**İki Uçlu Bozukluk Ve Tek Uçlu Depresyonda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Ve İşlevsellik**

**Özet**

Psikopatolojik rahatsızlıklardan duygudurum hastalıklarının yinelemelerle ve bilişsel işlevlerde, yaşam kalitesinde ve sosyal işlevsellikte bozulma ile seyreden hastalıklar olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı iki uçlu bozukluk (İUB) ve tek uçlu depresyon (TUD) hastalarının, erken dönem uyumsuz şemaları ile işlevselliklerinin ilişkisini incelemektir. Çalışmamız 32 İUB, 28 TUD hastası ile 30 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 90 katılımcıdan oluşmaktadır. Ölçüm araçları olarak İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD), Young Şema Ölçeği - Kısa Form (YŞÖ-KF) kullanılmıştır. İUB işlevsellik ortalaması, TUD işlevsellik ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir (U=307.00, *p* =0.012). Kontrol grubunun ise her iki grubun ortalamasından daha yüksek işlevsellik ortalamasına sahiptir ( U=35.50*,p*<0.001). İUB işlevsellik oranı ile *başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık* ve *kusurluluk* şemalarıyla anlamlı ve ters yönde ( *p*<0.05; *p*<0.01), TUD işlevsellik oranı ile *duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* şemaları ile anlamlı ve ters yönde (*p*<0.01; *p*< 0.05) ilişki bulunmuştur. Hastaların birbirlerinden farklı oldukları ve işlevsellik düzeyleriyle ilişkili şemalar; İUB hastaları için *başarısızlık, bağımlılık, kusurluluk* ve TUD hastaları için ise *duygusal yoksunluk*tur. İUB hastalarında zedelenmiş özerklik ve performans ile ayrılma, dışlanma, reddedilme alanlarına işaret eden şemaların işlevsellikleri üzerinde belirleyici olabileceği, TUD hastalarında ise İUB den farklı olarak duygusal ihtiyaçlarının işlevselliklerini etkileyebileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İki Uçlu Bozukluk, Tek Uçlu Depresyon, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, İşlevsellik

**Early Maladaptive Schemas and Functioning in Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression**

**Abstract**

It is known that mood disorders, which are among psychopathological disorders, are associated with relapses and impairment in cognitive functions, quality of life, and social functionality. This study aims to examine the relationship between early maladaptive schemas and functionality of patients with bipolar disorder (BD) and unipolar depression (UD). 32 patients with BD, 28 UD in remission and 30 healthy participants were enrolled. General Assessment of Functioning (GAF), Young Schema Scale - Short Form (YŞÖ-SF) were used as measurement tools. The mean functionality of the BD was significantly higher than the functionality average of the UD (U = 307.00, p = 0.012). It was determined that the control group had a higher average functionality than the mean of both groups (U = 35.50, p <0.001). BD is significantly and inversely related to functionality rate and schemes of *failure*, *pessimism*, social isolation, dependence, vulnerability to threats, and the deficiency (p <0.05; p <0.01). UD functionality ratio was significantly and inversely related (p <0.01; p <0.05) with schemes of *emotional deprivation, pessimism, social isolation, and vulnerability to threats*. Schemas differing from each other in patient groups and related to their functionality levels; For BD patients, there was *failure, dependence, imperfection,* and *emotional deprivation* for UD patients. It was thought that the schemas indicating impaired autonomy and performance, separation, exclusion, and rejection areas in BD patients may be determinant on their functionality, whereas in UD patients, unlike BD, their emotional needs may affect their functionality.

Keywords: Bipolar Disorder, Unipolar Depression, Early Maladaptive Schemas, Functionality

**Extended English Summary**

**Introduction**

Early maladaptive schemas are cognitive structures that start to form as a result of negative life experiences in the first years of life and affect our emotions, thoughts and behaviors. They have been called "Early Maladaptive Schemas" due to their development in early childhood. In theory, psychopathologies that occur in adulthood are based on schemas that occur in the early period. For example, schemas are thought to underlie personality disorders and many psychopathological disorders in the first axis of DSM-IV. According to studies, maladaptive schemas can be strong and highly resistant to change in individuals with psychopathological diagnoses. Studies show that cognitive predisposition towards unipolar and bipolar depression is formed by learning from early experiences in the developmental process, and arises as a result of underlying dysfunctional beliefs. It is known that mood disorders such as BD and UD are associated with relapses and impairment in cognitive functions, quality of life, and social functioning. However, in the literature, there is no study examining how early maladaptive schemas and schemas have a relationship with the functionality of patients in people suffering from both BD and UD. The aim of this study is to examine how the early mismatched schemas of BD and UD patients compared to the control group affect their functionality. It was also aimed to compare the differences in terms of the presence of early maladaptive schemes.

**Method**

**Sampling**

The sample of the study consisted of patients who applied to an University Faculty of Medicine Department of Mental Health and Diseases Mood Disorders Unit and a State Hospital psychiatry outpatient clinics. Patients whose outpatient follow-up and treatment continue with the diagnosis of BD or UD constitute the patient groups. Also, there is a healthy control group that is equated to these groups in terms of age, education, and gender. Psychiatrists use DSM-IV Structured Clinical Interview diagnostic criteria for mood disorders. Euthymic patients were included in the study. The scoring of the GAF scale was made in cooperation with the psychiatrist where the patients were followed. Functional evaluation of each patient was determined based on the score expressed by the doctor who undertook the follow-up and treatment. Since the Young Schema scale is a self-report scale, the participants were included in the study with the least literacy requirement. Written consent was obtained from the patients. Approval was obtained from Clinical Research Ethics Committee for the study with file number 99.

**Data collection tools**

***1- Demographic Information Form***

***2- General Assessment of Functioning (GAF)***

It is a scale that allows monitoring the clinical course of patients. With the GAF scale, only the psychological, social and occupational functionality levels of the individual are graded.

***3- Young Schema Scale - Short Form***

This scale was developed to determine the level of early maladaptive cognitive schemas based on Young's schema-focused approach (J. E. Young & Brown, 1994). The shortened form of the Young Schema Scale with 90 items consists of 5 schema areas and 14 early maladaptive schemas. It is a 6-point Likert type.

**Operation**

In this study, SPSS 18.0 package programs were used for statistical analysis. In all statistical processes, an error level of 0.05 was taken as a basis.

Analyzes were carried out in 2 stages. In the first stage, group differences were tested, and in the second stage, relationship analysis was included. Before moving on to these stages, the factor analysis of the Young Schema Scale-Short Form was conducted.

**Results**

In terms of demographic variables, there are significant differences between the groups in terms of job status, with whom they live, and family history of psychiatric illness (p <0.05).

To compare the scores obtained from the GAF scale, it was found that there was a significant difference between the three groups (p <0.001). The groups differ significantly from each other in terms of functionality levels (p <0.05). The functionality average of the BD group is significantly higher than the functionality average of the UD group (U = 307.00, p = 0.012). It was determined that the control group had a higher average functionality than the mean of both groups (U = 35.50, p <0.001).

According to the Kruskal-Wallis test results obtained, the factors obtained in terms of the three groups show statistically significant differences.

For the BD group, a significant and inverse relationship was found between the functionality rate of the participants and the schemes of *failure, pessimism, social isolation, dependence, vulnerability to threats, and imperfection* (p <0.05; p <0.01).

When the relationship between functionality scores and schemas of the participants in the UD group is examined, it is observed that there is a significant and inverse relationship with *emotional deprivation, pessimism, social isolation*, and *vulnerability to threats* schemes (p <0.01; p <0.05).

**Discussion**

Significant differences were found among the groups included in the study in terms of job status, with whom they lived with their families, and the psychiatric history of their families. Also, it was determined that the group with the best functionality was the control group consisting of healthy volunteers. The group with the lowest functionality is the UD group. While the functionality of the BD group was found to be higher than the UD group, it was found to be lower than the control group. The UD group had significantly higher scores in terms of *emotional deprivation, pessimism, social isolation, emotional suppression, dependence, self-sacrifice, punishment*, and *vulnerability to threats* compared to the BD and control groups. The averages of the schemes of *failure, dependence, abandonment, and imperfection* were significantly higher in the BD group compared to the control group. A negative significant relationship was found between the schemes of *failure, pessimism, social isolation, dependence, vulnerability to threats,* and *the functionality* of the patients in the BD group. In the UD group, the schemas that show a significant negative relationship with functionality are emotional deprivation, pessimism, social isolation, and vulnerability to threats. In terms of the control group, the schemas of *pessimism, social isolation, seeking approval, abandonment,* and *vulnerability to threats* were significantly associated with functionality negatively.

**İki Uçlu Bozukluk Ve Tek Uçlu Depresyonda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Ve İşlevsellik**

**Giriş**

Erken dönem uyumsuz şemalar yaşamın ilk yıllarında olumsuz yaşam deneyimleri sonucunda oluşmaya başlayan ve duygu, düşünce ve davranışlarımızı etkileyen bilişsel yapılardır. Erken dönem çocukluk çağında gelişmeleri nedeniyle “Erken Dönem Uyumsuz Şemalar” olarak adlandırılmışlardır (J. E. Young, 1999). Kurama göre yetişkinlik döneminde oluşan psikopatolojilerin temelinde, çocuklukta gerçekleşen olumsuz yaşantılar ve bu yaşantılarla birlikte oluşan erken dönem uyum bozucu şemalar vardır (J. Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Şemaların bireyin uyumunu ve psikolojik sağlık halini kısa ve uzun dönemde olumsuz yönde etkileyerek psikolojik sorunların gelişmesine yatkınlık sağlayabildiği görülebilmektedir. Örneğin şemaların, kişilik bozuklukları ve DSM-IV’ün birinci eksenindeki birçok psikopatolojik bozukluğun temelinde yattığı düşünülmektedir (Pretzer & Beck, 1996). Araştırmalara göre uyumsuz şemalar psikopatolojik tanı alan bireylerde daha güçlü ve değişime oldukça dirençli olabilmektedirler (Riso et al., 2006). Bu yaygın bilişsel örüntüler, kişinin yakın ilişkilerinde, mesleki ve gündelik yaşamında belirgin dereceye kadar işlevselliği bozucu etkiye sahip olabilmektedir (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988). Örneğin depresyon, sıklığı arttıkça ve uygun tedaviye rağmen hastaların işlevselliğinde önemli ölçüde sorunlar oluşturur (Öztürk & Uluşahin, 2011). Bununla birlikte yalnızlık veya yıkıcı özellikler taşıyan ilişkiler, yetersiz iş performansı, alkol-madde kullanımı ve uykusuzluk gibi psikosomatik yakınmalar bunlardan birkaçıdır (J. E. Young, 1999). İUB’nin ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında altıncı sırada yer aldığı bildirilmiş olup (Çuhadaroğlu, Kaplan, Özgen, Öztürk, & Rezaki, 1993), kötü akademik başarı, insanlarla sorunlu iletişim, intihar girişimi, yüksek madde kötüye kullanım oranları ve sık hastaneye yatış gibi sonuçlara yol açan kronik bir süreçtir (Strober et al., 1995). Ötimik durumdaki İUB hastaları ile yapılan bir çalışmada sağlıklı bireylerle karşılaştırma sağlanmış ve hastaların %60’ının, sağlıklı kontrollerin ise %13.1’inin tüm işlevsellik alanlarında bozukluk gösterdiği bulunmuştur (Rosa et al., 2009).

Özetle duygudurum bozuklukları hastaların işlevselliklerinde sorunlara yol açmaktadır. Bununla birlikte erken dönem uyumsuz şemaların psikopatoloji ile bağlantısını inceleyen araştırmalar mevcuttur. Genel olarak erken dönem uyumsuz şemaların anksiyete bozuklukları (Delattre et al., 2004), yeme bozuklukları (Maher et al., 2021), cinsel işlev bozuklukları (Gomes & Nobre, 2012) ve şizofreni (Bortolon, Capdevielle, Boulenger, Gely-Nargeot, & Raffard, 2013) için ele alındığı ve incelendiği çalışmalar aktif uyumsuz şemaların varlığına ilişkin dikkat çekici sonuçları ortaya koymuşlardır. Örneğin Obsesif-Kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal izolasyon, kırılganlık ve karamsarlık (Atalay, Atalay, Karahan, & Çaliskan, 2008) ile kusurluluk (Kwak & Lee, 2015) ve başarısızlık (Kim, Lee, & Lee, 2014) gibi erken dönem uyumsuz şemaların belirgin şekilde aktive olduğu gösterilmiştir. Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hastalarında ise başarısızlık, kusurluluk/utanç, kendini feda ve duygusal yoksunluk şemalarının ilişkisi ortaya çıkarılmıştır (Philipsen et al., 2017). Ancak alanyazıda gerek İUB gerekse TUD’den muzdarip kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile şemaların hastaların işlevsellikleri ile nasıl bir ilişkiye sahip olduğunu inceleyen bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı İUB ve TUD hastalarının kontrol grubuyla kıyaslandığında erken dönemde oluşan uyumsuz şemalarının işlevselliklerini ne yönde etkilediğini incelemektir. Aynı zamanda erken dönem uyumsuz şemaların varlığı açısından farkların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem**

**Örneklem**

Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin duygudurum bozuklukları birimine ve devlet hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran, İUB ya da TUD tanısıyla ayaktan takip ve tedavisi devam eden hastalar ile bu gruplara yaş, eğitim ve cinsiyet olarak eşitlenmiş sağlıklı kontroller oluşturmaktadır. Psikiyatri hekimleri duygudurum bozuklukları için DSM-IV'ün Yapılandırılmış Klinik Görüşme tanı kriterleri kullanmaktadırlar (American Psychiatric Association, 1994). Ötimik hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. İGD ölçeğinin puanlaması, hastaların takip edildikleri Psikiyatri hekimi ile işbirliği halinde olarak yapılmıştır. Her bir hastanın işlevsellik değerlendirmesi takip ve tedavisini üstlenen doktorunun ifade ettiği puan esas alınarak belirlenmiştir. Young Şema ölçeği bir özbildirim ölçeği olduğundan katılımcılar en az okuma yazma bilme koşulu ile araştırmaya dahil edilmiştir. Hastalardan yazılı onam alınmıştır. Araştırma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Etik kurul dosya numarası 99’dur.

**Veri toplama araçları**

1. ***Demografik Bilgi Formu***

Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastalığın süresi, atakların sayısı, ailede psikiyatrik bir hastalığın olup olmadığı ve intihar girişimine ilişkin bilgiler sorgulanmıştır.

1. ***İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)***

Ölçek genel çerçevesiyle hastaların klinik gidişini izlemeyi sağlayan bir ölçektir. İGD ölçeğiyle bireyin sadece psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevsellik düzeyleri derecelendirilir. Ölçekle yapılan değerlendirme, o sıradaki veya geçmişteki bir dönem için klinisyen tarafından 1-100 arasında bir puan verilerek kişinin işlevselliğinin derecelendirilmesi şeklinde yapılır (Köroğlu, 2001) .

1. ***Young Şema Ölçeği – Kısa Form***

Bu ölçek, Young’ın şema odaklı yaklaşımı temelinde erken dönem uyumsuz bilişsel şemaların düzeyini belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir (J. E. Young & Brown, 1994). Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Young Şema Ölçeğinin 90 maddelik kısaltılmış formu 5 şema alanı ve 14 erken dönem uyumsuz şemadan oluşmaktadır. 6’lı Likert tipi (1- Benim için tamamıyla yanlış 2- Benim için büyük ölçüde yanlış 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla 4- Benim için orta derecede doğru 5- Benim için çoğunlukla doğru 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) bir ölçektir. Tablo 1’de gösterilmiştir.

**İşlem**

Bu araştırmada istatistiksel çözümlemeler için SPSS 18.0 (SPSS, sürüm 18, 2010, SPSS Inc., Chicago,Illinois, ABD) sürümü ve ITEMAN paket programlarından faydalanılmıştır. Tüm istatistiksel işlemlerde 0.05 hata düzeyi esas alınmıştır. Analiz aşamasına geçilmeden önce veri girişi kontrol edilmiş ve kayıp değerler belirlenmiştir. Tüm değişkenlere ait kayıp değer analizi ve verinin dağılım özellikleri gözden geçirilmiş ve elde edilen verinin analizlere uygunluğu test edilmiştir. % 5 ve daha fazla veri kaybının söz konusu olduğu ölçümlerde ölçüme ait veriler analize alınmamıştır.

İlk olarak sosyo-demografik değişkenlere ilişkin betimsel istatistik bilgileri ile örneklem hakkında bilgi verilmiştir. Analizler 2 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada grup farklılıkları sınanmış, ikinci aşamada ise ilişki analizlerine yer verilmiştir. Bu aşamalara geçmeden önce Young Şema Ölçeği- Kısa Formunun faktör analizi yapılmıştır. Türkiye’de Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır’ın çalışmasında Equamaks Rotasyonuyla yapılan Temel Bileşenler Analizi sonucuna göre, ölçeğin Türkçe formu için 14 faktörlü bir yapının uygun olduğu belirtilmiştir (2009). Bu araştırmada belirtilen faktör yapısına sadık kalınmış ve açıklayıcı (explanatory) faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett testi ile incelenmiştir. Her bir faktör için Bartlett testine göre küresellik ölçütünün sağlandığı görülmüştür (p<0.05). Her bir faktör için KMO ölçütüne göre örneklem büyüklüğü, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ve kısmi korelasyon katsayıları faktör analizi için uyumlu bulunmuştur. Ayrıca her bir faktöre ilişkin ölçeğin güvenirliğine yönelik Cronbach Alpha Katsayısı, tüm ölçeğe yönelik olarak ise güvenilirlik testlerinden Cronbach Alpha, İkiye Bölme (split), Paralel, Mutlak Kesin Paralel (strict) değerleri hesaplanmıştır. Faktör analizi sonucunda belirlenen 14 boyut için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik sınamaları yapılmıştır. Normal dağılım sağlanmadığı için non-parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin güvenilir olduğu ifade edilebilir. Ölçeğin başarılı olduğu, ölçeğin kendi içinde tutarlı olduğu ortaya konulmuştur. Tablo 2’de sunulmuştur.

Grup farklılıklarının ölçülmesinde “H0: tüm gruplar arası fark yoktur” hipotezini sınayan Kruskal Wallis testi (MANOVA’nın non-parametrik karşılığı) uygulanmıştır. 3 grup için H0 hipotezi red edildiği için 2 şerli gruplar arası farkın sınandığı Mann- Whitney\_U testi (t testinin non-parametrik karşılığı) uygulanmıştır. Grup farklılığı belirlendiğinde farkın nedeni için “ortalama sıra” (mean rank) değerlerine bakılmıştır. Daha sonra çalışmanın amacına uygun olarak bazı değişkenler arasında ilişki analizlerine yer verilmiştir. Normal dağılım sağlanmadığı için Pearson ilişki katsayısı yerine Kendall’s tau-b ilişki analizi uygulanmıştır.

**Bulgular**

Çalışmaya katılan 90 kişinin sosyo-demografik verileri Tablo 3’de özetlenmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında iş durumu, kimlerle yaşadıkları ve ailede psikiyatrik hastalık öyküleri açısından anlamlı farklar vardır. İş durumu değişkeni açısından farkı yaratan grubun sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

İGD ölçeğinden alınan puanların gruplara göre dağılımı ise şöyledir: İUB grubunun %12.5’inin işlevsellik aralığı 91-100, %28.1’i 81-90,%15.6’i 71-80,%18.8’i 61-70, %18.8’i 51-60, %6.3’i ise işlevselliği 41-50 aralığındadır. TUD grubunda ise katılımcıların %10.7’sinin işlevselliği 81-90, %14.3’ünün 71-80, %50.0’sinin 61-70, %17.9’u 51-60 ve %7.1’i 41-50 aralığında işlevsellik puanlarına sahiptir. Burada katılımcıların hiçbiri 91-100 aralığında ve 40’tan düşük aralıklarda puan almamışlardır. Kontrol grubundaki katılımcıların işlevsellik aralıkları değerlendirildiğinde ise %36.7’si 91-100 aralığında, %46.7’si 81-90 aralığında, %16.7’si ise 71-80 aralığında işlevsellik puanlarına sahiplerdir.Hasta grupları ile kontrol grubunda yer alan katılımcıların işlevsellik düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılan İGD ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması için gruplar arası fark ki-kare testi ile incelenmiş ve üç grup arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur *(p*<0.001). Gruplar, işlevsellik düzeyleri açısından birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaşmaktadırlar (*p*<0.05).

Farkın hangi ikili gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz sonuçlarına göre İUB grubu işlevsellik ortalaması, TUD grubunun işlevsellik ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir (U=307.00, *p* =0.012). Kontrol grubunun ise her iki grubun ortalamasından daha yüksek işlevsellik ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ( U=35.50*,p*<0.001). Tablo 4’te sunulmuştur.

**Grup Farklılıklarının Sınanması**

Erken dönem uyumsuz şemalarla ilgili grup farklılıklarının sınanması için öncelikle elde edilen 14 faktörün normallik sınaması gerçekleştirilmiştir. Normallik sınaması sonucunda 14 faktörün normal dağılım göstermediği bulunmuştur (*p*<0.05). Bu sonuca göre hasta grupları ve kontrol grubunun şema boyutları açısın dan grup farklılıklarının sınanması ile ilgili Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Elde edilen sonuca göre üç grup açısından elde edilen faktörler istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. İUB grubu, TUD grubu ve kontrol grubu arasında *duygusal yoksunluk* (*p*<0.001), *başarısızlık* (*p*<0.001) *, karamsarlık* (*p*<0.001), *sosyal izolasyon* (*p*<0.001), *duygusal baskılama* (*p*=0.002), *onay arayıcılık* (*p*=0.015), *bağımlılık* (*p*<0.001),*yetersiz özdenetim* (*p*=0.008*), kendini feda* (*p*=0.001), *terkedilme* (*p*<0.001), *cezalandırma (p*=0.037), *kusurluluk*(*p*<0.001), *tehditler karşısında dayanıksızlık* (*p*=0.006) ve *yüksek standartlar* (*p*<0.001) şemaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (*p*< 0.05).

Farkın kaynağı için sıra ortalaması tablolarına bakılmıştır. Buna göre duygusal *yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, duygusal baskılama, onay arayıcılık, bağımlılık, yetersiz özdenetim, terkedilme, kusurluluk* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* boyutları açısından gerek TUD hastalığı bulunan bireylerin gerekse İUB’si olan bireylerin kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur*. Kendini feda, cezalandırılma* ve *yüksek standartlar* boyutları açısından ise kontrol grubunda yer alan bireyler İUB grubundan daha yüksek puanlara sahiptir. TUD grubu ise söz konusu boyutlarda diğer iki gruba oranla daha yüksek puanlara sahiptir. Tablo 5’te görüldüğü üzere üç grup arasında farklılıklar söz konusudur.

Hasta grupları ve kontrol grubunun Şema boyutları açısından grup farklılıklarının sınanması ile ilgili farkın kaynağı incelendiğinde ise İUB ve TUD hasta grupları arasında, *duygusal yoksunluk* (U=145.000, *p*<0.001), *karamsarlık* (U=176.500, *p*< 0.001), *sosyal izolasyon* (U=246.000, *p*=0.003), *duygusal baskılama* (U=300.500, *p=*0.029) *bağımlılık* (U=282.000, *p=*0.014) *kendini feda* (U=197.000, *p*<0.001), *cezalandırma* (U=288.000, *p=*0.018), *tehditler karşısında dayanıksızlık* (U=277.000, *p=*0.011) şemaları açısından anlamlı farklılık vardır. *Başarısızlık* (U=349.000*, p*>.05), *onay arayıcılık* (U=318.000, *p*>.05), *yetersiz özdenetim* (U=433.000, *p*>.05*), terkedilme* (U=316.000, *p*>.05), *kusurluluk* (U=314.500, *p*>.05), *yüksek* standartlar (U=355.500, *p*>.05) şemaları açısından ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

İUB ile kontrol grubu incelendiğinde ise *başarısızlık* (U=276.500, *p*=0.004), *bağımlılık* (U=306.000, *p=*0.014), *terkedilme* (U=288.000, *p*=0.007), *kusurluluk* (U=254.000, *p*=0.001) olmak üzere dört şema boyutu açısından farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İki uçlu bozukluk ve kontrol grupları *duygusal yoksunluk* (U=447.500*, p*> .05), *karamsarlı*k (U=475.500, *p*> .05), *sosyal izolasyon* (U=374.500, *p*> .05*), duygusal baskılama* (U=402.500, *p*> .05), *onay arayıcılık* (U=414.000, *p*> .05), *yetersiz özdenetim* (U=431.000, *p*> .05), *kendini feda* (U=442.000, *p*>.05), *cezalandırılma* (U=477.000*, p*> .05), *tehditler karşısında dayanıksızlık* (U=471.000, *p*>.05) ve *yüksek standartlar* (U=430.000, *p*> .05) şemaları açısından farklılaşmamaktadırlar.

Tek uçlu depresyon grubu ile kontrol grubuna bakıldığında ise iki grup arasında bütün şemalar açısından anlamlı farklılık vardır. *Duygusal yoksunluk* (U=120.500, *p*<0.001), *başarısızlık* (U=118.000, *p*<0.001), *karamsarlık* (U=117.500, *p*< 0.001), *sosyal izolasyon* (U=129.000*, p*<0.001), *duygusal baskılama* (U=186.000, *p*<0.001), *onay arayıcılık* (U=237.000, *p*=0.004), *bağımlılık* (U=109.000*, p*< 0.001), *yetersiz özdenetim* (U=389.000, *p*< 0.001), *kendini feda* (U=253.000, *p*=0.009*), terkedilme* (U= 162.000, *p*<0.001), *cezalandırılma* (U=297.000, *p*=0.036), *kusurluluk* (U=129.000, *p*<0.001), *tehditler karşısında dayanıksızlık* (U=223.000, *p*=0.002), *yüksek standartlar* (U=374.000, *p*=0.004).

**İlişki Analizleri**

Grupların her biri için şema boyutlarının birbirleri ile ilişkileri ayrı ayrı incelenmiştir. Çalışmada ilişkiye yönelik Kendall’s Tau-b sonuçları Tablo 6’ da verilmiştir.

Tablo 6’da İUB grubu için işlevsellik düzeyi ile şemalar arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Katılımcıların işlevsellik oranı ile *başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık* ve *kusurluluk* şemalarıyla anlamlı ve ters yönde bir ilişki bulunmuştur (*p*<0.05 ; *p*<0.01). Ancak *duygusal yoksunluk, duygusal baskılama, onay arayıcılık, yetersiz özdenetim*, *kendini feda*, *terkedilme, cezalandırılma,* ve *yüksek standartlar* şemalarıyla işlevsellik puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( *p*>0. 05).

TUD grubundaki katılımcıların işlevsellik puanları ile şemaları arasındaki ilişki incelendiğinde *duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* şemaları ile anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır (*p*<0.01; *p*< 0.05). Bununla birlikte işlevsellik ile *başarısızlık, duygusal baskılama, onay arayıcılık, bağımlılık, yetersiz özdenetim, kendini feda, terkedilme, cezalandırılma, kusurluluk* ve *yüksek standartlar* şemaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (*p*> 0.01; p> 0.05). Tablo 6’da sunulmuştur.

Kontrol grubunda işlevsellik ile *karamsarlık, sosyal izolasyon, onay arayıcılık, terkedilme* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* şema boyutları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki vardır (*p*<0.01; *p*<0.05). *Duygusal yoksunluk, başarısızlık, duygusal baskılama, bağımlılık, yetersiz özdenetim, kendini feda, cezalandırılma, kusurluluk* ve *yüksek standartlar* şemaları ile işlevsellik arasında ilişki bulunmamıştır (*p*>0.05). Tablo 6’da sunulmuştur.

**Tartışma**

Araştırma sonuçlarına göre işlevselliği en iyi durumda olan grubun kontrol grubu olduğu, işlevselliği en düşük düzeyde olan grubun ise TUD grubu olduğu ortaya çıkmıştır. İUB grubunun işlevselliği TUD grubuna kıyasla daha yüksek olarak saptanmış iken kontrol grubuna kıyasla daha düşük olarak bulunmuştur. Alanyazında gerek İUB gerekse TUD hastalarının işlevselliklerini ve bu işlevsellik özellikleri üzerinde etkili olabilecek birçok değişkenin çalışıldığı araştırmalar mevcuttur. Örneğin bir çalışmada İUB ve TUD hastalarının ötimik dönemleri boyunca minör düzeydeki depresif belirtilere uzun süre maruz kalmaları nedeniyle işlevselliklerinin bozulabileceği bildirilmiştir (Judd et al., 2003). Ötimik dönemdeki İUB hastalarının alındığı 17 izlem çalışmasının gözden geçirildiği bir çalışmada, araştırmacıların alt tiplerden bağımsız olarak İUB’si olan hastaların %30-60’ının mesleki ve sosyal alanlarda yeti yitimi yaşadıkları bulunmuştur (MacQueen, Trevor Young, & Joffe, 2001). İUB hastalarının ötimik dönemde olmalarına rağmen sağlıklı kontroller kadar yüksek işlevsellik düzeylerine sahip olmamaları (Kennedy, Foy, Sherazi, McDonough, & McKeon, 2007), İUB’nin dikkat, sözel öğrenme ve bellek gibi bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkiye sebep olması (Martínez-Arán et al., 2004) ya da tedavide kullanılan ikinci kuşak antipsikotik ilaçların psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkisi (O. Aydemir et al., 2014) ile ilişkili olabilmektedir. Araştırmamızda demografik değişkenler incelendiğinde İUB hastalarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailesiyle yaşamaya devam etmek gibi özelliklere daha TUD hastalarına göre fazla sahip olduğu görülmüştür. Bu özellikler de hastaların işlevsellikleri ilişkili olabilir. Ayrıca bu hastalarda damgalanma hissinin kendilik saygısını etkileyerek sosyal anksiyeteye sebep olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Perlick et al., 2001). TUD hastaları açısından da depresif belirtilerin damgalanma-işlevsellik ilişkisinde rol oynadığı bildirilmiştir (Cerit, Filizer, Tural, & Tufan, 2012). Araştırmalar depresif belirtilerin haftalar içinde gerilemesi dahilinde bile sosyal yeti kaybının daha uzun sürede düzeldiği (Ö. Aydemir et al., 2007), her zaman tam olarak sosyal işlevsellikte düzelme ile sonuçlanmadığı (Arnett, 2006; Sadock, 2007) konusuna dikkat çekmektedirler.

Araştırmamızda erken dönemde oluşan uyumsuz şemaların hastaların işlevsellik özellikleri üzerindeki etkisi incelendiğinde ise bulgular hasta grupları ile kontrol grubunun yani üç grubun da şema boyutları açısından birbirlerinden farklı olduğunu göstermiştir. *Başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon, bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık ve kusurluluk* şemaları ile İUB grubunda olan hastaların işlevselliği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. TUD grubunda ise işlevsellikle negatif yönde anlamlı ilişki sergileyen şemalar *duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon ve tehditler karşısında dayanıksızlık* şemalarıdır. Kontrol grubu açısından ise *karamsarlık, sosyal izolasyon, onay arayıcılık, terkedilme ve tehditler karşısında dayanıksızlık* şemaları işlevsellikle negatif yönde anlamlı olarak ilişkilidir. Erken dönem uyumsuz şemalar ile psikolojik problemler arasındaki ilişkiyi konu alan bir çalışmada depresyon, kaygı ve kişilik bozuklukları gibi Eksen I ve Eksen II bozukluklarının meydana gelmesinde şemaların önemine dikkat çekmiş ve bazı şemaların duygudurum bozukluklarında aracı rolüne değinilmiştir (Jovev & Jackson, 2004). Çalışmamızda gerek İUB hastalarının gerekse TUD hastalarının sağlıklı kişilere oranla daha fazla uyumsuz şemaya sahip olduğu ancak İUB hastalarında bu şemaların yoğunluğunun TUD hastalarının sahip olduğundan daha az olduğu ortaya çıkmıştır. Depresyon hastalarında kötü ebeveynlik (yetersiz bakım veren ebeveyn, aşırı yetkeci ebeveyn vb.) ve depresif belirtiler ile *bağımlılık, duygusal bastırma, başarısızlık, yüksek standartlar* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* şemalarının birbirleriyle ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Shah & Waller, 2000). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar TUD hastalarının şemaları açısından, İUB hastalarına oranla anlaşılmak, kişilerarası ilişkilerde korunma gibi konularda daha fazla olumsuz inanç ve duygusal anılarının olduğu, hayatın pozitif yönlerini küçük görme ve olumsuz yönlere daha fazla odaklanma eğilimi sergileyebildiklerini göstermektedir. İUB hastalarının ise *kusurluluk* ve *başarısızlık* gibi şemalarla yetersiz olduklarını düşünmek ve bağlantılı olarak başarısız olacaklarına dair inançları olabilir. Araştırmalar ötimik dönem boyunca iki uçlu hastaların normal kişilere göre daha fazla işlevsel olmayan inançları olduğunu göstermiştir (First, 1997). Ayrıca *bağımlılık* ve *terk edilme* şemaları ile sağlıklı kişilere oranla istikrarsız ilişkiler kurabilecekleri, karar alma, doğru ile yanlışı birbirinden ayırma kabiliyetinde kendilerine güvenlerinin olmayabileceği ifade edilebilir. Çalışmamızda *cezalandırılma* ve *yüksek standartlar* şemaları alanyazın ile benzer olarak (Hawke, Provencher, & Arntz, 2011) gruplar arasında anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Bu şemalar değerlendirildiğinde ötimik durumdaki hastaların hata yapmaları durumunda kötü bir şekilde cezalandırılacakları ya da ulaşamadıkları durumda eleştirilecekleri ya da utandırılacaklarına dair inançlarını harekete geçiren yüksek idealleri olmayabilir.

Özetle üç grup için de *karamsarlık, sosyal izolasyon* ve *tehditler karşısında dayanıksızlık* şemaları işlevsellikle olumsuz yönde bağlantılıdır denebilir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken bir diğer bulgunun, grupların işlevsellik düzeyinde birbirlerinden farklı oldukları şemaları olduğu düşünülmektedir. Bu durum İUB grubu için *başarısızlık, bağımlılık, kusurluluk*; TUD grubu için *duygusal yoksunluk*; kontrol grubu için *onay arayıcılık* ve *terkedilme* şemalarıdır. Bulgular işlevselliği en düşük düzeyde olan grubun TUD grubu olduğunu göstermişti. Duygusal ihtiyaçların giderilemeyeceğine ilişkin inanış ve emosyonel anılar, depresyon hastalarının işlevselliği üzerinde belirleyici özelliğe sahip şema boyutu olabilir. Ayrılma ve dışlanma-reddedilme alanında bulunan bu şemaya sahip bireylerin başkalarına güvenli, tatmin edici bağlanma geliştiremedikleri ayrıca güvenlik, bakım, süreklilik, sevgi, aidiyet gibi ihtiyaçlarının giderilemeyeceğine inandıkları ifade edilmiştir (J. E. Young, 1999). *Bağımlılık* ve *kusurluluk* şemalarının zedelenmiş özerklik ve performans alanına ait şemalar oldukları dikkate alındığında ise İUB hastalarının otonomi, yaşıtları gibi bağımsız hareket edebilmeleri ve ailelerinden bağımsız yaşayabilmeleri gibi özerklik işlevlerinde bazı zorluklar yaşayabildikleri düşünülebilir. Bu yöndeki kendilik algıları işlevselliklerini etkileyebilir.

Hastaların, mesleki, sosyal ya da kişiler arası ilişkilerde işlevsel olabilmek için sağlıklı bireyler gibi onaylanmak, tanınmak ve ilgi görmek yerine daha temel psikolojik ihtiyaçları olabilir. Bu anlamda uyum sağlamasına yönelik duygu düzenleme stratejilerini kullanmaları işlevsel olmayan inançlarını kontrol edebilmelerine ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasını önlemede etkili olabilir (Oymak Yenilmez et al., 2019).

Çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından biri kesitsel olmasıdır. Bununla birlikte ölçeklerin geriye dönük olarak değerlendirme yapıyor olması da önemli bir diğer kısıtlılıktır. Kullanılan ölçeğin öz bildirime dayalı olması, örneklemin küçük olması çalışmamızın diğer kısıtlılıkları arasındandır. Ayrıca GAF ölçeği DSM-IV’te yer alan global bir ölçektir. Dolayısıyla ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması yoktur. Bununda bir kısıt olabileceği düşünülmelidir. İUB ve TUD hastaları ile fonksiyonel olmayan düşünceler ve bilişsel şemalar açısından temel farklılıkların ve bunların işlevsellikle ilişkisinin belirlenmesi için yapılabilecek daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Sonuç**

Bu çalışma ile elde edilen sonuçların İUB ve TUD hastalarıyla terapi odaklı müdahalelere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Altta yatan şemaların ve temel inançların belirlenmesinin hastalarla yürütülen terapilerde başa çıkma becerilerini geliştirmek, tedavi süresince sorumluluk alabilmelerini ve psikososyal streslerin yarattığı bilişsel ve davranışsal zorlukların üstesinden gelebilmelerini sağlayabilmek psikososyal işlevsellik kazanmalarına katkı sağlayacaktır.

Yazar herhangi bir finansal destek almamıştır.

Çıkar çatışması yoktur.

İzlenen tüm prosedürler insane deneyleri konusunda sorumlu komitenin etik standartlarına ve 2000 yılında revise edilmiş hali ile 1975 Helsinki Deklarasyonuna uygundur.

Yazar, hayvan çalışması yapmamıştır.

**Kaynaklar**

American Psychiatric Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (Vol. 886). Washington, DC: American psychiatric association Washington.

Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties. In *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195309379.001.0001

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *12*(4), 268–279.

Aydemir, O., Aydin, P. C., Oyeckin, D. G., Gulseren, S., Koybasi, G. P., & Sahin, H. (2014). The Impact of Psychotropic Drugs on Psychosocial Functioning in Bipolar Disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. https://doi.org/10.5455/bcp.20140123034729

Aydemir, Ö., Eren, I., Savaş, H., Kalkan Oǧuzhanoǧlu, N., Kocal, N., Devrimci Özgüven, H., … Vahip, S. (2007). Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in bipolar disorder: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire. *Turk Psikiyatri Dergisi*.

Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A., & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01098.x

Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J.-P., Gely-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, *209*(3), 361–366.

Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 484–489.

Çuhadaroğlu, F., Kaplan, İ., Özgen, G., Öztürk, M. O., & Rezaki, M. (1993). Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. *Uluğ B (Çev. Ed). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını Ankara*, 184–187.

Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P.-J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). Les schémas précoces dysfonctionnels: étude chez des patients adultes souffrant d’un trouble anxieux. *L’Encéphale*, *30*(3), 255–258.

First, M. B. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. *Biometrics Research Department*.

Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(1), 311–320.

Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A. (2011). Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.040

Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. https://doi.org/10.1007/BF01178214

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., … Keller, M. B. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.261

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*. https://doi.org/10.1126/science.3353713

Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: A review. *Bipolar Disorders*. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x

Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *215*(1), 134–140. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.07.036

Köroğlu, E. (2001). Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. *Baskı (Dsm-Iv-Tr).(Köroğlu. E, Çev.). Ankara: Hekimler*.

Kwak, K. H., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive–compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, *230*(3), 757–762. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2015.11.015

MacQueen, G. M., Trevor Young, L., & Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x

Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis‐Dymand, L., Millear, P., … Allen, A. (2021). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., … Salamero, M. (2004). Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.262

Oymak Yenilmez, D., Atagün, M. İ., Keleş Altun, İ., Tunç, S., Uzgel, M., Altınbaş, K., … Oral, E. T. (2019). *Bipolar bozukluk ve yineleyici depresif bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlükleri ile bilişsel süreçler arasındaki ilişki*.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I. *Yenilenmiş (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri*.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, 1–20.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1627

Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Lücke, C., Müller, H. H., & Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *9*(2), 101–111.

Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. *Major Theories of Personality Disorder*, 36–105.

Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., … Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z

Rosa, A. R., Reinares, M., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., … Vieta, E. (2009). Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disorders*. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00698.x

Sadock, B., & S. (2007). Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. In *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi*.

SHAH, R., & WALLER, G. (2000). Parental Style and Vulnerability to Depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. https://doi.org/10.1097/00005053-200001000-00004

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3’ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., & Deantonio, M. (1995). Recovery and Relapse in Adolescents with Bipolar Affective Illness: A Five-Year Naturalistic, Prospective Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1097/00004583-199506000-00012

Weber, F., & Exner, C. (2013). Metacognitive beliefs and rumination: A longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(6), 1257–1261.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, *2*, 63–76.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner’s Guide. New York*. Guilford Press.—2003.—436 p.