



ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DEPRESYON TEDAVİSİNDE METAKOGNİSYON EĞİTİMİ
GRUP TERAPİSİNİN (D-MKT) TÜRK KÜLTÜRÜNDEKİ
ETKİNLİĞİ

KAMBER OKYAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç.Dr. CUMHUR TAŞ

İstanbul, 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DEPRESYON TEDAVİSİNDE METAKOGNİSYON EĞİTİMİ
GRUP TERAPİSİNİN (D-MKT) TÜRK KÜLTÜRÜNDEKİ
ETKİNLİĞİ

KAMBER OKYAY

154102136

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç.Dr. CUMHUR TAŞ

İstanbul – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102136
Öğrenci Adı Soyadı	: Kamber Okyay
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç.Dr.Cumhur Taş
Tezin Başlığı	: Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi Grup Terapisinin (D-MKT) Türk Kültüründeki Etkinliği

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 17.11.2017	Saati	: 13:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Cumhur Taş	
Üye	Doç. Dr. Barış Metin	
Üye	Doç. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi Grup Terapisinin (D-MKT) Türk Kültüründeki Etkinliği ’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../....

Kamber OKYAY

İmza:

TEŞEKKÜR

Tez alıŐma sűrecimde bana Tűrkiye’de ilk kez yapılan bu çalıŐmanın iznini veren Dr. Lena JELINECK ve Prof.Dr. Steffen MORITZ’e,

İlgi, destek ve yardımlarından dolayı Uz.Psk. Çiğdem DEMİRSOY, Uz.Psk. Yıldız BURKOVİK ve Uz.Psk. Gűlin ŐENYUVA baŐta olmak űzere NP İstanbul Beyin Hastanesi yűnetimi ve tűm ekibine,

Yardım ve desteklerini esirgemeyen ve beni tez çalıŐma sűresi boyunca motive eden Psk. Kűbra Gizem TARHAN, Psk. Őzge KARAMAN ve Psk. M.Fatih ERTEN’e

Tez ile ilgili ilk gűrűŐmemizden itibaren bana daima gűven veren, yol gűsteren, ufkumu geniŐletip aydınlatan, zorlandığımda ya da bazı problemler yaŐadığımda motivasyon aŐılayan, zaman zaman bir arkadaŐ gibi destek olan, űğrencisi olduğum için kendimi daima Őanslı hissettiğim Sayın Doç.Dr. Cumhuri TAŐ’a,

Hayatımın her alanında olduđu gibi tez hazırlama sűrecimde de beni yalnız bırakmayıp, her anlamda destek olan canım kardeŐim Emine OKYAY EKEN’e sonsuz teŐekkűrlerimi sunuyorum.

(OKYAY, Kamber, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

DEPRESYON TEDAVİSİNDE METAKOGNİSYON EĞİTİMİ GRUP TERAPİSİNİN (D-MKT) TÜRK KÜLTÜRÜNDEKİ ETKİNLİĞİ

ÖZET

Bu araştırmada depresyon hastalığı tedavisinde metakognisyon eğitimi grup terapisinin Türkiye’deki tedavi edici etkinliğini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçla Np İstanbul Beyin Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan 60 hasta (n= 25 erkek n=35 kadın) ile yürütülen çalışmada 30 hastaya D-MKT uygulanmış, 30 hasta da kontrol grubu olarak ele alınmıştır. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri, Üstbilis Ölçeği, Rumi-Olumlu Ölçeği, Rumi-Olumsuz Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Ön test-son test kontrol gruplu deneysel desen ile yürütülen yarı deneysel nitelikteki çalışmamızdaki istatistiksel değerlendirmeler SPSS For Windows 24.00 paket programı ile yapılmıştır. D-MKT tedavi ve kontrol grupları arasındaki ön test ölçüm farklılıklarını belirlemek için Mann Whitney U testi kullanılmış olup, Cohen’s d ve Eta kare yöntemleriyle bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etki büyüklüğü değerleri incelenmiştir. Kovaryans analizi (ANCOVA) ile ön test ve son test puanlarına bağlı olarak D-MKT tedavi ve kontrol grubunun son test ölçümleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı test edilmiştir. İlişkili örneklem tek yönlü varyans analizi ile ön ve son test ölçümler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. İlişkili örneklem iki yönlü varyans analizi ile D-MKT tedavi ve kontrol grupları arasındaki ön test ve son test ölçümler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi ile ön test ölçümlerine bağlı olarak D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların demografik değişkenlere göre farklılıkları incelenmiştir. D-MKT tedavi ve kontrol grubu karşılaştırılması itibariyle Beck Depresyon Ölçeği ve Üstbilis Ölçekleri üzerinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Rumi-Olumlu Ölçeği, Rumi-Olumsuz Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği ve Özyeterlilik Ölçeği verileri itibariyle D-MKT tedavi grubunun kontrol grubuna göre anlamlı ve kuvvetli biçimde tedavi edici nitelikte farklılık ortaya koyduğu saptanmıştır. D-MKT’nin depresyondaki bilişsel belirtiler üzerinde tedavi edici nitelikte oldukça etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, Metakognisyon, Terapi, Ruminasyon, Biliş, D-MKT



ABSTRACT

(OKYAY, Kamber, Master of Science Thesis, 2017)

The Role of Metakognition Training Group Theraphy for the Treatment of Depression in Turkish Culture

In this research, it is aimed to examine the curative mechanism of metakognition group theraphy for the depression treatment in Turkey. For this purpose, in the study conducting with 60 in-patients (n=25 men n=35 women) who are in NP Istanbul Brain Hospital, D-MCT was carried out to 30 patients, the other 30 patients were dealt with as a control group. The data of the reserach were obtained via Sociodemographic Data Form, Back Depression Scale, Metacognition Scale, Scale of Rumi Positive Experience, Scale of Rumi Negative Experience, Ruminative Responses Scale and Self-Efficacy Scale. Statistical evaluations in our quasi-experimental study, which are conducted by experimental design including preliminary test – proof positive control group were carried out by SPSS for Windows 24.00 package. To determine preliminary test differences between the D-MCT treatment and control group, Mann Whitney U test was used besides, the influence quality values of independent variables on dependent variable were examined via Cohen's d Eta Squared methods. Via analysis of covariance (ANCOVA), depending on preliminary test and proof positive points, whether there are any differences in proof positive measurements of D-MCT treatment and control group or not were determined. By the related sample one-way analysis of variance the differences between the preliminary test and proof positive measurements were examined. Via the related sample two-way analysis of variance, the differences between the preliminary test and proof positive measurements of D-MCT treatments and control group were viewed. By the independent sample two-way analysis of variance and the differences accordingly demographic variables of patients in D-MCT treatment and control groups were examined depending on preliminary test measurements. By the comparison of D-MCT treatment and control group a significant difference could not be determined between the Beck Depression Scale and Metacognition Scales. Via the data of Scale of Rumi Positive Experience, Scale of Rumi Negative Experience, Ruminative Responses Scale and Self-Efficacy Scales, it was appointed that D-MCT treatment group revealed a significant and strong difference in terms of curative feature

considering the control group It was determined that D-MCT has very efficient curative characteristics on cognitive symptoms during depression.

Keywords: Depression, Metacognition, Therapy, Rumination, Cognition, D-MCT



TABLÖLAR

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Tablo 2. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 3. Ölçeklerin Ön Test Puanlarına Göre D-MKT Tedavi ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo 4. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Yaşlarına Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Beck Depresyon Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Tablo 13. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Tablo 14. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Tablo 15. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Tablo 16. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Tablo 17. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları



KISALTMALAR

MKT : Metakognitif terapi

D-MKT : Depresyonda Metakognisyon Eğitimi Grup Terapisi

APA: Amerikan Psikiyatri Derneği

BDE : Beck Depresyon Envanteri

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ICD : Hastalıkların Uluslar arası Sınıflandırılması Sistemi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

MCQ/ÜBÖ : Üstbilişler Ölçeği,

Rumi-Olumlu : Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Rumi-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

RTÖ-KF/RS : Ruminatif Tepkiler Ölçeği

İÇİNDEKİLER

Etik Kurul OnayFormu.....	i
Yemin Metni	ii
Teşekkür.....	iii
Özet.....	iv
Abstract.....	vi
Tablolar.....	viii
Kısaltmalar.....	x
İçindekiler.....	xi
I GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	4
1.3. Problem.....	4
1.4. Araştırmanın Alt Problemleri	4
1.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	4
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.8. Tanımlar	5
1.8.1. Depresyon	5
1.8.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	6
1.8.3. Biliş.....	6
1.8.4. Metakognisyon	6
1.8.5. Metakognisyon Eğitimi.....	7
II LİTERATÜR BİLGİSİ	8
2.1. Depresyon	8
2.1.1. Depresyonun Tarihçesi.....	9
2.1.2. Depresyon Tanı Ölçütleri Ve Belirtiler	11
2.1.2.1. Belirtiler ve Bulgular.....	13
2.1.2.1.1. Genel Görünüm	13
2.1.2.1.2. Duygulanım ve Duygudurum	14

2.1.2.1.3. Bilişsel Yetiler	14
2.1.2.1.4. Düşünce Süreci ve İçeriği	14
2.1.2.1.5. Davranış	16
2.1.2.1.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler.....	16
2.1.3. Epidemiyoloji	17
2.1.4. Etiyoloji.....	19
2.1.4.1. Kalıtım	19
2.1.4.2. Biyolojik Etkenler	20
2.1.4.3 Psikososyal Nedenler	22
2.1.4.4. Depresyonun Nedenleri Üzerine Farklı Psikolojik Yaklaşımlar.....	23
2.1.4.4.1. Psikanalitik Kuram ve Depresyon	23
2.1.4.4.2. Davranışçı Kuram ve Depresyon.....	25
2.1.4.4.3. Bilişsel Kuram ve Depresyon	26
2.1.4.4.4. Bağlanma Kuramı ve Depresyon	27
2.1.4.4.5. İnsancıl Kuram ve Depresyon.....	28
2.2. Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi	28
2.2.1. Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi Grup Terapisinin İçeriği.....	32
III YÖNTEM	36
3.1 Araştırma Modeli.....	36
3.2 Evren ve Örneklem	36
3.3. Veri Toplama Araçları	37
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	37
3.3.3. Üstbilişler Ölçeği	38
3.3.4. Ruminatif Tepkiler Ölçeği	38
3.3.5. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği	38
3.3.6. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği	39
3.3.7. Özyeterlilik Ölçeği	40
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	40
IV BULGULAR	41
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler	41
4.2. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	43

4.3. Ölçeklerin Ön Test Puanlarına Göre D-MKT Tedavi ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması	45
4.4. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Yaşlarına Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
4.5. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması	48
4.6. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
4.7. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
4.8. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
4.9. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
4.10. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
4.11. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
4.12. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Beck Depresyon Puanlarının Kovaryans Analizi	55
4.13. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi	55
4.14. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Kovaryans Analizi	57
4.15. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi	58
4.16. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi.....	59
4.17. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi.....	60
V TARTIŞMA.	62
VI SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1.Sonuç	72
6.2. Öneriler	73
KAYNAKÇA	74
EKLER	82

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	82
EK-2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE	83
EK-3: ÜBO-30 ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ.....	88
EK-4: RS- RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ	89
EK-5: RUMİNASYONLAR HAKKINDA OLUMLU İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ	90
EK-6 : RUMİNASYONLAR HAKKINDA OLUMSUZ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ.....	92
EK-7: ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ-FATMA YILDIRIM ,İNCİ ÖZGÜR İLHAN	94
ÖZGEÇMİŞ	96



I

GİRİŞ

Depresif duygudurum sağlıklı insanlarda hoş gitmeyen ya da moral bozukluğuna neden olan günlük yaşam olayları karşısında ortaya çıkan, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, hayatın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak psikiyatride ruhsal bir hastalık olarak değerlendirilen depresif bozukluk, günlük yaşam olayları karşısında verilen sıradan duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını oldukça kötü yönde etkileyen, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (Öztürk, 2004).

Günümüzde depresyon tedavisinde kullanılan yöntemler depresyonda rol alan etkenlere paraleldir. Biyolojik değişikliklere dönük olarak birincil düzeyde müdahale yöntemi ilaç ve diğer bedensel tedavilerdir (Elektrokonvülsif Terapi-EKT gibi).

Depresyon psikoterapisinde aralarında geleneksel psikanalizin de bulunduğu birçok tedavi yaklaşımı kullanılmıştır. Ancak modern psikiyatride özgün olarak depresyon tedavisinde kullanılan ve etkinliği gösterilmiş olan üç psikoterapi türü vardır: Beck'in bilişsel terapisi, Klerman ve Weisman'ın kişilerarası terapisi ve Lewinshon ve Belleck tarafından geliştirilmiş olan davranışçı depresyon terapisi. Bu psikoterapi yaklaşımlarından psikodinamik yaklaşımın dışındakiler, yapılandırılmış olmalarının yanı sıra terapist ve hastanın işbirliklerini ve terapistin tedavi sürecine aktif ve yön verici katılımını gerektirmektedir (Stravynski A,Greenberg D., 1992).

Ellis'in geliştirdiği Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi, Beck'in geliştirdiği Bilişsel Terapi ve Davranışçı Terapi'nin bütünleşmesiyle ortaya çıkan Bilişsel Davranışçı Terapi ruhsal rahatsızlıkların kavramlaştırılmasında ve tedavisinde düşünceyi merkeze alır (Türkçapar, 2015).

Bir psikopatoloji ve psikoterapi kuramı olarak Bilişsel Kuram psikolojik sorunlarda bilişsel işlemlere vurguda bulunur. Burada kastedilen bilişsel işlev klinik anlamda kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, düşünceleri ve değerlendirmeleridir (Gürün, 1991).

“Metakognisyon”, Metakognitif Terapi (MKT) tarafından ağırlıklı olarak ele alınan bir kavramdır. MKT açısından metakognisyonun anlamı, düşünce hakkındaki düşüncelerimizdir. Diğer bir deyişle ‘üstbilis’ ya da ‘metabilis’ olarak da tanımlanabilecek olan metakognisyonlar, düşünce ve duygu gibi içsel uyarıların önemi, anlamı, tehlikesi, gerekliliği ya da gereksizliği ile ilgili yorumlardır. Örnek olarak; “ben aptallık ettim” düşüncesi bir kognisyon ise, “bu düşünceye sahip olmamalıyım”, “bu düşünce doğru, yanlış ya da tehlikeli” şeklindeki düşünceye ilişkin yorumlar da metakognisyonudur.

Ruhsal bozuklukların temel tanısal kriterini oluşturan psikolojik ve somatik semptomların yanı sıra, depresyon adaptif olmayan kognitif inanışlarla ve önyargılarla karakterizedir. Bugüne kadar yapılmış araştırmalarda, sonuçları kesinleşmemiş olmakla birlikte, depresif semptomların kognitif önyargıların değiştirilmesi üzerinden azaltılabileceği görüşü oluşmuştur (Driessen,E., Hollon, 2010).

Moritz tarafından geliştirilen metakognitif eğitim, genel düşünme mekanizmalarını metakognitif bakış açısı ile ve aynı zamanda disfonksiyonel düşünceleri kognitif bakış açısı ile ele alarak bozukluğa özgü kognitif önyargıları değiştirip, düzeltmeyi hedefler. Moritz’in metakognitif eğitime bakış açısı, hem kognisyonları hem de metakognitif inanışları hedeflemesiyle ve Wells’in girici düşüncelerin özel içeriğini ele almamasıyla kıyaslandığında metakognitif terapinin temel sayıltılarından farklıdır. Bu nedenle Moritz’in metakognitif eğitimi genel bilişsel davranışçı terapi tedavi yaklaşımıyla tamamen uyumludur. Hem kognitif hem de metakognitif perspektifleri kabul edip, bunların dışlayıcı değil aksine tamamlayıcı olduğu görüşünü savunur.

Mevcut çalışma, hastalığa özel kognitif önyargılara, multimedya sunumlarıyla desteklenen içerikle, depresyona eşlik eden genelde otomatik ve bilinçsiz düşünce modellerinin hastalar tarafından tanınması ve düzeltilmesini amaçlayan depresyonlu bireylerin belirli sorunları için özelleştirilmiş Depresyon Tedavisi için Metakognitif Eğitimi (D-MKT) grup terapisi uygulamasının etkinliğini test etmeyi amaçlamaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Literatüre bakıldığında disfonksiyonel bilişsel stratejilere ve bozulmalara, depresyonun gelişmesi ve devam etmesi konusunda önemli bir rol atfedilmektedir. Bunlar bir yandan bilişsel davranışçı terapide kullanılan “bilişsel çarpıtmalarla”, diğer yandan temel nöropsikolojik araştırmalar çerçevesinde nesnelleştirilen depresyonla ilgilidir (örn: hafızanın olumsuz içeriğe eğilimli olması). Bununla birlikte nöropsikolojik veriler mevcut psikoterapötik tedavi seçeneklerinde pek dikkate alınmamaktadır. Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi (D-MKT) bu boşluğu kapatmayı amaçlayarak yapılandırılmıştır. Sekiz modülde ve beş ana başlık altında yapılandırılmış olan D-MKT, metakognitif perspektifi kabul eden bilişsel davranışçı terapinin bir türevi olarak kavramsallaştırılmıştır. D-MKT metakognitif bakış açısına yoğunlaşmasıyla, depresyonla ilgili çok çeşitli kognitif önyargıları (bilişsel çarpıtmaları) sistematik bir şekilde ele alan ilk özelleştirilmiş müdahaleyi temsil etmektedir.

D-MKT yapılandırılmış uygulamasının içeriği; Düşünme ve Akıl Yürütme başlığı adı altındaki dört modülde zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, -meli/malı tarzı düşünce, olumluyu yok saymak, siyah/beyaz tarzı düşünce, büyütme ve küçültme, atıf yanlışlığı, sonuca atlamak, zihin okuma ve falcılık kavramlarıyla tanımlanmakta olan bilişsel çarpıtmaları işlemektedir. Ayrıca Bellek ve Duygudurum, Özgüven ve Duygudurum, Davranışlar ve Stratejiler ile Duyguların Algılanması başlıkları ile metakognitif içeriğe yönelik bir eğitimi kapsamakta olan D-MKT yurtdışı literatürde depresyon hastaları için düşük eşikli ve kolay uygulanabilir bir müdahale olarak ortaya konmaktadır.

Türkiye’de ilk uygulama olma özelliğini taşıyan bu çalışma ile D-MKT uygulamasının depresyonun tedavisindeki ve depresif semptomlar üzerindeki etkinliğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile D-MKT içeriğindeki konuların depresyon tedavisindeki öneminin belirlenmesi başta olmak üzere Türkiye’de depresyon tedavisine yönelik psikoterapötik uygulamalara ve literatüre katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Bireylerde üstbilişe ve disfonksiyonel kognitif süreçlere yönelik farkındalık oluşturup, depresyona özgü bozuk düşünce biçimlerinin düzeltilmesine odaklanarak depresyonu tedavi etmeye yönelik olarak yapılandırılmış olan Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi (D-MKT) grup terapisi uygulaması Türkiye’de bu çalışma ile ilk kez gerçekleştirilmiş olacaktır. Bu ilk çalışmanın literatüre ve daha sonra yapılacak olan depresyon tedavisi uygulamaları ve metakognitif eğitim odaklı tedavilere yönelik yol gösterici olması açısından da oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3. Problem

Bu araştırmanın problem cümlesi “Depresyon tedavisinde metakognisyon eğitimi (D-MKT) grup terapisinin Türkiye’deki uygulamasının tedavi edici etkinliği var mıdır?” olarak belirlenmiştir.

1.4. Araştırmanın Alt Problemleri

1. D-MKT uygulaması depresyon tanısı almış hastaların üstbiliş özelliklerini etkilemekte midir?
2. D-MKT uygulaması depresyon tanısı almış hastaların ruminatif düşünme biçimi üzerinde etkili midir?
3. D-MKT uygulaması depresyon tanısı almış hastaların özyeterlilik algıları üzerinde etkili midir?

1.5. Araştırmanın Sayıltıları

1. Araştırmaya katılan hastalar, uygulanan ölçekleri, kişisel özelliklere ve bilgilere ilişkin soruları samimiyetle ve doğru olarak cevaplamışlardır.
2. Araştırmanın ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir (Ölçme araçlarının güvenilirliği asıl analizler öncesi kontrol edilmiştir).

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma sonuçları, çalışmaya katılan depresyon hastalığı tanısı almış 60 kişinin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

2. Bu araştırma Sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri, Üstbilis Ölçeği, Özyeterlilik Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği, Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeğine verilen cevaplar ve sonuçları ile sınırlıdır.

1.7. Araştırmanın Hipotezleri

1. D- MKT tedavisi görenler kontrol grubuna göre tüm ölçeklerde ön-teste kıyaslandığında anlamlı iyileşme gösterir.

2. Yaş, cinsiyet, hastalık şiddeti (BECK), önceki hastalık öyküsü ön-test üstbilis kapasitesi tedavi sonrası iyileşmenin öngörücüsüdür. Bu öngörücülük kontrol grubuna kıyas ile D-MKT grubunda daha belirgindir ya da özgüdür.

1.8. Tanımlar

1.8.1. Depresyon

Depresyon, kişinin kendini yetersiz hissetmesi, çok uyuma ya da az uyuma, iştahında meydana gelen çeşitli değişimler, ağlama krizleri, ilgi kaybı, kendini yoğun biçimde çaresiz ve çökkün hissetmesi, dikkat toplamada, gerçekçi ve makul düşünebilmekte güçlük yaşaması ve suisid düşünceleri gibi yakınmalarla beliren psikiyatrik bir bozukluktur. Kişiyeye depresyon tanısı koyabilmek için belirtilen semptomların en az bir kaçının iki haftadan uzun bir süre boyunca devam etmesi gerekmektedir. Bu belirtilerin uzun süre devam etmesi halinde kişinin sosyal çevresindeki ilişkileri ve sosyal işleyişi bozulmakta olup işlevselliği de bundan önemli ölçüde etkilenmektedir (Poslusny, 2000).

1.8.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Yaşam deneyimleri ile başedebilme yeterliliğini ve kişinin içsel uyumunu bozan, insanda acı yaratan uygunsuz ve aşırı duygusal reaksiyonlar üreten uyumsuz düşünceleri tanıyıp, anlamayı ve değiştirmeyi amaçlayan terapi (Beck,1976).

Beck'in modelinde yoğun olumsuz duygulanımlarının (psikolojik rahatsızlıkların) meydana gelmesinde öncelikle bilişler yükümlüdür. Yoğun olumsuz duygulanımın oluşmasına sebebiyet veren bilişsel yapılar, “Bilişsel Üçlü” , ‘Bilişsel Şemalar’ ve ‘Bilişsel Hatalar’ dır (Beck,1976).

Bilişsel kuram bireyin yaşantılarını yorumlama biçiminin duyguları, eylemleri, genel olarak psikolojik işlevselliği üzerine önemli bir etkisinin olduğu varsayımına dayalıdır. Bu kurama göre insanın dünyaya bakış tarzını ve yorumlarını belirleyen bilişsel yapıda yer alan beklentiler ve inançlar çarpıksa veya işlevsel değilse kişi sorunlar yaşamaya başlar (Türkçapar,2015).

1.8.3. Biliş

Biliş, duyar ve algılardan gelen verilerin işlenerek bunlara ilişkin geliştirilen yöntemler ve planların ortaya çıkardığı dil, problem çözme ve düşünme gibi karmaşık süreçlere verilen addır (Türkçapar,2015).

1.8.4. Metakognisyon

Metakognisyon, özel bir düşünme ve kavrama kategorisine karşılık gelen bir terimdir. Metakognisyon yani üst-biliş; biliş ile ilgili biliş; düşünce hakkındaki düşüncedir (Fisher, Wells, 2009).

Kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi ve kendi bilişsel süreci üzerindeki ikincil bilişsel değerlendirmesi metakognitif süreci tanımlamaktadır (Tosun ve Irak, 2008).

Adrian Wells ve arkadaşları tarafından ortaya koyulan Metakognitif Terapi (MKT) gündeme gelene kadar metakognisyona ilişkin yürütülen araştırmalar, büyük ölçüde gelişim psikolojisi ve insan hafızası hakkındaki araştırmalar ile sınırlı olmuştur.

Wells, böylece metakognisyonu açık bir biçimde ön plana çıkaran genel bir psikopatoloji kuramı geliştirmiştir (Fisher, Wells, 2009).

1.8.5. Metakognisyon Eğitimi

Metakognisyon Eğitimi, genel düşünme mekanizmalarını metakognitif bakış açısı ile ve aynı zamanda disfonksiyonel düşünceleri kognitif bakış açısı ile ele alarak bozukluğa özgü kognitif önyargıları değiştirip, düzeltmeyi hedefleyen, her biri 60 dk olan 8 oturumdan oluşan grup psikoeğitimidir.



II

LİTERATÜR BİLGİSİ

2.1. Depresyon

Kişinin kendini çökkün, karamsar hissetmesi ve yaşamında önemli işlevsellik kayıpları yaşaması gibi durumlarda kullanılan sözcüğe depresyon denmektedir. Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depressus” yani aşağı doğru bastırmak, çekmek, yorgun, kederli ruh halinde olmak anlamına gelmektedir (Altuntaş 2015).

Dünya sağlık örgütüne göre depresyon-depresif duygudurumunun tanımı; depresif ruh hali, bir şeyler yapmaya yönelik isteksizlik, halsizlik, iştahın azalması, cinsel istekte azalma vb belirtiler gösteren, sık sık karşılaşılma olasılığı olan mental bir hastalıktır (The World Health 2001).

Depresyonun açıklamasının odak noktasını üzgün duygudurum, azalmakta olan keyif alma düzeyi oluşturmaktadır. Duygudurum değişikliği depresyonun en önemli göstergesi olarak düşünülmektedir. Acı ve keder duygusu, hoş olmayan olay ve durumlara karşı aşırı hassasiyet geliştirmek, mutluluk vermesi beklenen durumlara karşı duyarsızlaşma, beklenti düzeyinde azalma ve affekte küntleşme olarak tanımlanabilir (Klein 1986).

Duygu durum, kişinin davranışını etkileyen ve varoluşuyla ilgili algısına rengini veren yaygın ve sürekli duygu veya hissetme tonu olarak tanımlanabilir. Duygu durumu tanımlayıcı nitelikte çeşitli sıfatlar kullanılmaktadır: depresif, üzgün, irritabl, kederli, eleve, öforik, manik, çökkün vb. bu sıfatlamaların bazıları doğrudan klinisyen tarafından gözlenebilir (ör: mutsuz yüz) bazıları ise sadece o duygu durumu yaşayan kişi tarafından hissedilebilir (ör: umutsuzluk). Duygu durum labil ve inişli çıkışlı olabilir, iki uç arasında dalgalanma ve dönüşüm gösterebilir. Duygu durum bozukluklarının diğer belirti ve bulguları aktivite düzeyi, bilişsel yetiler, konuşma ve vejetatif işlevlerde değişiklikleri içerir. Bu bozukluklar hemen her zaman kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevselliği bozar (Kaplan, Sadock. 2016).

Duygu durum bozuklukları, birtakım belirtilerden ve bileşimlerden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayan, bireyin sahip olduğu işlevselliğinin belirgin bir şekilde değiştiği, dönemsel ya da döngüsel bir şekilde yinelemeye eğilimi olan ruh hali sendromları olarak tanımlanmaktadır (Rihmer ve Angst, 2007).

Yaşam boyu görülme sıklığı % 1,5 ile % 19 arasında değişen depresyon, uygun tedavi şartları sağlanmadığı durumda hem maddi hem manevi olarak yüksek maliyeti ve tedavi hizmetleri oranları ile çok ciddi toplumsal ve bireysel sorunlara sebep olmaktadır (Cimilli, 2001).

Sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda en fazla görülen tanılar arasında yer almaktadır. Yaşam boyu prevalansı ise %10 ile %21 arasında değişmektedir (Özyurt ve Deveci 2011).

Dünya sağlık örgütünün tespitleri ile depresyon, dünya çapında en acil sağlık sorunları listesinde dördüncü sırada yer almaktadır. 15-45 yaş aralığında bulunan bireylerde topluma maliyeti en fazla olarak bilinen hastalık olarak kabul edilmektedir. İnsanın yaşamında iş, okul, toplumsal rolleri yerine getiremediği gibi aynı zamanda kendi hayatını tek başına idame etmede eksiklikler yaşaması ve sosyalleşme problemleri yaratan depresyon; hipertansiyon, diyabet ve arter hastalıklarından daha fazla yatakta geçirilen gün sayısına neden olmaktadır. Bununla birlikte; suisid girişimi, bedensel hastalıklar, alkol-madde kötüye kullanımı, mesleki problemlere de yol açabilir (Özgüven ve Başkak 2014; akt. Kardaş 2016).

2.1.1. Depresyonun Tarihçesi

Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişilerden bahsedilmektedir. Eski ahitte yer alan Kral Şaul'un öyküsünde ve yine buna benzer olarak Homeros'un İlyada eserindeki Aias (Ajax)'ın intiharı öyküsünde depresif bir nöbet tanımlanmaktadır (Kaplan, Sadock. 2016).

M.Ö yaklaşık 5. Yüzyılda Hipokrat, ruhsal bozuklukları tanımlarken melankoli deyimini ilk kez kullanan kişi olmuştur. Kendisi mental hastalıkların olağanüstü sebepler ve güçlerden değil de doğal sebeplerden olduğunu ifade etmiş ve melankoli duygudurumunu kara safra fazlalığına benzetmiştir (Georgotas, Cancro. 1988).

Eski Yunanda ‘‘Aristo’nun Problemata ve Galen’in’’ yazılarında depresyona olan yatkınlığın fizyolojik olarak görülen bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir (Ceylan, Oral. 2001).

Yunanca melan (kara) ve chole (safra) sözcüklerinin birleşiminden oluşan melankoli terimini M.S. 30 yıllarında Romalı hekim Celcus De re medicina adlı eserinde kara safra sebebiyle oluşan bir depresyon olarak tanımlamıştır (Kaplan, Sadock. 2016)

Ortaçağda ise benzer çalışmaların ve tanımlamaların yapıldığı kaynaklarda ruhsal çökkünlük hakkında en iyi tanımlamayı yapan kişi, vermiş olduğu ilginç olgu örnekleri ile göze çarpan İbni Sina olmuştur (Öztürk, Uluşahin. 2015).

Tamamen depresyonla ilişkili olan ilk İngilizce metin, Robert Burton tarafından 1621’de basılmış olan ‘‘Melankolini Anatomisi’’ eseridir. Jules Falret 1854’te Folie Circulaire adını verdiği, hastaların dönüşümlü depresyon ve mani dönemleri yaşadıkları durum tanımlamıştır (Kaplan, Sadock. 2016).

19. yüz yılda depresyon kavramının hastalık olarak ilk tanımlamasını Delasiave yapmıştır. 19. yüzyılda Pinel ile başlayan depresyona yönelik tanımlamalar bugün de farklı noktalardan yola çıkarak ele alınmıştır. 20. Yüzyılda A. Meyer melankoli teriminin yerine depresyon terimini tercih etmiştir (Akiskal, 1995).

Karl Kahlbaum ise 1882’de mani ve depresyonu aynı hastalığın dönemleri olarak tanımlamış ve siklotimi terimini kullanmıştır. 1899’da Emil Kraepelin bunama ve yıkım içeren bir gidiş olmadığı için dementia precox’tan (şizofreni) farklı bir hastalık olarak manik depresif psikoza tanımlamıştır (Kaplan, Sadock. 2016).

Kraepelin depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuş ve manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde ise klinik görünümün, belirtilerin seyirinin sayısının, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır (Kaplan 2004, Işık 2003).

Günümüzde genetik biliminde, beyin görüntüleme tekniklerinde ve ilaç sanayinde ilerlemeler sayesinde depresyon konusunda muazzam ilerlemeler ve

gelişimler sağlanmıştır. Geçmiş yüzyıllardaki tanımlamalar ve çalışmaların birikimi ile günümüz teknolojik ilerlemeler başta depresyon olmak üzere duygu durum bozukluklarını tanılama ve tedavi etme sürecini hızlandırmakta ve hastaya büyük kolaylıklar sağlayabilmektedir.

2.1.2. Depresyon Tanı Ölçütleri Ve Belirtiler

Depresyon, duygulanım alanında çökkünlük, üzüntülü bir duygu durum içinde düşüncelerde, konuşma ve hareketlerde oluşan yavaşlama, durgunluk, kendini değersiz hissetme, güçsüzlük, isteksiz olma, cinsel isteksizlik, karamsarlık ve duygu düşüncelerden fizyolojik fonksiyonlara doğru azalma gösteren ruh halidir (Küey, 1998).

Depresyonu ortaya çıkaran nedenler arasında çeşitli öğelerin bulunduğunu söyleyebiliriz. Majör bir depresif bozukluk manik, karma ve hipomanik dönem öyküsü olmadan ortaya çıkar. Majör depresif dönem en az iki hafta sürmeli ve majör depresif dönem tanısı konulmuş olan bir kişi aynı zamanda, aktivite ve uyku düzeninde ya da içeriğinde çeşitli değişiklikler, suçluluk duyguları, düşünme ve karar almada zorlanma iştah, kilo değişiklikleri ve tekrarlayan özkıyım düşüncelerini kapsayan bir listeden en az dört belirtiyi göstermelidir (Kaplan, Sadock. 2016).

Depresyona dair araştırma ve gelişmelerde ilerlemelerin oldukça yaygınlaştığı söylenebilir. Gerçekleştirilecek her araştırma ve geliştirme sürecinin depresif bireylerin sağaltım çalışmaları adına büyük katkılar sağlayacağı düşünülebilir. Ancak tüm insanlarda görülebilecek ruh halindeki kısa süreli değişimleri depresyon tanısı olarak değerlendirmemek adına bazı noktalara dikkat etmek gerekmektedir.

DSM ve ICD dizgeleri tek majör depresyon dönemi ve tekrarlayıcı depresyon dönemlerini şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak ayırmaktadır. ICD-10 hafif ve orta şiddetteki depresyonları somatik belirtileri olan ve olmayan, ağır düzeydeki depresyonu ise psikotik özellikleri olan ve olmayan şeklinde ikiye ayırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı rehberi ICD-10'da depresyon hastalığı hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak üçe ayrılır. Buna göre hafif depresyon ölçütleri kişinin kendisi için belirgin biçimde anormal olacak düzeyde, büyük oranda çevre koşullarından etkilenmeyen, günün neredeyse tamamına hakim ve en az iki hafta

boyunca süren çökkün duygudurum; normalde hoşlanılan etkinliklere karşı ilgi kaybı; enerji azalması veya kolay yorulma belirtilerinden en az ikisinin olması ve toplam belirti sayısını en az 4'e tamamlayacak şekilde kendine güven ya da özsaygının azalması; aşırı düzeyde pişmanlık veya suçluluk temaları; tekrarlayan ölüm veya suisid düşünceleri ya da her tür intihar girişimi; düşünme kabiliyetinde dikkat toplamada belirgin biçimde azalma, kararsızlık, bocalama; psikomotor aktivitede değişme, her tür uyku bozukluğu; iştahta değişme ve kiloda değişme belirtilerinin olmasıdır. Eğer hasta toplam 6 ölçütü karşılıyorsa orta derecede depresyon ve eğer ilk 3 belirtiyi kapsayana şekilde toplam 8 belirti varsa buna da şiddetli depresyon adı verilir.

DSM-IV-TR'de majör depresif bozukluk duygu durum bozukluklarının içerisinde yer alırken son olarak 2013 yılında yayımlanmış olan DSM-V'te ise depresyon bozuklukları içerisinde yer almaktadır.

DSM-V'te majör depresyonun hem seyir ve şiddet özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli,vb.) hem de belirtileri açısından çeşitli kriterler (karma, anksiyeteli, katatonik, melankolik, atipik, mevsimsel,vb) tanımlanmıştır.

Son olarak 2013 yılında yayımlanmış olan DSM-V'e göre majör depresyon tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

A-İki haftalık dönemde kişinin işlevsellik seviyesinde bir değişiklik olmasıyla beraber aşağıda sıralanan semptomlardan beş ya da daha fazlasının yaşanmış olması; en az birinin depresif ruhsal durum veya ilgi eksikliği veya keyif alamama olması gerekmektedir.

1. Hastanın kendisinin veya çevresinin gözlemleri ile belirlenen, yaklaşık olarak her gün ve günün neredeyse tamamında depresif ruh hali
2. Yaklaşık olarak günün tamamında ve hemen her gün gündelik aktivitelerin çoğuna karşı ilgisizlik
3. Rejim yapmamasına rağmen ciddi boyutta kilo alma ya da verme, iştah değişiklikleri
4. Aşırı ya da eksik biçimde gerçekleşen, kalitesiz, verimsiz uyku

5. Yaklaşık olarak günün tamamında ve hemen her gün başkaları tarafından da gözlemlenebilen hareketsizlik

6. Yaklaşık olarak günün tamamında ve hemen her gün enerjisizlik, yorgunluk ve halsizlik

7. Yaklaşık olarak her gün suçluluk hissi, karamsarlık

8. Yaklaşık olarak günün tamamında ve hemen her gün kararsızlık ve konsantrasyon yetersizliği

9. Devamlılık gösteren ölüm ve intihar düşünceleri, planları ya da teşebbüsü

B- Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, işlevsellik alanlarında bozulmaya ya da toplumsal, mesleki alanlarda bozulmaya neden olması.

C- Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri dışlanmış olmalı

D- Yaşa bağlı durum dışlanmış olmalıdır.

2.1.2.1. Belirtiler ve Bulgular

2.1.2.1.1. Genel Görünüm

Depresyon hastası genel olarak derin alın çizgileri, üzüntülü bir ifadesi ve çökkün omuzları ile belirgindir. Bazı hastalarda genel bir yavaşlık, durgunluk hemen göze çarpar (Comer, 1995).

Depresif hasta genellikle öne doğru eğik durur, bakışları dalgındır ve psikomotor retardasyon belirtileri gösteren bazılarında ise neredeyse katatonik şizofreni hastalarında olduğu gibi donuk bir görünüm vardır (Kaplan, Sadock. 2016).

2.1.2.1.2. Duygulanım ve Duygudurum

Genellikle derin bir acı hissi, iç acısı duyma derecesinde yoğun bir çökkünlük söz konusudur. Üzüntülü duygulanım oldukça baskındır ve bazen üzüntü, keder duygularının yoğunluğu başka bir duygulanım oluşmasını engelleyebilmektedir. Bazı hastalarda üzüntü ile birlikte tedirginlik, kaygı ve bazen de öfke hali olabilmektedir. Genel olarak eskiden yaptığı şeylere karşı ilgisizlik ve keyif alamama da oldukça yoğun biçimde görülebilmektedir. Ağır depresyon tanısı için önemli bir bulgu olan ve kişinin sabah erken saatlerde aşırı tedirginlik yaşama durumu olan sabah anksiyetesi de depresyon hastalarında karşılaşılabilen bir duygudurumdur. (Öztürk, Uluşahin. 2015).

2.1.2.1.3. Bilişsel Yetiler

Depresyon hastalarının çoğunda kişi, yer ve zaman yönelimi yeterlidir, ağır düzeydeki depresyon hastalarında aşırı uyuşuk ve durgun durum bilinç bulanıklığı izlenimi verebilir fakat genellikle bilinç açıktır (Öztürk, Uluşahin. 2015).

Depresyon hastalarının en az yarısında bir bilişsel bozukluk vardır, bu duruma bazen depresif psödodemans adı da verilmektedir. Bu hastalarda konsantrasyon sağlayamama ve unutkanlık şikayetleri yoğun biçimde görülmektedir (Kaplan, Sadock. 2016).

Depresyon hastalarında nadir de olsa suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme varsanıları görülebilir. Bazı hastalarda çevresini gerçek dışı algılama ve kendisini gerçek dışı algılama belirtileri görülebilir. Hastalar genellikle alçak sesli ve yavaş konuşurlar hatta çok ağır depresyon tanısı olan kişilerde hiç konuşmama durumu da görülebilmektedir (Öztürk, Uluşahin. 2015).

2.1.2.1.4. Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresif bireyin kendisini çevresini algılama biçimi genellikle olumsuzdur. Kendilerini değersiz, işe yaramaz, kötü, kusurlu olarak algılayabilmektedirler. Depresyon tanısı almış bireyin kendini algılamasında düşük benlik saygısı, değersizlik, kendini suçlama, kendini sevmeme belirgindir (Aydemir, Eren ve Savaş 2007).

Düşüncelerde blok oluşması, çevre ile olan iletişimde en yaygın belirtilerendir. Düşünce akışında yavaşlamalar ile birlikte genellikle kişi içinde bulunduğu mevcut durumun ne kadar karamsar ve geleceğin ne kadar umutsuz olduğu gibi tek bir konu etrafında ruminatif bir süreç yaşar (Keck, 2010).

Düşünce hızı depresyon hastalarında oldukça yavaştır. Düşünce içeriği genellikle geçmiş yaşantılar ile ilgili pişmanlıklar, acı veren olumsuz olaylar ve sanrısız olmayan kayıp, suçluluk ve ölümlle ilgili düşünceleri kapsar. Çaresizlik ve umutsuzluk temalı düşünceler depresyon hastasının ruhsal dünyasına hakimdir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

Düşünce açısından geleceğe yönelik olarak hastanın bakış açısı olumsuzdur ve bu olumsuz algılama depresyondaki kişinin umutsuz, çaresiz temalı düşünceleri ile birlikte hezeyan oluşmasında etkili olabilir. Kendini yetersiz, değersiz olarak nitelendiren depresyon hastasında asla bir şeyi başaramayacağı, kimse tarafından sevilmeyeceği, takdir edilmeyeceği algısı oluşmakta, gelecekte de bu durumun değişmeyeceği konusunda fikirler geliştirmektedir. Bu durumda bireyde çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişmesine sebep olabilmektedir.

Depresyon hastaları genellikle zihinlerinde kendilerini başarısız ve suçlu olarak değerlendirdikleri geçmiş bir yaşantıya odaklanıp o anı yaşamaktadırlar. Bu süreç bazen çok aşırı düzeyde ileri bir noktaya kadar yönelir ki, kişi bu suçluluk duygusundan kurtulmak için intihar etme fikri geliştirebilir (Beck, 2015).

Depresif hastaların yaklaşık %10 ile %15'i intihar girişiminde bulunurlar ve yaklaşık olarak %65'inde intihar düşüncesi mevcuttur. Paradoksal intihar olarak bilinen, depresyon hastalarının iyileşmeye başladıkça intiharı planlayacak ve gerçekleştirecek enerjiyi kazanmaları sonucunda oluşan özkıyım, özellikle depresyonda karşılaşılan düşünce bozukluklarından dürtü kontrolü yetersizliğinin sonucu olarak değerlendirilmektedir (Kaplan, Sadock, 2016).

Gerçeği değerlendirme ve yargılamada bozukluk ile içgöründe oluşabilen bozukluk özellikle psikotik özellikli depresyonda sıkça görülebilen bir durumdur. Depresif hastaların hastalıklarını tanımlamaları genellikle hiperboliktir; hastalık

belirtilerinin ve yaşama dair problemlerinin üzerinde aşırı hassasiyet geliştirmişlerdir, tedavi olabileceklerine ikna olmaları kolay olmayabilir (Kaplan, Sadock. 2016).

2.1.2.1.5. Davranış

Geçmişte dış görünümüne dikkat edip kendisine özenen, giyimini önemseyen kişi depresyon sürecindeyken artık bunları önemsememeye başlar ve kendisine yönelik olarak özensiz bir tutum geliştirerek özbakımını ihmal etmeye başlar. İnsanlardan mümkün oldukça uzaklaşmaya ve yalnız kalmaya, içe kapanmaya yönelik tutum geliştirip, bu yönde davranışlar sergiler. Çevresindeki kişilerle daha sık çatışma ve uyumsuzluklar yaşamaya başlar ve iş yerinde sorumluluklarını yerine getirememektedir (Köroğlu, 2006).

Ruhsal süreçlerde meydana gelen yavaşlamayla birlikte davranışlarda da yavaşlama belirgindir. Konuşmaları, yürüme hızları, iş yapmaları konusunda ciddi problem yaşayan depresyon hastaları mevcuttur. Hareket yavaşlığı ve azlığı büyük ölçüde hastadaki isteksizliğin ve enerji yetersizliğinin ürünüdür. Bazı depresyon hastalarında ise yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli yürüyüp dolaşma ve aşırı tedirginlik olarak bilinen psikomotor ajitasyon söz konusudur (Öztürk, Uluşahin. 2015).

2.1.2.1.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Depresyon hastası bireylerin bedensel yakınmalarla birlikte kabızlık, cinsel istekte azalma, erektil fonksiyon bozukluğu, adet döngüsü bozuklukları, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları yaşadıkları görülebilir (Özkürkçügil ve Kırılı, 1998).

Hastaların büyük çoğunluğunda yeme isteği azalmakta hatta bazılarında yemeklere ve yemek kokularına karşı aşırı duyarlılık gelişip tiksinti söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle depresyon hastalarında sıkça kilo kaybı yaşanmaktadır fakat bazılarında ise durum tam tersi olup, aşırı yeme davranışı ve kilo alma görülmektedir. Genellikle çabuk yorulma, halsizlik şikâyetleri, sabah uyanınca yorgun hissetme, hiçbir iş yapmadığı halde bitkinlik sıkça görülen durumlardır. Uyku bozulu, uykuya dalmada zorluk yaşamak, sık ve istemeden uyanmak ya da erken uyanmak ve yataktan çıkmayı istememek veya istese de kendisinde yeterli kuvveti bulamamak depresyon hastalarında

sıkça karşılaşılan durumlardır. Hastaların sindirim sistemlerindeki yavaşlama belirtileri ile birlikte kabızlık da sık görülen bir diğer bedensel belirtidir (Öztürk, Uluşahin. 2015).

2.1.3. Epidemiyoloji

Majör depresyon tekrarlamalarla giden, ciddi düzeyde yeti yitimine neden olan ve sık görülen bir hastalıktır. Araştırmalarda yöntem farklılıkları nedeniyle değişik sonuçlar elde edilmişse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek olduğu konusunda tam bir görüş birliği vardır (Öztürk,Uluşahin. 2015).

En yeni araştırmalarda majör depresif bozukluk bütün psikiyatrik bozukluklar içinde yaklaşık %17 oranıyla en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahiptir (Kaplan, Sadock. 2016).

Dünya sağlık örgütünün verilerine göre dünya nüfusunun % 3-5' inin (yaklaşık 200 milyon kişinin) çeşitli düzeylerde depresyon belirtilerine sahip olduğu belirtmiştir (Köksal ve Gençdoğan, 2007).

Depresyonun bir toplumda yaşam boyu görülme oranı % 13,2 olarak bulunmuştur (O'conner ve ark. 2009).

Majör depresyonda 12 aylık yaygınlık %6,6, yaşam boyu yaygınlık oranı %16,2 olarak tespit edilmiştir. Depresyonda sıklık erkeklerde 80-200/ 100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir, yaşam boyu hastalanma riski erkeklerde %8-12, kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur (Öztürk,Uluşahin. 2015).

Araştırmalar genellikle, depresyon hastalığının kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü sonucunu vermektedir. Bu farkın nedenlerinin, hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, farklı psikososyal stresörlerin varlığı ve öğrenilmiş çaresizliğe ilişkin davranışsal modelleri kapsadığı varsayılmaktadır (Kaplan,Sadock. 2016).

Türkiye'de yapılan bir araştırmada, depresyonun yaygınlık oranını % 18,8 olarak bulunmuştur (Doğan, Gülmez ve Ketenoglu.1995).

Türkiye'de depresyon yaygınlığı genel toplumda % 4, temel sağlık hizmetine başvuranlar arasında % 11.6, yaşlı nüfusta % 6, huzur evindeki yaşlılarda % 10-41 olarak bulunmuştur (Uluşahin, 2003).

Depresyon ölüm riski açısından da önem taşımaktadır. Bütün intihar olgularının ise %50-70'i duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır. (Akiskal. 2005)

Majör depresyon hastalığı olan bireylerde bir veya daha fazla eş tanımlı bozukluğun olması riski arttırmıştır. En sık görülen bozukluklar alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal kaygı bozukluğudur. Madde kullanımı bozuklukları ve anksiyete bozuklukları eş tanımlı hastalık gidişini kötüleştirir ve majör depresyonu olan hastalarda intihar riskini belirgin olarak artırır (Kaplan,Sadock. 2016).

Depresyonun başka hastalıklarla ek tanımlı olarak bulunması ise eşlik eden bedensel hastalığın gidişini olumsuz etkiler, ölüm riskini ve bedensel hastalığın yol açtığı işlev kaybını, yeri yitimini artırır. Genel hastanelerde yatmakta olan hastalar arasında depresyon ek tanısı olanların oranı %5-10 olarak bildirilmiştir (Silverstone. 1996).

Toplumdaki her 6 kişiden birinin yaşamı boyunca ruhsal çökkünlük geçirmesine karşın bu hastaların ancak yaklaşık %40'ı depresyon nedeniyle tedavi görmektedir (Ebmeier,K.P. ve ark. 2006)

Depresyonun Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Toplam Yüğü çalışması kapsamında 2000 yılında depresyonlara bağılı yetiyitiminin ilk sırada olduğu ve bütün hastalıklara bağılı yetiyitimi ile geçen yılların %12 'sini karşıladığı gösterilmiştir. Yine aynı örgütün yapmış olduğu hesaplamayla depresyonun yetiyitimine yol açan dördüncü önemli hastalık olduğu saptanmıştır (Ustun,T.B., ve ark. 2000).

ABD'de majör depresyonun işçi başına 27,2 gün işgücü kaybına neden olduğu gösterilmiştir (Kessler, R.C. , ve ark. 2006).

Sıklığı, ağır iş gücü kaybına neden olması, tedavi edilebilen bir hastalık olmasına rağmen, tedavi olanaklarının yetersiz kalması gibi nedenlerle depresyon hiç şüphesiz önemli ve yaygın bir halk sağlığı sorunudur.

2.1.4. Etiyoloji

Son yıllarda gerçekleştirilen birçok çalışmada depresyonun tek başına kesin bir nedeninin olmadığı anlaşılmış durumdadır. Yapılan çalışmalar depresyonun; kalımsal, biyolojik, psikolojik ve psikososyal faktörlerin etkisinde gelişebileceği görülmektedir (Alper, 2003).

2.1.4.1. Kalıtım

Depresyon hastalığı geçirmiş olan kişilerin birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki risk oranına göre en az iki kat daha yüksektir. İkiz çalışmalarına dayanarak kalıtımla geçiş oranı %31-42 arasında tahmin edilmektedir. Tekrarlayan ve erken başlangıçlı depresyonda ise kalıtımın rolünün daha fazla olduğu düşünülmektedir (Ebmeier,K.P., ve ark. 2006).

Ailede depresyon hastalığından etkilenen kişi sayısı arttıkça, gelecek kuşaktaki çocukların depresyon hastalığı riskinin arttığı, aile çalışmaları ile tespit edilmiştir. Genetik etkenleri çevresel etkenlerden en iyi şekilde ayırt etmeyi sağlayan ikiz çalışmalarında, genlerin duygudurum bozuklukları etiyojisinin %50-70'ini açıkladığı yönünde dikkat çekici kanıtlar elde edilmiştir (Kaplan,Sadock. 2016).

Biyolojik olarak depresyona yatkınlığın anne babalardan çocuklara geçebileceği tahmin edilebilir. Bu sebeple depresyonun genetik etiyojisini açıklamak amacıyla ikiz denekler üzerine yapılan araştırmalarda tek yumurta ikizlerinden birinin depresyona maruz kalması sonucu diğerinin de geçirme olasılığı % 50 olduğunu, çift yumurta ya da diğer kardeşlerde bu oranın % 25 olduğu belirlenmiştir (Tan,Erol. 2008).

Yine yapılan araştırma sonuçları depresyonun genetik özellikler nedeniyle gelişme ihtimalinin % 40 olduğu, çevredeki etmenlerin bu gelişime etkisinin % 60 olduğu iddia edilmiştir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

Başka bir aile ve evlat edinme çalışmasında, majör depresif bozukluğa sahip bireylerin birinci derece akrabalarının da risk grubu olarak depresyona yatkın olabilecekleri, biyolojik anne babasının da depresyon olan evlat edinilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Elder, Mosack. 2011).

2.1.4.2. Biyolojik Etkenler

Depresyonun biyolojik etiyojisine yönelik olarak tanımlanmış olan ilk hipotez, 1950'lerde tüberküloz tedavisinde tesadüfi olarak duygudurum yükseltici etkilerinin keşfedilmesi ve bunun temel sebebinin merkezi sinir sistemindeki mono aminoksidaz olarak bilinen enzim inhibisyonu olduğunun anlaşılması ile ilgilidir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

Depresyon hastalığında biyokimyasal düzeneklerle ortaya çıkan değişikliklerin olduğu yadsınamaz, fakat bu değişikliklerin neden mi yoksa organizmanın çeşitli stresörlere karşı tepkisini düzenleme sürecindeki moleküler düzeyde çeşitli değişimler mi olduğu daha uzun süre tartışılacak gibi görünmektedir. Çalışmalar depresyon hastalığında serotonin, noradrenalin, dopamin gibi monoaminler, somatostatin, leptin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin rolü olduğunu göstermektedir (Öztürk,Uluşahin.2015).

Son döneme kadar monoamin nörotransmitterler olan norepinefrin, dopamin, serotonin ve histamin depresyon hastalığının etiyojisinde biyolojik anormallikler konusunun odak noktasıydı. Daha sonra tek nörotransmitter sistemlerindeki bozukluklara odaklanmaktan, nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık mekanizmaların incelenmesine doğru bir geçiş söz konusudur (Kaplan,Sadock. 2016).

Temel bilimsel çalışmalara göre iddia edilen adrenerjik reseptörlerdeki duyarlılık azalması veya downregülasyonla klinik antidepresan yanıtları arasındaki ilişki, muhtemelen, depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rol oynadığına işaret eden inandırıcı tek veridir (Kaplan,Sadock. 2016).

Noradrenalinin korku, kaygı, öfke gibi duyguların oluşumunda etkili olduğunu bilinmektedir. Beyin sapındaki lokus seruleusta bulunan noradrenerjik nöronlar uzantılarını beyin korteksi, limbik dizge, bazal gangliyonlar, hipotalamus ve talamusa gönderirler. Hipokampusa uzanan noradrenerjik nöronların stresörlere karşı duyarlılığın düzenlenmesinde ve lokus seruleusun sürekli uyarılması ile oluşan ve depresyon hastalığını açıklamak üzere kullanılmakta olan kavramlardan öğrenilmiş çaresizlik duygusunun ortaya çıkışında etkili olduğu sanılmaktadır (Thase,M.E. 2009).

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin depresyon tedavisi üzerindeki büyük etkisi sonucunda serotonin depresyon hastalığı ile en çok ilişkili olan biyojenik amin nörotransmitter haline gelmiştir. Serotonin tükenmesi depresyon hastalığını ve intihar dürtülerini tetikleyebilir (Kaplan,Sadock. 2016).

Yeme isteği, cinsel istek, uyku,vücut ısısı gibi işlevlerde etkin görevleri olan serotonin nöronları uzantılarını beyin sapındaki arka rafe çekirdeklerinden, korteks, hipotalamus, talamus, bazal gangliyonlar ve hipokampusa gönderirler. Serotonin geri alım önleyici ilaçlarla tedavi olan hastalarda serotonin düzeyini düşürecek girişimlerde bulunulmasıyla birlikte depresyon hastalığının alevlendiğinin tespit edilmesi, serotonin taşıyıcı genin belli bir polimorfizmini taşıyanların ileri yaşlarda depresyon hastalığı geçirmeye yatkın olması gibi bulgular, depresyon hastalığında serotonin varsayımını ciddi biçimde desteklemektedir (Saveanu,R.V. ve ,Nemeroff, C.B. 2012).

Noradrenalin ve serotonin depresyon hastalığının patofizyolojisiyle en çok ilişkilendirilen biyolojik aminler olsa da, dopaminin de rolü yok sayılamayacak düzeydedir. Zevk alma konusundaki düzenleyicilik açısından ana nörotransmitter olan dopamin düzeyinin düştüğü Parkinson hastalarında depresyon hastalığı sık görülmektedir. Beyin görüntüleme ve ölüm sonrası yapılan çalışmalarda depresyon hastalığı olan kişilerin dopamin düzeylerinin beyin omurilik sıvısında oldukça düşük olduğunun saptanması ve dopamin taşınımını arttıran ilaçların depresyon hastalığı tedavisi üzerindeki olumlu etkileri, dopamin dizgesinin depresyon hastalığında etkilendiğini ortaya koymaktadır (Thase,M.E. 2009).

Zevk alma yetisini düzenleyen ana nörotransmitter olan dopaminin, depresyon hastalığı olan kişilerin beyin görüntüleme ve ölüm sonrası çalışmalarda oldukça azaldığı, dopamin taşınımını arttıran ilaçların antidepresan etkilerinin olması gibi bulgular sonucunda dopamin dizgesinin depresyon sırasında etkilendiği tespit edilmiştir (Saveanu,R.V. ve ,Nemeroff, C.B. 2012).

Uzun süredir ruhsal bozuklukların etiolojisinde önemli inceleme alanı haline gelmiş olan nöroendokrin dizge, hipertiroidide duygulanım kamçılanması, hipotiroidide çökkünlük durumlarının sık görülmesi, doğum sonrası kadınlarda önemli ruhsal bunalımların oluşması, yine kadınlarda adet dönemi öncesi oluşan aşırı duyarlılık gibi

nedenlerle kendini göstermekte olup, depresyon konusunda ise en önemli endokrin dizgeninin hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi eksenini olduğu ortaya konmuştur (Öztürk,Uluşahin.2015).

2.1.4.3 Psikososyal Nedenler

Gündelik stres oluşturan faktörler, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden deneyimler ya da süregelen bir biçimde devam eden ve yaşanmış her deneyim ile depresyonun ortaya çıkmasında pozitif bir ilişki vardır. Özellikle yakınların vefatı, fiziksel ya da cinsel olarak istismara ve şiddete maruz bırakılma, erken çocukluk döneminde ortaya çıkan travmatik deneyimler depresyonun meydana gelmesinde önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Kaya 2007).

Çok uzun süredir bilinen bir klinik gözlem olarak, duygularımızın fiziksel ve toplumsal çevre etkenlerinden oldukça etkilendiği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarında psikososyal etkenlerin yeri küçümsenemeyecek ölçüde belirgindir. Önemli ekonomik sorunlar, iş kaybı, eş kaybı, emeklilik, aile içi problemler, sosyal yaşamdaki çeşitli çatışmalar ve tatminsizlikler, beden sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli bozukluklar, travmatik yaşantılar ve daha pek çok psikososyal olay kişide duygudurum bozukluğunun oluşmasında ya da tekrarlamasında etkili biçimde rol oynamaktadır (Öztürk,Uluşahin.2015).

Bazı klinisyenlere göre depresyonda yaşam olaylarının rolü birincil ve temel neden olarak kabul edilmektedir, bazıları ise yaşam olaylarının depresyonun başlangıcında ve zamanlamasında sınırlı bir etkisi olduğu görüşünü savunurlar. Bu konudaki en dikkat çekici veri, depresyonun gelişimiyle ilgili en sık ilişkilendirilen yaşam olayının, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı olduğudur. Bir depresyon döneminin başlaması ile ilgili en sık ilişkili olan çevresel stres içeren olay ise eş kaybıdır. Çalışmayan kişilerde de majör depresyon hastalığı belirtileri, işi olan kişilere göre üç kat daha fazla bildirilmektedir (Kaplan,Sadock. 2016).

Depresyon hastalığına yatkınlık açısından tek bir kişilik özelliği ya da tipi yoktur, bütün insanlar hangi kişilik örüntüsüne sahip olduğundan bağımsız olarak depresyon hastalığına yakalanabilmektedirler. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu gibi belirli kişilik

bozukluklarına sahip olan kişilerin daha kırılgan, çevresel stresörlere daha duyarlı, kendilerine karşı suçlayıcı olma, kendileri ve başkalarıyla yaşadıkları çatışmalardan etkilenme biçimleri dikkate alındığında, paranoid kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilere göre depresyon hastalığına yakalanma konusunda daha fazla risk altında oldukları söylenebilir (Kaplan,Sadock. 2016).

Depresyon hastalığı için özgül bir kişilik yapısının varlığı tartışmalı olsa da, bazı yayınlarda yatkınlık açısından bazı kişilik özelliklerinden bahsedilmektedir. Aşırı sorumluluk duyma eğilimi, kırılganlığı arttırdığı için narsisist kişilik özellikleri, kendini suçlama eğilimi, güvensizlik, başkalarına yardım etme, iyiliksever olma eğilimi, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı olma, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, yakınlarından ve kendisinden yüksek beklentilerinin olması ve titizlik sıkça bahsedilen kişilik özellikleridir. Kişilik yapısı nasıl olursa olsun, hastaların çoğunluğunda depresyon dönemleri belirgin bir psikososyal etken olmadan da başlayabilir ya da hastalığın tekrarlaması gerçekleşebilir (Öztürk,Uluşahin.2015).

2.1.4.4. Depresyonun Nedenleri Üzerine Farklı Psikolojik Yaklaşımlar

Bu bölümde depresyonun nedenleri üzerine psikolojik kuramların yaptıkları açıklamalara yer verilmiştir. Çünkü her kuramın kendine özgü tedavi yöntemleri, ilkeleri, süreci ele alma yaklaşımları ve tanı kriterleri bulunmaktadır.

2.1.4.4.1. Psikanalitik Kuram ve Depresyon

Sigmund Freud tarafından tanımlanan ve Karl Abraham tarafından genişletilen depresyonun psikanalitik yaklaşımı, literatürde klasik depresyon görüşü olarak bilinmektedir. Bu görüş dört temel noktayı kapsamaktadır:

- Oral evrede anne çocuk ilişkisindeki bozulmalar daha sonra depresyona yatkınlığı artırır.
- Depresyon gerçek veya imgesel obje kaybıyla ilişkilendirilebilir.
- Kayıp nesnelere içe atımı nesne kaybıyla ilişkili olan bunalım ve kaygıyla baş etmek için kullanılan bir savunma düzeneğidir.

- Kaybedilen nesne, sevgi ve nefretin bir karışımı olarak görüldüğü için öfke duyguları içe, kişinin kendisine yöneltilir.

Psikanalitik kuramda depresyon hastalığının oluşması için gerçek bir sevgi nesnesi kaybı olup olmamasına bağlı kalınmadan, kişinin yoğun bir şekilde kayıp duygusu yaşıyor olması üzerinde durulur. Bu kayıp duygusunun gerçek dayanakları olabilir de olmayabilir de, yani kayıp hissi tamamen bilinçdışı etkilerle de ortaya çıkabilmektedir. Depresyonun yas sürecinden temel farkı, kişiyi yaşadığı kayıp duygusu sonucunda özsaygısında zedelenme veya özsaygı yitimi yaşamasıdır (Freud, 1917).

Bebeğin annesi ile kurmuş olduğu beslenme ilişkisinin depresyonun odak noktası olduğunu vurgulayan ilk kişi olan Karl Abraham yaptığı çalışmalarda depresif bireylerin sevdiği nesnelere ellerindeyken çok aşırı engellemeye maruz kaldıkları zaman bilinçdışı süreçlerde duygusal bağ kurdukları nesnelere yok etmeye çalıştıklarını iddia etmiştir (Bleichmar, 1996).

Freud ise diğer bireye yönelik olarak oluşan gerileme durumunun depresif kişinin kendisine yönelik olarak geri dönmekte olduğunu, kendiliğe karşı sadizm veya içe döndürülmüş öfke ile kişide depresif durumun oluştuğunu iddia etmiştir (Freud, 1917).

Freud'un bu iddialarından etkilenen Brenner depresyonun bir duygulanım ya da bireyin mizaç halinden ibaret olduğunu ve bu durumun her insanda karşılaşılabilecek bir durum olduğu görüşünü savunmuştur (Morley ve Moran, 2011).

Depresyonu bir sevgi çılgılığı olarak tanımlayıp depresyonda süper egonun önemini vurgulayan psikanalist Rado'ya göre ise kişiler benlik saygılarının aşırı yüksek olmasından dolayı kendileri dışındaki bireylerden de bekledikleri narsistik destek gelmediğinde hayal kırıklığı ve narsistik kırılma yaşamakta, böylelikle oluşan engellenme de depresif reaksiyonların oluşmasına neden olmaktadır. Ortaya çıkan bu depresif reaksiyonlar kayıp nesnenin sevgisini tekrar kazanmak için biçimlenmiş, amaçlı dürtüsel tutumlar olarak ortaya çıkmaktadır (Fenichel, 1974).

Depresyonun içsel bir çatışmadan meydana gelip, egonun yaşadığı içsel bunalımı yansıtmakta olduğunu iddia eden psikoanalitik ego psikolojinin bir diğer

önemli isimlerinden Bibring'e göre depresyon, egoda oluşan engellerin narsistik ihtiraslara karşı ortaya koyduğu bir tepki olarak oluşmaktadır (Yüksel ve Perçinel, 1995).

Benliğin özsevisel ereklere kavramını ortaya koyan Bibring'e göre uyumlu, rahat ve değerli bir benliğin olabilmesi için kişi, değerli, sevilen, tanınan olmak; değersiz olmamak, iyi ve seven olmak; kırıcı, yıkıcı olmamak, üstün, kuvvetli ve güvenli olmak; zayıf, yetersiz ve güvensiz olmamak hedeflerini gerçekleştirmeye çalışırken benlik kendi içinde bir çatışmaya girer. Bir yandan bu ereklere gerçekleştirmeyi bekleyen benlik, diğer yandan da çeşitli yaşam olayları nedeniyle bunları gerçekleştirememeye duygusu ile çatışırken zamanla güçsüzleşir, çaresiz kalır, özsaygı zedelenir ve depresyon oluşur (Bibring, E., 1953).

2.1.4.4.2. Davranışçı Kuram ve Depresyon

Davranışçı kuramcılardan Martell ve Jacobson (2001) depresyon gelişimi ve devamı çevresel ödüllerin azalması, sağlıklı davranışların pozitif pekiştirilmesinde azalma oluşması, depresif ve pasif davranışların pekişmesi, sağlıklı davranışların cezalandırılması olmak üzere dört nedenle açıklanmaktadır.

Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall (1978) gibi davranışçı kuramcılar depresyonla ilgili belirtileri gelişim sürecindeki tekrarlayan çaresiz yaşantılar sonucunda meydana gelen normal olmayan davranışlar olarak açıklamışlardır.

Davranışçı kurama göre en küçük çevresel ve sosyal pekiştirici sağlıklı ve uyum davranışların sönmeye ve böylece bireyin geri çekilip içe kapanmasına yol açıp depresyona neden olabilmektedir. Depresif bireylerde az çok kişilerarası ödüllendirici davranışlara bağlı olduklarından bu durum bireylerde sosyal ilişkileri azaltarak, olumsuz pekiştirici sebep olup bireyde olumsuz duyguların gelişmesine sebep olduğu iddia edilmektedir (Beck, 1967).

Depresyonda davranışçı kuramın bir diğer açıklaması ise Seligman'ın ortaya koyduğu öğrenilmiş çaresizlik teorisidir. Öğrenilmiş çaresizlik kavramı, organizmanın davranışlarıyla olumsuz olayları kontrol edemediği bir yaşantının ardından, olumlu olayları da kontrol edebileceği durumlar içinde gerekli davranışları sergilemede

yaşadığı başarısızlık ya da gerekli davranışı sergilememesi durumudur (Hovardaoğlu,1986).

Çeşitli araştırmalarda çocukluk döneminde ya da ergenlik döneminde yaşanan başarısızlık durumlarında çaresizlik göstergesi olan çeşitli davranışların sergilendiği gözlemlenmiştir. Bu çaresizlik yaşantısının bilişsel, duyuşsal, davranışsal yansımaları sonucunda bireylerde depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların oluşmasına yatkınlık oluşmakta olduğu tespit edilmiştir (Kılıç ve Oral, 2006).

2.1.4.4.3. Bilişsel Kuram ve Depresyon

Depresyon ile ilgili bilişsel kuramlar içerisinde depresyonun oluşum süreci ve tedavi basamağına yönelik olarak geliştirilmiş bilişsel yaklaşımlardan en etkili ve kapsamlı yaklaşımın Beck'in bilişsel kuramı olarak kabul edilmektedir. Beck depresyon hastalarının genel olarak yaşamış oldukları olaylara sürekli olarak olumsuz ve öz eleştirisel bir yaklaşım ile yaklaştıklarını, başarıdan çok başarısızlıklara odaklanıp beklentilerinin o yönde olduklarını ele almıştır. Ayrıca bu bireylerde başarılarını küçümseme, kendine küçük görme ve suçlama eğilimlerinin fazla olduklarını belirtmiştir (Cengil, 2003).

Depresyon hastalığı yaşayan kişilerin düşüncelerinde iki temel inanç söz konusudur. Bunlar çaresizlik ve sevilme şemalarıdır. Sevilme şemasında kişi, değersizlik, istenilmiyor olma, dışlanma, terk edilmiş ya da terk edilecek olma, her zaman yalnız kalacağı inancına sahiptir. Çaresizlik şemasında ise, zayıflık, güçsüzlük, tek başına yetersiz olma ve sürekli başkalarına muhtaç olma, herhangi bir şeyi başarmak için yeterli kapasitesinin olmadığı inançlarına sahiptir (Beck,2001).

Depresyonun bilişsel modeli üç spesifik kavramı ortaya koyar. Bunlar; bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalardır. Bilişsel üçlü, kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilintili inançları kapsar. Hasta kendini kimsesiz, yetersiz ve değersiz bulur. Yaşamı ona göre hayal kırıklığı ile doludur. Dünya zevkten ve doyunluktan yoksunmuş gibi görünür. Çevresi ona yardım etmemektedir, yaşantısı yetersizdir. Geleceğe dair düşünceleri karamsardır, umutsuzdur, uzun dönemli amaçları yoktur. Böylece olumlu bir davranış başlatamaz ve hatta içinde bulunduğu umutsuzluk ve değersizlik nedeniyle intihar etme düşüncesi gelişebilir (Corsini, Wedding, 2012).

Şemalar, düşünce, duygu, davranış ve ilişki kurma biçimlerimizi etkileyen, genel olarak erken dönem yaşantılarında edinip geliştirdiğimiz bazı inanç ve kurallardır. Şemalar, öfke, üzüntü ve kaygı gibi bazı güçlü duyguları tetikler. Bilişsel hataları bilgiyi işleme sürecindeki özgün yanlılıklar veya eğilimler olarak görebiliriz. Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimler ve psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarlar. Örneğin bazı kişilerin zihni yaşanan olayları ve algıları genellikle gerçeğe pek uymayan biçimde felakete dönük olarak yorumlar, başka bir kişi ise olan biten çoğu şeyin kendisiyle ilgili olduğunu düşünür, işte bu düşünce işleme eğilimlerine düşünce hataları denir (Türkçapar, 2015).

Beck ve arkadaşlarının öncülük ettiği yaklaşıma göre depresyon ile gerçeklik arasında kuvvetli bir negatif ilişki vardır; depresif bireylerde “depresif bilişsel çarpıtmalar” mevcuttur (Beck, 1979).

Depresyonu olan hastaların düşüncelerinde yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk, pişmanlık ve kendini suçlama eğilimi çok fazla görülmektedir. Depresif hastaların öz bakımları azalmış, hareketleri yavaşlamış ve durağanlaşmış, bakışları boş ve çoğu zaman donuk, çevrelerinde olup bitenlere karşı da tepkisizlik görülmektedir. Depresyonu olan hastaya göre zaman yavaşlar, gelecek anlamsızlaşır, duygusal olarak hüznün, karamsarlık, acı dışında neredeyse hiçbir his kalmamıştır (Türkçapar, 2013).

2.1.4.4.4. Bağlanma Kuramı ve Depresyon

Bowlby tarafından öncülük edilen kuramın temel görüşünün anne ve çocuk arasında bağ oluşması ve oluşan bu bağın kişilik gelişimi ve yapısı açısından değerlendirilmesi olduğu söylenebilir. Bağlanma biçimini kişinin yaşamının erken dönemlerinde şekillenen, devamlılık arz eden, kişilerin sosyal yaşamlarında insanlarla ilişki kurma süreçlerinin içeriğini ve niteliğini belirleyen bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ 2011).

Bowlby, bağlanma ve majör depresyon arasındaki ilişkiyi önemli olarak görmüş ve bu durumu iki şekilde ele almıştır. Bunlardan ilki güvensiz bağlanma oluşmasına neden olan, bebeğin bakıcısı tarafından reddedilmesine bağlı olarak bebekte oluşan kendini değersiz ve sevilmeyen olarak hissetme durumu, ikincisi ise tepkisizlik oluşmasına neden olan temel bakım veren kişinin yitirilmesine bağlı olarak bebekte

oluşması muhtemel olan travmadır. Bu iki yaklaşım tarzı bebeğin gelecek yaşamında değersizlik, çaresizlik, karamsarlık, sevilmiyor olma, yetersizlik ve öfke duygularını oluşturarak majör depresyon hastalığına zemin oluşturmaktadır (Çalışır, 2009).

2.1.4.4.5. İnsancıl Kuram ve Depresyon

İnsancıl kuramın danışan merkezli psikoterapi yaklaşımını geliştirerek önde gelen temsilcilerinden olan Carl Rogers, benlik bilinci kavramı üzerinde durmuştur. Kişinin benlik bilinci, onun kendisine yüklediği anlamı, değeri, düşüncelerini, algılarını içermektedir. Benlik bilincini geliştirmek adına koşulsuz sevginin gerektiğine vurgu yapan Rogers, koşulsuz sevgi içerisinde yetişen kişilerin gelecek yaşamlarında benlik algılarının gerçekçi, güçlü ve olumlu olduğunu iddia etmiştir (Cüceloğlu, 2016).

Benlik yapısıyla uyuşmayan yaşantılar ise kişi tarafından çarpıtılabilir ya da yok sayılabilir. İnsan kendi bilincinde bazı olayları çarpıtığında ya da kabul etmediğinde gerçek yaşantı ile zihninde sembolize ettiği kavram arasında uyuşmazlık doğar. Bu uyuşmazlık insancıl kurama göre ruhsal uyumsuzluğa ve depresyona yönelik bir zemin oluşturarak kişinin benliğinde çatışmalar yaşamasına neden olur (Karahan ve Sardoğan, 1994).

2.2. Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi

Depresyon için etkili ilaç tedavileri ve psikolojik tedaviler mevcuttur. Ancak, tüm hastalar optimum tedaviye erişebilse bile, depresyon yükü yalnızca %30 oranında azaltılabilir (Andrews G, Issakidis C, 2004). Bu durum kısmen tamamlamama kısmen de tedavi sonrasında yenileme oranları nedeniyledir (Hans E, Hiller W, 2013). Depresyon tedavisi geliştirmek çok önemlidir ve yeni tedaviler geliştirmektense daha çok mevcut tedavilerin nasıl iyileştirilebileceğini ve daha doğrudan ve ekonomik bir şekilde uygulanabileceğini belirlemekle ilgilidir. Örneğin, düşük yoğunluklu şekilleri yüksek eğitimli personel yerine resmi sağlık hizmetleri olmayan kişiler tarafından da verilebilir (Cuijpers P, 2015).

Bu ihtiyacı karşılamak üzere, düşük eşikli, idaresi kolay, kognitif davranış terapisi esaslı grup müdahalesi olarak depresyon için metakognitif eğitim (D-MKT) geliştirilmiştir. D-MKT'nin amacı, metakognitif bir bakış açısından hastanın kognitif

önyargılarını değiştirmek suretiyle depresif semptomları azaltmaktır. Kognitif davranış terapisinde genelde hedeflenen depresif düşünme modellerine ek olarak (örn. aşırı genelleştirme), temel kognitif araştırma ile tanımlanmış olan bir dizi genel kognitif önyargı da D-MKT'nin çekirdeğini oluşturur (örn. ruh haline göre değişen bellek) (Mathews A, MacLeod C, 2005) . Wells'e göre metakognitif terapide olduğu üzere, işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri hedeflenmektedir (örn. bastırma yoluyla, ruminasyonla) (Wells A, 2011).

D-MKT aynı zamanda depresif düşünce modellerinin içeriğini de ele alır. Psikoz için metakognitif eğitime göre modellenen, D-MKT, yaratıcı ve dahil edici alıştırmalarla kognitif önyargılara meydan okur (“evet, işte bu” deneyimler ile elde edilen içgörü). Ancak, eğitim içeriği depresif hastalardaki ampirik bulguları esas almaktadır. Standartlaştırılmış multimedya sunumlarının kullanılması hazırlık ve idare için gereken süreyi azaltır; ayrıca bu paket D-MKT'nin çok daha çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcılarına ulaşmasını sağlar. Bir beta sürümünün güvenliği, fizibilitesi ve etkinliği açık etiketli pilot çalışmada doğrulanmıştır (Jelinek L, Otte C, Arlt S, Hauschildt M, 2013) .Mevcut çalışmanın amacı ek bir müdahale olarak D-MKT'nin Türkiye'deki ilk uygulaması olup, etkinliğini araştırmaktır.

Disfonksiyonel bilişsel stratejilere ve bozulmalara, depresyonun gelişmesi ve devam etmesi konusunda önemli bir rol atfedilmektedir. Bunlar, bir yandan, bilişsel davranış terapisinde kullanılan “düşünce çarpıklığı” (örn., Abartılı genelleme), diğer yandan temel nöropsikolojik araştırmalar çerçevesinde nesnelleştirilen depresyonla (tipik bozulmalarla) ilgilidir (örneğin, hafızanın olumsuz içeriğe eğimli olması). Bununla birlikte sonucusu mevcut psikoterapötik tedavi seçeneklerinde pek dikkate alınmamaktadır. Depresyonda Metakognisyon Eğitimi (D-MKT) bu boşluğu kapatmayı amaçlamaktadır.

Depresyonda spesifik bilişsel bozuklukların yanı sıra işlevsiz tutumlar da kesin olarak görülmektedir. Bunlar, depresyonun bilişsel etiyoloji modelleri bağlamında savunmasızlık faktörü olarak görülmektedir (Abramson, Metalsky, ve Alloy, 1989; Beck, Rush, Shaw , ve Emery, 1979).

Bilişsel çarpıklıkların modifikasyonu bilişsel davranışçı terapide özellikle önemlidir (Beck ve ark., 1979). Burada, diğerlerinin yanında, aşağıdaki “düşünce hataları”, düşüncenin merkezi depresif çarpıtmaları olarak açıklanmaktadır: “hep ya da hiç düşüncesi”, “abartılı genellemeler”, “zihinsel filtre”, “olumlu olgunun reddedilmesi”, “Sonuca atlamak”, “abartma ve hafife alma”, “duygusal olarak kanıt toplama”, “arzular ile ilgili ifadeler” ve “olayları kişisel olarak algılama” (Hautzinger, 2003).

Bireysel “düşünme hatalarının” ismi ve sayısı, yazar ve yayına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ayrıca, yapılar arasındaki kesişme ampirik bulguların eşleştirilmesi daha da zorlaştırmaktadır.

Depresyonu olan kişilerin genellikle olumsuz bilgiye meyilli bir zihinsel filtreye sahip oldukları gösterilmiştir, yani bu kişiler bu bilgileri öncelikli olarak işlerler veya dikkatlerini bu bilgilerden güçlkle alabilirler (Gotlib ve Joormann, 2010). Ayrıca, abartılı genelleme kapsamında, tek bir olumsuz olay, olumsuz olayların devam eden bir serisinin bir parçası olarak görülür (Carver & Ganellen, 1983, s. Watkins, Baeyens & Read, 2009).

Ayrıca, mükemmeliyetçilik ile şekillendirilmiş bir düşünce tarzı, (örneğin arzular ile ilgili ifadeler veya olması gerek ifadeleri) depresif belirtileri teşvik etmektedir (Egan, Wade ve Shafran, 2011; Graham ve ark., 2010) ve bununla birlikte dikotomik düşüncelerin (veya hep ya da hiç düşüncesi) azaltılması, başarılı psikoterapi tedavisi ile mümkündür (Teasdale ve ark., 2001.)

Depresyonda bir başka düşünce bozulması olarak, olumsuz geribildirim artan kabulü veya pozitif geribildirim reddedilmesi tanımlanmaktadır. Pozitif reddetme tutumuna uygun bulgular olarak, depresif belirtilerin varlığında ödüle yönelik azalmış duyarlılığın varlığı (Eshel & Roiser, 2010) yanı sıra, depresyonu olanların kontrol deneklerine kıyasla olumsuz geribildirimi kabul etme olasılığını daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Cane & Gotlib, 1985).

Buna ek olarak, kendi hata ve sorunlarının şiddeti ve ciddiyeti abartılmakta, ancak kişinin kendi yetenekleri ise küçümsenmektedir. Bu şekilde depresyonu olan

kişilerin kendi beklentileri hakkında daha az iyimser oldukları gösterilmiştir (Cane & Gotlib, 1985; Garber & Hollon, 1980).

Depresyona özgü stratejiler şunlardır: Birincisi başkalarının olumsuz düşüncelerini okumak ya da birisinin, kesin olarak emin olmamakla birlikte, olumsuz davrandığını varsaymak (veya "Zihin okuma," Hautzinger, 2003) ve ikinci olarak ise geleceği tahmin etmek. İkincisi ile, işlerin kötüye gitmesi durumunun tahmin edilmesi kastedilmektedir ("Yanlış tahminler", Hautzinger, 2003). Bu düşünce çarpıklıklarının ampirik kanıtı, depresyonu geleceğin daha kötümser bir görünümle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar sonucu ortaya çıkmaktadır (Miranda, Fontes & Marroquin, 2008). Son olarak, depresyonda değişen bir atıf tarzı sıklıkla görülmektedir: olumsuz olaylar kişinin kendisine atfedilir (içsel atıf), olumlu olaylar için ise genellikle tesadüf, koşullar sebep gösterilir veya diğer kişiler işaret edilir (harici atıf) (Sweeney, Anderson & Bailey, 1986).

Bu "düşünce hatalarına" ek olarak, depresyon üzerindeki temel nöropsikolojik araştırmalarda birden fazla kez genel konsantrasyon ve hafıza eksiklikleri gösterilmiştir. Bunun yanı sıra, terapötik konularda şimdiye kadar çok az kabul edilmiş "bilişsel çarpıtmalar" da gösterilmiştir (Gotlib & Joormann, 2010; McDermott & Ebmeier, 2009). Buna bağlı olarak depresyon hastaları çarpık bir hafıza performansı sergilemektedir; bu noktada negatif ve dolayısıyla duygudurum-eşleşik olaylar için daha iyi bir hafıza başarısı görülmektedir (Gotlib ve Joormann, 2010). Buna ek olarak, negatif uyarı içeriklerine yönelik daha fazla eğilim yani olumsuz ve daha önce verilmemiş olan kelimelere yönelik bir eğilim tespit edilebilmiştir (Joormann, Teachman & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzola & Otte, 2008).

Ayrıca, duygu saptama çalışmaları, depresyonun negatif duygusal ifadelerin (yas) işlenmesini tercih edilen bir işlem süreci ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Leyman, De Raedt, Vaeyens & Philippaerts, 2010) ve nötr yüz ifadeleri genellikle negatif olarak algılanmaktadır (Douglas & Porter, 2010). Şimdiye kadar belirtilen faktörlere ek olarak, düşük özsaygı ile depresyon arasında bir bağlantı olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Franck & De Raedt, 2007; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes & Schmitt, 2009).

Son olarak, sosyal geri çekilme gibi işlevsel olmayan davranışsal stratejiler, örneğin sosyal geri çekilme (Lara, Leader & Klein, 1997; Seidel et al., 2010), çok düşünme (Matthews & Wells, 2000; Rood, Roelofs, Bogels, Nolen-Hoeksema & Schouten, 2009) ya da düşünce bastırma (Van der Does, 2005) depresyonu teşvik edebilir veya depresif belirtileri sürdürebilir veya yoğunlaştırabilir.

Etkilenen kişi, bilişsel anormalliklerin çoğundan neredeyse hiç haberdar değildir (Moritz, Ferahli & Naber, 2004). Dolayısıyla, depresif kognitif çarpıtmalar için benlik bilincinin veya üst bilişsel yeterliliğin daha keskin hale getirilmesi, burada sunulan metakognitif yaklaşımın esas hedefidir.

Depresyon hastalarına yönelik geliştirilmiş olan D-MKT düşük eşikli ve kolay uygulanabilir bir müdahale olarak geliştirilmiştir. İçerik olarak odak noktası, bilişsel çarpıklığın yanı sıra işlevsiz tutum ve bilişsel stratejilerin işlenmesine yöneliktir. Eğitim, katılımcıların bireysel deneyimleri göz önüne alınarak depresyondaki örgüleri kendi kendilerine birçok örnekle tanımlarını ve düzeltmelerini sağlamak için tasarlanmıştır. Buna ek olarak, tipik depresif stratejilerle ilgili disfonksiyonel varsayımların (örn: çok düşünmek problemleri çözmeye yardımcı olur) yanı sıra işlevsiz stratejilerin kendileri de (örn: düşünce bastırmak) odak noktasıdır. D-MKT toplamda Powerpoint sunumlarıyla desteklenen sekiz modül içerir (Jelineck, 2013).

2.2.1. Depresyon Tedavisinde Metakognisyon Eğitimi Grup Terapisinin İçeriği

Bu bölümde D-MKT uygulamasının ana başlıkları ve modüllerinin içerikleri hakkında özet niteliğinde bilgiler verilecektir.

D-MKT yapılandırılmış uygulamasının içeriği; Düşünme ve Anlamlandırma başlığı adı altındaki dört modülde zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, -meli/malı tarzı düşünce, olumluyu yok saymak, siyah/beyaz tarzı düşünce, büyütme ve küçültme, atıf yanlışlığı, sonuca atlamak, zihin okuma ve falcılık kavramlarıyla tanımlanmakta olan bilişsel çarpıtmaları işlemektedir. Ayrıca Hafıza ve Duygudurum, Özsaygı ve Duygudurum, Davranışlar ve Stratejiler ile Duyguların Algılanması başlıkları ile metakognitif içeriğe yönelik bir eğitimi kapsamaktadır. Türkçe diline çevirisi yapılmış

olan D-MKT uygulamasının Powerpoint sunumlarına <https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-turkey.html> adresinden ulaşılabilmektedir.

Modül 1: Düşünme ve Anlamlandırma

Bu modülde bireylere depresyondaki düşünce bozuklukları hakkında bilgiler verilerek “zihinsel filtreleme” ve “aşırı genelleme” olarak nitelendirilen çarpık düşünme biçimleri hakkında eğitim verilmektedir. İlgili çarpık düşünme biçimleri hakkında grup üyelerinin kişisel örnekleri hakkında da grup içinde paylaşım ve tartışma yapıp, daha doğru nasıl düşünölebileceği hakkında grup içi tartışma yapılarak “kasten olumlu yönde abartma” egzersizi ile depresif düşünceden uzaklaşılabilen konu işlenmektedir.

Modül 2: Hafıza

Bu modülde bireylere depresyonda yaşanabilen konsantrasyon ve hafıza problemleri hakkında bilgi verilmektedir. Unutmanın normal olduğu, ruminasyonun konsantrasyon üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceğine dair bilgiler paylaşıldıktan sonra, depresyon sürecindeyken yaşanan hafıza problemlerinin “Alzheimer” vb. bir hastalık olmadığı ve depresyon sürecinde yaşanan daha çok olumsuz anıların hatırlanması konuları üzerinde durulmaktadır. Günlük yaşamda oluşan hafıza problemlerine karşı nelerin yapılabileceği hakkında grup içi tartışma yapılarak oturum tamamlanmaktadır.

Modül 3: Düşünme ve Anlamlandırma 2

Bu modülde bireylere depresyondaki düşünce bozuklukları hakkında bilgiler verilerek “-meli,- malı tarzı düşünme” ve “olumluyu yok saymak” olarak nitelendirilen çarpık düşünme biçimleri hakkında eğitim verilmektedir. Mükemmeliyetçi tutumun fayda maliyet açısından değerlendirilmesi, esnek düşünebilmenin faydaları ve mükemmeliyetçi düşünmenin “ya hep ya da hiç” biçiminde çarpık bir düşünce oluşturmasının da zararları bu modülün içeriğini oluşturmaktadır.

Modül 4: Özsaygı

Bu modülde bireylere kişinin kendisine yüklediği öznel değer olarak açıklanabilen özsaygı kavramı hakkında bilgi verildikten sonra, düşük özsaygısı olan bireylerin bakış açılarındaki gerçek dışılık, haksız kıyaslamalar ve depresyon arasındaki ilişki konuları bu modülün içeriğini oluşturmaktadır.

Modül 5: Düşünme ve Anlamlandırma 3

Bu modülde bireylere depresyondaki düşünce bozuklukları hakkında bilgiler verilerek “ aşırı büyütme ya da aşırı küçültme” olarak nitelendirilen çarpık düşünme biçimi ve “atfetme tarzı” olarak nitelendirilen olaylara ve kişni kendisine yönelik bakış açısının depresyon sürecindeyken olumsuz odaklı ve kendisine yönelik suçlayıcı olması konuları hakkında eğitim verilmektedir. Daha faydalı ve gerçekçi bir atfetme biçiminin nasıl olabileceğinin tartışılması ile modül tamamlanmaktadır.

Modül 6: Davranışlar ve Stratejiler

Bu modülde “Ruminasyon” hakkında bilgi verilerek ruminasyonun problem çözmek konusunda işe yarayıp yaramadığı, kişinin daha iyi hissetmesini sağlayıp sağlamadığı ve kişi için tehlikeli olup olmadığı hakkında grup içi etkileşim sağlanarak “içe kapanma” konusuna değinilmektedir. Başkalarıyla haksız ve yanlış kıyaslamalar yapıp kişni sosyal ilişkilerini azaltmasının ve ruminasyonun depresyon sürecine etkileri hakkında grup üyelerinin de öznel deneyimleri de tartışılarak modül tamamlanmaktadır.

Modül 7: Düşünme ve Anlamlandırma 4

Bu modülde bireylere depresyondaki düşünce bozuklukları hakkında bilgiler verilerek “zihin okumak” ve “falcılık/geleceği tahmin etmek” olarak nitelendirilen çarpık düşünme biçimleri hakkında eğitim verilmektedir. Depresyon sürecinde “sonuca atlamak” eğiliminin bir sonucu olarak “ felaketleştirme” biçiminde ortaya çıkan çarpık düşünme biçimi hakkında bilgi verilerek,grup içinde daha faydalı ve gerçekçi düşünme biçimleri hakkında tartışma yapılarak modül tamamlanmaktadır.

Modül 8 : Duyguların Algılanması

Bu modülde grup üyelerine mutluluk, üzüntü, öfke, korku, şaşkınlık, nefret, suçluluk ve utanma duyguları hakkında bilgi verilmekte, depresyon sürecinde başkalarının duygu durumunu yanlış değerlendirme eğilimi üzerinde durulmakta, duyguların her zaman gerçeği yansıtamayacağı ve davranışlar üzerinde belirleyiciliği konularında grup içi tartışma yapılarak modül tamamlanmaktadır.



III

YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma majör depresyon tanısı almış kişilere D-MKT grup terapisi uygulaması gerçekleştirip, aynı sayıda ilaç tedavisi görmekte olan depresyon hastası ile verilerini karşılaştırarak D-MKT'nin depresyon tedavisindeki etkinliğini test etmeye yönelik yarı deneysel nitelikte ön test-son test kontrol gruplu deneysel desen ile gerçekleştirilmiş bir çalışmadır.

3.2 Evren ve Örneklem

Çalışma Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında NP İstanbul Beyin Hastanesinde yatarak ve ayaktan tedavi görmekte olan depresyon tanısı almış kişilerden gönüllü olan 60 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme ile depresyon tanısı almış 60 kişilik örneklem belirlenmiştir. 30 kişi kontrol grubu, 30 kişi terapi (D-MKT) uygulamasına tabi tutulmuştur. Uygulama gruplarına 8 oturumluk yapılandırılmış metakognisyon eğitimi grup terapisi uygulanmıştır. Gerçekleştirilen çalışma yarı deneysel niteliktedir. Kullanılan ölçekler terapi öncesi ve sonrası aynı ölçekler olacak şekilde kullanılmıştır. Ön test-son test kontrol gruplu deneysel desen ile yürütülen çalışmadaki ölçekleri kişilerin kendilerinin doldurması istenilmiştir.

Dahil Olma Kriterleri

- 1-Psikiyatrik değerlendirme sonucunda Majör depresyon tanısı almış olmak
- 2-NP İstanbul Beyin Hastanesinde tedavi görüyor olmak
- 3-Ölçek dolduracak bilişsel yeterliliğe sahip olmak
- 4-Grup terapisi sürecine dahil olmaya gönüllü olmak

Dışlama Kriterleri

- 1- Psikiyatrik değerlendirme sonucunda bağımlılık tanısı almış olmak

- 2- Psikiyatrik değerlendirme sonucunda psikotik bozukluk tanısı almış olmak
- 3- 18 yaş altında olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan demografik formu olan Kişisel Bilgi Formu ile beraber aşağıdaki ölçek ve envanterler uygulanmıştır.

- 1-Beck Depresyon Envanteri
- 2-Üstbiliş Ölçeği
- 3-Ruminatif Tepkiler Ölçeği
- 4-Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği
- 5-Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği
- 6-Özyeterlilik Ölçeği

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmayı yapan kişi tarafından hazırlanmış olup, örnekleme verilmiştir. Kişisel bilgi formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ortalama maaş bilgisi, çocuk sayısı, daha önce psikiyatrik değerlendirme sonucunda depresyon tanısı alıp almamış olmak gibi parametreler içermektedir.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri 1961 yılında A.T.Beck tarafından geliştirilmiş, 1988 yılında ise Nesrin Hisli tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden meydana gelmekte olup, kendini değerlendirme türünde bir ölçek olarak kabul edilmektedir. Ölçek depresyon tanısını koymak ya da herhangi psikiyatrik bir tanı arasında bir ayırım yapmak için değil, depresyon düzeyini objektif bir biçimde sayısallaştırmak için geliştirilmiştir. Kişiden uygulamayı yaptığı gün de sayılarak son 1 hafta içerisinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden 4 seçenekten birini işaretlemesi istenir. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Nesrin Hisli'nin

yapmış olduğu Türkçe geçerlilik çalışmasında cronbach α iç güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.80$ olarak saptanmıştır (Hisli,1988).

3.3.3. Üstbilişler Ölçeği

ÜBÖ-30 endişeye ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançları ve bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık gibi genel üstbilişsel süreçleri değerlendirmek için geliştirilmiş, beş boyuttan oluşan 30 maddelik 4'lü (1 = katılmıyorum, 4 = tamamen katılıyorum) Likert tipi bir ölçektir. ÜBÖ-30'u Türkçeye uyarlama çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Bulgular Türkçe ÜBÖ-30'un özgün formuna uygun olarak beş faktörlü bir yapıdan oluştuğunu, Cronbach Alfa katsayısının tüm ölçek için 0,87 olduğunu göstermiştir. Alt ölçeklerde patolojik endişe ($r = 0,30$), sürekli kaygı ($r = 0,34$), anksiyete ($r = 0,17$) ve depresyon belirtileri ($r = 0,23$) ile gözlenen anlamlı ve pozitif yönde korelasyonlar tespit edilmiştir. Özetle, ölçeğin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerine yönelik yapılan incelemeler, ÜBÖ-30'un tüm alt ölçekleri ile birlikte Türkiye örneklemini için güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olduğunu göstermiştir (Yılmaz ve ark. 2008).

3.3.4. Ruminatif Tepkiler Ölçeği

(RTÖ-KF, Treynor ve ark. 2003) Bireylerin ruminatif düşünme düzeyini belirleyen 21 maddelik uzun formdaki ölçekten (Nolen-Hoeksema ve Morrow 1991), bazı maddelerin çıkarılması sonucu oluşturulmuş 10 maddelik bir ölçektir. "Bunu hak etmek için ne yaptım" diye ne kadar sık düşünüyorsun? şeklinde bir soru formu taşıyan maddeler (1) hiçbir zaman ile (4) her zaman arasında değişen 4'lü Likert türü bir ölçek üzerinden değerlendirilir. Özgün RTÖ-KF'nin ölçeğin uzun formu ile yüksek korelasyon gösterdiği ($r = 0,90$) ve iyi derecede güvenilirliğe (Cronbach $\alpha = 0,85$) sahip olduğu gösterilmiştir. Uyarlama çalışması Erdur-Baker ve Bugay (2012) tarafından yapılan Türkçe RTÖ-KF de iyi derecede güvenilirlik (Cronbach $\alpha = 0,85$) ve geçerlik (BDE ile $r = 0,60$) değerlerine sahiptir.

3.3.5. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

Uzun süre devam eden ve tekrarlayıcı nitelikteki ruminatif düşüncelerle ilgili olumlu inanışları değerlendiren ve 9 maddeden oluşan bir ölçektir (örn., "Geçmiş

hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur”). Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını (1) katılmıyorum ile (4) tamamen katılıyorum arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 9 ile 36 arasında değişmekte ve elde edilen puanlardaki artış ruminasyon hakkındaki olumlu üstbilişsel inançların güçlü olduğu anlamına gelmektedir. Özgün ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,89 ve 0,85 olarak bildirilmiş ve depresif belirtiler ($r = 0,45$) ile gösterdiği pozitif korelasyonlar ise ölçeğin yakınsak geçerliğine işaret etmiştir (Papageorgiou ve Wells 2001a). Özetle, yapılan psikometrik incelemeler Türkçe RUMİ-Olumlu’nun güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olarak kullanılabilceğini göstermektedir (Yılmaz ve ark. baskıda).

3.3.6. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİOlumsuz, Papageorgiou ve Wells 2001b): Uzun süre devam eden ve tekrarlayıcı nitelikteki ruminatif düşüncelerle ilgili olumsuz inanışları değerlendiren 13 maddelik bir ölçektir. İki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlardan biri ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 8 maddeyi (RUMİ-Olumsuz1, örn., “Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam”, “Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder”); diğeri ise ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 5 maddeyi (RUMİ-Olumsuz2, örn., “Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder”) içermektedir. Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını (1) katılmıyorum ile (4) tamamen katılıyorum arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 13 ile 52 arasında değişmekte ve elde edilen puanlardaki artış ruminasyon hakkındaki olumsuz üstbilişsel inançlardaki artışa işaret etmektedir. RUMİ-Olumsuz ile depresif belirtiler ($r = 0,59$) ve ruminasyon düzeyi ($r = 0,50$) arasında görülen anlamlı ve pozitif yöndeki korelasyonlar ölçeğin yakınsak geçerliğine işaret etmiştir. Ölçüt bağıntılı geçerlik incelemeleri, RUMİ-Olumsuz ölçeğinin depresif belirtileri yüksek olan bireyleri düşük olan bireylerden ayırt edebildiği yönünde bulgular vermiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, yapılan psikometrik incelemelerden elde edilen bulgular

Türkçe RUMİ-Olumsuz'un güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olduğunu destekler niteliktedir (Yılmaz ve ark. baskıda).

3.3.7. Özyeterlilik Ölçeği

Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek Genel Özyeterlilik (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir; puanın artması özyeterlilik inancının arttığını göstermektedir. Bir başka çalışmada ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu sırasıyla $r=0,52$ anlamlı bulunmuştur (Bourland ve ark. 2000). Dr. Fatma Yıldırım tarafından yapılan Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Genel Özyeterlilik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80 ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur (Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(4):301-8).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS For Windows 24.00 paket programı ile yapılmıştır. D-MKT tedavi ve kontrol grupları arasındaki ön test ölçüm farklılıklarını belirlemek için Mann Whitney U testi kullanılmış olup, Cohen's d ve Eta kare yöntemleriyle bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etki büyüklüğü değerleri incelenmiştir. Kovaryans analizi (ANCOVA) ile ön test ve son test puanlarına bağlı olarak D-MKT tedavi ve kontrol grubunun son test ölçümleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı test edilmiştir. İlişkili örneklem tek yönlü varyans analizi ile ön ve son test ölçümler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. İlişkili örneklem iki yönlü varyans analizi ile D-MKT tedavi ve kontrol grupları arasındaki ön test ve son test ölçümler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi ile ön test ölçümlerine bağlı olarak D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların demografik değişkenlere göre farklılıkları incelenmiştir.

IV

BULGULAR

Bu bölümde, D-MKT tedavi grubu ve kontrol grubuna göre hastaların sosyo-demografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

D-MKT tedavi grubu ve kontrol grubuna göre hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

	N=60	Grup		Toplam
		D-MKT	Kontrol	
Yaş	35 Yaş Altı	17	19	36
	35 Yaş ve Üstü	13	11	24
Cinsiyet	Erkek	11	14	25
	Kadın	19	16	35
Medeni Durum	Evli	8	10	18
	Bekâr	10	14	24
	Boşanmış	11	5	16
	Eşinden Ayrı Yaşıyor	1	1	2
Aile ile Birlikte/Tek Başına Yaşama Durumu	Birlikte	8	17	25
	Tek Başına	22	13	35
Eğitim Düzeyi	İlkokul	0	0	0
	Lise	3	1	4
	Yüksekokul veya Üniversite	27	26	53
	Yüksek Lisans/Doktora	0	3	3
Aylık Ortalama Gelir	Öğrenci	0	0	0
	1.000TL-3.000TL	1	0	1
Çocuk Sahibi Olma Durumu	3.000TL ve Üzeri	29	30	59
	Hayır	15	16	30
Çocuk Sayısı	Evet	15	14	30
	Çocuk Yok	15	16	31
	1 Çocuk	8	5	13
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	2 Çocuk ve üstü	7	9	16
	Hayır	2	2	4
Depresyon Teşhisi Alıp Tedavi Görme Durumu	Evet	28	28	56
	Evet	28	27	55
	Hayır	2	3	5

Araştırmaya katılan 60 hastanın yaş ortalaması 35 olup 35 yaş altında, 35 yaş ve üstünde olan hastaların yaş dağılımlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup 35 yaş altında olan 17 hasta, 35 yaş ve üstünde olan 13 hasta vardır. Kontrol grubunda olup 35 yaş altında olan 19 hasta, 35 yaş ve üstünde olan 11 hasta vardır.

Cinsiyet dağılımlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda 11 erkek hasta, 19 kadın hasta vardır. Kontrol grubunda 14 erkek hasta, 16 kadın hasta vardır.

Medeni durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda evli olan 8 hasta, bekâr olan 10 hasta, boşanmış olan 11 hasta ve eşinden ayrı yaşayan 1 hasta gözlenmiştir. Kontrol grubunda evli olan 10 hasta, bekâr olan 14 hasta, boşanmış olan 5 hasta ve eşinden ayrı yaşayan 1 hasta vardır.

Aile ile birlikte/tek başına yaşama durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup ailesi ile birlikte yaşayan 8 hasta, tek başına yaşayan 22 hasta vardır. Kontrol grubunda olup ailesi ile birlikte yaşayan 17 hasta, tek başına yaşayan 13 hasta vardır.

Eğitim düzeylerine baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup lise mezunu olan 3 hasta, yüksekokul veya üniversite mezunu olan 27 hasta olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda olup lise mezunu olan 1 hasta, yüksekokul veya üniversite mezunu olan 26 hasta, yüksek lisans/doktora mezunu olan 3 hasta olduğu gözlenmiştir.

Aylık ortalama gelir durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup geliri 1.000TL-3.000TL arasında olan 1 hasta, geliri 3.000TL ve üzerinde olan 29 hasta vardır. Kontrol grubunda olup geliri 1.000TL-3.000TL arasında kimsenin olmadığı, geliri 3.000TL ve üzerinde olan 30 hasta olduğu gözlenmiştir.

Çocuk sahibi olma durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda 15 hastanın çocuğu olmadığı, 15 hastanın çocuğu olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda 16 hastanın çocuğu olmadığı, 14 hastanın çocuğu olduğu gözlenmiştir. D-MKT tedavi grubunda olup çocuğu olanlar arasında 8 hastanın tek çocuğu olduğu, 7 hastanın 2 ve üzerinde çocuk sahibi olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda olup çocuğu olanlar arasında 5 hastanın tek çocuğu olduğu, 9 hastanın 2 ve üzerinde çocuk sahibi olduğu gözlenmiştir.

Psikiyatrik tedavi alma durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup tedavi almayan 2 hasta, tedavi alan 28 hasta vardır. Kontrol grubunda olup tedavi almayan 2 hasta, tedavi alan 28 hasta vardır.

Depresyon teşhisi alıp tedavi görme durumlarına baktığımızda; D-MKT tedavi grubunda olup tedavi alan 28 hasta, tedavi almayan 2 hasta vardır. Kontrol grubunda olup tedavi alan 28 hasta, tedavi almayan 2 hasta vardır.

4.2. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Ön ve son teste göre hastaların Beck depresyon ölçeği, MCQ-30 üst biliş ölçeği ve alt boyut, Rumi olumlu ölçeği, Rumi olumsuz ölçeği ve alt boyut, genel öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut, RS ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem tek yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	N=60	Ön Test		Son Test		F	P	Cohen's d
		Ort.	S. Sapma	Ort.	S. Sapma			
Beck Depresyon Ölçeği	Beck Depresyon	24,43	5,24	16,27	5,46	86,409	0,00*	1,53
	Olumlu İnançlar	17,28	2,95	13,75	3,46	30,293	0,00*	1,10
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	17,10	2,86	13,53	3,15	33,841	0,00*	1,19
Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyutları (MCQ-30)	Bilişsel Güven	16,80	2,98	14,18	3,02	20,062	0,00*	0,87
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	16,95	3,07	13,15	3,41	35,657	0,00*	1,17
	Bilişsel Farkındalık	17,30	2,83	14,03	3,44	29,518	0,00*	1,04
	Üst Biliş	85,43	12,75	68,65	14,87	36,781	0,00*	1,21
Rumi Olumlu Ölçeği	Rumi Olumlu	27,92	4,44	18,95	6,37	64,220	0,00*	1,63
Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyutları	Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi	18,02	2,98	12,20	3,24	106,845	0,00*	1,87
	Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	21,28	3,61	14,63	4,06	80,049	0,00*	1,73
	Rumi Olumsuz	39,30	6,00	26,83	6,90	106,070	0,00*	1,93
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları	Başlama	29,12	5,55	26,67	4,95	5,532	0,02*	0,47
	Yılmama	14,62	1,64	15,07	1,27	2,465	0,12	-0,31
	Sürdürme Çabası-Israr	7,72	2,18	8,60	2,30	3,814	0,06	-0,39
	Genel Öz Yeterlilik	51,45	4,50	50,33	3,72	1,978	0,17	0,27
RS Ölçeği ve Alt Boyutları	Saplantılı Düşünme	13,92	2,87	9,55	1,82	80,173	0,00*	1,82
	Derin Düşünme	13,98	3,36	9,88	2,89	37,393	0,00*	1,31
	RS	27,90	5,61	19,43	4,14	64,786	0,00*	1,72

*P<0,05

Hastaların son test Beck depresyon puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüğünün kuvvetli olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d>0,8$).

Hastaların son test olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve üst biliş puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüklerinin kuvvetli olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d>0,8$).

Hastaların son test Rumi olumlu puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüğünün kuvvetli olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d>0,8$).

Hastaların son test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüklerinin kuvvetli olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d>0,8$).

Hastaların son test başlama puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüğünün orta olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d<0,5$). Yılmama, sürdürme çabası-ısrar, genel öz yeterlilik ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

Hastaların son test saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Farka ilişkin etki büyüklüklerinin kuvvetli olduğunu söyleyebiliriz (Cohen's $d>0,8$).

4.3. Ölçeklerin Ön Test Puanlarına Göre D-MKT Tedavi ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol gruplarına göre hastaların Beck depresyon ölçeği, MCQ-30 üst biliş ölçeği ve alt boyut, Rumi olumlu ölçeği, Rumi olumsuz ölçeği ve alt boyut, genel öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut, RS ölçeği ve alt boyut ön test puanları arasında bir fark olup olmadığına dair Mann Whitney U testi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Ölçeklerin Ön Test Puanlarına Göre D-MKT Tedavi ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

Ön Test		Grup	N	Sıra Ort.	Z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Beck Depresyon	D-MKT	30	32,63	-0,949	0,34
		Kontrol	30	28,37		
Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyutları (MCQ-30)	Olumlu İnançlar	D-MKT	30	34,03	-1,581	0,11
		Kontrol	30	26,97		
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	D-MKT	30	33,00	-1,120	0,26
		Kontrol	30	28,00		
Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyutları (MCQ-30)	Bilişsel Güven	D-MKT	30	33,75	-1,452	0,15
		Kontrol	30	27,25		
	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	D-MKT	30	27,93	-1,146	0,25
		Kontrol	30	33,07		
	Bilişsel Farkındalık	D-MKT	30	30,00	-0,224	0,82
		Kontrol	30	31,00		
Üst Biliş	D-MKT	30	33,07	-1,140	0,25	
	Kontrol	30	27,93			
Rumi Olumlu Ölçeği	Rumi Olumlu	D-MKT	30	40,07	-4,282	0,00*
		Kontrol	30	20,93		
Rumi Olumsuz Ölçeği	Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi	D-MKT	30	34,82	-1,925	0,054
		Kontrol	30	26,18		
	Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	D-MKT	30	38,57	-3,616	0,00*
		Kontrol	30	22,43		
	Rumi Olumsuz	D-MKT	30	37,93	-3,305	0,00*
		Kontrol	30	23,07		
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	Başlama	D-MKT	30	29,82	-0,304	0,76
		Kontrol	30	31,18		
	Yılmama	D-MKT	30	33,57	-1,388	0,17
		Kontrol	30	27,43		
	Sürdürme Çabası-İsrar	D-MKT	30	31,17	-0,299	0,77
		Kontrol	30	29,83		
Genel Öz Yeterlilik	D-MKT	30	32,02	-0,674	0,50	
	Kontrol	30	28,98			
RS Ölçeği	Saplantılı Düşünme	D-MKT	30	38,80	-3,702	0,00*
		Kontrol	30	22,20		
	Derin Düşünme	D-MKT	30	37,08	-2,935	0,00*
		Kontrol	30	23,92		
	RS	D-MKT	30	38,65	-3,623	0,00*
		Kontrol	30	22,35		

*P<0,05

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ön test Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ön test olumlu inançlar, ön test kontrol edilemezlik ve tehlike, ön test bilişsel güven, ön test düşünceleri kontrol ihtiyacı, ön test bilişsel farkındalık, ön test üst biliş puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

D-MKT tedavi gören hastaların ön test Rumi olumlu puanlarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$).

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ön test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$). D-MKT tedavi gören hastaların ön test ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz puanlarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$).

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ön test başlama, ön test yılmama, ön test sürdürme çabası-ısrar, ön test genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

D-MKT tedavi gören hastaların ön test saplantılı düşünme, derin düşünme, RS puanlarının, kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0,05$).

4.4. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Yaşlarına Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların yaşlarına göre rumi olumlu, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz, saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS ön test puanları arasında bir fark olup olmadığına dair bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Yaşlarına Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Ön Test		Grup	Yaş	N	Ort.	S. Sapma	F	P			
Rumi Olumlu Ölçeği	Rumi Olumlu	D-MKT	35 Yaş Altı	17	30,41	2,18	0,006	0,94			
			35 Yaş ve Üstü	13	30,15	2,30					
		Kontrol	35 Yaş Altı	19	25,68	5,10					
			35 Yaş ve Üstü	11	25,27	4,61					
Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyutları	Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	D-MKT	35 Yaş Altı	17	22,35	3,20	0,379	0,54			
			35 Yaş ve Üstü	13	23,38	2,63					
		Kontrol	35 Yaş Altı	19	19,00	4,10					
			35 Yaş ve Üstü	11	21,09	2,12					
	Rumi Olumsuz	D-MKT	35 Yaş Altı	17	39,94	5,91	0,002	0,97			
			35 Yaş ve Üstü	13	43,54	3,89					
		Kontrol	35 Yaş Altı	19	35,74	6,76					
			35 Yaş ve Üstü	11	39,45	2,84					
RS Ölçeği ve Alt Boyutları	Saplantılı Düşünme	D-MKT	35 Yaş Altı	17	15,18	2,40	0,528	0,47			
			35 Yaş ve Üstü	13	15,46	2,93					
		Kontrol	35 Yaş Altı	19	12,79	2,68					
			35 Yaş ve Üstü	11	12,09	2,07					
		Derin Düşünme	D-MKT	35 Yaş Altı	17	15,53			3,48	0,001	0,98
				35 Yaş ve Üstü	13	14,85			2,73		
	Kontrol		35 Yaş Altı	19	13,00	3,37					
			35 Yaş ve Üstü	11	12,27	2,76					
	RS	D-MKT	35 Yaş Altı	17	30,71	5,46	0,149	0,70			
			35 Yaş ve Üstü	13	30,31	5,20					
		Kontrol	35 Yaş Altı	19	25,79	5,03					
			35 Yaş ve Üstü	11	24,36	4,08					

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların yaşlarına bağlı olarak rumi olumlu, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz, saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS ön test puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P>0,05$)

4.5. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların cinsiyetlerine göre rumi olumlu, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz, saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS ön test puanları arasında bir fark olup olmadığına dair bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 5. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ölçeklerin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Ön Test		Grup	Cinsiyet	N	Ort.	S. Sapma	F	P			
Rumi Olumlu Ölçeği	Rumi Olumlu	D-MKT	Erkek	11	30,45	2,66	0,023	0,88			
			Kadın	19	30,21	1,96					
		Kontrol	Erkek	14	25,50	5,68					
			Kadın	16	25,56	4,18					
Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyutları	Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	D-MKT	Erkek	11	23,27	2,37	0,031	0,86			
			Kadın	19	22,53	3,29					
		Kontrol	Erkek	14	20,00	3,74					
			Kadın	16	19,56	3,60					
	Rumi Olumsuz	D-MKT	Erkek	11	42,64	4,91	0,122	0,73			
			Kadın	19	40,84	5,64					
		Kontrol	Erkek	14	37,50	5,92					
			Kadın	16	36,75	5,99					
RS Ölçeği ve Alt Boyutları	Saplantılı Düşünme	D-MKT	Erkek	11	15,73	2,72	1,096	0,30			
			Kadın	19	15,05	2,57					
		Kontrol	Erkek	14	12,14	2,35					
			Kadın	16	12,88	2,58					
		Derin Düşünme	D-MKT	Erkek	11	15,64			2,46	0,058	0,81
				Kadın	19	15,00			3,53		
	Kontrol		Erkek	14	12,86	3,28					
			Kadın	16	12,63	3,10					
	RS	D-MKT	Erkek	11	31,36	4,84	0,464	0,50			
			Kadın	19	30,05	5,56					
		Kontrol	Erkek	14	25,00	4,37					
			Kadın	16	25,50	5,07					

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların cinsiyetlerine bağlı olarak rumi olumlu, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz, saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS ön test puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

4.6. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test Beck depresyon puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P
Beck Depresyon	Ön Test	D-MKT	30	25,23	5,14	0,693	0,41
		Kontrol	30	23,63	5,29		
	Son Test	D-MKT	30	16,33	5,62		
		Kontrol	30	16,20	5,39		

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test Beck depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

4.7. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test üst biliş ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyutları (MCQ-30)		Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P
Olumlu İnançlar	Ön Test	D-MKT	30	17,67	3,34	2,488	0,12
		Kontrol	30	16,90	2,51		
	Son test	D-MKT	30	13,13	3,39		
		Kontrol	30	14,37	3,48		
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Ön Test	D-MKT	30	17,40	3,15	2,371	0,13
		Kontrol	30	16,80	2,55		
	Son test	D-MKT	30	12,90	3,62		
		Kontrol	30	14,17	2,51		
Bilişsel Güven	Ön Test	D-MKT	30	17,17	3,27	2,926	0,09
		Kontrol	30	16,43	2,66		
	Son test	D-MKT	30	13,57	3,33		
		Kontrol	30	14,80	2,59		
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Ön Test	D-MKT	30	16,33	3,57	0,097	0,76
		Kontrol	30	17,57	2,37		
	Son test	D-MKT	30	12,73	3,43		
		Kontrol	30	13,57	3,40		
Bilişsel Farkındalık	Ön Test	D-MKT	30	17,17	3,10	0,109	0,74
		Kontrol	30	17,43	2,58		
	Son test	D-MKT	30	13,70	3,59		
		Kontrol	30	14,37	3,31		
Üst Biliş	Ön Test	D-MKT	30	85,73	14,84	1,113	0,30
		Kontrol	30	85,13	10,52		
	Son test	D-MKT	30	66,03	15,82		
		Kontrol	30	71,27	13,62		

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve üst biliş puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

4.8. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test rumi olumlu puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 8. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P
Rumi Olumlu	Ön Test	D-MKT	30	30,30	2,20	23,763	0,00*
		Kontrol	30	25,53	4,85		
	Son test	D-MKT	30	16,70	5,66		
		Kontrol	30	21,20	6,32		

*P<0,05

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test rumi olumlu puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test rumi olumlu puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test rumi olumlu puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (P<0,05).

4.9. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test rumi olumsuz ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 9. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyutları	Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P	
Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi	Ön Test	D-MKT	30	18,70	3,08	16,833	0,0*
		Kontrol	30	17,33	2,77		
	Son test	D-MKT	30	10,83	2,15		
		Kontrol	30	13,57	3,58		
Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	Ön Test	D-MKT	30	22,80	2,96	18,083	0,00*
		Kontrol	30	19,77	3,61		
	Son test	D-MKT	30	13,37	4,07		
		Kontrol	30	15,90	3,70		
Rumi Olumsuz	Ön Test	D-MKT	30	41,50	5,37	21,477	0,00*
		Kontrol	30	37,10	5,87		
	Son test	D-MKT	30	24,20	5,96		
		Kontrol	30	29,47	6,85		

*P<0,05

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test rumi olumsuz puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test rumi olumsuz puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (P<0,05).

4.10. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test genel öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 10. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları		Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P
Başlama	Ön Test	D-MKT	30	28,97	6,04	0,310	0,58
		Kontrol	30	29,27	5,12		
	Son test	D-MKT	30	27,10	4,53		
		Kontrol	30	26,23	5,38		
Yılmama	Ön Test	D-MKT	30	14,90	1,81	3,380	0,07
		Kontrol	30	14,33	1,42		
	Son test	D-MKT	30	14,83	1,32		
		Kontrol	30	15,30	1,21		
Sürdürme Çabası-Israr	Ön Test	D-MKT	30	7,80	2,25	2,334	0,13
		Kontrol	30	7,63	2,14		
	Son test	D-MKT	30	8,00	2,21		
		Kontrol	30	9,20	2,27		
Genel Öz Yeterlilik	Ön Test	D-MKT	30	51,67	5,33	0,599	0,44
		Kontrol	30	51,23	3,58		
	Son test	D-MKT	30	49,93	3,05		
		Kontrol	30	50,73	4,30		

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar, genel öz yeterlilik puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($P>0,05$).

4.11. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test RS ölçeği ve alt boyut puanları arasında bir fark olup olmadığına dair ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi yapılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 11. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunda Olan Hastaların Ön ve Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

RS Ölçeği ve Alt Boyutları		Grup	N	Ort.	S. Sapma	F	P
Saplantılı Düşünme	Ön Test	D-MKT	30	15,30	2,60	16,591	0,00*
		Kontrol	30	12,53	2,46		
	Son test	D-MKT	30	9,17	1,88		
		Kontrol	30	9,93	1,70		
Derin Düşünme	Ön Test	D-MKT	30	15,23	3,15	12,946	0,00*
		Kontrol	30	12,73	3,13		
	Son test	D-MKT	30	8,93	2,57		
		Kontrol	30	10,83	2,93		
RS	Ön Test	D-MKT	30	30,53	5,26	18,419	0,00*
		Kontrol	30	25,27	4,68		
	Son test	D-MKT	30	18,10	3,86		
		Kontrol	30	20,77	4,02		

*P<0,05

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test saplantılı düşünme puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test saplantılı düşünme puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test derin düşünme puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test derin düşünme puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test RS puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test RS puanlarının ön teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (P<0,05).

4.12. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Beck Depresyon Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test Beck depresyon puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 12. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Beck Depresyon Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Beck Depresyon Ölçeği	Ön Test Beck Depresyon	64,02	1	64,02	2,155	0,15	0,04
	Grup	0,52	1	0,52	0,018	0,90	0,00
	Hata	1693,45	57	29,71			
	Toplam	17634,00	60				

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların Beck depresyon son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

4.13. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test üst biliş ölçeği ve alt boyut puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 13. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Üst Biliş Ölçeği ve Alt Boyutları (MCQ-30)	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Olumlu İnançlar	Ön Test Olumlu İnançlar	21,64	1	21,64	1,861	0,18	0,03
	Grup	17,03	1	17,03	1,464	0,23	0,03
	Hata	662,80	57	11,63			
	Toplam	12051,00	60				
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Ön Test Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	30,15	1	30,15	3,226	0,08	0,05
	Grup	18,46	1	18,46	1,975	0,17	0,03
	Hata	532,72	57	9,35			
	Toplam	11576,00	60				
Bilişsel Güven	Ön Test Bilişsel Güven	6,81	1	6,81	0,762	0,39	0,01
	Grup	19,50	1	19,50	2,182	0,15	0,04
	Hata	509,36	57	8,94			
	Toplam	12609,00	60				
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Ön Test Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	23,14	1	23,14	2,017	0,16	0,03
	Grup	17,11	1	17,11	1,491	0,23	0,03
	Hata	654,09	57	11,48			
	Toplam	11063,00	60				
Bilişsel Farkındalık	Ön Test Bilişsel Farkındalık	6,96	1	6,96	0,579	0,45	0,01
	Grup	7,31	1	7,31	0,609	0,44	0,01
	Hata	684,31	57	12,01			
	Toplam	12514,00	60				
Üst Biliş	Ön Test Üst Biliş	499,50	1	499,50	2,347	0,13	0,04
	Grup	389,38	1	389,38	1,830	0,18	0,03
	Hata	12131,34	57	212,83			
	Toplam	29581,00	60				

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların olumlu inançlar son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların kontrol edilemezlik ve tehlike son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların bilişsel güven son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düşünceleri kontrol ihtiyacı son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların bilişsel farkındalık son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların üst biliş son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

4.14. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test rumi olumlu puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 14. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumlu Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Rumi Olumlu Ölçeği	Ön Test Rumi Olumlu	16,80	1	16,80	0,463	0,50	0,01
	Grup	154,59	1	154,59	4,256	0,04*	0,07
	Hata	2070,30	57	36,32			
	Toplam	23937,00	60				

* $P<0,05$

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların rumi olumlu son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Eta kareye bakıldığında 0,07 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin rumi olumlu boyutunda orta olduğu sonucuna varılmıştır.

4.15. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test rumi olumsuz ölçeği ve alt Boyut puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 15. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Rumi Olumsuz Ölçeği ve Alt Boyutları	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi	Ön Test Ruminasyonun Kontrol Edilemezliği ve Tehlikesi	8,99	1	8,99	1,032	0,31	0,02
	Grup	120,83	1	120,83	13,871	0,00*	0,20
	Hata	496,55	57	8,71			
	Toplam	9548,00	60				
Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	Ön Test Ruminasyonun Kişilerarası ve Sosyal Sonuçları	0,14	1	0,14	0,009	0,92	0,00
	Grup	81,89	1	81,89	5,319	0,03*	0,09
	Hata	877,52	57	15,40			
	Toplam	13822,00	60				
Rumi Olumsuz	Ön Test Rumi Olumsuz	26,29	1	26,29	0,634	0,43	0,01
	Grup	434,65	1	434,65	10,480	0,00*	0,16
	Hata	2363,98	57	41,47			
	Toplam	46008,00	60				

*P<0,05

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir (P<0,05). Eta kareye bakıldığında 0,20 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike boyutunda yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç

son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Eta kareye bakıldığında 0,09 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç boyutunda orta olduğu sonucuna varılmıştır.

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların rumi olumsuz son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Eta kareye bakıldığında 0,16 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin rumi olumsuz boyutunda yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

4.16. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test genel öz yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 16. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Başlama	Ön Test Başlama	44,63	1	44,63	1,831	0,18	0,03
	Grup	10,07	1	10,07	0,413	0,52	0,01
	Hata	1389,43	57	24,38			
	Toplam	44112,00	60				
Yılmama	Ön Test Yılmama	1,37	1	1,37	0,858	0,36	0,02
	Grup	2,48	1	2,48	1,553	0,22	0,03
	Hata	91,10	57	1,60			
	Toplam	13716,00	60				
Sürdürme Çabası-Israr	Ön Test Sürdürme Çabası-Israr	14,10	1	14,10	2,904	0,09	0,05
	Grup	20,24	1	20,24	4,170	0,046*	0,07
	Hata	276,70	57	4,85			
	Toplam	4750,00	60				
Genel Öz Yeterlilik	Ön Test Genel Öz Yeterlilik	9,20	1	9,20	0,658	0,42	0,01
	Grup	8,69	1	8,69	0,622	0,43	0,01
	Hata	796,54	57	13,97			
	Toplam	152822,00	60				

* $P<0,05$

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların başlama son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların yılmama son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların sürdürme çabası-ısrar son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Eta kareye bakıldığında 0,07 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin sürdürme çabası-ısrar boyutunda orta olduğu sonucuna varılmıştır.

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların genel öz yeterlilik son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

4.17. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analizi

D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların düzeltilmiş son test RS ölçeği ve alt boyut puanlarına yönelik kovaryans analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 17. D-MKT Tedavi ve Kontrol Grubunun Düzeltilmiş Son Test RS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Kovaryans Analiz Sonuçları

RS Ölçeği ve Alt Boyutları	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	P	η^2
Saplantılı Düşünme	Ön Test Saplantılı Düşünme	6,31	1	6,31	2,001	0,16	0,03
	Grup	1,89	1	1,89	0,600	0,44	0,01
	Hata	179,72	57	3,15			
	Toplam	5667,00	60				
Derin Düşünme	Ön Test Derin Düşünme	36,74	1	36,74	5,192	0,03	0,08
	Grup	20,65	1	20,65	2,919	0,09	0,05
	Hata	403,30	57	7,08			
	Toplam	6355,00	60				
RS	Ön Test RS	69,26	1	69,26	4,740	0,03	0,08
	Grup	26,58	1	26,58	1,819	0,18	0,03
	Hata	832,81	57	14,61			
	Toplam	23668,00	60				

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların saplantılı düşünme son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların derin düşünme son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların RS son test puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).



V.

TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma bulgularına göre öncelikle çalışmaya dahil edilmiş olan depresyon hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler sunulacaktır. İkinci olarak deney grubu ile kontrol grubunun, tüm testlerdeki ön test son test karşılaştırmasına ilişkin tanımlayıcı istatistikler kısmı yer alacaktır. Daha sonra ise beck depresyon ölçeği, üstbiliş ölçeği, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ölçeği, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, ruminatif tepkiler ölçeği ve özyeterlilik ölçeği verilerine göre deney grubu ve kontrol grubunun ön test son test verileri değerlendirilecektir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, literatür taraması ile birlikte konu ile ilgili yapılan araştırmalar ile tartışılarak aşağıda belirtilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda yapılan araştırmanın depresyon tedavisi ve depresyon tedavisinde metakognisyon eğitimi grup terapisi çalışması konularında bundan sonra yapılacak olan çalışmalara yön göstereceği düşünülmektedir.

Daha önce Jelinek tarafından yapılmış olan D-MKT etkililiği randomize kontrollü deney çalışmasında, çalışmaya katılan hastaların %90'ının daha önce en az bir kez majör depresif epizod tanısı almış oldukları görülmektedir. Bu açıdan araştırmamızdaki kişilerin geçmiş hastalık öyküleri itibariyle daha önce yapılmış olan çalışma ile örtüşmekte olduğu söylenebilir. Medeni durumlarına baktığımızda; çalışmaya katılan 60 kişide evli olan 18 hasta (%30) , bekâr olan 24 hasta (%40) , boşanmış olan 16 hasta (%26) ve eşinden ayrı yaşayan 2 hasta (%3) olduğu görülmektedir. Aile ile birlikte/tek başına yaşama durumlarına baktığımızda; ailesi ile birlikte yaşayan 25 hasta (%41) , tek başına yaşayan 35 hasta (%59) vardır. Depresyon hastalığında sosyal destek sisteminin zayıflığı ya da kişilerin içe kapanma, sosyal yaşamdan kendilerini soyutlamaları gibi tutumlarının etkililiği dikkate alındığında bekar, boşanmış ve tek başına yaşayan hasta oranlarının evli ve ailesi ile birlikte yaşama oranlarına göre belirgin biçimde fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Araştırmamızdaki deney grubu ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler itibariyle ve yaş ile cinsiyet özellikleri açısından ön test verileri itibariyle anlamlı

ve belirgin bir farklılık olmadığı, bu özellikler itibariyle grupların birbiri ile örtüşmekte olduğu görülmektedir.

Ölçeklerin ön test ve son test puanlarına göre karşılaştırılması kontrol ve deney grupları ayırt edilmeden yapıldığında, hastaların son test beck depresyon, olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve üst biliş, rumi olumlu, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS puanları ön teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Farka ilişkin etki büyüklüğünün yukarıda belirtilen ölçekler ve alt ölçeklerde kuvvetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda yapılan çalışmada genel olarak tedavi uygulamalarının depresyon hastaları üzerinde oldukça şiddetli biçimde tedavi edici sonuçları olduğu, ölçülen metakognisyon özelliklerinin de oldukça etkili biçimde pozitif yönde değişim gösterdiği söylenebilir.

D-MKT grubu ile kontrol grubu arasında ölçeklerin ön test puanları açısından karşılaştırma yapıldığında D-MKT tedavi gören hastaların ön test rumi olumlu puanlarının, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz puanlarının, saplantılı düşünme, derin düşünme, RS puanlarının kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık, D-MKT uygulamasının tedavi edici etkinliğini değerlendirirken göz ardı edilmemelidir.

D-MKT uygulamasının psikofarmakolojik tedavi ile karşılaştırarak depresyon hastalığındaki etkililiğini test edebilmek için tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön test ve son test beck depresyon ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında, kontrol grubu ile tedavi grubunun aynı süre içerisinde benzer etki gücü ortaya koyduğu ve D-MKT'nin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Araştırmamızda beck depresyon envanteri bulgularına göre tedavi grubunun da en az kontrol grubu kadar etkili bir tedavi olduğu sonucu görülmekle birlikte istatistiksel olarak psikofarmakolojik tedaviden daha etkin olduğu ya da daha güçlü bir etki yarattığı söylenemez. Ancak bulgulara göre psikofarmakolojik tedavinin etkilerini olumsuz yönde etkilemediği de açıkça görülmektedir. Jelinek tarafından Almanya'da yapılmış olan pilot çalışmada depresyon düzeyi tespiti için genel depresyon ölçeği kullanıldığı, beck depresyon ölçeği

kullanılmadığı dikkate alınmalıdır. Daha önce Almanya’da Jelinek tarafından yapılmış olan deneysel çalışmada D-MKT’nin depresif belirtileri anlamlı düzeyde azaltan bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ortaya çıkan sonuçtaki farklılığın D-MKT uygulamasının içeriği ile beck depresyon envanterinde ölçülen depresif semptomların uyumluluğu açısından da ele alınması gerekmektedir. Ayrıca pilot çalışmada D-MKT uygulaması ayakta tedavi görmekte olan hastalara haftada 1 kez uygulanarak toplam 8 haftalık uygulamalarla tamamlanmıştır, mevcut çalışmamız ise yatan hastalara haftada 2 oturum yapılarak toplamda 1 aylık döngüler şeklinde tamamlanmıştır. Bu zaman farklılığının depresif duygu durumu üzerinde etki sağlamak ya da etkiyi beck depresyon ölçeği üzerinde tespit etmek için yeterli olmamış olabileceği değerlendirilmektedir.

Jelinek tarafından hamilton depresyon puanlama ölçeği ve beck depresyon envanteri aracılığıyla yapılmış bir başka çalışmada ayakta tedavi görmekte olan ve psikofarmakolojik tedavi görmeye devam eden kişilere D-MKT ve sağlık eğitimi uygulanmış ve beck depresyon envanteri verileri itibariyle referans noktasından takibe kadar depresif semptomlardaki iyileşme, ortadan kuvvetli etki boyutlarına kadar aktif kontrol grubuna (sağlık eğitimi) kıyasla D-MKT’de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada D-MKT grubundaki daha fazla sayıda insanın hamilton depresyon puanlama ölçeği verilerine göre düzelme gösterdiği tespit edilmiş ve grup farkları ardıl değerlendirmede anlamlılığın sınırında olduğu bildirilmiştir. Bu açıdan bakıldığında araştırmamızda psikofarmakolojik tedavi ile birlikte D-MKT uygulanmasının tedavideki etki gücünün oldukça güçlü olduğu ve bu yönüyle yukarıda bahsedilen çalışma ile uyumlu olmakla birlikte daha fazla etki gücüne sahip olduğu fakat D-MKT’nin psikofarmakolojik tedavi karşısında özgül bir etkisinin tespit edilemediği görülmektedir. Bu oldukça güçlü olan etki gücüne rağmen beck depresyon envanterinin sonuçları itibariyle Jelinek’in çalışmasına göre oluşan farklılığın, araştırmamızdaki ön test-son test ölçümleri için kullanılan zamanın yakınlığı ve gruplardaki psikofarmakolojik tedavi sürecinin etkileri gibi sınırlılıklar nedeniyle oluşmuş olabileceği değerlendirilmektedir.

D-MKT’nin farmakoterapi etkisini destekleyici ve arttırıcı bir gücü olabileceği, hastaların tedavi hizmetlerine bakış açılarını olumlu yönde etkileyebileceği ve bu motivasyonel etki sayesinde iyileşme süresi üzerinde olumlu yönde etkili olabileceği

değerlendirilmektedir. Ayrıca yapılmış olan çalışmada gözlenen grup içi etkileşim ve hastalardan alınan geribildirimlere göre D-MKT'nin hastaların psikoterapi hizmeti alıp almama konusundaki görüş ve tutumları üzerinde de etkili olduğu, hastaların D-MKT içeriği itibariyle kazandıkları içgörüyeye dayalı olarak psikoterapi hizmetlerine yönelik motivasyonel düzeyde olumlu yönde etkilendikleri söylenebilir.

Depresyon tedavisinde psikofarmakolojinin etkilerinin hala oldukça güçlü ve geçerli olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz hastaların yatarak tedavi görmekte olup, oldukça güçlü bir ilaç tedavisi görmekte olduklarının da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu durumda D-MKT'nin depresyon tedavisindeki pür etkinliğinin daha net olarak ortaya konması için gelecekte D-MKT uygulaması ile psikofarmakolojik tedavi görmekte olan hastaların ayrıca karşılaştırılmasının yapılmasına yönelik bir araştırmanın gerektiği önerilmektedir.

Goldman psikoeğitimi; “psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek; örneğin kişinin hastalığını kabul etmesini sağlamak, tedavi ve rehabilitasyon için aktif kooperasyonu ilerletmek ve hastalığın neden olduğu kayıpları karşılamaya dönük başa çıkma yeteneklerini kuvvetlendirmek” olarak tanımlamıştır (Goldman, 1988).

Psikoeğitimin amaçları; bilişsel, afektif ve davranış değişiklikleri yapmak, duygusal destek sağlamak, tedavi uyumunu artırmak hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek, hastalardaki değişim umudunu artırmak, tekrarlamayı önlemek, yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek olarak özetlenebilir. Bu açıdan ele alındığında D-MKT'nin etkili bir psikoeğitim uygulaması olduğu görülmektedir.

Araştırmamızdaki bulgular doğrultusunda D-MKT'nin depresyondaki 4 temel belirti kümesi olan duyu durum belirtileri, bilişsel belirtiler, somatik belirtiler ve motor belirtilerden öncelikli ve daha etkin biçimde bilişsel belirtiler üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

D-MKT'nin mevcut grup ve bireysel terapi kavramlarının yerini alacak şekilde tasarlanmadığını vurgulamak önem arz etmektedir. Düşünce çarpıklıkları ve metakognisyon özelliklerinin bazıları ayrıntılı olarak ele alınsa da, bunların uzun

vadede bireysel olarak gerçekleştirilmesi kişinin kendi sorumluluğu altında ve muhtemelen bireysel terapinin de dahil edilmesi suretiyle gerçekleştirilmelidir. Bununla birlikte D-MKT'nin, mevcut hizmetlere ek olarak hastaların tedavi süreçlerine hızla entegre olmalarını ve daha ileri tedavi için bekleme sürelerinin atlatılmasını sağlayan ve hatta belki de psikofarmakolojik etki gücünü arttıran bir yönünün olabileceği, ancak duygu durum üzerinde tek başına kısa süre içerisinde olumlu yönde fark yaratma gücünün araştırmamız itibarıyla yeterli olmadığı, uygulama sürecinde grup üyelerinin meraklarını, ilgilerini cezbeden ve hastalar tarafından olumlu geribildirimler alan bir tedavi uygulaması olduğu değerlendirilmektedir. Bu açılarından D-MKT'nin yatarak tedavi görmekte olan hastaların tedavi süreçlerine katkı sağlayan bir destekleyici tedavi uygulaması olarak kullanılabilmesi değerlendirilmektedir.

D-MKT'nin depresyondaki değişim üzerindeki etkisi disfonksiyonel metakognitif inanışlarda azalma aracılığıyla gerçekleştiği tespit edilmiştir (Jelinek, 2013).

D-MKT uygulaması metakognisyon özelliklerine ve bilişsel çarpıklıklara yönelik bir psikoeğitim içeriğine sahiptir ve depresyon tedavisindeki etkililiğinin sadece beck depresyon envanteri odaklı olarak değerlendirilmesi doğru olmayabilir. Bu nedenle, depresyonun yordayıcısı olarak görülen depresif ruminasyonlar başta olmak üzere metakognisyon özelliklerine yönelik verilere dayalı biçimde değerlendirme yapılması da gerekmektedir.

Wells'in metakognitif modeli kavramsal olarak metakognitif inanışlar ile depresyon arasındaki ilişkinin ruminasyon aracılığıyla olduğunu iddia eder. Bu fikre dayalı olarak Jelinek tarafından yapılmış olan D-MKT'nin değişim mekanizmalarını tespit etmeye yönelik çalışmada metakognitif inanışlardaki ruminasyonun kontrol edilemezliği alt boyutu depresyondaki değişimin aracısı olarak tespit edilmiştir. Yine D-MKT'deki kognitif değişim mekanizmalarını empirik olarak ele alan çalışmada özellikle D-MKT'nin "aktif özünün" hastaları disfonksiyonel metakognitif inanışlarla olan bağlarını kopartmaya teşvik ettiği tespit edilmiştir.

Farklı kavramsal tanımları yapılmış olsa da en çok kabul gören tanımına göre ruminasyon, depresif duygu durumuna verilen bir tepki olarak "Neden böyle

hissediyorum?”, “Böyle düşünüyor olmak benimle ilgili ne söyler?” şeklinde, depresif belirtiler ve bunların olası neden ve sonuçları üzerine odaklanan tekrarlayıcı düşüncelerdir (Nolen-Hoeksema 1991).

Yapılan araştırmalar ruminasyonun, depresif belirtilerle bağlantılı olduğunu ve depresif duygu durumun uzun süre devam etmesine yol açtığını göstermektedir kişideki olumsuz bilişsel içeriğin de işlevsel olmayan ruminasyondan uzaklaşmasına engel olduğunu öne sürer. Derin düşünmenin işlevsel olup olmamasının var olan olumsuz bilişlerle ilişkili olabileceğini öne sürülmüştür. Derin düşünmenin depresyon ile doğrudan ilişkisi olmasa da, stres ve olumsuz atıf tarzıyla etkileşerek, zaman içinde yüksek depresyon düzeylerinin yordayıcısı olduğunu saptamışlardır. (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1993).

Ruminasyon depresif semptomların, depresyon atağının yordayıcısıdır. Ruminasyonu daha çok yapan kişiler, önceki depresyon düzeyleri istatistiksel olarak kontrol edilse bile depresyon atağı geliştirmeye anlamlı olarak daha yatkın bulunmuştur (Nolen-Hoeksema, 2000)

Bu literatür bilgileri ve araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda, D-MKT'nin ruminasyon ve atıf yanlılığı içerikli modüllerinin depresif içeriğe sahip ruminasyonlara etkisiyle hastaların bakış açılarında ve tutumlarında belirgin biçimde, iyileştirici yönde değişiklik meydana getirdiği değerlendirilmektedir.

Yapılan çalışmalarda depresif grubu, kontrol grubundan ayırt edebildiği tespit edilmiş olan rumi olumlu ölçeği (Yılmaz ve ark. 2014) kişilerin tekrarlayıcı biçimde düşünmenin, depresyonun nedenini bulmak için uzun uzun düşünmenin, geçmişini tekrar tekrar ve derin biçimde düşünmenin faydalı ve gerekli olduğu gibi inanışlarını ölçmektedir. Ruminasyonun depresif sürecin uzamasına neden olabilmesi ya da depresyonun tekrarlanması konusunda etkisi dikkate alındığında, D-MKT'nin hastalar tarafından ruminasyonun olumlu ve faydalı olarak algılanarak tekrarlanması konusunda tedavi edici olduğu, hastaların bu yanlış inanışları üzerinde değişim meydana getirerek depresyonun tekrarlama riskini azaltma ya da depresif sürecin uzamasını azaltma konularında etkili olabileceği söylenebilir.

Depresif olguları ayırt etme gücüne sahip bir diğer metakognisyon ölçeği olan rumi olumsuz ölçeği ile ilgili D-MKT tedavi grubu ve kontrol grubu karşılaştırmasına yönelik bulgularda D-MKT'nin ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike alt boyutu ile kişiler arası sosyal sonuç alt boyutu dahil ölçeğin tüm verileri itibari ile kontrol grubuna göre oldukça güçlü biçimde, pozitif yönde etkili olduğu görülmektedir. Daha önce Jelinek tarafından yapılmış olan D-MKT etkililiği randomize kontrollü deney çalışmasında üst biliş ölçeğinin ruminasyonun kontrol edilemezliği alt boyutundaki değişimin depresyon tedavisinde belirleyici bir mekanizma olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bu yönüyle çalışmamız, Almanya'da yapılmış olan pilot çalışma ile uyumluk içerisindedir.

Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeği, depresif içeriğe sahip uzun uzun ve tekrarlayıcı nitelikte düşünmeye yönelik kişilerin; tekrarlayıcı düşünceler fiziksel olarak hasta olmaya, diğer insanlar tarafından reddedilmeye, kontrolünü kaybedip intihar etmeye neden olabilir ya da bu şekilde düşünmenin kötü, zayıf bir insan olduğu anlamına gelebileceği gibi kendilerini değerlendirmelerine yöneliktir ve elde edilen sonuçlar depresyon düzeyini yordayıcı niteliktedir. Araştırmamızdaki bulgulara göre D-MKT'nin depresyonun öngörücüsü olan metakognisyonlar üzerinde tedavi edici nitelikte oldukça etkin olduğu sonucuna ulaşılmış olması, araştırmadaki hipotezin desteklendiği anlamına gelmektedir.

Depresyondaki kişilerin kontrollerini kaybetme endişelerinin aynı zamanda kendilerine yönelik yetersizlik, zayıflık, başarısızlık, değersizlik gibi inanışlarını alevlendirerek depresif içerikli bilişsel süreçlerini kuvvetlendirdiği ve hatta depresyona ek olarak anksiyete bozukluğu da yaşamalarına neden olabileceği düşünüldüğünde, D-MKT'nin ruminasyonla ilgili tedavi edici etkinliğinin, hastaların kendilerine yönelik algı ve inanışlarını da değiştirme gücüne sahip olduğu söylenebilir. Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışlar ölçeğinin diğer alt boyutu olan kişiler arası sosyal sonuç alt boyutu depresyondaki kişilerin sosyal içe çekilmelerine neden olabilecek ya da yoğun çaresizlik, umutsuzluk duyguları yaşayarak intihar etmelerine neden olabilecek nitelikte bilişleri ile ilgili verilere ve terk edilme, reddedilme kaygısı yaşamaları ile ilgili verilere ulaşılmasını sağlamaktadır. Kişilerin ruminasyon nedeniyle kendilerini zayıf, başarısız, kötü, istenilmeyen biri olarak algılamalarını ölçen bu alt boyutta D-MKT yine pozitif

yönde oldukça etkili görülmektedir. Bu durumun kişilerin sosyal olarak içe çekilme ve çaresizlik yaşamaları başta olmak üzere disfonksiyonel metakognitif inanışları üzerinde bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde D-MKT'nin etkili bir uygulama olduğu değerlendirilmektedir.

Bu bulgular ve literatür bilgileri doğrultusunda D-MKT'nin etkilediği metakognitif inanışlar aracılığıyla depresyonun süresini azaltılması konusunda yardımcı olabileceği, depresyonun tekrarlaması ihtimalini azaltan bir etki oluşturabileceği, böylelikle koruyucu nitelikte bir etki gösterebileceği ve hastalara yeni bir bakış açısı ile metabiliz özelliği kazandırarak bilişsel yeniden yapılandırma kapsamında etkili bir uygulama olabileceği söylenebilir. Ayrıca Jelinek tarafından yapılmış çalışmada rumi olumlu inanışlar ve rumi olumsuz inanışlar ölçeklerinin kullanılmadığı, endişeye yönelik olarak geliştirilmiş olan üstbiliş ölçeğinin alt boyutlarına dayalı olarak ruminasyonun kontrol edilemezliği alt boyutunun D-MKT'nin değişim mekanizması olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda rumi olumlu ve rumi olumsuz inanışlar ölçekleri aracılığıyla D-MKT'nin metakognitif inanışlara yönelik etkisi daha net biçimde tespit edildiği söylenebilir.

Ruminatif tepki biçiminin depresyondaki iki bileşeninden biri olarak ele alınan saplantılı düşünme kişinin bazı karşılanamayan beklentileriyle mevcut durumunun pasif olarak karşılaştırılmasını yansıtır. Ruminatif tepki biçiminin depresyondaki iki bileşeninden bir diğeri olarak değerlendirilen derin düşünme, kişinin depresif semptomlarını bilişsel olarak çözme amaçlı zihinsel olarak çabalamasıdır (Treyner, 2003).

Miranda ve Nolen-Hoeksema'nın yaptığı çalışmada, saplantılı düşünme ve derin düşünmenin intihar düşüncesine yordayıcılığı araştırılmıştır. İntihar düşüncesi ve demografik veriler kontrol edildikten sonra, hem saplantılı düşünme hem de derin düşünme intihar düşüncesi üzerine yordayıcı olarak bulunmuştur (Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding).

Roelofs ve arkadaşları 198 depresyon hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, derin düşünme ve saplantılı düşünmenin depresyon semptomlarının anlamlı olarak aracısı olduğunu saptamışlardır (Roelofs J, Huibers M, 2008).

Bu literatür bilgileri ve araştırmamızdaki bulgular dikkate alındığında D-MKT tedavisinin RS ölçeği verilerine göre derin düşünme ve saplantılı düşünme üzerindeki etkisi göz ardı edilmemelidir. D-MKT'nin, intihar dahil olmak üzere kişilerin işlevselliğini ciddi biçimde bozucu olarak değerlendirilen ve depresyonun yordayıcısı olarak kabul edilen ruminatif tepkiler üzerinde etki gücü olan bir uygulama olduğu görülmektedir. Kişilerin haksız kıyaslamalar yapmalarını, kendilerine karşı acımasız sorgulamalar yapmalarını, geçmişle ilgili keşkelere dayalı tekrarlayıcı biçimde düşünceler geliştirmelerini azalttığı görülen D-MKT, bu işlevsiz kognisyonlara etki ederek, depresyondaki kişilerin bilişsel performanslarına olumlu yönde katkı sağlamaktadır.

Özyeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (Bandura 1994). Bandura'ya göre (1997) özyeterliliği düşük ve yüksek olanları ayırt eden en önemli özellik, özyeterliliği yüksek olanların başarısızlıkları karşısında çabuk toparlanıp eylemlerinde ısrarcı olmaları, yani yılmamalarıdır. Ayrıca yüksek düzeyde özyeterliliğin ruhsal anlamda iyilik halini (Magaletta ve Oliver 1999) ve tedavi sonrasında duygudurum bozukluğu olan hastaların artmış psikososyal uyumunu belirlediği (Cutler 2005) saptanmıştır. Bu bilgiler ve araştırmamızda özyeterlilik ölçeğinde elde edilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin, kişileri "Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım", "Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim", "Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir" maddelerini kapsayan sürdürme çabası-ısrar boyutunda orta olduğu dikkate alındığında, D-MKT'nin depresyondaki kişilerin yetersizlik, zayıflık, başarısızlık, çaresizlik inanışları üzerinde pozitif yönde etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılabilir. D-MKT depresyondaki kişilerin yeterlilik algıları üzerinde etki sağlayarak, harekete geçmeleri, kendine güvenmeleri gibi tutumlar kazanmalarını sağlayarak bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde etkin bir uygulama olduğu değerlendirilmektedir.

Bilişsel davranışçı terapinin depresyona yönelik tedavi protokolü gereği öncelikli olarak depresyondaki kişinin fiziksel aktivitelerinin artırılmasının ve davranış aktivasyonu belli bir düzeye geldikten sonra bilişsel formülasyon yapılarak bilişsel

müdahalelerde bulunularak tedavisinin sürdürülmekte olduğu dikkate alındığında, 1 aylık zaman diliminde bireysel bilişsel terapi uygulamalarında D-MKT'nin kazandırdığı bilişsel faydanın sağlanamayacağı, bu açıdan D-MKT'nin bilişsel müdahaleler konusunda kısa süre içerisinde etkinlik sağlayabildiği görülmektedir.

Bütün bulgular ve literatür bilgileri doğrultusunda D-MKT'nin Türkiye'de depresyon tedavisinde özellikle bilişsel belirtiler üzerinde oldukça etkin olabileceği, psikofarmakoterapi ile birlikte daha etkin bir tedavi sağlayabileceği, hastaların tedavi uygulamalarına yönelik bakış açıları da dahil olmak üzere motivasyonel anlamda da oldukça etkin olabileceği, etkilediği metakognitif inanışlar aracılığıyla bilişsel yeniden yapılandırma kapsamında destekleyici bir tedavi olarak kullanılabilmesi değerlendirilmektedir.

VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Bu araştırmada ‘‘depresyon tedavisinde metakognisyon eğitimi grup terapisinin Türkiye’deki tedavi edici etkinliği’’ incelenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Araştırmamızda D-MKT tedavi grubu ve kontrol grubu verileri birlikte değerlendirildiğinde araştırmada kullanılmış olan bütün ölçeklerde ön test-son test karşılaştırması itibariyle hastaların son test puanlarının n teste göre azalmış olup, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Farka ilişkin etki büyüklüğünün kuvvetli olduğu tespit edilmiştir. İlaç tedavisi ile birlikte D-MKT’nin etkili bir tedavi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların n ve son test Beck depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

D-MKT tedavi grubunda olan hastaların son test rumi olumlu puanlarının n teste göre daha düşük olduğu, kontrol grubunda olan hastaların son test rumi olumlu puanlarının n teste göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. n test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların rumi olumlu son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir Eta kareye bakıldığında 0,07 çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin rumi olumlu boyutunda orta olduğu sonucuna varılmıştır.

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların n ve son test rumi olumlu puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların n ve son test ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlike, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuç, rumi olumsuz puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

D-MKT tedavi ve kontrol grubunda olan hastaların ön ve son test saplantılı düşünme, derin düşünme ve RS puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Ön test puanlar ortak değişken olarak alındığında ANCOVA sonuçlarına göre D-MKT tedavi ve kontrol grubundaki hastaların özyeterlilik ölçeğinin sürdürme çabası-ısrar alt boyutunda son test puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Eta kareye bakıldığında çıkan değer, hastalara verilen D-MKT tedavisinin etkinliğinin sürdürme çabası-ısrar boyutunda orta olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda D-MKT'nin depresyonun bilişsel belirtileri üzerinde güçlü biçimde etkili olduğu, bilişsel belirtilerin tedavisinin depresyon tedavisindeki etkinliği dikkate alındığında da depresyon tedavisi süresinin azaltılması, tekrarlanmanın önlenmesi ya da azaltılması, hastaların tedavi süreçlerine etkin katılımları konusundaki motivasyonel düzeylerine etkileri ve metakognitif inanışları üzerindeki tedavi edici etkinliği itibariyle D-MKT'nin depresyon tedavisinde etkin bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

İlerleyen zamanda D-MKT'nin daha geniş zaman diliminde ve daha fazla sayıda örneklem ile uygulanarak psikofarmakolojik tedaviye kıyasla etkinliğinin test edilmesinin ve D-MKT'nin depresif duygu durum üzerindeki etkinliğinin Hamilton depresyon ölçeği ile test edilmesinin klinik uygulamalar ve literatüre yönelik katkıları için daha faydalı veriler elde edilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Altuntaş, E., (2015), “Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”., Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (çeviri ed.) Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”., Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Başvuru Ölçütleri Elkitabı’ndan, (çev.Köroğlu, E)., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Akiskal, H.S. (1995). Toward a temperament based approach to depression. *Advance Biochem Psychoarmacol*, 49, 99-112.
- Akiskal, H.S. , Mood disorders: clinical features. Kaplan &Sadock’s *Comprehensice Textbook of Psychiatry*’de, B.J. Sadock ve V.A. Sadock, Ed. 2009 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. S. 1693-733.
- Aydemir, Ö., Eren, I., ve Savaş, H. (2007) Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in bipolar disorder: *Bipolar Disorder Functioning Questionnaire*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 344-352.
- Alper, Y. (2003). *Bütün Yönleriyle Depresyon*, İstanbul: Gendaş Yayınları
- Albayrak, E.Ö., Ceylan, M.E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam Dergisi*, 17(1), 27-33.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H: Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526–533).
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358–372
- Bandura, A (1994) Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, cilt 4, VS Ramachaudran (Ed), New York. Academic Press, s. 71-81.
- Bandura, A (1997) Self-efficacy: the exercise of control. New York Freeman.
- Beck, A. T., et. al., (1961). “An Inventory For Measuring Depression”. *Archives Of General Psychiatry*, 4(6), pp. 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretic aspects*, University of Pennsylvania Press
- Beck, A.T., (1976)., “Cognitive Therapy and the Emotional Disorders”.,(Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar), Litera Yayıncılık, çev. Öztürk, V., ve Türkcan, A., İstanbul, 2015.

- Beck, Aaron T., (1979). ed. Cognitive therapy of depression, Guilford pres.
- Beck, A.T., (2001). Bilişsel Danışma Temel İlkeler ve Ötesi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beck, A.T. (2015). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. (Çev., Öztürk, V., Türkcan, A.). 3. Basım. Litera Yayıncılık: İstanbul.
- Bibring, E., The mechanism of depression, in *Affective Disorders; Psychoanalytic Contributions to Their Study*, P.Greenacre, Editor. 1953, International Universities Press: Oxford, . s. 13-48.
- Bleichmar, H.B (1996). Some types of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal Of Psycho-Analysis*, 77, 935-961
- Bourland SL, Stanley MA, Snyder AG ve ark. (2000) Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging Ment Health*, 4(4):315-323.
- Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 240-255.
- Carver, C. S. & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: high standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 330–337.
- Cane, D. B. & Gotlib, I. H. (1985). Depression and the effects of positive and negative feedback on expectations, evaluations, and performance. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 145–160.
- Cutler CG (2005) Self-efficacy and social adjustment of patients with mood disorder. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 11(5): 283-28
- Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Ceylan, M.E., Oral, E.T., (2001). Duygudurum bozuklukları. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*, 4, 73-99.
- Cengil, M. (2003). Depresyonu önlemede dini inancın koruyucu rolü. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2, 129-152.
- Comer, D.R. (1995). A model of socialloafing in realworkgroups. *Human Relations*, 48, 647-667.
- Corsını, J. R., Wedding, D. (2012) *Modern Psikoterapi Teknikleri*, İstanbul : Kaknüs Yayınları
- Cüceloğlu, D. (2016). *İnsan ve Davranışı*, (7. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cuijpers P: Psychotherapies for adult depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28:24–29).

- Doğan, O., Gülmez, H.ve Ketenoğlu, C., (1995). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası
- Douglas, K. M. & Porter, R. J. (2010). Recognition of disgusted facial expressions in severe depression. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 156–157.
- Driessen, E. & Hollon, S. D. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr. Clin.North Am.* 33, 537-555 (2010).
- Eshel, N. & Roiser, J. P. (2010). Reward and punishment processing in depression. *Biological Psychiatry*, 68, 118–124.
- Ebmeier, K.P. , ve ark., Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 2006. 367: s. 153-67.
- Elder, B.L., Mosack, V. (2011). Genetics of depression: an overview of thecurrentscience. *Issues İn Mental Health Nursing*, 32(4), 192-202
- Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203–212.
- Erdur-Baker O, Bugay A (2012) The Turkish version of the Ruminative Response Scale: An examination of its reliability and validity. *Int J of EducPsychol Assess* 10: 1-16.
- Freud, S., *Mourning and Melancholia*. Standart Editions. 1917, London: Hogart Press
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: The cbt distinctive features series*. NY: Routledge Press.
- Fenichel, O. (1974). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*, (Çev. Tuncer, S.), Ğzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.
- Franck, E. & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1531–1541.
- Garber, J. & Hollon, S. D. (1980). Universal versus personal helplessness in depression: belief in uncontrollability or incompetence? *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 56–66
- Georgotas, A., Cancro, R.(1988). *Depression and mania*. Elsevier Science Publishing, 3-12.
- Goldman CR: Toward a definition of psychoeducation. *Hospital Community Psychiatry* 39:666- 668, 1988.
- Gotlib, I. H. & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285–312.
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M. & Allen, S. L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive

symptoms A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 423–438.

Gürün, O. A. (1991). *Psikoloji Sözlüğü*. İstanbul: İnkılap Yayınları.

Hans E, Hiller W: Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *J Consult Cincial Psychol* 2013;81:75– 88).

Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.

Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Derg* 6: 118-22. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Derg* 7: 3-13.

Hovardaoğlu, S. (1986). ÖğrenilmiÇ çaresizlik, *Psikoloji Dergisi*, 5, 3-7.

Işık E (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 6-498.

Jelineck, L. (2013). *Zeitschrift für Psychiatrie. Psychologie und Psychotherapie*, 61 (4) 247-254.

Jelinek L, Otte C, Arlt S, Hauschildt M: Denkverzerrungen erkennen und korrigieren: Eine Machbarkeitsstudie zum metakognitiven Training bei Depression (D-MKT) [Identifying and correcting cognitive biases: a pilot study on the Metacognitive Training for Depression (D-MCT)]. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2013;61:1–8)

Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. [Metacognitive Training for Depression (D-MCT)]. (Beltz, 2015).

Joormann, J., Teachman, B. & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 412–417.

Kaplan HI, Sadock BJ (2004) *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Çeviri: Abay E. Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 159-177

Karahan, F., Sardoğan, M. (1994). *Psikolojik Danışma Kuramları*. İstanbul: Birsen Yayınevi

Kardaş, F., (2016), “Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi”, Yüksel Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Kaya, B., (2007). “Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6) pp. 11-20.

Keck, E.M. (2010). Depresyon nasıl ortaya çıkar? Nasıl tedavi edilir? Stresle bağlantısı nedir? *Lundbeck*. 7-52.

Kesebir, S., Kavzoğlu, Ö.S., ve Üstündağ, F.M. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342

Kessler, R.C., ve ark., Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*, 2006. 163: s. 1561-8.

Kılıç, B.G., Oral, N. (2006). Çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik üzerine bir gözden geçirme, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13 (2), 2006

Klein DN., (1986), “ Social Adjustment In The Offspring Of Parents with Bipolar Affective Disorder”. *J Psychopathol Behav Assess*; 8: pp. 355-366

Küey, L., (1998), “Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme”, *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 1, ss. 5-12.

Köroğlu, E. (2006). *Depresyon nedir? Nasıl baş edilir? 2. Basım*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köksal, F., Gençdoğan, B. (2007). Depresif olanlar ile olmayanların suçluluk, utanç ve öfke tarzlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 163-175.

Lara, M. E., Leader, J. & Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 478–482.

Leyman, L., De Raedt, R., Vaeyens, R. & Philippaerts, R. M. (2010). Attention for emotional facial expressions in dysphoria: An eye-movement registration study. *Cognition & Emotion*, 25, 111–120.

Magaletta PR, Oliver JM (1999) The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *J Clin Psychol*, 55: 539-551.

Mathews A, MacLeod C: Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:167–195)

Matthews, G. & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69–93.

McDermott, L. M. & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119, 1–8.

Miranda, R., Fontes, M. & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1 151–1159

Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: rumination predicts suicidal ideation at 1 year follow-up in a community sample. *Behav Res Ther* 2007; 45:3088-3095)

Morley, T.E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1071-1082.

Moritz, S., Ferahli, S. & Naber, D. (2004). Memory and attention performance in psychiatric patients: lack of correspondence between clinician-rated and patient-rated functioning with neuropsychological test results. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 623–633

Moritz, S., Voigt, K., Arzola, G. M. & Otte, C. (2008). When the half-full glass is appraised as half empty and memorised as completely empty: Mood-congruent true and false recognition in depression is modulated by salience. *Memory*, 16, 810–820

Nolen-Hoeksema S (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 100:569-82

Nolen-Hoeksema S, Morrow J (1993) Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition Emotion* 7:561-70.

Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109:504-511.)

Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J. & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472–478.

O'Connor, E.A., Whitlock, E.P., Beil T.L., and Gaynes, B.N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings. *An Intern Medicine*, 151, 793-803.

Özgüven, H., ve Baskak, B., *Depresyon. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2014.

Öztürk, M.O., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004

Öztürk, O. ve Uluşahin. A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 2011.

Öztürk, O. ve Uluşahin. A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 2015

Özkürkçügil, A., Kırılı, S. (1998). Depresyonda değerlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 26-34.

Özyurt, B. ve Deveci, A., (2011), “Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), ss.10-6.

Papageorgiou C, Wells A (2001a) Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 32: 13-26.

Papageorgiou C, Wells A (2001b) Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract*, 8: 160-4.

Poslusny, S. M., (2000), "Street Music or The Blues? The Lived Experience and Social Environment of Depression", *Public Health Nursing*, 17(4), pp. 292-299.

Rihmer, Z ve Angst. J., Mood disorders: epidemiology. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, B.J. Sadock, V.A.Sadock ve P. Ruiz, Ed. 2009, Wolters Klüver/Lippincott Williams &Wilkins. S. 1645-53

Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J. Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed. *Behav Res Ther* 2008; 46:1283-1289).

Rood, L., Roelofs, J., Bogels, S. M., Nolen-Hoeksema, S. & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29, 607–616.

Stravynski A,Greenberg D. The Psychological management of depression. *Acta Psychiatr*

Scand 85:407-414,1992

Silverstone, P.H. , Concise assessment for depression (CAD) : a brief screening approach to depression in the medically ill. *J Psychosom Res*, 1996. 41 : s 161-70.

Saveanu, R.V. ve Nemeroff, C.B., Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am*, 2012. 35: s.51-71

Sweeney, P. D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression – a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974–991.

Seidel, E. M., Habel, U., Finkelmeyer, A., Schneider, F., Gur, R. C. & Derntl, B. (2010). Implicit and explicit behavioral tendencies in male and female depression. *Psychiatry Research*, 177, 124–130.

Tan, O., Erol, Z. (2008). Depresyon. İstanbul: İmak Ofset Basım.

Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M. & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347–357

Thase, M.E., Mood disorder: Neorubiology. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, B.J. Sadock, V.A. Sadock ve P. Ruiz, Ed. 2009, Wolters Klüver/Lippincott Williams & Wilkins: U.S.A. s.1664-75.

The World Health Report 2001. "Mental Health: New Understanding, New Hope". Geneva: World Health Organization, 2001: 30.

Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş ölçeği-30'un türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cogn Ther Res* 2003; 27:247-259

Türkçapar, H. (2013)., “Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi Depresyon”
HYB Basım Yayın, Ankara,

Türkçapar, M.H., Bilişsel Terapi, Hyb Yayınları, Ankara, 2015

Uluşahin, A. (2003). Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2), 79-88.

Ustun, T.B., ve ark., Global Burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 2004. 184: s.386-92

Wells A: *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press, 2011

Watkins, E. R., Baeyens, C. B. & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 55–64.

Van der Does, W. (2005). Thought suppression and cognitive vulnerability to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 1–14.

Yıldırım, F., İlhan, İ. (2010) Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması *Türk Psikiyatri Dergisi*;21(4):301-8

Yılmaz, A. E. (2015). Depresyonun Üstbiliş Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örneğinde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 1-10

Yılmaz, A.E, Sungur M, Konkan, R ve ark. (2015) Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçeklerinin Klinik ve Klinik Olmayan Türk Örneklemelerindeki Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Yüksel, N., Perçinel, S. (1995). Depresyonun oluş nedeni. *Türkiye Tıp Dergisi*, 2, 6-11

EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı:
2. Yaşınız :
3. Cinsiyetiniz? a)erkek b)kadın
4. Medeni Durumunuz? A)Evlı b)Bekar c) Boşanmış d)Eşinden ayrı yaşıyor
5. Aileniz ile birlikte mi yaşıyorsunuzuzi tek başınıza mı yaşıyorsunuzuz?
a) Birlikte b) Tek başına
6. Eğitim Düzeyiniz: a)İlköğretim b)Lise c)Yüksekokul veyaÜniversite
d)Yüksek Lisans /Doktora e) Öğrenci
7. Gelir düzeyiniz? a)1.000 TL- 3.000 TL b)3.000TL ve üzeri
8. Çocuğunuz var mı? a)Evet (var ise kaç tane) b) Hayır
9. Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı? a)Evet b)Hayır
10. Daha önce Depresyon teşhisi alıp, depresyon tedavisi gördünüz mü ?
a) Evet b) Hayır

EK-2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

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 yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

7-) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

8-) (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.

9-) (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10-) (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11-) (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12-) (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13-) (0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14-) (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15-) (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16-) (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

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

17-) (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18-) (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

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

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

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

19-) (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

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

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21-) (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

EK 3: ÜBO-30 ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzgünlüğümü sürdürürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardımcı eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmeye bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4: RS- RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ

RS

Açıklamalar: İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler. Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, son iki hafta içinde, belirtilenleri ne kadar sıklıkta yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekte ne yaptığınızı belirtin.

1

2

3

4

Hiçbir Zaman

Bazen

Çoğunlukla

Her Zaman

1. ___ “Bunu hak etmek için ne yaptım” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
2. ___ Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye “ne sıklıkla düşünüyorsun?”
3. ___ “Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
4. ___ Bir köşeye çekilip “neden bu şekilde hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
5. ___ Ne sıklıkla, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?
6. ___ Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında “Keşke daha iyi sonuçlansaydı” ne sıklıkla düşünüyorsun?
7. ___ “Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
8. ___ “Neden olayları daha iyi idare edemiyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
9. ___ Kişilik özelliklerini analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” ne sıklıkla düşünüyorsun?
10. ___ Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?

EK-5: RUMİNASYONLAR HAKKINDA OLUMLU İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ

(RUMİ-Olumlu)

Açıklamalar: Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz.

	<i>Hiç Katılmı yorum</i>	<i>Biraz Katılıyo rum</i>	<i>Oldukça Katılıyorum</i>	<i>Tamamen Katılıyorum</i>
1. Depresif (çökkün) duygularımı anlamak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
2. Geçmişte başıma gelen kötü şeylerden bir anlam çıkarabilmek için olanlar hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
3. Depresyonumun (çökkünlüğümün) nedenlerini bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
4. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek en önemli şeylere odaklanmama yardımcı olur.	1	2	3	4
5. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek gelecekte olabilecek hata ve başarısızlıkları önlememe yardımcı olur.	1	2	3	4
6. Depresyonuma (çökkünlüğüme) çare bulmak için sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmem gerekir.	1	2	3	4
7. Hissettiklerim hakkında tekrar tekrar	1	2	3	4

düşünmek depresyonumu
(çökkünlüğümü) ortaya çıkaran etkenleri
fark etmeme yardımcı olur.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 8. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek geçmiş hata ve başarısızlıklarımı anlamama yardımcı olur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Geçmiş hakkında tekrar tekrar düşünmek yaptığım şeylerin nasıl daha iyi yapılabileceğini bulmama yardımcı olur. | 1 | 2 | 3 | 4 |



EK-6 : RUMİNASYONLAR HAKKINDA OLUMSUZ İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ

(RUMİ-Olumsuz)

Açıklamalar: Çoğu insanın aklından zaman zaman depresif (çökkün, üzüntülü, karamsar) düşünceler geçebilir. Depresif düşünme biçimi bazen uzun süre ve tekrarlayıcı biçimde devam edebilir. Bu ölçek bu tür uzamış ve tekrar eden depresif düşünceler hakkındaki inanışlar ile ilgilidir. Aşağıda bu inanışlardan bazıları listelenmiştir. Lütfen her inanışı dikkatlice okuyunuz ve her birine genel olarak ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Cevabınızı en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz.

	<i>Hiç Katılmı yorum</i>	<i>Biraz Katılıyo rum</i>	<i>Oldukça Katılıyorum</i>	<i>Tamamen Katılıyorum</i>
1. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni fiziksel olarak hasta eder.	1	2	3	4
2. Tekrarlayıcı biçimde düşünmeye başladığımda başka hiçbir şey yapamam.	1	2	3	4
3. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.	1	2	3	4
4. Eğer kendim hakkında böylesine tekrar tekrar düşündüğümü bilselerdi, insanlar beni terk ederdi.	1	2	3	4
5. Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder.	1	2	3	4
6. Sorunlarım hakkında tekrar tekrar düşünmek benim için kontrol edilemez bir durum.	1	2	3	4
7. Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek intihar etmeme yol açabilir.	1	2	3	4

8. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek beni başarısız biri haline getirir.	1	2	3	4
9. Tekrarlayıcı biçimde düşünmekten kendimi alamıyorum.	1	2	3	4
10. Tekrarlayıcı biçimde düşünüyorum olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4
11. Geçmişte olan kötü şeyler hakkında tekrar tekrar düşünmemek mümkün değil.	1	2	3	4
12. Sadece zayıf insanlar tekrarlayıcı bir biçimde düşünürler.	1	2	3	4
13. Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kendime zarar vermeme neden olabilir.	1	2	3	4

EK-7: ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ-FATMA YILDIRIM ,İNCİ ÖZGÜR İLHAN

Açıklamalar: Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölme işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Çokİyi		
	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5

16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi : 05.10.1981

Doğum Yeri : UŞAK

Uyruğu : T.C

Cinsiyeti : ERKEK

Medeni Hali : BEKAR

Kan Grubu : A Rh +

Ehliyet Sınıfı : B

İletişim Bilgileri

ADRES: Emek mah. Ordu Cad. No:1 Sinpaş Aqua City 2010 sitesi O blok D:39
Sancaktepe /İstanbul

CEP: 532 165 8727

E-MAIL: okyaykamber@gmail.com

Eğitim durumu :

Okul Adı	Eğitim Türü	Bölüm	Mezuniyet Tarihi
Söke Lisesi	Lise	TM-Eşit Ağırlık	17.06.1998
Uludağ Üniversitesi	Lisans	Psikolojik Danışmanlık	01.06.2003
Üsküdar Üniversitesi	Yüksek Lisans	Klinik Psikoloji	2015-2017

Katıldığı Eğitimler

TRAVMA SONRASI MÜDAHALE HİZMETLERİ – MEB

PROJE ÇEVİRİMİ VE YÖNETİMİ – MEB

ETKİLİ İLETİŞİM VE DANIŞMANLIK BECERİLERİ – MEB

YARATICI DRAMA – YÖRET

YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID I-II) Prof.Dr. Hakan
TÜRKÇAPAR / Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİ Kuramsal Eğitimi (EABCT Akredite)
50 saat - Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR/ Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİ Beceri Eğitimi (EABCT Akredite) 30
saat- Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR/ Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİ SÜPERVİZYON (EABCT Akredite)
92 saat + devam ediyor
Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR/ Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

ŞEMA TERAPİ EĞİTİMİ (ISST Akredite) (Süpervizyon devam ediyor)– Psikonet
/ Alp Karaosmanoğlu

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ Kuramsal Eğitimi- Üsküdar Üniv. / Yrd.Doç.Dr.
Emre Sargın
42 saat (MS kapsamında)

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ Süpervizyon Eğitimi - Üsküdar Üniv. /
Yrd.Doç.Dr. Emre Sargın
42 saat (MS kapsamında)

ŞİZOFRENİ GRUP PSİKOEĞİTİMİ (grup terapisi) - Üsküdar Üniv / Uz.Psk. Elif
KANDAZ

BİPOLAR BOZUKLUK GRUP PSİKOEĞİTİMİ (grup terapisi- Üsküdar Üniv) /
Uz.Psk. Elif KANDAZ

Testler:

RORSCHACH TESTİ - Projektif testler derneği / Prof.Dr. Tevfika İKİZ

TEMATİK ALGI TESTİ (TAT) (devam ediyor) - Projektif testler derneği / Prof.Dr.
Tevfika İKİZ

SCİD-P-NP -Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Değerlendirme / Prof.Dr.
Hakan TÜRKÇAPAR

EYSENCK 5 FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ - İnsan Kaynakları Test
Bataryası / Doç.Dr. Erdoğan GÜLTEKİN

Klinik Test Bataryası

Önceki İş Deneyimleri

05.09.2003 - devam ediyor

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik

03.09.2008 - 01.06.2014

MURAT EĞİTİM KURUMLARI
KPSS Hazırlık ve PDR / ÖABT Eğitimliği

25.11.2014 - 18.12.2016

BİLGELİK ENSTİTÜSÜ
Yarı zamanlı Psikolog/Psikoterapist

12.10.2016 - devam ediyor
Birimi

Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık
Yarı zamanlı Psikolog / Psikoterapist

05.01.2017 - devam ediyor

TANI TERAPİ ENSTİTÜSÜ
Psikolog / Psikoterapist

Üye Dernek-Kuruluşlar:

Yönetim Kurulu Üyesi - Üsküdar Üniversitesi / Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler
Merkezi

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği