmeme (nonacceptance), stratejiler (strategies), dürtü kontrolü (impulse) ve amaca yönelik davranışı (goals) içermektedir. DDGÖ, Türkçe'ye Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından çevrilmiştir, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Farkındalık alt ölçeği, dışındaki alt ölçeklerin etki büyüklüğü yeterli düzeyde iken, farkındalık alt ölçeğinin ayırt edici özelliği açısından orta düzey etki büyüklüğünü bile elde edemeyen tek alt boyut olmuştur (Bardeen ve ark. 2012, Fowler ve ark. 2014). Çalışmalarda da farkındalık alt ölçeği ile ilgili çelişkiler olması nedeniyle, farkındalık alt ölçeği çıkarılarak analizler yapılmıştır.

Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen test toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Manik dönemlerin şiddetinin belirlenebilmesi amacıyla Young ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiş ve Karadağ ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 11 sorudan oluşmaktadır. İritabilite, yıkıcı ve saldırgan davranış, düşünce içeriği ve konuşma hız ve miktarıyla ilgili sorular çift kat puan değerindedir. Mani şiddeti arttıkça alınan puan artmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsül belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-3 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir (Hisli 1989).

Hipomani Kontrol Listesi (HKL-32): Angst ve arkadaşları (2005) tarafından hipomani tanısındaki güçlüğü gidermek için geliştirilmiştir. Öz bildirim dayalı bir ölçektir ve klinisyene DSM-IV ölçütlerine göre majör depresyon tanısı konulmuş hastalarda BB-II veya diğer bipolar spektrum bozukluklarının tanısını koymasına yardımcı olması amaçlanmıştır. Duyarlılık ve özgüllüğü birçok çalışmada gösterilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır.

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE-D, DSKE-S): Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Öner ve Le Compte (1985)

tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

### İstatistiksel Yöntem

İstatistik işlemler sırasında, SPSS 20 (IBM, Armonk, NY, ABD) versiyonu kullanılarak; tanımlayıcı istatistikler olan frekans, ortalama ve standart sapma hesaplandı. Değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov-Smirnov Testiyle değerlendirilmiştir. ÇÇT, DDG, ve ÜB'lerin MDB-YD, BB ve sağlıklı kontrol gruplarında farklılaşp farklılaşmadığı tek yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanarak incelenmiştir. Levene'nin Varyansların Homojenliği Testinde varyansların homojen olduklarının tespit edilmiş olmaları nedeniyle post-hoc karşılaştırmalarda Tukey Testi uygulanmıştır. Ayrıca hasta gruplarında ÜB'leri, ÇÇT ve DDG düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı da Pearson'ın Bağını Analizi ile incelenmiş ve ardından BB grubun ÜB'lerinin ÇÇT'den ve DDG'den etkilenip etkilenmediğini incelemek amacıyla ÜBÖ'nün alt boyutlarının bağımlı değişken olduğu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür. İstatistik testlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir. Sonuçlar ortalama ve standart sapma olarak raporlanmıştır.

### BULGULAR

Araştırmanın örneklemini 81 (%31,9) MDB-YD, 85 (%33,9) BB (64 tip I ve 21 tip II) hastası ile 86 (%34,3) sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 252 katılımcıdan oluşmaktadır. Örneklem gruplarına ait demografik bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve eğitim açısından fark yoktu ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında ÇÇTÖ, DDGÖ, ÜBÖ ve ODÖ puanları bakımından fark olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan ANOVA sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre, ilk olarak ÇÇTÖ fiziksel istismar ( $F_{2,248}=3,41$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel ihmal ( $F_{2,248}=6,39$ ;  $p<0,01$ ), duygusal istismar ( $F_{2,248}=6,58$ ;  $p<0,01$ ) ve duygusal ihmal ( $F_{2,248}=5,34$ ;  $p<0,01$ ) alt boyut puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı bulundu. Post-hoc (Tukey) karşılaştırmaları sonucunda, MDB-YD grubunda ÇÇTÖ fiziksel ihmal açısından BB ve kontrol grubuna göre daha yüksek puan ortalaması olduğu tespit edildi. Yine MDB-YD'de ÇÇTÖ fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal açısından kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan ortalamaları vardı. BB grubunda ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu puanı kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti.

Duygu düzenleme gücülüğü açısından incelendiğinde DDGÖ kabul etmeme ( $F_{2,248}=19,31$ ;  $p<0,01$ ), amaçlar ( $F_{2,248}=22,97$ ;  $p<0,01$ ), dürtü ( $F_{2,248}=26,89$ ;  $p<0,01$ ), strateji ( $F_{2,248}=33,86$ ;  $p<0,01$ ) ve açıklık ( $F_{2,248}=13,01$ ;  $p<0,01$ ) alt boyut puan ortalamaları bakımından BB, MDB-YD ve kontrol grupları arasında anlamlı düzeyde fark görülmüştür. Buna göre BB grubunun DDGÖ'deki amaçlar, dürtü ve strateji puanları açısından MDB-YD ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları; DDGÖ kabul etmeme ve açıklık puanları açısından ise sadece kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. MDB-YD grubunun ise DDGÖ kabul etmeme, dürtü, stratejiler ve açıklık puanları açısından kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür.

**Tablo 1.** Örneklem Gruplarına Ait Demografik Özellikler

	BB (N=85)	MDB-YD (N= 81)	SK (N= 86)	t / X <sup>2</sup> / F	p
Yaş	36,56±11,64	36,30±9,44	32,28±9,80	0,83	0,439
Cinsiyet (kadın %)	46 (%54,1)	53 (%66,3)	51 (%60,0)	2,54	0,281
Eğitim (yıl)	11,89±3,13	11,40±2,79	11,27±4,66	0,71	0,492
Medeni durum (Evlü %)	39 (%45,9)	53 (%66,3)	49 (%57,6)	11,02	0,004*
Gelir durumu	44 (%51,8)	23 (%28,7)	30 (%36,5)	9,15	0,058
Aile Öyküsü (Var %)	43 (%50,6)	30 (%37,5)		32,53	<0,001**
Hastalık başlangıç yaşı	25,40±8,44	27,72±7,36	-		
Depresif dönem sayısı	2,53±1,10	3,01±3,36	-		
Manik dönem sayısı	3,61±3,62	-	-		
İntihar girişimi (Hiç %)	58 (%68,2)	57 (%71,3)	-		
YMDÖ	2,87±4,26	0,48±1,60	0,57±1,42		
BDE	15,93±14,16	18,51±13,06	6,83±6,09		
HKL-32	22,45±7,09	10,31±8,56	12,74±6,82		

Tek Yönlü ANOVA, Ki-Kare ya da t testi. BDE: Beck Depresyon Envanteri, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği, HKL-32: Hipomani Kontrol Listesi. BB: Bipolar Bozukluk, MDB-YD: Majör Depresif Bozukluk-Yineleyen Dönemler, SK: Sağlıklı Kontrol

**Tablo 2.** ANOVA Sonuçları

	BB $\bar{x}$ (s)	MDB-YD $\bar{x}$ (s)	SK $\bar{x}$ (s)	F <sub>2,248</sub>	Post-hoc
<b>ÇÇTÖ</b>					
Cinsel istismar	7,21 (2,92)	7,93 (3,65)	7,48 (3,37)	0,97	-
Fiziksel istismar	8,58 (3,78)	9,66 (3,66)	8,10 (4,29)	3,41*	2>3
Fiziksel ihmal	11,47 (4,57)	13,50 (4,37)	10,97 (5,38)	6,39**	2>1,3
Duygusal istismar	10,18 (3,28)	10,26 (3,07)	8,62 (3,58)	6,58**	1,2>3
Duygusal ihmal	16,45 (6,17)	18,16 (6,10)	14,85 (7,22)	5,34*	2>3
Toplam	56,94 (15,41)	62,43 (16,07)	51,35 (22,35)	7,61**	2>3
<b>DDGÖ</b>					
Kabul etmeme	16,92 (5,96)	15,15 (4,22)	12,07 (5,11)	19,31**	1,2>3
Amaçlar	17,20 (4,44)	14,39 (2,75)	13,22 (4,33)	22,97**	1>2,3
Dürtü	18,13 (5,79)	16,24 (4,49)	12,76 (4,12)	26,89**	1>2<3
Strateji	24,69 (7,70)	21,66 (5,16)	16,66 (6,15)	33,86**	1,2>3
Açıklık	13,12 (3,99)	13,34 (3,12)	10,81 (3,51)	13,01**	1,2>3
Toplam	102,78 (25,31)	95,21 (18,40)	77,86 (20,24)	29,96**	1,2>3
<b>ÜBÖ</b>					
Olumlu inançlar	12,75 (4,37)	10,93 (3,16)	12,76 (3,90)	6,14**	1,3>2
Kontrol edilemezlik ve tehlike	15,36 (4,57)	13,08 (3,78)	14,15 (3,81)	6,53**	1>2
Bilişsel güven	14,54 (5,15)	12,20 (4,68)	13,14 (4,53)	5,01*	1>2
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	15,55 (4,51)	12,61 (4,56)	13,43 (4,22)	9,77**	1>2,3
Bilişsel farkındalık	16,05 (4,51)	13,73 (4,25)	15,80 (4,35)	7,02**	1,3>2
Toplam	71,81 (20,76)	58,08 (18,44)	68,80 (14,68)	13,00**	1,3>2
ODÖ	79,25 (32,99)	76,01 (26,27)	56,29 (23,45)	16,92**	1,2>3
BDE	15,93 (14,16)	18,51 (13,06)	6,83 (6,09)	23,49**	1,2>3
YMDÖ	2,87 (4,26)	0,48 (1,60)	0,57 (1,42)	20,24**	1>2,3
HKL-32	22,45 (7,09)	10,31 (8,56)	12,74 (6,82)	61,16**	1>2,3
DSKE-D	47,80 (8,58)	47,71 (6,62)	46,36 (5,70)	0,96	-

\*p <0,05; \*\*p <0,01. DSKE-D: Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri- Durumluk Alt Boyutu, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği, ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği, HKL-32: Hipomani Kontrol Listesi-32

ÜB'ler açısından incelendiğinde, ÜBÖ olumlu inançlar ( $F_{2,248}=6,14$ ;  $p<0,01$ ), kontrol edilemezlik ve tehlike ( $F_{2,248}=6,53$ ;  $p<0,01$ ), bilişsel güven ( $F_{2,248}=5,01$ ;  $p<0,05$ ), düşünceleri kontrol ihtiyacı ( $F_{2,247}=9,77$ ;  $p<0,01$ ), bilişsel farkındalık ( $F_{2,247}=7,02$ ;  $p<0,01$ ) alt boyut puan ortalamaları bakımından BB, MDB-YD ve kontrol grupları arasında anlamlı düzeyde fark görülmüştür. Buna göre, BB grubun ÜBÖ tüm alt boyutlarından MDB-YD'ye kıyasla daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. MDB-YD grubunun ise ÜBÖ olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık açısından kontrol grubuna kıyasla daha düşük puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. Otomatik düşünceler açısından incelendiğinde BB, MDB-YD ve kontrol gruplarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmüştür ( $F_{2,248}=16,92$ ;  $p<0,01$ ). Buna göre, BB ve MDB-YD grubunun ODÖ düzeyinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Son olarak belirti düzeyleri açısından incelendiğinde, BDÖ puanlarının MDB-YD ve BB'de kontrol grubuna kıyasla daha yüksek ( $F_{2,248}=23,49$ ;  $p<0,01$ ); YMDÖ puanlarının BB grubunda MDB-YD ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür ( $F_{2,248}=20,24$ ;  $p<0,01$ ). Buna

ek olarak hipomani puanlarının BB grubunda MDB-YD ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür ( $F_{2,248}=61,16$ ;  $p<0,01$ ). Sürekli kaygı puan ortalamaları açısından incelendiğinde ise gruplar arası anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Gruplarda cinsiyetler arasında OD ve ÜB'ler açısından fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Bağıntı analizinde ODÖ, ÜBÖ toplam puan, ÇÇTÖ toplam, YMDÖ, BDÖ, DSKE-D, yaş, eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, epizod sayıları ve hastaneye yatış sayıları arasında bağıntı olup olmadığı incelendi. Kontrol grubunda ODÖ ile ÜBÖ toplam ( $r=0,24$ ;  $p<0,05$ ), DDGÖ toplam ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), BDÖ ( $r=0,63$ ;  $p<0,01$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÜBÖ toplam puanlarıyla ÇÇTÖ toplam ( $r=0,29$ ;  $p<0,01$ ), BDÖ ( $r=0,32$ ;  $p<0,01$ ) ve HKL-32 ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ) arasında bağıntı tespit edildi. DDGÖ toplamı ile BDÖ ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ) ve DSKE-D ( $r=-0,35$ ;  $p<0,01$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÇÇTÖ ile YMDÖ ( $r=0,38$ ;  $p<0,01$ ) ve DSKE-S ( $r=0,32$ ;  $p<0,01$ ) arasında bağıntı tespit edildi. MDB-YD grubunda ODÖ ile DDGÖ toplam ( $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ), BDI ( $r=0,33$ ;  $p<0,01$ ) ve HKL-32 ( $r=-0,52$ ;  $p=0,001$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÜBÖ toplamı ile ÇÇTÖ ( $r=0,46$ ;

**Tablo 3.** Gruplarda Otomatik Düşüncelerin Belirleyicileri

		Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
		B	SE	B		
SK <sup>1</sup>	DDGÖ Toplam	0,39	0,10	0,37	3,81	<0,001
	BDE	1,55	0,39	0,41	4,01	<0,001
MDB-YD <sup>2</sup>	DDGÖ Toplam	0,74	0,12	0,52	6,01	<0,001
	HKL-32	-1,10	0,26	-0,36	-4,31	<0,001
BB <sup>3</sup>	DDGÖ Toplam	0,68	0,13	0,52	5,18	<0,001

Lineer regresyon analizi. SK: Sağlıklı Kontrol, MDB-YD: Majör Depresif Bozukluk- Yineleyici Dönemler, BB: Bipolar Bozukluk, Bağımlı Değişken: ODÖ, Bağımsız Değişkenler: DDGÖ-toplam, ÇÇTÖ, BDE, YMDÖ, DSKE-D, DSKE-S, HKL-32.

$p < 0,001$ ), YMDÖ ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), DSKE-D ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,001$ ), HKL-32 ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ) arasında bağıntı tespit edildi. DDGÖ toplamı ile BDÖ ( $r = 0,38$ ;  $p = 0,001$ ) ve HKL-32 ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÇÇTÖ ile YMDÖ ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ) arasında bağıntı tespit edildi. BB grubunda ODÖ ile MCQ toplam ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), ÇÇTÖ ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ), DDGÖ toplamı ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ), YMDÖ ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ), BDÖ ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,0001$ ), DSKE-S ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,001$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÜBÖ toplamı ile ÇÇTÖ ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ), DDGÖ toplam ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,010$ ), YMDÖ ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ), BDÖ ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,001$ ), DSKE-D ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), DSKE-S ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,0001$ ) arasında bağıntı tespit edildi. DDGÖ toplam ile YMDÖ ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), BDÖ ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,0001$ ), DSKE-S ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,001$ ) arasında bağıntı tespit edildi. ÇÇTÖ ile YMDÖ ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,001$ ) ve BDÖ ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,001$ ) arasında bağıntı tespit edildi.

### Regresyon Analizleri

İlk olarak BB grubunun OD'leri üzerinde belirti düzeylerinin yordayıcı gücünü incelemek amacıyla doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Analize otomatik düşünceler ile anlamlı bağıntı bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Buna göre, BB grubunun OD'leri üzerinde, DDGÖ toplam puanının ( $\beta = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ) pozitif yordayıcı gücü olduğu görülmüştür ( $R^2 = 0,41$ ;  $F = 9,11$ ;  $p < 0,001$ ). İkinci olarak, MDB-YD grubunun otomatik düşünceleri üzerinde belirti düzeylerinin yordayıcı gücünü incelemek amacıyla doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Analize otomatik düşünceler ile anlamlı bağıntı

bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Buna göre, MDB-YD grubunun otomatik düşünceleri üzerinde DDGÖ toplam puanının ( $\beta = 0,68$ ;  $p < 0,001$ ) pozitif; HKL-32 puanının ise ( $\beta = -1,10$ ;  $p < 0,001$ ) negatif yordayıcı gücü olduğu görülmüştür ( $R^2 = 0,57$ ;  $F = 16,11$ ;  $p < 0,001$ ). Son olarak kontrol grubunun otomatik düşünceleri üzerinde belirti düzeylerinin yordayıcı gücü incelenmiştir. DDGÖ toplam puanının ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ) ve BDÖ puanının ( $\beta = 1,55$ ;  $p < 0,001$ ) pozitif yordayıcı gücü olduğu görülmüştür ( $R^2 = 0,43$ ;  $F = 9,53$ ;  $p < 0,001$ ). Analize ilişkin ayrıntılar Tablo 3'te sunulmuştur. Regresyon analizinde otomatik düşüncelerin belirleyicisi MDB-YD grubunda DDGÖ ve HKL-32, BB grubunda ise DDGÖ olarak belirlendi.

Son olarak, kontrol, BB ve MDB-YD gruplarının ÜB'leri üzerinde belirti düzeylerinin yordayıcı gücünü incelemek amacıyla doğrusal regresyon analizleri yürütülmüştür. Analize ÜB'ler ile anlamlı bağıntı bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Buna göre, BB grubunun ÜB'leri üzerinde ÇÇTÖ toplam puanının ( $\beta = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ) ve DSKE-S puanının ( $\beta = 0,91$ ;  $p < 0,001$ ) pozitif yönde yordayıcı gücü olduğu görülmüştür ( $R^2 = 0,21$ ;  $F = 12,23$ ;  $p < 0,001$ ). Yürütülen diğer bir doğrusal regresyon analizi sonucunda ise, MDB-YD'nin ÜB'leri üzerinde ise ÇÇTÖ toplam puanının ( $\beta = 0,48$ ;  $p < 0,001$ ) ve DSKE-S puanının ( $\beta = 0,86$ ;  $p < 0,05$ ) pozitif yönde yordayıcı gücü olduğu görülmüştür ( $R^2 = 0,28$ ;  $F = 16,67$ ;  $p < 0,001$ ). Analizler Tablo 5'te sunulmuştur. Üstbilişlerin belirleyicileri MDB-YD ve BB gruplarında ÇÇTÖ-toplam puanı ve DSKE-S olarak belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Gruplarda Üstbilişlerin Belirleyicileri

		Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
		B	SE	B		
SK <sup>1</sup>	DDGÖ	0,28	0,07	0,38	3,82	<0,001
	ÇÇTÖ	0,16	0,07	0,24	2,33	0,023
MDB-YD <sup>2</sup>	ÇÇTÖ	0,48	0,11	0,42	4,34	<0,001
	DSKE-S	0,86	0,27	0,31	3,2	0,002
BB <sup>3</sup>	ÇÇTÖ	0,32	0,13	0,24	2,39	0,019
	DSKE-S	0,91	0,24	0,38	3,82	<0,001

Lineer regresyon analizi. Kısaltmaların açıklamaları Tablo 2 ve 3'ün dipnotlarında yer almaktadır. Bağımlı Değişken: MCQ-Toplam, Bağımsız Değişkenler DDGÖ-toplam, ÇÇTÖ, BDE, YMRS, DSKE-D, DSKE-S, HKL-32. <sup>1</sup>F=9,37;  $p < 0,001$ ; Düzeltilmiş  $R^2 = 0,24$ ; <sup>2</sup>F=16,67;  $p < 0,001$ ; Düzeltilmiş  $R^2 = 0,28$ ; <sup>3</sup>F=12,23;  $p > 0,001$ ; Düzeltilmiş  $R^2 = 0,21$ .

## TARTIŞMA

Çalışmamızda BB, MDB-YD ve sağlıklı kontrol gruplarında OD ve ÜB'lerin incelenmesi ve bu boyutlarla ÇÇT ve DDG arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gruplar arasında ÜB'ler, OD, ÇÇT ve DDG açısından anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Hasta gruplarında depresyon ve OD puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. ÇÇTÖ ve DDGÖ toplam puanlarından hem BB hem de MDB-YD'de kontrollere göre daha yüksek değerler saptanmıştır. Regresyon analizlerinde BB ve MDB-YD gruplarında OD'ler DDG ve ÇÇT ile güçlü biçimde ilişkilidir. ÜB'lerin ise ÇÇT ve sürekli kaygıyla güçlü ilişkisi vardır.

BB'de DDG'nin, sadece OD'ler ile pozitif yönde bağıntısı olduğu saptanmıştır. Alan yazında BB'de bu konuyla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Hastalarda OD'ler tetikleyici olarak rol alıp olumsuz duyguların ortaya çıkmasına sebep oluyor olabilir. BB'de DDG'deki sorunlar olumsuz duyguyu düzenleme ve duygunun ortaya çıktıktan sonra etkisinin azaltılmasına yarayan sistemi bozarak depresif ya da manik atakları tetikleyebilir (Salovey 1995). Hastalığın kendisi de duyguyu düzenlemeyi bozarak hastalarda olumlu ve olumsuz duygular arasındaki dengenin bozulmasına yol açarak (Gross 2011) hastalığın kronisite kazanmasına neden olabilir.

BB'de ÇÇT'lerinin ÜB'ler ile pozitif yönlü bağıntı olduğu saptanmıştır. Bu alanda benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Scherer-Dickson'ın (2010) psikotik bozuklukta ÇÇT olan ve olmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmada travma öyküsü olanlarda daha çok kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili metakognitif inançlara rastlanmıştır. ÇÇT öyküsü olan psikotik hastalarda ÜB'lerin hastalığın seyrinde önemli rol oynadıkları, psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına, yatkinlik/duyarlılık oluşmasına ve tekrar hastalanma riskinin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir (Scherer-Dickson 2010). Yaşamın ilerleyen dönemlerinde maruz kalınan olumsuz yaşam olayları bu çarpıtmaları aktive ederek depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olurlar (Beck 1967, Cloninger 1987, Johnson ve Fingerhut 2004). Çalışmamız bu bağlantıyı destekler niteliktedir. ÜB'lerin soyut işlemler dönemi gibi yaşamın ilerleyen dönemlerinde gelişmesi (Piaget 1977), ÇÇT'ler ile özellikle ÜB'ler arasındaki pozitif yönlü bağıntının nedeni olabilir.

MDB-YD'de DDG'nin, sadece OD'ler ile pozitif yönde bağıntısı olduğu saptanmıştır. Stresli olayların olduğu dönemde işlevsel olmayan tutumlar ile kognitif duygu düzenleme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, adaptif kognitif duygu düzenleme sonucunda işlevsel olmayan tutumlar ile depresyon arasındaki ilişkinin azaldığı gözlenmiştir (Vanderhasselt ve ark. 2014). Ayrıca başka bir çalışmada adaptif duygu düzenlemenin, majör depresif dönemlerin yeniden oluşumuna katkıda bulunan disforik durumların

yoğunluğunu veya süresini önlemeye, azaltmaya veya kısaltmaya yardımcı olduğuna inanılmaktadır (Segal ve ark. 2006, Jarrett ve ark. 2012). Çalışmamızda da bu çalışmalar ile uyumlu olarak MDB-YD'de DDG ile OD arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. Uyuma dönük duygu düzenleme stratejilerinin kullanılabilmesi işlevsel olmayan bilişlerin kontrol edilebilmesine yardımcı olabilir ve dolayısıyla depresif belirtilerin ortaya çıkmasını önleyebilir. Uyumsal duygu düzenleme depresif belirtiler üzerinde kontrol sağlamayı kolaylaştırabilir ve bireysel farklılıklar ve stresle tetiklenen depresif belirtilerden koruyabilir (Garnefski ve ark. 2007). MDB-YD'de ÜB'lerin, ÇÇT'ler ile (özellikle cinsel ve duygusal istismar ile) pozitif yönlü bağıntı olduğu saptanmıştır. Raes ve arkadaşları (2008) çalışmamızdakine benzer şekilde duygusal istismar ile depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş, ruminasyonların aracı rolü olabileceğini öne sürmüşlerdir. Zira ruminasyon yapmanın işe yarayacağı inancı ruminatif düşüncelerin pekişmesinden dolayı, ruminatif düşüncelerin de klinik belirtilerin ortaya çıkmasına neden oluyor olabilir (Yılmaz 2016).

Hem BB'de hem de MDB-YD'de OD'lerin ÇÇT'ler ile pozitif yönlü bağıntısının olduğu saptanmıştır. Bu alanda depresif bozukluk tanısı almış kadınlarda ÇÇT ile işlevsel olmayan atıflar arasındaki ilişki incelenmiş ve özellikle duygusal istismar ile depresyon arasındaki ilişkiye işlevsel olmayan atıfların aracılık ediyor olduğu sonucuna varılmıştır (Akbaba Turkoglu ve ark. 2015). Rezaei ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ÇÇT ile depresif bozukluk arasında özellikle bağlantısızlık ve reddetme şema alanının aracı rolü olduğu raporlanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar, çocukluk döneminde kötü muamele ile oluşan erken uyumsuz şemalara işaret eden Young'ın (Young ve ark. 2003) erken dönem uyumsuz şema modeliyle de tutarlıdır. BB'de ise literatürde konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda BB'de kontrollere göre daha fazla olumsuz yaşam olayına rastlandığı bildirilmiştir (Bernstein ve ark. 1994, Etain ve ark. 2010, Janiri ve ark. 2015). Bu da BB'de olumsuz yaşam olaylarının bilişsel distorsiyonlardan ÜB'lerin yanında OD'leri de tetikleyerek hastalığa sebep olabileceğini göstermektedir. Tüm bu çalışmalar çalışmamızla uyumlu olarak hasta gruplarında olumsuz bilişlerin ÇÇT'ler ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılıkları tedavi öykülerinin ayrıntılı biçimde değerlendirilmemiş olması, geçmiş hastalık dönemleriyle (psikotik dönem, karma gidiş, hızlı döngü öyküsü gibi) ilgili bir değerlendirme yapılmamış olması ve kesitsel olmasıdır. Ayrıca çalışmamızda yalnızca BB tip I hastaları incelenmiştir. Ancak BB tip II'de depresif dönemler daha uzun sürmekte ve ağır geçmektedir; bu yüzden ileride yapılacak olan çalışmalarda BB tip II hastalarının da değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Ölçeklerin geriye dönük olarak değerlendirme yapıyor olması da önemli bir kısıtlılıktır. Aynı zamanda kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı ölçekler olması,

örneklemin küçük olması çalışmamızın diğer kısıtlılıkları arasındadır. Ancak MDB-YD ile BB'nin karşılaştırılması ve BB alanında bilişsel süreçlerin değerlendirildiği çalışma sayısının az olması bu çalışmanın güçlü yönleridir.

Sonuç olarak bu çalışma BB ve MDB-YD'de, DDG ve ÇÇT'lerin ÜB'ler ve OD'ler üzerindeki etkisini araştıran ilk çalışmadır. Sonuçlarımız; DDG'ler ile ÇÇT'lerin hem MDB-YD hem BB'de oldukça önemli olan ÜB'ler ve OD'ler gibi bilişsel yapıya etki eden boyutlar olduğunu göstermektedir. Bu da ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellere klinik müdahale süreçlerinde hastalara bütüncül bir bakış açısı sağlama-ları açısından yol gösterici olabilir.

## KAYNAKLAR

- Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME (1997) Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. *Cognitive Ther Res* 21:247-65.
- Akbaba Turkoglu S, Essizoglu A, Kosger F ve ark. (2015) Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *Int J Soc Psychiatry* 61:796-801.
- Alloy LB, Reilly Harrington N, Fresco DM ve ark. (1999) Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorder: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *J Cogn Psychot* 13:21-40.
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi F ve ark. (2005) The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 88:217-33.
- Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S ve ark. (2014) Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Compr Psychiatry* 55:1546-55.
- Batmaz S, Kaymak SU, Soygur AH ve ark. (2013) The distinction between unipolar and bipolar depression: a cognitive theory perspective. *Compr Psychiatry* 54:740-9.
- Bardeen JR, Fergus TA, Orcutt HK (2012) An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav* 34:382-92.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561-71.
- Beck AT (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L ve ark. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151:1132.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD ve ark. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 27:169-90.
- Calvete S, Connor Smith JK (2005) Automatic thoughts and psychological symptoms. A cross cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Ther Res* 29:201-17.
- Cartwright Hatton S, Wells A (1997) Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 11:279-96.
- Cicchetti D, Toth SL (2005) Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol* 1:409-38.
- Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 44:573-88.
- Eaes G, Rush AJ (1984) Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *J Abnorm Psychol* 93:31.
- Etain B, Mathieu F, Henry C (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress* 2010:376-83.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Fowler JC, Charak R, Elhai JD ve ark. (2014) Construct validity and factor structure of the difficulties in emotion regulation scale among adults with severe mental illness. *J Psychiatr Res* 58:175-80.
- Garnefski N, Kraaij V (2007) The cognitive emotion regulation questionnaire psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess* 23:141-9
- Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY ve ark. (2001) History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Ther Res* 4:425-46.
- Gratz K, Roemer L (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav* 26:41-7.
- Gross JJ, Feldman Barrett L. Emotion generation and emotion regulation: one or two depends on your point of view. *Emot Rev* 2011:8-16.
- Gruber J, Eidelman P, Harvey AG (2008) Transdiagnostic emotion regulation processes in bipolar disorder and insomnia. *Behav Res Ther* 46:1096-100.
- Gül AI, Simsek G, Karaaslan Ö ve ark. (2015) Comparison of automatic thoughts among generalized anxiety disorder, major depressive disorder and generalized social phobia patients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 19:2916-21.
- Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O ve ark. (2015) Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Ther Res* 39:31-40.
- Harkness KL, Lumley MN (2008) *Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents*. New York, Guilford press, s. 466.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-22.
- Hollon SD, Kendall PC (1980) Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Ther Res* 4:383-95.
- Huntley CD, Fisher PL (2016) Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol* 57:446- 52.
- Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD ve ark. (2012) Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behav Res Ther* 50:280-6.
- Janiri D, Sani G, Danese E ve ark. (2015) Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord* 175:92-7.
- Johnson SL, Fingerhut R (2004) Negative cognitions predict the course of bipolar depression, not mania. *J Cogn Psychot* 18:149-62.
- Karadağ F, Oral E, Yalçın FA ve ark. (2002) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg* 13:107-14.
- Kennedy SH, Parikh SV, Shapiro CM (1998) *Defeating depression*. Thornhill, Joli Joco Publications.
- Lex C, Meyer TD, Marquart B ve ark. (2008) No strong evidence for abnormal levels of dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and emotional information-processing biases in remitted bipolar I affective disorder. *Psychol Psychother* 81:1-13.
- Oei TP, Bullbeck K, Campbell M (2006) Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *J Affect Disord* 92:231-41.
- Öner N, Le Compte A (1985) *Duruşluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Panksepp J (1998) *The Origins of Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford, Oxford University Press.
- Papageorgiou C, Wells A (2003) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Ther Res* 27:261-73.
- Piaget J (1977) *The development of thought*. New York, The Viking Press.



- Østefjells T, Melle I, Aminoff SR ve ark. (2017) An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 73:84-92.
- Raes F, Hermans D (2008) On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. *Depress Anxiety* 25:1067-70.
- Rezaei M, Ghazanfari F (2016) The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Res* 246:407-14.
- Rugancı N, Gençöz T (2010) Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol* 66:442-55.
- Sarısoy G, Pazvantoglu O, Özturan DD ve ark. (2014) Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nord J Psychiatry* 68:275-81.
- Salovey P, Mayer JD, Goldman SL ve ark. (1995) Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood scale. Washington DC, American Psychological Association s. 125-54.
- Scherer-Dickson N (2010) Effects of early trauma on metacognitive functioning in psychosis. In *Psychology*. University of Edinburgh, Edinburgh.
- Segal ZV, Kennedy S, Gemar M ve ark. (2006) Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry* 63:749-55.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for the state-trait anxiety inventory consulting Psychologist*.
- Şahin NH, Şahin N (1992) Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *J Clin Psychol* 48:334-40.
- Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E (2012) Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turk J Med Sci* 32:1054-63.
- Tosun A, Irak M (2008) Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 19(1).
- Vanderhasselt MA, Koster EH, Onraedt T ve ark. (2014) Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: A prospective study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 45:291-6.
- Weber F, Exner C (2013) Metacognitive Beliefs and Rumination: A Longitudinal Study. *Cognitive Ther Res* 37:1257-61.
- Wells A (2009) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, The Guilford Press.
- Wells A, Cartwright-Hatton S (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 42:385- 96.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yılmaz AE (2016) Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örneğinde İncelenmesi. *Turk Psikiyatri Derg* 27;100-9.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, New York.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133, 429-35.