

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ OLAN HASTA  
GRUPLARI ARASINDA BİLİŞSEL ÇARPITMA DÜZEYLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
RAHİME GÜR SOY**

**GAZİANTEP-2018**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ OLAN HASTA  
GRUPLARI ARASINDA BİLİŞSEL ÇARPITMA DÜZEYLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
RAHİME GÜRSOY**

**I.TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. M.HAKAN TÜRKÇAPAR**

**II.TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. AYSUN KALENDEROĞLU**

**GAZİANTEP-2018**

## ÖNSÖZ

Bu çalışma sürecinde desteklerini benden esirgemeyen, psikoterapi yaşamımda idol aldığım çok değerli tez danışmanım sayın Prof. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR' a,

İkinci tez danışmanım olan sayın Doç. Dr. Aysun KALENDEROĞLU'na, veri toplama sürecimde desteklerini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Abdulgani TEMİZKAN'a,

Tez sürecimde desteğini benden esirgemeyen Uzman Psikolog Esra Kaya BOZKURT'a ve tezi düzenlememde emeği olan Yrd. Doç.Dr. Nazife KARADAĞ'a,

Hayatım boyunca tüm başarılarımın arkasında olan emeklerini ve desteklerini benden esirgemeyen kahramanım sevgili babam İ. Halil GÜRSOY'a ve duasıyla beni kuşatan annem Nurhan GÜRSOY'a,

Üniversite yaşamımda bana hem anne hem de ev arkadaşı olan biricik ablam Sonay'a,

Kanatsız meleklerim ablalarım Nazlı, Melek ve Füsün'a ve biricik erkek kardeşim Sadık'a ve diğer tüm aile üyelerime

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Gaziantep, 2018

Rahime GÜRSOY

## ÖZET

Bu araştırmada, depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasında bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen araştırmanın örneklemini 30 depresyon ve 30 kaygı bozukluğu hastası ile 30 sağlıklı kontrol oluşturmuştur. Araştırmada demografik bilgi formu, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Envanteri (SCID-I), SCID-I Kısa Form ve Düşünce zellikleri leği (D) kullanılmıştır. Kaygı bozukluğu hastalarının D'den aldıkları toplam bilişsel çarpıtma puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Depresyon hastalarında Felaketleştirme, Duygudan Sonuç ıkarma, Meli-Malı Düşünceleri, Hep ya da Hiç Tarzı Düşünce sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunurken, kaygı bozukluğu hastalarında ise Zihin okuma, Felaketleştirme, Duygudan Sonuç ıkarma türündeki bilişsel çarpıtmalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Depresyon ve kaygı bozukluğu olan hastaların bilişsel çarpıtma düzey ve türleri kendi aralarında karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, kaygı bozukluğu, bilişsel arpıtma

## ABSTRACT

The aim of this study was to compare the levels of cognitive distortions between groups of clinical patients with depression and anxiety disorder. The study was conducted in Adıyaman University Training and Research Hospital. The sample of the study consisted of 30 clinical patients with depression, 30 clinical patients with anxiety disorder and 30 healthy people. Sociodemographic information of the participants was evaluated and Structured Clinical Interview Inventory (SCID-I) for DSM-IV Axis-I Disorders, SCID-I Short Form and Cognitive Distortions Scale (CDS) were administered. According to the study results; clinical patients with anxiety scored significantly higher compared to healthy controls. In terms of Catastrophizing, Emotional Reasoning, Should Statements and All-or-Nothing Thinking subscales clinical patients with depression scored significantly higher compared to healthy controls. Furthermore, in terms of Mindreading, Catastrophizing, and Emotional Reasoning, clinical patients with anxiety disorder scored significantly higher compared to healthy controls. However, when patients with depression were compared with patients with anxiety there was no statistically significant difference in terms of the level and types of the cognitive distortions.

**Keywords:** Depression, anxiety disorder, cognitive distortion

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problem Durumu .....	1
1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler .....	2
1.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları .....	4
1.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	4
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>KAVRAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>5</b>
2.1. Bilişsel Çarpıtma Kavramı .....	5
2.1.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım (ADDY).....	5
2.1.2. Beck'in Bilişsel Yaklaşımı .....	9
2.1.3. Bilişsel Çarpıtmaların Türleri.....	13
2.2. Depresyon'un Bilişsel Modeli.....	17
2.2.1. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli.....	17
2.2.2. Rehm' in Otokontrol Modeli.....	18
2.2.3. Beck'in Depresyonun Bilişsel Modeli.....	19
2.3. Anksiyete Bozukluklarının Bilişsel Modeli .....	24
2.3.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	26
2.3.2. Panik Bozukluk .....	28
2.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) .....	30
2.4. Bilişsel Çarpıtmalara İlişkin Yapılan Çalışmalar .....	31
2.4.1. Yurtiçinde Yapılan Çalışmalar .....	31
2.4.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar .....	35
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	

<b>YÖNTEM VE GEREÇLER.....</b>	<b>39</b>
3.1. Araştırma Modeli .....	39
3.2. Evren ve Örneklem.....	39
3.3. Veri Toplama Araçları.....	39
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....	39
3.3.2. Düşünce Özellikleri Ölçeği (Cognitive Distortion Scale) .....	40
3.3.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Envanteri (SCID-I).....	42
3.4. İşlem .....	43
3.5. Verilerin Analizi.....	44
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>BULGULAR VE YORUM .....</b>	<b>45</b>
4.1. Örnekleme Ait Sosyodemografik Bilgiler.....	45
4.2. Bilişsel Çarpıtma Türlerinin Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması .....	48
4.3. Toplam Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Puan Ortalamaları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Boyutları Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması .....	57
4.4. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Eğitim Durumu ve Grup/Eğitim Durumu Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması.....	60
4.5. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Medeni Durum ve Grup/Medeni Durum Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması .....	60
4.6. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Çalışma Durumu ve Grup/Çalışma Durumu Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması .....	61
4.7. Yaş ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri, Bilişsel Çarpıtma Türleri Arasındaki İlişki .....	61
4.8. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması .....	63
4.9. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	68
4.10. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	70
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>71</b>

5.1. Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasındaki Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türlerinin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliği Açısından İncelenmesi.....	71
5.2. Depresyon, Kaygı Bozukluğu Tanılı Hasta Grupları ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türleri Açısından Ele Alınması .....	73
5.3. Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasındaki Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türlerine İlişkin İncelemeler .....	76
<b>ALTINCI BÖLÜM</b>	
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>78</b>
6.1. Sonuçlar.....	78
6.2. Gelecek Çalışmalara İlişkin Öneriler .....	80
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>81</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>91</b>
<b>Ek 1.</b> Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu.....	91
<b>Ek 2.</b> Kişisel Bilgi Formu .....	92
<b>Ek 3.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) .....	95
<b>Ek 4.</b> DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	101



## TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa No.
<b>Tablo 1.</b> Akılcı Olan ve Akılcı Olmayan İnançların karşılaştırılması.....	9
<b>Tablo 2.</b> Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri .....	45
<b>Tablo 3.</b> Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Hasta Gruplarının Ek Tanı Özellikleri .....	47
<b>Tablo 4.</b> Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Hasta Gruplarının Aldığı Ek Tanı Grupları .....	48
<b>Tablo 5.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Felaketleştirme Puanları ve Standart Sapmaları .....	49
<b>Tablo 6.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Felaketleştirme puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları .....	50
<b>Tablo 7.</b> Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Felaketleştirme Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları .....	50
<b>Tablo 8.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Aşırı Genelleme Puanları ve Standart Sapmaları .....	51
<b>Tablo 9.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Aşırı Genelleme puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları .....	52
<b>Tablo 10.</b> Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Aşırı Genelleme Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları .....	52
<b>Tablo 11.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Meli Malı Düşünceleri Puanları ve Standart Sapmaları .....	53
<b>Tablo 12.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Meli Malı Düşünceleri puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları .....	54
<b>Tablo 13.</b> Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Meli Malı Düşünceleri Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları .....	54
<b>Tablo 14.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Puanları ve Standart Sapmaları .....	55
<b>Tablo 15.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları .....	56
<b>Tablo 16.</b> Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları .....	56

<b>Tablo 17.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puanları ve Standart Sapmaları .....	57
<b>Tablo 18.</b> Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları .....	58
<b>Tablo 19.</b> Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları .....	59
<b>Tablo 20.</b> Yaş ile Bilişsel Çarpıtma Türleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	62
<b>Tablo 21.</b> Yaş ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	63
<b>Tablo 22.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	64
<b>Tablo 23.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	66
<b>Tablo 24.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	67
<b>Tablo 25.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	69
<b>Tablo 26.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	70

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Şekil 1.</b> Bilişsel Yapı.....	11
<b>Şekil 2.</b> Depresyonun Bilişsel Modeli.....	23
<b>Şekil 3.</b> Panik Bozukluğun Bilişsel Modeli.....	29



## KISALTMALAR LİSTESİ

- DÖÖ** : Düşünce Özellikleri Ölçeği
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- n** : Örneklem Sayısı
- S.D.** : Serbestlik Derecesi
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
- S.S.** : Standart Sapma

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problem Durumu

Günümüzde, depresyon ve kaygı (anksiyete) bozuklukları gibi ruhsal rahatsızlıklar bireylerin ruh sağlığını ve işlevselliğini önemli derecede etkileyerek gittikçe yaygınlaşmaya ve adından sıkça söz ettirmeye başlamıştır. Depresyon; bireyde en az iki hafta boyunca (günlerin çoğunda) devam eden ilgi ve zevk azalması, çökkün ruh durumu gibi en az iki kriterden birinin bulunması ön koşuluyla bireyde meydana gelen iştah değişimi (kilo artışında azalma ya da artma), uyku kalitesinde meydana gelen bozulmalar, enerji kaybı (güçsüzlük hissi), psikomotor ajitasyon, değersizlik ve suçluluk hissi, odaklanmada güçlük, tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, intihar girişimi veya planı gibi kendini gösteren kriterlerden en az beş tanesinin bulunmasıyla tanımlanır (Çorapçıoğlu, 1999: 3-7).

Kaygı (anksiyete) bozukluğu ise bireyde meydana gelen çarpıntı, nefes almada güçlük, el ve ayaklarda titreme ve terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra heyecanlanma, sıkıntı basması, aniden kötü birşeyin olacağına dair his ve korkulardır. Anksiyete de kaynağı tam olarak bilinmeyen tehlikeye yönelik bir beklenti bulunmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011: 69).

Depresyon ve Kaygı Bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların oluşumunda ve sürdürülmesinde ilişkili olduğu düşünülen ve üzerinde incelemeler yapılan önemli konulardan bir diğeri ise “Bilişsel Çarpıtma” kavramıdır. Bu kavram Beck (1976)’in bilişsel modelinde en çok üzerinde durduğu ve psikopatolojilerin oluşumuna neden olarak gördüğü kavramlardan birisidir. Köroğlu ve Türkçapar (2015: 102) bilişsel çarpıtma kavramını “*bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlılıklar ve eğilimler*” olarak değerlendirmektedir. Bireylerin, bilişsel çarpıtmada kendisini olduğundan eksik görmeye ve değerlendirmeye yönelik eğilimleri bulunmaktadır. Bu durum bilişsel bozulmalar adı verilen hatalı varsayımlara ve yanlış düşüncelere yol açmaktadır. Duygusal zorluklar yaşayan insanlar karakteristik olarak “mantıksal hata” yapma eğilimindedirler (Corey, 2009: 288).

Bilişsel süreçlerde meydana gelen bozulmalar depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli etkilere sahiptir. Bilişsel ekolün kurucusu olan Aaron Beck, çalıştığı depresyon grubundaki hastalardan yola çıkarak oluşturduğu bilişsel çarpıtmalar modeliyle

depresyondaki bireylerin duygulanım süreçlerinin hatalı bilişler sonucunda ortaya çıktığını ifade etmiştir (Duran, 2016: 23). Aynı zamanda, depresyonun gelişmesini sağlayan ve onu besleyen ana kaynağın işlevselliği bozulmuş olan yapılar olduğunu belirtmiştir (Alçalar ve Bahadır, 2007: 78). Yaşam deneyimleri, işlevselliği bozulmuş düşünce yapıları, bunu besleyen inanç ve varsayımlar ile tüm bunlara yön veren çarpıtılmış bilişsel çıkarsamalar, kişiyi adeta depresyona sürükleyen bir döngü oluşturmaktadır (Göller, 2010: 42). Beck, depresif bireylerin düşünce sürecinde ortaya çıkan önemli bilişsel çarpıtmaları saptamıştır. Bu çarpıtma türleri; ya hep ya hiç düşüncesi, seçici soyutlama, zihin okuma, olumsuz yordama, felaketleştirme, aşırı genelleme, etiketleme, büyütme veya küçültme, kişileştirme şeklindedir. Bilişsel çarpıtmaların sıklıkla meydana gelmesi kişilerde çeşitli patolojilere neden olmaktadır (Sharf, 2015).

Bilişsel süreçlerde meydana gelen bozulmalar kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında da önemli etkilere sahiptir. Beck ve Emery (2011)'e göre anksiyete durumlarında bireylerin düşünce sistemlerinde bozulmalar meydana gelmektedir. Kişi, anksiyete sürecinde beklenenden çok daha fazla korkuya sahip olmaktadır. Birey, her ne kadar düşüncelerinin mantıksız olduğunun farkında olsa da, bilişsel açıdan yaptığı yanlış yorumların doğruluğuna inanmaktadır. Anksiyöz bireyler kaygılarını kontrol etmede zorluk yaşarlar. Bu zorlukların oluşumunu sağlayan ve kaygının ortaya çıkmasına neden olan bilişsel süreçlerin etkisiyle anksiyete yaşayan kişiler, sistematik olarak var olan tehlikeyi olduğundan daha büyük olarak algıladıkları için abartılı tepkiler geliştirmektedirler (Öngider, 2013).

Ülkemizde akademik alanda bilişsel çarpıtmaların depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları üzerindeki etkilerinin incelenerek karşılaştırıldığı çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Bunun yanı sıra depresyon ve kaygı bozukluğu için bilişsel çarpıtmaların önemli etkilerinin olduğunu ve bu rahatsızlıklarda varlığını sürdürdüğü de görülmektedir (Stachert ve Bursik, 2003). Bu çalışmayla depresyon ve kaygı bozukluğu türündeki psikiyatrik rahatsızlıklardaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılmasıyla bu rahatsızlıklara özgü olan bilişsel işleyiş hakkında bizlere önemli bilgiler vereceği düşünülmektedir.

## **1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler**

Bu çalışmada depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri karşılaştırılmak istenmiştir. Bu nedenle araştırmanın problem cümlesi ise: Depresyon tanısı almış olan hastalar ile Kaygı Bozukluğu tanısı almış olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Araştırmada aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır:

1. Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta gruplarının bilişsel çarpıtma düzeyleri ve türleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Cinsiyet değişkenine göre depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta gruplarının bilişsel çarpıtma düzeyleri ve türleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubunun bilişsel çarpıtma düzeyleri ve türleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

### **1.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmanın amacı, depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılması olarak incelenmesidir.

Depresyon ve kaygı bozuklukları gibi günümüzün yaygın psikolojik rahatsızlıklarında bilişsel çarpıtmaların varlığı, bu rahatsızlıkların ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde önemli etkilere sahiptir (Covin, Dozois, Ogniewicz ve Seeds, 2011: 299). Bu çalışmada depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzey ve türleri hem tanı grupları arasında hem de sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalar yapılarak incelenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulguların depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda tanı grupları arasındaki özgün bilişsel çarpıtmaların neler olduğunun belirlenmesiyle bilişsel davranışçı terapi alanında tedaviye yol gösterici olması ve ışık tutması beklenmektedir. Çünkü hem araştırmacılar hem de klinisyenler için bazı bilişsel hataların işlevsel olmayan yanlarının bilinmesi hastanın vaka kavramsallaştırmasını ve tedavi planlamasını kolaylaştırabilmektedir.

#### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

Katılımcıların ölçeklerde yer alan soruları içtenlikle ve samimiyetle cevaplamış oldukları varsayılmaktadır.

Bu araştırmada DSM-IV Eksen-I tanılarını belirlemek için kullanılan SCID-I (Statistical Clinical Interview Disorders-I), SCID-I Kısa Form ve bilişsel çarpıtma tür ve düzeylerini belirlemek için uygulanan Düşünce Özellikleri Ölçeğinin (DÖÖ) araştırmanın amacına ve yapısına uygun olarak ölçtüğü kabul edilmektedir.

#### **1.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

1. Bu çalışma Şubat 2017-Mayıs 2017 dönemleri arasında toplanan verilerle sınırlıdır.
2. Araştırmanın çalışma grubu bir kamu hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ayaktan tedavi gören hastalar ile orada çalışan sağlıklı gönüllülerden oluşan; 18-65 yaş arası, okur-yazarı olan, mental retardasyonu bulunmayan, daha öncesinde psikotik bozukluk tanısı almayan, madde kullanım bozukluklarına sahip olmayan toplam 90 katılımcılarından elde edilen verilerle sınırlıdır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Bilişsel Çarpıtma Kavramı

Bu bölümde bilişsel çarpıtma kavramına ilişkin olarak Albert Ellis'in Akılcı Duygusal Davranışçı yaklaşımı ve Aaron Beck'in Bilişsel Modeline ilişkin yaklaşımına yer verilecektir.

##### 2.1.1. Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım (ADDY)

Akılcı Duygusal Davranışçı Yaklaşım, bireylerin yaşadığı ruhsal problemlerin duygusal ve davranışçı zeminini “*akılcı olmayan düşüncelerle*” açıklamaktadır. Bu yaklaşıma göre bireylerin duygusal ve davranışsal alanlardaki sahip oldukları sorunların nedeni yaşanan olayların kendisi değil, bireylerin yaşadıkları olay karşısındaki sahip oldukları düşünce yapılarıdır. Bu yaklaşımı 1955’li yıllarda ortaya atan Albert Ellis’e göre; bireylerin yaşadıkları duygusal sorunların nedeni olan akılcı olmayan inançlar kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki değerlendirmeleridir (Watson, 1999: 10). Ellis’e göre, bireyler mantıksal olan akılcı inançlarının gücünü yükselterek duygusal sorunlardan kurtulabilir (Karahan ve Sardoğan, 1994: 111).

Akılcı Duygusal Davranışçı terapinin kuramsal zemini bilişsel, duygusal ve davranışsal boyut üzerine oturmuştur. Bu yaklaşım isminden de anlaşılacağı üzere düşünce- duygu ve davranışlar arasındaki etkileşim ve nedensellik ilişkisini ön plana koyar (Gençtanırım ve Voltan-Acar, 2007: 28). Bu alanların birinde olan değişiklik, diğer alanları da etkileyerek kendi içerisinde bir döngü oluşturur. Bu üç alan içerisinde özellikle bilişsel alan üzerinde durulmaktadır (Doğan, 1995). Çünkü ADDT’ye göre bilişsel alandaki akılcı olmayan sağlıklı düşünce yapıları psikopatolojiye neden olmaktadır (Kendal vd., 1995). Bireyin yaşadığı olaya yönelik akılcı olmayan düşünce yapıları kaygıya, ruhsal çökkünlüğe, kendisini sevmeme, kendine acıma, öfkelenme gibi çeşitli patolojilere neden olabileceği ifade edilmiştir (Çivitçi, Türküm, Duy ve Hamamcı, 2009: 11).

Akılcı olmayan inançların bireyin ruh sağlığı üzerinde patolojik sorunlara yol açtığını belirten ADDT, aynı zamanda bu akılcı olmayan inançların bazı özelliklerine de değinmektedir.

Ellis ve Dryden (2007: 7) akılcı olmayan inançların biyolojik eğilimler taşıdığını ifade etmiştir. Ayrıca akılcı olmayan inançların özelliklerini şu şekilde ifade etmiştir;

**a)** İnsanlar akılcı ve yetkin olduğu gibi kendilerini ketleyen ve akılcı olmayan temel eğilimlere sahip.

**b)** Toplumun temelinde bulunan tüm rahatsızlıkların altında yatan irrasyonel (akılcı olmayan - meli-malı gibi) düşünce yapıları, yapılan tarihsel ve antropolojik çalışmaların neredeyse tamamında yer alan sosyal ve kültürel gruplarda bulunur.

**c)** İnsanlar, akılcı düşünce yapılarına sahip olsalar bile bundan sıklıkla vazgeçerek yeni akılcı olmayan düşünceleri benimser.

**d)** Çeşitli irrasyonel davranışlara şiddetle karşı çıkan insanlar sıklıkla bu mantıksızlığa tutunurlar.

**e)** Akılcı olmayan düşünce, duygu ve davranışlara dair iç gözü, kısmen onları değiştirmeye yardımcı olur. Örneğin, insanlar büyük miktarlarda alkolün zararlı olduğunu kabul edebilir, ancak bu bilgi mutlaka kişinin içki içmekten kaçınmasına yardımcı değildir.

Akılcı duygusal davranışçı terapiler kuramın temelini A-B-C modeli oluşturmaktadır. Doğan (1995: 31)'a göre A-B-C modelindeki; A, kişinin kendisi dışındaki bir olayın varlığı, bir kişinin davranışı ya da bir durum olabilir. C, ise kişinin bu olaya ilişkin duygusal çıkarımları ya da kendisine verdiği tepkisidir. B, kişinin bu olay hakkındaki düşüncesi yani inanışlarıdır. A (olay/durum), kişiyi harekete geçiren olaya yani C' ye (duygusal sonuca) neden olmaz. Aslında bireyin A boyutunda yer alan olay hakkındaki düşünce ve inançları olan B, C ' ye (duygusal tepki) neden olur.

Bu kurama göre, bireyin psikolojik sağlığını tehdit eden şey aslında kişinin yaşadığı olayın kendisi değil, o olaya yönelik olarak yapılan akılcı olmayan düşünceleridir. Kuramın bir de D (tartışma) boyutu bulunmaktadır. D boyutunda ise danışana mutlak ve dogmatik zorunluluklarının nevrozlara yol açtığı öğretilerek akılcı olmayan inançların bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlardaki aktif rolü gösterilir (Ellis, 1991: 163). Bu sayede tartışma boyutunda danışan akılcı olmayan inançlarını fark ederek çeşitli çözüm yollarını terapötik süreçte öğrenir.

Akılcı duygusal davranışçı terapiler her bireyin akılcı düşünme sistemini öğrenebileceğini bu sayede akılcı olmayan inançların neden olduğu duygusal problemleri azaltma ve zarar verici davranışları durdurma yönündeki potansiyele sahip olduğunu kabul

eder. Terapistin temel amacı da danışana ABCD modeliyle sorunların nedeni ve çözümüne yönelik kalıcı beceriler kazandırmaktır. Bu nedenle ADDT’de, bireylere irrasyonel inançlarını anlamaları ve buna dair eski düşünce sistemlerinin değişmesi konusunda yardım sağlanarak problem çözme ve beceri eğitimi uygulaması öğretmektedir (Görüş, 1999).

ADDT’nin merkezinde yer alan konulardan biri irrasyonellerdir. İrrasyoneller; mantıksız, organizmanın hayatta kalmasını ve mutluluğunu önemli derecede engelleyen, kişiyi yenilgiye uğratan ya da kişiye zarar verici sonuçlara götüren düşünce, duygu veya davranış anlamına gelir (Ellis, 1976). Bu kuram irrasyonelle neden olan duygu ve davranışların temelini düşünce sisteminde bulur. Bu nedenle akılcı olmayan (irrasyonel) inançlar bu terapi ekolünün merkezinde yer alır. Akılcı olmayan inançlar, insanların temel veya en önemli hedeflerini yerine getirmesini sabote eden ve engelleyen, bilişler, fikirler ve felsefelerdir (Ellis, 1976).

ADDT yaklaşımı hipotezine göre psikolojik rahatsızlıkların temelinde akılcı olmayan, mutlak,-(meli-malı) yoğun olduğu düşünce yapıları vardır. Akılcı olmayan inançlar 3 başlıkta ele alınmaktadır (Neenan ve Dryden, 2006).

**1.Felaketleştirme (Awfuluzing)** : Negatif olaylara daha da abartılı korkunç anlamlar yüklemek ve hiçbir şeyin iyi olmayacağı, her şeyin daha da kötüye gideceği tarzındaki değerlendirmelerdir. Örneğin; “Yalnız yaşamak korkunç bir şey bunun yerine ölümü tercih ederdim” gibi.

**2.Engellenmeye Tahammülsüzlük Tarzı İnançlar (Low Frustration Tolerance):** Kişinin yaşamında sıkıntı yaşadığı ya da hayal kırıklığına uğradığında tüm bunlara katlanmada kendisini yetersiz olarak algılamasıdır. Bir nevi bireyin içinde var olduğu koşullarda mutluluğu öngörmemesidir. Örneğin; “Her gün bu kahrolası trafikte sıkışıp durmamam” gibi.

**3.Derecelendirme ( Depreciation of self, others and life):** Kendimizi, başkalarını ve yaşamı negatif derecelendirerek gerçek benliğimizi içinde bulunduğumuz koşullara göre doğruymuş gibi yansıtmaktır. Örneğin; ‘İş bulamadım ve bunun benim için anlamı benim başarısız biri olduğumdur’; “Hayat benim için iyi gitmiyor bu adaletsizlik” gibi.

Akılcı duygusal terapiler, bireylerin doğuştan rasyonel ve irrasyonel inançlara sahip olduğunu kabul eder. Rasyonel (akılcı) inançlar, pragmatik, pozitif, sağlıklı ve mantıklı olan inançlardır (David, Ellis ve Lynn, 2009) . ADDT, terapist danışana yeni ve işlevsel olan bu düşünce yapılarını kazandırmaya çalışır. Sağlıklı ve tutarlı düşünce yapılarından olan rasyonel inançlar Dryden ve Branch (2008) şu şekilde ele almaktadır :

**1. Mutlak -değişmez olmayan tercihler (Non-dogmatic preferences):** İnsanlar değişime açık olan inançlarını, tercihlerini, dileklerini, arzularını farklı şekillerde ifade etmektedir. ADDY’ a göre mutlak-değişmez olmayan (dogmatik olmayan) tercihler psikolojik sağlığımızın temel çekirdeğini oluşturur. Örnek olarak; “Bir sonraki testimde iyi yapmak istiyorum (tercih unsuru). Ama böyle yapmak zorunda değilim (geri çevrilen/ kabul edilmeyen talep unsuru)” gibi.

**2. Felaketleştirici olmayan inançlar (Non-awfulising beliefs):** Bireyin istediği şeyi elde edemediğinde bunun kötü bir şey olduğu ama berbat bir şey olmadığı sonucuna varmasıdır. Bu aynı zamanda rasyonel olan düşüncedir. Kişinin başına gelen kötü bir olay hakkında “kötü” nün değerlendirilmesi %0 ile %99 gibi bir aralıkta olabilir. Ama %100 kötüdür gibi bir değeri elde etmek mümkün değildir. Örnek olarak; “Bir sonraki testimde başarısız olursam kötü olacak (belirtilen kötülük unsuru), ama iyi yapmazsam berbat/felaket değildir (reddedilen/olumsuzlanan felaketleştirici unsur)” gibi.

**3. Yüksek tahammüllü inançlar (High frustration tolerance):** Bireyin, dogmatik olmayan tercihlerini elde edemediğinde buna katlanmanın zor olduğu ancak bunun dayanılmaz olmadığı ve tahammül etmeye değer olduğu sonucuna varmasıdır. Bu tür inançlar bireyin hedeflerinin engellenmesine dayanmasını kolaylaştırır. Böylece yeniden yoluna devam edebilmesi için bu engellerin üstesinden gelme ya da engellerle baş etme olasılığı daha yüksektir. ADDY, öfkeye müsamaha göstermenin, insanlar için iyi bir şey olduğundan değil, insanların hedeflerinin peşinden gitmesine yardımcı olması açısından önemli olduğunu belirtmektedir. Bu görüşü örneğimizde uyarlırsak “Bir sonraki teste iyi yapmak istiyorum ama öyle yapmak zorunda değilim” ifadesine birey inandığında onun yüksek tahammülü şu şekilde olacak; “Eğer bir sonraki testimde iyi yapmazsam, buna katlanması zor olacak (belirtilen mücadele unsuru) ama buna dayanabilirim. Tahammül edilemez olmayacak (reddedilen mücadele unsuru) ve tahammül etmeye değer (toleransa değer unsuru)” gibi.

Akılcı olan ve akılcı olmayan inançlar hakkındaki Neenan ve Dryden (1999) ’ un görüşleri ise Tablo. 1’de özetlenmektedir.

**Tablo 1.** Akılcı Olan ve Akılcı Olmayan İnançların karşılaştırılması

<b>Akılcı İnançlar</b>	<b>Akılcı Olmayan İnançlar</b>
Mantıksaldır.	Mantığa uygun değildir.
Gerçekle tutarlıdır	Gerçekle tutarsızdır.
Bireylerin psikolojisi üzerinde sağlıklı sonuçlara yol açar.	Bireylerin psikolojisi üzerinde sağlıklı sonuçlara yol açmaz.
İşlevseldir.	İşlevsizdir.
Deneysel olarak kanıtlanabilir	Deneysel olarak kanıtlanamaz

**Kaynak:** Neenan ve Dryden (1999).

Bireyler, hem akılcı hem de akılcı olmayan inançları taşıma potansiyeline sahiptir. Rasyonel veya işlevsel olan inançlara inanarak sağlıklı duygulara sahip olduğumuz gibi kimi zaman da irrasyonel veya kendini yenilgiye uğratan inançları inşa ederiz (Ellis, 1999). Bu irrasyonel inançlar psikolojik sorunların ortaya çıkmasında temel çekirdek görevi görerek psikolojik sağlığı tehdit eder ve kişilerde nevrotik eğilimlerin oluşumuna zemin hazırlar.

### **2.1.2. Beck'in Bilişsel Yaklaşımı**

Aeron T. Beck "Bilişsel Davranışçı Terapi" ekolünün kurucusudur. Bu ekolü geliştirdiği dönemlerde depresif hastalar üzerinde çalışmalar yapan Beck, depresyonun farklı şekillerdeki açıklamalarını ortaya koymak istemiştir. Bu amaçla yaptığı çalışmaların sonucunda, depresif hastalarda bozulmuş, olumsuz bilişin (düşünce ve inançların) depresyonun ortaya çıkmasındaki birincil özellik olduğunu keşfetmiştir. Bu sayede depresif hastaların düşüncelerinin gerçeklik boyutunu test eden kısa bir tedavi geliştirerek 1960'lı yılların başında "Bilişsel Terapi" ile anılan bir psikoterapi yöntemini ortaya koymuştur (Beck, 2014: 2).

Günümüzde Bilişsel Davranışçı Psikoterapi olarak bilinen bu kuram, oluşumunda hem davranışçılığı hem de bilişsel terapi birlikteliğinin meydana getirdiği harmoniyi taşır. Psikoterapi tarihinde ilk kez davranışçılık bilişsel kuramla buluşarak 1980’li yıllarda bilişsel davranış terapisi adı altında tek ve bütün bir kuram haline gelmiştir (Türkçapar ve Sargın, 2012: 13). Bilişsel model psikopatolojiyi bilişsel süreçler üzerinden değerlendirir. Beck bilişsel modeli şu şekilde açıklamaktadır; bireylerin yaşadığı herhangi bir olaya yönelik algılamaları, olay hakkında geliştirdiği spontane düşünceleri, kişileri duygusal ve davranışsal alanlarda etkilemektedir. Bu modele göre bireyleri sıkıntıya uğratan şey, algısında yer alan çarpıtılmış (yanlı/hatalı) ve fonksiyonel olmayan (işlevsiz) düşüncelerdir. Kişiler otomatik düşüncelerini (spontane olarak meydana gelen, sözel ya da imajinal düşünceler) tanımlayıp değerlendirmeyi öğrenebilirler. Ancak olaylar gerçekçi bir şekilde ele alındığında bireyin sıkıntıları azaldıkça, birey daha işlevsel bir şekilde davranmakta ve fizyolojik uyarılmaları (kaygı gibi) dinmektedir. Bilişsel model bireylerin duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilerinin, inançlarının ve yaşadıkları deneyimlere yönelik algılamaların, dünyayla olan etkileşimi sağlayan bir araç olduğunu ifade etmektedir (Miller, 2012: 7).

Türkçapar (2015: 34)’a göre hem bir kuram hem de bir psikoterapi yöntemi olan Bilişsel Terapi ilk olarak düşünce-duygu-davranış arasındaki ilişkiyi anlayıp bulmaya çalışarak kişilerin deneyimlerine bağlı yaptığı çıkarsamaların gerçeğe daha uygun, işlevsel, uyumlu bir şekilde yorumlamasını sağlamaya çalışmaktadır. Bilişsel model psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda bireylerin olaya yönelik olan algılamalarının ve yaptığı yorumlamanın önemli olduğu görüşündedir. Bireylerin yaşadığı psikolojik sorunların temelinde dış dünyayı algılama şeklinin ve buna yönelik yapılan yorumlamalar, inançlar, çarpık ve işlevsel değilse kişiler sorun yaşamaya başlar. Bilişsel modele göre kişinin yaşadığı sorunların temelinde yer alan sayıltılar, zorunluluklar, kurallar, eksik ve hatalı değerlendirmenin yol açtığı realitenin çarpıtılmasına bağlı olabilir. Bilişsel model kişilerin ruhsal yapısı ve psikopatolojisi hakkında bilişsel yapısını ele alırken iki temel yapıyı kavramsallaştırmaktadır. Bunlar; “Otomatik düşünceler ve şemalar”dır. Bazı kuramcılar ise şemaları da kendi içerisinde ikiye ayırarak temel inanç ve ara inançlar olarak toplamda 3 yapı oluşturmaktadır. Bunlar; en yüzeyde olan otomatik düşünceler, sonrasında ara inançlar/ kurallar ile en çekirdekteki temel inançlardır.



**Şekil 1.** Bilişsel Yapı

**Kaynak:** Türkçapar (2015).

Beck, kognitif yapının en yüzeyinde yer alan otomatik düşünceleri depresif hastalarıyla uygulama yaparken keşfetmiştir. Onlara verdiği bir egzersizde gün içinde sahip oldukları olumsuz düşünceler hakkında tik atmalarını söylemiş ve gün sonunda yüze yakın işaretlemeye de sahip olabileceklerini belirtmiştir. Hastalara bu düşünceleri inceleyip değerlendirmelerini söylediğinde hastalar; düşüncelerin önceden, düşünülmeden otomatik bir şekilde medyana gelen geçerli düşünceler olduğu kabul etmişlerdir. O nedenle Beck bu tarz düşüncelere” Otomatik Düşünceler” adını vermiştir (Beck, 1997: 278).

Bilişsel modele göre, otomatik düşünceler daha çok emosyonel (duygusal) boyutta sıkıntılara eşlik ederek anlık olarak gelişen, ortam ve duruma özgü olan zihinsel süreçler içerisinde yer alan bilişlerdir. Otomatik düşünceler, kişinin zihin dünyasında olan şeylerdir. Aniden ortaya çıkmaktadır. Belirlenmiş düşünce ürünü değildir. Bu nedenle çoğunlukla fark edilmez. Ancak bu anlık düşünceye eşlik eden duygu fark edilir. En yüzeyde bulunan an ve duruma göre değişen hızlı ve anlık olan otomatik düşüncelerin temelinde, bireyin dile getirmediği ve özünde inandığı “ara inançları (kuralları, sayılıları)” yer almaktadır. Ara inançlar, sözel olarak ifade edilmese de davranışların ortaya çıkmasında etkili olan soyut düşüncelerdir. Bir nevi bunlar kişinin kendisi ve diğer insanlarla ilgili olan davranışlarını,

deneyimleriyle beraber kalıcı hale getiren kurallar ve beklentilerdir. İşlevsiz olan, kural ve sayılıtlardan oluşan ara inançlar aslında en çekirdekte olan bilişsel yapıya yani temel inanca götürmektedir (Köroğlu ve Türkçapar, 2015: 101).

Bilişsel modelin en çok üzerinde durduğu ve psikopatolojilerin oluşumuna neden olarak gördüğü kavramlardan biri ise bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel hatalar , “bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlılıklar ve eğilimler” olarak görülmektedir (Köroğlu ve Türkçapar, 2015: 102). Bilişsel model, psikolojik sorunlara neden olan hatalı düşünceleri (bilişsel çarpıtma) açıklarken yetersiz veya hatalı bilgilere dayanarak yanlış çıkarımlarda bulunma ve imge ile gerçekliği ayırt etmedeki eksiklik olarak görmektedir. Beck’in duygusal zorluklar yaşayan insanlara yönelik görüşü, onların karakteristik olarak “mantıksal hata” yapma yönünde eğilimi olduğunu vurgulamaktadır. Kişilerin kendisini olduğundan eksik görme ve değerlendirmeye yönelik eğilimleri bulunmaktadır. Bu eğilimler bilişsel bozulmalar olarak adlandırılan hatalı varsayımlara ve yanlış düşünmelere yol açar (Corey, 2009: 287). Bireyler, çarpıtılmış inançlarının ne olduğunu tanımlayıp onları düzenleyebilirler. Bunu yaparken temelde kendilerini, dünyayı ve başka insanları anlamlandırabilirler. Çarpıtılmış inançlar, bireylerin bilgi işleme sürecini etkiler. Böylece bu durumda çarpıtılmış düşüncelere neden olur (Young ve Beck, 1980: 8).

Beck, bilişsel kuramı oluştururken bilişsel yapıda en zeminde yer alan temel inanca (şemalara), buna eşlik eden ara inançlara ve anlık olarak ortaya çıkan en yüzeydeki otomatik düşüncelerle kuramı şekillendirmiştir. Bilişsel çarpıtmaların şemalar ve otomatik düşünceler le ilişkisi açıklanacak olursa; kişilerin en temelde yer alan şemalarını şekillendiren şey onların sahip oldukları yaşam deneyimleri, ilişkide bulunduğu insanlar, çevreyle ilgili inanç ve düşünce sistemleridir. Şemalar; deneyimler ve başkalarıyla olan etkileşimler sonucunda gelişerek ilerlemektedir. Tüm bunların sonucunda sahip olduğumuz bilişsel duyarlılık ve psikolojik strese bağlı olarak yaptığımız çıkarımlar olumsuz şemalara ve böylece çarpıtmalara neden olmaktadır. Bireylerin önemli ölçüde inançları ya da şemaları bilişsel çarpıtmalara bağlıdır. Çünkü şemaların oluşumu genellikle çocukluk döneminde başlamaktadır. Şemaları destekleyen ve etkileyen düşünme sistemi, erken çocukluk dönemindeki akıl yürütme hatalarını etkileyebilmektedir. Böylece bilişsel çarpıtmalar bilgi edinme sürecinde eksiklik, yetersizlik veya etkisiz olduğunda meydana gelmektedir. Anlık ve çaba gerektirmeden kendiliğinden ortaya çıkan otomatik düşüncelerin de oluşumunda bilişsel çarpıtmaların önemli payı



bulunmaktadır. Özellikle psikolojik bozukluklarda otomatik düşünceler genellikle çarpıtılmıştır, ayrıca aşırı veya hatalıdır (Sharf, 2015: 333-336).

### 2.1.3. Bilişsel Çarpıtmaların Türleri

Bilişsel çarpıtmalara ilişkin alan yazınları incelendiğinde farklı türlerinin olduğu görülmektedir. Örneğin Burns vd. (2015: 55-64)'e göre 10 grupta ele alınmaktadır. Bu bilişsel çarpıtmalar;

**Hep Ya da Hiç Düşüncesi:** Bu çarpıtma türü, bireylerin kişisel özelliklerini siyah ya da beyaz gibi uç noktalarda görmesidir. Örnek olarak sürekli A alan bir öğrencinin B notunu aldığı anda kendisine hakkında “işe yaramaz biriyim” sonucuna varabilir. Hep ya da hiç tarzı düşünme çarpıtması mükemmeliyetçiliğin temel yapısını oluşturmaktadır. Bu bir çeşit ‘kutupsal düşünme’ dir. Her şey ya siyahtır ya da beyaz. Grileri yoktur.

**Aşırı Genelleme:** Kişinin başına bir şey geldiğinde bunun tekrar tekrar oluşacağına yönelik inancıdır. Örnek olarak utangaç bir adamın ilgi duyduğu bir kıza ondan hoşlandığını söylemek için tüm cesaretini toplayarak konuşması sonucunda hoşlandığı kızın kibarca onu reddetmesinden dolayı “hiç bir zaman yolunda giden bir ilişkim olmayacak”, “kimse benimle ilgilenmeyecek”, “hayatım boyunca yalnız kalacağım ve mutsuz olacağım şeklindeki bilişsel çarpıtmasıdır.

**Zihinsel Filtre:** Kişinin bir olaydaki olumsuz olan ayrıntıya konsantre olarak olayın tamamını olumsuzmuş gibi filtreleyerek algılamasıdır. Örnek olarak bir üniversite öğrencisi 100 sorudan oluşan bir sınavda 17 yanlış çıkarmıştır. Ancak kendisi yanlış yaptığı bu 17 soruya odaklanarak bunu aklına takar ve üniversiteyi tamamlayamayacağı fikrine varır. Bir nevi seçici odaklanma dır.

**Olumluyu Geçersiz Saymak:** Daha da etkileyici olan bir zihinsel yanılsamadır. Bazı kişiler sürekli olumu olan deneyimlerini olumsuza dönüştürme eğilimi gösterir, ve sadece olumlu olan olayları olumsuza dönüştürülmekle kalmaz, aynı zamanda pratik ve akılcı bir şekilde karabasana dönüştürülebilir. Örnek olarak bir kişinin görünüşünden veya işinden dolayı takdir edilmesi sonucu kişinin şöyle düşünmesi “aslında sadece kibar olmaya çalışıyor”, “gerçekten hiç de önemli bir şey değil” dir. Birey aslında bu takdir edici sözleri zihninde hızlı ve ani bir manevrayla diskalifiye etmektedir.

***Sonuçlara Atlamak (Zihin okumak/ Falcılık):*** Mevcut durumun gerçeklerle örtüşmeyen sonuçlarına atlamaktır. Bu çarpıtma türü “keyfi çıkarsama” olarak da ifade edilmektedir (Türkçapar, 2015). Sonuca atlamanın iki modeli “zihin okumak” ve “falcılık yapmak”tır. Zihin okumak; başka insanların bizim hakkımızda ne düşündüğüne yönelik istediğimiz kanıya vararak buna inanmamızdır. Örnek olarak konferansta konuşma yapan bir kişinin en önde oturan izleyicinin uyuklamasını fark edince “beni çok sıkıcı buldu”, “dinlemek istemedi” şeklindeki düşüncesidir. Hâlbuki aslında uyuklayan o izleyici gece geç saatlere kadar bir partide eğlenmiştir. Ancak bu çarpıtmayı kullanan kişi, durumu kendine bağlayarak bir çıkarımda bulunmaktadır. Falcılık yapmak; literatürde “yazgıyı anlama, geleceği öngördüğünü düşünme” olarak da bilinmektedir (Köroğlu ve Türkçapar, 2015). Olumsuz bir durumun olacağına ilişkin bir düşünceye sahip olarak bu durum gerçekçi olmamasına rağmen bu tahmini doğru kabul etmektir. Örnek olarak ağır depresif dönem geçiren bir doktorun “sonsuz kadar depresif kalacağım”, “bu durum tedaviyle düzelmeyecek tedavi başarısız olacak” şeklinde düşünmesidir. Halbuki bu kişi terapiye başladıktan sonra başarılı bir yol kat etmiştir.

***Büyüme ve Küçültme:*** Bu çarpıtma şekli bir nevi dürbün hilesi gibidir. Çünkü etrafımızdaki şeyleri orantısız bir şekilde devleştirir ya da küçültürüz. Büyütme de çoğunlukla kendi hatalarımıza eksiklerimize, ya da korkularımıza yönelik yapılan felaketleştirmelerdir. Örneğin “aman tanrım hata yaptım. Ne korkunç!”, “herkese yayılıp rezil olacağım” şeklindedir. Burns bahsettiği büyüme çarpıtması diğer kaynaklarda “felaketleştirme” olarak da geçmektedir (Türkçapar, 2015; Sharf, 2015). Küçültmede ise büyütmenin tam aksine dürbünün ya kış tarafından bakarak hatalı değerlendirmeler yaparız. Genelde küçültme çarpıtmasını kullanan kişiler başarılarını küçülterek kendilerini aşağıda hissetmektedirler.

***Duygusal Kararlar( Duygusal Çıkarım):*** Duyguları gerçeğin kanıtı olarak görmektir. Duygusal çıkarımlarda bulunarak duygusal mantık yürütmektir. Bu bir çeşit yanıltıcı mantık yürütmedir. Duygularımız; düşünce ve inançlarımızın bir nevi yansıtılmış halidir. Bunlar çarpıtıldığında ortaya duygusal mantık yürütme hataları çıkmaktadır. Buna ilişkin örnekler; “suçlu hissediyorum. Kötü bir şey yapmış olmalıyım”, “kendimi yetersiz hissediyorum işe yaramazın tekiyim” şeklinde, olabilir.

***”-Meli-Malı” Cümleleri:*** Kişide baskı yaratan -meli-malı türünde zorunlukların oluşturduğu zihin çarpıtmalarıdır. Örnek olarak “her yere vaktinde yetişmeliyim” “her şey düzenli olmalı” şeklinde olabilir. Kişiler -meli- malı’ ya göre kendi zihin sürecinde yarattığı zorunluklarının aksi gerçekleştiğinde kendisini kızgın hissederler, öfke duyarlar utanç ve suçluluk hissederler.

**Etiketleme:** Kişinin yaptığı hatalara istinaden kendini tüm noktalarıyla olumsuz bir şekilde değerlendirerek kendisine yargılayıcı davranmasıdır. Kişi yaptığı hataları baz alarak kendi hakkında olumsuz düşünceler geliştirir. Örnek olarak misafirler geleceği için hazırladığınız 10 farklı türdeki mezeden bir tanesinin tuzunun eksik olması durumunda “bunun tuzunu a koymuşum” yerine “ ben doğuştan beceriksizim” şeklindeki çarpıtılmış yanlı düşünce şeklindedir.

**Kişiselleştirme:** Kişinin kanıtlayıcı ve tutarlı nedenler olmadan olumsuz olan olayların sorumluluğunu üstlenmesidir. Olaylarda kişinin suçu yokken kendisinin suçlu olduğu ve bunun kendi yetersizliğinin sonucu olduğuna dayandırmasıdır. Örnek olarak, bir terapistin hastasına verdiği kendine yardım ödevini hastanın yapmaması sonucunda “ben kötü bir terapistim” şeklinde kişiselleştirme yapmasıdır.

Ayrıca yukarıdaki çarpıtma türlerine ek olarak da Leahly (2010: 26) şunlardan bahsetmiştir:

**Suçlama:** Olumsuz duyguların sebebi olarak diğer insanları görmek ve kişinin kendisini değiştirmeyi üstlenmek istememesi ve sorumluluk almayı kabul etmemesidir. Örnek olarak “şu an hissettiğim olumsuz duyguların nedeni o dur”, “yaşadığım tüm problemlerin kaynağı ailemdir” şeklindeki cümleler verilebilir.

**Haksız Kıyaslama:** Kişi, olaylar hakkında yorum yaparken kendisini bir başkasının gerçek olmayan standartlarını baz alarak kıyaslama yapar. Böylece kendisini gerçeklikten uzak aşağı bir şekilde değerlendirir. Örnek olarak “Diğerleri benden daha başarılı” ya da “O benden sınavlarda daha iyi” şeklindedir.

**Pişmanlık Eğilimi:** Kişinin şimdiki yaşamında daha iyi yapabileceği şeyler yerine geçmiş zamanlardaki daha iyi yapmış olması gereken şeyler üzerinde yoğunlaşmasıdır. Örnek olarak “Daha fazla çalışsaydım daha iyi yerlere gelebilirdim” ya da “Bunu yapmamalıydım”.

**Ya Olursa:** Kişinin olması muhtemel olan olaylarla ilgili “ya olursa “ şeklinde fazlaca sorulara sahip olması ve cevapların hiçbir zaman yeterli olmamasıdır. Örnek olarak “ ya heyecanlanırsam” ve ya “ ya nefes alamazsam” şeklinde olabilmektedir.

**Yanlışlanamaz Hale Gelme:** Bireyin olumsuz düşüncelerinin aksini belirten durumları ve kanıtları reddetmesidir. Örnek olarak “sevilmeye değmem” şeklinde düşünüldüğünde bunun tam tersi olan durumları, insanların sizden hoşlanması gibi her kanıtın bununla ilişkili

olmadığını düşünerek kabul etmemektir. Örnek olarak “asıl durum bu değil, derinde daha problemler var, farklı faktörler var” şeklindedir.

Köroğlu ve Türkçapar (2015: 63) ayrıca şu tür çarpıtmalara yer vermektedir;

**“Düzmeci” Görüldüğünü Düşünme:** Kişinin kendi olumlu özelliklerine ve başarılı durumlarına kendisinin bile inanmaması ve bunların gerçeği yansıttığını düşünmemesidir. Örnek olarak “Aslında yapmam gerekeni tamamen yapmasam da beni beğeniyor ve övüyorlar” ya da “ Ben düzmeci bir insanım. Yakında nasıl yüzüstü düşeceğim ve nasıl aşağılık biri olduğumu görecekler”.

**Yetkincilik:** Kişinin hiçbir şekilde yetersiz ve eksik yanının olmaması gerektiğinin peşi sıra koşması ve aksi halde olursa da buna katlamaması yönündeki bilişsel hatasıdır. Örnek olarak “Bu ödevi çok iyi bir şekilde yapmam gerekirken, aslında iyi yaptığımı görüyorum. Ancak yine de yetersiz biriyim” şeklindedir.

Bireyin otomatik düşünceleri incelendiğinde birden fazla bilişsel çarpıtma içerebildiği görülmektedir. Örneğin bir kişi yapması gereken işi yapamadıktan sonra “ben beceriksiz bir insanım” diye düşündüğünde birçok bilişsel çarpıtma bu yorumda bulunmaktadır. Çünkü hem kendisi hakkında etiketleme yapmış, hem de hep ya da hiç tarzı düşünme biçimindeki bilişsel hataları yapmaktadır. Ya da bir arkadaşımızın canını sıkkın ve onu mutsuz gördüğümüzde “ benden dolayı. Çünkü benden sıkıldı” şeklindeki otomatik düşünce aslında içerisinde hem kişiselleştirme hem de zihin okuma ve keyfi çıkarsamayı barındırmaktadır. Bilişsel davranışçı terapilerde amaç, danışanlarla beraber terapi sürecinde onların uygunsuz davranışları ile olumsuz duygularının devam etmesine neden olan düşünce işleyiş sistemindeki mantık hatalarını düzenleyerek, işlevsel açıdan bozulmuş sayılıyla inançları daha gerçekçi ve işlevsel olanla değiştirmektir (Türkçapar, 2015: 92).

Terapistler, bütün dikkatini hastanın bilgi işleme sürecine verirler. Bu süreçte uyumlu ve işlevsel olmayan duygu ile davranışlar odağa alınarak hastaların bilişsel çarpıtmaları sınanarak test edilir. Bu sayede gün ışığına çıkması için hasta cesaretlendirilir. Burdaki asıl hedef hasta da olumlu düşünce, duygu, davranışı oluşturmaktır. Terapist bunu yaparken düşüncedeki yanlı yorumları yani çarpıtmaları gidermeye çalışır. Bunu yaparken de terapist, sadece otomatik düşüncelere dikkat etmez. Aynı zamanda şemalara da inmeye çalışır (Sharf, 2015: 338).

## 2.2. Depresyon'un Bilişsel Modeli

Bu başlıkta depresyonun bilişsel modellerine ilişkin olarak Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli, Rehm'in Otokontrol Modeli ve Beck'in Depresyonun Bilişsel Modeli'ne yer verilmiştir.

### 2.2.1. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

1967 yılında Overmier ve Seligman köpekler üzerinde yaptıkları bir çalışmada “öğrenilmiş çaresizlik” modelini keşfetmiştir (Maier ve Seligman, 1976:). Martin Seligman ve arkadaşları köpekler üzerinde korku ve öğrenme sürecini incelemek isterken aslında insandaki depresyon ilişkisini beklenmedik bir şekilde keşfetmiştir. Seligman'ın yaptığı bu deneyde muhafazalı ve belirlenmiş bir alandaki köpeklere önce bir ses uyarını vermiştir. Sonrasında köpeğe elektro şok vererek onların kaçma davranışındaki öğrenme süreçleri incelemek istemiştir. İlk denemede araştırmacı köpeğe kısa bir ses uyarını vererek köpekte şok tonunun ilişkilendirmesi için bir fikir oluşmasını sağlamayı amaçlamıştır. Böylece köpek, zil sesini duyunca korku hissedecek ve kaçmaya çalışacaktı. Deneyin sonraki kısmında araştırmacı ses ve şok vererek şartlandırılmış olan köpeği, düşük seviyedeki çitlerden oluşan iki bölmeli bir kutu içerisine koymuştur. Araştırmacıya göre aslında köpek sesi duyduğunda şoka maruz kalmamak için bu çitlerin üzerinden kolayca atlayarak kaçma davranışı sergileyecektir. Araştırmacı zili ilk çaldığında köpek kaçma davranışı sergilememiştir. Sonrasında yine aynı şey olmuştur. Şartlandırılmış köpeğe bu sefer de ses olmadan sadece şok verildiğinde köpek yine kaçmamıştır. Her iki durumda da köpek sadece uzanmış ve kaçma davranışı sergilememiştir. Bu sefer de araştırmacılar kutunun içerisine şartlandırılmamış başka bir köpek koyduğunda uyarın verdiklerinde köpeğin hemen diğer çitin üzerinden atlayarak kaçmayı başardığını fark etmişlerdir (Nemada, Reiss ve Domberk, 2007: 1-2).

Seligman, daha sonra yaptığı benzer deneylerde de aynı sonuçla karşılaşmıştır. Yaptığı tüm bu deneylerde fark ettiği şey depresif tepkilerin meydana gelmesinde olumsuz uyarana yönelik bireyin kontrolünün olmamasıdır. Seligman'ın tüm bu çalışmalar sonucunda keşfettiği “öğrenilmiş çaresizlik” modeline göre bir şey yapmama tutumu, aslında belli bir süreliğine kaçınılmayacak zorlanmaya maruz kalan canlıların zamanla bu zorlanmalara yönelik bir şey yapmaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlikte ‘ne yaparsam yapayım

sonuç hiçbir şekilde değişmeyecek' şeklinde yorumlamalar bulunmaktadır. Seligman'ın bu modeli sonrasında daha detaylandırılarak depresyonun meydana gelmesine neden olan bilişsel durumları açıklamak için kullanmıştır. Bu modele göre depresif bireylerin yaşadığı olayları aslında olumsuz nedenlere bağlayarak anlamlandırmayı öğrendikleri meydana gelmektedir. Aynı zamanda depresif bireyler bu olumsuz olayları genelleyerek, içsel nedenlerle açıklayarak kalıcı bir hale getirmektedirler (Türkçapar, 2013: 27-28).

### **2.2.2. Rehm' in Otokontrol Modeli**

Bu modelin ortaya çıkmasında Lewinsohn, Beck ve Seligman'ın çalışmaları temel alınmıştır. İlk olarak self-kontrol (özdenetim, otokontrol) modeli 1970'de Kanfer'in bu konudaki çalışmalarıyla başladı. Ona göre insanların davranışlarındaki değişimi görmeye ihtiyaçları vardır. Bireylerin kendilerindeki ertelenmiş başarılarla, hedeflere, davranışlara bilinçli olarak dikkat etmeye başladığında ve onları kontrol edebildiğinde uzun dönemli hedefler elde edebilmektedir. Sonrasında Kanfer'in bu görüşlerini yeniden revize eden Rehm, 1977 yılında depresyonun öz denetim modelini geliştirmiştir. Özdenetim modeli, depresyonun nedenini öz-denetim üzerindeki birtakım bilişsel ve davranışsal alanlardaki eksiklikler olarak ele almaktadır. Bireyin davranışlarındaki özdenetimi temel olarak üç şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; kendini izleme, kendini değerlendirme ve kendini pekiştirme şeklindedir (Rehm ve Carter, 1990: 26).

Bunlardan kendini izleme; kişinin davranışını ve bunun sonuçlarını kendi öncüllüğünde gözlemleyerek kişinin kendisini denetlemesidir. Kendini değerlendirme ; kişinin bu gözlemlere dayanarak davranışına ilişkin kendi sorumluluğu hakkında karar verirken kendisini değerlendirmesidir. Kendini pekiştirme ise; tüm bunların sonucunda kişinin kendisini değerlendirerek davranışlarını şekillendirmesidir. Rehm, depresyondaki kişilerin davranışlarındaki otokontrol yetersizliğini meydana getiren 6 eğilimi şu şekilde açıklamaktadır; (1) Depresif kişiler, çevresindeki hoş olmayan olaylar hakkında gözlem yaparak seçici bir katılımda bulunur. (2) Depresif kişiler, davranışlarının gecikmiş sonuçlarına karşı seçici olarak katılımda bulunur. (3) Depresif kişiler, zorlayıcı engeller karşısında kendi davranışlarını ve kendini değerlendirme eğilimindedir. (4) Depresif kişiler, kendi içsel süreçlerini doğrusal bir nedensellik içerisinde ortaya koyma hususunda başarısızdır. (5) Depresif kişiler, kendilerini ödüllendirme hususunda yetersizdir. (6) Depresif kişiler, kendilerini aşırı bir şekilde cezalandırma eğilimindedir (Rehm, 1976: 3-4).

Depresyondaki kişilerin davranışlarında gözlenen otokontrol yetersizliğinden yola çıkan Rehm'in otokontrol modeli, otokontrol becerilerindeki yetersizlikleri dünyayı negatif ve pesimistik olarak görmek, kişinin kendisini negatif değerlendirmesi, duyguları suçlamak, yorucu türdeki bilişler ve kişinin kendi hakkındaki çok az pozitif düşünceye sahip olması ile ilişkilendirmektedir. Art arda devam eden bu yetersizlikler, bireyin uzun süreli hedeflerinin etkisiz olmasına yol açarken aynı zamanda da çeşitli alanlarda düşük potansiyeli meydana getirmektedir. Aslında depresyon, olumsuz çevresel değişikliklere bir tepki olarak düşünüldüğünde; sevilen bir kişinin kaybı, iş kaybı veya benlik saygısını kaybetme kısacası değişen koşullar dizisinde yeniden başlamayı gerektiren durumların hepsidir. Self kontrol diğer bir şekilde kendini yönetme becerisi insanların yeniden adapte olmasıdır. Çevre düzenlendiğinde ve olası sonuçlar öngörülebilir nitelikteyken davranışlarda yeterli ölçüde düzenlendiği takdirde depresyon meydana gelmemektedir. Çünkü depresyonun olumsuz çevre değişimi ve kendini yönetme becerileri arasında bir ilişkisi vardır. Bu nedenle self kontrol modelinin çoğu özelliği, depresyondaki problemlere yönelik özel bir şekilde uygulanabilir (Rehm, 1985: 35) .

### **2.2.3. Beck'in Depresyonun Bilişsel Modeli**

Depresyon, bilişsel terapinin doğuşunda önemli ve ayrıcalıklı bir yere sahiptir. Çünkü bilişsel modelin ortaya çıkmasında depresyon üzerinde yapılan araştırmaların etkisi büyüktür. Bilişsel terapinin kurucusu olan Aaron Beck, ilk başlarda psikanalitik akımın rüzgârlarının estiği dönemde çalışmalar yapmıştır. Zamanla psikanalitik görüşün ortaya sunduğu verileri bilimsel olarak test etmek istemiştir. Bunun için Beck o dönem çalıştığı depresif hastalar üzerinde araştırmasını yapmaya başlamıştır (Türkçapar, 2015).

Freud depresyonu açıklarken “bireyin kendini olduğundan aşağı görmesi, suçlaması ve kaybedilen nesneye olan öfkenin birey tarafından içe yönlendirmesi” şeklinde açıklamıştır. Burdan yola çıkarak Beck, depresif hastaların rüya içeriklerinde Freud'dun bahsettiği bu içeriğin olup olmadığını test etmek istemiştir. Ancak araştırmasında ortaya attığı tezin tam aksine depresif hastaların rüyalarında kendilerini istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde reddedilmiş, yenik düşmüş, hayatta kaybetmiş ve terk edilmiş olarak gördükleri sonucuna ulaşmıştır. Elde edilen bulgular depresif hastaların sadece kendilerini kusurlu, hastalıklı ve yalnız görerek acı çektiğini göstermektedir. Tüm bunlardan yola çıkan Beck, depresyonun

aslında bir çeşit düşünce bozukluğu olduğunu ortaya koyarak o güne kadar yapılan çalışmalara göre yeni bir çığır açmıştı ( Türkçapar, 2013: 21-24).

Beck, 1970’de depresyondaki kişilerin rüya içeriklerini incelediğinde aslında hastaların bilinçli bilişlerinde olumsuz öz değerlendirmelerin, beklentilerin, aynı anılara yönelik abartılı, daha dramatik şekilde yer alan aynı temanın olduğunu kaydetmiştir. Hastaların depresif bilişleri, hatalı yorumlamalar ile bozulmaları içermektedir. Beck, depresif hastaların raporlarında kolayca erişilebilir olan üst sevide yer alan bilişlerde olumsuz hayaller, deneyimler ve yorumlara ulaşmıştır. Tüm bu değişkenler bu sayede umutsuzluk, motivasyon kaybı, özeleştirici, intihar isteği şeklindeki depresif belirtileri hesaba katmaktadır. Yapılan diğer klinik gözlem ve araştırmalarda da depresif hastaların, bilgi işleme sürecindeki işlevsel olmayan tutumların, negatif üretilerin, kendileri ya da inançları hakkındaki bilişsel yanlışlıkların (çarpıtmaların) depresif belirtilere neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Beck, 2008).

Beck ve çalışma arkadaşlarının ileri sürdüğü depresyonun bilişsel modeline göre depresyon; bilgi işleme sürecinde çarpıtmalar ile kendini göstererek ortaya çıkmaktadır. Nevrotik yapıyı koruyan ve kötüleşmesini sağlayan şey hastanın kendince tamamladığı olumsuz bilgi işleyişidir. Beck yaptığı gözlemlerde özellikle depresif hastaların içsel konuşma, kendini suçlama ve özeleştirici kullandıklarını fark etmiştir. Bu tip hastalar kendileri hakkında çoğunlukla felaketeleştirici tahminlerde bulunmaktadırlar. Ayrıca depresif hastalar başarısız olacağını düşünmektedirler. Bir başka ifade ile olumlu olan yorumlamalar yerine olumsuz yorumları daha uygun bulmaktadırlar (Sharf, 2015: 330).

Bilişsel modelin depresyon için baz aldığı model biyo-psiko-sosyal temelli bir modeldir. Bu model tam anlamıyla depresyonun meydana gelmesinde ve devam etmesinde biyolojik, çevresel, bilişsel ve davranışsal alanlardaki sistemleri etken olarak açıklamaktadır. Bilişsel model bu yapıların herhangi birinde meydana gelen değişimin diğer yapıları da etkileyeceğini öngörmektedir. (Türkçapar, 2013: 20).

Bilişsel modelin bakış açısına göre depresif sendromun semptomları negatif bilişsel içeriklerin aktivasyonlarının bir sonucudur. Örnek olarak eğer hasta hatalı düşünerek bir olaya yönelik “o beni reddedecek” şeklinde düşünürse kendisi de bu duruma benzer bir şekilde negatif duygudurum (üzgünlük, kızgınlık gibi) reaksiyonu gösterecektir. Kişinin hatalı inançları kendisini yalnız ve sosyal olmayan biri olarak hissetmesinde etkin rol oynayacaktır (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979: 11).



Beck, duygusal bozukluklarda depresyonun bilişsel terapisini geliştirerek depresyon bilişsel modelini üç spesifik boyutta açıklamaktadır. Bunlar; \*bilişsel üçlü (cognitive triad), \*şemalar (schemas) ve \*bilişsel hatalar (cognitive errors) dır (Corsini ve Wedding, 1989: 290).

**a)Bilişsel Üçlü:** Kişinin kendisi, geleceği ve yaşantıları hakkında sahip olduğu tecrübelerine dayanarak kendine has bir şekilde sonuç çıkarmasıyla oluşan temel üç yapıdır. Bilişsel üçlünün ilk bileşeni, depresif kişinin kendisi hakkındaki düşünceleridir. Beck, kişinin depresyondayken kendisine olan olumsuz bakış açısını depresyonun temel argümanı olarak görmüştür. Birey, kendisi hakkında sürekli dönüp duran negatif düşüncelerin etkisiyle kendisini yetersiz, eksik, hastalıklı ya da yoksun olarak görmektedir. Bu nedenle bireyin kendisine yönelik olan tutumunda kendisini değersiz, ahlaki ve fiziksel açıdan kusurlu görme eğilimi vardır. Bu hatalı varsayımlarının ve inançlarının oluşmasının temel sebebi bireyin kendisini küçümseme eğiliminde bulunması, kendisini eleştirmesi, değersiz ve istenmeyen biri olarak görmesidir. Tüm bunların sonucunda aslında birey, mutluluk ve memnuniyet için gerekli gördüğü kriterlerden kendisinin yoksun olduğuna inanır (Beck vd., 1979: 10).

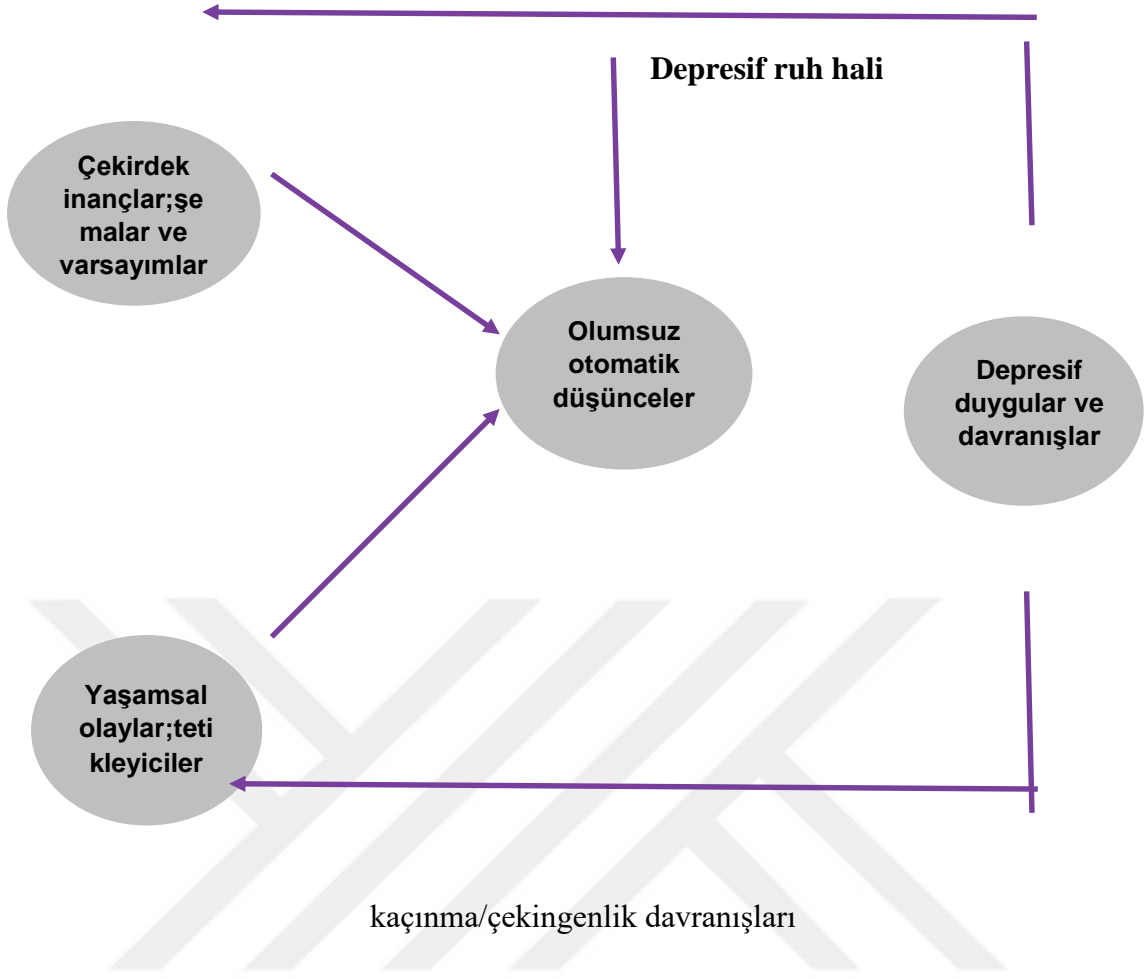
Bilişsel üçlünün bir diğer bileşeni ise, depresif kişinin sahip olduğu yaşantıları negatif biçimde yorumlama eğiliminde olmasıdır. Birey, yaşama bakış açısında dünyayı, hedeflerine ulaşma hususunda üstesinden gelmek için bariyerleri olan bir yer olarak görmektedir. Birey çevresiyle kurduğu ilişkileri hatalı olarak yorumlar ve bu ilişkileri yoksunluk ya da yenilgi ile ilişkilendirerek çıkarımlarda bulunur. Bireyin çevresel ilişkilerindeki negatif yapıları inceleyecek olursak, bu yapıların aslında negatif ve hatalı olan yorumlarla şekillendiğini rahatça görebiliriz (Arkar, 1992: 37).

Bilişsel üçlünün son bileşeni ise bireyin geleceği hakkında yaptığı olumsuz çıkarımlardır. Depresif bireyler şu an da var olan problemlerin her zaman için devam edeceğini, gelecekte ise daha zorlaşarak ilerleyeceğini düşünürler. Bu nedenle geleceği karamsar bir şekilde görme eğiliminde olurlar. Gelecek yaşamı bir tünele benzetecek olursak depresif bireyler için bu tünelin sonunda ışık yoktur (Türkçapar, 2017: 3).

**b)Şemalar:** Beck'in depresyon modelinin ikinci basamağını “şemalar” oluşturmaktadır. Depresif bireylerin hayatında olumlu ve pozitif etkenler bulunmasına rağmen, bireylerin kendilerini elem içinde bulmaları ve kendilerine yönelik zarar verici tutumlarının devam etmesi “şema” kavramıyla açıklandığında anlam kazanmaktadır (Arkar, 1992: 38).

Şemalar, bireylerin farklı türdeki tecrübelerinin nasıl yapılanacağı hakkında karar vermek için çalışır. Bir şema, uzun periyodik zaman diliminde aktive olacağı gibi özel çevresel bir uyaran tarafından kısa sürede de aktive olabilir (stresli durumlar gibi). Şemalar, özel bir durum karşısında aktive olduğunda kişi, tepkilerinin nasıl olacağı hakkında direkt karar verir. Depresyon gibi psikopatolojik durumlarda hastalar, olayları şemaları aracılığıyla çarpıtarak sistemli bir şekilde etkin ve fonksiyonel olmayan şemalarıyla eşleştirirler. Bunun sonucunda da hasta, diğer uyumlu ve işlevsel olan şemalarını bloke ederek yetersiz şemalarını devreye koyar ve düşünce sürecindeki kontrolü istemli olarak kaybeder (Beck vd., 1979: 12).

Beck'e göre her psikolojik rahatsızlık kendisine özgü, belirli bilişsel şemalarda ortaya çıkmaktadır. Depresyonda yer alan şemalar; başarısızlık-kaybetme-boşluğun olumsuz şema bağdaşımıdır. Şematik betimlemeye göre depresif hastalarda gözlemlenen eğilimler; bu kişilerin kendi yaşantılarına olan bakış açılarında yenilgilerin, yoksunlukların ve bunların değiştirilemez olduğu şeklindedir. Bu durumda kişiler kendilerini "kaybeden kişi"(loser) olarak kategorize eder. Kişi kendisini kaderine terk edilmiş olarak görür ve kendisi hakkında yargılayıcıdır (Beck vd.,1979: 15). Kişiyeye özgü bilişsel şemalar depresyon boyunca etkili olmaktadır. Düşünce sistemimizde baskın rol alan bu yapı bilişsel çarpıtmalara neden olmaktadır (Beck, 1964: 561). Şekil 2'de depreyonun bilişsel modeline yer verilmektedir;



**Şekil 2.** Depresyonun Bilişsel Modeli

**Kaynak:** Whisman (2010: 27).

Depresif hastaların kendilerine özgü olan kavramsallaştırmalarında sistematik hata belirtileri vardır (Beck, 1964: 561). Beck 1967’de depresif bireylerin düşünce sürecinde ortaya çıkan önemli bilişsel çarpıtmaları saptamıştır. Bunlar; ya hep ya hiç düşüncesi, seçici soyutlama, zihin okuma, olumsuz yordama, felaketleştirme, aşırı genelleme, etiketleme ve yanlış etiketleme, büyütme veya küçültme, kişileştirmedir. Bilişsel çarpıtmaların sıklıkla meydana gelmesi kişilerde depresyon ve kaygı bozukluğu gibi çeşitli patolojilere neden olmaktadır (Sharf, 2015: 336).

Bilişsel çarpıtmalar, kaybın veya engellenmenin aşırılaştırılması (abartılması), kişiselleştirilmesi ve olumsuz bir şekilde değerlendirilmesiyle beraber olumsuz yaşam

olaylarına yönelik hassasiyeti arttırmaktadır. Çökkün kişilerde yaşadıkları olumsuz olayları kişiselleştirme, kendini başarısız olarak etiketleme gibi bilişsel çarpıtmalar sık olarak görülmektedir. Bilişsel modele göre, zihin çarpıtmaların hoş olmayan olaylara yönelik eğilimlerimizle yakından bir ilişkisi vardır (Leahy, 2010: 12).

### **2.3. Anksiyete Bozukluklarının Bilişsel Modeli**

Anksiyete, fizyolojik veya psikolojik açıdan bireylerin zarar görebileceği şeklindeki endişeler taşımasıyla meydana gelmektedir. Anksiyöz bireylerin kaçma, kaçınma, ödün verme şeklindeki tepkiler vermesine neden olmaktadır. Yaşamda, içinde bulunduğumuz duruma göre sağlıklı ve normal bir sistem olan kaçma-savaşma tepkisi; reddedilme, utanma, yaşam koşullarında kısıtlanma, yaralanma, ölme şeklindeki katastrofik (felaketleştirilmiş) bilişsel yapılar sayesinde uyarılar, bireyin bilişsel sisteminde aşırı bir şekilde aktive olmaktadır (Türkçapar, 2017). Anksiyeteye sahip olan bireyler herhangi bir olayın tehdit edici olduğuna inandıklarında ve buna yönelik baş etme becerilerinin yetersiz olduğunu hissettiklerinde bunu gelecek yaşamlarına yansıtarak ilerletirler. Bu kişiler olayların olumsuz sonuçları üzerine aşırı bir şekilde düşünerek felaketleştirmektedir. Bu bireyler zarar verme ihtimali olan bir durumun çok büyük ihtimalle olacağı endişesi taşırlar (Sharf, 2015: 351).

Anksiyetenin bilişsel modeline göre, bireylerin şema veya inançlarından dolayı bilgiyi önyargılı olarak işlemlemesindeki merkezi çıkış (hareket) noktası; tüm ilgi odağını tehlikeye yönlendirmek ve belirsiz olan uyarıyı katastrofik olarak hatalı bir şekilde yorumlamalarından kaynaklanmaktadır. Anksiyöz kişilerde bu durum bellek yanlılıklarına yol açmaktadır. Bu kişiler tüm dikkatini, var olduğunu düşündüğü tehdit edici unsura odaklayarak güvenlik uyarılarını arka plana atarlar. Böylece bu davranış şeklini benimsemeye başlarlar. Anksiyete bozukluğuna sahip bireyler nötr olan uyarıları bile tehdit edici olarak hatalı bir şekilde değerlendirmektedirler. Çoğu kez bu yanlı değerlendirmeler, anksiyöz kişinin farkında olmadan otomatik ve bilinç kontrolünün dışında gerçekleşmektedir (Beck ve Emery, 2011: 12).

Beck anksiyetenin bilişsel modelinde, bilişsel durumların çeşitli seviyelerinde meydana gelen psikolojik sorunlara anksiyetenin de etkin rolü olduğunu görmektedir. Aslında Beck'in anksiyetenin bilişsel modelinin hiyerarşik bir yapısı vardır. Bu bir piramit olarak düşünülürse eğer; yukarıdan aşağıya doğru inildiğinde en üstte bilinçli bilişler ile otomatik düşünceler yer

almaktadır. Orta alanda kaygı durumunda bireyde hakim olan “kişisel hassasiyet” şeklinde güçlü bir tema bulunmaktadır. Bu hiyerarşide piramidin en alt tabanında kökleşmiş yanlış inançlar, kavram ve tutumlar, gizlenen şablonlar ve bilişsel şemalar yer almaktadır (Leahy, 2007: 144-145).

Beck (2005: 150-151)’e göre anksiyete nevrozlarındaki düşünce bozukluğu şu şekildedir;

**1.Tehlike hakkındaki tekrarlayıcı düşünceler:** Anksiyöz birey, kötü olayların meydana geleceğine dair görsel imajlara ve sözel kavramlara zihinsel süreçte yer vermektedir

**2.Korkutucu düşüncelerden dolayı azalan akli denge:** Anksiyete bozukluğuna sahip hasta, yaşadığı anksiyeteden dolayı düşünce süreçlerinin akla dayalı olup olmaması hususunda endişeler taşımaktadır. Çünkü anksiyöz hastalar, olayları doğru bir şekilde değerlendirme potansiyellerini kaybetmiştir. Bu kişiler, düşüncelerinin mantıklı veya akla uygun olup olmadığını sorgulasalar dahi bu düşüncelerin geçerliliğini kabul ederler.

**3.Genelleme dürtüsü:** Hastanın, anksiyete yaşamasına neden olan uyaranlara yönelik dürtüleri fazlaştıkça birey; çevresindeki küçük değişimleri, duyduğu her sesi, dışsal ortamlardaki en basit hareketliliği bile tehlike sinyali olarak anlamlandırmaktadır.

Anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalardaki felaketleştirme eğilimi, kötü bir şekilde sonuçlanma ihtimali olan herhangi bir durumda olabilecek en kötü sonuçları göz önüne almaktadır. Anksiyete durumunda ortaya çıkan en temel unsur bilişsel sürecin etkin rol oynamasıdır. Bireyler, anksiyete durumunda bilişsel süreç içerisinde tıpkı refleksi andıran yapılar gibi kendiliğinden ortaya çıkan imge veya otomatik düşünce biçimlerine sahiptir. Anksiyeteli bireylerde tehlikeli durum ile anlamlı bir hal bulan bilişsel düzenekler aktive olmaktadır (Beck ve Emery, 2011: 14,45).Kaygıyı bilişsel üçlü açısından ele alan Beck vd. (1985)’te, korkunun kaygı üzerindeki rolünü tartışmışlardır. Kaygılı bireyler yaşamı tehlikeli bir yer olarak, çeşitli felaketlerin meydana gelebileceği ve diğer bireylerin kendisine zarar verebilecekleri şeklinde değerlendirebilmektedir. Kaygılı bireyler, kendilerine zarar vereceğini düşündükleri veya meydana gelecek bir tehlikeyle başa çıkabilme becerilerinden korktukları zaman maruz kaldıkları bu korku kişinin benliğini de etkileyebilmektedir. Bu kişiler olayları riskli, buna yönelik başa çıkma becerilerinin ise en az düzeyde olarak algılamaktadırlar (Sharf: 351).

Anksiyete bozukluğuna sahip olan bireyler, risk etmenlerini gereğinden fazla tehdit edici olarak görürlerken, diğer yandan da bununla baş edebilme becerisini ve kişisel

potansiyellerini daha az yeterli olarak görmektedirler. Bu şekilde değerlendirme yapan bireyler çok daha fazlasıyla anksiyete yaşamaktadırlar. Bu tür bireyler, risk etmeni olarak algıladıkları durumdan sıklıkla kaçma kaçınma davranışı sergilemektedir. O an için tehdit edici unsura yönelik tehlike hissi ortadan kalktığı için anksiyöz bireyler bunu işe yarar bir şey olarak ele almaktadırlar. Halbuki kaçınma davranışı olumsuz bir pekiştiricidir. Bireyin olayın gerçeklik boyutunu ve kendisinde bulunan risk etmeniyle başa çıkma kabiliyetini görebilmesine engel olur. Bu nedenle kaçınma ve risk kaynakları bireylerin bilişsel çarpıtmalarının sürmesine sebep olarak zaman içerisinde hatalı olan bu başa çıkma metodunu fazlasıyla kökleştirebilir (Türkçapar, 2017).

Anksiyetenin ortaya çıkmasında tehdit edici düşünce süreci önemli bir etkiye sahiptir. Tehdit edici düşünceler çarpıtıldığında ya da abartılı bir hal aldığı anda bireyde var olan kaygıları daha da aktifleştirmektedir (Leahy, 2010: 147). Çünkü anksiyeteli bireyler dış çevredeki tehdit unsuruna yönelik çeşitli dikkat yanlılıklarına sahiptir. Bu bireyler sahip oldukları bu yanlılıklar sayesinde anksiyöz olmayan kişilere göre tehdit unsurlarını daha çabuk kavrayabilirler ve nötral ya da güvenilir uyaranları dahi görmezden gelerek tüm dikkatlerini buna yoğunlaştırmaktadırlar. Bu bireylerin çevresel koşullardaki belirsizlik taşıyan durum ve olayları tehdit edici unsur olarak algılamasında ve bu belirsiz tehdit edici duruma yönelik aşırı bir şekilde temkinli davranmasında ve yorumlamasında seçici soyutlama ile büyütme türündeki bilişsel çarpıtmalara sahip olduğu düşünülmektedir (Beck ve Emery, 2011: 11-14). Freeman ve arkadaşları 1990'da kaygılı bireylerde yer alan bilişsel çarpıtmaları değerlendirirken bu kişilerde felaketleştirme, kişiselleştirme, büyütme ve küçültme, seçici soyutlama, keyfi çıkarsama ve aşırı genelleme şeklindeki bilişsel çarpıtmaların olduğunu belirtmektedirler (Sharf, 2015: 351).

### **2.3.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerde fiziksel uyaranların (kalp çarpması, heyecan, terleme, gerginlik gibi) yoğun olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu bireylerin korktukları kötü sonuçlara fazlaca yoğunlaşarak soruna yönelik akılcı bir şekilde düşünme ve yoğunlaşma becerileri sınırlandırılır. Örnek olarak sosyal fobik bireyler fiziksel uyaranlara odaklanarak (ağız kuruması gibi) kendilerine aşırı odaklanırlar. Böylece bu kendine odaklanmış dikkat kişinin, diğer insanların neler söylediğini duymasını engeller. Bu nedenle birey,

konuşamayacağı ve konu hakkında ne diyeceğini bilemediği için aptal konumuna düşeceğini şeklinde varsayımlar geliştirir. Sonrasında birey bu şekildeki varsayımlarıyla içerisinde bulunduğu ortamı aniden terk etme gibi sorunlu davranışlar ortaya koyabilmektedir. Anksiyete tepkileri ve bireyin zihin sürecinde yer alan otomatik düşünceler, inançlara gerekli müdahaleler yapılmadıkça bu durum varlığını sürdürür (Türkçapar, 2017: 4).

Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modelini Clark (2001: 406-408) iki temel parçada ele almaktadır. Bunlar;

**a) Sosyal durumları işleme süreci:** Bu işleme sürecinde tasvir edilen şey sosyal anksiyete bozukluğuna sahip bireyin, sosyal ortamlarda yaşadığı korkulardır. Bu bireylerin sosyal ortamlarda ilk tecrübe ettikleri şey, başkalarının sosyal dünyası hakkında geliştirdikleri varsayımlardır. Bu varsayımlar üç alana ayrılırsa bunlar; (1) bireyin kendi sosyal performansı hakkında geliştirdiği aşırı yüksek standartlar (2) performans sonuçları hakkındaki koşullu inançlar (3) kişinin kendisi hakkındaki koşulsuz ve olumsuz inançları şeklindedir.

**b) Benliğin bir sosyal nesne olarak işlenmesi:** Buradaki temel nokta bireyin kendi hakkındaki negatif işleme sürecine dikkatini vererek odaklanmasıdır. Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan bireyler, başkalarının kendisi hakkında negatif değerlendirmelere sahip olduğunu düşünür. Bunun tehlikeli bir şey olduğuna inandıklarında ise kendilerini dikkatlice gözlemleyerek ve kendilerine odaklanarak başkalarının kendisi hakkında ne düşündüğünü ortaya çıkarmak için kendilerine yönelik içsel bilgi kullanır. Böylece birey, korkularına dair kanıtlarının çoğunun kendiliğinden oluşturulduğu ve gerçekçi kanıtların göz ardı edildiği kapalı bir sistemin tuzağına düşmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip birey, başkaları tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilmeyi bir tehlike olarak ele aldığından bunu düşündüğünde de tüm dikkat odağını kendisine vererek kendisini gözlemlemeye ve değerlendirmeye başlar. Birey, dikkatini kendisine yönlendirdiğinde o süreç içerisinde bazı aksaklıklar yaşanır. Bireyin kendisine yönelik olan dikkat artışı kaygılarını harekete geçirerek çeşitli tepkiler göstermesini ve çevresinde olup bitenleri diğer insanların davranışlarını o an içinde düzgün bir şekilde değerlendirememesine neden olmaktadır. Böylece birey, kendisi hakkında öznel olan içsel bilgiyi çevresindeki diğer insanların kendisi hakkındaki düşünce sistemiyle eşleştirerek bir özdeşim kurar. Bireyin bilişsel sürecinde yaşadığı bu bilişsel çarpıtmalar, kişinin duygusundan dolayı akıl yürütmeye çalışmasından kaynaklanmaktadır. Böylece bu bireyler, aşağılanmış hissetmekle aşağılanmayı, kaygılı hissetmekle anksiyeteli görünmeyi, kontrolsüz hissetmekle gerçekten kontrolsüz olmayı aynı şey olarak anlamlandırır (Türkçapar, 1999: 251).

### 2.3.2. Panik Bozukluk

Panik atak, hızlı ve ani bir şekilde başlayarak şiddetini çok çabuk arttıran, bireyde çoğu kez yoğun bir tehlike hissi ya da artık sonunun hızla yaklaştığı şeklinde düşüncelerin takip ettiği başlangıcı ve sonu olan şiddetli korku ya da sıkıntı nöbetidir. Panik atak, tek başına yeterli bir tanıyı teşkil etmez. Buna bir bozukluk adını verebilmek için yani panik bozukluğun gelişimi için sık olmayan aralıklı atakların gerçekleşmesi, atakların sıklığının periyodik düzende olması, giderek artan ataklar ve gerekli tanısıl kriterleri içermesi gerekir. Bilişsel kurama göre panik atak; ciddi bir hastalıkla ilgili olmayan bedensel duyumların (kalp çarpıntısı, hafif nefes darlığı gibi) ve yine ciddi ruhsal rahatsızlıkları çağrıştırmayan zihinsel deneyimlerin (derealizasyon; gerçek dışılık hissi gibi) ve duygusal semptomların (anksiyete gibi) o durumdaki beklenen bireyin içsel bir şekilde anlamlandırıldığı felaketin (kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, nefes kesilmesi gibi) semptomlar şeklindeki katastrofik yorumlamasıyla meydana gelen şiddetli korkunun bedensel, bilişsel, emosyonel alanlardaki belirtilerin artışıdır. Bununla beraber bireyde meydana gelen felakete yönelik inancın artmasıyla kendisini ortaya koyan kısır bir döngüdür (Türkçapar, 2015a).

Bilişsel yapıda anksiyete semptomlarının devam etmesini sağlayan diğer önemli bir mekanizma ise imgelemdir. Örnek olarak anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan panik bozukluk atakları sırasında hasta, olumsuz otomatik düşüncelerini korkutucu olan imajlarla destekler (Beck ve Emery; 2011: 14). Panik bozukluk bir nevi, bireyin bedensel uyarılarına yönelik yaptığı felaketleştirici yorumlamalarıdır. Örnek olarak birey, kendisinde gözlediği bir bedensel semptomu yaşadığı zaman bunun ölümle sonuçlanacağını veya çıldıracağı şeklindeki bir işaret olarak değerlendirmektedir. Bedensel duyumlar (nefes alma güçlüğü, göğüste ağrı, kalp çarpıntısı gibi) belirtilerdir. Bu belirtilerin sonrasındaki süreçte panik bozukluk, bireyin panik atak geçireceğine dair korkular yaşaması ve kaçınma davranışı şeklinde tekrar ederek döngüsel bir hale gelmektedir. Bu nedenle panik bozukluğa sahip bireylerde kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışlar sıklıkla görülmektedir. Bu davranışlarla birey sıkıntısının azaldığını, geçtiğini düşünür. Ancak panik bozukluğun devam etmesinde besleyici bir kaynaktır. Bu kişiler dikkatinin tümünü bedene yönlendirerek sıradan, rutin olan bedensel değişimleri bile yoğun yaşar (Türkçapar, 2014).

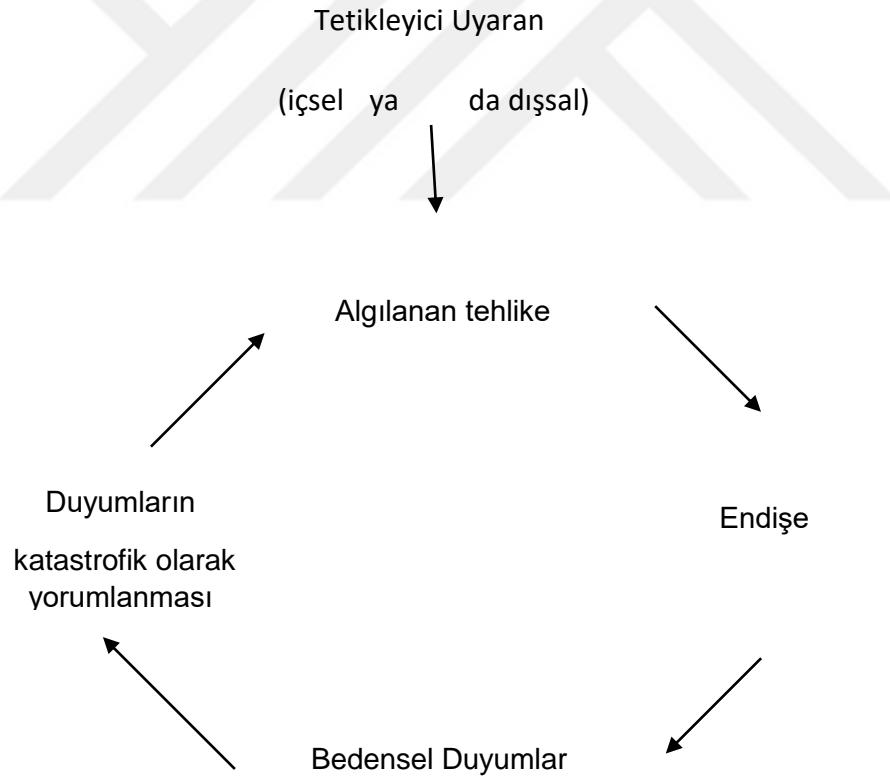
Bilişsel modele göre panik ataklar, bazı bedensel duyumların felaketleştirici bir şekilde yanlış yorumlanmasından kaynaklandığını öne sürmüştür. Yanlış yorumlanan duyumlar normal



anksiyete cevaplarında (örneğin çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi gibi) yer alan fakat aynı zamanda bazı başka bedensel duyuları da içeren duygulardır. Katastrofik yanlış yorumlama bu hisleri gerçekte olduklarından çok daha tehlikeli olarak algılamayı içerir. Katastrofik yanlış yorumlama örnekleri, kalp çarpıntısını kalp krizinin kanıtı olarak algılayan bir birey, hafif bir nefes darlığının ölümle sonuçlanacağı yönünde bir kanıt olarak algılayabilir (Clark, 1986: 462).

Bu nedenle Türkçapar'a göre (2015a) bilişsel modelin panik bozukluğa yönelik temel varsayımları şunlardır;

(a) Panik bozukluğa sahip olan hastalar fizyolojik duylumlara panik atağa sahip olmayan kişilere göre daha katastrofik şekilde yorumlama eğilimindedirler. (b) Panik bozukluğa sahip olan hastalar bedensel duylumlari felaketleştirici tarzda hatalı bir şekilde yorumlamasını arttıracak durumlar aynı zamanda kaygı ve buna bağlı paniğinde artmasıyla son bulur. (c) Panik atakların azalabilmesi için hastanın bedensel duylumlarını katastrofik biçimde yorumlama eğilimini önlenbilmesiyle gerçekleşir.



**Şekil 3:** Panik Bozukluğun Bilişsel Modeli

**Kaynak:** Clark (1986: 463)

Yukarıdaki şekilde yer alan panik atağın bilişsel modeline göre atakları tetikleyen geniş uyarılar olabilir. Bu uyarılar dışsal olabildiği gibi (örneğin bir süpermarket agorafobik bir birey için atakların ortaya çıkmasını etkileyebilir) sıklıkla içsel de olabilir (bedensel duyular, imaj ve düşünceler). Eğer bu uyarılar birey açısından bir tehdit olarak algılandığında duruma yönelik kaygılar meydana gelmektedir. Bu durumda bedensel duyular eşliğinde gerçekleşmektedir. Tüm bunlar katastrofik olarak yorumlandığında anksiyete meydana getirmektedir. Gittikçe artan bedensel duyular kendi etrafında kısır bir döngü oluşturarak panik atağın oluşumunu meydana getirmektedir (Clark, 1986: 463).

### **2.3.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)**

Bilişsel modele göre OKB, bireyin olayları yanlış değerlendirme eğilimi ile işlevsiz olan inançların birlikteliğinden meydana gelmektedir. Aynı zamanda bilişsel model OKB'yi başlatan şeyin birey rahatsız eden bir düşüncenin ya da bir imgelemin (imaj)'ın etkisiyle oluşmaktadır. Kişide zihinsel süreçte ortaya çıkan bu düşünceler veya imajlar kendiliğinden meydana gelebildiği gibi aynı zamanda herhangi bir uyarının etkisiyle de oluşabilir. Obsesif kompulsif bozuklukta bu düşünce yapıları ile imajlar bireye has olan ve bireyin hassasiyet duyduğu alanlara yönelik gelişmektedir. Bu kişilerde görülen obsesyonlar genellikle dini konularda, bulaşma türünde, cinsellik ve zarar verme şeklindeki imgelem ve intrüsv tarzı düşünceler şeklinde kendisini göstermektedir (Türkçapar, 2014).

Bu hastalardaki rahatsız edici düşünceleri başlatan şey, hastanın irade dışı olan düşüncelere yönelik inancıdır. Bu hastalar bazı hususları abartma eğilimindedirler. Bunlar (1) olumsuz olayların ortaya çıkma olasılığını (2) sonuçta meydana gelebilecek zararı (3) yükleneceği sorumluluk derecesini (4) sorumlu tutulduğundaki yaşanılacak neticeleri. Bu nedenle OKB sıkıntısı çeken bireyler, fazlaca sahiplenilmiş sorumluluğa ve tehlike şemalarına sahiptirler. OKB hastalığı aradığı her şey de mükemmeliyetçi bir kesinlik ister. Çünkü buna ihtiyaç duyarlar (Leahy, 2007: 172).

OKB'li bireylerin obsesyonları üzerinde bazı bilişsel özellikler vardır. Bu kişiler düşünce sistemindeki zihinsel ürünlerin önemini abartma eğilimindedirler. Düşünce ile eylemin aynı şey olduğunu ve aynı sonuca varılacağı şeklinde çıkarsamalarda bulunur. Bu durum bir nevi büyüsel düşünce gibidir. Bu nedenle de düşünülen şeyin aslında meydana gelip gerçekleştirme ihtimalini arttırdığını dikkate alır. Aynı zamanda OKB'li bireye göre bir düşüncenin önlenmeye

çalışmamasının anlamı o düşünceye yönelik tema gerçekleştiğinde meydana gelecek zararlı durumu istemekle aynı öneme sahiptir. Diğer bir durumsa bu bireyler zihinsel kontrol kurmaya çalışırlar. Bireyin düşünceler ve eylemler hakkında tam olarak ya da mükemmel bir şekilde kontrol sağlamaya çalışması şeklinde kusursuz bir durum arayışındadır. Bu bireyler duyguyu temel alan değerlendirmelerde de bulunur. Düşündüğü şeyin neden bu kadar önemli olduğunu duygusal çıkarımlarla ele alır. Örnek olarak ‘düşündüğüm şey eğer bu kadar önemli olmasa bu kadar düşünmezdim’ şeklinde (Türkçapar, 2015b: 31-32).

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip kişiler, düşünce ve imajlara çeşitli anlamlar katma ve bunlar hakkında çeşitli yorumsal değerlendirmelerde bulunmaya yönelik bir eğilime sahiptirler. Bu tarzdaki düşünce yapıları bu bireylerde sıkıntı veren durumları azaltmaya yönelik bazı ritüel ve tekrarlayıcı davranışlar ortaya koymaktadır. Bu bireylerin yaşadığı sıkıntı giderici de içerisine alan kompulsif davranışlar, hastanın sıkıntı yaşamasına neden olan düşünce içeriğine yönelik düşünceyi nötralize eden bir yapıya sahiptir. Kişi, sıkıntı duyduğu düşünceden kurtulmak için tekrarladığı her kompulsif davranış o an için OKB’li bireyin sıkıntısını azalttığı veya geçirdiğine yönelik bir etkisinin olmasıyla kişi için OKB’in devam etmesini sağlayan ve onu sürdüren bir kısır döngü meydana getirmektedir (Türkçapar, 2014).

## **2.4. Bilişsel Çarpıtmalara İlişkin Yapılan Çalışmalar**

### **2.4.1. Yurtiçinde Yapılan Çalışmalar**

Cerit ve Coşkun (2012) yaptıkları çalışmada depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubundaki bilişsel çarpıtmaları karşılaştırmışlardır. Yaptıkları bu çalışmadaki amaç; major depresif bozukluk ve distimik bozukluğa sahip hastalar ile tam remisyonda olan depresyon hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan gruplardaki “işlevsel olmayan tutumlar” ve “otomatik düşünceler” ile belirlenen bilişsel becerilerin Beck’in ‘Depresyonun Bilişsel Kuramı’ ölçüsünde karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemi 180 kişidir. Bu kişiler içerisinde 60 hastaya majör depresif bozukluk, 30 hastaya distimik bozukluk, 30 hastaya major depresif bozukluk-tam remisyonda tanısı konulmuş olup kalan 60 kişi ise sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın sonucunda iyileşmiş depresyon hastalarındaki bilişsel çarpıtmaların sıklığı depresyon hastalarına göre belirgin şekilde az bulunmuştur. Buna ek olarak iyileşmiş hastalarda bulunan bilişsel çarpıtmalar ile kontrol grubuyla aynı şekilde eşitlenmektedir. Bunlara istinaden “mükemmelci tutum” şeklinde ele alınan bazı bilişsel

çarpıtmalar remisyonda olan hastalarda sürmektedir. Distimik bozukluk hastalarında ise bilişsel çarpıtmalar daha fazla bulunmakla birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır.

Batmaz ve Koçbıyık (2015) yaptıkları çalışmada çökkünlüğü olan kadınlardaki bilişsel çarpıtmaları; sürekli mi yoksa çökkünlük dönemine mi özgü olması açısından incelemişlerdir. Bu çalışmanın amacı bilişsel çarpıtmaların olumsuz otomatik düşüncelere benzer şekilde gibi çökkünlük süresince mi yüksek olduğu yoksa işlevsel olmayan tutumlar gibi süreklilik göstererek çökkünlük dönemi dışında da varlığını sürdürdüğü belirlemektir. Bu çalışmada toplam 523 katılımcı bulunmaktadır. Bu katılımcılar ruh sağlığı ve hastalıkları birimine ayaktan başvuran 178 majör depresif bozukluk, 168 iyileşme döneminde olan majör depresif bozukluk hastası ve 177 ise Eksen-1 tanısı almayan sağlıklı gönüllülerden oluşmaktadır. Araştırmanın sonucunda bilişsel çarpıtmaların kendini suçlama alt ölçeği dışında var olan çarpıtmaların aslında bireylere özgü bir kişilik özelliği olarak çökkünlük dönemi dışında da yüksek olduğu bulunmuştur. Kendini suçlamayla ilgili çarpıtmalar ise çökkünlük dönemine bağlı olarak yüksek kalmakta ve iyilik halinin sağlanmasıyla beraber seviyesinde düşme olduğu görülmektedir.

Bulut (2016) yaptığı bir çalışmada ilk ergenlik dönemi (12-14) yaş öğrencilerinde bilişsel çarpıtma düzeyi ile sosyal fobi belirti düzeyleri arasındaki ilişki ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri incelemiştir. Bu çalışmadaki amacı, 12-14 yaş aralığındaki öğrencilerin bilişsel çarpıtmaları ile sosyal fobi belirti düzeyleri ile öğrencilerin bu özellikleriyle sahip olduğu bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemektir. Araştırmanın örneklemini 591 öğrenciden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda öğrencilerin ders başarısı, aile yapısı gibi çeşitli faktörlerin mantık dışı inançlar düzeyi ile sosyal kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Mantık dışı inançların yüksek olmasının aynı zamanda sosyal fobi belirti düzeyinin de yüksek olmasına neden olabileceği öngörülmektedir.

Özsoy ve Kuloğlu (2017) yaptıkları bir çalışmada majör depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarındaki üst biliş işlevlerini incelemişlerdir. Yaptıkları bu araştırmadaki amaçları majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanısı alan hastaların üst biliş işlevlerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmaktır. Araştırmanın örneklemini ise toplamda 150 kişi oluşturmaktadır. Bu kişilerin 50'si majör depresif bozukluk tanısı alan, 50'si panik bozukluk tanısı alan ve 50 tane de sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda majör

depresif bozukluk ve panik bozukluk hasta grupları ile sağlıklı kontrol grupları arasındaki üst bilişsel özellikler açısından farklılıklar bulunmuştur.

Yılmaz, İzci, Mermi ve Atmaca (2016) yaptıkları çalışmada majör depresif bozukluk ve obsesif bozukluk hastalarında üst biliş işlevlerini kontrollü bir çalışmayla incelemek istemişlerdir. Bu çalışmadaki amaçları, obsesif kompulsif bozukluk ve majör depresif bozukluk hastalarının üst bilişsel işlevlerini ve bunların klinik belirtilerle ilişkisini incelemektir. Araştırmanın örneklemini ise toplamda 100 kişi oluşturmaktadır. Bunlardan 50 tanesi ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine ayaktan başvuran majör depresif ve obsesif kompulsif bozukluğa sahip hasta iken, 50 tanesi ise sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubudur. Bu çalışmanın sonucunda ise obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarla majör depresif bozukluğa sahip olan hastaların üst biliş puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Suadiye ve Aydın (2009) yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu olan ergenlerdeki bilişsel hataları incelemişlerdir. Çalışmanın amacı ergenlerde anksiyete ile olumsuz bilişsel hatalar arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın örneklemini ise 95 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu kişilerin 30'u anksiyete bozukluğu olan ergenler, diğer 30 katılımcı ise DEHB ve davranım bozukluğu olan ergenlerden oluşurken diğer 35 katılımcı ise hiç psikiyatrik tanı almamış ergenlerdir. Bu çalışmanın sonucunda ele alınan dört temel bilişsel hatalar içerisinde aşırı genelleme, felaketleştirme, seçici soyutlama türleri anksiyete tanısı alan ergenlerde, hem klinik olanlarda hem de kontrol grubuna göre anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda kızlardaki bilişsel hatalar, erkeklere oranla daha fazla bulunmuştur.

Demir ve Kaya (2016) yaptıkları çalışmada obsesif bozukluk ile ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiyi incelemek istemişlerdir. Çalışmanın amacı obsesif kompulsif bozukluğun ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar üzerindeki etkin rolünün belirlenmesidir. Çalışmanın örneklemini toplam 331 kişidir. Bu çalışmanın sonucunda obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğun ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların alt ölçeklerinden olan yakınlıktan kaçınma, ilişki beklentisi, zihin okuma alt boyutları üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Pişgin ve Özen (2010) yaptıkları çalışmada çocukluktan erişkinliğe Obsesif Kompulsif Bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanlarını incelemişlerdir. Bu çalışmadaki amaçları obsesif bozuklukla ilgili değerlendirme ve inanç alanlarını çocuk-ergen gelişim dönemleri ile

erişkin gelişim dönemleri arasındaki farklılık ve benzerlik açısından bilişsel ve gelişimsel bakış açısıyla ele almaktır. Bu çalışmanın sonucunda OKB ye ilişkin hatalı değerlendirme ve inanç alanlarında mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncenin önemsenmesi türündeki inanç alanları erişkin dönemde olduğu gibi çocukluk ve ergenlik döneminde de görülebilir. Bu nedenle OKB ile ilişkili olan bu türdeki hatalı değerlendirme ve inanç alanları çocukluk döneminden erişkinlik dönemine kadar artarak devam eden bir eğilim gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Özgüven (1999) yaptığı çalışmada psikiyatrik kriz vakalarında hatalı otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların sıklığını incelemiştir. Bu çalışmada amaç bilişsel çarpıtmalar ile fonksiyonel olmayan tutumların krize yönelik yatkınlık yaratıp yaratmadığının tespit etmektir. Çalışmanın örneklemini toplamda 100 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu katılımcılardan 50 kişi kriz vakaları grubu ile diğer 50 kişi kontrol grubundan oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda kriz vakalarındaki bilişsel çarpıtmalar ve fonksiyonel olmayan tutumların sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kürümlüoğlugil (2017) yaptığı çalışmada depresyon hastalarına verilen psiko-eğitimin bilişsel çarpıtmalar üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışmadaki amaç BDT temelli psiko-eğitimin depresyon hastalarındaki bilişsel çarpıtmaları üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışmanın örneklemini ise 30 depresyon tanısı almış hasta ile 30 sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubudur. Çalışmanın sonucunda ise uygulanan psiko-eğitimin depresyon hastalarındaki ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumları azalttığı belirlenmiştir.

Eldoğan (2017) yaptığı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu belirti düzeyi yüksek ve düşük olan bireylerin çeşitli psikolojik bilgece farkındalık-temelli değişkenler ve bilişsel yanlılıklar açısından karşılaştırılmasını incelemiştir. Çalışmanın amacı sosyal anksiyete bozukluğu belirti düzeyi yüksek ve düşük olan bireylerdeki psikolojik belirti, duygu düzenleme zorluğu ile bilgece farkındalık seviyeleri açısından karşılaştırmaktır. Çalışmanın örneklemini ise sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri değerlendirilmiş 941 üniversite öğrencisidir. Çalışmanın sonucunda sosyal anksiyete bozukluk belirtileri yüksek olan grupta düşük olan gruba göre somatizasyon, depresyon, okb, kişilerarası duyarlılık, öfke/saldırganlık, paranoya ve psikotizim belirti düzeyi ve duygu düzenleme düzeyi yüksek, bilgece farkındalık düzeyi ise yüksek olarak bulunmuştur. Bilgece farkındalık temelli psiko-eğitimin sosyal anksiyete bozukluğu

belirtilerini azaltmada etkili olduğu ve dikkat yanlılığını azaltmada ise eğitim düzeyinde farklılık yarattığı belirlenmiştir.

Eryüksel ve Akün (2013) yaptıkları çalışmada depresyonu olan ergenler ile ana-babaların aile ilişkilerinin ve bilişsel çarpıtmalarını incelemişlerdir. Bu çalışmadaki amaçları depresyonu olan ergenlerin ve anne-babaların sahip olduğu ailesel olan bilişsel çarpıtmaları ele almak ve ergen bireylerin kendi ve çevreleri hakkındaki işlevsel olmayan tutumları da incelenerek her iki yapı hakkındaki ilişkilerin ortaya konulması istenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise depresyonu olan ya da olmayan 123 ergen, 109 anne ile 87 baba dahilinde toplam 319 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda ergen, anne ve babaların depresyon, çarpıtılmış inançları ve anne-babaların fonksiyonel olmayan tutumlara bağlılıkları istatistiksel açıdan pozitif ve anlamlı olarak bulunmuştur.

#### **2.4.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar**

Weems vd. (2001) yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğuna sahip gençlerdeki bilişsel hataları anksiyete semptomları ve negatif bilişsel hatalar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmadaki amaç anksiyete problemi için başvuran çocuk ve ergen örneklemindeki olumsuz bilişsel hatalar ve kaygı arasındaki bağlantıyı ortaya koymaktır. Çalışmanın örneklemini 251 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu katılımcılar kaygı bozukluğu tanısı alan 166 çocuk ve 85 ergenden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda anksiyetenin her bir ölçümü (anksiyete hassasiyeti, anksiyete semptomları,... vs.) ile bilişsel hatalar (katastrofik, aşırı genelleme, kişiselleştirme, seçici soyutlama) istatistiksel olarak anlamlıdır. Katastrofi, aşırı genelleme, kişiselleştirme, türündeki bilişsel hatalar ile kontrolize edilen çocuklardaki depresyon seviyesi ile anksiyete hassasiyetine yönelik semptomlarla birbiriyle koreledir. Tüm bunların sonucunda anksiyete ve bilişsel hataların türleri arasında yaşa göre anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Kuru vd. (2017) yaptıkları araştırmada sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalardaki bilişsel çarpıtmaları incelemişlerdir. Bu çalışmanın amacı sosyal anksiyete bozukluğuna sahip hastalarla sağlıklı kontrol grubu arasındaki bilişsel çarpıtmaya yönelik farkları analiz etmek ve sosyal anksiyete bozukluğuna sahip hastalardaki depresyon ve kaygı seviyelerini belirlemektir. Çalışmanın örneklemini ise toplamda 102 kişidir. Bu kişilerden 51'i sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalar ile 51 kişiden oluşan sağlıklı gruptur. Bu

çalışmanın sonucunda, sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalar, sağlıklı kontrollere göre daha fazla bilişsel çarpıtmaya sahiptirler. Aynı zamanda sosyal anksiyete bozukluğuna sahip hastalarda komorbid depresif belirtilerin sosyal ortamlardaki kişiselleştirme ve aşırı genelleme üzerinde etkisi vardır. Bu hastalarda bilişsel çarpıklıklar, sosyal kaygının şiddetine göre depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri ile daha ilişkilidir.

Özdel vd. (2014) yaptıkları çalışmada ‘bilişsel çarpıtmaları ölçmek için bilişsel çarpıtmalar skalasını kullanarak klinik olan ve olmayan örneklemdaki psikometrik özellikleri’ incelemek istemişlerdir. Bu çalışmadaki amaç, şimdiki çalışmalarını kategoriksel skorlama sisteminin yararlılığı, kullanışlılığı açısından test etmek ve her iki Türk örneklemindeki bilişsel çarpıtma skalasının psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Çalışmanın örneklemini toplamda 325 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu kişilerden 100 tanesi depresyon tanısına sahip hastalarken, 225 tanesi ise gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda bilişsel çarpıtma skalasının geçerli ve güvenilir olduğu klinik ve klinik olmayan örnekleme ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak kategorik olan ve olmayan skorlama sistemi klinik uygulamalarda geçerlidir ve uygulanabilir.

Ohr, Sjödin ve Thorell (1999) yaptıkları çalışmada ‘panik bozukluk ve majör depresyondaki bilişsel çarpıtmaları spesifik olarak depresif ruh hali için incelemişlerdir. Çalışmadaki amaç, depresyon ve depresyon tanısı panik bozukluğu olan hastalarda fonksiyonel olmayan tutumlar skalasını ve otomatik düşünce formunun skorlarını karşılaştırarak bu skorların majör depresyon ve depresif semptomlar için özgünlüğünü araştırmaktır. Çalışmanın örneklemini, ise panik bozukluk tanısı alan 23 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın sonucunda, panik bozukluğu olan hastalarda otomatik düşünceler skalasına göre negatif spontan düşünceler hafif depresif belirtiler duyarlılığı desteklerken majör depresyon için disfonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğine göre bozuklukların özgüllük hipotezini doğrulamaktadır.

Wilson vd. (2011) yaptıkları çalışmada ‘genç yetişkinler için depresyon ve anksiyete müdahalelerinin bilişsel çarpıtmalar ve sorun yönelimli rolünü’ incelemişlerdir. Çalışmanın amacı, negatif problem yöneliminde bilişsel çarpıtmaların rolünü ve anksiyete ile depresyon tedavilerinin içeriklerini incelemektir. Çalışmanın örneklemini ise, toplamda 285 genç erişkindir. Bu örneklem üzerinde anksiyete ve depresyon belirtilerinin ve spesifik bilişsel çarpıtmaların ve negatif sorun yönelimli ilişkisinin ne ölçüde olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, bilişsel çarpıtmaların ve depresif belirtilerin negatif problem yönelimi üzerinde güçlü



belirleyiciler olduğu ve depresif belirtilerin daha yoğun hale gelmesiyle bilişsel çarpıtmalar ile negatif problem yönelimi arasındaki ilişkinin güçlendiği ortaya konulmuştur.

Chung, Jalal ve Khan (2014) yaptıkları çalışmada ‘Pakistan’da 2010’da yaşanan afetin ardından tramva sonrası stres bozukluğu ve psikiyatrik komorbiteyi maruz kalma karakteristiği, bilişsel çarpıtmalar ve duygusal bastırma ‘açısından incelemiştir. Çalışmanın amacı, Pakistan’daki sel mağdurları arasında TSSB ve psikiyatrik eş tanı yaygınlığı ile afete maruziyet özellikleri, bilişsel çarpıtma, duygusal bastırma arasındaki ilişkiyi demografik değişkenler açısından incelemektir. Çalışmanın örneklemini ise 131 afet kurbanı olan katılımcılardır. Çalışmanın sonucunda, tüm afet mağdurları TSSB için tanı ölçütlerini karşılamıştır. Afete maruziyet özellikleri TSSB ve psikiyatrik komorbiteyle anlamlı olarak bulunmuştur. Afete maruziyet özellikleri TSSB ve psikiyatrik komorbiteyle önemli ölçüde ilişkili olan bilişsel çarpıtmalarda belirgin şekilde ilişkili olarak bulunmuştur. Bilişsel çarpıtmalar, duygusal bastırmalarla da ilişkili olarak bulunmuştur. Ancak TSSB veya psikiyatrik komorbiteyle ilişkili değildir. Sonuçta bu tür durumlara maruz kalmak disfonksiyonel düşünme şekillerinin gelişmesine yol açmaktadır.

Basha (2015) yaptığı çalışmada ‘ruminasyon bilişsel çarpıtmalar ve bununla ilgili anksiyete ve depresif semptomları’ incelemiştir. Çalışmadaki amaç, ruminasyon ve bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiyi anksiyete ve depresyon sürecindeki üniversite öğrencileri üzerinde incelemektir. Çalışmanın örneklemini ise, toplamda 270 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda ruminasyonlar ve bilişsel çarpıtmalar, anksiyete ile depresyon semptomları arasında kadın ve erkek gruplarında pozitif korelasyona sahip olarak bulunmuştur. Aynı zamanda büyütme türündeki bilişsel çarpıtma, sadece anksiyete ve depresyonu olan kadınlarda pozitif korelasyona sahiptir.

Muran ve Motta (1993) yaptıkları çalışmada ‘bilişsel çarpıtma ve akılcı olmayan inançları post travmatik stres bozukluğu, anksiyete ve depresif bozukluk’ açısından incelemiştir. Bu çalışmada amaç; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, post travmatik stres onarımı ve gelişimini fonksiyonel olmayan kognisyonlar tarafından PTSD açısından özgün bir şekilde ele almaktır. Çalışmanın örneklemini toplamda 95 kişidir. Bu kişilerin 31’i PTSD tanısı almış kişidir. 24 kişi ise depresyon ya da anksiyete tanısı alan kişiyken, 40 kişi ise sağlıklı kontrol grubudur. Çalışmanın sonucunda PTSD ve klinik gruplar sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha depresif ve kaygılıdır. Bunun aksine PTSD grubu sadece klinik tanı alan gruptan ve sağlıklı kontrol grubundan daha fazla fonksiyonel olmayan

kognisyonlara sahiptir. Bununla beraber PTSD tanılı grup belirgin bir şekilde klinik gruptan daha farklı bir bilişsel yapıya sahip olduğu görüşünü desteklemektedir.

Peris vd. (2010) yaptıkları çalışmada ‘obsesif kompulsif bozukluğu olan gençlerin depresif belirtilerinin klinik ve bilişsel ilişkilerini’ incelemişlerdir. Çalışmanın amacı, primer okb’si olan gençlerde eşlik eden depresif semptomatolojinin demografik, klinik korelasyonlarını inceleyerek depresif semptomlara neden olan süreçleri açığa kavuşturmak. Çalışmanın örnekleme ise, depresif belirtilerle başvuran okb tanısı alan 71 genç ile çalışılarak depresif semptomoloji ile ilişkili klinik ve bilişsel değişkenleri belirlemektir. Çalışmanın sonucunda yüksek düzeyde depresif belirtiler içgörü, algılanan kontrol, yetkinlik ve olumsuzluk ölçüleri üzerinden değerlendirildiğinde tüm bunlar yüksek olan bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir. Ayrıca depresif semptomlar ileri yaş ve daha ciddi okb ile ilişkili olarak bulunmuştur.

Laessle vd. (1988) yaptıkları bir çalışmada ‘yeme bozukluğuna sahip hastalardaki depresyonun bilişsel korelasyonunu’ incelemişlerdir. Çalışmadaki amaç, anoreksiya nervoza ve bulimianın bilişsel görünüm özelliklerinden yola çıkarak görünüş, kilo, kendini negatif değerlendirme eğilimi ile bu hastalardaki depresif semptomlar arasındaki yakın ilişkiyi belirlemektir. Çalışmanın örnekleme ise anoreksiya veya bulimia tanısı alan 99 hastadır. Çalışmanın sonucunda her iki hasta grubunda da depresyon ve bilişsel şema arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu hastalardaki depresif belirtilerin gelişimi ve sürdürülmesi açısından bilişsel çarpıtmaların karakteristiğinin rolü çok önemli olduğu gösterilmiştir.

Voncken, Bögels ve Peeters (2007) yaptıkları çalışmada ‘sosyal fobide depresyona karşı yorumlama ve yargısal önyargıların özgüllüğünü’ incelemişlerdir. Çalışmada amaç, sosyal fobinin içeriğe özgü yorum ve yargısal önyargılarla karakterize olduğunu göstermektir. Çünkü sosyal fobideki bu yanlılıkları depresyon açıklayabilir. Depresyon aynı zamanda sosyal durumdaki bilişsel çarpıtmalarla karakterizedir. Çalışmanın örnekleme ise toplamda dört gruptur. Bu gruplar 38 sosyal fobik hasta, 47 düşük depresif belirtilere sahip hasta, 22 depresif hasta ve 33 kişi normal kontrol grubudur. Çalışmanın sonucunda sosyal fobik hastalar, depresif hastalara ve sağlıklı kontrollere göre sosyal ortamları daha tehdit edici olarak algılamaktadır. Sosyal durumlar için içeriğe özgü önyargılar, sosyal fobik hastaları depresif hastalardan ayırmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada, depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeyleri kıyaslanmak istendiği için nedensel-karşılaştırma deseni kullanılmıştır. Bu desen farklı bağımsız değişkenlere göre bağımlı değişkende farklılaşma olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Bu desen ilişkisel araştırmalarda olduğu gibi olay öncesinde kontrol sağlanamadığı ancak olay sonrası araştırmaların yapılabildiği çalışmalarda kullanılmaktadır (Başol, 2008).

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Psikiyatri Polikliniğine Şubat ile Mayıs 2017 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmek için başvuran depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan 1219 hastadır. Araştırmanın örneklemini ise amaçlı ve uygun örnekleme yöntemi ile seçilen; 30 Depresyon, 30 Kaygı Bozukluğuna sahip hastalar ile 30 sağlıklı kontrol grubundan oluşan toplam 90 katılımcıdır. Çalışmaya dahil olma kriterleri ise; onam /rıza formunu imzalayarak çalışmaya katılmaya gönüllü olan, okur-yazarı olan, görme engeli olmayan, psikotik bozukluk tanısı almayan, mental retardasyonu olmayan, demans olmayan, 18-60 yaş aralığında olan kişilerden seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

##### 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ile araştırmaya dahil edilen alt boyutlar ise katılımcıların; yaş, cinsiyet, meslek, medeni

durum, eğitim durumu, kardeş sayısı, yaşadığı yer gibi demografik bilgilerin yanı sıra sınıfta kalma durumu, ailede psikiyatrik öykü varlığı, eskiden alınmış olan psikiyatrik tanının türü ve süresi, şimdi alınmış olan psikiyatrik tanının türü ve süresi, şimdiki antidepresan kullanımı ve süresi, geçmişteki antidepresan kullanımı ve süresi, psikoterapi alma, 0-6 yaş aralığında bakım veren, yer değiştirme/göç, aile içi şiddet görme, babadan anneye şiddet gibi alt başlıklardan oluşmaktadır.

### **3.3.2. Düşünce Özellikleri Ölçeği (Cognitive Distortion Scale)**

Düşünce özellikleri ölçeği ilk olarak Covin ve arkadaşları tarafından 2011’de klinik olmayan lisans öğrencilerini içeren örneklem üzerindeki yapılan çalışmalarının sonucunda geliştirilmiştir (Covin, Dozois, Ogniewicz, ve Seeds, 2011). Klinik olmayan örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmasına rağmen psikometrik özellikler ve skorumla sistemi değerlendirilmemiştir. Bu nedenle düşünce özellikleri ölçeği yeniden revize edilmiştir (Özdel vd., 2014). Bu revizyondaki amaç klinik olan ve olmayan her iki Türk örnekleme üzerinde ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Aynı zamanda ölçeğin psikometrik özelliklerinin klinik olan ve olmayan örneklem arasında farklılık gösterip göstermediğini incelenerek bu ölçek için alternatif bir kategorik puanlama sisteminin kullanılabilirliği test etmektir.

Bu amaçla çalışmaya toplam da 325 kişi katılmıştır. Birinci grup klinik olmayan 225 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan kişilerdir. Çalışmanın ikinci grubu ise 100 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler aynı hastaneye ayaktan tedavi görmek için başvuran depresyon tanılı hastalardır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda düşünce özellikleri ölçeği klinik olan ve olmayan popülasyonu ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda kategorik olan ve olmayan puanlama sisteminin klinik uygulamalarda uygun ve kullanılabiliridir.

Bu ölçek, temelde 10 türde olan bilişsel çarpıtmaları; zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme duygudan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, meli-malı ifadeleri, olumluyu küçültme ya da yok sayma şeklinde olan çarpıtmaları kişilerarası ve kişisel başarı alanları olmak üzere her iki alanda da tanımlayan toplamda 20 maddeden oluşan tek ve kısa paragraflı vaka örnekleriyle ele alarak ölçmektedir.

Böylece paragrafta yer alan konudan bireyin, bu tarz düşünme biçimlerini ne sıklıkta kullandığını tahmin etmesi istenir.

Her madde için 7 puanlık bir skora kullanılır (1=asla, 7=her zaman). Her bir bilişsel çarpıtma iki alanda incelenir. Bu alanlar kişilerarası ve kişisel başarı alanları olmak üzere iki kategoridir. Ölçeğin puanlaması iki şekilde yapılabilmektedir. İlk olarak, likert tipi puanlamanın ham puan ortalaması alınarak yapılmaktadır. İkinci olarak ise, ölçeği cevaplayan kişi, her bir alt madde için 5 ya da 6 ‘yı işaretlemişse ‘bu bilişsel hatayı yapıyor’ olarak kabul edilerek 1 puan almaktadır. Aksi halde 4 ya da daha aşağısında olan işaretleme için bu ‘bilişsel hatayı yapmıyor’ olur ve 0 puan almaktadır. Her iki hesaplama yöntemi sayesinde hem kişinin hangi bilişsel hatayı yaptığı saptanabilmekte hem de 1 puan verilen tüm maddeler toplandığında genel bilişsel çarpıtma puanı hesaplanmaktadır.

CDS (Cognitive Distortion Scale) ’nin 20 maddesi için varimax rotasyonu yapılmıştır. Varimax rotasyonu sonunda öz değeri birden büyük dört faktör (8.90, 1.67, 1.17, 1.05) ortaya çıkmıştır. Bu dört faktör toplam varyansın %64.03’ünü açıklamaktadır. (sample 1 için) Faktör analizi sample 2 için yapıldığında ise öz değeri 1’den büyük olan altı faktör (7.91, 1.78, 1.45, 1.28, 1.15, 1.01) ortaya çıkmıştır. Bu faktörler ise toplam varyansın % 72.98’ini açıklamaktadır.

CDS ve alt ölçeklerin yapı geçerliliğinin incelenmesi amacıyla CDS puanları ile mevcut çalışmada yer alan klinik ölçümler arasındaki korelasyon incelenmiştir. Ayrıca CDS ve DAS (Dysfunctional Attitudes Scale) ölçekleri ile bunların alt ölçekleri ve depresyonda benzer bilişsel eğilimleri ölçen ATQ (Automatic Thought Questionnaire )arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. İç tutarlılığın sağlanması amacıyla Cronbach’s Alpha hesaplanmıştır. Sample 1 için (CDS) Cronbach’s Alpha değeri 0.933, kişilerarası alt ölçeği için 0.871, kişisel başarı alt ölçeği için ise 0.874 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonları 0.495 ile 0.711 arasında değişmektedir. Sample 2 için Cronbach’s Alpha değeri 0.918, kişilerarası alt ölçeği için 0.868, kişisel başarı alt ölçeği için ise 0.847 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonları ise 0.478 ile 0.703 arasında değişmektedir.

Güvenirlilik çalışmaları için Test-tekrar test yöntemi CDS ölçeği Sample 1’de yer alan 30 kişiye iki hafta sonra yeniden uygulanmıştır. CDS toplam puanları arasında iki değerlendirme sonuçları arasında güçlü bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $r = 0.783$ ,  $p, 0.001$ ). Kişilerarası ve kişisel başarı alt ölçekleri puanları benzer korelasyon göstermiştir ( $r = 0.735$ ,  $p, 0.001$  ve  $r = 0.809$ ,  $p, 0.001$ ).

### 3.3.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Envanteri (SCID-I)

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme envanteri olan (SCID-I), temel DSM-IV Eksen I tanılarının konulması amacıyla yarı yapılandırılmış bir biçimde düzenlenen klinik görüşme envanteridir (Çorapçıoğlu vd., 1999). Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırmak, tanıların geçerlilik ve güvenilirliğini arttırmak, semptomların gözden kaçmasını önlemek ve tanıların sistematik bir şekilde araştırılmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (First ve ark.1997). SCID-I, karmaşık vakalarda tanı koymayı kolaylaştırdığı gibi aynı zamanda klinisyenin yapılandırılmamış görüşme sonucunda ortaya koyduğu tanıya göre daha doğru ve kapsamlıdır.

Çorapçıoğlu vd. (1999)' a göre SCID ilk olarak 1983'de DSM-III ölçütlerinin standart bir dil olarak kullanılması amacıyla üzerinde çalışılan bir ölçek olmuştur. Daha sonra çalışmalar klinik olan ve olmayan örneklem üzerinde uzun yıllar test edilerek güvenilir olduğuna karar verilmiştir. Sonrasında DSM-III R için 1990'da ve DSM-IV R için ise 1996'da yayınlanmıştır. Bu ölçek, SCID-CV klinik versiyon ve SCID- RV araştırma versiyonu olmak üzere iki versiyondan oluşmaktadır. SCID-CV, klinik değerlendirmelerde kullanmak amacıyla geliştirilmiştir DSM-IV de yer alan tüm hastalık tanımlarını içermektedir. SCID-CV bir tane yeniden kullanılabilir Kullanım Kılavuzu ile bir tane bir kere kullanılabilen Puanlama Cetvelinden oluşmaktadır. SCID-CV en az üç şekilde kullanılabilir.

İlk olarak klinisyen standart görüşmesini yaptıktan sonra şüphelendiği tanı ölçütünü doğrulamak için uygulayabilir. İkinci olarak SCID-CV ve SCID-II (kişilik bozuklukları için) tüm tanı ölçütleri uygulandığında Eksen I ve Eksen II tanımlarının hepsi sistematik olarak değerlendirilmiş olur. Son olarak ise hastadan bilgi almayı sağlayan sorulardan oluştuğu için ruh sağlığı mesleğinde çalışanlara görüşme becerisi katmış olması için kullanılabilir. SCID-CV toplamda 6 modülden oluşmaktadır. Bu modüller A-B-C-D-E-F olarak nitelendirilmiştir. A modülü 'duygudurum epizodları' B modülü 'psikotik semptomlar' C modülü 'psikotik bozukluklar' D modülü 'duygudurum bozuklukları' E modülü 'madde kullanım bozuklukları' ve F modülü 'anksiyete ve diğer bozukluklar'dır. Bu modüller uygulanırken sıra değişimi olabildiği gibi en baştan başlanarakta ele alınabilir. Her modül kendi içerisinde yönergeler sahiptir. Bu yönergelerde yer alan direktiflerin ve klinik gözlemin sonucunda sonucunda klinisyen esas tanıyı koyabilmektedir.

SCID-CV'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil vd. (1999) tarafından yapılmıştır. Tanı değerlendirme ölçeklerinin güvenilirliği için belli bir grup deneğin üzerinde iki veya daha fazla sayıda yer alan görüşmecinin objektif ve birbirinden bağımsız olan şekilde yaptıkları değerlendirmeler sonucunda oluşan ortak görüş birliği kriter olarak kabul edilir. Bunun sonucunda Kappa istatistiği ile sonuca ulaşılmaktadır.

Bu ölçek için de Kappa istatistiği ile değerlendirme yapılarak 6 farklı bölgede test tekrar test yöntemiyle 506 görüşmeci tarafından veriler toplanmaktadır (Çorapçioğlu vd., 1999). Ölçeğin Kappa değerleri 0.52-1.00'dan oluşan katsayılar arasında yer almaktadır. DSM-III R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Formunun güvenilirliği için bu katsayı değerleri 0.57-1.00 olarak bulunmuştur. DSM IV R Eksen II tanıları için ise güvenilirlik katsayıları 0.48- 0.98 arasında değişmektedir (Öztürkçügil vd., 1999). Yapılan bu çalışmalar sonucunda tüm tanılar için uyuma oranı %98.1 ve Kappa katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır. SCID-CV'nin Türkçe forumunun güvenilir biçimde kullanılabileceği gösterilmiştir.

Bu ölçeğin tanı geçerlik çalışmaları için Spitzer (1983)'de "altın standart" adı verilen değerlendirme teknikleriyle ile konulan tanılar arasında görüş birliği bulunmuştur. Kronzer ve arkadaşlarının 1995'de yaptığı madde kötüye kullanımı hakkında yaptığı çalışmada SCID kullanılmasıyla elde edilen tanıların geçerliliğinin yüksek olduğunu bulmuştur (Çorapçioğlu vd., 1999: 45).

### **3.4. İşlem**

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Akademik Kurulundan alınan etik izin doğrultusunda ölçekler katılımcılara Şubat - Mayıs 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Yapılacak olan uygulama öncesinde katılımcılara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek bu çalışmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu araştırmacı tarafından sözlü olarak açıklanmış ve katılımcıların yazılı onam formunu doldurmalarıyla teyit edilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. İlk olarak psikiyatri uzmanı tarafından depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastalar araştırmacıya yönlendirilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler psikiyatri polikliniğinde yer alan ayrı bir oda da bireysel ve yüz yüze olarak yapılmıştır. Ölçeklerin nasıl doldurulacağına dair bilgiler katılımcılara uygulama öncesinde sözlü olarak bildirilmiştir. Hastalara kişisel bilgi formu verilmiştir. Daha sonrasında

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Envanteri olan SCID-I klinik versiyon katılımcılara tüm modülleriyle ele alınarak detaylı bir tanı görüşmesiyle gerçekleştirilmiştir. SCID-I sonucuna göre Depresyon ve Kaygı Bozukluğu tanısı alan katılımcılara Düşünce Özellikleri Ölçeği hakkında kısa bir bilgi verilerek ölçeğin doldurulması istenmiştir. Tüm bu uygulamalar toplamda 90 dk sürmüştür.

Yapılan bu çalışmanın sağlıklı kontrol grubunu oluşturmak için aynı hastanede çalışan gönüllü katılımcılar seçilmiştir. Bu kişilerin seçiminde de araştırma kapsamına dahil edilen kriterler göz önüne alınmıştır. Çalışma hakkında gereken bilgiler verilerek katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Yapılan görüşmeler ayrı bir oda da bireysel ve yüz yüze olacak şekilde yapılmıştır. Sonrasında kişisel bilgi formu katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Herhangi bir psikiyatrik tanının varlığını değerlendirmek için SCID-I sağlıklı kısa form araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Bunun sonucunda klinik tanı almayan 30 sağlıklı katılımcı seçilerek bu kişilere Düşünce Özellikleri Ölçeği hakkında kısa bir bilgilendirme verilerek doldurmaları istenmiştir. Tüm bu uygulamalar toplam da 40 dk sürmüştür.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi 30 aksiyete bozukluğu olan grup, 30 depresyon grubu ve 30 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 90 katılımcının verileri üzerinden yapılmıştır. Verilerin analizi SPSS v25 programı kullanılarak yapılmıştır. Hipotez sınamalarında anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak seçilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi, üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise ANOVA analizi kullanılmıştır. İki ya da daha fazla bağımsız değişkenin, birden fazla bağımlı değişken üzerindeki etkisi incelemek amacıyla da çift yönlü/çok değişkenli (MANOVA) analizi kullanılmıştır.



**DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**  
**BULGULAR VE YORUM**

**4.1. Örneklemeye Ait Sosyodemografik Bilgiler**

Araştırmanın örneklemini oluşturan 90 katılımcıya ait sosyodemografik bilgilere ilişkin frekans ve yüzde dağılımları aşağıda Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Örneklem Sospodemografik Bilgileri**

	Depresyon		Kaygı		Kontrol		<i>p</i>
	Ort. ± S.s		Ort. ± S.s		Ort ± S.s		
Yaş	30.97 ± 10.35		25.60 ± 7.04		31.27 ± 10.31		0.035
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	9	30.0	7	23.0	8	26.7	0.843
Kadın	21	70.0	23	76.7	22	73.3	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	14	46.7	11	36.7	12	40.0	0.725
Bekar	16	53.3	19	63.3	18	60.0	
<b>Öğrenim Durumu</b>							
Lise	17	56.7	20	66.7	16	53.3	0.551
Üniversite	13	43.3	10	33.3	14	46.7	
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	8	26.7	6	20.0	13	43.3	0.127
Çalışmıyor	22	73.3	24	80.0	17	56.7	
<b>Birinci Derecede Akrabalarda Psikiyatrik Öykü Varlığı</b>							
Var	17	56.7	20	66.7	2	6.7	0.000
Yok	13	43.3	10	33.3	28	93.3	
<b>Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Tanı</b>							
Depresyon	10	33.3	6	20.0	0	0.0	0.000
Kaygı Bozukluğu	6	20.0	12	40.0	2	6.7	
Hiçbiri Yok	14	46.7	12	40.0	28	93.3	
<b>Şuan Antidepresan Kullanımı</b>							
Var	22	73.3	20	66.7	0	0.0	0.000
Yok	8	26.7	10	33.3	30	100.0	
<b>Geçmişte Antidepresan Kullanımı</b>							
Var	17	56.7	14	46.7	0	0.0	0.000
Yok	13	43.3	16	53.3	30	100.0	
<b>Psikoterapi Alma</b>							
Evet	19	63.3	18	60.0	0	0.0	0.000
Hayır	11	36.7	12	40.0	30.0	100.0	

Tablo 2 incelendiğinde depresyon tanısı almış katılımcıların yaş ortalaması  $30.97 \pm 10.35$ , kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların yaş ortalaması  $25.60 \pm 7.04$  ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ise  $31.27 \pm 10.31$  olarak hesaplanmıştır.

Cinsiyet dağılımına baktığımız zaman; depresyon tanısı almış katılımcıların 9'u (%30.0) erkek ve 21'i (%70.0) kadındır. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 7'si (%23.3) erkek ve 23'ü (%76.7) kadındır. Kontrol grubundaki katılımcıların 8'i (%26.7) erkek ve 22'si (%73.3) kadındır. Cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ).

Medeni durum dağılımına bakıldığında; depresyon tanısı almış katılımcıların 14'ü (%46.7) evli ve 16'sı (%53.3) bekârdır. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 11'i (%36.7) evli ve 19'u (%63.3) bekârdır. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 12'si (%40.0) evli ve 18'i (%60.0) bekârdır. Medeni duruma göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ).

Öğrenim durumu dağılımına bakıldığında; depresyon tanısı almış katılımcıların 17'si (%56.7) lise ve 13'ü (%43.3) üniversite mezunudur. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 20'si (%66.7) lise ve 10'u (%33.3) üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 16'sı (%53.3) lise ve 14'ü (%46.7) üniversite mezunudur. Öğrenim durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ).

Çalışma durumu dağılımına bakıldığında; depresyon tanısı almış katılımcıların 8'i (%26.7) herhangi bir işte çalışırken 22'si (%73.3) çalışmamaktadır. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 6'sı (%20.0) herhangi bir işte çalışırken 24'ü (%80.0) çalışmamaktadır. . Kontrol grubundaki katılımcıların ise 13'ü (%43.3) herhangi bir işte çalışırken 17'si (%56.7) çalışmamaktadır. Çalışma durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların klinik özelliklerine bakıldığında; depresyon tanısı almış katılımcıların 17'sinin (%56.7) birinci derecede akrabalarında psikiyatrik tanı varken 13'ünde (%43.3) yoktur. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 20'sinin (%66.7) birinci derecede akrabalarında psikiyatrik tanı varken 10'unda (%33.3) yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların ise 2'sinin (%6.7) birinci derecede akrabalarında psikiyatrik tanı varken 28'inde (%93.3) yoktur. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik tanı alma durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır [ $\chi^2(2) = 25.249, p = 0.000$ ].

Depresyon tanısı almış katılımcıların 10'unun (%33.3) birinci derece akrabalarında depresyon tanısı varken 6'sının (%20.00) akrabalarında kaygı bozukluğu tanısı vardır. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 6'sının (%20.0) birinci derece akrabalarında depresyon tanısı varken

12'sinin (%40.0) akrabalarında kaygı bozukluğu tanısı vardır. Kontrol grubundaki katılımcıların ise sadece 2'sinin (%6.7) birinci derece akrabalarında kaygı bozukluğu tanısı vardır. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik tanıya göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır [ $\chi^2(2)= 25.544, p=0.000$ ].

Depresyon tanısı almış katılımcıların 22'si (%73.3) şunda antidepresan kullanırken 8'i (%26.7) kullanmamaktadır. Aynı zamanda 17 (%56.7) katılımcı geçmişte de antidepresan kullanmıştır ve 19 (%63.3) katılımcı da psikoterapi almaktadır. Kaygı bozukluğu tanısı almış katılımcıların 20'si (%66.7) şunda antidepresan kullanırken 10'u (%33.3) kullanmamaktadır. Aynı zamanda 14 (%46.7) katılımcı geçmişte de antidepresan kullanmıştır ve 18 (%60.0) katılımcı da psikoterapi almaktadır.

**Tablo 3.** Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Hasta Gruplarının Ek Tanı Özellikleri  
(n=60)

	n	%
1 Ek Tanı	22	36.7
2 Ek Tanı	9	15.0
3 Ek Tanı	8	13.3
4 Ek Tanı	3	5.0
Yok	18	30

Tablo 3 incelendiğinde depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış hasta gruplarından 22'sinin (%36.7) 1 ek tanı, 9'unun (%15.0) 2 ek tanı, 8'inin (%13.3) 3 ek tanı, 3'ünün (%5.0) 4 ek tanı aldığı ve 18'inin (%30.0) ise ek tanı almadığı görülmektedir.

**Tablo 4.** Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Hasta Gruplarının Aldığı Ek Tanı Grupları

	Depresyon (n=30)		Kaygı (n=30)		Toplam (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Majör Depresif Bozukluk	0	0.00	4	13.3	4	6.7
Distimik Bozukluk	3	10.0	1	3.3	4	6.7
Panik Bozukluk	0	0.0	7	23.3	7	11.6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3	10.0	5	16.7	8	13.3
Post Travmatik Stres Bozukluğu	2	6.7	2	6.7	4	6.7
Agorafobi	0	0.0	1	3.3	1	1.7
Sosyal Fobi	5	16.7	8	26.7	13	21.7
Özgül Fobi	6	20.0	6	20.0	12	20
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	6.7	13	43.3	15	25.0
Vücut Dismorfik Bozukluk	0	0.0	1	3.3	1	1.7
Somatizasyon Bozukluğu	4	13.3	4	13.3	8	13.3
Hipokondriazis	0	0.0	1	3.3	1	1.7

Katılımcıların 4'ü (% 6.7) majör depresif epizod, 4'ü (% 6.7) distimik bozukluk, 7'si (% 11.6) panik bozukluk, 8'i (% 13.3) obsesif kompulsif bozukluk, 4'ü (% 6.7) post travmatik stres bozukluğu, 1'i (% 1.7) agorafobi, 13'ü (% 21.7) sosyal fobi, 12'si (%20) özgül fobi, 15'i (% 25) yaygın anksiyete bozukluğu, 1'i (% 1.7) vücut dismorfik bozukluğu, 8'i (% 13.3) somatizasyon bozukluğu ve 1'i ise (% 1.7) hipokondriazis ek tanısı almıştır.

#### **4.2. Bilişsel Çarpıtma Türlerinin Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması**

Bireylerin kullandığı bilişsel çarpıtma türlerinin grup, cinsiyet ve grup/cinsiyet birlikteliğine göre farklılaşp farklılaşmadığını sınamak amacıyla çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Buna göre, Felaketleştirme, Aşırı Genelleme, Meli Malı Düşünceleri, Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma bilişsel çarpıtma puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar gözlemlenirken, Zihin Okuma, Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme, Duygudan Sonuç Çıkarma, Etiketleme, Zihinsel Filtreleme ve Kişiselleştirme puan ortalamaları kişilerin grup, cinsiyet ve grup/cinsiyet birlikteliği değişkenlerine göre farklılaşmadığı görülmüştür.

**Tablo 5.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Felaketleştirme Puanları ve Standart Sapmaları

Tanı Grubu	Cinsiyet	Felaketleştirme (KA)		Felaketleştirme (KB)		
		n	Ort. (S.s.)	n	Ort.	S.s.
Depresyon	Erkek	9	4.33 (1.94)	9	4.56	1.74
	Kadın	21	3.81 (2.11)	21	2.90	1.73
Kaygı	Erkek	7	4.57 (2.30)	7	4.29	1.38
	Kadın	23	3.91 (1.70)	23	3.22	1.81

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyetlerine göre Felaketleştirme puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 5’te, MANOVA sonuçları ise Tablo 6’da gösterilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde bireylerin cinsiyetlerine göre ( $\lambda=0.89$ ,  $F=3.550$ ,  $p<0.05$ ) Felaketleştirme puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmasına rağmen grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre Felaketleştirme puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Hangi bağımsız değişkenin çok değişkenli (*multivariate*) anlamlılığa katkı sağladığını belirlemek amacıyla yapılan analizlerde elde edilen bulguları tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 6.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Felaketleştirme puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları

Etki	$\lambda$	F	SD	SD Hata	$p$	$\eta^2$
Grup	1.00	0.044	2	55	0.957	0.002
Cinsiyet	0.89	3.550	2	55	0.035	0.114
Grup x Cinsiyet	0.99	0.206	2	55	0.815	0.007

**Tablo 7.** Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Felaketleştirme Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	$F$	$p$	$\eta^2$	Anlamlı Fark
Grup	Felaketleştirme (KA)	0.338	1	0.338	0.088	0.768	0.002	-
	Felaketleştirme (KB)	0.005	1	0.005	0.002	0.967	0.000	-
Cinsiyet	Felaketleştirme (KA)	4.050	1	4.050	1.056	0.309	0.019	-
	Felaketleştirme (KB)	21.427	1	21.427	7.169	0.010	0.113	E>K
Grup x Cinsiyet	Felaketleştirme (KA)	0.052	1	0.052	0.014	0.907	0.000	-
	Felaketleştirme (KB)	0.983	1	0.983	0.329	0.569	0.006	-
Hata	Felaketleştirme (KA)	214.778	56	3.835				
	Felaketleştirme (KB)	167.373	56	2.989				
Toplam	Felaketleştirme (KA)	1187.000	60					
	Felaketleştirme (KB)	898.000	60					
Düzeltilmiş Toplam	Felaketleştirme (KA)	218.983	59					
	Felaketleştirme (KB)	190.733	59					

Tablo 7 incelendiğinde, bireylerin cinsiyetine göre Felaketleştirme Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir [ $F_{(1-56)} = 7.169$ ,  $p < 0.05$ ]. Ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Felaketleştirme Kişilerarası Alan puanlarının ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Ancak Felaketleştirme Kişisel Başarı Alanı puan ortalamaları grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Diğer taraftan bireylerin cinsiyet, grup ve grup x cinsiyet etkileşimine göre Felaketleştirme Kişilerarası Alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyetlerine göre Felaketleştirme puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 8’de, MANOVA sonuçları ise Tablo 9’da gösterilmiştir. Tablo 9 incelendiğinde bireylerin cinsiyetlerine göre ( $\lambda = 0.89$ ,  $F = 3.512$ ,  $p < 0.05$ ) Aşırı Genelleme puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmasına rağmen grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre Aşırı Genelleme puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p > 0.05$ ). Hangi bağımsız değişkenin çok değişkenli (*multivariate*) anlamlılığa katkı sağladığını belirlemek amacıyla yapılan analiz bulguları tablo 10’da verilmiştir.

**Tablo 8.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Aşırı Genelleme Puanları ve Standart Sapmaları

Tanı Grubu	Cinsiyet	Aşırı Genelleme (KA)		Aşırı Genelleme (KB)	
		n	Ort. (S.s.)	n	Ort.(S.s.)
Depresyon	Erkek	9	4.56 (2.35)	9	3.89 (1.83)
	Kadın	21	3.71 (2.41)	21	2.43 (1.89)
Kaygı	Erkek	7	4.14 (2.12)	7	4.43 (2.76)
	Kadın	23	3.57 (2.35)	23	2.78 (1.86)

**Tablo 9.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Aşırı Genelleme puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları

Etki	$\lambda$	$F$	SD	SD Hata	$p$	$\eta^2$
Grup	0.98	0.623	2	55	0.540	0.022
Cinsiyet	0.89	3.512	2	55	0.037	0.113
Grup x Cinsiyet	1.00	0.054	2	55	0.948	0.002

**Tablo 10.** Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Aşırı Genelleme Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	$F$	$p$	$\eta^2$	Anlamlı Fark
Grup	Aşırı Genelleme (KA)	0.915	1	0.915	0.166	0.685	0.003	-
	Aşırı Genelleme (KB)	2.315	1	2.315	0.590	0.446	0.010	-
Cinsiyet	Aşırı Genelleme (KA)	5.835	1	5.835	1.057	0.308	0.019	-
	Aşırı Genelleme (KB)	27.963	1	27.963	7.129	0.010	0.113	E>K
Grup x Cinsiyet	Aşırı Genelleme (KA)	0.201	1	0.201	0.037	0.849	0.001	-
	Aşırı Genelleme (KB)	0.100	1	0.100	0.025	0.874	0.000	-
Hata	Aşırı Genelleme (KA)	309.017	56	5.518				
	Aşırı Genelleme (KB)	219.659	56	3.922				
Toplam	Aşırı Genelleme (KA)	1198.000	60					
	Aşırı Genelleme (KB)	795.000	60					
Düzeltilmiş Toplam	Aşırı Genelleme (KA)	316.333	59					
	Aşırı Genelleme (KB)	248.983	59					



Tablo 10 incelendiğinde, bireylerin cinsiyetine göre Aşırı Genelleme Kişisel Başarı Alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir [ $F_{(1-56)} = 7.129$ ,  $p < 0.05$ ]. Ancak Aşırı Genelleme Kişisel Başarı Alanı Alan puan ortalamaları grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Aşırı Genelleme Kişisel Başarı Alan puanlarının ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan bireylerin grup ve grup x cinsiyet etkileşimine göre Aşırı Genelleme Kişilerarası Alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyetlerine göre Meli Malı Düşünceleri puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 11’de, MANOVA sonuçları ise Tablo 12’de gösterilmiştir. Tablo 12 incelendiğinde bireylerin cinsiyetlerine göre ( $\lambda = 0.89$ ,  $F = 3.357$ ,  $p < 0.05$ ) Meli Malı Düşünceleri puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmasına rağmen grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre Meli Malı Düşünceleri puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p > 0.05$ ). Hangi bağımsız değişkenin çok değişkenli (*multivariate*) anlamlılığa katkı sağladığını belirlemek amacıyla yapılan analiz bulguları tablo 13’te verilmiştir.

**Tablo 11.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Meli Malı Düşünceleri Puanları ve Standart Sapmaları

Tanı Grubu	Cinsiyet	Meli Malı Düşünceleri (KA)		Meli Malı Düşünceleri (KB)	
		<i>n</i>	Ort.(S.s.)	<i>n</i>	Ort.(S.s.)
Depresyon	Erkek	9	5.44 (1.13)	9	5.00 (2.00)
	Kadın	21	3.29 (2.47)	21	3.48 (2.29)
Kaygı	Erkek	7	4.57 (1.99)	7	4.29 (2.29)
	Kadın	23	3.70 (1.92)	23	3.61 (2.13)

**Tablo 12.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Meli Malı Düşünceleri puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları

Etki	$\lambda$	$F$	SD	SD Hata	$p$	$\eta^2$
Grup	1.00	0.123	2	55	0.884	0.004
Cinsiyet	0.89	3.357	2	55	0.042	0.109
Grup x Cinsiyet	0.98	0.581	2	55	0.563	0.021

**Tablo 13.** Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Meli Malı Düşünceleri Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	$F$	$p$	$\eta^2$	Anlamlı Fark
Grup	Meli Malı Düşünceleri (KA)	0.621	1	0.621	0.147	0.703	0.003	-
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	0.981	1	0.981	0.205	0.653	0.004	-
Cinsiyet	Meli Malı Düşünceleri (KA)	26.685	1	26.685	6.303	0.015	0.101	E>K
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	14.037	1	14.037	2.931	0.092	0.050	-
Grup x Cinsiyet	Meli Malı Düşünceleri (KA)	4.770	1	4.770	1.127	0.293	0.020	-
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	2.078	1	2.078	0.434	0.513	0.008	-
Hata	Meli Malı Düşünceleri (KA)	237.092	56	4.234				
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	268.145	56	4.788				
Toplam	Meli Malı Düşünceleri (KA)	1191.000	60					
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	1175.000	60					
Düzeltilmiş Toplam	Meli Malı Düşünceleri (KA)	270.583	59					
	Meli Malı Düşünceleri (KB)	285.650	59					

Tablo 13 incelendiğinde, bireylerin cinsiyetine göre Meli Malı Düşünceleri Kişilerarası Alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir [ $F_{(1-56)} = 6.303, p < 0.05$ ]. Ancak Aşırı Meli Malı Düşünceleri Kişilerarası Alan puan ortalamaları grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Meli Malı Düşünceleri Kişilerarası Alan puanlarının ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan bireylerin grup, cinsiyet ve grup x cinsiyet etkileşimine göre Meli Malı Düşünceleri Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

Hasta grubundaki katılımcıların cinsiyetlerine göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 14’te, MANOVA sonuçları ise Tablo 15’de gösterilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde bireylerin cinsiyetlerine göre ( $\lambda=0.83, F=5.559, p < 0.01$ ) Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmasına rağmen grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p > 0.05$ ). Hangi bağımsız değişkenin çok değişkenli (*multivariate*) anlamlılığa katkı sağladığını belirlemek amacıyla yapılan analiz bulguları tablo 16’da verilmiştir.

**Tablo 14.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Puanları ve Standart Sapmaları

Tanı Grubu	Cinsiyet	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)		Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	
		<i>n</i>	Ort.(S.s.)	<i>n</i>	Ort.(S.s.)
Depresyon	Erkek	9	4.22 (2.11)	9	3.56 (2.65)
	Kadın	21	2.62 (1.99)	21	2.71 (1.68)
Kaygı	Erkek	7	4.43 (2.44)	7	2.57 (2.07)
	Kadın	23	2.39 (1.59)	23	3.13 (1.96)

**Tablo 15.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları

Etki	$\lambda$	$F$	SD	SD Hata	$p$	$\eta^2$
Grup	1.00	0.128	2	55	0.880	0.005
Cinsiyet	0.83	5.559	2	55	0.006	0.168
Grup x Cinsiyet	0.96	1.055	2	55	0.355	0.037

**Tablo 16.** Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Etkileşimine Göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	$p$	$\eta^2$	Anlamlı Fark
Tanı Grubu	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	0.001	1	0.001	0.000	0.985	0.000	-
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	0.935	1	0.935	0.235	0.630	0.004	-
Cinsiyet	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	38.407	1	38.407	10.456	0.002	0.157	E>K
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	0.231	1	0.231	0.058	0.811	0.001	-
Tanı Grubu x Cinsiyet	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	0.546	1	0.546	0.149	0.701	0.003	-
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	5.682	1	5.682	1.428	0.237	0.025	-
Hata	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	205.700	56	3.673				
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	222.831	56	3.979				
Toplam	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	779.000	60					
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	763.000	60					
Düzeltilmiş Toplam	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KA)	244.983	59					
	Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB)	228.983	59					

Tablo 16 incelendiğinde, bireylerin cinsiyetine göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Kişilerarası Alan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir [ $F_{(1-56)} = 10.456, p < 0.005$ ]. Ancak Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Kişisel Başarı Alanı puan ortalamaları grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Kişilerarası Alan puanlarının ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan bireylerin cinsiyet, grup ve grup x cinsiyet etkileşimine göre Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

#### 4.3. Toplam Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Puan Ortalamaları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Boyutları Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması

Bireylerin Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının grup, cinsiyet ve grup/cinsiyet birlikteliğine göre farklılaşp farklılaşmadığını sınamak amacıyla çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 17’de, çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

**Tablo 17.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puanları ve Standart Sapmaları

Tanı Grubu	Cinsiyet	Kişilerarası Alan		Kişisel Başarı Alanı		Toplam DÖÖ	
		n	Ort.(S.s.)	n	Ort.(S.s.)	n	Ort.(S.s.)
Depresyon	Erkek	9	44.11 (14.23)	9	42.89 (13.18)	9	87.00 (26.95)
	Kadın	21	33.52 (11.22)	21	31.14 (10.30)	21	64.67 (18.71)
Kaygı	Erkek	7	42.86 (14.35)	7	38.43 (16.27)	7	81.29 (29.39)
	Kadın	23	35.91 (9.96)	23	34.61 (10.29)	23	70.52 (19.15)

**Tablo 18.** Bireylerin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliğine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarına İlişkin MANOVA Sonuçları

Etki	$\lambda$	F	SD	SD Hata	<i>p</i>	$\eta^2$
Tanı Grubu	1.00	0.092	2	55	0.912	0.003
Cinsiyet	0.89	3.416	2	55	0.040	0.111
Grup x Cinsiyet	0.97	0.793	2	55	0.458	0.028

Tablo 18 incelendiğinde bireylerin cinsiyetlerine göre ( $\lambda=0.89$ ,  $F=3.416$ ,  $p<0.05$ ) Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmasına rağmen grup ve grup x cinsiyet birlikteliğine göre Düşünce Özellikleri Ölçeği toplam puan ortalamaları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Hangi bağımsız değişkenin çok değişkenli (*multivariate*) anlamlılığa katkı sağladığını belirlemek amacıyla yapılan analizde elde edilen bulgular tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19.** Bireylerin Grup ve Cinsiyetlerine Göre Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puanlarına Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	<i>Sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	Anlamlı Fark
Tanı Grubu	Kişiler Arası Alan	3.735	1	3.735	0.028	0.868	0.000	-
	Kişisel Başarı Alanı	2.866	1	2.866	0.022	0.884	0.000	-
	Toplam DÖÖ	0.057	1	0.057	0.000	0.991	0.000	-
Cinsiyet	Kişiler Arası Alan	890.700	1	890.700	6.601	0.013	0.105	E>K
	Kişisel Başarı Alanı	702.178	1	702.178	5.293	0.025	0.086	E>K
	Toplam DÖÖ	3174.561	1	3174.561	6.822	0.012	0.109	E>K
Tanı Grubu x Cinsiyet	Kişiler Arası Alan	38.465	1	38.465	0.285	0.596	0.005	-
	Kişisel Başarı Alanı	182.064	1	182.064	1.372	0.246	0.024	-
	Toplam DÖÖ	387.897	1	387.897	0.834	0.365	0.015	
Hata	Kişiler Arası Alan	7556.810	56	134.943				
	Kişisel Başarı Alanı	7428.653	56	132.655				
	Toplam DÖÖ	26057.834	56	465.318				
Toplam	Kişiler Arası Alan	91191.000	60					
	Kişisel Başarı Alanı	82237.000	60					
	Toplam DÖÖ	342634.000	60					
Düzeltilmiş Toplam	Kişiler Arası Alan	8532.183	59					
	Kişisel Başarı Alanı	8386.583	59					
	Toplam DÖÖ	29863.600	59					

Tablo 19 incelendiğinde, bireylerin cinsiyetine göre Toplam Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) puan ortalamaları [ $F_{(1-56)} = 6.822, p < 0.05$ ] ile Kişilerarası Alan [ $F_{(1-56)} = 6.601, p < 0.05$ ] ve Kişisel Başarı Alanı [ $F_{(1-56)} = 5.293, p < 0.05$ ] puan ortalamalarının anlamlı bir biçimde

farklılaştığı görülmektedir. Ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Düşünce Özellikleri Ölçeği ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puanlarının ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan bireylerin grup ve grup x cinsiyet etkileşimine göre Toplam Düşünce Özellikleri Ölçeği Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

#### **4.4. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Eğitim Durumu ve Grup/Eğitim Durumu Birlikteliğine Göre Karşılaştırması**

Bireylerin Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının grup, eğitim Durumu ve grup/eğitim durumu birlikteliğine göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak amacıyla çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Çok boyutlu varyans analizine (MANOVA) göre Düşünce Özellikleri Ölçeği toplam puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının bireylerin grup, eğitim durumu ve grup/eğitim durumu birlikteliğine göre farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

#### **4.5. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Medeni Durum ve Grup/Medeni Durum Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması**

Bireylerin Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının grup, medeni durum ve grup/medeni durum birlikteliğine göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak amacıyla çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Çok boyutlu varyans analizine (MANOVA) göre Düşünce Özellikleri Ölçeği toplam puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının bireylerin grup, Medeni Durum ve grup/Medeni Durum birlikteliğine göre farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).



#### **4.6. Düşünce Özellikleri Ölçeği Toplam Puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı Puan Ortalamalarının Bireylerin Grup, Çalışma Durumu ve Grup/Çalışma Durumu Birlikteliğine Göre Karşılaştırılması**

Bireylerin Düşünce Özellikleri Ölçeği toplam puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının grup, çalışma durumu ve grup/çalışma durumu birlikteliğine göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak amacıyla çok boyutlu varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Çok boyutlu varyans analizine (MANOVA) göre Düşünce Özellikleri Ölçeği toplam puanları ile Kişilerarası Alan ve Kişisel Başarı Alanı puan ortalamalarının bireylerin grup, çalışma durumu ve grup/çalışma durumu birlikteliğine göre farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

#### **4.7. Yaş ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri, Bilişsel Çarpıtma Türleri Arasındaki İlişki**

Yaş ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve alt ölçekleri, bilişsel çarpıtma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını sınamak amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 20 ve Tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 20.** Yaş ile Bilişsel Çarpıtma Türleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş
Zihin Okuma (KA)	<i>r</i>	-0.125
	<i>p</i>	0.340
Zihin Okuma (KB)	<i>r</i>	0.199
	<i>p</i>	0.128
Felaketleştirme (KA)	<i>r</i>	0.026
	<i>p</i>	0.846
Felaketleştirme (KB)	<i>r</i>	-0.166
	<i>p</i>	0.206
Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KA)	<i>r</i>	0.016
	<i>p</i>	0.902
Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB)	<i>r</i>	-0.148
	<i>p</i>	0.259
Duygudan Sonuç Çıkarma (KA)	<i>r</i>	0.248
	<i>p</i>	0.056
Duygudan Sonuç Çıkarma (KB)	<i>r</i>	0.053
	<i>p</i>	0.687
Etiketleme (KA)	<i>r</i>	<b>0.282*</b>
	<i>p</i>	0.029
Etiketleme (KB)	<i>r</i>	0.112
	<i>p</i>	0.396
Zihinsel Filtreleme (KA)	<i>r</i>	-0.081
	<i>p</i>	0.536
Zihinsel Filtreleme (KB)	<i>r</i>	-0.031
	<i>p</i>	0.816
Aşırı Genelleme (KA)	<i>r</i>	0.076
	<i>p</i>	0.562
Aşırı Genelleme (KB)	<i>r</i>	-0.189
	<i>p</i>	0.148
Kişiselleştirme (KA)	<i>r</i>	-0.250
	<i>p</i>	0.054
Kişiselleştirme (KB)	<i>r</i>	-0.152
	<i>p</i>	0.246
Meli Mali Düşünceleri (KA)	<i>r</i>	-0.029
	<i>p</i>	0.826
Meli Mali Düşünceleri (KB)	<i>r</i>	0.083
	<i>p</i>	0.530
Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KA)	<i>r</i>	0.035
	<i>p</i>	0.793
Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KB)	<i>r</i>	<b>-0.324*</b>
	<i>p</i>	0.012

\* $p < 0,05$

KA. Kişilerarası Alan

Tablo 20 incelendiğinde yaş değişkeni ile bilişsel çarpıtma türlerinden Etiketleme (KA) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.282$ ,  $p<0.05$ ). Bunun yanında yaş değişkeni ile Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KB) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0.324$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 21.** Yaş ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş
Kişilerarası Alan	<i>r</i>	0.039
	<i>p</i>	0.766
Kişisel Başarı Alanı	<i>r</i>	-0.097
	<i>p</i>	0.462
Toplam DÖÖ	<i>r</i>	-0.030
	<i>p</i>	0.819

#### DÖÖ. Düşünce Özellikleri Ölçeği

Tablo 21 incelendiğinde yaş değişkeni ile Toplam DÖÖ ve alt ölçekler Kişilerarası Alan, Kişisel Başarı Alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.8. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) bilişsel çarpıtma türleri puan ortalamalarının depresyon, kaygı bozukluğu ve kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 22, Tablo 23 ve Tablo 24'te verilmiştir.

**Tablo 22.** Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Tanı Grubu	n	Ort. (S.s.)	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Zihin Okuma (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.90 (1.84)	2.426	0.094		
	B.Kaygı	30	4.60 (1.71)				
	C.Kontrol	30	3.57 (1.99)				
<b>Felaketleştirme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.97 (2.04)	4.291	0.017	0.090	A>C B>C
	B.Kaygı	30	4.07 (1.84)				
	C.Kontrol	30	2.80 (1.69)				
<b>Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.70 (1.70)	1.491	0.231		
	B.Kaygı	30	3.13 (1.41)				
	C.Kontrol	30	3.00 (1.86)				
<b>Duygudan Sonuç Çıkarma (KA)</b>	A.Depresyon	30	4.53 (1.96)	4.672	0.012	0.097	A>C B>C
	B.Kaygı	30	4.47 (2.16)				
	C.Kontrol	30	3.10 (2.02)				
<b>Etiketleme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.23 (2.10)	0.789	0.457		
	B.Kaygı	30	3.57 (2.03)				
	C.Kontrol	30	2.90 (2.04)				
<b>Zihinsel Filtreleme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.37 (2.08)	1.676	0.193		
	B.Kaygı	30	3.67 (2.11)				
	C.Kontrol	30	2.77 (1.59)				
<b>Aşırı Genelleme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.97 (2.39)	1.306	0.276		
	B.Kaygı	30	3.70 (2.28)				
	C.Kontrol	30	3.07 (1.96)				
<b>Kişiselleştirme (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.00 (1.72)	1.721	0.185		
	B.Kaygı	30	3.57 (2.08)				
	C.Kontrol	30	2.67 (1.88)				
<b>Meli Mali Düşünceleri (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.93 (2.36)	3.738	0.028	0.089	A>C
	B.Kaygı	30	3.90 (1.94)				
	C.Kontrol	30	2.63 (1.97)				
<b>Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KA)</b>	A.Depresyon	30	3.10 (2.12)	0.261	0.771		
	B.Kaygı	30	2.87 (1.98)				
	C.Kontrol	30	2.73 (1.86)				

KA. Kşilerarası Alan

KB. Kişisel Başarı Alanı

Depresyon. Depresyon Tanısı Almış Grup

Kaygı. Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Grup

Kontrol. Kontrol Grubu

Yapılan analiz sonuçlarına göre; katılımcıların Felaketleştirme (KA) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 4.291, p=0.017, \eta^2=0.090$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma

Tukey HSD sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış kişilerin Felaketleştirme (KA) puan ortalamaları ( $\bar{x}=3.97\pm 2.04$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.80\pm 1.69$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerin Felaketleştirme (KA) puan ortalamaları ( $\bar{x}=4.07\pm 1.84$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.80\pm 1.69$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 4.672, p=0.012, \eta^2=0.097$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış kişilerin Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) puan ortalamaları ( $\bar{x}=4.53\pm 1.96$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=3.10\pm 2.02$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerin Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) puan ortalamaları ( $\bar{x}=4.47\pm 2.16$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=3.10\pm 2.02$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Meli Mali Düşünceleri (KA) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 3.738, p=0.028, \eta^2=0.089$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış kişilerin Meli Mali Düşünceleri (KA) puan ortalamaları ( $\bar{x}=3.93\pm 2.36$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.63\pm 1.97$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 23.** Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Tanı Grubu	<i>n</i>	Ort. (S.s.)	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	Fark
<b>Zihin Okuma (KB)</b>	A.Depresyon	30	4.17(1.60)	3.601	0.031	0.076	B>C
	B.Kaygı	30	4.27(1.72)				
	C.Kontrol	30	3.23(1.61)				
<b>Felaketleştirme (KB)</b>	A.Depresyon	30	3.40(1.87)	0.296	0.744		
	B.Kaygı	30	3.47(1.76)				
	C.Kontrol	30	3.13(1.70)				
<b>Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB)</b>	A.Depresyon	30	4.73(2.24)	3.802	0.026	0.080	A>C
	B.Kaygı	30	3.97(2.14)				
	C.Kontrol	30	3.23(1.92)				
<b>Duygudan Sonuç Çıkarma (KB)</b>	A.Depresyon	30	3.03(1.92)	0.356	0.702		
	B.Kaygı	30	2.70(1.64)				
	C.Kontrol	30	2.70(1.73)				
<b>Etiketleme (KB)</b>	A.Depresyon	30	2.70(2.02)	2.296	0.107		
	B.Kaygı	30	3.70(2.31)				
	C.Kontrol	30	2.70(1.91)				
<b>Zihinsel Filtreleme (KB)</b>	A.Depresyon	30	3.17(1.91)	1.792	0.173		
	B.Kaygı	30	3.67(1.95)				
	C.Kontrol	30	2.80(1.42)				
<b>Aşırı Genelleme (KB)</b>	A.Depresyon	30	2.87(1.96)	0.366	0.695		
	B.Kaygı	30	3.17(2.17)				
	C.Kontrol	30	2.73(1.89)				
<b>Kişiselleştirme (KB)</b>	A.Depresyon	30	3.70(2.05)	2.490	0.089		
	B.Kaygı	30	3.80(1.83)				
	C.Kontrol	30	2.80(1.85)				
<b>Meli Mali Düşünceleri (KB)</b>	A.Depresyon	30	3.93(2.29)	4.232	0.018	0.089	A>C
	B.Kaygı	30	3.77(2.14)				
	C.Kontrol	30	2.53(1.61)				
<b>Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KB)</b>	A.Depresyon	30	2.97(2.01)	0.037	0.964		
	B.Kaygı	30	3.00(1.97)				
	C.Kontrol	30	3.10(1.95)				

Yapılan analiz sonuçlarına göre; katılımcıların Zihin Okuma (KB) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 3.601, p=0.031, \eta^2=0.076$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerin Zihin Okuma (KB) puan ortalamaları ( $\bar{x}=4.27\pm 1.72$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=3.23\pm 1.61$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 3.802, p=0.026, \eta^2=0.080$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış kişilerin Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB) puan ortalamaları ( $\bar{x}=4.73\pm 2.24$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=3.23\pm 1.92$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Meli Mali Düşünceleri (KB) puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 4.232, p=0.018, \eta^2=0.089$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; depresyon tanısı almış kişilerin Meli Mali Düşünceleri (KB) puan ortalamaları ( $\bar{x}=3.93\pm 2.29$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.53\pm 1.61$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 24.** Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon, Kaygı Bozukluğu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

	Tanı Grubu	n	Ort.(S.s.)	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Kişilerarası Alan</b>	A.Depresyon	30	36.70(12.92)	4.210	0.018	0.088	B>C
	B.Kaygı	30	37.53(11.26)				
	C.Kontrol	30	29.23(12.36)				
<b>Kişisel Başarı Alanı</b>	A.Depresyon	30	34.67(12.29)	2.776	0.068		-
	B.Kaygı	30	35.50(11.74)				
	C.Kontrol	30	28.97(11.01)				
<b>Toplam DÖÖ</b>	A.Depresyon	30	71.37(23.46)	3.815	0.026	0.081	B>C
	B.Kaygı	30	73.03(21.87)				
	C.Kontrol	30	58.20(23.50)				

Yapılan analiz sonuçlarına göre; katılımcıların Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) alt ölçeği Kişilerarası Alan puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 4.210, p=0.018, \eta^2=0.088$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerin Kişilerarası Alan puan ortalamaları ( $\bar{x}=37.53\pm 11.26$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=29.23\pm 12.36$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Toplam DÖÖ puan ortalamaları grup değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $F_{(2-87)}= 3.815, p=0.026, \eta^2=0.081$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına göre; kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerin Toplam DÖÖ puan ortalamaları ( $\bar{x}=73.03\pm 21.87$ ) kontrol grubundaki kişilerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=58.20\pm 23.50$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

#### **4.9. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması**

Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) bilişsel çarpıtma türleri puan ortalamalarının depresyon ve anksiyete hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 25'te verilmiştir.



**Tablo 25.** Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Bilişsel Çarpıtma Türleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Tanı Grubu	n	Ort. (S.s.)	S.D.	t	p	Cohen's d
Zihin Okuma (KA)	Depresyon	30	3.90 (1.84)	58	-1.523	0.133	-0.39
	Kaygı	30	4.60 (1.71)				
Zihin Okuma (KB)	Depresyon	30	4.17 (1.60)	58	-0.233	0.816	-0.06
	Kaygı	30	4.27 (1.72)				
Felaketleştirme (KA)	Depresyon	30	3.97 (2.04)	58	-0.199	0.843	-0.05
	Kaygı	30	4.07 (1.84)				
Felaketleştirme (KB)	Depresyon	30	3.40 (1.87)	58	-0.142	0.887	-0.04
	Kaygı	30	3.47 (1.76)				
Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KA)	Depresyon	30	3.70 (1.70)	58	1.404	0.166	0.36
	Kaygı	30	3.13 (1.41)				
Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB)	Depresyon	30	4.73 (2.24)	58	1.354	0.181	0.35
	Kaygı	30	3.97 (2.14)				
Duygudan Sonuç Çıkarma (KA)	Depresyon	30	4.53 (1.96)	58	0.125	0.901	0.03
	Kaygı	30	4.47 (2.16)				
Duygudan Sonuç Çıkarma (KB)	Depresyon	30	3.03 (1.92)	58	0.722	0.473	0.19
	Kaygı	30	2.70 (1.64)				
Etiketleme (KA)	Depresyon	30	3.23 (2.10)	58	-0.626	0.534	-0.16
	Kaygı	30	3.57 (2.03)				
Etiketleme (KB)	Depresyon	30	2.70 (2.02)	58	-1.786	0.079	-0.46
	Kaygı	30	3.70 (2.31)				
Zihinsel Filtreleme (KA)	Depresyon	30	3.37 (2.08)	58	-0.556	0.581	-0.14
	Kaygı	30	3.67 (2.11)				
Zihinsel Filtreleme (KB)	Depresyon	30	3.17 (1.91)	58	-1.002	0.321	-0.26
	Kaygı	30	3.67 (1.95)				
Aşırı Genelleme (KA)	Depresyon	30	3.97 (2.39)	58	0.443	0.659	0.11
	Kaygı	30	3.70 (2.28)				
Aşırı Genelleme (KB)	Depresyon	30	2.87 (1.96)	58	-0.562	0.576	-0.15
	Kaygı	30	3.17 (2.17)				
Kişiselleştirme (KA)	Depresyon	30	3.00 (1.72)	58	-1.150	0.255	-0.30
	Kaygı	30	3.57 (2.08)				
Kişiselleştirme (KB)	Depresyon	30	3.70 (2.05)	58	-0.199	0.843	-0.05
	Kaygı	30	3.80 (1.83)				
Meli Mali Düşünceleri (KA)	Depresyon	30	3.93 (2.36)	58	0.060	0.953	0.02
	Kaygı	30	3.90 (1.94)				
Meli Mali Düşünceleri (KB)	Depresyon	30	3.93 (2.29)	58	0.291	0.772	0.08
	Kaygı	30	3.77 (2.14)				
Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KA)	Depresyon	30	3.10 (2.12)	58	0.440	0.661	0.11
	Kaygı	30	2.87 (1.98)				
Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KB)	Depresyon	30	2.97 (2.01)	58	-0.065	0.948	-0.02
	Kaygı	30	3.00 (1.97)				

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre; depresyon ve kaygı (anksiyete) bozukluğu tanısı almış hasta gruplarının Zihin Okuma (KA), Zihin Okuma (KB), Felaketleştirme (KA), Felaketleştirme (KB), Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KA), Hep ya da Hiç Tarzı Düşünme (KB), Duygudan Sonuç Çıkarma (KA), Duygudan Sonuç Çıkarma (KB), Etiketleme (KA), Etiketleme (KB), Zihinsel Filtreleme (KA), Zihinsel Filtreleme (KB), Aşırı Genelleme (KA), Aşırı Genelleme (KB), Kişiselleştirme (KA), Kişiselleştirme (KB), Meli Mali Düşünceleri (KA), Meli Mali Düşünceleri (KB), Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KA) ve Olumluyu Küçültme ya da Yoksayma (KB) bilişsel çarpıtmaları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.10. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının depresyon ve anksiyete hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 26'da verilmiştir.

**Tablo 26.** Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Depresyon ve Anksiyete Hasta Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Tanı Grubu	<i>n</i>	Ort. (S.s.)	<i>S.D.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Kişilerarası Alan	Depresyon	30	36.70 (12.92)	58	-0.266	0.791	-0.07
	Kaygı	30	37.53 (11.26)				
Kişisel Başarı Alanı	Depresyon	30	34.67 (12.29)	58	-0.269	0.789	-0.07
	Kaygı	30	35.50 (11.74)				
Toplam DÖÖ	Depresyon	30	71.37 (23.46)	58	-0.285	0.777	-0.07
	Kaygı	30	73.03 (21.87)				

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre; depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış hasta gruplarının Toplam DÖÖ ve Kişilerarası Alan ile Kişisel Başarı Alanı alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu araştırmada depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla üç hipotez ortaya konulmuştur. Birinci hipotez de depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerin istatistiksel olarak anlamlı farklara sahip olacağını ileri sürmektedir. Araştırmanın ikinci hipotezinde ise depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzey ve bilişsel çarpıtma türlerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşacağını beklemektedir. Araştırmanın üçüncü hipotezinde ise depresyon, kaygı bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin ve bilişsel çarpıtma türlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşacağını ileri sürmektedir. Sırasıyla bu hipotezlerin sonuçları aşağıda yer alan alt başlıklarda ilgili literatürler ışığında tartışılacaktır.

#### **5.1. Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasındaki Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türlerinin Grup, Cinsiyet ve Grup/Cinsiyet Birlikteliği Açısından İncelenmesi**

Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeyleri bireylerin grup, cinsiyet ve grup/cinsiyet birlikteliğine göre karşılaştırıldığında Düşünce Özellikleri Ölçeğinden (DÖÖ) alınan toplam puan ve Kişilerarası Alan (KA), Kişisel Başarı Alanları (KBA) alt ölçek puanlarındaki ortalamalara bakıldığında grup ve grup x cinsiyet etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bireylerin cinsiyete göre DÖÖ toplam puan ortalamaları ve KA, KBA alt ölçek alanlarındaki puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farkın kaynağı incelendiğinde, erkeklerin Düşünce Özellikleri (DÖÖ) toplam puanı ile Kişilerarası Alan (KA), Kişisel Başarı Alanları alt ölçek puan ortalamasının kadınların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlara göre depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasında ve grup x cinsiyet etkisine göre bilişsel çarpıtma düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Bu bulgu kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastalar ile hem klinik kontrol grubu arasında cinsiyet etkisinin anlamlı olmadığını öne süren çalışma

sonuçlarıyla uyumludur (Suadiye ve Aydın, 2009). Bu görüşü destekleyen farklı bir çalışmaya göre depresyondaki bireylerin cinsiyet değişkenine ile bilişsel çarpıtmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Basha, 2015).

Araştırmanın diğer bir sonucu ise, bireylerin cinsiyet değişkenine göre bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında anlamlı farklılıklara sahip olduğudur. Yapılan analizler sonucunda bu farklılığın hangi cinsiyetten kaynaklandığına bakıldığında erkeklerin DÖÖ toplam puanları ile kişisel ve sosyal alanlardaki puan ortalamalarının kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonucu destekler nitelikteki bir çalışmaya bakıldığında kadınlar belirgin bir şekilde erkeklere göre daha az bilişsel çarpıtma kullandıkları görüşüdür (Bar-Tal ve Jarymowich, 2010). Kodan'a (2013) göre üniversite öğrencilerinin cinsiyetlerine göre umutsuzluk ile akılcı olmayan inançlara yönelik ortalama puanları arasında erkekler lehine anlamlı farklılaşmaya sahiptir. Yapılan diğer bir çalışmaya göre de erkeklerin iletişim korkusuna yönelik irrasyonel düşüncelerle olan bağı kadınların iletişim korkusuna yönelik irrasyonel düşüncelerle olan bağından daha yüksektir (Ambler ve Elkins, 1986). Yapılan bu çalışmalar erkeklerin, kadınlara göre bilişsel çarpıtmaları yaşamlarında daha fazla kullandıkları bulgusunu desteklemektedir.

Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma türleri grup, grup x cinsiyet puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p < 0.05$ ). Ancak hasta gruplarındaki katılımcıların cinsiyetlerine göre Felaketleştirme, Aşırı Genelleme, Meli-Malı Düşünceleri, Olumluyu Yok Sayma türlerindeki bilişsel çarpıtmaları istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan analizler sonucunda bu dört tür alanda özellikle erkeklerin Felaketleştirme (KA), Aşırı Genelleme (KBA), Meli- Malı düşünceleri (KA), Olumluyu Yok Sayma (KA) türlerindeki puan ortalamaları, kadınların puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Literatürdeki çalışmalara bakılacak olursa cinsiyete göre çarpıtma türlerinde kadınlar ve erkekler arasında bazı farklılıklar bulunmuştur. Bilişsel çarpıtmalar üzerinde dışsallaştırma ve içselleştirmenin en önemli belirleyiciler olduğundan bahsetmektedir. Küçültme, kendini etiketleme türlerindeki çarpıtmaların içselleştirme problemlerinden kaynaklandığını ve felaketleştirme ile aşırı genellemenin dışsallaştırma problemlerinden kaynaklandığını öne sürmektedir. Erkeklerin bilişsel çarpıtmalarını dışsallaştırdıklarını ve kadınların içselleştirdiğinden bahsetmektedir (Bruno, 2010; Leung ve Woong, 1998). Bu çalışmalar erkeklerin felaketleştirme gibi bilişsel çarpıtma türünü dışsallaştırarak kişilerarası alanda

kadınlara göre anlamlı ve daha fazla kullandığını ve yine erkeklerin aşırı genelleme türünde de kadınlara göre belirgin farkların olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Literatürde Felaketleştirme boyutunda kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldığından bahseden çalışmalarda yer almaktadır (Ardanış, 2017). Kadınların daha fazla felaketleştirme kullandıklarını ileri süren başka bir çalışmada ise kaygı bozukluğuna sahip olan kadınların klinik kontrol (DEHB) ve sağlıklı kontrollerde ki erkeklere göre Felaketleştirme türündeki bilişsel çarpıtmalarında anlamlı farklara sahiptir (Suadiye ve Aydın, 2009). Ancak yapılan bu çalışma da literatüründeki görüşlerle hem uyumlu hem de uyumsuz sonuçlar yer almaktadır. İlgili literatürle oluşan bu farklılıkların sebebinin ise depresyon ve kaygı bozuklukları gibi her iki psikiyatrik rahatsızlıkları içeren klinik örneklem üzerinde bilişsel çarpıtma tür ve cinsiyet değişkeni açısından karşılaştıran çalışmaların yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Depresyon, Kaygı Bozukluğu Tanılı Hasta Grupları ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türleri Açısından Ele Alınması**

Yapılan bu çalışmada depresyon, kaygı bozukluğu hastaları ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Düşünce Özellikleri Ölçeğinden (DÖÖ) aldıkları toplam puanları ile Kişilerarası Alan (KA) ve Kişisel Başarı Alanlarındaki alt ölçek puan ortamlarına bakıldığında toplam DÖÖ puan ortaması bu üç grup içinde kaygı bozukluğu hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre (Ort: 58.20± S:23.50) daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Depresyon hastalarının DÖÖ toplam puan ortamları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen anlamlı etkilere sahip değildir. Kişilerarası (KA) ve Kişisel Başarı Alanlarındaki (KBA) alt ölçek puan ortamlarına bakıldığında Kişilerarası Alan da (KA) Kaygı bozukluğuna sahip hastaların puan ortamları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Kişisel Başarı Alanındaki puan ortamları bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklar bulunmamaktadır.

Yapılan çalışmalara bakıldığında Kuru vd. (2017) yaptıkları bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan hastaların toplam CDS (cognitive distortion scale) puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklara sahip olduğunu bulmuştur (Kuru vd., 2017). Yapılan başka bir çalışmada kaygı bozukluğuna sahip bireylerin bilişsel çarpıtmaları sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Clark ve Beck, 2011). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin depresyon, kaygı bozukluğu tanı

grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında özellikle kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla bilişsel çarpıtma düzeyine sahip olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Aynı zamanda çalışmanın diğer bir bulgusu, kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların kişilerarası alanda sağlıklı bireylere göre daha fazla bilişsel çarpıtma kullandıklarını göstermektedir. Özellikle kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların bilişsel süreçlerinde çevresel uyaranlara yönelik gerçekçi olmayan tehlike ve tehdit algısının yoğun olduğu bilinmektedir (Leahy, 2010). Bu durum kaygı bozukluğuna sahip kişilerin bilişsel süreçlerinde meydana gelen bilişsel hataların sosyal yaşam içerisinde daha çok yer aldığını düşündürmektedir.

Depresyon üzerinde ise bilişsel çarpıtmaların sağlıklı bireylere göre daha fazla görüldüğünü ilk çalışmalar belirtmektedir (Pothier, Dobson ve Drapeau, 2012; Schwarzman vd., 2012). Daha öncesinde yapılan çalışmalar depresif gruplarda non-deprese gruplara göre bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (White vd., 1992; Özdel vd., 2014). Ancak bu araştırmada depresyondaki hastaların sağlıklı kontrol gruplarına göre daha fazla bilişsel çarpıtma düzeyine sahip olmasına rağmen bu durumun anlamlı farklılıklar yaratmamış olmasıdır. Bu sonuca bakıldığında depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre bilişsel çarpıtma düzeylerinin yüksek olduğunu görülmektedir. Ancak anlamlı bir farkın olmamasının nedeninin sağlıklı kontrol grubunda klinik tanı olarak depresyon olmamasına rağmen bu kişilerde depresif eğilimlerin olabileceği varsayımını düşündürmektedir.

Yapılan bu çalışmada depresyon, kaygı bozukluğu, sağlıklı kontrol gruplarındaki bilişsel çarpıtma türleri ele alındığında depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre Felaketleştirme (KA), Duygudan Sonuç Çıkarma (KA), Meli-Malı Düşünceleri (KA), (KB), Hep ya da Hiç Tarzı Düşünce (KB) gibi çarpıtma türlerine daha fazla sahip oldukları istatistik açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). İlgili çalışmalara bakıldığında felaketleştirme (KA), duygudan sonuç çıkarma (KA) türündeki bilişsel çarpıtmaların depresyonun öngörücüsü olduğunu belirterek bu çalışmada yer alan bulguyu desteklemektedir. (Özdel vd., 2014). Hep ya da hiç tarzı düşünce türündeki bilişsel çarpıtmalar depresyon hastaları ile non-depresif gruplar arasında anlamlı olarak bulunmadığını öne süren çalışmalara rastlanmaktadır (White vd., 1992). Ancak bu çalışmada depresyon ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılıklara sahip olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada ise depresyona sahip olan bireylerin mutlakçı görüşlerini içeren yorumsal çerçeveleri kişisel yetersizlik temalarındaki varlığından bahsetmektedir (Burns ve Eidelson, 1998). Bu görüş çalışmamızda depresyon hastalarında yer

alan Meli-Malı (KB) türündeki bilişsel çarpıtmaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmanın diğer bir bulgusu olarak depresyon, kaygı bozukluğu, sağlıklı kontrol gruplarındaki bilişsel çarpıtma türlerine bakıldığında kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların sağlıklı kontrollere göre Zihin okuma (KB), Felaketleştirme (KA), Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) gibi bilişsel çarpıtma türlerine daha fazla sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında kaygının en güçlü belirleyicilerinden olan bilişsel hatanın zihin okuma olduğunu belirtmektedir (Schwartz ve Maric, 2015). Bu görüş zihin okumanın kaygı bozukluğu üzerindeki önemli rolünü ortaya koyarak yapılan bu çalışmayı destekler niteliktedir. Başka bir çalışmada ise Felaketleştirme (KA) ve Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) türündeki bilişsel çarpıtmalar sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek ve anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kuru vd., 2017). Felaketleştirme türündeki bilişsel çarpıtmayı anksiyete bozukluklarında kişiler klinik kontrol ve sağlıklı kontrollere göre daha çok kullandıkları istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde belirgindir (Suadiye ve Aydın, 2009). Aynı zamanda kaygı bozukluklarının bilişsel temellerine bakılacak olursa bu kişilerin katastrofik yorumlarda bulunduğu bilinmektedir (Türkçapar, 2017).

Bu nedenle bu çalışmanın bir sonucu olarak bilişsel çarpıtma düzeyleri açısından kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların sağlıklı bireylere göre daha fazla bilişsel çarpıtma kullandıkları; hem depresyon hem de kaygı bozukluğu hastalarında görülen ortak ve rahatsızlığa özgü olan spesifik bilişsel çarpıtma türlerinin olduğunu sonucuna ulaşılabilir. Bu nedenle araştırmanın üçüncü hipotezi doğrulanmaktadır.

Ayrıca eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve yaş değişkeni açısından bilişsel çarpıtma düzey ve türleri karşılaştırıldığında sadece yaş değişkeni ve türler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun hangi bilişsel çarpıtma türlerinden kaynaklandığına bakıldığında ise Yaş ile Etiketleme (KA) ile pozitif yönlü bir ilişki bulunurken, Olumluyu Küçültme ya da Yok Sayma (KB) ile de negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada yaş ile bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş ilerledikçe bilişsel çarpıtmalarda kademeli olarak bir düşüş olduğu ve bilişsel çarpıtmaların eğitim düzeyinden etkilenmediği ortaya konulmuştur (Roberts, 2015).

### 5.3. Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasındaki Bilişsel Çarpıtma Düzey ve Türlerine İlişkin İncelemeler

Depresyon ve Kaygı Bozukluğu tanısı almış olan hasta gruplarının bilişsel çarpıtma düzeylerini karşılaştırmak amacıyla Düşünce Özellikleri Ölçeği'nden (DÖÖ) alınan toplam puan ile Kişisel Başarı Alanı (KBA) ve Kişilerarası Alan (KA) olmak üzere alt ölçek puanlarına bakılarak analizler yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda DÖÖ'den alınan toplam puan; kaygı bozukluğuna sahip hastalarda depresyon hastalarına göre daha yüksek olmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gruplar arasındaki bilişsel çarpıtma alt ölçek puanları bakıldığında ise Kişilerarası Alan (KA); kaygı bozukluğuna sahip hastalarda depresyon hastalarına göre yüksek olmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kişisel Başarı Alanındaki (KBA) puanlara bakıldığında kaygı bozukluğuna sahip hastalarda depresyon hastalarına göre yüksek olmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bilişsel çarpıtma türlerine ise her iki tanı grubu arasında bakıldığında çoğu alt türde genel olarak kaygı bozukluğu hastalarının puan ortalamaları depresyon hastalarına göre daha yüksek olmasına rağmen hiç bir alt türde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu nedenle araştırmanın birinci hipotezi doğrulanmamıştır.

Literatürde depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları kıyaslanamamaktadır. Bilişsel çarpıtmaları depresyon ya da kaygı bozukluğu üzerinden ele alan çalışmalarla araştırma sonuçları tartışılacaktır.

Yapılan bu çalışmada her iki tanı grubu arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların depresyon hastalarına göre daha fazla bilişsel çarpıtmaya sahip olduğu ve bu hastaların depresyon hastalarına göre günlük yaşamda kişisel ve sosyal alanlarda daha fazla bilişsel çarpıtma kullandıkları alt ölçek puanlarından anlaşılacağı üzere barizdir. Bu durum kaygılı bireylerin daha fazla bilişsel çarpıtma kullandıklarını düşündürebilir. Bu görüşü destekleyen bir çalışmada kaygılı ve kaçınıcı bağlanma stiline sahip olan genç yetişkinlerin daha fazla bilişsel çarpıtmalara sahip olduğu ortaya konulmuştur (Stachert ve Bursik, 2003). Buna ek olarak Covin (2011) de yaptığı çalışmada depresyon ve kaygı arasında bilişsel çarpıtma düzey ve türlerine yönelik pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur (Covin, 2011).

Bu sonuçlar bilişsel çarpıtmaların depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklardaki varlığının önemine işaret etmektedir. Bu çalışmada her iki tanı grubu arasında



anlamli farklılıklar olmamasına rağmen bilişsel çarpıtmaların bu rahatsızlıklar üzerindeki varlığı ölçekten alınan toplam puanlar vasıtasıyla belirgindir. Bilişsel çarpıtmaların depresyon ve kaygı üzerindeki önemini destekleyen çalışmalara bakıldığında bilişsel çarpıtmaların depresyon ve kaygı üzerinde anlamlı rolü olmakla beraber depresif veya anksiyeteli olan bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla bilişsel çarpıtmalara sahip olduğu bulunmuştur (Fair, 1986).

Bu çalışmanın diğer bir sonucu olarak depresyon ve kaygı bozukluğuna sahip olan hasta gruplarının bilişsel çarpıtma düzeyleri arasındaki anlamlı farklılıkların olmaması bu rahatsızlıkların kliniğinde yer alan eş tanı sıklığının varlığını akla getirmektedir. Bu görüşü destekleyen çalışmalara bakıldığında Kaya ve Ünal (2001) de anksiyete ve depresyon beraberliğinin tanı örtüşmelerine önem vermektedir. Her iki bozukluk için tanısal örtüşmelerin olması, özellikle anksiyeteye depresyon belirtilerin eşlik etmesi bu iki bozukluk arasındaki ilişkiyi ön plana çıkarmaktadır. Bu durum her iki tanı grubu arasındaki ortak paydaların varlığına işaret etmektedir (Kaya ve Ünal, 2001).

Bu çalışmamızda depresyon ve kaygı bozukluğu hastalarının DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme envanterinden (SCID-I) alınan ek tanıları bakıldığında birincil tanısı depresyon olan hastalarının %73.7'sinin komorbitesine bakıldığında en az bir tane kaygı bozukluğu türündeki (panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stress bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, hipokondriasis) ek tanıları rastlanmaktadır. Birincil tanısı kaygı bozukluğu olan hastalara bakıldığında ise %16.7'sinin komorbitesine bakıldığında en az bir tane depresyon ya da distimi türündeki ek tanıları rastlanmaktadır. Bu durum depresyon ile kaygı bozukluğu arasındaki yakın ilişkiyi ön plana çıkarmaktadır. Bu görüşü destekler nitelikteki yapılan bir çalışmaya bakıldığında depresyon düzeyi yüksek olan bireylerde aşırı kaygı alt ölçeklerinden alınan puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cash, 1984).

Depresyon ve kaygı bozukluklarında yer alan özellikler beraberde görülebilmektedir. Başka bir çalışmada majör depresif bozukluğa sahip olan hastaların ikincil bir ek tanı olarak anksiyete bozukluğuna sahip olma oranının %58 olduğunu ve anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarda ise ikincil bir ek tanı olarak %68'inde majör depresyonun olabileceğini öngörmektedir (Türkçapar, 2004). Yapılan bu çalışmada depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arasındaki anlamlı bir farkın olmaması her iki klinik örneklemedeki tanıların iç içe geçmiş olabilmesi görüşünü desteklemektedir.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuçlar

Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeyleri karşılaştırıldığında kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri depresyon hastalarına göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sahip değildir. Bilişsel çarpıtma türlerine ise her iki tanı grubu arasında bakıldığında çoğu alt türde genel olarak kaygı bozukluğu hastalarının puan ortalamaları depresyon hastalarına göre daha yüksek olmasına rağmen hiç bir alt türde anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kaygılı bireylerin daha fazla bilişsel çarpıtmaya sahip olduğu, bilişsel çarpıtmaların depresyon ve kaygı bozuklukları üzerinde önemli etkilerinin olduğunu daha önceki çalışmalar tarafından belirtilmiştir (Stachert ve Bursik, 2003; Fair, 1986). Depresyon ve kaygı bozukluğu hastalarının bilişsel çarpıtma düzeyleri ve türleri arasındaki farklılıkların bulunmaması her iki rahatsızlığın kendi içerisinde ortak özellikler taşıdığını ve eş tanı birlikteliği olduğunu düşündürmektedir. Depresyon ve kaygı bozukluğu arasında benzer semptomlar ve ortak özellikler olduğu görüşünü destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Kaya ve Ünal, 2001; Cash, 1984; Türkçapar, 2004).

Elde edilen bulgulara göre depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri grup, grup x cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklar bulunmamaktadır. Bu bulguyu destekleyen çalışmalara bakıldığında ise cinsiyet ve bilişsel çarpıtmaların tanı grupları üzerindeki anlamlı etkilerinin olmadığı görülmektedir (Suadiye ve Aydın 2009; Basha, 2015).

Çalışmanın diğer bir sonucuna göre her iki tanı grubunda yer alan tüm bireylerin cinsiyet değişkenine göre bilişsel çarpıtma düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özellikle erkeklerin bilişsel çarpıtma düzeyleri, kadınlara göre kişisel başarı alanları ile kişilerarası alanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu görüşü destekleyen çalışmalara bakıldığında kadınların belirgin bir şekilde erkeklere göre daha az bilişsel çarpıtma kullandıkları görüşüdür (Bar-Tal ve Jarymowich, 2010). Başka bir çalışmada ise umutsuzluk ile akılcı olmayan inançların cinsiyete göre erkeklerin lehine anlamlı olduğu görülmektedir (Kodan, 2013; Ambler ve Elkins, 1986)

Çalışmanın diğer bir sonucuna göre depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma türleri grup, grup x cinsiyet puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tanı gruplarındaki katılımcıların cinsiyetlerine göre bilişsel çarpıtma türleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Erkeklerin Felaketleştirme (KA), Aşırı Genelleme (KBA), Meli- Malı düşünceleri (KA), Olumluyu Yok Sayma (KA) türlerindeki puan ortalamaları, kadınların puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksektir. Bu bulguyu destekleyen bir çalışmada erkeklerin dışsal durumlarda felaketleştirme ve aşırı genellemeyi kadınlara göre daha fazla kullandığını belirtmiştir (Bruno, 2010).

Çalışmanın diğer bir sonucuna göre kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların sağlıklı kontrollere göre bilişsel çarpıtma düzeylerinin kişilerarası ve kişisel başarı alanlarında daha yüksek ve anlamlı olduğu bulgusudur. Bu bulguyu destekleyen çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların bilişsel çarpıtma puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklara sahip olduğunu bulunmuştur (Kuru vd., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise kaygı bozukluğuna sahip bireylerin bilişsel çarpıtmaları sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Clark ve Beck, 2011).

Çalışmanın diğer bir sonucuna göre depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre Felaketleştirme (KA), Duygudan Sonuç Çıkarma (KA), Meli-Malı Düşünceleri (KA), (KB), Hep ya da Hiç Tarzı Düşünce (KB) gibi çarpıtma türlerine daha fazla sahip olduğu bulunmuştur. İlgili çalışmalara bakıldığında felaketleştirme (KA), duygudan sonuç çıkarma (KA) türündeki bilişsel çarpıtmaların depresyonun öngörücüsü olduğunu belirterek bu bulguyu desteklemektedir (Özdel vd., 2014). Diğer bir çalışmada depresyona sahip olan bireylerin mutlakçı görüşlerinin yer aldığından bahsetmektedir (Burns ve Eidelson, 1998). Hep ya da hiç tarzı düşünce türündeki bilişsel çarpıtmalar depresyon hastaları anlamlı olmadığını öne süren çalışmalarda bulunmaktadır (White vd., 1992). Ancak bu çalışmada Hep ya da Hiç Tarzı Düşünce depresyon ve sağlıklı kontroller arasında depresyon lehine anlamlı farklılıklara sahiptir.

Çalışmanın diğer bir sonucu ise kaygı bozukluğuna sahip olan hastaların sağlıklı kontrollere göre Zihin okuma (KB), Felaketleştirme (KA), Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) gibi bilişsel çarpıtma türlerine daha fazla sahip olduklarıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda kaygının en güçlü belirleyicilerinden olan bilişsel hatanın zihin okuma olduğunu belirtmektedir (Schwartz ve Maric, 2015). Bu görüş zihin okumanın kaygı bozukluğu üzerindeki önemli rolünü ortaya koyarak bu bulguyu destekler niteliktedir. Başka bir çalışmada ise Felaketleştirme (KA) ve Duygudan Sonuç Çıkarma (KA) türündeki bilişsel çarpıtmalar sosyal anksiyete

bozukluğu olan hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek ve anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kuru vd., 2017). Felaketleştirme türündeki bilişsel çarpıtmayı anksiyete bozukluklarında kişiler klinik kontrol ve sağlıklı kontrollere göre daha çok kullandıkları istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde belirgindir (Suadiye ve Aydın, 2009).

## **6.2. Gelecek Çalışmalara İlişkin Öneriler**

Bu çalışmanın gelecek çalışmalara ışık tutabilmesi adına depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta gruplarındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin daha büyük bir klinik örneklem üzerinde karşılaştırılmasının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Bu nedenle yeni çalışmalar için erkek örnekleminin daha geniş tutulması tavsiye edilmektedir. Aynı zamanda literatürde bilişsel çarpıtmaları her iki klinik örneklem üzerinde karşılaştıran çalışmalara rastlanılmaması bu çalışmanın sonuçlarının net bir şekilde kıyaslanamamasına neden olmuştur. Bu durum bu konu üzerindeki ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulduğunun bir göstermektir. Yapılan bu çalışmada klinik örneklemlerde yer alan ek tanımlar bulunmaktadır. Bilişsel çarpıtma düzeylerinin her iki klinik örneklem de ek tanımlanmayan hastalar üzerinde incelenmesi önerilmektedir. Ayrıca bu çalışmada depresyon, kaygı ve sağlıklı kontrol grupları yaş değişkeni açısından farklılıklara sahiptir. Bu çalışmada depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında bilişsel çarpıtma düzeyleri açısından anlamlı farklar bulunamamıştır. Bu nedenle sağlıklı kontrol grubu üzerinde DSM-IV klinik tanı envanteri olan SCID-I kısa formuna ek olarak Beck Depresyon ve Kaygı Envanterlerinin kullanılması kontrol grubunda kullanılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ambler, B. and Elkins, M. (1985). An Examination of the Relationship between Irrational Beliefs and Communication Apprehension. *Annual Meeting of The Speech Communication Association*. 7-10 November. 1985.
- Alçalar, N., ve Bahadır, G. (2007). Bilişsel hatalar Ölçeği (BHÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 10(19), 77-89.
- Ardanç, P. (2017). *Bilişsel çarpıtmalar ölçeği'nin Türçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Bar-Tal, Y. and Jarymowicz, M. (2010). The effect of gender on cognitive structuring: who are more biased, men or women? *Psychology*, 1(02), 80-87. doi: 10.4236/psych.2010.12011.
- Basha, S. E. (2015). Rumination, cognitive distortion, and its relation to anxiety and depression symptoms. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(11), 1049-1061.
- Başol, G. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*, Ankara: Lisans Yayıncılık.
- Batmaz, S., ve Koçbıyık, S. (2015). Çökkünlüğü olan kadınlarda bilişsel çarpıtmalar: Sürekli mi, çökkünlük dönemine mi özgüdür?. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 147-152.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders, Chapter 9, "Principles of Cognitive Therapy."* New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., and Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Cambridge (MA): Basic Books.

- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 6(4), 276.
- Beck, A. T. (2005). *Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Beck, A., and Emery, G. (2011). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler*. (V. Öztürk, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bulut, Ç. (2016). *12-14 yaş aralığındaki öğrencilerin bilişsel çarpıtmaları ile sosyal fobi belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi -adana ili örneği-*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Burns, D. D. And Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 461-73. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.461.
- Burns, D. D., Karaosmanoğlu, H. A., Tuncer, E., Mestçioğlu, O., Atak, I. E., ve Acar, G. (2015). *İyi hissetmek: Depresyonun etkinliği klinik olarak kanıtlanmış ilaçsız tedavisi*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Bruno, T. (2010). *What Are They Thinking?: Cognitive Distortions and Adolescent Externalizing and Internalizing Problems*. Columbia: University of British Columbia.
- Cash, T. F. (1984). The irrational beliefs test: Its relationship with cognitive-behavioral traits and depression. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1399-1405. doi: 10.1002/1097-4679(198411)40:6<1399

- Cerit, C., ve Coşkun, B. (2012). Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 250-255.
- Chung, M. C., Jalal, S., and Khan, N. U. (2014). Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity following 2010 flood in Pakistan: The roles of exposure characteristics, cognitive distortions and emotional suppression. *Psychiatry*, 77(3), 289-304.
- Clark, D.M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In W.R. Crozier and L. E. Alden (Ed.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (405-430). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- Clark, D. A., and Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Covin, R., Dozois, D. J., Ogniewicz, A., and Seeds, P. M. (2011). Measuring cognitive errors: initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(3), 297-322. doi:10.1521/ijct.2011.4.3.297
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole. 288.
- Corsini, R. J., and Wedding, D. (1989). *Current psychotherapies*. Itasca: Peacock.
- Çivitçi, A., Türküm, S., Duy, B., ve Hamamcı, Z. (2009). *Okullarda akılcı-duygusal davranış terapisine dayalı uygulamalar: Kavramlar, teknikler ve örnek etkinlikler*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A., ve Köroğlu, E. (1999). *DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- David, D., Lynn, S. J., and Ellis, A. (2009). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. England: Oxford University Press.

- Demir, M., ve Kaya, F. (2016). Obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (57), 175-186.
- Doğan (1995). Akılcı-duygusalıcı terapi: Kuramsal bir inceleme. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(6), 29-36.
- Duran, S. (2016). *Depresyon ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkide otomatik düşünce özelliklerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Dryden, W., and Branch, R. (2008). *The fundamentals of rational emotive behaviour therapy: A training handbook*. Chichester: Wiley.
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32 (2), 1-42.
- Ellis, A. (1999). Early theories and practices of rational emotive behavior therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 17(2), 69-93.
- Ellis, A., and Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A. (1991). The revised ABCs of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172. doi:10.1007/bf01061227
- Eldoğan, D. (2017). *Sosyal anksiyete bozukluğu belirti düzeyi yüksek ve düşük olan bireylerin çeşitli psikolojik değişkenler ve bilişsel yanlılıklar açısından karşılaştırılması: bir bilgece farkındalık temelli psikoeğitim programı önerisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Eryüksel, G. N., ve Akün, E. (2003). Depresyonu Olan Ergenler ile Ana-Babalarının Aile İlişkilerinin ve Bilişsel Çarpıtmalarının İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 59-73.
- Fair, S.E. (1986). *Cognitive Content and Distortion Associated with Mood-Induced Depressive and Anxious States*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Arizona State University, Arizona.



- Freeman, A., Pretzer, J. C., Fleming, B., and Simon, K. (1990). *Clinical application of cognitive therapy*. New York: Plenum Publishing.
- Gençtanırım, D. ve Voltan-Acar, N. (2007). *Akılci-duygusal davranışçı yaklaşım ve Sezen Aksu şarkıları*. *Eğitim ve Bilim*, 32 (143), 27-40.
- Göller, L. (2010). *Ergenlerin akılci olmayan inançları ile depresyon-umutsuzluk düzeyleri ve algıladıkları akademik başarıları arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Görüş, G. (1999). Rasyonel-emoitif (RET) ve bilişsel-davranışçı terapiler (BDT). *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology*, 21, 41-50.
- Karahan, T. F., ve Sardoğan, M. E. (1994). Rasyonel-Emotif Terapi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9, 110-135.
- Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Kaya, B. ve Ünal, S. (2001). Karma anksiyete ve depresyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 80-88.
- Kendall, P. C., Haaga, D. A., Ellis, A., Bernard, M., DiGiuseppe, R., and Kassinove, H. (1995). Rational-emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 169-185.
- Kodan, S. (2013). Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk ve akılci olmayan inanışlar arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 175-190.
- Koroğlu, E., ve Türkçapar, M. H. (2015). *Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve uygulama yönergeleri*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kuru, E., Safak, Y., Özdemir, I., Tulacı, R., Özdel, K., Özkula, N., and Örsel, S. (2017). Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*, 32(2), 97-104. doi:10.1016/j.ejpsy.2017.08.004
- Kürümlüoğlul, R. (2017). *Depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin bilişsel çarpıtmalar üzerine etkileri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., and Pirke, K. M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 681-686. doi:10.1002/1098-108x(198809)7:53.0.co;2-n
- Leahy, R. L. (2007). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Leahy, R. L. (2010). Bilişsel terapi yöntemleri (E. Köroğlu ve M. H. Türkçapar, Çev.). Ankara: Hyb Basım Yayıncılık.
- Leung, P. W. and Wong, M. M. (1998). Can cognitive distortions differentiate between internalising and externalising problems? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(2), 263-269. doi: 10.1017/S0021963097001868.
- Maier, S. F., and Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1), 3.
- Miller, A. (2012). *The Instructor's manual accompanies the DVD Aaron Beck on Cognitive Therapy with Aaron T. Beck*. Mill Valley: Psychotherapy.net.
- Muran, E. M., and Motta, R. W. (1993). Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 166-176. doi:10.1002/1097-4679(199303)49:23.0.co;2-6
- Nemade, R., Reiss, N. S., and Dombeck, M. (2007). Depression: Major depression and unipolar varieties. *Cognitive Theories of Major Depression-Aaron Beck*. Retrieved September, 5, 2014.
- Neenan, M., and Dryden, W. (2006). *Rational emotive behaviour therapy: In a nutshell*. London: Sage Publications.
- Neenan, M., and Dryden, W. (1999). *Rational emotive behaviour therapy: Advances in theory and practice*. London: Whurr.
- Ohrt, T., Sjödin, I., and Thorell, L. (1999). Cognitive distortions in panic disorder and major depression: Specificity for depressed mood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 459-464. doi:10.1080/080394899427719

- Öngider, N. (2013). Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: Bir pilot çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 147-155.
- Özdel, K., Taymur, I., Guriz, S. O., Tulaci, R. G., Kuru, E., and Turkcapar, M. H. (2014). Measuring Cognitive Errors Using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties in Clinical and Non-Clinical Samples. *PLoS ONE*, 9(8). doi:10.1371/journal.pone.0105956
- Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen Danacı, A., ve Köroğlu IV, E. (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(4), 233-6.
- Özgüven, H. D. (1999). Psikiyatrik kriz vakalarında hatalı otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumların sıklığı. *Kriz Dergisi*, 7(2), 9-16.
- Özsoy, F., ve Kuloğlu, M. M. (2017). Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(1), 42-49. doi:10.16899/gopctd.299079
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Asarnow, J. R., Langley, A., Mccracken, J. T., and Piacentini, J. (2010). Clinical and Cognitive Correlates of Depressive Symptoms Among Youth with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 616-626. doi:10.1080/15374416.2010.501285
- Pişgin, İ., ve Özen, D. Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 117-131.
- Pothier, B., Dobson, K. S. and Drapeau, M. (2012). Investigating the relationship between depression severity and cognitive rigidity through the use of cognitive errors. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 35-40.
- Rehm, L. P. (1976). *The modification of depression by a self-control behavior therapy program*. Rehm University of Pittsburgh.
- Rehm, L. P. (1985). A self-management therapy program for depression. *International Journal of Mental Health*, 13(3), 34-53. doi:10.1080/00207411.1984.11448975

- Rehm, L. P., and Carter, A. S. (1990). Cognitive Components of Depression. *Handbook of Developmental Psychopathology*, 341-351. doi:10.1007/978-1-4615-7142-1\_26
- Robert, M. (2015). Inventory of cognitive distortions; validation of a measure of cognitive distortions using a community sample, *PCOM Psychology Dissertations*, 325.
- Schwartz, J. S. and Maric, M. (2015). Negative cognitive errors in youth: Specificity to anxious and depressive symptoms and age differences. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(5), 526-537. doi: 10.1017/S1352465814000228.
- Schwartzman, D., Stamoulos, C., D'iuso, D., Thompson, K., Dobson, K. S., Kramer, U. and Drapeau, M. (2012). The relationship between cognitive errors and interpersonal patterns in depressed women. *Psychotherapy*, 49(4), 528-35. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.2.203.
- Sharf, R. S. (2015). *Psikoterapi ve psikolojik danışma kuramları: Kavramlar ve örnek olaylar*. (N. V. Acar, Çev.). Ankara: Nobel Yayın.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24(5), 399-411. doi:10.1016/0010-440x(83)90032-9
- Stackert, R. A., and Bursik, K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment style, gendered irrational relationship beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1419-1429.
- Suadiye, Y., ve Aydın, A. (2009). Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bilişsel hatalar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 172-179.
- Türkçapar, M. H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 247-253.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 4, 12-16.
- Türkçapar, M. H., ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 7-14.
- Türkçapar, M. H. (2013). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: Depresyon*. Ankara: HYB Basım Yayın.

- Türkçapar, H. (2014). Psikoterapiler. N. Yüksel. (Ed.), *Ruhsal hastalıklar*. İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Türkçapar, M. H. (2015). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulamalar (7th ed.)*. İstanbul: HYB Basım Yayın.
- Türkçapar, M. H. (2015a). Panik Bozukluk ve Agorafobinin Bilişsel Davranışçı Terapisi [PowerPoint slides].
- Türkçapar, M. H. (2015b). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi [PowerPoint slides].
- Türkçapar, M. H. (2017). *Bilişsel terapi*. Yayınlanmamış Materyal.
- Voncken, M. J., Bögels, S. M., and Peeters, F. (2007). Specificity of interpretation and judgemental biases in social phobia versus depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 443-453. doi:10.1348/147608306x161890
- Young, J., and Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale: Rating manual*. Unpublished manuscript, 36th.
- Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O., ve Atmaca, M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(6), 451-458.
- Watson, J. (1999). Rational emotive behaviour therapy: Origins, constructs, and applications. Document resume.
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., and Saavedra, L. M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: The linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 559-575.
- Whisman, M.A. (2010). *Depresyonun uyarlamalı bilişsel terapisi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- White, J., Davison, G. C., Haaga, D. A. and White, K. (1992). Cognitive bias in the articulated thoughts of depressed and nondepressed psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 77-81. doi: 10.1097/00005053-199202000-00002.

Wilson, C. J., Bushnell, J. A., Rickwood, D. J., Caputi, P., and Thomas, S. J. (2011). The role of problem orientation and cognitive distortions in depression and anxiety interventions for young adults. *Advances in Mental Health*, 10(1), 52-61. doi:10.5172/jamh.2011.10.1.52



## EKLER

### Ek 1. Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu

#### Değerli Katılımcı,

“Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasındaki Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı araştırmamda depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı almış olan hasta grupları arasındaki bilişsel çarpıtma düzeylerinin karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla bu tanıları almış kişilere DSM-4 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ölçeği ile Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) uygulanacaktır.

Bu ölçekler araştırmacının gözetiminde ve kişinin aktif bir biçimde katılımıyla uygulanacaktır. Katılımcılardan ölçekteki sorulara mümkün olduğu kadar kendilerini en iyi şekilde yansıtacak biçimde yanıt vermeleri beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen gönüllü olup, çalışmaya katılmanız ya da katılmama durumunuz da uzmanınızın size olan yaklaşımı ya da tedavi sürecinizi ETKİLENMEYECEKTİR.

Çalışma verileri araştırmacı tarafından yasal süre boyunca saklanacak ve sonrasında imha edilecektir.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM**

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi :(varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu

araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

## Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma Anketi

Tarih: / /

No: \_\_\_\_\_

Yaşınız:.....

Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

Telefon Numarası:

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

Eğitim Durumunuz (Yıl Olarak):.....

Hiç sınıfta kaldınız mı?

1.Evet ( ) → Evetse kaç yıl?:.....

2.Hayır( )

Meslek: Çalışıyor ( ) Ev hanımı ( ) Öğrenci ( ) İşsiz/çalışmıyor ( )

Kardeş Durumu:

Kaç kardeşiniz?:.....Kız kardeş sayısı:.....Erkek kardeş sayısı.....

Siz baştan itibaren kaçınıcı çocuksunuz?.....

Yaşadığınız Yer: Köy ( ) İlçe ( ) Şehir ( ) Büyükşehir ( )

**Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Öyküsü:**

\*Birinci derece akrabalarda ruhsal rahatsızlığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?  
(Anne, Baba, Kardeşler)

1.Hayır( )

2.Evet( ) → Evetse kim ve hastalığı neydi?.....

\*Diğer akrabalarda ruhsal rahatsızlığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?  
(Dayı,Teyze,Amca,Kuzen)

1.Hayır( )

2.Evet( ) → Evetse kim ve hastalığı neydi?.....



**Eskiden Almış Olduğunuz Psikiyatrik Tanı:**

1.Yok ( )

2.Var( ) → Varsa nedir?..... → Süresi.....

**Şimdi Almış Olduğunuz Psikiyatrik Tanı:**

1.Var( ) → Varsa nedir ?..... → Süresi.....

2.Yok( )

**Şimdiki Antidepresan İlaç Kullanma Durumunuz:**

( ) Var → Hangisi ?..... → Süresi.....

( )Yok

**Geçmişte Antidepresan İlaç Kullanımı:**

( ) Var → Hangisi ?..... → Süresi.....

( )Yok

**Psikoterapi Tedavisi Alma:**( )Evet → Hangisi ? → Bilişsel Davranışçı Terapi....  
Diğerleri.....

( )Hayır

**0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?**

Anne( ) Baba ( ) Akrabalar ( ) Kurum ( )

**Çocukken önemli bir ayrılık/ göç/yer değiştirme yaşadınız mı?**

Hayır ( )

Evet ( ) → Evetse neydi ve kaç yaşındaydınız?.....

**Çocukluk döneminde aile içinde dayak yediniz mi?**

Hayır ( )

Evet ( ) → Evetse ne sıklıkta?.....

**Yetiştiğiniz ailede babanız annenizi döver miydi?**

Hayır ( )

Evet ( )

Ön Tanı:

SCID I:



### Ek 3. Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ)

## Düşünce Özellikleri Ölçeği

**Yönerge:** Bu ankette sizin kullandığınız farklı düşünce tarzlarını tespit etmeye çalışıyoruz. Bu anket boyunca 10 değişik tarzda düşünce tarzı göreceksiniz. Öncelikle her düşünce tarzının ne olduğu size açıklanacak. Daha sonra her bir düşünce tarzını daha iyi anlamanız için iki örnek durum anlatılacak. Anlatılacak bu iki durumdan bir tanesi sosyal ilişkilerle (arkadaş, eş ve aile gibi) diğeri ise kişisel başarılarla ilgili (bir sınavı geçmek ya da işte başarısız olmak gibi) olacak. Bu kurgu örneklerinin amacı her bir düşünce tarzının gerçek hayatta nasıl olabileceğini anlamanızı kolaylaştırmaktır.

Sizin göreviniz ilk olarak tanımlanan düşünüş tarzını anlamaya çalışmaktır. Daha sonra size bu düşünüş tarzını ne sıklıkla kullandığınızı sorulacaktır. Lütfen bu düşünce tarzlarını hayatın iki alanında (sosyal alan ve başarı alanları şeklinde örneklendirilen) ne kadar sıklıkla kullandığınızı düşünerek uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

1. ZİHİN OKUMA

İnsanlar bazen başkalarının kendileri hakkında olumsuz düşündüklerini düşünürler. Hatta diğer kişi olumsuz bir şey söylemese bile bu durum böyle olabilir. Bu durum bazen *zihin okuma* olarak adlandırılır. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

- Özlem erkek arkadaşı Oytun'la kahve içiyordu. Oytun çok konuşmuyordu ve Özlem ona bir sorun olup olmadığını sordu. Oytun "iyi" olduğunu söyledi. Özlem Oytun'a inanmadı ve Oytun'un kendisiyle mutsuz olduğunu düşünmeye başladı.
- Erkut haftalardır bir proje üzerinde çalışmaktaydı. Sonunda bitirip patronuna verdi ve işle ilgili patronunun görüşünü çok merak ediyordu. Birkaç gün geçtikten sonra Erkut patronunun kendisinin yetersiz olduğunu düşündüğünden endişelenmeye başladı.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihin Okuma'yı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

## 2. FELAKETLEŞTİRME

İnsanlar gelecekle ilgili olumsuz tahminlerde bulunabilir. Eğer bu tahminlerle ilgili elde yeterli kanıt yoksa buna *Felaketleştirme* denir. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

- Erkan üniversite birinci sınıfta öğrencidir. En son biyoloji sınavından 70 almıştır. Hemen sonrasında endişelenmeye başlar. Bu dersten sonunda düşük alacağını ve tıp fakóltesini bitirmekte zorlanacağını düşünür.
- Meltem'in erkek arkadaşı ilişkileri hakkında bazı geri-bildirimlerde bulunur. Ona arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmek istediğini söyler. Bu geri-bildirime dayanarak Meltem giderek uzaklaŐacaklarına ve hatta sonunda ayrılacaklarına dair tahminlerde bulunmaya başlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Felaketleőtirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman  
Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Felaketleőtirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

## 3. HEP YA DA HIŐ TARZI DÜŞÜNME

Bazen kişiler değerlendirme yaparken bir Şeyleri "ya-ya da" Şeklinde görebilir. Örneğin, bir konsere *iyi veya kötü* denebilir. Diğer taraftan insanlar değerlendirme yaparken grinin tonlarını da görebilir. Örneğin, konserin bazı olumsuz yanları olabilir ama genelde yeterince iyi denebilir. Bir kişi bir Şeyi iyi veya kötü diye değerlendirdiğinde biz buna *hep ya da hiÇ* tarzı düşünce diyoruz. Bunu zihninizde canlandırabilmek için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

- Emrah bir sınavdan B+ alır. Notu A olmadığı için üzgündür. Sınavlardaki baŐarıyı aşağıdaki gibi görme eğilimindedir: "Ya çok iyi yaparım ya da yaptığım Şey başarısızdır".
- AyŐegöl ya bir kişiyi seven ya da sevmeyen tarzda bir insandır. Ya onun "iyi kişiler defterindedir" ya da değilsindir.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) *hep ya da hiÇ* tarzı düşünceyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman  
Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) *hep ya da hiÇ* tarzı düşünceyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

#### 4. DUYGUDAN SONUÇ ÇIKARMA

İnsanlar bazen bir şey öyle “hissettiriyor” diye onun doğru olduğuna inanabilirler. Bunun nasıl olduğunu zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

- Canan’ın arkadaşları herkese yetecek kadar bilet bulamadıkları için onlarla konsere gelemeyeceğini söylerler. Canan onu kasten dışlamadıklarını bilmesine karşın *reddedilmiş hisseder*. O yüzden kısmen reddedildiğine inanır.
- Emre’nin patronu ona şirketteki performansının iyi olduğunu söyler. Ancak Emre acaba daha iyi yapabilir miydim diye düşünür. Aslında *başarısız gibi* hissetmektedir. Sonuçta başarısız biri olduğuna inanmaya başlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Duygudan sonuç çıkarmayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Duygudan sonuç çıkarmayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

#### 5. ETİKETLEME

İnsanlar kendilerini belli *türde bir kişi* olarak etiketleyebilirler. Eğer olumsuz bir şeyden sonra bu ortaya çıkarsa buna etiketleme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

- Sosyal bir ortamdayken, Yasir bir kadını dansa davet eder. Kadın bu teklifi reddeder. Sonuç olarak Yasir kendisinin *zavallı* olduğunu düşünür.
- Ders esnasında Ferda’nın öğretmeni sorunun yanıtını kimsenin bilip bilmediğini sorar. Ferda elini kaldırır ve bir yanıt verir. Öğretmen “maalesef yanıtın doğru değil”, “yanıtı bilen başka biri var mı?” der. Ferda kendi kendine *aptal* olduğunu söyler.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Etiketlemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Etiketlemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

## 6. ZİHİNSEL FİLTRELEME

Bazen kişiler bilgileri bir filtreden geçirir. Olumlu ve olumsuz bilgiler olduğunda onlar sadece olumsuz olan bilgiye odaklanır. Buna Zihinsel Filtreleme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

- Türkan erkek arkadaşının kendisi hakkında arkadaşlarıyla konuşmasını duyar. Erkek arkadaşı şöyle demektedir: “vallahi, şimdiye kadar oldukça iyi gitti. Zeki ve eğlenceli biri, birçok ortak noktamız var. Bazen biraz talepkâr olabiliyor ama sorun yok”. Her ne kadar Osman çoğunlukla olumlu şeyler söylemiş olsa da Türkan tek bir olumsuz yorumu seçer ve kötü hisseder.
- Serkan lisede öğrencidir. Son ödeviyle ilgili öğretmeninin yorumlarını gözden geçirmektedir. Öğretmeni şu şekilde yazmıştır: “Serkan, düşüncelerini çok güzel şekilde ifade ediyorsun. Yazım tarzını gerçekten çok beğendim. Ancak bir düşünceden diğerine daha iyi geçiş yapmak üzerinde çalışmalısın.” İyi bir performans gösterdiği gerçeğine rağmen Serkan yalnızca tek bir eleştiri cümlesini düşünebiliyor ve kendini rahatsız hissediyor.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Zihinsel Filtrelemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Zihinsel Filtrelemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

## 7. Aşırı Genelleme

Olumsuz bir olay olduğunda insanlar daha da kötü şeylerin olacağını varsayabilirler. Bireyler olumsuz olayı kötü olayların bir başlangıcı gibi görürler. Zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okununuz:

- Sevilay’la erkek arkadaşı yeni ayrılmışlardır. Kendi kendine şöyle düşünür: “ Hiçbir zaman yolunda giden bir ilişkim olmayacak”.
- Özgür geçen matematik sınavından kalmıştır. Kendi kendine şöyle der: “Muhtemelen diğer derslerden de kalacağım”.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Aşırı Genellemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Aşırı Genellemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7  
Asla Ara sıra Her zaman

## 8. KİŞİSELLEŞTİRME

Bazen kişiler aslında öyle olmasa da olumsuz olaylardan sorumlu olduklarına inanabilirler. Diğer bir deyişle, olumsuz bir olayı alırlar ve onun nedeninin kendileri olduğunu kabul ederler. Buna *kişiselleştirme* denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

- Semanur'un şirketi önemli bir ihaleyi kazanamadı. Birçok kişi bu proje için çok çalışmış olmasına karşın o, kendisini hatalı saydı.
- Enes'in en yakın arkadaşı son dönemde kötü bir ruh halindeydi ve onunla bağlantı kurmak zordu. Enes, arkadaşına onun bu şekilde davranmasına neden olacak yanlış bir şey yaptığını düşündü.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Kişiselleştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Kişiselleştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

## 9. MELİ, MALİ İFADELERİ

İnsanlar bazen bir şeylerin belli bir şekilde olmak zorunda olduğunu düşünür. Zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

- Yaşar sınavdan 85 aldığı için mutsuzdur çünkü o en az 90 alması *gerektiğini* düşünmektedir. Yaşar'ın bu düşünceleri birçok şey için geçerlidir (örneğin, top oynarken *asla* topun üzerinden atlamaması gerektiğini hisseder; odası belli bir şekilde düzenli *olmalıdır*."
- Bengü sosyal ortamlarda *mutlaka* komik ve ilginç olması *gerektiğine* inanır.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) meli-mali ifadelerini ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) meli-mali ifadelerini ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla		Ara sıra				Her zaman

## 10. OLUMLUYU KÜÇÜLTME YA DA YOK SAYMA

Kişiler bazen başlarına gelen olumlu şeyleri görmezden gelebilir. Bu, “olumluyu küçültme ya da yok sayma” olarak adlandırılır. Gözünüzde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

- Yasemin emlak ofisinde çalışmaktadır. Patronu son satışta çok iyi iş çıkarttığını söyler. Yasemin kendi düşüncesince başarılı değildir çünkü bu olay muhtemelen şansa bağlıdır.
- Mustafa büyük bir ilk buluşma için hazırlanmaktadır. Arkadaşları ona iyi görüldüğünü söyler. Onların iltifatlarını kale almaz çünkü ona göre yalnızca nazik olmaya çalışmaktadırlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Olumluyu Küçültme ya da Yok Saymayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

**1** **2** **3** **4** **5** **6** **7**  
**Asla** **Ara sıra** **Her zaman**  
Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Olumluyu Küçültme ya da Yok Saymayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

**1** **2** **3** **4** **5** **6** **7**  
**Asla** **Ara sıra** **Her zaman**



#### **Ek 4. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

##### **1)ŞİMDİKİ MDS:**

Son 1 aydır hemen hergün günboyu süren üzüntülü, hüznü, karamsar, çökkün hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

Genellikle yapmaktan hoşlandığınız şeylere karşı ilginizde ve zevk almanızda bir azalma oldu mu?

**HER 2 SORUYA HAYIR YANITI ALDIYSANIZ DİĞER MODÜLE GEÇİNİZ.**

Kilo verdiniz mi?

Uykunuz nasıl?

Huzursuzluk yüzünden yerinde duramama, sürekli dolaşma ihtiyacı hissettiniz mi?

Gücünüz kuvvetiniz nasıl?

Kendinizi değersiz, işe yaramaz buluyor musunuz?

Düşünmekte veya dikkatinizi bir konu üzerinde toplamakta güçlük çekiyor musunuz?

Yaşamla aranınız nasıl, kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?

##### **2) GEÇMİŞ MDS:**

Daha önce durgun, üzgün olduğunuz dönemler oldu mu?

Aynı dönemde her gün yaptığınız şeylere karşı isteksizlik, ilgisizlik duyduğunuz oluyor muydu?

##### **3) ŞİMDİKİ MS**

Geçen ay içinde kendinizi her zamankinden çok daha iyi, çok daha canlı hissettiğiniz oldu mu?

**HAYIR YANITI ALDIYSANIZ DİĞER MODÜLE GEÇİNİZ.**

Uyku gereksinimi

Konuşma miktarı

Düşüncelerin hızı

Dikkatin sürekli çevrede küçük ayrıntılara takılması

Amaca yönelik aktivitede artış

Zevk verici aktivitelerde artış

##### **4) GEÇMİŞ MS:**

Şimdiye kadar hiç kendini her zamanki halinizden çok daha iyi, çok daha canlı hissettiğiniz oldu mu?

#### 5) DİSTİMİ:

Son 2 yılda hiç MDS olmamışsa

Son 2 yılda kendinizi durgun, üzgün hissettiğiniz günler oldu mu? Hemen hemen gün boyu sürüyor muydu, böyle günler iyi hissettiğiniz günlerden fazla mıydı?

#### 6) PSİKOTİK TARAMA:

##### DELİRLER

Hiç insanların size baktığını ya da hakkınızda konuştuklarını hissettiniz mi?

İnsanların davranışlarından eşyaların duruşlarından, tv-radyodaki haberlerden özel anlamlar çıkardığınız oldu mu?

Sizinle uğraşanlar oldu mu? Kötülük etmek isteyenler?

Hiç bedeninizin bazı bölümlerinin değiştiğini ya da çalışmadığını hissettiniz mi?

Diğer insanlara farklı gelen başka fikirleriniz oldu mu?

##### HALÜSİNASYONLAR

Hiç kulağınıza başkalarının duymadığı sesler geldiği oldu mu?

Hiç başkalarının göremediği şeyler gördüğünüz oldu mu?

Koku?

#### 7) İçki içme alışkanlığınız nasıldır? Ne kadar sık, ne içersiniz?

İçki içmeniz sorun yaratıyor mu?

İçki içmenize karşı çıkan biri var mı?

#### 8) Aniden korkuya kapıldığınız, kaygılandığınız birden bedensel rahatsızlıkların geliştiği bir panik atak nöbeti geçirdiniz mi?

##### HAYIRSA BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ.

EVETSE Bu ataklar hiç üzgün olmadığınız, kendinizi kötü hissetmediğiniz, sınırlı olmadığınız bir durumda ortaya çıktı mı? Bu tip kaç atağınız oldu?

Bu atağı takiben bir ay içerisinde bir kalp krizi geçireceğiniz, çıldıracağınız endişesine kapıldığınız oldu mu? Hayır ise bu atakların tekrarlayacağı endişesi oldu mu? Hayır ise bu ataklar nedeniyle belirli yerlerden kaçınmak ve yalnız sokağa çıkmamak gibi durum oldu mu?

Ataklara eşlik eden çarpıntı, terleme, titreme, uyuşma, baş dönmesi-düşecekmiş gibi olma, göğüste sıkışma hissi, kızarma ölüm hissi oldu mu?

9) Başka insanların gözü önünde yapmaktan korktuğunuz ya da yaparken rahatsızlık hissettiğiniz herhangi bir şey var mı?

10) Saçma olduğunu bildiğiniz halde kafanızdan atamadığınız, yineleyen ve sizi sürekli rahatsız eden düşünceleriniz oluyor mu?

11) Basit fobi, başka korktuğunuz şeyler var mı?

12) YAB Son 6 ayda her zamankinden daha huzursuz ya da sıkıntılı mıydınız?

Kötü bir şeyler olacağından endişelenir misiniz?

13) Yaşamın tehdit edilmesi, birisinin ölmüş olarak veya ciddi bir şekilde yaralanmış olarak görme veya evinizin yanması gibi gerçekten travmatik veya dehşet verici bir yaşantınız oldu mu?

14) Herkesin sizi çok zayıf bulduğu bir dönem oldu mu?

15) Hiç kısa zamanda tıknırcasına yediğiniz oldu mu?