

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Klinik (Uygulamalı) Psikoloji Anabilim Dalı

**OTOMATİK DÜŞÜNCELER, FONKSİYONEL OLMAYAN
TUTUMLAR VE MİZAÇ VE KARAKTER ARASINDAKİ
İLİŞKİLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ceren GÖKDAĞ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Haluk ARKAR

İZMİR - 2014

Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne sunduğum “OTOMATİK DÜŞÜNCELER, FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR VE MİZAÇ VE KARAKTER ARASINDAKİ İLİŞKİLER” adlı yüksek lisans tezinin tarafımdan bilimsel, ahlak ve normlara uygun şekilde hazırlandığını, tezimde yararlandığım kaynakları bibliyografyada ve dipnotlarda gösterdiğimi onurumla doğrularım.

Ceren GÖKDAG





T.C.EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı : Ceren GÖKDAĞ
Numarası : 92110005571
Anabilim Dalı : Klinik Psikoloji
Tez Başlığı (Türkçe) : Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakter Arasındaki İlişkiler
Tez Başlığı (İngilizce) : The Relationships Between Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitudes, and Temperament and Character
Tez Savunma Tarihi : 23.07.2014
Tez Başlığı Değişikliği Varsa Yeni Başlık:

JÜRİ ÜYELERİ

Jüri Başkanı

Unvan, Adı, Soyadı : Prof. Dr. Haluk ARKAR
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : Prof. Dr. Oya SORİAS
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : Doç. Dr. Şakire OCAK KARABAY
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

TEZ HAKKINDA JÜRİNİN GENEL GÖRÜŞÜ

(Jüri Başkanı Tarafından Doldurulacaktır)

Tez savunması sonucunda öğrenci tarafından hazırlanan çalışma;

Oybirliğiyle

Oy çokluğuyla

Başarılıdır

Düzeltilmelidir

Başarısızdır

- Bu tutanak üç (3) işgünü içerisinde jüri üyelerinin raporlarıyla beraber Anabilim Dalı Başkanlığı üst yazısıyla Enstitü Müdürlüğüne gönderilmelidir.
- Tezli yüksek lisans programlarında düzeltme alan öğrencinin 3 (üç) ay içerisinde yeniden savunmaya girmesi zorunludur.

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmanın gerçekleşmesinde büyük katkıları olan katılımcılarıma çok teşekkür ederim. Onlar olmasa, onlar düşüncelerini benimle paylaşmasalar, uzun sorularımı sabırla yanıtlamasalar bu çalışma gerçekleşmezdi.

Lisans eğitimimden bu yana desteğini her zaman hissettiğim, uzmanlık eğitimimin başlamasında büyük katkısı olan, fikirleriyle bana ve çalışmalarına ışık tutan, her adımımın arkasında durarak beni her daim yüreklendiren danışmanım Prof. Dr. Haluk Arkar' a teşekkürü bir borç bilirim.

Klinik bilgi ve becerilerini her zaman bizlerle paylaşan, rasyonel fikirlerine son derece önem verdiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Oya Sorias' a ve Yrd. Doç. Dr. Serap Tekinsav Sütcü' ye çok teşekkür ederim. Ayrıca jüri üyelerimden biri olan Doç. Dr. Şakire Ocak Karabay' a katkıları için teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamımda önemli bir yere sahip olan, gerek akademik çalışma hayatımda gerekse özel yaşamımda yardımlarını ve dostluğunu esirgemeyen Arş. Gör. Zeynep Erdoğan' a teşekkür ederim. Onunla omuz omuza çalışmak ve daha pek çok kez çalışacak olmak keyif verici. Tez yazım sürecindeki kararsızlıklarına sıklıkla maruz kalmış olan, yönlendirmeleriyle çalışmamın ilerlemesini sağlayan can dostum Arş. Gör. Servet Kaçar' a ve tüm zor zamanlarımda yanımda olduğunu bildiğim, bana her zaman güvenen Arş. Gör. Özlem Ertan' a sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum. Ek olarak, meslektaşım olmasalar da, yaşamımın daimi terapistleri diğer arkadaşlarıma da müteşekkirim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında verdiği destekten ötürü TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı' na teşekkür ederim.

Son olarak hayatımın maddi-manevi en büyük destekçileri anneme, babama ve kardeşlerime, bana kattıklarından ve bugünlere gelmemde yoğun emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Bu süreçte sizleri ihmal ettiğim için de özür dilerim.

Ceren GÖKDAĞ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
YEMİN BELGESİ	i
TUTANAK.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ŞEKİL DİZİNİ	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
I.1. Depresyon	4
I.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
I.1.2. DSM-IV' e Göre Depresyon	5
I.1.3. Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi	6
I.1.4. Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
I.1.1.1. Genetik Faktörler	7
I.1.1.2. Biyolojik Faktörler	8
I.1.1.3. Psikososyal Faktörler.....	8
I.1.5. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar.....	11
I.1.5.1. Psikanalitik Kuram	11
I.1.5.2. Kişilerarası Kuram.....	12
I.1.5.3. Davranışçı Kuram.....	12
I.1.5.4. Bilişsel Kuram	13
I.2. Bilişsel Kuram.....	15
I.2.1. Bilişsel Yapı	18
I.2.1.1. Otomatik Düşünceler.....	19
I.2.1.2. Şemalar	20
I.2.1.3. Ara İnançlar	21
I.2.1.4. Temel İnançlar	22
I.2.2. Bilişsel Kurama Göre Psikopatoloji	23
I.2.2.1. Bilişsel Kurama Göre Majör Depresif Bozukluk	25
I.3. Kişilik.....	35
I.3.1. Psikobiyolojik Kişilik Modeli	37

I.3.1.1. Mizaç Boyutları.....	38
I.3.1.1.1. Yenilik Arayışı	40
I.3.1.1.2. Zarardan Kaçınma	41
I.3.1.1.3. Ödül Bağımlılığı	41
I.3.1.1.4. Sebat Etme	42
I.3.1.2. Karakter Boyutları	43
I.3.1.2.1. Kendini Yönetme.....	43
I.3.1.2.2. İşbirliği Yapma	44
I.3.1.2.3. Kendini Aşma	45
I.3.2. Kişilik ve Depresyon	46
I.3.3. Kişilik ve Bilişsel Kuram	53
I.3.4. Kişilik, Bilişsel Kuram ve Depresyon.....	55
I.4. Çalışmanın Amacı ve Önemi	58

BÖLÜM II

YÖNTEM

II.1. Katılımcılar	60
II.2. Araçlar	62
Sosyo-Demografik Bilgi Formu	62
Temel İnanç Sorgulama Formu (TİSF).....	62
Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).....	64
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)	65
Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	66
Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	67
II.3. İşlem	68
II.4. İstatistiksel Analiz	68

BÖLÜM III

BULGULAR

III.1. Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi: Korelasyon Analizleri.....	69
III.2. Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi: Çok Değişkenli Varyans Analizleri (MANOVA)	78

III.3. Değişkenlerden Bazıları Kontrol Edildiğinde Gruplar Arası Farklılaşmaların İncelenmesi: Kovaryans Analizleri	85
III.4. Değişkenleri Birbirlerini Açıklama Oranlarının İncelenmesi: Çoklu Regresyon Analizleri.....	90
III.4.1. Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Mizaç ve Karakter Özellikleri	90
III.4.2. Ara İnanç ve Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Temel İnanç.....	92
III.4.3. Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Ara İnanç	94
III.4.4. Depresyonun Yordayıcıları Olarak Mizaç ve Karakter Özellikleri, Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşünceler	94

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	98
KAYNAKLAR	111
EKLER.....	128
EK-1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	129
EK-2 Temel İnanç Sorgulama Formu (TİSF).....	130
EK-3 Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).....	131
EK-4 Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ).....	141
EK-5 Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ).....	145
EK-6 Beck Depresyon Envanteri (BDE)	147
EK-7 Etik Kurul Onay Belgesi	150
EK-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	152
ÖZGEÇMİŞ.....	156
ÖZET.....	157
ABSTRACT.....	158

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1. Kişilik ile bilişler arasında var olduğu düşünülen örüntü	3
Şekil 1.2. Biliş, duygu ve davranış ilişkisi	17
Şekil 1.3. Temel inanç, ara inanç ve otomatik düşünce ilişkisi	19
Şekil 1.4. Temel inançtan otomatik düşünceye giden yol.....	23
Şekil 1.5. Bilişsel kurama göre depresyon	29
Şekil 1.6. Kişilik: Psikobiyolojik Şema	38

TABLO DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. Örneklemin gruplara göre demografik özellikleri	61
Tablo 2.2. TİSF' nun iç tutarlık katsayıları.....	63
Tablo 2.3. TİSF ile diğer ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.....	64
Tablo 3.1. Hasta grubunda ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.....	76
Tablo 3.2. Kontrol grubunda ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları	77
Tablo 3.3. Tüm ölçeklerin bağımlı değişken olduğu durumdaki MANOVA sonuçları..	78
Tablo 3.4. Gruba göre bağımlı değişkenlerin ANOVA sonuçları	79
Tablo 3.5. Gruplara göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları...	80
Tablo 3.6. FOTÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu ANCOVA sonuçları.....	85
Tablo 3.7. FOTÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu durumda hasta ve kontrol grubunun ortalamaları.	86
Tablo 3.8. ODÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu ANCOVA sonuçları.....	86
Tablo 3.9. ODÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu durumda hasta ve kontrol grubunun ortalamaları	87
Tablo 3.10. MKE, FOTÖ ve ODÖ' nin bağımlı değişken, BDE' nin kovaryant olduğu MANCOVA sonuçları	87

Tablo 3.11. MKE, FOTÖ ve ODÖ' nin bağımlı değişken, BDE' nin kovaryant olduğu ANOVA sonuçları	88
Tablo 3.12. TİSF'nun bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.....	90
Tablo 3.13. FOTÖ' nin bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.....	91
Tablo 3.14. ODÖ' nin bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.....	92
Tablo 3.15. FOTÖ' nin bağımlı, TİSF'nun bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları	93
Tablo 3.16. ODÖ' nin bağımlı, TİSF' nun bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları	93
Tablo 3.17. ODÖ' nin bağımlı, FOTÖ' nin alt boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.....	94
Tablo 3.18. Beck Depresyon Envanteri toplam puanı için hiyerarşik regresyon analizi sonuçları	97

GİRİŞ

Alanyazında normal, taşkın, çökkün ve sıkıntılı olarak sınıflandırılan duygudurum, bireyin çeşitli durumlara karşı verdiği duygusal tepkilerdir ve her türlü ruhsal bozuklukta duygudurum az ya da çok etkilenmektedir. Fakat bazı ruhsal rahatsızlıklarda ana belirti, duygudurumun kendisiyle ilişkilidir ki işte bunlar duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Görülme sıklığı günden güne artan ve üzerinde yapılan çalışmalara her geçen gün yenisi eklenen duygudurum bozuklukları, patolojik duygudurum ve bununla ilişkili bozulmaların klinik olarak önce olduğu geniş bir grup bozukluğu kapsamaktadır ve majör depresyondan maniye kadar uzanan spektrum içinde değerlendirilmektedir. Bu bozukluklar, periyodik ya da döngüsel olarak görülebilen ve belli bir süre devam eden belirtiler bütününden oluşmaktadır (Köroğlu, 2009a; Sadock ve Sadock, 2005).

Depresyon da son yıllarda tüm dünyada hızla artan, farklı sebeplerden dolayı oldukça karmaşık bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon, kişide çoğunlukla depresif duygudurumun hakim olduğu, kişinin ruhsal güçlerinde ve motor/fizyolojik etkinliklerinde bir takım gerilemelere sebep olan bir ruhsal tablodur (Işık, 1991). Depresif duygudurumun hakim olduğu kişiler, enerji ve ilgi kaybı, suçluluk duyguları, dikkat problemleri, iştah azalması, ölüm ya da intihar düşünceleri yaşamaktadırlar. Sonuç olarak, bu belirtiler bir araya geldiğinde kişide toplumsal, mesleki ve kişilerarası sorunlara sebep olmaktadır (Sadock ve Sadock, 2005). Tüm bunlar majör depresyon tanısı için yeterli olmaktadır.

Pek çok belirtisi olan ve neredeyse kişinin tüm alanlarındaki işlevselliğini etkileyen bu ruhsal bozukluğun anlaşılması ve ortadan kaldırılmaya çalışılması önemli bir uğraş alanıdır. Depresyonun tedavisinde kullanılan en etkili psikoterapi yöntemlerinden biri olan bilişsel terapi, Beck' in ortaya attığı bilişsel kurama dayanmaktadır ve son elli yıldır sıklıkla kullanılmaktadır (Beck, 2005).

Bilişsel kurama göre depresyon; kişinin bilişsel yanlış yorumlamalarından, olumsuz çarpıtmalardan, kendini olumsuz değerlendirmelerinden ve umutsuzluğundan kaynaklanmaktadır. Bu kuram, depresyonun aslında bir duygudurum bozukluğundan

çok bilişsel bir bozukluk olduğunu ileri sürmektedir. Çünkü önce kişinin bilişlerinde, düşünce sisteminde bir bozukluk görülmektedir, bunun sonucunda çökkün ruh hali devreye girmektedir. Kişinin kendisine, geleceğe ve dış dünyaya yönelik olan, çocukluğunda yerleşmeye başlayan katı olumsuz inançları vardır. Bu olumsuz inançlar, giderek gelişmektedir ve olumsuz düşüncelere, tutumlara ve yargılara sebep olmaktadır (Beck ve ark., 1979).

Kişinin yaşamının erken yıllarında geliştirmeye başladığı temel inanç ve tutumlar (şemalar), ilerleyen yıllarda çeşitli yaşam olaylarıyla pekiştirilmektedir ve değişmesi zor bir hal almaktadır. Kişinin bu katı ve olumsuz tutumları zamanla ara inançlar haline dönüşmektedir ve bu ara inançlar da kişinin anlık duygularına ve duygudurumuna etki eden otomatik düşüncelerinin oluşmasına sebep olmaktadır. Böylece, yanlış inançların etkinleşmesi sonucu kişinin ruh hali değişmektedir ve bunun uzun sürmesi halinde kişide depresyon ortaya çıkabilmektedir (Beck ve ark., 1979; Beck, 1991a; Beck, 2001).

Günümüze kadar pek çok araştırmacı duygudurum ile kişilik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Özellikle depresyon ile kişilik arasında oldukça karmaşık bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Kişilik yapısının mı depresyona neden olduğu, depresyonun mu kişilik yapısını değiştirdiği halen bilinmemektedir ve araştırılmaktadır (Akiskal, 1983; akt. Aslan ve Demir, 2008). Kişiliğin bir parçası olarak düşünülen mizaç ve karakter ile depresyon arasındaki ilişki de incelenmektedir. Cloninger' in psikobiyolojik kuramına dayalı bu araştırmalar, iki değişken arasında bazı bağlantılar olabileceğini göstermiştir. Özellikle 'zarardan kaçınma' ve 'kendini yönetme' kişilik boyutları ile depresif duygudurum arasında tutarlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ampollini ve ark., 1999; Arkar, 2010; Nery ve ark., 2009; Richter, Polak ve Eisemann, 2003).

Bireyin kişilik özellikleri ile bilişleri arasında bir ilişki olduğu da son yıllarda üzerine çalışma yapılan konulardan biridir. Özellikle, Cloninger' in psikobiyolojik kişilik modelinde öne sürdüğü mizaç ve karakter boyutları ile bilişsel kuramın tanımladığı düşünce yapıları arasında bir bağ olduğu düşünülmektedir. Yapılan

çalışmalar, kişinin işlevsel olmayan tutumları ile mizaç ve karakter özelliklerinin benzer olduğunu göstermektedir (Luty ve ark., 1999; Richter ve Eisemann, 2002). Bu benzerliklerin majör depresif bozukluk tanılı bireylerde daha net gözlenebildiğini savunan çalışmacılar, depresyondaki işlevsel olmayan düşünceler ile mizaç ve karakter özelliklerinin incelenmesi gereken bir olgu olduğunu vurgulamışlardır.

Kuramsal temeller üzerine şekillenmiş çalışmalar, mizaç ve karakter boyutları ile bilişler arasında yüksek ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bireylerin düşünce tarzları ve inançlarının, mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkili olması, bir kısmı doğuştan gelen bir kısmı erken yıllarda oluşmuş ve gelişimsel bir yanı olduğu düşünülen, mizaç ve karakterin bu inançlara sebep olabileceği fikrini akla getirmiştir. Çünkü bilişler de erken yıllarda oluşmaktadır ve kişinin yaşamını bir hayli etkilemektedir. Bu bilgilerden yola çıkılarak, mizaç ve karakter özelliklerinin temel inançlara, temel inançların işlevsel olmayan tutumlara, işlevsel olmayan tutumların otomatik düşüncelere sebep olduğu ve böylece depresif duygudurum oluştuğu düşünülmüştür (bakınız, Şekil 1.1).



Şekil 1.1. Kişilik ile bilişler arasında var olduğu düşünülen örüntü.

Literatürdeki bilgilerden ve yukarıda bahsedilen varsayımdan hareketle, bu çalışmada, bilişsel kuramda önemli yeri olan otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve Cloninger' in öne sürdüğü mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkiler, majör depresif bozukluk tanılı hasta grubu ile kontrol grubunda incelenmiştir.

I.1. Depresyon

I.1.1. Tanım ve Tarihçe

Depresyon, farklı yaş ve gruplarda gözlenebilen, ağır belirtileri olan, tek dönem ya da yineleyici olarak görülebilen, kişiyi pek çok açıdan olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. Pek çok belirtisi olan bu bozuklukta, belirtiler iki ana kategoride sınıflanmaktadır: psikolojik ve somatik/fizyolojik. Psikolojik belirtiler mutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, belirsizlik, suçluluk, düşük benlik saygısı, intihar düşüncesi iken fizyolojik belirtiler uyku ve iştah değişiklikleri, psikomotor gerileme ve enerji eksikliğidir (Friedman, 2011).

Depresyonda, ana belirtilere ek olarak, iş gücü kayıpları, performanstaki azalmalar gibi sebeplerle önemli finansal kayıplar da ortaya çıkmaktadır. Böylece olası ekonomik sıkıntılar da kişiyi daha çökkün hale getirebilmektedir. Ayrıca bireyler, tedavi edilmemiş depresyonun önemli komplikasyonu olan intihara kadar gidebilmektedirler (Savrun, 1999). Bu yönüyle de bakıldığında depresyon, tedavi edilmesi- bunun öncesinde anlaşılması- oldukça önemli olan bir ruhsal bozukluktur.

Depresyon kelimesinin filolojik kökü Latince “depressus” sözcüğünden gelmektedir ve aşağı doğru bastırmak, gamlı, kederli, bitkin, durgunlaştırmak anlamlarına gelmektedir. Dilimizde ise depresyon ifadesi, ruhsal çökküntü ya da çökkünlük anlamlarında kullanılmaktadır (Köknel, 2005).

Çok erken dönemlerden beri görüldüğü, bilindiği düşünülen ve tanımlanmaya çalışılan depresyonun tarihi, insanoğlunun tarihine kadar dayanmaktadır. En eski destanlarda ve hikâyelerde bile depresyona benzer durumlar tariflenmiştir (Goldman, 1995; Işık, 1991; Köknel, 2005). Hipokrat, Burton, Pinel ve Kraepelin depresyonla ilgili çalışan ilk önemli çalışmacılar olarak düşünülmektedir (Goldman, 1995; Köknel 2000).

Kraepelin'le başlayan, akıl hastalıklarını nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma anlayışı, duygu durum bozukluklarını sınıflandırmalarda daha sonra da etkisini devam ettirmiştir. Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı' nın 2.

Baskısında (DSM-II) Kraepelin' in yaklaşımı ve psikanalizin de etkisiyle depresyonun etiyolojik olarak sınıflandırılması sürmüştür. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987'de yayınlanan DSM-III-R' de bu yaklaşım değişikliğe uğramıştır. Depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında fikir vermeyeceği kabul edilerek, depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Bu tema daha sonra hem DSM-IV' de hem de ICD-10' da temel kabul haline gelmiştir (Boratav, 2000; Köknel, 2000).

I.1.2. DSM-IV' e Göre Depresyon

Depresyon terimi bir hastalık ve tanı olarak kullanılmaktan ziyade, birçok alt tipi olan bir hastalık kümesini ifade eden bir terim olarak kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV TR' de depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır ve majör depresif bozukluk da depresif bozukluklardan biridir (APA, 2001).

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en az bir majör depresif epizodun varlığı ile ilişkilidir. Bu epizod temel olarak ya depresif duygudurumla (çökkünlük, keder, umutsuzluk, çaresizlik, hayal kırıklığı) ya da neredeyse tüm etkinliklere karşı bir ilgi kaybının ya da artık bunlardan zevk alamamanın (eskiden yapmaktan hoşlanılan şeylerin artık haz vermemesi) görülmesi ve bu belirtilerin en az 2 haftadır devam ediyor olması ile açıklanmaktadır. Ek olarak iştah, uyku ve enerjinin azalması, huzursuzluk, değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı ve ölüm düşünceleri kendini göstermektedir. Ayrıca diğer tüm bozukluklarda olduğu gibi, bu şikayetler başka bir bozuklukla daha iyi açıklanabilir olmamalı ve kişinin işlevselliğini bozmalıdır (APA, 2001).

Görüldüğü gibi depresyon, etkileri bir hayli fazla olan, kişileri pek çok yönden etkileyen bir bozukluktur. Depresif bozukluklar içinde en yaygın olan majör depresif bozukluk, ayrıca en fazla etkiye sahip olan ruhsal bozukluklardan biridir. Dolayısıyla, bu bozukluğu derinlemesine incelemek, farklı değişkenlerle olan ilişkisini tanımak ruh sağlığı çalışanları için son derece önem arz etmektedir.

I.1.3. Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Psikiyatrinin soğuk algınlığı olarak adlandırılabilen MDB, oldukça yaygın olan bir bozukluktur (Aşkın, 1999). Araştırma yöntemlerine göre farklılık gösteren oranlar bildirilse de tüm ruhsal hastalıklar içinde en yaygın olanıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Duygudurum bozuklukları içinde de yaşam boyu prevalansı (yaklaşık %15) en yüksek olan bozukluktur. Kadınlarda görülme oranı %25' e kadar yükselirken, erkeklerde %10' dur. Kadınlarda iki kat fazla görülme olasılığı olan bu bozukluk, ülke ve kültürden bağımsız olarak, hormonal farklılıkların, çocuk doğurmanın ve psikososyal stres faktörlerinin etkileri ile cinsiyetler arası yaygınlık farklılığına sahiptir (APA, 2001; Köroğlu, 2009a; Sadock ve Sadock, 2005).

Majör depresyon ölçütleri göz önüne alındığında bozukluğun prevalansı erkeklerde %3, kadınlarda %4-9' dur; yaşam boyu risk ise sırasıyla %8-12 ve %20-26' dır (Goldman, 1995). Hasin, Fenton ve Weissman (2011) da yakın oranları literatüre katmış, bozukluğun kadınlarda görülme riskinin daha fazla olduğunu söylemişlerdir. Fakat son yıllarda cinsiyetler arası farkın azalmaya başladığını da eklemişlerdir.

ABD' de yapılan bir araştırmada 18-96 yaş aralığındaki 6694 kişi, DSM-IV tanı ölçütleri ile incelenmiştir ve MDB' un bir aylık yaygınlığı %5.2 bulunmuştur; depresyonun orta yaşlarda artış gösterdiği bulgulanmıştır (Ohayon, 2007). Bir metaanaliz çalışmasında ise, Amerikan toplumunda majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %6.7 olarak kaydedilmiştir (Waraich ve ark., 2004). Altı farklı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişinin katıldığı başka bir çalışmada, yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuş, en sık görülen ruhsal bozukluğun %3.6-8.5 ile majör depresyon olduğu bildirilmiştir (Marneros, 2006). Çin'de yapılan çalışmada yaşam boyu yaygınlık %3.6 olarak bulunurken (Lee ve ark., 2009) Japonya'da yapılan çalışmada majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %2.9 bulunmuştur (Kawakami ve ark 2004).

Ülkemizde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre yapılan bir çalışmaya, 18-54 yaşları arasındaki 6095 kişi katılmıştır ve sonuçlar majör depresif epizodun yaşam boyu

prevelansının %6.3 olduğunu göstermiştir (Andrade ve ark., 2003). Türkiye' nin farklı kesimlerinde standart tanı ölçek ve ölçütleri kullanılarak yapılan kesitsel alan araştırmalarından elde edilen sonuçların değerlendirildiği Küey (1998)' in çalışmasında, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, tedaviyi gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 civarında prevalans oranları olduğu söylenmiştir.

I.1.4. Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Depresyonun etiyojisine ilişkin farklı açıklamalar olsa da bugün hala çok eski zamanlardan beri görülen bu bozukluğun nedenleri kesinleştirilememiştir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin, olumsuz şekilde bütünleşmesinin bu bozukluğa neden olduğu bilinmektedir (Friedman, 2011). Bu sebepten dolayı, depresyonun nedenleri araştırılırken farklı faktörlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bazı risk faktörlerinin de MDB ile bir yoldan ilişkili olduğu göz önünde tutulmalıdır.

I.1.4.1. Genetik Faktörler

Diğer tüm duygudurum bozukluklarında olduğu gibi majör depresif bozuklukta da genetik etkenlerin bir hayli rolü vardır. İlk kalıtım çalışmalarını yapan Mendel' den çok az sonra Kraepelin, depresyonda kalıtımın önemini belirtmiştir (Köknel, 2005). Biyolojik yaklaşımlara göre bazı bireyler kalıtsal olarak depresyona daha yatkındırlar (McGue ve Christensen, 1997). Erken yaşlarda ortaya çıkan ve yineleyici türde olan depresyonda, genetik faktörlerin rolünün daha baskın olduğu söylenmektedir (Ebmeier, Donaghey ve Steele, 2006). Aile çalışmalarına göre, majör depresif bozukluk tanılı kişilerin birinci derece akrabaları, normal deneklerin akrabalarına kıyasla 2-3 kat daha fazla majör depresif bozukluğa sahiptir (Sadock ve Sadock, 2005).

İkiz çalışmalarına göre, depresyonun genlerle geçiş oranının %31-42 arasında değiştiği düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Tek yumurta ikizlerinde, bozukluğun her iki kardeşte de görülme oranının %50 olması ve çift yumurta ikizlerinde bu oranın %10-25 olması hastalığın genetik geçişine bir kanıt olarak sunulabilir (Sadock ve Sadock, 2005). Köknel (2005)' in de vurguladığı gibi ikizlerde hastalanma oranları

%70' e kadar çıkmaktadır; ayrıca bu oranların çevresel faktörlerden (yetiştirilme tarzı, model alarak öğrenme gibi) de pek fazla etkilenmediği evlat edinilmiş ikiz çalışmaları tarafından desteklenmektedir. Çevre ve gen etkileşimi de depresyonda tartışma konusudur. 17. kromozomdaki serotonin taşıyıcı genlerin hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen stresli yaşam olaylarıyla etkileşimi vardır (Caspi ve ark., 2003).

I.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Duygudurum değişikliklerinde ve bozukluklarında vücutta da bir takım değişiklikler olduğu, bunlardan bazılarının da kimyasallar/hormonlar olduğu bilinmektedir. Fakat bu değişikliklerin birer sebep mi olduğu yoksa organizmanın verdiği tepki mi olduğu ciddi bir tartışma konusudur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Depresyona en fazla eşlik eden nörotransmitterin serotonin olduğu söylenmektedir. Uyku-uyanıklık, yeme dürtüsü, cinsel istek, beden ısısı, öfke, hareket koordinasyonu gibi çeşitli işlevlerde düzenleyici etkiye sahip olan serotonin salgılanmasının azalması depresyonu tetikleyebilir (Goldman, 1995; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Sadock ve Sadock, 2005).

Serotonin nörotransmitterine ek olarak noradrenalin salınım miktarındaki düşüşün de depresyonda yeri olduğunu söyleyen çalışmalar mevcuttur. Korku, anksiyete, öfke gibi duygularla ilişkili olduğu bilinen noradrenalinin depresyon üzerindeki etkisi, bu kimyasalın azalmasına sebep olan ilaçların kişide depresif belirtilere sebep olması ve mani durumunda bu kimyasalın artması durumu ile desteklenmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Sadock ve Sadock, 2005).

I.1.4.3. Psikososyal Faktörler

Genetik ve biyolojik faktörler depresyonu açıklamada bir hayli yere sahip olsa da çeşitli psikososyal faktörler de unutulmamalıdır. Çünkü depresyonun altında yatan temel duyguların, fiziksel ve toplumsal çevreyle etkileşim içinde olduğu bilinmektedir.

Stresli yaşam olayları. Stresin insan ve vücudu üzerine olumsuz etkisini ilk kez araştıran Selye (1956)' den beri stres verici olay ya da durumun fizyolojik, psikolojik ve davranışsal bazı değişimlere sebep olduğu bilinmektedir (akt. Daş Tuğrul, 2000). Dolayısıyla stres verici yaşam olaylarının kişiyi hüzne sürüklediği ve belki de depresyona sebep olduğu, ancak tek başına yeterli olmadığı söylenebilmektedir. Depresyondaki kişilerin geçirdikleri ilk atak incelendiğinde, zorlayıcı bir yaşam olayının bu atağı tetiklediği görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2005). Ünal ve Özcan (2000)' a göre, yaşam olayları, kişinin problemle başa çıkma becerisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiği zaman benliğin güçlenmesine katkı sağlamaktadır; fakat bu olaylar çok şiddetli ve baş edilemez olduğunda ruhsal denge sarsılabilmektedir ve ruhsal hastalıklar gelişebilmektedir. Ekonomik sorunlar, aile krizleri, iş yaşamındaki olumsuzluklar, sevilen birinin kaybı, genel sağlık durumunun bozulması gibi daha pek çok yaşam olayı, depresyonun ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rol oynamaktadır. Ancak, bu olaylar her kişide bu bozukluğa ya da herhangi bir bozukluğa sebep olmaz; biyolojik ve ruhsal bir yatkınlığı olan kişide hastalığın başlamasını tetikleyebilmektedir (Brown ve ark., 1986; Öztürk ve Uluşahin, 2011). Depresyon tanısı alan hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, epizod öncesi, hastaların daha fazla ve ciddi yaşam olayına maruz kaldığını gösteren çalışmaların olması, stresli yaşam olaylarının depresyonla ilişkisi olduğunu doğrular niteliktedir (Daş Tuğrul, 2000).

Fizyolojik Hastalıklar. Çoğu kimsede, yaşamı tehdit eden fizyolojik hastalıklar kişiyi depresyona sürükleyebilmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerde majör depresyonun varlığı bir hayli yüksektir (Brown, Varghese ve McEwen, 2004; Katon, 2003; Sertöz ve Mete, 2004). Çeşitli cerrahi girişimler, kardiyolojik, immünolojik, nörolojik bozukluklar ve kanser gibi ciddi bedensel hastalıklar sürecinde ve sonrasında depresyon görülmesi, fiziksel rahatsızlıkların depresyona sebep olabileceği fikrini akla getirmiştir (Işık, 1991).

Çeşitli Demografik Değişkenler. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi demografik değişkenlerin depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak bu değişkenler etiyolojik faktörlerden çok risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Aşkın, 1999; Doğan, 2011; Lewinsohn, Hoberman ve Rosenbaum, 1988). Depresyonun yaşla birlikte arttığı,

bilinen bir gerçek olsa da depresyon, son yıllarda genç yaşlarda da sıklıkla görülmektedir (Aşkın, 1999; Köknel, 2005). Yirmili yaşlarda ortaya çıktığı konusunda pek çok çalışmacı hemfikirdir (Joska ve Stein, 2008; Weissman ve ark., 1996). Dolayısıyla, potansiyel depresyona sahip kişiler için yirmili yaşlar risk faktörüdür. Öte yandan, yukarıda da bahsedildiği gibi, depresyon erkeklere kıyasla kadınlarda daha sık görülmektedir. Ulusal Komorbidite Araştırmasına göre, depresyonun kadınlardaki oranı 21.3 iken erkeklerdeki oranı 12.7' dir (Kessler ve ark., 1993; Kessler ve ark., 2003). Kessler (2000), kadınların günden güne daha fazla depresyona sürükleyen faktörlerle karşılaşmasının, bu duruma sebep olduğunu belirtmiştir. Kadınların sosyal yaşamdaki yalıtımı, kronik stresi, annelerden olan beklentinin fazla olması, kadınların ailenin yoğun taleplerine olan maruziyeti, iş yaşamındaki belirgin olma dürtüsü bu faktörler arasında sayılabilmektedir. Sosyoekonomik düzey ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, düşük ekonomik düzey ile bozukluğun bağlantısı olduğunu söylemişlerdir (akt. Doğan, 2011). Hasin, Fenton ve Weissman (2011)' a göre, depresyon, işsiz kişilerde, ev hanımlarında, alt sosyal sınıflarda daha çok görülmesine rağmen MDB ile sosyoekonomik durum arasında doğrudan bir ilişkiden bahsetmek zordur. Ancak, iş kaybı ya da iş bulmayla ilgili olanaksızlık, psikolojik, sosyal ve ekonomik stresi desteklemekte ve bu da depresyona zemin hazırlayabilmektedir. Murphy ve arkadaşları (1991) da benzer bir yaklaşımla, finansal zorluğun yarattığı stres ile depresyon arasında nedensel bir bağlantıdan bahsedilebileceğini bildirmiştir (akt. Aşkın, 1999).

Kişilik Özellikleri. Kişilik ile depresyon arasındaki ilişki uzun yıllardır tartışılmaktadır. Hipokrat, Galen ve Kant gibi önemli bilim insanları, kişilik özellikleri ile çökkün duygulanım arasında bir bağ olduğunu öne süren ilk düşünürlerdir (Köknel, 2005). Depresif atak geçirmeye yatkın olan kişilerde bazı kişilik örüntülerinin ortak olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Freud ve diğer psikanalitik görüşlü çalışmacıların da ortak paydada birleştiği gibi, depresyonlu kişilerin gözlemleri sonucunda, bu kişilerin belirgin bazı kişilik özelliklerine sahip olduğu kanısına varılmıştır (Goldman, 1995). Depresyon ile kişilik özellikleri/boyutları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir ve bu konu aşağıda detaylandırılacaktır.

I.1.5. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar

Pek çok olumsuz etkisi olan ve uzun yıllardır çalışmacıların ilgi alanlarından olan depresif bozukluklar, farklı kuramcılar tarafından farklı noktalara dikkat çekilerek açıklanmaktadır. Depresyonu açıklamada önemli yere sahip olan kuramlar ve depresyona dair yaklaşımları aşağıda özetlenmiştir.

I.1.5.1. Psikanalitik Kuram

Depresyonu açıklamada farklı psikolojik yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan biri ve belki de en eskisi psikanalitik kuramla ilgilidir. Karl Abraham, depresyon dinamikleriyle alakalı derinlemesine söylemlere sahip olan belki de ilk araştırmacıdır. Abraham (1911), altı depresif belirti gösteren hastasını analiz etmiş; oral erotizme yapısal yatkınlığın, psikoseksüel gelişimin oral döneme saplanmasının, erken çocukluk yıllarında sevgiden mahrum kalmanın, ödipal çatışmanın çözümlenmeden travmatik hayal kırıklığı yaşamının depresyonun oluşumunda önemli yeri olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu kişilerin ilişkilerinde büyük kararsızlık yaşadıklarını, nefret ve sevgi duygusunu beraber hissettiklerini eklemiştir. Nefret, sevginin dışı vurumunu engeller. Kişi diğer insanlardan nefret eder, fakat bu duygusunu onlara yansıtmak yerine kendisine yöneltir; böylece ‘diğerleri benden nefret ediyor’ düşüncesiyle çökkün hisseder.

Freud (1917)’ a göre depresyon, bir tür yas tepkisidir. Kişi, sevdiği herhangi bir nesnenin kaybı sonucunda çökkünlük yaşamaktadır. Gerçek sevgi nesnesinin yitiminde olduğu gibi herhangi bir kayıp olmadan (bilinçdışı imgesel bir kayıpla) da depresyon başlayabilmektedir. Kişi, nesne kaybı sonucunda terkedilmiş hissetmekte ve ‘sevdiğimi kaybettim, artık sevilmiyorum ve kötüyüm’ şeklinde düşünmekte ve dolayısıyla öz-saygı yitimi yaşamaktadır (akt. Öztürk ve Uluşahin, 2011). Sonuç olarak, kişi bir depresyon tepkisi verir. Bu tepki, kişinin kendisini oral doyumdan yoksun bıraktığı için öfke hissettiği nesnenin kaybına karşı geliştirdiği tepkidir. Kişi, o nesneye karşı yaşadığı kızgınlığı, suçluluk duyguları sebebiyle kendine yöneltir ve böylece depresyona girer (akt. Huprich ve Fine, 1997). Depresyonu yastan ayıran en büyük özellik de bu suçluluk duygularının olmasıdır. Freud’ a göre, depresyondaki kişi, yas

tutan kişiden farklı olarak, ağır değersizlik duyguları hissetmekte ve kendini suçlamaktadır (akt. Kaplan ve Sadock, 2004).

Depresyona yatkın olmayla ilgili sorun, depresif bireylerin erken çocukluk dönemlerinde, özellikle ödipal karmaşasının çözümünden önce önemli narsistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve hayatın daha sonraki dönemlerinde benzer yaralanmaların meydana gelmesinden kaynaklanır (Alper, 2001).

Arieti (1977), depresyona yatkın kişilerin kendileri için yaşamaktan çok 'dominant öteki' için yaşadıklarını ifade etmiştir. Kişi, kendi hayatında baskın olan diğer bir kişi veya kurum için yaşamaya çalışır; fakat bunun mümkün olmadığını, başka biri ya da bir şey için yaşamamanın işe yaramadığını bir süre sonra anlar ve çaresizlikle bunun değişmeyeceğini, yaşamın değersiz olduğunu düşünür (akt. Özmen, 2001).

I.1.5.2. Kişilerarası Kuram

Çıkış noktası depresyonu iyileştirmek olan kişilerarası kuram, kişinin duygularını ve diğerleriyle olan etkileşimini ele almaktadır. Bu kuram, depresyonun genellikle kişilerarası etkileşim veya sosyal bağlam içinde ortaya çıktığına dikkat çekmektedir (Mufson ve ark., 2004). Sevilen birinin kaybı, boşanma, ilişki sorunları, emekli olma, işten çıkarılma gibi sık karşılaşılan olaylar kişiyi ve ilişkilerini sarsabilir ve bu da kişide çökkünlüğe sebep olabilir. Kuramcılara göre, depresyon gelişimi sosyal ya da kişilerarası bağlamda ele alınırsa, belirtilerin nedenlerine ulaşmak ve bunları ortadan kaldırmak daha kolay olacaktır (Weissman, Markowitz ve Klerman, 2007).

Kişilerarası kuram, depresyonu 3 temel yapıda inceler: Belirtiler, sosyal-kişilerarası yaşam ve kişilik. Kişide var olan depresyonu anlamak için öncelikle belirtiler sıralanmalıdır, sonra kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam anlaşılmalıdır ki böylece stresörlerin depresyonu arttırıp arttırmadığı anlaşılır, en son adım olarak da bireyin kişilik özellikleri sorgulanmalıdır. Depresyondaki kişilerin sınırlı, bağımlı ve kendiyle yoğun uğraşları olduğu vurgulanmaktadır; depresyon ortadan kalktığında ise bu kişilik özelliklerinin de kaybolduğuna vurgu yapılmaktadır (Weissman, Markowitz ve Klerman, 2007).

I.5.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı yaklaşım, anksiyete ve bozukluklarıyla daha fazla ilgilenmesine karşın depresyon ile de ilgilenmektedir. Davranışın ödül ve ceza ile değiştiğine inanan davranışçı kurama göre depresyon, belli bir uyarana karşı verilen isteksizlik, iştah kaybı gibi genellenmiş tepkilerdir (Batur ve Demir, 2009).

Lewinsohn (1975)' a göre, kişideki sosyal beceri eksikliği ya da kişinin çevresinden aldığı düşük pekiştireçler depresyona sebep olmaktadır. Depresyonu olan kişiler diğerlerine göre sosyal yönden daha az becerilidir; depresyon sürecinde zaten az olan bu düzey, daha da düşmektedir. Kısaca, depresyonun oluşması ve sürmesinin altında bireyin sosyal çevresinden yeterli miktarda olumlu pekiştireç almaması yatmaktadır (Batur ve Demir, 2009).

Diğer bir yönden bakıldığında, depresif bireylerin sergilediği davranışlar, kişilerin hastalık öncesi almadığı pekiştireçleri almalarına yol açabilir. Ancak, ağlamak, yakınmak başlarda çevre tarafından ilgi gösterilmesine neden olurken, hastalığın ilerleyen evrelerinde çevre bu durumdan yorulur ve kişi en yakınlarına karşı yabancılaşır. Böylece, çevreden gelen pekiştireç azalır ve kişi çevreden soyutlanıp daha da mutsuzlaşır. En sonunda bu durum kısır döngü halini alır (Atkinson ve ark., 2002).

Seligman' ın 1975 yılında köpeklerle yaptığı laboratuvar deneylerine dayanan “öğrenilmiş çaresizlik modeli” ne göre, başlarda olumsuz uyarandan kaçmayı deneyen organizma, sonraları çabanın boşa olduğunu anlayarak kaçma davranışına son verir/çaba sarf etmez. İnsanların da benzer şekilde öğrenilmiş çaresizlik yaşadığı ve depresyona girdiği düşünülmektedir. Yaşamının erken dönemlerinden beri olumsuz olaylarla karşılaşan, çabalmasına rağmen istediği sonucu alamayan, nasıl davranacağını bilemeyen kişiler en sonunda çabalarının boşa olduğunu düşünüp umutsuzluk yaşarlar (Seligman, Abramson ve Semmel, 1978).

I.1.5.4. Bilişsel Kuram

Depresyonu açıklamak ve tedavi etmek için Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından ortaya atılan bilişsel kuram, depresyonun aslında bir duygudurum bozukluğundan çok bilişsel bir bozukluk olduğunu ileri sürmektedir. Depresif duygudurum, kişinin çarpık bilişlerinden kaynaklanmaktadır. Kişinin kendisine, geleceğe ve dış dünyaya yönelik olan, çocukluğunda yerleşmeye başlayan katı olumsuz inançları vardır. Bu olumsuz inançlar giderek gelişir, olumsuz düşüncelere, tutumlara ve yargılara sebep olur (Beck ve ark., 1979). Sonuç olarak kişinin çarpık bu bilişleri de onu depresyona sürükler.

Bilişsel kuram ve depresyonu açıklama şekli aşağıda detaylandırılacaktır.

I.2. Bilişsel Kuram

Biliş (cognition); “algılama, hatırlama, düşünme ve anlamada kullanılan zihinsel işlemlerin ve aktivitelerin bütünüdür” (Arhcraft, 2006: ss. 11). Kişinin kendi iç koşulları ve içinde yaşadığı fiziksel ve toplumsal çevreye bağlı olarak işlediği bilgi, inanç ya da düşünce olarak da tanımlanmıştır. Bilişsel kuram ise, insanın çevresine ilişkin bilgileri nasıl edindiği, çevresini nasıl algıladığı ve bunlara göre nasıl davrandığı ve bunların çevresi üzerinde nasıl etkili olduğu ile ilgilenir (Scheerer, 1954).

Bilişsel psikolojinin temel ilkelerine dayalı olarak geliştirilmiş klinik bir kuram olan bilişsel terapi kuramı, temel olarak olayların kendisinden çok, algılanma ve yorumlanma tarzına önem vermektedir (Türkçapar, 2007). Aslında bu yaklaşım yüzyıllar öncesinde bazı düşünürler tarafından konuşulmuştur. Epiktetos, olaylardan çok bu olaylara ilişkin görüşlerimizden etkilendiğimizi söylemiştir. Sonraları Benjamin Franklin yapıcı düşünmenin öneminden bahsetmiş ve ilerleyen zamanlarda da Avrupalı düşünürler bilişsel süreçlerin varoluşa katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir (Köroğlu, 2009b).

1960’ larda psikolojide egemen anlayış davranışçılık idi. Uyarıcı ve tepki arasında çok güçlü bir bağ olduğunu savunan davranışçıların görüşleri, 70’ li yıllarda yavaş yavaş, her organizmanın her uyarıcıya aynı tepkiyi vermemesi sorunsalı ile birlikte sarsılmaya başlamıştır. Özellikle bu organizma, insan gibi karmaşık bir varlık olduğunda aynı uyarıcıya aynı tepkinin verilmemesi, iki değişken arasında birtakım ara değişkenler olduğu ve bunlardan en önemlisinin, insanın algılama, kavrama ve düşünme gibi bilişsel süreçlerinin olduğu fikrini akla getirmiştir. Özellikle o yıllarda gelişmeye başlayan bilgisayar ve uygulamaları da insan zihni ile bilgisayar arasındaki benzerliği ortaya koymuştur. İnsan zihninin de tıpkı bilgisayar gibi gelen girdileri bilgi işleme süreçleriyle işlediği ve buna göre bir tepki verdiği bilişsel psikoloji çerçevesinde anlaşılmıştır. Tüm bu gerekçelerle, klinik bir kuram olan bilişsel kuram, bilişsel psikoloji çerçevesinde geliştirilmiştir (Alford ve Beck, 1997; Beck, 2001; Sungur ve Sargın, 2009; Türkçapar, 2007).

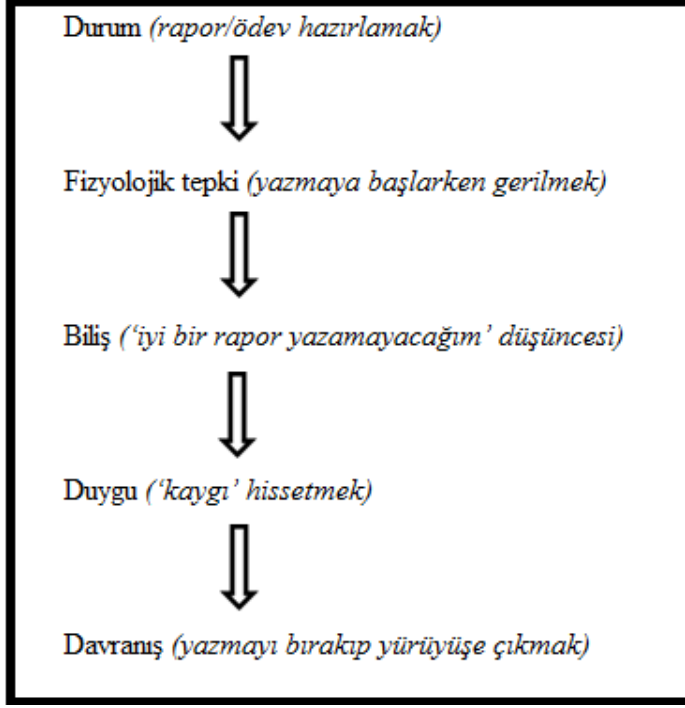
Aaron Temkin Beck, 60' lı yılların başında başladığı çalışmalarını, depresyonlu hastaları iyileştirmek için uygulamaya koymuştur ve 1964 yılında bilişsel kuram çerçevesinde, bilişsel terapiyi ortaya attığı bir makale yayınlamıştır. Psikanalitik eğitilmiş olan Beck; Freud, Sullivan, Adler gibi kuramcılardan etkilenmiştir; fakat bilişsel terapiyi ortaya atarken en fazla etkilendiği iki isim Ellis ve Kelly' dir (Alford ve Beck, 1997; Beck, 2005). Kelly, davranış değişiminde kişinin kendisiyle ilgili inançların büyük önemi olduğunu; Ellis de benzer şekilde rasyonel ve işlevsel olmayan inançların kişide olumsuz duygular yarattığını savunmuştur (Weishaar ve Beck, 1989). Bu görüşlerden etkilenen Beck, psikanalizin insan davranışlarını ve ruhsal problemleri açıklamada yetersiz olduğunu görmüş ve klinik bir yaklaşımla bilişsel kuramı geliştirmiştir (Türkçapar, Sungur ve Sargın, 2009).

Bilişsel yaklaşım insana fizyolojik, bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak dört farklı yönden yaklaşmaktadır. Farklı durumlar kişide bu alanlarda değişikliklere yol açar ve sonuçta belli bir davranışın ortaya çıkmasına neden olur. Bu durumu açıklayan bir örnek, Şekil 1.2' de gösterilmiştir (Woolfe ve Dryden, 2003). Şekilden de anlaşıldığı üzere; bilişsel kuram, davranış ve duyguların belirlenmesinde düşünce ve inanç sistemlerinin önemine vurgu yapmaktadır (Sharf, 2000).

Bilişsel kuramın iki temel ilke üzerine kurulduğu belirtilmektedir. Bunlardan ilki, çevreden gelen uyarılar ile ortaya çıkan tepkiler arasında bir aracı olduğu ve bunun da kişinin bilişsel sistemi olduğudur. Bireyin bilişleri, uyarının işlendiği ve bir takım değişikliklere uğradığı ve buna yönelik tepki verildiği yerdir. İkinci temel ilkenin ise insan öğrenmesiyle ilgili olduğu ifade edilmektedir. İnsanların, hayvanlardan farklı olarak, sosyal öğrenme yoluyla da bilgi edinilebileceği; dolayısıyla bir bilginin kazanılması için kişinin doğrudan yaşamasına gerek olmadığı belirtilmiştir (Türkçapar, Sungur ve Sargın, 2009).

Kişilerin bilişlerine (düşünce ya da imaj) odaklanan bilişsel kuram, erken dönem yaşantılarla oluşmuş varsayımlara (şemalara) ya da tutumlara dayanan bilişlere odaklanmaktadır. Bu bilişler, olayların sınıflanması, yorumlanması, anlamlandırılması sürecinde kullanılır. Bu yorumlama süreci, kişinin başa çıkma stratejilerinin, olumlu-

olumsuz sonuçlarının ve çeşitli stratejilerin kazançlarının değerlendirilmesini içeren sürekli ve aktif bir süreçtir (Weishaar ve Beck, 1989).



Şekil 1.2. Biliş, duygu ve davranış ilişkisi (Woolfe ve Dryden, 2003).

Bilişsel yaklaşımın depresyondaki psikolojik süreçleri anlamak için ortaya çıktığı bir gerçektir (Beck, 2005). Yukarıda da değinildiği gibi Beck (1964), depresyonun tedavisi için geliştirdiği bilişsel terapide, hastanın o anda yaşadığı sıkıntıları üzerinde durmuş, yapılandırılmış tarzdaki seanslar içinde hastanın işlevsel olmayan düşünceleri ve davranışları ile çalışmıştır.

Bilişsel terapi her ne kadar psikanalitik terapi kökenli Beck' in ortaya attığı bir model olsa da Frued' un yaklaşımından oldukça farklıdır. Çünkü bu terapide, geçmişte yaşanmış bilinçdışı travmalardan çok şimdiki sorunlar üzerinde durulur (Beck, 2005). Elbette hastanın şu an yaşadığı problemlerin kökeni çocukluğuna dayansa da etkileri, içinde bulunulan zamanda ortaya çıktığından şimdiki zamana, kişinin şimdiki zamandaki inanç sistemine, mantık dışı düşüncelerine odaklanılır (Corey, 2008).

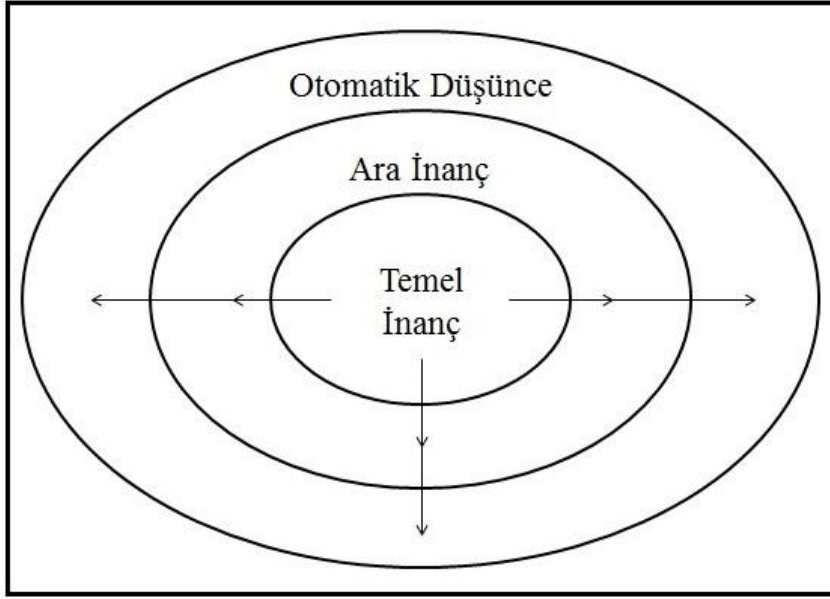
Bilişsel kurama göre, kişiyi rahatsız eden duygusal problemler, olayların kendisinden çok bu olayların kişi tarafından nasıl algılanıp değerlendirildiğiyle ilgilidir. Elbette tek neden bilişsel yapıdaki sorunlar değildir; problemler, biyolojik, çevresel ve bilişsel sebeplerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşimde en önemli payı bilişsel etkenlere yükleyen bilişsel kuramın terapisinde kişinin olumsuz/işlevsel olmayan/çarpıtılmış düşünceleri ve davranışları değiştirilmeye çalışılmaktadır (Türkçapar, Sungur ve Sargin, 2009). Böylece daha işlevsel olan bu düşünceler ve davranışlar kişinin daha iyi hissetmesine, iyileşmesine yol açar. Ancak daha kalıcı düzelmeler ise hastanın olumsuz temel inançlarının değiştirilmesiyle ilişkilidir (Beck, 2001).

Bilişsel kuram ve terapisi, temel inanç, ara inanç ve otomatik düşünce kavramlarının yer aldığı bilişsel yapı üzerine kurulmuştur.

1.2.1. Bilişsel Yapı

Bilişsel modelde kişinin davranışlarını anlamak için otomatik düşünceler (*automatic thoughts*) ve bu düşüncelere sebep olduğu düşünülen inançların bulunduğu şemalar (*schemas*) olarak isimlendirilmiş iki temel yapı üzerinde durulmuştur. Şemalar ise son zamanlarda kendi içinde ikiye ayrılarak ara inançlar (*intermediate beliefs*) ve temel inançlar (*core beliefs*) olarak çalışılmıştır.

Bilişsel yapıyı üçlü (otomatik düşünce, ara inanç ve temel inanç) şekilde sınıflamak anlama kolaylığı sağlamaktadır. Bazı çalışmacılar bu üçlü yapıyı iç içe geçmiş daireler şeklinde düşünmüş ve en içtekinin en dıştakini etkilediğini savunarak sırasıyla temel inanç, ara inanç ve otomatik düşünce olarak bu katmanlı yapıyı tanımlamışlardır (bakınız Şekil 1.3). Bu kavramlara yönelik açıklamalar aşağıda verilmiştir.



Şekil 1.3. Temel inanç, ara inanç ve otomatik düşünce ilişkisi.

I.2.1.1. Otomatik Düşünceler

Beck, depresif hastalar ile görüşme yaptığı zamanlarda, duygu değişimi yaşadıkları sırada akıllarından geçen bazı negatif düşüncelerin olduğunu gözlemlemiştir. Bu düşüncelerin yoğun bir şekilde hissedilen duygu ile ilişkili olduğunu fark eden Beck (1991a), istem dışı akla geldikleri için bu düşüncelere ‘otomatik düşünceler (*automatic thoughts*)’ adını vermiş ve bu otomatik düşünceleri reflekslere benzetmiştir. Bu düşüncelerin bir anda akla gelmesini, örtük, seri, kısa ve hızlı olmasını da buna sebep olarak göstermiştir.

Yaşanan durumla doğrudan ilişkili olan, aniden akla gelen ve kontrol edilemeyen otomatik düşünceler, her bireyde farklılık gösterse de bazı ortak yanlara ve formüllere sahiptir. Örneğin, bu düşünceler herhangi bir mantık süzgecinden geçirilmemiştir, hedefe yönelik düşünme süreçleri gibi bir sürece sahip değildir ve de sorgulanmazlar; doğruymuş gibi kabul edilirler. Dahası bu düşüncelerin akla yatkın ve makul olduğu zannedilir (Beck, 1991a; 2001).

Otomatik düşünceler konuşma ya da yazma dilindeki kadar net kelimelere sahip ifade ya da cümleler değildir. Hızlı akan anlam kümesi olarak düşünülebilirler. Sözel

ya da imgesel formda olabilirler. Herhangi bir durum esnasında kişinin aklından negatif sözcük veya anlamlardan oluşan cümle(cik)ler geçebileceği gibi kendi ile ilgili olumsuz imgeler/görüntüler/hayaller de geçebilir. Kelimelerden oluşmayan bu ürünler de otomatik düşünce olarak düşülmektedir (Beck, 2001).

Otomatik düşüncelerin duygulara sebep olduğunu düşünmek doğru bir yaklaşımdır. Her ne kadar kişi bu düşünceleri fark etmese de otomatik düşüncelerin hissedilen duygudan önce akla geldiği söylenmektedir. Kişinin öncelikle duyguyu hissedip anlamlandırması ve sonrasında, sorgulamayla otomatik düşüncesini fark etmesi bu sanıyı destekler niteliktedir (Beck, 1991a). Kısaca kişinin üzüntüsüne, kaygısına, öfkesine, mutluluğuna sebep olan şey otomatik düşünceleridir.

Otomatik düşünceler yalnızca psikolojik problem yaşayan bireylerde değil sorun yaşamayan kişilerde de görülmektedir (Beck, 2001). İnsan olmanın getirdiği bir özellikle her an aklımızdan geçen düşünceler, otomatik düşünce olarak adlandırılabilir. Dolayısıyla otomatik düşünceler hem pozitif hem negatif olabileceği gibi hem ruhsal bozukluğu olan hem de olmayan kişilerde görülür.

Otomatik düşünceler, her bireyde görülmesine karşın; psikolojik bozukluğu olan kişilerin otomatik düşüncelerinin bozuk, aşırı ve hatalı olduğu belirtilmektedir (Sharf, 2000). Bu kişilerin otomatik düşünceleri, sağlıklı bireylere kıyasla daha hızlı, katı ve kusurludur (Türkçapar, 2007). Beck (2001)' e göre aynı uyaran karşısında hem farklı kişilerin farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının hem de aynı kişinin farklı zaman ve şekillerde farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının sebebi bireylerin inançlardır. Bu inanç ve tutumlar, bilişsel modelde şema kavramı ile açıklanmaktadır.

I.2.1.2. Şemalar

Kişiler yaşamlarını belli kural ve sayılıtlara göre sürdürmektedirler. Yeni bir olayla karşılaştıklarında, önceden edinmiş oldukları kurallar yardımıyla içinde buldukları durumu değerlendirirler. Bu değerlendirme sürecinde kullanılan bilişsel yapılar 'şemalar (*schemas*)' dır (Beck, 1991a). Bilişsel kuramda önemli yeri olan şemalar, kişinin açıklayamadığı bazı inanç ve kurallardan oluşan, bireyin kendisine

diğerlerine ve hayata karşı bakışını şekillendiren temel sayılılar olarak da tanımlanmaktadır (Marzillier, 1986).

Bilişsel şemaların yaşamın erken yıllarında geliştiği düşünülmektedir. Çocukluktan başlayarak kişisel deneyimler ve kişinin diğerleriyle olan etkileşimi sonucunda oluşan bu şemaların yaşam boyu etkili, katı ve değişime kapalı olduğu belirtilmiştir (Weishaar ve Beck, 1989).

Şemalar, çok erken dönemde kazanıldıkları için kişi bunları doğru ve etkili sorgulayabilme kapasitesine henüz erişmemiştir. Bu sebeple olumlu (işlevsel) ya da olumsuz (işlevsel olmayan) tüm şemalar, doğru olarak kabul edilmektedir (Beck, 2001).

Beck (1964)' e göre bilişsel şemaların en çarpıcı özelliği içerikleridir. Şemalar, genellenmiş formdadır ve kişilerin tutum, amaç, değer ve fikirlerine uygun şekildedir. Kişinin belli bir duruma karşı edindiği şema, çoğunlukla diğer durumlar için de kullanılır. Elbette bu durumun yanlışlığını fark etmeyen kişi, tutumlarını bunlara göre oluşturur. Dolayısıyla psikopatolojide de bulunan, kişiye özel bu şemaların içeriğinde yanlış kanılar, işlevsel olmayan tutumlar, gerçek olmayan amaç ve beklentiler bulunmaktadır.

Şemalar ve bu şemaların işleyişi, kişinin tekrar eden mantık dışı düşüncelerinden çıkarılabilir. Kişide tekrar eden duygu ve bu duyguların altındaki düşünceler irdelenerek altta yatan yanlış inançlarla şemalar anlaşılabilir. Bunun dışında kişinin erken dönem yaşantıları, kendi ile ilgili tekrar eden soruları, önyargıları ve beklentileri, rüyalarındaki temaları ve birtakım psikolojik testlerdeki yanıtları şemaların anlaşılmasında yol göstericidir (Beck, 1964).

Son yıllarda anlam kolaylığı sağlaması açısından şemalar ara inanç ve temel inanç olarak değerlendirilmektedir.

I.2.1.3 Ara İnançlar

Kişinin zihninin derinliklerinde yer alan, otomatik düşüncelere sebep olan, genellikle söze dökülmemiş, bireyin kendine, diğerlerine ve dünyaya yönelik algıları ya

da fikirleri ‘ara inançlar (*intermediate beliefs*)’ olarak adlandırılmaktadır. Bu inançlar kişinin yaşamında sıklıkla başvurduğu önemli kural ve varsayımlar olarak görülmektedir (Beck, 2001). Ara inançlar bazen işlevsel olmayan tutumlar olarak da adlandırılmaktadır (Dozois ve Beck, 2008; Weissman ve Beck, 1978).

Ara inançlar; kurallar, olması gerekenler, emirler şeklinde mutlak bilişlerdir. Örneğin; “sevilmiyorsam değersizim”, “her zaman başarılı olmalıyım”, “başkasından yardım istememeliyim” gibi kişinin hayatı anlamlandırmasına katkıda bulunan katı değer yargılarıdır (Karahan ve Sardoğan, 2004).

Ara inançlar da tıpkı otomatik düşünceler gibi, psikolojik sıkıntıları olan veya olmayan kişilerde de bulunmaktadır; ancak tahmin edileceği gibi bu inançlar, ruhsal sıkıntı yaşayan bireylerde daha olumsuz ve şiddetlidir (Karahan ve Sardoğan, 2004).

I.2.1.4. Temel İnançlar

‘Temel inançlar (*core beliefs*)’ zihnin en derinlerinde yer alan, katı, global, aşırı genellenmiş, değişime dirençli zihinsel yapı taşlarıdır (Beck, 2001). Otomatik düşüncelerin de ara inançların da kişinin en derinlerinde yer alan temel inançlarının yansıması olduğu düşünülmektedir. Yani, bilişsel yapının en önemli katmanı temel inançlardır. Çünkü kişinin diğer düşüncelerini şekillendiren asıl önemli etken bu inançlardır.

Beck (1999)’ e göre temel inançlar ikiye ayrılabilir: Çaresizlik ve Sevilmezlik. Çaresizlik temel inançları hayatta kalma (*survival*), sevilmezlik temel inançları ise eş bulma/türünü devam ettirme (*bonding*) gibi iki temel evrimsel ihtiyaç ile ilişkilidir. Bu inançlarla ilgili iki de kişilik özelliği ortaya atılmıştır: sosyotropi ve otonomi (bu iki kişilik özelliğinden sonraki bölümde kısaca bahsedilmiştir).

Çaresizlik başlığı altında toplanabilecek sıfatlar bir yelpazede düşünülürse, bir uçta etkin olma diğer uçta çaresiz olma görülebilir. ‘Bende yanlış olan bir şeyler var’, ‘Eğer yalnız kalırsam baş edemem’, ‘Pasif olduğum sürece çaresizim’ gibi olumsuz yargılar çaresizim temel inancına örnek gösterilebilir (Beck, 1999).

Sevilmezlik temel inancı da ‘Çekici değilim’, ‘Arzu edilecek biri değilim’, ‘Kötü ve kirliyim’, ‘Eğer sevilmiyorsam bir hiçim’ şeklinde kendini gösterebilir (Beck, 1999).

Çoğu kez temel inanç kavramı şema yerine kullanılmaktadır. Şemaları, temel inanç olarak isimlendirmenin aslında doğru bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Çünkü bilişsel şemalar çok erken zamanlarda edinildiği ve yerleştiği için kişinin ilerleyen yıllardaki inançlarını, duygu ve davranışlarını etkiler (Turk ve Speers, 1983). Ancak ikisi arasında birtakım farklar olduğu da bildirilmiştir. Şemalar dünyayı algılayışımızı sağlayan bilişsel yapıları oluştururken, temel inançlar o yapının kişisel deneyimlere dayalı içeriğini oluşturmaktadır (Beck, 2001).

Elbette tüm insanlarda temel inanç bulunmaktadır ve bu inançlar çiftler halinde bireylerin zihinlerinde mevcuttur. Örneğin, hem seviliyorum hem de sevilmiyorum temel inançları bir aradadır. Ancak belirgin bir ruhsal rahatsızlığı olmayan sağlıklı bir insanda, genellikle etkin olan, olumlu temel inançlardır. Sağlıklı kişiler, olumsuz bir durumla karşılaştıklarında veya olumsuz bir duygu hissettiklerinde olumsuz temel inanç etkinleşmektedir; ancak kişi kendini daha iyi hissettiğinde olumlu temel inancı yeniden baskın çıkmaktadır (Türkçapar, 2007).

Sonuç olarak en temelde yer alan temel inançlar ara inançlara, ara inançlar da otomatik düşüncelere sebep olarak kişinin farklı duygular hissedip farklı davranmasına sebep olmaktadır. Bu bağıntı Şekil 1.4’ de görülmektedir.



Şekil 1.4. Temel inançtan otomatik düşünmeye giden yol.

I.2.2. Bilişsel Kurama Göre Psikopatoloji

Sayırsız uyarınları zihin süzgecinden geçirip anlamlandırma, soyut düşünme, dolaylı anlatımları anlama, hayal kurma ve bunu sürdürebilme, gerçek ile gerçek olmayan arasındaki sınırı bilme gibi pek çok üst düzey bilişsel süreçler insanın belki de en önemli özelliğidir ve tüm bunlar psikolojik gelişim sayesinde. Ancak, bütün bu

karmaşık süreçlerin üstesinden gelebilen insanoğlu, bazen tutarlı tepkiler verememektedir. Bireyler, özellikle ‘aşırı tepki’ olarak adlandırılan stresin sonuçlarında sağlıklı düşünülemez, yanlış çıkarımlar yapabilirler. Bunlar sonucunda verilen tepkiler mantık dışı olabilir ve psikolojik problemler baş gösterebilir (Beck, 1991a).

Psikolojik sıkıntılar, biyolojik, çevresel ve sosyal faktörlerin çeşitli şekilde etkileşiminden kaynaklanmaktadır (Beck, 1967; 1991b). Problemler; hatalı öğrenme, yanlış ve yetersiz bilgilerden çıkarılan yanlış sonuçlar ve hayal ile gerçeği ayırt edememe gibi bir takım olaylar sonucunda gelişmektedir. Psikopatolojiye sahip kişinin düşünme dinamikleri de çarpıtılmış olabilir. Bunun sebebi, edinilmiş kanının yanlış çıkarımlar/mantıkdışı tavırlar sonucu oluşması ve buna bağlı olarak yanıltıcı davranılmasıdır (Beck, 1991a). Dolayısıyla sıkıntı yaratan, olayın kendisi değil kişinin o olayı nasıl işlediği ve algıladığıdır.

Beck ve çalışma arkadaşlarına (1979) göre pek çok ruhsal bozukluğun sebebi kişinin çarpıtılmış düşünceleri, işlevsel olmayan tutumları ve kurallarıdır. Bütün bu gerçekçi olmayan bilişler, bireyin gelişimi sürecinde oluşan eksik ve yanlış öğrenmelerden kaynaklanmaktadır.

Beck’ in bilişsel terapi kuramı, psikopatolojiyi durumlara verilen normal bilişsel-duygusal-davranışsal tepki süreçleri içinde incelemektedir. Elbette her bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepki bazı işlevlere hizmet eder; ancak bu tepkiler patoloji durumunda abartılı ve işlevsel olmayan hale gelmeye başlar. Ruhsal bozukluğu olan kişiler, gerçek fiziksel tehdit olmasa da psikososyal veya sembolik tehdit durumlarına gerçekmiş gibi tepki verirler (Weishaar ve Beck, 1989).

Çalışmacılar psikopatolojide duygunun yeri ve önemi konusunda hem fikirdirler. Kabaca aşırı üzüntü depresyon, aşırı kaygı anksiyete bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla psikopatolojiye sebep olan şeyin temelde duygular ya da duygulardaki değişimler olduğunu düşünmek yersiz olmayacaktır.

Bilişsel kurama göre de insana özgü olan 4 temel duygunun her biri bilişsel (algısal) ve davranışsal ilişkilere sahiptirler. Örneğin, yenilgi, kayıp ve yoksunluk algısı

oluştığında kişide üzüntü duygusu uyanır ve bu duygunun davranışsal tepkisi kişinin kendini geri çekmesidir. Mutluluk, amaca karşı kazanç ve pekiştirilme durumunun algılanmasını takiben ortaya çıkmaktadır. Kaygı ise, savunmasızlık ve tehdit algısı ile tetiklenir ve bunun da davranışsal sonucu geri çekilme, donakalma ve savunmaya karşı hazırlıklı değildir. Öfke duygusu ise tehdidin saldırgan özellikleri algılandığında hissedilir ve bu duygunun davranışsal sonucu saldırıya hazırlıktır. Bu dört duyguyu ortaya çıkarıcı algılar gerçek olmadığında ya da çarpıtılmış olduğunda psikopatoloji ortaya çıkmaktadır. Tam tersi patolojik davranışlarda, bu algılar bozulmuş ve duygular abartılmıştır; oysa normal tepkilerde bu algılar düşünme süreçlerinden geçirilmiş ve doğruluğu defalarca test edilmiştir (Weishaar ve Beck, 1989).

Yukarıda da bahsedildiği gibi duygulara sebep olan şeyin otomatik düşünceler olduğu düşünülmektedir. Böylece, otomatik düşüncelerin aslında ruhsal sıkıntıya yol açtığı söylenebilir. Nitekim Beck (1991a)' e göre otomatik düşünce sıklığı ile hastalık şiddeti arasında gözle görülür bir bağ bulunmaktadır. Hastalık şiddeti arttıkça otomatik düşünceler de artmaktadır.

Otomatik düşüncelere de sebep olan şeyin ara inançlar ve temel inançlar olduğu düşünülürse, psikopatolojiye sebep olan etkenlerin temel inançlardan kaynaklandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Keza, bilişsel terapide de asıl hedef kişinin işlevsel olmayan düşüncelerini, temel inançlarını değiştirmek olduğuna göre ruhsal sıkıntılara sebep olan şey, kişinin temel inançları ya da şemalarıdır.

I.2.2.1. Bilişsel Kurama Göre Majör Depresif Bozukluk

Dört temel duygudan biri olan üzüntünün ağır ve uzun hali olarak adlandırılacak depresif duygudurumun ek belirtilerle görülmesi majör depresif bozukluk olarak değerlendirilir. Bu açıdan bakıldığında, bu bozuklukta mutsuzluk duygusunun sebebini anlamak önemlidir. Pek çok kuramcı gibi Beck (1991a) de bu duyguyu 'kayıp' ile ilişkilendirmiştir. Bu kayıp somut, soyut ya da varsayımsal olabilir; ancak kaybın kendisi değil daha çok bu kaybın neden olduğu 'kişisel değer yitimi' mutsuzluk duygusuna sebep olmaktadır. Bilişsel kuram, elbette, kişisel değer yitiminin bireyin düşünceleriyle ilgili olduğunu söylemektedir.

Bilişsel kuram, depresyonun psikolojik yapısını tanımlarken üç kavramdan söz etmektedir: Bilişsel Üçlü (*cognitive triad*), Bilişsel Şemalar (*cognitive schemas*) ve Bilişsel Hatalar/Çarpıtmalar (*cognitive errors/distortions*) (Beck ve ark., 1979; Beck, 1991a).

Bilişsel Üçlü, depresif kişinin olumsuz kendilik algısına, olumsuz dünya görüşüne ve olumsuz bir gelecek algısına sahip olmasıdır.

Depresyondaki birey kendini değersiz, kusurlu, hastalıklı ve yetersiz olarak görmektedir. Kaybeden tarafın her zaman kendisi olduğunu savunmaktadır. Hoş olmayan yaşantılarının sebebini kendine atfeden bu kişiler; fiziksel, ruhsal ve manevi olarak kendilerini yetersiz ve kırılgan olarak tanımlamaktadırlar. Bundan dolayı kendilerini eleştirmeye ve suçlamaya yatkındırlar ve benlik saygıları düşüktür (Beck ve ark., 1979). Yanlış giden tüm olayların nedenini kendilerinde ararlar ve kendilerini suçlarlar ('eşim benden ayrıldı çünkü ben sevilmeyecek biriyim'). Böylece var olan kayıptan dolayı zaten kendini kötü hisseden birey, bir de kendinde keşfettiği kusur yüzünden acı çeker ve bu farkındalığı abartarak negatif düşüncelerinin hızını kontrol edemez hale gelir (Beck, 1991a).

Bilişsel üçlünün ikinci bileşeni kişinin çevre algısıyla bağlantılıdır. Depresif bireyler, dünyanın zor bir yer olduğunu, yaşamdaki amaçlarına ulaşmada önüne çıkan engellerin fazla olduğunu savunurlar. Yaşamının yükler, örseleyici olaylar ve engellerle dolu olduğunu belirten bu kişiler, çevresiyle olan etkileşimlerini de yanlış yorumlayıp önyargılara sahip olurlar (Beck ve ark., 1979).

Depresif kişilerin geleceğini olumsuz olarak görmesi, bilişsel üçlünün son ayağıdır. Kişiler şimdiki yaşadıkları zorlukların gelecekte de devam edeceğini ve hiçbir zaman mutlu olamayacaklarını düşünürler. Engellemelerin, hayal kırıklıklarının ve kayıpların hayatlarında her daim olacağını söylerler (Beck ve ark., 1979).

Beck ve çalışma arkadaşları (1979), bilişsel üçlünün depresyonda görülen pek çok belirtiyi etkilediğini ifade etmişlerdir. Bu düşüncelerin mutsuzluk ve öfke gibi duygulara sebep olup bazı davranışların ortaya çıkmasına neden olduğunu

belirtmişlerdir. Ek olarak, kişinin düşündüğü şekilde yaşadığı da bir gerçektir. Örneğin, ‘etrafımda bana yardım edebilecek kimse yok’ şeklinde düşünen bir kişi, diğer insanlardan kendini soyutlayacak ve bu durum düşüncesinin doğru çıkmasına sebep olacaktır. Apati ya da düşük enerji gibi depresyonun fizyolojik belirtilerinin de düşüncelerle ilişkili olduğu söylenmiştir. Örneğin, ‘tüm çabalarım boşuna’ gibi bir inancı olan kişinin psikomotor gerilemesinin olması, yüksek oranda, bu olumsuz düşünceye bağlı olabilir.

Bilişsel Şemalar, yukarıda da bahsedildiği gibi kişinin erken yıllarda oluşturduğu hayata karşı olan değişmez kuralları/varsayımlarıdır.

Depresyonun bilişsel kuramı; depresif bireylerin yaşamlarının erken evrelerinde anne baba kaybı, travmatik yaşantılar, tekrarlayan örseleyici durumlar, akranların reddi, etrafındakilerin eleştirisi gibi durumlar sonucunda oluşturdukları bazı bilişsel stilleri olduğunu ve bu stillerin sürekli olduğunu savunmaktadır. Bu bilişsel stiller kişide her daim vardır fakat özellikle çökkünlük döneminde artmaktadır. Yerleşmiş bilişsel şemalar, oluşturulduğu durumlara yakından ya da uzaktan benzer yeni olay ya da durumlarda harekete geçerler ve kontrol edilemez hale gelirler (Beck, 1964; Beck ve ark., 1979; Beck, 1991a). Yani erken dönem yaşantıların ya da bilgilerin yapısı yeni bilginin işleyişi ve yorumlamasını etkilemektedir (Dozois ve Beck, 2008).

Anlaşıldığı gibi, kişiyi depresyona yatkın hale getiren ya da kişinin depresyon karşısında sağlam durmasını sağlayan faktör kişinin bilişsel şemaları/inançlarıdır. Kişinin olumsuz inanç sistemi aktive olmadığı sürece kişi depresyona karşı dayanıklıdır (Dozois ve Beck, 2008).

Beck (1999), bir durum hariç, temel inançların ortaya çıkmasının zor olduğunu söylemiştir. Bu istisnai durum ise depresyondur. Depresif kişide olumsuz temel inançların doğrudan açığa çıktığı söylenmektedir. ‘Başarısızım’, ‘Kimse beni sevmiyor’, ‘Bende hatalı/bozuk bir şeyler var’ gibi tekrarlayıcı düşünceler depresyonlu bireyde açık bir şekilde görülmektedir.

İnançların dolayısıyla şemaların olumluluk düzeyleri ile depresyona yatkınlık arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. İşlevsel olmayan inançların çeşitliliği arttıkça kişi yaşam olayları karşısında savunmasız hale gelmektedir (Beck, 2005). Buradan da anlaşılacağı gibi, işlevsel olmayan inanç ve tutumların fazla olması depresyon için bir risk faktörüdür.

Bilişsel Çarpıtmalar, depresyona sebep olduğu düşünülen bir diğer kavramdır. Kişinin düşüncelerindeki mantık hataları olarak tanımlanan bilişsel çarpıtmalar, depresif bireylerin geçerli olmayan olumsuz düşüncelerini oluştururken farkında olmadan yaptığı hatalardır (Beck ve ark., 1979). Bazı temel bilişsel çarpıtmalar aşağıda verilmiştir (Beck ve ark., 1979; Beck, 2001; Freeman ve ark., 2004):

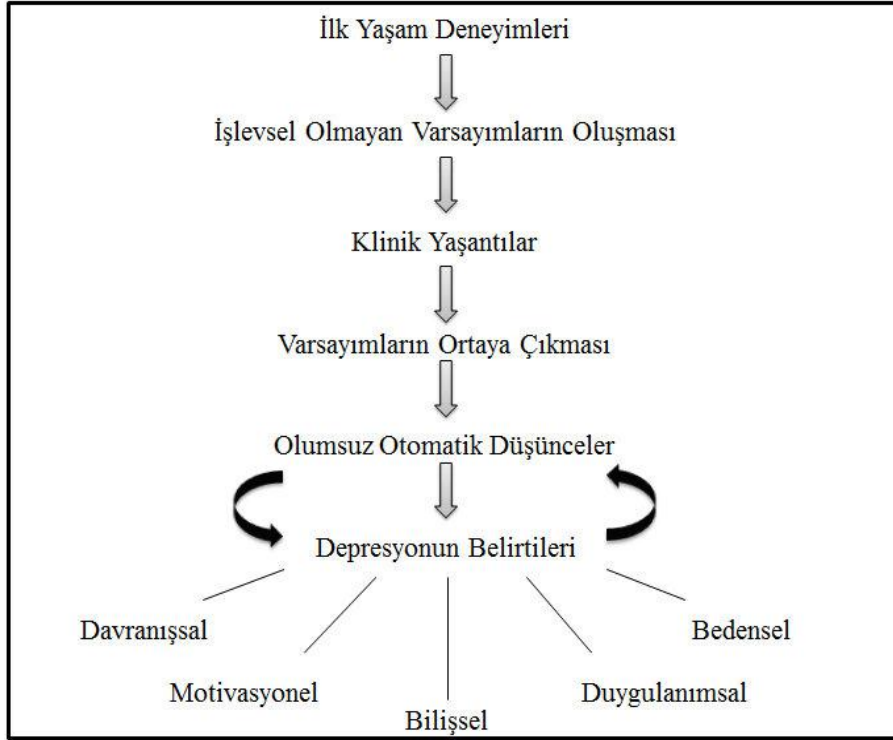
- i. *Keyfi Çıkarsama*: Herhangi olay ya da yaşantıda, somut bir kanıt olmadan belli bir sonuç çıkarma sürecidir.
- ii. *Seçici Soyutlama*: Bir durum karşısında bütünü yadsıyarak bir ayrıntı üzerine yoğunlaşmayı içerir.
- iii. *Aşırı Genelleme*: Tek bir olaya dayanarak, genel bir sonuca ulaşmadır.
- iv. *Abartma ve Küçültme*: Bir olay ya da durum karşısında olumluları küçültüp olumsuzları abartmadır.
- v. *Kişiselleştirme*: Kişinin, diğerlerinin olumsuz davranışlarının nedenini kendine bağlama eğilimidir.
- vi. *İkili Düşünme/Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünme*: Tüm yaşantıları iki zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir.
- vii. *Akıl Okuma*: Kişinin kanıt olmadan karşındakinin ne düşündüğünü tahmin edip buna inanmasıdır.
- viii. *Felaketleştirme/Falcılık Yapma*: Gerçekçi sonuçları dikkate almadan geleceği tahmin etmedir.

Beck (1991a), depresyona yatkın kişilerin çocukluklarında katı ve mükemmeliyetçi hedefleri olduğunu ve bu katı hedeflerin yetişkinlik yaşantılarında tetikleyici bir olay ile de kendini gösterdiğini belirtmiştir. Bu tetikleyici olaylar somut (ilişkinin bozulması, sosyal statü değişikliği, maddi kriz, fiziksel yetersizlik gibi)

olabileceği gibi bu denli somut olmayabilir de. Hayati bir kayıp olmadan da kişinin depresyonu tetiklenebilir. Bu uyarılar karşısında kişinin bilişsel üçlüsü devreye girer, otomatik düşünceleri olumsuz şemaları ile desteklenir. Örneğin, eşinden ayrılan bir kişi başlarda ‘eşim benim her şeyim, hayatımın anlamı’ gibi düşünebilir; sonraları bu düşünceleri kendi değeriyle ilgili hal alarak ‘daha iyi bir insan olsaydım terk edilmezdim’ şekline bürünür. Bu düşünceler zincirleme şekilde devam ettikçe abartılır ve yaşamının diğer alanlarına genellenir. Kişi kendisine mutluluk veren uğraşları bırakır ve iştahsızlık, uyku düzensizliği gibi problemler yaşayabilir. Bu zincirleme reaksiyonlar kısır döngü oluşturarak ve kişi gittikçe kötü bir duruma düşürebilir.

Bilişsel kurama göre depresyon, yukarıda anlatılan şekilde oluşmakta ve devam etmektedir. Buna ilişkin görsel Şekil 1.5’ te gösterilmiştir (Fennel, 1989; akt. Çetingöz, 1993).

Anlaşılabacağı üzere depresyon ile bilişsel kuram arasındaki ilişki bir hayli kuvvetlidir. Nitekim depresyonu bilişsel açıdan ele alan farklı çalışmalar da bu düşünceyi destekler niteliktedir.



Şekil 1.5. Bilişsel kurama göre depresyon (Fennel, 1989; akt. Çetingöz, 1993).

İşlevsel olmayan tutumların depresif duygudurumla yakından ilişkili olduğu Weissman ve Beck (1978) tarafından analiz edilmiştir. Çalışmacılar, işlevsel olmayan tutumları, ara inançları ve bilişsel şemaları ölçmeyi hedefleyen Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)' ni geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile korelasyonuna baktıklarında ise 0.53 değerine ulaşmışlardır. Bu sonuç, fonksiyonel olmayan tutumların depresyonda önemli bir yeri olduğu savunularak açıklanmıştır.

FOTÖ ile sonraki zamanlarda yapılan çalışmalar da yukarıdaki bulguyu destekler niteliktedir. Duygudurumu depresif olan ve olmayan kişilerin işlevsel olmayan tutumlar yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresif kişilerin daha fazla işlevsel olmayan tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, kişinin daha önce depresif epizod geçirmiş olmasının fonksiyonel olmayan tutumlar ve duygudurum üzerine olumsuz bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Depresif epizod geçirmemiş kişilerin fonksiyonel olmayan tutumları daha azdır (Miranda ve Persons, 1988).

İşlevsel olmayan düşüncelerin depresif duygudurum yaşayan kişilerde fazla olduğunu destekleyen Şahin ve Şahin (1992a)' in çalışmasında tanı almamış kişiler depresyon puanlarına göre iki gruba ayrılmışlardır. Depresif grubun FOTÖ' nin 3 faktöründen aldıkları puan ortalamasının depresif olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu söylenmiştir. Bu bulgu, işlevsel olmayan tutumların depresif ruh haline neden olabileceği fikrini akla getirmektedir.

Roberts ve Gamble (2001)' nin pozitif-negatif duygulanımı PANAS ile ölçtükleri bir çalışmada, bu ölçeğin FOTÖ ile korelasyonuna bakılmıştır. Daha önce depresyon tanısı almamış 110 ergenin katıldığı çalışmada iki ölçek arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir. Ancak bu ilişki yalnızca pozitif duygulanım ile işlevsel olmayan tutumlar arasındadır ve negatif yöndedir ($r = -0.32$); negatif duygulanımla olan ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, işlevsel olmayan tutumlar ile pozitif duygular arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum, işlevsel olmayan tutumların az olmasının pozitif duygulara neden olabileceği düşüncesini gündeme getirmektedir.

Yaşlı bireylerin işlevsel olmayan tutumlarının incelendiği bir çalışmada da FOTÖ puanları ile depresyon ölçeklerinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyonlar tespit edilmiştir (Floyd, Scogin ve Chaplin, 2004).

Majör Depresif Bozukluk tanılı hasta gruplarının bilişsel yapılarının incelendiği çalışmalar da yukarıda verilen sonuçlarla örtüşmektedir. Eaves ve Rush (1984)' ın FOTÖ ile fonksiyonel olmayan tutumları, başka bir deyişle ara inançları incelemeyi amaçladığı çalışmalarında; ölçek, hastalara depresif belirtilerin şiddetli olduğu dönemde verilmiş ve daha sonra belirtilerin azaldığı dönemde yinelenmiştir. Bunun dışında herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilere de uygulanmıştır. Sonuçlara bakıldığında depresyonun en şiddetli olduğu dönemde kişilerin fazlasıyla ara inanca sahip olduğu tespit edilmiştir. Depresyon hastalarının FOTÖ' den semptomatik dönemde aldıkları puan ortalaması 166.7 iken iyileşme döneminde ortalama 142.2' dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Ek olarak hastaların sağlıklılarla kıyasla daha fazla çarpık inanca sahip olduğu belirtilmiştir. Kontrol grubunun FOTÖ' nden aldığı puan ortalaması 102.6' dır ve bu ortalama depresif grubun ortalamasından anlamlı şekilde daha düşüktür.

Depresyon tanılı kişiler ile herhangi bir ruhsal problemi olmayan kişilerin işlevsel olmayan tutumlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmanın sonuçlarına göre, depresif kişilerin FOTÖ' den aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu da depresyon hastası kişilerin sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla işlevsel olmayan düşüncelerinin olduğunu desteklemektedir (Çetingöz, 1993).

Beevers ve arkadaşları (2003), 121 depresyon hastasının tedavi sırasında ve sonrasındaki işlevsel olmayan inançlarını ve bunların değişimini incelemiştir. FOTÖ, hastalar üzerinde birkaç kez tekrar edilmiştir. Analiz sonuçlarında, tedavi döneminde işlevsel olmayan düşüncelerin çok az değişmesinin tedavi sonrasında belirtilerin tekrarlama ihtimali için büyük bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, hastanın işlevsel olmayan tutumları tedavi sırasında ne kadar olumlu yönde değişiyorsa, depresyonun tekrarlama ihtimali o kadar düşüktür. Bu bulgu da

literatürdeki bilgileri (olumsuz katı düşüncelerin depresyona sebep olduğu bilgisini) destekler durumdadır.

Depresyonla ilişkili olduğu kanıtlanmış serotonin nörotransmitteri ile işlevsel olmayan tutumların ilişkisinin depresif ve sağlıklı örneklem gruplarında incelendiği bir çalışma da işlevsel olmayan inançların depresyonla olan ilişkisini çarpıcı şekilde ortaya koymaktadır. Deneysel işlemlerin uygulandığı çalışmada, 29 sağlıklı kişiye serotonin düzeyini arttırıcı bir ilaç ve plasebo verilmiştir. FOTÖ ise, uygulamadan bir saat önce ve sonra kişilere verilmiştir; sonuçlara göre ilaç alan grubun öntest son test puanları arasında farklılaşma görülmüştür. İlaç verilen grubun FOTÖ' den aldıkları puan ortalaması düşmüştür. Çalışmanın ikinci ayağında ise 22 depresyon tanılı hastanın PET cihazıyla beyin bölgeleri incelenmiştir. FOTÖ' nden yüksek puan alan depresif bireylerin sağlıklı gruba karşılaştırıldığında beyinlerindeki serotonin bölgesinin aktivasyonunun anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir (Meyer ve ark, 2003).

İşlevsel olmayan tutumların depresif dönemde arttığı yönündeki düşünceler, çalışmalar ile kanıtlamaktadır. Örneğin son yıllarda yapılan bir çalışmada; klinik depresyonda olan, daha önceden depresyon tanısı almış olan ve hiç depresyon tanısı almamış olan kişiler işlevsel olmayan tutumları bakımından karşılaştırılmıştır. Sonuçlar 3 grubun FOTÖ' den aldıkları puan arasında anlamlı farklar olduğunu göstermiştir. Halihazırda depresyon tanısı olan (klinik depresif) kişiler ($\bar{X}=133.20$), daha önceden tanı almış kişilerden ($\bar{X}=116.62$); önceden depresyon tanısı almış kişiler ise, tanısı olmayan kişilerden ($\bar{X}=95.98$) daha yüksek ölçek puanı ortalamasına sahiptirler (Wang ve ark., 2010) .

Depresyonla ilişkili olduğu düşünülen ve kişinin erken yaşantılarıyla edindiği bilinen işlevsel olmayan tutumlar ile daha yüzeyde yer alan ve fark edilmesi görece kolay olan otomatik düşünceler arasında da kayda değer bir ilişki bulunmaktadır. Dobson ve Breiter (1983)' e göre FOTÖ ile Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) arasında 0.36 düzeyinde anlamlı bir korelasyon mevcuttur. 456 üniversite öğrencisiyle yürütülen bu çalışma katılımcıların depresif duygudurumları ile otomatik düşünceleri arasında da yüksek düzey ilişki olduğunu ifade etmiştir. ODÖ ile BDE arasındaki

korelasyon katsayısı 0.64 bulunmuştur. Alanyazındaki diğer çalışmalar da depresyon, otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan tutumların birbirleriyle ilişkili olduğunu söylemektedir.

Depresyonunun bilişsel içeriğinin incelendiği kontrollü bir çalışmada, Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) kullanılarak, otomatik düşüncelerin kişilerin zihinlerinden ne sıklıkla geçtiği incelenmiştir. Depresyon tanılı hastaların olduğu grup ile sağlıklı kişilerin bulunduğu grup arasında ODÖ' den alınan puan bazında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir. Depresyonu olan kişilerin daha sıklıkla otomatik düşünceye maruz kaldığı ifade edilmiştir (Aytar, 1987).

Şahin ve Şahin (1992b)' in ODÖ' nin psikometrik analizlerini yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencileri BDE puanlarına göre depresif olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır ve bu grupların ODÖ' den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, duygudurumu depresif olan kişilerin (\bar{X} =67.56) olmayan kişilere (\bar{X} =43.85) göre daha fazla otomatik düşüncelere maruz kaldığı bulunmuştur.

Depresif bozukluk tanılı bireylerin, başka psikiyatrik bozukluğu olan ve herhangi bir bozukluğu olmayan kişilerin otomatik düşüncelerinin karşılaştırıldığı Chioqueta ve Stiles (2004)' in çalışmasında, 3 grubun ODÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasında farklılık gözlenmiştir. Depresif bozukluğu olan hastaların (\bar{X} =84.07) diğer hastalardan (\bar{X} =45.42) ve sağlıklı bireylerden (\bar{X} =35.95) daha sık olumsuz otomatik düşünce ürettikleri anlaşılmıştır. Buna ek olarak, depresif kişilerin işlevsel olmayan tutumları ile otomatik düşünceleri arasındaki ilişkinin (r = .32) kontrol grubundaki ilişkiden (r = .19) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu işlevsel olmayan düşünceler ile otomatik düşüncelerin depresyonda önemli yeri olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Otomatik düşüncelerin depresyonu ne düzeyde yordayabileceği de incelenen sorulardandır. Majör depresif bozukluk tanısı ile tedavi gören 178 hasta üzerinde yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; ODÖ, BDE puanının %33' ünü açıklamaktadır.

Bir başka deyişle, kişinin otomatik düşüncelerinin sıklığından depresyon düzeyini yordamak mümkündür. Nitekim aynı çalışmada iki ölçek arasındaki korelasyon düzeyinin 0.53 olduğu gözlenmiştir (Zettle ve ark., 2013).

Sonuç olarak depresyonu açıklamak ve tedavi etmek için Beck tarafından önerilen Bilişsel Kuramın, bu bozukluğu incelemede bir hayli başarılı olduğu söylenebilir. İki başat ölçüm aracı (FOTÖ ve ODÖ) da depresif bireylerdeki düşünce bozukluğunu, uyumsuz bilişleri başarılı şekilde açıklamakta ve depresyonun hem etiyolojisine hem de tedavisine yönelik yorumlamalar yapılmasına katkı sağlamaktadır.

I.3. Kişilik

Psikoloji biliminin en erken çalışma alanlarından biri olan kişilik, insan davranışlarının nedenini ve nasılını sorgulamak için ele alınan bir konudur. Yüzlerce yıldır düşünürlerin ilgisini çeken bu konu üzerine kuramlar geliştirilse de bilimsel çerçevede kişilik kuramları 18.yy. sonlarına dayanmaktadır. Janet, Freud, Jung, Stern gibi araştırmacılar klinik gözlemlerle kişilik kuramlarına önemli katkılarda bulunmuşlardır. Bunun yanında deneysel ve öğrenme psikolojilerinde yaşanan gelişmeler, ampirik çalışmalar, psikometri alanındaki yenilikler kişilik kuramlarının gelişmesine fayda sağlamıştır (Yanbastı, 1991).

Kişilik çalışmalarına bu denli katkı sağlanmasına ve kişilik kavramı üzerinde pek çok araştırmacı ortak paydada buluşmasına rağmen, kişilik teriminin kesin tanımını yapmak zordur (Sevi, 2009; Tyner, Casey ve Ferguson 1991). Çalışmacılar farklı noktalara odaklanan farklı tanımlamalar yapmışlardır. 1937 yılında Allport kişilik teriminin, Yunan tiyatrosunda oyuncuların kullandığı maskeyi tanımlayan “persona” kelimesinden türediğini ifade etmiştir (akt. Guilford, 1959). “Persona” kelimesi o dönemde oyuncunun maskesinin arkasındaki asıl kişiliği değil oynanan tiplmeyi yansıtmayken sonraları kişinin gerçekte yansıttığı davranışları için kullanılır olmuştur (Aslan, 2008). Kişilik alanındaki en önemli isimlerinden Allport, kişiliği “kişinin çevresine biricik uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, kişi içindeki dinamik organizasyonu” olarak tanımlamıştır. Ayrıca kişiliğin süreç içinde değişen ve evrimleşen bir sistem olduğunu belirtmiştir (akt. Arkar, 2004: s.14).

Aiken (1993)’ e göre kişilik, bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal özelliklerinin bütünüdür. Öyle ki bu tanım, kişiliğin hem doğuştan gelen hem de sonradan kazanılan özelliklerinin bütününden elde edilen tekliği vurgulamaktadır (akt. Somer ve ark., 2004). Köknel (2005)’ e göre kişilik, kişinin tüm ilgi, tutum, yetenek, dış görünüş, konuşma tarzı, çevresine uyum tarzının niteliklerini içeren bir terimdir ve içe sindirilmiş düşünüş, duyuş ve davranış kalıplarının ahenkli bütünüdür.

Son yıllarda kişiliği açıklamada 2 temel yaklaşım olduğu göze çarpmaktadır. Durum (*situation*) yaklaşımı bunlardan biridir ve bu yaklaşıma göre kişilik, değişken

olabilir çünkü asıl olan kişinin içinde bulunduğu durumdur. Bireyler tüm durumlarda aynı şekilde davranmamaktadırlar. Buna dayanarak kişilik, durumun şiddeti ve sıklığıyla açıklanmaktadır (Pervin 1985).

Kişiliği açıklamada kullanılan diğer yaklaşım ise özellik (*trait*) yaklaşımıdır ve bu yaklaşıma ağırlık veren kişilik çalışmacıları, davranışların tek tek tutarsız olsa da bütününde tutarlık gösterdiğini, ancak bu tutarlığın mutlak değil bağıl bir tutarlık olduğunu söylemektedirler. Dolayısıyla kişilik, bir bütün içinde değişebilse de çoğu zaman kalıcı ve durağandır (Pervin, 1985).

Kişilik, huy, mizaç, karakter gibi terimler sıklıkla birbiri yerine kullanılmakta ve çoğu kez anlam karmaşası yaratmaktadır. En basit yönüyle bu terimleri birbirinden ayırmak gerekirse; huy ve mizaç (*temperament*) biyolojik, karakter (*character*) sosyal ve kültürel katkıları barındırmaktadır ve kişilik de bunların dinamik etkileşiminden oluşmaktadır (Aslan, 2008).

Kişiliğin gelişiminde iki önemli faktörün yeri uzun yıllardır tartışılmaktadır. 'Kişilik gelişiminde genetik mi çevre mi daha fazla etkilidir' sorusu üzerine pek çok uzman yoğun çalışmalar gerçekleştirmektedir; fakat bu konuda hala net bir görüş bulunmamaktadır. Cattell' e göre, kişiliğin üçte biri kalıtım yoluyla aktarılmakta, üçte ikisi ise sosyal ve çevresel kaynaklar tarafından belirlenmektedir (akt. Schultz ve Schultz, 2005). Genetik geçiş yaklaşımına göre, bireylerin davranışlarının oluşumunda kalıtımsal yapı, çevresel uyarılma ile birlikte önemli bir yere sahiptir. Davranışı şekillendiren kişiliğin yarısı, mizaç ile doğuştan gelmekte, yani genetik yollarla aktarılmaktadır; kalan diğer yarısının büyük bir kısmı çevresel etkiler (kişiyeye özel olan yaşantılar gibi) ile ve kalan kısım ise ölçüm hataları ile açıklanmaktadır. Çevresel etkilerin mizaç özelliklerini çok az etkilediği, buna karşın kişiliğin diğer yönlerini bir hayli etkilediği düşünülmektedir (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993; Gillespie ve ark., 2003). Sonuç olarak, genetiğin kişilik gelişiminde oldukça önemli bir yere sahip olduğu söylenmektedir. Çevresel faktörlerin etkileri, sosyal öğrenmenin etkisi kalıtımla gelen yapılar üzerinde şekillenip kişiliğin bir bölümünde bir takım değişikliklere sebep olmaktadır.

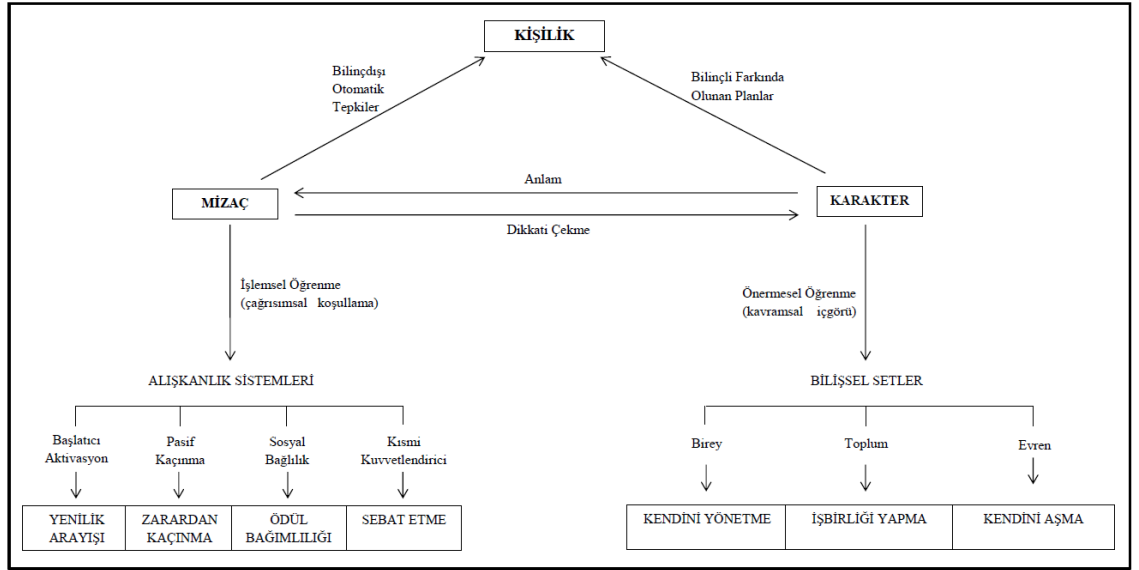
Son yıllarda kişilik -özellikle mizaç- boyutları ile insan biyolojisi arasında bir bağlantı olduğu fikri sıklıkla tartışılmaktadır. Mizaç boyutlarının altında yatan nöral sistemi araştıran psikobiyolojistlerden biri olan Cloninger (1987)' e göre kişilik, psiko-biyolojik sistemlerin dinamik organizasyonudur ve kişiyi diğerlerinden farklı yapan mizaç ve karakterden oluşan bir yapıdır. Mizaç ve karakteri temel alan ve özellik yaklaşımına dayandığı düşünülen, biyolojik temelleri de bir hayli sağlam olan "Psikobiyolojik Kişilik Modeli" nden, son yıllarda, literatürde oldukça sık bahsedilmektedir.

I.3.1. Psikobiyolojik Kişilik Modeli

Bu model; Cloninger' in 1986 yılında şekillendirmeye başladığı, kişiliği, farklı mizaç ve karakter boyutları olarak ele alan bir kişilik modelidir. İkiz ve aile çalışmaları, uzun izlemli gelişimsel çalışmalar, nörodavranışsal ve nörofarmakolojik öğrenme çalışmaları ve psikometrik çalışmalar ile desteklenerek ortaya atılan bir model olması sebebiyle alanda önemli bir yere sahiptir (Arkar, 2004). Kişilik, pek çok açıdan desteklenen bu kuram ile son 30 yıldır farklı bir boyut kazanmıştır.

Cloninger, ilk çalışmalarında üç ana kişilik boyutundan bahsetmiştir. Bu boyutların genetik açıdan da birbirinden farklı olduğu öne sürülmüştür. Yenilik arayışı (*novelty seeking*), zarardan kaçınma (*harm avoidance*) ve ödül bağımlılığı (*reward dependence*) olarak isimlendirilmiş bu boyutları ölçmek için 100 maddelik bir ölçek hazırlanmıştır. Ancak sonraki yıllarda Cloninger, kişilik modeline başka boyutlar eklemiştir. Üç ana boyuta ek olarak sebat etme (*persistance*)' yi ekleyen çalışmacı bu 4 boyutu mizaç kategorisinde tanımlamış; kendini yönetme (*self-directedness*), işbirliği yapma (*cooperativeness*) ve kendini aşma (*self-transcendence*) olarak isimlendirdiği üç yeni boyut daha ekleyerek bunları da karakter kategorisine sokmuştur. Böylece kişiliği, alt boyutları bünyesinde barındıran, mizaç ve karakter olarak 2 temel boyutta açıklamıştır. Bunları ölçümlemek için ise 240 maddelik Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE- TCI- Temperament and Character Invertorty)' ni hazırlamıştır (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993).

Farklı sistem ve setler üzerine oturtulmuş bu kişilik modelinde, kişiliğin dört boyutu, kavramöncesi tepkileri içermektedir. Bu dört boyuta mizaç faktörleri adı verilmiştir. Diğer üç faktör ise kavram temellidir. Kendilik kavramındaki farklılıklara dayanan bu boyutlara karakter faktörleri adı verilmiştir (Arkar, 2004). Mizaç ve karakter boyutlarının şekilsel hali Şekil 1.6’ da gösterilmiştir.



Şekil 1.6. Kişilik: Psikobiyolojik Şema (Arkar, 2004).

I.3.1.1. Mizaç Boyutları

Mizaç, uzun yıllardır psikologların ilgisini çekmiş konulardan biridir. Genel olarak kişinin genel duygu durumundaki ve duygusal tepkilerinin kalitesindeki kişisel farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik temellere sahip olduğu düşünülen mizacın sabit olduğu söylenmektedir (Pervin ve John, 2001) ve duygusal temelleri olan, gelişimsel olarak durağan bulunan ve sosyal ve kültürel öğrenmelerden etkilenmeyen kişilik içerikleri olarak tanımlanmaktadır (Goldsmith ve ark. ,1987). Kagan (2005)’ a göre ise mizaç, davranış çeşitliliğini sağlayan, genetik olarak programlanmış bir yapıdır. Bu tanımlamalara bakıldığında, mizacın biyolojik yanının baskın olduğu, çevreden az miktarda etkilendiği ve davranışlarımızın altında yatan sebebini oluşturduğu sonucunu çıkarmak mümkündür ve bu sonuç, psikologların neden yıllardır bir kişilik yapılanması olan mizaç üzerine incelemeler yaptığını açıklar niteliktedir.

Mizaç, antik çağlarda ‘benliğin ve özelliklerinin bireysel ve biricikliğinin biyolojik temelleri’ olarak tanımlanmıştır (Arkar, 2004). İlk boylamsal mizaç çalışmalarına imza atan Thomas ve Chess (1986), yeni doğmuş bebekleri uzun zaman boyunca incelemişler ve neticesinde mizacın, yaşamın ilk yıllarında geliştiğini tespit etmişlerdir. Dokuz mizaç sınıflaması öne süren çalışmacılar, bu mizaç özelliklerinin yaşamın ilerleyen yıllarında da kişileri etkilediğini belirtmişlerdir. Diğer bir önemli mizaç çalışmacıları olan Rothbart ve Derryberry (1981) mizaç araştırmalarında daha karmaşık istatistik, gözlem ve laboratuvar yöntemleri kullanmışlar ve mizacı, kalıttan, olgunlaşmadan ve deneyimden etkilenen kişinin tepkiselliğinin etkileyen temel farklılıklar bütünü olarak tanımlamışlardır (akt. Zuckerman, 2005).

Genel anlamda huy, yaratılış ve tabiat anlamında kullanılan mizaç kavramı çoğu kez kişilik yerine kullanılsa da kişiliğin üzerinde geliştiği biyolojik yapı olarak düşünülebilir. Yapısal olarak bireyin, davranış ve duygularını etkileyen doğasıdır (Aslan, 2008). Burger (2006)’ a göre mizaç, yetişkin kişiliğini ve davranışlarını belirleyen tek faktör olmasa da genel olarak kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir. Cloninger ve arkadaşlarına (1993) göre ise mizaç, yaşamın erken yıllarında gelişir ve kişiliğin doğuştan gelen, genetikte aktarılan tarafıdır.

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike ve ödül-cezaya karşı verilen tepki olarak öğrenmedeki kişisel farklılıklara göre tanımlanmaktadır (Cloninger, 1987). Yukarıda da belirtildiği gibi psikobiyolojik kişilik modeli sağlam biyolojik temellere oturtulmuştur. Mizaç boyutlarının her biri doğuştan gelen ve sonradan çok az değişen faktörlerdir ve her bir boyut beyin sistemindeki monoaminerjik aktivitelerle ilgilidir (Cloninger, 1986; akt. Fruyt ve ark. 2000). Yenilik arayışı düşük bazal dopaminerjik aktiviteyle, zarardan kaçınma yüksek serotonerjik değişimle, ödül bağımlılığı düşük bazal nöradrenerjik aktiviteyle, sebat etme ise glutamat değişimi ile ilişkilidir (Cloninger 1987; Köse ve ark., 2003; Stallings ve ark., 1996).

Psikobiyolojik kişilik modelinde öne sürülen 4 mizaç boyutu ve özellikleri aşağıda detaylandırılmıştır.

I.3.1.1.1. Yenilik Arayışı

Bu mizaç boyutu, davranışsal aktivasyonla ilişkilidir. Yenilik arayışı, yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk ve kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir kalıtsal yanlılık ya da eğilim olarak görülebilir.

Yenilik arayışı boyutunda ortalamadan yüksek olan ve diğer mizaç boyutlarında orta düzeyde olan kişiler; dürtüsel, araştırmacı, kararsız, kolay heyecanlanan, çabuk tahrik olabilen, kolaylıkla sinirlenen ve hiddetlenen, müsrif, düzensiz ve systemsiz kişiler olarak tanımlanabilirler. Yeni ilgilere ve aktivitelere çabuk girerler, ancak detayları ihmal etme eğilimindedirler. Bu kişilerin ilgileri çabuk kaybolur ve bu kişiler ilgilendikleri şeylerden çabuk sıkılırlar. Çok kolay biçimde provoke edilip, kavgaya hazır hale gelebilirler. Tam tersi olarak, diğer iki boyutta orta düzeyde olan ancak yenilik arama boyutunda ortalamadan düşük olan kişiler, yeni uğraşlarla çok yavaş bir şekilde ilgilenen, zihni çok daha dar, odaklanmış detaylarla meşgul olan, karar verirken çok fazla düşünen kişilerdir. Tipik olarak, ince fikirli, katı, sadık, vefalı, kolay sinirlenmeyen, tutumlu, düzenli ve sade kişiler olarak karakterize edilebilirler (Arkar, 2005).

Yenilik arayışının 4 tane alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: heyecan arama-katılık, dürtüsellik-düşüncelilik, müsriflik-tutumluluk ve düzensizlik-düzenli olmak olarak adlandırılmış ve bu alt ölçekler Mizaç Karakter Envanteri içinde farklı sorularla sorgulanmıştır (Arkar, 2004).

Mizaç ve Karakter Envanterinden alınan puanlarla bazı psikiyatrik bozuklukların yordanabileceğini belirten araştırmacılar; hiperaktivite, tıkanırmasına yeme bozukluğu, cinsel hedonizm, madde kötüye kullanımı gibi dürtülerle doğrudan ilişkili bozukluklarla yenilik arayışı alt boyutu puanlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger, 1998; 2000).

I.3.1.1.2. Zarardan Kaçınma

İkinci mizaç boyutu olan zarardan kaçınma, gelecekte olabilecek sorunlar ile ilgili olumsuz endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Bu boyut beynin ketleyici sistemindeki değişimlerle ilgilidir.

Zarardan kaçınmada mizaç boyutundan ortalama yüksek puan alan kişiler, tedbirli, gergin, endişeli, korkak, utangaç kişiler olarak tanımlanabilir. Bu kişilerin enerji düzeyleri düşüktür; kronik olarak yorgun olabilirler ya da çok kolay yorulabilirler. Eleştiri ve cezalandırılmaya karşı yüksek hassasiyetleri bulunur. Ek olarak, olası bir tehlikeye karşı tedbirli ve dikkatli olmaları bu kişilerin avantajıdır; ancak herhangi bir tehlike yokken bile ketlenmiş ve kötümser olmaları dezavantajdır. Diğer boyutlarda orta düzeyde olan ancak zarardan kaçınmada ortalama düşük puan alan kişiler için, kendinden emin, rahat, iyimser, hiçbir şeyi dert edinmeyen, sempatik ve enerjik sıfatları kullanılabilir (Arkar, 2005).

Bu mizaç boyutuna ait 4 tane alt ölçek vardır ki bunlar beklentisel endişe-iyimserlik, belirsizlik korkusu-güven, utangaçlık-toplum sevmeye ve kolayca yorulma-dinçlilik olarak adlandırılır (Arkar, 2004).

Yüksek zarardan kaçınma, kişileri anksiyete ve depresyon gibi durumlara itebilir; ayrıca bu kişilerin düşük benlik saygısına sahip olduğu söylenebilir (Arkar, 2004).

I.3.1.1.3. Ödül Bağımlılığı

Mizaç alt boyutlarından biri olan ödül bağımlılığı, aşırı duygusallık, sosyal bağımlılık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi davranışlar ile kendini gösterir. Bunların devamlılığı ve sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, ödül bağımlılığına eğilim olarak görülebilir.

Ödül bağımlılığı alt boyutunda, ortalamadan yüksek olan kişiler, yardımsever, başkalarını memnun etmeye çok istekli, çalışkan, sempatik, duygusal, sosyal uyaranlara duyarlı, ödüllendirilme beklentisiyle doyumlarını erteleyebilen kişiler olarak bilinirler. Tam tersi olarak, ödül bağımlılığı puanı ortalamadan düşük olan kişiler ise, sosyal olarak ilgisiz, duygusal olarak soğuk, pratik, katı (dediğim dedik), seçimlerinden duygusal olarak bağımsız kişilerdir. Para gibi pratik ödüllere yanıt verirler, “aferin, iyi olmuş” gibi sosyal pekiştirmenin sözel sinyallerine duyarsızdırlar ve onlara çok fazla doyum vermeyen ilişkileri ve etkinlikleri çabuk sonlandırırlar (Arkar, 2005).

Bu mizaç boyutunun da envanter içinde çeşitli sorularla sorgulanan 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar duygusallık-duyarsızlık, bağılılık-uzak oluş, bağımlılık-bağımsızlık ve ısrarcılık-kararlı olmak olarak adlandırılmışlardır (Arkar, 2004).

I.3.1.1.4. Sebat Etme

Cloninger’ in mizaç boyutlarına sonradan eklediği sebat etme, engellenme ve yorgunluğa karşı davranışın sürdürülmesine yönelik kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler, insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Arkar, 2004).

Yüksek sebatkarlığı olan bireyler gayretli, çalışkan, sebatkardır; engellenme ve yorgunluğu olsa da stabildirler. Tipik olarak beklenen ödüle yanıt olarak çabalarını arttırırlar. Çalışmaya isteklidirler, bir şey yapılacaksa gönüllü olurlar. Kolay vazgeçmezler, eleştirildiklerinde ya da hatalarla yüzleştiklerinde daha da fazla çalışırlar. Yüksek sebatkar kişi mükemmeliyetçi ya da işe düşkün olabilir, gereğinden fazla çalışabilir. Sebatkarlık, ödüller aralıklı olduğunda veya beklenmedik olaylar durağan olduğunda adaptif bir davranıştır. Ancak beklenmedik olayların hızlı değiştiği durumlarda sebatkarlık uyumsuz bir hal alabilir. Sebat etme puanı düşük bireyler ise, üşengeç, değişken, güvenilmez olarak tanımlanabilirler. Bu kişiler var olan beceri ve başarılarıyla yetinip fazlası için çaba sarf etmezler (Arkar, 2005).

I.3.1.2. Karakter Boyutları

Karakter, Yunanca ‘oyarak şekil verme’ anlamındadır ve mizacın üzerine oyarak işlenen yapıya gönderme yapmaktadır. Psikanalistler tarafından kullanımı daha fazla tercih edilen karakter kavramı, bireyin ayırt edici özelliklerini anlamak için de kullanılır (Aslan, 2008).

Otomatik duygusal tepkileri ve alışkanlıkları içeren mizacın aksine karakter, kişinin benlik kavramındaki hedeflerini ve değerlerini içerir (Köse, 2003). Bir başka deyişle kişiyi kişi yapan boyuttur. Çünkü bireylerin, aynı mizaca sahip olsalar da farklı davranmalarının sebebi karakter gelişimidir (Cloninger, Svrakic, ve Przybeck, 1993). Bireylerarası farklılaşmanın temelinde karakter gelişiminin önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Psikobiyolojik yaklaşıma göre karakterin kaynağı beynin hipokampus ve neokorteks ile düzenlenen yüksek işlevlerine dayanmaktadır ve bu işlevlerin karakter üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Aslan, 2008).

Karakter, kişinin büyürken kullandığı savunma mekanizmalarının, içsel mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlerine adaptasyonunun bir sonucudur. Karakterin kalıtımı daha zayıftır ve sosyokültürel öğrenmeden belli bir düzeyde etkilenir (Cloninger ve ark., 1998). Dolayısıyla sosyokültürel eğilimle doğrusal bir ilişkisi olmayan mizacın üzerine şekillenen karakter, istemli ve amaçlı olarak gelişir (Sevi, 2009).

Kişiliği açıklamada önceleri yalnızca mizaç boyutunu öne süren Cloninger, sonraki çalışmalarında mizaç boyutlarıyla ilişkili olmayan birkaç farklı yapıyı fark etmiştir ve bunun üzerine 3 karakter boyutunu öne sürmüştür (Arkar, 2004). Bu boyutlar aşağıda açıklanmıştır.

I.3.1.2.1. Kendini Yönetme

Hümanistlere göre insanları diğer canlılardan ayıran en büyük özellik seçenekler arasından seçim yapabilme, karar verebilme yeteneğidir. Diğer bir deyişle insanlar yaptıklarından sorumludur (Leach, 1987; akt. Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993).

Buna bağı olarak insan olmanın önemli bir özelliği kişinin kendini yönetmesidir denilebilir. Ayrıca bazı çalışmacılar tarafından bu yönetimin, bireyin kendini kontrol edebilmesi, düzenlemesi ve bazı durumlara adapte edebilmesine işaret eden 'irade' yeteneğiyle ilişkili olduğu düşünülmüştür (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993).

Kendini yönetme, kişinin kendini kabul etmesi, kendisiyle mücadele etmesi gibi bazı basamakları ya da yönleri olan gelişimsel bir süreçtir (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993) ve bireyin kendi iradesi ile alternatif tepkiler içinden tercih yapabilmesine işaret eder (Arkar, 2004).

Kendini yönetme puanları yüksek olan kişiler, güçlü, olgun, kendi kendini idare edebilen, güvenilir, sorumluluk sahibi, amaç yönelimli olarak tanımlanabilir. Liderlik yapma fırsatı elde ettiklerinde başarılı şekilde örgütlenebilmektedirler. Özgüvenleri yüksek olan bu kişiler, amaçları ile uyum sağlayarak ortama göre davranışlarını şekillendirebilirler. Diğer yandan, otorite emirlerini izlemede sorun çıkarabilirler. Ters olarak bu alt boyuttan düşük puan alan kişiler, olgunlaşmamış, sorumsuz, güvenilirmez, suçlayıcı olarak tanımlanabilirler. İçsel örgütlenme konusunda sıkıntı yaşayan bu kişiler, amaç belirleme, tanımlama ve bunları sürdürme konusunda da sorun yaşayabilirler. Bu kişilerde kişilik bozukluğu ihtimali yüksektir (Arkar, 2005).

Bu karakter boyutunun envanter içinde çeşitli sorularla sorgulanan 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; sorumluluk-suçlama, amaca yönelik olma-hedef yönelim eksikliği, beceriklilik-eylemsizlik ve ahenkli alışkanlıklar-uygunsuz alışkanlıklardır (Arkar, 2004).

I.3.1.2.2. İşbirliği Yapma

İşbirliği yapma, bireyin diğer insanlarla özdeşimindeki ve onları kabuldeki bireysel farklılıklara göre tasarlanmıştır. Bu faktör; kabullenme, kabul gösterme ya da bencilce saldırganlık ve düşmanlık ile bağlantılı olarak karakterin farklı yönlerini ölçmek için formüle edilmiştir (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993).

İşbirliği yapma alt boyutundan yüksek puan alan kişiler olaylar karşısında hoşgörölü, empatik, merhametli, yardımsever, diğerlerinin tercihlerine ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olarak tanımlanmaktayken; düşük puan alanlar, sosyal olarak hoşgörüsüz, yardımsever olmayan, bencil, kinci, diğerlerinin duygularını önemsemeyen ve onlara ilgi göstermeyen, ahlaki ilkelerden yoksun bireyler olarak tanımlanırlar (Arkar, 2005). Kişilik bozukluğunun bütün kategorileri düşük işbirliğine yatkınlık ile ilişkilidir. İşbirliği yapma ile birlikte özellikle kendini yönetme puanı da düşük ise, kişilik bozukluğu tanısının konması mümkündür (Svrakic ve ark., 1993).

İşbirliği yapma karakter boyutunun mizaç ve karakter envanteri içinde farklı maddelerle sorgulanan 5 alt ölçeği vardır. Bunlar; sosyal kabul-hoşgörüsüzlük, empati-sosyal ilgisizlik, yardımseverlik-yardımsever olmama, merhametlilik-kincilik ve ilkeli olmamak-menfaatçiliktir (Arkar, 2004).

I.3.1.2.3. Kendini Aşma

Kendini aşma, genel olarak, bir bütünün temel ve önemli parçalarını oluşturan her şeyle özdeşim anlamına gelmektedir. Bu, her şeyin bir bütünün, bir toplamın parçası olduğu “birleştirici bilinç” durumudur. Birleştirici bilinçte, bireysel kendilik yoktur. Kendilik ile diğer arasında anlamlı bir fark yoktur; kişi evrenin bütünleşmiş bir parçası olduğunun farkındadır. Bu birleştirici yaklaşım, doğayı ve doğanın kaynaklarını kabul etme, bunlarla özdeşleşme veya bunlarla ruhani ve manevi bir birlik kurma olarak tanımlanabilir (Cloninger, Svrağic ve Przybeck, 1993). Dolayısıyla kendini aşma, maneviyatla ilişkili olan karakter boyutudur. Kısaca kişinin kendini bütünün parçası olarak hissetmesi olarak tanımlanabilir.

Kendini aşma puanı yüksek olan kişiler, maneviyata önem veren, rol yapmayan, doyumlu, sabırlı, bilge ya da naif kişiler olarak tanımlanabilirler. Belirsizliği tolere edebilen bu bireyler, hem başarıları hem de başarısızlıkları için şükran duyabilirler. Kendini aşma puanı düşük kişiler ise; sabırsız, kibirli, materyalist kişilerdir. Belirsizliğe tahammül düzeyleri oldukça düşüktür. Gösteriş ve rol meraklısı bu kişiler, bazı yaşam acılarını kabullenmede güçlük yaşayabilirler (Arkar, 2005).

Kendini aşma, psikiyatrik yatan hastalarda, genel nüfusa göre, daha düşük bulunmuştur. Ancak bu karakter alt boyutu, kişilik bozukluğu olan hastaları, olmayanlardan ayırtıramamıştır. Yapılan klinik görüşmelerde, yalnızca şizoid kişilik bozukluğu olan hastaların kendini aşma puanının anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (Svrakic ve ark., 1993).

Kendini aşma karakter boyutu 3 alt ölçeğe sahiptir ki bunlar; kendinden geçmek-bilinçli yaşantılar, kişisel ötesi özdeşim-kendini ayırma ve ruhani kabul-rasyonel materyalizmdir (Arkar, 2004).

I.3.2. Kişilik ve Depresyon

Duygudurum ve bozukluklarıyla kişilik özellikleri arasında var olduğu düşünülen bağ yıllardır araştırılmaktadır. Bu bağ, hastalık öncesinde veya sonrasında kişilerin hastalık öncesine ilişkin anlattıkları anamnezlerinden çıkarılmaktadır (Libb ve ark., 1990). Özellikle depresif duygudurum ile kişilik arasında var olduğu düşünülen bağ, kişilik psikolojisi ve psikopatolojisi bağlamında uzun zamandır tartışılmaktadır (Cloninger, Bayon ve Svraic, 1998).

Kişiliğin depresyon ile olan ilişkisi klinik ve araştırma literatüründe sıklıkla incelenmiştir. Kuramlar ve kavramsallaştırmalar, kişilik-depresyon ilişkisiyle ilgili farklı açıklamalar yapsalar da çalışmalar, depresyonun sebeplerine, ortaya çıkışına ve sonuçlarına kişiliğin katkısının ne olduğunu anlamak için devam etmektedir (Shea ve Yen, 2005).

Söz konusu iki değişken arasındaki etkileşimi incelemek üzere farklı modeller ortaya atılmıştır. Klein ve arkadaşlarının (1993) da belirttiği gibi, bu modeller kavramsal olarak akla yatkın olsa da, kurulan hipotezleri deneysel olarak test etmek zordur (akt. Kagan, 2005). Yapılan çalışmalar nedensel açıklamalar vermekten ziyade ilişkisel birtakım sonuçlar vermektedir.

Kuramcılar ve çalışmacılar bazı kişilerin bazı ruhsal hastalıklara daha yatkın olduğunu bunun da kişilerin kişilik ve mizaç özelliklerinden kaynaklandığını

söylemektedirler. Depresyon geçirmeye yatkın bireylerde de belirli kişilik özelliklerinin bulunduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin, genel olarak, içedönük, özgüveni düşük, sosyal becerileri eksik, kötümser, mükemmeliyetçi, herkesi memnun etmeye çalışan, bağımlı, yersiz kaygıları olan, öfkesini dışı vuramayan ve öz eleştiri becerisi düşük olan bireyler olduğu söylenmektedir (Akiskal ve ark, 1983; akt. Aslan ve Demir, 2008).

Hans Eysenck (1967)' in ortaya attığı üç temel kişilik boyutundan biri olan nevroitiklik (*neuroticism*) boyutunun da depresyonla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Temel bir kişilik özelliği olan nevroitiklik, olumsuz uyaranlara verilen mizaçsal tepkilerin temelidir ve öfke, kaygı, alınganlık gibi negatif duyguları hissetmeye olan yatkınlık olarak tanımlanmaktadır (Clark, Watson ve Mineka, 1994). Kendler ve çalışma arkadaşları (2006), majör depresif bozukluk tanısı bulunan kişilerle herhangi bir tanısı olmayan kişileri karşılaştırmışlar ve hasta grubunun nevroitiklik puanının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca nevroitiklik kişilik boyutunun depresyon için yaşam boyu risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada benzer şekilde, dirençli depresyon hastalarının nevroitiklik puanları hem kontrol grubundan hem de tedavisi tamamlanan depresyon hastalarından yüksek bulunmuştur (Takahashi ve ark., 2013). Özetlemek gerekirse, olumsuz duyguları kolayca hissetme eğiliminde olan (nevroitik) kişilerin depresyona yatkın olduğu söylenebilir.

Beck (1983), sosyotropi ve otonomi isimli iki kişilik boyutu bildirmiş ve bu boyutların depresyona yatkınlıkla ilgili olabileceğine değinmiştir. Kısaca sosyotropi (*sociotropy*), bireyin diğerleriyle olumlu ilişkide olma ihtiyacını, otonomi (*autonomy*) ise kişinin bağımsızlık ve amaçlarını ulaşma ihtiyacını ifade etmektedir (akt. Shea ve Yen, 2005). Depresyonu olan hastalarda hem sosyotropi hem de otonomi kişilik özellikleri normal örnekleme kıyasla farklılaşmaktadır (Coyne ve Whiffen, 1995). Robins ve Block (1988) da sosyotropik kişilik özellikleri ile depresyon düzeyinin bağlantılı olduğunu, bu bağlantıda olumsuz yaşam olaylarının da etkili olduğunu söylemişlerdir. O halde Beck' in öne sürdüğü bu kişilik özelliklerine göre, kişiler arası ilişkilerde kaybetme ve reddedilme korkusu olan, ayrıca onay alma ihtiyacı yüksek olan kişilerin depresyona yatkın olduğu söylenebilir.

Nevrotiklik kişilik boyutu sadece depresyonda değil, genel olarak diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda da yüksektir. Ancak herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerin de nevroitiklik puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir (Costa, 1985; akt. Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993). Diğer taraftan, sosyotropi ve otonomi kişilik özellikleri ise kişiliğin çevre ile etkileşimine fazlasıyla önem vermekte ve kişiliğin biyolojik tarafını açıklamada yetersiz kalmaktadır. Bu bulgular, hem nevroitiklik boyutunun hem de sosyotropi/otonomi boyutlarının genelde psikiyatrik bozuklukları, özelde depresyonu anlamada ne kadar yeterli ve güvenilir olduğu sorusunu akla getirmektedir. Buna karşın depresyon ve kişilik arasındaki bağıntıyı mizaç ve karakter çerçevesinden ele almak daha fazla yarar sağlayabilir.

Depresif duygudurumu ve depresif bozukluğu olan kişilerde Cloninger' in öne sürdüğü 4 mizaç ve 3 karakter boyutu günümüze dek pek çok kez incelenmiştir. Bu çalışmaların neredeyse hepsi ortak paydada birleşmişlerdir: depresif bireylerin zarardan kaçınma puanları yüksek, kendini yönetme puanları düşüktür. Aşağıda bu bilgilerin yer aldığı çalışmalar kısaca özetlenmektedir.

Nery ve arkadaşlarının (2009) yürüttüğü bir çalışmada 60 MDB tanısı olan hasta, 60 sağlıklı katılımcı kullanılmıştır. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılarak katılımcıların depresif duygudurumları ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlara göre, depresyon şiddeti ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki bulunurken ($r = .58$); kendini yönetme karakter boyutu ($r = -.39$) ve sebat etme mizaç boyutu ($r = -.28$) arasında negatif düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kişilerin depresif duygudurumu arttıkça zarardan kaçınma puanları da artmakta, kendini yönetme ve sebat etme puanları azalmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve MKE' nin kullanıldığı başka bir çalışmada da hasta (453 kişi) ve kontrol (850 kişi) grubu kullanılmıştır. BDE ile MKE arasında hem hasta hem kontrol grubunda ilişki gözlenmiştir. Bu ilişkilerden anlamlı olanlar zarardan kaçınma boyutu ile kendini yönetme boyutundakilerdir. Zarardan kaçınma boyutundaki korelasyon pozitif, kendini yönetme boyutundaki korelasyon negatif

yöndedir. Ayrıca cinsiyet ve yaş değişkeninden bağımsız olarak zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin, birlikte, depresif duygudurum varyansının çoğunu açıkladığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlarla zarardan kaçınma puanının düşük, kendini yönetme puanının yüksek olmasının depresyona dayanıklı olma ile ilişkili olabileceği yorumu yapılmıştır (Richter, Polak ve Eisemann, 2003).

Arkar (2010)'ın depresif duygudurum ile kişilik arasındaki ilişkiyi anlamayı hedeflediği çalışmada, 147 MDB tanılı hastaya BDE ve MKE uygulanmıştır. Sonuçlara göre, BDE toplam puanı ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasında anlamlı düzeyde pozitif ($r = .27$); kendini yönetme ($r = -.40$) ve işbirliği yapma ($r = -.19$) ile negatif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç, düşük zarardan kaçınmanın (kaygısız, cesur, sakin ve iyimser olma), yüksek kendini yönetmenin (olgun, güçlü, kendine yeten ve güvenilir olma) ve yüksek işbirliği yapmanın (takım çalışmasına önem verme, empatik, anlayışlı ve merhametli olma) depresyon için koruyucu faktörler olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

BDE kullanılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. BDE ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasındaki korelasyon katsayısı 0.44' tür; kendini yönetme karakter boyutuyla olan korelasyon ise -0.54' tür. Çalışmacılar ödül bağımlılığı, sebat etme ve işbirliği yapma boyutları ile BDE puanları arasında da anlamlı negatif ilişki bulmuşlardır fakat bu korelasyonlar ilk bahsedilenler kadar yüksek düzeyde değildir (Peirson ve Heuchert, 2001).

Peirson ve çalışma arkadaşları (1999), depresyonla ilişkili olduğu bilinen serotonin nörotransmitteri ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 49 gönüllü psikoloji öğrencisinden alınan kan örneklerindeki serotonin düzeyleri ile öğrencilerin doldurduğu MKE puanları analiz edilmiştir. Sonuçlar tahmin edildiği gibi zarardan kaçınma mizaç boyutu ile kendini yönetme karakter boyutunun serotonin ile ilişkisini öne çıkarır niteliktedir. Serotonin düzeyi ile zarardan kaçınma boyutu arasındaki korelasyon katsayısı -0.64 iken kendini yönetme arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.49' dur. Bu sonuçlar iki kişilik boyutunun depresyonla ilişkili olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Bu ve benzer diğer çalışmalar, depresif duygudurumla psikobiyojik modelde ileri sürülen mizaç ve karakter boyutları arasında birtakım ilişkiler olduğunu kanıtlar niteliktedir. Yukarıdaki çalışmalarda her ne kadar depresyon tanılı bireyler kullanılsa da depresyon ve kişilik arasındaki bağıntıyı anlamak için yalnızca depresif duyguduruma bakmak yetersizdir. Bu çalışmaların diğer bir yönü olan hasta-kontrol grubu karşılaştırmalarına bakmak, depresyondaki mizaç ve karakter özelliklerini anlamaya daha fazla yardımcı olacaktır.

Hansenne ve arkadaşlarının (1999) Belçika’ da yaptıkları bir çalışmada depresyon tanısı almış 40 ve herhangi bir tanısı olmayan 40 kişinin mizaç ve karakter profilleri karşılaştırılmıştır. Hasta grubunun MKE bazı alt ölçeklerinin puanlarına bakıldığında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiştir. Zarardan kaçınma boyutunda hastalar sağlıklılara göre daha fazla puan almışlardır. Kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma boyutlarında ise sağlıklıların puanları daha yüksektir. Ek olarak, hasta grubundaki MKE alt boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlar incelenmiştir. Kendini yönetme ile zarardan kaçınma -0.56; işbirliği yapma ile ödül bağımlılığı 0.48; kendini yönetme ile kendini aşma arasında -0.44 korelasyon katsayıları saptanmıştır.

Yaş, cinsiyet, etnik köken bakımından eşitlenen 87 yineleyici depresyon hastası ile 89 sağlıklı bireyin dahil edildiği bir çalışmada MKE’ nin kısa formu kullanılmıştır. Sonuç olarak hasta grubunun zarardan kaçınma puanları (\bar{X} =14.5) ile kontrol grubunun zarardan kaçınma puanları (\bar{X} =7.8) ve hasta grubunun kendini yönetme puanları (\bar{X} =14.1) ile kontrol grubunun kendini yönetme puanları (\bar{X} =19.9) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir. Bir diğer fark işbirliği yapma boyutundadır fakat bu fark diğer iki boyuttaki kadar manidar değildir (Smith ve ark., 2005).

Celikel ve arkadaşları (2009), hasta ve kontrol grubunu MKE açısından karşılaştırmışlardır. Yalnızca zarardan kaçınma ve kendini yönetme boyutlarında ve bunların bazı alt boyutlarında anlamlı farklılaşma gözlenmiştir. Depresyonu olan kişiler olmayanlara kıyasla daha gergin, tedbirli, korkak, utangaç ve düşük enerjili; depresyonu olmayan kişiler ise amaç yönelimli, güvenilir, sorumluluk sahibi kişiler olarak

yorumlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, regresyon analizi sonuçlarından, zarardan kaçınmanın depresyon için güçlü bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışma da alanyazındaki diğer çalışmaları destekler niteliktedir. İlk nöbet MDB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin farklılaştığını gösteren bu çalışmaya göre, depresyonu olan kişilerin zarardan kaçınma puanları yüksekken, sağlıklı kişilerin kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca, zarardan kaçınma mizaç boyutunun 4 alt ölçeğinde de iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (Bahçeci ve ark, 2010).

MDB tanılı bireyler ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı başka bir çalışma da depresyonu olan kişilerin yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın diğerlerinden farklı yanı ise ilaç tedavisine başlamadan MKE' nin uygulanmış olması ve ilaç tedavisinin mizaç ve karakter alt boyut puanlarını anlamlı düzeyde değiştirmemesidir (Marijnissen ve ark., 2002).

İlaç tedavisinin mizaç ve karakter özelliklerine etki etmediğini gösteren bir başka çalışmada da ilk epizod MDB tanılı hastalar kullanılmıştır. Sonuçlara göre, tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, kişilerin hem mizaç hem de karakter boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı şekilde değişmemiştir (Karaaslan ve ark., 2010).

Depresyon tanısı olan hastalarla sağlıklı grubun karşılaştırıldığı diğer çalışmalar da depresyonu olan kişilerin yüksek zarardan kaçınma düşük kendini yönetme puanına sahip olduğunu göstermiştir (Ampollini ve ark. 1999; Jurado ve ark., 2005; Jylha ve Isometsa, 2006; Nery ve ark., 2009; Sato ve ark., 2001; Winter ve ark, 2007).

Tüm bunların yanında, mizaç ve karakter boyutlarının depresyonun yordayıcısı olup olmadığı da incelenmiştir.

Cloninger, Svrakic ve Przybeck (2006), 631 katılımcı ile mizaç ve karakter özelliklerinin depresyon belirtilerini ne derece yordadığını boylamsal olarak

incelemişlerdir. Yapılan regresyon analizine göre tüm karakter boyutları depresif belirtileri yordamaktadır ancak en büyük yordayıcı zarardan kaçınma mizaç boyutudur. Zarardan kaçınma, tek başına, varyansın %42' sini açıklamaktadır. Düşük kendini yönetme, yüksek zarardan kaçınma ve yüksek sebat etme puanlarının bulunduğu model, depresif belirtileri en iyi açıklayan modeldir.

Japon üniversite öğrencilerinde, MKE depresyonun yordayıcısı olabilir mi sorusuna yanıt aranmıştır ve bu amaçla 220 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuçlar depresyon puanının MKE puanlarından öngörülebileceğini desteklemektedir. Zarardan kaçınma ile depresyon arasında ilişkiye ek olarak ödül bağımlılığının da depresyonla ilişkili olduğu söylenmiştir. Araştırmacılar düşük kendini yönetmenin depresyon için risk faktörü olabileceğini de belirtmişlerdir (Naito, Kijima ve Kitamura, 2000).

Grucza ve arkadaşlarının (2003) yürüttüğü bir çalışmada mizaç boyutlarının depresyonun ciddi bir komplikasyonu olan intihar riskini yordayıp yordayamayacağı incelenmiştir. Sonuç olarak beklenenin aksine zarardan kaçınma mizaç boyutunun anlamlı bir yordayıcı olmadığı, yenilik arayışı boyutunun intiharı yordayabileceği gözlenmiştir. Bu durum yenilik arayışının dürtüsellikle olan ilişkisi hatırlatılarak tartışılmıştır.

Cinsiyet ve mizaç özelliklerinin etkileşiminin depresyonu yordama üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Ancak yaş, cinsiyet, zarardan kaçınma alt boyutlarından olan beklenti endişesi, utangaçlık, çabuk yorulma, ödül bağımlılığı alt boyutu olan bağlanma ve sebat etme mizaç boyutu birlikte analize katıldığında depresif belirtilerle anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur; ayrıca bu denklemde mizaç boyutlarının yordayıcı etkisinin yüksek olduğu rapor edilmiştir (Elovainio ve ark., 2004).

Farmer ve Seeley (2009) de benzer bir bulguya sahiptir. MKE' nin kısa formunun kullanıldığı bu çalışmaya göre, zarardan kaçınma tek başına depresyona ilişkin varyansın büyük çoğunluğunu açıklamaktadır.

Mizaç ve karakter boyutları ile depresyon arasındaki ilişkiyi yapısal eşitleme modeliyle (SEM) inceleyen Karakaş ve Arkar (2012), zarardan kaçınma ($\beta = .45$) ile kendini yönetme ($\beta = -.21$) kişilik boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede depresyonu yordadığını ifade etmişlerdir. Zarardan kaçınmanın yüksek ve kendini yönetmenin düşük oluşu yüksek oranda depresif belirtilere sebep olduğu söylenebilir. Öte yandan, düşük zarardan kaçınma puanına sahip kişilerin (sakin, cesur, iyimser, sosyal ortamlarda rahat kişilerin) ve yüksek kendini yönetme puanına sahip kişilerin (özgüveni yüksek, hedef yönelimli, sorumlu, güçlü kişilerin) depresif bozukluk geliştirmeye karşı dayanıklı bireyler olduğu ifade edilebilir.

Sonuç olarak majör depresif bozukluk ile mizaç ve karakter boyutlarının bazıları yüksek düzeyde ilişkilidir. Özellikle zarardan kaçınma mizaç boyutunun yüksek olması depresyon için bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Buna ek olarak kendini yönetmede güçlük yaşayan kişiler de depresyona yatkın bireylerdir. Bu profillere sahip kişilerin depresyon ve bununla ilişkili semptomlar geliştirebileceği, depresyonun fiziksel ve düşünsel belirtilerini sıklıkla gösterebileceği düşünülmektedir.

I.3.3. Kişilik ve Bilişsel Kuram

Kişilik yapılanması ile bilişsel kuramın varsayımları arasındaki bağ son yıllarda çalışmacıların ilgisini çeken bir konudur. Özellikle bilişsel terapinin kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılması, kişiliğin bilişsel açıdan ele alınmasını sağlamıştır. Bilişsel kuramın ifadesine göre kişilik, muhtemelen bilişsel yapıların en karmaşığı ve en kişiye özgül olanıdır (Alford ve Beck, 1997). Kişilik; bilişsel, duygusal ve motivasyonel işlemler, kişinin benliğine uygun yapılar ya da şemalar tarafından belirlenir ve kişiliğin temel elementleri bunlardan oluşur (Beck, Freeman ve Davis, 2004).

Beck (1999), hayatta kalma (*survival*) ve eş bulma/türünü devam ettirme (*bonding*) gibi temel evrimsel uyum stratejilerin pek çok davranışta görüldüğünü ve bunların kişilerin dışsal uyarılar ile baş etme becerilerini etkilediğini ifade etmiştir. Ek olarak bu uyum stratejilerinin, kişilik özelliklerinin pek çoğunda kendini gösterdiğini söylemiştir. Bu iki temel evrimsel ihtiyacın, kişinin temel inançlarında da büyük yere

sahip olması, kişilik ve bilişsel yaklaşım arasındaki bağı kuvvetlendirmektedir. Bu bakış açısıyla, bireylerin kişilik özellikleri ile bilişleri arasında yüksek düzey bir ilişki olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Nitekim Beck ve çalışma arkadaşları (1991) da, benzer bir yaklaşımla, işlevsel olmayan tutumlar ile kişilik özellikleri arasında bir bağ olabileceğini ifade etmişlerdir. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğinin iki alt boyutu sayılabilecek onaylanma ihtiyacı ve mükemmeliyetçiliğin bazı kişilik özellikleriyle ilişkisinden bahsetmişlerdir.

Beck' in ortaya attığı ve bilişsel kuramın temellerine dayanan sosyotropi otonomi kişilik özellikleri ile Cloninger'in kişiliği açıklamada kullandığı mizaç karakter boyutları arasındaki ilişki, bilişsel kuram ile bazı kişilik (mizaç ve karakter) özelliklerinin benzerliğini ortaya koymaktadır. Otani ve arkadaşlarının (2011), 305 sağlıklı Japon bireyin katılımıyla yaptığı çalışmaya göre, sosyotropik kişilik boyutu ile zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve kendini aşma boyutları; otonomik kişilik boyutu ile ödül bağımlılığı, sebat etme ve kendini aşma boyutları anlamlı düzeyde ilişkilidir. Dolayısıyla kişilerin bilişlerini etkilediği düşünülen sosyotropi/otonomi kişilik özellikleri mizaç ve karakter boyutlarıyla ilişkilendirilebilir.

Bilişleri kontrol eden, düzenleyip değerlendiren üst düzey bilişsel yapı ve süreçlerden oluşan bir sistem olarak tanımlanan ve bilişsel kuramdaki tüm bilişsel yapıyı kapsadığı düşünülen üstbiliş (*metacognition*) kavramı ile mizaç karakter arasındaki ilişki de kişilik ve bilişsel kuram arasındaki bağı anlamaya yardım etmektedir. Sağlıklı bir grup kişide varsayılan bağıntıyı test etmek için MKE ile üstbilişler ölçeği kullanılmıştır. Sonuçlar, üstbilişler ölçeğinin negatif inançlar alt boyutuyla MKE' nin bazı alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Negatif inançlar, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile pozitif yönde 0.40 düzeyinde, kendini yönetme karakter boyutuyla negatif yönde 0.41 düzeyinde ve kendini aşma ile pozitif 0.30 düzeyinde korelasyon göstermiştir (Gaweda ve Kokozka, 2013).

Bunun dışında mizaç ve karakter özellikleriyle aslında bilişsel kuramın içinden doğmuş, Young' ın erken dönem uyumsuz şemalar olarak isimlendirdiği, derin bilişsel

yapılar arasındaki ilişki de kişilik ve bilişsel kuram arasındaki bağı kuvvetlendirmektedir. Mizaç boyutlarından biri olan zarardan kaçınma ile pek çok şema boyutu ile 0.33 ile 0.47 arasında değişen katsayılarla pozitif yönde ilişki bulunmuştur; ayrıca kendini yönetme karakter boyutu da pek çok uyumsuz şema ile negatif yönde korelasyona sahiptir (Atalay ve ark., 2013; Halvorsen ve ark., 2009).

Tüm bu bilgiler ışığında, mizaç ve karakter boyutları ile bilişler arasında daha fazla incelenmesi gereken bir ilişki olduğu söylenebilir. Bu ilişki bilişsel kuramın ortaya çıkmasına sebep olan depresyonda daha net gözlenebilir.

I.3.4. Kişilik, Bilişsel Kuram ve Depresyon

Bilindiği gibi, bilişsel kuram, olumsuz, çarpık ve işlevsel olmayan inançların yaşamın erken yıllarında gelişmeye başladığını öne sürmektedir. Benzer şekilde Cloninger de, karakter boyutlarının sosyalizasyon süreci içinde geliştiğini ifade etmektedir. Bu açıdan bakıldığında Colninger' in kişilik modeli ile Beck' in depresyonun bilişsel kuramı arasında bir benzerlik olduğu göze çarpmaktadır (Richter ve Eisemann, 2002).

Kişilik özellikleriyle işlevsel olmayan tutumlar/negatif çarpık inançlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, mizaç ve karakter boyutlarına odaklanarak, kişilik ile bilişsel kuramı ilişkilendirmiştir; bu ilişkilendirme sırasında da depresyon tanılı bireyler kullanılmıştır. Böylece kişilik, depresyon ve bilişsel kuram arasındaki bağ araştırılmıştır.

Luty ve çalışma arkadaşları (1999), kendini yönetme karakter boyutunun gelişimsel bir yanı olduğu düşünüldüğünde, bu boyutun kişilerin bilişsel algılarının oluşumunu negatif yönde etkileyen bir takım faktörlerin oluşmasına katkıda bulunduğu ve bu bilişsel algıların kişiyi depresyona sürüklediğini ifade etmişlerdir.

Özellikle depresyona sebep olduğu düşünülen olumsuz tutum ve inançların, depresyona yatkınlık sağlayan mizaç ve karakter özellikleriyle ilişkili olması kişilik,

bilişsel kuram ve depresyon arasındaki bağlantıyı akla getirmektedir ki, sayıca az olsa da, yapılan çalışmalar bu fikri desteklemektedir.

Majör depresif bozukluk tanılı 100 hasta ile FOTÖ ve MKE kullanılarak yapılmış bir çalışmanın sonuçları, işlevsel olmayan tutumlar ile mizaç ve karakter özellikleri arasında anlamlı ilişkiler vermiştir. FOTÖ puanlarının, zarardan kaçınma ile pozitif yönde 0.49 düzeyinde; kendini yönetme ile negatif yönde 0.62 düzeyinde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca regresyon analizine dayanarak kendini yönetme, zarardan kaçınma ve depresyon süresinin toplam varyansın yarısına yakınına açıkladığı söylenmiştir (%45). Bu sonuçlar kendini yönetme ve zarardan kaçınmanın kişilerin bilişlerinde etkili olabileceği tezini destekler niteliktedir. Ayrıca düşük kendini yönetmenin, depresyona yatkınlık sağlayan temel bilişsel savunmasızlığı anlamada alternatif bir çerçeve olabileceği söylenebilir (Luty ve ark., 1999).

Richter ve Eisemann (2002)' in depresif bozukluk tanılı 184 yatan hasta ile yaptıkları çalışma da, işlevsel olmayan tutumlar ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi açık şekilde ortaya koymaktadır. Hastaların FOTÖ' den aldıkları puan ile MKE arasındaki puanlar ile yapılan regresyon analizi sonucuna göre, kendini yönetme karakter boyutu işlevsel olmayan tutumları yordamaktadır. Başka bir deyişle, kendini yönetmesi güç olan, içsel örgütlenme ve amaç belirleme konusunda sıkıntı yaşayan kişiler, onları depresyona sürükleyecek işlevsiz inançlara sahiptirler.

MDB tanılı kişiler ile çalışılan bir diğer araştırmada, yine MKE ile FOTÖ arasındaki ilişkiye bakılmıştır. FOTÖ puanları, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile pozitif yönde; kendini yönetme ve işbirliği yapma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları arttıkça işlevsel olmayan tutumların azalacağı düşünülmüştür (Çelik, 2007).

Görüldüğü gibi, mizaç ve karakter boyutları ile Beck' in kuramındaki işlevsel olmayan tutumlar birbiriyle ilişkilendirilmiştir. Özellikle, depresyon tanılı hasta gruplarında söz konusu ilişki çarpıcı bir şekilde ortaya konmuştur. Ancak, yapılan çalışmaların sayıca az olması bu alanda daha fazla inceleme yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Bunun yanında, literatürde, mizaç ve karakter özellikleri ile bilişsel kuramdaki otomatik düşünceleri inceleyen herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır. İşlevsel olmayan tutumlar, inançlar, şemalar ile yüksek düzeyde bağlantısı olan otomatik düşünceler, mizaç ve karakter özelliklerine göre incelenmemiştir. Depresyonu olan bireylerde sıklıkla görülen olumsuz inançların ve bunların sebep olduğu, kişinin duygu ve davranışları şekillendiren otomatik düşüncelerin mizaç ve karakter boyutlarıyla ilişkilendirilmemiş olması kişilik, bilişsel kuram ve depresyon alanlarındaki önemli bir eksikliklerdir.

I.4. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın temel amacı, literatürdeki bulgulardan hareketle, bilişsel model ile psikobiyolojik kişilik modeli arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu iki modelin bağlantısını ortaya koymaktır. Depresyondaki negatif düşüncelerin bilişsel kuram açısından incelendiği bu çalışmada, depresif bireylerin mizaç ve karakter özellikleri de araştırılmıştır. Majör depresif bozukluk tanılı kişiler ile herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kişiler; otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar ve mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bütün bunlara ek olarak; mizaç ve karakter boyutlarının, bilişsel kuramdaki temel inançlar ile ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği de tartışılmıştır. Bu amaçla, temel inançları ölçmek için çalışmacı tarafından hazırlanmış formun özellikleri de değerlendirilmiştir.

Çalışmanın temel soruları şunlardır:

1. “Otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar, temel inançlar ve mizaç ve karakter arasında ilişki var mıdır?”
2. “Depresif bozukluk tanısı olan kişiler ile herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerin otomatik düşünceleri, işlevsel olmayan inançları, temel inançları ve mizaç ve karakter özellikleri farklılaşmakta mıdır?”
3. “Mizaç ve karakter özellikleri; temel inançları, işlevsel olmayan tutumları ve otomatik düşünceleri yordamakta mıdır?”
4. “Temel inançlar; işlevsel olmayan tutumları ve otomatik düşünceleri yordamakta mıdır?”
5. “İşlevsel olmayan tutumlar, otomatik düşünceleri yordamakta mıdır?”
6. “Tüm değişkenler, depresif duygudurumu nasıl yordamaktadır?”

Depresyonu önlemek ve tedavi etmek için öncelikle bu bozukluğun neden ve nasıl ortaya çıktığını anlamak gerekmektedir. Etiyolojik çalışmalar, bu bozukluğun genetik yükünün fazla olduğunu ve birtakım psikososyal faktörlerden etkilendiğini öne

sürmektedir. Ayrıca kişilik özelliklerinin de kişiyi depresif bozukluğa yatkın hale getirdiği bilinmektedir. Özellikle genetik yanı olan mizaç özelliklerinin ve bazı karakter özelliklerinin depresyona sebep olduğu iddia edilmektedir. Bunlara ek olarak, son yıllarda psikopatolojiyi açıklamada fazlasıyla önem verilen bir kuram olan bilişsel kurama göre, depresyon, bazı yanlış inançlardan kaynaklanmaktadır. Kişi, yanlış/çarpık düşüncelerinden ötürü çökkün hissetmektedir. O halde, depresyonu açıklamada önemli yere sahip olan iki önemli değişken olan bilişlerin ve kişilik özelliklerinin beraber incelenmesi söz konusu bozukluğun anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Ancak literatürde bu değişkenleri birlikte ele alan çalışmalar sayıca oldukça azdır. Dolayısıyla bu çalışma, alandaki bu eksikliği temel alarak, depresyonun anlaşılması ve tedavi edilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar ve mizaç ve karakterin üçünün de kullanıldığı bir çalışma olmadığı göz önüne alındığında, bu çalışmanın literatüre önemli bir katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Özellikle depresif duygudurumda önemli yere sahip olduğu bilinen otomatik düşüncelerin incelendiği çalışma sayısının az olması ve mizaç ve karakter özellikleri ile otomatik düşüncelere sebep olan işlevsel olmayan tutumlar arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmaların son yıllarda hız kazanması, bu çalışmanın doğmasına yol açmıştır. Bu çalışmanın en önemli yanı ise, yukarıda da bahsedildiği gibi, kişinin davranışlarını büyük oranda etkileyen, biyolojik temelleri de güçlü olan, mizaç ve karakterin, bireylerin yanlış tutum ve inançlarını etkileyip kişiyi depresyona ittiği fikrini incelemektir. Literatürde mizaç ve karakteri bu yönüyle çalışan araştırmanın olmayışı, sonuçların, ilerleyen zamanlarda tartışılacağı ve diğer çalışmalara ışık tutacağı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmanın; depresyon, bilişsel kuram ve kişilik alanına yapacağı kuramsal katkıların yanında, depresyonu önlemek ya da ortadan kaldırmak için yapılan uygulamalara da yol göstereceği düşünülmektedir. Sonuçlar incelenerek, depresif hastaların bilişsel psikoterapilerinin, hastanın mizaç ve karakter özellikleri göz önünde bulundurularak formüle edilebileceği düşünülmektedir. Bu yönüyle, bu çalışmanın psikoterapi uygulamalarına yapacağı katkı da bir hayli fazla olabilecektir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

II.1. Katılımcılar

Bu araştırmanın örneklemini toplam 255 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler ruhsal hastalık (majör depresif bozukluk) tanısı olup olmama durumlarına göre ikiye ayrılmıştır: Çalışma (hasta) ve kontrol grubu.

Çalışma (hasta) grubu; Ege Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve deneyimli psikiyatristler tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konmuş, 18-65 yaş arasındaki, çalışmaya katılmayı kabul eden 127 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın devam ettiği sırada (Ekim 2013-Mart 2014) söz konusu poliklinikte tedavileri devam eden Majör Depresif Bozukluk tanılı hastalar, araştırmacı tarafından çalışmayla ilgili bilgilendirilmişler, çalışmaya dahil olmayı kabul eden yetişkinler ölçekleri doldurmuşlardır.

Çalışma grubuna alınan hastaların, MDB tanılarına ek olarak manik ve psikotik bulgularının olmamasına, herhangi bir psikotik ve bilişsel bozukluğunun olmamasına ve zeka geriliğinin olmamasına dikkat edilmiştir. Ek olarak, kullanılan ölçüm araçlarını doldurabilecek okuma ve anlama düzeyine sahip olmalarına özen gösterilmiştir.

Kontrol grubu ise; çalışma grubuna çeşitli demografik özellikler açısından benzer, hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış 18-65 yaş arasındaki 128 kişiden oluşmaktadır. Çalışma grubuyla eşleştirmek için amaçlı örnekleme yoluyla belirlenen kontrol grubu, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş, psikolog ya da psikiyatriste başvurmamış kişilerden oluşmuştur. Çalışma grubuna benzer şekilde, sağlıklı katılımcıların da okuma ve anlama düzeylerine özen gösterilmiştir.

Çalışma grubu ile kontrol grubunun bazı özellikler yönünden benzerlik göstermesine dikkat edilmiştir. Çalışma grubu ($\bar{X}= 37.47$, $SS=10.82$) ile kontrol grubunun ($\bar{X}= 36.57$, $SS=12.00$) yaşları birbirlerine benzemektedir. Aynı şekilde diğer

demografik değişkenler açısından da iki grup birbirine benzerdir. Grupların bu özellikleri Tablo 2.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Örneklemin gruplara göre demografik özellikleri.

		Hasta Grubu (n=127)		Kontrol Grubu (n=128)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	88	69.3	88	68.8
	Erkek	39	30.7	40	31.3
Eğitim Durumu	İlköğretim	38	29.9	15	11.8
	Lise	42	33.1	51	39.8
	Üniversite	44	34.6	54	42.2
	Lisansüstü	3	2.4	8	6.3
Meslek	Memur	27	21.3	34	26.6
	İşçi	27	21.3	19	14.8
	Esnaf	1	0.8	3	2.3
	Ev Hanımı	32	25.2	24	18.8
	Emekli	11	8.7	13	10.2
	Serbest	3	2.4	9	7.0
	İşsiz	9	7.1	5	3.9
	Diğer	17	13.4	21	16.4
Medeni Durum	Bekar	43	33.8	46	35.9
	Evli	66	52.0	75	58.6
	Boşanmış/Dul	18	14.2	7	5.5
Gelir Düzeyi	Alt	31	24.4	18	14.1
	Orta	95	74.8	108	84.4
	Üst	1	0.8	2	1.6
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	65	51.2	18	14.1
	Yok	62	48.8	110	86.9
Yaş – \bar{X} (SS)		37.47 (10.82)		36.57 (12.00)	

Çalışma grubunun bir takım klinik özellikleri de sorgulanmıştır. Buna göre, çalışma grubunda yer alan 127 kişinin 37' sinin psikiyatriye ilk başvuru yılı çalışmanın başladığı yıl olan 2013' tür. 63 kişi, 1 yıldan daha az; 31 kişi, 1 ila 3 yıldır; 9 kişi 3 ila 5 yıldır; 24 kişi ise 5 yıldan fazla süredir düzenli psikiyatrik tedavi görmektedir. Çalışma grubunda yer alan 17 kişide ise ruhsal problemden dolayı hastaneye yatış öyküsü bulunmaktadır.

II.2. Araçlar

Çalışmaya katılan kişilere veri toplama amaçlı, Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Temel İnanç Sorgulama Formu (TİSF), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilmiştir.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu. Bu form araştırmacı tarafından katılımcıların çeşitli özelliklerini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Klinik ve sağlıklı örneklem için ayrı olarak hazırlanan formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi genel bilgilerin yanı sıra; klinik örneklem için, psikiyatriye başvuru yılı, hastaneye yatış durumu ve ailede ruhsal hastalığı olan başkasının olup olmadığı sorgulanmıştır. Sağlıklı örneklem içinse genel demografik bilgilere ek olarak yalnızca psikiyatriye başvurup başvurulmadığı, terapi alıp almadığı ve ailede ruhsal hastalığı olan birinin olup olmadığı araştırılmıştır.

Temel İnanç Sorgulama Formu (TİSF). Beck'in tanımladığı temel inançları sorgulamaya yönelik araştırmacı tarafından 5'li Likert tipinde hazırlanmış bir formdur. Bu sorgulama formunda, bilişsel kuramda tanımlanan 12 negatif özellik/düşünce sıralanmış ve katılımcıdan bunlara ne derece katıldıklarını belirtmeleri istenmiştir ('kesinlikle katılmıyorum' 1, 'kesinlikle katılıyorum' 5). Maddeler aşağıda verilmiştir.

- Güçsüzüm
- İlgi gösterilmeyen biriyim
- Beceriksizim
- Çekici değilim

- Yetersizim
- Sevilemeyecek biriyim
- Eninde sonunda reddedileceğim
- Başarısızım
- Zayıfım
- Arzu edilmeyecek biriyim
- Çaresizim
- Eninde sonunda yalnız kalacağım

Hazırlanan formun güvenilirliğini sınamak için iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.92 olarak tespit edilmiştir. Cronbach alfa değerleri hasta ve kontrol grubu için de ayrı olarak hesaplanmıştır. Tüm bu değerler Tablo 2.2’ de gösterilmiştir. Sonuç olarak TİSF’ nun güvenilir şekilde kullanılabilceği görülmüştür.

Tablo 2.2. TİSF’ nun iç tutarlık katsayıları.

	TİSF Toplam Puanının Cronbach Alfa Değerleri
Toplam Örneklem ($N=255$)	.92
Hasta Grubu ($n=127$)	.89
Kontrol Grubu ($n=128$)	.88

TİSF’ nun kapsam geçerliği, araştırmacılar tarafından değerlendirilmiş ve bu formun maddelerinin, temel inançları sorgulamak için uygun olduğuna karar verilmiştir. Nitekim formda yer alan maddelerin Beck (2001)’ in tanımladığı temel inanç örneklerinden alınmış olması da bu fikri destekler niteliktedir. Öte yandan TİSF’ nun yapı geçerliği, korelasyonel yöntemlerle irdelenmiştir. Şemaların ya da başka bir deyişle ara inançların tespiti için hâlihazırda kullanılan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar

Ölçeği, otomatik düşüncelerin tespiti için kullanılan Otomatik Düşünceler Ölçeği ve depresif duygudurumu anlamak için kullanılan Beck Depresyon Envanteri ile TİSF arasındaki korelasyonlar, yapı geçerliği çerçevesinde incelenmiştir. Tablo 2.3’ de ilgili Pearson korelasyon katsayıları verilmiştir. Bu sonuçlar, TİSF’ nun, özellikle hasta grubunda, depresyonu sorgulamada kullanılan diğer ölçeklerle yüksek düzey korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu analiz sonuçları, TİSF’ nun, depresyondaki olumsuz temel inançları sorgulamak için kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.3. TİSF ile diğer ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.

		FOTÖ	ODÖ	BDE
Toplam Örneklem ($N=255$)	TİSF	.53**	.69**	.67**
Hasta Grubu ($n=127$)	TİSF	.51**	.58**	.54**
Kontrol Grubu ($n=128$)	TİSF	.19*	.34**	.29**

* $p<.05$ ** $p<.01$

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE). Cloninger’ in psikobiyolojik modeline dayayan Mizaç ve Karakter Envanteri- MKE (Temperament and Character Inventory-TCI), mizaç ve karakter boyutlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 1986-87 yıllarında Cloninger tarafından hazırlanan ölçek; 4 mizaç (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve 3 karakter boyutunu (kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma) sorgulamaktadır. Bu boyutların da altında toplamda 25 alt ölçek vardır; 7 boyut, bu alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (Arkar, 2004).

Mizaç ve Karakter Envanteri, Köse ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe’ ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Envanterin çevirisi Cloninger tarafından onaylanmış ve psikometrik çalışmalar bu doğrultuda devam ettirilmiştir. Cronbach alfa değerleri, mizaç boyutunda .60-.85; karakter boyutundan .82-.83 arasındadır. Arkar (2004) da benzer iç tutarlık korelasyon değerlerine ulaşmıştır. Mizaç boyutları için .55-.85; karakter boyutları için ise .80-.84 Cronbach alfa değerleri rapor edilmiştir.

MKE, 240 tane doğru/yanlış şeklinde cevaplanan maddeden oluşmaktadır. Kişilerin maddeleri yanıtlamada tüm yaşamlarını göz önünde bulundurmaları istenmektedir. Öz-bildirim ölçeği olan envanter 17 yaş üzeri kişilere uygulanabilmektedir.

MKE, hem ülkemizde hem yurtdışında kullanılabilir psikometrik özelliklere sahiptir. Bugüne kadar pek çok çalışmada kullanılmıştır. Hem normal örnekleme hem de klinik örnekleme kişiliği ölçmede kullanılmaktadır. Duygudurum, anksiyete, psikoz gibi farklı ruhsal bozukluğu olan kişilerde kullanılabilen ölçeğin, bazı bozukluklar için yordayıcı olarak da kullanılabilmesi söylenmektedir (Arkar, 2004).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ). Depresyondaki tipik bilişleri ölçmek için hazırlanan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği- FOTÖ (Dysfunctional Attitude Scale- DAS), 1978 yılında Weissman ve Beck tarafından hazırlanmıştır. Bilişsel kurama dayanan bu ölçek, depresif duygudurumla birlikte ortaya çıkan ara inançları değerlendirmeyi hedeflemektedir. Kişiyi depresyona yatkın hale getirdiği düşünülen bu inançlardan oluşturulan maddelerle, kişilerin, yaşamlarının erken yıllarında oluşturmaya başladıkları, kendilerine, başkalarına ve dünyaya ilişkin varsayımlarını tespit etmek amaçlanmaktadır.

Önceleri 100 madde olarak hazırlanan ölçekle ilgili yapılan psikometrik çalışmalar sonucunda, bazı maddeler çıkarılmış ve ölçek, 40' ar maddelik 2 form haline getirilmiştir. 7'li Likert şeklinde hazırlanan ölçek, öz-bildirim şeklindedir. Kişilerin her inanç ve düşünceye ne derecede katıldıklarını işaretlemeleri istenmektedir.

Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması Şahin ve Şahin (1992a) tarafından yapılmıştır. FOTÖ-A formunu uyarlayan çalışmacılar, örneklem olarak, yaşları 19 ile 21 arasında değişen 244 kadın 101 erkek üniversite öğrencisi kullanmışlardır. Yapılan güvenirlik çalışması (yarıya bölme) sonucunda .79 düzeyinde iç tutarlık katsayısı ve .34 düzeyinde madde toplam korelasyonu elde edilmiştir. Bu korelasyon düzeylerinin yurt dışındaki çalışmalarla benzer olduğu söylenmiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliliğinde Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) kullanılmıştır. FOTÖ-A' nın BDE ile korelasyonu .19; ODÖ ile korelasyonu ise .29 düzeyindedir. Bu korelasyon

düzeyleri ölçeğin orijinalinden düşük olsa da FOTÖ-A' nın depresif kişileri ayırt edebileceği belirtilmiştir. Şavaşı ve Şahin (1997), ölçeğin geçerlik çalışmasını tekrarlamışlar ve .43 ile .64 arasında değişen düzeylerde korelasyona ulaşmışlardır. Yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin 4 faktör yükü olduğu tespit edilmiştir. Bu faktörler “Mükemmelci Tutum” (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 26, 31, 33), “Onaylanma İhtiyacı” (19, 21, 22, 23, 27, 28, 32, 34, 38, 39, 40), “Bağımsız/Otonom Tutum” (2, 12, 17, 18, 24, 35) ve “Değişken Tutum” (6, 29, 30, 36, 37) olarak adlandırılmıştır (Şahin ve Şahin, 1992a).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 280' dir. Ölçekten alınan yüksek puan, fonksiyonel olmayan tutumların (ara inançların) fazlalığını göstermektedir. Ölçeğin toplam puanı kullanılabilceği gibi faktör analizine bağlı olarak elde edilen 4 alt faktörünün puanları da kullanılabilir (Şahin ve Şahin, 1992a).

FOTÖ, bugüne değin pek çok çalışmada depresif inançları ortaya çıkarmak, depresyona karşı olan savunmasızlığı tespit etmek ve bilişsel terapinin etkililiğini incelemek amacıyla kullanılmıştır (Şahin ve Şahin, 1992a).

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ). Hollon ve Kendal tarafından, 1980 yılında geliştirilen Otomatik Düşünceler Ölçeği- ODÖ (Automatic Thoughts Questionnaire-ATQ), bilişsel kurama dayanmaktadır. Özellikle depresif duygudurumda görülen bazı otomatik düşünceleri ve bunların zihne gelme sıklığını sorgulamak için hazırlanmıştır. Kendiliğinden gelişen ve ortaya çıkan bu olumsuz düşüncelerin tespit edilmesi için kullanılan ölçeğin maddeleri, 788 üniversite öğrencisinden alınan düşünce listesi havuzundan seçilmiştir. Ortaya çıkan 100 negatif düşünceden 30'u seçilmiş ve ölçek oluşturulmuştur. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması 466 öğrenci üzerinde yapılmış ve sonuçlar, ölçeğin, kullanılabilir olduğunu göstermiştir.

Otomatik Düşünceler Ölçeği, Şahin ve Şahin (1992b) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 224 kadın 101 erkek üniversite öğrencisi üzerinde yapılan yarıya bölme güvenilirlik çalışması .91 düzeyinde korelasyon değerine sahiptir. Ölçek .35 ile .69 arasında değişen madde toplam korelasyon düzeyine sahiptir. ODÖ' nin Beck Depresyon Envanteri ile olan korelasyon düzeyi .75' dir.

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile olan korelasyon düzeyi ise .27' dir. Bu sonuçlar yabancı literatüründekilerle benzer niteliktedir. ODÖ' nin faktör analizi sonucu 5 faktör elde edilmiştir. Bunlar: Olumsuz Benlik Kavramı (2, 3, 7, 8, 17, 18, 21, 23, 24, 27), Karmaşa/Kaçış Fikirleri (13, 14, 15, 19, 20, 22), Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu (9, 26, 29), Yalnızlık/İzolasyon (1, 4, 10, 28) ve Bırakma/Umutsuzluk (6, 11, 12, 25)' tur (Şahin ve Şahin, 1992b).

ODÖ 30 maddeden oluşmakta ve her bir maddeye 5' li Likert şeklinde yanıt verilebilmektedir. Bu 5 seçenek düşüncenin akla geliş sıklığıyla ilişkilidir. Ölçeğin ters maddesi yoktur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 150' dir. Puanların yüksekliği, bireyin otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını göstermektedir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE). Depresyonun olup olmadığını, varsa şiddetini, düzeyini tespit etmeyi amaçlayan Beck Depresyon Envanteri- BDE (Beck Depression Inventory- BDI), Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun bilişsel, fiziksel, davranışsal belirtilerini sorgulayan ölçek 21 depresif belirtiyi sorgulamaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tegin (1980) tarafından yapılmıştır. Psikometrik çalışmalar sonucunda yarıya bölme güvenilirlik katsayısının .77; test tekrar test güvenilirlik katsayısının ise .65 olduğu görülmüştür. Hisli (1989) ölçeği gözden geçirip düzenlemiştir; onun verilerine göre, BDE' nin MMPI-D skalasıyla korelasyonu .50 düzeyindedir. Bu da ölçeğin geçerli olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada yarıya bölme güvenilirliği .74 düzeyinde bir korelasyon vermiştir. Arkar ve Şafak (2006)' ın faktör analizine göre, BDE' nin bilişsel belirtileri ve somatik/afektif belirtileri ölçen 2 faktörü vardır.

BDE, öz bildirim tarzı 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 4 seçenekle değerlendirilmektedir; buna göre maddelerden 0 ile 3 arasında puan alınmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63' tür. Puan yükseldikçe depresyonun şiddeti de artmaktadır.

BDE, psikiyatri hastalarında ve normal örnekleme depresyon belirtilerini ve yoğunluğunu değerlendirmek için tüm dünyada en sık kullanılan ölçüm araçlarından biridir. Türkiye’de de geçerlik güvenirlik çalışmaları ölçeğin kullanılabilir olduğunu doğrulamaktadır (Hisli, 1989).

II. 3. İşlem

Öncelikle gerekli alan taramaları yapıp hipotezleri sınamak için kullanılacak ölçme araçlarına karar verilmiştir. Çalışma hasta ve kontrol grubuyla birlikte yürütüleceğinden ‘Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan hastaların çalışmaya dahil edilebilmesi için izin alınmıştır (Söz konusu onay belgesi Ek 7’de dir).

Katılımcılara çalışmayla ilgili genel bilgi verilmiş, katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 8) imzalatıldıktan sonra, kullanılan veri toplama araçları verilmiştir. Demografik bilgi formu ve TİSF her katılımcı için ilk sırada verilmiş, sonraki 4 ölçek ise sıra etkisini yok etmek amaçlı, tam karşıt dengeleme yöntemi kullanılarak her bir katılımcıya farklı sıralarda verilmiştir. Her bir katılımcının ölçüm araçlarını tamamlama süreleri yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Ölçekler, geri dönüş sorunu yaşanmaması istendiğinden, klinik örneklem için, hastane ortamında doldurulmuştur. Katılımcılar, ölçeklerle ilgili sormak istedikleri soruları anında çalışmacıya sorabilmişlerdir.

Çalışmanın veri toplama süreci Ekim 2013’te başlamış Mayıs 2014’ e kadar devam etmiştir; toplam 6 ay sürmüştür. Bu işlem sonrasında veriler SPSS paket programına aktarılmış; daha sonra istatistiksel analizler yapılmıştır.

II. 4. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 17 paket programıyla analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri anlamak için Pearson korelasyon analizleri; gruplar arasındaki farkları tespit etmek için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA); kovaryans analizleri (ANCOVA) ve değişkenlerin birbirlerini yordamalarını tespit etmek için regresyon analizleri uygulanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

III.1. Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi: Korelasyon Analizleri

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Temel İnanç Sorgulama Formu (TİSF), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasındaki ilişkileri anlamak için Pearson Korelasyon analizleri uygulanmıştır. Tüm korelasyon analizleriyle ilgili sonuçlar hasta grubu için Tablo 3.1' de, kontrol grubu için Tablo 3.2' de verilmiştir.

MKE' nin boyutları ile TİSF arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hasta ve kontrol gruplarında ayrı ayrı olarak değerlendirilmiştir.

Hasta grubunda, MKE' nin iki boyutu ile TİSF arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Zarardan kaçınma mizaç boyutu ile TİSF arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunurken ($r=.45, p< .01$); kendini yönetme ile negatif yönde orta düzey ($r= -.36, p< .01$) ilişki görülmüştür. Yani, kişilerde zarardan kaçınmada artış ve kendini yönetmede düşüş, beraberinde temel inançlarının yoğunluğunda artışı getirmektedir.

Kontrol grubunda da TİSF ile söz konusu mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu gözlenmiştir. TİSF, zarardan kaçınma ile pozitif yönde orta düzey ($r= .35, p< .01$), kendini yönetme ile negatif yönde düşük düzey ($r= -.25, p< .01$) korelasyon göstermiştir. Ayrıca sebat etme boyutundaki düşük düzey korelasyon da, diğerleri kadar olmasa da, anlamlı bulunmuştur ($r= -.19, p< .05$). Şu halde, depresif bireylerdeki aynı örüntü sebat etmenin yükselmesiyle kontrol grubunda da gözlenmektedir. Hasta ve kontrol grubundaki zarardan kaçınma ($z= 0.94, p> .05$) ve kendini yönetme ($z= -0.96, p> .05$) puanlarının TİSF ile olan korelasyonları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan manidar bir farka rastlanmamış; depresyon tanılı bireylerle sağlıklı bireylerdeki temel inanç ve kişilik ilişkilerinin benzer olduğu görülmüştür.

MKE ile FOTÖ arasındaki ilişkiler de Pearson korelasyon analizi ile hasta kontrol grupları için ayrı ayrı incelenmiştir.

Depresyon tanılı hasta grubunda, FOTÖ toplam puanı ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuştur ($r = .35, p < .01$). Kişilerin fonksiyonel olmayan tutumlarının artmasıyla zarardan kaçınma puanlarının artmasının ilişkili olduğu görülmüştür. FOTÖ ile üç karakter boyutunun da istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu gözlenmiştir. En yüksek ilişki kendini yönetme karakter boyutuyla ($r = -.50, p < .01$). Sırasıyla işbirliği yapma ($r = -.26, p < .01$) ve kendini aşma ($r = .19, p < .05$) karakter boyutları FOTÖ ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. FOTÖ' nin alt boyutları ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında bazı FOTÖ alt boyutlarının bazı MKE boyutlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerdeki ortak nokta, tüm FOTÖ alt boyutlarının zarardan kaçınma ile pozitif, kendini yönetme ile negatif yönde ilişkide olduğudur.

Sağlıklı bireylerde, FOTÖ toplam puanı ile mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında, hasta grubundaki ilişkilere benzer bir tablo görülmüştür. FOTÖ, zarardan kaçınma ile pozitif yönde düşük düzey ($r = .20, p < .05$), kendini yönetme ile negatif yönde orta düzey ($r = -.43, p < .01$) ve işbirliği yapma ile yine negatif yönde düşük düzey ($r = -.25, p < .01$) bir ilişkiye sahiptir. Şu durumda, zarardan kaçınmanın artması, kendini yönetme ve işbirliği yapmanın düşmesi, işlevsel olmayan tutumların sayısındaki artışı beraberinde getirmektedir. FOTÖ ile zarardan kaçınma ($z = 1.28, p > .05$), kendini yönetme ($z = -0.71, p > .05$) ve işbirliği yapma ($z = -0.08, p > .05$) boyutlarındaki korelasyonların hasta kontrol grubuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunlara ek olarak, kontrol grubunda, FOTÖ alt boyutları ile MKE alt boyutları arasında .21 ile -.40 arasında değişen çeşitli korelasyonlar gözlenmiştir. Kendini yönetme karakter boyutunun FOTÖ' nin bütün alt boyutlarıyla anlamlı düzeyde ilişkiler gösterdiği bulunmuştur.

MKE ile ODÖ arasındaki ilişkiler de Pearson korelasyon analizi ile hasta kontrol grupları için ayrı olarak incelenmiştir.

Hasta grubunda, ODÖ toplam puanı ile mizaç boyutlarından yalnızca zarardan kaçınma arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki elde edilmiştir ($r = .50$, $p < .01$). Buna göre, zarardan kaçınmanın artması, otomatik düşünce sıklığının da artmasını beraberinde getirmektedir. Karakter boyutlarının üçü de ODÖ toplam puanı ile anlamlı ilişki göstermiştir. ODÖ, kendini yönetme ($r = -.66$) ve işbirliği yapma ($r = -.29$) ile negatif, kendini aşma ($r = .22$) ile pozitif yönde ilişkilidir. Görüldüğü gibi özellikle kendini yönetme puanının düşmesi olumsuz otomatik düşüncelerin sayısındaki artışla yüksek oranda ilişkilidir. Ayrıca ODÖ' nin beş alt boyutunun da söz konusu mizaç ve karakter boyutlarıyla anlamlı derecede ilişki gösterdiği gözlenmiştir.

Bu iki ölçeğin kontrol grubundaki ilişkileri incelendiğinde, benzer bir örüntü göze çarpmaktadır. Ancak MKE'nde bu kez iki alt boyut anlamlıdır. ODÖ toplam puanı ile zarardan kaçınma mizaç boyutu arasında pozitif yönde düşük düzey bir ilişki görülürken ($r = .28$, $p < .01$), kendini yönetme karakter boyutu arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki ($r = -.38$, $p < .01$) vardır. O halde sağlıklı bireylerde de, otomatik düşüncelerin artması zarardan kaçınma puanının artışı, kendini yönetme puanının düşüşüyle ilişkilidir. Bu korelasyon katsayıları hasta grubuyla karşılaştırıldığında, zarardan kaçınma boyutundaki ilişkiler arasında da ($z = 2.06$, $p < .05$); kendini yönetme boyutunda da fark görülmüştür ($z = -3.10$, $p < .05$). Yani, ODÖ ile zarardan kaçınma ve kendini yönetme karakter boyut arasındaki ilişki, depresif kişilerde daha güçlüdür. Kontrol grubunda, ODÖ' nin alt boyutlarıyla MKE' nin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları göze çarpmaktadır. Zarardan kaçınma ile olumsuz benlik kavramı ($r = .36$), kişisel uyumsuzluk/değişme arzusu ($r = .18$), yalnızlık/izolasyon ($r = .30$) ve bırakma/umutsuzluk ($r = .19$) boyutları anlamlı ilişkiler göstermiştir. Kendini yönetme karakter boyutunda ise ODÖ' nin tüm alt boyutları arasında anlamlı negatif ilişkiler gözlenmiştir. Kendini yönetme, olumsuz benlik kavramı ile $-.33$; karmaşa/kaçış fikirleri ile $-.29$; kişisel uyumsuzluk/değişme arzusu ile $-.31$; yalnızlık/izolasyon ile $-.36$ ve bırakma/umutsuzluk ile $-.28$ düzeyinde ilişki göstermiştir.

MKE' nin boyutları ile BDE arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hasta kontrol grubuna göre incelenmiştir.

Hasta grubunda, MKE' nin üç boyutu ile BDE puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Zarardan kaçınma mizaç boyutu ile BDE arasında pozitif yönde yüksek düzey bir ilişki bulunmuştur ($r= .50, p<.01$). Öte yandan kendini yönetme ($r= -.58$) ve işbirliği yapma ($r= -.28$) karakter boyutları ile depresyon puanlarının negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Yani kişilerin zarardan kaçınması arttıkça, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları düştükçe depresif duygudurumları artmaktadır.

Kontrol grubunda da BDE ile söz konusu mizaç ve karakter boyutları arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu gözlenmiştir. Ek olarak, kendini aşma boyutunun da depresyon puanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gözlenmiştir ($r= .18, p< .05$). BDE, zarardan kaçınma ile pozitif yönde düşük düzey ($r= .25, p<.01$), kendini yönetme ile negatif yönde orta düzey ($r= -.40, p< .01$) ve işbirliği yapma ile negatif yönde düşük düzey ($r= -.28, p< .01$) ilişki göstermiştir. Şu halde, depresif bireylerdeki aynı örüntü, kendini aşmanın yükselmesinin de eklenmesiyle, kontrol grubunda da gözlenmektedir. Zarardan kaçınma puanlarının BDE ile olan ilişkisine ait katsayılar, hasta ve kontrol grubunda farklılaşmaktadır ($z= 2.32, p< .05$). Yani hasta grubunda, zarardan kaçınma kişilik özelliklerinin depresyonla olan ilişkisi, sağlıklı gruba kıyasla daha güçlüdür. Diğer korelasyon katsayıları hasta ve kontrol grubuna göre farklılaşmamaktadır.

TİSF ile FOTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiler, hasta ve kontrol grubu için Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Depresyon tanılı bireylerde, FOTÖ toplam puanı ile TİSF arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki görülmüştür ($r= .51, p< .01$). O halde, işlevsel olmayan düşüncelerinin artışı kişinin olumsuz temel inançlarının artışıyla ilişkilidir. TİSF ile en yüksek ilişkili olan FOTÖ alt boyutunun onaylanma ihtiyacı ($r= .51, p< .01$); en düşük ilişkide olan alt boyutun ise bağımsız/otonom tutum ($r= .36, p< .01$) olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlar da TİSF ile benzer düzeylerde ilişkilidir.

Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde ise, FOTÖ toplam puanı ile TİSF arasında pozitif yönde düşük düzey bir ilişki olduğu görülmüştür ($r= .19, p< .05$). Bu ilişki, hasta grubundakinden anlamlı düzeyde farklıdır ($z= 2.92, p< .05$).

Majör depresif bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan inançları ile temel inançları arasındaki bağ, sağlıklı bireylerdekine göre daha kuvvetlidir. Buna ek olarak kontrol grubunda, FOTÖ'nin yalnızca onaylanma ihtiyacı alt boyutu TİSF ile düşük düzey manidar ilişkiye sahiptir ($r = .26, p < .01$). Diğer alt boyutlar ile TİSF arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

TİSF ile ODÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiler de hasta ve kontrol grubu için Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Depresyon tanılı bireylerde, ODÖ'nin toplam puanı ile TİSF arasında pozitif yönde yüksek düzey korelasyon elde edilmiştir ($r = .58, p < .01$). Otomatik düşüncelerin artmasıyla, kendilerine yönelik olumsuz temel inançların artışı arasında kayda değer bir ilişki vardır. Ayrıca ODÖ'nin tüm alt boyutları ile TİSF arasında istatistiksel açıdan manidar ilişkiler gözlenmiştir.

Kontrol grubunda da, iki ölçüm arasında pozitif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r = .34, p < .01$). Bu ilişki hasta grubundakinden anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($z = 2.43, p < .05$). Depresyon tanılı bireylerde, otomatik düşünceler ile temel inançlar arasındaki bağ daha güçlüdür. Ek olarak, TİSF ile ODÖ'nin tüm alt boyutları arasında .19 ile .35 arasında değişen katsayılarla ilişkiler olduğu görülmüştür.

TİSF ile BDE arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hasta kontrol grubuna göre incelenmiştir.

Hasta grubunda, TİSF ile BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde yüksek düzey bir ilişki gözlenmiştir ($r = .54, p < .01$). Yani, depresyon tanılı bireylerin temel inançları arttıkça depresyon puanları da artmaktadır.

Kontrol grubunda da benzer örüntü söz konusudur. TİSF ile BDE arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğu görülmüştür ($r = .29, p < .01$). Ancak bu ilişki hasta grubundaki kadar yüksek değildir. Temel inançlar ile BDE arasındaki ilişkinin gücü depresyon tanısına göre değişmektedir ($z = 2.50, p < .05$).

FOTÖ ile ODÖ ve bu ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler, hasta ve kontrol grubu için Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Hasta grubunda, iki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = .59, p < .01$). Yani, depresyon tanılı bireylerin otomatik düşünceleri arttıkça işlevsel olmayan düşüncelerinin ya da başka bir deyişle ara inançlarının da arttığı görülmektedir. Ek olarak, iki ölçeğin tüm alt boyutları da birbirleriyle anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Alt ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları, .33 ile .58 arasında değişmektedir. En yüksek ilişki, ODÖ' nin olumsuz benlik kavramı boyutu ile FOTÖ' nin mükemmeliyetçi tutum boyutu arasında gözlenmiştir ($r = .58, p < .01$). Şu halde, mükemmeliyetçi tutumları fazla olan depresif bireylerin, kendileriyle ilişkili olumsuz düşüncelerinin de fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Kontrol grubunda, ODÖ ile FOTÖ arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, hasta grubuna göre görece düşük katsayılar elde edilmiştir. İki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = .31, p < .01$). Başka bir deyişle otomatik düşünce sıklığındaki artış işlevsiz düşüncelerin sayısındaki artışla ilişkilidir. Ancak bu ilişki hasta grubundaki kadar yüksek değildir ($z = 2.82, p < .05$). Yani, ara inançlarla otomatik düşünceler arasındaki ilişki hasta grubunda daha kuvvetlidir. Nitekim sağlıklı grupta iki ölçeğin alt boyutların tümü arasında anlamlı ilişkilere rastlanmamıştır. ODÖ' nin alt boyutları, genellikle, FOTÖ' nin iki alt boyutuyla (mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacı) anlamlı ilişki göstermektedir.

FOTÖ toplam puanı ve alt boyutları ile BDE arasındaki ilişkiler de, hasta ve kontrol grubu için Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir.

Hasta grubunda, iki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = .55, p < .01$). Yani, depresyon tanılı bireylerin işlevsel olmayan tutumları arttıkça depresyon puanlarının da arttığı görülmektedir. Benzer

şekilde, FOTÖ' nin dört alt boyutu ile BDE puanları arasında ilişkilerin (.31 ile .52 arasında değişen katsayılarla) tümünün anlamlı olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda, FOTÖ ile BDE puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, hasta grubuna göre görece düşük katsayılar elde edilmiştir. İki ölçeğin toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = .33$, $p < .01$). Ancak bu ilişki hasta grubundaki kadar yüksek değildir ($z = 2.09$, $p < .05$). Yani, işlevsel olmayan düşünceler ile depresif duygudurum arasındaki ilişki, hasta grubunda daha güçlüdür. Nitekim sağlıklı grupta, FOTÖ' nin değişken tutum alt boyutu ile BDE arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Diğer üç alt boyuttaki ilişkiler manidardır.

ODÖ toplam puanı ve beş alt boyutu ile BDE arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir.

Hasta grubunda, ODÖ ve BDE puanları arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = .82$, $p < .01$). Yani, depresyon tanılı kişilerin olumsuz otomatik düşünceleri arttıkça depresyon puanları da artmaktadır. Benzer şekilde, ODÖ' nin alt boyutlarının tümü ile BDE puanları arasında korelasyon katsayılarının (.74 ile .82 arasında değişen) anlamlı olduğu gözlenmiştir.

Kontrol grubunda da, ODÖ ile BDE puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki gözlenmiştir ($r = .54$, $p < .01$). ODÖ' nin alt boyutları ile depresyon puanları arasındaki ilişkiler de anlamlıdır. Fakat bu ilişkiler hasta grubundaki ilişkidir anlamlı olarak daha düşüktür ($z = 4.00$, $p < .01$). Yani, hasta grubundaki otomatik düşünceler ile depresif duygudurum arasındaki ilişki, sağlıklı gruba kıyasla daha kuvvetlidir.

Tablo 3.1. Hasta grubunda ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. YA	-																		
2. ZK	-.18*	-																	
3. ÖB	-.03	.07	-																
4. SE	-.28**	-.17	.04	-															
5. KY	-.13	-.46**	.13	.20**	-														
6. İY	-.09	-.09	.53**	.22*	.46**	-													
7. KA	.17	-.05	.07	.03	-.22*	.06	-												
8. TİSF	-.15	.45**	.11	.00	-.36**	-.06	-.02	-											
9. FOTÖ toplam puan	-.13	.35**	-.14	-.10	-.50**	-.26**	.19*	.51**	-										
10. FOTÖ Mt	-.11	.28**	-.19*	-.09	-.44**	-.31**	.20*	.44**	.93**	-									
11. FOTÖ Oi	-.07	.40**	-.03	-.10	-.49**	-.17	.21*	.44**	.88**	.72**	-								
12. FOTÖ Bot	-.18*	.24**	-.06	-.12	-.36**	-.15	.02	.36**	.71**	.51**	.56**	-							
13. FOTÖ Dt	-.09	.23**	-.14	.05	-.25**	-.13	-.06	.37**	.48**	.25**	.35**	.58**	-						
14. ODÖ toplam puan	.06	.50**	-.12	-.09	-.66**	-.29*	.22*	.58**	.59**	.52**	.55**	.41**	.30**	-					
15. ODÖ Obk	.02	.48**	-.12	-.10	-.62**	-.28*	.20*	.59**	.63**	.58**	.58**	.40**	.30**	.95**	-				
16. ODÖ Kkf	.07	.44**	-.10	-.04	-.62**	-.24**	.20*	.49**	.49**	.43**	.47**	.33**	.24**	.93**	.82**	-			
17. ODÖ Kuda	.07	.36**	-.14	-.04	-.61**	-.33**	.22*	.45**	.47**	.42**	.43**	.39**	.20**	.90**	.81**	.87**	-		
18. ODÖ Yi	.07	.46**	-.04	-.04	-.60**	-.26**	.23*	.58**	.54**	.47**	.49**	.36**	.32**	.94**	.87**	.87**	.82**	-	
19. ODÖ Bu	-.13	.47**	-.12	-.11	-.58**	-.27**	.17*	.48**	.52**	.42**	.54**	.40**	.31**	.89**	.79**	.81**	.81**	.81**	-
20. BDE	.00	.50**	-.14	-.04	-.58**	-.28*	.17	.54**	.55**	.48**	.52**	.38**	.31**	.82**	.78**	.74**	.74**	.76**	.82**

* $p < .05$ ** $p < .01$ 1. YA: Yenilik Arayışı; 2. ZK: Zarardan Kaçınma; 3. ÖB: Ödül Bağlılığı; 4. SE: Sebat Etme; 5. KY: Kendini Yönetme; 6. İY: İşbirliği Yapma; 7. KA: Kendini Aşma; 8. TİSF: Temel İnanç Sorgulama Formu; 9. FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği; 10. Mt: Mükemmeliyetçi Tutum; 11. Oi: Onaylanma İhtiyacı; 12. Bot: Bağımsız/Otonom Tutum; 13. Dt: Değişken Tutum; 14. ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği; 15. Obk: Olumsuz Benlik Kavramı; 16. Kkf: Karmaşa/Kaçış Fikirleri; 17. Kuda: Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu; 18. Yi: Yalnızlık/İzolasyon; 19. Bu: Bırakma/Umutsuzluk; 20. BDE: Beck Depresyon Envanteri.

Tablo 3.2. Kontrol grubunda ölçekler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. YA	-																			
2. ZK	-.31**	-																		
3. ÖB	.00	.08	-																	
4. SE	-.19*	-.11	.07	-																
5. KY	.06	-.41**	.16	-.02	-															
6. İY	.10	-.26**	.43**	-.01	.53**	-														
7. KA	.19*	-.19*	.21*	-.02	-.08	.15	-													
8. TİSF	-.10	.35**	.04	-.19*	-.25**	-.10	-.13	-												
9. FOTÖ toplam puan	.13	.19*	.11	-.10	-.28**	-.25**	.16	.20*	-											
10.Mt	-.08	.11	-.09	.09	-.35**	-.21*	.17	.90**	.12	-										
11. Oi	-.20*	.21*	.10	.10	-.32*	-.11	.05	.26*	.86**	.62**	-									
12. Bot	-.16	.11	.02	.07	-.40**	-.29**	.02	.16	.60**	.35**	.54**	-								
13. Dt	-.08	.26*	-.08	.04	-.34**	-.33**	-.09	.01	.10	.31**	.27**	.25**	-							
14. ODÖ toplam puan	.03	.28**	.04	-.03	-.38**	-.12	.16	.34**	.31**	.28**	.28**	.21**	.07	-						
15. Obk	-.01	.36**	.04	-.16	-.33**	-.05	.08	.35**	.27**	.23**	.28**	.16	.06	.86**	-					
16. Kkf	.03	.15	.01	.07	-.29**	-.16	.11	.28**	.27**	.24**	.25**	.16	.09	.88**	.64**	-				
17. Kuda	-.06	.18*	.02	.10	-.31**	-.15	.13	.26**	.23**	.25**	.17	.16	.01	.81**	.55**	.72**	-			
18. Yi	.02	.30**	.06	-.03	-.37**	-.13	.13	.34**	.22*	.20*	.18*	.16	.07	.83**	.65**	.72**	.64**	-		
19. Bu	.13	.19*	.11	-.10	-.28**	-.03	.17	.20*	.31**	.28**	.26**	.25**	.10	.75**	.58**	.55**	.58**	.52**	-	
20. BDE	-.08	.25**	-.07	.05	-.40**	-.29**	.18*	.29**	.33**	.31**	.21*	.31**	.11	.54**	.42**	.49**	.49**	.43**	.42**	-

* $p < .05$ ** $p < .01$ 1. YA: Yenilik Arayışı; 2. ZK: Zarardan Kaçınma; 3. ÖB: Ödül Bağımlılığı; 4. SE: Sebatsızlık; 5. KY: Kendini Yönetme; 6. İY: İşbirliği Yapma; 7. KA: Kendini Aşma; 8. TİSF: Temel İnanç Sorgulama Formu; 9. FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği; 10. Mt: Mükemmeliyetçi Tutum; 11. Oi: Onaylanma İhtiyacı; 12. Bot: Bağımsız/Otonom Tutum; 13. Dt: Değişken Tutum; 14. ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği; 15. Obk: Olumsuz Benlik Kavramı; 16. Kkf: Karmaşa/Kaçış Fikirleri; 17. Kuda: Kişisel Uyumsuzluk/Değişme Arzusu; 18. Yi: Yalnızlık/İzolasyon; 19. Bu: Bırakma/Umutsuzluk; 20. BDE: Beck Depresyon Envanteri.

III.2. Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi: Çok Değişkenli Varyans Analizleri (MANOVA)

Hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında Mizaç ve Karakter Envanteri, Temel İnanç Sorgulama Formu, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterinden alınan puanlar açısından fark olup olmadığı tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile incelenmiştir. MKE' nin 7 boyutu, TİSF' nun toplam puanı, FOTÖ' nin toplam puanı ve 4 alt boyutu, ODÖ' nin toplam puanı ve 5 alt boyutu ve BDE' nin toplam puanı bağımlı değişkenler olarak analize dahil edilmiştir.

Analizden önce karşılanması gereken varsayımlardan biri olan kovaryans matrislerinin eşitliği varsayımı 'Box' s M' testiyle incelenmiştir. Bu testin istatistiksel açıdan anlamlı olması sebebiyle, MANOVA analizinde Wilks' Lambda yerine Pillai' s Trace değerleri kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 1996).

Yapılan analiz sonucunda; kişilerin Majör Depresif Bozukluğu olup olmamasına göre, mizaç ve karakter özelliklerinin, temel inançlarının, fonksiyonel olmayan tutumlarının, otomatik düşüncelerinin ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı gözlenmiştir, Multivariate $F(20, 234) = 15.82, p < .001$, Pillai' s Trace = 0.58, $\eta^2 = .58$ (bakınız Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Tüm ölçeklerin bağımlı değişken olduğu durumdaki MANOVA sonuçları.

Etki	Pillai' s Trace	F	sd	p	η^2
Grup	0.58	15.82	20	0.000	0.58

Her bir bağımlı değişken için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 3.4'de ve gruplara göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları Tablo 3.5'de verilmiştir. Kullanılan analizlerde anlamlılık düzeyi, Tip 1 hatayı azaltmak amacıyla, Bonferroni düzeltmesiyle 0.002'ye çekilmiş ve gruplara göre ölçek puanlarının istatistiksel açıdan yorumlanmasında bu değer referans alınmıştır.

Tablo 3.4. Gruba göre bağımlı değişkenlerin ANOVA sonuçları.

	Kareler Toplamı	F	sd	p	η^2
MKE					
YA	34.55	1.42	1	0.23	.01
ZK	4487.31	119.77	1	0.00	.32
ÖB	21.33	1.88	1	0.17	.01
SE	31.16	10.84	1	0.00	.04
KY	3694.04	95.38	1	0.00	.27
İY	1373.48	37.52	1	0.00	.13
KA	124.90	3.60	1	0.06	.01
TİSF	8859.13	107.88	1	0.00	.30
FOTÖ	66307.77	50.43	1	0.00	.17
Mt-FOTÖ	16950.03	40.25	1	0.00	.14
Oi-FOTÖ	6258.11	43.13	1	0.00	.15
Bot-FOTÖ	1027.75	29.31	1	0.00	.10
Dt-FOTÖ	189.06	7.27	1	0.01	.03
ODÖ	112695.19	192.95	1	0.00	.43
Obk-ODÖ	11683.68	163.59	1	0.00	.39
Kkf-ODÖ	4884.49	157.72	1	0.00	.38
Kuda-ODÖ	1068.23	141.81	1	0.00	.36
Yi-ODÖ	1797.75	138.41	1	0.00	.35
Bu-ODÖ	2853.39	206.16	1	0.00	.45
BDE	2226.27	267.29	1	0.00	.51

Tablo 3.5. Gruplara göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları.

	Hasta Grubu \bar{X} (SS)	Kontrol Grubu \bar{X} (SS)
MKE		
YA	18.23 (5.19)	17.49 (4.64)
ZK	23.91 (5.97)	15.52 (6.27)
ÖB	13.96 (3.56)	14.54 (3.17)
SE	4.51 (1.63)	5.21 (1.76)
KY	22.63 (7.29)	30.24 (4.95)
İY	26.87 (6.64)	31.51 (5.40)
KA	18.83 (5.83)	20.23 (5.94)
TİSF	32.93 (10.75)	21.14 (6.99)
FOTÖ	158.15 (40.75)	125.90 (31.24)
Mt-FOTÖ	62.17 (23.33)	45.87 (17.29)
Oi-FOTÖ	51.22 (12.60)	41.31 (11.47)
Bot-FOTÖ	20.94 (6.40)	16.92 (5.40)
Dt-FOTÖ	19.43 (5.40)	17.71 (4.78)
ODÖ	87.78 (31.80)	45.73 (12.65)
Obk-ODÖ	26.86 (11.38)	13.32 (3.72)
Kkf-ODÖ	18.42 (7.08)	9.67 (3.47)
Kuda-ODÖ	9.97 (3.19)	5.88 (2.22)
Yi-ODÖ	11.73 (4.54)	6.42 (2.33)
Bu-ODÖ	12.35 (4.85)	5.66 (2.06)
BDE	25.05 (12.09)	6.38 (4.54)

Gruplar arasında, MKE' nin yedi boyutundan dördünde anlamlı farklılaşmaya rastlanmıştır. Analiz sonucunda, zarardan kaçınma mizaç boyutundan alınan puanların, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 119.77, p < .002, \eta^2 = .32$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin zarardan kaçınma puanları ($\bar{X} = 23.91, SS = 5.97$), sağlıklı grubun puanlarına göre ($\bar{X} = 15.52, SS = 6.27$) daha yüksektir. O halde, depresyonu olan bireylerin daha fazla zarardan kaçınma mizaç özelliğine sahip olduğu söylenebilir.

Analiz sonucunda, sebat etme mizaç boyutundan alınan puan ortalamalarının, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 10.84, p < .002, \eta^2 = .04$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin sebat etme puanları ($\bar{X} = 4.51, SS = 1.63$), kontrol grubun puanlarına göre ($\bar{X} = 5.21, SS = 1.76$) daha düşüktür. Yani, depresyonu olan bireylerin daha az sebatkar olduğu söylenebilir.

Kişilerin kendini yönetme karakter boyutundan aldıkları puanların da, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 95.38, p < .002, \eta^2 = .27$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin kendini yönetme puanları ($\bar{X} = 22.63, SS = 7.29$), sağlıklı grubun kendini yönetme puanlarına göre ($\bar{X} = 30.24, SS = 4.95$) anlamlı olarak daha düşüktür. Şu durumda, depresyonu olan bireylerin kendini yönetme konusunda daha fazla güçlük yaşadığı, sağlıklı bireylerin daha fazla kendilerini yönetebildikleri söylenebilir.

Analiz sonucunda, işbirliği yapma karakter boyutundan alınan puanların, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 37.52, p < .002, \eta^2 = .13$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin işbirliği yapma puanları ($\bar{X} = 26.87, SS = 6.64$), sağlıklı grubun puanlarına göre ($\bar{X} = 31.51, SS = 5.40$) daha düşüktür. Bu durumda, depresyonu olan kişilerin diğerleriyle işbirliği yapma özelliklerinin düşük olduğu söylenebilir.

MKE' nin diğer boyutları olan yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve kendini aşma boyutlarından elde edilen puanların gruba göre değişmediği, başka bir deyişle depresyonu olan ve olmayan kişilerin bu özellikler bakımından farklılaşmadığı görülmüştür.

Hasta ve kontrol grubunun TİSF'ndan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaya rastlanmıştır, $F(1, 253) = 107.88, p < .002, \eta^2 = .30$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin depresyonla ilişkili olduğu düşünülen temel inançlarının ($\bar{X} = 32.93, SS = 10.75$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 21.14, SS = 6.99$) daha fazla olduğu görülmüştür. Yani, depresyonu olan kişilerin temel inançlarının daha fazla ve şiddetli olduğu söylemek mümkündür.

Gruplar arasında, FOTÖ'nin toplam puanı ve üç alt boyutunda anlamlı farklılaşmaya rastlanmıştır. Analiz sonucunda, FOTÖ'nden alınan toplam puanların, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 50.43, p < .002, \eta^2 = .17$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin fonksiyonel olmayan tutumları ($\bar{X} = 158.15, SS = 40.70$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 125.90, SS = 31.24$) daha fazladır. Şu halde, depresyonu olan kişilerin daha fazla ve şiddetli işlevsel olmayan tutumlarının olduğu söylenebilir.

Analiz sonucunda, FOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum alt ölçeğinden alınan puanların, depresyon tanısına göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 40.25, p < .002, \eta^2 = .14$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin mükemmeliyetçi tutumlarla ilgili fonksiyonel olmayan tutumları ($\bar{X} = 62.17, SS = 23.33$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 45.87, SS = 17.29$) daha fazladır. Bu durumda, depresyonu olan kişilerin daha fazla ve şiddetli mükemmeliyetçilik tutumlarının olduğu söylenebilir.

Varyans analizi sonucuna göre, FOTÖ'nin onaylanma ihtiyacı alt ölçeğinden alınan puanların, depresyon tanısına göre farklılaşmaktadır, $F(1, 253) = 43.13, p < .002, \eta^2 = .15$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin onaylanma arzularıyla ilgili işlevsel olmayan tutumları ($\bar{X} = 51.22, SS = 12.60$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 41.31, SS = 11.47$) daha fazladır. Yani, majör depresif bozukluk tanılı kişilerin daha fazla ve şiddetli onaylanma ihtiyacı ile ilgili negatif ve katı kurallarının olduğu söylenebilir.

Analiz sonucunda, FOTÖ'nin bağımsız/otonom tutum alt ölçeğinden alınan puanların, depresyon tanısına göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 29.31, p < .002, \eta^2 = .10$. Buna göre, depresyon tanısı olan bireylerin bağımsızlıkla ilişkili işlevsiz tutumları ($\bar{X} = 20.94, SS = 6.40$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 16.92, SS = 5.40$) daha fazladır.

O halde, depresyonu olan kişilerin daha fazla ve şiddetli bağımsızlık ve otonomi ile ilgili tutumlarının olduğu söylenebilir. FOTÖ'nin diğer alt boyutu olan değişken tutumda herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Hasta ve kontrol grupları arasında, ODÖ'nin toplam puanı ve tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaya rastlanmıştır. Tek değişkenli varyans analizi sonucunda, ODÖ'nden alınan toplam puanların, gruba göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 192.95, p < .002, \eta^2 = .43$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin otomatik düşünceleri ($\bar{X} = 87.78, SS = 31.80$), sağlıklı grubun otomatik düşüncelerinden ($\bar{X} = 45.73, SS = 12.65$) daha fazladır. O halde, depresyonu olan bireylerin zihinlerinden daha sık olumsuz otomatik düşüncelerin geçtiği söylenebilir.

Analiz sonucunda, ODÖ'nin olumsuz benlik kavramı alt ölçeğinden alınan puanların, kişide majör depresif bozukluk tanısı olup olmamasına göre farklılaştığı gözlenmiştir, $F(1, 253) = 163.59, p < .002, \eta^2 = .39$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin olumsuz benlik kavramıyla ilgili olan otomatik düşüncelerinin sayısı ($\bar{X} = 26.86, SS = 11.38$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 13.32, SS = 3.72$) daha fazladır.

Analiz sonucunda, ODÖ'nin karmaşa/kaçış fikirleri alt ölçeğinden alınan puanların, gruba göre farklılaştığı gözlenmiştir, $F(1, 253) = 157.72, p < .002, \eta^2 = .38$. Buna göre, depresyon tanılı bireylerin karmaşa ve kaçış fikirleriyle ilişkili olumsuz otomatik düşüncelerinin sayısı ($\bar{X} = 18.42, SS = 7.08$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 9.67, SS = 3.47$) daha fazladır.

Varyans analizi sonucunda, ODÖ'nin kişisel uyumsuzluk/değişme arzusu alt ölçeğinden alınan puanların, depresyon tanısına göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 141.81, p < .002, \eta^2 = .36$. Buna göre, depresyon tanılı bireylerin kişisel uyumsuzluk ve değişme isteğiyle ilgili olan otomatik düşüncelerinin sayısı ($\bar{X} = 9.97, SS = 3.19$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 5.88, SS = 2.22$) daha fazladır. O halde, depresif bireylerin kendileriyle ilgili uyumsuzluklarından şikayetçi oldukları ve değişme isteği duydukları söylenebilir.

Analiz sonucunda, ODÖ' nin yalnızlık/izolasyon alt ölçeğinden alınan puanların, kişide majör depresif bozukluk tanısı olup olmamasına göre farklılaştığı gözlenmiştir, $F(1, 253) = 138.41, p < .002, \eta^2 = .35$. Buna göre, depresyon tanılı kişilerin yalnız olma ve kendini diğerlerinden soyutlama ile ilgili olan otomatik düşüncelerinin sayısı ($\bar{X} = 11.73, SS = 4.54$), sağlıklı kontrol grubuna göre ($\bar{X} = 6.42, SS = 2.33$) anlamlı şekilde daha fazladır.

Varyans analizi sonucunda, ODÖ'nin bırakma arzusu alt ölçeğinden alınan puanların da, depresyon tanısına göre farklılaştığı görülmüştür, $F(1, 253) = 206.16, p < .002, \eta^2 = .45$. Buna göre, depresyon tanısı bulunan bireylerin, pek çok şeyi bırakma ve gelecekle ilgili umutsuzluk ile ilgili olan otomatik düşüncelerinin sayısının ($\bar{X} = 12.35, SS = 4.85$), sağlıklı gruba göre ($\bar{X} = 5.66, SS = 2.06$) daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Hasta ve kontrol grubunun BDE'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaya rastlanmıştır, $F(1, 253) = 267.29, p < .002, \eta^2 = .51$. Buna göre, hasta grubunun depresyon puanının ($\bar{X} = 25.05, SS = 12.09$), kontrol grubuna göre ($\bar{X} = 6.38, SS = 4.54$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, grupların depresyon düzeylerinin gerçekten farklılaştığını göstermektedir.

III.3. Değişkenlerden Bazıları Kontrol Edildiğinde Gruplar Arası Farklılaşmaların İncelenmesi: Kovaryans Analizleri

Mizaç ve karakter özelliklerinin, işlevsel olmayan düşünceler üzerindeki etkisini sınamak amacıyla, hasta grubu ile kontrol grubu, tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) ile karşılaştırılmıştır. Kişilik özelliklerinden, depresyonla ilgili olduğu bilinen zarardan kaçınma ve kendini yönetme boyutları kovaryant olarak kullanılmış ve FOTÖ'nden alınan puan ortalamalarının hasta kontrol grubuna göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Yapılan analize göre; zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları kontrol edildiğinde, majör depresif bozukluk tanılı bireyler ile sağlıklı bireylerin FOTÖ'nden aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır, $F(1, 255) = 2.80, p > .05$ (bakınız, Tablo 3.6). Buna göre, zarardan kaçınma mizaç boyutu ve kendini yönetme karakter boyutu her iki grupta da aynı düzeyde olduğunda (kontrol edildiğinde), hasta grubunun FOTÖ ortalaması ($\bar{X} = 146.20$) kontrol grubunun ortalamasından ($\bar{X} = 137.76$) anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır (bakınız, Tablo 3.7).

Tablo 3.6. FOTÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu ANCOVA sonuçları.

Kaynak	Kareler Toplamı	F	sd	p	η^2
Zarardan Kaçınma	20130.29	1.20	1	.16	.01
Kendini Yönetme	52429.39	51.63	1	.00	.17
Grup	2841.51	2.80	1	.10	.01

Tablo 3.7. FOTÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu durumda hasta ve kontrol grubunun ortalamaları.

	N	Ortalama	Düzeltilmiş Ortalama
Hasta Grubu	127	158.15	146.20
Kontrol Grubu	128	125.90	137.76

Mizaç ve karakter özelliklerinin, otomatik düşünceler üzerindeki etkisini anlamak amacıyla, hasta grubu ile kontrol grubu, tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) ile karşılaştırılmıştır. Mizaç ve karakter özelliklerinden, depresyonla ilgili olduğu bilinen zarardan kaçınma ve kendini yönetme boyutları kovaryant olarak kullanılmış ve ODÖ'nden alınan puan ortalamalarının hasta kontrol grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Yapılan analize göre; zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları kontrol edildiğinde dahi, majör depresif bozukluk tanılı bireyler ile sağlıklı bireylerin ODÖ'nden aldıkları puanlar, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır, $F(1, 255) = 48.32, p < .01, \eta^2 = .16$ (bakınız, Tablo 3.8). Buna göre, zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları kontrol edildiğinde bile, hasta grubundaki kişiler ($\bar{X} = 77.35$) kontrol grubundaki kişilere ($\bar{X} = 56.09$) kıyasla daha fazla olumsuz otomatik düşünceye sahiptirler (bakınız, Tablo 3.9).

Tablo 3.8. ODÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu ANCOVA sonuçları.

Kaynak	Kareler Toplamı	F	sd	p	η^2
Zarardan Kaçınma	3549.60	9.51	1	.06	.04
Kendini Yönetme	31384.94	84.06	1	.00	.25
Grup	18040.56	48.32	1	.00	.16

Tablo 3.9. ODÖ' nin bağımlı değişken, zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin kovaryant olduğu durumda hasta ve kontrol grubunun ortalamaları.

	N	Ortalama	Düzeltilmiş Ortalama
Hasta Grubu	127	87.78	77.35
Kontrol Grubu	128	45.73	56.09

Yukarıdaki iki kovaryans analizinin sonucu kısaca şunu göstermektedir: Zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutlarının kontrol edilmesi, hasta ve sağlıklı bireyler arasında işlevsel olmayan tutumlar açısından var olan farklılığı ortadan kaldırmaktadır; ancak otomatik düşünceler açısından var olan farklılığı ortadan kaldırmaya yetmemektedir.

Depresif duygudurumun, kişilik boyutları ve düşünceler üzerindeki etkisini sınamak amacıyla MDB hastaları ile sağlıklı katılımcıların karşılaştırıldığı çok değişkenli kovaryans analizi (MANCOVA) yapılmıştır. MKE'nin yedi ölçeği; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB), sebat etme (SE), kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşma (KA); FOTÖ ve ODÖ bağımlı değişkenler olarak alınmış, BDE puanları ise kovaryant olarak kullanılmıştır.

Wilks kriterleri kullanılarak yapılan analize göre, BDE puanları kontrol edildiğinde hasta olup olmamanın ana etkisinin olduğu görülmüştür, $F(9, 255) = 2.87$, $p < .01$, $\eta^2 = .10$ (bakınız, Tablo 3.10).

Tablo 3.10. MKE, FOTÖ ve ODÖ' nin bağımlı değişken, BDE' nin kovaryant olduğu MANCOVA sonuçları.

Etki	Λ	F	sd	P	η^2
Grup	.10	2.87	9	.00	.10

MKE boyutlarına, FOTÖ ve ODÖ' ne ilişkin ANOVA sonuçları Tablo 3.11'de gösterilmiştir.

Tablo 3.11. MKE, FOTÖ ve ODÖ' nin bağımlı değişken, BDE' nin kovaryant olduğu durumda ANOVA sonuçları.

Kaynak	Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	F	sd	P	η^2
Grup	YA	25.58	1.05	1	.31	.00
	ZK	399.54	12.45	1	.00	.05
	ÖB	1.43	0.13	1	.72	.00
	SE	10.14	3.52	1	.06	.01
	KY	25.62	0.91	1	.34	.00
	İY	53.14	1.56	1	.21	.01
	KA	329.95	9.71	1	.00	.04
	FOTÖ	298.65	0.29	1	.58	.00
	ODÖ	399.12	1.49	1	.22	.01

Zarardan kaçınma mizaç boyutu, çok yönlü kovaryans analizi sonucunda anlamlı ana etki göstermiştir, $F(1, 255) = 12.45, p < .01, \eta^2 = .05$. Depresyonun etkisi kontrol edildiğinde MDB tanılı bireyler ($\bar{X} = 21.49$), sağlıklı kişilerden ($\bar{X} = 17.91$) daha fazla zarardan kaçınma özelliğine sahiptirler.

Kedini Aşma karakter boyutu, çok yönlü kovaryans analizi sonucunda anlamlı ana etki göstermiştir, $F(1, 255) = 9.71, p < .01, \eta^2 = .04$. Depresif duygudurumun etkisi

kontrol edildiğinde, tanı almış kişiler ($\bar{X}=17.90$), sağlıklı kişilerden ($\bar{X}=21.16$) daha az kendini aşma özelliğine sahiptirler.

Analizde yer alan diğer bağımlı değişkenler, depresyonun etkisi kontrol edildiğinde, hasta ve kontrol grubuna göre farklılaşmamaktadır. Bu bulgular, yukarıda belirtilen MANOVA sonuçlarından farklıdır. Depresif duygudurum kontrol edildiğinde; kendini yönetme boyutundan, FOTÖ'nden ve ODÖ'nden alınan puanlar, hasta olup olmamaya göre değişmemektedir.

III.4. Değişkenleri Birbirlerini Açıklama Oranlarının İncelenmesi: Çoklu Regresyon Analizleri

III.4.1. Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Mizaç ve Karakter Özellikleri

MDB tanısı olan katılımcıların temel inançlarının, mizaç ve karakter özelliklerinden yordanıp yordanamacağını anlamak üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişken olarak MKE' nin 7 boyutu kullanılmıştır.

Sonuca göre, depresyon hastalığı olan bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin, temel inançlarını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .27$, $F(7, 119) = 6.24$, $p < .01$. Bu modele göre; mizaç boyutlarından zarardan kaçınma ve karakter boyutlarından kendini yönetme, temel inançları yordamada anlamlı etkiye sahiptir. Zarardan kaçınmanın artması ve kendini yönetmenin azalması, bireylerin depresyonla ilgili temel inançların varyansının %27'sini açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.12).

Tablo 3.12. TİSF'nun bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
YA	-.21	.18	-.10
ZK	.56	.117	.31**
ÖB	.36	.28	.12
SE	.50	.57	.08
KY	-.41	.16	-.28**
İY	.01	.17	.01
KA	-.11	.16	-.06
Sabit	26.89		
R^2	.27		
F	6.24**		

** $p < .01$

MDB tanımlı katılımcıların işlevsel olmayan tutumlarını, başka bir deyişle şemalarını/ara inançlarını yordamak üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişken olarak MKE' nin 7 boyutu kullanılmıştır.

Sonuca göre, çalışma grubunda yer alan kişilerin mizaç ve karakter özelliklerinin, işlevsel olmayan tutumlarını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .33$, $F(7, 119) = 8.19$, $p < .01$. Bu modele göre, mizaç ve karakter boyutlarından sırasıyla kendini yönetme ve yenilik arayışı, modele anlamlı katkıda bulunarak, fonksiyonel olmayan tutumların toplam varyansının %33' ünü açıklamaktadır. Yani, kendini yönetmenin ve yenilik arayışının düşük olması, işlevsel olmayan düşüncelerin kayda değer kısmını açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.13).

Tablo 3.13. FOTÖ' nin bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
YA	-1.56	.65	-.20*
ZK	.90	.63	.13
ÖB	-1.08	1.03	-.09
SE	-1.13	2.06	.05
KY	-.2.19	.58	-.39**
İY	-.24	.63	-.04
KA	1.07	.56	.15
Sabit	221.26		
R^2	.33		
F	8.19**		

* $p < .05$ ** $p < .01$

MDB tanısı olan katılımcıların otomatik düşüncelerini, mizaç ve karakter özelliklerinden yordamak için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişken olarak MKE' nin 7 boyutu kullanılmıştır.

Sonuca göre, hasta bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin, olumsuz otomatik düşüncelerini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .51$, $F(7, 119) = 17.36$, $p < .01$. Bu modele göre, mizaç ve karakter boyutlarından sırasıyla kendini yönetme ve zarardan kaçınma modele anlamlı katkıda bulunmuşlardır. Bu boyutlar, otomatik düşünceler varyansının %51' ini açıklamaktadır. Yani, kendini yönetmenin düşük olması ve zarardan kaçınmanın yüksek olması, depresyonla ilgili otomatik düşünceler ile ilişkilidir ve bu düşüncelere ilişkin varyansın yarısından fazlasını açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.14).

Tablo 3.14. ODÖ' nin bağımlı, MKE boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
YA	.28	.44	.05
ZK	1.62	.42	.31**
ÖB	-.60	.69	-.07
SE	1.55	1.38	.02
KY	-2.07	.39	-.47**
İY	-.16	.42	.03
KA	.72	.38	.13
Sabit	82.65		
R^2	.51		
F	17.36**		

** $p < .01$

III.4.2. Ara İnanç ve Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Temel İnanç

MDB tanısı almış katılımcıların işlevsel olmayan tutumlarının, temel inançlardan yordanıp yordanamacağını anlamak üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişken olarak TİSF puanı kullanılmıştır.

Analiz sonucuna göre; kişilerin temel inanç puanlarının, fonksiyonel olmayan tutumlarını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .26$, $F(1, 125) = 42.88$, $p < .01$. Görüldüğü gibi, kişilerin temel inançları, işlevsel olmayan düşüncelerinin %26'sını anlamlı şekilde açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.15).

Tablo 3.15. FOTÖ' nin bağımlı, TİSF'nun bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
TİSF	1.91	.29	.51**
Sabit	95.16		
R^2	.26		
F	42.88**		

** $p < .01$

Hasta grubunda yer alan kişilerin otomatik düşüncelerinin, temel inançlardan yordanıp yordanamacağını anlamak üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak ODÖ toplam puanı, bağımsız değişken olarak TİSF puanı kullanılmıştır.

Regresyon analizi sonucuna göre; kişilerin temel inanç puanlarının, fonksiyonel olmayan tutumlarını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .33$, $F(1, 125) = 62.37$, $p < .01$. Görüldüğü gibi, kişilerin temel inançları, otomatik düşüncelerinin %33' ünü anlamlı şekilde açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.16).

Tablo 3.16. ODÖ' nin bağımlı, TİSF' nun bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
TİSF	1.71	.22	.58**
Sabit	31.59		
R^2	.33		
F	62.37**		

** $p < .01$

III.4.3. Otomatik Düşüncelerin Yordayıcısı Olarak Ara İnanç

MDB tanısı almış katılımcıların otomatik düşüncelerini yordamak üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişken olarak FOTÖ' nin 4 alt boyutu kullanılmıştır.

Sonuca göre, hasta grubunda yer alan kişilerin işlevsel olmayan tutumlarının, otomatik düşüncelerini anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür, $R^2 = .35$, $F(4, 122) = 16.50$, $p < .01$. Bu modele göre, kişilerin mükemmelliyetçi tutumlarının ve onaylanma ihtiyacına ilişkin tutumlarının fazla olması, olumsuz otomatik düşünceleriyle ilişkilidir ve kişilerin bu ara inançları, otomatik düşüncelerinin %35' ini anlamlı şekilde açıklamaktadır (bakınız, Tablo 3.17).

Tablo 3.17. ODÖ' nin bağımlı, FOTÖ' nin alt boyutlarının bağımsız değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	SH B	β
Mt-FOTÖ	.33	.15	.24*
Oi-FOTÖ	.80	.28	.32**
Bot-FOTÖ	.26	.52	.05
Dt-FOTÖ	.56	.53	.10
Sabit	10.11		
R^2	.35		
F	16.50**		

* $p < .05$ ** $p < .01$

III.4.4. Depresyonun Yordayıcıları Olarak Mizaç ve Karakter Özellikleri, Temel İnanç, Ara İnanç ve Otomatik Düşünceler

MDB tanısı olan katılımcıların depresyon puanlarının; mizaç ve karakter özelliklerinden, temel inançlarından, fonksiyonel olmayan tutumlarından ve otomatik

düşüncelerinden yordanıp yordanamayacağını incelemek üzere hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bu amaçla, BDE'nden alınan puanların yordanması için ilk modele MKE'nin 7 boyutu olan yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB), sebat etme (SE), kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşma (KA) koyulmuştur. Daha sonra TİSF puanları ikinci modele eklenmiş; üçüncü modelde ise, FOTÖ'nin toplam puanı; dördüncü modelde ise, ODÖ'nin toplam puanı eklenmiştir. Sonuçlar Tablo 3.18'de gösterilmiştir.

Birinci modele göre; mizaç ve karakter boyutları, kişilerin depresyon puanlarını anlamlı düzeyde açıklamaktadır, $R^2 = .40$, $F(7, 119) = 13.12$, $p < .01$. Bu modelde iki kişilik boyutu anlamlı düzeyde modele katkıda bulunmuştur. Zarardan kaçınma mizaç boyutu pozitif yönde ve kendini yönetme karakter boyutu negatif yönde, kişilerin depresyonlarını açıklamada başarılı olan kişilik boyutlarıdır.

Kişilerin temel inançlarının sorgulandığı TİSF'nun eklendiği ikinci model de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde depresyon puanlarını açıklamaktadır, $R^2 = .53$, $F(8, 118) = 16.30$, $p < .01$. Bu sonuca göre, ZK ve KY boyutlarına ek olarak kişilerin olumsuz temel inançlarının da depresyon puanını açıklamada başarılı olduğu görülmüştür. İlk modeldeki ZK ve KY sabit tutulduğunda, temel inançlar, depresyonun %10'luk varyansını açıklamaktadır.

Üçüncü aşamada ise, fonksiyonel olmayan tutumlar modele sokulmuş ve bu modelin de, depresyon puanının yordanmasında anlamlı olduğu bulunmuştur, $R^2 = .54$, $F(9, 117) = 15.52$, $p < .01$. Bu modele göre, ZK, KY, TİSF ve FOTÖ birlikte değerlendirildiğinde, hasta grubundaki kişilerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan varyansının %54'ünü anlamlı şekilde açıklamaktadır. Ancak ilk iki modeldeki anlamlı olan değişkenler, ZK, KY ve temel inançlar kontrol edildiğinde, FOTÖ'nin, depresyonun yalnızca %1'lik varyansını açıkladığı görülmüştür. Buna göre işlevsel olmayan tutumların depresyon düzeyini açıklamada daha az etkili olduğu söylenebilir.

Son aşamada ise, otomatik düşünceler, depresyon puanının açıklanması için analize sokulmuştur. ODÖ'nin toplam puanının dahil edildiği bu model, depresyon

puanını anlamlı düzeyde yordamaktadır, $R^2 = .70$, $F(10, 116) = 26.98$, $p < .01$. Bu modelde, otomatik düşüncelerin modele girmesiyle, zarardan kaçınmanın, kendini yönetmenin, temel inançların ve ara inançların anlamlı etkilerinin kalmadığı görülmüştür. ODÖ, diğer modellerde anlamlı çıkan tüm değişkenlerin etkisini ortadan kaldırmış, bu modelde tek başına anlamlı katkıyı üstlenmiştir. Nitekim diğer 3 modeldeki değişkenler kontrol edildiğinde, otomatik düşüncelerin, depresyona ilişkin varyansın %16'lık kısmını açıkladığı görülmektedir.

Sonuç olarak, kuramsal temellere dayandırılarak 4 model şeklinde tasarlanıp uygulanan hiyerarşik regresyon analizi göstermiştir ki; depresyonu açıklamada kullanılan bu modeller etkilidir. Öncelikle mizaç ve karakter özelliklerinden zarardan kaçınma ve kendini yönetme, depresyon puanını açıklamış; bunun üzerine temel inançlar da eklenmiş ve açıklama yüzdesi artmıştır. Bunlar üzerine, kişilerin işlevsel olmayan puanları eklenerek, depresyonu açıklamaya az da olsa katkısı olmuştur. Son olarak, kişilerin otomatik düşünceleri eklenmiş ve kişilerin depresyonları yüksek oranda açıklanmıştır. Ancak bu noktada otomatik düşünceler diğer tüm etkili değişkenlerin anlamlılığını düşürmüştür. Yine de şu sonucu söylemek doğrudur: zarardan kaçınmanın yüksek olması, kendini yönetmenin düşük olması, olumsuz temel inançların fazlalığı, otomatik düşüncelerin sıklıkla zihne gelmesi depresyona zemin hazırlamaktadır.

Tablo 3.18. Beck Depresyon Envanteri toplam puanı için hiyerarşik regresyon analizi sonuçları.

Değişkenler	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B	SH B	β	B	SH B	β	B	SH B	β	B	SH B	β
YA	.06	.18	.03	.14	.16	.06	.21	.17	.09	.03	.14	.02
ZK	.72	.17	.36**	.50	.17	.25**	.50	.16	.25**	.26	.14	.13
ÖB	-.33	.28	-.10	-.47	.26	-.14	-.38	.26	-.11	-.19	.21	-.06
SE	.90	.56	.12	.71	.51	.10	.81	.51	.11	.50	.42	.07
KY	-.62	.16	-.37**	-.45	.15	-.27**	-.37	.15	-.22*	-.03	.13	-.02
İY	-.11	.17	-.06	-.12	.16	.07	-.10	.16	-.06	-.07	.13	-.04
KA	.22	.15	.11	.26	.14	.13	.20	.14	.09	.03	.12	.02
TİSF				.39	.08	.35**	.31	.09	.28**	.08	.08	.07
FOTÖ							.06	.03	.18*	.02	.02	.06
ODÖ										.25	.03	.65**
Sabit	19.98			9.42			-0.53			-6.88		
R^2		.43			.53			.54			.70	
F		13.12**			16.30**			15.52**			26.98**	
ΔR^2 için F		13.12**			22.18**			4.92*			59.89**	

* $p < .05$ ** $p < .01$

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı, Beck'in depresyonu açıklamak ve tedavi etmek için öne sürdüğü bilişsel kuram ile Cloninger'in ortaya attığı, kişiliğin yedi boyutta incelendiği psikobiyolojik kişilik modeli arasında ilişki olup olmadığını incelemek; eğer varsa, bu ilişkiyi açıklamaya çalışmaktır. Bu amaçla, bilişler ve mizaç karakter özellikleri, bağlantının en net görüleceği düşünülen depresyon tanılı hasta grubunda ve karşılaştırma yapabilmek için kontrol grubunda incelenmiştir. Böylece, hem hasta ve kontrol grubunun mizaç ve karakter özellikleri, işlevsel olmayan tutumları ve otomatik düşünceleri karşılaştırılmış hem de bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bu çalışmanın ilk araştırma sorusu, otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar, temel inanç ve mizaç ve karakter arasında ilişki olup olmadığı ile ilgilidir. Bu doğrultuda, korelasyon analizleri yapılmış ve genel olarak kişilerin düşünceleri, inançları ve mizaç ve karakter özellikleri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Özellikle zarardan kaçınmanın yüksek, kendini yönetmenin düşük oluşunun depresyona sebep olduğu düşünülen bilişlerle ilgili olduğu görülmüştür.

Çalışmanın bulgularına göre, bireylerin kişilik özellikleri ile temel inançları arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Hem hasta hem kontrol grubunda ortak olarak karşılaşılan ilişkiler, zarardan kaçınma mizaç boyutu ile kendini yönetme karakter boyutundadır. Bu iki kişilik boyutu, araştırmacı tarafından hazırlanmış Temel İnanç Sorgulama Formu ile anlamlı ilişkiler göstermiştir. Literatürde, Beck'in tanımladığı temel inançlar ile mizaç ve karakter özellikleri ilişkisini irdeleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, temel inançlarla benzer olduğu söylenen erken dönem uyumsuz şemalar ile mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği çalışmalara göre, pek çok uyumsuz şema boyutu, zarardan kaçınma ile pozitif, kendini yönetme ile negatif yönde korelasyon göstermektedir. Neredeyse tüm uyumsuz şemaların, kendini yönetme ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Erdoğan ve Gökdağ, 2014; Halvorsen ve ark., 2009;).

Bu bilgilere ve Beck (1991)'in temel inançları evrimsel temellere oturtmasına dayanarak, bireylerin mizaç ve karakter özellikleri ile temel inançları arasında bağ olabileceği düşünülmektedir. Çaresizlik temel inancının zarardan kaçınma özellikleriyle, sevilmezlik temel inancının ise kendini yönetme karakter özellikleriyle ilintili olduğu söylenebilir. Çünkü zarardan kaçınmanın tipik özellikleri olan endişeli, gergin olma ve düşük enerji düzeyi, çaresizlikle ilişkilendirilebilir. Bu mizaç özelliklerine sahip kişilerin, başetme becerilerinin düşük olması ve zorlayıcı olaylar karşısında savunmasız olmaları kaçınılmazdır. O halde zarardan kaçınma özelliğine sahip kimselerin 'çaresizim' şeklinde düşünmelerinin olası olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında, kendini yönetmesi güç olan kişilerin; kendilerini suçlayıcı, kendilerini kabullenmede güçlük yaşayan, özgüveni düşük kişiler olması, sevilmezlik temel inancına zemin hazırlayabilir. Bu kişiler, temelde kendilerini kabul etmekte güçlük yaşadıklarından diğerlerinin de böyle düşüneceğini zannederek 'sevilmiyorum' temel inancına sahip olabilirler. Ayrıca bu iki kişilik boyutunun temsil ettiği özellikler ele alındığında, zarardan kaçınma mizaç özelliği hayatta kalma, kendini yönetme karakter özelliği ise türünü devam ettirme gibi evrimsel ihtiyaçlarla ilişkilendirilebilir. Bu durum, Beck' in temel inançları oturttuğu zeminle örtüşmektedir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri olan temel inançlar ile mizaç ve karakter özellikleri arasında görülen kayda değer korelasyon katsayıları bu fikirleri destekler niteliktedir. Ayrıca, depresyon tanısı olan kişilerde, kontrol grubuna kıyasla, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin daha yüksek olması da tüm bunlara işaret etmektedir.

Çalışmanın önemli bulgularından biri de mizaç ve karakter özellikleri ile depresyonla çok yakından ilişkili olduğu bilinen işlevsel olmayan tutumlar arasındaki korelasyonların anlamlı olmasıdır. Hem hasta hem de kontrol grubunda, işlevsel olmayan tutumlar ile zarardan kaçınma pozitif, kendini yönetme ve işbirliği yapma negatif korelasyon göstermiştir. Bu bulgular önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Luty ve arkadaşlarının (1999) depresyon tanılı hastalarla yaptığı çalışmada da zarardan kaçınma, kendini yönetme ve işbirliği yapma kişilik özelliklerinin, fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu

çalışmada, bu boyutlara ek olarak, sebat etmenin de FOTÖ toplam puanıyla ilişkili olduğu bildirilse de bizim çalışmamızda benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Literatürdeki konuyla ilgili az sayıda da olsa diğer çalışmalar, benzer sonuçları kaydetmiştir (Çelik, 2007; Richter ve Eisemann, 2002).

O halde, mizacın doğuştan geldiği ve karakterin bunun üzerine yaşamın erken yıllarında sosyokültürel öğrenme ile şekillendiği göz önüne alındığında, zarardan kaçınma özelliğinin yüksek olması, depresyonla ilişkili negatif inançların gelişmesine sebep olabilmektedir. Öte yandan, bilişsel modelin depresyonu açıklamada kullandığı bilişsel üçlü, karakter boyutlarıyla desteklenebilir. Kişinin kendiyi, çevresiyle ve dünyayla ilgili olan olumsuz algıları ve inançları, karakter özellikleriyle ilişkili olabilir ki hem bilişsel üçlü hem de karakter boyutlarının gelişim zamanı benzerdir. Çünkü kendini yönetme kişinin kendisiyle, işbirliği yapma diğerleriyle ve kendini aşma evrenle ilgili özelliklerini yansıtmaktadır (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 1993). Kendini yönetme ve işbirliği yapma boyutlarından düşük puan alan kişilerin işlevsel olmayan tutumlarının fazla olması, karakter boyutlarıyla düşüncelerimiz arasındaki bağı güçlü olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu, depresyona has otomatik düşünceler ile mizaç ve karakter özellikleri arasında birtakım ilişkilerin olduğudur. Bu iki değişken arasında, kontrol grubunda orta düzey ilişkiler görülürken çalışma grubunda yüksek düzey ilişkilere rastlanmıştır. Sağlıklı bireylerin otomatik düşünceleri ile zarardan kaçınma pozitif yönde, kendini yönetme negatif yönde korelasyon göstermiştir. Hasta grubunda da iki kişilik boyutu benzer örüntüye sahiptir ancak bu grupta otomatik düşünceler ile daha fazla kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu grupta, depresyonla ilişkili otomatik düşüncelerin en yüksek ilişkide olduğu kişilik boyutunun yine kendini yönetme olduğu görülmektedir. İkinci en yüksek katsayı, kontrol grubuna benzer olarak, zarardan kaçınmada görülmüştür. Bunları, orta düzey korelasyon katsayılarıyla, işbirliği yapma ve kendini aşma takip etmektedir. Yani, kendini yönetmenin ve işbirliği yapmanın düşük, zarardan kaçınma ve kendini aşmanın yüksek oluşu olumsuz otomatik düşüncelerle yakından ilişkilidir. Özellikle üç karakter boyutunun da depresif bireylerdeki otomatik düşüncelerle ilişkili olması,

yukarıda sözü edilen bilişsel üçlü ile karakter özellikleri bağlantısını destekler niteliktedir.

Literatürde, psikobiyolojik kişilik modeli ile otomatik düşüncelerin ilişkisini inceleyen çalışma olmasa da Kopala-Sibley ve Santor (2009)' un başka bir kişilik modeli ile yaptıkları çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, depresyon için risk faktörleri arasında değerlendirilen aşırı öz-eleştiri kişilik özelliği ile otomatik düşünceler arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Ayrıca, öz eleştiri ile negatif duygulanım arasındaki ilişkide, otomatik düşüncelerin aracı rolde olduğu da söylenmiştir. Buna göre, kişilik özelliklerinin bir şekilde otomatik düşüncelerle ilişkili olduğu ve bu otomatik düşüncelerin negatif duygu hissetmede aracılık ettiği söylenebilir.

Alanyazında, mizaç ve karakter özellikleri ile otomatik düşünceleri çalışan araştırmaya rastlanmamış olması, kişilik ile otomatik düşünceler arasındaki ilişkinin sonuçlarının tartışılabilirliğini engellemektedir. Çünkü, otomatik düşünceler ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ile yüksek korelasyon göstermektedir. O halde, BDE ile MKE arasındaki ilişki yukarıdaki bulguları destekleyebilir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, depresyon puanları ile mizaç karakter özelliklerinin ilişkisi defalarca incelenmiştir. Çalışmaların ortak bulgusu, BDE ile zarardan kaçınmanın pozitif yönde, kendini yönetmenin negatif yönde korelasyon gösterdiğidir (Arkar, 2010; Karakaş ve Arkar, 2012; Peirson ve Heuchert, 2001; Richter, Polak ve Eisemann, 2003). Bu araştırmalar da göstermektedir ki, zarardan kaçınmanın yüksek, kendini yönetmenin düşük oluşu depresyon için risk faktörüdür. O halde, bu boyutların depresyonla ilişkili olan otomatik düşüncelerle ilişkili olması beklenen bir sonuçtur.

Korelasyon analizlerinin geneline bakıldığında, tüm değişkenlerdeki ilişkilerin her iki grupta da benzer olduğu görülmüştür. Bu durum kişilik ile olumsuz bilişler arasındaki bağın yalnızca depresyon tanısı olan kişilerde değil sağlıklı kişilerde de görüldüğünü göstermektedir. Nitekim bilişsel kuram, her bireyde olumsuz inançların olduğunu ancak bazı bireylerde bunların daha fazla olduğunu ifade etmektedir. MDB

tanılı kişilerde bazı değişkenler arası ilişkilerin anlamlı olarak daha güçlü olması ise bu değişkenlerin (mizaç ve karakter özellikleri ile depresyona özgü bilişlerin) depresyonda önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu bulgular, bazı kimselerde bu özelliklerin daha fazla bulunmasında dolayı depresif duygudurumun başgösterdiği kanısına destek olabilir.

Bu çalışmanın diğer bir araştırma sorusu, kişilerin bilişlerinin ve kişilik özelliklerinin, depresyon tanısına göre değişip değişmediği ile ilgilidir. Bu araştırma sorusunu sınamak adına varyans analizleri yapılmış ve beklenildiği gibi, MDB tanısı olan kişilerin, sağlıklı gruba kıyasla daha fazla negatif bilişlere sahip olduğu ve bu kişilerin mizaç ve karakter özelliklerinin kontrol grubundan farklı olduğu görülmüştür.

Depresyon tanılı bireylerin, mizaç ve karakter boyutlarının dördünün kontrol grubundan farklılaştığı bulgulanmıştır. MDB tanılı kişilerin daha fazla zarardan kaçınma, daha az sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma özelliğinin olduğu görülmüştür. Literatürde bu boyutların (özellikle zarardan kaçınma ve kendini yönetme) depresyon tanısı olup olmasına göre farklılaştığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Bahçeci ve ark., 2010; Jylha ve Isometsa, 2006; Marijnissen ve ark., 2002; Nery ve ark., 2009; Smith ve ark., 2005). Bu çalışmalarda sebat etme boyutunun farklılaştığını gösteren bulguya rastlanmamıştır. Ancak sebat etmeden düşük puan alan kişilerin üşengeç, kolay vazgeçen, yaptıklarıyla yetinip dahasını istemeyen, eleştiri karşısında çabuk kırılan bireyler olduğu düşünülürse, bu mizaç boyutunun da depresyonla ilişkili olması akla yatkındır. Öte taraftan, zarardan kaçınma özelliği yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma özelliği düşük kişilerin; endişeli, gergin, kötümser, umutsuz, özgüveni düşük, içsel örgütlenme konusunda sıkıntı yaşayan, diğerlerine ilgi göstermeyen, hoşgörüsüz kimseler olduğu biliniyorsa (Arkar, 2005), bu kişilerin depresif belirtiler göstermesi olasıdır. Çünkü depresyonda da umutsuzluk, gerginlik, düşük özgüven, sosyal çevreden soyutlanma görülmektedir (APA, 2001).

Çalışmada, beklenildiği gibi, sağlıklı kişilerin, depresyon tanısı olanlara kıyasla, daha az depresyonla ilgili temel inanca, fonksiyonel olmayan tutuma ve otomatik

düşünceye sahip olduğu bulunmuştur. Buna göre, kişilerin negatif bilişlerinin fazla olmasından dolayı depresyona girdiklerinden söz edilebilir. Her ne kadar kullanılan bu analizlerle nedensel bir ilişkiden bahsetmek güç olsa da bulgular, Beck'in (1964, 1991a, 2001) kuramıyla desteklenebilir. Ayrıca literatürdeki MDB tanılı bireylerde daha fazla fonksiyonel olmayan tutumun ve otomatik düşüncenin var olduğunu gösteren diğer çalışmalar (Aytar, 1987; Beevers ve ark., 2003; Chioqueta ve Stiles, 2004; Çetingöz, 1993; Eaves ve Rush, 1984; Wang ve ark., 2010) da bu araştırmanın bulguları ile örtüşmektedir. Şu durumda; Beck ve çalışma arkadaşlarının (1979) da dediği gibi, kişinin kendiyile, diğerleriyle ve dünyayla ilgili olumsuz algıları (bilişsel üçlü) depresyona sebep olabilmektedir. FOTÖ ve ODÖ de benzer algıları ölçmeyi hedeflediğine göre, gerçekten de bu bilişleri fazla olan kişilerin depresyona yatkın kişiler olduğu söylenebilir.

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu ise, mizaç ve karakter özelliklerinin sabit tutulduğu durumda, fonksiyonel olmayan tutumların, depresyon tanısına göre farklılaşmamış olmasıdır. Daha önce de bahsedildiği gibi, katılımcıların MDB tanılarının olup olmamasına göre Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nden aldıkları puanlar farklılaşmaktadır. Ancak, depresyonla yakından ilişkili olduğu bilinen ve bu çalışmada da karşılaşılan zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik boyutları, her iki grup için de sabit tutulduğunda, hasta grubu ile sağlıklı grubun FOTÖ'nden aldıkları puanların değişmediği, depresyon anısının etkisini yitirdiği görülmüştür. Bu sonuç, doğuştan getirdiğimiz mizaç özelliklerimizin ve sonraki yıllarda oluşan karakter özelliklerimizin düşüncelerimizi (ara inançlarımızı) etkilediği görüşünü desteklemektedir. Diğer taraftan, grupların otomatik düşüncelerinin, söz konusu kişilik özellikleri sabit tutulduğunda dahi, farklılaştığı bulunmuştur. Bu durum ise otomatik düşüncelerin depresif durumla çok yakından ilişkili olduğunu; kişiliğin etkisinin dahil edilmediği durumda bile otomatik düşüncelerin depresyonda çok fazla görüldüğünü göstermektedir.

Bu çalışmanın belki de en önemli araştırma sorusu, kişilerin mizaç ve karakter özelliklerinin, bilişlerini yordayıp yordayamayacağı ile ilgilidir. Bu araştırma sorusu, olumsuz ve katı bilişlerin daha açık şekilde görüleceği depresyon grubunda, çoklu

regresyon analizleri ile sınanmıştır. Beklenildiği gibi, mizaç ve karakter özelliklerinin depresyonla ilişkili negatif bilişleri yordadığı ve en sonunda hem kişilik özelliklerinin hem de bilişlerin, depresif duygudurumu büyük oranda açıkladığı görülmüştür.

Öncelikle mizaç ve karakter özelliklerinin bilişleri ne kadar yordadığı incelenmiştir. Buna göre, zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik özelliklerinin, depresyon tanılı kişilerin temel inançlarının varyansının %27' sini anlamlı şekilde açıkladığı görülmüştür. Bu kişilerin fonksiyonel olmayan tutumlarına ilişkin varyansının %33' ü ise yenilik arayışı ve kendini yönetme ile yordanmıştır. Yine zarardan kaçınma ve kendini yönetme MDB tanılı bireylerin otomatik düşüncelerinin varyansının %51' ini anlamlı şekilde açıklamıştır.

Mizaç ve karakter özelliklerinin temel inançları ve otomatik düşünceleri yordadığına dair çalışmaya rastlanmadığı için bu bulguları destekleyen çalışma yoktur. Fakat bu kişilik boyutlarına ait özellikler irdelendiğinde, bu özelliklerin aslında depresyonla ilişkili olan temel inançlarla ve otomatik düşüncelerle yakından ilişkili olabileceği görülebilmektedir. Keza yukarıda da bahsedildiği üzere, Beck'in iki ana başlıkta topladığı temel inançların (çaresizlik ve sevilmezlik) zarardan kaçınma ve kendini yönetme özellikleriyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca depresif duyguduruma sebep olan otomatik düşüncelerin, mizaç ve karakter özelliklerinden yordanabileceği de akla yatkındır. Çünkü bugüne kadar pek çok çalışma (Cloninger, Svrakic ve Przybeck, 2006; Elovainio ve ark., 2004; Gruzca ve ark., 2003; Jurado, 2005) depresif duygudurumu zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik özelliklerinden yordamada başarılı olmuştur.

Mizaç ve karakter özelliklerinin depresyon tanılı hastaların fonksiyonel olmayan tutumlarını yordadığına dair literatürdeki öncül inceleme Luty ve çalışma arkadaşlarına (1999) aittir. Çalışmacılar özellikle kendini yönetme karakter boyutu üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik özelliğinin gelişimsel yanına da vurgu yapan araştırmacılar, kendini yönetmenin düşük olmasının, bilişsel savunmasızlığı beraberinde getireceğini ve depresyonla ilgili fonksiyonel olmayan tutumlara sebep olabileceğini bildirmişlerdir. Zarardan kaçınma, kendini yönetme ve depresyon süresinin FOTOÖ puan varyansının

%45' ini açıkladığı bulunmuştur. Bu sonuç, bizim bulgumuza benzerdir ancak bizim çalışmamızda zarardan kaçınma mizaç boyutu yerine yenilik arayışı, işlevsel olmayan bilişleri yordamıştır. Yenilik arayışı mizaç boyutundan düşük puan alan kişilerin katı, değişime kapalı, dar düşünen bireyler (Arkar, 2005) olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu sonucun ortaya çıkması olasıdır. Çünkü fonksiyonel olmayan tutumlar ya da başka bir deyişle ara inançlar da katı, değişmez ve alternatifli olmayan tutumlardır (Beck, 2001). Dar ve katı bireylerin düşüncelerinin de kalıplaşmış olması beklenen bir sonuçtur. Elbette bu noktada, bilişsel terapinin amaçlarından biri olan alternatif düşünce üretmenin önemi açık şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Richter ve Eisemann (2002) da karakter özellikleri ile fonksiyonel olmayan inançların ilişkisine vurgu yapmış ve MDB hastalarının FOTÖ puanların, yalnızca kendini yönetme karakter boyutuyla bile iyi bir oranda yordanabileceğini öne sürmüştür. Bizim çalışmamızda da işlevsel olmayan tutumları açıklamada, kendini yönetmenin, yenilik arayışına göre, modele daha fazla katkısı olduğu görülmüştür. Buna göre, kendini kabul etmede zorluk yaşayıp içsel örgütlenmeyi beceremeyen bireylerin, fonksiyonel olmayan inançlarının fazla olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın diğer önemli bulgusu, hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına ilişkindir. Depresyon tanılı bireylerin duygudurumunu açıklamak adına tüm değişkenler aşamalı olarak analize sokulmuştur. Bu bireylerin, kişilik özellikleri ve bilişleri en son basamakta depresyon varyansının %70' ini açıklamıştır.

Hiyerarşik regresyon analizi, kuramsal temellere dayandırılmış ve yordayıcı değişkenler, gelişim sıralaması dikkate alınarak analize sokulmuştur. Cloninger'e (1987) göre mizaç kalıtsaldır ve kişiler doğduklarında zaten bellidir; karakter ise yaşamın erken yıllarında gelişir. Bu sebeple regresyon analizine öncelikle mizaç ve karakter boyutları sokulmuştur. Daha sonra Beck'in (1964; 1991a; 2001) çocukluk yıllarında geliştiğini söylediği şemalar; temel inanç ve ara inanç olarak analize sokulmuş ve dördüncü basamakta duygudurumu doğrudan etkilediği bilinen otomatik düşünceler analize dahil edilmiştir.

Zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik özelliklerinin, depresif duygudurumu açıklamada başarılı olduğu görülmüştür (%43). Bu açıklama yüzdesi, Cloninger, Svrakic ve Przybeck'in (2006) boylamsal çalışmasındaki bulgusuna son derece benzerdir. Bunun yanında Farmer ve Seeley'in (2009) ve Naito, Kijima ve Kitamura'nın (2000) çalışmaları da benzer bulgulara sahiptir. O halde, zarardan kaçınmanın yüksek, kendini yönetmenin düşük olması depresif duygudurum için risk faktörüdür denebilir.

Regresyon analizinin temel inançların dahil edildiği ikinci basamağında da aynı kişilik boyutları ve temel inançlar, depresif duygudurumun yarısından çoğunu açıklamıştır. Bu aşamada görülmüştür ki, temel inançlar devreye girince kişilik özelliklerinin varyans üzerindeki açıklayıcı etkileri az da olsa azalmıştır. Bu durum, temel inançlar ile zarardan kaçınma ve kendini yönetmenin iç içeliğine gönderme yapmaktadır.

Analizin üçüncü adımı da benzer yorumlamaları akla getirmektedir. Çünkü işlevsel olmayan düşüncelerin analize girmesiyle kendini yönetme karakter boyutunun anlamlılık düzeyi azalmıştır.

Son adımda ise yalnızca otomatik düşünceler, depresyon varyansını açıklamada anlamlı olmuştur. Otomatik düşüncelerin devreye girmesiyle hem mizaç ve karakter özelliklerinin hem temel inançların hem de fonksiyonel olmayan tutumların, depresif duygudurumu yordamadaki anlamlılığı ortadan kalkmıştır. Bu istenen ve beklenen bir sonuçtur. Çünkü bu bulgu göstermektedir ki depresyonu açıklamada başta etkili olan mizaç ve karakter özellikleri, olumsuz bilişler/düşünceler devreye girince etkisini yitirmiştir. Bu bulgu, kişilik özelliklerinin bilişlerle çok yakından ilişkili olduğunu, bilişlerin aslında kişiliğin içinde olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; bu çalışma, bilişsel kuram ile psikobiyolojik kişilik modelinin depresyonu açıklamak için birlikte ele alınabileceğini göstermektedir. Kişilik, özellikle karakter gelişiminin, depresyon için önemini vurgulamaktadır. Kendimizi kabullenme ve yönetebilme ile ilişkili karakter özelliklerimizin bilişlerimizi etkiliyor olabileceği görülmüştür. Bu araştırma, kişilik özelliklerinin yaşamımızın büyük bir kısmını

etkilediği ve insanı anlayıp çözümler üretmede her daim göz önünde bulundurulması gerektiğini gösterdiği için önem arz etmektedir. Araştırmanın klinik örnekleme kontrollü şekilde tasarlanmış olması, sonuçların karşılaştırılabilirliğine ve genellenebilirliğine imkân vermektedir. Tüm bunlara ek olarak, bu bilgilerin klinik uygulamalarda kullanılabilir olması da gelecek çalışmalara ve psikoterapi çalışmalarına katkıda bulunabilir.

Öncelikle, mizaç ve karakter özellikleri ile depresyonda görülen bilişler arasında ilişki olduğunu fark etmek, depresyonu önleme çalışmaları için son derece önemlidir. Herhangi bir ruhsal problem ortaya çıkmadan bireylerin kişilik özelliklerinin araştırılması, olası hastalığı önleme çalışmalarını beraberinde getirebilir. Zarardan kaçınma özelliği yüksek ve kendini yönetme becerisi düşük kimselerin tespit edilerek bu kişilere gerekli müdahalelerin yapılması, depresyon ortaya çıkmadan hastalığı önlemede yardımcı olabilir.

Öte yandan, bu çalışmanın bulguları, depresif bireylerin psikoterapilerine de ışık tutabileceği düşünülmektedir. Tedavilerde kişilik özelliklerinin önemi son zamanlarda öne çıkmaktadır (Zinbarg, Uliaszek ve Adler, 2008). Bu noktada elbette amaç kişiliği değiştirmek değildir. Keza pek çok çalışmacı kişiliğin değişmez olduğunu düşünmektedir. Terapilerde kişiliğin kullanılmasındaki amaç, kişilikle ilgili olan belirtilere müdahale etmek, kişiye özel terapötik teknikleri doğru seçmektir. Bu bağlamda, bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetmede görülen olumsuz belirtiler üzerine çalışmak, kişilerin depresif duygudurumlarında değişikliğe sebep olabilir. Mizaç özelliklerinin değişmeyeceği düşünülürse karakter özelliklerine bu noktada eğilmek daha iyi sonuç verebilir. Luty ve arkadaşları (1999) da benzer yaklaşımla, terapistlerin, kendini yönetme karakter boyutunu kullanmaları gerektiğini bildirmişlerdir. Bu karakter boyutuna, özellikle kişilerarası psikoterapi ve bilişsel psikoterapi yöntemleri kullanılırken eğilinmelidir.

Cloninger ve Svrakic (1997), karakter gelişiminin 15 basamaklı olduğundan bahsetmişlerdir. Her bir basamakta üç farklı karakterin farklı adımlarının geliştiğini savunan çalışmacılar, bu 15 adıma yönelik kullanılacak terapi müdahale teknikleri

öne sürmüşlerdir. Özgüven ve diğerlerine karşı güven oluşturmayla başlayan teknikler, giderek daha üst düzey hedeflere odaklanmaktadır. Buna göre, bilişlerle en fazla ilgili olduğu görülen kendini yönetme karakter boyutunun geliştiği basamakları tespit edip bu basamaklara yönelik olan teknikleri kullanmak, depresyonu ortadan kaldırmada ruh sağlığı çalışanlarına yarar sağlayabilir. Bu, dolaylı da olsa bilişlere müdahale etmeyi de beraberinde getirecektir.

Araştırmacıların kendini yönetme karakter boyutuna yönelik tavsiye ettiği terapötik teknikler/hedefler şunlardır: Kişiyi desteği ve güveni aşmak, temel yaşam becerileri ve sosyal dayanışma ile ilgili şeyler öğretmek, amaç koymasını sağlamak, kişisel donanımını arttırmak ve böylece kendine güvenmesini sağlamak, problem çözme becerilerini geliştirmek, kendini tanımasına ve kabullenmesine yardımcı olmak, sosyal dayanışmanın önemini anlamasını sağlamak ve kişisel amaçlarını uygulamasında yardımcı olmak ve bunları yaparken ev ödevleri vermektir (Cloninger ve Svrakic, 1997).

Görüldüğü gibi, destekleyici ve davranışsal ekollere yakın olan bu amaçlar, kendini yönetmesi güç olan kişilerin psikolojik sağaltımlarında uygulanabilir yöntemlerdir. Bu hedef ve yöntemlerin, özellikle depresyonun bilişsel terapisi içine harmanlanması durumunda, terapinin etkililiğinin artması işten bile değildir. Bu amaçlarla kişinin kendini yönetme becerisi artarsa, olumsuz bilişleri de azalabilir ve depresif duygudurumu ortadan kalkabilir. Dolayısıyla terapistlerin, sağaltım çalışmalarındaki amaçlarından birisinin hastalarının/danışanlarının kendini yönetebilme becerisini güçlendirmek olması depresyon tedavisindeki etkililiği arttırabilir. Yukarıda bahsedilen tekniklerin bilişsel terapinin gidişi içinde kullanılması depresif hastaların yararına olacaktır. Bu durum, bilişsel davranışçı terapinin 'burada ve şimdi' ilkesine, yani doğrudan var olan belirtiyeye odaklanmaya, aykırı gibi gözükse de kişilikle çalışmak, terapi etkililiğini arttırıp, uzun vadede yarar sağlayabilir.

Bu araştırma, psikobiyolojik kişilik modeli ile bilişsel modeli bu yönüyle ele alan öncü bir çalışmadır. Mizaç ve karakter özellikleri ile temel inanç, ara inanç ve otomatik düşüncelerin bir arada incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamış olması da

bunu desteklemektedir. Ancak bu konuda daha fazla niceliksel ve niteliksel araştırma yapılması, alandaki boşluğu dolduracaktır. Gelecek çalışmalar, bu araştırmanın sınırlılıklarını da göz önünde bulundurup tasarlanırsa, literatüre önemli katkılar sağlanabilir.

Bu çalışmanın gerek örneklem grubu gerek ölçüm araçları gerekse kullanılan analiz yöntemleriyle ilgili birtakım sınırlılıklarının olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmanın kesitsel yöntemle yapılması, boylamsal olmayışı, belki de en önemli sorundur. Eğer kişilerin depresyon tanılarında önceki kişilik ve bilişlerinin araştırılma imkanı olsaydı, daha net yorumlar yapılabilirdi veyahut kullanılan analizler nedenselliğe yakın olsaydı, örneğin yapısal eşitleme modelleri kullanılsaydı, daha kesin fikirler öne sürülebilirdi. Bu analizin kullanılması, mizaç ve karakter özelliklerinin bilişlere sebep olduğu savını daha kesin şekilde incelenmesine olanak tanıyabilirdi.

Bunun dışında bir diğer kısıtlılık örneklem grubuyla ilişkilidir. Elbette örneklemin temsil ediciliği sorunsalı her çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da şüphe uyandırıcıdır. Ek olarak, örneklem grubunda, incelenen konularla çok yakından ilişkili olan kişilik bozukluklarının kontrol edilememesi ayrı bir sınırlılıktır. Gelecek çalışmalar tanı koydurucu ölçekler sonrası örneklem grubunu net şekilde tespit etmeli, eş tanılanmaya daha fazla dikkat etmelidir.

Kullanılan ölçüm araçları ile ilgili de birtakım sorunlar mevcuttur. En başta, tüm araçların öz-bildirime dayanması, sosyal arzulanırlığı da beraberinde getirmektedir. Ayrıca ölçeklerin, özellikle MKE'nin, madde sayılarının fazla oluşu ve bazı ifadelerde anlam sıkıntısının bulunması, sonuçları etkilemiş olabilir. Gelecek çalışmalar daha farklı ölçüm araçları kullanabilir.

Literatürde Beck' in ifade ettiği temel inançları tespit etmeye yönelik herhangi bir ölçüm aracına rastlanmamış olması, böyle bir araca olan ihtiyaca dikkat çekmektedir. Belki de doğası gereği (temel inançların bilişsel yapıda en derinde olması ve kişinin kendisinin farkında olmaması) bu aracın öz-bildirime dayalı olması mümkün değildir; ancak yine de bu amaca yönelik hazırlanacak olan araçların, kişilerin temel inançları ile ilgili bilgi verebileceği düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada, temel

inançları sorgulamak için, araştırmacılar tarafından kısa bir form (TİSF) hazırlanmıştır. Çalışmanın temel amacı bu aracı hazırlamak olmadığından aracın psikometrik incelemeleri için farklı bir örneklem grubu ile çalışılmamış ya da ileri psikometrik analizler kullanılmamıştır. Dolayısıyla, Temel İnanç Sorgulama Formunun diğer araştırmalarda etkin şekilde kullanılabilmesi için psikometrik çalışmalarının daha kapsamlı şekilde ve farklı örneklem gruplarında yapılması, gelecek çalışmaların temel amacı olmalıdır. Fakat bu ve benzer sorgulama formlarının hazırlanması aşamasında geçerlik çalışmaları dikkatle sürdürülmelidir. Yukarıda da belirtildiği gibi temel inanç gibi derinde olan bir bilişsel yapının öz-bildirim tarzı ölçüm araçlarla sorgulanma sorunu dikkate alınmalıdır. Hazırlanan formların gerçekten temel inançları ölçüp ölçmediği üzerine titiz şekilde çalışılmalıdır.

Ek olarak, kişilerin olumsuz bilişlerini aktive ettiği düşünölen olumsuz yaşam olaylarının sorgulanması, depresyon etiyojisine katkıda bulunabileceği gibi, kişilik-biliş ilişkisinde de yer bulabilir. Kişilikten düşöncelere giden yolda, olumsuz yaşam olaylarının ya da diğer gizil faktörlerin incelenmesi, daha açık ve kesin yorumlar yapabilmeye imkân sağlayabilir. Bu sebeple diğer çalışmalar, bu faktörleri de sorgulamalıdır.

KAYNAKLAR

- Abraham, K. (1911). Notes on the Psychoanalytical Investion and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. E. Jones (Ed.) *Selected Papers of Karl Abraham* içinde. Londra: Leonard&Virginia Woolf at the Hogart Press.
- Alford, B. A. ve Beck, A. T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Alper, Y. (2001). *Depresyon Psikoterapisi*. İstanbul: Alfa Basım.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (Gözden Geçirilmiş 4. Baskı) (DSM-IV-TR)*. E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ampollini, P. ve ark. (1999). Temperament and Personality Features in Patients with Major Depression, Panic Disorder and Mixed Conditions. *Journal of Affective Disorders*, 52, 203-207.
- Andrade, L. ve ark. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 12 (1), 3–21.
- Arhcraft, M. H. (2006). *Cognition* (4. Baskı). Londra: Pearson Prentice Hall.
- Arkar, H. (2004). *Cloninger' in Psikobiyolojik Kişilik Kuramının Türk Örneğinde Sınanması*. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Arkar, H. (2005). Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramı. *Türk Psikoloji Bülteni*, 36, 82-94.
- Arkar, H. (2010). Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri' nin Karşılaştırılması. *New Symposium Journal*, 48 (2), 116-121.

- Arkar, H. ve Şafak, C. (2004). Klinik Bir Örneklemede Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19: 117-123.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy, Psikopatoloji. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 2:1, 7-18.
- Aslan, S. ve Demir, E. Y. (2008). Yineleyici ve Tek Dönem Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik ve Affektif Mizaç Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 11, 61-71.
- Aşkın, R. (1999). *Depresyon El Kitabı (2. Baskı)*. İstanbul: Roche.
- Atalay, H., Akbaş, N. B., Zahmacıoğlu, O., Kılıç, E. Z. ve Göktuna, Z. (2013). Are Early Maladaptive Schemas, Temperament and Character Dimensions Correlated? *Open Journal of Psychiatry*, 3, 206-213.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2002). Anormal Psikoloji. Y. Alogan (Ed.). Psikolojiye Giriş (2.Baskı) içinde. Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Aytar, G. (1987). *Depresyondaki Düşünce Bozukluklarının Bilişsel Kuram Açısından İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Doktora Tezi.
- Bahçeci, B., Karaaslan, M. F., Orhan, F. Ö., Bağcıoğlu, E., Biter, E. ve Altunören, Ö. (2010). İlk Nöbet Majör Depresif Bozukluk Hastalarının Mizaç ve Karakter Profiline İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 299-304.
- Batur, S. ve Demir, H. K. (2009). Depresyonun Tedavisi: Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Barışkın (Ed.), *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (4.Baskı) içinde. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression II: Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1991a). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. Londra: Penguin Psychology.
- Beck, A. T. (1991b). Cognitive Therapy: A 30-Years Retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T. (1999). Cognitive Aspects of Personality Disorders and Their Relation to Syndromal Disorders: A Psychoevolutionary Approach. C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and Psychopathology*. Washington: American Psychiatry Press.
- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 953-957.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A. ve Weissman, A. N. (1991). Factor Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a Clinical Population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 478-483.
- Beck, A. T., Freeman, A. ve Davis, D. D. (2004). *Cognitive Theory of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E. ve Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. N. H. Şahin (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beevers, C. G., Keitner, G. I., Ryan, C. E. ve Miller, I. W. (2003). Cognitive Predictors of Symptom Return Following Depression Treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 488-496.
- Boratav, C. (2000). Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme. *Duygudurum Dizisi*, 1, 18-28.

- Brown, E. S., Varghese, F. P. ve McEwen, B. S. (2003). Association of Depression with Medical Illness: Does Cortisol Play a Role? *Biol. Psychiatry*, 55, 1-9.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T. ve ark. (1986). Social Support, Self Esteem and Depression. *Psychol Med*, 16, 813-831.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (Çev. İ. D. Erguvan Sarıoğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Caspi, A. ve ark. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Sciencemag.org*.
- Celikel, F. C. ve ark. (2009). Cloninger's Temperament and Character Dimensions of Personality in Patients with Major Depressive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 556-561.
- Chioqueta, A. P. ve Stiles, T. C. (2004). Norwegian Version of the Automatic Thoughts Questionnaire: A Reliability and Validity Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33 (2), 79-82.
- Clark, L. A., Watson, D. ve Mineka, S. (1994). Temperament, Personality and the Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 103-116.
- Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arch. Gen Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1998). The Genetics and Psychobiology of The Seven-factor Model of Personality. K. R. Silk (Ed.), *Biology of Personality Disorders* içinde Washington: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R. (2000). Biology of Personality Dimensions. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 611-616.
- Cloninger, C. R. ve Svrakic, D. M. (1997). Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment. *Psychiatry*, 40, 120-141.

- Cloninger, C. R., Bayon, C. ve Svrakic, D. M. (1998). Measurement of Temperament and Character in Mood Disorders: A Model of Fundamental States as Personality Types. *Journal of Affective Disorders*, 51, 21-32.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch. Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (2006). Can Personality Assessment Predict Future Depression? A Twelve-month Follow-up of 631 Subject. *Journal of Affective Disorders*, 92, 35-44.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, (Çev. T. Ergene). Ankara: Mentis Yayınları.
- Coyne, J. C. ve Whiffen, V. E. (1995). Issues in Personality as Diathesis for Depression: The Case of Sociotropy-dependency and Autonomy-self-criticism. *Psychological Bulltein* 118 (3), 358–378.
- Çelik, C. (2007). *Majör Depresif Bozuklukta Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İşlevsel Olmayan Tutumlar: Kontrollü Bir Çalışma*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çetingöz, F. (1993). *Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği' nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Daş Tuğrul, C. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 12-17.
- Dobson, K. S. ve Breiter, H. J. (1983). Cognitive Assessment of Depression: Reliability and Validity of Three Measures. *Journal of Abnormal Psychology* 92 (1), 107-109.
- Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Sivas: Esform Ofset.

- Dozois, D. J. A. ve Beck, A. T. (2008). Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions. K. S. Dobson ve D. J. A. Dozois (Ed.), *Risk Factors of Depression* içinde. ABD: Elsevier.
- Eaves, G. ve Rush, A. J. (1984;). Cognitive Patterns in Symptomatic and Remitted Unipolar Major Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (1), 31-40.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C. ve Steele, J. D. (2006). Recent Developments and Current Controversies in Depression. *Lancet*, 367, 153-167.
- Elovainio, M., Kivimaki, M., Puttonen, S., Heponiemi, T., Pulkki, L. ve Keltikangas-Jarvinen, L. (2004). Temperament and Depressive Symptoms: A Population-Based Longitudinal Study on Cloninger' s Psychobiological Temperament Model. *Journal of Affective Disorders*, 83, 227-232.
- Erdoğan, Z. ve Gökdağ, C. (Temmuz 2014). *The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Personality: A Comparative Study According to Depressive Mood State* [Poster]. 28th International Congress of Applied Psychology (ICAP), Paris.
- Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality* (2. Baskı). ABD: Charles C Thomas Publisher.
- Farmer, R. F. ve Seeley, J. R. (2009). Temperament and Character Predictors of Depressed Mood over a 4-year Interval. *Depression and Anxiety*, 26, 371-381.
- Floyd, M., Scogin, F. ve Chaplin, W. F. (2004). The Dysfunctional Attitudes Scale: Factor Structure, Reliability, and Validity with Older Adults. *Aging & Mental Health*, 8 (2), 153-160.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. ve Simon, K. M. (2004). *Clinical Applications of Cognitive Therapy* (2. Baskı). New York: Springer Science and Business Media.

- Friedman, E. (2011). Classification, Causes, and Epidemiology. E. Friedman ve I. M. Anderson (Ed.) *Handbook of Depression*, içinde (ss. 17-24). ABD: Springer Healthcare.
- Friedman, E. (2011). Diagnosis. E. Friedman ve I. M. Anderson (Ed.) *Handbook of Depression*, içinde (ss. 17-24). ABD: Springer Healthcare.
- Fruyt, F. D., Wiele, L. V. D. ve Heeringen, C. V. (2000). Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences* 29, 441-452.
- Gaweda, L. ve Kokoszka, A. (2013). Meta-Cognitive Beliefs as a Mediator for the Relationship between Cloninger's Temperament and Character Dimensions and Depressive and Anxiety Symptoms among Healthy Subjects. *Comprehensive Psychiatry, Baskıda*.
- Gillespie, N. A., Cloninger, C. R., Heath, A. C. ve Martin, N. G. (2003). The Genetic and Environmental Relationship between Cloninger's Dimensions of Temperament and Character. *Personality and Individual Differences*, 35, 1931-1946.
- Goldman, H. H. (1995). *Review of General Psychiatry (4. Baskı)*. ABD: Appleton & Lange.
- Goldsmith, H. ve ark. (1987). Roundtable: What Is Temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Gruzca, R., Przybeck, T. R., Spitznagel, L. ve Cloninger C. R. (2003). Personality and Depressive Symptoms: A Multi-Dimensional Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 74, 123-130.
- Gruzca, R. A., Przybeck, T. R., Spitznagel, E. L. ve Cloninger, C. R. (2003). Personality and Depressive Symptoms: A multi-Dimensional Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 74, 123-130.

- Guilford, J. P. (1959). *Personality*. ABD: McGraw-Hill Book Company.
- Halvorsen, M. ve ark. (2009). Early Maladaptive Schemas, Temperament and Character Traits in Clinically Depressed and Previously Depressed Subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 394-407.
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K. ve Ajamier, A. (1999). Temperament and Character Inventory (TCI) and Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 31-36.
- Hasin, D. S., Fenton, M. C. ve Weissman, M. M. (2011). Epidemiology of Depressive Disorders. M. T. Tsuang, M. Tohen ve P. B. Jones (Ed.) *Textbook in Psychiatric Epidemiology* içinde (ss. 289-309). İngiltere: John Wiley&Sons, Ltd.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7: 3-13.
- Huprich, K. S. ve Fine, M. (1997). A Diagnosis Under Consideration-Self-defating and Depressive Personality Disorders: Current Status and Clinical Issues. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27, 303-322.
- Işık, E. (1991). *Duygulanım Bozuklukları: Depresyon ve Mani*. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.
- Joska, J. A. ve Stein, D. J. Mood Disorders. R. E. Hales, S. Ü. Yudofsky, G. O. Gabbard (Ed.) *Textbook of Psychiatry* içinde (ss. 457-504). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Jurado, D., Gurpegui, M., Moreno, O., Fernandez, M. C., Luna, J. D. ve Galvez, R. (2005). Association of Personality and Work Conditions with Depressive Symptoms. *European Psychiatry*, 20, 213-222.
- Jurado, D., Gurpegui, M., Moreno, O., Fernandez, M. C., Luna, J. D. ve Galvez, R. (2005). Association of Personality and Work Conditions with Depressive Symptoms. *European Psychiatry*, 20, 213-222.

- Jylha, P. ve Isometsa, E. (2006). Temperament, Character and Symptoms of Anxiety and Depression in the General Population. *European Psychiatry*, 21, 389-395.
- Kagan, J. (2005). Personality and Temperament. M. Rosenbluth, S. H. Kennedy, R. M. Bagby (Ed.). *Depression and Personality* içinde. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. E. Abay (Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karaaslan, M. F., Bağcıoğlu, E., Bahçeci, B., Orhan, F. Ö., Biter, E. ve Altunören, Ö. (2010). İlk Epizod Majör Depresyon Hastalarında Mizaç ve Karakter Öelliklerinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20 (3), 240-245.
- Karahan, T. F. ve Sardoğan, M. E. (2004). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapide Kuramlar*. Samsun: Deniz Kültür Yayınları.
- Karakaş, S. ve Arkar, H. (2012). Depresyon ve Kaygının Yordayıcısı Olarak Mizaç ve Karakter. *Türk Psikoloji Dergisi*, 27 (69), 21-30.
- Katon, W. J. (2003). Clinical And Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and Feneral Medical Illness. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N. ve Kitamura, T. (2004) Lifetime and 6-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in an Urban Community in Japan. *Psychiatry Research*, 121, 293-301.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. o. ve Pedersen, N. L. (2006). Personality and Major Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 1113-1120.
- Kessler, R. C. (2000). Gender Differences in Major Depression: Epidemiological Findings. E. Frank (Ed.), *Gender and Its Effects on Psychopathology* içinde (ss. 61–84). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. ve ark. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095–4105.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. ve Nelson, C. B. (1993). Sex and Depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85–96.
- Kopala-Sibley, D. C. ve Santor, D. A. (2009). The Mediating Role of Automatic Thoughts in the Personality-Event-Affect Relationship. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (3), 153-161.
- Köknel, Ö. (2000). Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 5-11.
- Köknel, Ö. (2005). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik* (17. Basım). İstanbul: Akdeniz Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2009a). *Psikiyatri El Kitabı* (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Köroğlu, E. (2009b). *Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köse, S. (2003). Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium 41* (12), 86-97.
- Küey, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
- Lee, S., Tsang, A., Huang, Y. Q., He L. Y., Liu, Z. R., Zhang, M. Y., Shen, Y. C. ve Kessler, R. C. (2009). The Epidemiology of Depression in Metropolitan China. *Psychol Med* 39 (5), 735–747.

- Lewinsohn, P. M. (1975). The Behavioral Study and Treatment of Depression. M. Hersen, R. M. Eisler ve P. M. Miller (Ed.), *Progress in Behavior Modification Vol 1* içinde. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. ve Rosenbaum, M. (1988). A Prospective Study of Risk Factors for Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 251-264.
- Libb, J. W., Stankovic, S., Freeman, A., Sokol, R., Switzer, P. ve Houck, C. (1990). Personality Disorder among Depressed Outpatients as Identified by the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (3), 277-284.
- Luty, S. E., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Sullivan, P. F. ve McKenzie, J. M. (1999). The Relationship of Dysfunctional Attitudes to Personality in Depressed Patients. *Journal of Affective Disorders*, 54, 75-80.
- Marijnissen, G., Tuinier, S., Sijben, A. E. S. ve Verhoeven, W. M. A. (2002). The Temperament and Character Inventory in Major Depression. *Journal of Affective Disorders*, 70, 219-223.
- Marneros, A. (2006). Mood Disorders: Epidemiology and Natural History. *Psychiatry*, 5 (4), 119-122.
- Marzillier, J. S. (1986). Changes in Depressive Beliefs: An Analysis of Beck's Cognitive Therapy for Depression. P. C. Kendall (Ed.), *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy Vol 5* içinde. New York: Academic Press.
- McGue, M. ve Christensen, K. (1997). Genetic and Environmental Contributions to Depression Symptomatology: Evidence From Danish Twins 75 Years of Age and Older. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 439-448.
- Meyer, J. H. ve ark. (2003). Dysfunctional Attitudes and 5-HT₂ Receptors during Depression and Self-Harm. *Am J Psychiatry*, 160 (1), 90-99.

- Miranda, J. ve Persons, J. B. (1988). Dysfunctional Attitudes are Mood-State Dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 76-79.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. ve Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2. Baskı). New York: Guilford Press.
- Naito, M., Kijima, N. ve Kitamura, T. (2000). Temperament and Character Inventory (TCI) as Predictors of Depression Among Japanese Collage Students. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (12), 1579-1585.
- Nery, F. G. ve ark. (2009). Temperament and Character Traits in Major Depressive Disorder: Influence of Mood State and Recurrence of Episodes.
- Ohayon, M. M. (2007). Epidemiology of Depression and Its Treatment in the General Population. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 207-213.
- Otani, K., Suzuki, A., Kamata, M., Matsumoto, Y., Shibuya, N. ve Sadahiro, R. (2011). Relationships of Sociotropy and Autonomy with Dimension of the Temperament and Character Inventory in Healthy Subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 2507-510.
- Özmen, M. (2001). Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizgisi*, 6, 283-287.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Yenilenmiş 11. Baskı)*. Ankara: Tuna Matbaacılık A.Ş.
- Peirson, A. R. ve Heuchert, J. W. (2001). The Relationship between Personality and Mood: Comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences*, 30, 391-399.
- Peirson, A. R., Heuchert, J. W., Thomala, L., Berk, M., Plein, H. ve Cloninger, C. R. (1999). Relationship between Serotonin and the Temperment and Character Inventory. *Psychiatry Reserch* 89, 29-37.

- Pervin, L. A. (1985). Personality: Current Controversies, Issues and Directions. *Annual Review of Psychology*, 36, 83-114.
- Pervin, L. A. ve John, O. P. (2001). *Personality: Theory and Research* (8. Baskı). ABD: John Milley&Sons.
- Richter, J. ve Eisemann, M. (2002). Self-Directedness as a Cognitive Feature in Depressive Patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 1327-1337.
- Richter, J., Polak, T. ve Eisemann, M. (2003). Depressive Mood and Personality in term of Temperament and Character among the Normal Population and Depressive Inpatients. *Personality and Individual Differences*, 35, 917-927.
- Roberts, J. E. ve Gamble, S. A. (2001). Current Modd-State and Post Depression as a Predictors of Self Esteem and Dysfunctional Attitudes among Adolescents. *Personality and Individual Differences* 30 (6), 1023-1037.
- Robins, C. J. ve Block, P. (1989). Relations of Sociotropic and Autonomous Personality Characteristics of Specific Symptoms in Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (1), 86-88.
- Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. (2005). *Klinik Psikiyatri* (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sato, T., Narita, T., Hirano, S., Kusunoki, K., Sakado, K. ve Uehara, T. (2001). Is Interpersonal Sensitivity Specific ton on-melancholic Depression? *Journal of Affective Disorders*, 64, 133-144.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997) *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Savrun, M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. E. Eker (Ed.). *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller* içinde (ss. 11-17). İstanbul: Deonta Medya.

- Scheerer, M. (1954). Cognitive Theory. G. Lindzey (Ed.), *Handbook of Social Psychology* içinde. Vol. 1. Cambridge: Addison-Wesley.
- Schultz, D. P. ve Schultz, S. E. (2005). *Theories of Personality* (8. Baskı). ABD: Thomson Wadsworth.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y. ve Semmel, A. (1978). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (3), 242-247.
- Sertöz, Ö. Ö. ve Mete, H. E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2, 63-69.
- Sevi, S. (2009). *Psikobiyolojik Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Kuramı: Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile Beş Faktör Kişilik Envanterinin (5FKE) Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sharf, R. S. (2000). *Theories of Psychotherapy&Counseling: Concepts and Cases* (2. Baskı). ABD: Warsworth/Thomson Learning.
- Shea, M. T. ve Yen, S. (2005). Personality Traits/Disorders and Depression. M. Rosenbluth, S. H. Kennedy, R. M. Bagby (Ed.). *Depression and Personality* içinde. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Smith, D. J., Duffy, L., Stewart, M. E., Muir, W. J. ve Blackwood, H. R. (2005). High High Harm Avoidance and Low Self-Directedness in Euthymic Young Adults with Recurrent, Early-onset Depression. *Journal of Affective Disorder*, 87, 83-89.
- Somer, O., Korkmaz, M. ve Tatar, A. (2004). *Kuramdan Uygulamaya Beş Faktör Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Envanteri*. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., ve Eaves, L. J. (1996). Genetic and Environmental Structure of the Tridimensional Personality

- Questionnaire: Three of Four Temperament Dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 127-140.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R. ve Cloninger, C. R. (1993). Differential Diagnosis of Personality Disorders by Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Arch. Gen Psychiatry*, 50, 991-999.
- Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992a). How Dysfunctional are the Dysfunctional Attitudes in Another Culture? *British Journal of Medical Psychology*, 65, 17-26.
- Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992b). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (3), 334-340.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (3. Baskı). ABD: Harper Collins.
- Takahashi, M. ve ark. (2013). Low Openness on the Revised NEO Personality Inventory as a Risk Factor for Treatment-Resistant Depression. *Plosone*, 8 (9), 1-7.
- Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Thomas, A., ve Chess, S. (1986). The New York Longitudinal Study: From Infancy to Early Adult Life. R. Plomin ve J. Dunn (Ed.), *The Study of Temperament: Changes, Continuities, and Challenges* içinde. ABD: Erlbaum.
- Turk, D. C. ve Speers, M. A. (1983). Cognitive Schemata and Cognitive Processes in Cognitive-Behavioral Interventions. P. C. Kendall (Ed.) *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy Vol 2* içinde. New York: Academic Press.
- Türkçapar, H. (2007). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Ankara: HYB Yayıncılık.

- Türkçapar, H., Sungur, M. Z. ve Sargın, E. (2009). Bilişsel Davranışçı Terapiler. E. Köroğlu ve H. Türkçapar (Ed.), *Psikoterapi Yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri* içinde. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Tyner, P., Casey, P., ve Ferguson B. (1991). Personality Disorder in Perspective. *British Journal of Psychology*, 159, 463-471.
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 41-47.
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M. ve Waterloo, K. (2010). Stability of Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas: A 9-year Follow-up Study of Clinically Depressed Subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. ve Hsu, L. (2004). Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 124-138.
- Weishaar, M. E. ve Beck, A. T. (1989). Cognitive Therapy. A. Freeman (Ed.) *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* içinde. New York: Springer Science.
- Weissman, A. N. ve Beck, A. T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Ontario.*
- Weissman, M. M. ve ark. (1996). Cross-national Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA*, 276, 293-299.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. ve Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

- Winter, R. F. R., Wolterbeek, R., Spinhoven, P., Ztman, F. G. ve Goekoop, J. G. (2007). Character and Temperament in Major Depressive Disorder and Highly Anxious-retarded Subtype Derived from Melancholia. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 426-435.
- Woolfe, R., Dryden, W. ve Strawbridge, S. (2003). *Handbook of Counselling Psychology* (2. Baskı). Londra: Sage Publications.
- Yanbastı, G. (1991). *Kişilik Kuramları*. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- Zettle, R. D., Webster, B. K., Grid, S. R., Wagener, A. L. ve Burdsal, C. A. (2013). Factor Structure of the Automatic Thoughts Questionnaire in a Clinical Sample. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6 (3), 280-291.
- Zinbarg, R.E., Uliaszek, A. A. ve Adler, J. M. (2008). The Role of Personality in Psychotherapy for Anxiety and Depression. *Journal of Personality*, 76, (6), 1649- 1688.
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of Personality* (2. Baskı). İngiltere: Cambridge University Press.

EKLER

EK-1

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

Eğitim Düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okul) Nedir?

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite () Lisansüstü

Mesleğiniz:

() Memur () İşçi () Esnaf () Ev Hanımı

() Emekli () Serbest () İşsiz/Çalışmıyor () Diğer

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

Hangi Gelir Düzeyinde Olduğunuzu Düşünüyorsunuz?

() Alt () Orta () Üst

Şuan Yaşadığınız İl:

Ailenizde/akrabalarınızda psikiyatrik (ruhsal) hastalığı olan başka biri var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız 'evet' ise lütfen tanısını belirtiniz veya sorunu kısaca anlatınız

.....

Psikiyatrik Sebepden Hastaneye Yattınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız 'evet' ise lütfen süresini belirtiniz

Şuan Psikiyatrik İlaç Kullanıyor Musunuz? () Evet () Hayır

Ne Kadar Süredir Düzenli Psikiyatrik Tedavi Görüyorsunuz?

() 1 yıldan az () 1-2 yıl () 2-3 yıl () 3-5 yıl () 5 yıldan fazla

EK-2

TEMEL İNANÇ SORGULAMA FORMU (TİSF)

Aşağıda bazı kişilerin kendileri ile ilgili düşünceleri, inançları, özellikleri verilmiştir. Lütfen yaşamınızın tümünü ele alarak, bunlara ne derecede katıldığınızı 1-5 arasında puanlayınız.

1= Kesinlikle Katılmıyorum

4= Katılıyorum

2= Katılmıyorum

5= Kesinlikle Katılıyorum

3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum

Güçsüzüm	1	2	3	4	5
İlgi gösterilmeyen biriyim	1	2	3	4	5
Beceriksizim	1	2	3	4	5
Çekici değilim	1	2	3	4	5
Yetersizim	1	2	3	4	5
Sevilemeyecek biriyim	1	2	3	4	5
Eninde sonunda reddedileceğim	1	2	3	4	5
Başarısızım	1	2	3	4	5
Zayıfım	1	2	3	4	5
Arzu edilmeyecek biriyim	1	2	3	4	5
Çaresizim	1	2	3	4	5
Eninde sonunda yalnız kalacağım	1	2	3	4	5

EK-3

MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ (MKE-TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade **DOĞRU (D)** ya da **YANLIŞ (Y)** olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, çoğunlukla ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğunlukla yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez, güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez, koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez, yaşamın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda kendimi çoğunlukla gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda, doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y

18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek dahi olsam, zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yaparım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve deneyimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissedirim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, “eski ve denenmiş” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yaparım.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımanın acı çektiğini görmek bana hoşnutsuluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgiyi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya kadar para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y

43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğunlukla beklenmedik şekilde içgörü (yani olayların altında yatan nedeni keşfederim) ya da anlayış parıltıları hissederim.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırman.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyicimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez, başkalarından daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam dahi, kendim için para harcamakta zorlanırım.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin olurum.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az tanıdığım veya kısa süre önce tanıştığım insanlarla tartışmaktan rahatsız olmam.	D	Y

70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	<u>Y</u>
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarına haksızca davranırsam huzursuzluk hissederim.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez, sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşımı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzülürüm.	D	Y
76. Bazen, zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin sanki parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir yakınlık hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarının duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bana karşı dostça davranmayacakları daha önce söylenmiş olsa dahi, yabancılarla buluştuğumda rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, çoğu kimseden genellikle daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her şeyi etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Etrafımdaki tüm nesnelere karşı çoğunlukla güçlü bir bütünlük hissi hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Abartılı olan veya gerçek olmayan şeylere dahi, genellikle başkalarını inandırabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamın kuralları olduğunu ve hiç kimsenin acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başkalarından daha çok zengin olmak istemem.	D	Y

95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra dahi, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için çoğu kimseden genellikle daha çok zorlanırım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek yada birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılandığımda etkisinden çok çabuk kurtulurum.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olduğum zamanlarda, işlerdeki değişikliklere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşlerin eski yapılış tarzını değiştirmeden önce, genellikle çok iyi ve gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman harcamama karşın pek başarılı olmasam dahi, çoğu kez aynı şeyi yeniden defalarca denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y

121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incittiğinde, intikam almaktansa kibar davranmayı tercih ederim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi hissedirim.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. aşkaları pek tehlikeli olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkalarının benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal yakınlığım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha fazlasını beklese dahi, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında, benden daha çok şey bilmelerinden, genelde rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böyle onları daha iyi anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. İşler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere daldığım için, kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hissedirim.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y

145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler dahi, endişeye kapılarak yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırıyorum ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel durumlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkaları memnun olacak diye kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin, ticari kurallarda çok etkili olması gerektiğine inanmam.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarım, amaçlarıma ulaşmakta çoğunlukla engel olur.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi kişisel fedakarlıkları gerçekten de yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımla, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y

172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	<u>Y</u>
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Olağandışı şeyleri algılayabildiğime, hissettiğime inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Yaşamım için koyduğum belli amaçlar, davranışlarıma güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle, başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı hissettiğimde, kuralları ve düzenlemeleri çoğu kez ihlal ederim.	D	Y
184. Ayartıcı durumlara karşı kendime güvenebilmem için, iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk karar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım şeylerde, şansım genellikle açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli diye nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) kolayca yapabileceğime dair genellikle kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın, var olan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y

<u>200.</u> Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymış hissine kapılırım.	D	<u>Y</u>
201. Arkadaşlarla birlikteyken dahi, duygularımı çok fazla açmamayı tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, tüm gün boyunca genellikle bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için dahi olsa, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldirmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlarım ya da yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelemeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y

223. Yaşamda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğim zamanlarda, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olmak daha iyi hissetmeme neden olur.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşamayan birisiyle duygularımı paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başkalarından daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra dahi, çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

Köse, S. ve Sayar, S. (2004).

EK-4

FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ (FOTÖ-DAS)

Aşağıda insanların davranışlarını zaman zaman etkileyebilen bazı tutular, inançlar düşünceler verilmiştir. Lütfen bu inançlara, tutumlara, düşüncelere ne kadar katıldığınızı, cümlelerin yanında verilmiş olan 1-7 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz.

1= %0 katılıyorum; 2= %10 Katılıyorum; 3= %20 Katılıyorum; 4= % 40 Katılıyorum; 5= % 60 Katılıyorum; 6= % 80 Katılıyorum; 7= %100 katılıyorum

Tutular (Ne kadar katılıyorsunuz?)	1 %0	2 %10	3 %20	4 %40	5 %60	6 %80	7 %100
1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya da çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.							
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.							
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.							
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.							
5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.							
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.							
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunu hayranlığımı kazanmalıyım.							

	1 %0	2 %10	3 %20	4 %40	5 %60	6 %80	7 %100
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.							
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.							
10. İnsan bir işi iyi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.							
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım her işte başarılı olmam gerekir.							
12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.							
13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.							
14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek bir fark yoktur.							
15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi onlara tümüyle açmamalıyım.							
16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.							
17. Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.							
18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.							
19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük bir ölçüde belirler.							
20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.							
21. En azından bir yönümler başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.							

	1 %0	2 %10	3 %20	4 %40	5 %60	6 %80	7 %100
22. İnsanın değerli biri olması için iyi fikirleri olması gerekir.							
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.							
24. Benim için önemli olan, başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendim hakkımdaki düşüncelerimdir.							
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.							
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.							
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.							
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği, başka insanların olması gerekir.							
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.							
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.							
31. Bana zarar verebileceklerini düşündüğümünden diğer insanlara güvenmem.							
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe, mutlu olamazsın.							
33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.							
34. Mutluluğum kendimden çok, diğer insanlara bağlıdır.							
35. Diğer insanlar beni ve yaptıklarımı onaylamadıkça mutlu olamam.							
36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar.							

	1 %0	2 %10	3 %20	4 %40	5 %60	6 %80	7 %100
37.Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu alabilirim.							
38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.							
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.							
40.Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.							

Şahin, N.H., Şahin, N. (1992). How dysfunctional the dysfunctional attitudes in another culture?. British Journal of Medical Psychology, 65, 17-26

EK-5

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODÖ-ATQ)

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi

4. Sık sık aklımdam geçti

2. Ender olarak aklımdan geçti

5. Hep aklımdan geçti

3. Arada sırada aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5

16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

EK-6

BECK DEPRESYON ENVANERİ (BDE-BDI)

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

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

- 7 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 8 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 9 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 12 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 13 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 14 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 15** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 16** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 17** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 18** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 19** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 20** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

EK- 7

ETİK KURUL ONAY BELGESİ



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.etk.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakter Arasındaki İlişkiler			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Haluk ARKAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Klinik Psikoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Klinik Psikoloji AD.			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon <input type="checkbox"/>		Yüksek Doz Araştırması <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı <input type="checkbox"/>		
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	18.04.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hasta + Kontrol Grubu)	-		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 13-5/16	Tarih: 14.08.2013			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.				

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Kaan KAVAKLI				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	



Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
22	28.09.2011/05	1/2



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 13-5/16				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	E.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Hasan PETEK Üye	Hukuk	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİDİR
EÜTF Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu Rev. Tarihi / No.su: Sayfa
22 28.09.2011/05 2/2

EK-8
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakter Arasındaki İlişkilerinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvurmuş ve Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde veya servislerinde size verilecek olan ölçekleri doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak, uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmamak ancak zorunlu olarak ilaç almak durumunda kalındığında mutlaka sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek, araştırmacının önerilerine uymak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 120'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 45 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Katıldığınız araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu çalışma, yalnızca araştırma amaçlı olduğu gibi doğrudan yarar görülmesi ya da tedavinin seyrinin değişmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada yapılacak herhangi bir uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama koşullarının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0554 212 71 09 no.lu telefondan Arş. Gör. Ceren GÖKDAĞ' a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum Ege Üniversitesi'dir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

30.05.1989 tarihinde İzmir’ de doğdum. 2006 yılında Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü’ nü kazandım ve 2011’ de mezun oldum. Eğitimime ara vermeden aynı üniversitede Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı’ na başladım. Lisans ve lisansüstü eğitimim sırasında TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı’ ndan burs aldım. Lisansüstü eğitimimin devam ettiği sırada, Ocak 2013’ de, Afyon Kocatepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü’ nde ÖYP Araştırma Görevlisi olarak işe başladım. Şu anda Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümünde aynı görevde çalışmaktayım.

Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler ve Makaleler

Gökdağ, C. ve Arkar, H. (Temmuz 2014). *The Examination of the Relationship between Temperament and Character Dimensions and Dysfunctional Attitudes in Terms of Diagnosis of Depression* [Poster]. 28th International Congress of Applied Psychology (ICAP), Paris.

Gökdağ, C. ve Kaçar, S. (Temmuz 2014). *An Assessment of the Validity and Reliability of the Automatic Thoughts Questionnaire in Depressive and Control Group* [Poster]. 28th International Congress of Applied Psychology (ICAP), Paris.

Erdoğan, Z. ve Gökdağ, C. (Temmuz 2014). *The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Personality: A Comparative Study According to Depressive Mood State* [Poster]. 28th International Congress of Applied Psychology (ICAP), Paris.

Kaçar, S. ve Gökdağ, C. (Temmuz 2014). *Direct and Indirect Measure of Death Anxiety: Stroop Task Sample with People Having Cardiovascular Disease* [Poster]. 28th International Congress of Applied Psychology (ICAP), Paris.

Örs, O. P., Tokdemir, M., Perçinel, İ., Belirgan, S., Gökdağ, C., Öngel, K. ve ark. (2014). Psikiyatri Servisinde Fibromiyaljisi Olan Bir Hasta: Olgu Sunumu. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 3 (1), 54-56.

ÖZET

Depresyon, kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Bilişsel modele göre bu bozukluk, bireylerin yaşamlarının erken evrelerinde oluşturdukları yanlış inançlarından kaynaklanmaktadır. Diğer yandan; depresyonun bazı kişilik özelliklerinden etkilenebileceği de araştırılan konulardandır. Keza psikobiyojik kişilik modeline göre, doğuştan getirilen mizaç ve yaşamın erken yıllarında oluşan karakter boyutları, kişileri depresyona yatkın hale getirebilmektedir. Bu kişilik özellikleri bireylerin kendileri, diğerleri ve dünyayla ilgili inançlarını ve tutumlarını da etkileyebilir. Buradan hareketle, bu araştırmanın temel amacı, bilişsel kuram ile psikobiyojik kişilik modeli arasında ilişki olup olmadığını incelemektir. Bu amaçla, bilişler ve mizaç karakter özellikleri, depresyon tanılı hasta grubunda (n=127) ve karşılaştırma yapabilmek için kontrol grubunda (n=128) incelenmiştir.

Sonuçlara göre, hasta grubunun kontrol grubundan daha yüksek zarardan kaçınma ve daha düşük kendini yönetme, işbirliği yapma ve sebat etme puanı olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta grubundaki kişilerin kontrol grubundakilere göre daha fazla depresyonla ilgili temel inanç, fonksiyonel olmayan tutum ve otomatik düşüncelerinin olduğu görülmüştür. Regresyon analizlerine göre, depresyon tanılı bireylerin zarardan kaçınma ve kendini yönetme kişilik özellikleri; fonksiyonel olmayan tutumlarını ve otomatik düşüncelerini yordamaktadır. Ayrıca, depresyon tanılı bireylerin zarardan kaçınma, kendini yönetme, temel inanç, fonksiyonel olmayan tutumlar ve otomatik düşüncelerden aldıkları puanların tümü, Beck depresyon puanlarını yordamada başarılı olmuştur.

Sonuç olarak; bu çalışma, bilişsel kuram ile psikobiyojik kişilik modelinin, depresyonu açıklamak için birlikte ele alınabileceğini göstermektedir. Buna göre, zarardan kaçınma ve kendini yönetme özelliklerinin depresyon için risk faktörü olduğu söylenebilir. Araştırmanın sonuçlarından yola çıkılarak, depresyonu önleme çalışmaları yapılabilir. Ayrıca bu mizaç ve karakter özellikleri dikkate alınarak depresif bireylere yönelik olan bilişsel psikoterapilerin etkililikleri artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, fonksiyonel olmayan tutumlar, otomatik düşünceler, biliş, kişilik, mizaç, karakter.

ABSTRACT

Depression is a serious mental disorder that affects person's life negatively. According to the cognitive model, this disorder arises from misbeliefs created by persons in early phases of their lives. However; it is also researched that depression may be affected from some personality traits. Likewise, according to psychobiological personality model, congenital temperament and character dimensions that develop in the early periods of life may render people prone to depression. These personality traits may affect people's attitudes and beliefs related to themselves, the others and the world. Thus, the main purpose of this study is analysing whether there is a relation between the cognitive theory and psychobiological personality model or not. To that end, cognitions and temperament character traits were analysed in a depression diagnosed patient group (n=127) and in a control group (n=128) for making comparison.

According to the results obtained, it was seen that the patient group had higher harm avoidance and lower self-directedness, cooperativeness and persistence. Moreover, it was seen that the persons in the patient group had more core beliefs, dysfunctional attitudes and automatic thoughts related to depression, comparing to the control group. According to regression analyses, the harm avoidance and self-directedness character traits of depression diagnosed individuals predict their dysfunctional attitudes and automatic thoughts. Besides, the entire points got by depression diagnosed individuals from harm avoidance, self-directedness, core belief, dysfunctional attitudes and automatic thoughts worked out in predicting Beck depression score.

Consequently; this study shows that the cognitive theory and psychobiological personality model may be used together for explaining depression. Accordingly, it can be said that harm avoidance and self-directedness were the risk factors for depression. Based upon the results of the research, it can be made works for preventing depression. Moreover, the effectiveness of cognitive psychotherapy intended to depressive people can be increased by taking these temperament and character traits into consideration.

Key Words: Depression, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, cognition, personality, temperament, character.