

Bipolar ve Unipolar Depresyonda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar: Benzerlikler ve Farklılıklar

Nergis LAPSEKİLİ¹, Mehmet AK²

¹Uzm. Dr. Çorlu Asker Hastanesi

²Yar. Doç. Dr. GATA Psikiyatri

Özet

Amaç ve Yöntem: Depresyonun bilişsel modeli, unipolar ve bipolar depresyon arasındaki farkları düşünme özellikleri bağlamında incelemiştir. Halen unipolar ve bipolar depresyonun benzeşen ve farklılaşan özellikleri hakkında bilginiz yetersizdir. Amaç, bipolar ve unipolar depresyonda, bilişsel şemalar arasındaki ilişki bağlamında benzerlik ve farklılıkları değerlendirmektir. Unipolar depresyon, bipolar bozukluk hastaları ve kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Beck Depresyon, Young Mani ve Young Şema ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Terk edilme şeması açısından unipolar ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlıydı. Güvensizlik/suistimal edilme şemasında unipolar ve bipolar grup arasında ve yine unipolar grupla kontrol grubu arasında fark vardı. Hak görme/büyüklik şemasında ise anlamlı farklılık unipolar ve kontrol grupları arasındaydı. Diğer şemalarda, farklılık unipolar grupla kontrol grubu ve bipolar grupla kontrol grubu arasındaydı. Bu şemalarda, kontrol grubunun puanları diğer iki gruba göre daha düşüktü. Unipolar ve bipolar gruplarının puanları ise benzerdi.

Sonuç: Hasta gruplarında; kusurluluk, yetersizlik, başarısızlık, gelişmemiş benlik, dayanıksızlık gibi şemalar düşük kendilik algısına işaret etmektedir. Güvensizlik ve terk edilme şemaları açısından bipolar ve kontrol grupları arasında farkın olmaması kognitif triad açısından değerlendirildiğinde, bipolar grupta insanlara bakış açısının olumsuz olmadığını düşündürmektedir. Unipolar ve bipolar gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenen tek şema, Güvensizlik/suistimal edilme şemasıydı. Bu durum, bipolar grupta olan hastaların, çevreyle ilgili olumsuz algılarının olmadığına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Unipolar depresyon, bipolar bozukluk, bilişsel terapi

Abstract

Early Maladaptive Schemas Related to Unipolar and Bipolar Depression: Similarities and Differences

Objective and methodology: Cognitive theory of depression has begun to examine the difference between bipolar and unipolar depression in the context of thinking features. Yet, little is known about the same and separated points of bipolar and unipolar depression. The objective is evaluating relationship between cognitive schemas of bipolar and unipolar patients. Bipolar and unipolar depression patients and a control group were enrolled in the study. Beck Depression Inventory, Young Mania Scale and Young Schema Questionnaire were administered to the groups.

Results: There was significant difference between unipolar and control groups in "Abandonment/instability". In "mistrust/abuse" significant difference was between unipolar and bipolar and between unipolar and control groups. In "entitlement/self-centeredness" difference was between unipolar and control groups. In all other schemas, difference was between unipolar and control and bipolar and control groups. In these schemas, control group had significantly lower scores than others. Unipolar and bipolar groups were similar.

Conclusion: In patient groups, schemas like defectiveness, incompetence, failure, vulnerability to danger and undeveloped self were indicative of low self-perception. This case draws attention to distortions in self-perception. When the absence of difference between bipolar and controls in "mistrust/abuse" and "abandonment/instability" schemas is evaluated in terms of cognitive triad, it is suggested that environmental perspective in this group of patients did not exhibit pessimistic features. The only significantly different schema between unipolar and bipolar groups was "mistrust/abuse". This suggests that bipolar group didn't have negative thoughts like unipolar patients about the perception of the environment.

Key Words: Unipolar depression, bipolar disorder, cognitive therapy

AMAC

Beck'in yaklaşımına göre kişinin duygulanımı ve davranışları onun daha önceki deneyimlerine bağlı olarak gelişir ve dünyayı algılamasına yön veren bilişsel şemalar tarafından belirlenir (Beck 1997, Shaw ve ark 1998). Yaşamın erken dönemindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, sonraki yaşamdaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı kognitif yapılar olan şemalar, bazen baş etme mekanizması olarak olumlu olabilecekleri gibi işlevsiz ve olumsuz da olabilirler (Young ve Lindermann 1992). Bunlar için erken disfonksiyonel şema terimi kullanılır. Sağlıklı durumdayken genelde sessiz olan olumsuz şemalar, yaşam olayları ve psikopatolojilerle etkin hale geçerler. Bir kez etkin hale geçtikten sonra seçici dikkat yolu ile yeni yaşantıların işlemlendirilmesini; seçici hatırlama yoluyla da geçmiş anıların yeniden yapılandırılmasını etkilerler (Young 1994). Araştırmalar sonucunda 18 adet şema bulunmuştur: Duygusal yoksunluk, terk edilme, güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık, dayanıksızlık, başarısızlık, gelişmemiş benlik, hak görme/büyüklik, yetersiz özdenetim, cezalandırıcılık, yüksek standartlar, duyguları bastırma, karamsarlık, onay arayıcılık, kendini feda, boyun eğicilik (Young ve Klasko 2003, McGinn ve Young 1996).

Kişilerin depresyona yatkın olmasına yol açan birçok risk faktörü vardır. Unipolar ve bipolar depresyona bilişsel yatkınlık, erken gelişimsel deneyimlerden öğrenilerek oluşan, altta yatan işlevsel olmayan inançların sonucu olarak ortaya çıkar (Ball ve ark 2003). Bilişsel ve şematik yatkınlıktırıcılar, stresli yaşam olayı meydana geldiğinde duygudurum değişikliklerini tetiklemede filtre görevi görmektedirler (McGinn ve Young 1996, Ball ve ark 2003).

Depresyonun bilişsel kuramları, düşünme biçimleriyle ilgili özellikler açısından bipolar ve unipolar depresyon arasındaki farkları incelemeye başlamışlardır. Umutsuzluk ve negatif otomatik düşünceleri içeren yapı depresyonun bilişsel modelinde merkezi rol oynamaya devam etmekle birlikte, bu alanlarda bipolar ve unipolar depresyonun ayrışan ya da aynı olan noktaları ile ilgili az şey bilinmektedir. Bipolar ve unipolar bozukluk hastaları, hep-ya da-hiç düşüncesi, nedensellik ile ilgili içsel atıflar gibi benzer bilişsel ön yargılara sahip görünmektedir (Alloy ve ark 1999, Sheppard ve Teasdale 2000). Unipolar ve bipolar bozuklukta, bilişsel çarpıtmaların özelliklerini

tanımlamak ve özelleştirmek için daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliği vardır.

Fonksiyonel olmayan düşünceler bilişsel şemalarla yakından ilişkilidir (Sheppard ve Teasdale 2000). Şemalar, bilgiyi organize etmek ve yorumlamaya yardım eden iskelet yapılar ("frameworks") olarak tanımlanmaktadır. Bazı yazarlar; ötimik bipolar hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha fazla (Scott ve ark 2000) ya da ötimik ya da hipomanik hastalarda da unipolar depresyon hastalarına göre daha fazla (Scott ve Pope 2003) fonksiyonel olmayan düşünce tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Diğer yandan Lam ve ark (2004) 24 maddelik fonksiyonel olmayan düşünceler ölçeğiyle yaptıkları çalışmada, ölçek bazında ve bu ölçeğin alt ölçekleri değerlendirildiğinde bipolar ve unipolar depresyon hastaları arasında fark olmadığını bulmuşlardır. Goldberg ve ark' nın 2008 yılında yaptığı çalışmada da bipolar manik hastaların negatif temel inançlara sahip olma derecesinin, normal kontrollerle unipolar depresyon hastaları arasında olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada, bipolar ve unipolar depresyon hastalarının bilişsel şemalar açısından değerlendirilerek farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır. Sonuçların her bir hastalık için etkili olabilecek psikoterapötik hedeflerin belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmaya Gülhane Askeri Tıp Fakültesi psikiyatri servisine başvuran hastalardan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı alan 18 hasta ve unipolar depresyon tanısı alan 20 hasta alındı. Çalışmaya kabul kriterleri olarak DSM-IV'e göre bipolar bozukluk ya da unipolar depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılama, uygulanacak ölçekleri yapabilecek eğitim düzeyine sahip olmak olarak belirlendi. Psikotik özellikli depresif atak, mental retardasyon, kişilik bozukluğu, alkol ya da psikoaktif madde bağımlılığı tanısı ve ciddi nörolojik ya da genel tıbbi durumu ilgilendiren hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. Tanısal değerlendirme DSM-IV Eksen I ve II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu olan SCID-I ve II ile yapıldı. Kontrol grubu olarak da hastane personelinden yaş ve cinsiyet özellikleri açısından eşleştirilmiş olan 19 sağlıklı kişi alındı. Çalışmaya alınan hastalar ve sağlıklı gruptaki kişiler, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve kendilerinden yazılı onam alındı.

Değerlendirme araçları

DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Tanısal Görüşme: (SCID-I):

First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, klinik örneklerde sistematik olarak DSM-IV tanı kategorilerinin gözden geçirildiği ve tanı için kullanılan bir yarı yapılandırılmış değerlendirme ölçeğidir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Türkçe versiyonu kullanılmıştır (Özkürkçügil ve ark 1999).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyonda görülen belirtileri içeren, 0-3 arasında puanlanan, 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (Hisli 1998).

Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 -YŞÖ-KF3

(Young Schema Inventory [YSQ-SF3]): Erken dönem uyumsuz şemaların belirlenmesi amacıyla Jeffrey Young tarafından geliştirilen Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik kısa formunun 3. versiyonu (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır (Young ve Brown 1990). Ölçek, beş şema alanının altında yer alan 18 erken dönem uyumsuz şemayı kapsamakta ve bu anlamda 18 şema boyutundan oluşmaktadır. Bu şema boyutları terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duyguları bastırma, kusurluluk/utanma, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, iççelik/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hak görme/büyüklük, yetersiz özdenetim, boyun eğcilik, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılıktır. Her boyut beş maddeden oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte yüksek puanlar daha çok sayıda ve daha şiddetli erken dönem uyumsuz şemanın varlığına işaret etmektedir. 90 maddeden oluşan kısa formun, ülkemizdeki geçerlik güvenilirlik çalışması Soygüt ve ark tarafından yapılmıştır (2009).

İstatistiksel Analiz: Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen Young Şema Ölçeği ile değerlendirilen şemalara ilişkin puanların normal dağılıma uygunlukları grafiksel olarak ve Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Normal dağılıma uygun testi sonucunda; Şema 4, Şema 10, Şema 11 ve Şema 14 alanlarının normal dağılıma uydukları, diğer şema alanlarının ise normal dağılıma uymadığı görüldü. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde; gruplara düşen kişi sayıları için sayı ve yüzde, şema alan

puanları için ise normal dağılıma uygunluğuna göre ortalama \pm standart sapma ya da ortanca (Çeyreklikler arası sapma – Interquartile Range- IQR) değerleri kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalar için; normal dağılıma uyan verilerde tek yönlü varyans analizi –ANOVA- ve post-hoc olarak Bonferroni testi, normal dağılıma uymayan verilerde ise Kruskal-Wallis testi ve post-hoc olarak Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney testi uygulandı. Tüm istatistiksel hesaplama ve analizler için MS-Excel ve SPSS for Win. Ver. 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) paket programlarından yararlanıldı. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0.05$ düzeyi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

Çalışma; Unipolar grupta 20 (% 351), bipolar grupta 18 (% 31.6) ve kontrol grubunda 19 (% 33.3) kişi üzerinde gerçekleştirildi. Katılımcıların yaşları 21 ile 55 arasında değişirken yaş ortalaması 33.42 ± 8.10 yıl olarak hesaplandı. Çalışmanın planlanması aşamasında dikkat edilmesine karşın, çalışma grupları arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluştu ($F=5.506$; $p=0.007$). Bipolar gruptaki hastalar unipolar ve kontrol grubundakilerden daha gençti (Bipolar vs Unipolar için $p=0.017$ ve Bipolar vs Kontrol için $p=0.016$).

Unipolar hasta grubunun, young mani ölçeğinden aldığı puanlar 0 ile 5 arasında değişmekteydi. Ortancası 0.00 (IQR: 0.00) idi. Bipolar hasta grubunun, young mani ölçeğinden aldığı puanlar 0 ile 32 arasında değişmekteydi. Ortancası 4.00 (IQR: 8.25) idi.

Unipolar grupta, Beck depresyon puanı, 17 ile 54 arasında değişmekteydi. Ortalama 31.00 ± 10.24 idi. Bipolar grupta, Beck depresyon puanı, 0 ile 28 arasında değişmekteydi. Ortalama 11.44 ± 8.18 idi.

Katılımcıların Young şema ölçeğinde her bir şema için aldıkları puan ortalamaları / ortancaları ve gruplara göre karşılaştırma sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde; şema alanlarının hepsinde kontrol, unipolar ve bipolar grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Farkın kaynağını belirleyebilmek amacıyla, normal dağılıma uyan verilerde yapılan Bonferroni post-hoc, normal dağılıma uymayan verilerde ise Bonferroni düzeltmeli ikili Mann-Whitney testleri sonucunda: “terk edilme/istikrarsızlık” şemalarında unipolar ile kontrol grupları arasında; “güvensizlik/suistimal edilme” şemasında unipolar ile bipolar ve

Tablo 1. Katılımcıların Young Şema puanları ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları

Sıra No	Young Şemaları	Unipolar		Bipolar		Kontrol		Test	p	Post-hoc**		
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				\bar{X}	SD
		Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)				Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)
1	terk edime / istikrarsızlık	12.50 (7.00)	10.50 (8.00)	10.50 (8.00)	8.00 (2.00)	8.00 (2.00)	8.00 (2.00)	$\chi^2=12.816$	0.002	U-K		
2	güvensizlik / suistimal edilme	18.50 (10.75)	9.50 (6.50)	9.50 (6.50)	6.00 (4.00)	6.00 (4.00)	6.00 (4.00)	$\chi^2=19.808$	<0.001	U-B, U-K		
3	duyguları bastırma	19.10 ± 5.66	17.61 ± 4.10	17.61 ± 4.10	13.47 ± 4.36	13.47 ± 4.36	13.47 ± 4.36	F=7.155	0.002	U-K, B-K		
4	kusurluluk / utanma	16.50 (9.75)	12.50 (7.00)	12.50 (7.00)	9.00 (5.00)	9.00 (5.00)	9.00 (5.00)	$\chi^2=16.425$	<0.001	U-K, B-K		
5	sosyal izolasyon/yabancılaşma	13.00 (8.50)	13.00 (7.00)	13.00 (7.00)	7.00 (3.00)	7.00 (3.00)	7.00 (3.00)	$\chi^2=16.063$	<0.001	U-K, B-K		
6	Bağımlılık/yetersizlik	19.00 (9.25)	15.00 (5.00)	15.00 (5.00)	10.00 (5.00)	10.00 (5.00)	10.00 (5.00)	$\chi^2=20.090$	<0.001	U-K, B-K		
7	tehditler karşısında dayanıksızlık	18.50 (7.00)	16.00 (7.50)	16.00 (7.50)	10.00 (5.00)	10.00 (5.00)	10.00 (5.00)	$\chi^2=16.385$	<0.001	U-K, B-K		
8	gelişmemiş benlik	18.50 (11.50)	12.00 (4.75)	12.00 (4.75)	7.00 (4.00)	7.00 (4.00)	7.00 (4.00)	$\chi^2=20.733$	<0.001	U-K, B-K		
9	başarısızlık	15.00 (9.50)	13.00 (7.25)	13.00 (7.25)	8.00 (4.00)	8.00 (4.00)	8.00 (4.00)	$\chi^2=17.299$	<0.001	U-K, B-K		
10	hak görme/büyükük	20.15 ± 5.03	17.89 ± 3.83	17.89 ± 3.83	14.74 ± 3.89	14.74 ± 3.89	14.74 ± 3.89	F=7.740	0.001	U-K		
11	yetersiz öz denetim	20.80 ± 5.03	18.17 ± 4.90	18.17 ± 4.90	12.58 ± 3.24	12.58 ± 3.24	12.58 ± 3.24	F=17.069	<0.001	U-K, B-K		
12	boyun eğicilik	19.00 (9.50)	16.50 (7.00)	16.50 (7.00)	10.00 (3.00)	10.00 (3.00)	10.00 (3.00)	$\chi^2=24.095$	<0.001	U-K, B-K		
13	kendini feda	14.00 (7.50)	14.00 (7.00)	14.00 (7.00)	8.00 (5.00)	8.00 (5.00)	8.00 (5.00)	$\chi^2=18.467$	<0.001	U-K, B-K		
14	onay arayıcılık	17.25 ± 4.52	16.89 ± 5.14	16.89 ± 5.14	12.79 ± 4.02	12.79 ± 4.02	12.79 ± 4.02	F=5.605	0.006	U-K, B-K		
15	Karamsarlık	14.00 (7.75)	13.50 (5.50)	13.50 (5.50)	8.00 (5.00)	8.00 (5.00)	8.00 (5.00)	$\chi^2=18.061$	<0.001	U-K, B-K		
16	duygusal yoksunluk	14.50 (7.25)	11.50 (6.50)	11.50 (6.50)	7.00 (2.00)	7.00 (2.00)	7.00 (2.00)	$\chi^2=16.446$	<0.001	U-K, B-K		
17	yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik	18.50 (11.75)	12.00 (5.75)	12.00 (5.75)	8.00 (6.00)	8.00 (6.00)	8.00 (6.00)	$\chi^2=17.383$	<0.001	U-K, B-K		
18	Cezalandırıcılık	16.50 (9.00)	14.00 (7.50)	14.00 (7.50)	10.00 (2.00)	10.00 (2.00)	10.00 (2.00)	$\chi^2=13.634$	0.001	U-K, B-K		

*: F : ANOVA test sonucu χ^2 : Kruskal-Wallis test sonucu

**: U-K : Unipolar vs Kontrol

U-B: Unipolar vs Bipolar

B-K:

Bipolar

vs

Kontrol

unipolar ile kontrol grupları arasında; “hak görme/büyüklik” alanında ise unipolar ile kontrol grupları arasında farklılık vardır.

Diğer tüm şema alanlarında farklılık unipolar ile kontrol ve bipolar ile kontrol grupları arasındadır. Bu şemalarda kontrol grubu unipolar ve bipolar gruplardan istatistiksel olarak da düşük şema puanlarına sahiptir. Unipolar ve bipolar grupların şema alanları puanları ise benzerdir.

TARTIŞMA

Şemalar (ya da temel inançlar), sonraki algıları ve anlamlandırma süreçlerini yönlendirme gücüne sahip nispeten kaynaşmış ve sürekli bilgi kümesi olarak tanımlanabilecek olan geçmiş tepkilerin ve deneyimlerin organize unsurlarıdır. Bu deneyimler, daha sonra kişiler arası ilişkilerde, iş ve genel işlevsellik alanında ortaya çıkan ve uyum-kayıp-travma gibi zamanlarda kişinin esnekliğini belirleyen temel inançlar olarak kodlanırlar (Young 1994). Şemaları oluşturan inançlar ve emosyonel anılar, kişinin kimliğinin merkezi bir parçası olarak genellikle sorgusuz sualsiz kabul edilirler ve bu nedenle de değişime oldukça dirençlidirler (Ratto ve Capitano 1999). Young’a göre, bir çocuğun diğerleriyle olan ilişkilerindeki temel emosyonel ihtiyaçlarının karşılanmadığı örseleyici deneyimleri erken uyumsuz olmayan şemaların gelişimine yol açar (Young 1994). Bu şemalar, bilişsel yapının en derin katmanını temsil eder ve kişinin kendisiyle ve kişisel ilişkileriyle ilgili emosyonel ve bilişsel şablonlar olarak tanımlanırlar. Erken dönem uyumsuz olmayan şemaların depresyonu da içeren psikiyatrik hastalıkların gelişiminde nedensel rol oynadığı düşünülmektedir (Young ve Klasko 2003).

Unipolar ve bipolar depresyona bilişsel yatkınlık, erken gelişimsel öğrenme deneyimlerinden kaynaklanan alttıyatan fonksiyonel olmayan inançların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. O birey için özel anlamı olan hayat olayları, bu inançları aktive eder (Scott 2001). Bipolar bozukluk hastalarının, ötimik oldukları dönemde dahi, sağlıklı kontrollere kıyasla çok daha fazla fonksiyonel olmayan tutumlarının olduğu saptanmıştır (Alloy ve ark 1999). Yapılan çalışmalarda, kontrol grubuyla kıyaslandığında, bipolar bozukluk hastalarının daha kolay incinebilir ve değişken kendilik algısı olduğu, daha yüksek düzeylerde fonksiyonel olmayan tutumlarının olduğu (özellikle sosyal kabul görme ihtiyacı ve mükemmeliyetçilikle ilgili), aşırı genelleşmiş bellek ve daha kötü problem çözme becerilerinin olduğu gösterilmiştir (Scott ve ark 2001). Scott ve Pope

(2003), olumsuz kendilik değerlendirmesinin bipolar bozukluk hastalarında hem manik hem de depresif relapsların en sağlam tahmin ettiricisi olduğunu göstermişlerdir.

Çalışmamızda; bipolar hasta grubu üç şema hariç diğer şema alanlarının hepsinde kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Farklılık gösterdikleri şema alanlarına bakıldığında, kusurluluk, yetersizlik, başarısızlık, dayanıksızlık, onay arayıcılık gibi yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak kendilik algısının düşüklüğüne işaret etmektedir. Bu durum, kognitif triad açısından değerlendirildiğinde, depresyonun bilişsel modeliyle uyumlu olarak, kendilik algısındaki çarpıtmalara ve karamsar bakış açısına dikkat çekmektedir. Farklılık gözlemlenmeyen üç şema ise, terk edilme, suistimal edilme ve büyüklik şema alanlarıdır. Terk edilme ve suistimal edilme şema alanlarının normal kontrollerden farklılık göstermemesi; kendilik, çevre ve gelecekle ilgili bakış açısı olarak tanımlanan kognitif triad açısından değerlendirildiğinde, bipolar grupta olan hastaların çevre ile ilgili bakış açılarının karamsarlık özelliği sergilemediğini düşündürmektedir. Yine büyüklik hak görme şemasının normal kontrollerden farklılık göstermemesi dikkat çekicidir.

Major depresyon, tabiatında relaps ve rekürrenslerle giden ciddi ve köklü bir bozukluk olarak değerlendirilebilir (Solomon ve ark 2000). Buna göre; erken uyumsuz olmayan şemalar ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak, gerekli gözükmektedir. Hoffart ve ark (2005), halen depresyonda olan, geçirilmiş depresyonu olan hastalar ve sağlıklı kontrollerle yaptıkları çalışmada, depresyonun şiddetindeki değişkenliği YŞÖ’nün güvenli bağlanma-ayrılma/dışlanma ve zedelenmiş hareket özgürlüğü alanları ile %53’e kadar açıklayabilmişlerdir. Ayrıca, asemptomatik olan geçirilmiş depresyonu olan bireylerde, bu iki alanda normal kontrollere göre daha yüksek puanlar alındığını tespit etmişlerdir. Bu durum, YŞÖ’nün birey o sırada depresyonda olmasa dahi, bilişsel yatkınlığı yansıtabileceğine işaret etmektedir. Halvorsen ve ark (2009), yaptıkları çalışmada, ayrılma/dışlanma dışındaki tüm YŞÖ alanlarının, depresyon şiddetindeki (BDE-II) değişkenliğin önemli bir bölümünden sorumlu olabileceğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar, geçirilmiş depresyonu olan bireylerde erken dönem uyum bozucu şemaların yüksekliğinin, Young ve arkadaşlarının teorisiyle (Young ve Klasko 2003) de uyumlu olarak, yatkınlık faktörleri şeklinde kendini gösteren maladaptif özelliklere işaret edeceği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızda; tüm şemalar

açısından unipolar grupta olan hastalar kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Bazı yazarlar, ötimik bipolar hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla (Scott ve ark 2000) ve ötimik ya da hipomanik hastalarda unipolar depresyon hastalarına kıyasla (Scott ve Pope 2003) daha yüksek düzeylerde fonksiyonel olmayan tutumlar olduğunu göstermişlerdir. Diğer yandan, Lam ve ark (2004), bipolar ve unipolar hastalarda fonksiyonel olmayan tutumlar açısından fark olmadığı şeklinde sonuçlar ortaya koymuştur. Goldberg ve ark (2008)'nin yaptıkları çalışmanın sonuçları, bipolar manik hastalarda fonksiyonel olmayan tutumların, unipolar depresyon hastaları ile sağlıklı kontroller arasında olacak şekilde artmış olduğunu göstermektedir. Dikkat çekici olarak, mevcut bipolar grupta büyük ölçüde yüksek sayılabilecek mani skorlarına rağmen, belirgin depresif semptom yokluğunda dahi, fonksiyonel olmayan şemaların oldukça yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, Scott ve Pope (2003)'un unipolar depresyon ve sağlıklı kontrollere kıyasla remisyonadaki ve hipomanik bipolar hastalarda fonksiyonel olmayan tutumların daha yaygın olduğu şeklindeki daha önceki gözlemleriyle de uyumludur, unipolar ve bipolar depresyon arasındaki benzerliği rapor eden diğer çalışmalarla ise çelişmektedir (Lam ve ark 2004). Bu çalışmada; unipolar ve bipolar depresyon grupları, biri hariç diğer tüm şemalar açısından benzerdir. Her iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılan tek şema, güvensizlik/suistimal edilme şemasıdır. Bu kişiler diğerlerinin fırsatını bulduklarında kişisel çıkarları için kendilerini kullanacağı, inciteceği, yalan söyleyeceği, kandıracağı, küçük düşüreceği ya da manipüle edeceği beklentisi içindedirler. Bu durum kognitif triada çevrenin değerlendirilmesi birleşeni açısından bipolar gruptaki hastaların unipolar gruptakiler gibi olumsuz algıya sahip olmadığını düşündürmektedir.

Depresyonun bilişsel modelinde, umutsuzluk ve olumsuz otomatik düşünceleri içeren iskelet yapı merkezi önemini korumaya devam etmekle birlikte, bipolar ve unipolar bozuklukların ortak ve ayrılan noktaları ile ilgili az şey bilinmektedir. Bipolar ve unipolar bozukluğu olan bireylerin, hep ya da hiç şeklinde düşünme ya da nedensellik ile ilgili içsel atıflar gibi benzer bilişsel önyargıları vardır (Alloy ve ark 1990, Reilly-Harrington ve ark 1999). Bununla birlikte, unipolar ve bipolar hastalarda, temel inançların, hangi noktaya kadar benzerlik gösterdiği ya da farklılaştığı, yine bunların hangi noktaya kadar yakınlaştırıcı faktör olarak rol oynadığı ya da hangi noktaya kadar duygudurumdaki kutuplaşmaya (Leahy

1999) ya da çevresel stresörlere (Reilly-Harrington ve ark 1999) bağlı olarak değişkenlik gösterdiği ile ilgili tartışma devam etmektedir. Sonuç olarak; fonksiyonel olmayan düşünceler ve bilişsel şemalar açısından bipolar ve unipolar depresyon hastalarıyla yapılacak olan daha aydınlatıcı çalışmalar, bu gruplar arasındaki temel bilişsel farklılıkları ayırt etmede yardımcı olacaktır ve her bir hastalık için etkili olabilecek psikoterapötik hedeflerin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Alloy L, Reilly-Harrington N, Fresco D ve ark (1999) Cognitive styles and life events in sub-syndromal unipolar and bipolar mood disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *J Cogn Psychother*, 13:21-40
- Ball J, Mitchell P, Malhi G ve ark (2003) Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry*, 37:41-48
- Beck AT (1997) *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Pres, s. 265-84
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ ve ark (2008) Dysfunctional Attitudes and Cognitive Schemas in Bipolar Manic and Unipolar Depressed Outpatients. *J Nerv Ment Dis*, 196:207-210
- Halvorsen M, Wang CE, Richter J ve ark (2009) Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16:394-407
- Hisli N (1998) Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13
- Hoffart A, Sexton H, Hedley LM ve ark (2005) The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29:627-644
- Lam D, Wright K, Smith N (2004) Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 79:193-199
- Leahy RL (1999) Decision making and mania. *J Cogn Psychother*. 13:83-105
- McGinn LK, Young J (1996) *Schema Focused Therapy*, Salkovskis PM (Ed), *Frontiers of cognitive therapy*, New York: Guilford Pres, s.182-207.
- Özkürçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenirlilik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:233-236
- Ratto CL, Capitano DL (1999) New directions for cognitive therapy: A schema-focused approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6:68-73
- Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM ve ark (1999) Cognitive styles and life events interact to predict bipolar

- and unipolar symptomatology. J Abnorm Psychol, 108:567-578.
- Scott J, Stanton B, Garland A ve ark (2000) Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. Psychol Med, 30:467-472
- Scott J (2001) Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. Br J Psychiatry, 178:164-168
- Scott J, Garland A, Moorhead S (2001) A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol Med, 31:459-467
- Scott J, Pope M (2003) Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. Psychol Med, 6:1081-1088
- Sheppard LC, Teasdale JD (2000) Dysfunctional thinking in major depressive disorder: A deficit in metacognitive monitoring? J Abnorm Psychol, 109:768-776
- Shaw BF, Segal ZV ve ark (1988) Introduction to cognitive therapy. Review of psychiatry. Frances AJ (Eds) Vol 7, Washington DC: Am. Psych. Pres, 538-553
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC ve ark (2000) Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychiatry, 157:229-233
- Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z (2009) Assessment of Early Maladaptive Schemas: A Psychometric Study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. Turkish Journal of Psychiatry, 20:75-84
- Young, JE, Brown G (1990) Young Schema Questionnaire. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young JE, Lindemann MD (1992) An integrative schema focus model for personality disorders. J Cogn Psychother, 6:11-24
- Young JE (1994) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, Florida: Professional resource exchange
- Young JE, Klasko J (2003) Schema therapy for practitioner's guide , New York: Guilford Press 5-15

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: nergislapsekili@yahoo.com

Alınma Tarihi: 01.10.2012

Kabul Tarihi: 03.11.2012

Received: 01.10.2012

Accepted: 03.11.2012