

# Karma Belirtili Olan ve Olmayan Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Duygusal Şemalar ve Metakognisyonların Karşılaştırılması

Fatma Nur KARAKAYA UBUR<sup>1</sup>, Betül GÜZELCEOĞLU AYGÜN<sup>2</sup>, Güliz ŞENORMANCI<sup>2</sup>,  
Ömer ŞENORMANCI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,  
Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye

<sup>3</sup>Beykent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü,  
İstanbul, Türkiye

## Öz

Çalışmamızın amacı duygusal şemalar ve metakognisyonların, Majör Depresif Bozukluk'ta (MDB) karma belirtilerle olan ilişkisini incelemektir. Çalışmamıza Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran 95 MDB hastası alındı. Hastalar Hipomani Soru Listesi-32(HSL-32) ölçeğine göre karma özellikli olan grup ve pür depresyon grubu olarak ayrıldı ve üstbiliş Ölçeği-30(ÜBÖ-30) ve Leahy Duygusal Şemalar Ölçeği (LDŞÖ) ile değerlendirildi. HSL-32 puanlarıyla LDŞÖ-"Kontrol" ve LDŞÖ "Hissizlik" alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. Lojistik regresyon analizine göre karma belirti yordayıcısı olarak ÜBÖ-"Bilişsel Güven" faktörü bulundu. Çalışmada karma özellikli depresyon grubunun pür depresyon grubuna göre hissizlik ve kontrolün azlığı duygusal şemalarının daha belirgin aktive olduğu, karma özelliklerle hissizlik ve kontrol duygusal şemaları arasında ilişki olduğu bulundu. Katı duygusal şemalar, adaptif duygusal şemalar ve duygular hakkında olumsuz inançlar iki grupta benzer puanlar aldı. Yararsız üstbilişsel faktörler her iki grupta yüksek saptanmasına rağmen pür depresyon grubunda karma özellikli gruba göre daha yüksektir. Pür depresyon grubunda bilişsel güven eksikliği daha yüksek bulunmuştur. Bilişsel güvenin yüksek olması karma özelliklerin bir yordayıcısı olabilir.

**Anahtar Kelimeler :** MDB, karma belirtiler, üstbilişsel faktörler, duygusal şema

## Abstract

### Comparison of Emotional Schemas and Metacognitions in Major Depressive Disorder Patients with and without Mixed Symptoms

The aim of our study is to examine the relationship of emotional schemas and metacognitions with mixed symptoms in Major Depressive Disorder (MDD). Our study included 95 MDD patients who applied to the adult psychiatry outpatient clinic of University of Health Sciences Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital. The patients were divided into the mixed-featured group and the pure depression group according to the Hypomania Checklist-32 (HSL-32) scale and were evaluated with the Metacognition Scale-30 (MCS-30) and the Leahy Emotional Schemas Scale (LESS). A statistically significant correlation was found between HSL-32 scores and LESS-"Control" and LESS "Nickness" subscale scores. According to logistic regression analysis, MCQ-"Cognitive Confidence" factor was found as a predictor of mixed symptoms. In the study, it was found that numbness and low control emotional schemas were more prominently activated in the mixed-specific depression group compared to the pure depression group, and there was a relationship between mixed features and numbness and control emotional schemas. Rigid emotional schemas, adaptive emotional schemas, and negative beliefs about emotions scored similarly in the two groups. Although unhelpful metacognitive factors were found to be higher in both groups, they were higher in the pure depression group than in the mixed-featured group. Cognitive lack of confidence was found to be higher in the pure depression group. High cognitive confidence may be a predictor of mixed traits.

**Keywords:** MDD, mixed symptoms, metacognitive factors, emotional schema

### Yazışma / Correspondence:

Fatma Nur KARAKAYA UBUR, Bursa  
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Mimarsinan Mah. Emniyet  
Cad. 16310 Yıldırım/Bursa, Türkiye

Tel: +90 505 155 32 53

E-posta: drfnkarakaya@gmail.com

Geliş / Received: 18 Mart 2023

Kabul / Accepted: 14 Ağustos 2023

Çevrimiçi yayın / Online published:  
14 Ağustos 2023

©2023 JCBPR, Available online at  
<http://www.jcbpr.org/>

**Cite this article as:** Karakaya Ubur, F.N., Güzelceoğlu Aygün, B., Şenormancı, G., Şenormancı, Ö. (2023). Karma Belirtili Olan ve Olmayan Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Duygusal Şemalar ve Metakognisyonların Karşılaştırılması. J Cogn Behav Psychother Res; 12(3),254-263. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.146803>

## GİRİŞ

Karma özellikli depresyon; majör depresif bozukluk (MDB) için tüm kriterleri karşılayan ve yükselmiş ruh hali, benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri, her zamankinden daha konuşkan olma, fikir uçuşmaları veya yarışan düşünceler, enerji artışı veya amaca yönelik etkinlik artışı, uyku ihtiyacında azalma, riskli etkinliklere aşırı katılma şeklindeki manik/hipomanik semptomlardan en az üçünü içermesiyle tanımlıdır (Vieta, & Valentí, 2013). Çok sayıda kanıt, depresif atak sırasında karma özelliklerin varlığının, daha şiddetli ve kronik depresif ataklar, remisyonların daha kısa olması, yüksek nüks oranı, antidepresan tedavi sırasında maniye kaymada artış, daha yüksek komorbidite oranları (en önemlisi anksiyete ve/veya madde kullanım bozuklukları) ve daha yüksek intihar girişimi riski ile karakterize olduğunu göstermektedir (Swann ve ark., 2013; Zimmermann ve ark., 2009; Azorin ve ark., 2012; Goldberg ve ark., 2009). Tanı ölçütlerine karma özellikler belirleyicilerinin eklenmesi aynı zamanda duygudurum bozukluklarının, depresyon ve mani belirtilerinin çeşitli derecelerde tek kutuplu depresyondan maniye değişen bir yelpazede kavramsallaştırılabileceği konusunda giderek büyüyen fikir birliğini yansıtmaktadır (Benazzi, 2008). Karma belirtili depresyon tanısından sonra tedavinin nasıl optimize edileceği sorusu da beraberinde gelmiştir (Stahl ve ark., 2017).

Flavell tarafından öne sürülen ve gelişim psikolojisine ait bir kavram olan üstbilgi, zihinsel durumları tanımlama ve bunları kendine ve başkalarına atfetmek için gerekli olan, duygu ifadelerinin çözümlenmesi, zihinsel durumlar hakkında akıl yürütme ve kişilerarası çatışmalara karar vermek, sorunları çözmek ve öznel acıya hâkim olmak için zihinsel bilgilerin kullanılmasını içeren becerileri ifade eder (Flavell, 1976; Carcione ve ark., 2011; Brune, Dimaggio, & Lysaker, 2011). Endişe ve ruminasyonla ilgili olumlu üstbilgi inançlar, ruminasyonun kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz üstbilgi inançlar ve kişinin düşüncelerini kontrol etme ihtiyacına ilişkin üstbilgi inançlar depresyonda belirli bir rol oynar görünmektedir (Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2010). İki uçlu ve tek uçlu depresyonda üstbilgi model çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır (Papageorgiou & Wells, 2003; Kazemi & Ghorbani 2012).

Robert L. Leahy, 2002 yılında yayımlanan çalışmasında; duyguya tepki olarak kişinin zihninde oluşan planlara, yöntemlere ve inançlara duygusal şema adını vermiştir (Leahy, 2002). Bireylerin duyguları hakkında olumsuz inançları olduğunda, üstbilgi süreçlerin devreye girme

ihtimalinin görece yüksek olduğunu belirten bir çalışmada; duygularla ilgili olumsuz inançlar, beş üstbilgi faktörün (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık) her biriyle ve hem depresyon hem de kaygıyla anlamlı şekilde ilişkilendirilmiş ve duygusal şema boyutlarıyla üst bilgi alt faktörler ilişkili bulunmuştur (Leahy, Wupperman, Edwards, Shivaji, & Molina, 2019). Daha önce sağlıklı kontrollerle, tek uçlu ve iki uçlu depresyonlu hastalarda üstbilgi ve duygusal şemalar karşılaştırılmış olup gruplar arasında önemli farklar bulunmuştur (Batmaz, Kaymak, Kocbiyik, & Turkcapar, 2014). Üstbilgi inançlar, duygusal şemalar ve depresyondaki karma belirtilerin arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma bildiğimiz kadarıyla literatürde yoktur. Araştırmamızda karma belirtili depresyon hastalarında üstbilgi ve duygusal şemaların, karma belirtili olmayan depresyon hastalarından farklı olduğu hipotezinden hareketle, karma belirtilerle bu fenomenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

**Örneklem:** Araştırmamıza 18,02,2021–18,11,2021 tarihleri arasında S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran, 18–65 yaş arası, ek psikiyatrik tanısı bulunmayan, ilk kez MDB tanısı konulan ve henüz tedavi almamış olan 95 gönüllü hasta alınmıştır.

**Ölçekler:** HAM-D kullanılarak MDB tanısı konulduktan sonra hastalar, Hipomani Soru Listesi-32(HCL-32) ölçeğiyle karma belirtili olan ve olmayan şeklinde gruplandırılmıştır. Gruplara Üstbilgi Ölçeği-30(MCQ-30) ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LESS) uygulanmıştır.

**Sosyodemografik Veri Formu:** Çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır ve yaş, eğitim, medeni durum, çalışma ve ekonomik durumla ilgili veriler yanı sıra aile de duygudurum bozukluğu öyküsü, intihar ve kendine zarar verici davranış öyküsü gibi verileri içermektedir.

**Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D):** Hamilton tarafından geliştirilmiştir (Hamilton, 1960). Görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. On yedi maddeden oluşmaktadır. 3- ya da 5- Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır, yüksek puan daha şiddetli depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir, Türkçapar, Örsel, Demirergi, Dag, & Özbay (2001) tarafından test edilmiştir.

**Hipomani Soru Listesi-32 (HCL-32):** MDB tanısı konulan hastaların karma özellik belirleyicilerinin saptanabilmesi için kullanılmıştır. Angst tarafından geliştirilmiştir (Angst ve ark., 2005). Otuz iki maddeli özbeöz bildirim ölçeğidir. Genel duygudurumu soran 7-Likert tipi genel değerlendirme sonrası, bireyin duygudurum belirtilerini “taşkınlık/enerji artışı” ve “riskli davranışlar/ dürtüsellik” adlı iki boyutta toplam 32 evet-hayır biçiminde soruyla araştıran formdur. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Vahip ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır.

**Üstbiliş Ölçeği-30:** Üstbiliş Ölçeği-30 (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), beş faktörlü yapıdan oluşan MCQ'nun 30 maddelik versiyonudur. Endişeyle ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike hakkında olumsuz inançlar, düşüncelerin kontrolü ihtiyacına ilişkin inançlar, bilişsel yeterlilikle (hafıza ve dikkat gibi) ilgili inançlar, bilişsel farkındalık şeklinde beş alt ölçeği bulunmaktadır. MCQ-30'daki her madde dört birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır, ölçekten alınabilecek puanlar 30–120 arasında değişir, puanın yükselmesi patolojik üstbilişsel faaliyetin arttığını gösterir, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır.

**Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LDŞÖ):** Duygusal şemaların anlaşılmasında 14 boyut tanımlanmıştır (Leahy, 2002), Yedi 6'lı Likert tipindeki ölçek 50 maddeden ve 14 alt ölçekten oluşmuştur. Özbeöz bildirim dayanır. Toplam puan skorlaması yerine alt boyutlardaki eğilimler dikkate alınmaktadır. Bu 14 boyut; onaylanma, anlaşılabilirlik, suçluluk, duygulara yalın şekilde bakış, yüksek değerler, kontrol edilemezlik, hissizlik, akılcılık isteği, süreklilik, uzlaşma, hisleri kabullenme, ruminasyon, dışavurum ve suçlamadır. Birleşik alt boyutlar hesaplanırken önceki çalışmalardan yararlanılmıştır. Bu birleşik alt boyutlar; katı şemalar, adaptif şemalar ve duygular hakkında olumsuz inançlar olarak adlandırılmıştır (Batmaz ve ark. (2014); Tirch, Leahy, Silberstein, & Melwani, 2012). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yavuz, Türkçapar, Demirel, & Karadere (2011) tarafından yapılmıştır.

### İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada istatistiksel analizler için IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm 18 Windows paket programı kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra, normal dağılımın incelenmesinde Shapiro-Wilk testi dağılım testi

kullanıldı. Gruplar arası kategorik demografik değişkenler Ki-kare testiyle karşılaştırıldı. Niceliksel veriler karşılaştırılırken normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi ve varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkileri saptanmasında normal dağılım gösteren parametrelerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tablolarda sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (Ort  $\pm$  SS) veya ortanca (min-max), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (n-%) notasyonu kullanılarak gösterildi. Anlamlılık  $p < 0,05$  ve  $p < 0,001$  düzeyinde değerlendirildi. Lojistik regresyon analizi yapıldı.

### BULGULAR

Karma özellikli depresyon ve pür depresyon grupları arasında, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, komorbid hastalık, kendine zarar verici davranış ya da intihar girişimi öyküsü, birinci derece yakınlarında DDB öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1).

Gruplar ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark ( $p < 0,05$ ) bulunmamıştır (Tablo 2).

HSL-32 alt ölçek ve toplam puanlarıyla yaş ve eğitim durumu arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde ve HSL-32 alt ölçek ve toplam puanlarıyla ÜBÖ-30 alt ölçek ve toplam puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3).

HSL-32 alt ölçek ve toplam puanlarıyla LDŞÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde, HSL-32 “Aktif-Yüksek” alt ölçek puanıyla LDŞÖ “Kontrol” alt ölçek puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). HSL-32 “Aktif-Yüksek” alt ölçek puanıyla LDŞÖ “Hissizlik” alt ölçek puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). HSL-32 “Toplam” puanıyla LDŞÖ “Kontrol” alt ölçek puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). HSL-32 “İritabl-Risk Alan” puanıyla LDŞÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri	
<b>Yaş</b>	32 (18–63)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	68 (71,6)
Erkek	27 (28,4)
<b>Eğitim Süresi (Yıl)</b>	12 (5–18)
<b>Medeni Durum</b>	
Bekâr	42 (44,2)
Evli	43 (45,3)
Boşanmış/dul	10 (10,5)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	56 (58,9)
Çalışmıyor	39 (41,1)
<b>Eşlik Eden Tıbbi Hastalık</b>	
Var	19 (20)
Yok	76 (80)
<b>Kendine Zarar Verici Davranış</b>	
Var	20 (21,1)
Yok	75 (78,9)
<b>İntihar Girişimi</b>	
Var	83 (87,4)
Yok	12 (12,6)
<b>Aile de DDB öyküsü</b>	
Var	56 (58,9)
Yok	39 (41,1)
<b>Birinci Derece Akraba da İntihar Girişimi</b>	
Var	81 (85,3)
Yok	14 (14,7)
Karma Depresyon	62 (65,3)
Pür Depresyon	33 (34,7)
HAM-D Puanı	30,3±5
HSL-32 Toplam	17 (1–29)
HSL-32 Aktif-Yüksek	14 (0–22)
HSL-32 İrritabl-Risk Alan	3 (0–9)
LDŞÖ-Anlaşılabilirlik	14,6±5,9
LDŞÖ-Onaylanma	9 (3–18)
LDŞÖ-Suçluluk	10 (4–21)
LDŞÖ-Yalın Bakış	13,6±5
LDŞÖ-Yüksek Değerler	13 (3–18)
LDŞÖ-Kontrol	10,7±4,4
LDŞÖ-Hissizlik	5 (2–12)
LDŞÖ-Akılclılık	11 (3–18)
LDŞÖ-Süreklilik	7 (2–12)
LDŞÖ-Uzlaş	10 (4–20)
LDŞÖ-Kabul	25,2±6,7
LDŞÖ-Ruminasyon	18,5±4,9
LDŞÖ-Dışavurum	7,7±3
LDŞÖ-Suçlama	7 (2–12)
LDŞÖ-Adaptif Şemalar	92,1±18,3
LDŞÖ-Katı Şemalar	73,4±16,9
LDŞÖ-Duygular Hakkında Olumsuz İnançlar	157±32,9
ÜBÖ-30-Olumlu İnançlar	10 (6–24)
ÜBÖ-30-Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	14,6±4,1
ÜBÖ-30-Bilişsel Güven	13,7±5
ÜBÖ-30-Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	18 (6–24)
ÜBÖ-30-Bilişsel Farkındalık	17±3,7
ÜBÖ-30-Toplam	73,5±15,6

(n (%) / ortalama ± SS / ortanca (min-max)) (n=95).  
DDB: Duygudurum Bozukluğu; HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği; HSL-32: Hipomani Soru Listesi-32; LDŞÖ: Leahy Duygusal Şema Ölçeği; ÜBÖ-30: Üst Biliş Ölçeği-30.

Tablo 2: Ölçek puanlarının karma özellikli ve pür depresif gruplar arasında karşılaştırılması				
	Pür	Karma	t/z	P
HAM-D Puanı <sup>+</sup>	29,7±5,3	30,5±4,8	-0,77	0,4
HSL-32 Toplam <sup>++</sup>	11 (1–13)	19 (14–29)	-8,01	<0,01
HSL-32 Aktif-Yüksek <sup>++</sup>	7 (0–12)	16 (8–22)	-7,56	<0,01
HSL-32 İrritabl-Risk Alan <sup>++</sup>	2 (0–6)	3 (0–9)	-2,48	0,01
LDŞÖ-Anlaşılabilirlik <sup>++</sup>	14 (4–24)	14 (4–24)	-0,45	0,65
LDŞÖ-Onaylanma <sup>++</sup>	10 (4–18)	9 (3–18)	-0,55	0,58
LDŞÖ-Suçluluk <sup>++</sup>	9 (4–21)	10 (4–20)	-0,06	0,95
LDŞÖ-Yalın Bakış <sup>+</sup>	13,1±5,4	13,9±4,8	-0,79	0,42
LDŞÖ-Yüksek Değerler <sup>+</sup>	12,3±3,7	12,6±3,07	-0,46	0,64
LDŞÖ-Kontrol <sup>++</sup>	12 (3–18)	10 (3–18)	-1,57	0,11
LDŞÖ-Hissizlik <sup>++</sup>	4 (2–12)	5 (2–12)	-1,09	0,27
LDŞÖ-Akılclılık <sup>++</sup>	11 (3–18)	11 (3–18)	-0,79	0,42
LDŞÖ-Süreklilik <sup>++</sup>	7 (2–12)	7 (2–12)	-0,86	0,38
LDŞÖ-Uzlaş <sup>+</sup>	11±4,5	11,1±3,8	-0,09	0,92
LDŞÖ-Kabul <sup>+</sup>	24,4±7,1	25,6±6,5	-0,81	0,41
LDŞÖ-Ruminasyon <sup>+</sup>	18,8±5	18,4±4,9	0,41	0,68
LDŞÖ-Dışavurum <sup>++</sup>	8 (2–12)	8 (2–12)	-0,81	0,41
LDŞÖ-Suçlama <sup>++</sup>	7 (2–12)	7 (2–12)	-1,04	1,29
LDŞÖ-Adaptif Şemalar <sup>+</sup>	92,9±18,4	91,7±18,4	0,3	0,76
LDŞÖ-Katı Şemalar <sup>+</sup>	73,2±18,9	73,5±15,9	-0,08	0,93
LDŞÖ-Duygular Hakkında Olumsuz İnançlar <sup>+</sup>	156,3±35,8	157,3±31,5	-0,14	0,88
ÜBÖ-30-Olumlu İnançlar <sup>++</sup>	12 (6–19)	10 (6–24)	-1,37	0,16
ÜBÖ-30-Kontrol Edilemezlik ve Tehlike <sup>++</sup>	15 (6–22)	15 (6–24)	-0,07	0,94
ÜBÖ-30-Bilişsel Güven <sup>++</sup>	15 (6–24)	13 (6–24)	-1,75	0,08
ÜBÖ-30-Düşünceleri Kontrol İhtiyacı <sup>++</sup>	18 (6–24)	17,5 (7–24)	-0,69	0,48
ÜBÖ-30-Bilişsel Farkındalık <sup>++</sup>	18 (6–24)	17 (7–24)	-0,55	0,58
ÜBÖ-30-Toplam <sup>+</sup>	76±15,4	72,1±15,6	1,17	0,24

<sup>+</sup> Student t testi; <sup>++</sup> Mann-Whitney U testi; HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği; HSL-32: Hipomani Soru Listesi-32; LDŞÖ: Leahy Duygusal Şema Ölçeği; ÜBÖ-30: Üst Biliş Ölçeği-30.

Tablo 3: HSL-32 ile ÜBÖ-30 puanları arasındaki korelasyonlar (n=95)			
	HSL-32		
	Aktif-Yüksek	İrritabl-Risk Alan	Toplam
	R	R	R
<b>ÜBÖ-30</b>			
Olumlu İnançlar	-0,03	-0,02	-0,04
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	0,03	0,07	0,03
Bilişsel Güven	-0,17	0	-0,15
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	0,04	0,01	0,03
Bilişsel Farkındalık	0,11	-0,01	0,08
Toplam	-0,03	-0,01	-0,03

Spearman, HSL-32: Hipomani Soru Listesi-32; ÜBÖ-30: Üst Biliş Ölçeği-30.

**Karma Belirtilerin Yordayıcıları:** Demografik ve klinik özellikler, HSL-32, ÜBÖ-30, LDŞÖ'nün karma belirtiler üzerine yordayıcılıklarının araştırılması için yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine; cinsiyet, çalışma durumu, daha önce mahkemelik olma durumu, kendine zarar verici davranış, LDŞÖ-Kontrol, LDŞÖ-Suçlama, ÜBÖ-Bilişsel Güven dâhil edildi. Analizin ardından ÜBÖ-Bilişsel Güven karma belirtilerin yordayıcısı olarak bulundu (Tablo 5).

**Tablo 4:** HSL-32 ile LDŞÖ puanları arasındaki korelasyonlar (n=95)

	HSL-32		
	Aktif-Yüksek	İrritabl-Risk Alan	Toplam
LDŞÖ	r	r	R
Anlaşırlılık	-0,09	-0,12	0,05
Onaylanma	-0,07	-0,22	-0,11
Suçluluk	0,15	0,02	0,11
Yalın Bakış	0,24	-0,04	0,19
Yüksek Değerler	0,07	0,11	0,04
Kontrol	-0,23*	-0,14	-0,23*
Hissizlik	0,13*	0,07	0,09
Akılcılık	0,01	-0,04	-0,21
Süreklilik	0,02	0,01	0,05
Uzlaş	-0,06	-0,15	-0,01
Kabul	-0,08	0,09	-0,03
Ruminasyon	0,03	0,17	0,07
Dışavurum	0,03	-0,05	-0,01
Suçlama	-0,02	-0,08	-0,06
Adaptif Şemalar	-0,14	-0,13	-0,14
Katı Şemalar	0,16	0,02	0,12
Duygular Hakkında Olumsuz İnançlar	0,16	0,08	0,14

Spearman, \*p <0,05; **HSL-32:** Hipomani Soru Listesi-32; **LDŞÖ:** Leahy Duygusal Şema Ölçeği.

**Tablo 5:** Karma belirtilerin yordayıcıları

Yordayıcı	Beta	Güven Aralığı %95	P
Sabit	23,3		0,002
LDŞÖ-Kontrol	0,906	0,817 – 1,004	0,06
ÜBÖ-30-Bilişsel Güven	0,904	0,824 – 0,990	0,03

**ÜBÖ-30:** Üst Biliş Ölçeği-30; **LDŞÖ:** Leahy Duygusal Şema Ölçeği, Lojistik Regresyon Analizi, p<0,001; p<0,05 anlamlılık düzeyi.

## TARTIŞMA

Literatürde duygudurum bozukluklarında karma belirtiler, geriye dönük ya da tekrarlayan atakları ve tedavi direnci olan hastalarda incelenmiştir. Bu, geçmişte tedavi almış kişilerdeki karma belirtilerin, öngördürücüleri ve klinik görünümleri arasında farklı görüşlere yol açmıştır. Çalışmamızda karma belirtiler, ek psikiyatrik tanı ve geçmiş tedavi karıştırıcıları olmayan ilk atak depresyon hastalarında araştırılmıştır.

Taş ve Altınbaş'ın çalışmasında (2019) 63 depresyon hastasının 15'ine karma belirtili depresyon tanısı konmuştur. Çalışmamızda 95 depresyon hastasının 62'sine karma belirtili depresyon tanısı konmuştur. Karma belirtili depresyon için aynı ölçek kullanılmasına ve diğer çalışmada ölçek kesme puanı  $\geq 13$ , çalışmamızda ise  $\geq 14$  alınmasına rağmen farklı oranların elde edilmesi, diğer çalışma örnekleminin HAM-D puanına göre çalışmamızın örneklemine kıyasla daha düşük şiddette depresyon göstermesinden ve çalışmamızda daha önce hiç psikiyatrik tanı ve tedavi almayan hasta grubunun seçilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde karma belirtilerle depresyon şiddeti arasında ilişki olmadığını bulan çalışmalarda vardır (Zimmermann ve ark., 2009).

Heri iki grupta da depresyon şiddetinin benzer olarak orta-ağır şiddette saptanması, örneklemin 3. basamak dal hastanesinden seçilmesinden kaynaklanabilir.

Taş ve Altınbaş'ın çalışmasıyla benzer olarak gruplar arasında demografik özellikler açısından istatistiksel fark saptanmamış ve daha önce depresyon hastalarıyla yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur (Ferrari ve ark., 2013).

Depresyonda olumsuz üst bilişsel faktörlerin sık kullanıldığını belirten önceki çalışmalarla uyumlu olarak üstbilişsel faktörlerin kullanımı tüm örnekleme yüksek saptanmıştır (Batmaz ve ark., 2014; Sarısoy ve ark., 2013). Olumsuz üst bilişsel inanç ve süreçlerin depresyonda fazla kullanılmasıyla tedavi direnci ve nükslerde rol oynayabileceği bilinmektedir, çalışmamızda orta-ağır şiddette ve ağırlıklı olarak karma belirtili depresyon hastalarının bulunması üstbilişsel faktörlerin yoğun kullanımıyla ilişkili olabilir.

Sarısoy ve ark.'nın (2014), iki uçlu depresyon, tek uçlu depresyon ve sağlıklı kontroller arasında üstbilişsel faktörleri karşılaştırdığı çalışmalarında endişe hakkında olumlu inançlar faktörü dışında üstbilişsel süreçlerin sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon gruplarında yüksek olduğu ve

depresyon grupları arasında fark olmadığı ve bilişsel güven iki uçlu grupta tek uçlu gruba göre düşük bulunmuştur. Çalışmamızda bilişsel güven azlığı pür depresyonda karma depresyona göre daha yüksek bulunmuştur. Yükselmiş ruh hali, benlik saygısında artış ya da büyüklük düşünceleri ve fikir uçuşmaları veya yarışan düşünceler gibi karma belirtili dönemde görülebilen belirtiler, karma belirtili depresyon hastalarında, kişinin bilişlerine olan güveninin pür depresyon grubuna göre farklılık göstermesinde etkili olabilir.

Çalışmamızda “kontrol edilemezlik ve tehlike-endişeyle ilgili olumsuz inançlar” alt ölçeğinin gruplar arasında benzer bulunması dışında üstbilişsel alt ölçek puanları, pür grupta karma depresyon grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu, karma özellikli dönemlerin maniyle depresyon arasında spektrumda yer almasıyla ilişkili olabilir (Stahl ve ark., 2017). Bu durum literatür incelendiğinde üstbilişsel fenomenler açısından ilk kez desteklenmektedir.

Duygusal şemaların depresyondaki görünümü (Leahy ve ark., 2019; Leahy, 2002) ve iki uçlu-tek uçlu depresyonda duygusal şemaların karşılaştırıldığı (Batmaz ve ark., 2014) çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla, karma depresyonda; duygusal şemaların araştırıldığı, pür depresyonla karşılaştırıldığı ve karma depresyonda üstbilişsel süreçlerle ilişkilendirildiği ilk çalışmadır.

Çalışmamızda duygusal şema boyutlarına bakıldığında duyguyla başa çıkma konusunda gruplar arasında adaptif ve katı şemaların kullanımı ve duygularla ilgili olumsuz inançlar şeklinde bildirilen duygusal şema boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında adaptif duygusal şemaların sağlıklı kontrollerde hastalara göre ve iki uçlu grupta tek uçlu gruba göre fazla kullanıldığı, ayrıca katı duygusal şemalar ve duygularla ilgili olumsuz inançlar birleşik boyutunun sağlıklı kontrollere göre hasta grubunda yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, örnekleminizde duyguyla ilgili inanç-stratejilerin yoğun kullanılmasıyla uyumludur.

“Kontrol” alt boyutu, duyguların kontrol edilmezlerse kötü sonuçlar doğurabileceğini anlatır, çalışmamızda karma belirtilerle kontrol alt boyutu arasında anlamlı ters ilişki bulunmuştur. Bu karma depresyon hastalarında duygu kontrolüyle ilgili stratejilerin daha az kullanıldığını gösteriyor olabilir. Karma depresyonda “dürtüsellik, riskli davranışlarda bulunma, duygusal kararsızlık” gibi belirtiler, “kontrol” alt boyutunun daha az kullanılmasıyla ilişkilendirilebilir. Beck, Wells ve Clark’ın bilişsel modellerine göre kontrol kaybı hissi, daha yüksek endişe ve depresyonla

ilişkili bulunmuştur. Leahy’in çalışması bilişsel modelleri desteklemektedir. Çalışmamızda karma belirtilerle “kontrol” arasında ters ilişki olduğunun bulunması, karma depresyonda terapi yaklaşımlarına katkı sağlayabilir.

“Hissizlik” yoğun duygulanımlara karşı başa çıkma stratejisi olarak oluşmaktadır. Çalışmamızda hissizlik ile karma belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buradan hareketle “sinirlilik, bunaltı, duygusal karışıklık hissi” gibi belirtiler yaşayan karma depresyon hastalarının yoğun duygulanımı bastırmada “hissizlik” şemasını kullanabilir. Leahy’e göre “hissizlik” daha az “duygu kontrolü gerekliliği”yle ilişkilidir. Çalışmamız karma depresyonda bu ilişkiyi destekleyen ilk çalışmadır. Önceki çalışmalarda “hissizlik” şeması depresyon hastalarında sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanmış, iki uçlu ve tek uçlu depresyon arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızdaki sonuç HSL-32’nin aktif-yüksek alt grubunda anlamlıdır. Bu karma belirtili depresyonun tanınmasında ve terapötik yaklaşımında fayda sağlayabilir.

“Anlaşılabilirlik” boyutu, duyguyu anlamlandırabilmeyi, duyguyu kabulü ve suçluluktaki azalmayı temsil etmektedir. Depresyonda “duygunun anlaşılabilirliği, duyguyu anlamlandırılmama” belirgindir. Çalışmamızda bu boyut iki grupta benzer saptanmıştır ve iki grupta da literatürle uyumlu yüksek puanlar almıştır. Karma depresyonda yüksek saptanmasının “duygusal kararsızlık, yarışan düşünceler” gibi belirtilerle ilişkisi olabilir.

Ruhsal hastalıklarda duyguların etiketlenmesi, sadece kendinde olduğu düşüncesiyle kendine odaklanma ve patolojinin sürmesiyle ilişkilidir. Kişi başkalarında benzer duyguların olabileceğine inanırsa kendine odaklanması azalır, duygu kabulü gelişir, bu diğerleriyle “uzlaşma”yla daha az depresyona işaret etmektedir. Leahy daha az uzlaşmayı depresyonla ilişkilendirmiştir. Sağlıklı kontrol grubunun olduğu başka bir çalışmadaysa kontrollerle depresyon grupları arasında fark bulunmamıştır (Batmaz ve ark., 2014). Çalışmamızda bu alt boyut gruplar arasında benzer saptanmıştır.

Duyguların ifade edilmesi Leahy’in çalışmasında daha fazla “yüksek değerler” ile ilişkili, depresyonla ilişkisiz bulunmuştur. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasına göre sağlıklı kontrollerle depresyon grupları arasında “dışavurumda azalma” şeması açısından anlamlı fark yoktur. Çalışmamızda “dışavurumda azalma” her iki grupta önceki çalışmayla benzer puanlar almıştır ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda “süreklilik” boyutu gruplar arasında benzer bulunmuş, yüksek puanlar almıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında “süreklilik” tek uçlu depresyon grubunda iki uçlu depresyon grubuna göre ve hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Duyguların sürekli devam edeceği düşüncesi önceki çalışmalarla uyumlu olarak depresyon hastalarında sık kullanılan bir duygusal şema olmuştur. Çalışmamızda hem depresyon şiddetinin orta-ağır düzeyde olması hem de karma belirtilerin alternatif tanımlayıcılarından “içsel gerilim” ile uyumlu olarak “duygunun sürekli devam edeceği” şeması yüksek bulunmuş olabilir.

“Suçluluk” alt boyutu duyguların utanç verici ve yanlış olduğuna dair inançları tanımlamaktadır. Bu boyutu depresyon ve anksiyeteye ilişkilendiren Leahy’e göre “duygular hakkında suçluluk”; duygular hakkında yargılayıcı olma şeklindeki bilişsel modelle ve duygu kabulünün patolojiyi sürdürmede etkili olduğunu belirten duygu odaklı modelle uyumludur. Çalışmamızda “suçluluk” boyutu karma depresyon grubunda pür depresyon grubuna göre yüksek puanlar almıştır. Önceki çalışmalarda da tek uçlu depresyonda iki uçlu depresyon grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Karma belirtilerin “duygusal kararsızlık, içsel gerilim, riskli davranışlarda ve dürtüsellikte artış” tanımlayıcıları ve intihar eğiliminin daha fazla olmasının “duygular hakkında kendini suçlama” şemasıyla bağlantısı olabilir.

“Onaylanma” ile duyguların başkaları ve kişinin kendisi tarafından kabulü ve duyguların işlenmesinin kolaylaşması anlaşılmaktadır. Bu alt boyut Leahy’in çalışmasında depresyonla doğrudan ilişkilendirilememiştir, Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında ise sağlıklı kontrol grubunda hasta grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Çalışmamızda gruplar arasında bu boyut bakımından anlamlı fark olmasada karma grup puanları pür depresyon grubuna göre yüksek bulunmuştur. Karma belirtiler bu adaptif şemanın daha az kullanımıyla ilişkili olabilir.

Duygunun karmaşık olmaması gerektiği, ikircikli duygulara tahammülsüzlük “duyguya yalın bakış” şemasıyla açıklanmıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında depresyon grubu sağlıklı kontrol grubuna göre bu şemayı daha çok kullanmıştır, çalışmamızda “yalın bakış” her iki grupta da yüksek puanlar almıştır. “Duygusal karmaşa, düşünce uçuşması, içsel gerilim” gibi karma belirtiler hastalarda, duygunun basit olması gerektiği cevabına yol açıyor olabilir.

Çalışmamızda “yüksek değerler” alt boyutu puanı iki grupta da yüksek ve benzer saptanmıştır. Yüksek değerler şeması duyguları temel ihtiyaçlarla ilişkilendirme şeklinde açıklanabilir. Şemayı kullanan hastalarda duygunun kabulü, işlenmesi, dışavurumu artabilir. Leahy bu şemayla depresyon arasında doğrudan ilişki bulamamıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında sağlıklı kontrollerin hasta gruba göre şemayı daha fazla kullandığı ve şemanın iki depresyon grubunda benzer puanlar aldığı saptanmıştır. Karma depresyonda “içsel güçte artış, konuşma da artış, benlik saygısında artış” gibi belirtilerin “yüksek değerler ve dışavurum” şemalarıyla ilgili olması beklenebilir.

“Akılcılık”; kişinin duygularını anlamak, kabullenmek, güvenmek yerine olayları rasyonelize etmek şeklinde geliştirdiği duyguya yanıt stratejisidir. Bilişsel model kişinin olumsuz inançlarını test etmede rasyonelliği önemli görür. Duygu odaklı modelde aşırı rasyonellik duyguların anlaşılması kabulü, dışavurumu ve başkaları tarafından onaylanmayı engelleyebilir. Çalışmamızda “akılcılık” boyutunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında bu boyut sağlıklı kontrollere göre depresyon grubunda daha yüksek puan almıştır. Rasyonelliğin hem iki uçlu-tek uçlu hem karma belirtili depresyonda kullanılan duygu yanıt stratejilerinden olduğu söylenebilir.

“Duyguların kabulü”, kişinin duygularını olduğu gibi kabullenmesidir. Duygu ya da düşüncenin bastırılmaya çalışılması daha çok kaygıyla ve depresyonla ilişkilidir. Çalışmamızda “kabul” boyutunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ancak karma grup bu boyutta daha yüksek puan almıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında sağlıklı kontroller iki uçlu depresyon grubuna, iki uçlu depresyon grubu da tek uçlu depresyon grubuna göre daha yüksek puanlar almıştır. Karma belirtili hastalarda bu, yaşanan duygusal karmaşaya karşı geliştirilmiş bir strateji olabilir. Bu sonuç karma belirtili hastaların terapi yaklaşımlarına katkı sağlayabilir.

Duygusal şema modelinde, duygulara fazla odaklanma, kendisi ve duyguları hakkında dönüp duran sorularla meşguliyet şeklinde açıklanan “ruminasyon” önceki çalışmalarda depresyon ve anksiyeteye ilişkili bulunmuştur (Leahy, 2002; Nolen-Hoeksema, 2000). Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında hasta grupları arasında fark bulunmazken, hastalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla ruminasyon göstermiştir. Çalışmamızda ruminasyon literatürle uyumlu olarak iki grupta benzer puanlar almıştır.

“Suçlama” kişinin olumsuz duygulanımı için başkalarını sorumlu tutmasıdır. Duygu odaklı modelde bu depresyon için yararlı bir strateji değildir. Bilişsel modelde suçlama kişinin kendisi ve diğerleri için olumsuz yargulamaları-yorumlamaları ifade eder. Çalışmamızda suçlama şeması açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Batmaz ve ark.’nın (2014) çalışmasında ise sırasıyla tek uçlu grup, iki uçlu depresyon grubundan ve sağlıklı kontrollerden daha fazla suçlamayı kullanma eğilimindeydi. Depresif duygulanıma ek olarak yarışan düşünceler, öfke, sinirlilik, benlik saygısında artış gibi karma belirtiler suçlama şemasıyla bağlantılı olabilir.

Üstbilişler ve duygusal şemaların birlikte araştırıldığı az çalışma bulunmaktadır (Batmaz ve ark., 2014; Mazloom, Yaghubi, & Mohammadkhani, 2016; Leahy ve ark. 2019; Oğuz, Celikbas, Batmaz, Cagli, & Sungur, 2019). Leahy ve ark.’nın (2019) çalışmasında, üstbilişsel süreçler duygular hakkındaki inançlarla depresyon ve kaygıya aracılık etmektedir. Özellikle üstbilişsel faktörlerden kontrol edilemezlik ve tehlike yani endişeyle ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel güven azlığı, duygular hakkında olumsuz inançlarla depresyon arasında bağlantı kurmaktadır. Üstbilişsel faktörler ve duygusal şemalar ayrı ayrı da depresyon gelişiminde ve sürdürülmesinde etkilidir. Çalışmamız bunu destekler niteliktedir. Çalışmamız, olumsuz üstbilişlerin duygusal şemalarla birlikte depresyona katkıda bulunmasının tespitinin yanı sıra, karma belirtilerinde hissizlikle doğrusal, bilişsel güven azlığı ve duygunun kontrol ihtiyacı-gerekliliği ile negatif yönde ilişki bularak bu alanda literatüre katkı sağlayan ilk çalışmadır. Karma belirtili depresif hastalarda yaşanan yoğun karmaşık duygulara ve yarışan düşüncelere yanıt olarak hissizlik şeklinde duygusal yanıt geliştirilmesi ve duyguların diğer hastalara göre daha az kontrolü, bilişsel güven sağlayarak yaşanan bunaltı ve depresif durumu kısmen bastırırsa; olumsuz üstbilişsel faktörlerin kullanımı bu hastalarda da pekiştirilmiş olur ve bununla yatışan “duygular hakkında olumsuz inançlar”ın gerçekçi deneyiminden kaçınma, dolayısıyla olumsuz inancın doğrulanmasına ve sürmesine neden olabilir; bu süreç, psikopatolojinin başlangıcı, sürmesi ve mevcut tedavilere direnç göstermesinde etkili olabilir.

### Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Kesitsel türde olması ve örneklemin 3. basamak dal hastanesinden seçilmiş olması sonuçların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Ayrıca ilk tanı depresyon hastaları alındığından izlem sonrası bulgularımızı destekleyebilecek yeni çalışmalara gereksinim olabilir. Kullanılan ölçeklerin

öz-bildirim temelli olması psikopatolojilerde yanlılığın sonucu olarak sonuçları etkilemiş olabilir. Sağlıklı kontrol grubunun olmaması kısıtlılık sayılabilir.

### Çalışmamızın Güçlü Yönleri

Bildiğimiz kadarıyla depresyonda karma belirtilerin üst-bilişler ve duygusal şemalarla ve bunların psikopatolojiyle ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Örneklemin önceden tedavi almamış ve psikiyatrik ek tanısız depresyon hastalarından seçilmesi, karma ve depresif belirtilerle ilgili tanısal ve nedensel karmaşayı engellemiştir. Örneklemin geniş tutulması ve karma belirti gösteren hasta sayısının yüksekliği sonuçları güçlendirmektedir.

Gelecek çalışmalarda karma belirtili depresyonun belirti kümeleriyle bu fenomenler arasındaki ilişkiler incelenebilir. İzlem çalışmalarıyla farklı tedavi yöntemleri ve bunların etkililikleri araştırılabilir. Tedavi sonrası bu fenomenlerin değişimleri ve belirtiler üzerindeki etkisi araştırılabilir.

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay tarihi ve sayısı: 03.02.2021 / E-31234050-514.10).

**Hasta Onamı:** Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Ethics Committee of Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital Clinical Research (date and number of approval: 03.02.2021 / E-31234050-514.10).

**Informed Consent:** Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** No financial disclosure was received.

### KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Türkçapar, M. H., Örsel, S. D., Demiregi, N., Dag, I., & Özbay, M. H. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry*, 42(2), 161–165. <https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/hamilton-depression-rating-scale-toad.pdf>
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., ... & Scott, J. (2005). The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*, 88(2), 217–233.
- Azarin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., Fakra, E., Belzeaux, R., Hantouche, E., & Lancrenon, S. (2012). Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study. *J Affect Disord*, 143(1-3), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.036>

- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Compr Psychiatry*, 55(7), 1546–1555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.016>
- Benazzi F. (2008). Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). *Eur Psychiatry*, 23(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.07.003>
- Brune M., Dimaggio G., & Lysaker P. H. (2011). Metacognition and social functioning in schizophrenia: evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Curr Psychiatry Rev*, 7(3). <https://doi.org/10.2174/157340011797183210>
- Carcione, A., Nicolò, G., Pedone, R., Popolo, R., Conti, L., Fiore, D., ... Dimaggio, G. (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry research*, 190(1), 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.032>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*, 43(3), 471–481. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L.R. Resnick (Ed.), *The Nature of intelligence*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Bowden, C. L., Thase, M. E., Miklowitz, D. J., Marangell, L. B., ... Sachs, G. S. (2009). Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*, 166(2), 173–181. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050746>
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Kazemi, H., & Ghorbani, M. (2012). Evaluation of relationship between metacognition components and dysfunctional attitudes in outpatients with bipolar mood disorder II. *SSU\_J*, 20(1), 90–100.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract*, 9(3), 177–190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R.L., Wupperman, P., Edwards, E., Shivaji, S., & Molina, N. (2019). Metacognition and emotional schemas: effects on depression and anxiety. *Int J Cogn Ther*, 12, 25–37. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0035-8>
- Mazloom, M., Yaghubi, H., & Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: a structural equation model. *Pers Individ Dif*, 88, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.053>
- Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*, 109(3), 504–511.
- Oğuz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *Int J Cogn Ther*, 12(3), 157–178. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5>
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*, 27, 261–273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*, 34(2), 196–205. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9244-z>
- Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Ozturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., Korkmaz, I. Z., Kaçar, O. F., & Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: a comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(4), 275–281. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.814710>
- Stahl, S. M., Morrissette, D. A., Faedda, G., Fava, M., Goldberg, J. F., Keck, ... McIntyre, R. S. (2017). Guidelines for the recognition and management of mixed depression. *CNS spectrums*, 22(2), 203–219. <https://doi.org/10.1017/S1092852917000165>
- Taş, H. İ., Altınbaş, K. (2019). Comparison of the emotion regulation and temperament characteristics between depressive patients with and without mixed features. *Noro Psikiyatr Ars*, 57(1), 27–32. <https://doi.org/10.29399/npa.23610>
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *Int J Cogn Ther*, 5(4), 380–391. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenilirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).
- Vieta, E., & Valentí, M. (2013). Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord*, 148(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.007>
- Swann, A. C., Lafer, B., Perugi, G., Frye, M. A., Bauer, M., Bahk, W. M., ... Suppes, T. (2013). Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *Am J Psychiatry*, 170(1), 31–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030301>
- Vahip, S., Aydemir, Ö., Altınbaş, K., Kora, K., Dikici, D. S., Akdeniz, E., ... Angst, J. (2017). Hipomani soru listesi-32-yenilenmiş sürümün Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Turk J Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u13738>
- Vieta, E., & Valentí, M. (2013). Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord*, 148(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.007>
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Yavuz, K. F., Türkçapar, M. H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy Emotional Schema Scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam*, 24(4), 273. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240403>
- Zimmermann, P., Brückl, T., Nocon, A., Pfister, H., Lieb, R., Wittchen, H. U., ... Angst, J. (2009). Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry*, 66(12), 1341–1352. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.158>

## EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

**INTRODUCTION**

Mixed depression is defined as depression episode that includes at least three of the manic/hypomanic symptoms in addition to the criteria for major depressive disorder. This manic/hypomanic symptoms includes elevated mood, grandiosity, being more talkative than usual, flight of ideas or racing thoughts, increased energy or goal-directed activity, decreased need for sleep, excessive participation in risky activities.

Presence of mixed features during a depressive episode is associated with more severe and/or chronic depressive episodes, shorter remissions between episodes, higher relapse rate, increased risk of mania shift during antidepressant treatment, higher comorbidity rates (most notably anxiety disorders and/or substance abuse) and a higher risk of suicide attempts. The aim of our study is to investigate the relationship between emotional schemas and metacognitions, which have been shown to be related to psychopathology, and mixed symptoms in major depressive disorder.

**METHOD**

Ninety-five patients with major depressive disorder were included in our study. Patients were divided into mixed depression group and pure depression group according to the HCL-32 scale. Related phenomena investigated between the two groups with MCQ-30 and LESS. Chi-square test is used to compare sociodemographic characteristics between the two groups. Student t test and Mann-Whitney U test were used to compare quantitative data between groups. Correlations between HCL-32 scale scores and other scale scores were compared using Spearman correlation analysis. Finally, logistic regression analysis was performed to find predictors of mixed symptoms.

**RESULTS**

There was no statistically significant difference between the mixed depression and pure depression groups in terms of demographic and clinical characteristics. No statistically significant difference was found between the two groups in terms of scale scores. No statistically significant correlation was found between HCL-32 scores and MCQ-30 scores, age and educational status. A statistically significant correlation was found between HCL-32 scores and LESS-“Control” and LESS “Numbness” subscale scores. According to logistic regression analysis, MCQ-30 “Cognitive Confidence” factor was found as a predictor of mixed symptoms.

**DISCUSSION**

In our study, mixed symptoms were investigated in patients with first-episode depression who had not previously received any psychiatric

diagnosis and therefore did not have any additional psychiatric diagnoses or past treatment confounders. The study included patients with moderate to severe depression, and mixed features were found in 63 out of 95 patients, which may be due to the sample consisting of patients from a 3rd level state hospital and those who had not received previous treatment. The use of metacognitive factors was found to be high in the entire sample, except for the “uncontrollability and danger-related negative beliefs” subscale, which was found to be similar between the two groups. All metacognitive subscale scores, except for this subscale, were found to be higher in the pure depression group than in the mixed depression group. Cognitive confidence was also found to be higher in the pure depression group than in the mixed depression group. The varying bias in evaluating the cognitions of individuals during mood episodes, the descriptive features of mixed symptoms, and the definition of “cognitive confidence” suggest that this result appears consistent. A significant inverse relationship was found between mixed symptoms and the “control” sub-dimension. This may indicate that strategies related to emotion regulation are less used in patients with mixed depression. There was a significant positive correlation between “numbness” and mixed symptoms, which may be attributed to the use of the “numbness” schema in suppressing intense emotions in patients with mixed depression. The “guilt” dimension received higher scores in the mixed depression group than in the pure depression group. The descriptive features of mixed symptoms, such as “emotional instability, inner tension, increased risky behaviors, and impulsivity,” and the higher tendency for suicide in mixed depression may be related to the schema of “self-blame about emotions.” There was no significant difference between the groups in the “acceptance” dimension, but the mixed group had higher scores in this dimension. In patients with mixed symptoms, this may be a positive strategy used to cope with emotional turmoil. In conclusion, in patients with mixed depressive symptoms, the development of emotional responses in the form of numbness in response to intense and complex emotions and racing thoughts, and less control over emotions, partially suppressing the depressive state by providing cognitive confidence, can reinforce the use of negative metacognitive factors and lead to avoidance of the realistic experience of “negative beliefs about emotions,” thus causing the validation and continuation of negative beliefs and potentially contributing to the onset and maintenance of psychopathology, and resistance to current treatments.

**Keywords:** MDD, mixed symptoms, metacognitive factors, emotional schema