

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON ALGISI YÜKSEK GÖNÜLLÜLERE
UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN(BDT)
ve ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlayda ŞANLI

**Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Devran TAN

OCAK 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON ALGISI YÜKSEK GÖNÜLLÜLERE
UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN (BDT)
ve ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlayda ŞANLI

ORCID ID: 0000-0002-2673-8666

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez 22/02/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Devran TAN	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ	BAŞARILI	
Doç. Dr. Deniz Ceylan Tufan ÖZALP	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.

İlayda ŞANLI
22.02.2023



ÖNSÖZ

Her şeyden önce bugünlere gelmem için temellerini ben doğmadan önce atmış, ülkenin refah düzeyini yükseltmek için birçok yenilik getirmiş, kadının her alanda başarılı olmasını istemiş ve kadının eğitim seviyesini önemsemiş ve kadına özgürce yaşama hakkını vermiş olan Mustafa Kemal ATATÜRK'e sonsuz şükranlarımı ve saygılarımı sunarım.

Lisansüstü eğitimim boyunca değerli fikirleri ile beni yönlendiren, her anlamda yol gösteren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur ve zevk duyduğum çok kıymetli danışmanım Prof. Dr. Devran Tan 'a derin ve sonsuz şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her anında yanımda olan, almış olduğum her kararında arkamda duran, benim bugünlere gelmemi sağlayan, sayısız fedakarlıklarda bulunan, sevgisini ve duasını hep hissettiren, düşüğümde ayağa kaldıran, maddi ve manevi her konuda beni destekleyen, hayallerime ulaşmamda büyük emekleri olan, haklarını hayatım boyunca asla ödeyemeyeceğim varlıklarına her zaman şükrettiğim babam Muharrem ŞANLI' ya amcam Hasan ŞANLI' ya, halam Sevgi ŞANLI' ya kardeşlerim Mertcan ŞANLI ve Çağrı ŞANLI' ya, babaannem Nafia ŞANLI' ya ve tüm aile üyelerime teşekkür ediyorum. Teşekkürlerimi dökmeye kelimelerin yetmediği canım ailem iyi ki benim ailemsiniz, sizleri çok seviyorum.

Çalışmam süresince her zaman yanımda olduğunu hissettiğim büyük bir sabırla beni motive eden, bilgilerini ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili Sedanur DAŞTAN'a, çok kıymetli meslektaşlarım Irmak EMÜL'e ve Nihal Tuğçe SEZER'e ve beni motive eden diğer tüm kıymetli dostlarıma çok teşekkür ederim.

İlayda ŞANLI
22.02.2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZ	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ.....	1

BÖLÜM 1: DEPRESYON.....5

1.1. Depresyonun Tarihçesi.....	5
1.2. Depresyonun Tanımı	5
1.3. Depresyon Belirtileri	7
1.3.1. Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik.....	8
1.3.2. Kaygı	8
1.3.3. Neşesizlik, Karamsarlık ve Kötümserlik	9
1.3.4. Kararsızlık ve Kuşku.....	9
1.3.5. Cinsel İstek Kaybı	9
1.3.6. Düşünce Bozuklukları ve Hezeyanlar	10
1.3.7. Psikomotor Yavaşlama ve Hareketlilik	10
1.3.8. Fizyolojik Belirtiler	10
1.3.9. Değersizlik ve Yetersizlik Duygusu	11
1.4. Depresyon Nedenleri	11
1.4.1. Depresyona Yatkınlık Oluşturan Etkenler.....	11
1.4.2. Biyolojik Nedenler	11
1.4.3. Fizyolojik Nedenler.....	12
1.4.4. Sosyal Nedenler.....	13
1.4.5. Psikolojik Nedenler	13
1.4.6. Depresyonda Koruyucu Faktörler	14
1.5. Depresyon Tanı Kriterleri.....	14
1.5.1. Majör (yeğin) Depresyon Bozukluğu.....	14
1.5.2. DSM-V'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri.....	16
1.6. Depresyonun Sonuçları	19
1.7. Depresyon Tedavisi	19
1.7.1. İlaçla Tedavi.....	20
1.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)	20
1.7.3. Psikoterapiler	21

BÖLÜM 2: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ.....27

2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	27
2.2. Temel Kavramlar.....	28
2.3. Bilişsel Davranış Terapisinin Temel İlkeleri.....	29

2.4. Bilişsel Çarpıtmalar	30
2.4.1. Felaketleştirme	30
2.4.2. Zihin Okuma	30
2.4.3. Kişiselleştirme	30
2.4.4. Ya Olursa	31
2.4.5. Olmalı İfadeleri	31
2.4.6. Aşırı Genelleme	31
2.4.7. Etiketleme	31
2.4.8. Seçici Soyutlama	31
2.4.9. Duygudan Sonuca Ulaşma	31
2.5. Bilişsel Teknikler	31
2.5.1. Sokratik sorgulama (yönlendirilmiş keşif):	32
2.5.2. Otomatik düşüncelerin tanımlanması ve açığa çıkarılması:	32
2.5.3. Otomatik düşünce kayıtları:	32
2.5.4. Otomatik düşünceleri doğrulama ve gerçekliği test etme:	32
2.5.5. Olumsuz inançların değiştirilmesi	33
2.6. Davranışsal Teknikler	33
2.6.1. Faaliyetlerin planlanması:	33
2.6.2. Aşamalı etkinlik planı:	33
2.6.3. Sosyal beceri eğitimi	34
2.6.4. Davranış provası:	34
2.6.5. Rol oynama	34
2.6.6. Maruz bırakma (exposure):	34
2.6.7. Gevşeme teknikleri:	34
BÖLÜM 3: ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİ	35
3.1. Çözüm Odaklı Terapi	35
3.2. Çözüm Odaklı Terapinin Temel Felsefesi	36
3.2.1. Bozulmamışsa onarma / tamir etme	36
3.2.2. İşleyen çözüm yollarına başvurmaya ısrarcı olma	36
3.2.3. İşe yaramıyorsa, onu tekrar yapmama / farklı çözüm yolları deneme	37
3.3. Çözüm-Odaklı Terapinin Amacı	37
3.3.1. Olumlu Amaç	38
3.3.2. Olumsuz Amaç	38
3.3.3. Zararlı Amaç	38
3.3.4. Bilinmeyen Amaç	38
3.4. Çözüm-Odaklı Terapinin Temel İlkeleri	38
3.4.1. Herkes İçin Geçerli Tek Bir Yaklaşım Yoktur	38
3.4.2. Pek Çok Olası Sonuç Vardır	38
3.4.3. Sorunun ve Çözümün Mutlaka Birbiriyle İlişkili Olması Gerekmez	39
3.4.4. En Basit ve En Somut Yaklaşım En İyi İlaçtır	39
3.4.5. İnsanlar Hemen Düzeliyorlar, Düzelebilirler	39
3.4.6. Değişme Kaçınılmaz ve Sürekli	39
3.4.7. Güçsüz ve Eksik Yönlerden Çok Güçlü Yönler Üzerine Odaklanma	39
3.4.8. Geçmişten Çok Gelecek Üzerinde Odaklanma	39
3.4.9. Küçük Değişmeler Daha Büyük Değişmelere Yol Açar	40
3.4.10. Terapistten Çok Danışan Uzman	40
3.5. Çözüm Odaklı Terapi Teknikleri	40

3.5.1. Mucize Sorusu.....	40
3.5.2. Değişimi Başlatmak	41
3.5.3. Şu ana Kadar İşe Yaramış Olan Yöntemler	42
3.5.4. İstisnalar	43
3.5.5. Üstesinden Gelmek/ Başa Çıkmak.....	45
3.5.6. Geleceğe Odaklanmak.....	45
3.5.7. Derecelendirme	46
3.5.8. Yeniden Çerçeveleme ve İltifat Etme	49
3.6. Çözüm Odaklı Terapinin Değerlendirmesi.....	50
3.7. Çözüm Odaklı Terapi ile Bilişsel Davranışçı Terapinin Karşılaştırılması	50
BÖLÜM 4: YÖNTEM.....	52
4.1. Araştırmanın Modeli	52
4.2. Evren Örnekleme	52
4.3. Veri Toplama Araçları.....	52
4.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	52
4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	53
4.4. Verilerin Analizi.....	53
BÖLÜM 5: BULGULAR.....	55
5.1. Deneysel Uygulama İçin Grupların Oluşturulması	55
5.2. Çözüm Odaklı Terapi ile Bilişsel Davranışçı Terapinin Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	59
5.3. ÇOT ve BDT Uygulanan Bireylerin Ön-Test ve Son-Test Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	60
5.4. Toplam Gönüllü Bireylerinin Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımı	61
5.5. Toplam Gönüllü Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Depresyon Puanlarının Farklılaşması.....	62
TARTIŞMA	67
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	73
KAYNAKÇA	74
EKLER.....	90

KISALTMALAR

BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM-5	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	:	Elektrokonvülsif Tedavi
KİT	:	Kişilerarası İlişkiler Terapisi
SÇT	:	Sorun Çözme Terapisi
ÇOT	:	Çözüm Odaklı Terapi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Grupları İçin Ön Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 2: Çalışma Gruplarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	56
Tablo 3: Çalışma Grupları İçin Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4: Çalışma Grupları İçin Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 5: Toplam Gönüllü Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	61
Tablo 6: Toplam Gönüllü Bireyler İçin Depresyon Toplam Puanlarının Betimsel İstatistikleri	63
Tablo 7: Toplam Gönüllü Bireylerin Depresyon Toplam Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması	63
Tablo 8: Toplam Gönüllü Bireylerin Depresyon Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması	65
Tablo 9: Toplam Gönüllü Bireylerin Yaş ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki	66

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Depresyon Belirtileri.....	8
Şekil 2: Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki.....	29



Tezin Başlığı: Depresyon Algısı Yüksek Gönüllülere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması	
Tezin Yazarı: İlayda ŞANLI	Danışman: Prof. Dr. Devran TAN
Kabul Tarihi: 22.02.2023	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım)+89(tez)+5(ek.)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Depresyon sıkıntı, keder ve geçmişteki yaşanmış olumsuz durumları bünyesinde barındıran bir bunalım halidir. Sıkıntı, keder gibi duygudurum bozuklukları insanların hayatında sıklıkla tekrarlanmaktadır. Depresyon insanların yaşam alanını olumsuz etkilemektedir. Depresyonun ortaya çıkmasında birçok sebep bulunmaktadır. Bu nedenle depresyonun tedavisi oldukça karmaşık ve önemli bir konudur. Bu araştırmada, gönüllü bireylerin depresyon düzeylerine çalışma durumu, çocuğa sahip olma durumu, kronik rahatsızlığı sahip olma durumu, bakmakla yükümlü olunan bireye (çocuk dışında) sahip olma durumu, daha önce psikolojik destek alma durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, eğitim durumu ve yaş gibi değişkenlerin etkisi belirlenmiş ve uygulanan her iki terapi yönteminden (çözüm odaklı terapi yöntemi, bilişsel davranışçı terapi yöntemi) hangisinin daha başarılı olduğu araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18-55 yaş aralığındaki gönüllü bireyler oluşturmuştur. Çalışmada toplam 24 gönüllü bireyden veri toplanmıştır. Bireyler iki gruba ayrılmıştır ve bir gruba çözüm odaklı terapi yöntemi diğer gruba ise bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanmıştır. Araştırmada Veri Toplama Aracı olarak “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Demografik Bilgi Formu” kullanılmıştır. Anket form verileri SPSS 22.0 veri analiz programına aktarılarak gerekli analizler yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre her iki terapi yönteminin de (ÇOT ve BDT) depresyon skorlarını azalttığı elde edilmiştir. Ancak ÇOT yönteminin BDT yöntemine göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde depresyon algısına değişkenlerin etkili olduğu gözlenmiştir	
Anahtar Kelimeler: Depresyon, Bilişsel Davranışçı Terapi, Çözüm Odaklı Terapi	

Thesis Heading: Comparison of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Solution Focused Therapy Applied To Volunteers With High Sensitivity To Depression	
Author: İlayda ŞANLI	Supervisor: Prof. Dr. Devran TAN
Date: 22.02.2023	Nu.of pages: viii(pretext)+89(mainbody)+5(app.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Depression is a state of crisis that involves hardship, sorrow and past negative experiences. Feelings such as hardship and sorrow occur repetatively in human lives. Depression negatively affects human lives. Many things lead to depression. As a result, treating depression is very important and complex. In this study, effects of variables such as work, having children, marital status, age, chronic diseases, having others to take care of, education and income on depressions of volunteers were identified and observation was made to see which of the two methods of therapy (solution focused therapy and cognitive behavioral therapy) was more successful. Sampling of the study consisted of volunteers aged 18 to 55. 24 volunteers participated in the study. Volunteers were divided into two groups and solution focused therapy was applied to one and cognitive behavioral therapy was applied to the other. (Beck Depression Scale) and (Demografik Information Form) were used as (Data Collection Tool) in the study. Collected data was fed into SPSS 22.0 data analyses program and the necessary analyses were made. Study findings show that both methods of treatment (SFT and CBT) decrease depression levels. However, SFT method was found to be more effective than CBT method. Review of the analyses also showed that variables affected the concept of depression on the volunteers.	
Keywords: Key Words: Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Solution Focused Therapy	

GİRİŞ

Duygudurum kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bu değişim kişilerin yaşam koşullarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Duygudurum normal, yüksek ve çökkün olmak üzere üç farklı evreden oluşmaktadır. Çökkün evrede depresyon ortaya çıkmaktadır.

Ruhsal çökkünlük olarak ifade edilen depresyon, psikolojik rahatsızlıklar arasında görülme olasılığı en yüksek rahatsızlıktır (Kessler, Berglund ve Demler, 2005:593-602; Dünya Sağlık Örgütü, 2004). Depresyonun ortaya çıkma sebepleri arasında ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, güvensizlik, çaresizlik, değersizlik, suçluluk duygusu, asosyalleşme, yeme alışkanlıklarında bozulma, uyku düzensizliği olarak sıralanmaktadır. Depresyon sonucu ortaya çıkan problemler göz önüne alındığında gün geçtikçe depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda artış görülmektedir (Dalmaz, 2014:7).

Depresyon tedavisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Tedavide farmakolojik tedaviler uygulandığı gibi tedavi amaçlı psikososyal etkinliklerde uygulanmaktadır. Depresyonda kullanılan tedavi yöntemlerine ilaçla tedavi, Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) ve psikososyal tedavi örnek verilmektedir. Psikososyal tedavisini ise Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Aile ve Çift Terapisi, Hümanistik Varoluşçu Terapi, Çözüm Odaklı Terapi ve psikoeğitim kapsamaktadır.

BDT Aoran Beck tarafından geliştirilen bir tedavi yöntemidir. Bu terapi yönteminde “kısa süreli, şimdiki zaman odaklı” ilkeleri esas alınmaktadır. Bu yöntem ile şimdi var olan sorunlara çözüm bulunmakta, işlevsiz düşünceler ortadan kaldırılmakta ve problemler ile baş edebilme öğretilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007 :132). BDT terapisinde en çok kullanılan teknik bilişsel tekniktir. Bütün tekniklerdeki ana hedef hatalı düşünceleri ortadan kaldırarak, çarpıtılmış inançları ortaya çıkararak işlevsel alanların değiştirilmesidir (Bengisoy ve diğerleri., 2019 :745; Kürümlüoğlu, 2017:3). Çözüm odaklı terapide ise probleminden çok çözüm üretmeye odaklanmaktadır (Bulut 2010:2). Çözüm odaklı terapisinin amacı, danışanları sahip oldukları bilgileri kullanmalarına teşvik etmek ve bu bilgileri nasıl kullanacakları konusunda kendilerinin yol izlemesini sağlamaktadır. Çözüm odaklı terapidaki en önemli faktör mucize sorusudur. Bu soru ile

hastanın güçlü yönleri ortaya çıkarılarak gelecek için gerçek hedefler belirlenmekte ve problemlerin olmadığı bir gelecek hayal ettirilmektedir. Mucize soru ölçeği birçok olanak sağlamaktadır. Mucize soru, danışanın yaşamındaki istisnaları, yaşamında hangi faktörlerin daha iyi geldiğini ve bu başarıyı nasıl sağladığını tanımlamaya olanak sağlamaktadır (O’Connell ve Palmer, 2003:8-22).

Çözüm odaklı terapi ile bilişsel davranışçı terapi arasında benzerlikler olduğu gibi farklılıklarda bulunmaktadır. BDT’ de kuralcı ve yönlendirici anlayış benimsenirken çözüm odaklı terapide danışanın kendi hedeflerine ve bu hedeflere ulaşmak için kendi yollarını kendilerinin seçmesi gerektiğine inanılmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu tez çalışmasında farklı özelliklere sahip gönüllü bireyler seçilerek depresyon düzeyleri belirlenmiş ve iki farklı terapi yöntemi (Çözüm Odaklı Terapi yöntemi ve Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemi) uygulanarak hangi terapinin daha başarılı olduğu araştırılmıştır. Araştırmada Veri Toplama Aracı olarak “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Demografik Bilgi Formu” kullanılmıştır. Anket form verileri SPSS 22.0 veri analiz programına aktarılarak gerekli analizler yapılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının temel amacı, depresyon algısı yüksek iki gruba ayrılan bireylerin tedavisinde kullanılan iki farklı terapi yönteminden hangisinin daha başarılı olduğunu incelemektir. Aynı zamanda çözüm odaklı terapi ve bilişsel davranış terapi yönteminin Türkiye’ de tanımlanmasına ve terapi yöntemi olarak uygulanmasına katkı sağlaması da diğer amaç arasında yer almaktadır. Bu katkı sayesinde daha kısa sürede daha fazla insanın psikolojik anlamda destek almasına olanak sağlanacaktır.

Araştırmanın Önemi

Çoğu insanın geçmişinde yaşadığı olumlu ve olumsuz deneyimler bulunmaktadır. Bu deneyimler kimi insanda sadece anı olarak kalırken kimi insanda da derin izler bırakmaktadır. Geçmişte yaşadığımız bu olumsuz deneyimleri düşünmek hayatımızda sadece zaman kaybına neden olmamakta olup ruh sağlığımızı da olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz düşünceler yaşam standartlarımızın her alanını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu nedenle bu olumsuz düşünceleri ortadan kaldırmak ve bireylerin

yaşam standartlarını arttırmak için seçilen doğru ve etkili terapi yöntemi seçimi oldukça önemli bir konudur. Bu tez çalışması depresyon algısı yüksek olan bireylerin ve farklı özelliklere sahip olan bireylerin depresyon tedavisinde daha etkili olan terapi yönteminin belirlenmesi ve gelecekte yapılacak olan benzeri araştırmalara kaynak oluşturabilmesi açısından önemlidir.

Araştırmanın Problemi

Depresyon algısı yüksek gönüllülere uygulanan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'nin ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması konulu çalışmanın problem cümlesi; ‘‘gönüllü bireylerin depresyon düzeyleri çalışma durumu, çocuğa sahip olma durumu, kronik rahatsızlığa sahip olma durumu, bakmakla yükümlü olunan bireye (çocuk dışında) sahip olma durumu, daha önce psikolojik destek alma durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, eğitim durumu ve yaş gibi değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır ve uygulanan terapi yöntemlerinden hangisi daha başarılıdır?’’ Çalışmada değişkenlerin depresyon düzeyine etkisi ve uygulanan terapi yöntemlerinden hangisinin daha başarılı olduğu ortaya konulacaktır.

Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın uygulanmasıyla ilişkili temel varsayımlar aşağıda belirtilmektedir:

H1: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapi (ÇOT) BDT'den daha etkilidir.

H2: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.

H3: Kısa süreli psikoterapi olarak BDT'nin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.

H4: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin BDT'ye göre Beck Depresyon ölçeğini azaltıcı etkisi daha yüksektir.

Sayıtlar

Araştırmaya katılacak olan gönüllü bireylerin, ‘‘Beck Depresyon Ölçeği’’ni ve ‘‘Demografik Bilgi Formu’’ndan oluşan ölçme araçlarını içten ve doğru olarak yanıtlayacakları varsayılmıştır. Araştırmanın örnekleminin evreni uygun olarak yansıttığı varsayılmıştır

Sınırlılıklar

Araştırmanın evrenini, 18-55 yaş aralığının da gönüllü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmadaki gönüllü bireylerin depresyon düzeyleri ‘‘Beck Depresyon Ölçeği’’ ile ölçülerek ve gönüllü bireylere ait sosyo-demografik değişkenler ile ilgili bilgiler ise ‘‘Demografik Bilgi Formu’’ ile toplanacaktır. Araştırmanın sonuçları örneklem grubundan elde edilen verilerle sınırlıdır.

Tanımlar

Depresyon: Depresyon psikiyatride ruhsal çökkünlük anlamında kullanılmaktadır. Depresyon temel olarak bir duygudurum bozukluğudur, çökkünlük ve melankoli halidir.

BDT: Kişinin psikolojik sorunlarını sürdüren uyumsuz düşünce ve davranışlarını değiştirerek iyileşme sağlamayı hedefleyen bir psikoterapi yaklaşımıdır.

Çözüm Odaklı Terapi Yöntemi: Danışanı terapiye yönlendiren sorunların niteliğine odaklanmak yerine, terapi süreci sonunda elde etmek istedikleri ve başarmak istedikleri hedefler üzerine odaklanan 50 yıllık bir terapi yöntemidir.

BÖLÜM 1: DEPRESYON

1.1. Depresyonun Tarihçesi

Tanımlanması ve sınıflandırılması eski antik çağlara kadar dayanan depresyon kelimesinin kökeni ‘depresstir’. Kelimenin kökeni ise, Latince ‘depressus’ tan gelmektedir. Yunan Doktor Hipokrat tarafından, depresyonun psikolojik ve biyolojik bir rahatsızlık olduğu yaklaşımı öne sürülmüştür. Yunan Doktor Hipokrat (M.Ö.) 460 ve 377 yılları arasında yaşamıştır ve tıp alanında tıp biliminin babası olarak bilinmektedir. Hipokrat depresyon kelimesini kara safra fazlalığı (melankoli) olarak ifade etmiştir. Hipokrat melankolinin, karaciğer ve safra yollarındaki rahatsızlıklardan dolayı meydana geldiğini belirtmiştir. Aynı zamanda bu rahatsızlıkların insanda endişe, uyku yetersizliği, intihar düşünceleri ve ilgi kaybı gibi olumsuz durumlar doğuracağını bildirmiştir (Köknel, 2000:5-11).

Depresyon için melankoli terimini kullanan bir diğer bilim insanı da Galen’dir. (Karamustafahoğlu ve Yumrukçal, 2011:65-74). Eski çağlardaki yazılı metinlere bakıldığında depresyon insanlara şeytani varlıkların bulaşmasıyla oluşan tepkiler olarak ifade edildiği görülmektedir (Özgan, 2012:5). Depresyonun oluşumu ise beyindeki bazı işlevlerde meydana gelen problemler ile ilişkilendirilmiştir. Platon ise doğaüstü güçler nedeniyle depresyon durumunun ortaya çıktığını savunmuş olup melankoli teriminin de yine bu doğaüstü güçlerin varlığıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir (Öztürk, 2018:3-5). Orta çağ zamanlarına bakıldığında ise melankoli teriminin inançsal eksiklik (acedia- ölümcül bir günah) olarak tanımlandığı görülmüştür (Sönmez, 2011:19-30).

1.2. Depresyonun Tanımı

Kişilerin yaşam koşulları nedeniyle duygudurumları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu farklılık normal, yüksek ve bazı durumlarda ise çökkün olabilmektedir. Duygudurumunun çökkün olduğu evrede ise depresyon ifadesi ortaya çıkmaktadır. Yani kısacası depresyon bir duygudurum bozukluğu şeklinde tanımlanabilmektedir. Psikolojik rahatsızlıklara bakıldığında ise en sık görülen rahatsızlıklar arasında depresyon yer almaktadır ve bazı durumlarda teşhis koymak zor olabilmektedir. Bu hastalık Birleşik Devletler ’deki en yaygın ruhsal sağlık problemidir (Kessler, Berglund ve Demler, 2005:593-602; Dünya Sağlık Örgütü, 2004).

Psikiyatride ise depresyon ruhsal çökkünlük anlamında kullanılmaktadır. Bu ruhsal çökkünlüğe eşlik eden belirtiler ve durumlar arasında ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, güvensizlik, çaresizlik, değersizlik duygusu, bazı nedenlerden dolayı suçluluk duyma, kendini suçlama, asosyalleşme, yeme bozukluğu, uyku düzensizliği, psikomotor heyecan ya da yavaşlık, yoğunlaşma yetersizliği, unutkanlık, kararsızlık, mutsuz olma, fiziksel şikayetler (baş ağrısı vb.), çocuklarda ve ergenlerde huzursuzluk, can sıkıntısı, ölüm ve intihar düşünceleri gösterilebilmektedir (Dalmaz, 2014:7).

Hamilton ise depresyonun yaşamsal yani sosyal aktivitede meydana gelen azalmalar nedeniyle ortaya çıktığını savunmaktadır. Hamilton depresif duygudurum, ilgi azalması ve anksiyetenin depresyonda en sık rastlanan üç belirti olduğunu belirtmiştir (Hamilton, 1982:23). Depresyon ruhsal ya da fiziksel hastalıklara eşlik de edebilmektedir. Bu durum şu şekilde örneklendirilebilir; mide kanseri, şizofreni, kalp damar hastalıkları gibi durumlarda, hastada meydana gelen psikososyal stres etkenler, endişeler ve çaresizlik duyguları beraberinde depresyonu getirmekte olup hastalığa ek tanı olarak koyulmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020:82-100).

Bilim insanlarına baktığımızda ise depresyonun tanımı farklılık göstermektedir. Köroğlu'na (2000) göre depresyon duygusal durum ve düşünmede meydana gelen değişiklikler ile bedensel ve davranışsal durumlarda ortaya çıkan bir hastalık olarak ifade edilmektedir. (Küllü, 2008:22). Adasal (1976) ise depresyonu bireyde kalıtsal, çevresel veya hormonal bozukluklar sonrasında ortaya çıkan bir çökkünlük durumu şeklinde tanımlamıştır (Güven, 2008:33).

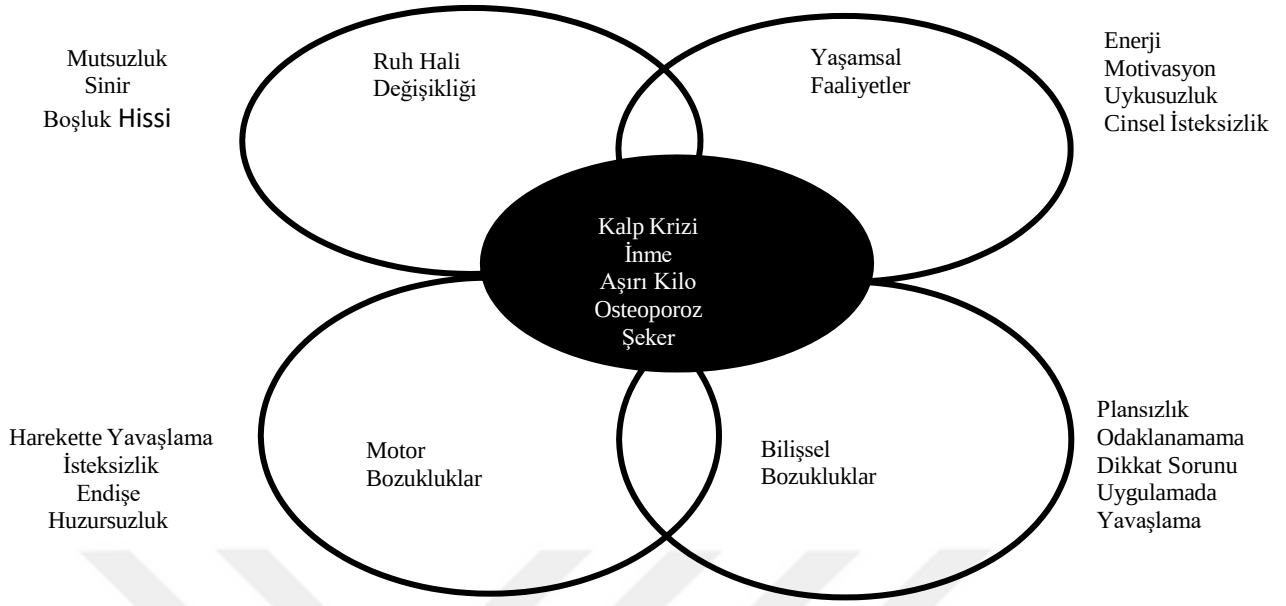
Depresyon ortaya çıkış sebepleri ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık bir ruhsal rahatsızlıktır. Depresyon olarak tanımlanan belirtiler ve bulgulara bakıldığında, depresyonun sadece ruhsal bir çöküntü durumu olmadığı, aslında belirtiler ve bulgular kümesinin bütünü olduğu görülmektedir. Temel olarak depresyon üzüntülü olunduğu durumda düşünce, konuşma ve hareket eylemlerinde meydana gelen yavaşlama, durgunluk, değersizlik, yorgunluk, dikkat eksikliği, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygusu ile de fizyolojik eylemde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Preskorn, 1999:8-12). Depresyon yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Etman ve diğerleri, 2022:1-2).

Depresyon yalnızca sıra dışı ve çılgın özelliklere sahip kişilerin başına gelebilecek bir ruhsal bozukluk değildir. Çok sayıda insanın majör depresyona maruz kalacağı ve aynı zamanda kadınların %25'inin, erkeklerin ise %12'sinin depresif bir dönem geçireceği düşünülmektedir. Depresyon prevalansındaki cinsiyet farklılığının nedeni tam olarak bilinmemektedir. Nedenler arasında kadınların üzüntü ve özeleştirici duygularını erkeklere oranla daha açıkça kabul etmeleri, kadınlara erken yaşlardan itibaren çaresizlik duygusunun aşılması gösterilebilir. Ancak depresyonu önemli ölçüde azaltacak veya önleyecek etkili tedavi yöntemleri bulunmaktadır.

Günümüze bakıldığında orta derecede depresyonu olan kişilerin %76'sı, şiddetli depresyonu olan kişilerin %61'i tedavi için yardım almamaktadırlar (Pratt ve Brody, 2008:1-6). Bununla birlikte depresif insanların %80'i, özellikle iş hayatında haftada ortalama olarak 5-6 saatlik üretken çalışma kabiliyetlerini kaybetmektedirler (Pratt ve Brody, 2008:1-6). İş verimliliğindeki kaybın bir kısmını devamsızlık ve sakatlık oluşturmaktadır (Kessler, Berglund ve Demler, 2005:593-602). Aylık iş dilimine bakıldığında depresyondaki işçilerin diğer işçilere göre daha kısa sürede tekrarlanan sakatlık durumları oluşmaktadır. (Druss ve diğerleri, 2001: 731-734). Depresif kişilerin iş ortamındaki verimleri konsantre ve organize olamama nedenleri ile düşmektedir. Ayrıca, iş hayatındaki devamlılık ve performans depresyonun şiddeti ile doğru orantılıdır. Depresyon şiddetinin artmasıyla birlikte iş hayatındaki başarı o denli azalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyon kaynaklı maliyet yılda yaklaşık 83 milyar dolardır (Greenberg ve diğerleri, 2003: 1465–1475).

1.3. Depresyon Belirtileri

Bir kişiye depresyon tanısı konulması için birtakım belirtilerin açığa çıkması gerekmektedir. Bu belirtiler doyumsuzluk, ilgisizlik ve isteksizlik, kaygı, neşesizlik, karamsarlık ve kötümserlik, kararsızlık ve kuşku, cinsel istek kaybı, düşünce bozuklukları ve hezeyanlar, psikomotor yavaşlama ve hareketlilik, fizyolojik belirtiler, değersizlik ve yetersizlik duygusu şeklinde sıralanmaktadır.



Şekil1: Depresyon Belirtileri (Keck, 2010)

1.3.1. Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik

Kişinin yaşantısı boyunca ilgi duyduğu, haz aldığı kişilere ve nesnelere karşı artık ilgisiz ve isteksiz olduğu durumdur. Bu durum insanın günlük yaşantısından zevk almamasına ve bununla beraber doyumsuzluk duygusunun da gelişmesine neden olmaktadır. (Köknel, 2000: 5-11).

Bu belirti ile karşı karşıya kalan kişiler çevresinin veya kendisinin zoru ile yaptığı hiçbir eylemden zevk almamaktadırlar. Depresyon şiddetine göre yapılan aktivite süresi kısalmaktadır. Hafif şiddetli depresyondaki kişi yaptığı aktiviteye odaklanmakta zorlanırken yüksek şiddetli depresyondaki kişi günlük aktivitelerden bile kaçınmaktadır (Özmen, 2004: 51).

1.3.2. Kaygı

Kaygı temel olarak, bireyin herhangi bir durumla karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Psikolojik ya da fiziki düşkünlük durumu yaşayan kişilerdeki ruh hali genellikle gergin olmakta olup bu kişilerin gevşemekte zorluk çektikleri görülmektedir. Kendilerine koydukları hedeflere ulaşma sırasında önüne çıkan engellerle baş etme problemi yaşamaktadırlar. Aynı zamanda kaygı durumuna ek olarak çarpıntı, göğüs bölgesinde

ağrı, aşırı terleme ve baş dönmesi gibi fiziksel semptomlar da gözlenmektedir. Ruhsal gerilim yaşayan kişilerde aynı zamanda kaygı durumu ile birlikte panik durumunda ortaya çıkmaktadır. Şiddetli ruhsal gerilim yaşayan kişiler çevresinde meydana gelen bir olaya tepki vermeyebilirler (Altıntaş, Oral ve Vahip, 2005:48-54).

1.3.3. Neşesizlik, Karamsarlık ve Kötümserlik

Dert ve gam ile meydana gelen neşesizlik duygusu kişide fıkra, komedi ve şaka gibi eylemlerden zevk almama ve hoşnut olmama gibi problemler göstermektedir. Çevresindeki insanların eğlenmesi kişinin alınmasına ve öfkelenmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu durum kişinin öfkeli ve şiddetli davranışlar sergilemesine neden olmaktadır. Şiddetli depresyona sahip kişiler fikir bozuklukları sebebi ile yapılan şakaları kendisine yapılan zarar verici bir eylem olarak algılamaktadırlar. Dertlilik hali, karamsar ve kötümser düşünce, yalnızlık, mutsuzluk, dertlilik, umutsuzluk gibi duygulanımları içinde barındırmakta olup algılanan acıya doğru orantıda yükselmiş olan duygulanımdır. Bunlara ek olarak üzüntü hissinin artması ile sıklıkla duygu durumu da depresyonun belirtileri arasında yer almaktadır (Dilbaz ve Seher, 2010:134-138).

1.3.4. Kararsızlık ve Kuşku

Depresyon rahatsızlığı olan kişiler bir konuda karar alırken veya verirken zorluk çekerler. Bu kişiler aldıkları kararın eksik yahut yanlış olmasından dolayı kaygı duyarlar. Kararsızlık bir kişinin hayatını olumsuz şekilde etkileyecek bir duygudur. Günlük yapılan planlamada bile kararsızlık duygusu planlanan aktivitenin yerine getirilmesine engel olabilmektedir. Bu kişiler karar verme eylemlerini tamamen kaybettiklerini düşünürler ve bir olay karşısında karar vermekten kaçınırlar (Köknel, 2005: 63-64).

1.3.5. Cinsel İstek Kaybı

Seksüel istekte azalma, sensomotorik duyarlılığın düşmesi, psikolojik ya da fiziki düşkünlüğün ilk evrelerinde ortaya çıkan durumlardan biridir. Bu durumun normale dönmesi geç gerçekleşmektedir. Sensomotorik duyarlılığın düşmesiyle ruhsal gerilim içerisinde olan erkeklerde cinsel istekte azalma, ereksiyon güçlüğü veya tam anlamıyla seksüel yetersizlik meydana gelmektedir

1.3.6. Düşünce Bozuklukları ve Hezeyanlar

Hezeyan ve düşünce sapmalarının meydana gelmesi düşünce içeriğinin zedelenmesi ile oluşmaktadır. Bu zedelenme, depresyonun şiddetine ve semptomların görülme sıklığına göre değişiklik göstermektedir. Depresyonda görülen hezeyanlara küçüklük, hipokondriyak, kendini suçlama, düşmanlık, suçluluk ve dini örnek olarak verilmektedir. Eksiklik duygularıyla ortaya çıkan kovuşturulma hezeyanları, kanser veya daha ciddi rahatsızlığı olduğuna dair fiziksel hezeyanlar, nihilistik gibi birden ortadan yok olacağına ilişkin hezeyanlar ve birden bütün mal varlığını elinden kaybedeceğine dair düşünceleri barındıran fakirleşme hezeyanları da ortaya çıkabilmektedir (Kapucı, 2016:14-15).

1.3.7. Psikomotor Yavaşlama ve Hareketlilik

Ruhsal gerilim yaşayan kişilerde duyu organlarının, zihin ve adalelerin birlikte çalışması sonucunda ortaya çıkan eylemlerde yavaşlama gerçekleşmektedir. Bu durum genç bireylerde yaşlılara oranla daha fazla görülmektedir. Bu kişilerde duygu ve düşüncelerini belirten jest ve mimiklerde yavaşlama gözlemlenebilmektedir. Hareketlilik ruhsal gerilim içerisinde olan kişinin yaşadığı sıkıntı hissinin motor davranışlar ile dışa vurmasıdır. Motor davranışlarında gelişen problemler nedeniyle ruhsal gerilim içerisinde olan kişi sabit ve dik durmakta zorlanmaktadır (Özmen ve diğerleri, 2003:90-92).

1.3.8. Fizyolojik Belirtiler

Negatif duygu durumundaki kişilerde daha çok iştah ve kilo kaybı meydana gelmektedir. Bununla birlikte nadiren aşırı yeme isteği ve şişmanlama görülebilmektedir. Bu durum ise kişide enerji azalması, hemen yorulma ve halsizlik oluşmasına neden olup bununla birlikte cinsel istekte ve ilgide düşüş ve cinsel aktiviteden zevk almama görülebilmektedir. Erkeklerde libidonun eksilmesi veya tamamen kaybolması gözlemlenirken kadınlarda alaka ve haz olmaksızın cinsel aktivitenin sürdürülmesi erkeklerin aksine olası bir durumdur. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi, sabahları çok erken uyanma ve yeniden uykuya dalmama uyku problemini beraberinde getirmektedir. Bu durum kişide çarpıntı, soluk almada zorluk, kan basıncında bozulmalar, yutkunamama, ateşin yükselmesi ve aşırı terleme veya gerginlik, uyuşmalar, karıncalanmalar ve bunaltı gibi semptomların oluşmasına neden olmaktadır (Kapucı, 2016: 15-16).

1.3.9. Değersizlik ve Yetersizlik Duygusu

Kişilerin kendini değersiz ve yetersiz bulma duygusu sıklıkla meydana gelen ruhsal bir olgudur, bu duygudurumunun temel nedenini ruhsal gerilim içerisinde olan kişinin öz saygısını yetirmesi oluşturmaktadır. Bu kişiler kendilerini hiçbir konuda yeterli bulmamakta olup etrafına faydalı olacaklarını düşünmemektedir. Aynı zamanda çevresindekilere yük olduğu veya çevresindekilere zarar verdiklerini düşünmektedirler (Vahip, 2004:41-44).

1.4. Depresyon Nedenleri

Depresyonun meydana gelmesinde birçok neden bulunmaktadır. Depresyonun ortaya çıkması tek bir neden veya birden fazla nedenin bir araya gelmesiyle de gerçekleşmektedir. Depresyonun oluşmasındaki önemli etkenler fizyolojik, biyolojik, kalıtsal ve sosyal faktörler şeklinde sıralanabilmektedir.

1.4.1. Depresyona Yatkınlık Oluşturan Etkenler

Biyolojik Sebepler-Kalıtım: Birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu gözlemlenen kişilerin yüksek riskli grup içinde olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur. Bu durum kişinin depresyon yaşayacağı anlamına gelmemekte olup ancak kişinin ailesinde depresyon öyküsünün bulunması depresyon riskini arttırmaktadır. Eğer kişide distimik bozukluk, minör depresyon ve diğer hafif depresyon çeşitleri bulunuyorsa bu durumun kalıtım ile ortaya çıkmadığı bilinirken, majör depresyon ve psikotik depresyonun gözlemlenmesinde kalıtımın etkisi olduğu bilinmektedir. Aileden kaynaklı oluşan depresyonun genetik alt yapıya mı sahip olduğu yoksa öğrenme sonucuna mı bağlı olduğu saptanması zor bir gerçekliktir. Depresyon oluşmasına neden olan olay depresif bir anne veya babayla yaşamak veya ebeveynlerden birisinin depresyonda olduğu için gerekli desteği sağlayamaması şeklinde gösterilebilmektedir. Buna ek olarak evlatlık edinilmiş bir bireyin biyolojik ailesinde depresyon geçmişi olması bu bireyin depresyon riski taşımasının nedenleri arasında olabilmektedir (Otlu, 2008:31).

1.4.2. Biyolojik Nedenler

Majör depresyon, çeşitli faktörlerin bir araya gelerek oluşturduğu biyolojik yatkınlık ile gelişime başlamıştır. Nörofizyolojik ve nörokimyasal faktörler biyolojik yatkınlığı belirlemektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004:24-33). Kimyasal dengesizliklerin

depresyona yol açtığı bilinmektedir (Helvacı ve Hocaoglu, 2016:1). Böylece serotonin eksikliği ve emilim hızının azalması depresyona yol açmaktadır (Pandey ve Dwivedi, 2007:235-246; Thase, 2013:1664). Aynı zamanda nöradrenerjik sistemindeki etkinlik azalması da depresyonla ilişkilidir (Delgado ve Moreno, 1999:5). Nöradrenerjik sistemdeki kimyasal dengesizlikler uyku-uyanıklık durumu ile de ilişkilidir. Yani bu denge bozulduğunda odaklanamama ve özkıyım düşünceleri ortaya çıkar (Albayrak ve Ceylan, 2004:24-33). Bunlara ek olarak dopamin etkinliğinin düşmesi de depresyonla ilişkilendirilmektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004:24-33). Psikomotor yavaşlama dopamin etkinliğinin azalmasıyla meydana gelmektedir (Helvacı ve Hocaoglu, 2016:1). Diğer önemli nörotransmitter arasında glutamat yer almaktadır. Glutamat ile öğrenme, iletişim, bilgi depolama ve strese verilen yanıtlar gerçekleştirilmektedir (Ceylan, 2001:109-112). Yapılan çalışmalar depresyonun glutamaterjik sistem bozuklukları ile birlikte meydana geldiğini kanıtlamıştır (Feyissa ve diğerleri, 2009:70-75; Schneider ve Prvulovic, 2013:47-53). Majör depresyonun meydana gelişinde önemli faktörler arasında beyinsel fonksiyonlar yer almaktadır. Bunlara prefrontal korteks, amigdala ve hipokampus gibi bölgelerde gelişen değişiklikler örnek verilmektedir (Helvacı ve Hocaoglu, 2016:1). Dikkat ve motivasyonla ilişkili olan bölüm prefrontal korteks ile ilişkilidir. Duygulardan ve psikomotor etkinliklerden sorumlu olan kısım limbik sistem ile ilişkilidir. Öğrenme ve bellek ile ilişkili işlemlerin gerçekleştiği hipokampus bölümleri depresyonun gelişmesi ile ilişkilidir (Yüksel, 2003:50-67). Depresyonla ilgili yapılan çalışmalarla prefrontal kortekste azalma meydana geldiği buna karşı limbik sistem ve amigdala yapılarında ise artış olduğu belirlenmiştir (Levinson, 2006:84-92 Özpoyraz, 2002:68-72).

1.4.3. Fizyolojik Nedenler

Merkezi sinir sistemi yapılarındaki değişimlere sebep olmasından dolayı duygulanım bozukluklarının depresyonun ortaya çıkmasındaki rolü önemlidir. Beynin değişik bölgelerinde yer alan yapıların işlevinde bir dizi fiziksel ve kimyasal sürecin gerçekleşmesi sonucu normal davranışlar, ruhsal bozukluklar ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan davranış bozukluğunun ve hastalıkların oluşum sebebini anlayabilmek için canlı organizmada bulunan düzeylerin yapısını ve işlevini incelemek ve takip etmek gerekmektedir. (Köknel, 2005:63-64).

1.4.4. Sosyal Nedenler

Yapılan alışmalar sonucunda depresyon ile psiko-sosyal stres etkenleri arasında bir bağ olduğu ve yaşamsal etkenlerin depresyonda tetikleyici rol aldığı sonucuna varılmıştır. Ancak çalışmalarda genel bir kanıya varılamamıştır. Depresyon yineleyen bir rahatsızlıktır. Depresyonun ilk atağının yaşamsal bir olay sonucu meydana geldiği sonraki ataklara kıyasla daha fazla görülen bir olaydır. Depresyonun oluşumunu tetikleyen yaşamsal olaylar özgül değildir. Yaşamsal olayların her birey üzerindeki etkisi farklıdır yani bir bireyin depresyona girmesine neden olan yaşamsal olay toplumdaki diğer bireylerin depresyona girmesine neden olmayabilir. Ancak bu durum eğer kişide ruhsal ve biyolojik yatkınlık söz konusuysa değişebilir (Özmen, 2004:40-41). Depresyonu tetikleyen faktörler arasında yalnızca biyolojik ve psikolojik etkenler olmadığı bunlara ek olarak sosyal risk etkenlerinin de bulunduğu bilinmektedir. Bağımsız yaşam ve bağımlı yaşam olmak üzere yaşam olayları ikiye ayrılmaktadır. Kişinin dahil olduğu durumlar bağımlı yaşamsal olaylar iken kişinin kontrolü dışında gelişen olaylar ise bağımsız yaşamsal olaylardır. Bu konu ile yapılan çalışmalar sonucunda depresyonun ortaya çıkmasında bağımlı yaşamsal olayların bağımsız yaşamsal olaylara kıyasla daha fazla etkili olduğu elde edilmiştir. Ailesel genetik faktörler, depresif ağırlıklı kişilik özellikleri, eğitim seviyesinin düşüklüğü, cinsiyet, negatif yaşam olayları, samimi ilişki azlığı, fiziksel hastalıklar depresyona temel oluşturabilecek durumlardır. (Kara, 2016:18-19).

1.4.5. Psikolojik Nedenler

Depresyonu anlatmaya çalışan analitik kuram benliği, bir bireyin kendisine verdiği önemi önemli ölçüde koruyabilmesi için, bireyin kendisinden birtakım beklentileri ve amaçları gerçekleştirebilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bir bireyde oluşan bedensel rahatsızlık, mesleki başarısızlık veya aile içi sıkıntı gibi olaylar bireyde beklentilerinin veya amaçlarının gerçekleşemeyeceği veya bunları başaramayacağı duygusunu ortaya çıkarmaktadır. Ortaya çıkan bu duygular bireyde çaresizlik ve zavallılık duygusunu beraberinde getirerek depresyonun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Depresyona sebep olan diğer unsurlar arasında çocukluk travmaları, alkol ve madde bağımlılığı, kişinin kendisini yalnız hissetmesi ve sağlık sorunları yer almaktadır (Özmen, 2004: 44-47).

1.4.6. Depresyonda Koruyucu Faktörler

Risk faktörlerinin sonuçlarını aza indirmek için koruyucu faktörler devreye girmektedir. Bunlar kişiye özgü özelliklerdir. Bu özellikler arasında sosyal beceri, kişilik ve zekâ gibi özellikler yer almaktadır. Bu faktöre diğer bir örnek ise anne-baba gibi güvenli bağlanma figürlerinin varlığı ve sağlıklı arkadaş ilişkileri gösterilebilir (Greenberg, 1999: 469-470). Coie ve arkadaşları (1993), koruyucu faktörlerin işlev bozukluğunun azalmasına neden olacağını ve böylece risk faktörlerinin ortadan kalkarak bir bozukluğa sebep olmasının önüne geçilebileceğini savunmuşlardır. Bowlby (1973) ise bağlanma duygusunun en önemli koruma faktörü olduğunu belirtmiştir. Güvenli bağlanma, çocuğun tehlike anında sığınabileceği “güvenli bir sığınak” sağlamaktadır. Bu durum çocukta çevresi hakkında pozitif düşünceler geliştirmesine ve kendine olan saygısının artmasına neden olmaktadır.

1.5. Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-5 tanı ölçütlerine göre depresyon bozuklukları 8 ana başlık altında gruplandırılmaktadır.

- Depresyon Bozuklukları Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
- Yeğîn (majör) Depresyon Bozukluğu,
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde sıralanmaktadır.

1.5.1. Majör (yeğîn) Depresyon Bozukluğu

İki haftalık bir süreçte, daha önceki işlevsellikte bir değişim gözlenmesi sonucunda aşağıda sıralanan semptomlardan beşinin veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir. Semptomlardan en az birinin ya depresif duygu durum ya ilgi kaybı ya da artık zevk

alamama olması gerekmektedir. Aynı zamanda genel tıbbi bir duruma bağı olan ya da duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomları katılmamalıdır.

1. Hastanın kendisini gözlemlemesi veya çevresindeki insanlar tarafından gözlenmesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ve duygu durumunun hemen her gün yaklaşık gün boyu sürmesi.
2. Günlük yapılan aktivitelerden zevk alamama ve bu durumun hemen hemen her gün ve gün boyu sürmesi
3. Anlık kilo değişimlerinin gözlemlenmesi bu durum önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı şeklinde gerçekleşmektedir.
4. Hemen hemen her gün uyku problemleri ile karşı karşıya kalmak. Bu durum iki şekilde gerçekleşmektedir; insomnia (uykusuzluk), hipersomnia (aşırı uyku).
5. Hemen hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).
6. Halsizlik, yorgunluk ve enerji kaybının olması ve hemen hemen her gün bu durumun yaşanması.
7. Hemen her gün kendini değersiz hissetme ve uygun olmayan suçluluk duygularının gözlenmesi (hezeyan düzeyinde olabilir).
8. Kişinin düşünme ya da düşüncelerini bir konu üzerinde odaklama kabiliyetinde azalma olması (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemler).
9. Sürekli tekrarlanan ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olması.

Bu sıralanan semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Bu semptomların gözlenmesi klinik açıdan sıkıntıya veya toplumsal, mesleki alanlarda bozulmaya sebep olabilir. Ayrıca bireyin bir madde kullanımı veya tıbbi bir durumu bu semptomların gözlenmesinde doğrudan fizyolojik bir etkiye sahip değildir. Yeğin depresyon şizofreni bozukluklar, tanımlanmış veya tanımlanmamış diğer bozukluklar ile tanımlanmamaktadır. Yeğin depresyon döneminde mani ve hipomani dönemi gözlenmemektedir (Kilinç ve Torun ,2011: 39-47).

1.5.2. DSM-V'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri

Yeğin depresyon döneminde aşağıda sıralanan belirtilerin en az ikisinin gün boyunca gözlenmesi ile bunalıtlı sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Belirtiler:

- Bunalmışlık veya gerginlik hissi duyma.
- Hiçbir zaman kendini huzurlu hissetmemek.
- Yaşanılan kaygılar nedeniyle odaklanmak problemi çekmek.
- Her zaman kötü bir şeylerin olacağını düşünmek.
- Özgüvenini yitirmek.

Bu belirtilerden iki belirtiyi taşımak ağır olmayan, üç belirtiyi taşımak orta dereceli, dört ya da beş belirtiyi taşımak orta-ağır dereceli, devinsel kışkırtmanın yanı sıra beş belirtiyi taşımak ağır depresyon olduğunu göstermektedir.

Karma özellikler gösterme: Majör depresyon döneminin büyük kısmında mani-hipomani belirtilerinin en az üçü gözlenmektedir. Bu belirtiler:

- Kendini aşırı neşeli, mutlu hissetmek (taşkın duygudurumu)
- Sadece benlik düşüncesinin egemenliği
- Normale göre konuşma isteğinin daha fazla olması
- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- Birden fazla etkinlik planlama ve hepsinin aynı anda gerçekleşmesini istemek
- Sonucu kötü olacak olan etkinliklere her zamankinden daha fazla katılma isteği

Uyku ihtiyacında azalmadır.

Karma belirtiler taşıyan bireyler, davranışlarında büyük değişiklikler olması nedeniyle sosyal çevresindeki kişiler tarafından da gözlenmektedir. Belirtileri, mani ya da hipomani için tanı ölçütlerini tam karşılayan kişilerde tanı, iki uçlu I ya da iki uçlu II bozukluğu olmalıdır. Karma belirtilerinde bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilişkisi bulunmamaktadır.

Melankoli özellikler gösterme: O döneminin en ağır evresinde aşağıda sıralanan belirtilerden en az birinin gözlenmesi gerekmektedir. Bu belirtiler:

- Bütün etkinliklerden zevk alamama ve ilginin azalması
- Olaylara karşı tepkisiz olma şeklinde sıralanmaktadır.

Ya da aşağıda sıralanan belirtilerden en az üçünün gözlenmesi gerekmektedir. Bu belirtiler:

- Çökkün duygudurumu (bunalım, umutsuzluk vb. duygudurumu hissetme)
- Sabahları sürekli kendini kötü hissetmek
- Sabahları erken saatlerde uyanmak
- Psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama
- Aşırı kilo verme, yeme isteğinin azalması
- Suçluluk duygusu duyma şeklinde sıralanmaktadır.

Değişik tür (atipik) özellikleri gösterme: O sıradaki ya da en son majör depresyon döneminde duygudurumda tepkisellik belirleyici olarak kullanılmaktadır.

Ya da aşağıda sıralanan belirtilerden en az ikisinin gözlenmesi gerekmektedir. Bu belirtiler:

- Kiloda artış, sürekli yeme isteği
- Aşırı uyku hali
- Kollar ve bacaklarda ağırlaşma, işlevsellikte bozulma
- Başkalarına kabul görmeme duyarlılığı şeklinde sıralanmaktadır.

Aynı dönemde, “melankoli özellikleri gösteren” ya da “katatoni ile giden” belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Psikoz özellikleri gösterme: Bu durumda sanrılar ve varsanılar esas alınmaktadır.

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösterme: Kişisel yetersizlik, kendini suçlama, ölüm veya cezalandırılmayı hak etme gibi konular sanrı ve varsanıların içeriği ile depresyon konularıyla tutarlılık halindedir.

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösterme: Kişisel yetersizlik, kendini suçlama, ölüm veya cezalandırılmayı hak etme gibi konular sanrı ve varsanı içeriğini kapsamamaktadır.

Katatoni ile giden: Dönemin büyük bir kısmında katatoni özellikleri gözlenirse veya bu depresyon dönemi için belirleyici faktör olmaktadır.

Doğum zamanı (peripartum) başlama: Duygudurumundaki değişimler hamilelik sırasında veya doğum yaptıktan sonraki dört hafta içerisinde gözleniyorsa ancak o sıradaki yeğin depresyon dönemi için tanı kriterleri tam olarak karşılamıyorsa, bu durum yeğin depresyon dönemi için en son belirleyici olarak kullanılmaktadır.

Mevsimsel örüntü gösterme: Yineleyici yeğin depresyon bozukluğunda bu durum belirleyici olarak kullanılmaktadır. Yeğin depresyonun başlamasıyla birlikte yılın belirli mevsimi arasında zamansal bir ilişki bulunmaktadır. Yılın belirli mevsiminde depresyon son bulabilmektedir. Kişilerde mevsimsel yeğin depresyon dönemleri diğer depresyon dönemlerine oranla sayıca daha fazla gözlemlenmektedir.

Tam olmayan yatışma gösterme: Bir önceki anlatılan depresyon döneminin belirtileri bulunmaktadır. Fakat tanı ölçütleri büyük oranda karşılanmamaktadır.

Tam yatışma gösterme: Belirtiler son iki ay içerisinde gözlenmemektedir. Gösteren belirti sayısı ve bu belirtilerin ağırlığı ağırlık tanı ölçütünü belirlemektedir.

Ağır olmayan depresyon: Belirti sayısı çok azdır. Belirtiler sıkıntı verse bile belirtileri ortadan kaldırmak mümkündür. Bu belirtiler sosyal ve iş hayatındaki işlevsellikte minimum bir bozulmaya neden olmaktadır.

Orta derecede depresyon: Bu depresyon, ağır depresyon ile ağır olmayan depresyon arasında yer almaktadır.

Ağır: Belirti sayısı her iki depresyondan (ağır olmayan, orta dereceli) da fazladır. Sayıca fazla olması nedeniyle bu belirtiler sıkıntı vermektedir. Belirtileri ortadan kaldırmak oldukça zordur. Sosyal ve iş hayatındaki işlevsellikte oldukça fazla bozulmalara neden olmaktadır.

1.6. Depresyonun Sonuçları

Depresyon dünyada en sık görülen psikolojik rahatsızlıklar arasındadır. Her geçen gün artış gösteren bu psikiyatrik bozukluk toplumun sağlığını tehdit etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir açıklamada, 80'li yıllarda yeti kaybına sebep olan bu depresyon hastalığı oranlarının artışının yüksek oranda olmasıyla kardiyovasküler hastalıkların ardından gelen en yaygın ikinci rahatsızlık olduğu belirtilmiştir (Şahiner, 2017: 5-7). Buna ek olarak uzun süreli işlevsellik kaybına neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer alabileceği bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir bildiride 2019 yılında depresyona maruz kalan insan sayısının 121 milyon olduğu görülmüştür. Dünyada iş gücü kaybının sebepleri arasında bulunan rahatsızlıkların en başında gelen depresyon küresel hastalık yükünü arttırmada 4. sıradadır. Küresel hastalık yükü, hastalıkla ilişkili erken ölüm ve tahmin edilen yaşam süresinden eksilen verimli yıllar nedeniyle kaybedilen yılların toplamı anlamındadır. Tanısı koyulduğu halde tedavi almayan depresyon sonucu kişilerin sağlığında bozulma, ölüm ve bunlara ek olarak intihar gerçekleşmektedir. Depresyon, yalnızca kişisel bir psikolojik rahatsızlık olarak değerlendirilmemektedir. Depresyon, mesleki ve ekonomik kayıplara, önemli sosyal ve sağlık sorunlarına da neden olmaktadır (Tezcan, 2011: 10-12). Depresyonun ülke ekonomisine verdiği maddi zarar yılda yaklaşık olarak 210 milyar olarak hesaplanmıştır. Bu maliyetin ana sebepleri arasında ekonomik sıkıntı, azalan çalışan verimliliği, artan tıbbi faturalar ve intihar yer almaktadır (Çandıroğlu, 2019:48). Depresyon diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla beraber gözlenebilmekte olup tekrarlanma olasılığı yüksektir (Şahiner, 2017:5).

1.7. Depresyon Tedavisi

Gün geçtikçe görülme olasılığı artan psikiyatrik hastalıklardan biri olan depresyon hakkında yapılan çalışmalar artış göstermektedir. Çıkan problemler göz önüne alındığında sağlık çalışanları ve ruh sağlığı hemşireleri tarafından ele alınan önemli bir konu haline gelmiştir. Depresyon tedavisi için farmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal etkinliklerde uygulanmaktadır (Başogul ve Buldukoglu 2015:2).

Depresyonda uygulanan tedavi yöntemi temel olarak on aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla;

1. Tedavi yapılma amacının saptanması

2. Tedavi sürecinde yapılacak olan uygun farmakolojik seçiminin belirlenmesi
3. Aynı zamanda depresyona eşlik eden rahatsızlıkların giderilmesi için çalışmalar yapılması
4. Kişinin kendine zarar verme riskinin hesaplanması
5. Hastanın sağlık çalışanları ile iş birliği yapmasının sağlanması
6. Uygulanan tedavi süreci başarısının değerlendirilmesi
7. Antidepresan ilaçların uygun miktar süre boyunca kullanılmasının sağlanması
8. Sağlık çalışanları tarafından hastanın oluşabilecek yan etkilere karşı bilgilendirilmesi
9. Uygun olduğuna karar verilen tedavi yönteminde sürekliliğin sağlanması
10. Hastanın psikoterapi ihtiyacının belirlenmesine yönelik değerlendirme yapılması şeklindedir (Örsel, 2004:18).

Depresyonda uygulanan tedavi yöntemlerine ilaçla tedavi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve psikososyal tedavi örnek verilebilir.

1.7.1. İlaçla Tedavi

Tedaviye antidepresan ilaçları kullanılarak başlanmaktadır. Antidepresanlar nörotransmitterler olarak beyin kimyasalları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasından dolayı oldukça etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Köroğlu, 2000:151-163). Tedavide antidepresanların uzun süre kullanılabilir. Antidepresan seçiminde hastanın depresyon tanısına eşlik eden diğer hastalıkların da göz önüne alınması gerekmektedir (Güneş, Ferah ve Çadırcı, 2013:691-699).

1.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Şiddetli depresyon geçiren hastalarda EKT' nin etkili bir yöntem olduğu bilinip nadiren ilk tedavi yöntemi olarak seçilmektedir. Bu yöntem yetersiz/kısmi yanıt alan hastaların tedavisinde kullanılmaktadır (Tomruk ve Oral, 2007:303).

Elektrokonvülsif terapinin temeli beynin elektriksel uyarımı sonucu jeneralize konvülsiyonlar oluşması prensibine dayanmaktadır. Geçmişten günümüze kadar gelen bir tedavi yöntemi olan EKT uygulamasına ilk olarak 1938 yılında başlandığı bilinmektedir (Scott, 2010:171-172). Depresyon tedavisinde yaşamı tehdit eden durumlarda, psikomotor retardasyonda ve önceden ilaçlara yanıt vermeyen hastalarda EKT kullanımı tercih edilmektedir (Tomruk ve Oral, 2007:306).

1.7.3. Psikoterapiler

- Psikodinamik Terapi
- Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT),
- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT),
- Aile ve Çift Terapisi,
- Hümanistik- Varoluşçu Terapi,
- Sorun Çözme Terapisi (SÇT),
- Farkındalık Eğitimi ve Psikoeğitimdir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA'nın)2010'da yayınladığı bir dergide orta şiddetli depresyon tedavisinde BDT ve KİT'in düşük şiddetli depresyon tedavisinde ise hümanistik, psikodinamik ya da bilişsel davranışçı yaklaşımların ilk basamak tedavi yöntemi olarak kullanılmasını önermişlerdir (NICE 2009).

Psikodinamik Terapi: Psikodinamik terapi bilinçdışı çatışmaları anlamak ve çözüme ulaştırmak için kullanılmaktadır (Cox ve diğerleri, 2014:4). Bu tedavi yöntemindeki ana hedef bireyin kişilik örgütlenmesini ve uyum sürecini yeniden düzenlemektir. Psikodinamik terapide depresyon bilinçdışı sebeplerden dolayı ortaya çıkan öfke olarak tanımlanmaktadır (Shea, Elkin ve Hirschfeld, 1988:235-255) Bu tedavi yöntemi uzun süreli yöntem olup danışanın içsel çatışmalarına ilişkin farkındalık düzeyini arttırmaktadır. Bu yöntemdeki diğer bir hedef ise bireyin içgörü kazanmasıdır. Bu hedef serbest çağrışım tekniği ve terapistin yorumları aracılığıyla sağlanmaktadır (Sütçügil ve Özmenler 2007:47-48). Bu yöntemin depresyon tedavisinde etkili bir yöntem olduğu yapılan çalışmalar ile de kanıtlanmıştır (Leichenring 2001:402-403; Leichenring ve Rabung 2008:1552). Aynı zamanda hastaların kişilik ve dış etkenlere karşı savunma mekanizmalarında da iyileşme olduğu belirtilmiştir. Buna karşı psikodinamik tedavinin diğer psikoterapilerden üstünlüğünün olmadığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. Depresyonda şiddet oranının arttığı durumlarda ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapinin de uygulanması gerekmektedir (Bond, 2006:40-42).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT): KİT ilk olarak 1970 yılında Klerman, Weissman ve arkadaşları tarafından ortaya çıkmıştır. Unipolar depresyon tedavisinde kullanılması önerilmiştir. İkili ilişkilerin depresyonu etkilediği bilinen gerçekler arasındadır. Bir bireyin çevresindeki kişilerden aldığı destek ile depresyonun azaldığı görülmüştür.

Kişilerarası güvenli iletişimin depresif dönem geliştirmeyi gerileteceği bilinmektedir. Depresyon riskini arttıran faktörler arasında sevilen birinin kaybı, evlilik, boşanma ve fiziksel rahatsızlıklar yer almaktadır. Depresyonun ortaya çıkmasıyla bireyin ikili ilişkilerinde ve sosyal yaşantısında da problemler yaşanmaktadır (Klerman ve diğerleri, 1984:187-188; Sütçügil ve Özmenler 2007: 48-50). Eğer bir bireyde evlilik problemleri, sosyal yaşam sorunları, çevre desteği azlığı, yakın çevre ve iş ilişki sorunları varsa KİT'in öncelikle yapılması gerekmektedir (Frank ve diğerleri, 1990). Yapılan çalışmalarda KİT yöntemiyle uzun dönem korunma sağlandığı elde edilmiştir (Klerman ve diğerleri, 1984:187-188; Frank ve diğerleri, 1990:1093-1094; Stuart, 1995:658). Mufson ve arkadaşları (1999) KİT ve klinik izlemin etkinliğini depresif ergenler üzerinde karşılaştırmışlardır. Araştırmacılar KİT'in daha başarılı olduğunu elde etmiş olup depresif belirtiler, işlevsellik ve sosyal uyum açısından KİT'in daha etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu tedavi yönteminde “Şimdi ve burada” ya odaklanılmakta olup daha çok kişilerarası problemlerin çözümü ile ilgilenilmekte ve depresyonun azalması hedeflenmektedir (Klerman ve diğerleri, 1984:187-188; Altın, 2012:194). KİT yöntemi kısa süreli bir tedavi yöntemidir (Altın, 2012:193).

Aile ve Çift Terapisi: Aile ve çift terapisi birden fazla aile fertleri ile gerçekleşmektedir. Bu terapi yönteminde iki ana hedef bulunmaktadır. Aile üyeleri arasındaki etkileşim problemlerini çözüme ulaştırmak ve aile üyelerinin işlevselliğini iyileştirmek ana hedefleri kapsamaktadır. Kısacası aile ve çift terapisi bir psikoterapötik çaba olarak ifade edilmektedir. Bu tedavide aile üyeleri ile aynı anda seanslar yapılabilirdi gibi, teker teker görüşmeler de gerçekleşmektedir (Gurman, 2003: 180). Hoffman, tek yönlü ayna kullanımının aile ilişkilerindeki problemlerin çözüme ulaşmasında hızlı bir değişiklik sağlayacağını savunmuştur. Bir olayı farklı biçimde görmek beraberinde farklı düşünceleri getirerek nedensellik yaklaşımından uzaklaşarak karşılıklı ilişkiler kavramını benimsemeyi sağlamıştır (Hoffman, 1990: 1-12). Aile terapisi ilk olarak Genel Sistem Teorisi olarak 1968’li yıllarda Von Bertalanffy tarafından ortaya atılmıştır ve daha sonra kavramsallaştırılmıştır. 1970’li yıllarda Minuchin Yapısal Aile Terapisini geliştirmiştir ve bu yöntemde birey sosyal çevresi içinde ele alınmıştır. Bu geliştirilen yöntemdeki temel prensip bireyin farklı sosyal çevrelerde farklı biçimlerde tepkiler göstermesidir. Bu prensip ile yola çıkarak terapideki amaç, bireyin geçmişinde takılı kalmadan şimdiyi değiştirmek olmuştur. Yani bireyin şu an ki aile organizasyonu ve işlevleri ile

ilgilenilmektedir (Minuchin ve Fishman, 1981:41). Aile terapisinde iyileştirilmesi hedeflenen birçok konu bulunmaktadır. Bunlar psikiyatrik davranışlara neden olan sorunu azaltmak/ortadan yok etmek, çiftler arasındaki iletişim sorununu çözmek, aile üyelerinin bireysel gelişimini destekleme kapasitesinin arttırmak, çiftler arasındaki etkileşimin günlük yaşamlarındaki etkinliğini ve bu etkileşimlerin bireylerin psikolojisi üzerindeki etkiyi anlamak ve farkındalık yaratmaktır (Sütçügil ve Özmenler, 2007: 46-50). Majör depresif bozukluk sırasında aile ve çift sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar ise çift veya aile terapisti kullanılarak tespit edilmelidir (APA 2010). Aile içi sorun tespitinin yapılmaması, depresyonu oluşturmakta ve devam ettirmektedir. Bunun yanı sıra var olan depresyon, aile içi problemlerinin oluşmasına neden olabilmektedir (Samancı ve Ekici, 1998: 45-51, Ünal ve Özcan ,2000: 41-18). Depresif bireyler aile işlevselliğinin tek bir alanında değil birden fazla alanında problemler yaşamakta olup aile terapisinin yanı sıra aile terapisti ile birlikte bireysel psikoterapi ve farmakoterapinin birleşimi önerilmektedir (Keitner, Archambault ve Ryan, 2003: 873-884). Depresif ebeveynler, ebeveynin getirdiği sorumlulukları yerine getirmede sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu durumda ise aile arasında çatışma ve stres gözlenmektedir (Burke, 2003: 243-255). Epstein ve arkadaşları (1983) tarafından sağlıklı aile tanımı yapılmıştır. Sağlıklı aile tanımına uyan özellikler ise sorunlarını bir araya gelip çözebilen, birbirlerinin özgürlüklerini kısıtlamayan, herkesin kendi görevini sorunsuz şekilde yerine getirebilen ve birbirlerini aşırıya kaçmadan kontrol edebilen bireyler şeklinde sıralamışlardır (Diamond ve diğerleri, 2002: 1190-1196).

Hümanistik-Varoluşçu Terapi: Hümanistik terapidaki temel ilkeler yönlendirici ve yargılayıcı olmamak, empati kurarak ilerlemek ve hasta merkezli olmak şeklinde sıralanmaktadır. Kısacası bu terapi yöntemi destekleyici terapi olarak ifade edilmektedir (Cox ve diğerleri, 2014: 11). Terapide ele alınan esas yaklaşım, burada bulunan ben-sen ilişkisidir. Bu terapide hastanın o anki davranışları incelenmektedir. Perls (1976), bu terapide ikili ilişkinin önemli olduğunu savunmuştur. Hem grup hem de bireysel olarak bu terapiler gerçekleştirilmektedir. Ancak temelde bireysel bir çalışma tekniğidir (Korkut, 1992: 151-152). Bir bireyin varoluşsal hayal kırıklığı yaşaması veya hayatta bir amacının bulunmaması depresyon ile ilişkilendirilmektedir (Crumbaugh ve Maholick 1964: 200-207; Close 2000: 119-140).

Sorun Çözme Terapisi: Bu terapi üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, şu an mevcut olan problemler belirlenmektedir. İkinci aşamada, bu problemler değerlendirilerek en son aşamada ise, uygun çözümler bulunmaktadır (Cox ve diğerleri, 2014: 11). Psikiyatrik sorunların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi daha fazla kullanılmaktadır. Buna karşı sorun çözme terapisinin bilişsel davranışçı terapiye göre avantajları bulunmaktadır. Bu avantajlar arasında kısa vadeli ve yapılandırılmış olması yer almaktadır. Bu da sorun çözme terapisinin öğrenilmesini ve öğretilmesini kolaylaştırmaktadır. Sorun çözme terapisinde üç ana faktöre bakılmaktadır. Bunlar sırasıyla; kişinin karşılaştığı problemlere fonksiyonel yaklaşımının olup olmaması, kişinin problemlere karşı farklı çözümler üretip üretmemesi ve kişinin ürettiği çözümleri uygulayıp uygulamamasıdır (Eskin, 2007: 15-35).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): BDT 1960 yılında Baker tarafından geliştirilmiş olup duygudurum bozukluklarının bu yöntem ile tedavi edilebileceğini iddia etmiştir ve davranışsal psikolojik danışma kuramı esas alınmıştır (Beck, 1976: 96-112; Beck, 1987:5-37). Öğrenme kuramının uygulanmasıyla bireyin günlük yaşantısında karşılaştığı zorluk ve sorunlara karşı odaklanmaları sağlanmaktadır (Demiralp ve Oflaz, 2007: 132-140). Yapılan çalışmalar ile meta, analiz, depresyon için bilişsel terapisinin etkililiği olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda BDT'nin depresyon belirtilerini azaltma konusunda diğer yöntemlere göre daha etkili olabileceği ön görülmektedir (Cuijpers ve diğerleri, 2010:173-178).

Farkındalık Eğitimi: Farkındalık, Budist içgörü meditasyon türlerinden olup bu kavramın Avrupa ve Asya kıtalarında psikoterapi yaklaşımlarında 30 yıllık bir kullanım hikayesi bulunmaktadır (Çatak ve Ögel, 2010:69-73; Ögel ve diğerleri, 2014:282-288; Kabat, 1982:33-47). Batıda kullanımı ise ilk kez John Kabat-Zinn tarafından gerçekleştirilmiştir (Kabat, 1982:33-47). Farkındalık eğitimi yeni 'üçüncü dalga' bilişsel davranışçı terapi müdahalelerinin ortak özelliğidir. Bu yöntemde konsantrasyon ve katılım gerekmektedir. Aynı zamanda müdahale esnasında yaşanan deneyimler aktarılmaktadır (Cox ve diğerleri., 2014:12). Farkındalık temelli terapilerde, farkındalık kabiliyetini arttıran çeşitli terapi yöntem yaklaşımları esas alınmaktadır. Bu yaklaşımlarda psikolojik olarak rahatsızlık veren davranışların değiştirilmesi değil kabullenilmesi önerilmektedir. Farkındalık temelli terapilerde ilk olarak hastaya farkına varma ve kabullenme duyguları aşılırken daha sonra değişime odaklanılmaktadır

Psikoeğitim:__Psikoterapi ve eğitimsel girişimlerin kombinasyonunu oluşturan psikoeğitim, depresyonda uygulanan tedavi yöntemlerinden biridir. Danışan ile olan iş birliğine, hastalıkla baş etmeye ve sağlığa vurgu yapmaktadır (Lukens ve Mcfarlane, 2004:205-225). İlaç tedavisinin tek başına yeterli değildir, bunun yanı sıra hasta bireylere ve ailelere eğitim verilmesi gerekmektedir. Böylelikle hasta ve aile üyeleri tedavi ekibiyle iş birliği yapmış olmaktadır. Alınan eğitim doğrultusunda hastalar kullandıkları ilaçlar ve hastalıkları konusunda bilinçlenmiş olmaktadırlar. Bu da hastaların sorumluluk duygularının artmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda ilaç ve hastalıklarla ilgili yanlış fikirlerin ve sorunların eğitimde anlatılması ilaç uyumunu arttırmaktadır. Böylelikle hastalık yükü azalarak tedaviye olumlu yanıt verilme olanağı artmaktadır (Alataş ve diğerleri, 2007:196-205). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)’nin 2010’da yayınladığı “Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber” de güvenli olarak değerlendirilen eğitim önerileri aşağıda verilmiştir:

- Hastalık belirtileri ve tedavisi konusunda hasta bireylerin anlayabileceği açık, yalın bir dille eğitimler verilmelidir.
- Hasta bireyin izni doğrultusunda aile fertleri ve yakın çevresindeki kişiler de bu eğitimlere katılabilir.
- Antidepresanlar hakkında halk arasında dilden dile aktarılan yanlış bulgular açıklığa kavuşturulmalıdır.
- Hastalık belirtilerinin tekrar nüksetmemesi için hastalara antidepresanların birden değil dozları azaltılarak bırakılması konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır.
- Yapılan eğitim konuları arasında aynı zamanda düzenli uyku ve beslenme, sigara ve alkol gibi zararlı maddelerin kullanımının azaltılması da bulunmaktadır.
- Yapılan eğitimlere ek olarak kitap, broşür ve güvenilir web siteleri de hastaların bilinçlenmesinde fayda sağlamaktadır (Kühner, 2003: 254-262).

Depresyon tekrarlanma olasılığı yüksek olan bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Depresyonun ekonomide önemli kayıplara sebebiyet verdiği de göz ardı edilmemelidir. Depresyon sonucu bireylerin üretkenlik kabiliyeti azalmakta, intihar girişimleri artmakta ve böylece artan sağlık hizmeti kullanımı ön plana çıkmaktadır (Greenberg ve diğerleri, 2003: 1465-1475). Depresyonun tekrar nüksetmesinde aile eğitimi önem arz etmektedir. Alınan aile

psikoeğitim ile ailevi sorunlar özöme kavuşturulmakta olup majör depresyonun relapsları azaltılmaktadır (Mino ve diğerleri, 2001:43-49).



BÖLÜM 2: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

1960'lı yılların başında Aaron Beck tarafından bilişsel davranışçı terapi ile aynı anlamda olan bilişsel terapi yöntemi geliştirilmiştir. Beck bu geliştirdiği yöntemdeki temel prensibin “kısa süreli, şimdiki zaman odaklı” ilkelere dayandığını belirtmiştir. Bu yöntem sayesinde şu an var olan sorunlara çözüm aranmakta, işlevsiz düşünceler/davranışlar değiştirilmekte ve günlük yaşamda karşılaşılan problemlerle baş edebilme öğrenilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007 :132). Geçmişten günümüze kadar olan bu süreçte geniş çapta problem yaşayan kişilere başarılı şekilde bu tedavi yöntemi uygulanmıştır. Uyarlama sonucunda teorik varsayımlar sabit tutulurken tedavinin odak noktası, teknikleri ve süresi değiştirilmiştir. Beck modelinden esinlenen bilişsel davranış terapinin tüm uyarlamalarında terapi, bilişsel formülasyona, belirli bir rahatsızlığı ifade eden davranış stratejilerine ve inançlara dayanmaktadır (Beck, 2019: 2).

Bilişsel model, kişinin duygu durumunu ve davranışını etkileyen işlevsiz düşüncenin tüm psikolojik rahatsızlıklarda görüldüğünü ifade etmektedir. Kişiler düşüncelerini değerlendirmeyi öğrendiklerinde davranış ve duygu durumlarında iyileşmeler meydana gelmektedir (Beck, 2019: 3). Bilişsel terapi, davranışsal ve sorun çözme becerilerine yönelik ilkeleri benimseyen psikoterapi alanındaki en başarılı yöntemdir. Aynı zamanda bu yöntem düşüncelerimiz doğrultusunda hissettiklerimizin ve davranışlarımızın şekillendiğini vurgulamaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2012:7-14; Özcan ve Çelik, 2017:115-20). Buna göre kişinin duygularını belirleyen şey olayın kendisi olmadığı, asıl nedenin kişinin düşünce yapısına göre olaya yüklediği anlam olduğu bilinmekte ve psikopatolojinin temelinde düşüncelerdeki yanlışlıklar yatmaktadır. Bu doğrultuda BDT yöntemindeki ana hedeflerden biri yanlış düşüncelerin doğru düşüncelerle yer değiştirmesini sağlamaktır. Bu hedef ise kişinin olumsuz otomatik düşüncelerini olumlu olanlar ile değiştirerek sağlanmaktadır. Böylece kalıcı sonuçlar ve başarılar elde edilmektedir (Bengisoy ve diğerleri., 2019 :745; Kürümlüoğlu, 2017:3).

BDT yönteminde terapist, danışanın düşünce ve inanç sisteminde bilişsel değişimlerin gerçekleşmesi için farklı yollar kullanmakta olup bu yollar sayesinde hastada duygusal ve davranışsal değişiklikler meydana gelmektedir. Bu tedavi yöntemi farklı kriterlere

(eğitim düzeyi, gelir ve yaş) sahip her birey için uygulanabilir niteliktedir. Sağlık kurumları, okullar, meslek programları ve hapisane gibi kurumlarda bilişsel terapi yöntemi kullanılmaktadır (Beck, 2019: 2). BDT yöntemi depresyonun yanı sıra anksiyete, panik bozukluğu, stres bozukluğu ve sosyal fobi gibi psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde de kullanılmaktadır (Bengisoy ve diğerleri., 2019 :745; Butler ve diğerleri., 2006: 17-31).

2.2. Temel Kavramlar

Bilişsel terapi modeli, bir dizi strateji sistemden ve teknikten oluşmaktadır. Bu modelin içerisinde barındırdığı önemli bazı kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlar şema ya da temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler şeklinde sıralanmaktadır.

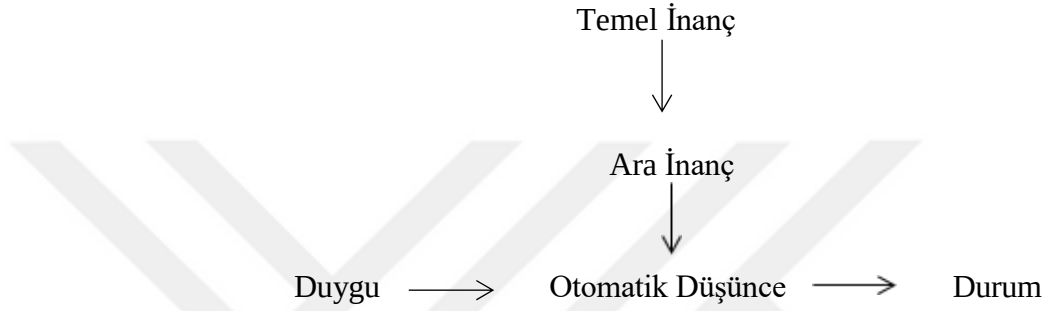
Otomatik düşünce kısacası, daha belirgin düşüncelerle birlikte herhangi bir olay karşısında doğruluğu yeterince değerlendirilmemiş, bireyin zihninde ansızın ve otomatik olarak ortaya çıkan ortaya çıkan düşünce, imaj veya seslerden biri şeklinde tanımlanmaktadır (Beck, 2001:18-19). Bu durumda bilinçli bir eylem bulunmamaktadır ve bu düşünceye eşlik eden duyular daha çok fark edilmektedir. Otomatik düşüncede cümleler kısa, gelip geçici ve seri şeklindedir. Bu durum diyet yapan bir birey üzerinden örneklendirilebilir. Diyet yapan kişi zihninden “nasıl olsa zayıflayamayacağım” şeklinde otomatik bir düşünce geçirerek diğer olasılıkların üzerinde durmadan bu otomatik düşünceyi koşulsuz şekilde kabul etmektedir. Bu nedenle seanslarda otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması, değerlendirilmesi ve işlevsel biçimde çalışılması oldukça önemlidir.

Temel inançlar ile otomatik düşünceler arasında yer alan inançlar ara inançlardır. Kişiler bu inançları dile getirememelerine rağmen kabul etmektedir. Ara inançlar değişime daha direnç göstermektedir. Bu inanç kişinin kendisi, çevresindeki kişiler ve dünya ile ilgili olan kurallardır. Ara inançların ortaya çıkış şekli aile ve çevre içinden öğrenilmesi ile gerçekleşmektedir. Bu oluşan ara inançlar nesilden nesille aktarılmaktadır (Göveç,2014:27).

Temel inançlar çocukluktan itibaren gelişen inançlardır. Bu inanç türü oldukça köklü düzeyde olup katı ve aşırı geneldir. Bu inançlar kişiler tarafından sorgulanmadan mutlak doğrular ve var olan gerçekler olarak kabul edilmektedir. Bu süreçte kişiler gerçeği yansıtan bilgileri göz ardı ederek temel inançları destekleyen bilgiyi kabul etmektedirler.

Bu nedenle kişi gerçeği yansıtmayan inanca inanmaya devam etmektedir. Bilinç seviyesinde olmayan bu temel inançları ortaya çıkarmak oldukça zordur. Temel inançlar sözel olarak ifade edilmektedir. Kişinin yaşadığı farklı olaylarda sergilediği karakteristik davranışlar ile kendini gösteren inançlar ve düşünceler gözlemlenerek ortaya çıkarılabilmektedir (Sungur,2007:603).

Temel inanç, ara inanç ve otomatik düşünce arasındaki ilişki aşağıda bir şemada gösterilebilmektedir (Beck, 2001:18-20).



Şekil 2: Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki (Beck, 2001:18-20)

Yukarıda belirtilen şemadaki ilişki ile ilgili örneklendirilme aşağıda verilmektedir:

Durum: Birini beğenme.

Otomatik Düşünce: “Nasılsa beni beğenmez”, “ Ben ona layık değilim”.

Duygu: Üzüntü, hayal kırıklığı.

Ara İnanç: “İyiliği hak etmiyorum”, “İnsanlar gerçekte kim olduğumu bilseler benden uzaklaşırlardı”, “Kaliteli insanlar beni beğenmez”.

Temel İnanç: “Değersizim”.

2.3. Bilişsel Davranış Terapisinin Temel İlkeleri

Bilişsel terapi yönteminde tüm hastalar için belirli temel ilkeler esas alınmaktadır. Bu ilkeler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Her zaman ortaya çıkan sorunların formülasyonuna ve her bir danışanın bilişsel terimlerle kavramsallaştırılması esası dikkate alınmalıdır.
- Güçlü terapötik anlaşma olmalıdır.

- Hastaların iş birliği içinde olması ve terapilere aktif katılım sağlaması gerektiğini vurgulamaktadır.
- Terapide bir amaç belirlenmelidir ve sorunlara çözüm odaklı olmalıdır.
- Terapide şu an önemlidir.
- Eğitici olan bu terapide, hasta bireye kendi terapisti olması bilinci aşılır.
- Terapide belirlenen amaçlar zamanla sınırlı olmalıdır.
- Terapide yapılan seanslar yapılandırılmalıdır.
- Terapi sonucu hasta bireylere hatalı düşünce ve inançları tespit etme, değerlendirme ve yanıt verme öğretilmektedir.
- Bu terapi yönteminde hatalı düşünce/duygu/davranışı değiştirmek için farklı teknikler kullanılmaktadır (Beck, 2019:6-10).

2.4. Bilişsel Çarpıtmalar

İşlevsiz inançlar, bilişsel yapıda olup kişilerin düşüncesini şekillendirmekte ve psikopatolojiye özgü bilişsel sonuçlara sebep olmaktadır. Bu bilişsel çarpıtma olarak isimlendirilmektedir. Felaketleştirme, zihin okuma, kişiselleştirme, ya olursa, olmalı ifadeleri, aşırı genelleme, etiketleme, seçici soyutlama ve duygudan sonuca ulaşma bilişsel çarpıtmalar başlığı altında toplanmaktadır.

2.4.1. Felaketleştirme: Geleceği hep olumsuz olarak düşünmeye ve olması mümkün olan diğer sonuçları hesaba katmamaya denir. Ufacık bir kanıt göz önüne alarak olması muhtemel diğer sonuçlar yok sayılmaktadır. Öngörme yeteneği sadece gelecekteki olumsuz olayları göstermektedir. Bir kişinin iş hayatında yetiştiremediği bir görev sonucu olaya kesin kovulacağım şeklinde bakması bu duruma örnek verilebilmektedir.

2.4.2. Zihin Okuma: Kişilerin bizim ne düşündüğümüzü bildiğine veya karşımızdaki insanın ne düşündüğünü bildiğimize inanmak zihin okuma olarak ifade edilmektedir. Bu durumda “sormaya gerek yok, ne söyleyeceğini biliyorum” veya “sıkıldı, ben onu sıktım” ifadeleri sıklıkla kullanılmaktadır.

2.4.3. Kişiselleştirme: İçsel sıkıntı yaşayan kişiler kendilerini ve ruhsal acılarını merkezlerine koyarlar. Kişiselleştirme sonucunda bireyler gerçekleşen olumsuz bir durumun asıl sebebinin kendileri olduklarını düşünmektedirler.

2.4.4. Ya Olursa: Olmayan veya olmayacak sonuçlara kaygılanmak ve gerçek tehdit faktörlerini göz ardı etmek ya olursa ifadesini ortaya çıkartmaktadır. Her olayda ufak olumsuz olasılıkları düşünerek garanti aramak bu durumda mevcuttur.

2.4.5. Olmalı İfadeleri: Bu düşünce yapısındaki kişilerde katı kurallar bulunmaktadır. Bu kuralların hem kendisi için hem de çevresindeki kişiler için gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu kuralların gerçekleşmemesi sonucunda kötü olaylar, sonuçlar elde edileceğini hissederler. ‘‘İnsanlar haksızlık yapmamalıdır, insan önce başkalarını düşünmelidir ve asla öfke ve kıskançlık duymamalıyım’’ gibi ifadeler bu duygu durumunda sıklıkla kullanılmaktadır.

2.4.6. Aşırı Genelleme: Aşırı genelleme sonucunda sınırlı sayıdaki örnekler göz önüne alınarak genel yargıya ve kurala inanılmaktadır. Bir kişinin karşısındaki insana güvensizlik duyması sonucunda etrafındaki her kişinin güvenilmez olduğunu düşünmesi bu duygu durumu ile ilişkilendirilmektedir.

2.4.7. Etiketleme: Bir kişinin kendisi veya etrafındaki herhangi bir kişi hakkında gerçeği yansıtmayan genel etiketler yapıştırmasıdır. Bu kişiler daha uygun ve gerçeği kapsamayan nitelendirmelerde bulunmaktadır.

2.4.8. Seçici Soyutlama: Gerçekleşen olay olgusunu yok sayarak bir detay üzerine yoğunlaşmak ve diğer belirgin detayları göz ardı etmektir. Örneğin yapılan bir sunum sonucunda dinleyiciler tarafından takdir edildiği halde bir kişi tarafından eleştirilmesi kişinin kendisini kötü hissetmesine sebep olmaktadır. Bu durum ise seçici soyutlama ile ifade edilmektedir.

2.4.9. Duygudan Sonuca Ulaşma: Olumlu kanıtları yok sayarak sadece hissiyat sonucu bir şeyin doğru olduğuna inanmaktır (Türkçapar, 2018: 117-122).

2.5. Bilişsel Teknikler

Bilişsel davranış terapisinde birçok teknik kullanılmaktadır. Bu teknikler arasında en çok kullanılan bilişsel tekniktir. Bilişsel terapi modelinde kullanılan bütün tekniklerdeki temel amaç, hastanın hatalı düşüncelerini ve davranışlarını düzelterek, çarpıtılmış inançları ortaya çıkartarak işlevsel olanların değiştirilmesidir (Corsini ve Wedding, 2012:125). Oluşturulan modelde ilk olarak bilişsel terapi tekniği uygulanmakta olup hastanın rasyonelliği açığa çıktıktan sonra davranışçı teknikler kullanılmaktadır. Buna karşı

depresyon vakalarında ilk uygulanan teknik davranışçı tekniklerdir (Türkçapar ve Sargın, 2012: 304).

2.5.1. Sokratik sorgulama (yönlendirilmiş keşif): Sokratik sorgulama bilişsel terapide oldukça önemli bir alana sahiptir. Sokrat'ın kullandığı tarzla aynı olan sokratik sorgulama temel olarak, uygun belirli sorular doğrultusunda bireyin yeni şeyler keşfetmesi veya öğrenmesi anlamında kullanılmaktadır. Sorulan sorular bu kısımda temel araç olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda sorulan soruların terapötik işlevlere de sahip olduğu bilinmekte olup kişilere açık uçlu ve kurumdan bağımsız sorular yöneltilmektedir. Sokratik sorgulamanın temel amacı şu şekildedir; hastanın bir konu hakkında bildiği bilgileri açığa çıkarmak veya bildikleri bu bilgilerin kullanılmasıyla yeni bir sonuç elde edilmesini sağlamaktır. Kısacası sokratik sorgulama ile yapılan bu süreç yönlendirilmiş keşif olarak ifade edilmektedir (Türkçapar, 2012: 224).

2.5.2. Otomatik düşüncelerin tanımlanması ve açığa çıkarılması: Temel olarak otomatik düşünce, belli bir anda kişinin zihninden geçen ifadeler, düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel tedavide otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması önemli bir kriterdir. Bunun nedeni otomatik düşüncelerin tetikleyici ve sürdürücü faktörler olmasıdır. Sorulan sorular ile otomatik düşünceler ortaya çıkarılmaktadır. Bu sorulara “O sırada aklından neler geçiyordu? Neler düşünüyordun?” şeklinde örnek verilmektedir. Kişiler düşüncelerinin hemen farkına varamadıklarında durumu gözünde canlandırma veya kayıt tutma gibi teknikler kullanılmaktadır (Savaşır ve Yıldız, 1996:12).

2.5.3. Otomatik düşünce kayıtları: Danışanın otomatik düşüncelerinin ortaya çıkarılması, ardından yapılan seanslarda çeşitli örneklendirmeler yapılarak danışandan kayıt formu kaydedilmesi istenmektedir. Bu kayıt formuna danışanın hafta içinde duygulanımında kötüye giden gidişatlar not alınmaktadır. Düşünce kayıt formu; olay tarihi, olay içeriği, olaya karşı oluşan duygusal tepkiler, olaya ait düşünceler, inançlar ve alternatif düşüncelerin bulunduğu sonuç kısımlarından oluşmaktadır. Danışan gün içinde yaşadığı olumsuz olayları not alarak, olay karşısında hissettiği duyguları ve düşünceleri yüzdelik şeklinde ifade etmektedir (Türkçapar, 2012:225).

2.5.4. Otomatik düşünceleri doğrulama ve gerçekliği test etme: Bu süreçte sokratik sorgulama, bilişsel hataları görme, kanıt inceleme, ortaya çıkan hataların yerine alternatif tepkiler koyma, akılcı tepkiler, hayal etme teknikleri, rasyonel tepkiler ve rasyonel

tepkilerin günlük kayıtları gibi faktörler yer almaktadır. Bu faktörler sayesinde danışanların otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmaları, kabul etmeleri ve değiştirici akılcı tepkiler geliştirmeleri kolaylaşmaktadır (Özakkaş, 2004:238).

2.5.5. Olumsuz inançların değiştirilmesi: Danışanın yaşadığı olumsuz süreç için farklı alternatif düşüncelerinin olup olmadığına bakılmaktadır. Ardından danışana daha az sıkıntı oluşturacak ve zarar verecek alternatif düşünceler olup olmadığı değerlendirilmektedir. Bu süreç sonunda danışan, terapistin desteği ile birlikte daha mantıklı inançlar belirlemekte ve olumsuz inançlar ile mantıklı inançları yer değiştirmeyi öğrenmektedir (Özakkaş, 2004:239).

2.6. Davranışsal Teknikler

Davranışsal tekniklerinden bazıları faaliyetlerin planlanması, ruhsal durum izleme, aktivite değerlendirme skalası, rol play teknikleri, davranışsal deneyler ve rahatlama teknikleridir.

2.6.1. Faaliyetlerin planlanması: Faaliyetlerin planlanması depresyon rahatsızlığında kullanılan bir davranışsal terapi tekniğidir. Bu teknikte terapist, danışanın aktivite düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda terapist danışanı ile birlikte danışan için günlük (saat şeklinde) olacak şekilde aktivite program çizelgesi hazırlamaktadır. Bu aktiviteler arasında zevk alınan etkinlikler, sosyal yaşantısındaki ilişki terapileri, ev ödevleri ve fiziksel egzersizler yer almaktadır (Beck, 2001:89). Bu teknikle birlikte iki amaca ulaşılmaktadır. Bu amaçlar; danışanın yapmaktan kaçındığı etkinlikleri yapma olasılığını yükseltmek ve bir etkinliğe başlamak için vereceği karar sorununu ortadan yok etmektir (Savaşır ve Yıldız, 1996:18). Bu teknikte danışan, yaptığı aktivitedeki yeterliliğini ve aldığı zevki 0-10 arası bir skala ölçekle puanlamaktadır. Bu puanlama ile birlikte hiçbir şeyi başaramayacaklarını düşünen depresyon hastaları, etkinlik öncesi ve sonrası farkı görerek başarılarını kendilerine kanıtlamış olmaktadır (Corsini ve Wedding, 2012:460).

2.6.2. Aşamalı etkinlik planı: Aşamalı etkinlik planı ile küçük adımlarla, danışanların yeni faaliyetlere yönelmesi sağlanmaktadır. Böylelikle belirli faaliyetleri yerine getirmek danışanlar için daha kolay hale gelmektedir. Bu teknik ile birlikte ümitsizliğin önüne geçilmektedir (Savaşır ve Yıldız, 1996:19).

2.6.3. Sosyal beceri eğitimi: Bu eğitimler sayesinde danışanların insanlar arasında yaşadıkları ilişki problemlerinin önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Bu nedenle danışana, duygu ve isteklerini uygun şekilde ifade etme kabiliyeti kazandırılmaktadır. Bu teknikte eğitim sırasında danışan çeşitli denemeler yaparak sosyal beceri kazanmaktadır (Sorias, 2008:668).

2.6.4. Davranış provası: Danışanın günlük yaşantısında uyguladığı beceri ve teknikleri pratik etmek amacıyla davranış provası uygulanmaktadır. Yapılan seanslarda davranış provaları kayda alınarak performansı değerlendirmek amacıyla nesnel bir kaynak elde edilmektedir (Corsini ve Wedding, 2012:421).

2.6.5. Rol oynama: Rol oynama tekniği ile otomatik düşünceler ortaya çıkarılmakta, daha uygun ve gerçekçi tepkiler geliştirilmekte ve olumsuz inançlar değiştirilmektedir. Bunlara ek olarak rol oynama tekniği ile danışanın sosyal becerileri de gelişmektedir (Beck, 2001:90).

2.6.6. Maruz bırakma (exposure): Korkulan bir durumla sistematik ve kontrollü bir şekilde yüzleşme, maruz bırakma tekniğiyle gerçekleşmekte olup bu teknik aşamalı bir şekilde yapılmaktadır. (Albano ve Kendall, 2002:129; Yolaç, 1996: 63). Bu teknik ile danışanın sosyal beceri eğitiminde öğrendikleri becerilerin kaygı durumunda kullanılması öğrenilmektedir (Kendall ve diğerleri, 1997:29). Bu teknik gerçek yaşama maruz bırakma veya yapay ortama maruz bırakma olarak iki şekilde uygulanmaktadır (Yolaç, 1996: 63).

2.6.7. Gevşeme teknikleri: Bu teknik anksiyete ve stres sonucunda oluşan gerginlik hissiyatının ortadan kaldırılmasında kullanılmaktadır. Seanslarda terapist danışana rahatlama yöntemlerini öğretmektedir. Bu yöntemler arasında içinden derin derin nefes alma, kademeli şekilde gevşeme ve imgesel gevşeme bulunmaktadır. Küçük çocuklarda bu teknik hayal gücü kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Çocuklara ‘‘robot ol’’ ve ardından ‘‘bez bebek ol’’ komutları verilmektedir (Sorias, 2008:667).

BÖLÜM 3: ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİ

3.1. Çözüm Odaklı Terapi

Çözüm odaklı terapi, Stratejik Terapi ile Ruh Araştırma Enstitüsü Modeli temelini esas alan tedavi yöntemlerinden biridir. Bu terapi yönteminde Milton H. Erickson'un yaptığı çalışmalar ve Gregory Bateson'un düşünceleri benimsenmektedir (De Shazer, 1985:121-124; Nichols ve Schwartz, 2001:406-41). Çözüm odaklı terapi yöntemi ile ilgili birçok bilim adamı çeşitli vurgularda bulunmuştur. Bulut (2010) tarafından çözüm odaklı terapi yöntemi, probleme kıyasla çözüm üretmenin ana hedef olduğu yöntem şeklinde tanımlanmıştır. Buna ek olarak, çözüm odaklı terapide, gelecekte var olacak olan beklentileri incelemenin şimdiki problemlere ve geçmiş zamanki olaylara göre daha önem verildiğini savunmuş ve bu terapi yönteminin üç veya beş seanstan oluştuğunu bildirmiştir (Bulut 2010:2). Bir diğer bilim adamı Prochaska ise bu yöntemde amaçların her bir danışan için farklı olarak belirlendiğini ve daha mükemmel bir gelecek oluşturmak için amaçların danışanlar tarafından saptandığını savunmuştur (Corey, 2008:482). Iveson (2002), bu terapi yönteminde üç temel parçanın bu modeli oluşturduğunu savunmuştur. Çözüm odaklı terapide ilgiler onaylanmakta, yetenekler belirlenmekte ve seans aralarında bir şeyler yapmayı kapsayan övgülerde bulunmaktadır (Campbell ve diğerleri, 2013:613-629). Juhnke (1996) ise bu yöntemin bireysel ve grup çalışmalarında oldukça etkili bir yöntem olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda çözüm odaklı terapide Siyez ve Tuna (2014) asıl ana hedefin problem çözümlerine odaklanmak değil çözümlerin oluşturulması olduğunu söylemiştir. Berg ve Miller (1992) ise çözüm odaklı terapiyi farklı şekilde ifade etmiştir. Bu terapi yönteminin üç temel kurala dayandığını bildirmişlerdir. Bu kuralları "bozulmamışsa onarma, önce neyin işe yaradığını anla ve sonra onu daha çok yap ve eğer işe yaramıyorsa tekrar deneme" olarak belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak Hawkes, Marsh ve Wilgosh (1998) tarafından çözüm odaklı terapinin yeme bozuklukları, depresyon ve davranış bozuklukları tedavisinde etkili bir yöntem olduğu savunulmuştur (Lambert ve diğerleri, 1998:63-70). Bu yöntemde savunulan prensip şu şekilde açıklanmaktadır; problem veya yakınmanın olmadığı durumlar üzerine odaklanılmakta, geçmiş zaman dilimi üzerinde durulmamakta ve problemlerin olmadığı durumlar ise istisna olarak ifade edilmektedir (Siyez ve Tuna, 2014:11-22). Çözüm odaklı

terapide 0 ila 10 arasında puanlama yapılarak yöntemin ne kadar başarılı olduğu belirlenmektedir. Bu puanlama sisteminde “10” bütün hedeflerin başarı ile gerçekleştiğini ifade ederken “0” ise en kötü senaryoyu ifade etmektedir (Bulut, 2010:2).

3.2. Çözüm Odaklı Terapinin Temel Felsefesi

Çözüm odaklı terapi yöntemi kısa zamanda tamamlandığından dolayı sorunların daha çok konuşulmadığı çözüm yolları aramanın odak noktası olduğu bir yöntem olmuştur. Aynı zamanda bu yöntemde en etkili terapötik ortaklık kurma yolu, danışanların güçlerinden ve ellerindeki imkanlardan yararlanarak çözüme kavuşabileceklerini göstermektir (Corey, 2008:283). Bu yöntemde danışmanlar “müşteri” ve “şikâyet” ifadelerini kullanmaktadır. Danışmanlar danışanları “müşteri” sorunları ise “şikâyet” olarak nitelendirmektedir. Bu yaklaşım sayesinde danışan asıl hedefini bilmekte olup bunun için isteklerini belirleyerek, isteklerine kavuşmak için kendinde gerekli motivasyonun olduğuna inanır. Danışmanlar bu yöntemde geleneksel diğer yöntemlere kıyasla değişimin daha kolay sağlandığını ve sürekli olduğunu savunmaktadır (Murdock, 2012:349). Danışmanlar bu değişim için gerekli bir zaman dilimine ihtiyaç olduğu ancak bu zamanın kısa bir süre olduğuna inanmaktadır. Hedef ve davranışlar ile ilgili sorumluluklar bu yöntemde danışana bırakılmaktadır (Sparrer, 2012:28). Çözüm odaklı terapinin temel felsefesi, “Bozulmamışsa onarma / tamir etme”, “İşleyen çözüm yollarına başvurmaya ısrarlı olma”, “İşe yaramıyorsa, onu tekrar yapmama / farklı çözüm yolları deneme” şeklinde üç kurala dayanmaktadır. (Sklare, 2010:11; De Shazer, 1985:122-123; Berg ve Miller,1996:153-154). Bunlar sırasıyla aşağıda açıklanmaktadır.

3.2.1. Bozulmamışsa onarma / tamir etme: Bu kuralda, eğer danışanın bir yakınması yoksa herhangi bir müdahalenin gerek olmadığı belirtilmektedir. Danışman tarafından danışanın işlev gösterdiği alanlara müdahale yapılmamaktadır (Doğan, 1999:29). Danışanın bir sorun ile karşı karşıya kaldığı durumda ise bu sorundan kurtulmak için danışan tarafından çözüm üretilmektedir. Bu sorunlar danışan tarafından belirlenmelidir. (De Shazer, 1985:122-125; Meydan, 2013:121). Aynı zamanda danışanlar tarafından ifade edilmeyen sorunlar üzerine odaklanılmamakta, bunlar yerine çözümler ana odak noktası olmaktadır (Sklare, 2010:11).

3.2.2. İşleyen çözüm yollarına başvurmaya ısrarcı olma: Bu kuralda, danışmanlar tarafından danışanların başarılı olduğu alanların tespit edilmesi gerektiği söylenmektedir.

Bu sayede problemlerin çözüme ulaştırılmasında izlenen yöntemlerin etkisi belirlenerek bu yöntemlerin daha çok kullanılması sağlanmaktadır. Bu yöntemin başarılı olma etkisi kanıtlanan yöntemlerin tekrar uygulanmasıdır (Berg ve Miller 1996:153-155). Danışan problemlerine kısmen olsa da çözüm bulmaktadır. Bu süreçte çözüm bulma oranı arttırılması için danışan motive edilerek cesaretlendirilmektedir (Meydan, 2013:121). İşe yarayan şeylerin danışan tarafından belirlenememesi sonucunda sorunların artışı meydana gelmektedir. Fakat yaşam boyunca her zaman problemler yoktur ve danışanın söz ettiği problemler yaşamadığı anlar da mevcuttur. Ancak danışanlar bu anları önemsemeyebilirler veya fark etmezler. Danışman tarafından problemlerin olmadığı anlar belirlenmeli ve danışanın problemlerle baş edebildiği anlar vurgulanmalıdır. Böylelikle danışman tarafından danışan cesaretlendirilmektedir (Sklare, 2010:11). Hayatımızın her anında problemlerle karşı karşıya kalınmamaktadır. Her konuda belirli istisnalar daima mevcut olup çözüm odaklı terapide bu istisnaların fark edilip arttırılmasının önemli bir yaklaşım olduğu vurgulanmaktadır.

3.2.3. İşe yaramıyorsa, onu tekrar yapmama / farklı çözüm yolları deneme: Bu süreçte danışanın çözüm için kullandığı yolun her zaman işe yarayacağı söz konusu olmayabilmektedir. Bu nedenle etkisi belirlenmeyen yöntemin tekrar kullanılması başarısız sonuçları beraberinde getirmektedir. Danışman tarafından danışanın cesaretlendirilmesi yapılarak yeni çözüm yolları bulması konusunda ısrarcı ve istekli olması sağlanmaktadır (Meydan, 2013:121). Problemin çözüme kavuşması, etkili olmadığı belirlenen çözüm yolları yerine başka çözüm yöntemlerin devreye sokulması ile sağlanmaktadır. Bu nedenle danışan farklı yöntemler deneyerek olumlu sonuçlara ulaşmalıdır (Sklare, 2010:11; Doğan, 1999:29-30).

3.3. Çözüm-Odaklı Terapinin Amacı

Bu yaklaşımda esas alından temel amaç şu şekildedir; danışanın problem üzerine değil daha çok çözüm üzerine konuşmasını ve işleyen veya gelecek zamanda işleyebilme olasılığı olan çözümler üzerine odaklanmasını sağlamaktır. De Shazer (1990) tarafından iyi analiz edilmiş amaçların birtakım özelliklere sahip olması gerektiği savunulmuştur. Bu özellikler sınırlı olabilen, danışana çekici gelebilen, belirgin ve somut davranışlar şeklinde ifade edilebilen, erişilebilen, çok çalışmayı gerektiren ve bir şeylerin sonu olarak değil de başlangıcı olarak tanımlanan şeklinde sıralanmaktadır. Buna ek olarak Sklare

(1997) tarafından ise amaç ifadesi, olumlu amaç, olumsuz amaç, zararlı amaç ve bilinmeyen amaç şeklinde dört kategori altında toplanmıştır.

3.3.1. Olumlu Amaç: Gözlenebilen ve ölçülebilen davranışlar olumlu amaç olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda danışan “Başka insanlarla iyi geçinmenin yollarını bilmek istiyorum” şeklinde cümleler kullanmaktadır. Olumlu amacın ölçülebilir özelliği danışanın amacına ulaşip ulaşamaması konusunda yardımcı olmaktadır.

3.3.2. Olumsuz Amaç: Olumsuz amacın ifade edilmesi iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar; bireyin kendi kendine bazı şeylere son verme isteği ve başkalarından bazı şeylere son vermelerini istemesidir.

3.3.3. Zararlı Amaç: Danışanın yasaları ihlal edecek veya kendine zarar verecek amaçlar sergilemesi zararlı amaçlar olarak ifade edilmektedir. Bu amaçlara bir başkasına, mala veya mülke zarar verme örnek verilebilmektedir. Etik kurallar çerçevesinden terapistin bu amaçları desteklememesi gerekmektedir.

3.3.4. Bilinmeyen Amaç: Danışanların başkaları tarafından terapistte gönderilmesi sonucunda terapiye geliş amaçları sorulduğunda danışan, “Bilmiyorum” şeklinde ifade kullanmaktadırlar. Bu nedenle terapi esnasında hipotetik “Eğer” sorularının sorulması danışanların amaçlarını belirlemesini sağlamaktadır (Doğan,1999 :28-38).

3.4. Çözüm-Odaklı Terapinin Temel İlkeleri

Çözüm odaklı terapi yöntemi yaklaşık 20-25 yıldır hızla gelişmekte olup farklı özelliklere sahip danışanlara uygulanmaktadır. Bu yöntemin temel prensibi “etkili olan çözüm yoluna odaklanmaya” dayanmaktadır. Zaman içerisinde bu yöntemde kullanılan tekniklerin değişimi ve gelişimi gerçekleşmiştir. Ancak buna rağmen temel ilkelerin aynı kaldığı ve değişime uğramadığı göz ardı edilmemektedir (Miller ve Berg, 1996:152-157). Bu temel ilkeler ise aşağıda sıralanmaktadır.

3.4.1. Herkes İçin Geçerli Tek Bir Yaklaşım Yoktur: Bu ilke danışanın terapiye değil terapinin danışana uydurulması gerektiğini savunmaktadır. Böylelikle danışanın bireysel olarak plan yapmasına ve uygulamasına olanak sağlanmaktadır.

3.4.2. Pek Çok Olası Sonuç Vardır: Oluşan problemlerin çözüme ulaştırılmasında tek çözüm yolu bulunmamaktadır. Bu yöntemdeki amaç danışanın çeşitli çözüm yollarını

keşfetmesini sağlamaktır. Bir probleme bakış açısı tek yönlü değil birden fazla olabilmektedir (Selekman, 1993:122).

3.4.3. Sorunun ve Çözümün Mutlaka Birbiriyle İlişkili Olması Gerekmez: Bir problemin çözüme kavuşması için yapılan eylemler, çözüm için seçenek oluşturmaktan daha çok sorun üzerine odaklanmaya ve şaşkınlığa sebep olmaktadır (Durrant,1995:132). Çözüm, sorunun çözüme ulaşma çabasından veya sorunla alakalı özgün açıklamalardan farklı olup düşünce ve eylem durumunu doğurabilmektedir.

3.4.4. En Basit ve En Somut Yaklaşım En İyi İlaçtır: Profesyonel kişi ve danışman tarafından basit, anlaşılabilir ve esnek özelliklere sahip müdahale programlarının geliştirilmesi, bu terapi yöntemi için oldukça önemli bir faktördür (Miller ve Berg, 1996:157).

3.4.5. İnsanlar Hemen Düzeliyorlar, Düzenebilirler: Sorunların çözüme ulaştırılması için danışanlar tarafından oldukça fazla çaba sarf edilmesi gereklidir. Her danışan farklı özelliklere sahip olduğundan dolayı terapi süreci farklılık göstermektedir. Genellikle bu süreç birkaç oturumdan oluşmaktadır.

3.4.6. Değişme Kaçınılmaz ve Sürekli: Her birey değişme yeteneğine sahiptir. Her zaman sorunların çözüme kavuşmasında nadir çözüm yolları bulunmaktadır. Bu nadir durum ise çözüm yollarındaki ipuçları olarak işlev görmektedir (Durrant,1995:132-133). Bundan dolayı çözüm odaklı terapi yönteminde geçmiş başarıların belirlenmesi, esas alınması ve değişimin sürekliliği önemli bileşenlerdir (Miller ve Berg,1996:152-157).

3.4.7. Güçsüz ve Eksik Yönlerden Çok Güçlü Yönler Üzerine Odaklanma: Kişinin güçlü ve güçsüz yönlerini bilmesi düzelme ve iyileşme sürecinde ona yardımcı olmaktadır. Ancak kişinin güçlü yönlerine odaklanma kişinin problemi olmadığı anlamına gelmemektedir. Sorunların çözüme kavuşturulmasında sıkıntı başlatıcı rol oynarken güç çözüm üzerine odaklanmaktadır.

3.4.8. Geçmişten Çok Gelecek Üzerinde Odaklanma: Kişinin nerede bulunmak istediğini belirlerken nereden geldiğini bilmek önemsizdir. Bu terapi yöntemiyle danışanın bulunmak istediği yerin somut ve gerçekçi hale getirilmesine yardımcı olunmaktadır. Yani kısacası probleme değil çözüme odaklanılmalıdır. Geçmişte yaşanan olayların konuşulması problemin oluşum durumunu tespit etmede önemli rol oynamaktadır (Sklare, 1997:218).

3.4.9. Küçük Değişmeler Daha Büyük Değişmelere Yol Açar: Küçük değişimler aslında bazen büyük değişimlere neden olabilmektedir. Problemin büyük veya küçük olmasına bakılmaksızın adım adım çözüme ulaştırılması gerekmektedir.

3.4.10. Terapistten Çok Danışan Uzmandır: Bu yöntemde amaçlar danışan tarafından belirlenmektedir. Terapistin bu yöntemdeki rolü, gerçekçi amaç ve çözüm yollarını danışanla tartışmaktır. Danışan kendi probleminin ve değiştirmesi gerektiği yönlerinin ne olduğu konusunda daha bilinçlidir (Selekmán, 1993: 125).

3.5. Çözüm Odaklı Terapi Teknikleri

3.5.1. Mucize Sorusu

Çözüm Odaklı Terapinin en önemli unsuru mucize soru tekniğidir. Bu teknik geleceğin en aktif olarak tarif edilmesi olanağı sağlamaktadır. Bu teknik sayesinde danışanın güçlü ve olumlu özellikleri öne çıkartılarak geleceğe dair gerçek hedefler belirlenmekte ve problemlerin artık olmadığı bir gelecek hayal ettirilmektedir (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22). Mucize soru tekniği dört temel basamaktan oluşmaktadır. Bu basamaklar:

1. Bir mucize gerçekleşir.
2. Gerçekleşen mucizeler problemleri çözer veya hedeflere ulaştırır.
3. Danışan uyuyor olduğu için haberi yoktur.
4. Mucizenin keşfi adım adım belirlenir.

Bu teknikte en önemli basamak ikinci basamak olmasına rağmen ihmal edilmektedir. Bu basamak mucizenin ne yaptığını ve danışanın neden geldiğini belirlemektedir. Bu basamak gerçekleşmediği durumda sorunun terapiyle olan bağlantısı yok olmaktadır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17). Mucize soru içerisinde birçok alternatif barındırmaktadır. Alternatifler sayesinde daha iyi bir geleceği tarif etme olanağı doğmaktadır (Nelson, 2005:89-90, 248- 252).

- Hayatınızda oluşan gelişmelerin farkına nasıl varacaksınız?
- Sabah uyandığınızda bu sorunun artık var olmadığını gördüğünüz anda hayatınızda ne gibi değişiklikler olurdu?
- Nerede değişiklik yapıyor olurdunuz?
- Sizde ki bu değişimi fark eden ilk kişi kim olurdu?
- Neleri fark ederlerdi?

- Bu gece bu mucizelerin olması için kim neler yapmalı?
- Bu mucizelerin gerçekleşmesi sonucunda başka ne gibi farklılıklar olurdu?
- Sizin benimle paylaşmanıza gerek olmadan ben bu durumu nasıl anladım?
- Bu mucizenin şimdiden gerçekleşmiş gibi davranmanız için ne olması gerek?
- Bu durumun başladığını gösteren küçük bir işaret olsa ne olurdu?
- Problemin ortadan kalktığını nasıl anlayacaksınız?
- Mucizeler gerçekleştikten sonra çevrenizdeki insanlarla olan ilişkilerinizde nasıl bir farklılık olacak?

Terapist bu teknikte danışana, problem ortadan kalktığında nasıl olacağını hayal ettirmekte, yapacağı her şeyde olumlu sonuçlara odaklanmasını sağlamakta ve somut hedeflere ulaşana dek sorulara devam etmektedir.

3.5.2. Değişimi Başlatmak

Bu terapi yönteminde seansa gelmeden önce değişime başlanıldığı düşünülmektedir. Değişimin başlangıç noktası danışan yardım almaya karar verdiğinde başlamaktadır ve danışanın bu yardım arayışları olumlu bir başlangıç olarak kabul edilmektedir. Bu durum problemin daha kötü sonuçlara neden olmasını engellemektedir. Danışan seansa gelene kadar olan süreçte kendinde olan değişimi ve gelişmeleri not almaktadır. Danışanın not almaması durumunda terapist bu gelişim ve değişimleri belirlemeye çalışmaktadır. Terapistin asıl amacı değişimin danışanın kendisi tarafından başlatıldığını danışana hissettirmektir (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22).

Genellikle ilk seansa gelene kadar danışan kendi hayatında değişiklikler yapmaya başlamaktadır. Bu süreçte değişim aslında danışanın problemlerini biriyle konuşmayı düşündüğü anda, randevu aldığı anda ve randevu zamanının gelmesini beklediği anda başlamaktadır (George, Iveson, ve Ratner, 2003:6-17). Bu nedenle danışan problemi hakkında kendisinin bir şeyler yaptığını düşünmekte olup gittikçe güçlenmektedir. Danışan konuyla ilgili bir şey yapmaya başlama pozisyonuna geldiğinde ilerleyen süreçte kendini konuyla ilgili bir şey yapmaya devam ederken hatta problemi çözüme ulaştırdığı noktada bulmaktadır. Bu durumun etkisi danışanın seansa gelmeden önce kendisinde gelişen değişikliklere dikkat etmesi ve soru sorması ile güçlenmektedir. Danışan tarafından değişikliklerin yalnızca kendine ait olduğu düşüncesi nedeniyle seansın başlamasından önce meydana gelen değişiklikler danışan tarafından değerli bulunacaktır.

Seans öncesi terapist danışana değişim amaçlı birkaç soru sormaktadır. Bu sorular “şu andan itibaren seans gününe kadar olan süreçteki değişimlere dikkat edebilirsiniz”, randevu almak için aradığınız zamandan bu yana ne gibi değişiklikler gözlemlediniz?” şeklindedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Çoğu danışan tarafından geleceklerini tanımlarken duygu durumlarıyla başlamaktadır. Bu durumun ise terapist tarafından zorlukları mevcuttur. Bu zorluk terapistin, danışanın duygu durumlarını tarif ederken neyi anlatmak istediğini bilmemesidir. İstenilen geleceği somut davranışlarla belirtmek hem terapist hem de danışan için gözle görülür olmasını olanak sağlamaktadır. Terapist danışana değişimin başlaması amacıyla belirli sorular yöneltmektedir. Bu sorular:

- Eskisine göre daha mutlu olduğunuzu nasıl anlayacaksınız?
- Aldığınız yardımın size faydalı olup olmadığını nasıl anlarsınız?
- Çevredeki kişilere kendine güveninizin geldiğini göstermek amacıyla neler yapacaksınız?
- Hayatınızdaki bu değişimlere başladığınızı ilk kim fark edecektir? şeklindedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

3.5.3.Şu ana Kadar İşe Yaramış Olan Yöntemler

Danışanların ortak düşüncesi iş birliği yapmak ve terapistin işine kolaylaştırmak için, en önemli faktörün problem üzerinde konuşmak olduğudur. Danışanlar bu durumu birden fazla yapmış olup problem hikayelerini birçok terapistle anlatmaktadırlar. Hikayeler sayesinde ters giden faktörler belirlenebilmekte ve problemin tanımı için unsurlar oluşmaktadır. ‘Neden’ sorusu ilgi odaklı olmaktadır. İşler o anda olduğu hale ne şekilde gelmiştir? gibi hikayeler danışanda ‘bütün bunlar ben büyürken olan biten her şeyden kaynaklı’ gibi psikolojik teorilerle veya ‘eğer karşımdaki kişi benimle iletişim kursaydı bunlar olmazdı’ şeklinde suçlama ile sonuçlanmaktadır. Ancak bu problem hikayelerinin en büyük problemi kurgusal olmasıdır. Danışan kendisi ile ilgili hikayeler anlatmasıyla aslında kendini daha iyi tanımaktadır. Ama bu problem hikayelerinin sürekli dile getirilmesi ise danışanın kendisini yalnızca problemden ibaret olduğunu sanmasına yol açmaktadır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Steve De Shazer ve Insoo Kim Berg grup terapi denemeleri yapmışlardır. Denemelerde kullandıkları prensip ise ‘tamir etme ‘ yaklaşımı olmuştur. Bu yaklaşımda ilk önce

problem tanımlanmakta ardından bir şeyler yapılmaktadır. Palo Alto ise Kaliforniya'daki Zihinsel Araştırma Enstitüsü tarafından geliştirilen grup terapi yaklaşımını kullanmıştır. Bu yaklaşımda geçmiş nedenlere ve mevcut durumlara ilgi gösterilmemekte olup tekrar eden durumları ve çözüm noktalarını belirlemek ve alternatif çözümler önerme hedeflenmiştir. De Shazer ve Berg ise problemlerin var olmadığı durumlarla ilgilenmiştir. Problemin türü ve süresi ne olursa olsun herksin istisna yaşadığı düşünülmektedir ve bu istisnaların yakından incelenmesi faydalı olabileceği beklenen çözümler görülebilmektedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17). Terapist danışanından kendisi için faydalı olan yöntemi geliştirerek kullanmasına devam etmesini ve işe yaramayan herhangi bir yöntemi asla tekrar kullanmamasını önermektedir (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22).

3.5.4. İstisnalar

“İstisna soruları”, sayesinde danışanın problem yaşamadığı süreçle ilgilenilmekte ve bu süreçte neleri farklı yapabildiği öğrenilmektedir (O'Hanlon ve Davis, 1999:23). Çözüm Odaklı Kısa Terapi Tekniği De Shazer tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntemdeki temel amaç şu şekildedir; danışanın anlattığı probleme ya da problem yaşanmadığı zamanlara istisnalar yaparak ve danışan tarafından problemi çözüme ulaştırmak için kullanılmayan yöntemleri belirleyerek çözüm yoluna ulaşmaktır. Burada terapist işbirlikçi rolünü üstlenmektedir ve danışanla birlikte ilerlemektedir. Terapistler neyin normal olarak veya neyin normal olmayarak kabul edileceği kalıpların olmadığı düşüncesini benimsedikleri için danışanlara kendi inanışlarını empoze etmemektedir (Nichols ve Schwartz, 2001:8). Problemin danışanın hayatında nasıl bir etkisi olduğunun anlatılması bu yöntemde istenilmektedir. Danışanın anlattığı andan itibaren terapist anlatılan bu problemin hiç yaşanmadığı veya kolaylıkla üstesinden gelinebilecek süreçleri belirlemektedir. Böylece terapist danışanın geçmişte başarı ile sonuçlanmasını sağlayan çözüm yöntemlerinin şu anda kullanılması için yardımcı olmaktadır. Buradaki önemli nokta ise problemin olmadığı süreçlerde neler olduğunu gözlemlemektir (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22). Bu nedenle problemlerin olmadığı istisna zamanlarını danışana sormak daha yararlı olmaktadır (Sharry, Madden ve Darmody, 2003:44-48).

Ancak danışanlar hayatında problemlerin hep olduğunu düşünmekte olup problemin olmadığı zaman dilimlerini göz ardı ederler. Aslında bu istisnai zamanlar danışanlar için

faydalı olmaktadır. Fakat danışan bunları önemli unsur olarak görmemektedir. Danışanlar için odak noktası problemler olmaktadır. Onlar için İstisna zamanlar ikinci planda yer almaktadır. Terapistler için ise bu durum tam tersi olup odak noktalarına istisnai zamanları koymaktadırlar. Danışanlar tarafından çözüm geliştirilmesi için önceliklerini tam tersine çevirmeleri gerekmektedir. Bu durum ise bu müdahalelerle sağlanmaktadır. Bu yöntemde tün problemlerin bazı istisnalar barındırdıkları düşünülmektedir. Terapist danışanlarla ilgili bu istisnaları belirlerken aslında problemin etkisinde de azalma meydana gelmektedir. Böylece danışanın kendisini yalnızca problemden ibaret olmadığını görmektedir. Bu istisna zamanları ise problemin olmadığı ya da az olduğu ve danışanı rahatsız etmediği süreçler olarak kabul edilmektedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17). Danışana terapist tarafından birçok istisna soruları yöneltilmektedir. Bu sorulardan bazıları şu şekildedir:

- Endişe duymadığınız zamanları paylaşır mısınız?
- Daha az endişe duyduğunuz zamanları paylaşır mısınız?
- Problemin hiç olmadığı zamanlar oluyor mu?
- Problemin var olduğu ancak başa çıkabildiğiniz zamanları anlatabilir misiniz?
- Alışkanlığınızın sizi ve hayatınızı kontrol etmesine izin vermediğiniz zamanlarda neler gerçekleşiyor? (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Baktığımız zaman her zaman problemlerin yaşanmadığı zaman dilimleri bulunmaktadır. Terapist ise bu zaman dilimlerini belirlemektedir. Problem yaşanan zaman dilimi %40'ı temsil etmesi durumunda kalan %60'luk kısım ise problemin yaşanmadığı zaman dilimini oluşturmaktadır ve bu zaman diliminde nasıl baş edildiği üzerinde konuşulmalıdır (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22). İstisnaların bir çeşidi de “mucizenin şimdiden gerçekleşmeye başladığı” zamanlarda istisnanın bir çeşidini oluşturmaktadır (Sklare, 2005:65). Bu zamanlar mucize sorusunun ardından gelmektedir. Burada danışan meydana gelen en ufak değişikliği tarif etmektedir. Terapistin bunun sürpriz olup olmaması sorusunu danışana yöneltmesi ardından hayır cevabını almaktadır. Çünkü bu davranışlar çeşitli zaman dilimlerinde mevcuttur. Aslında bu mucizeler çözümün önemli olmasını sağlayan parçalardır. Bunlar derecelendirme anında da keşfedilmektedir. Tüm noktaları keşfedilerek istisnalarla aynı kefeye koymak Çözüm Odaklı Terapi sürecinin temel basamaklarından (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

3.5.5. Üstesinden Gelmek/ Başa Çıkmak

Danışanların güçlü ve olumlu yönleri terapist tarafından öne çıkarılarak danışanlar tarafından kullanımı açısından onları teşvik edilmektedir. Günlük yaşamında danışanlar sürekli suçlama ve eleştirel gibi faktörlerle karşı karşıya kaldıkları için bu olumlu yönlerini görmemekte olup kendilerine olan güvenleri git giderek azalmaktadır. Bu nedenle çözüm odaklı terapide terapist danışanın doğru yaptığı davranışları ve yöntemi bulmaktadır. Bu durum ise ‘neden’ sorusu yerini ‘nasıl’ sorusuna bırakılarak bulunmaktadır. Nasıl soruları sayesinde danışanlar kendi güçlü yanlarını bulmaktadır (O’Connell ve Palmer, 2003:8-22). Terapistler danışanların hayatlarındaki istisnai zamanları fark etmelerini istemektedirler. Ancak bazı danışanların yaşadıkları zor hayat şartları nedeniyle bu mümkün olamamaktadır. Böyle durumlarda ise danışanla iletişim kurmak daha faydalı olmaktadır. Danışanın bir problem karşısında nasıl davrandığı ve nasıl baş edebildiğini konuşmak danışanın yaptığı şeylerin aslında doğru olduğunu göstermenin bir yoludur (Davis, 1996:231-238). Danışanın hala istisnai zamanları fark etmekte sorun yaşadığı ve başa çıkıyor fikriyle ilgili güçlük çektiği anlarda terapist tarafından daha çok başa çıkma sorusu sorularak bu durumun engellenmesi sağlanmaktadır (O’Hanlon ve Beadle ve 1999:61-70, George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17). Danışana sorulabilecek birkaç soru örneği aşağıda sıralanmıştır.

- Böyle zor anlar yaşadığınız dönemde hayatınızı idare etmeyi nasıl başardınız?
- Bu yöntemin gerçekten iyi bir başa çıkma olduğunu nasıl anladınız?
- İşlerin daha zor ve olumsuz yollara sürüklenmesini nasıl engellediniz?
- İşlerin bu kadar kötü gitmesine rağmen sizi ayakta tutan ne oldu ve mücadeleye nasıl devam ettiniz? (O’Connell ve Palmer, 2003:8-22).

3.5.6. Geleceğe Odaklanmak

İnsanları güçlü kılan bir faktör ise işler yoluna girdiğinde bundan sonra nasıl ilerleyeceğinin hayalini kurma yeteneğine sahip olmaktır. Danışanlara sorulan soruların niteliği çözümleri tanımlayacak, çözümlere ulaşılmasını sağlayacak ve geleceğe odaklı olacak şekildedir. Çözümü tanımlamak ve detaylı şekilde anlatmak çözüme ulaşmanın en etkili ve güçlü yönüdür (Durrant, 1995:15-26).

İnsanlar gelecekle ilgili olaylar düşünürken seçici olurlar. Gelecekle ilgili ne düşüncemiz var ise gelecek o şekilde şekillenmektedir. Terapistler geleneksel yöntemlerde sadece geçmiş ve şimdiki zamanları baz alarak ilerlemişler ve bunlara odaklı çözüm yolları aramışlardır. Ancak gelecek yaşanmamış olmasına rağmen geleceğinde üzerinde durulması gerekmektedir. Çünkü gelecek hayali insana yeni, heyecanlı duygular ve umutlar yaratmaktadır. Bir insan için umut pozitif etki yaratarak başa çıkmada ve değişimde yardımcı olmaktadır. Umut çerçevesi altında geçmişe zor zamanlar olarak bakmak mümkün olmaktadır ve bu sayede çözüm yolları keşfetmek mümkün olmaktadır (Durrant, 1995:15-26).

Geleceği danışanların elinden geldiği kadar detaylı anlatması onlar için yararlı olmaktadır. Bu nedenle terapistler tarafından danışanlar teşvik edilmelidir. Bu sebeple seansta danışanlara başka?” ve “bu nasıl bir fark yaratacak?” şeklinde sorular yöneltilmelidir. Bunlara ek olarak danışanlara “diğer kişinin bakış açısı” sorusu sorulması da başkalarının gözünde kendinin nasıl olduğunu canlandırması açısından büyük önem taşımaktadır. Geleceğe odaklanma aşamasında terapistin danışana birçok katkısı bulunmaktadır. Terapist danışana umut vermekte, cesaretlendirmekte, övgüler yaparak ve sıcak ortam sağlayarak güç ve destek vermektedir (O’Hanlon ve Davis, 2003:153).

3.5.7. Derecelendirme

Derecelendirme soru aşamasında 1 ila 10 arasında danışanların seçim yapması istenilmektedir. Buradaki 10 rakamı ulaşılması istenen amacı temsil etmektedir. Danışanın yaptığı puanlama ile istenilen amaca ulaşılması için gerekli yol hesaplanmaktadır. Nu teknik sayesinde danışanın durumu nasıl tanımladığı hakkında terapistte fikir vermektedir. Terapistin danışana ‘‘takip soruları’’ yöneltilmesi danışanın bir kademe daha yukarı ilerlemesi için neler yapabileceği konu hakkında sorgulama yapmaktadır (O’Hanlon ve Davis, 2003:150).

Çözüm odaklı terapi de en esnek teknik derecelendirme tekniğidir (Sharry, Madden ve Darmody, 2003:55). Derecelendirme tekniğini çerçevelendirirsek; 0 ila 10 puanlık bir skala düşündüğümüzde 10 problemlerin çözüldüğü anlamını ifade ederken 0 ise bunun tam aksini ifade etmektedir. Danışan tercih ettiği geleceği detaylı bir şekilde açıklamışsa 10 mucizeden sonraki günü 0 ise o mucizeden olabildiğince olan uzaklığı göstermektedir. Bundan dolayı daha net ve sağlam dereceleri ifade etmek daha yararlı olmaktadır. Bunu

ise danışanın kendisi belirlemektedir. Bu uygulanması kolay ve basit olan teknik danışanlar için oldukça faydalıdır (O'Connell ve Palmer, 2003:8-22). Terapistin danışana sorduğu sorular ile danışanın şu anda ki hayatında her şeyin olumsuzla gitmediği farkındalığına varılabilmektedir. Terapist tarafından danışana iletilen sorular;

- 0-10 arasındaki puanlamada siz kaç puan verirsiniz?
- Ne gibi değişiklikler olursa bu verdiğiniz puan 1 puan artar?
- Bu durumu oluşturmak için neler yapabiliriz?
- Bu 1 puanlık artışı kimler gözlemleyecek?
- 4'ten 5' e çıktığınızda nasıl davranışlar sergileyeceksiniz?
- Soruna bir çözüm yolu bulma konusunda kararlılık seviyeniz nedir?
- Şu an da kendinizi bu derecelendirme skalasının neresinde görüyorsunuz? şeklinde sıralanabilir (Dölek ve Kurter, 2005:7).

Bu derecelendirme sayesinde danışanın durumu kötüyse terapist ile bu durumu paylaşabilmesine olanak sağlanmaktadır. Bu durumda danışanın problemler ile başa çıkmak için oluşturduğu stratejiler ve hırs-kararlılık faktörleri ile ilgili sorular iletilmektedir (Sharry, Madden ve Darmody, 2003:54, George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Danışana iletilen '*0*' dan *şu anda bulunduğunuz dereceye gelmenize neler yardımcı oldu?* ' sorusu iletilildiğinde danışanın kullandığı kaynaklar su yüzeyine çıkmaktadır. Soru içerisinde bulunan gizli ipucu önermedir. Danışanın skalada ilerlememesi hatta gerilemesi durumunda kaynak arayışını devam etmek üzere tekrar sorular yöneltilmelidir. Derecelendirme soruları sayesinde danışanın ilerlemiş olduğu mesafeler, kullandığı kaynaklar ve yetenekler açığa çıkmaktadır (Sharry, Madden, Darmody, 2003:55, George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Diğer bir soru olan '*İşlerin daha kötüye gitmesini engelleyen nelerdir ve bu denli zorluğa rağmen her şeyi stabil tutmayı nasıl beceriyorsunuz?*' sorusuyla danışan derecelendirme yaparak kendisinin hangi puanda olduğunu belirlemektedir ve bu soru sayesinde danışanın hayatında nelerin pozitif anlamda ilerlediğini tanımlamasına yardımcı olunmaktadır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Danışana '*Derecenin bu noktasında olduğunuzu gösteren şeyler nelerdir ve bu bulunduğunuz puandan 1 puan yukarı ilerlediğinizde bunu neler gösterecektir?*' sorusu

sorulmasıyla danışanın hayatında gelişen ufak değişim işaretlerini ifade etmeye teşvik edilmektedir. Danışana ‘*Derecelendirmenin son puanına geldiğinizi nasıl anlayacaksınız?*’ sorusu sorulmasıyla da mucizeleri ifade etmeye teşvik edilmektedir. Danışanların gerçekçi beklentilerini belirlemeleri için ise danışana ‘*Sizin için en iyi puan hangisi olacaktır ve oraya geldiğinizi nasıl anlayacaksınız?*’ sorusu sorulmaktadır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Terapide uygulanabilecek diğer derecelendirme yöntemleri güven derecesi, değişime isteği derecesi, bağlılık derecesi, başa çıkma derecesi, güvenlik derecesi ve birbiri ile ilgisi olan derecelendirme yöntemi olarak sıralanmaktadır.

Güven derecesi: 0-10 puanlama derecesinde 0 amacınıza ulaşmaya dair hiç güveninizin olmadığını temsil ederken 10 amacınıza ulaşacağınızı temsil etmektedir. Siz bu puanlamada kendinizi nerede görüyorsunuz?

Değişme isteği (motivasyon) derecesi: 0-10 puanlama derecesinde 0 hayatınızdaki durumlardan hiç rahatsızlık hissetmediğiniz anlamını ifade ederken, 10 puan en önemli şeylerin bunlar olduğunu bildiğinizi temsil etmektedir. Siz şu an bu skalanın neresindesiniz?

Bağlılık derecesi: 0-10 puanlama derecesinde 0 bu durumları çözmek için farklı yöntemler denemek istemediğinizi temsil ederken 10 puan elinizden gelen her şeyi yapacağınızı temsil etmektedir. Siz şu an bu puanlamanın neresindesiniz?

Başa çıkma derecesi: 0-10 puanlama derecesinde 0 hayatınızda giden her şeyin zor olduğunu ve bununla asla başa çıkamadığınızı temsil ederken, 10 puan bu durum ile başa çıkacağınızı temsil etmektedir. Bu puanlamanın neresinde yer alıyorsunuz?

Güvenlik derecesi: 0-10 puanlama derecesinde 0 güvenliğinizi sağlayamayacağınızı temsil ederken, 10 bu ne kadar zor olursa olsun başaracağınızı temsil etmektedir. Bu skalada siz nerede yer alıyorsunuz?

Danışanlar seansa geldiğinde birden fazla problemlerle gelmektedirler. Terapistin bu durumda yaptığı şey ise problemleri önemlilik derecesine göre sıralamaktır. Danışanlar bu problemleri bir bütün olarak gördüğünde veya teker teker çözüme ulaşamayacağını düşündüğünde terapist bu sıralamayı yapamamaktadır. Bu esnada ise yapılan şey ‘çözüm’ hepsi ya da hiçbirine dair sorusu yöneltmek olacaktır. Hepsi cevabının verilmesi aslında

imkansıza yakındır. Diğer bir varsayım ise problemlerin hepsinin biranda çözüme ulaşabileceğini düşünen gerçekçi kişiliğe sahip danışanın olmasıdır. Danışanlara hayatımızda birden fazla problemin yaşamız boyunca var olacağına ve bunlarla yaşamamız gerektiğini anlatılması gerekmektedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Birbiri ile ilgisi olan derecelendirmeler: Danışanlar problemleri birbirinden ayrılmayan bir bütün olarak kabul ederse çözümlerinde birbiriyle bütün olduğu varsayımına dayanarak sorular yöneltilmelidir. Danışana ‘*çocuğunuz okuldaki sergilediği davranışları bir puan arttırırsa bu durumun bütün dereceye olan etkisi ne olacaktır? veya ‘kocanız alkol ile olan bağımlılığını azaltıp derecede bir puan yukarı çıkarsa, bu durum çocuklarınızın davranışlarında nasıl değişikliğe sebep olacaktır? şeklinde kalıp sorular sorulabilmektedir.*

Bu sorular sayesinde problemin birden fazla ve karışık olduğuna değinilmektedir. Aynı zamanda bir probleme aranan herhangi bir çözümün birden fazla problemin çözümü olacağı danışan tarafından görülmektedir. Seans başında danışanın duyduğu umutsuzluk hissi ortadan kalkmış olacaktır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

3.5.8. Yeniden Çerçvelendirme ve İltifat Etme

Yeniden çerçvelendirmede birçok hedef yer almaktadır. Yeniden çerçvelendirmedeki ana hedefler probleme bakış açısını değiştirmekten ve danışanın düşünce altında yatan olumlu amacı açığa çıkarmaktan oluşmaktadır. Buradaki temel prensip ise problem olarak isimlendirilen her şeyin olumlu tarafına vurgu yapmaktır (Dölek ve Kurter, 2005:7). İnsoo Kim Berg yeniden çerçvelendirmede ‘‘Bunu yapmak için çok iyi bir nedenin olmalı. Nedir?’’ sorusunu kullanmıştır ve bu sorunun etkili olduğunu bildirmiştir.

Büyük çoğunluk gelecek zamanda oluşabilecek problemlerin önüne geçmek amacıyla gelmektedir. Olumlu çerçvelemeyi bulmanın en kolay ve en temel yolu problemin ortadan kalktığı an neyi farklı olarak yapacaklarını sormaktır (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Olumlu çerçvelendirmeyi bulmak için bazı konulara değinilmektedir. Bunlar;

- Depresyonda olmadığınız zaman neyi farklı olarak yapıyor olacaksınız?
- Alkol problemi hayatınızda olmadığı zaman hayat sizin için nasıl olacak?
- Alışveriş isteğinize engel olduğunuz zaman, ne yapıyor olacaksınız?

•Eşiniz size karşı sesini yükseltmediği zaman hayatınızda ne farklı olacak? şeklinde sıralanabilmektedir (George, Iveson ve Ratner, 2003:6-17).

Tüm çözüm odaklı terapilerde danışanın başarısının altı çizilmekte ve danışan övülmektedir. Terapi ise birkaç soru ile sonlandırılmaktadır. Seans sonu danışana ‘Neler daha iyi idi?’, ‘Neler farklı oldu?’, ‘Başka neler iyi oldu?’, ‘Neler başarıldı?’ gibi sorular sorulmaktadır. Aynı zamanda terapist danışandan iyiye giden davranışları devam ettirmesini ve olumsuz sonuçlara yol açan davranışların durdurmasını ve yeni yöntemler uygulamasını istemektedir (O’Connell ve Palmer, 2003:8-22).

3.6. Çözüm Odaklı Terapinin Değerlendirmesi

Çözüm odaklı terapiye baktığımızda psikoterapi alanına birçok yararı olmuştur. Bu terapi yönteminde insanların belirli alanlarda yeteneklere sahip olduklarına ve iyi çözüm yolları keşfedeceklerine inanılmaktadır. Aynı zamanda bu terapi yönteminde terapistler danışanlarına hastalık teşhisi koymamaktadırlar. Seanslar 5-6 oturum sürmekte olup bu kadar kısa sürede iyi sonuçlar alınmaktadır. Çoğunluk bu terapi sayesinde belirledikleri amaçlara ulaşmışlardır ve bu nedenle bu yöntem tercih edilmektedir. Bu terapinin diğer terapilerden farkı ve pozitif anlamda etkisi danışanlara yöneltilen sorulardan gelmektedir. Bu yöntemdeki asıl müdahale danışanlar için sorulan açık uçlu sorulardır. Bu sorular ile danışanların düşünceleri ve tutumları belirlenmektedir. Ancak çözüm odaklı terapinin yüzeysel bir yöntem olduğu açısından eleştirilmekte olup danışanların anlattıkları problemler adlandırılmamaktadır. Kurumsal alt yapısı az olduğundan bu yöntemi işlevsel hale büründürmek oldukça zor olmaktadır. Bu yöntem ile ilgili yapılan çalışmaların eksikliği dezavantaja dönüşmüştür. Sınırlı çalışmadan dolayı yöntemin etkinliği kanıtlanamamaktadır (Özbay, 2017:73).

3.7. Çözüm Odaklı Terapi ile Bilişsel Davranışçı Terapinin Karşılaştırılması

Çözüm odaklı terapi ile bilişsel davranışçı terapi arasında benzerlikler olduğu gibi farklılıklarda bulunmaktadır. BDT’ de kuralcı ve yönlendirici anlayış benimsenirken çözüm odaklı terapide danışanın kendi hedeflerine ve bu hedeflere ulaşmak için kendi yollarını kendilerinin seçmesi gerektiğine inanılmaktadır. Her iki terapi yönteminde de düşüncelere ve eylemlere odaklanılmaktadır. Beck tarafından geliştirilen BDT’ de düşüncelerin değişmesiyle birlikte kişilere rahatsızlık veren duygu ve davranışlarında değişeceği düşünülmektedir. Böylece danışanların tutarlı olmayan davranışlarının,

eylemlerinin ve düşüncelerinin değiştirilmesine odaklanılmaktadır. Bu süreç “bilişsel yeniden yapılandırma” olarak ifade edilmektedir. Bu süreçte hedeflenen değişimin gerçekleştirilmesinde kullanılan “sokratik sorgulama” ise çözüm odaklı terapinin temelini oluşturmaktadır. Sokratik sorgulamanın aşamalarını sistematik sorgulama, tümevarımcı mantık yürütme ve evrensel tanımlama oluşturmaktadır. Sistematik sorgulama ile çözümler ortaya çıkarılarak sorun çözme becerileri geliştirilmektedir. Tümevarımcı mantık yürütme aşaması terapist ile danışan arasında birlikte yürütülmektedir. Bu aşamada terapist danışanın sorun çözme becerisini güçlendirmektedir. Bu iki aşama sayesinde danışan sorunlarını algılamakta ve tanımlamaktadır. Diğer terapi yönteminden farklı olarak çözüm odaklı terapi yönteminde danışanların sorun çözme becerilerinin var olduğu sayılarak bu becerilerin geliştirilmesine teşvik edilmektedir (Yağcı ve Duyan, 2020: 29).

BÖLÜM 4: YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, yöntemi evren ve örnekleme, veri toplama araçları, bunların güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları verilerin toplanmasında kullanılan araçlar ve verilerin çözümlenmesinde kullanılacak olan istatistiksel yöntemlerden bahsedilmektedir.

4.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada yarı deneysel desen olan tek gruplu deneysel desen kullanılmıştır. Ancak deneysel desenin oluşturulma amacı iki farklı terapi yöntemini karşılaştırmak olduğundan tek gruplu iki farklı deneysel desen modeli bir araya getirilerek terapi yöntemleri karşılaştırılmıştır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2016; Karasar, 2018).

Araştırma sürecinin başlangıcında deney gruplarını belirlemek amacıyla 235 kişilik örneklem grubuna depresyon düzeyini ölçmek amacıyla ön test uygulanmıştır. Sonrasında ön test bulguları incelenerek örneklemdeki bireylerin gönüllü katılımları da esas alınarak iki deney grubu oluşturulmuştur. Deney grubuna katılan bireyler kendi tercihlerine göre terapi gruplarına katılmışlardır. Bir gruba Çözüm Odaklı Terapi (13 kişi) yöntemi uygulanırken diğer gruba Bilişsel Davranışçı Terapi (11 kişi) yöntemi uygulanmıştır. Online sistem üzerinden her biri 12 Seans olmak üzere toplam 288 Seans uygulanmıştır.

4.2. Evren Örneklem

Bu çalışmada gönüllü bireyler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; online sistem üzerinden gönderilen Demografik Bilgi Formu ile belirli puan sistemine sahip gönüllü bireyler oluşturmaktadır. Aynı zamanda 18-55 yaş aralığındaki bireyler seçilmiştir. Araştırmayı toplam 24 gönüllü birey katılmıştır.

4.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan gönüllü bireylerde; “Beck Depresyon Ölçeği” ve araştırmacı tarafından oluşturulan “Demografik Bilgi Formu” kullanılmıştır.

4.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan gönüllü bireyler bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Demografik Bilgi Formunda

gönüllü bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu ve genel bilgiler sorulmuştur. Bunların dışında gönüllü bireylere kişisel bilgilerini içerecek sorular sorulmamıştır.

4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği, Beck, Rush, Shaw ve Emery tarafından 1978'de geliştirilmiştir ve ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucu Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Beck depresyon ölçeği ortaya çıkan depresyon riskini ve derecesini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır ve bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 21 maddenin her biri depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Bu belirti kategorileri sırasıyla; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. Her belirti dört seçenekten oluşmakta olup 0-3 arasında puanlanmaktadır. Puan aralığı ise 0-63 arasında değişkenlik göstermektedir ve yapılan puanlamanın toplamı ile de depresyonun şiddeti belirlenmektedir (Hisli, 1989:3-13). Kozacıoğlu ve Ekberzade (1994)'ye göre;

0–13 arası puan: Depresyon yok

14 -24 arası puan: Hafif ve orta derecede depresyon

25 ve üstü puan: Ağır (majör) depresyon olarak değerlendirilmektedir.

4.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 (IBM) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci sonunda veriler ölçek yapılarına uygun olarak toplanmış ve toplam depresyon puanı alınmıştır. Elde edilen toplam puanın çarpıklık ve basıklık katsayısı incelenmiştir ve verilerin çarpıklık ve basıklık katsayısı-, + 1 aralığında olmadığından analiz sürecinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır (Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü, 2016). Buna ek olarak deneysel modelde grupların eleman sayısı 30'un altında olduğundan deneysel karşılaştırmalarda da parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Oluşturulan deney gruplarının denkliliğini ve son test puanlarının farklılaşmasını

belirlemek amacıyla parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Deney gruplarının ön test ve son test bulgularının farklılaşmasını incelemek amacı ile Wilcoxon İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır. Araştırma sürecinde yapılan tüm ikili bağımsız grup karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi, üçlü ve daha fazla grup karşılaştırmaları Kruskal Wallis – H testi kullanılmıştır. Yaş ve depresyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma sürecinde 0.5 anlamlılık düzeyi ile çalışılmıştır. Ancak Kruskal Wallis – H testinin çoklu karşılaştırmaları yapılırken anlamlılık düzeyine Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır (Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü, 2016; Büyüköztürk, 2018).



BÖLÜM 5: BULGULAR

Bu bölümde deneysel uygulamada için deney gruplarının oluşturulma süreci ve deneysel uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna ek olarak araştırma sürecine katılan toplam gönüllü bireylerin demografik özelliklerine göre depresyon düzeyleri incelenmiştir.

5.1. Deneysel Uygulama İçin Grupların Oluşturulması

Araştırma sürecinin başlangıcında deney gruplarını belirlemek amacıyla 235 kişilik örneklem grubuna depresyon düzeyini ölçmek amacıyla ön test uygulanmıştır. Sonrasında ön test bulguları incelenerek örneklemdeki bireylerin gönüllü katılımları da esas alınarak iki deney grubu oluşturulmuştur. Deney grubuna katılan bireyler kendi tercihlerine göre terapi gruplarına katılmışlardır. Deney gruplarından birincisine Çözüm Odaklı Terapi uygulaması yapılmıştır. Deney gruplarından ikincisine Bilişsel Davranışçı Terapi uygulaması yapılmıştır. Her iki deney grubu 15 katılımcıdan oluşturulmuştur. Ancak 6 katılımcı (2 ÇOT ve 4 BDT) özel sebepler ile terapi uygulamasına devam etmemişlerdir. Deneysel çalışmalarda deney gruplarının birbirine denk oluşturulması deneysel çalışmaların güvenilirliği için önemlidir. Bu sebeple her iki deney grubunun birbirine denk olarak oluşturulma durumunu tespit etmek amacıyla parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Test sonucu Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1
Çalışma Grupları İçin Ön Test Sonuçlarının Karşılaştırılması

Ön Test	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	U	p
Depresyon	ÇOT	13	13.77	179.00	55.00	0,361
	BDT	11	11.00	121.00		

ÇOT = Çözüm Odaklı Terapi, BDT = Bilişsel Davranışçı Terapi

Tablo 1’deki bulgulara göre Çözüm Odaklı Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi temelli oluşturulan terapi gruplarının depresyon puanları arasında anlamlı fark olmadığı tespit

edilmiştir (U = 55.00, p>0.05). Bu bulgular deneysel grupların depresyon düzeyi açısından denk olduğuna işaret etmektedir.

Oluşturulan terapi gruplarının demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2
Çalışma Gruplarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	Deney Grubu	Grup	N	%
Cinsiyet	ÇOT	Kadın	13	100
		Erkek	0	0
	BDT	Kadın	10	90.9
		Erkek	1	9.1
Eğitim Durumu	ÇOT	İlkokul	1	7.7
		Ortaokul	0	0
		Lise	2	15.4
		Lisans	8	61.5
		Yüksek Lisans	2	15.4
		Doktora	0	0
	BDT	İlkokul	1	9.1
		Ortaokul	0	0
		Lise	1	9.1
		Lisans	9	81.8
		Yüksek Lisans	0	0
		Doktora	0	0
ÇOT	Çalışmıyor	8	61.5	

Çalışma Durumu		Çalışıyor	5	38.5
	BDT	Çalışmıyor	6	54.5
		Çalışıyor	5	45.5
Sosyo Ekonomik Düzey	ÇOT	Düşük	5	38.5
		Orta	8	61.5
		Yüksek	0	0
	BDT	Düşük	3	27.3
		Orta	8	72.7
		Yüksek	0	0
Medeni Durum	ÇOT	Evli	1	7.7
		Bekar	11	84.6
		Boşanmış	1	7.7
		Dul	0	0
	BDT	Evli	3	27.3
		Bekar	8	72.7
		Boşanmış	0	0
		Dul	0	0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	ÇOT	Yok	11	84.6
		Var	2	15.4
	BDT	Yok	9	81.8
		Var	2	18.2

Bakmakla	ÇOT	Yok	12	92.3
Yükümlü		Var	1	7.7
Olduğu				
Birisinin Olma				
Durumu	BDT	Yok	10	90.9
		Var	1	9.1
	ÇOT	Yok	9	69.2
Kronik Hastalık		Var	4	30.8
Yaşama				
Durumu	BDT	Yok	10	90.9
		Var	1	9.1
	ÇOT	Kullanmıyor	11	84.6
İlaç Kullanma		Kullanıyor	2	15.4
Durumu	BDT	Kullanmıyor	8	72.7
		Kullanıyor	3	27.3
Daha Önce	ÇOT	Almadı	5	38.5
Psikolojik		Aldı	8	61.5
Destek Alma				
Durumu	BDT	Almadı	7	63.6
		Aldı	4	36.4

ÇOT = Çözüm Odaklı Terapi, BDT = Bilişsel Davranışçı Terapi

Tablo 2'deki bulgulara göre Çözüm Odaklı Terapi grubu cinsiyete göre 13 kadın; eğitim durumuna göre 1 ilkokul, 2 lise, 8 lisans, 2 yüksek lisans mezunu; çalışma durumuna göre 8 çalışmayan, 5 çalışan; sosyo ekonomik duruma göre 5 düşük ve 8 orta düzey; medeni duruma göre 1 evli, 11 bekar ve 1 boşanmış; çocuk sahibi olma durumuna göre 11 çocuksuz, 2 çocuklu; çocuk dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumuna göre 12

bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, 1 bakmakla yükümlü kişisi olan; kronik hastalık yaşama durumuna göre 9 kronik hastalığı olmayan, 4 kronik hastalığı olan; sürekli ilaç kullanma durumuna göre 11 sürekli ilaç kullanmayan, 2 sürekli ilaç kullanan; daha önce psikolojik destek alma durumuna göre 5 psikolojik destek alan ve 8 psikolojik destek almayan bireyden oluşmaktadır. Buna ek olarak Bilişsel Davranışçı Terapi grubu cinsiyete göre 10 kadın, 1 erkek; eğitim durumuna göre 1 ilkokul, 1 lise, 9 lisans mezunu; çalışma durumuna göre 6 çalışmayan, 5 çalışan; sosyo ekonomik duruma göre 3 düşük ve 8 orta düzey; medeni duruma göre 3 evli ve 8 bekar; çocuk sahibi olma durumuna göre 9 çocuksuz, 2 çocuklu; çocuk dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumuna göre 10 bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, 1 bakmakla yükümlü kişisi olan; kronik hastalık yaşama durumuna göre 10 kronik hastalığı olmayan, 1 kronik hastalığı olan; sürekli ilaç kullanma durumuna göre 8 sürekli ilaç kullanmayan, 3 sürekli ilaç kullanan; daha önce psikolojik destek alma durumuna göre 7 psikolojik destek alan ve 4 psikolojik destek almayan bireyden oluşmaktadır.

5.2. Çözüm Odaklı Terapi ile Bilişsel Davranışçı Terapinin Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması

Deneyssel çalışmaya katılan bireylerin terapi uygulamasından sonra terapilerin depresyon düzeyi üzerindeki etkililiğinin farklılaşmasını tespit etmek amacıyla parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Mann Whitney U test sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3

Çalışma Grupları İçin Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması

Son Test	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	U	p
Depresyon	ÇOT	13	7.88	102.50	11.50	0.000*
	BDT	11	17.95	197.50		

ÇOT = Çözüm Odaklı Terapi, BDT = Bilişsel Davranışçı Terapi, * = $p < 0.05$

Tablo 3'deki bulgulara göre Çözüm Odaklı Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi gruplarının son test puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($U = 11.50$, $p < 0.05$). Elde edilen bulgular incelendiğinde Çözüm Odaklı Terapi programının (Sıra Ort. = 7.88) bireylerin depresyon düzeyini düşürmede Bilişsel Davranışçı Terapi programına (Sıra Ort. = 17.95) göre daha etkili sonuçlar verdiğine işaret etmektedir.

5.3. ÇOT ve BDT Uygulanan Bireylerin Ön-Test ve Son-Test Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

Deney gruplarının ön test ve son test bulgularının farklılaşmasını incelemek amacı ile Wilcoxon İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4
Çalışma Grupları İçin Ön Test ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

	Deney Grubu	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	Z	P
ÇOT	Negatif	13	7.00	91.00	-3.182	0.001*
	Pozitif	0	0	0		
	Nötr	0	0	0		
BDT	Negatif	10	6.50	65.00	-2.851	0.004*
	Pozitif	1	1	1.00		
	Nötr	0	0	0		

ÇOT = Çözüm Odaklı Terapi, BDT = Bilişsel Davranışçı Terapi, * = $p < 0.05$

Tablo 4'deki bulgulara göre Çözüm Odaklı Terapi uygulaması ön test ve son test süreci arasında uygulanan deneysel program ile 13 grup üyesi için depresyon düzeyinde azaltıcı bir etki yaptığı söylenilebilir ($Z = -3.182$, $p < 0.05$). Ancak Bilişsel Davranışçı Terapi uygulaması ön test ve son test süreci arasında uygulanan deneysel program ile 10 grup

üyesi için depresyon düzeyinde azaltıcı bir etki yaparken 1 grup üyesi için arttırıcı etki yaptığı söylenilebilir ($Z = -2.851$, $p < 0.05$).

5.4. Toplam Gönüllü Bireylerinin Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımı

Toplam gönüllü bireylerin demografik özelliklerine ait değerler Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5

Toplam Gönüllü Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N = 235)

Özellik	Grup	N	%
Cinsiyet	Kadın	156	66.4
	Erkek	79	33.6
Eğitim Durumu	İlkokul	10	4.3
	Ortaokul	12	5.1
	Lise	34	14.5
	Lisans	145	61.7
	Yüksek Lisans	31	13.2
	Doktora	3	1.3
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	92	39.1
	Çalışıyor	143	60.9
Sosyo Ekonomik Düzey	Düşük	38	16.2
	Orta	180	76.6
	Yüksek	17	7.2
Medeni Durum	Evli	95	40.4
	Bekar	130	55.3
	Boşanmış	6	2.6
	Dul	4	1.7

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	147	62.6
	Var	88	37.4
Bakmakla Yükümlü Olduğu Birisinin Olma Durumu	Yok	201	85.5
	Var	34	14.5
Kronik Hastalık Yaşama Durumu	Yok	187	79.6
	Var	48	20.4
İlaç Kullanma Durumu	Kullanmıyor	178	75.7
	Kullanıyor	57	24.3
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu	Almadı	156	66.4
	Aldı	79	33.6

Tablo 5’deki bulgulara göre araştırmaya katılan bireylerin %66.4’ü kadın ve %33.6’sı ise erkektir. Örneklemdeki bireylerin eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde %4.3’ü ilkokul, %5.1’i ortaokul, %14.5’i lise, %61.7’si lisans, %13.2’si yüksek lisans ve %1.3’ü yüksek lisans mezunudur. Örneklemdeki bireylerin %39.1’i bir iş yerinde çalışmazken %60.9’u bir iş yerinde çalışmaktadır. Örneklemdeki bireylerin %16.2’si düşük, %76.6’sı orta ve %7.2’si yüksek sosyo ekonomik düzeydedir. Örneklemdeki bireylerin %40.4’ü evli, %55.3’ü bekar, %2.6’sı boşanmış ve %1.7’si ise duludur. Örneklemdeki bireylerin %62.6’sı çocuk sahibi değilken %37.4’ü çocuk sahibidir. Örneklemdeki bireylerin %85.5’inin çocukları haricinde bakmakla yükümlü olduğu birisi yokken %14.5’inin ise çocukları haricinde bakmakla yükümlü olduğu birisi vardır. Örneklemdeki bireylerin %75.7’si sürekli ilaç kullanmazken %24.3’ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Son olarak örneklemdeki bireylerin %66.4’ü daha önce psikolojik destek almamışken %33.6’sı daha önce psikolojik destek almıştır.

5.5. Toplam Gönüllü Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Depresyon Puanlarının Farklılaşması

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6
Toplam Gönüllü Bireyler İçin Depresyon Toplam Puanlarının Betimsel İstatistikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Depresyon	28.37	10.34	1.51	3.46

Tablo 6'daki bulgulara göre toplam gönüllü bireyler için depresyon toplam puanların çarpıklık ve basıklık katsayısının -1 ve +1 aralığı dışında olduğu tespit edilmiştir. Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü (2016) çarpıklık ve basıklık katsayısı +, - 1 aralığında olan değişkenlerin normal dağılıma uygun olarak kabul edilebileceğini belirtmektedir. Bu sebeple toplam gönüllü bireyler için depresyon toplam puanlarının karşılaştırma sürecinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının cinsiyete, çalışma durumuna, çocuk sahibi olma durumuna, çocuk haricinde bakmakla yükümlü olduğu bireyin olma durumuna, kronik hastalık yaşama durumuna, ilaç kullanma durumuna ve daha önce psikolojik destek alıp alma durumuna göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla Mann Whitney U test kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7
Toplam Gönüllü Bireylerin Depresyon Toplam Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması

Özellik	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Toplam	U	p
Cinsiyet	Kadın	156	129.71	20234.0	4336.0	0.000*
	Erkek	79	94.89	7496.0		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	92	127.83	11760.0	5674.0	0.075
	Çalışıyor	143	111.68	15970.0		

Çocuk Sahibi	Yok	147	124.63	18321.0	5493.0	0.053
Olma Durumu	Var	88	106.92	9409.0		
Bakmakla	Yok	201	118.33	23784.0	3351.0	0.857
Yükümlü Olma Durumu	Var	34	116.06	3946.0		
Kronik Hastalık Yaşama Durumu	Yok	187	116.93	21865.5	4287.5	0.633
	Var	48	122.18	5864.5		
İlaç Kullanma Durumu	Yok	178	114.46	20373.5	4442.5	0.158
	Var	57	129.06	7356.5		
Daha Önce Psikolojik Destek Alam Durumu	Yok	156	102.51	15992.0	3746.0	0.000*
	Var	79	148.58	11738.0		

ÇOT = Çözüm Odaklı Terapi, BDT = Bilişsel Davranışçı Terapi, * = $p < 0.05$

Tablo 7'deki bulgulara göre toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir ($U = 4336.0$, $p < 0.05$). Elde edilen bulgular kadınların erkeklere göre daha yüksek depresyon yaşadığına işaret etmektedir.

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($U = 5674.0$, $p > 0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($U = 5493.0$, $p > 0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının çocuk dışında bakmakla yükümlü olduğu bireylerin olması durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($U = 3351.0$, $p > 0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının kronik hastalık yaşama durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($U = 4287.5$, $p > 0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($U = 4442.5$, $p > 0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının daha önce psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir ($U = 3746.0$, $p < 0.05$). Elde edilen bulgular daha önce psikolojik destek alan bireylerin depresyon düzeylerinin almayanlara göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının eğitim durumuna, sosyo ekonomik düzeye ve medeni duruma göre farklılaşmasını tespit etmek amacıyla Kruskal Wallis- H Testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8
Toplam Gönüllü Bireylerin Depresyon Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması

	Grup	N	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
Eğitim Durumu	A	10	150.00	5	8.275	0.142
	B	12	85.83			
	C	34	125.13			
	D	145	118.76			
	E	31	115.23			
	F	3	51.00			
Medeni Durum	Evli	95	107.74	2	3.022	0.221
	Bekar	130	122.68			
	Boşanmış	6	102.00			
	Dul	4	103.54			
Sosyo Ekonomik Düzey	Düşük	38	145.51	2	9.029	0.011*
	Orta	180	110.82			
	Yüksek	17	132.56			

A = İlkokul, B = Ortaokul, C = Lise, D = Lisans, E = Yüksek Lisans, D = Doktora, $p < 0.05$

Tablo 8'deki bulgulara göre toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($X^2 = 8.275$, $p>0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir ($X^2 = 3.022$, $p>0.05$).

Toplam gönüllü bireylerin depresyon toplam puanlarının sosyo ekonomik düzeye göre anlamlı farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2 = 9.029$, $p<0.05$). Yapılan Mann Whitney U çoklu karşılaştırma testi sonucunda Bonferroni düzeltmesi yapılarak 0.016 anlamlılık düzeyinde düşük ve orta gelir düzeyindeki bireyler arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($U = 2449.5$, $p<0.05$). Elde edilen sonuçlar düşük sosyo ekonomik düzeydeki bireylerin depresyon düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Toplam gönüllü bireylerin yaşları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla Spearman Brown Sıra Fakları Korelasyon analizi (r_s) kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9

Toplam Gönüllü Bireylerin Yaş ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki

	Depresyon	Yaş
Depresyon	1	
Yaş	-0.182*	1

* = $p<0.05$

Tablo 9'daki bulgulara göre yaş ile depresyon arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r_s = -0.182$, $p<0.05$)

TARTIŞMA

Araştırma kapsamında istatistiksel olarak ulaşılan anlamlı ve anlamsız sonuçların tartışması bu bölümde tartışılmıştır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre depresyon algısının demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmaması ele alınmıştır ve uygulanan terapi yöntemlerinden hangisinin daha başarılı olduğu tartışılmıştır. Bu araştırmaya göre temel hipotezler aşağıdadır:

H1: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapi (ÇOT) BDT'den daha etkilidir.

H2: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.

H3: Kısa süreli psikoterapi olarak BDT'nin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.

H4: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin BDT'ye göre Beck Depresyon ölçeğini azaltıcı etkisi daha yüksektir.

“Uygulanan Terapi Yöntemlerinden Hangisi Daha Başarılıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda gönüllü bireylere uygulanan terapi yöntemlerinin başarısı incelendiğinde her iki terapi yöntemindeki son-test verilerine bakıldığında ön-test verilerine göre depresyon skorlarının azaldığı gözlenmiştir. Bu sonuçla “H2: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.” ve “H3: Kısa süreli psikoterapi olarak BDT'nin depresyon skorları üzerinde azaltıcı bir etkisi vardır.” şeklindeki H2 ve H3 hipotezleri doğrulanmıştır. Ancak BDT uygulaması gönüllü bireylerden 10 grup üyesi için depresyon skorlarını azaltıcı etki yaparken 1 grup üyesi için arttırıcı etki yaptığı gözlenmiştir. Bu durumun BDT yönteminde seanslarda sürekli sorunların konuşulmasından dolayı bazı danışanlarda olumsuz yönde etki edebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen diğer bulgular Çözüm Odaklı Terapi yönteminin bireylerin depresyon düzeyini düşürmede BDT'ye göre daha etkili olduğunu işaret etmektedir.

Araştırmanın diğer bulguları incelendiğinde ÇOT uygulaması yapılan terapi grubunun depresyon düzeyi BDT uygulaması yapılan gruba göre anlamlı şekilde düşüş göstermiştir. Araştırma tüm bulguları bir arada değerlendirildiğinde ÇOT ve BDT uygulamalarının katılımcıların depresyon düzeyinde anlamlı düşüşe sebep olduğu ancak ÇOT uygulamasının depresyon düzeyindeki düşüşün BDT grubundaki düşüşten daha yüksek olduğu söylenilebilir. Bu sonuçla *“H1: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapi (ÇOT) BDT’den daha etkilidir.”* ve *“H4: Kısa süreli psikoterapi olarak Çözüm Odaklı Terapinin BDT’ye göre Beck Depresyon ölçeğini azaltıcı etkisi daha yüksektir.”* şeklindeki H1 ve H4 hipotezleri doğrulanmıştır. ÇOT’ de danışanlara sorulan sorular çözümleri ortaya çıkaran, çözümlere ulaşılmasını sağlayan ve aynı zamanda geleceğe yöneliktir. Çözümü tanımlamak ve detaylı şekilde anlatmak çözüme ulaşmanın en etkili ve güçlü yönüdür. ÇOT kısa sürede tamamlanan ve çözümlerin konuşulduğu bir terapi yöntemidir (Durrant, 1995:15-26). Bu nedenle çözüm odaklı terapi yönteminin BDT’ ye göre daha etkili bulunduğu düşünülmektedir. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında birçok çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Grant, Curtayne ve Burton (2009) sağlık kurumunda çalışan bireylere ÇOT yöntemi uygulamışlardır. Araştırmacılar uygulama sonucunda bireylerin depresyon ve stres skorlarında düşüş olduğu sonucuna varmışlardır. Bir diğer çalışmada ise Grant (2003) katılımcılara uyguladığı ÇOT ve BDT yönteminin katılımcılarda psikolojik iyi oluşunda olumlu etkisi olduğu sonucunu elde etmiştir. Green ve ark. (2006) ise ÇOT yöntemi uyguladığı katılımcılarda yüksek düzeyde hedefe ulaşma, olumlu duygulanım ve umut gözlemlemişlerdir. Bu tez çalışmasında da gönüllü bireylerinin hedeflerini belirlemeleri ve kendilerinde var olan kaynakların farkına varmaları, problemten çok çözüme odaklanmalarını sağlamak depresyon skorları üzerinde olumlu yönde sonuç elde edilmesine neden olmuştur. Literatürde bulunan bir diğer çalışmada ise Knekt ve ark. (2012) katılımcılara ÇOKST yöntemi uygulamışlardır. Araştırmacılar yaptıkları çalışma sonucunda duygudurum bozukluğu olan katılımcıların semptomlarında daha hızlı bir iyileşme olduğunu belirlemişlerdir.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Çalışma Durumu Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin çalışma durumuna göre depresyon skorları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatüre ve benzeri araştırmalara bakıldığında, elde edilen bulguyla ilgili farklı yönde bulguların olduğu görülmüştür. Örneğin, Kıcıır (2017:1369), eğitimli genç yetişkinlerin işsizliklerinin depresyon ile olumsuz anlamda farklılaştığını bildirmişlerdir. Yüksel (2005: 262) tarafından yapılan bir araştırmada ise işsizliğin bireylerin yaşam kalitesini ve duygudurumlarını olumsuz etkilediğini gözlemlemiştir. Çizel, Güzeller ve Mütevellioğlu (2011: 32) tarafından yapılan bir araştırmada Antalya'daki işsizliğin bireyler üzerindeki psikolojik etkileri araştırılmış ve bu araştırma sonucunda ise işsizliğin depresyonun birincil olumsuz faktörü olduğunu bildirmişlerdir.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Çocuğa Sahip Olma Durumu Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin çocuğa sahip olma durumuna göre depresyon skorları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında bu çalışma ile elde edilen sonuçların diğer çalışmalarla çeliştiği gözlenmiştir. Ancak literatürde genellikle bir çocuğa sahip olmanın yanında daha spesifik olarak bir bozukluk veya hastalığa sahip olan çocukların ebeveynleri üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Bu sebeple literatürdeki araştırmalar incelendiğinde engelli çocuğa veya otizm spektrum bozukluğuna sahip ebeveynlerin depresyon algılarının normal çocuğa sahip ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Besey ve Aydın, 2020; Özcanarslan, Karataş ve Aydın, 2014; Görgü, 2005: 305).

“Toplam Gönüllü Bireylerin Kronik Rahatsızlığa Sahip Olma Durumu Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin kronik rahatsızlığa sahip olma durumuna göre depresyon skorları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatüre ve benzeri araştırmalara bakıldığında, bu çalışmadan elde edilen bulguyla ilgili farklı yönde bulguların olduğu görülmüştür. Örneğin, Kabalcı, Bolat, Kültür ve Gültekin (2018:7) tarafından yapılan bir araştırmada, kronik rahatsızlığa sahip bireylerin herhangi bir bozukluk belirtisine karşı hipokondriyak

tepkiler gösterdiği ve bu sebeple iç organsal deneyimin artması sonucunda bireylerin vücutlarında hastalıkları daha kolay gözlemlemeye çalışması sebebiyle depresyon algısı ile arasında anlamlı bir ilişkiye sebep olduğu gözlenmiştir. Altuntaş (2015: 1) tarafından yapılan bir çalışmada ise böbrek nakli bekleme listesinde bulunan bireylerin depresyon algısının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Çocuk Dışında Bakmakla Yükümlü Olunan Bireye Sahip Olma Durumu Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin çocuk dışında bakmakla yükümlü olunan bireye sahip olma durumuna göre depresyon skorları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatüre ve benzeri araştırmalara bakıldığında, bu çalışmadan elde edilen bulgularla çelişen bulguların olduğu görülmüştür. Örneğin, Bektaş ve Akdemir (2006: 490) tarafından yapılan bir araştırmada, kanserli bireylere bakım veren bireylerin depresyon skorlarının istatistiksel olarak olumsuz yönde farklılaştığı gözlenmiştir.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Sosyo Ekonomik Düzeyi Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin sosyo ekonomik düzeyi yönünden depresyon algısı arasında anlamlı farklılaşma olduğu elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar düşük sosyo ekonomik düzeydeki bireylerin depresyon düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Konuyla ilgili literatüre ve benzeri araştırmalara bakıldığında, bu çalışmadan elde edilen bulgulardan benzer bulguların olduğu görülmüştür. Deniz, Yorgancı ve Özyeşil (2009: 698) tarafından yapılan araştırmada özgül öğrenme güçlüğüne sahip çocukların ailelerinin gelir düzeyi azaldıkça depresyon ölçeğinden aldıkları skorların arttığı sonucuna varılmıştır. Erözkan (2004: 13) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, gelir düzeyinin az olması ile depresyonun artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada ise Köktuna (2007: 106) katılımcılara uyguladığı ÇOT yöntemi sonucunda sosyo ekonomik düzeyi düşük olan katılımcılarda etkili sonuçlar elde edildiğini bildirmiştir. Bu tez çalışmasını

destekleyen çalışmalara bakıldığında da bu sonuçların elde edilmesinin nedeni gelir düzeylerinin az olması sonucunda negatif yaşam olaylarının daha fazla yaşanılması bireylerin depresyona girme olasılıklarını arttırması olarak düşünülmektedir.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Medeni Durumu Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin medeni durumu yönünden depresyon skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatüre ve benzeri araştırmalara bakıldığında, bu çalışmadan elde edilen bulgulara benzer ve farklı yönde bulguların olduğu görülmüştür. Çivi, Kutlu ve Çelik (2011:248) tarafından yapılan araştırmada, kanser hastalara yakınlarının medeni durumlarına göre depresyon algısının istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmadığı gözlemlenmiştir. Sağlık ocağına başvuran ve kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin medeni durumlarının depresyon algısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı gözlemlenmiştir. Ayrıca bu araştırma medeni durum ve kronik rahatsızlık demografik bilgileri için çaprazlama ve spesifik bir araştırmanın çalışıldığını göstermektedir (Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yıldırım ve Uslu, 2010: 209-216).

“Toplam Gönüllü Bireylerin Cinsiyet Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde Farklılaşma Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin cinsiyet yönünden depresyon skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Elde edilen bulgular kadınların erkeklere göre daha yüksek depresyon yaşadığını göstermektedir. Yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde benzer birçok çalışmaya rastlanmıştır. Bakır (2017) sivil toplum kuruluşlarında çalışan gönüllü bireylerle ilgili yaptıkları çalışmada bireylerin cinsiyet ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucunu bildirmiştir. Bu tez çalışmasını destekleyen bir diğer çalışma ise Ceylan (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yaptıkları çalışmada birey olarak sörf yapan kişiler seçilmiştir ve çalışma sonucu bireylerin cinsiyet ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucunu elde etmiştir. Literatür çalışmaları incelendiğinde bu tez çalışmasında

elde edilen sonucu desteklemeyen çalışmalarında var olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan birisi Korkmaz (2014) tarafından lise öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmadır. Yapılan çalışma sonucu araştırmacı tarafından lise öğrencilerinin depresyon düzeyleri ile cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmadığı bildirilmiştir.

“Toplam Gönüllü Bireylerin Eğitim Durumu ve Yaş Yönünden Depresyon Algısı Arasında Anlamlı Düzeyde İlişki Var Mıdır?” Sorusuna İlişkin Bulguların Tartışılması ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda toplam gönüllü bireylerinin eğitim durumu yönünden depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulguları destekleyen araştırmalara bakıldığında, Bingöl ve Havva (2007: 1-6) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, postpartum dönemde bulunan kadınların eğitim durumlarının depresyon algısı üzerinde azaltıcı bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Kayahan (2005:52)’a göre, eğitim durumu düşük olan bireylerin depresyon algılarının anlamlı düzeyde farklılaştığı bildirilmiştir. Diğer bir değişken olan yaş ile depresyon arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu elde edilmiştir. Yani yaş arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı bu tez çalışmasında elde edilmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında bu tez çalışmasındaki sonuçların tam tersi sonuçların elde edildiği çalışmaların olduğu görülmüştür. Kocataş, Güler ve Güler (2004:11-18) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça depresyon algısının artış gösterdiği sonucuna varmışlardır. Bir diğer çalışmada ise Bakır (2017) sivil toplum kuruluşlarında çalışan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada bireylerin depresyon düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamamıştır. Bu tez çalışmasındaki sonuçlara benzer sonuçların çıkmama nedeninin örneklem grubunun benzerlik göstermemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Dişçigil, Gemalmaz, Başak, Gürel ve Tekin (2005:129-133) tarafından yapılan araştırmada ise, geriatrik (geç yetişkinlik dönemde) dönemde bulunan bireylerin depresyona yakalanma düzeylerinin diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonucundan elde edilen bulgulara ilişkin sonuçlara ve elde edilen bulgular doğrultusunda önerilere yer verilmiştir.

Bu araştırmada Çözüm Odaklı Terapi yöntemi ile BDT yöntemine göre daha kısa sürede daha etkili sonuçlar alınmıştır.

Günümüzde depresyonun gitgide artan bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir. Bu açıdan dış faktörlerin depresyon algısına etkisinin ve uygulanan terapi yöntemlerinin başarısının araştırılması önem arz etmektedir. Yerli literatür incelendiğinde depresyon algısına etki eden faktörlere dair pek çok araştırmanın yapıldığı görülse de BDT ve Çözüm Odaklı terapinin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmadığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle iki terapinin uygulanıp etki düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların artırılması önem arz etmektedir.

Bu araştırma, ülkemizdeki gönüllü bireylerin depresyon düzeylerinin ve seanslarda uygulanacak terapi yönteminin anlaşılmasında, bu alanda alınması gereken tedbirlerin belirlenmesinde ve depresyon ile ilgili farkındalığın artırılmasında yararlı olacağı düşünülmek için yapılmıştır. Bu konuyla ilgili araştırmanın sonuçlarının tekrarlanabilirliğinin test edilebilmesi için yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç duyulacaktır. Gelecekteki çalışmalarda, daha fazla katılımcı ile benzer yaş aralıklarında bireylerle çalışmanın karşılaştırmalı olarak tekrarlanması uygun olacaktır. Ayrıca, ileriki çalışmada depresyon düzeylerini etkileyebilecek kişilik özellikleri, baş etme tutumları, terapiye direnci etkileyecek faktörlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Alataş, G., E. Kurt, E. Tüzün, V. Bilgiç ve H. Turan. (2007). Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünen Adam Dergisi*, 20(4), 196-205.
- Albano, A. M. ve P. C. Kendall. (2002). Cognitive Behavioral Therapy For Children And Adolescents With Anxiety Disorders: Clinical Research Advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Albayrak, E.Ö. ve M.E. Ceylan. (2004). Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam Dergisi*. 17(1), 24-33.
- Altıntaş, K., E.T. Oral ve S. Vahip. (2005). İki Uçlu Depresyon ve Tedavisi. *Düşünen Adam Yayınları*, 18(1), 48-54.
- Altın, G.E. (2012). Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Psikoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 188-203.
- Altıntaş, E. (2015). *Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- APA, (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Arlington, American Psychiatric Association
- Association, A.P., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. 2013: Amer Psychiatric Pub Incorporated)
- Bahar, A. ve H.S.Taşdemir. (2008). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Bakır, E. (2017). *Riskli Gruplarla Çalışma Yürüten Sivil Toplum Kuruluşu Gönüllülerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Başoğlu, C. ve K. Buldukoğlu. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy And The Emotional Disorders. *International Universities Press. Clin. Psychol.Psychother.*, 15, 96-112.

- Beck, A.T. (1987). Cognitive Models Of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5–37.
- Beck, J. (2001). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi*, (N. H. Şahin, Çev.). Basım Yeri: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:22.
- Beck, J.S. (2001). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. Basım Yeri: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Beck, J.S. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi*. Basım Yeri: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bektaş, H. A. ve N. Akdemir. (2006). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26, 488-499.
- Bengisoy, A., M.B. Özdemir, F. Erkıvanç, S. Şahin ve T.Ç. İskifoğlu. (2019)). Bilişsel Davranışçı Terapi Kullanılarak Yapılan Araştırma Makalelerinin İçerik Analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9(54), 745-93.
- Besey, Ö.R.E.N. ve R. Aydın. (2020). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Veren Yükü ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 302-309.
- Bingöl, T. Y. ve T.E.L. Havva. (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 1-6.
- Bond, M. (2006). Psychodynamic Psychotherapy İn The Treatment Of Mood Disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 40-43.
- Bulut, S.S. (2010). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Sınav Kaygıları, Saldırganlık Eğilimleri ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizliklerin Sağaltımında Grupla Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Etkileri. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(2).

Burke, L. (2003). The İmpact Of Maternal Depression On Familial Relationships. *Int Rev Psychiatry*, 15, 243–255.

Butler, A.C., J.E. Chapman, E.M. Forman ve A.T. Beck. (2006). The Empirical Status Of Cognitive Behavioral Therapy: A Review Of Meta-Analyses. *Clin Psychol Rev*, 26, 17-31. Büyüköztürk, Ş. (2018). Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş., E.K. Çakmak, Ö.E. Akgün, Ş. Karadeniz ve F. Demirel. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş., Ö. Çokluk ve N. Köklü. (2016). *Sosyal bilimler için istatistik* (18. baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Cox, G.R., P. Callahan, R. Churchill, V. Hunot, S.N. Merry, A.G. Parker ve S.E. Hetrick. (2014). Do Cyberbullies Suffer too? Cyberbullies' Perceptions of the Harm They Cause to Others and to Their Own Mental Health. *School Psychology International*, 34(6), 613–629.

Ceylan, O. (2001). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Duygudurum Bozuklukları*, 4(1), 109-112.

Ceylan, M. (2009). *Rekreasyonel Uçurtma Sörfü ve Rüzgâr Sörfü Yapan Bireylerin Atılganlık, Tükenmişlik, Depresyon, Öfke, Sosyotropi ve Otonomi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Muğla: Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Close, R.E. (2000). Logotherapy And Adultmajor Depression: Psychotheological Dimensions İn Diagnosing The Disorder. *J Relig Gerontol*, 11, 119–140.

Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. (Çev. T. Ergene). Basım Yeri: Mentis Yayıncılık, Ankara.

Corsını R.J. ve D. Wedding. (2012). *Modern Psikoterapiler* (E. Güzelyazıcı, S. Darcan Çiftçi, M. Türkoğlu Çev.). Basım Yeri: Kaknüs Yayınları, İstanbul.

Cox, G.R., P. Callahan, R. Churchill, V. Hunot, S.N. Merry, A.G. Parker ve S.E. Hetrick. (2014). Psychological Therapies Versus Antidepressant Medication, Alone and in Combination for Depression in Children And Adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-14.

Crumbaugh, J.C. ve L.T. Maholick. (1964). An Experimental-Study İn Existentialism—The Psychometric Approach To Frankl’s Concept Of Noogenic Neurosis. *J Clin Psychol*, 20, 200–207.

Cuijpers, P., F. Smit, E. Bohlmeijer, S.D. Hollon ve G. Andersson. (2010). Efficacy Of Cognitive–Behavioural Therapy And Other Psychological Treatments For Adult Depression: Meta-Analytic Study Of Publication Bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173-178.

Çandıroğlu, S. (2019). *Materyalizm ve Depresyon Eğiliminin Alışveriş Bağımlılığı Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Çankırı: Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çatak, P.D. ve K. Ögel. (2010). Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 69-73.

Çivi, S., Kutlu, R. ve H. H.Çelik. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4).

Çizel, R.B., C.O. Güzeller ve N. Mütevellioğlu. (2011). İşsizliğin Psikolojik Sonuçları: Antalya Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 2(1), 26-41.

Dalmaz, E. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Siber Zorbalık/ Mağduriyet, Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Basım Yeri: New York, U.S. WW Norton.

Delgado, P.L. ve F.A. Morena. (1999). Role of Norepinephrine in Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 5.

Demiralp, M. ve F. Oflaz. (2007). Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-140.

Deniz, M.E., Z. Yorgancı ve Z. Özyeşil. (2009). Öğrenme Güçlüğü Görülen Çocukların Sürekli Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *İlköğretim Online*, 8(3), 694-708.

Diamond, G.S., B.F. Reis, G.M. Diamond, L. Siqueland ve L. Isaacs. (2002). Attachment-Based Family Therapy For Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 1190-1196.

Dilbaz, N. ve G. Seher. (2010). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.

Dişçigil, G., A. Gemalmaz, O. Başak, F.S. Gürel ve N. Tekin. (2005). Birinci Basamakta Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(3), 129-133.

Doğan, S. (1999). Çözüm-Odaklı Kısa Süreli Terapi: Kuramsal Bir İnceleme. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2(12), 28-38 .

Dölek, N. ve F. Kurter.(2005). Çözüm Odaklı Kısa Danışmanlık Yaklaşımı, Seminer Notlar, Bahçeşehir Üniversitesi Kariyer Merkezi, İstanbul.

Druss, B.G., M. Schlesinger. Ve H.M. Allen Jr. (2001). Depressive Symptoms, Satisfaction With Health Care, And 2-Year Work Outcomes In An Employed Population. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 731-734.

Durrant, M. (1995). *Creative Strategies For School Problems: Solutions For Psychologists And Teachers*. Basım Yeri: New Yorg. W. W. Norton & Company Ing.

Erözkan, A. (2004). Lise Öğrencilerinin Sosyal Karşılaştırma ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 1-18.

Eskin, M. (2007). İntiharda Bilişsel Davsanışçı Sağaltım Yaklaşımları. *Kriz Dergisi*, 15(2), 15-35.

Ettman, C.K., S.F. Koya, A. Fan, G. Robbins, J. Shain, Y. Cozier ve S. Galea. (2022). More, Less, Or The Same: A Scoping Review Of Studies That Compare Depression Between Black And White US Adult Populations. *SSM-Mental Health*, 2, 1-11.

Feyissa, A.M., A. Chandran, C.A. Stockmeier ve B. Karolewicz. (2009).Reduced Levels of NR2A and NR2B Subunits of NMDA Receptor and PSD-95 in the Pre Frontal Cortex in Major Depression. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(1), 70-75.

Frank, E., D.J. Kupfer, J.M. Perel, C. Cornes, D.B. Jarret ve A.G. Mallinger. (1990). Three-Year Outcomes For Maintenance Therapies İn Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 1093–1099.

George, E., C. Iveson ve H. Ratner. (2003). *Solution Focused Brief Therapy, Course Notes, Brief Therapy Practice*. London.

Görgü, E. (2005). 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Göveç, N. (2014). *Psikodrama ve Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi ile Grup Çalışmasının Sınav Kaygısı Yaşayan Öğrencilerin Kaygıları Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Greenberg M.T. (1999). Attachment and psychopatology in childhood, Cassidy, J. ve Shaver, P.R. içinde, *Handbook of Attachment'da*, (s. 469- 496) New York: Guilford Publ.

Greenberg, P.E., R.C. Kessler, H.G. Birnbaum ,S.A. Leong, S.W. Lowe ve P.A. Berglund.(2003), The Economic Burden Of Depression İn The United States: How Did It Change Between 1990 And 2000. *J Clin Psychiatry*, 64, 1465–1475.

Gurman, A.S. (2003). In Clinical Handbook of Couple therapy, Gurman, A.S. ve Jacobson, N.S. içinde, *Brief Integrative Marital Therapy*, (s.180) New York: Guilford.

Güneş, M.L., I. Ferah ve E. Çadırcı. (2013). Antidepresan İlaçların Gastrik Ülser Üzerine Etkileri. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(4), 691-699.

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, H. (2008). *Depresyon ve Dindarlık İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Hacıhasanoğlu, P., A. Karakurt ve S. Uslu. (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.

Hamarta, E. (2004). *Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerindeki Bazı Değişkenleri (Benlik Saygısı, Depresyon ve Saplantılı Düşünme) Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi*. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hamilton, M.O. (1982). *Symptoms and Assessment of Depression. Hand Book of Affective Disorders*. BasımYeri: New York.

Helvacı, Ç.F. ve Ç. Hocoğlu. (2016). Major Depresif Bozukluk. Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Türk Dergisi*, 6(1).

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23(7), 3-13.

Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An Art Of Lenses. *Fam Process*, 29, 1-12.

Kabalıcı, M., A. Bolat, T. Kültür ve Y.Gültekin. (2018). Kronik Venöz Yetmezliği Olan Hastalarda, Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(1).

Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program In Behavioral Medicine For Chronic Pain Patients Based On The Practice Of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations And Preliminary Results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4, 33-47.

Kapuc ,  . (2016). * niversite  ğrencilerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İnternet Kullanım Amaçları ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kara, E. (2016). * niversite  ğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bağlanma Stilleri ve Bilinçli Farkındalık ile İlişkisi:  z Kontrolün Aracılık Rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Karamustafaoğlu, O. ve H. Yumrukçal.(2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kayahan, M. (2005). *Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Stresle Başa  ıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Keck, M.E. (2010). What is Depression. *Lundbeck AG, Cherstrasse*, 4(1), 1–12.

Keitner, G.I., R. Archambault ve C.E. Ryan. (2003). Family Therapy And Chronic Depression. *J Clin Psychol*, 59, 873–884.

Kendall, P.C., S.M. Panichelli-Mindel Sugarman ve S.A. Callahan(1997). Exposure To Child Anxiety: Theory, Research And Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 29-39.

Kessler, R.C., P. Berglund ve O. Demler. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.

Kıcır, B. (2017). Eğitimli Genç İşsizliği Üzerinden İşsizlik Kaygısına Bir Bakış. *Çalışma ve Toplum*, 54(3).

Kilinc ve F. Torun. (2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 39–47.

Klerman, G.L., A. Dimascio, M. Weissman, B. Prusoff ve E.S. Paykel. (1984). Interpersonal And Social Rhythm Therapy: Treatment Of Depression By Drugs And Psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 131, 186–191.

Kocataş, S., G. Güler ve N. Güler. (2004). 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 11-18.

Korkmaz, Y. (2014). *Lise Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres ve İnternet Bağımlılığı İlişkisinin Bazı Değişkenlere Göre Yordanması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Korkut, F. (1992). Gestalt Yaklaşımına Dayalı Olarak Yapılan Bireysel Danışmanın Sürekli Kaygı Üzerindeki Etkisi. *H. Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7, 151-152.

Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü Depresyon*. Basım Yeri: Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.

Köknel, Ö. (2000). Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*, 1,5-11.

Köroğlu, E. (2000). *DSMIV-TR Tanı Ölçütleri*. Basım Yeri: Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Köse, H. (2009). *Dağcılar ve Sedanterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Köktuna, Z. (2007). Çözüm Odaklı Kısa Terapi Tekniği Alt Sosyo Ekonomik Seviyedeki Kadınların Geleceğine Umut ile Bakabilme ve Boyun Eğici Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm "Depression Bewältigen" Und Seine Varianten – Eine Aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-262.

Küllü, Z. (2008). Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Kayseri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kürümlüoğlu, R. (2017). Depresyon Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Bilişsel Çarpıtmalar Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Lambert, M.J., J.C. Okiishi, A.E. Finch ve Johnson, L.D. (1998). Outcome Assessment: From Conceptualization to Implementation. *Research and Practise*, 29(1), 63-70.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, 21, 401–419.

Leichsenring, F. ve S.Rabung. (2008). Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *JAMA*, 300, 1551– 1565.

Levinson, D.F. (2006). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.

Lukens, E.P. ve W.R. McFarlane.(2004). Psychoeducation As Evidence-Based Practice: Considerations For Practice, Research, And Policy. *Brief Treat Crisis Interv*, 4, 205–225.

Meydan, B. (2013). Solution-Focused Brief Counseling: A Study on the Effectiveness in Schools. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(39), 120-129.

Miller, S.D. ve I.K. Berg. (1996). *The Miracle Method: A Radically New Approach To Problem Drinking*. Basım Yeri: New York: W.W. Norton& Company.

Mino, Y., S. Shimodera, S. Inoue, H. Fujita, S. Tanaka ve Kanazawa, S. (2001). Expressed Emotion Of Families And The Course Of Mood Disorders: A Cohort Study İn Japan. *J Affect Disord*, 63, 43–49.

Minuchin, S. ve C.H. Fishman.(1981). Family Therapy Techniques. *Cambridge, Harvard University Press*, 38. 41.

Murdock, N.L. (2012). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları*. (Çev. F. Akkoyun). Basım Yeri: Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Nelson, T.S. (2005). *Education And Training In Solution Focused Brief Therapy*,.NewYork: The Haworth Press.

NICE (2009). Depression: Treatment Management of Depression in Adults, including Adults with a Chronic Physical Health Problem. London, National Institute for Clinical Excellence.

Nichols, B.J. ve J.L. Schwartz. (2001). Endocytosis Without Clathrin Coats. *Trends in Cell Biology*, 11(10), 406-412.

Nichols, M.P. ve R.C.Schwartz. (2001). *Family Therapy: Concepts and Methods* . Boston: Allyn&Bacon.

O’Connell, B. ve S. Palmer. (2003). *Handbook Of Solution Focused Therapy*. London: Sage Publications.

O’Hanlon, B., ve S. Beadle (1999). *Guide To Possibility Land, Fifty-One Methods For Doing Brief, Respectful Therapy*. New York: W.W.Norton & Company.

O’Hanlon, B., ve M. Weiner-Davis. (2003). *In Search Of Solutions, A New Direction In Psychotherap*. New York: W.W. Norton & Company.

Otlu, B.M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri ve Aile İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (23), 30-35.

Ögel, K., N. Sarp, D.T. Gürol ve E. Ermağan (2014). Bağımlı Olan ve Olmayan Bireylerde Farkındalık (Mindfulness) ve Farkındalığı Etkileyen Etkenlerin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 282-288.

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

Özakkaş T, (2004). *Bütüncül Psikoterapi (2. Baskı)*. Basım Yeri: Litera Yayıncılık, İstanbul.

Özbay, A. (2017). *Sanal Zorbalığa Maruz Kalan Ergenlerin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi Yönelimli Psikoeğitim Programının Psikolojik Belirtiler ve Sanal Mağduriyet Etkisi*. Yayınlanmış Doktora Tezi. İstanbul: Sakarya Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Özcan, Ö. ve G.G.Çelik. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-120.

Özcanarslan, F., H. Karataş ve D. Aydın. (2014). Şanlıurfa İlinde Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Durumlarının Belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 75-82.

Özgan, Y.A. (2012). Depresyon. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Bilimsel Öğrenci Dergisi*, 6, 1-5.

Özmen, E. (2004). *Depresyon Hakkında Her Şey*. Basım Yeri: Boyut Yayın Grubu, İstanbul.

Özmen, E., K. Ögel, R.C. Boratav, A. Sağduyu, A.T. Aker ve T.D. Gürol. (2003). Depresyon İle İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 89-100.

Özpoyraz, N. (2002). Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 68-72.

Öztürk, A. H. (2018). *Varoluşçu Bakışa Göre Hayatın Anlamı ve Amacının Depresyon ve Umutsuzlukla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztürk, O. ve A. Uluşahin. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Basım Yeri: Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Pandey, G.N. ve Y. Dwiyeedi. (2007). Noradrenergic Function İn Suicide. *Archives of Suicide Research*, 11(3), 235-246.

Pratt, L.A. ve D.J. Brody. (2008). Depression İn The United States Household Population, 2005-2006. *National Center of Biotechnology Information*, 7, 1-8.

Preskorn, S.H. (1999). Outpatient management of depression: A guide for the practioner. (Caddo, O.K. içinden (260) Professional Communications.

Samancı, A. ve Ekici.G. (1998). Aile Terapisi. *Düşünen Adam*,11(3), 45-51.

Savaşır, I. ve S. Yıldız. (1996). Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakçı, E. içinde, *Bilişsel Davranışçı*, (s.17-50) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:7.

Schneider, B. ve D.Prvulovic. (2013). Novel Biomarkers in Major Depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 47-53.

Scott, AF. (2010). Electroconvulsive Therapy, Practice And Evidence. *Br J Psychiatry*, 196, 171-172.

Selekman, M.D. (1993). *Patways To Change: Brief Therapy Solutions With Difficult Adolescentes*. Basım Yeri: The Guilford Press , New York.

Sharry, J., B. Madden ve M. Darmody. (2003). *Becoming A Solution Detective, Identifying Your Clients' Strengths In Practical Brief Therapy*. New York: The Haworth Clinical Practice Press.

Shea, M.T., I. Elkin ve R.M.A. Hirschfeld. (1988). Psychotherapeutic Treatment Of Depression. Hales, R.E. ve Frances, A.J. içinde, *In Psychiatry Update*, (235-255) Washington: The American Psychiatric.

Siegel, R.D., C.K. Germer ve A. Olendzki. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?, Didonna, F. içinde, *In Clinical Handbook of Mindfulness*, (s.17-35) New York: Springer Publishing.

Siyez, D.M. ve D.T. Tuna. (2014). Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü ve İletişim Becerilerinde Çözüm Odaklı Psiko-eğitim Programının Etkisi. *Türk PDR Dergisi*, 5(41),11-22.

Sklare, B.G. (2010). *Okul Danışmanları İçin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma*.Ankara: Pegem Yayıncılık.

Sklare, G.B. (1997). *Brief Counseling That Works: A Solution- Focused Approach For School Counselors*. Basım Yeri: Thousand Oaks , CA: Corwin Press, Inc.

Sklare, G.B. (2005). *Brief Counseling That Works, A Solution-Focused Approach for School Counselors and Administrators*. California: Corwin Press.

Sorias, O. (2008). Bilişsel Davranışçı Terapi, Çoşkun, A., İşeri, E., Çuhadaroglu, F., Miral, S., Motavallı, N., Pehlivan Türk, B., Tümer, T., Uslu, R. ve Ünal, F. İçinde, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, (s.667-676) Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.

Sönmez, F. (2011). Melankolik Depresyona Psikanalitik Yaklaşım. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 15, 19-30.

Sparrer, I. (2012). *Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sistemik Yapısal Dizime Giriş*. (Çev. E. Suvarierol). Basım Yeri: Pan Yayıncılık, İstanbul.

Stuart, G.W. (2001). In Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Stuart, G.W. ve Laraia, M.T. içinde, *Cognitive Behavioral Therapy* (s.658-673) Mosby: Philadelphia.

Sungur, M. (2007). Bilişsel-Davranışçı Terapiler: Temel İlke ve Özellikleri, Uygulamada Dikkat Edilmesi Gereken Konular. Köroğlu, E. Ve Güleç, C. içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı*, (s.603-604) Ankara: HYB Basın Yayın.

Sütçügil, L. ve Özmenler, N. (2007). Majör Depresyonda Psikososyal Müdahaleler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(47), 46- 50.

Şahin, Ç. (2017). *Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Aile İşlevleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahiner Önal, G. (2017). *Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde Uykusuzluk ve Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve İlişkili Faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Tezcan, A.E. (2011). *Depresyon* (1.Basım). Basım Yeri: Elma Yayınevi, Ankara.

Thase, M.E. (2013). Mood Disorders: Neurobiology. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2009. P.1664

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

Türkçapar, H. (2012). *Bilişsel Terapi*. Basım Yeri: HYB Basım Yayın, Ankara.

Türkçapar, M.H. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. İstanbul: Epsilon Yayınevi

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

Ünal, S. ve M.E. Özcan. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1, 41-48.

Vahip, S. (2004). Bipolar Depresyon ve Tedavi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 41-44.

Weiner-Davis, M. (1996). *Change Your Life And Everone In It*, Fireside Book. New York: Simon and Schuster.

Yağcı, S ve Duyan. V. (2020). *Çözüm Odaklı Terapi*, Ankara: Pusula Yayınevi, (1),29

Yolaç, P. (1996). Sosyal Fobi ve Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımı, Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakçı, E. içinde, *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, (s.12) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:7

Yüksel, İ. (2005). İşsizlik Olgusunun Psikolojik Boyutu: Görgül Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 60(03), 255-274.

Yüksel, N. (2003). *Psikofarmakoloji*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

EKLER

Ek.1. Anket Formu

ANKET FORMU

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji Bilim Dalında eğitimimi yüksek lisans düzeyinde devam ettirmekteyim Yüksek Lisans Tezim için sizlere bir dizi anket uyguluyorum. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır Araştırmamız tahminen 8-10 dakika sürmektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi için sizden beklenen soruları içtenlikle yanıtlamanızdır. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için soruları eksiksiz ve yanıtladığınız önemlidir. Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından bilinecek ve gizli kalacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla

İlayda ŞANLI

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Adınız ve Soyadınız:

Yaşınız:

Yaşadığınız Şehir:

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Eğitim Durumunuz: İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans ()
Doktora ()

Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Mesleğiniz:

Gelir Düzeyiniz: Düşük () Orta () Yüksek ()

Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır () Evet ise kaç tane:.....

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka birileri var mı? Evet ()
Hayır ()

GENEL BİLGİLER:

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet () (Belirtiniz)
Hayır ()

Daha önce herhangi bir psikolojik yardım aldınız mı? Evet () Hayır ()

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet() (Belirtiniz)
Hayır()

Ek.2.Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

İlayda ŞANLI

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.

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 düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

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.

4) (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5) (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6) (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefret ediyorum

7) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

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.

- 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.
- 10)(0)** Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11)(0)** Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12) (0)** Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13)(0)** Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış, çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14) (0)** Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15) (0)** Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16) (0)** Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17) (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18) (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

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 düşünemiyorum.

20) (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21) (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.