

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN DEPRESYON
DÜZEYİ YÜKSEK OLAN BİREYLERE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Suna VURUCU

Enstitü Ana Bilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Metin ÇINAROĞLU

ŞUBAT- 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN DEPRESYON
DÜZEYİ YÜKSEK OLAN BİREYLERE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Suna VURUCU

ORCID ID: 0000-0002-7349-3163

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez 21/02/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Metin ÇINAROĞLU	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Selen TÜTÜNCÜ	BAŞARILI	

Enstitü Müdürü

Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Suna VURUCU

21.02.2023

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında, karşılaştığım zorluklar ile başa çıkmamı sağlayan, bu süreci en doğru şekilde geçirmem konusunda beni destekleyen ve tecrübesinden fazlaca faydalandığım değerli tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Metin ÇINAROĞLU'na desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım. Eğitime verdiği önem ve hayatım boyunca düşünceleriyle yolumu aydınlatan, maddi manevi desteğini üzerimde hissettiğim canım babam Sayın Ali Rıza VURUCU'ya teşekkürü borç bilirim. Ömrüm boyunca emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim, her anımda desteğini esirgemeyen, motivasyon kaynağım canım annem Sayın Hicran VURUCU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Suna VURUCU

21.02.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	7
1.1. DEPRESYON	7
1.1.1. Depresyon Tanımı.....	7
1.1.2. Depresyonun Tanı Kriterleri.....	8
1.1.2.1. Ayırıcı Tanı Kriterleri	10
1.1.3. Risk Faktörleri	11
1.1.4. Koruyucu Faktörler.....	15
1.1.5. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	16
1.1.6. Depresyonun Tedavisi	19
1.1.6.1. Psikofarmakolojik Tedavi	20
1.1.6.2. Depresyon Tedavisinde Nöromodülasyon Teknikler.....	21
1.1.6.3. Terapiler	23
1.1.7. Tedaviye Uyum, Uyumsuzluk ve Direnç	28
1.1.8. Güncel tedavi yaklaşımları	29
1.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT).....	31
1.2.1. BDT'nin Tarihçesi	32
1.2.2. Bilişsel Model.....	34
1.2.2.1. Otomatik Düşünceler	35
1.2.2.2. Bilişsel Çarpıtmalar.....	36
1.2.2.3. Temel İnançlar ve Ara İnançlar.....	37
1.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler	38
1.2.4. Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması	41

1.2.4.1. Davranışçı Müdahaleler	42
1.2.4.2. Bilişsel Müdahaleler	43
1.2.5. BDT'nin Depresyon Tedavisinde Etkililiği ile İlgili Çalışmalar	43
1.3. Etkililik Çalışması Nedir Ve Nasıl Yapılır?	47
BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM	50
2.1. Araştırmanın Modeli	50
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	50
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
2.4. Katılımcıların Özellikleri.....	52
2.5. Gereçler	53
2.6. Verilerin Toplanma Süreci	54
2.6.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar	54
2.6.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar	57
2.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	58
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	60
3.1. Nicel Bulgular	60
3.2. Nitel Bulgular	65
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	68
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKÇA	77
EKLER.....	88

KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ICD-10	: Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının İstatistiksel Sınıflandırılması
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
SCL-90	: Belirti Tarama Listesi
APA	: American Psychiatric Association
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
NRI	: Seçici Noradrenerjik Gerilim İnhibitörleri
NDGI	: Noradrenalin ve Dopamin Gerilim İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri
SSRI	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
NMDA	: N-Metil-D-Aspartik Asit
EKT	: Elektrokonzülf Tedavi
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
MST	: Manyetik Nöbet Tedavisi
KİT	: Kişilerarası İlişkiler Terapisi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Katılımcıların tanıtıcı özellikleri.....	52
Tablo 2 : Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin Yapısı	55
Tablo 3 : Çalışmaya katılan bireylere ait tanımlayıcı istatistikler.....	61
Tablo 4 : Çalışmaya katılan bireylerin her değerlendirme zamanının gruplar arasında Beck Depresyon ve SCL-90 puanları karşılaştırma sonuçları.....	62
Tablo 5 : Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon ve SCL-90 puanlarının ölçümleri farkının gruplar arasında karşılaştırma sonuçları	63
Tablo 6 : Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon ve SCL-90 puanları değişiminin grup içi karşılaştırılması.....	64
Tablo 7 : Hipotez Tablosu.....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bilişsel Model	35
Şekil 2: Araştırmanın Akış Şeması.....	58



İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Bilişsel Davranışçı Terapinin Depresyon Düzeyi Yüksek Olan Bireylere Etkisi	
Tezin Yazarı: Suna VURUCU Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Metin ÇINAROĞLU	
Kabul Tarihi: 21.02.2023	Sayfa Sayısı: vi (ön kısım)+86(tez)+5(ek.)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), uzun yıllardır depresyonu tedavi etmek için kullanılan yöntemlerden biridir. Bu çalışmada depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin depresif belirtilerini azaltmada BDT'nin etkililiğini araştırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla 224 kişiye depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği ve depresif belirtilerini ölçmek amacıyla SCL-90 Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. En yüksek düzeyde semptom gösteren, araştırmaya katılmayı kabul eden 30 kişi katılımcı olarak seçilmiştir. Seçilen 30 kişi, deney grubu (n=15) ve kontrol grubuna (n=15) rastgele atanmıştır. Deney grubundaki katılımcılara çevrimiçi olarak 40-50 dakikalık 8 seanstan oluşan BDT uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. BDT uygulaması tamamlandığında, deney grubuna ve kontrol grubuna son test uygulanmıştır. Araştırmanın nicel bulguları; deney grubu ve kontrol grubunun ön test ve son test puanlarının grup içi (bağımlı örneklem t testi) ve gruplar arası (bağımsız örneklem t testi) karşılaştırmaları yapılarak, nitel bulguları ise, araştırmacının seans notları ve katılımcıların geri bildirimleri aracılığıyla elde edilmiştir. Kontrol grubu ve deney grubunun ön test ve son test puanları arasındaki fark karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Deney grubunun ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında ise, depresif semptomlarda anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir. BDT uygulaması süresince katılımcıların depresif semptomlarında azalma, işlevselliklerinde artış gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda, BDT depresif semptomları azaltmada etkili bulunmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Depresyon, Depresyon Düzeyi	

Istanbul Nişantaşı University, Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

The Title of Thesis: The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Individuals with High Depression Levels	
Author: Suna VURUCU	Supervisor: Assist. Prof. Dr. Metin ÇINAROĞLU
Date: 21.02.2023	Nu. of Pages: vi (pre text)+86(main body)+5(app.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has been one of the methods used to treat depression for many years. In this study, it was aimed to investigate the effectiveness of CBT in reducing the symptoms of depression in individuals with high levels of depression. For this purpose, the Beck Depression Scale was applied to 224 people to measure the severity of depression and the SCL-90 Symptom Checklist to measure their depressive symptoms. 30 people who showed the highest level of symptoms and agreed to participate in the study were selected as participants. The selected 30 people were randomly assigned to the experimental group (n=15) and the control group (n=15). While CBT consisting of 8 sessions of 40-50 minutes was applied to the participants in the experimental group, no intervention was made to the control group. When the CBT was completed, the post-test was applied to the experimental group and the control group. Quantitative findings of the research were obtained; intra-group (dependent sample t-test) and intergroup (independent sample t-test) comparisons of the pre-test and post-test scores of the experimental group and control group, and the qualitative findings were obtained through the session notes of the researcher and the feedback of the participants. When the difference between the pre-test and post-test scores of the control group and the experimental group was compared, a significant difference was observed between the two groups. When the pre-test and post-test scores of the experimental group were compared, a significant decrease was found in depressive symptoms. During the CBT application, a decrease in the depressive symptoms of the participants and an increase in their functionality were observed. As a result of the research, CBT was found to be effective in reducing depressive symptoms.	
Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Depression Level	

GİRİŞ

Psikolojik bozukluklar, son birkaç yüzyıldır psikoloji alanında çalışma yapan araştırmacıların, bu bozuklukların nedenlerini anlamaya çalıştıkları ve tedavi yöntemleri geliştirdikleri önemli bir konudur. Geçmişten günümüze psikolojik bozukluklarla ilgili çeşitli yaklaşımlar ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir ve bu konu üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir. Üzerinde çalışılan psikolojik bozukluklardan birisi de duygudurum bozukluklarıdır. Duygudurum bozuklukları kişilerin günlük hayatlarında herhangi bir sebep olmaksızın coşkulu veya çökkün hissetmeleri ve duygudurumlarında meydana gelen bu değişimlerin günlük hayattaki işlevselliklerini olumsuz etkilemesi ile tanımlanan bozukluklardır (Durak Batıgün, Ayşegül, 2020, s.270). Duygudurum bozuklukları içinde yer alan depresyon ise, bireyde fiziksel ve bilişsel enerji azalması ve duygusal çökkünlük gibi durumların deneyimlenmesi ile kendini göstermektedir (Işık, Şerife, 2021, s.483; Çelik ve Hocaoglu, 2016). Günümüzde, ICD-10 (Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının İstatistiksel Sınıflandırması) ve DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) gibi çeşitli tanı ölçüt kitaplarında depresyon ve diğer psikolojik bozuklukların tanı kriterleri yer almaktadır. Bu tanı ölçütlerine göre depresyon; çökkün duygudurum, ilgi kaybı, umutsuzluk, faaliyetlerden zevk almama durumu, bu konuda herhangi bir girişim olmaksızın kilo verme veya kilo alma, uyku problemleri, ajitasyon, bitkinlik, değersizlik ve suçluluk duyguları, karar vermede ve odaklanmada güçlük ve intihar düşünceleri belirtileri ile tanımlanmaktadır (ICD-10, 1999; DSM-5, 2013). Bu belirtileri gösteren bireylere depresyon tanısı konulabilmesi için belirtilerin 2 haftadan uzun süredir devam ediyor olması ve bireylerin günlük işlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir.

Depresyon, bireylerin günlük yaşamlarındaki işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemesi ve kendine zarar verme davranışlarına yol açması ihtimali bakımından bozukluğun tanımlanmasının ve tedavi edilmesinin oldukça önemli olduğu bir bozukluktur. Depresyon günümüzde en yaygın görülen psikolojik bozukluklardan birisi olduğu ve bireylerde yeti yitimine yol açtığı için etkili bir şekilde tedavi edilmesi için çeşitli tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Türkçapar ve ark., 2014; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bunlara örnek

olarak; psikofarmakolojik tedavi, elektrokonvülsif tedavi (EKT), psikoterapiler ve diğer psikososyal tedaviler ve farmakoterapi ile birleştirilmiş psikoterapi gibi tedavi yöntemleri gösterilebilir (Fochtmann ve Gelenberg, 2005). Etkili ve yeterli bir depresyon tedavisi için ise; tedavi amaçlarının belirlenmesi, uygun antidepresan ilaç seçimi, uygun doz ve kullanım süresinin belirlenmesi, diğer tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, intihar riskinin belirlenmesi, tedavinin gidişatının değerlendirilmesi ve tedaviye uyumun sağlanması, tedavi gören bireylerin bilgilendirilmesi, tedavi yanıtının sürdürülmesi ve psikoterapi desteği alınması ilkelerine uyulmalıdır (Örsel, 2004).

Depresyon tedavisinde kullanılan yöntemlerden birinin psikoterapi olduğu ve etkili bir tedavi için diğer yaklaşımların yanı sıra psikoterapi desteği alınmasının önemi belirtilmiştir. Psikoterapinin depresyon tedavisinde kullanılmasına ilişkin de çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır ve bunlardan birisi de Bilişsel Davranışçı Terapidir (BDT). BDT'nin gelişimin temelleri 1950'li yıllarda aslında psikanaliz yaklaşımını benimseyen Aaron Beck'in psikanalizin depresyona yaklaşımını sorgulamaya başlamasıyla atılmıştır (Beck, 2020). Bu sorgulamadan sonra hastaların kendileriyle ilgili uyumsuz ve gerçekçi olmayan düşüncelere sahip olduklarını ve bu düşünceler üzerinde çalışıldığında hastaların gelişme kaydettiğini fark edip bunu çalışma arkadaşlarına da aktararak BDT'nin temellerini atmıştır (Beck, 2020). Başlarda bilişsel terapi olarak adlandırılan bu yaklaşım davranışçı psikoterapistler tarafından da benimsenmesi ile birlikte bilişsel davranışçı terapi ismi ile kullanılmaya başlanmıştır (Beck, 2020). Bilişsel modelde düşüncelerle ve düşüncelerin duygu ve davranışlara olan etkisine odaklanılırken, davranışçı modelde ise, bireylerin davranışsal tepkilerine odaklanılır (Beck, 2020; Bengisoy ve ark., 2019). BDT'de ise işlevsel olmayan düşüncelerin gerçekliğe uygun olup olmadığının sorgulanması ve bireyin kendini keşfederek alternatif düşünce biçimleri üretmesi hedeflenir. BDT yaklaşımına göre bireylerin düşünceleri, duyguları ve davranışları birbiriyle etkileşim içindedir. Dolayısıyla yaşanan bir olay karşısında verilen tepkiler, bireylerin kendini, çevresini ve dünyayı algılama biçimleri aracılığıyla şekillenir.

Bilişsel modelde, bireylerin bilişleri otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançların oluşturduğu yapı ile açıklanır (Gürsoy, 2018). Bireylerin bilişlerinin en temelinde temel

inançlar, en yüzeyinde otomatik düşünceler ve bunların arasında ise otomatik düşünceleri besleyen ara inançlar bulunmaktadır. Bireylerde yaşantı ve öğrenme aracılığıyla meydana gelen otomatik düşünceler, bireylerin zihninde sözel veya imgesel olarak gelişen çeşitli varsayımları ifade eder ve psikolojik bozukluklarda bu varsayımlar olumsuz nitelikler taşır. Deneyimler aracılığıyla şekillenen yanlış bilgi işleme süreçleri, bu olumsuz varsayımlara ve bireyin olaylara karşı hatalı düşünceler geliştirmesine sebep olur. BDT yaklaşımında bu hatalı düşünceler bilişsel çarpıtmalar olarak adlandırılır ve aşırı genelleme, kişiselleştirme, felaketleştirme gibi örnekleri mevcuttur. Olumsuz otomatik düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları besleyen kurallar, varsayımlar ve beklentiler ara inançları oluştururken kesin ve genellenmiş ifadeler içeren, bireylerin dünya hakkındaki varsayımları ise temel inançları oluşturur. BDT’de amaç, bireyin işlevselliğinde önemli bozulmalara yol açan bu olumsuz otomatik düşünceleri, bilişsel çarpıtmaları ve inançları yeniden yapılandırarak alternatif düşünceyi üretmektir.

BDT yaklaşımında bu amaca yönelik bazı ilkeler benimsenmiştir. Hedefe yönelik, “şimdi ve burada” ya odaklı, zaman sınırlı ve yapılandırılmış olması BDT’nin temel ilkelerindendir. Bununla birlikte, terapistin rolü eğitsel nitelikte olup terapist ve hasta ilişkisi işbirliği içinde kurulur. Bu bağlamda terapinin hedefi çeşitli teknikler kullanılarak düşünce, duygu ve davranışların değiştirilmesidir. BDT yaklaşımında çeşitli bilişsel ve davranışsal teknikler uygulanır. Sokratik sorgulama, yeniden yükleme ve işlevsel olmayan düşüncelerin kaydı BDT’de kullanılan bilişsel müdahale tekniklerinden bazılarıdır. Davranışsal müdahale tekniklerinden bazıları ise, maruz bırakma, gevşeme ve rol oynama teknikleridir.

BDT’nin depresyon tedavisinde etkililiği ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan ilkinin depresyonun tedavisinde bilişsel yaklaşımı kullanmaya başlayan Aaron Beck ve bu yaklaşımı tanıttığı arkadaşlarının yaptığı etkililik çalışması olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın ardından BDT yaklaşımına ilişkin ilk manuel yayınlanmıştır (Beck, 2020). Bu durum etkililik çalışmalarının önemine vurgu yapmaktadır çünkü yeni gelişen bir terapi yaklaşımının etkililiğinin kanıtlanması ve farklı koşullarda, farklı yöntemlerle yapılan çeşitli çalışmalarla bu etkililiğin desteklenmesi yeni bir tedavi yönteminin gelişmesi anlamına

gelmektedir. BDT'nin depresyon tedavisinde kullanılmaya başlanmasından itibaren etkililik çalışmaları yalnızca BDT'nin depresyon tedavisinde etkililiği ile ilgili değil, aynı zamanda başka psikolojik bozukluklar veya fiziksel hastalıklarla birlikte görülen depresif semptomları azaltmadaki etkililiği de incelenmiştir. Bu çalışmalarda BDT'nin depresif semptomları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Hides ve ark., 2010; Turner ve ark., 2016; Ross ve ark., 2007; Lepping ve ark., 2020; Soylu, 2015; Tunç Aksan, 2021; Şafak Öztürk ve Arkar, 2017; Öngider, 2013). Ancak literatür incelendiğinde, depresif belirtiler üzerinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiğinin araştırıldığı çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin depresif semptomlarının azaltılmasında BDT'nin etkili olup olmadığı araştırılacaktır.

Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu, depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde BDT uygulamasının depresyon belirtileri üzerindeki etkililiğini araştırmaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, depresyon belirtileri üzerinde BDT'nin terapötik etkililiğini anlamak için depresyon düzeyi yüksek olan bireylere BDT uygulaması yaparak semptomlarındaki değişime ilişkin bulguları ortaya koymaktır. Belirtilen amaca yönelik olarak, bu konuda yapılmış olan çalışmalarla ilgili literatür incelenmiş, depresyon ve BDT'ye ilişkin tanımlamalar yapılmış, çalışmadan elde edilen bulgular belirtilmiş ve tartışılmıştır.

Araştırmanın Önemi

Depresif belirtiler, bireylerin düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerinde önemli derecede ve olumsuz yönde etkilere sahiptir. Bu durum, bireylerin motivasyonlarını ve yaşama dair inançlarını da olumsuz etkileyerek umutsuzluğa ve karamsarlığa kapılmalarına neden olur. Depresif belirtilere sahip olan her birey belirtilerini fark edip bu konuda bir aksiyon gösteremez ve dolayısıyla tanı alamaz. Bu araştırmanın önemi, depresyon tanısı almamış ancak depresif belirti gösteren ve depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde

BDT'nin etkililiğini göstermiş olmasıdır. DeRubeis ve Crits-Christoph tarafından yapılan bir derleme çalışmasında, BDT'nin depresyon tedavisindeki etkililiği ile ilgili yapılan çalışmalarda genelde farmakolojik tedavi olmak üzere diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırma metodunun kullanıldığı belirtilmiştir (1998). Bu çalışmalarda etkililik test edilirken genelde kontrol grupları kullanılmadığı ve bu durumun da yapılan çalışmaların ne kadar etkili olduğu konusunda şüphe oluşturduğunu ifade etmişlerdir (DeRubeis ve Crits-Christoph, 1998). BDT'nin etkinliğinin ve etkililiğinin incelendiği bir çok çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar bu psikoterapi yönteminin çeşitli psikopatolojilerde etkili olduğunu ortaya koymaktadır ancak bu çalışmalarda dikkat çeken durum etkililik çalışmalarının etkinlik çalışmalarına göre daha az olmasıdır (Güven ve Gökçe, 2018). Ayrıca, depresyon ve BDT uygulaması ile ilgili yapılan çalışmaların bir çoğunda seanslar gruplarla düzenlenmiştir ancak, bu araştırmada görüşmeler bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Seans görüşmelerinin online olarak düzenlenmiş olması da araştırmanın önemini vurgular niteliktedir çünkü pandemi dönemi öncesinde yapılan araştırmaların çoğunda seanslar yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Depresyon ve BDT'nin etkililiği ile ilgili birçok araştırma bulunmaktadır ancak mevcut araştırma güncel bir araştırma niteliğinde olduğundan literatüre önemli derecede katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu yönleriyle araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma Yöntemi

Bu araştırma, nitel ve nicel yöntemin birlikte kullanıldığı karma yöntemle yürütülmüştür. Araştırmada 15 kişilik deney grubu, 15 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur ve deney grubuna Zoom uygulaması üzerinden çevrimiçi olarak 8 seanslık bireysel BDT uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırmanın nicel bulguları deney ve kontrol gruplarına uygulanan ön test ve son test aracılığıyla, nitel bulguları ise yapılan BDT seanslarının uygulanması aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmanın nicel verileri Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi (SCL 90) aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmanın nicel verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Bilişsel davranışçı terapinin depresyon düzeyi yüksek olan bireyler üzerinde belirtiyi azaltıcı etkisi vardır.

H0: Bilişsel davranışçı terapinin depresyon düzeyi yüksek olan bireyler üzerinde belirtiyi azaltıcı etkisi yoktur.

Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan bireylerin seans görüşmelerine katılmaya istekli oldukları, yapılan görüşmelerden verim aldıkları ve bireylerin ölçme araçlarını doğru ve tarafsız bir biçimde cevaplandıkları varsayılmaktadır.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Depresyon

1.1.1. Depresyon Tanımı

Dünyada, en yaygın psikolojik sorunlar arasında yer alan ve yapılan araştırmalar doğrultusunda artış göstermeye devam edeceği öngörülen depresyon, bir duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (Işık, Şerife, 2021, s.483). Duygudurum bozuklukları, kişilerin gündelik hayatlarında bir sebep olmaksızın yoğun bir şekilde coşkulu veya çökkün hissetmelerine ve yaşadıkları bu duygudurumlarının işlevselliklerini ciddi derecede ve olumsuz yönde etkilemesine sebep olan bozukluklar olarak tanımlanabilir (Durak Batıgün, Ayşegül, 2020, s.270). Depresyon ise, kişinin fiziksel ve bilişsel enerjisinin azalmasıyla birlikte günlük faaliyetlere ve önceden keyif aldığı durumlara karşı gelişen ilgi kaybının yanı sıra çökkünlük, karamsarlık gibi duyguları deneyimlediği bir duygudurum bozukluğunu ifade eder (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Bu durumların depresyon olarak tanımlanabilmesi için kişinin günlük hayattaki faaliyetlerini yürütme becerisini olumsuz etkilemesi, belli bir süredir var olması ve süreklilik göstermesi gerekmektedir. Hafif, orta ve şiddetli derecede seyredabilen depresyon, şiddeti arttıkça kişide kendine zarar verme davranışlarına yol açabileceği gibi bu davranışlar intihara kadar varabilir.

Depresyon sözcüğünün kökü olan ‘depress’ kelimesi, kökenini, günümüzdeki kullanım şeklinde ifade ettiği duygu ve durumlara paralel olarak, Latince’de ‘alçakta olmak’ ve ‘bastırmak’ anlamlarını taşıyan ‘depressus’ kelimesinden almaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresyon kavramının ortaya çıkışının, antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde depresyon benzeri durumların betimlenmesiyle birlikte milattan önceki yıllara dayandığı görülmektedir (Yalvaç, 2012). Duygudurum bozuklukları, melankoli ve mani gibi terimler ise ilk kez Yunan ve Romalı hekimler tarafından kullanılmıştır (Konus, 2019). Bu hekimler duygu durumu etkileyen ve duygularda kararmalara yol açan, Satürn etkisi ve karaciğerden salgılanan safra gibi durumlardan bahsetmiştir (Konus, 2019). M.Ö. 400’lü yıllarda ise Hipokrat, durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar gibi düşüncelerin karasevdaı kişilik yapıları ve mizaçlarının yanı sıra karaciğer ve

safra bozukluklarından kaynaklandığını belirtmiştir ve bu durumlar için kara safra anlamına gelen melankoli kelimesini kullanmıştır (Yalvaç, 2012). Milattan sonraki yıllarda depresyon ve melankoli gibi kavramlar netlik kazanmaya başlamış, memnun olmama ve insanlardan nefret etmek anlamlarını karşılamak için kullanılmıştır (Konus, 2019).

Depresif belirtiler eski çağlardan beri anlaşılmaya çalışılmış ve çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. 1900'lü yıllara gelindiğinde bu tanımlamalar sistematik bir hal almaya başlamış ve depresyonun 1952 yılında DSM'nin birinci basımında yerini alması ile, tanımı ve tanı kriterleri net bir çerçeve kazanmıştır (Richards, 2011). Günümüzde ise depresyon, DSM'nin son basımı olan DSM-5'te (2013) "Depresyon Bozuklukları" başlığı altında yer almaktadır (Köroğlu, 2014). Ruhsal bozukluklar ve diğer hastalıkların uluslararası tanımlamasını içeren ICD-10'da ise depresyon, ilgi kaybı, duygusal tepkisizlik, uyku bozukluğu, iştahsızlık, motor aktivitelerde yavaşlama, kilo kaybı, cinsel istek azlığı ve enerjinin azalması kriterleri ile tanımlanmıştır (Richards, 2011). Ancak, DSM'den farklı olarak ICD-10'da tanı koymak için gereken kriterler daha azdır (Richards, 2011). Günümüzde, ruh sağlığı alanında çalışan kişiler depresyon semptomlarını belirlemek ve tanı koymak için DSM-5'i kullanmaktadırlar.

1.1.2. Depresyonun Tanı Kriterleri

DSM 5'te depresyon belirtileri A, B, C, D ve E şeklinde kriterlere ayrılmıştır. A kriterlerinde depresyonun semptomları;

- Kişinin kendisi tarafından umutsuzluk, üzüntü, boşluk hissi gibi ifadelerle belirtilen veya başkaları tarafından da gözlemlenebilen kişinin neredeyse her gün, günün çoğunluğunda depresif bir modda olması (çocuklarda ve ergenlerde bu durum sinirlilik olarak görülebilir),
- Neredeyse her gün, günün çoğunda hemen hemen tüm aktivitelere karşı ilginin ve zevkin belirgin şekilde azalması (kişinin kendisi tarafından belirtilen veya başkaları tarafından gözlemlenebilen),

- Diyet yapmaksızın önemli derecede kilo vermek veya almak (örneğin vücut ağırlığının %5'inden fazlası) ya da neredeyse her gün iştahta artma veya azalma (çocuklarda bu beklenen kiloda olmamak şeklinde görülebilir),
- Neredeyse her gün uyuyamamak ya da çok uyumak,
- Neredeyse her gün halsizlik ya da enerji kaybı,
- Aşırı derecede suçluluk ve değersizlik hissi,
- Karasızlık ve konsantrasyonda azalma (kişinin kendisi tarafından belirtilen veya başkaları tarafından gözlemlenebilen),
- Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri, intihar planı veya girişimi şeklinde sıralanmıştır.

Depresyon tanısı konulabilmesi için bu semptomlardan 5 veya daha fazlasının en az 2 hafta boyunca devam etmesi, işlevsellikte bozulmalara neden olması ve bu semptomlardan en az birinin ilk iki semptomdan birisi (1- depresif mod, 2- ilginin azalması) olması gerekmektedir (DSM-5, 2013).

B kriteri, depresyonun sosyal, mesleki ve yaşamın işlevsellik gerektiren alanlarında önemli derecede işlev kaybına neden olduğunu ifade etmektedir (DSM-5, 2013). C kriterinde belirtilen semptomların madde kullanımının veya tıbbi bir durumun fiziksel etkilerine bağlanamayacağı belirtilmektedir (DSM-5, 2013). A-C kriterleri depresyonu ifade eder ve A kriterinde belirtilen iştahsızlık, uykusuzluk, kilo kaybı gibi semptomlar kişilerin hayatında finansal çöküş, yas, doğal afet gibi önemli olaylar yaşandığında da görülebilir. Bu olaylara depresyon semptomlarına benzeyen tepkiler vermek normaldir ve tanı koyulmadan önce kişilerin kayıp karşısında nasıl tepkiler verdiğini etkileyen bireysel ve kültürel faktörlere de dikkat edilmelidir (DSM-5, 2013).

D kriterinde depresyon döneminin, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk veya diğer psikotik bozukluklar ile açıklanamayacağı belirtilmektedir. E kriterinde ise mani dönemi ve hipomani döneminin asla yaşanmayacağı ifade edilmektedir. Ancak tıbbi bir durum veya madde kullanımına bağlı olarak gelişen

mani veya hipomani benzeri durumlar E kriterinde belirtilen ayrıma dahil değildir (DSM-5, 2013).

1.1.2.1. Ayırıcı Tanı Kriterleri

Depresyon tanısının konulabilmesi için intihar düşüncesi ve kilo değişikliği dışındaki belirtilerin neredeyse her gün ve günün çoğu zamanında görülmesi gerekmektedir. Depresyon tanısı konulmadan önce somatik belirtilerin depresif belirtilerle ilişkili olup olmadığı belirlenmelidir ve uykusuzluk ve yorgunluk şikayetleri söz konusu olduğunda ayırıcı tanılar göz önünde bulundurulmalıdır (DSM-5, 2013). Depresyonun temel özelliklerinden birisi belirtilerin en az iki haftalık bir süre boyunca devam etmesidir. Bir diğer temel özelliği ise ilgi kaybı ve depresif duygudurum semptomlarından en az birinin mutlaka olmasının yanı sıra A kriterindeki diğer semptomlardan en az dördünün daha bulunuyor olmasıdır (DSM-5, 2013). Çocuklarda ve ergenlerde depresif duygudurumun kendini sinirlilik olarak gösterebileceği de göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur (DSM-5, 2013). Ayrıca kişilerin hayatlarında işlevsellik bozulmuş olmalı veya daha çok çaba gerektirmelidir.

Kişiler içinde bulundukları duygudurumunu genellikle depresif, üzgün, umutsuz, cesareti kırılmış ve benzeri ifadeler ile tanımlarlar. Kişiler ilk olarak üzgün olduklarını reddedebilirler ve sıradan hissetmek, hiçbir şey hissetmemek veya endişeli hissetmekten şikayet ediyor olabilirler ancak bu kişilerin yüz ifadelerinden depresif duygudurumunda oldukları anlaşılabilir (DSM-5, 2013). Bazı kişiler ise üzüntü içeren duygularını bildirmekten ziyade vücudun çeşitli bölgelerinde ağrılar gibi bedensel şikayetleri vurgularlar veya artan sinirlilik, öfke patlamaları, küçük meselelerde büyük hayal kırıklıkları yaşama ve başkalarını suçlama eğilimi gibi davranışlar sergilemektedirler (DSM-5, 2013). Kişilerin daha önce keyif aldıkları aktivitelere karşı ilgisizliği ve zevk alamama durumu mevcuttur. Ayrıca, bazı bireylerin önceki cinsel istek veya arzu düzeylerinde önemli derecede azalma görülür.

Depresif bozuklukların önemli semptomlarından biri olan iştah değişikliği kendini iştahta azalma veya artma olarak gösterebilir. Bazı kişiler yemek yemekte zorlanırken bazıları ise

tatlı ve karbonhidrat gibi belirli yiyecekleri aşırı yeme eğilimi gösterebilirler. Buna bağlı olarak kişilerin vücut ağırlıklarında kayıp veya artış gözlemlenebilir (DSM-5, 2013). Depresif bozuklukların önemli semptomlarından bir diğeri ise uyku bozukluğudur. Kişiler uyumakta zorluk çekerler ya da aşırı uyuma eğiliminde olurlar. Uykusuzluk; uykuya dalma güçlüğü olan ilk uykusuzluk, gece boyunca uyanma ve uykuya geri dönmede güçlük çekme olan orta uykusuzluk ve çok erken uyanma ve tekrar uyuyamama olan son uykusuzluk şeklinde görülebilir (DSM-5, 2013). Bazı kişilerde ise geceleri veya gündüzleri uzun süreli uyku atakları şeklinde görülebilen aşırı uyku (hipersomni) şikayeti bulunabilir. Bazen kişinin tedavi aramasının nedeni yaşadığı uyku bozukluğu olabilir.

Depresyon deneyimleyen kişiler de psikomotor değişiklikler de görülmektedir. Bu değişiklikler hareketsiz oturamama, adımlama, el sıkma veya deriyi, giysiyi veya diğer nesneleri çekme, ovma gibi ajitasyon ya da konuşma, düşünme, vücut hareketlerinde yavaşlama ve cevap vermeden önce artan duraklamalar gibi retardasyon içerebilir (DSM-5, 2013). Kişilerin seslerinde de ses düzeyi veya içerik çeşitliliği olarak değişiklikler gözlemlenebilir. Psikomotor ajitasyon veya retardasyon başkaları tarafından gözlemlenebilecek kadar şiddetli olmalıdır ve yalnızca öznel duyguları temsil etmemelidir (DSM-5, 2013).

1.1.3. Risk Faktörleri

Bireysel farklılıklar kişilerin depresyon geliştirmeleri üzerinde koruyucu veya tetikleyici etkilere sahip olabilir. Bazı kişilerin depresyon semptomları göstermeleri olasılığını artıran bu bireysel farklılıklar risk faktörleri olarak ele alınır. DSM-5'te risk faktörleri mizaç, çevresel, genetik ve fizyolojik olarak tanımlanmıştır (2013). Mizaç olarak nevrozizm depresif bozukluğun başlangıcı için önemli bir risk faktörüdür ve kişilerin olumsuz yaşam olaylarına depresif tepkiler verme olasılığını artırır. Çevresel olarak olumsuz çocukluk deneyimleri ve olumsuz yaşam olayları depresyon başlangıcı için risk faktörü olarak görülmektedir. Genetik ve fizyolojik olarak ise birinci dereceden aile üyelerinin majör depresif bozukluğu olması kişilerde depresif bozukluk geliştirme olasılığını 2 ile 4 kat artırır (DSM-5, 2013). Ayrıca DSM-5'te kişide madde kullanımı, anksiyete ve sınırda

kişilik bozukluğu gibi depresif bozukluklar dışında var olan bozukluklar zemininde gelişen majör depresif atakların daha dirençli bir seyir izlediği belirtilmiştir (2013).

Depresif bozukluklar için risk faktörü oluşturabilecek çeşitli durumlar birçok araştırma ile belirlenmeye çalışılmıştır. 1998 yılında Mazure tarafından yapılmış olan bir derleme çalışmasında olumsuz yaşam olaylarının depresif bozukluklar için risk faktörü oluşturup oluşturmadığını araştıran çalışmalar gözden geçirilmiştir. İncelenen çalışmalarda, depresif semptomlara sahip kişilerin bu semptomları geliştirmeden önce kontrol gruplarına oranla 2.5 kat daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirdiği tespit edilmiştir (Mazure, 1998). Mazure'nin çalışmasında ayrıca stres ve depresyon ilişkisinde kişilik, sosyal destek ve başa çıkma becerilerinin de etkisi olduğu belirlenmiştir (1998). Yüksek oranda onay arama ve güven ihtiyacı ile karakterize olan bağımlı ya da sosyotropik kişilik özelliklerine sahip bireyler kişilerarası ilişkilerde bozulmalara tepki olarak depresyon geliştirmeye daha yatkınlık gösterirken, yüksek performans standartlarına sahip olmak ve başarı odaklı olmak ile tanımlanan öz eleştirel veya özerk (otonom) kişilik özelliklerine sahip bireyler, algılanan başarısızlığa ya da çevre üzerinde kontrol eksikliğine yol açan olaylar bağlamında depresyona yatkınlık gösterirler (Mazure, 1998). Bireyler olumsuz yaşam olayları ile yüzleştğinde sosyal desteğin yeterli olması depresyon semptomları geliştirme riskine karşı tampon etkisi yaratırken, sosyal desteğin yetersiz olması ise depresyon için hem doğrudan risk oluşturmakta hem de olumsuz yaşam olaylarının oluşturduğu depresyon riskini artırmaktadır (Mazure, 1998). Bireylerde başa çıkma becerilerinin problem odaklı olması depresyon için daha düşük düzeyde risk ile ilişkilendirilirken duygu odaklı olması yüksek düzeyde risk ile ilişkilendirilmiştir (Mazure, 1998).

Hammen'in 2018 yılında yayınlanan otobiyografik derlemesinde depresyon için risk faktörleri bilişsel, stres, kuşaklar arası aktarım, kişilerarası görünüm ve cinsiyet farklılıkları başlıkları altında toplanmıştır. Bilişsel risk faktörlerinden biri, öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluğu içeren depresif bilişsel ön yargı olarak ortaya çıkmıştır (Hammen, 2018). Bir diğer bilişsel faktör ise depresif bilgi işleme olarak belirtilmiştir. Yapılan bilgi işleme çalışmaları depresif kişilerin depresif olmayan kişilere oranla negatif bilgiyi daha çok detaylandıklarını, negatif materyalden ayırmakta zorluk yaşadıklarını ve negatif

bilginin işleme sürecinde bilişsel olarak yetersiz olduklarını göstermiştir (Hammen, 2018). Ayrıca yapılan nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda depresyon hastalarının frontal loblarının bazı bölgelerinde depresyon hastası olmayanlara göre farklılıklar olduğu ve hipokampal alanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ve bu farklılıklar negatif materyali işleme konusundaki bilişsel yetersizlikle tutarlı bulunmuştur (Hammen, 2018). Olumsuz yaşam olaylarının yanı sıra erken çocukluk döneminde strese maruz kalmak ve kronik stres de depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Hammen, 2018). Kuşaklar arası aktarım açısından incelendiğinde depresif bozuklukların kendi başına kalıtsal olmadığı tespit edilmiş, bireylerin çevresel ve biyolojik süreçlerle ortaya çıkan mizaç, başa çıkma becerileri, strese verilen tepkiler gibi nedensel risk faktörleri ile doğdukları, bunlara maruz kaldıkları ve bunları edindikleri düşünülmüştür (Hammen, 2018). Depresyonun kuşaklar arası aktarımına sebep olan durumlar, depresif bozukluğu olan ebeveynin çocuğu strese, çatışmalı evlilik hayatına ve uyumsuz ebeveynliğe maruz bırakması ve çocuğun ebeveyninden negatif düşünme biçimi ve işlevsiz başa çıkma becerilerini model almasıdır (Hammen, 2018). Kişilerarası ilişkiler bağlamında ise yüksek düzeyde sosyotropi, bireylerin kişilerarası yaşam olaylarına, bir kişinin kaybına ve reddedilmeye karşı depresyon geliştirme riskini artırmaktadır (Hammen, 2018). Cinsiyetler arasında depresyona yatkınlık değişkenlik göstermektedir ve kadınların erkeklere oranla 2 kat daha fazla yatkın olduğu düşünülmektedir (Hammen, 2018).

2018 yılında Roy tarafından endojen olan ve endojen olmayan depresyon için risk faktörleri araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda ailede depresyon öyküsü bulunması ve depresyonun başlangıcından önce kötü bir evlilik geçiriyor olmak iki tür için de risk faktörü olarak bulunmuştur (Roy, 2018). İşsizlik, 17 yaşından önce, bir ebeveyninden bir veya daha fazla yıl ayrılma ve üç veya daha fazla küçük çocuğa sahip olma endojen olmayan depresyon için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Roy, 2018). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki olumsuz yaşam olayları, depresyonun kuşaklar arası aktarımı ve kronik stres ile örtüşmektedir ve bu bulgular diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Bağlanma stillerinin psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon tanısı alan bireylerin kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma düzeylerinin diğer psikopatolojilere sahip bireylere ve sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve bağlanma stillerinin depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Sümer ve ark., 2009). Erken dönem uyumsuz şemaları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada erken dönem uyumsuz şemaların tamamının depresyon ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Sağ, 2016). Duygusal yoksunluk, kusurluluk, iç içe geçme, duyguları bastırma ve onay arayıcılık bu uyumsuz şemalara örnek olarak gösterilebilir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar erken dönem uyumsuz şemalarının depresyon için risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ve bu bulguya göre evli olan kişilerin depresyon riskinin önemli derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Önen ve ark., 1995). Evlilik yaşı bağlamında ise 21-25 yaş aralığında evlenen kişilerin depresyon oranlarının düşük olduğu saptanmıştır ve buna göre daha erken veya daha geç yaşta evlenmenin risk faktörü olabileceği görülmüştür (Önen ve ark., 1995). Evli bireylerde ise çocuk sayısındaki artışın depresyon riskini de artırdığı düşünülmektedir ve çocuğu olmayanlarda daha yüksek oranda depresyon görülmesine rağmen anlamlı bir risk faktörü oluşturmadığı tespit edilmiştir (Önen ve ark., 1995). Araştırmada, bireylerin çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalması durumu ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılmış ve hiç maruz kalmayanların depresyon oranının önemli ölçüde düşük olduğu saptanmıştır ve bu bulguya göre çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalmanın depresyon için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Önen ve ark., 1995).

DSM-5'te depresyon için belirtilen risk faktörleri ve ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda kişisel, fizyolojik ve çevresel risk faktörlerinin birbirine benzer bulgularla desteklendiği görülmüştür. Bu bağlamda bireylerin mizacı ve karakteristik özellikleri, bağlanma biçimleri ve erken dönem uyumsuz şemalarının bireyin kendisinden kaynaklanan kişiliği ile ilgili risk faktörleri olduğu söylenebilir. Bireylerin, aile üyelerinde depresyon bulunması hem fizyolojik hem de çocukluk döneminde maruz

kalınan stres ve öğrenme aracılığı ile çevresel bir faktör olduğu düşünülebilir. Bireyler arasındaki bazı nörolojik farklılıklar ise doğrudan fizyolojik risk faktörleri içinde ele alınabilir. Bunların dışında olumsuz yaşam olayları, çocukluk döneminde olumsuz yaşam olaylarına ve aile içi şiddete maruz kalma, ebeveynen ayrı büyüme, medeni durum, evlilik yaşı ve çocuk sayısı gibi faktörler ise çevresel risk faktörleri bağlamında ele alınabilir.

1.1.4. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, bireylerde depresyon semptomları gösterme riskini azaltan veya risk faktörü olarak nitelendirilen çeşitli durumların bireylerdeki etkilerini hafifletecek faktörler olarak nitelendirilebilir. Depresyon için koruyucu faktörlerin neler olabileceği konusunda çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan biri hayattan keyif almak ve öz şefkatin depresyon için koruyucu faktör olup olmayacağını araştırmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları hayattan keyif almanın ve öz şefkatin hem kısa vadede hem de ileriye dönük olarak bireylerin depresyon puanları ile ters orantılı olduğunu ortaya koymuştur (Ford ve ark., 2016). Çalışmanın sonuçları ayrıca hayattan keyif alma düzeyi yükseldikçe olumsuz yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişki düzeyinin azaldığını göstermiştir (Ford ve ark., 2016). Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre öz şefkat ve hayattan keyif alma koruyucu faktörler olarak ele alınabilir ve bireylerde olumlu duygulanımın teşvik edilmesi olumsuz yaşam olaylarının etkilerini de daha aza indirgeyecektir.

Depresyonun bireylerdeki olumsuz etkilerinden biri de intihar girişiminde bulunma veya intiharı düşünme riski oluşturmaktadır. İntihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış depresyonu olan kişiler ile yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmamış kişilerin kendilerini ailelerine karşı daha sorumlu hissettikleri, sosyal olarak kabul görülmemekten daha çok korktukları, ahlaki olarak intihara daha fazla karşı oldukları, hayatta kalma ve başa çıkma becerilerinin daha yüksek olduğu ve intihar düşüncesinden daha çok korktukları saptanmıştır (Malone ve ark., 2000). Ayrıca, intihar girişiminde bulunmuş bireylerin, umutsuzluk ve intihar düşünceleri daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Malone ve ark., 2000). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bireylerin baş etme becerilerinin yüksek

olmasının ve intihar ile ilgili olumsuz düşüncelerinin depresyon kaynaklı intihar girişiminde bulunma riskine karşı koruyucu faktörler olduğunu göstermektedir.

Sağlıklı yaşam davranışlarının ve algısının depresyon ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada bireylerin sağlık algılarının depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (İskender ve ark., 2018). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, sigara ve alkol kullanımı ve sağlık algısının düşük düzeyde olması, depresyon düzeyinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir (İskender ve ark., 2018). Bunların dışında çalışmada, dışadönük ve sosyal faaliyetlere katılan bireylerin depresyon düzeylerinin içedönük ve sosyal faaliyetlere nadiren katılan veya katılmayan bireylere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (İskender ve ark., 2018). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, sağlıklı yaşam davranışları ve algılarının, dışadönük kişilik özelliğinin ve sosyal faaliyetlerde bulunmanın depresyon için koruyucu faktörler olabileceğini göstermektedir.

Depresyon için koruyucu faktörlerin incelendiği çalışmalardan elde edilen bulgular, hayattan keyif alma, öz şefkat, sağlıklı yaşam algısı, dışadönük kişilik özelliği ve sosyal faaliyetlere katılım sağlamanın düşük depresyon düzeyleriyle ilişkilendirildiğini göstermektedir. Bu bağlamda belirtilen durumlar bireylerde depresyon için koruyucu faktörler olarak nitelendirilebilir. Ayrıca bireylerin ailelerine karşı sorumlu hissetmeleri gibi yaşama nedenleri bulmaları da depresyon kaynaklı intihar girişimleri açısından koruyucu özellik göstermektedir.

1.1.5. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresif bozukluklar ve majör depresyon geçmişten günümüze bireylerde en sık görülen psikopatolojik bozukluklardan biridir. DSM-5'te, depresyonun ABD'deki 12 aylık yaygınlığının yaklaşık %7 olduğu ve bireylerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (2013). Buna göre 18-29 yaş arasındaki yaygınlık 60 ve daha üstü yaşlardaki yaygınlığına göre üç kat daha fazladır ve kadınlardaki yaygınlık erkeklere göre 1.5 ile 3 kat daha fazladır (DSM-5, 2013).

Ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaların başlaması 1855 yılında Jarvis'in deliliğin ve aptallığın yaygınlığının araştırılmasına yönelik çalışmasına dayanmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007). 19. Yüzyılın ortalarına kadar hastane kayıtları ile yaygınlık belirlenmiştir ve İkinci Dünya Savaşı sırasında ABD'de ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin askere alınmaması da yaygınlığın tespit edilmesine katkı sağlamıştır (Kaya ve Kaya, 2007). İkinci Dünya savaşını izleyen yıllarda çeşitli epidemiyolojik çalışmalar yapılmış olsa da bunlar standart tanı ölçütleri kullanılmamıştır (Kaya ve Kaya, 2007). Daha sonra epidemiyolojik çalışmalar daha sistemli bir hal almaya başlamış ve özellikle 1950'li yıllardan itibaren ölçekler geliştirilmesi ve başta ABD olmak üzere çeşitli ulusal çalışmaların yapılması dünyada ve Türkiye 'de epidemiyolojik çalışmaların hız kazanmasına olanak sağlamıştır (Kaya ve Kaya, 2007). 1990'lı yıllardan itibaren ise tanı ölçütleri olarak DSM, ICD, DIS, CIDI ve SCAN gibi tanı araçları kullanılmaya başlanmıştır (Kaya ve Kaya, 2007).

1970'li yıllardan 2000'lere kadar ABD'de yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar depresyonun yaygınlığının kadınlarda, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde ve kentsel bölgede yaşayanlarda daha yaygın olduğunu ortaya konmuş ve yaş ilerledikçe depresyon yaygınlığının arttığı tespit edilmiştir (Anber ve ark., 2021). Avrupa'da yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kadınlarda, dul, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda depresyonun yaygınlık oranı daha fazla bulunmuştur (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2016; Yalvaç, 2012). Asya ve Afrika'da yeterli sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmamakla birlikte ABD, Avrupa, Asya ve Afrika ülkelerinde depresyonun yaygınlığı karşılaştırıldığında en yüksek oranların ABD'de olduğu, bu oranları Avrupa ülkelerinin izlediği ve en düşük yaygınlığın ise Asya ülkelerinde olduğu görülmüştür (Kaya ve Kaya, 2007).

2000 yılından sonra yapılan epidemiyolojik çalışmalar öncesinde yapılanlara göre daha çok detaylandırıldığı ve yaygınlık açısından daha çeşitli verilere ulaşıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda, ABD'de depresyon yaygınlığının obezite, vücut ağırlığı, etnik köken, orta yaşta olmak, sosyal güvence tipi, sosyal destek varlığı, sigara ve alkol kullanımı ve fiziksel sağlığın kötülüğü ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Yalvaç, 2012). Avrupa'da yapılan çalışmalarda ise, kadınlarda depresyonun yaygınlığının erkeklere oranla 2 kat daha fazla

olduğu bulgularına ek olarak, genç yaşta olmak, düşük eğitim düzeyi, kentleşme, yalnız yaşama ve işsizliğin de depresyonun yaygınlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Yalvaç, 2012). Bu bulguların yanı sıra Batı Avrupa’da orta yaş grubunda, toplumsal sorun yaşayanlarda ve sosyal olarak dezavantajlı bireylerde depresyonun daha yaygın olduğu görülmüştür (Paykel ve ark., 2005). Asya ülkelerinde 2000’li yıllardan sonra yapılan çalışmaların da yetersiz olduğu vurgulanırken bu ülkelerde depresyon yaygınlığının ABD ve Avrupa’ya göre daha düşük olduğu görülmektedir (Kaya ve Kaya, 2007). Ayrıca Asya ülkelerinde vardiyalı çalışan kişilerde tam gün çalışanlara göre depresyonun daha yaygın olduğu saptanmıştır (Ohayon ve Hong, 2006). Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalar da dünyanın diğer bölgeleri ile paralellik göstermektedir ve özellikle işsiz olan bireylerde depresyonun yaygınlığının çalışan bireylere göre 10 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Fekadu ve ark., 2007).

Türkiye’de ilk epidemiyolojik çalışmalar 1960’lı yıllarda yapılmaya başlanmıştır ve 1970’li yıllardan itibaren bu çalışmalar yapılandırılmış şekilde yürütülmüştür (Kaya ve Kaya, 2007). 1980’li yıllarda kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan insanlarla yapılan çalışmalar depresyonun yaşam boyu yaygınlığının kentte yaşayan bireylerde daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur (Kaya ve Kaya, 2007). Aynı yıllardaki çalışmalar kadınlarda, 40 yaşın üzerinde olan, dul olan ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerde depresyonun daha yaygın olduğu saptanmıştır (Kaya ve Kaya, 2007). 1990’lı yıllarda yapılan çalışmalarda da kadınlarda depresyon yaygınlığının erkeklere oranla yüksek olduğu saptanmış ve bu bulgular, kadınların mevcut sosyal rolleri ve buna bağlı olarak gelişen sosyo-ekonomik durumları ile ilişkilendirilmiştir (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016; Anber ve ark., 2021). Bunun dışında kadınlarda 55-65 yaş arasında depresyonun daha yaygın olduğu saptanmışken erkeklerde, 18-24 yaş aralığında daha yaygın olduğu görülmüştür (Kaya ve Kaya, 2007). Ayrıca düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, dul olmak ve boşanmış olmak da depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016).

1.1.6. Depresyonun Tedavisi

Depresyon günümüzde en yaygın psikolojik bozukluklardan birisi olmasına rağmen tedaviye başvurma, tedaviye devam etme ve yeterli sürede tedavi alma oranları oldukça düşüktür (Türkçapar ve ark., 2014). Depresyon için gerekli ve yeterli tedavi alınmadığında yeniden atak yaşanma olasılığı artmaktadır ve depresyon, bireylerde önemli ölçüde yeti yitimine sebep olduğu için uygun tedavinin alınması atakların tekrarlanmaması açısından oldukça önem taşımaktadır (Türkçapar ve ark., 2014; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). American Psychiatric Association (APA) depresif bozukluğu olan hastaların tedavisine yönelik bir uygulama kılavuzu yayınlamaktadır. Bu kılavuzda antidepresan kullanımı, elektrokonvülsif tedavi (EKT), psikoterapiler ve diğer psikososyal tedaviler, farmakoterapi ile birleştirilmiş psikoterapi, devam ve bakım tedavisi ve tedaviye yetersiz yanıt ile ilgili içerikler yer almaktadır (Fochtmann ve Gelenberg, 2005). Kılavuzda belirtilen yöntemlerin depresyon tedavisinde kullanılması önerilmiştir, sürdürülebilirliğin sağlanması için izlenilmesi gereken yol belirtilmiştir ve tedaviye yetersiz yanıt durumunda neler yapılması gerektiğine değinilmiştir (Fochtmann ve Gelenberg, 2005). Depresyon tedavisi akut tedavi, devam tedavisi ve koruma evresi olmak üzere üç temel süreçten oluşur (Gabbard, 2007). Akut tedavi hastanın tedaviye başvurmasından semptomların hafiflemesine kadar geçen süreyi kapsar, devam tedavisi akut tedaviden sonraki semptomlardaki azalmanın devam ettiğinden emin olunan 6-12 aylık süreci ifade eder ve koruma evresinde ise terapist, mevcut tedavinin hastalığın tekrarını önlemek için hala gerekli olup olmadığına karar verir (Gabbard, 2007). Örsel (2004), depresyon tedavisinde ana ilkeleri;

- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Uygun antidepresan ilaç seçimi
- Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi
- İntihar riskinin belirlenmesi
- Tedaviye uyumun sağlanması
- Tedavi gidişinin değerlendirilmesi
- Antidepresan ilaçların uygun doz ve süre kullanımının sağlanması
- Yan etkiler konusunda bilgilendirme

- Elde edilen tedavi yanıtının sürdürülmesi
- Psikoterapi gerekliliğinin değerlendirilmesi olarak belirtmiştir.

1.1.6.1. Psikofarmakolojik Tedavi

İlaç tedavisinde beklenen etkinin görülmeye başlanması yaklaşık 1-3 haftalık süreyi kapsar ve ilacın etkili olup olmadığına karar verebilmek için en az 4-6 hafta beklenmesi gerekmektedir (Örsel, 2004). İlaç tedavisinin sonlandırılmasına karar verildiğinde ise ilaçlar, aylar içinde kullanılan ilaç grubuna göre belli oranlarda azaltılarak kesilmelidir (Örsel, 2004).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI): MAO inhibitörleri 1950’li yıllardan beri depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanları içerir ancak zamanla kullanım oranı azalmıştır ve günümüzde etkililik ve güvenlik sebepleri ile ilk tercih edilen antidepresanlar içinde bulunmamaktadır (Thase ve ark., 1995). Daha sonradan MAO inhibitörlerinin olası yan etkileri göz önünde bulundurularak geri dönüşümlü MAO inhibitörleri (RIMA) geliştirilmiştir (Thase ve ark., 1995). Türkiye’de ise yalnızca RIMA grubundan moklobemid bulunmaktadır (Örsel, 2004).

Trisiklik Antidepresanlar (TSA): Bu grupta yer alan antidepresanlar serotonin, noradrenalin ve kısmen dopamin geri alımına etki eder (Örsel, 2004). Kilo artışı, bulanık görme, ağız kuruluğu ve kan basıncının yükselmesi gibi yan etkileri bulunmakla birlikte ölüm riski oluşturabileceğinden ötürü yüksek dozları güvenli bulunmamaktadır ve intihar girişimlerinde kullanılma olasılığından dolayı tedavide tercih edilme oranı düşüktür (Örsel, 2004).

Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri (NRI): Bu grupta yer alan antidepresanların, depresyonun dikkat ve enerji azalması ve kayıtsızlık gibi semptomlarına etki etmesi beklenmektedir (Örsel, 2004).

Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDGI): Bu grupta yalnızca bupropion bulunmaktadır ve tedaviye dirençli vakalarda tek başına veya kullanılan diğer

ilaçlara takviye olarak tercih edilmekle birlikte Türkiye’de sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır (Örsel, 2004).

Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI): Bu grupta bulunan antidepresanlar TSA’larla benzer etkilere sahiptir ancak yan etkilerinin daha az olmasından dolayı daha sık tercih edilmektedir (Örsel, 2004).

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI): Bu grupta bulunan antidepresanlar, huzursuzluk, motor hareketlerde değişme ve cinsel fonksiyonlarda bozulma gibi yan etkilere neden olabilir (Örsel, 2004).

N-metil-D-aspartik Asit (NMDA): Depresif bozuklukların, beyinde strese daha duyarlı olan hipokampal nöronları ve nöroplastisiteyi etkilediği, yapılan çeşitli araştırmalar tarafından ortaya konmuştur ve buna yönelik olarak antidepresan tedavileri, serotonin ve noradrenalin alımını artırmanın yanı sıra hipokampal nöronlarda stresin neden olduğu hasarın azaltılmasını ve nöroplastisitenin artırılmasını hedeflemelidir (Kotan ve ark., 2009). N-metil-D-aspartik asit (NMDA) olarak bilinen reseptörler ise stres etkisiyle karşılaştığında beyin nöronlarındaki hasarın artmasını tetikleyici etki gösterebilir (Kotan ve ark., 2009). Bu bağlamda NMDA fonksiyonunun azaltılması stresin beyinde yarattığı hasarın önlenmesinde önemli bir rol oynayabilir (Kotan ve ark., 2009).

1.1.6.2. Depresyon Tedavisinde Nöromodülasyon Teknikler

Somatik tedavi yöntemleri olarak da bilinen nöromodülasyon teknikleri, depresyon tedavisinde özellikle tedaviye direnç gösteren hastalarda merkezi sinir sistemini uyarak veya değiştirerek tedavi sağlamayı amaçlar (Akdeniz, 2017). Nöromodülasyon tedavileri; elektrokonvülsif tedavi (EKT), manyetik nöbet terapisi ve transkraniyal manyetik uyari (TMS) tedavilerini içerir (Akdeniz, 2017).

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT): EKT, 1930’lu yıllarda, psikofarmakolojinin gelişiminden önce geliştirilmiş olan, psikolojik bozuklukların tedavisinde kullanılan etkili bir yöntemdir ancak günümüzde kullanımı yaygın olmamakla birlikte tedaviye direnç gösteren ve tedaviye yanıtın düşük olduğu hastalarda tercih edilme oranı daha yüksektir

(Tomruk ve Oral, 2007). EKT uygulamasında, hastanın kafasına yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla beyne elektriksel uyarı gönderilerek epilepsi nöbeti oluşturulmaktadır (Sayar ve ark., 2014). Elektrik sinyallerinin gönderim süresi ve şiddeti her hasta için bireysel olarak belirlenmektedir (Sayar ve ark., 2014). Günümüzde EKT'nin beyinde hangi etkileri yaratarak tedavi ettiği tam olarak anlaşılamamış olsa da kişide gerçekleşen nöbet sonrasında serotonin, noradrenalin ve dopamin nörotransmitterlerine etki ettiği düşünülmektedir (Sayar ve ark., 2014). EKT, depresyon hastalarında antidepresanlara göre etkisini daha hızlı göstermektedir ancak uzun dönemde oluşabilecek yan etkiler konusunda yeterli bilgi sahibi olunmadığı için tedavide ilk tercih edilen yöntem değildir (Tomruk ve Oral, 2007). Yüksek intihar riski bulunduğu, psikomotor yavaşlamanın hastanın temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmasına sebep olduğu, tedaviye yanıtın düşük olduğu ve depresyonun tedaviye dirençli olduğu durumlarda EKT kullanılması önerilmektedir (Tomruk ve Oral, 2007).

Transkraniyel Manyetik Uyarım (TMS): TMS'de hastanın kafasına yerleştirilen elektromanyetik bobinler aracılığıyla beyne aralıklı olarak 1-5 saniye süren manyetik uyarılar gönderilmektedir (Ünsalver ve Tarhan, 2017). TMS kullanımı diğer tedavi yöntemleri etkili olmadığı zaman tercih edilmektedir ve EKT'ye göre daha az yan etki oluşturacağı düşünülmektedir (Ünsalver ve Tarhan, 2017). TMS'nin etki mekanizması da tam olarak bilinmemekle birlikte beyinde dopaminerjik iletiyi arttırdığı düşünülmektedir (Ünsalver ve Tarhan, 2017). TMS tedavisinin, antidepresan ya da psikoterapi tedavisinin etki etmediği, psikotik özellikleri olmayan ve 3 yıl ya da daha süredir depresif epizodu devam eden hastalarda uygulanması önerilmektedir (Ünsalver ve Tarhan, 2017).

Manyetik Nöbet Tedavisi (MST): MST tedavisi uygulama amacı olarak EKT ve TMS ile benzerlik gösterse de uygulama biçimi açısından farklılıklara sahiptir (White ve ark., 2006). MST hastanın manyetik olarak uyarılması açısından TMS ile benzerdir ancak uygulanan manyetik uyarı TMS'de olduğundan daha güçlüdür (White ve ark., 2006). Daha yüksek yoğunlukta ve daha uzun süreli manyetik uyarım hastada EKT'ye benzer şekilde nöbetler oluşturabilir ancak manyetik alanlar kafatasında dirençle karşılaşmadan beyne ulaştığı için MST beyinde daha lokal bölgelere etki edebilmesi açısından EKT'den farklılaşmaktadır (White ve ark., 2006).

1.1.6.3. Terapiler

Depresyonun tedavisinde kullanılan yöntemlerden birisi, çeşitli ekol ve yaklaşımlarla yapılan terapiler, farkındalık eğitimi ve psikoeğitimi kapsayan psikososyal girişimlerdir. Psikososyal girişimler bireylerin farkındalığını artırarak tedaviye devam etme ve ilaç tedavisine uyum sağlama oranını artırmaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapi yaklaşımı hasta ile terapist arasındaki terapötik ilişkiye odaklı olarak kişinin bilinçdışında yer alan çatışmaları çözmeyi ve kişilik yapısında bir değişim oluşturmayı hedefler (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Psikodinamik yaklaşımda terapi süresi bakımından bir kısıtlama bulunmamaktadır ve birkaç yıla kadar sürebilir ancak günümüzde daha hedefe yönelik olarak ilerleyen ve süresi bir yılı aşmayan kısa süreli dinamik psikoterapi yöntemi de kullanılmaktadır. Psikodinamik yaklaşım depresyonu, bilinçdışında yer alan çatışmaların yarattığı öfkenin birey tarafından içselleştirilmesi olarak tanımlar ve buna yönelik olarak depresyonun tedavisinde bireylerin bu çatışmaların farkına varması hedeflenir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bu yaklaşımın yapılandırılmamış olması depresyon tedavisindeki etkililiğinin araştırılmasını zorlaştırmakla birlikte kısa süreli ve uzun süreli dinamik psikoterapinin depresyon tedavisinde iyileşmeye katkı sağladığı ancak diğer terapi yöntemlerine göre daha avantajlı olmadığı düşünülmektedir (Leicsenring, 2001; Leicsenring ve Rabung, 2008).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

Kişilerarası ilişkilerin sağlıklı olmaması depresyon için risk faktörü oluştururken sağlıklı olması ise koruyucu faktör olarak nitelendirilebilir. Ayrıca depresyon kişilerin sosyal işlevselliklerini düşürerek kişilerarası ilişkilerinde de bozulmalara sebep olabilir. Kişilerarası terapi yaklaşımı ise sağlıklı sosyal ilişkilerin öneminden yola çıkarak ve ilişkiler kuramı, bağlanma kuramı ve sosyal rolleri temel alarak bireylerde depresif semptomlara yol açan kişilerarası ilişkileri çözmeye odaklanır (Lipsitz ve Markowitz, 2013). KİT; depresyon semptomlarının saptandığı, bunların kişilerarası ilişkiler

bağlamında değerlendirildiği ve tedavi hedeflerinin belirlendiği birinci aşama; yas, sosyal rollerde değişimler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması ve yetersizlikler alanlarından birinin seçildiği ikinci aşama ve tedavinin kazanımlarının değerlendirilip hastanın güçlü yanlarının desteklendiği son aşamayı kapsar (Lipsitz ve Markowitz, 2013). KİT sırasında bireyin kayıplarına ve bunun onda yarattığı duygulara odaklanmayı kapsayan keder, bireyin ilişkilerinde karşılaştığı çıkar çatışmalarının çözülmesini kapsayan kişilerarası rol çatışmaları, iş değiştirme, mezuniyet, evlenme, boşanma gibi büyük yaşamsal olayların yarattığı strese odaklanan rol değişiklikleri ve bireyin sosyal ilişkilerini sürdürmekteki yetersizliklerini konu alan kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler olmak üzere dört temel soruna odaklanılır (Lipsitz ve Markowitz, 2013). KİT tedavi sürecinde açıklayıcı teknikler, duygu cesaretlendirmesi, açıklık kazandırma, iletişim incelenmesi, terapötik ilişkinin kullanılması ve davranış değiştirme teknikleri yöntemlerine başvurulmaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Ayrıca KİT’te terapist tarafsız değildir ve terapötik ilişkide yönlendirici ve açıklayıcı bir roldedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi modelinde, depresyonun gelişimi, sürdürülmesi ve tedavisinde düşünce, duygu ve davranışların rolüne odaklanılmaktadır ve işlevsiz düşüncelerin, temel inançların ve bilgi işleme ön yargılarının depresyondan önce gelerek depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir (Hundt ve ark., 2013). BDT’nin ise bunları değiştirerek ve hastanın kendi günlük yaşamındaki davranışsal hareketliliği artırıp doğal pekiştireçlerle karşılaşmasını sağlayarak depresyonu tedavi ettiği öne sürülmektedir (Hundt ve ark., 2013). BDT öğrenme kuramlarından yola çıkarak bireylerin günlük hayatlarında karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebilmelerine katkı sağlamak için problem çözme becerileri ve ‘şimdi’ ve ‘burada’ ya odaklanan bir terapi yöntemidir (Demiralp ve Oflaz, 2007). BDT’nin amaçlarından birisi bireylerin bu sorunları yaşamasında rol oynayan gerçeklikten uzak düşüncelerini ve bu düşüncelerin bireylerin hayatlarını nasıl etkilediğini tanımlamaktır (Demiralp ve Oflaz, 2007). BDT’nin depresyon tedavisinde kullanılmasıdaki amaç ise çeşitli davranışsal ve bilişsel tekniklerle hastanın semptomlarında iyileşme sağlanmasıdır.

Bu teknikler kullanılırken danışandaki semptomların şiddeti, süresi ve sıklığı göz önünde bulundurulur.

Aile ve Çift Terapisi

Aile ve çift terapisi, aile içi ve çiftler arasındaki ilişkinin iyileştirilmesini ve geliştirilmesini hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu terapi yaklaşımında birden fazla aile üyesi ile birlikte veya aile üyeleri ile ayrı ayrı görüşülebilmektedir. Yapılan görüşmeler sırasında aile üyelerinin olayları ve durumları farklı bakış açıları ile görmesi sağlanarak düşünce biçimlerinde değişiklik yaratmak amaçlanmaktadır. Aile içi ilişkilerin depresyon için risk faktörü haline gelebildiği veya aile üyelerinden birinde depresyon bulunmasının aile içi ilişkileri olumsuz etkilediği bilinmektedir. Aile terapisinde psikoeğitsel, davranışsal, nesne ilişkileri, sistematik, yapısal, çözüm odaklı ve bağlanma temelli modellerden hangisinin kullanılacağına, ailenin yapısı, ihtiyacı ve hangi konularda işlevselliğinin yeniden yapılandırılması gerektiği tespit edilerek karar verilir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bu modellerde ebeveyn ve çocuk ilişkisine, ailenin sorunlar karşısındaki başa çıkma becerilerine, aile içinde net olmayan sınırları yeniden şekillendirme gibi konulara odaklanır. Depresyon tedavisinde bireysel terapi ve psikofarmakolojik tedaviye ek olarak aile terapisinin kullanılması depresyon semptomlarını tetikleyen veya depresyonun yarattığı aile içi çatışma ve stres yaratan durumların çözülmesine katkı sağlayarak bireylerin iyileşme sürecine olumlu etki edecektir.

Hümanistik Terapi

Hümanistik terapi yaklaşımının temel ilkesi kişinin öz farkındalığını arttırmak, kendi değerini görmesini ve potansiyeli keşfetmesini sağlamaktır. Bu hedefe yönelik olarak hümanistik terapi yaklaşımında hasta merkezli bir ilke benimsenmiştir ve hastalar yargılanmadan ve yönlendirilmeden dinlenerek sorunlara çözüm üretmeyi öğrenmeleri sağlanmaktadır. Gestalt terapi, varoluşsal terapi, transaksyonel analiz, kişi odaklı terapi ve süreç- deneyimsel terapi hümanistik yaklaşımın benimsendiği terapi çeşitleridir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Hümanistik terapi yaklaşımları depresyon tedavisinde kişilerin kendilerine yönelik negatif duygularını değiştirmeyi, insan ilişkilerini geliştirmeyi, şimdi

ve burada yaklaşımla kişinin depresif semptomlarını azaltmayı, kişinin bireyselliğine ve başkalarına karşı sorumluluğuna odaklanmasını sağlamayı hedeflemektedir (Churchill ve ark., 2010)

Bilinçli Farkındalık Uygulamaları

Bilinçli farkındalık uygulamalarının temel amacı, depresyonun olaylara ve durumlara bakış açısındaki etkilerinin fark edilmesini sağlamaktır (Demir, 2014). Bilinçli farkındalık uygulamaları konsantrasyon ve katılım gerektirir ve kişiyi içinde bulunduğu ana odaklanmaya ve o andaki duyguları, düşünceleri ve bedeni ile ilgili farkındalığının artmasını teşvik eder (Demir, 2014; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bu yöntemle kişinin değişimden ziyade farkına varma ve kabullenme becerilerinin geliştirilmesi sağlanır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bilinçli farkındalık uygulamalarının depresyon tedavisindeki temel amaçlarından birisi de kişinin farkındalık becerisinin artması ile depresyonun yol açtığı ruminatif düşüncelerin önüne geçmektir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bilinçli farkındalık temelli tedavi yaklaşımlarının özellikle farmakolojik tedaviye uygun olmayan hastalarda ve farmakolojik tedavide ilacı sonlandırmanın yol açabileceği tekrarlamaların önüne geçme konusunda önemli bir seçenek oluşturduğu düşünülmektedir (Demir, 2014). Yapılan bir araştırmada rutin tedaviye ek olarak bilinçli farkındalık temelli tedavi uygulanan hastalardaki tekrarlama oranlarının yalnızca rutin tedavi alan hastalara göre önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir (Demir, 2014).

Psikoeğitim

Psikoeğitim, bireylerin hastalıkları ve hastalıklarının onlarda yarattığı duygusal, bilişsel ve fiziksel etkileri hakkında bilgi edinmelerini amaçlayan eğitsel müdahaleleri kapsar (Şengün ve ark., 2011). Bu müdahaleler aracılığıyla hastalığı sahip olan bireylerin ve ailelerinin mevcut durumla başa çıkabilme becerileri geliştirilmek ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla bilgi ve davranış değişikliği yaratmak üzerine çalışılır (Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitim, hastalık hakkındaki bilgilerin aktarılmasını, kişinin hastalığa yüklediği anlamlara açıklık getirilmesini ve kişinin mevcut durumuyla baş edebilmesi amacıyla kullanabileceği kaynakların etkili biçimde yönetebilmesinin sağlanmasını içeren, terapötik

etkileşim, açıklık getirme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi ögelerinden oluşmaktadır (Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitim öğrenen merkezli bir yaklaşımdır ve şimdiki zamana odaklanılarak kişinin gereksinimlerine göre biçimlendirilir (Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitimin depresyon tedavisinde kullanılması ise benzer şekilde hastalığın bireylere ve ailelerine anlaşılır bir dille tanıtılmasını, antidepresan kullanımında ve bırakma sürecinde dikkat edilmesi gereken unsurların açıklanmasını, hastanın sağlıklı yaşam davranışlarına teşvik edilmesini ve tedavi süreci ve tekrarlama risklerinin açıklanmasını içermektedir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Grup psikoterapisi ve Psikodrama

Grup psikoterapisi, bir hasta grubunun birlikte tedavi edilmesini ifade eder ve bu yöntem hem terapistin kullandığı teknikler hem de hastaların birbirleriyle etkileşim kurması aracılığıyla tedaviye hizmet eder (Varma ve ark., 2017). Umut aşılama, evrensellik, bilgilendirme, özverili olma, temel aile grubunun düzeltici biçimde yeniden oluşturulması, sosyalleşme tekniklerinin geliştirilmesi, taklit etme davranışı, grup kaynaşması, katarsis, kişiler arası öğrenme ve varoluşsal etmenler grup terapisinde bireylerin iyileşmesine katkı sağlaması beklenen faktörlerdir (Varma ve ark., 2017). Grup üyelerinin terapist gözetiminde sorunlarını spontan şekilde canlandırması olarak tanımlanan psikodramanın grup terapisinde kullanılması ise tedavi edici etmenlerden biri olan katarsis sağlama ve bireye iç görü kazandırmayı hedefler (Varma ve ark., 2017). Psikodrama tekniği ile bireyler yaşadığı bir olayı yeniden canlandırabilir ve bu yeniden canlandırma sayesinde hem kendisinin bastırdığı duygu düşünceler terapistin ve diğer grup üyelerinin yardımı ile ortaya çıkabilir hem de kişi yaşadığı olayı dışarıdan gözlemleme ve davranış değiştirme olanağı elde eder (Varma ve ark., 2017). Grup psikoterapilerinde psikodramanın kullanılmasının depresyonun neden olduğu konuşma azlığı, eylemlerde yavaşlama, çağrışımların fakirleşmesi, spontanlığın azalması gibi durumlarda iyileşme görülmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (Varma ve ark., 2017)

1.1.7. Tedaviye Uyum, Uyumsuzluk ve Direnç

Depresyon, başlıca antidepresan kullanımı ve psikoterapi desteği olmak üzere çeşitli yöntemlerle tedavi edilmektedir. Ancak depresyon tedavisi için izlenen yol kadar hastaların tedaviye gösterdiği uyum ve direnç de tedavinin sonuçlarında etkili olmaktadır. Tedaviye uyum, kişinin kontrollere düzenli katılım göstermesini, ilaçlarını tavsiye edilen şekilde kullanmasını ve davranış biçiminde yapılan önerilere uyum sağlamasını ifade eder. Psikolojik hastalıklarda kişinin tedaviye uyum göstermemesi diğer hastalıklara göre daha yaygındır (Türkçapar ve ark., 2014). Tedaviye uyumsuzluk, kişinin klinik açıdan tedavinin sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyecek davranışlarda bulunmasıdır. İlaçları önerilen dozda ve önerilen saatlerde kullanmamak veya hiç kullanmamak bu davranışlara örnek olarak gösterilebilir ve tedavinin etkililiğini önemli derecede azaltır. Yapılan araştırmalar hastaların yalnızca üçte birinin tedaviye tam uyduğunu, üçte birinin kısmen uyduğunu ve üçte birinin ise hiçbir tedaviye uymadığını göstermektedir (Türkçapar ve ark., 2014).

Tedavinin başlangıcında karşılaşılan yan etkiler ve tedavinin başlangıcından bir süre sonra görülen kısmi iyileşme, uyumsuz davranışların sebepleri arasında gösterilmektedir (Türkçapar ve ark., 2014; Demirkol ve Tamam, 2016). Bu bağlamda hastaya ve hasta yakınlarının tedavi süreci, antidepresanların olası etkileri ve belirtilerin düzelmesinin zaman alacağı konusunda bilgilendirilmelerinin tedaviye uyumu artıracığı düşünülmektedir (Örsel, 2004). Ayrıca hastada daha şiddetli seyreden semptomların iyileştirilmesine öncelik verilmesi de tedaviye uyumu artmasına katkı sağlaması beklenen etkenler arasında gösterilmektedir (Örsel, 2004). Bireylerin tedaviye uyum davranışlarıyla ilişkili olabilecek değişkenler incelendiğinde kadınların tedaviye uyum gösterme düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Türkçapar ve ark., 2014; Demirkol ve Tamam, 2016). Hasta ve doktor arasındaki ilişki, kişinin sosyal çevresinden gördüğü destek, kişilik bozukluğunun bulunması ve madde kullanımı da tedaviye uyumu etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir (Demirkol ve Tamam, 2016).

1.1.8. Güncel tedavi yaklaşımları

Depresyon, toplumda önemli derecede yaygınlığa sahip olduğu ve bireylerin günlük hayatlarını olumsuz bir şekilde etkilediği için etkin bir tedavi yöntemi kullanılması önem taşımaktadır. Uzun yıllardır depresyon için etkili tedavi yöntemleri araştırılmıştır ve araştırılmaya devam edilmektedir. Buna yönelik olarak her geçen gün yeni tedavi yaklaşımları denenmektedir. Özellikle tedaviye uyum sağlayamayan, uyumsuz veya direnç gösteren hastalar için daha önce belirtilen tedavi yöntemlerinin yanı sıra güncel tedavi yaklaşımlarının da etkililiğinin araştırılması ve uygulanması önem taşımaktadır.

Tedaviye dirençli hastalarda mevcut tedavinin başarısız olmasından sonraki adımda uygulanan tedavi yöntemlerinin araştırıldığı bir çalışmada, çeşitli psikofarmakolojik ilaçlar, psikoterapi, nöromodülasyon teknikleri ve psikedeliklerin ve bunların kombinasyonlarının “sonraki adım” adı verilen bu süreçte kullanılabildiği belirtilmiştir (Muit ve ark., 2022). Günümüzde psikedeliklerin kullanımının depresyon semptomları üzerindeki etkileri araştırılmaktadır çünkü psikedeliklerin serotonin agonisti olarak depresyon semptomlarında azalmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Johansen ve ark., 2022). Bu araştırmalardan elde edilen bulgular psikedeliklerin psikoterapi ile kombine edilerek uygulanmasının klasik antidepresan tedavisine göre daha kısa sürede ve tedaviyi takiben semptomlarda azalmaya etki ettiğini ve bu etkinin altı aylık takiplerde devam ettiğini göstermiştir (Johansen ve ark., 2022) Bu etkilerin ise özellikle bireylerin psikomotor yavaşlaması ve kendilerine yönelik tekrarlayan olumsuz düşünceleri (ruminasyon) üzerinde olduğu düşünülmektedir (Johansen ve ark., 2022). Ancak psikedeliklerin kullanımı tek başına kaygı, panik ve nadiren de olsa uzun süreli psikoz gibi riskler barındırmaktadır ve psikoterapi ile kombine edilmesi bu risklere karşı bireyleri koruyabilecek olmasına rağmen onları tamamen ortadan kaldırmaz (Johansen ve ark., 2022).

Ketamin, 1960’lı yıllarda anestetik olarak geliştirilmiş olan bir NMDAR antagonistidir (Elias ve ark., 2022). Ketaminin antidepresan olarak kullanılmasına yönelik ilk klinik deneylerin yapılması ise 2000 yılında olmuştur ve kısa sürede etki ettiği, tolere edilebilir ve güvenli olduğu düşünülmektedir. Ancak etkisinin kısa sürmesi ve bir anestezi uzmanı

tarafından damar yoluyla hastaya veriliyor olması kullanımını problemli hale getirmiştir (Elias ve ark., 2022). 2000 yılından sonra devam eden araştırmalarda da ketaminin hızlı, güvenli ve etkili bir antidepresan etkisine sahip olduğu ve özellikle tedaviye dirençli hastalarda remisyona katkı sağlayacağı düşüncesi devam etmiştir (Muscat ve ark., 2022). Psikoterapi ile birleşen hassas ölçümlerle ayarlanmış dozlarda uygulanan ketaminin ise tedaviye direnç gösteren depresyonda daha etkili olacağı çünkü kişilerin tedaviye direncinin etiyojisinde önemli rol oynayan travmalarına da odaklanılmasının ketaminin etkilerinin kalıcılığını uzatacağı varsayılmaktadır (Muscat ve ark., 2022). Bu bağlamda hastaya ketamin uygulanmasından sonraki 24-48 saat aralığında psikoterapi seansları gerçekleştirildiğinde, beyinde ketaminden kaynaklı zirveye ulaşan dentritik hücre bağlantıları sayesinde psikoterapinin de etkililiğinin artacağı düşünülmektedir (Muscat ve ark., 2022).

2019 yılında ise ketamin kullanımının daha pratik hale gelmesi ve tedavide kullanılabilmesi amacıyla oral esketamin geliştirilmiş ve Avrupa ve ABD’de FDA tarafından onaylanmıştır (Elias ve ark., 2022). Yapılan bazı araştırmalar oral esketaminin depresyon hastalarında ve tedaviye dirençli hastalarda tek başına veya başka bir antidepresanla kombinasyon yapılarak kullanımının standart antidepresanlara göre semptomların azalmasında daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Elias ve ark., 2022). Ancak oral esketamin kullanımının güvenliliğini, tolere edilebilirliğini ve etkililiğini araştıran bir pilot çalışmada farklı bulgular elde edilmiştir, bu çalışmada hastalara 3 hafta boyunca oral esketamin uygulanmıştır (Smith-Apeldoorn ve ark., 2022). Çalışmada 3 haftalık sürecin sonunda ise, oral esketaminin hastalarda olumsuz bir yan etkisi gözlenmezken üç katılımcının tedaviye kısmi yanıt verdiği diğerlerinin semptomlarının ise remisyon göstermediği tespit edildiği belirtilmiştir (Smith-Apeldoorn ve ark., 2022).

Hastalıkların tedavisinde bitkilerin kullanımı dünyada yaygındır ve araştırmalar bir çok bitki ve bitki özünün antidepresan etkilerinin de olabileceğini göstermiştir (Elias ve ark., 2022). Bitki özlerinin insan vücudunda bir çok farklı biyolojik sürece ve reseptöre etki ederek moleküler ve antidepresanlarla benzer şekilde davranışsal etkilere sahip olabileceği düşünülmektedir ancak bu etkilerin altında yatan faktörler yeterince araştırılmamıştır (Elias

ve ark., 2022). Antioksidan özelliğe sahip bitkiler ve besin ürünleri de depresyon tedavisinde kullanılabilecek sentetik olmayan ürünler arasında gösterilmektedir (Riveros ve ark., 2022). Antioksidanların depresyon semptomlarına etki edebileceği düşüncesi ise, mitokondriyal hasar ile depresyon arasındaki ilişkinin ve mitokondriyal hasarın da oksidatif hasarın kaynağı olabileceğinin bilinmesine dayanmaktadır (Riveros ve ark., 2022).

1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel model, işlevsel olmayan düşüncelerin bütün psikolojik bozukluklarda ortak bir özellik olduğunu ve bu düşüncelerin bireylerin duygu durumunu ve davranışlarını etkilediğini öne sürerken, davranışçı model ise, insan davranışını dışarıdan gelen uyaranlara verilen tepkiler olarak ele alır (Beck, 2020; Bengisoy ve ark., 2019). Bilişsel davranışçı terapide ise amaç, bireyleri işlevsel olmayan düşüncelerinin geçerliliğini sorgulamaya teşvik ederek alternatif düşünce geliştirmelerini sağlamaktır (Beck, 2020). BDT’de düşüncelerde değişiklik yapılırken kullanılan tekniklere bireylerin duyguları ve davranışları da dahil edilir. Bireylerin çarpıtılmış düşüncelerini fark etmeleri sağlanır ve ödev vermek gibi çeşitli teknikler kullanılarak alternatif düşünce üretme yoluyla duygu ve davranışlarda değişiklik oluşturmak amaçlanır. Bilişsel yaklaşıma göre, bireylerin düşünceleri duygularını, davranışlarını ve herhangi bir olaya geliştirdikleri tepkileri etkilemektedir ve bu etkiye sebep olan düşünceler bireyin yaşadıkları olayı algılayış biçimleriyle şekillenir (Bengisoy ve ark., 2019). Bu yaklaşımda hastanın var olan duygu ve düşüncelerine odaklanılır ve bilinçaltında gelişen süreçler ile ilgilenilmez (Bengisoy ve ark., 2019). BDT; kişinin bilişsel çarpıtmalarını ve mantık dışı inançlarını fark etmesini, bu çarpıtmaların ve mantık dışı inançların gerçekliğini sorgulamasını, alternatif düşünme becerileri geliştirerek çarpıtma ve inançlarını gerçeğe uygun düşünceler ile değiştirmeyi hedefler.

BDT’de bu amaçlar gerçekleştirilirken şu ilkeler benimsenir;

- Zaman sınırlıdır ve seanslar yapılandırılmıştır.
- Terapi ilişkisi hasta ve terapist iş birliğine dayanır ve terapistin rolü eğitsel niteliktedir.
- “Şimdi ve burada” ya odaklanır.

- Hedefe yöneliktir ve mevcut soruna odaklıdır.
- Çeşitli teknikler kullanılarak düşünce, duygu ve davranışları değiştirmeyi hedefler.
- Kişilerin farkındalıklarının artması ve alternatif düşünce üretmeleri konusunda eğitici bir niteliğe sahiptir.

1.2.1. BDT'nin Tarihçesi

BDT, araştırılmaya açık ve deneysel yöntemler ışığında gelişimini sürdüren bir yaklaşımdır ancak psikolojide deneysel yaklaşımın başlangıcı BDT'den önce davranışçılığa dayanmaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Davranışçılığın temelleri ise, 1800'li yılların sonunda Pavlov'un öğrenme ile ilgili yaptığı deneyler sonucunda klasik koşullanmayı keşfetmesiyle atılmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Davranışçılığın klinik anlamda kullanılması, 1960'lı yıllarda psikanalize tepki olarak başlamıştır ve 1970'li yıllarda Aaron Beck ve Albert Ellis'in çalışmaları ile bilişsel yaklaşım yükselmeye başlayınca kadar psikoloji alanında öne çıkan bir yaklaşım olmuştur (Bengisoy ve ark., 2019). Aaron Beck, geliştirdiği bilişsel modeli klinik anlamda kullanmaya başladığında bunu bilişsel terapi olarak adlandırmaktaydı ancak, zamanla davranışçı psikologlar tarafından da benimsenmesiyle ve psikoloji alanında giderek yaygınlaşmasıyla birlikte bilişsel davranışçı terapi ismiyle anılmaya başlanmıştır (Beck, 2020). BDT, günümüze kadar tedavideki odak noktası, kullanılan teknikler, tedavi süresi ve formatta bazı değişiklikler yapılarak birçok hastalığın tedavisi için adapte edilmiştir ancak teorik altyapısı aynı kalmıştır (Beck, 2020). Bu teorik altyapı; uyumsuz inançlar, davranışsal stratejiler ve hastalığın sürdürücü faktörlerini tespit etmeyi içerir (Beck, 2020). Başta depresyonu tedavi etmek amacı ile ortaya çıkan BDT'nin, 1980'li yıllarda anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, psikotik bozukluklar, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluk tedavilerinde etkililiği araştırılmaya başlanmıştır (Bengisoy ve ark., 2019).

1950'li yıllarda, Beck, psikanaliz yaklaşımını benimseyen bir terapistti ve hastaların serbest çağrışımlarına odaklanarak çalışmaktaydı ancak, bu yaklaşımın test edilmesi gerektiğine inanan Beck, bu testi psikanalizin depresyona olan yaklaşımını irdeleyerek gerçekleştirdi

(Beck, 2020). Psikanalitik yaklaşım depresyonu kişinin kendisine yönelttiği düşmanlık olarak tanımlamaktaydı ve Beck, bunu test etmek için hastalarının rüyalarını analiz etmeye başladı (Beck, 2020). Yaptığı analizler sonucunda, depresif hastaların rüyalarında depresif olmayanlara göre daha fazla düşmanlık içeren öge çıkmasını beklerken bunun yerine kusurluluk, yoksunluk ve kayıp temalarıyla karşılaştı ve bu temaların, hastaların uyanık oldukları zamanlardaki düşünce yapılarıyla örtüştüğünü fark etti (Beck, 2020). Daha sonra, hastalarını dinlerken onların otomatik ve kendilerine yönelik değerlendirici düşüncelere sahip olduğunu ve bu düşüncelerin hastaların o sırada ne hissettikleri ile yakından ilişkili olduğunu tespit etti (Beck, 2020). Bu bağlamda, Beck, hastalarının gerçekçi olmayan ve uyumsuz düşüncelerini tanımlamasını ve değerlendirmesini sağladı (Beck, 2020). Bu uygulamanın ardından, hastaların hızlı bir gelişme kaydettiğini gözlemledi ve yöntemini diğer çalışma arkadaşlarına öğretti (Beck, 2020). Diğer terapistlerin hastalarından da bu yöneme olumlu yanıtlar gelince, bilişsel terapinin etkililiğini araştırmaya karar verdiler ve yaptıkları araştırma sonucunda bilişsel terapinin, iyileşme sürecinde o dönemde kullanılan bir antidepresan kadar etkili olduğu, tekrarlamayı önleme konusunda ise, daha başarılı sonuçlar gösterdiği ortaya çıktı (Beck, 2020). 1970’li yılların sonlarında gerçekleştirilen bu araştırmadan bir süre sonra ise, bilişsel terapinin ilk manuelini yayınladılar (Beck, 2020).

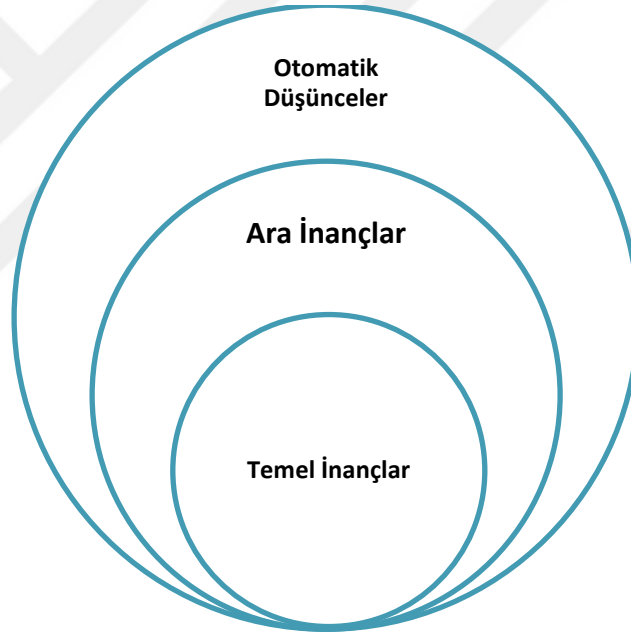
Bilişsel modelin benimsenmesinde etkin olan faktörlerden birisi de davranışçı yaklaşımın bilişsel süreçleri açıklamadaki yetersizliği olmuştur ve bu yetersizlikler ilk olarak Tollman’ın farelerle yaptığı bir deneyde ortaya çıkmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Bu deneyde iki grup fare labirente bırakılmıştır ve bir gruba labirentin sonuna yiyecek konularak pekiştireç verilirken diğer gruba herhangi bir pekiştireç verilmemiştir ve deneyin sonunda iki grup fare de labirentin sonuna yiyecek konduğunda bu yiyeceğe aynı sürede ulaşmışlardır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Bu sonuçlar ise, pekiştireç verilmeyen grubun labirenti öğrenmek için bir çeşit bilişsel harita oluşturduklarının anlaşılmasını sağlamış ve öğrenmeyi sağlayan tek faktörün koşullanma olmadığını ortaya çıkarmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012). BDT’nin ortaya çıkışı, o dönemde mevcut kuramların eksikliklerinin fark edilmesinin yanı sıra o döneme kadar insanların bilişsel süreçlerinin ve öğrenmelerinin dünyayı anlamlandırma şekillerini ve davranışlarını nasıl etkilediğiyle ilgili gelişen felsefi

ve teorik alt yapı ile de ilgilidir. Bilişsel terapisinin felsefi altyapısını ortaya koyan kişi Epiktetos olmuştur ve insanların mutsuz olmasına sebep olan etkenlerin çevrelerinde gelişen olaylar veya insanlar olmadığını, kişilerin bu “şeylere” yükledikleri anlamlar olduğunu öne sürmüştür (Türkçapar ve Sargın, 2012). 1900’lü yıllara gelindiğinde ise, George Kelly, insan davranışını etkileyen bilişsel yapılara vurgu yaptığı kişisel yapılar kuramı ile; Julian Rotter, bireyin davranışlarını ve çevreye verdikleri tepkilerini önceki öğrenmelerinin şekillendirdiğini öne süren sosyal öğrenme kuramı ile; Albert Bandura, öğrenmenin oluşmasında kişinin pekiştireç ve sonrasında gelişen olay arasında nedensellik bağı kurmasını sağlayan bilişsel sürecin ve gözlem yapmanın da etkili olduğunu vurguladığı sosyal öğrenme ve özetkinlik kuramı ile; Martin Seligman ise, beklentilerin davranışın şekillenmesindeki etkisine değindiği öğrenilmiş çaresizlik kuramı ile insan davranışı ve bilişsel süreçler arasındaki ilişkiye yönelik teorik zemini oluşturmuşlardır (Türkçapar ve Sargın, 2012).

1.2.2. Bilişsel Model

Beck’in bilişsel modeline göre bireylerin duygularının, davranışlarının ve herhangi bir duruma verdikleri tepkilerin temelinde içinde bulundukları durumu nasıl algıladıkları ve bu algıya yönelik geliştirdikleri düşünceler yatar (Gürsoy, 2018). Bilişsel modele göre, bireylerin sorun yaşamasına sebep olan durum bu algıların ve düşüncelerin çarpıtılmış ve işlevsiz olmasıdır ve bireyler olayları gerçekçi bir biçimde değerlendirmeye başladıkça gerçekliği çarpıtmalarından kaynaklanan sorunları azalacaktır (Gürsoy, 2018). Bireyler sahip oldukları inançlar ve algı biçimlerinin yarattığı duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkileri aracılığıyla dünya ile etkileşim kurarlar. Bu model bireylerin kişiliklerinin veya psikopatolojilerinin bütününe açıklamak için kullanılmaz ancak otomatik düşünceleri tespit etmek bu kişilerin hayatlarını nasıl algıladığı ve nasıl bilişsel şemalara sahip oldukları hakkında önemli bilgilere ulaşılmasını sağlar (Sharf, 2015). Bilişsel modele göre, bireylerin psikolojik durumu bilişsel üçlü, otomatik düşünceler, bilişsel şemalar ve bilişsel çarpıtmalar olmak üzere 4 faktör ile açıklanmaktadır (Aydoğdu Durmuş, 2020). Bilişsel üçlü bireylerin kendileri, çevre ve gelecek hakkındaki olumsuz algılarını ifade eder. Buna göre bireyler olumsuz durumların kendilerinin kusurlu olmasından kaynaklandığına inanır,

dış dünyanın engellerle dolu olduğunu ve bunları aşamayacağını düşünür ve var olan sıkıntılarının biteceğine dair inancı yoktur (Aydoğdu durmuş, 2020). Bilişsel modele göre, bireylerin bilişleri, otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalar olmak üzere 3 yapıdan meydana gelmektedir (Gürsoy, 2018). Biliş, bireylerin bilincinde yer alan sözel ve imgesel parçaların akışından meydana gelir ve bu akışın en yüzeyinde otomatik düşünceler, en derininde ise temel inançlar bulunur. Otomatik düşünceler ve temel inançlar arasında ise otomatik düşünceleri besleyen ara inançlar bulunmaktadır. Bilişsel çarpıtmalar ise, bireyin bilgiyi işleme sürecindeki hatalardan kaynaklanan olumsuz algıları ve çarpıtılmış değerlendirmeleri ifade eder (Aydoğdu Durmuş, 2020).



Şekil 1: Bilişsel Model

1.2.2.1. Otomatik Düşünceler

Otomatik düşünceler, bireylerde kendiliğinden ortaya çıkan herhangi bir çaba gerektirmeyen ve psikolojik bozukluklarda ise genelde çarpıtılmış olan düşüncelerdir (Sharf, 2015). Olumsuz düşünceler, kişinin sahip olduğu psikolojik bozuklukta önemli bir sürdürücü etken olma özelliği taşır ve bu düşünceler bir olay karşısında aniden ortaya çıkar ve kişi tarafından gerçekliği sorgulanmadan doğru kabul edilir. Otomatik düşünceler yalnızca sözel olarak değil, imgesel olarak da ortaya çıkabilir. Otomatik düşünceler yaşantı

ve öğrenme aracılığıyla oluşur. Örneğin; okuldan verilen bir ödev için sunum yapması gereken bir öğrenci “İyi sunum yapamayacağım” otomatik düşüncesine sahip olabilir. İmgesel olarak ise bu öğrenci insanların önünde titrediğini zihninde canlandırabilir.

1.2.2.2. Bilişsel Çarpıtmalar

Bilişsel çarpıtmalar, bireyin bilgiyi işleme sürecinde meydana gelen hatalardan dolayı algısının da bozulması ve olayları ve durumları karşıt kanıtların varlığına rağmen hatalı bir biçimde algılamasıdır. Düşünce hataları, birçok kişide belli düzeylerde görülebilir ancak kişilerin düşünceleri işlevsiz inançlar tarafından şekillendiğinde, bu durum psikopatolojilere neden olabilecek bilişsel sonuçlar doğurur. Böylece, kişinin deneyimlediği olumsuz bir durum karşısında bilişsel hatalar daha uyumsuz biçimde işler. Bu uyumsuzluk, kişide duygusal olarak sıkıntı yaratan, anlık olarak ortaya çıkan ve içinde bulunulan çevre ve duruma uygun olmayan düşünceleri içerir. Bazı bilişsel çarpıtmalar ve açıklamaları aşağıda verilmiştir.

Keyfi Çıkarsama: Kişinin, yeterince kanıtı olmamasına veya birçok karşıt kanıtın varlığına rağmen bazı olumsuz çıkarımlarda bulunması, sonuçlara atlamasıdır (Burns, 2006).

Aşırı Genelleme: Kişinin başına gelen bir veya birkaç olumsuz durum sonucunda yaşamı boyunca aynı şey başına gelmiş veya gelecekmiş gibi düşünmesi, birkaç örnekten yola çıkarak genel bir değerlendirme yapmasıdır (Sharf,2014).

Ya Hep Ya Hiç Düşüncesi: Kişilerin siyah-beyaz düşünme biçimini benimsemesini ifade eder. Bu düşünce biçiminde kişilere göre bir şey beklentilerini tam olarak karşılamalı ya da hiç olmamalıdır (Sharf, 2014).

Kişiselleştirme: Kişilerin herhangi bir neden olmaksızın yaşanan olumsuz durumları ya da olayları kendileri ile ilişkilendirmeleri, reddedildiklerini ve suçlu olduklarını düşünmeleridir (Burns, 2006).

Etiketleme: Etiketleme, aşırı genellemenin daha ileri bir versiyonu olarak değerlendirilebilir. Kişi, kendisine veya çevresindeki kişilere karşı gerçeklikten bağımsız etiketlemelerde bulunur ve yaşanan olayları buna göre değerlendirir (Sharf, 2014).

Felaketleştirme: Kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentiler geliştirmesini ifade eder. Kişi bunu yaparken gerçeklikten uzaklaşır ve diğer olasılıkları yaptığı değerlendirmeye katmaz (Sharf, 2014).

Zihin Okuma: Kişinin, çevresindeki diğer insanların onun hakkında ne düşündüğünü bildiğini varsayması ve insanlardan da aynı şekilde kendi düşüncelerini bilmesini beklemektir (Sharf, 2014).

Zihinsel Filtreleme: Kişinin bir olay karşısında olumsuz durumları seçip buna odaklanması ve olayın tamamını olumsuz değerlendirmesidir (Burns, 2006).

Büyütme ya da Küçültme: Kişinin olumsuz durumları büyütüp olumlu olanları ise çeşitli sebepler sunarak yok saymasını ifade eder. Kişi kusurlarını büyütür, iyi yanlarını yok sayar ya da yetersiz bulur (Sharf, 2014).

Duygudan Sonuca Ulaşma: Kişinin herhangi bir durumda yaptığı çıkarımların kanıtı olarak kendi duygularını kullanmasıdır. Bu çıkarımların yalnızca o öyle hissettiği için gerçek olacağını düşünür (Burns, 2006).

-Meli, -Malı İfadeler: Kişinin kendisine ve çevresine -meli, -malı ifadeler aracılığıyla çeşitli katı kurallar koyması ve herkesin bu kurallara uymasını beklemesidir. Kişi bu kurallara kendisi uymadığı zaman suçluluk duygusu hakim olurken başkaları uymadığı zaman ise kızgınlık ve öfke duyguları hakim olur (Burns, 2006).

1.2.2.3. Temel İnançlar ve Ara İnançlar

Bireylerin geçmiş yaşantılarından edindikleri deneyimlerin düşünce içerikleri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bireylerin karşı karşıya kaldıkları herhangi bir durum ya da olay karşısında zihinlerinde anlık bir şekilde sözel veya imgesel olarak beliren otomatik düşünceleri besleyen kurallar, varsayımlar ve beklentiler ara inançları ifade eder. Ara

inançlar açıkça dile getirilmezler bireylerin otomatik düşüncelerinin çeşitli yöntemlerle analiz edilmesi ve değerlendirilmesi yolu ile ara inançlara ulaşılır. Bireylerin, içerisinde “eğer” bulunduran koşullu cümleleri onların sahip olduğu varsayımları ifade ederken “-meli, -malı” bulunduran cümleleri ise kendilerinin ve çevredeki diğer kişilerin uyması gereken kuralları, dolayısıyla ara inançlarını işaret eder (Özcan ve Gül Çelik, 2017).

Bireylerin deneyimledikleri yaşantılardan elde ettikleri öğrenmeler, çevrelerini nasıl algılayacaklarını belirler ve onların kendileri ve dünya hakkındaki varsayımları temel inançları oluşturur (Özcan ve Gül Çelik, 2017). Temel inançları ara inançlardan ayıran özellik koşullu değil kesin olmaları iken otomatik düşüncelerden ayıran özellik ise genelleşmiş olmalarıdır (Özcan ve Gül Çelik, 2017). Bir olay karşısında bireylerin temel inançları açığa çıktığında, diğer bilişsel, duygusal, motivasyonel ve davranışsal sistemler ile etkileşime girer ve bu temel inançların uyumsuz bir düzeye ulaşması ise bireylerin subklinik veya klinik bir bozukluk yaşama olasılığını artırır. Beck temel inançları; yetersizlik, güçsüzlük ve dayanıksızlık gibi ifadeleri içeren çaresizlik temel inançları; istenilmeme, reddedilme, terkedilme ve kusurluluk gibi ifadeleri içeren sevilmememe temel inançları ve kişinin değersiz olduğuna dair ifadeleri içeren değersizlik temel inançları olmak üzere üç grupta ele almıştır (Özcan ve Gül Çelik, 2017).

1.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler

Bilişsel davranışçı terapide davranışsal ve bilişsel teknikler kullanılmaktadır. Bilişsel teknikler bireyin işlevsiz ve uyumsuz bilişlerine, otomatik düşüncelerine, temel inançlarına ve ara inançlarına odaklanarak bilişlerin yeniden yapılandırılmasını amaçlar. Böylece, duygu, düşünce ve davranışlarda değişim oluşturmak hedeflenmektedir. Davranışsal teknikler ise, bireyde öncelikle davranış değişikliğine gitmeye odaklanır. Bu tekniklerde, bireyin üstesinden gelebileceği şekilde aşamalı olarak davranışsal hareketlilik artırılmaya çalışılır. Böylece, başarı yaşantısı artırılarak bilişsel olarak da değişim yaratmak amaçlanır. Yaşanan ruhsal bozukluğun türüne göre, tedavide kullanılacak müdahalelerin izlemi değişkenlik gösterir. Bazı ruhsal bozuklukların tedavilerinde davranışsal teknikleri uygulayarak başlamak önemlidir çünkü bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğinin önemli

derecede bozulduğu durumlarda bireyin işlevselliğini artıracak müdahaleler öncelik kazanmaktadır. Ayrıca davranışlardaki değişimler bireyin gerçekliği test etmesini mümkün kılarak uyumsuz bilişlerinin de farkına varmasını sağlar. Bilişsel davranışçı terapide, ruhsal bozuklukların tedavisi için, hastanın ihtiyacına göre şekillenecek bir tedavi planı aracılığıyla davranışsal ve bilişsel teknikler arasında iş birliği oluşturularak iyileşmenin ve hastalığın tekrarlanmasının önlenmesinin sağlanması amaçlanır. Sokratik sorgulama ve yeniden yükleme bilişsel tekniklerden bazıları iken maruz bırakma ve gevşeme teknikleri de davranışsal tekniklere örnek olarak verilebilir.

Sokratik Sorgulama: Sokratik sorgulama yönlendirilmiş keşfi ifade eder. Bu yönlendirilmiş keşif, danışanların bağımsız düşüncelerini kolaylaştırmak için tasarlanmış bir dizi soru sorularak oluşturulur ve hem danışanın hem de terapistin aktif katılımı ile sürdürülür (Overholser, 1993). Sokratik sorgulama tekniği, antik dönem Yunan filozofu olan Sokrates'in insanların zihinlerindeki bilgilerin doğru sorular yönlendirilerek açığa çıkarılabileceği görüşüne dayanır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Sokratik sorgulama, tümevarımsal bir akıl yürütme yöntemidir (Overholser, 1993). Bu teknik, danışana doğrudan bilgi aktarmak yerine soru sorarak bilgiye ulaşmasını sağlamayı ve danışana alternatif düşüncüyü buldurmayı hedefler. Bu süreç, tanımlama, inceleme-değerlendirme ve alternatifler bulma, yeniden tanımlama ve sonuç ve uygulama aşamalarından oluşur (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Yeniden Yükleme: Psikolojik problemi olan kişiler herhangi bir olumsuz olay karşısında kendilerinin bu olayda sorumluluğu olmamasına veya az olmasına rağmen olayla ilgili kendilerine abartılı bir sorumluluk yükleyebilirler (Sharf, 2006). Yeniden yükleme tekniğinde amaç, kişilerin kendilerini gerçekçi olmayan bir şekilde olaydan sorumlu tuttuğunun ve dışsal faktörlerinde etkisinin olabileceğinin farkına varmasını sağlamaktır (Duy, 2003; Sharf, 2006).

İmgelem Teknikleri (İmajinasyon): Bu teknikte bireylerin imgesel olarak sahip olduğu otomatik düşüncelerine odaklanılır. Kişide stres yaratan bir otomatik düşüncenin zihninde yeniden canlandırılması ve bu canlandırma sırasında kişinin sahip olduğu yıkıcı imgelerin

değiştirilmesi sağlanır (Duy, 2003; Sharf, 2006). Bu teknikle, kişinin otomatik düşüncelerinin açığa çıkarılması ve yeni davranışların zihinde canlandırılması yoluyla kişinin kendisinde stres yaratan duruma karşı duyarsızlaşması ve duygusal tepkilerinin kontrol altına alınması sağlanır (Duy, 2003).

Avantaj ve dezavantajları listeleme: Bu teknikte kişinin sahip olduğu düşünceler ve inançların avantajları ve dezavantajları listelenerek bu inançları gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi ve ya hep ya hiç şeklindeki düşünme biçiminden uzaklaşması amaçlanır (Duy, 2003; Sharf, 2006).

Üç Soru Tekniği: BDT’de kişinin sahip olduğu uyumsuz düşünce ve inançlarını fark etmesini sağlamak temel hedeflerden biri olduğu için kişiye çeşitli sorular yönlendirilir. Ancak kişinin bu inançları sorgulamasını sağlamak için üç temel sorunun önemli olduğu belirtilmektedir (Duy, 2003). Bu sorular: “İnancı destekleyen ya da ona karşıt düşünceler nelerdir?”, “Olayın alternatif açıklamaları nelerdir?” ve “Şayet olay yaşansaydı, olayın gerçek sonuçları neler olurdu?” şeklindedir (Duy, 2003).

İşlevsel Olmayan Düşüncelerin Kaydı: Kişinin işlevsel olmayan otomatik düşüncelerine yönelik farkındalık kazanmasının ve bu düşüncelerin değerlendirilmesinin terapi sürecindeki etkililiğini arttırmak için kişiden otomatik düşünce kayıt formunu doldurması istenir (Karademir, 2015). Bu formda; olayın geçtiği tarih, olayın içeriği, olaya verilen duygusal tepkiler, olaya dair düşünceler, inançlar, alternatif düşünceler ve duygu ve düşüncelerin tekrar ele alındığı sonuç bölümleri yer alır (Karademir, 2015).

Maruz Bırakma Tekniği: Bireylerde, bazı korku ve kaçınma yaratan durumlar olması normal bir süreçtir ancak psikolojik bozukluğu olan bireylerde bu korkular ve kaçınmalar gerçekçi olmayan biçimde ve bireyin işlevselliğini olumsuz etkileyecek kadar abartılı bir düzeyde olabilir. Maruz bırakma tekniğinde, kişi korku ve kaçınma yaratan duruma aşamalı şekilde gerçeklikte veya imgesel olarak maruz bırakılır (Özdağ,2021). Bu teknik sayesinde, kişi sahip olduğu korku ve kaçınma davranışı ile ilgili zihnindeki inançlar ile gerçek dünyada yüzleşme ve gerçekliklerini test etme olanağına erişmiş olur, böylece bu inançların

ve düşüncelerin kendisinde yarattığı duyguların ve kaçınma davranışının abartılı olduğunun farkına varır (Huppert ve Roth, 2003).

Gevşeme Teknikleri: Bazı psikolojik bozukluğa sahip hastalar gergin hissetme ve endişeli düşüncelere sahip olma durumunu daha yoğun yaşar. Gevşeme teknikleri, kişinin, endişeli düşüncelerinin ve gerginliğinin azalmasına yardımcı olur. Bu sebeple terapistin danışana gevşeme tekniklerini öğretmesi, danışanın günlük hayatta karşılaştığı bir problem karşısında endişeli düşüncelerini yatıştırabilmesine, gerginliğini ve korkusunu azaltabilmesine fayda sağlar. Bu teknikler, bireylerde oluşan kaygıyı ve buna bağlı olarak gelişen gerginliği azaltmak için kullanılan kas gevşetme yöntemi ve nefes egzersizi olmak üzere iki şekilde uygulanır (Özdağ, 2021).

Rol Oynama Tekniği: Rol oynama tekniği seanslarda çeşitli amaçlar için kullanılabilir. Bu amaçlardan birisi kişinin kişilerarası ilişkilerinde kendi duygu ve düşüncelerini ifade etme konusunda daha aktif olmasını sağlamaktır. Bir diğer amaç ise kişilerin korktuğu ya da endişe duyduğu konulara yönelik verebileceği işlevsel tepkileri terapistin de teşvik ve desteğiyle öğrenmesi ve model alarak uygulamasıdır (Özdağ, 2021).

1.2.4. Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması

Depresyon, bireyin yaşamında hem bilişsel hem de davranışsal olarak önemli derecede işlevsellikte bozulmalara neden olan psikolojik bozukluktur. Depresyon, bireyin yaşamında duygusal, somatik, davranışsal ve bilişsel belirtiler göstererek ortaya çıkar. Duygusal belirtiler karamsarlık, suçluluk ve kişinin kendini değersiz hissetmesi şeklinde kendini gösterirken davranışsal belirtiler sosyal geri çekilme ve kişinin eskiden keyif aldığı aktivitelerden keyif alamaması gibi durumlarla, somatik belirtiler iştah durumunda değişiklik, yorgunluk ve uykuda bozulmalar gibi durumlarla ve bilişsel belirtiler ise konsantrasyonu sürdürmede zorlanma, kararsızlık ve intihar düşünceleri gibi durumlarla kendini gösterir. Kişinin yaşamındaki, sevilen birinin kaybı, kişilerarası ilişkilerde bozulma, başarısızlık, ekonomik sorunlar gibi stres yaratan durumlar ve travmatik yaşantılar bu semptomların ortaya çıkmasını tetikleyen etkenlerden bazıları olabilirler. Depresyon dünya genelinde yaygın bir bozukluk olmasından dolayı etkili bir şekilde tedavi

edilebilmesinin de yolları aranmaktadır ve psikofarmakolojik, psikososyal ve EKT gibi çeşitli yöntemlerle tedavisi sağlanmaya çalışılmaktadır. Depresyona yapılan psikososyal müdahalelerden birisi olan BDT'nin ise tedavide etkinliği uzun yıllardır araştırılmaktadır ve depresyon tedavisinde etkili yöntemlerden birisi olarak kabul edilmektedir. BDT'de depresyon semptomlarını azaltmak için çeşitli davranışsal ve bilişsel müdahalelerde bulunmaktadır.

1.2.4.1. Davranışçı Müdahaleler

Davranışçı müdahalelerde amaç, duygu, ortam ve davranış ilişkisini göz önünde bulundurarak kişinin davranışsal etkinliğini arttırmaktır. Davranışçı müdahalelerde ilk adım genel olarak danışandan keyif aldığı tüm aktivitelerin bir listesini oluşturmasını istemektir böylece danışanın dikkatini zihnini meşgul eden faktörlerden başka yöne çekilmeye çalışılır. Bu müdahalenin sonraki adımında ise danışandan listelediği aktivitelerden en az iki kere deneyimleyebileceği bir aktivite seçmesi istenir ve danışan sonraki seansa kadar bu aktiviteyi gerçekleştirmesi konusunda ödevlendirilir. Kullanılan yöntemlerden birisi de danışandan bir etkinlik çizelgesine faaliyetlerini kaydetmesinin istenmesidir. Bu yöntemlerle danışanın davranışsal etkinliğinin artması desteklenmiş olur. Davranışsal müdahalelerden bir diğeri ise danışanın iletişim sorunu yaşadığı durumlarda uygulanan rol oynama tekniğidir ve danışanla çeşitli sosyal etkileşim durumlarıyla ilgili pratik yapılır. Davranışsal müdahaleler temelini öğrenme kuramından aldığından dolayı, danışan aktivite konusunda ödevlendirilirken en yüksek düzeyde pekiştireç alacağı aktivitelerin seçilmesine dikkat edilmektedir (Özdel ve ark., 2021). Danışanın haz duyacağı ve duyduğu hazdan pekiştireç alacağı etkinlikler günlük yaşamına adapte edildikten sonra görev sorumluluklarını gerçekleştirme konusunda teşvik edilir ve burada ise pekiştireç başarmış olmanın verdiği haz olarak ortaya çıkar (Özdel ve ark., 2021). Kişinin görev ve sorumluluklarıyla ilgili eylemlerini artırmak için basamaklandırma ve sorun çözme becerileri olmak üzere iki yöntem aktif olarak kullanılır (Özdel ve ark., 2021). Basamaklandırmada terapistin yardımıyla danışan yerine getireceği etkinlikler sıralanır ve bunlar her defasında bir basamağa odaklanacak şekilde eyleme dökülür (Özdel ve ark., 2021). Problem çözme becerilerinde ise, terapist danışana problem çözme adımlarını

öğretir ve zamanla danışanın bunları tek başına uygulayabilecek beceriye ulaşmasını sağlamak amaçlanır (Özdel ve ark., 2021). Ayrıca danışanın uyku probleminin çözülebilmesi için uyku hijyeni öğretilir.

1.2.4.2. Bilişsel Müdahaleler

Bilişsel müdahalelerde ilk olarak danışana depresyonun bilişsel modeli açıklanarak danışan, duygu, düşünce ve davranış ilişkisi konusunda bilgilendirilir. Bilişsel müdahalelerde danışanın düşünce kaydını alma yoluyla otomatik düşünceleri incelenir. Danışanın otomatik düşünceleri tanınması ve fark etmesi sağlandığında bu düşünceler esnetilir ve yerine olumlu alternatif düşünceler yerleştirilmeye çalışılır. Bilişsel müdahalelerde amaç, danışanın sahip olduğu düşüncelerin içinde bulunduğu duruma uygunluğunu ölçebilmesini ve daha gerçeğe uygun ve işlevsel düşünceler üretebilmesini sağlamaktır (Özdel ve ark., 2021). Danışanın bu amaçları gerçekleştirebilmesi için olumsuz otomatik düşüncelerinin farkına varması gerekmektedir. Bunun için ise kanıt inceleme yöntemi kullanılır. Kanıt inceleme yönteminin ilk aşamasında danışanın sahip olduğu düşüncelerin nedenlerinin kaydedilmesi bulunmaktadır ve bu yapılırken mantıksallık aranmaz (Özdel ve ark., 2021). Bunu izleyen aşamada ise danışanın düşüncesini destekleyen kanıtlar incelenir ve bu aşamada nesnellik ön plana çıkar (Özdel ve ark., 2021). Kanıt incelemenin son aşamasında ise danışanın sahip olduğu düşüncelerin gerçekçi olmamasına ilişkin veriler ortaya konur ve burada terapist Sokratik sorgulama yöntemiyle danışana düşünce hataları buldurulur (Özdel ve ark., 2021). Olumsuz otomatik düşüncelerin altında ara inançlar ve temel inançlar bulunmaktadır bundan dolayı BDT’de bu alanlara müdahale edilmektedir ve danışanın mevcut otomatik düşüncesine sebep olan inançları da araştırılmaktadır.

1.2.5. BDT’nin Depresyon Tedavisinde Etkililiği ile İlgili Çalışmalar

BDT’nin boşanmış kadınlar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık düzeyleri 12 seanslık BDT uygulamasından önce ve sonra karşılaştırılmıştır (Öngider, 2013). Bu bağlamda araştırmaya dahil edilen kadınların depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla terapiye başlamadan önce ve terapi

sonlandırıldıktan sonra Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır (Öngider, 2013). Araştırma sonucunda terapi sonlandırıldıktan sonraki depresyon düzeylerinin anlamlı derecede düştüğü bulunmuştur (Öngider, 2013).

Depresyon ile ilgili yapılan nörolojik çalışmalar depresyonda görülen ruminasyon ve olumsuz otomatik düşüncelerin prefrontal korteks ve rostral singulat kortekste gerçekleşen hiperaktivite ile duygusal durumlarla başa çıkmada zorlanmanın ise prefrontal korteks ve amigdala arasındaki bağlantının zayıf ve bozulmuş olması ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Gönenir Erbay ve Ünal, 2017). Depresyonu olan bireylerin BDT uygulamasından sonraki nörolojik faaliyetlerinin incelendiği çalışmalarda prefrontal korteks, rostral singulat korteks ve amigdala bölgelerinin faaliyetlerinde yeniden yapılanma olduğu görülmüştür (Gönenir Erbay ve Ünal, 2017).

Depresyon veya anksiyetesi olan bireylerde 12 haftalık SSRI tedavisinin ve BDT tedavisinin tek başlarına uygulandığında beyinde yarattığı nörolojik değişimler karşılaştırılmıştır (Gorka ve ark., 2019). Çalışmada bireylerin nörolojik fonksiyonları beyin görüntüleme cihazları aracılığıyla izlenmiştir (Gorka ve ark., 2019). Çalışma sonucunda hem SSRI kullanımının hem de BDT uygulanmasının amigdala ve insula aktivitelerinde benzer değişimlere neden olduğu ve bireylerin duygusal algıları sırasında amigdala aktivitesinin azaldığı görülmüştür (Gorka ve ark., 2019).

Vajinismuslu kadınlar ve eşlerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinde BDT'nin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada tedaviyi tamamlayan çiftlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma tespit edilmiştir (Şafak Öztürk ve Arkar, 2017).

BDT temelli grupla psikolojik danışmanın depresif belirtiler etkisinin araştırıldığı bir çalışma kapsamında, seçilen 20 üniversite öğrencisinden 10 kişilik kontrol grubu, 10 kişilik deney grubu oluşturulmuştur ve deney grubuna 8 hafta boyunca BDT temelli grupla psikolojik danışmanlık desteği verilmiştir (Yıldız ve Aslan, 2017). Çalışmada, 8 oturumluk BDT temelli grupla psikolojik danışmanlık desteğinden önce ve sonra katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır (Yıldız ve Aslan, 2017). Çalışmanın sonucunda ise deney

grubunun depresif belirtilerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir (Yıldız ve Aslan, 2017).

BDT temelli grupla psikolojik danışmanın görme engelli bireylerin depresif semptomları ve umutsuzluk düzeylerindeki etkisi araştırılmıştır (Demir, 2018). Yapılan araştırmada 12 katılımcıya grupla psikolojik danışmanlık öncesinde ve sonrasında Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanmıştır (Demir, 2018). Çalışmadan elde edilen bulgular katılımcıların grupla psikolojik danışma sonrasında depresif semptom ve umutsuzluk düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğunu göstermiştir (Demir, 2018).

Meme kanserli kadınlarda BDT tedavilerinin etkililiğinin araştırıldığı çalışmaları inceleyen bir derleme çalışmasında yapılan literatür incelemesi sonucunda, BDT tedavilerinin meme kanserli kadınların depresif belirtileri, biyolojik, psikolojik, sosyal sorunları, yaşam kaliteleri, öz saygı ve cinsel işlev bozukluklarında etkili olduğuna dair bulgulara rastlanmıştır (Tunç Aksan, 2021).

Kanserli hastalardan BDT'nin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkinliğinin incelendiği bir derleme çalışmasında, BDT uygulanan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Soylu, 2015). Ancak yalnızca hastalığının son evresinde olan bireylerde depresyon ve anksiyete semptomlarındaki azalmanın anlamlı bulunmadığı çalışmalara rastlandığı ifade edilmiştir (Soylu, 2015).

BDT grup terapisinin, depresyon belirtileri, otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan tutumlarla ilişkili belirtilerinde etkililiğinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır (Furlong ve Oei, 2002). 12 majör depresyon hastası çalışmaya dahil olmuştur ve katılımcılar toplam 12 seanslık bir grup terapisi programına dahil edilmiştir (Furlong ve Oei, 2002). Çalışmadan elde edilen bulgular, terapinin sonunda depresif belirtilerin yanı sıra katılımcıların otomatik düşüncelerinde de anlamlı bir azalma olduğunu göstermiştir (Furlong ve Oei, 2002).

BDT'nin depresyon belirtileri üzerindeki etkililiğinin araştırıldığı kontrol grubu bulunan bir çalışmada bireylerin depresyon semptomlarındaki değişimin deney grubunda %53, kontrol grubunda ise %29 olduğu ve bu bulguların deney ve kontrol grupları arasında

anlamalı bir fark oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lepping ve ark., 2020). Araştırmada bireylere uygulanan farklı ölçeklerden benzer skorlar elde edilmiştir ve BDT'nin depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (Lepping ve ark., 2020).

Depresyonu olan LGBT bireylerinde BDT temelli grup terapisinin içselleştirilmiş homofobi, baskılar ve depresyon semptomlarında etkililiği araştırılmıştır (Ross ve ark., 2007). Çalışma sonunda grup terapisi uygulanan LGBT bireylerin depresyon semptomlarında anlamalı bir azalma ve özgüvenlerinde anlamalı bir artış olduğu görülmüştür (Ross ve ark., 2007).

Yeme bozukluğu olan 179 hastada yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete semptomlarının azalmasında BDT'nin etkililiğini araştırmak için hastalarda 6 seanslık bir takip yapılmıştır (Turner ve ark., 2016). Hastaların depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu semptomları seanslara başlamadan önce ve 6 seans sonrasında ölçülmüştür (Turner ve ark., 2016). 6 seanslık terapi sonunda katılımcıların yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete semptomlarında anlamalı bir azalma tespit edilmiştir (Turner ve ark., 2016).

Madde kötüye kullanımı olan gençlerde madde kullanımının yanı sıra depresyon bulunması oranları yüksektir ve bu gençlerde psikofarmakoterapi olmadan BDT uygulamasının depresyon belirtilerine ve madde kullanımına etkisi araştırılmıştır (Hides ve ark., 2010). Katılımcıların semptomları BDT tedavisinin 10. haftasında tedaviden sonraki 20. haftada ve 44. haftada izlenmiştir (Hides ve ark., 2010). Çalışmadan elde edilen bulgular, BDT tedavisinin katılımcıların depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve baş etme becerilerinde önemli derecede gelişme sağladığını ortaya koymuştur (Hides ve ark., 2010).

Depresyon tedavisinde BDT'nin etkililiğinin araştırıldığı bir çalışmada farklı BDT tekniklerinin yoğunlukla kullanılmasının semptomların azalmasında farklı etkileri olup olmadığı araştırılmıştır (Hawley ve ark., 2017). Bu çalışmada katılımcıların semptomları her seans sonrasında takip edilmiştir ve seanslar davranışsal aktivasyonun, bilişsel yeniden yapılandırmanın veya temel inançların daha yoğun kullanıldığı üç şekilde yürütülmüştür (Hawley ve ark., 2017). Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda davranışsal aktivasyonun kullanıldığı terapilerde hafif ve orta şiddetli depresyonda semptomlarda daha

büyük bir azalma olmasıyla birlikte şiddetli depresyon semptomlarında da azalma görülmüştür (Hawley ve ark., 2017). Bilişsel yeniden yapılandırma kullanılan terapilerde şiddetinden bağımsız olarak depresyon semptomlarında azalma olduğu ve temel inançlar üzerine daha yoğun çalışılan terapilerde ise şiddetinden bağımsız olarak depresyon semptomlarında artış olduğu tespit edilmiştir (Hawley ve ark., 2017).

Depresyon hastalarında BDT tedavisinin etkililiğinde problem çözme becerilerinin etkisi araştırılmıştır (Chen ve ark., 2006). Yapılan çalışmada 30 depresyon tanısı almış birey yoğun bir tedavi programına alınmıştır (Chen ve ark., 2006). Çalışmadan elde edilen bulgular, problem çözme becerilerinin depresyon semptomlarında azalmaya katkı sağladığını ve bireylerin problem çözme becerilerinin ise BDT tedavisinden sonra güçlendiğini ortaya koymuştur (Chen ve ark., 2006). Bu sonuçlara göre, BDT'nin bireylerin problem çözme becerilerinde bir çatı görevi gördüğü düşünülmektedir (Chen ve ark., 2006).

1.3. Etkililik Çalışması Nedir Ve Nasıl Yapılır?

Güven ve Gökçe tarafından yapılan bir çalışmada terapötik etkililiğin incelendiği araştırmaların bağlamı ve bu araştırmaların ne kadar etkili olduğu incelenmiştir (2018). Terapötik etkililik, araştırmanın konusu olan bozukluğun semptomlarında yaşanan değişim ile yapılan müdahale arasında nedensellik bağının kurulması olarak tanımlanmaktadır (Güven ve Gökçe, 2018). “Hedeflenen değişimi sağlayan nedir?” sorusuna cevap olan semptomlardaki azalmayı sağlayan faktörler ve bunlarda nasıl değişim sağlandığı terapötik değişimin bileşenlerini oluşturmaktadır (Güven ve Gökçe, 2018). Bu bağlamda BDT'nin temel mekanizması, biliş ve davranışlarda değişim yaratmaktır. BDT'nin terapötik etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda bilişsel ve davranışsal mekanizmaların oluşturduğu etkilerin birbirinden farklı olmadığı görülmüştür ve bu etkinin davranışların ve bilişlerin birbirlerini etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Güven ve Gökçe, 2018).

Belirtilen terapötik değişimin bileşenlerini mekanizma ve aracı bileşenler olmak üzere iki unsur oluşturmaktadır. Psikoterapötik değişim çalışmalarında aracı bileşen, bir tedavinin etkililiğini kısmen veya tamamen istatistiksel açıdan açıklayan unsurdur. (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). Başka bir ifadeyle aracı bileşen, hedeflenen değişime hangi yollarla

ulaşıldığı sorusunun cevabıdır (Güven ve Gökçe,2018). Aracı bileşenler tedavinin başlangıcında, tedavi sırasında ve sonrasında ölçülen ve tedavinin neden ve nasıl çalıştığını belirleyen etkenlerdir (Arch ve Craske, 2008). Aracı bileşenlerdeki değişimlerin tedavi sonuçlarına olan etkilerinin belirlenmesi için bunların ölçümünün tedavinin sonuçlanmasından önce yapılması gerekmektedir (Arch ve Craske, 2008). Aracılık için istatistiksel kriterleri sağlayan bir çalışma nedensellik için de bir destek sağlayabilir ancak davranışsal araçlar genelde manipüle edilmek yerine gözlemlenir ve bu durum da diğer nedensel açıklamaları ortadan kaldırmaz (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). Nedenselliğin kesin olarak ortaya konulabilmesi için ise aracı bileşenlerin ölçümlerinin tedavi öncesi ve sonrasında yanı sıra tedavi sırasında da yapılması gerekmektedir (Arch ve Craske, 2008).

Mekanizma, tedavinin yarattığı değişimin semptomlarda da değişime sebep olması şeklinde açıklanmaktadır. Tedavilerdeki çeşitli müdahaleler farklı mekanizmaları harekete geçirir ve bu müdahaleler semptomlarda benzer etkilere yol açabilir (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). Örneğin, BDT’de bilişsel ve davranışsal müdahaleler farklı mekanizmalara etki ederler ancak benzer semptomlarda iyileşme sağlarlar. Her durumda uygulanan müdahalenin kendi etki mekanizmasına göre belirgin bir değişime yol açması beklenir. Mekanizmalar nedensel etkenler olduğu için, mekanizmada değişim yaşandığında bunu semptomlardaki değişim takip eder ve müdahale ne olursa olsun değişim meydana gelir (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). Bilişsel müdahalede olumsuz değerlendirilen inançların ve düşünce biçimlerinin değiştirilmesi ve bu değişim aracılığıyla semptomlarda azalmayı sağlayacak olan bilişsel değişime yol açmak amaçlanır (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). Bir terapötik mekanizma olarak bilişsel değişimin etkililiğini destekleyen kanıtlara göre, bilişsel süreçlerdeki değişimler veya semptomlarda değişimi sağlayan diğer müdahaleler de bilişsel değişime yol açacaktır (Lorenzo- Luaces ve ark., 2015). BDT’de terapötik etkiyi oluşturan mekanizmalar bilişsel ve davranışsal müdahalelerdir. Bu müdahalelerin sağladığı bilişsel ve davranışsal süreçlerdeki değişimler ise yapılan müdahalelerin semptomlar üzerindeki terapötik etkilerine aracılık etmektedir.

Etkililik çalışmalarında, ele alınan terapi yaklaşımının uygulandığı şekliyle ne kadar fayda sağladığı, psikoterapi uygulanan kişilerde etkili olup olmadığı incelenir (Güven ve Gökçe,

2018). Etkililik çalışmalarında uygulanan psikoterapi yönteminin ortalama bir danışanda ne kadar etkili olduğu araştırıldığı için katılımcıların deneysel koşulları karşılaması veya uygulanan yöntemin plasebo ya da başka bir yöntemle karşılaştırılması gibi durumlar söz konusu değildir (Güven ve Gökçe, 2018). Başka bir ifadeyle tedavinin etkili olup olmadığını incelemek için uygun koşullar oluşturulmaz, sıradan koşullarda, gerçek dünyada, ne kadar etkili olduğu incelenir. Bu bağlamda etkililik çalışmalarında incelenen psikoterapi yönteminin genellenebilirliğiyle ilgilenilir (Güven ve Gökçe, 2018). Bir psikoterapi yaklaşımının etkililiğini incelemenin yöntemlerinden birisi de meta-analiz çalışmalarıdır (Açıkel, 2009). Meta-analiz çalışmaları, belirli bir konu üzerinde farklı yöntemler ve katılımcılar kullanılarak yapılmış çeşitli çalışmalardan elde edilen nitel ve nicel verilerin istatistiki olarak birleştirilmesi ve derlenmesini ifade eder (Açıkel, 2009). Ancak meta- analiz sonuçlarının da ortalama bir terapistin normal şartlarda ortalama bir danışana, incelenen psikoterapi yöntemini uyguladığında etkililik ile ilgili net sonuçlar vermeyeceği düşünülmektedir (Güven ve Gökçe, 2018).

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, yeri ve zamanı, evreni ve örnekleme, katılımcıların özellikleri, kullanılan gereçler ve verilerin toplanma sürecine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada, depresyon düzeyi yüksek olan bireylerdeki depresif semptomların azaltılmasında bilişsel davranışçı terapinin etkililiği incelenmiştir. Araştırma, katılımcılardan nicel ve nitel verilerin toplanması aracılığıyla karma yöntemle yürütülmüştür. Araştırmanın nicel verileri, deney ve kontrol gruplarında ön test ve son test yapılarak elde edilmiştir. Araştırmanın nitel verileri ise katılımcılarla gerçekleştirilen seanslar süresince araştırmacı tarafından alınan notlar sonucu elde edilmiştir. Elde edilen veriler aracılığıyla deney grubundaki katılımcıların başlangıçta gösterdikleri semptomların neler olduğu ve işlevselliklerini nasıl etkilediği tespit edilmiştir. Katılımcılarla gerçekleştirilen bilişsel davranışçı terapi seansları sonrasında ise bu semptomlarında ve işlevselliklerinde görülen farklılıklar ortaya konmuştur.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın veri toplama, uygulama ve analiz süreci Nisan 2022- Ocak 2023 tarihlerini kapsamaktadır. Araştırmanın verileri İstanbul ilinde yaşayan bireylerden toplanmıştır. Araştırmanın uygulama sürecinde katılımcılarla çevrimiçi görüşülerek yürütülmüştür. Her bir seans süresi yaklaşık 40 dakika olacak şekilde düzenlenmiştir ve görüşmeler haftada bir kere gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla 2 aylık süreç içerisinde toplam 8 seans yapılmış ve seanslar araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yaşayan, depresyon düzeyi yüksek olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme İstanbul ilinde yaşayan, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 224 kişiden oluşmaktadır. Örnekleme uygulanan ölçek sonuçlarına göre

depresyon düzeyi en yüksek olan 30 kişi belirlenerek deney ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Deney ve kontrol grubuna dahil olan katılımcılar bu 30 kişi içerisinde 15 kişi deney, 15 kişi kontrol grubu olmak üzere rastgele atanmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 18- 55 yaş aralığında olmak,
- Okuma- yazma bilmek,
- Depresyon düzeyi yüksek olmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak
- Araştırma boyunca uygulanan seanslara düzenli katılım sağlamak olarak belirlenmiştir.

Bireylerdeki depresyon düzeyi, Beck Depresyon Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90) aracılığıyla belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan 0-9 aralığındaki puanlar depresyon belirtisi olmadığını, 10-16 arasındaki puanlar hafif şiddette, 17-29 arasındaki puanlar orta şiddette ve 30-63 arasındaki puanlar depresyon düzeyinin şiddetli olduğunu ifade etmektedir (Dikici ve Ark., 2017). SCL 90’da ise 1,51 ve 2,50 puan aralığı belirti düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ütücü, 2013). Buna göre Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üzerinde ve SCL-90’dan 1,51 ve üzerinde puan alan katılımcılar, depresyon düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir ve deney ve kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Okuma- yazma bilmemek,
- Depresyon düzeyi yüksek olmamak,
- Seanslara katılım sağlamamak olarak belirlenmiştir.

2.4. Katılımcıların Özellikleri

Araştırma için ölçekleri tamamlayan 224 kişiden 30'u araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcılardan 1 tanesi devam etmemiştir. Tablo 1'de kalan 29 katılımcının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 1
Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	21	72,4
<i>Erkek</i>	8	27,6
Yaş		
<i>18-25</i>	17	58,6
<i>26-35</i>	10	34,5
<i>36-45</i>	2	6,9
Eğitim Durumu		
<i>Lise ve altı</i>	10	34,5
<i>Lisans</i>	16	55,2
<i>Lisansüstü</i>	3	10,3
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	24	82,8
<i>Evli</i>	5	17,2
Çalışma Durumu		
<i>Evet</i>	12	41,4
<i>Hayır</i>	17	58,6
Gelir Durumu		
<i>Düşük</i>	9	31,0
<i>Orta</i>	19	65,5
<i>Yüksek</i>	1	3,5
Daha önce psikoterapi alma durumu		
<i>Evet</i>	13	44,8
<i>Hayır</i>	16	55,2
Daha önce psikolojik tanı alma		
<i>Evet</i>	12	41,4
<i>Hayır</i>	17	58,6
Daha önce ilaç kullanımı		
<i>Evet</i>	15	51,7
<i>Hayır</i>	14	48,3

2.5. Gereçler

Araştırmada kullanılan gereçler; demografik bilgi formu, Belirti Tarama Listesi (SCL 90) ve Beck Depresyon Ölçeğini kapsamaktadır. Bunların dışında katılımcılar ve araştırmacı tarafından çevrimiçi görüşmelerin sağlanabilmesi amacıyla bilgisayar, telefon veya tablet gibi bir elektronik cihaz ve Zoom uygulaması kullanılmıştır. Nicel verilerin analizi için SPSS programı kullanılmıştır.

Demografik Bilgi Formu (EK 1)

Bu form araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır ve 10 sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim durumları, medeni durumları, çalışma durumları ve gelir durumları gibi demografik bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Katılımcılar bilgilendirilmiş onamı onayladıktan sonra bu formu cevaplandırmışlardır.

Beck Depresyon Ölçeği (EK 2)

Bu ölçek katılımcıların depresyon düzeylerini tespit etmek amacıyla uygulanmıştır. Ölçek Beck ve diğerleri tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir ve depresif belirti ve tutumu değerlendirir. Ölçek 4'lü Likert tipinde geliştirilmiştir, 0 ile 3 puanları arasında kodlanmıştır ve depresyonun şiddeti ile ilgili bilgi verir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (Dikici ve Ark., 2017)

Belirti Tarama Listesi (SCL 90) (EK 3)

Bu ölçek katılımcıların depresif semptomlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. SCL 90, Derogatis ve Cleary tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir ve 1994 yılında revize edilmiştir. İlk geliştirildiğinde 83 olan madde sayısı revizeden sonra 90'a çıkmıştır ancak ölçeğin boyut sayısında bir değişiklik olmamıştır (Koğar, 2019). Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan 83 madde 9 boyutta toplanmıştır ve sonradan eklenen 7 madde herhangi bir boyuta eklenmemiştir (Koğar, 2019). Bu maddeler yalnızca toplam puanı ve GSI değerini

etkilemektedir. Ölçeğin boyutlarını; somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizm oluşturmaktadır (Koğar, 2019). Bunlar dışında ölçek, genel bir indeks puanı elde edilebilmesini ve böylece hissedilen rahatsızlık düzeyinin belirlenebilmesini sağlamaktadır. Ölçek, 5'li Likert tipindedir ve 0 (hiç)- 4 (ileri derece) olmak üzere kodlanmıştır. Türkçe diline ve Türk kültürüne 1991 yılında Dağ tarafından uyarlanmıştır ve yapılan uyarlama sonucunda orijinal dilindeki faktör yapısının aynısı sağlanmıştır (Koğar, 2019).

2.6. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmada veri toplama sürecinin ilk aşamasında araştırmanın içeriğini oluşturan ölçek ve sorular Google Forms aracılığıyla çevrimiçi olarak katılımcılara ulaştırılmıştır ve araştırmanın ön test aşaması oluşmuştur. İkinci aşamada gönderilen formu cevaplayan katılımcılardan depresyon düzeyi yüksek olan 30 kişi belirlenmiştir. Bu kişilerin belirlenmesi için SPSS programından yararlanılmıştır. Belirlenen 30 kişiden rastgele seçimle 15 kişilik kontrol grubu ve 15 kişilik deney grubu oluşturulmuştur. Deney grubundaki katılımcılara 2 aylık süreçte 8 oturumluk BDT seansı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara ise herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. İki aylık sürecin sonunda hem deney grubundaki katılımcılara hem de kontrol grubundaki katılımcılara son test uygulanmıştır. Deney grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcıların ön test ve son test sonuçları karşılaştırılarak aralarında fark ve semptomlarında değişim olup olmadığı saptanmıştır. Ayrıca deney grubuyla gerçekleştirilen seanslar boyunca katılımcıların semptomları, bu semptomların hayatlarındaki işlevselliklerini nasıl etkilediği ve BDT sürecinde gösterdikleri iyileşme araştırmacı tarafından not edilmiş, seansların ses veya video kaydı alınmamıştır.

2.6.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar

Deney grubunda yer alan katılımcılarla iletişime geçilerek araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve katılmayı kabul edenlerle ilk görüşmeler planlanmıştır. Görüşmeler haftada bir kez her katılımcı ile uygun zamanlar belirlenerek

gerçekleştirilmiştir. Her bir seans 40-50 dakika arası sürmüştür ve toplamda 8 seans uygulanmıştır. Seanslar Zoom uygulamasından çevrimiçi olarak yapılmıştır ve görüşmelerin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi açısından katılımcılar seanslardan önce uygun ortam oluşturmaları konusunda bilgilendirilmiştir. BDT uygulamasının sonlandırılmasından sonra katılımcılara son test uygulanmıştır. Katılımcılar BDT uygulaması sırasında psikoterapi veya psikofarmakolojik tedavi görmemekteydi. Seanslar sırasında araştırmacının aldığı notlar 3. bir şahıs ile paylaşılmamıştır ve bulgulara katılımcılara yönelik spesifik bilgilere yer verilmemiştir. BDT uygulamasına başlanmadan önce 8 seanslık bir plan oluşturulmuş ve katılımcılarla yapılan görüşmeler oluşturulan plan çerçevesinde yürütülmeye çalışılmıştır ancak katılımcıların bireysel farklılıklarına göre gereken esneklik gösterilmiştir. Katılımcılara uygulanan BDT seansları psikoeğitim ve ev ödevi gibi içeriklerden oluşmaktadır. Seansların yapısı ve içeriği tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2
Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin Yapısı

1. Oturum: • Tanışma • Araştırma hakkında bilgilendirme • Bilişsel davranışçı terapi ile ilgili bilgilendirme • Araştırmaya katılan bireylerin değerlendirilmesi • Ev ödevi (Duygu, düşünce ve davranış kaydı)
2. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Depresyonun tedavi rasyonelinden bahsedilmesi • BDT psikoeğitim verilmesi • Görüşme süreci için hedef listesi • Katılımcılardan geri bildirim alınması • Seansın özetlenmesi

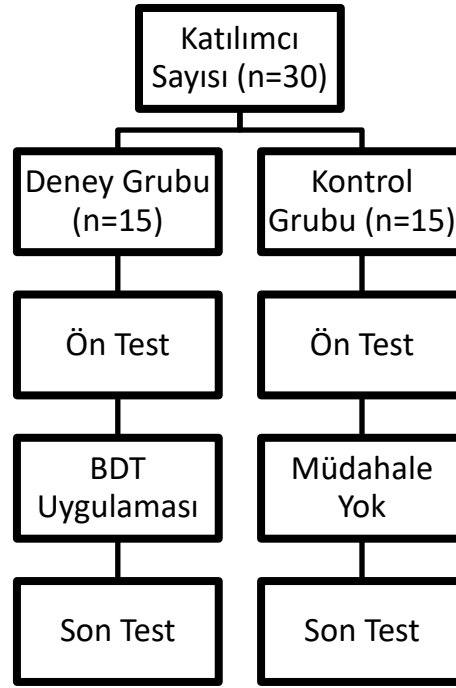
3. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Düşünce kaydı üzerine konuşulması • Eskiden keyif alınan ancak depresif semptomlarla birlikte keyif alınamayan faaliyetler hakkında konuşulması • Seansın özetlenmesi
4. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Kişilerarası iletişim ve sosyal işlevsellik hakkında bilgilendirme yapılması • Seansın özetlenmesi • Katılımcılardan geri bildirim alınması
5. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Kişilerarası iletişim konusu üzerinde konuşma • Özgüven hakkında konuşma • Seans özetlemesi
6. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Katılımcıların günlük faaliyetlere ilgi duyma ve keyif alma durumlarını değerlendirme • Duygusal işlevsellik üzerine konuşma • Seansın özetlenmesi
7. Oturum: • Ev ödevi kontrolü • Katılımcıların stresle baş etme durumları hakkında konuşma • Duygu, düşünce ve davranış ilişkisi üzerinde konuşma • Seansın özetlenmesi • Katılımcılardan geri bildirim alınması
8. Oturum:

- Bilinçli farkındalık hakkında bilgi verilmesi
- Katılımcılardan geri bildirim alınıp geri bildirim alınması
- Son test uygulanması ve görüşme sonlandırılması

2.6.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubundaki bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmişlerdir ve son testin uygulanabilmesi amacı ile iletişim bilgileri alınmıştır. Bunun dışında kontrol grubundaki katılımcılara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır ve günlük yaşamlarına devam etmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılar da deney grubundakiler gibi araştırmanın yapıldığı süreç içerisinde herhangi bir tedavi görmemektedir.

Araştırmanın akış şeması şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Araştırmanın Akış Şeması

2.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için, Nişantaşı Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulundan izin alınmıştır (EK 5). Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve ölçekler yanıtlanmadan önce Bilgilendirilmiş Onam formu sunulmuş ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar dahil edilmiştir (EK 4). Ayrıca katılımcılar istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahip oldukları konusunda bilgilendirilmiştir. Katılımcılara araştırmada istenilen bilgilerin gizlilik esasına uygun olarak korunacağı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı bilgisi verilmiş ve bu bilgiler yalnızca araştırmacı tarafından kullanılmış ve saklanmıştır. Deney grubu ile yapılan seanslarda sesli kayıt veya görüntülü kayıt alınmamıştır ve seans notları araştırmacı tarafından muhafaza edilmiştir. Araştırma

bulgularında katılımcıların kişisel bilgilerine veya kimliklerine yer verilmemiştir. Katılımcılara herhangi bir ücret ödenmemiş veya herhangi bir ücret talep edilmemiştir.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın konusu, BDT'nin depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde depresyon belirtileri üzerindeki etkililiğini araştırmak ile sınırlıdır. Araştırmanın, araştırma çalışma grubu, İstanbul ilindeki 18-55 yaş arasındaki depresyon düzeyi yüksek olan bireylerle sınırlıdır. Araştırmaya katılım gösteren katılımcıların cinsiyet dağılım oranı, kadın katılımcı oranının erkek katılımcı oranına göre daha yüksek olması ile sınırlıdır. Araştırma, araştırmacı tarafından kullanılan ölçeklerin sonuçlarıyla ve nitel bulgularla sınırlıdır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırmada katılımcılara uygulanan ölçekler aracılığıyla nicel bulgular, seansların değerlendirilmesi sonucunda ise nitel bulgular elde edilmiştir. Bu bölümde elde edilen nicel ve nitel bulgular sunulacaktır.

3.1. Nicel Bulgular

Bu çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Testi kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1961’de geliştirilmiştir (Beck ve ark. 1961, Beck Depression Inventory, BDI). Depresyonda görülen belirtileri içeren, 0-3 arasında puanlanan, 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. SCL-90 Belirti Tarama Listesi 90 sorudan oluşmaktadır ve sorular 0-4 arasında puanlanmaktadır. SCL-90 kişinin genel rahatsızlık düzeyini belirlemek için kullanılmaktadır.

Araştırma için 224 kişiye belirtilen ölçekler uygulanmış ve içlerinden en yüksek depresyon puanına sahip 30 kişi seçilerek katılımcı olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Seçilen kişiler arasında deney ve kontrol grubu rastgele belirlenmiş olup, depresyon düzeyi yüksek olarak belirlenen gruba 8 seans bireysel olarak bilişsel davranışçı terapi uygulaması yapılmıştır. Deney grubunda yer alan 1 kişi terapiyi yarıda bırakarak araştırmadan ayrılmış olup terapi araştırmayı tamamlayan 29 kişiye tekrardan SCL-90 ve Beck Depresyon Ölçekleri uygulanmıştır. Katılımcıların ön test ve son test puanları analiz edilerek BDT’nin depresyon semptomları üzerindeki etkililiğine ilişkin değerlendirme yapılmıştır. Araştırmaya devam eden 29 katılımcının demografik bilgileri incelenmiştir. Tablo 3’de katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır.

Tablo 3
Çalışmaya Katılan Bireylere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	21	72,4
<i>Erkek</i>	8	27,6
Yaş		
<i>18-25</i>	17	58,6
<i>26-35</i>	10	34,5
<i>36-45</i>	2	6,9
Eğitim Durumu		
<i>Lise ve altı</i>	10	34,5
<i>Lisans</i>	16	55,2
<i>Lisansüstü</i>	3	10,3
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	24	82,8
<i>Evli</i>	5	17,2
Çalışma Durumu		
<i>Evet</i>	12	41,4
<i>Hayır</i>	17	58,6
Gelir Durumu		
<i>Düşük</i>	9	31,0
<i>Orta</i>	19	65,5
<i>Yüksek</i>	1	3,5
Daha önce psikoterapi alma durumu		
<i>Evet</i>	13	44,8
<i>Hayır</i>	16	55,2
Daha önce psikolojik tanı alma		
<i>Evet</i>	12	41,4
<i>Hayır</i>	17	58,6
Daha önce ilaç kullanımı		
<i>Evet</i>	15	51,7
<i>Hayır</i>	14	48,3

Tablo 3 incelendiğinde, çalışmaya katılanların %72,4'ü kadınlardan, %27,6'sı erkeklerden oluşmaktadır. Katılanların 17'si (%58,6) 18-25 yaş, 10'u (%34,5) 26-35 ve 2'si (%6,9) 36-45 yaş aralığında yer almıştır. Eğitim durumu lise ve altı olan 10 kişi, lisans olan 16 kişi ve lisansüstü olan 3 kişi çalışmaya katılım sağlamıştır. Katılanların %82,8'i bekar, %17,2'si evlidir. Çalışma durumlarına bakıldığında katılanların %41,4'ünün çalıştığı, %58,6'sının çalışmadığı görülmüştür. Gelir durumu düşük olan 9 kişi (%31), orta olan 19 kişi (%65,5) ve yüksek olan 1 kişi (%3,5) katılım sağlamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerden 13'ü (%44,8) daha önce psikoterapi almıştır. Benzer şekilde katılan bireylerden 12'sine (%41,4) daha önce psikolojik tanı konulmuştur. Son olarak katılan bireylerden 15'i (%51,7) daha önce ilaç kullanmıştır.

Çalışmada deney grubuna 8 seanslık BDT uygulaması yapılırken kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Her iki gruba da çalışmanın başında ve seanslar tamamlandıktan sonra Beck Depresyon ve SCL-90 ölçekleri uygulanmıştır. Yapılan bu iki değerlendirme sonrasında deney ve kontrol grubuna ait Beck Depresyon Ölçeği ve SCL-90 puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan gruplar arası karşılaştırmaya ait analiz sonuçları Tablo 5'de raporlanmıştır.

Tablo 4
Çalışmaya Katılan Bireylerin Her Değerlendirme Zamanının Gruplar Arasında Beck Depresyon ve SCL-90 Puanları Karşılaştırma Sonuçları

	Deney (n=14)		Kontrol (n=15)		p*
	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss	
Beck Depresyon Ölçeği					
<i>Ön Test</i>	31,5	5,95	25,2	8,5	0,03
<i>Son Test</i>	6,36	5,44	7	1	1^a
			23,3	4,2	<0,001^a
			3	9	
Scl-90					
<i>Ön Test</i>				0,6	0,04
<i>Son Test</i>	2,12	0,38	1,68	8	2^a
	0,39	0,23	1,51	0,5	<0,001^a
				1	

* $p < 0,05$, $\bar{X}$: Ortalama, Ss: Standart sapma, a: Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 4'de yer alan verilere göre, deney grubu ile kontrol grubunun uygulama yapılmadan önceki Beck Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($t=2,271$; $p=0,031$). Terapi uygulaması gerçekleşmeden önce yapılan Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının BDT alacak olan deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Deney grubu ile kontrol grubunun BDT uygulandıktan sonraki Beck Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık tespit edilmiştir ($t=-9,364$; $p<0,001$). Terapi sonrası Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde gruplar arasında uygulama öncesinde yapılan SCL-90 envanteri puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($t=2,154$; $p=0,042$). Deney grubunun terapi öncesi SCL-90 puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Son olarak gruplar arasında terapi sonrasında yapılan SCL-90 envanteri puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($t=-7,783$; $p<0,001$), kontrol grubunda SCL-90 puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Uygulanan Beck Depresyon ve SCL-90 envanterlerinden elde edilen son test ve ön test puanları arasındaki farkın gruplar arasında karşılaştırılmasına ait analiz sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5
Araştırmaya Katılan Bireylerin Beck Depresyon Ve SCL-90 Puanlarının Ölçümleri Farkının Gruplar Arasında Karşılaştırma Sonuçları

	Deney (n=14)		Kontrol (n=15)		p*
	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss	
Beck Depresyon Ölçeği					
<i>Son test-Ön test</i>	-25,14	6,84	-1,93	11,01	<0,001^a
Scl-90 Ölçeği					
<i>Son test-Ön test</i>	-1,73	0,44	-0,17	0,43	<0,001^a

* $p<0,05$, $\bar{X}$: Ortalama, Ss: Standart sapma, a: Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 5 incelendiğinde, uygulamalardan önce ve sonra uygulanan Beck Depresyon ve SCL-90 envanterlerinden elde edilen puanlar arasındaki fark değeri bakımından çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (sırasıyla $t=-6,865$ $p<0,001$; $t=-9,606$ $p<0,001$). Deney grubunda terapiden önce elde edilen Beck Depresyon puanı ile BDT uygulandıktan sonra elde edilen Beck Depresyon puanında ortalama 25,14 puan azalma meydana gelmiştir. Kontrol grubunda ise Beck Depresyon puanında ortalama 1,93 puan azalma meydana gelmiştir. Buna göre, deney grubunda Beck Depresyon puan

ortalamasının daha fazla azaldığı görülmüştür. Benzer şekilde deney grubunda terapiden önce elde edilen SCL-90 puanı ile BDT uygulandıktan sonra elde edilen SCL-90 puanında ortalama 1,73 puan azalma meydana gelmiştir. Kontrol grubunda ise SCL-90 puanında ortalama 0,17 puan azalma meydana gelmiştir. Buna göre, deney grubunda SCL-90 puan ortalamasının daha fazla azaldığı görülmüştür.

Katılımcılara uygulanan Beck Depresyon ve SCL-90 envanterinin değerlendirme zamanları arasındaki farklılığın gruplar içinde karşılaştırılmasına ait analiz sonuçları Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6
Araştırmaya Katılan Bireylerin Beck Depresyon Ve SCL-90 Puanları Değişiminin
Grup İçi Karşılaştırılması

	Bilişsel Terapi (n=14)		Kontrol (n=15)	
	$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss
Beck Depresyon Ölçeği				
Ön Test	31,5	5,95	25,27	8,51
Son Test	6,36	5,44	23,33	4,29
p*	<0,001 ^b		0,508 ^b	
Scl-90				
Ön Test	2,12	0,38	1,68	0,68
Son Test	0,39	0,23	1,51	0,51
p*	<0,001 ^b		0,137 ^b	

* $p < 0,05$, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, b: Eşleştirilmiş t testi

Tablo 4’e bakıldığında, deney grubunda terapi öncesi ve sonrası yapılan Beck Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t=13,737$; $p<0,001$). Terapi öncesinde elde edilen depresyon puan ortalaması $31,5 \pm 5,95$, terapi sonrası elde edilen depresyon puan ortalaması ise $6,36 \pm 5,44$ olarak elde edilmiştir. BDT uygulamasının depresyonda azalma meydana getirdiği öngörülmüştür. Kontrol grubunda öncesi ve sonrası yapılan Beck Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($t=0,680$; $p=0,508$).

Deney grubunda terapi öncesi ve sonrası yapılan SCL-90 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t=14,649$; $p<0,001$). Terapi öncesinde yapılan SCL-90 ölçeği puan ortalaması $2,12\pm0,38$, terapi sonrasında yapılan SCL-90 ölçeği ortalaması ise $0,39\pm0,23$ olarak elde edilmiştir. BDT uygulamasının SCL-90 puanında azalma meydana getirdiği öngörülmüştür. Kontrol grubunda SCL-90 için yapılan ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($t=1,577$; $p=0,137$).

İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma değerleri verilmiştir. Bağımsız iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda normallik varsayımlarının sağlandığı bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Bağımlı iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda normallik varsayımları altında eşleştirilmiş t testi kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,89$ ve SCL-90 Ölçeği iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,98$ olarak bulunmuştur. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0) programı kullanılmış olup $p<0,05$ (α) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.2. Nitel Bulgular

Araştırmanın bu kısmında, deney grubundaki 15 katılımcı ile gerçekleştirilen 8 oturumluk bilişsel davranışçı terapi seanslarında alınan notların analizi sonucu elde edilen nitel bulgulardan bahsedilmiştir. Katılımcıların duygu, düşünce ve davranışları ile ilişkili olarak bilişsel davranışçı terapinin başlangıcındaki ve sonrasındaki işlevsellikleri hakkında edinilen gözlemler ve nitel bulgular ortaya koyulmuştur.

Katılımcıların ilk bilişsel davranışçı terapi seansından elde edilen gözlemlere göre, duygusal olarak çökkün duygudurumunda oldukları ve karamsarlık yaşadıkları anlaşılmıştır. Terapinin başlangıcında katılımcılar, içe kapanık olma durumundan, duyguları ifade etme ve tanımlama konusunda zorlanma yaşadıklarından, özgüven konusunda problem yaşadıklarından ve

kişilerarası iletişim konusunda zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğunda negatif düşünceler karşısında deneyimlenen duyguların; suçlu hissetme, değersiz hissetme, üzüntü, öfke patlaması ve sinirlilik gibi duygusal işlevselliği oldukça olumsuz derecede etkileyecek duygular olduğu gözlemlenmiştir. Gözlemler ve katılımcıların ifade etme biçimleri değerlendirildiğinde duygularla baş etme konusunda bastırma savunma mekanizmasının sıklıkla kullanıldığı anlaşılmıştır. Yaşanan olumsuz olayları yorumlama biçimlerinde ise, genellikle kişiselleştirme bilişsel çarpıtması belirgin bir şekilde öne çıktığı gözlemlenmiştir. Bilişsel davranışçı terapi seansları ortasında ve sonlarında katılımcıların duygusal işlevselliklerini geri kazandıkları, duygularını ifade etme biçimlerinden ve zevk alma durumunda artış yaşanmasından anlaşılmıştır. İlgi kaybı ve zevk almamanın getirdiği sosyal geri çekilmenin, birçok katılımcının yaşadığı önemli sorunlardan biri olduğu görülmüştür. Sosyal işlevselliklerinde önemli derecede azalma yaşayan ve bunun sonucunda da kişilerarası iletişim konusunda da yetersiz olan katılımcıların iletişim kurma becerileri ve stres ile baş etme becerilerinde gelişme yaşandığı fark edildi. Katılımcılar, davranışsal müdahaleler ile birlikte daha fazla aktivitede bulunmaya, günlük etkinliklere ilgi göstermeye ve zevk almaya başladıkları konusunda geri bildirim vermişlerdir. Katılımcılarla BDT seanslarında görüşülen önemli sorunlardan biri de özgüven eksikliği idi. Özgüven ile ilişkili bir çalışma yapıldıktan sonra bazı katılımcılarda belirgin bir şekilde özgüven seviyesinde artış yaşandığı gözlemlendi. Depresyonun cinsel isteksizlik semptomu sorgulandığında ve değerlendirildiğinde, katılımcıların birçoğu bu semptomu göstermediğini belirtti. Uyku ve iştah durumu ile ilgili semptomlar sorgulandığında ve değerlendirildiğinde, bir çok katılımcının uykusuzluk yaşadığı, özellikle gece uykuda bölünme yaşadıkları ve bununla birlikte gün içinde bir şey yiyemedikleri, iştahsızlık yaşadıkları konuşulan konular arasındaydı. Katılımcılar duygu ve düşünce olarak işlevsel bir hale geldikçe uyku ve iştah problemleri de düzelme gösterdi. İntihar düşüncesi sorgulandığında katılımcıların hiçbirinde bu bulguya rastlanmamıştır. Katılımcılardan, sosyal aktivite ve iletişim konusunda artık daha işlevsel oldukları, duygudurum olarak kendilerini daha iyi hissettikleri konusunda geri bildirim alınmıştır.

Bulguların Özeti

Araştırmada BDT'nin depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde depresif semptomları azaltmada etkili olup olmadığı incelenmiş ve bu amaçla deney grubu ve kontrol grubunun Beck Depresyon ve SCL-90 ölçeklerinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışmada grupların karşılaştırılmasının yanı sıra grupların kendi içlerinde ön test ve son test puanlarındaki değişim de analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda 8 seanslık BDT uygulanan deney grubunun seansların sonlanmasından sonra yapılan son test puan ortalamalarının BDT uygulamasından önce yapılan ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Herhangi bir müdahale yapılmayan kontrol grubunun puan ortalamalarında ise anlamlı bir değişiklik izlenmemiştir. Ayrıca gruplar arası karşılaştırma sonucunda iki grubun ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, deney grubunun depresyon puanının kontrol grubuna göre daha fazla düştüğü tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda BDT'nin depresif semptomların azalmasında etkili olduğu söylenebilir. Araştırmanın hipotezlerine ilişkin değerlendirme tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7
Hipotez Tablosu

H1: Bilişsel davranışçı terapinin depresyon düzeyi yüksek olan bireyler üzerinde belirtiyi azaltıcı etkisi vardır.	KABUL EDİLDİ
H0: Bilişsel davranışçı terapinin depresyon düzeyi yüksek olan bireyler üzerinde belirtiyi azaltıcı etkisi yoktur.	REDDEDİLDİ

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Araştırmada, depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde BDT'nin depresif semptomları azaltmadaki etkililiğini tespit etmek amaçlanmış ve bu amaç doğrultusunda, depresif semptomları yüksek olan katılımcılara 8 seanslık BDT uygulaması yapılmıştır. Katılımcıların depresif semptomları, ön test ve son test yapılarak izlenmiş ve grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, BDT uygulamasından sonra, deney grubu ve kontrol grubunun depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, yapılan son testte deney grubunun depresyon için puan ortalamasında ön teste göre anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Elde edilen bulgular BDT'nin depresif semptomları azaltma yönünde etkili olduğunu göstermektedir.

Mevcut araştırmada kontrol grubu bulunmaktadır ve bulunması elde edilen sonuçları yapılan müdahale ile ilişkilendirmek açısından önem taşımaktadır çünkü çalışmanın amacı yapılan müdahale ile görülen değişim arasında nedensel bir bağ kurmaktır. Bu bağ kurabilmek amacıyla diğer faktörlerin mümkün olduğunca kontrol edilebilmesi gerekmektedir. Farmakolojik araştırmalarda kontrol grubu, deney hapına benzeyen bir hap (bir plasebo) alır; bu durumda katılımcılar deney durumunda mı yoksa kontrol durumunda mı olduklarını bilmezler (Root ve ark., 2013). Böylece, katılımcılar aldıkları hapın işlevi konusunda farklı beklentilere sahip olmazlar ve sonuç ölçümünde gruplar arasındaki herhangi bir fark, tedavinin etkisine bağlanabilir (Root ve ark., 2013). Ancak psikolojik araştırmalarda plasebo etkisini kontrol etmek daha zor görünmektedir ve genellikle hesaba katılmayıp müdahale edilmeyen kontrol grupları kullanılmaktadır (Root ve ark., 2013). Bu durumda neye ilişkin tedavi aldığını bilen deney grubunun bu yönde gelişme gösterme beklentisi içinde olmasının araştırma sonuçlarında plasebo etkisinin yaratacağı düşünülmektedir ve bu etkiyi anlayabilmeye ilişkin çalışmada aktif bir kontrol grubunun bulunması gerektiği öne sürülmektedir (Root ve ark., 2013). Aktif bir kontrol grubunu ise, mevcut problemin çözümünü hedeflemeyen bir çeşit terapi alan bir grubun oluşturabileceği önerilmektedir (Root ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ise, psikoterapi içeren çalışmalarda plasebo etkisinin test edilebileceği aktif bir kontrol grubu

oluşturmanın mümkün olmadığı öne sürülmüştür. Buna göre araştırmacılar tarafından randomize, kontrollü çalışmalarda kullanılmak üzere sahte psikoterapiler tasarlanmaya çalışılmış olsa da plasebo psikoterapileri geliştirmeye yönelik bu çabalar, tanımsal ve kavramsal sorunlar olmaktan öteye gidememiştir (Kirsch ve ark., 2016). Ayrıca bu görüşe göre, psikoterapide tedavinin etkileri tıpta olduğu gibi fiziksel özelliklerle ilişkili değildir, bu etkiler fiziksel özellikler dışındaki faktörler tarafından ortaya çıkar ve bu bağlamda oluşabilecek bir plasebo etkisi de terapinin doğası gereği ortaya çıkacaktır (Kirsch ve ark., 2016). Bu görüş standart plasebo tanımının psikoterapi alanıyla uyuşmadığını çünkü hastanın, aldığı psikoterapi sahte veya problemin çözümünü hedeflemiyor da olsa, terapinin empati gibi temel özelliklerinin bulunduğu herhangi bir koşulda iyileşme beklentisi oluşturacağını ve psikoterapideki plasebo etkisinin “ipso facto” bir etki olduğunu savunmaktadır (Kirsch ve ark., 2016). Dolayısıyla psikoterapinin etkinliğinin değerlendirilmesinde plasebo etkisi kontrol edilemez ve kontrol edilmemelidir (Kirsch ve ark., 2016). Bu bağlamda ele alındığında mevcut çalışmada plasebo etkisi kontrol edilmemiştir ancak müdahale edilmeyen bir kontrol grubu bulunmaktadır ve deney grubu ve kontrol grubunun depresif semptom düzeyleri arasındaki anlamlı farklılık dikkate alındığında BDT’nin depresif semptomları azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

BDT’nin depresyon tedavisinde ve depresif semptomları azaltmadaki etkisi bağlamında Türkçe literatür incelendiğinde çok az sayıda çalışma yapıldığı, bunlardan bazılarının da başka rahatsızlıkların oluşturduğu depresif semptomlarla ilgili olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan birinde depresyon hastaları örneklem olarak kullanılmış ve BDT temelli psikoeğitimin bu hastalarda intihar riski ve sosyal işlevselliğe olan etkisine bakılmıştır (Gül, 2022). Çalışma sonucunda BDT temelli psikoeğitimin hastalarda sosyal işlevselliği artırma ve intihar riskini azaltma bağlamında etkili olduğu bulunmuştur (Gül, 2022). Başka bir çalışmada duygudurum bozukluğu olan bireylerde BDT’nin iyileşmeye olan etkisi araştırılmıştır (Aydoğdu Durmuş, 2020). Yapılan çalışmada BDT’nin duygudurum bozukluğu olan hastaların işlevselliklerini ve umutsuzluk düzeylerini düşürmek bağlamında etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Aydoğdu Durmuş, 2020). Boşanmış kadınlarda depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında BDT’nin etkililiği üzerine

yapılan bir çalışmada uygulanan BDT'nin anksiyete ve yalnızlık semptomları ile birlikte depresyon semptomlarını da azalttığı görülmüştür (Öngider, 2013). Vajinismuslu kadınlar ve eşlerinde BDT'nin cinsel doyum, evlilik uyumu, depresyon ve anksiyete düzeylerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, BDT alan kadınlar ve eşlerinin diğer değişkenlerin yanı sıra depresif semptomlarında da azalma olduğu görülmüştür (Şafak Öztürk ve Arkar, 2017). Mevcut çalışma depresif semptomların azalması bakımından literatürle örtüşen sonuçlar vermiştir. Türkçe literatürde her ne kadar BDT'nin veya BDT temelli uygulamaların çeşitli koşulların yarattığı depresif semptomların azalmasında etkili olduğu görülmüş olsa da doğrudan BDT'nin depresif semptomlar üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda mevcut araştırmanın Türkçe literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlarla karşılaştırmak amacıyla İngilizce literatür de incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda BDT'nin depresyon semptomlarını azaltmada etkililiğini araştıran çalışmaların bazılarında yalnızca BDT'nin depresyon tedavisindeki etkililiğinin araştırıldığı, bazılarında hali hazırda depresyon tedavisi gören bireylerin aldığı rutin tedaviye ek olarak BDT'nin etkililiğinin araştırıldığı, bazılarında BDT'nin etkililiğinin rutin tedavi, ilaç tedavisi veya diğer yöntemlerle karşılaştırıldığı görülmüştür (Hedman ve ark., 2014; Köhler ve ark., 2011; Tutty ve ark., 2010; Lopez ve Basco, 2015; Lutz ve ark., 2016; Hamdan- Mansour ve ark., 2009; Twomey ve ark., 2015; Embling, 2002). Yetişkin örneklem kullanılan bu çalışmaların tamamında BDT'nin depresif semptomları önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiş ve ayrıca hali hazırda depresyon tedavisi gören bireylerin rutin tedavisine BDT eklendiğinde semptomların düzeyinin yalnızca rutin tedaviye göre daha hızlı ve daha fazla düştüğü görülmüştür (Hedman ve ark., 2014; Köhler ve ark., 2011; Tutty ve ark., 2010; Lopez ve Basco, 2015; Lutz ve ark., 2016; Hamdan- Mansour ve ark., 2009; Twomey ve ark., 2015; Embling, 2002). Bu çalışmaların bulgularından hareketle, BDT'nin bireylerde depresif semptomları azaltmada etkili olduğu ve mevcut araştırmanın sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir. Depresyon tanısı bulunan veya depresif semptomlar gösteren ergenlerde de BDT'nin etkililiği araştırma konusu olmuştur. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları da BDT'nin depresif

semptomları azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Charkhandeh ve ark., 2016; Weersing ve ark., 2006; Oud ve ark., 2019; Reinecke ve ark., 1998). Yetişkinlerde ve ergenlerde olduğu gibi yaşlılarda da depresyon tedavisine ilişkin çeşitli araştırmalar bulunmaktadır ve bu araştırmalardan birinde rutin tedavi ve BDT karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda ise BDT'nin özellikle rutin tedaviyi tolere edemeyen hastalarda depresyonu iyileştirmede etkili olduğu ve 6 aylık takipte bu iyileşmenin korunduğu görülmüştür (Laidlaw ve ark., 2008). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar BDT'nin farklı yaş gruplarında özellikle gelişimsel olarak kritik bir dönem olan ergenlik döneminde uygulandığında da etkili sonuçlar verdiğini göstermektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi hastalıkların yol açtığı depresif semptomlarda da BDT müdahalesinin semptomları iyileştirmede etkili olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Kanapathy ve ark., 2017; Serfaty ve ark., 2019; Reavell ve ark., 2018). Bunların dışında perinatal depresyonda ve intihar düşüncesi bulunan depresyonu olan gazilerde de BDT'nin etkili olduğunu ve semptomların iyileşmesine katkı sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Brown ve ark., 2016; Li ve ark., 2020).

Depresyonu olan bireylerin rutin tedaviye ek olarak BDT uygulandığı ve rutin tedavi ile BDT'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedavi sonrasında yapılan değerlendirmelerde BDT alan grubun yalnızca rutin tedavi alan gruba göre daha az depresif olduğu ancak 3 aylık takipte rutin tedavi ile BDT arasında bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Teasdale ve ark., 2018). Bu durum depresyonu tedavi etme açısından rutin tedavi ve BDT arasında bir fark olmasa da mevcut tedaviye BDT eklendiğinde semptomlardaki iyileşmenin de hızlanabileceğinin bir göstergesi olabilir. Depresyon tedavisi için çeşitli alternatiflerin ve etkililiklerinin sunulduğu bir yönergede BDT'nin depresyon tedavisinde güçlü ve etkili bir yöntem olduğu vurgulanmıştır ve ayrıca bu yönergede BDT'nin tek başına veya farmakolojik tedavi ile birlikte yürütülebileceği belirtilmiştir (Kilbourne ve ark., 2007). Depresyon tanısı almış bireylerde farmakolojik tedaviye ek olarak BDT uygulanan ve tedavisi sonrasında ve 12 aylık takipte semptomların seyrini araştıran bir çalışma yapılmıştır (Scott ve ark., 2018). Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan BDT'nin iyileşmede etkili olduğu ve 12 aylık

takipte bu iyileşmenin korunduğu görülmüştür (Scott ve ark., 2018). Yapılan literatür incelemesi bireylerde depresif semptomlara yol açan bir çok etken bulunduğunu ve bireylerin depresyon tanısı almasa bile depresif semptomlar gösterebileceğini ve bu semptomları iyileştirmede BDT'nin etkili sonuçlar verdiğini göstermektedir. Bu bağlamda mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlar çok çeşitli örneklemeler kullanılarak yapılan yerli ve yabancı çalışmalarla örtüşmektedir.

Araştırma boyunca katılımcıların ilk seanslara getirdikleri problemler, terapi süresince kaydettikleri gelişmeler ve son seanslarda yaşanan değişim araştırmacı tarafından izlenmiş ve katılımcılardan da geri bildirimler alınmıştır. Yapılan gözlemler ve alınan geri bildirimler katılımcıların başlarda sorun yaşadıkları duygusal ve sosyal işlevsellik, günlük faaliyetlere ilgi duyma, uyku ve iştah, dikkat ve konsantrasyon konularında gelişme gösterdikleri anlaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmadan elde edilen nitel bulguların nicel bulgularla örtüştüğü söylenebilir. Bununla birlikte kontrol grubuna hiçbir müdahalede bulunulmamıştır ve yaşamlarında nasıl olaylar gerçekleştiği bilinmemektedir. Bu durumda ön test ve son testin gerçekleştirildiği zaman aralığında kontrol grubunun depresif semptomlarını şiddetlendirecek veya azaltacak gelişmeler yaşanıp yaşanmadığına ilişkin bir veri bulunmamaktadır. Kontrol grubundan elde edilen son test verilerinde katılımcıların yaşantılarının bir etkisi olup olmadığı bilinmemektedir. Deney grubundaki katılımcılar değerlendirildiğinde ise yaşam olayları ve depresif semptomları gözlemlenebilmiştir çünkü araştırmacı hem seansları gerçekleştiren kişi olarak katılımcıların semptomları üzerine çalışırken hem de ölçümleri etkileyebilecek herhangi bir olay yaşayıp yaşamadıkları bilgisine de haftalık seanslar aracılığıyla sahip olmuştur. Bu bağlamda katılımcılardan bazılarının olumsuz deneyimler yaşasa da bunları seans sırasında paylaştıkları ve çözüm odaklı, inançlı ve istekli hareket ettikleri gözlemlenmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde seanslar süresince deney grubundaki katılımcıların semptomlarını olağan dışı etkileyecek veya tetikleyecek herhangi bir durum olmadığı görülmüştür. Özetle, deney grubunun son test puanlarının bu açıdan bir etki altında kalmadığı söylenebilir.

Mevcut araştırmada BDT 40-50 dakika arası süren 8 seanstan oluşmuştur ve araştırmaya devam etmeyen katılımcı dışında herhangi bir katılımcıyla belirlenen süre ve seans sayısının dışına çıkılmamıştır. Araştırmayı tamamlamayan katılımcının verileri bulgulara dahil edilmemiştir. Katılımcılar depresyon tanısı almamış ancak depresif semptom gösteren bireylerden oluştuğu için 8 seanslık bir BDT uygulaması bireylerin semptomlarına müdahale etmek için yeterli görölmüştür. Literatürde bir psikoterapide optimal seans sayısı ve sıklığının nasıl olması gerektiği hakkında çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Cuijpers ve ark., 2013; Hansen ve Lambert, 2003; Barkham ve ark., 2006; Reynolds ve ark., 1996; Kopta ve ark., 1994; Howard ve ark., 1986). Bazı alışmalar daha fazla seans sayısını daha yüksek iyileşme oranları ile ilişkilendirmişlerdir ve bu çalışmalarda %50 oranında bir iyileşme için 15-19 seans önerilirken %75 oranında iyileşme için 1 yıl önerilmiştir (Kopta ve ark., 1994; Hansen ve Lambert, 2003). Buna karşılık başka bir çalışmada seans sayısı arttıkça semptomlardaki iyileşmenin arttığı ancak bu sonucun etki büyüklüğünün oldukça düşük olduğu ve klinik bir anlamlılık ifade ettiğinin tartıřmalđ olduğu belirtilmiştir (Cuijpers ve ark., 2013). Seans sayısının artması ile semptomlardaki iyileşmenin artması arasında bir ilişki bulunmayan çalışmalar da olmuştur. Bu çalışmalardan birinde hastaların %50'sinin 8 seansta ölçölebilir bir şekilde iyileştiği tespit edilmiştir (Howard ve ark., 1986). 8 ve 16 seanslık bilişsel davranışçı terapilerin danışanlarda ne kadar sürede ne kadar pozitif etki oluşturduğuna yönelik bir çalışmada 8 seansta izlenen pozitif gelişmenin 16 seansa göre daha hızlı olduğu tespit edilmiştir (Reynolds ve ark., 1996). İyileşmenin katılımcıların aldığı seans sayısı ile bir ilişkisi olup olmadığını araştıran bir çalışmada hastalar 1-12 sayıları arasında seansa katılmıştır ve çalışmada hastaların gösterdikleri gelişmenin artmasının katıldıkları seans sayısının artması ile ilişkili olduğu dair bir bulguya rastlanmamıştır (Barkham ve ark., 2006). Literatür incelendiğinde iyileşme ve ideal seans sayısı arasındaki ilişkiye dair bulguların tartıřmalđ olduğu görölmekle birlikte 8 seans süren bir terapinin semptomların azalması bağlamında yeterli bulunduğu söylenebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde ve mevcut araştırmadan elde edilen bulgular göz önüne alındığında katılımcıların depresif semptomlarının azalmasında seans sayısının kritik bir değerikliğe yol amadığı, mevcut

araştırma için belirlenen seans sayısının düşünüldüğü gibi yeterli olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmada BDT alan deney grubu ile görüşmeler Zoom uygulaması üzerinden online olarak yürütülmüştür. Mevcut araştırmanın bulguları dikkate alındığında online yapılan görüşmelerin semptomların azalmasında veya terapinin gidişatında herhangi olumsuz bir etkisinin bulunmadığı söylenebilir. Özellikle pandemiden sonra bireyler bir çok işini online platformlar aracılığıyla yürütmeye başladı ve online psikoterapi de bu dönemde oldukça yaygınlaşmaya başladı. Bundan dolayı online yürütülen terapi seanslarının etkililiği de sorgulanmaya başlanmıştır ve literatürde bu konuda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Depresyona müdahalede online psikolojik müdahalelerin etkililiği ile ilgili çalışmaların gözden geçirildiği bir meta-analiz çalışmasında online psikoterapi müdahalesinin depresif semptom gösteren depresyon tanısı almamış bireylerin semptomlarını azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (Rigabert ve ark., 2020). Bir terapist online platformlar aracılığıyla alınan BDT'nin depresif semptomları iyileştirmede etkisinin araştırıldığı bir çalışmada online BDT'nin hem daha ulaşılabilir olduğu hem de tedavide etkili olduğu bulunmuştur (Kessler ve ark., 2009). Ayrıca bu çalışmada yapılan 8 aylık takipte depresyon semptomlarındaki iyileşmenin korunduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 2009). Bunun dışında çeşitli çalışmalarda online olarak yürütülen BDT'nin özellikle hafif ve orta şiddetli depresif semptom gösteren bireylerin semptomlarının iyileşmesinde yüz yüze BDT kadar etkili olduğu belirtilmiştir (Mahoney ve ark., 2021; Howes ve ark., 2021; Meyer ve ark., 2009; Stasiak ve ark., 2016). Bu konuda yapılan nitel bir çalışmada ise katılımcılar bulundukları ortamda ve bilgisayar, telefon gibi kendi cihazları aracılığıyla terapiye katılmanın terapiyi günlük hayatlarına adapte edebilmeleri açısından onları memnun ettiğini ifade etmişlerdir (Beattie ve ark., 2009). Mevcut araştırmanın örnekleminin İstanbul'da olduğu göz önünde bulundurulduğunda online terapi seanslarının katılımcıların devamlılığına da katkı sağladığı söylenebilir çünkü yüz yüze olma durumunda uzak mesafedeki insanlar devamlılık konusunda zorluk yaşayıp direnç gösterebilirlerdi.

Mevcut araştırmanın bulguları, özellikleri ve katılımcıların geri bildirimleri ele alındığında BDT'nin depresif semptom gösteren bireylerin semptomlarının azalmasında etkili olduğu görülmektedir. Araştırmanın bulgularının literatürle örtüşüp örtüşmediği değerlendirildiğinde, literatürde de benzer sonuçlara ulaşıldığı ve bulgular bağlamında örtüşme olduğu görülmüştür. Bunun dışında araştırmada kullanılan metod değerlendirilmiş, bu konudaki literatür incelenmiş, çeşitli görüşler ortaya konmuştur ve mevcut araştırmanın bir psikoterapi yönteminin etkililiğini kanıtlama bağlamında uygun bir yol izlediği söylenebilir. Ayrıca seans sayısı ve süresi, görüşmelerin online yürütülmesi gibi araştırmanın bulgularında etkisi olabileceği düşünülen konular hakkında literatür incelenmiş ve bunların, bulguları herhangi bir yönde etkileyebileceğine ilişkin bir kanıt rastlanmamıştır. Bu bağlamda mevcut araştırmanın BDT'nin depresif semptomlardaki etkililiğini incelediği örneklem üzerinde kanıtladığı sonucuna ulaşılabilir.

Sınırlılıklar

Bu bölümde araştırma yürütülürken yaşanmış olan birtakım güçlüklerden bahsedilmiştir. Bu güçlüklerden bir tanesi araştırmaya katılmayı kabul eden deney grubu katılımcılarının, psikoterapiye bir araştırma kapsamında başlamış olmaları onların ilk seanslarda direnç göstermelerine sebep olmuştur. Bu durum başlarda zorluk yaşatmış olsa da katılımcılar 1-2 seans sonunda sorunlarından bahsetmeye ve terapiye aktif katılım göstermeye başlamışlardır. Yalnızca bir katılımcı iletişim kurmaya ve seanslara katılmaya devam etmemiştir. Başka bir güçlük ise deney grubu katılımcıları ile terapi seanslarını gerçekleştirmek için uygun zamanların belirlenmesi ve katılımcılarla bu anlamdaki iletişimi sürdürmek olmuştur. Kontrol grubu ile ise son testlerin uygulanması için iletişim kurmak konusunda güçlükler yaşanmıştır. Bahsedilen problemlerin çoğu araştırma süresince çözülmüş olsa da araştırmanın yürütülmesini güçleştiren etkenler olmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilmiştir ve önerilerde bulunulmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda deney grubuna BDT öncesi ve BDT sonrası yapılan Beck Depresyon ve SCL-90 puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve BDT sonrası semptomların önemli ölçüde düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ise ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Deney grubunun ön test ve son test puanları arasındaki fark ile kontrol grubunun ön test ve son test puanları arasındaki fark karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda deney grubu ve kontrol grubunun ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, deney grubunun semptomlarındaki azalmanın kontrol grubuna göre önemli ölçüde fazla olduğu görülmüştür. Araştırma boyunca araştırmacı seanslar uygulanırken katılımcıların semptomlarını ve bunlarda yaşanan değişimleri izlemiştir ve bununla ilgili nitel bulgular sunulmuştur. BDT seansları boyunca araştırmacı tarafından yapılan gözlemler; katılımcıların sosyal ve duygusal işlevselliklerini geri kazandıkları, uykusuzluk, iştahsızlık, dikkat ve konsantrasyonda güçlük gibi semptomların iyileştiği yönünde olmuştur. Katılımcılarda cinsel işlevsellikle ilgili semptomlara ve intihar düşüncelerine rastlanmamıştır. Seanslar içerisinde aynı zamanda katılımcılardan da geri bildirimler alınmıştır. Katılımcılar; kişilerarası iletişimlerinin geliştiği, daha özgüvenli hissettikleri ve günlük aktivitelere ilgilerinin arttığı yönünde geri bildirimler vermişlerdir. Araştırmadan elde edilen nitel ve nicel bulgular ve deney grubu katılımcılarından alınan geri bildirimler BDT'nin depresif semptomların iyileşmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda, araştırma bireylerin depresyon düzeyleri yüksek olsa da semptomlarını fark etmedikleri için tanı almamış olabileceklerini göstermiştir. Bu bağlamda, bundan sonraki yapılacak araştırmalarda, bir psikoterapi yaklaşımının etkililiğini araştırmaya yönelik olarak daha fazla etkililik çalışmaları yapılması ve bireylerin depresif semptomları tanımaları ve bununla ilgili olarak psikolojik destek almak için izleyebilecekleri yol konusunda bilgilendirilmeleri yararlı olacaktır. Bireylerde bilinçli farkındalığı geliştirmek adına çalışmalar yapılması semptomların fark edilmesi adına yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Açıkel, C. (2009). Meta-Analiz ve Kanıta Dayalı Tıp'taki Yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(2), 164-172.
- Akdeniz, F. (2017). Depresyonda Somatik Tedaviler. *Türkiye Klinikleri Family Medicine*, 8(1), 58-62.
- Anber, T., T. Akar, & F. Altun. (2021). Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 99-103.
- Andersson, G., & P. Cuijpers. (2009). Internet-Based And Other Computerized Psychological Treatments For Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (Beşinci Baskı), (E. Köroğlu, Çeviri). (2014). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arch, J. J., & M. G. Craske. (2008). Acceptance And Commitment Therapy And Cognitive Behavioral Therapy For Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms. *Clinical psychology: Science and practice*, 15(4), 263.
- Aydoğdu, D. H. (2020). *Duygudurum Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin İyileşmeye Etkisi*. Yayımlanmış Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Barkham, M., J. Connell, W. B. Stiles, J. N. Miles, F. Margison, C. Evans, & J. Mellor-Clark. (2006). Dose-Effect Relations And Responsive Regulation Of Treatment Duration: The Good Enough Level. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 160.
- Baçoğul, C., & K. Buldukoğlu. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.

- Beattie, A., A. Shaw, S. Kaur, & D. Kessler. (2009). Primary-Care Patients' Expectations And Experiences Of Online Cognitive Behavioural Therapy For Depression: A Qualitative Study. *Health Expectations*, 12(1), 45-59.
- Beck, J. S., & A. T. Beck. (2011). Cognitive Behavior Therapy. *New York: Basics And Beyond. Guilford Publication.*
- Bengisoy, A., M. B. Özdemir, F. Erkıvanç, S. Şahin, & T. Ç. İskifoğlu. (2019). Bilişsel Davranışçı Terapi Kullanılarak Yapılan Araştırma Makalelerinin İçerik Analizi 1997-2018. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9(54), 745-793.
- Burns, D. D. (2006). *İyi Hissetmek: Yeni Duygudurum Tedavisi*. (A. Karaosmanoğlu, Çeviri Ed.). İstanbul: Psikonet Yayıncılık.
- Chen, S. Y., C. Jordan, & S. Thompson. (2006). The Effect Of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) On Depression: The Role Of Problem-Solving Appraisal. *Research On Social Work Practice*, 16(5), 500-510.
- Churchill, R., P. Davies, D. Caldwell, T. H. Moore, H. Jones, G. Lewis, & Hunot, V. (2010). Humanistic Therapies Versus Other Psychological Therapies For Depression. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2010(9).
- Cuijpers, P., M. Huibers, D. D. Ebert, S. L. Koole, & G. Andersson. (2013). How Much Psychotherapy İs Needed To Treat Depression? A Metaregression Analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 149(1-3), 1-13.
- Demir, V. (2014). *Bilinçli Farkındalık Temeli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Demir, V. (2018). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grup Terapisi Programının Görme Engelli Bireylerde Depresif Belirti ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 22(1), 85-104.

- Demiralp, M., & F. Oflaz. (2007). Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Demirkol, M. E., & L. Tamam. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85-93.
- Derubeis, R. J., & P. Crits-Christoph. (1998). Empirically Supported Individual And Group Psychological Treatments For Adult Mental Disorders. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 66(1), 37.
- Dikici, D. S., K. Ascibasi & O. Aydemir. (2017). DSM-5 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği Ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18, 51-57.
- Batıgün, A. D. (Ed.). (2020). *Değişen Dünyada Anormal Psikolojisi*. Ankara: Palme Yayınevi.
- Duy, B. (2003). *Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Yalnızlık ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Üzerine Etkisi*. Yayımlanmış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Elias, E., A. Y. Zhang, & M. T. Manners. (2022). Novel Pharmacological Approaches To The Treatment Of Depression. *Life*, 12(2), 196.
- Ervatan, S. Ö., A. Özel, H. Türkçapar & N. Atasoy. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 5-11.
- Fekadu, A., A. Alem, G. Medhin, T. Shibre, A. Cleare, M. Prince, & D. Kebede. (2007). Utility Of The Concept Of Minor Depressive Disorder: Evidence From A Large Rural Community Sample In A Developing Country Setting. *Journal Of Affective Disorders*, 104(1-3), 111-118.
- Fochtmann, L. J., & A. J. Gelenberg. (2005). Guideline Watch: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Major Depressive Disorder. *Focus*, 3(1), 34-42.

- Ford, J., J. J. Klibert, N. Tarantino, & D. A. Lamis. (2017). Savouring And Self-Compassion As Protective Factors For Depression. *Stress And Health*, 33(2), 119-128.
- Furlong, M. & T. P. Oei. (2002). Changes To Automatic Thoughts And Dysfunctional Attitudes İn Group CBT For Depression. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 351-360.
- Gabbard, G. O. (2007). *Gabbard's Treatments Of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Pub.
- Gorka, S. M., C. B. Young, H. Klumpp, A. E. Kennedy, J. Francis, O. Ajilore, ... & K. L. Phan. (2019). Emotion-Based Brain Mechanisms And Predictors For SSRI And CBT Treatment Of Anxiety And Depression: A Randomized Trial. *Neuropsychopharmacology*, 44(9), 1639-1648.
- Gürsoy, R. (2018). *Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasında Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, E., & G. Gökçe. (2018). Etkililik Çalışmaları Ne Kadar Etkili? Bilişsel Davranışçı Terapiler Bağlamında Bir Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 54-66.
- Hammen, C. (2018). Risk Factors For Depression: An Autobiographical Review. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 14, 1-28.
- Hansen, N. B., & M. J. Lambert. (2003). An Evaluation Of The Dose–Response Relationship In Naturalistic Treatment Settings Using Survival Analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12.
- Hawley, L. L., C. A. Padesky, S. D. Hollon, E. Mancuso, J. M. Laposa, K. Brozina & Z. V. Segal. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy For Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use And Differential Symptom Alleviation. *Behavior Therapy*, 48(1), 29-44.

Helvacı Çelik, F. & Ç. Hocaoglu. (2016). Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6 (1), 51-66. DOI: 10.16899/Ctd.03180

Hides, L., S. Carroll, L. Catania, S. M. Cotton, A. Baker, A. Scaffidi, & D. I. Lubman. (2010). Outcomes Of An Integrated Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Treatment Program For Co-Occurring Depression And Substance Misuse In Young People. *Journal Of Affective Disorders*, 121(1-2), 169-174.

Howard, K. I., S. M. Kopta, M. S. Krause, & D. E. Orlinsky. (1986). The Dose-Effect Relationship In Psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159.

Howes, S. T., K. M. Gorey & C. M. Charron. (2021). Relative Effectiveness Of Online Cognitive Behavioural Therapy With Anxious Or Depressed Young People: Rapid Review And Meta-Analysis. *Australian Social Work*, 1-15.

Hundt, N. E., J. Mignogna, C. Underhill & J. A. Cully. (2013). The Relationship Between Use Of CBT Skills And Depression Treatment Outcome: A Theoretical And Methodological Review Of The Literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12-26.

Huppert, J. D., & D. A. Roth. (2003). Treating Obsessive-Compulsive Disorder With Exposure And Response Prevention. *The Behavior Analyst Today*, 4(1), 66.

Işık, Ş. (Ed.). (2021). *Psikolojiye Giriş*. Ankara: Pegem Akademi.

İskender, H., E. Dokumacıoğlu, Y. Kanbay & N. Kılıç. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam ve Depresyon Puan Düzeyleri ile İlgili Faktörlerin Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 414-423.

Johansen, L., P. Liknaitzky, M. Nedeljkovic, L. Mastin-Purcell & G. Murray. (2022). The Psychological Processes Of Classic Psychedelics In The Treatment Of Depression: A Systematic Review Protocol. *Systematic Reviews*, 11(1), 1-9.

Karademir, Ç. (2015). *Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Ergenlerin Değer Yönelimleri ve Motivasyonel Eylem Çatışmaları Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Kaya, B., & M. Kaya. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Supp: 6), 3-10.

Kessler, D., G. Lewis, S. Kaur, N. Wiles, M. King, S. Weich., ... & T. J. Peters. (2009). Therapist-Delivered Internet Psychotherapy For Depression In Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet*, 374(9690), 628-634.

Kilbourne, A. M., B. Daugherty & H. A. Pincus. (2007). What Do General Medical Guidelines Say About Depression Care? Depression Treatment Recommendations İn General Medical Practice Guidelines. *Current Opinion In Psychiatry*, 20(6), 626-631.

Koğar, H. (2019). Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90) Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması: Mokken Ölçekleme Analizleri. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9(54), 689-705. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Tpdrd/Issue/48897/623281>

Konuş, F. (2019). *Bir Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Dispepsi ile Başvuran Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Elazığ: Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi.

Kopta, S. M., K. I. Howard, J. L. Lowry & L. E. Beutler. (1994). Patterns Of Symptomatic Recovery İn Psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62(5), 1009.

Kotan, V. O., S. S. Eker, E. Y. Sivrioglu & C. Akkaya. Depresyon ve N-Metil D-Aspartik Asit (NMDA) Reseptör İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1), 22-35.

Laidlaw, K., K. Davidson, H Toner, G. Jackson, S. Clark, J. Law, ... & S. Cross. (2008). A Randomised Controlled Trial Of Cognitive Behaviour Therapy Vs Treatment As Usual İn The Treatment Of Mild To Moderate Late Life Depression. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 843-850.

Leichsenring, F. (2001). Comparative Effects Of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy And Cognitive-Behavioral Therapy In Depression: A Meta-Analytic Approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419.

Leichsenring, F., & S. Rabung. (2008). Effectiveness Of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565.

Lepping, P., R. Whittington, R. S. Sambhi, S. Lane, R. Poole, S. Leucht, ... & W. Waheed. (2017). Clinical Relevance Of Findings In Trials Of CBT For Depression. *European Psychiatry*, 45, 207-211.

Lipsitz, J. D., & J. C. Markowitz. (2013). Mechanisms Of Change In Interpersonal Therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1134-1147.

Lorenzo-Luaces, L., R. E. German & R. J. Derubeis. (2015). It's Complicated: The Relation Between Cognitive Change Procedures, Cognitive Change, And Symptom Change In Cognitive Therapy For Depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 3-15.

Mahoney, A., I. Li, H. Haskelberg, M. Millard & J. M. Newby. (2021). The Uptake And Effectiveness Of Online Cognitive Behaviour Therapy For Symptoms Of Anxiety And Depression During COVID-19. *Journal Of Affective Disorders*, 292, 197-203.

Malone, K. M., M. A. Oquendo, G. L. Haas, S. P. Ellis, S. Li & J. J. Mann. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts In Major Depression: Reasons For Living. *American Journal Of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088.

Mazure, C. M. (1998). Life Stressors As Risk Factors In Depression. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 5(3), 291.

Meyer, B., T. Berger, F. Caspar, C. Beevers, G. Andersson & M. Weiss. (2009). Effectiveness Of A Novel Integrative Online Treatment For Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*, 11(2), E1151.

Muit, J. J., P. F. Van Eijndhoven, A. Cipriani, I. Dalhuisen, S. Van Bronswijk, T. A. Furukawa & H. G. Ruhe. (2022). Efficacy And Acceptability Of Next Step Treatment

Strategies In Adults With Treatment-Resistant Major Depressive Disorder: Protocol For Systematic Review And Network Meta-Analysis. *BMJ Open*, 12(4), E056777.

Muscat, S. A., G. Hartelius, C. R. Crouch & K. W. Morin. (2022). Optimized Clinical Strategies For Treatment-Resistant Depression: Integrating Ketamine Protocols With Trauma-And Attachment-Informed Psychotherapy. *Psych*, 4(1), 119-141.

Ohayon, M. M., & S. C. Hong. (2006). Prevalence Of Major Depressive Disorder In The General Population Of South Korea. *Journal Of Psychiatric Research*, 40(1), 30-36.

Overholser, J. C. (1993). Elements Of The Socratic Method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 67.

Önen, F. R., C. Kaptanoğlu & G. Seber. (1995). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3 (1), 88-103. DOI: 10.1501/Kriz_0000000104

Öngider, N. (2013). Bilişsel Davranışçı Terapinin Boşanma Sonrasında Kadınların Depresyon, Anksiyete ve Yalnızlık Semptomlarında Etkinliği: Bir Pilot Çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 147-155.

Örsel, S. (2004). Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 17-24.

Özcan, Ö., & G. G. Çelik. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.

Özdel, K., A. Kart & M. H. Türkçapar. (2021). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi*, 58.

Paykel, E. S., T. Brugha, & T. Fryers. (2005). Size And Burden Of Depressive Disorders In Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-423.

Reynolds, S., W. B. Stiles, M. Barkham, D. A. Shapiro, G. E. Hardy & A. Rees. (1996). Acceleration Of Changes İn Session İmpact During Contrasting Time-Limited Psychotherapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 64(3), 577.

Richards, D. (2011). Prevalence And Clinical Course Of Depression: A Review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117-1125.

Rigabert, A., E. Motrico, P. Moreno-Peral, D. M. Resurrección, S. Conejo-Cerón, P. Cuijpers, ... & J. Á. Bellón. (2020). Effectiveness Of Online Psychological And Psychoeducational Interventions To Prevent Depression: Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Clinical Psychology Review*, 82, 101931.

Riveros, M. E., A. Ávila, K. Schruers, & F. Ezquer. (2022). Antioxidant Biomolecules And Their Potential For The Treatment Of Difficult-To-Treat Depression And Conventional Treatment-Resistant Depression. *Antioxidants*, 11(3), 540.

Ross, L. E., F. Doctor, A. Dimito, D. Kuehl, & M. S. Armstrong. (2007). Can Talking About Oppression Reduce Depression? Modified CBT Group Treatment For LGBT People With Depression. *Journal Of Gay & Lesbian Social Services*, 19(1), 1-15.

Roy, A. (1987). Five Risk Factors For Depression. *British Journal Of Psychiatry*, 150(4), 536-541. Doi:10.1192/Bjp.150.4.536

Sağ, B. (2016). *Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Pozitif Algının, Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sayar, G. H., E. Özten, G. Eryılmaz, I. G. Gül & M. E. Ceylan. (2014). Elektrokonvulzif Tedavi Üzerine Güncel Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2).

Scott, C., M. J. Tacchi, R. Jones & J. Scott. (1997). Acute And One-Year Outcome Of A Randomised Controlled Trial Of Brief Cognitive Therapy For Major Depressive Disorder In Primary Care. *The British Journal Of Psychiatry*, 171(2), 131-134.

Sharf, R. S. (2014). *Psikoterapi ve Psikolojik Danışma Kuramları*. (N. Voltan Acar, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Yayınevi.

Smith-Apeldoorn, S. Y., J. K. Veraart, H. G. Ruhé, M. Aan Het Rot, J. Kamphuis, M. K. De Boer & R. A. Schoevers. (2022). Repeated, Low-Dose Oral Esketamine In Patients With Treatment-Resistant Depression: Pilot Study. *Bjpsych Open*, 8(1).

Sümer, N., S. Ünal, E. Selçuk, B. Kaya, R. Polat & B. Çekem. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63).

Soylu, C. (2015). Bilişsel Davranışçı Terapi Tekniklerinin Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Üzerindeki Etkinliği.

Sözeri, V. G., F. Karadağ, N. K. Oğuzhanoglu & O. Özdel. (2017). The Role Of Group Psychotherapy And Psychodrama In The Treatment Of Depression.

Stasiak, K., T. Fleming, M. F. Lucassen, M. J. Shepherd, R. Whittaker & S. N. Merry. (2016). Computer-Based And Online Therapy For Depression And Anxiety In Children And Adolescents. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 26(3), 235-245.

Şengün, F., B. Üstün & H. Ö. Altıok. (2011). Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 66-74.

Teasdale, J. D., M. J. Fennell, G. A. Hibbert, & P. L. Amies. (1984). Cognitive Therapy For Major Depressive Disorder İn Primary Care. *The British Journal Of Psychiatry*, 144(4), 400-406.

Thase, M. E., M. H. Trivedi & A. J. Rush. (1995). Maoıs In The Contemporary Treatment Of Depression. *Neuropsychopharmacology*, 12(3), 185-219.

Tomruk, N. B., & T. Oral. (2007). Elektrokonvulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 302-309.

Tunç Aksan, A. (2021). Meme Kanseri Kadınlarında Bilişsel Davranışçı Terapilerin Etkinliği: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 34-51.

Turner, H., E. Marshall, F. Wood, L. Stopa & G. Waller. (2016). CBT For Eating Disorders: The Impact Of Early Changes In Eating Pathology On Later Changes In Personality Pathology, Anxiety And Depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 1-6.

Türkçapar, M. H., & A. E. Sargın. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

Türkçapar, M. H., & A. E. Sargın. (2012). Bir Teknik Sokratik Sorgulama-Yönlendirilmiş Keşif. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 15-20.

Ünsalver, B. Ö., & N. Tarhan. (2017). Majör Depresyon Tedavisinde Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 10(2), 79-87.

White, P. F., Q. Amos, Y. Zhang, L. Stool, M. M. Husain, L. Thornton, ... & S. H. Lisanby. (2006). Anesthetic Considerations For Magnetic Seizure Therapy: A Novel Therapy For Severe Depression. *Anesthesia & Analgesia*, 103(1), 76-80.

Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(2), 7-13.

Yıldız, M. & M. Aslan. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Davranışçı Grupla Psikolojik Danışmanın Depresif Belirtilere Etkisi. *Ihlara Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38-48.

EKLER

EK 1.

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Yaş:

2.Cinsiyet: ☐Kadın ☐Erkek

3.Eğitim durumu

☐İlkokul

☐Ortaokul

☐Lise

☐Üniversite ☐Yükseklisans/Doktora

4.Çalışıyor musunuz?☐Evet ☐Hayır

5.Meslek:

6.Gelir Düzeyi:

☐ Düşük

☐Orta

☐Yüksek

7.Medeni durum:☐Evli

☐Bekar

8. Daha önce psikoterapi aldınız mı?

Evet

Hayır

9.Psikolojik tanı aldınız mı?

Evet

Hayır

10.Daha önce ilaç kullandınız mı?

Evet

Hayır

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar vermiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar vermiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uyku her zamanki gibi.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|--|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 3.

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

10. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi

EK 4.

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu " Bilişsel Davranışçı Terapinin Depresyon Düzeyi Yüksek Olan Bireylerin Depresif Belirtirine Etkisi" dir. Bu araştırma, Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında yüksek lisans öğrencisi Suna Vurucu tarafından Dr. Öğretim Üyesi Metin Çınaroğlu danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma sırasında alınan bilgiler, bir bütün halinde değerlendirilecektir. Araştırma kapsamında ön test ve son test yapılacaktır. Alınan bilgiler sadece araştırmacı tarafından görümlenecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için aşağıda belirtilen araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz. İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Suna Vurucu

EK 5.

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARAR SURETİ

Toplantı Tarihi : 26.04.2022
Toplantının Yeri: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası
Toplantı Sayısı : 2022/20
Toplantı Saati : 14:00

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT	Başkan
Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU	Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	Üye
Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI	Üye
Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER	Üye
Prof. Dr. Serkan KESKİN	Üye
Öğr. Gör. Erkul BULUT	Üye
Demet ÖVELEK	Raportör

Gündem:

Gündem2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Suna Vurucu'nun "18-55 Yaş Arası Sağlıklı Bireylerin Depresyon Algılarına Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Kararlar:

Karar2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Suna Vurucu'nun "18-55 Yaş Arası Sağlıklı Bireylerin Depresyon Algılarına Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.