
Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar

Murat DOĞAN
Anadolu Üniversitesi
Engelliler Entegre Yüksekokulu

Öz: Genel anlamda depresyon; duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtiler içeren bir duygudurum bozukluğudur. Depresyon ve depresyonla ilgili sorunlar, psikolojik bozukluklar yelpazesinde çok geniş bir yere sahiptir. Tedavide, çok çeşitli psikoterapi yaklaşımları ve ilaç tedavileri gibi uygulamalar yer alsa da, birçok araştırma depresyonun tedavisinde bilişsel terapi yaklaşımının iyi bir seçenek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yazının amacı, depresyonda bilişsel terapi yaklaşımını çeşitli yönleriyle açıklamaktır. Bu amaç doğrultusunda konuyla ilgili genel bilgi verildikten sonra; a) depresyonun bilişsel kurama göre formülasyonu, b) depresyonun bilişsel kuram açısından değerlendirilmesi, c) depresyon tedavisinde bilişsel yaklaşım ve tedavide kullanılan teknikler, d) depresyon tedavisinde bilişsel terapinin etkililiği gibi dört temel boyut ayrıntılarıyla incelenmeye çalışılmıştır. İlgili literatür ışığında, günümüzde bilişsel kuramın, depresyonu açıklamada etkili bir yaklaşım olduğu ve 2000'li yıllarda da önemli bir seçenek olarak güncelliğini koruyabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: depresyon, bilişsel terapi, formülasyon, değerlendirme, tedavi, etkililik

Cognitive Therapy Approach for Depression: Major Dimensions and Explanations

Abstract: Depression is a mood disorder including emotional, cognitive, behavioral and psychosomatic symptoms. Depression and related problems have a scope of wide-range in the spectrum of psychological disorders. Although various psychotherapy approaches and pharmacotherapy are currently being used in the treatment of depression, many research results indicate that cognitive therapy is a preferable alternative for the treatment. This study aims to explain different aspects of cognitive therapy in depression. After giving a general information on the issue, following aspects were discussed: a) formulation of depression according to the cognitive approach, b) assessment of depression according to the cognitive approach, c) cognitive approach and its techniques used in the treatment, d) effectiveness of cognitive therapy in the treatment of depression. Depending on the literature, the study concludes that cognitive theory is an effective approach in understanding depression and it also seems to remain a valuable option in the future.

Key words: depression, cognitive therapy, formulation, assessment, treatment, effectiveness .

1. GİRİŞ

Depresyon duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtilerle kendini gösteren; bunun sonucunda bireyde çökkün bir ruh haline, bireyin davranışsal etkinliklerinde bir azalmaya, zihinsel etkinliklerde bazı değişikliklere ve yer yer bedensel bazı yakınmalara neden olan; şiddeti bireyden bireye değişebilen bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994; Kennedy vd. 1998; Tuğrul ve Sayılğan 1997).

Depresyonun etiolojisine bakıldığında, psikososyal risk faktörlerinin çok önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Bu faktörler kişinin kendi depresyon geçmişi, kendine özgü kişilik özellikleri, herhangi bir yakının kaybı, düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal çevre, olumsuz yaşam olayları, madde kullanımı ya da anksiyete gibi bir başka bozukluğun varlığı olarak sıralanabilir. Ancak bu faktörlerin her bireyde depresyona yol açacağı söylenememektedir (Kennedy vd. 1998).

Depresyon, "psikiyatrinin soğuk algınlığı" denebilecek kadar yaygın bir bozukluktur (Fennel 1989). Moore'a (1997) göre, depresyonun genel popülasyonda yaşam boyu riski %10 ile %20 arasında değişmektedir. Dobson ve Jackman-Cram (1996) ise her yıl dünyada 100 milyondan fazla insanın klinik olarak anlamlı düzeyde depresyona maruz kaldığını ve bu rakamın giderek yükseldiğini ileri sürmektedirler.

Bu kadar yaygın olmasına karşın, depresyonun sınıflandırılmasında önemli sorunlar bulunmaktadır. Günümüzde geçerli olan sınıflama sistemi, Esquirol'un 1800'lü yıllarda yaptığı melankoli tanımına dayandırılmaktadır. Esquirol'e göre melankoli, düşünsel ve fiziksel etkinliklerde azalmayla karakterize bir ruh durumudur (Dobson ve Jackman-Cram, 1996). Bu tanım temel alınarak günümüzde depresyon; bipolar-ünipolar bozukluklar ve endojen-reaktif (nörotik) bozukluklar olmak üzere temel olarak iki boyutta ele alınmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994; Fennel 1989). Ancak bazı araştırmacılar depresyonun bu şekilde sınıflandırılmasının aşırı semptomatik olduğunu ileri sürerek kuramsal temele dayanan bir sınıflandırma modelinin depresyon için daha uygun olduğunu söylemektedirler. Bu araştırmacılara göre depresyonun bilişsel kuramında umutsuzluk kavramı çok önemli bir yere sahiptir. Ayrıca kuramda, depresyona yakınlık oluşturabilen bağımlı/sosyotropik ve otonom kişilik özelliklerinden söz edilmektedir. Araştırmacılar, umutsuzluk kavramını ve yakınlık oluşturan kişilik özelliklerini, 'depresyonun bilişsel alt tipleri' olarak kavramsallaştırmışlardır. Bu bilişsel alt tiplerin, depresyonun bilişsel kuramında, depresif belirtilerden daha önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Dolayısıyla, depresyonun sınıflandırılmasında görgül verilere dayanan belirtiler değil; kuramsal bir temele dayanan depresyonun bilişsel alt tipleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bir başka anlatımla, depresyon, bipolar-ünipolar ve endojen-reaktif bozukluklar olarak sınıflandırılmamalı; bilişsel kuramın doğasına daha uygun bir şekilde, umutsuzluk depresyonu, bağımlı/sosyotropik depresyon ve otonom depresyon olarak sınıflandırılmalıdır (Abramson vd. 1997; Alloy 1997) .

Bilişsel terapi ise bilişsel işleyişin davranışları etkilemesi, bilişsel işleyişin yönlendirilebilir ve değiştirilebilir olması, istenilen davranış değişikliğine bilişsel değişimler sonucunda ulaşılabileceği gibi üç temel varsayıma dayanan (Banks ve Dobson 1998; Hollon vd. 1993); yapılandırılmış, etkin, yönlendirici, esnek, kuram temelli, kısa, zaman sınırlı

ve soruna yönelik bir terapi yaklaşımıdır (Beck 1995; Fennel 1989; Hollon vd. 1993; Sa-vaşır 1996).

Bilişsel terapi ve depresyonun ilk kez birlikte ele alınışı, Beck'in 1960'lardaki çalışmalarına dayanmaktadır (Beck 1995; Persons 1989; Scott 1996). Bilişsel modelin klinik ortamlarda uygulanması ilk kez depresyonla başlamış ve daha sonra anksiyeden şizofreniye kadar geniş bir bozukluk yelpazesinin tedavisinde kullanım alanı bulmuştur (Dattilio ve Freeman 1992). Depresyonun tedavisinde çeşitli psikoterapi yaklaşımları ve ilaç tedavileri kullanılmakla birlikte, günümüzde bilişsel terapi kısa zamanda iyi bir başarı elde etmesi açısından tercih edilen, etkili bir terapi yaklaşımıdır (Dattilio ve Freeman 1992; Dobson 1998). Depresyonda bilişsel terapi diğer psikoterapi yaklaşımlarından işbirliğine yönelik olması, gerçeği test etmesi ve hasta ile terapist arasında sorunu çözmeye yönelik bir eğitim süreci içermesi gibi açılardan farklılık göstermektedir (Dattilio ve Freeman 1992). Bilişsel terapinin tercih nedeni olması bu farklılıklara, kısa zamanda iyileştirme etkisine ve bozukluğun yineleme riskini azaltmasına bağlanabilir (Dobson 1989). Freeman ve Dattilio (1992), bilişsel terapinin depresyonda ve bir çok bozukluk türünde yalnızca günümüzde değil, önümüzdeki yıllarda da etkili ve tercih edilen bir seçenek olabileceğini ileri sürmektedirler.

Yukarıda da kısaca değinildiği gibi, depresyonun bu denli yaygın bir bozukluk olması, beraberinde bu bozukluğun tedavisinde kullanılabilecek seçeneklerin de araştırılmasına neden olmaktadır. Bu amaçla depresyonda iyi bir tedavi seçeneği olduğu ileri sürülen bilişsel yaklaşım ve bunun tedavideki etkinliğine ilişkin oldukça çok sayıda araştırma yapılmıştır (örneğin: Dobson 1989; Hollon vd. 1993; Evans vd. 1992).

Bu yazıda, depresyonda bilişsel terapi yaklaşımının çeşitli boyutlarıyla irdelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda depresyonun bilişsel kuram açısından; a) formülasyonu, b) değerlendirilmesi, c) tedavisi ve tedavide kullanılan teknikler, d) bilişsel terapi yaklaşımının depresyonda etkililiği gibi temel boyutlar ayrıntılı olarak incelenmeye çalışılmıştır.

2. FORMÜLASYON: BİLİŞSEL KURAM DEPRESYONU NASIL AÇIKLIYOR?

Her ne kadar depresyonun bilişsel formülasyonu denince akla ilk Beck'in Bilişsel Kuramı gelmekteyse de; konuyla ilgili başka açıklamalar da bulunmaktadır. Bu bölümde bilişsel açıdan depresyonun bazı tarihsel açıklamalarına ve diğer modellere kısaca değinildikten sonra Beck'in Bilişsel Kuramı'nın depresyonu nasıl açıkladığı üzerinde durulacaktır.

2.1. Tarihsel Süreç

M.Ö. 5. ve 4. yüzyıllardan beri depresyona özgü bazı bilişsel özelliklerden bahsedilmektedir. Hipokrat döneminde, çağdaş kuramlarda da var olan, depresyondaki (melankoli) fonksiyonel olmayan düşüncelerden ve davranış etkinliğindeki azalmalardan söz edilmektedir. Örneğin, M.S. 2. yüzyılda yaşayan Efesli Soranus, depresyonun modern bilişsel kuramında da yer alan karamsarlık, kederlilik ve can sıkıntısı gibi belirtilerini vurgu-

larken; bir yandan da DSM-4'ün tanı ölçütlerinde yer alan davranışsal çöküntü ve aşırı suskunluktan bahsetmektedir. Bir başka Efesli düşünür Rufus, melankolinin aşırı düşünceden ve üzüntüden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Belki de günümüzdekine en yakın olanı, daha öncede bahsedildiği üzere, Esquirol'un 1800'lü yıllarda yaptığı depresyon açıklamasıdır. Esquirol bu açıklamada, depresyonun hem düşünsel hem duygusal hem de davranışsal belirtilerinin altını çizmektedir (Dobson ve Jackman-Cram 1996). Bilindiği üzere, günümüzde Esquirol'un belirttiği bu üç özelliğe bir de somatik belirtiler eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

2.2. Diğer Yaklaşımlar

Lewinson'un Davranışçı Modeli: Beck'in bilişsel kuramında düşüncelerin duyguları, duyguların da davranışları etkileyeceği ve bunlar arasında sürekli bir etkileşim olduğu varsayımı vardır (Beck 1995). Ancak Lewinson'un Davranışçı Yaklaşımı, bunun tersini savunur. Diğer bir deyişle, yalnızca davranışlardaki değişimler, duygu ve düşünceleri değiştirebilir. Bu yaklaşıma göre depresyon da diğer davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır ve tedavisi de ancak davranışların değiştirilmesine bağlıdır (Dobson ve Jackman-Cram 1996).

Rehm'in Otokontrol Modeli: Bu modele göre depresyon, bireyin kendine bakışı, kendini ve kendi performansını değerlendirmesindeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır. Depresyondaki bireylerin kendileriyle ilgili daha olumsuz algıları vardır, bu bireyler kendilerini daha olumsuz değerlendirirler ve kişisel performanslarını pekiştirmezler. Kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmeleri, Beck'in bilişsel kuramında da vardır. Ancak ek olarak, Beck'in kuramında kişiler dünyayı, yaşantıları ve geleceği de olumsuz değerlendirmektedirler. Bu iki kuram arasında en büyük fark depresyonun tedavisinde görülmektedir. Rehm'in otokontrol terapisi, yalnızca, kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerini kontrol etmesinde pekiştiricilerin kullanımını içeren mekanik bir süreçtir. Oysa Beck'in bilişsel terapisi, daha sonra da söz edileceği üzere, kişinin olumsuz değerlendirmelerini içeren otomatik düşüncelerin değiştirilmesine yönelik aktif bir süreçtir (Dobson ve Jackman-Cram 1996).

Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli: Seligman'a göre depresyon bireylerin olaylara ilişkin yüklenme biçimleriyle ilgilidir. Olaylara sabit, global ve içsel yüklenme yapan bireyler depresyona daha yatkındırlar. Bu model daha sonra Abramson ve arkadaşları tarafından geliştirilerek depresyonun "Umutsuzluk Kuramı" olarak formüle edilmiştir (Dobson ve Jackman-Cram 1996).

Umutsuzluk Kuramı: Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli bireylerin yüklenme biçimleri üzerine vurgu yapmaktadır. Abramson ve arkadaşları 1990'da yüklenme biçimlerine tutumları da ekleyerek depresyon için yeni bir kuram geliştirmişlerdir. Kurama göre olumsuz olaylara sabit, global ve içsel yüklenme yapan bireylerde, bu yüklemeler olumsuz bir tutuma neden olmaktadır. Yüklenme biçimi, olumsuz olaylar ve olumsuz tutum birleşince de bireyler umutsuzluğa kapılarak depresyona girmektedirler (Kapçı 1998). Alloy ve Clements'e (1998) göre de umutsuzluk depresyonun biricik nedeni, aynı zamanda da sonucudur. Diğer bir anlatımla, umutsuzluk bireyleri depresyona yatkın bir hale getirebilmekte ya da depresyon sonucunda bir umutsuzluk yaşanabilmektedir.

Ellis'in Mantıksal-Duygusal (Rational-Emotive) Terapi Modeli: Model, Beck'in bilişsel kuramından bağımsız olarak Ellis tarafından 1973'te geliştirilmiştir (Savaşır

1996). Mc Dermut ve diğerlerine (1997) göre, bu kuram depresyonu açıklamada Beck'in kuramından, yalnızca, bilişsel işlevlerdeki bozulmanın (cognitive dysfunction) doğası konusunda ayrılmaktadır. Model, mantıksız inançların (irrational beliefs) depresyonun ve diğer psikolojik bozuklukların nedeni olduğunu ileri sürmektedir. Bireyler yanlış bir düşünce yapısına sahiptirler ve başlarına gelen her olayı olumsuz yorumlamaktadırlar. Bu sürecin Beck'in kuramında nasıl işlediği daha sonra tartışılacaktır.

McDermut ve arkadaşları (1997), bu iki kuramın depresyonun formülasyonundan çok tedavisinde farklılaştığını ileri sürmektedirler. Yazarlara göre tedavide duygusal-mantıksal terapi, daha öğretici ve daha yönlendiricidir. Terapist, hastasıyla mantıksız inançlarından vazgeçmesi için tartışabilmektedir. Beck modelinde ise, müdahaleler bu kadar doğrudan yapılmamaktadır.

Yukarıda açıklanan modellerin ortak noktalarını daha yapılandırılmış ve daha doğrudan (direct) olmaları şeklinde formüle etmek mümkündür. Ayrıca davranış temelli yaklaşımlar terapi ilişkisine önem vermemektedir (Alloy ve Clements 1998; Savaşır 1996). Ellis'in modeli istisna tutulursa, diğer modellerin uygulamada tek başına bir terapi yaklaşımı olmaktan çok, bazı tekniklerinden yararlanan yaklaşımlar olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Günümüzde depresyonun açıklanmasında ve tedavisinde Beck'in bilişsel modeli çok daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Beck 1995; Freeman 1992).

2.3. Beck'in Bilişsel Kuramı

Depresyonun bilişsel kuramında dört temel unsur olduğu ve bu unsurların depresyonu açıklamada büyük önem taşıdıkları ileri sürülmektedir (Fennel 1989; Freeman 1992). Bu unsurlar; a) bilişsel üçlü (cognitive triad), b) otomatik düşünceler, c) bilişsel çarpıtmalar, d) işlevsel olmayan şemalardır.

a) Bilişsel Üçlü: Bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamasıdır. Bireyin kendini değersiz, yetersiz, ahlaki (moral) ya da fiziksel olarak eksik algılamalarını içermektedir. Birey geçmişte olan olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutmakta ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünmektedir. Bireye göre bütün ilişkileri ve yaşantıları olumsuzdur. Gelecek hep umutsuz olarak algılanmaktadır (Beck 1995; Fennel 1989).

b) Otomatik Düşünceler: Kurama göre, yukarıda sözü edilen olumsuz düşünceler otomatik olarak ortaya çıkmaktadırlar. Bu düşünceler kişi tarafından planlanmazlar, yargılanmazlar ve oluşumları çok çabuktur. Otomatik düşünceler çok kısadır ve kişi düşünceden çok yaşadığı duyguya yoğunlaşır. Depresyondaki birey bu düşüncelerin doğru olduğuna inanmaktadır. Olumsuz otomatik düşünceler bireyde yalnızca düşünce şeklinde değil imge olarak da bulunabilirler. Depresyonun tedavisinde en önemli kavramdır ve tedavide ilk olarak otomatik düşüncelerle çalışılmaktadır (Beck 1995; Fennel 1989; Savaşır 1996).

c) Bilişsel Çarpıtmalar: Depresyondaki bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılaması bilgi işleme sürecinde gerçekleşen bazı hatalardan kaynaklanmaktadır. Bir

başka anlatımla, bilgi işleme sürecinde bir hata olduğunda algılama sürecinde de bazı hatalar olmakta ve böylece kişi herhangi bir olayı çarpık bir biçimde değerlendirme eğilimine girmektedir. Bu durum depresyondaki bireylerde kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama olarak göstermektedir (Fennel 1989). Beck'in bilişsel yaklaşımında çok sık rastlanan bilişsel çarpıtmalar ve kısa açıklamaları aşağıda verilmiştir (Beck 1995):

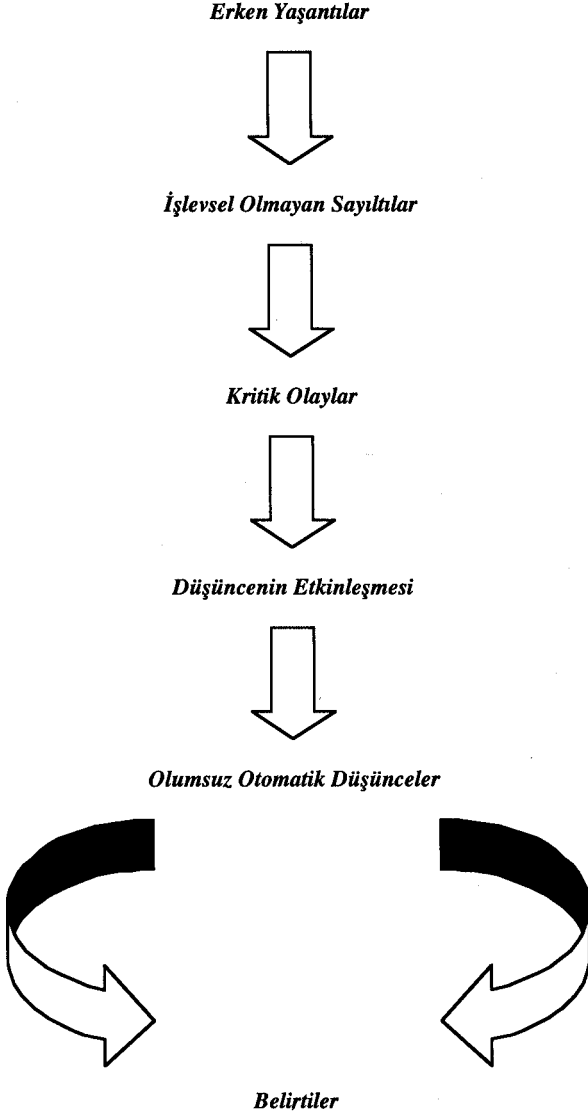
- **Ya hep ya hiç tarzı düşünme:** Herhangi bir durumun bir süreç içinde değerlendirilmek yerine yalnızca iki boyutta ele alınmasıdır.
- **Felaketleştirme:** Daha gerçekçi sonuçların dikkate alınmadan geleceğin olumsuz değerlendirilmesidir.
- **Etiketleme:** Kanıtların çok daha az yaralayıcı sonuçlara yol açma olasılığını görmeden, bireyin kendine ve diğerlerine yargılayıcı sıfatlar yakıştırmasıdır.
- **Seçici Algılama:** Bir durumun özellikle belli bir ayrıntısının algılanarak, diğer önemli özelliklerin göz ardı edilmesi.
- **Abartma:** Olumsuz olayların daha da büyütülmesidir.
- **Aşırı Genelleme:** O andaki duruma çok uzak genel bir değerlendirmenin yapılmasıdır.
- **Kişiselleştirme:** Sıradan olumsuzluklardan bireyin kendini sorumlu tutmasıdır.
- **Keyfi Çıkarsama:** Kanıt olmadığı halde bazı keyfi sonuçlara ulaşılmasıdır.
- **-meli, -malı cümleler:** Kişinin kendine aşırı kurallar koymasısıdır.

Yukarıda özetlenen bilişsel çarpıtmalar yalnızca hastalara özgü değildir; sağlıklı insanlarda da görülebilmektedir. Ancak depresyondaki kişiler bu hataları çok sık yapmakta ve onları değiştirmek ellerinde değilmiş gibi algılamaktadırlar.

d) İşlevsel Olmayan Şemalar: Ara inançların oluşumu genellikle çocuklukta başlamakta ve yaşam boyu gelişmektedir. Bu tür inançlar oldukça kalıcı ve değişime dirençlidirler. Beck ve arkadaşlarına göre işlevsel olmayan şemalar üç grupta toplanabilir: başarı, kabul edilme ve kontrol. Başarı grubunda olan bireyler kendilerine çok yüksek standartlar koymaktadır. Kabul edilme grubunda olan bireyler sürekli bir sevilme ihtiyacı içindedirler. Kontrol grubunda olanlar ise sürekli olarak çevresini kontrol etme ve güçlü olma eğilimindedirler. Bu şemalar herhangi bir durumda etkinleşebilmektedirler (Fennel 1989; Schuyler 1990). Ayrıca, işlevsel olmayan şemalar bilişsel çarpıtmalarla desteklenebilmektedir (Savaşır 1996).

Depresyonun bilişsel kuramında bir başka boyut ise tanımlanan kişilik tipleriyle ilgilidir. Abramson ve arkadaşlarına (1997) göre, bu kişilik tipleri sosyotropik kişilikler ve otonom kişilikler olarak iki gruba ayrılabilir. Sosyotropik kişiler sosyal ilişkilere daha çok önem vermekte ve reddedilmekten aşırı derecede korkmaktadırlar. Otonom kişiler ise bağımsızlıklarına ve kişisel başarılarına aşırı derecede önem vermektedirler. Bu kişiler için özgürlüklerinin tehdit edilmesi ya da başarısızlık depresyona neden olabilir.

Depresyonun bilişsel modele göre oluşum sürecini Şekil 1'de şematik olarak görmek mümkündür.



Davranışsal: Etkinlik düzeyinde düşme, sosyal ilişkilerde azalma

Motivasyonel: İlgi ve istek kaybı

Bilişsel: Konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık, intihar düşünceleri

Duygusal: Üzüntü, anksiyete, suçluluk, utanç

Somatik: Uykusuzluk, iştahsızlık

Şekil 1. Depresyonun Bilişsel Modeli (Fennel, 1989).

Şekil 1'de de görüldüğü gibi, bireyin birtakım erken yaşantıları, kişide kendisi ve dünya ile ilgili birtakım işlevsel olmayan şemalar oluşmasına neden olmaktadır. Oluşan bu şemalar daha sonraki yaşamda bireyin dünyaya bakışını ve davranışlarını yönlendirmesini sağlamaktadır. Her insanda birtakım şemalar gelişmektedir. Bunun amacı, bireyin çevresini ve yaşantılarını anlamlandırmasıdır. Ancak, bazen bazı şemalar oldukça katı, aşırı uçlarda, değişime dirençli ve işlevsel değildirler. Bu tarzda gelişen şemalar, kritik olaylar tarafından etkinleştirildiklerinde, bireyde çok yoğun olumsuz otomatik düşüncelere neden olmaktadır. Burada unutulmaması gereken bir konu, bireyin yukarıda belirtilen kişilik özelliklerinin bu olaylar karşısında depresyona yatkın olup olmadığıdır.

Olumsuz otomatik düşünceler de depresyon belirtilerine neden olmaktadır. Bu aşamadan sonra depresyon belirtisiyle olumsuz otomatik düşünceler sürekli olarak birbirlerini etkilemektedirler. Başka bir deyişle, depresyon geliştikçe olumsuz otomatik düşüncelerin sıklığı ve şiddeti artmakta, mantıklı düşünce azalmaktadır; otomatik düşüncelerin sıklığı ve şiddeti arttıkça da depresif belirtilerin sıklığı ve şiddeti artmaktadır. Böylece bir sürekli etkileşim oluşmaktadır (Fennel 1989; Savaşır 1996).

Örneğin, küçük yaşta kardeşini kaybeden bir kişide, sosyotropik kişilik özelliğinin de etkisiyle, "Arkadaşlarımın dediklerini yapmazsam beni sevmeyecekler" gibi bir ara inanç gelişebilir. Daha sonra kişi, çocuğunun ölümü gibi kritik bir olay yaşadığında, tüm bunlardan kendini sorumlu tutarak, "Allah kahretsin, bütün bunlar benim suçum", "Ben salâğın tekiyim", "Sonsuza dek hata yapacağım" şeklinde olumsuz otomatik düşünceler geliştirebilir. Bu olayların üst üste gelmesi sonucunda, kişide oluşan olumsuz otomatik düşünceler, kendini depresif belirti olarak gösterebilir. Bu belirtiler, aktivite düzeyinde düşme, sosyal ilişkilerde azalma gibi davranışsal; kararsızlık, intihar düşünceleri gibi bilişsel; suçluluk, utanç gibi duygusal ya da uykusuzluk, iştahsızlık gibi somatik boyutlarda yaşanabilir. Bu belirtiler de yeniden olumsuz otomatik düşüncelere dönüşebilir. Aktivite düzeyinde düşme olan kişi, "Hiçbir işe yaramıyorum"; kararsızlık yaşayan kişi, "Ne yapacağımı bilmiyorum"; suçluluk duygusu yaşayan kişi "Bütün bunlar benim suçum" gibi olumsuz otomatik düşünceler geliştirebilir.

Örnekte de görüldüğü gibi, depresyondaki kişilerin olumsuz otomatik düşünceleri ve depresif belirtileri arasında sürekli bir döngü yaşanmaktadır. Depresyonun bilişsel terapisinde, bu döngüyle uyumlu olarak, hastaya duyguların düşünceleri, düşüncelerin de davranışları nasıl etkilediği gösterilerek; hastanın olumsuz otomatik düşüncelerini tanıması ve bunları değiştirmesi amaçlanmaktadır.

Özetle söylemek gerekirse, depresyonun oluşumunda kuramın dört temel ögesi (bilişsel üçlü, olumsuz otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar, işlevsel olmayan şemalar), bu öğeler arasındaki etkileşimler, yatkınlık oluşturan kişilik özellikleri ve bu yatkınlığı ateşleyecek olaylar etkili olmaktadır.

2.4. Tartışma

Depresyonun bilişsel formülasyonu araştırmacılar ve uygulamacılar arasında yaygın kabul görse de, bazı yazarlar Beck'in bilişsel kuramını ve kuramın depresyonu açıklayışı-

nı eleştirmektedirler (Ambrose ve Rholes 1993; Brewin 1996; Spangler vd. 1997; Whisman ve Friedman 1998).

Ambrose ve Rholes (1993), kuramda şema kavramının açık ve anlaşılır olmadığını ileri sürmüşlerdir. Brewin (1996) ise bu eleştiriyi daha da ileri götürerek, yalnızca şema kavramının değil, kuramın kullandığı biliş, otomatik düşünce, fonksiyonel olmayan düşünce gibi kavramların da açık olmadığını; hatta bu kavramların sık sık birbirlerinin yerine kullanılarak bir kavram karmaşasına neden olduğunu ileri sürmektedir.

Kurama başka bir eleştiri Spangler ve arkadaşlarından (1997) gelmiştir. Bu araştırmacılar, aynı koşullarda, aynı dönemde yaşayan insanların neden bazılarının depresif özellikler gösterirken, diğerlerinin göstermediğinin anlaşılır olmadığını ileri sürmüşlerdir. Gerçi Beck ve arkadaşları 1985'te bu konuya, depresyona yatkınlık gösteren kişilik tiplerinin olduğunu bildirecek, açıklık getirmeye çalışmışlardır (Abramson vd. 1997); ancak Spangler ve arkadaşlarının (1997) bu açıklamayı yeterli bulmadıkları açıktır.

Whisman ve Friedman'a (1998) göre ise, depresyonla ilgili olabilecek bilişsel ve çevresel faktörler arasındaki ilişki belirsizdir. Bu araştırmacılar, sosyal ve çevresel faktörlere bilişsel kuramda daha fazla yer vermenin hem depresyonun hem de diğer bozuklukların daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağını ileri sürmüşlerdir.

Yazara göre ise, depresyonun bilişsel formülasyonunda işlevsel olmayan şemaların erken yaşantılardan nasıl etkilenip oluştuğu konusu pek açık değildir. Kurama göre bu şemalar, genellikle başlangıçlı çocukluk döneminde olan, yaşam boyu gelişen, oldukça değişmez ve kalıcı özelliklerdir. Bu tanım, işlevsel olmayan şemaların ne olduğunu açıklamaktadır; ancak nasıl oluştuğuna dair bilgi vermemektedir. Bu şemalar, bir kez oluştuktan sonra sosyotropik ve otonom kişilik özelliklerinin de etkisiyle gelişebilmektedirler. Burada anlaşılmayan nokta, bu şemaların nasıl oluştuğudur. Bu şemaların ilk oluşumunda yatkınlık oluşturan kişilik tiplerinden söz etmek mümkün müdür? Yoksa, kişide bu şemaların oluşması mı yatkınlık oluşturan kişilik özelliklerinin gelişmesine neden olmaktadır? İşlevsel olmayan şemalar ve yatkınlık oluşturan kişilik özellikleri arasında bir etkileşim süreci varsa, bu süreç nasıl işlemektedir? Bilindiği üzere, psikanalitik kuram da kişiliğin oluşumunu çocukluk yaşantılarına dayandırmaktadır. Ancak bu kuramda da "kişiliğin oluşum süreci"nin nasıl işlediği açık değildir. Tarihsel olarak bakıldığında, psikanalizin bilişsel kuramdan önce geliştirildiği görülmektedir. Kuramların, kendilerinden önce gelen kuramlara ya tepki olarak ya da bunların eksikliklerini tamamlamak üzere geliştirildiği; dolayısıyla her kuramın kendinden önce gelen kuramdan bir şekilde etkilendiği düşünülürse, kanımca, Beck'in işlevsel olmayan şemaları açıklama biçimi, Freud'un kişiliği açıklama biçiminden etkilenmiştir. Depresyonun bilişsel kuramının, Freud'un, depresyonun içe döndürülmüş öfke olduğu hipotezinin, Beck tarafından araştırılması sonucunda geliştirildiği de düşünülürse (Dattilio ve Freeman 1992), Beck'in işlevsel olmayan şemaları açıklamada psikanalizden yararlanmış olabileceği düşüncesi daha da güçlenecektir. Psikanalizin tümünü, bilişsel kuramın ise işlevsel olmayan şemaları açıklayışını ne doğrulamak ne de yanlışlamak mümkündür. Kısaca söylemek gerekirse, psikanalitik kuramın kişiliğin oluşumu hakkındaki görüşleri ne kadar güvenilirse, bilişsel kuramın işlevsel olmayan şemaların oluşumu hakkındaki görüşleri de o kadar güvenilir görünmektedir.

Bütün bu eleştirilere rağmen depresyonun bilişsel formülasyonu büyük kabul görmekte ve bu formülasyonun sonunda gerçekleştirilen tedavi başarılı olmaktadır.

3. DEĞERLENDİRME: SÜREÇ VE TEKNİKLER

Standart bir bilişsel terapinin dört temel aşamadan oluştuğu söylenebilir: Sorunun değerlendirilmesi, sorunun formülasyonu, sorunun tedavisi ve izleme görüşmeleri. Bu dört aşamadan ilki değerlendirmedir ve bilişsel terapide çok önemli bir yere sahiptir. Kirk'e (1989) göre bilişsel değerlendirmenin amaçlarını şöyle sıralamak mümkündür:

- Sorunun bilişsel-davranışçı formülasyonunu yapmak.
- Bu formülasyon doğrultusunda tedavi planı hazırlamak.
- Hastayı bilişsel-davranışçı yaklaşım konusunda bilgilendirmek.
- Tedavi için hastanın uygun olup olmadığını belirlemek.

İlke olarak, değerlendirmenin temel amacı, hastanın hangi tanı kategorisine girdiğini belirlemek değil, sorunun bilişsel formülasyonunu yapabilecek düzeyde bilgi edinmek olmalıdır. Unutulmaması gereken bir başka önemli konu ise, değerlendirmenin, terapideki ilk aşamayı almak ve genel olarak ilk bir-iki görüşmede yapılmakla birlikte; terapinin bütün sürecine yayılan bir unsur olmasıdır.

Diğer bozukluklarda olduğu gibi depresyon da bilişsel açıdan değerlendirilirken çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bu değerlendirme tekniklerini davranışsal görüşme, kayıt tutma, hasta yakınından alınan bilgiler, klinik ortamda dolaysız gözlem, fizyolojik ölçümler ve envanterler/ölçeklerin kullanımı olarak belirlemek mümkündür (Kirk 1989). Depresyonun bilişsel değerlendirmesinde bu teknikler aynı yoğunlukta kullanılmamaktadır. Aşağıda bu teknikleri sırasıyla açıklanmıştır.

3.1. Davranışsal Görüşme

Kirk'e (1989) göre, bilişsel değerlendirmenin büyük bir bölümü davranışsal görüşme yoluyla yapılmaktadır. Diğer ölçme yöntemleri davranışsal görüşmenin desteklenmesi için kullanılmaktadır. Davranışsal görüşmenin çeşitli aşamaları vardır ve bu aşamalar dikkate alınarak bilişsel değerlendirme yapılmaktadır.

1. Sorunun Kısaca Tanımlanması: Bu aşama, hastayla terapi ilişkisi kurulduktan sonra sorun davranış hakkında genel bilgi almayı içerir. Temel amaç, sorun hakkında bir fikir edinmektir. Bazı hastalar bu aşamada bilgi vermekte güçlük çekebilmektedirler. Ancak terapist, "Bu sorun sizi nasıl etkiliyor?" gibi spesifik sorularla hastanın güçlüğünü kırmaya çalışmaktadır. Bu aşamanın sonunda özetleme tekniğini kullanmak çok önemlidir. Sorunlar genel olarak özetlendikten sonra sorunun gelişimine ilişkin ayrıntılı bilgiler alma aşamasına geçilmektedir (Kirk 1989).

2. Sorunun Gelişimi Üzerinde Durmak: Bu aşamada sorunun oluşumuna neden olan, zaman içinde gidişini etkileyen ve yatkinlik oluşturabilecek bazı faktörler üzerinde durulmaktadır.

Sorunun nasıl başladığını öğrenmek oldukça önemlidir. Bazı sorunların belirgin bir başlangıçları olmakla birlikte (örneğin, yılan korkusu olan bir hastanın yılanla ilgili belli olumsuz bir yaşantısı olabilmektedir); bazı sorunların nasıl başladığı açık olmayabilmektedir (Örneğin, depresyonda olan bir kişi bu sorunun ne tür bir olayla başladığını bilemeyebilmektedir). Sorunun başlangıcının belli olmadığı durumlarda kişinin yaşadığı önemli olaylar, yaşadığı çevre gibi değişkenlerin sorgulanması şarttır. Bazı bozukluklarda belirgin yaşam olaylarının sorgulanması gerekmektedir. Örneğin: depresyondaki bireylerin bir kayıp yaşantısının olup olmadığını sormak çok önemlidir. Çünkü kuram gereği depresyon kişinin kayıp yaşantısıyla ilgilidir (Savaşır 1996).

Sorunun başlangıcı hakkında bilgi alındıktan sonra, sorunun zaman içinde değişiklikler gösterip göstermediği öğrenilmeye çalışılmalıdır. Sorunun şiddetindeki artmalar, azalmalar ve bunlarla ilgili olaylar hakkında ayrıntılı bilgi almak gerekmektedir. Çünkü bazı durumlarda sorunu ortaya çıkaran faktörlerle, sorunun gidişini etkileyen faktör birbirinden farklı olabilmektedir. Örneğin; babasının kaybıyla depresyona giren bir kişinin, aradan çok uzun zaman geçmesine rağmen, yaşamındaki diğer olumsuz olaylar nedeniyle bu sorunu sürüyor olabilir.

Sorunun nasıl başladığı ve sürdüğü hakkında bilgiler edinildikten sonra, soruna yakınlık oluşturabilecek faktörler araştırılmalıdır. Depresyondaki bireye sorunuyla ilgili olabilecek çocukluk yaşantıları, ani kayıplar, ayrılıklar sorularak yakınlık oluşturabilecek etkenler belirlenir (Kirk 1989; Savaşır 1996).

3. Sorun Davranışın Ayrıntılı Olarak Betimlenmesi: Gerçi bu aşamaya kadar kişinin sorununa ilişkin birçok bilgi alınmaktadır, ancak bu aşamada daha ayrıntılı bir analiz yapılmaktadır. Burada, sorun davranışın davranışsal, bilişsel, duygusal ve fizyolojik boyutları göz önünde bulundurularak bağlamsal ve değiştirici faktörler ile sorunun sürmesine neden olan faktörler araştırılmaktadır.

Bağlamsal (contextual) ve değiştirici etkenler durumsal, davranışsal, bilişsel, kişiler arası, fizyolojik ve duygusal olarak nitelendirilen altı temel boyut dikkate alınarak incelenmelidir.

Durumsal değişkenler incelenirken, belirtilerin durumdan duruma değişip değişmediği araştırılmalıdır. Davranışsal alan incelendiğinde ise soruna ait belirti ya da belirtileri bir davranışın başlatıp başlatmadığına dikkat edilmelidir. Bazı bireyler belirtilerin başlangıcını herhangi bir duruma ya da davranışa bağlamakta ve belirtinin ne zaman ortaya çıkacağına hiç belli olmadığını ileri sürebilmektedirler. Bu tür vakalarda belirtiyi tetikleyen bir düşüncenin olup olmadığı araştırılmalıdır. Özellikle depresyonda bu tür otomatik düşünceler vardır, ancak başlangıçta hasta düşüncelerinin farkında değildir (Bu konu tedavi bölümünde tartışılacaktır). Bireyin içinde bulunduğu duygusal durum da sorunu etkilemektedir. Depresyondaki bireyin duyguları düşüncelerini, düşünceleri de davranışlarını etkilediğinden, bireyin duygusal durumu, değerlendirme aşamasında belirlenmeye çalışılmalıdır. Belirtilerin ortaya çıkmasında bir başka faktör de kişiler arası ilişkilerdir. Depresyondaki bireylerde –özellikle sosyotropik kişilik yapısına sahip olanlarda- kişiler arası ilişkilerdeki bozulma reddedilme olarak algılanacağından depresyonun başlaması için bir yakınlık oluşturmaktadır (Abramson vd. 1997). Bazı durumlarda da fizyolojik

faktörler sorunla doğrudan ilgili olabilir. Bunun belirlenebilmesi için fizyolojik ölçümler gereklidir (Kirk 1989; Savaşır 1996).

Sorunun ayrıntılı bir betimlemesi yapılırken, sorun davranışın ortaya çıkmasındaki faktörler belirlendikten sonra sorunun sürmesinde etkili olan faktörler belirlenmelidir. Burada temel kıstas, sorunun sürmesinde etkili olabilecek faktörleri belirlemeye yönelik soruların, sorun davranıştan hemen sonra neler olduğunun açığa çıkarılmasına dönük olması gerektiğidir. Burada da sorunu başlatan faktörlerde olduğu gibi durumsal, davranışsal, bilişsel, kişiler arası, fizyolojik ve duygusal boyutlar üzerinde durulmalıdır (Savaşır 1996).

Sorun davranışın sürmesinde etkili olabilen bu faktörler, aşağıda birer örnekle açıklanmaya çalışılmıştır:

Durumsal: Depresyondaki bireylerde, sorunu başlatan durumsal faktörle sürdüren faktör aynı olmayabilir. Örneğin; kişinin eşinden boşanması depresyonun nedeni iken, boşandığı eşi tarafından sürekli aranması sorunun sürmesinde etkili olabilir. Depresif belirtinin şiddeti bu aramalar sırasında artabilir.

Davranışsal: Davranışsal faktörler de sorunun sürmesinde etkili olabilir. Örneğin; babasını kaybettikten sonra depresyona giren birinin, babasının mezarını her gün ziyaret etmesi, mevcut sorunun sürmesinde etkili bir davranışsal faktör olabilir.

Bilişsel: Bazı insanlarda, depresif belirtinin sürmesi durumsal ya da davranışsal bir faktörden değil, bilişsel bir faktörden kaynaklanabilir. Örneğin; babasını kaybeden bir gencin, arkadaşının babasını gördüğünde "Benim artık, bir babam olmayacak" şeklinde düşünmesi mevcut üzüntüsünü artırabilir. Bu da kişinin depresyonunun sürmesinde etkili olabilir.

Duygusal: Bireyin içinde bulunduğu duygusal durum, diğer belirtileri de etkileyebilir ve depresyonun şiddetlenerek sürmesine neden olabilir. Örneğin; annesinin ölüm yıldönümü oluşu nedeniyle zaten çok üzgün olan bir genç kız, bu konuyla ilgili bir kitap okuduğunda çok daha fazla üzülecek; bu üzüntüsü yemek yiyememe, günlük aktivitelerini gerçekleştirilememeye ve herhangi bir işe konsantre olamama gibi belirtileri ateşleyebilecektir.

Kişilerarası: Özellikle sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerde kişilerarası ilişkiler sorunun sürmesine neden olabilir. Örneğin; ailesi tarafından zaman zaman azarlanan bir genç kızda, depresif belirtiler bu dönemlerde daha sık görülebilir.

Fizyolojik: Bazı fizyolojik faktörler depresif belirtinin sürmesini dolaylı olarak etkileyebilir. Örneğin; uykusuzluk sorunu olan birinin sürekli çay, kola ve kahve içmesi; bu içeceklerin uyarıcı etkisi nedeniyle genel uyarılmışlık düzeyini yükselteceğinden, dolaylı olarak da uykusuzluk belirtisinin artarak sürmesine neden olacaktır.

4. Diğer Faktörlerin Belirlenmesi: Sorun davranışın kısa tanımı, gelişimi ve ayrıntılı betimlemesi yapıldıktan sonra sorunla ilgili olarak diğer faktörler belirlenmektedir. Bu faktörleri bireyin başa çıkma kaynakları, tıbbi öyküsü, sorunu ile ilgili inançları ve psikososyal durumu olarak özetlemek mümkündür.

Bireyin sorunlarıyla başa çıkabilmek için neler yapabildiğini bilmek terapistte tedavi yöntemi belirleme açısından ipuçları sağlayabilmektedir. Depresyondaki bireyin başa çıkma becerilerini öğrenmek için "Bu sorunu kontrol etmek için denediğiniz yollar var mı?" gibi sorular sorulabilir. Bunun ardından kişinin daha genel güçlü yönleri soruşturulmaktadır. Bireyin iyi bir işinin olması, sosyal destek mekanizmalarının olması gibi etkenler tedavi açısından büyük yarar sağlamaktadır. Kişinin daha önce aldığı tedavileri ve bu tedavilere verilen yanıtları öğrenmek, şimdiki tedaviye vereceği yanıtın bir yordayıcısı olabileceğinden çok önemlidir. Belki de, değerlendirmede en önemli noktalardan biri de hastanın soruna ve tedaviye bakış açısının öğrenilmesidir. Çünkü, eğer hastanın sorununa ve tedavisine ilişkin inançları, terapistin, bu unsurlara olan inançlarıyla tutarlılık göstermiyorsa, hastanın tedaviye katılımı yeterli düzeyde olmayabilmektedir. Örneğin, depresyondaki bir birey bu durumdan hiç kurtulamayacağını ve tedavinin bir işe yarayacağına inanıyorsa, bu durum tedavinin sürecini ve sonucunu etkileyecektir. Son olarak, sorunla ilgili bir diğer faktör olan, hastanın psikososyal durumu incelenmelidir. Burada kişinin ailesi, ilişkileri, yaşadığı çevre, işi, ilgileri gibi psikososyal faktörler incelenmektedir (Kirk 1989; Savaşır 1996).

Yukarıda sayılan unsurlara ek olarak Sayılğan (1999), değerlendirme sürecinde hastayla ilgili demografik bilgilerin, hastanın tedaviye geliş şeklinin, tedaviyle ilgili bilgilerinin, terapistin hayata olan tepkilerinin, hastayla terapist arasındaki benzerliklerin (eğitim, kültür, vs...), sorunun çevreye olan etkilerinin, çevrenin soruna karşı tutumunun da belirlenmesi gerektiğini ileri sürmektedir.

Değerlendirme sürecinde, yukarıda sayılan faktörlerin belirlenmesi için belli bir sıra izlemek zorunlu değildir. Ancak böyle bir sıranın izlenmesi terapistte, sorunları daha sistematik olarak değerlendirebilmesi için yardımcı olabilir (Sayılğan 1999).

Özetle, davranışsal görüşme yoluyla bilişsel değerlendirme yapıldığında sorunun kısa bir tanımı yapıldıktan sonra, sorunun gelişimi, sorunun ayrıntılı olarak betimlenmesi ve sorunu etkileyen diğer faktörler belirlenmeye çalışılmaktadır.

3.2. Kayıt Tutma

Depresyonun bilişsel açıdan değerlendirilmesinde kullanılan bir başka teknik kayıt tutmadır. Kayıt tutmanın üç temel işlevi vardır: 1) sorunun formülasyonunun yapılmasına yardımcı olmak, 2) hasta ile terapist arasında işbirliğini desteklemek, 3) hastanın kendi sorunuyla daha somut olarak ilgilenerek tedaviye aktif katılımını sağlamak (Kirk 1989). Kayıt tutma, değerlendirme ve tedavi için ortak bir tekniktir. Yazının ilerleyen bölümlerinde kayıt tutma daha ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

3.3. Hasta Yakınlarından Bilgi Alma

Kirk'e (1989) göre, hasta yakınlarından bilgi alma bilişsel değerlendirmede çok sık başvurulan bir teknik değildir; ancak bazı durumlarda gerekli olabilmektedir. Hastanın sorunuyla ilgili tam bilgi vermediği durumlarda, yakınlarından alınan bilgiler sorunun da-

ha iyi anlaşılmasını sağlayabilmektedir. Hasta yakınlarından alınan bilgiler sorunun yakınlarını nasıl etkilediğini ve yakınlarının soruna karşı tutumlarını içermelidir. Bu teknikte, bilgi alınan bireyin güvenilir olması çok dikkat edilmesi gereken bir konudur.

3.4. Davranışın Klinik Ortamda Gözlenmesi

Bir bilişsel değerlendirme tekniği olarak davranışın klinik ortamda gözlenmesi, ya rol yapma ya da davranışsal testler kullanılarak yapılabilmektedir. Rol yapma tekniği daha çok, hastanın diğer insanlarla etkileşim örüntülerinde bir sorun olduğunda kullanılmaktadır. Örneğin; evlilik sorunuyla birlikte depresyonu olan çiftlerden, klinik ortamda, ilişki sorunlarını rol yaparak canlandırmaları istenebilir. Bu şekilde hem çiftlerin ilişkilerindeki sorunlar gözlenebilir hem de bu durum videoya çekilip terapinin sonunda çiftlere gösterilerek ilerlemenin farkına varmaları sağlanabilir. Bireylerin rol yapma sırasında gözlenen ilişki sorunlarıyla, günlük yaşamdaki ilişki sorunlarının birbirleriyle tutarlı olduğu ileri sürülmektedir. Davranış testleri kullanılarak davranışın klinik ortamda gözlenmesi daha çok obsesif kompulsif bozukluk ve fobik bozuklukların tedavisinde kullanılan bir tekniktir (Kirk 1989).

3.5. Fizyolojik Ölçümler

Kirk'e (1989) göre fizyolojik ölçümler de bilişsel değerlendirmede sınırlı kullanım alanı olan tekniklerdir. Ancak çok ender durumlarda, herhangi bir psikolojik bozukluğun temelinde hormonal dengesizlikler veya nörolojik sorunlar olabileceğinden, değerlendirmede kullanılabilirler. Bu teknikler daha çok somatik bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

3.6. Envanter ve Ölçeklerin Kullanımı

Değerlendirme sürecinin davranışsal görüşmeden sonraki en önemli tekniği ölçek kullanımınıdır. Amacı, davranışsal görüşme yoluyla yapılan değerlendirmenin somut olarak desteklenmesidir. Bu bölümde, değerlendirmede ölçek kullanımının bazı avantajlarına değinildikten sonra, depresyonun bilişsel değerlendirmesinde kullanılan ölçekler bazı özellikleriyle birlikte tanıtılacaktır.

Kirk (1989), bilişsel değerlendirme sürecinde kayıt tutma ve ölçek kullanmanın ortak bazı avantajları olduğunu ileri sürmüştür. Bu avantajlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- a. Ölçek kullanımı, belirtinin sıklığı ve şiddetiyle ilgili güvenilir bilgi alınmasını sağlamaktadır. Belirtinin yaşandığı anda tutulan bir kayıt ya da bu belirtiyeye yönelik uygulanan bir ölçek hastayla ilgili bilgilerin daha sağlam olmasına yol açmaktadır.
- b. Tutulan kayıtlar ve uygulanan ölçekler sonucunda alınan bilgiler tedavi biçimini etkileyebilmektedir.

- c. Ölçek uygulamanın ya da kayıt tutmanın doğrudan tedavi edici bir etkisi olabilmektedir. Ölçekler ve kayıtlar bireyin sorun davranışının farkına varmasını sağlayarak, doğrudan iyileştirici bir etki yapabilmekte ya da tedavideki işbirliğinin artmasına neden olabilmektedir.
- d. Tedavi süresince alınan ölçümler, hastanın durumunun gidişi hakkında tutarlı bilgi sağlamaktadır. Örneğin, hiçbir şey yapmadığından yakınan bir depresif hastanın rutin ölçüm sonuçları incelendiğinde, hasta çeşitli etkinliklerde bulunabildiğini göreyerek yüreklenebilmektedir.
- e. Bu tür ölçümler ve kayıtlar terapist ve hastanın hedefe daha iyi odaklanmasını sağlayabilmektedir.
- f. Terapist, hastanın, tedaviyle ilgili davranışları yerine getirip getirmediğiyle ilgili bilgi sağlayabilmektedir.

Daha öncede belirtildiği üzere, ölçeklerin kullanımı depresyonun bilişsel değerlendirmesinde önemli yer tutmaktadır. Bu ölçekler aşağıda sırasıyla tanıtılmıştır:

Beck Depresyon Envanteri/Ölçeği (Beck Depression Inventory; BDI): Birçok araştırmacı bu ölçeğin depresyonun bilişsel değerlendirmesinde, gerek klinik uygulamada gerek araştırmalarda en çok kullanılan ve en güvenilir ölçek olduğunu ileri sürmektedir (Ambrose ve Rholes 1993; Clark 1997; Steer vd.1998; Savaşır ve Şahin 1997; Woody vd. 1998). İlk formu 1961'de, düzeltilmiş hali de 1978'de yayınlanan bu ölçek Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. BDI, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek için kullanılan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçek, 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde, depresyona özgü bir belirtiyi ölçmektedir. Bu belirtiler; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumсузluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini cezalandırma, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, karasızlık, beden imgesinde bozulmalar, çalışma isteğinde azalma, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. BDI'nın 1961 formu ile 1978 formu arasındaki korelasyon .87 ile .94 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı ise .73 ile .95 arasında değişmektedir. Ayrıca, psikiyatrik hastalar ve psikiyatrik olmayan hastalardan elde edilen test-tekrar test ölçümlerine yönelik verilere göre bu tutarlığın normal popülasyonda .68-.83 iken psikiyatrik hastalarda .48-.86 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçek en yüksek ölçüt bağıntılı geçerliği klinisyen gözlemleriyle (.96) vermekteyken, en düşük geçerliği DSM-III kriterleriyle (.33) vermektedir. BDI tanıya yönelik bir ölçek değildir. DSM'de, bir depresyon belirtisinin en az iki haftadır görülmesi ölçütken, BDI'da son bir hafta önemlidir. BDI'da, kilo alımı, aşırı uyuma, psikomotor gerileme ve hastanın hastalık öncesiyle ilgili bilgi istemezken, DSM'de bu bilgiler istenmektedir. Değerlendirmede ikinci (umutsuzluk) ve dokuzuncu (intihar düşünceleri) maddelere özellikle dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, somatik belirtileri içeren maddelerdeki yükselmeler ileri tıbbi tetkike, bilişsel/duygusal maddelerdeki yükselmeler yoğun psikolojik incelemeye, motivasyonel maddelerdeki yükselmeler ise davranışsal müdahalelere işaret edebilmektedir. BDI'nin ülkemizde iki uyarlaması bulunmaktadır. Bulardan biri ölçeğin 1961'de geliştirilmiş olan formunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) adıyla Tegin (1980) tarafından ya-

pılan uyarlamasıdır. Diğeri ise, ölçeğin 1978'de geliştirilen formunun Beck Depresyon Envanteri (BDE) adıyla Şahin tarafından 1988 ve 1989'da yapılmış uyarlamasıdır. Bu iki uyarlama arasında psikometrik özellikler açısından fazla bir fark olmamakla birlikte; Tegin uyarlamasında faktör yapısına rastlanmamakta ve maddelerin sırasının orijinalinden farklı olduğu görülmektedir (aktaran Savaşır ve Şahin, 1997).

BDI'nın yapı geçerliliğine ilişkin en son çalışma Schotte ve diğeri (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, örneklem grubu olarak DSM-III tanı kriterlerine göre, depresyon tanısı almış 338 yatan hasta kullanılmıştır. Örneklem, distimik bozukluk (n=41), depresif duygudurumla birlikte uyum bozukluğu (n=52), basit majör depresyon (n=152), melankoliyle birlikte majör depresyon (n=79) ve psikotik özellik gösteren depresyon (n=14) alt gruplarından oluşturulmuştur. Çalışmada BDI'nın, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile düşük korelasyon (.36) gösterdiği ve ünipolar depresyonun minör, majör, melankolik/psikotik alt gruplarını ayırt edebildiği görülmüştür. Cronbach alfa katsayısı .91 bulunarak, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda, BDI'nın, psikolojik/bilişsel (psychological/cognitive-BDIPSY) ve somatik/vejetatif (somatic/vegetative-BDISOM) olmak üzere iki temel faktörü olduğu saptanmıştır. BDIPSY'de kendini olumsuz algılama, depresif duygudurum, karamsarlık, intihar düşünceleri, kararsızlık gibi bilişsel ve duygusal belirtileri içeren maddeler; BDISOM'da ise aktivite düzeyinde düşme, sosyal ilişkilerde bozulma, uykusuzluk gibi davranışsal ve somatik belirtileri içeren maddeler bulunmaktadır. Araştırmada ayrıca, bu iki faktörün maddelerini içeren iki alt ölçek oluşturulmuştur (BDIPSY ve BDISOM). BDIPSY'nin iç tutarlığı .86, BDISOM'ın iç tutarlığı .73 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeklerden BDISOM'ın, minör depresyon, majör depresyon ve melankolik/psikotik depresyon alt gruplarını ayırt edebilirken; BDIPSY'nin yalnızca minör depresyon ile melankolik/psikotik depresyon alt gruplarını ayırt edebildiği gözlenmiştir. Bu çalışmanın verilerine dayanarak, araştırmacılar, BDI'nın depresif popülasyonda yapı geçerliğinin çok sağlam olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Beck Depresyon Envanteri-II (Beck Depression Inventory-II; BDI-II): BDI-II Beck ve arkadaşları tarafından 1996 yılında ergenlerdeki depresyon belirtilerini değerlendirmek üzere geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçekte de BDI'de olduğu gibi 21 madde bulunmaktadır. Ölçeğin ergenlerde sağlıklı olarak kullanabilmesi için, çok sayıda araştırmaya gerek olduğunu bildirilmektedirler. Byrne ve diğeri (1998), toplam 691 kişilik klinik olmayan ergen örnekleminde yaptıkları bir çalışma, BDI-II maddelerinin olumsuz tutumlar, performans güçlüğü ve somatik unsurlar olarak üç temel faktörde toplandığını göstermiştir. Yazarlar bu bulgunun üçlü-faktör yapısı hipotezi için sağlam kanıtlar sunduğunu ileri sürmektedirler.

Otomatik Düşünceler Ölçeği (Automatic Thoughts Questionnaire; ATQ): Bu ölçek, depresyonla ilgili olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçen kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Ergen ve yetişkinlere bireysel ya da grup olarak uygulanabilen bir ölçme aracıdır. ATQ'da 30 madde bulunmakta ve değerlendirme 1-5 puan arasında yapılmaktadır. Bu ölçeğin önemli bir özelliği, depresyonda olan bireylerle olmayanları ayırabilmesidir. Tedavi süresince oluşan değişikliklere duyarlı olması bir başka önemli özelliğidir. Hollon ve Kendal tarafından 1980'de geliştirilen ATQ'nun ül-

kemizde, 1990 yılında Aydın ve Aydın ve 1992 yılında Şahin ve Şahin tarafından yapılan iki uyarlaması bulunmaktadır. Uyarlama çalışmalarında ölçeğin BDI ile korelasyonu .75 olarak bulunmuş, güvenilir ve geçerli olduğu ileri sürülmüştür. ATQ'nun, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile korelasyonu .29 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi çalışmalarının sonucunda, ölçeğe ait beş temel faktör saptanmıştır: "kendine yönelik olumsuz duygular ve düşünceler", "şaşkınlık ve kaçma düşünceleri", "kişisel uyumsuzluk", "yalnızlık/izolasyon" ve "ümitsizlik". Değerlendirme sırasında, bireyin hangi boyutta yüksek puan aldığına bakılarak tedavinin yönlendirilmesi mümkündür (Savaşır ve Şahin 1997).

Amsel ve Fichten'e (1998) göre, yalnızca olumsuz düşünceler değil, olumlu düşünceler de depresyonla ilişkili olabilmektedir. Dolayısıyla, depresyonla ilişkili olarak, yalnızca olumsuz otomatik düşüncelerin değil olumlu düşüncelerin de ölçülmesi gerekir. Bu tür düşüncelerin araştırmalar tarafından desteklenmesi sonucunda Ingram ve Wisnicki 1988 yılında Otomatik Düşünceler Ölçeği-Olumlu formunu (Automatic Thoughts Questionnaire-Positive; ATQ-P) geliştirmişlerdir. Geliştirilen bu yeni formun iç tutarlığı .94, yarıya bölme yöntemiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı .95 bulunmuştur. Toplam 30 maddeden oluşan ATQ-P'nin ağır ve hafif depresyon düzeylerini ayırt edebildiği bildirilmiştir. ATQ-N (ATQ-Negative) ve ATQ-P'nin, araştırmalarda kullanılmak üzere Ingram ve arkadaşları tarafından 1990'da geliştirilen, birleştirilmiş bir formu da bulunmaktadır (Jolly ve Wiesner 1996).

Jolly ve Wiesner (1996), ATQ-P'nin yetişkin popülasyonunda iyi sonuçlar verdiğini, ancak ergen popülasyonunda bu konuya ilişkin bir çalışma olmadığını ileri sürerek, ölçeğin psikometrik özelliklerini, 206 kişiden oluşan bir depresif ergen örnekleminde belirlemeye çalışmışlardır. Bu çalışma sonucunda, ölçeğin iç tutarlığı .96 olarak saptanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, ATQ-P'ye ait dört temel faktör belirlenmiştir: "Olumlu gündelik işlevsellik (Positive daily functioning)", "Geleceğe ilişkin olumlu beklentiler (Positive future expectations)", "Başkalarının kendiliği değerlendirmesi (Others' evaluations of self)", "Kendini olumlu değerlendirme (Positive self evaluation)". Çalışmada, depresif ergenlerin, depresif olmayanlardan daha düşük ATQ-P puanı aldıkları ve ölçeğin depresif belirtilerle anksiyete belirtilerini ayırt edebildiği bildirilmiştir. Bu sonuçlara dayanarak, araştırmacılar, ATQ-P'nin depresif ergenlerde güvenle kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Dysfunctional Attitudes Scale; DAS): ODÖ ile depresyondaki bireylerin olumsuz otomatik düşünceleri ölçülürken, bu ölçek (DAS) ile bireyin daha derinlerde olan ara inançları ölçülmektedir. Ölçek, ergenlere ve yetişkinlere grup olarak ya da bireysel uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 1986'da Dobson ve Shaw'ın ve aynı yıl Hollon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, DAS'ın depresif hastaları psikiyatrik kontrol grubundan ayırt edebildiği ileri sürülmüştür. Dobson ve Shaw'ın 1986'daki çalışmasında, genel anksiyete bozukluğu, anoreksiya nervosa, panik bozukluk ve distimide de, depresyondaki bireylerde olduğu gibi yüksek puanlar gözlenmiştir. Keller'in 1983'te yaptığı çalışmada da, tedavi öncesinde DAS'tan yüksek puan alan bireylerin tedaviden daha az yararlandıkları ileri sürülmüştür. Ayrıca bu ölçek, hastalığı nüksedebilecek bireyleri anlamada yardımcı olmaktadır. Weissman ve

Beck tarafından 1978'de geliştirilen ölçeğin ülkemiz için uyarlanması, 1992'de Şahin ve Şahin tarafından Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) adıyla yapılmıştır. Uyarlama çalışması sonucunda, puanlama sırasında ters çevrilerek hesaplanan otonomiyle ilgili olan maddelerin, depresyonu ayırt edemediğini saptamıştır. Bu sonuca dayanarak araştırmacılar, Beck tarafından fonksiyonel olarak değerlendirilen otonom tutumların, incelenen Türk örnekleminde geçerli olmadığını ve bu ölçeğin kullanımında dikkatli olunması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (Savaşır ve Şahin 1997).

Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (Sociotropy-Autonomy Scale; SAS): Bu yazının daha önceki bölümlerinde de değinildiği üzere, Beck ve arkadaşları, depresyonla ilgili olduğu düşünülen iki tür kişilik tipi (sosyotropik ve otonom kişilik tipleri) belirlemişlerdir. SAS, bu kişilik tiplerine ilişkin özelliklerin ölçülmesi için kullanılmaktadır. SAS, 30'u sosyotropi alt ölçeğine, 30'u da otonomi alt ölçeğine ait olmak üzere toplam 60 maddeden oluşan, ergen ve yetişkinlere bireysel ya da grup olarak uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Beck ve arkadaşlarının 1983'te yaptıkları çalışmaya göre ölçeğin iç tutarlılığı oldukça yüksektir (sosyotropi için .83 ile .95 arasında). Test tekrar test güvenilirliği sosyotropi için .65 ile .88, otonomi için ise .66 ile .75 arasındadır. Robins'in 1990 yılında kuramı sınamak üzere yaptığı araştırmada, depresyon ve sosyotropi arasında ilişki bulunmuşken, otonomi ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Beck ve diğerleri tarafından 1983'te geliştirilen ölçeğin ülkemizde uyarlanması Şahin ve arkadaşları tarafından 1993 yılında Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ) adıyla gerçekleştirilmiştir. Ancak araştırmacılar, ölçeğin özgün formunda da olduğu gibi, otonomi ile depresyon arasında çok düşük bir ilişki saptadıklarından, otonomi faktörünün SOSOTÖ ile kavramsallaştırılmasının hatalı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Savaşır ve Şahin 1997).

Abramson ve arkadaşları da (1997) yaptıkları bir çalışmada SAS'ın sosyotropi alt ölçeğiyle Depresif Deneyimler Ölçeği (Depressive Experiences Questionnaire-DEQ) arasındaki korelasyonu .69 olarak saptamışken, otonomi alt ölçeğiyle DEQ arasındaki korelasyonu .23 olarak belirlemişlerdir. Bu bulgular da otonomi boyutunun belki de başka bir ölçekle kavramsallaştırılması gerektiği düşüncesini desteklemektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (Hopelessness Scale; HS): Ölçek, Beck ve diğerleri tarafından 1974'te, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Umutsuzluk, depresyonun en önemli özelliklerinden biridir ve belirlenmesi, tedavinin şekli konusunda fikir sağlamaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı, intihar girişiminde bulunan hastalarda ve depresif yaşlılarda .84 ile .93 arasında değişmektedir. BDI ve klinisyen değerlendirmeleriyle korelasyonu ise .60 ile .68 arasındadır. 20 maddeden oluşan ve 0-1 arasında puanlanan bu ölçekle geniş bir örneklem grubunda yapılan bir araştırmada, 9 ve üzeri puanların ileride intihar girişiminde bulunacak kişilerin %94'ünü kestirebildiği gösterilmiştir. Yapı geçerliğine ilişkin çalışmalar, ölçeğe ait "umut", "vazgeçme/motivasyon kaybı" ve "geleceğe yönelik beklentiler" olarak üç faktör göstermektedir. HS'den alınan 10 ve üstü puanların, potansiyel bir intihara işaret ettiği bildirilmektedir. HS'nin çeviri çalışması Seber tarafından 1991'de yapılarak bazı geçerlik ve güvenilirlik verilerine ulaşılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısının .86; üniversite öğrencilerinden oluşan 30 kişilik bir grupta test-tekrar test güvenirliliğinin .74; BDE ile ölçüt bağıntılı geçerliğinin ise .65 olduğu belirlenmiştir. Ölçek üzerinde daha sonra Du-

rak tarafından çalışılarak güvenilirlik, geçerlik ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgilere ulaşılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .85, yarıya bölme yöntemiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı da .85 olarak saptanmıştır. Ölçeğin, BDE ile korelasyonu tüm örneklem (n=373) için .69, depresif hastalar için .71, intihar girişiminde bulunanlar için .68, kontrol grubu için .69 bulunmuştur. Yapı geçerliği çalışmasında ölçeğe ait üç faktör belirlenmiştir: "Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler", "motivasyon kaybı" ve "umut". Ancak, intiharı yordama amacıyla kullanılabilecek bir kesme noktasıyla ilgili çalışmalar henüz yapılmamıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

Bu ölçeğin Kazdin ve arkadaşları tarafından 1983'te çocuklar için geliştirilen bir formu da vardır (The Hopelessness Scale for Children; HSC) (Wehmeyer ve Palmer 1998). Wehmeyer ve Palmer'in (1998) bu ölçeğe ilişkin olarak yaptıkları yapı geçerliği çalışması sonucunda iki temel faktör belirlenmiştir: "vazgeçme (giving up)" ve "gelecekle ilgili beklentiler (future expectations)". Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı ise .69 olarak belirlenmiştir.

Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği (Submissive Acts Scale): Ölçek, depresyonla ilgili olduğu düşünülen boyun eğici sosyal davranışların belirlenmesinde kullanılmaktadır. On altı maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin, iç tutarlığının ve test tekrar test güvenirliliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Ölçek maddelerinin yalnızca sosyal davranışlara yönelik olmasına dikkat edilerek, duygu ifadelerine yer verilmemiştir. Gilbert ve arkadaşları tarafından, Buss ve Craik'in çalışmalarına dayanılarak geliştirilen ölçeğin, ülkemizde uyarlama çalışmaları, Şahin ve Şahin tarafından 1992'de gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğu, tek faktör yapısına sahip olduğu ve depresif bireylerle depresif olmayanları ayırt edebildiği saptanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

Suçluluk-Utanç Ölçeği (Guilt and Shame Scale): Suçluluk ve utanç duygularının birçok psikolojik bozuklukta olduğu gibi depresyonla da ilgili olduğu düşünülmektedir. Ölçek bu amaçla, bireyin çeşitli durumlarda yaşadığı ve depresyonla ilişkili olduğu düşünülen suçluluk ve utanç duygularını belirlemek için kullanılmaktadır. Suçluluk ve Utanç Ölçeği (SUTÖ) bu iki duyguyu ölçmek üzere Johnson ve Noel'in 1987'de geliştirdikleri bir ölçekten (Dimensions of Conscience Questionnaire) esinlenerek, Şahin ve Şahin tarafından 1992'de geliştirilmiştir. Yazarlar ölçeğin iç tutarlılığına, ölçüt bağıntılı geçerliğine ve faktör yapısına ilişkin ilk bulguların umutlandırıcı olduğunu belirtmektedirler. Utanç puanının yüksekliği depresyon düzeyindeki artışa işaret etmekte ve depresyonu yordamada güçlü olduğu belirtilmektedir. Utanç duygusunun, daha çok sosyotropi ve boyun eğicilikle ilgili olduğu ileri sürülmektedir (Savaşır ve Şahin 1997).

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (Social Comparison Scale): Ölçek kişinin başkalarıyla kıyaslandığında kendini, çeşitli boyutlardan nasıl algıladığına ilişkindir. Bilindiği üzere depresyonda kişinin kendine yönelik olumsuz düşünceleri oldukça önemlidir. Ölçek önce 5 madde olarak Allan, Gilbert ve Trent tarafından 1991'de geliştirilmiş, daha sonra Şahin ve Şahin tarafından 1992'de madde sayısı önce 6'ya, daha sonra da 18'e çıkarılarak, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ) adıyla yeniden düzenlenmiştir. Ölçekle ilgili

hem batıdaki hem de ülkemizdeki çalışmalar güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir (Savaşır ve Şahin 1997).

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory): BDI temel alınarak Kovaks tarafından 1981'de geliştirilen ölçek, çocuklardaki depresyon düzeyini belirlemeye yöneliktir. Çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkileri gibi sorular da eklenerek geliştirilen ölçek, 27 maddeden oluşmakta ve 06-17 yaş arası çocuklara uygulanması uygun bulunmaktadır. Ölçeğin Türkiye'de uyarlanması Öy tarafından 1990'da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucunda, ülkemizde 09-13 yaşlarındaki çocuklar için bu ölçeğin kullanılmasının uygun olduğu bildirilmiştir (Savaşır ve Şahin 1997).

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory; KSE): Bu ölçek, Derogatis tarafından geliştirilen 90 maddelik SCL-90 Semptom Belirleme Listesi'nin, ayırt ediciliği en yüksek 53 maddesinden oluşmuştur. KSE, 9 alt ölçekten oluşmuştur ve bunlardan biri depresyon alt ölçeğidir. KSE, Türkçe'ye Şahin ve Durak tarafından 1994'te uyarlanmıştır. Depresyonun, diğer bir çok bozuklukla ilişkili olduğu ve bu bozukluklarla görülebildiği düşünüldüğünde, bilişsel değerlendirmesinde bu ölçeğin kullanılabileceği ileri sürülebilir (Savaşır ve Şahin 1997).

Çok Yönlü Depresyon Envanteri (Multiscore Depression Inventory; MDI): Ölçek, depresyonu oluşturan çeşitli belirti ve duyguların belirlenmesinde kullanılmaktadır. Toplam 118 maddeden oluşan ölçeğin 10 alt testi bulunmaktadır: Düşük enerji düzeyi, bilişsel güçlük, suçluluk, düşük kendilik değeri, sosyal iç-dönüklük, kötümserlik, huzursuzluk, kederlilik, çaresizlik ve öğrenilmiş çaresizlik. Ölçeğin güvenilirliği .82 ile .94 arasındadır. MDI, Berndt tarafından 1986'da geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanması 1988'de Aydın ve Demir tarafından Çok Yönlü Depresyon Envanteri (ÇDE) adıyla gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışması sonucunda ölçeğin BDE ile ölçüt bağıntılı geçerliği .77 olarak saptanmıştır (Öner 1997).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI): Envanter, 1967'de Hattaway ve Kinley tarafından çeşitli kişilik özelliklerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Envanterde kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 klinik alt test bulunmaktadır: Hipokondri, depresyon, histeri, psikopatik sapma, maskulinite-feminite, paranoya, psikastenî, şizofrenî, hipomani ve sosyal içe dönüklük. Depresyon (D) alt testi 60 maddeden oluşup, bireyin o andaki apati, kendini değersiz hissetme, umutsuzluk, uyku bozukluğu, davranışsal ve bilişsel gerileme gibi belirtilerini ölçmektedir. MMPI'nin Türkçe'ye uyarlanması Savaşır tarafından 1981'de gerçekleştirilmiştir. Bazı çalışmalarda MMPI-D alt testinin BDE ile iyi korelasyonlar vermesi sonucunda bu alt ölçeğin depresyonun değerlendirilmesinde kullanılabilceği ileri sürülmüştür (Öner 1997).

Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği (DBTÖ): Ölçek, bir doktora tezi çerçevesinde Tegin (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesi sırasında örneklem grubu olarak 30 depresif hasta, 30 şizofren hasta ve 30 da normal denek olmak üzere toplam 90 kişi kullanılmıştır. On altı maddeden oluşan ölçek, depresyon durumunda ortaya çıkan bilişsel çarpıtmalar ve türlerini ölçmeye yöneliktir. BDTÖ'nün yarıya bölme güvenilirliği Spearman-Brown tekniği ile .81 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin, BDÖ ile ölçüt ba-

günlü geçerliği depresif grup için .52, şizofren grup için -.33 ve normal grup için .20 olarak saptanmıştır. Ölçeğin dört alt boyutu vardır: "Keyfi çıkarıma (Arbitrary inference)", "Seçici soyutlama (Selective abstraction)", "Aşırı genelleme (Over-generalization)" ve "Abartma-küçümseme (Magnification-minimization)". Ölçekte yer alan her bir alt boyut, yaşantı temaları (değişim, sosyal, cinsel rol kavramı, etkileşim-iletişim) ile kaynaştırılmıştır. Bu kaynaştırmanın nedeni, maddelerin gelişigüzel bir konu ile işlenmek yerine, depresyonun başlamasında etkili olan yaşantılardan yararlanılmak istenmesidir.

Quality of Life Inventory (QOLI): Frisch tarafından 1988'de geliştirilen bu ölçek, bireylerin yaşam kalitesinin değişik boyutlarını ölçmeye yöneliktir. QOLI'nin geliştirilmesinde, bireylerin mutluluk ve yaşam doyumlarının ruh sağlığı açısından çok yaşamsal bir yeri olduğu varsayımından etkilenilmiştir. 'Doyumsuzluk depresyonunun', kendini olumsuz değerlendirme ve umutsuzluktan etkilendiği ileri sürülmüştür. Ölçek, 17 maddeden oluşmaktadır ve dört temel faktörü vardır: Kendilik (sağlık, kendini kabul, yaşam felsefesi, yaşam standardı); Kişisel doyum (iş, boş zamanlarını geçirme, öğrenme, yaratıcılık, sosyal aktivite); İlişkiler (aşk ilişkileri, arkadaşlık, çocuklarla ilişkiler, akraba ilişkileri); Çevre (ev çevresi, akrabalık çevresi, toplumsal çevre). Bu ölçeğin depresyonun bilişsel değerlendirmesinde rahatlıkla kullanılabileceği ileri sürülmüştür (Frisch 1992).

6-Faktör Yaşam Kalitesi Ölçeği (PCASEE Quality of Life Scale): Ölçek, W. W. K. Zung tarafından bireylerin sağlıklı bağlantılı yaşam kalitesinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin altı faktörü vardır: "fiziksel (physical-P)", "bilişsel (cognition-C)", "duygusal (affective-A)", "sosyal (social-S)", "ekonomik (economic-E)" ve "ego (ego-E)" (Bech 1996). Ölçeğin Türkiye'de uyarlama çalışmaları Sümer ve arkadaşları (1998) tarafından başlatılmıştır. 200 kişilik bir örneklem üzerinde yapılan ilk çalışmalar, orijinale uygun bir faktör yapısı vermiştir. Özellikle ölçeğin bilişsel ve duygusal faktörleriyle BDE arasındaki ölçüt bağıntılı geçerliğin yüksek çıkması umutlandırıcı bir sonuçtur. Ölçeğin diğer örneklem üzerinde yapılan uyarlama çalışmaları da benzer sonuçlar verirse ölçek depresyonun bilişsel değerlendirmesinde kullanılabilir hale gelecektir.

Profiles of Mood Scale (POMS): Bu ölçek, McNair ve arkadaşları tarafından 1971'de geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı bireyin duygudurumundaki ufak değişimleri belirlemektir (Brown vd. 1997). Brown ve arkadaşlarına (1997) göre bu ölçek, bireyin duygudurumundaki ufak değişikliklere duyarlı olduğundan, depresyonun bilişsel tedavisinde kullanılabilir.

Cognition Checklist (CCL): Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından 1987'de, anksiyete ve depresyonu birbirinden ayırmak amacıyla geliştirmiştir. Beck ve arkadaşlarına göre depresyon, bireyin yaşadığı bir kayıpla doğrudan ilgiliyken; anksiyete kayıp tehlikesiyle ilgilidir. Yirmi altı maddeden oluşan CCL'nin temel amacı, depresyon ve anksiyete belirtirleri arasındaki farklılıkları ölçmektir. Anksiyete alt ölçeği olan CCL-A'nın iç tutarlık katsayısı .90, depresyon alt ölçeği olan CCL-D'nin iç tutarlık katsayısı .92 olarak saptanmıştır (Jolly ve Wiesner, 1996).

19. WAIS-R: Yates (1992), depresyonun bilişsel değerlendirmesinde WAIS-R gibi zeka ölçeklerinin de kullanılabileceğini ileri sürmüştür. Ancak, bu kullanımın amacı, depresyon ya da depresyon belirtilerine ilişkin bilgi almak değildir. Burada amaç, hastanın, bi-

bişsel tedavinin karmaşık kavramlarını anlayabilecek düzeyde olup olmadığını saptamaktır. Yates, bu tür ölçeklerin ancak çok istisnai durumlarda kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Yukarıda sayılan ölçeklerin dışında, depresyonun değerlendirilmesinde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Zung Depresyon Ölçeği gibi ölçme araçları da kullanılmakla birlikte; bu ölçeklerin ayrıntılı bilişsel değerlendirme içermemeleri ve daha çok somatik belirtilere yönelik olmaları nedeniyle (Schotte vd. 1997) bu yazı kapsamına alınmamışlardır.

Özetlemek gerekirse depresyonun bilişsel değerlendirmesinde başta davranışsal görüşme olmak üzere ölçekler, kayıt tutma, hasta yakınlarından bilgi alma, dolaysız gözlem ve fizyolojik ölçümler gibi teknikler kullanılmaktadır.

3.7. Tartışma

Bazı yazarlar depresyonun bilişsel değerlendirmesinde kullanılan teknikler konusunda eleştiriler yapmışlardır (Clark 1997; Memon vd. 1997; Sharpe ve Gilbert 1998).

Memon ve arkadaşlarının (1997) eleştirisi bilişsel değerlendirmede kullanılan davranışsal görüşme tekniğiyle ilgilidir. Bu araştırmacılar, davranışsal görüşmenin terapist yanlılığına çok açık olması nedeniyle, bu teknikle yapılan değerlendirmenin güvenilir olmayacağını ileri sürmüşlerdir.

Sharpe ve Gilbert'in (1998) eleştirisi ise, değerlendirme ve tedavi sürecinde ölçek kullanımıyla ilgilidir. Bu araştırmacılar, başta BDI olmak üzere birçok duygudurum ölçeğinin tekrar tekrar uygulanmasının, bireyde test alma etkisine (testing effect) yol açtığını ileri sürmüşlerdir. Söz konusu etki, bireyin testi alma sayısı arttıkça performansında da bir yükselme olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla değerlendirmede duygudurum ölçeklerinin tekrar tekrar kullanılması ölçüm sonucunun güvenilirliğini düşürmektedir.

Clark (1997) ise, ölçeklerle ilgili daha genel bir tartışma ortaya atmıştır. Clark'a göre belki de ölçekler, insanların gerçekte yaşadığı duygu ve düşünceleri değil; bireylerin ne düşünmek ve ne hissetmek istediklerini ölçmektedirler.

Yukarıdaki eleştirilerden, Sharpe ve Gilbert'in (1998) ölçeklerin tekrar tekrar kullanılmasına ilişkin olanı anlamlı görünmektedir. Eğer bu eleştiri araştırmalarla desteklenirse ortaya çok önemli bir soru çıkacaktır: "Değerlendirme ve tedavi sürecinde hastada gözlemlenen ilerlemeler terapinin etkisinden mi yoksa kişide oluşan test alma etkisinden mi kaynaklanmaktadır?" Ölçeklerin tekrar tekrar kullanılması kişide test alma etkisine yol açarak, performansı yükseltse de, bu etkiyi aza indirmek için bazı önlemler alınabilir. Örneğin, değerlendirme sırasında sıklıkla kullanılan ölçeklerin, aynı özelliği ölçen, fakat farklı maddelerden oluşan birer paralel formu oluşturulabilir. Oluşturulan bu formlar birbirinin yerine sırasıyla kullanılabilir. Böylece, hastanın ölçeği tanınmasından kaynaklanan test alma etkisinin biraz azaltılması mümkün olabilir.

4. TEDAVİ: SÜREÇ VE KULLANILAN TEKNİKLER

Depresyonun bilişsel terapisinde sorunun bir değerlendirmesi yapıp, ilk formülasyon oluşturulduktan sonra tedavi süreci başlamaktadır. Bu bölümde tedavi için uygun hastanın seçilmesi, tedavi süreci ve bu süreçte kullanılan teknikler anlatılacaktır.

4.1. Hastanın Tedavi İçin Uygunluğunun Belirlenmesi

Her ne kadar hastanın terapiye uygun olup olmadığı değerlendirme sürecinin bir amacıysa da; gerek bilişsel terapiye bu süreçlerin birbirinden kesin çizgilerle ayıramamasından, gerek bağlantıların daha iyi kurulabilmesi açısından bu konu tedavi bölümünde aktarılmıştır. Fennel'e (1989) göre aşağıdaki sorular bilişsel tedavinin uygun olduğu hastaları belirlemede yardımcı olabilir:

- *Ne tür bir depresyon görülmektedir?* Bipolar depresyonda, intihar eğilimi yüksek gruplarda ve endojen depresyonlarda ilk etapta bireyin hastaneye yatırılması ya da ilaç tedavisi görmesi gerekebilmektedir.
- *Hangi şiddette depresyon yaşanmaktadır?* Depresyon çok şiddetli ise ilaç tedavisi ya da hastaneye yatırılma uygun olabilir. Bu sorunun yanıtını bilmek, acil müdahale gerektiren belirtileri ve tedavide kullanılacak teknikleri belirlemek için de önemlidir.
- *Hastanın olumsuz düşünceleri var mı?* Hastada Beck'in kuramında yer alan bilişsel üçlünün olup olmadığı belirlenir. Ayrıca ümitsizlik ve intihar düşüncelerine özellikle dikkat etmek gerekmektedir.
- *Hasta terapötik işbirliğine uygun mu?* Eğer hasta sorunlarını kendi başına çözmesi gerektiğine ve tedaviden yararlanamayacağına inanıyorsa, bilişsel terapiye yararlanma olasılığı düşecektir.
- *Hastanın baş etme becerileri var mı?* Baş etme becerileri olan hastaların bilişsel terapiye yararlanma olasılığı daha yüksektir.

4.2. İlk Tedavi Görüşmesinin Yapısı

Bu görüşmenin temel amaçları, terapötik ilişkinin kurulması, hastanın ümidinin artırılması ve hastaya terapinin biçimine ilişkin bilgi verilmesi olarak sıralanabilir. Bu görüşmede mevcut sorun değerlendirilmekte, amaçlar belirlenmekte, hastaya tedavinin rasyoneli anlatılmakta ve tedaviye giriş yapılmaktadır (Fennel 1989; Beck 1995).

Bu görüşmede, ilk olarak hastanın mevcut durumuyla ilgili genel bir fikir edinilmeye çalışılmaktadır. Soruna ilişkin belirtiler, hastanın yaşam sorunları, sorunlarla ilgili olumsuz düşünceleri, depresyonun gelişim süreci, hastanın ümitsizlik ve intihar düşünceleri taranmaktadır.

İkinci olarak her sorun için ayrı ayrı amaçlar saptanmaktadır. Amaçlar saptanırken hasta ile terapist buna ortaklaşa karar vermektedirler. Bu amaçlar mutlak değildir ve tedavi süresince değişebilmektedir.

Tedavi rasyonelinin hastaya anlatılması bu yapının bir diğer unsurudur. Burada, bilişsel tedavinin temel ilkeleri basit ve anlaşılır bir biçimde hastaya anlatılmaktadır. Olumsuz duyguların olumsuz düşünceleri, olumsuz düşüncelerin de olumsuz duyguları nasıl etkilediği hastaya örnekleriyle anlatılmaktadır. Duygular ve düşünceler arasındaki bu etkileşimin anlatılmasından sonra, bu döngünün değişme olasılığı hastayla tartışılmaktadır.

Ayrıca hastaya, ne sıklıkla görüleceği, tedavinin ne kadar sürebileceği ve yapması gereken ev ödevleri konusunda bilgi vermektedir.

Amaçlar belirlenip tedavi rasyoneli anlatıldıktan sonra tedaviye başlanmaktadır. Bu aşamada tedavinin ilk hedefi belirlenmekte ve yapılması gereken ev ödevleri anlatılmaktadır (Fennel 1989).

4.3. Tedavi Süreci ve Bu Süreçte Kullanılan Teknikler

Depresyonda bilişsel tedavi sürecini, yapılması gereken ilk müdahaleler (Marie vd. 1990), olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi, alternatif düşünceler oluşturarak olumsuz otomatik düşüncelerin değiştirilmesi, ara inançların belirlenmesi ve tedavinin sonlandırılması olarak formüle etmek mümkündür (Beck 1995). Depresyonda bilişsel tedavi süreci Şekil 2'de şematize edilmiştir.

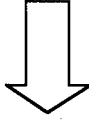
Depresyonun bilişsel tedavisinde kullanılan teknikler ise üç temel grupta toplanabilir (Savaşır ve Yıldız 1996):

- Davranışçı teknikler
- Bilişsel teknikler
- Önlemeye yönelik teknikler

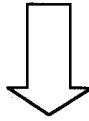
Bu tekniklerden hangisinin ne zaman uygulanacağına karar vermek oldukça önemlidir. Hastanın depresyonu ağırsa ve müdahale gerektiriyorsa davranışçı tekniklerden yararlanılmaktadır. Tedavide hastanın öncelik verdiği, bir an önce çözüm beklediği sorunları ele almak gerekebilir. Bazı durumlarda hangi sorunun daha öncelikli olduğu konusunda hasta ve terapist arasında anlaşmazlıklar çıkabilmektedir. Örneğin, öncelikli olarak ailesiyle olan sorunlarının çözülmesini isteyen bir hastayla, şu anda depresyonda olduğu için o sorunlarının çözülemeyeceği tartışılabilir. Bunun dışında hastanın şu anda değişmeye en yatkın sorunu belirlenerek, bu sorun üzerinde çalışmaya başlanabilir. Bu şekilde hem hastanın umudu arttırılabilmekte, hem de hasta terapi için yüreklendirilebilmektedir (Savaşır ve Yıldız 1996).

Bu bölümde, depresyonun bilişsel tedavisinde kullanılan teknikler tartışılırken bilişsel terapinin süreci göz önünde bulundurulacaktır.

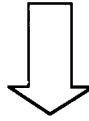
Tedavinin Başlaması ve Gerekli ilk Müdahaleler



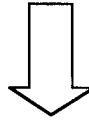
Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Belirlenmesi



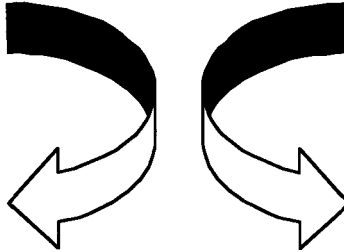
Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Değiştirilmesi



Ara İnançların Belirlenmesi



Ara İnançların Değiştirilmesi



*Tedavinin Sonlandırılması (ya da) Uzun Dönemli Terapiyle
Temel İnançlara Ulaşılması*

Şekil 2. Depresyonda Bilişsel Tedavi Sürecinin Aşamaları.

4.4. Tedavinin Başlaması ve İlk Müdahaleler

Davranışçı teknikler genellikle tedavinin başında kullanılmaktadırlar. Çünkü bu teknikler hem hastanın sıkıntı verici semptomlarının belirlenmesi ve giderilmesi hem de hastanın tedavide kalması için büyük önem taşımaktadırlar. Ayrıca tedavinin başında davranışçı teknikleri anlamak, bilişsel teknikleri anlamaktan daha kolay olabilmektedirler (Marie vd. 1990).

Depresyona giren kişilerin, enerji azalmasına bağlı olarak hareketlerinde yavaşlama, günlük aktivitelerini yerine getirmede güçlük çekme, sosyal ilişkilerinde bozulma gibi davranışsal sorunları olabilmektedir. Ayrıca, bu kişiler için uykusuzluk büyük bir sorundur. Depresif kişiler, kendilerini hiçbir şey yapamaz hissetmektedirler (Blackburn 1996; Tuğrul ve Sayılğan 1997). Hastaların bu tür yakınmalarının öncelikli olarak hafifletilmesi için davranışçı tekniklerden yararlanılmaktadır.

Depresyonun bilişsel terapisinde en önemli davranışçı teknikleri; (a) etkinliklerin kaydedilmesi, (b) yeni etkinliklerin düzenlenmesi, (c) aşamalı etkinliklerin oluşturulması ve (d) uyarıcı kontrolü olarak sıralamak mümkündür.

a) Etkinliklerin Kaydedilmesi: Kayıtlar, hastanın günlük etkinlikleriyle ilgili terapistte bilgi sağlamaktadır. Bu etkinliklerle ilgili bilgi alan terapist, hastanın "Hiçbir şey yapmıyorum" tarzındaki düşüncesini sınavabilmekte ve bunu hastayla paylaşabilmektedir. Kayıtlar ayrıca hastanın hangi durumlarda güçlük yaşadığıyla ilgili bilgi de sağlayabilmektedir. Hastadan, etkinliklerini kaydetmesinin yanı sıra, bu etkinlikleri başarı (B) ve hoşnutluk (H) yönünden değerlendirmesi de istenebilir. Bu tür bir değerlendirme etkinlik ve duygudurum arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından da oldukça önemlidir (Beck 1995; Marie vd. 1990; Savaşır ve Yıldız 1996). Unutulmaması gereken önemli bir konu, kayıt tutmanın davranışsal bir teknik olmakla birlikte, tüm bilişsel tedavi süresince farklı amaçlarla kullanılmasıdır.

b) Yeni Etkinliklerin Düzenlenmesi: Hastanın etkinlikleri ve hoşnutluk dereceleri belirlendikten sonra, yeni etkinlikler düzenlenmektedir. Burada amaç etkinlik düzeyini ve bu etkinliklerden alınan zevki arttırmaktır. Yeni etkinliklerin kaydedilmesiyle hastadaki "Şimdi ne yapacağım?" tarzındaki kararsızlıklar da önlenmeye çalışılmaktadır (Marie vd. 1990; Savaşır ve Yıldız 1996).

c) Aşamalı Etkinliklerin Planlanması: Hastayı yeni etkinliklere yöneltmenin bir yolu da etkinliklerin küçük parçalara bölünmesidir. Depresyondaki hastaların büyük bir bölümü planladıkları işleri yapamamaktan yakınmakta ve bunu başarısızlıklarının bir kanıtı olarak görmektedirler. Bu tür aşamalı etkinliklerin planlanması başarı olasılığını arttırmakta ve hastanın ümitsizliğini önlemede çok etkili bir teknik olarak görülmektedir. Bu teknik, ilk tedavi görüşmesinin amaçlarından biri olan, hastanın umudunu arttırmakla yakından ilgilidir (Marie vd. 1990; Savaşır ve Yıldız 1996)

d) Uyarıcı Kontrolü: Depresyondaki hastalarda uyuma güçlüğü sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu teknik uyumayı güçleştiren uyarıcıların azaltılmasına yöneliktir. Örneğin, hastaya uykuyu önleyebilecek uyarıcılar (çay, kahve gibi) yerine, uyumayı kolaylaştıracak işler (eğlenceli bir kitap okuma gibi) önerilmekte ve engelleyici uyarıcıların

kontrolü öğretilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hastaya, yatağa her gün aynı saatte girmesi ve her gün aynı saatte uyuması gibi uyarılarda bulunmaktadır (Marie vd. 1990).

4.5. Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Belirlenmesi

Depresyonun bilişsel terapisinde tedavi görüşmelerinin büyük bir bölümü, hastaya otomatik düşüncelerini tanımayı, bunları sorgulamayı ve alternatif düşünceleri öğretmekle geçmektedir. Bu öğretme süreci ile öncelikle depresif belirtileri ortadan kaldırmak, daha sonra hastanın yaşam sorunlarını hafifletmek amaçlanmaktadır (Savaşır ve Yıldız 1996). Olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi sürecinde çeşitli bilişsel ve davranışçı teknikler kullanılmaktadır.

a) Sorgulama Tekniği: Depresyonun ve diğer bozuklukların tedavisinde kullanılan en temel tekniktir. Bu tekniğin tarzı Sokratik olup, sistematik bir şekilde sorgulama süreciyle tümevarımcı mantık yürütme gibi özelliklere sahiptir (Overholser 1998 a, 1998 b). Burada terapist hastanın her hangi bir duygusunu fark ettiğinde, o sırada hastanın aklından neler geçtiğini sorarak olumsuz otomatik düşüncelere ulaşmayı hedeflemektedir. Terapi sırasında hasta başından geçen her hangi bir olay ya da anısını anlattığında, terapist "O sırada aklından neler geçti?" gibi bir soru sorarak olumsuz otomatik düşüncelere ulaşmaya çalışmaktadır (Beck 1995; Marie vd. 1990). Bu teknik bilişsel terapinin vazgeçilmez bir unsurudur.

b) Kayıt Tutma: Tedavinin ilk aşamalarında otomatik düşüncelerin hasta tarafından tanınması ve fark edilmesi terapistin yardımı ile olurken, daha sonra hasta kayıtlar tutarak bu düşüncelerini yakalama ve tanıma becerisi kazanmaktadır. Kayıtlar olumsuz otomatik düşüncelerin fark edilmesinde, tanınmasında, olumsuz otomatik düşüncelere alternatif düşünceler geliştirilmesinde ve bu düşüncelerin değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadırlar (Beck 1995). Standart bir kayıt çizelgesi beş sütundan oluşur. İlk sütunda kişinin, o anda ne hissettiğini ve bu duygunun şiddetini belirtmesi istenir. Tüm sütunlarda değerlendirme 0-10 arasında yapılır. İkinci sütunda kişiden o duyguyu hissettiği andaki durum ya da yaşadığı olayı kaydetmesi istenir. Üçüncü sütunda hastanın olumsuz otomatik düşünceleri yer almaktadır. Dördüncü sütunda, hastadan olumsuz otomatik düşüncelerine karşı geliştirdiği alternatif düşünceleri kaydetmesi istenir. Beşinci sütunda ise hastanın alternatif düşünce karşısında hissettiği yeni duyguları ve bunların şiddetini belirtmesi istenmektedir. Böylece hasta, ilk duygusu ile alternatif düşünceden sonra oluşan duygusu arasındaki farkı görerek umutlanmış olur (Tuğrul ve Sayılğan 1997). Depresyonun bilişsel terapisinde, olumsuz otomatik düşünceleri belirleme aşamasına kadar ilk üç sütunun, bu aşamadan sonra ise sütunların tümünün kullanılması uygundur (Schuyler 1990). Bir olumsuz otomatik düşünce kayıt çizelgesi örneği Şekil 3'te verilmektedir.

				Tarih:
Duygular ve Şiddeti	Durum/Olay	Otomatik Düşünce ve Şiddeti	Alternatif Düşünce	Duygu ve Şiddeti
Üzüntü (9) Öfke (7)	Müzik dinliyordum	1. Asla eskisi gibi olmayacağım (6) 2. Arkadaşlarım hiç aramıyor (10)	1. Şu anda kendimi kötü hissetmem hep böyle olacağım anlamına gelmez (6) 2. Ben de onları aramadım. Belki bir işleri vardır. Ben de arayabilirim (7)	Üzüntü (3) Öfke (5)

Şekil 3. Olumsuz Otomatik Düşünce Kayıt Çizelgesi Örneği.

Bilişsel terapide duyguların tanınması da kayıt tutma yardımıyla olmaktadır. Duygulardaki olumsuz değişimler olumsuz otomatik düşüncelerin varlığına işaret etmektedir. Hasta açısından duygularını kaydetmek, düşüncelerini kaydetmekten daha kolay olmaktadır. Hastalar duygularını genellikle 0 ile 10 arasında bir derecelendirmeye tabi tutarlar. Bazı hastalar bu derecelendirme işlemi çok mekanik bulabilmektedirler. Ancak bu durumda da iyi-kötü gibi sıfatları içeren farklı bir ölçme yöntemi geliştirilebilir (Savaşır ve Yıldız 1996).

Hastanın duygusu ve bu duygunun derecesi belirlendikten sonra terapist, "O sırada ne yapıyordunuz?" gibi bir soruyla problem durumun (olayın) ne olduğunu öğrenebilmektedir.

Kayıt tutma tekniğindeki en önemli bölüm olumsuz otomatik düşüncelerin kaydedildiği aşamadır. Burada hastadan, kendini kötü hissettiği anda ya da problemi yaşadığı durumda aklından geçen düşünceleri ve bu düşüncelere inanma derecesini (0-10 arasında) kaydetmesi istenmektedir. Olumsuz otomatik düşüncelerin yalnızca düşünceler şeklinde olmayıp, imajlar şeklinde de olmaları mümkündür. Böyle bir durumda hastadan bu imajları kaydetmesi istenmektedir (Beck 1995). Olumsuz otomatik düşünceler imajlar şeklinde olduğunda, bunların kağıda dökülmesi hasta açısından zor olabilmektedir. Bunu biraz olsun önlemenin bir yolu, imajların hastanın aklına gelir gelmez kaydedilmesidir. Böyle bir uygulamayla unutma ve yanlış hatırlama ortadan kaldırılabilir (Savaşır ve Yıldız 1996). Kayıt tutma, tedavi sürecinin tümünde kullanılmaktadır.

c) Ev Ödevlerinin Kullanımı: Bu teknik de kayıt tutma gibi tüm tedavi süresince kullanılmaktadır ve aslında kayıt tutmanın bir versiyonu olarak düşünülebilir. Fennel (1989) ev ödevlerinin bilişsel terapide çok önemli bir yeri olduğunu ileri sürmektedir. Bu işlevleri şöyle sıralamak mümkündür:

- Tedavinin görüşme dışında da sürmesi için, hastaya ne yapması gerektiği konusunda bilgi sağlamaktadır.
- Tedavinin daha amaç yönelimli olmasını sağlamaktır.
- Tedavi sırasında kazanılan içgörünün gerçek yaşama aktarılmasını kolaylaştırmaktadır.
- Her ev ödevinin sonucu hastanın ilerlemesiyle ilgili bir geribildirim niteliğindedir. Hem hasta hem de terapistin ilerlemeyi algılamasını kolaylaştırmaktadır.
- Ev ödevleri hastanın terapiye aktif katılımına yardımcı olmaktadır.

Ancak Savaşır'a (1996) göre ev ödevlerinin daha anlaşılır ve daha verimli olabilmeleri için bir takım özellikler taşımaları gerekmektedir. Ev ödevleri terapide konuşulanlarla ilgili olmalı ve hastaya somut olarak ne yapması gerektiğini anlatmalıdır. Gerekirse bir kayıt formu hazırlanarak, görüşmede ne yapması gerektiği hastaya gösterilmelidir. Hastanın ev ödevini neden yaptığı oldukça önemlidir. Ev ödevleri hastada kesinlikle başarısızlık duygusu uyandırmamalıdır. Bilindiği üzere depresyondaki hastalar, kayıp ve başarısızlığa karşı çok duyarlı olabilmektedirler. Kısacası, ev ödevleri hastanın düzeyine uygun olarak hazırlanmalıdır.

d) Bibliyoterapi Tekniği: Depresyonun bilişsel tedavisinde kullanılabilen bir başka teknik bibliyoterapidir. Özellikle terapinin başlarında hastanın gerek depresyonun doğasını, gerek de otomatik düşünceleri tanımasında ve anlamasında oldukça yararlı olabilmektedir. Bibliyoterapi, o sorunla ilgili paket bilgi sunan, kitap ya da yayınların hastaya önerilmesini içermektedir (Örneğin; Depresyonla Başa Çıkma Yolları, Tuğrul ve Sayılan 1997).

Smith ve arkadaşlarına (1997) göre, bibliyoterapi, özellikle hafif ve orta derecede depresyonu olan ileri yetişkinlerde çok etkili bir bilişsel tedavi tekniğidir.

Savaşır'a (1996) göre olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi sırasında bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunların başında, hastanın düşüncelerini kaydetmekten kaçınması gelmektedir. Depresyonda olmak hastanın, düşüncelerine bakmasını zorlaştırabilmektedir. Ancak hasta tedavi rasyonelini anlayıp kabullendikçe, hastanın, düşüncelerini kaydetmekten kaçınma davranışı azalmaktadır. Tedavinin başlarında olumsuz düşüncelere odaklanılan zaman sınırlanmalıdır. Çünkü, sürekli olumsuz düşüncelerle uğraşmak hasta tarafından rahatsız edici olarak algılanabilmektedir. Zamanı sınırlamak için bazı tekniklerden yararlanılabilir. Hastanın dikkatinin başka bir noktaya odaklanması ve hastaya zihinsel egzersizlerin yaptırılması (örneğin, 1000'den geriye 9'ar 9'ar saydırmak gibi) gibi tekniklerle olumsuz düşüncelere ayrılan zaman kısıtlanabilmektedir. Ancak bazı hastalar, bu teknikleri rahatsız edici durumdan (olumsuz otomatik düşüncelerden) kaç-

mak için kullanabilmektedir. Bu durumda hastalara bu tekniklerin kısa ve uzun vadeli, olumlu ve olumsuz sonuçları anlatılmalıdır.

Olumsuz otomatik düşüncenin belirlenmesindeki bir başka sorun, hastanın bu düşünceleri tanımlayamaması olabilir. Bu durumda terapist "Bu olayın sizin için anlamı neydi?" gibi sorularla hastanın, düşüncesini tanımasına yardımcı olabilir. Bu tekniklerle, kısa vadede hastanın daha iyi hissetmesi sağlanabilir; ancak uzun vadede, olumsuz otomatik düşüncelerle uğraşmamanın sorunun ortadan kalkmasını sağlamayacağı bilinmelidir.

Bazı durumlarda hastalar temel otomatik düşünceleri kaçırabilmektedirler. Hastanın terapiye getirdiği düşünceyle yaşadığı duygu yoğunluğu uyumlu olmalıdır. Örneğin; ilk kez pilav pişiren bir insanın pilavın dibinin tutması sonucu yaşadığı duygu "ümitsizlik (8)" ve olumsuz otomatik düşüncesi "Elime yüzüme bulaştırdım" olsun. Bu düşüncenin bu duygu için uygun olmadığı terapist tarafından fark edilerek, aşağıya doğru ok tekniğiyle bu duyguya uygun olan düşünce ortaya çıkarılabilir.

Bazı durumlarda ise terapistler hatalı olabilmektedirler. Örneğin, "neden?" gibi bir soru sorarak, hastanın düşüncesinden çok olay ya da durumla ilgili açıklamaya yönelik yanıtlarla karşılaşabilirler. "Neden?" ya da "niçin?" yerine "ne?" ve "nasıl?" gibi sorular tercih edilmelidir.

4.6. Olumsuz Otomatik Düşüncenin Değiştirilmesi

Bu aşamada iki temel teknik grubundan yararlanılmaktadır. Bu tekniklerden biri sözel sorgulama ikincisi ise hastaya davranışsal denemeler yaptırmadır (Marie vd. 1990).

a) Sözel Sorgulama: Bu tekniğin temel amacı, hastanın kendi düşüncelerini yeniden değerlendirmesini sağlamaktır. Bu süreçte terapistin görevi yorum yapmak ya da doğrudan alternatif düşünce üretmek değil, olumsuz otomatik düşüncelerle ilgili sorular sorarak hastanın alternatif düşünce bulmasına yardımcı olmaktır. Sözel sorgulamada kullanılan alt teknikleri şöyle sıralamak mümkündür (Beck 1995; Marie vd. 1990; Savaşır ve Yıldız 1996):

- 1. Kanıtların Sorgulanması:** Bu teknikte hastanın otomatik düşüncelerinin doğru olup olmadığıyla ilgili kanıtlar sorgulanmaktadır. Depresyondaki hastalar olumlu bilgiden çok olumsuz bilgiyi anımsama ya da nötr bilgileri olumsuz olarak değerlendirme eğilimi göstermektedirler. Bu nedenle öncelikle karşıt kanıtlar sorgulanmalı sonrada bu kanıtların geçersizliği üzerinde durulmalıdır.
- 2. Alternatif Düşüncelerin Sorgulanması:** Bu teknikte hastanın çeşitli sorularla, alternatif düşünceler geliştirmesine yardımcı olunmaktadır. "Bu konuda, depresyonda olmadan önce ne düşünürdünüz?", "Sizin güvendiğiniz bir kişi (en yakın arkadaşınız) bu konuda ne düşünürdü?" (Başkalarının referans olarak kullanılması tekniği), "Bir başka arkadaşınız gelip bu sorunu size anlatsa ona ne derdiniz?" gibi sorularla hastanın alternatif düşünceler geliştirmesi sağlanabilmektedir.
- 3. Avantaj ve Dezavantajların Sorgulanması:** Burada hastanın otomatik düşüncesinin kendine olan yararları ve zararları sorgulanmaktadır. "Bu şekilde düşünmenin size ne

gibi bir yararı oldu? " ya da "Böyle düşündükten sonra ne yaptınız?" gibi sorular kullanılarak alternatif düşünceler yakalanmaya çalışılmaktadır.

4. Bilişsel Çarpıtmaların Sorgulanması: Bilişsel çarpıtmaların neler olduğu önceki bölümlerde aktarılmıştır. Bu teknikte hastadan ne tür bir bilişsel çarpıtma yaptığını sorgulaması istenmektedir. Hasta kendine, "Acaba olayların yalnızca olumsuz yanlarını görüp olumluları göz ardı mı ediyorum?", "Tek bir olaya dayanarak genellemelere mi varıyorum?" gibi sorular sorarak, bilişsel çarpıtmalarını saptamakta ve bu çarpıtmalara alternatif düşünceler getirmeye çalışmaktadır.

b) Davranışsal Denemeler: Alternatif düşünceler yukarıdaki tekniklerle ortaya çıkarıldıktan sonra, bu düşüncelerin günlük yaşama aktarılması gündeme gelmektedir. Bunun için hastaya bazı davranış denemeleri yaptırılmaktadır. Depresyondaki kişiler sürekli çikarsamalarda bulunmaktadır (Örneğin, "İnsanlar beni sevmeyecek!"). Hastanın çikarsamalarının doğru olup olmadığı davranışsal denemelerle kişiye gösterilmeye çalışılmaktadır. Davranış denemeleri için aşağıdaki gibi bir sıra izlenebilir:

Öncelikle hasta tarafından çıkarsanan olumsuz bir düşünce belirlenmektedir. Örneğin; "Bara gidersem arkadaşlarımla sürekli konuşmak zorunda kalacağım, onlar da bana güleceklerinden kendimi kötü hissedeceğim" tarzında bir çıkarsaması olan bir hasta ile, bu düşüncesine ilişkin bir davranışsal deneme yapılabilir. Bu düşünce belirlendikten sonra hastanın çıkarsamasının doğru olup olmadığıyla ilgili kanıtlar araştırılmaktadır. Böyle bir düşünceyi destekleyen kanıtlar, "eğitim yetersizliği ve daha önce benzer bir olayın yaşanması" olabilecekken; desteklemeyen kanıtlar "konuşmak için mutlaka eğitilmiş olmak gerekmediği" olabilmektedir. Bir sonraki aşamada bu düşüncenin denenmesi için bir plan yapılmaktadır. Konuştuğunda arkadaşları alay edeceği için kendini kötü hissedenden hastanın, arkadaşlarını bara davet ederek, önce onların konuşmalarını dinlemesi, onlarla birlikte gülmesi ve gerektiği yerde fikrini söylemesi gibi bir plan oluşturulabilmektedir. Hasta bu planı uyguladıktan sonra dikkatini arkadaşlarının gülmesinden çok konuşulanlara verdiğiinden, kendini daha rahat hissedebilmektedir. Hasta bu tür bir davranışsal denemeden sonra çıkarsamalarının yanlış olduğunu ve olumsuz düşüncelerin doğru olmadığını anlayabilmektedir.

Böyle bir planda istenilen sonuç elde edilmediği takdirde planı uygulamayı engelleyen unsurlar üstünde durularak yeni bir plan oluşturma yoluna gidilmelidir (Marie vd. 1990).

Olumsuz otomatik düşüncelerin sorgulanması sırasında terapist bazı hatalar yapabilmektedir. Hasta inanmadığı sürece terapistin mantıklı bir yorum yapması ve alternatif düşünce üretmesinin hiçbir yararı olmamaktadır. Terapist alternatif düşünce üretmek yerine, bunu hastanın bulmasına yardımcı olmalıdır. Terapistler, bazen de hastanın depresyonda olmasını haklı bulabilmektedirler. Böyle bir durumda terapist, sempati ilişkisi kurmak yerine, zor durumlarda yaşayan bir çok insanın depresyona girmediğini düşünüp hastanın güçlü yönlerini belirlemeli ve terapide yanlılığa düşmemelidir. Terapistlerin, özellikle dikkatli olması gereken konulardan biri de, bazen depresif çarpıtma olarak yorumlanan düşüncelerin gerçek olabileceğidir (Beck 1995; Savaşır ve Yıldız 1996).

Hastanın otomatik düşüncelerinin belirlenmesi ve alternatif düşünceler üretmekle değiştirilmesi bilişsel terapi sürecinin büyük bir bölümünü almaktadır. Ancak tedavinin kalıcılığının sağlanması açısından ara inançların da belirlenip değiştirilmesi gerekmektedir (Gortner vd. 1998).

4.7. Ara İnançların Belirlenmesi

Hasta olumsuz otomatik düşüncelerini belirleyip onları sorgulayarak değiştirme becerisi edindikten sonra, bu düşüncelerin altında yatan ve daha derinlerde olan ara inançlar üzerinde odaklanılmaktadır. Ara inançların belirlenip değiştirilmesi daha önce de değinildiği gibi (Gortner vd. 1998), iyileşmenin kalıcı olabilmesi ve hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması açısından önemlidir. Ara inançlar, gerçekçi ve mantıklı olmayan, uçlarda, katı, genellenmiş ve kişinin performansını etkileyen inançlardır ve olumsuz otomatik düşüncelere göre daha derindedir (Persons 1989; Schuyler 1990). Ara inançların belirlenmesi ve değiştirilmesinde önlemeye yönelik teknik grubundan yararlanılmaktadır. Bu teknik grubu, daha çok bilişsel teknikleri içermekte ve süreç, olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi sürecine benzemektedir (Fennel 1989). Ara inançların belirlenmesi çeşitli şekillerde olabilmektedir. Aşağıda bu teknikler verilmiştir:

- a) **Tüm Tedavi Süresince Oluşan Ortak Düşünceler ve Temaların Kullanılması:** Bu teknikte gerek görüşme süresince gözlenen, gerek tutulan kayıtların incelenmesiyle olumsuz otomatik düşünceler incelenmekte ve bu düşünceler arasındaki benzerlikler belirlenerek ara inançlar ortaya çıkarılabilmektedir (Beck 1995).
- b) **Bilişsel Çarpıtmalar ve Ara İnançlar Arasında Bağlantılar Kurma:** Ara inançlarda da olumsuz otomatik düşüncedeki bilişsel çarpıtmalara benzer hatalar bulunmaktadır. Bu iki düşünce tarzı arasındaki benzerlikler belirlenerek ara inançlara ulaşılabilmektedir (Savaşır ve Yıldız 1996).
- c) **Geçmiş Yaşantıların İncelenmesi:** Kişinin bugün geliştirdiği inançlar geçmiş yaşantılarıyla ilgili olabilmektedir. Örneğin; küçük yaşta annesini kaybeden bir hasta, bunun sorumluluğunu kendi üstüne alabilmekte ve şu anda yaşadığı küçük bir reddedilme karşısında ağır bir suçluluk duygusu yaşayabilmektedir. Bunun sonucunda, insanların istediklerini yapamazsa reddedileceğine ilişkin bir inanç geliştirebilmektedir. Geçmiş yaşantıların araştırılarak ara inançları belirlemede uygun bir soru "İlk olarak bu duyguyu ne zaman yaşadınız?" olabilir (Savaşır ve Yıldız 1996).
- d) **Uçlardaki Duyguların Araştırılması:** Aşırı uçlardaki duygular araştırılarak bunun altında yatan düşüncelere ulaşılabilmektedir. Örneğin; herkesin kendisini sevmesi gerektiğine inanan biri küçük bir reddedilme karşısında depresyona girebilmektedir. Bu tür duygular araştırılarak ara inançlar saptanabilmektedir (Savaşır ve Yıldız 1996).
- e) **Aşağıya Doğru Ok Tekniği:** Terapist, bu teknikte, olumsuz duygu ya da düşünceyi değiştirmek yerine, bu düşüncelerin altında yatan ara inançlara ulaşmaya çalış-

- maktadır. Bunu yapmak için, "Farzedelim ki bu doğru, bunun senin için anlamı ne?" gibi sorulardan yararlanmaktadır (Marie vd. 1990; Beck 1985).
- f) **Cümle Tamamlatma Tekniği:** Burada terapist varsayım cümlesinin ilk kısmını vererek, hastadan bunu tamamlamasını istemektedir. Örneğin; "Eğer ödevimi zamanında yetiştiremezsem..." diye verilen bir cümleyi hasta, "...bu başarısız olduğum anlamına gelir." şeklinde tamamlayabilmektedir. Hastanın tamamladığı cümleden arancına ulaşmak mümkündür (Beck 1995).
- g) **Kuralın Doğrudan Sorulması:** Bu teknikte terapist hastaya "Acaba bu konuda kendine koymuş olduğun bir kural olabilir mi?" gibi bir soru sorarak aranca doğru dan ulaşmayı amaçlamaktadır (Beck 1995).
- h) **Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeğinin Kullanılması:** Değerlendirme bölümünde anlatıldığı üzere FOTÖ, kişinin ara inançlarını belirlemeye yöneliktir. Bu ölçeğin kullanılması ara inançların saptanmasında yardımcı olabilmektedir (Marie vd. 1990).

4.8. Ara İnançların Değiştirilmesi

Ara inançların değiştirilmesinde kullanılan teknikler, olumsuz otomatik düşüncenin değiştirilmesinde kullanılan tekniklerle benzerlikler göstermektedir.

- a) **Sokratik Sorgulama:** Burada aşağıya doğru ok tekniği kullanılarak elde edilen veriler özetlenmektedir. Hastanın inançları sorgulanmakta ve hasta bu inançlarının farkına vararak değiştirmeye yönlendirilmektedir (Beck 1995; Marie vd. 1990).
- b) **Bilişsel Cetvel:** Bu teknikte hastanın, düşüncesine inanma derecesi saptanmaya çalışılmaktadır. Hastanın düşüncesine inanma derecesini bir çizgi üzerinde göstermesi istenmektedir. Daha sonra bu inanç üzerinde örneklerle tartışılarak değiştirilmeye çalışılmaktadır (Beck 1995).
- c) **Bir Başkasının Referans Olarak Kullanılması:** Burada hastaya "Bir başkası senin gibi düşünseydi ona ne derdin?" gibi bir soru sorularak, hastanın kendi inancını fark etmesi ve bunu değiştirmesi sağlanmaktadır (Beck 1995).
- d) **Denemeler:** Olumsuz otomatik düşüncelerde olduğu gibi kişinin kendi inancına ters davranarak bunların sonuçlarını görmesi ve bu inançlarını değiştirmesi amaçlanmaktadır (Beck 1995).
- e) **Terapistin Kendini Açması:** Bu, en son başvurulacak tekniklerdendir. Terapistin, hastaya yol göstermek amacıyla kendini açmasını içerir. Böylece hasta bir başkasının da benzer olaylar yaşayabileceğini fark ederek kendi olumsuz inançlarını değiştirebilmektedir (Beck 1995).

4.9. Tedavinin Sonlandırılması

Hastaya olumsuz otomatik düşüncelerini ve ara inançlarını belirleyip, değiştirmesi öğretildikten sonra tedavi sonlandırılabilir. Tedavi sonlandırılırken, hastalara, depresyonun

bazen yinelenebileceği, bunun çok doğal olduğu ve bu tür durumların şu ana kadar öğrendiği teknikleri uygulayabilmesi için iyi birer fırsat olduğunu anlatmak yararlı olabilir (Tuğrul ve Sayılğan 1997). Terapi genellikle bu aşamada sonlandırılmaktadır; ancak temel inançlara inilmesi amaçlandığında uzun dönemli bilişsel terapi gerekmektedir (Beck 1995).

4.10. Tartışma

Bu bölümde, daha anlaşılır olması bakımından, tedavi süreci belli aşamalara ayrılmıştır. Ancak klinik uygulamada bu aşamaların birbirinden net olarak ayrılamayacağı unutulmamalıdır. Örneğin, daha ilk müdahaleler yapılırken, hastanın bazı olumsuz otomatik düşünceleri yakalanabilir ya da olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi aşamasında bazı alternatif düşüncelere ulaşılabilir. Uygulamada bu konunun göz önünde bulundurulması yararlı olabilir.

5. ETKİLİLİK: BİLİŞSEL TERAPİ DEPRESYONDA NE KADAR ETKİLİ?

Literatürde bilişsel terapinin etkililiğini inceleyen oldukça çok sayıda araştırma bulunmaktadır ve bu çalışmaların hemen hepsi, bilişsel terapinin depresyon tedavisinde etkili olduğunu öne sürmektedir (örneğin: Bacs ve Dobson 1998; Bowers 1990; Brown vd. 1997; Dobson 1989; Evans vd. 1991; Margison ve Shapiro 1996; Pava vd. 1994; Wright 1992).

Depresyonda bilişsel terapinin etkililiğiyle ilgili olarak yapılan çalışmalar iki boyutta ele alınabilir. İlk grup, bilişsel terapiyle diğer psikoterapi yaklaşımlarını; ikinci grup ise bilişsel terapiyle ilaç tedavisini karşılaştırmaktadır. Bu bölümde depresyonda bilişsel terapinin etkililiği bu iki boyutta ele alınacaktır.

5.1. Bilişsel Terapilerle Diğer Psikoterapilerin Karşılaştırılması

Son yıllardaki araştırma bulguları tek-uçlu (unipolar) depresyonun tedavisinde bilişsel terapileri en etkili yöntem olarak değerlendirmiştir (Bacs ve Dobson 1998). İki araştırma, bilişsel terapi ile psikodinamik kişiler arası terapileri karşılaştırmaktadır. Shapiro ve arkadaşları 1994 yılında ağırlık dereceleri farklılık gösteren, depresyon belirtileri olan bir grup hastada bilişsel-davranışçı terapi ve psikodinamik-kişilerarası terapiyi karşılaştırmışlardır. Her iki psikoterapi yaklaşımının da terapinin bitiminde ve üç aylık bir zamandan sonra eşit derecede etkili olduğunu göstermişlerdir (Bacs ve Dobson 1998).

Gallagher-Thompson ve Steffen ise 1994'te bu iki terapi türünü, aile bakım hizmeti veren kişileri örneklem grubu olarak kullandıkları bir çalışmada karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda bu iki terapi türü arasında etkililik açısından bir fark bulunamazken, aile bakım hizmetini daha uzun zamandır veren kişilerin bilişsel-davranışçı terapidenden daha çok yararlandıkları görülmüştür (Bacs ve Dobson 1998).

Bazı araştırmalarda ise davranışsal evlilik terapisiyle bilişsel terapiler karşılaştırılmıştır. O'Leary ve Beach (1990) çalışmalarında, evlilik sorunlarıyla birlikte depresyonu olan çiftlerin terapisinde bu iki terapi türünü karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada depresyonun giderilmesi açısından, bu iki terapi türü arasında bir fark gözlenmemiştir. Ancak evlilik sorunlarının tedavisinde davranışsal-evlilik terapisi daha etkili bulunmuştur. O'Leary ve Rathus (1993), aynı teknikleri bu kez yalnızca evlilik sorunu ve yalnızca depresyonu olan 11 kadın üzerinde denemiş ve benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Yine benzer bir çalışmada, Jacobson ve diğerleri (1991) tarafından, evlilik sorunuyla birlikte depresyonu olan kadınlarla, evlilik sorunu olmayan ancak depresyonu olan kadınlar karşılaştırılmıştır. Bu kez davranışçı evlilik terapisi, bilişsel terapi ve bu ikisinin bir kombinasyonu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda depresif davranışların azalması açısından bir fark bulunamamıştır. Ancak bu çalışma sonuç ölçümlerinin önemini vurgulamaktadır. Sonuç ölçümü olarak BDI kullanıldığında evliliklerinde sorun olmayan depresif kadınların, bilişsel-davranışçı terapiden daha fazla yararlandıkları gözlenmiştir.

Scott (1996) tarafından yapılan bir çalışmada, tek-uçlu depresyonu olan hastalar üzerinde bilişsel terapi, davranışçı terapi ve kişilerarası terapi karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak bu üç terapi arasında bir farklılık çıkmazken, ilaç tedavisiyle karşılaştırıldıklarında bilişsel terapisinin daha etkili olduğu saptanmıştır.

Dobson (1989) da 28 araştırmanın yer aldığı meta-analitik bir çalışmada bilişsel terapi, psikodinamik terapi ve yönlendirici olmayan terapileri karşılaştırmıştır. Araştırmanın sonucunda bilişsel terapisinin diğer üç tedavi türüne göre anlamlı düzeyde etkili olduğu bulunmuştur.

Son olarak, Brown ve diğerleri (1997), sonuç ölçümü olarak Duygudurum Profilleri Ölçeği (Profiles of Mood Scale-POMS) kullandıkları kontrollü bir çalışmada, depresyonu olan alkoliklerde bilişsel terapi ve gevşeme eğitimiyle birlikte standart alkol tedavisini karşılaştırmışlardır. Sonuçta, alkolizm sorununun giderilmesinde gevşeme eğitimiyle birlikte uygulanan standart alkol tedavisinin; ancak somatik belirtiler ve depresif belirtilerin giderilmesinde bilişsel terapisinin daha etkili olduğu bulunmuştur.

5.2. Bilişsel Terapilerle İlaç Tedavilerinin Karşılaştırılması

Bilişsel terapilerin diğer psikoterapilerle karşılaştırıldığı araştırmalarda olduğu gibi, ilaç tedavileriyle karşılaştırıldığı araştırmalarda da genel olarak bilişsel terapi lehine bir sonuç çıkmaktadır.

Bowers (1990), toplam 30 kişiden oluşan bir depresif yatan hasta örnekleminde, ilaç tedavisi, gevşemeyle birlikte ilaç tedavisi ve bilişsel terapiyle birlikte ilaç tedavisini karşılaştırmıştır. Araştırma sonucunda depresyon belirtilerinin azaltılması açısından, ilaç tedavisiyle birlikte uygulanan bilişsel terapisinin en etkili yöntem olduğu saptanmıştır.

Hollon ve arkadaşları (1992) ise, 107 depresif hastayı örneklem olarak kullanmış ve bilişsel terapi, trisiklik (tricyclic) anti-depresan tedavisi ile bu ikisinin bir kombinasyonunu karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak, tek başına bilişsel terapisinin uygulanmasıyla, trisik-

lik antidepresanlarla birlikte kullanılmasının etkililik açısından bir farka neden olmadığı belirlenmiştir. Aynı sonuç Scott (1996) tarafından yapılan bir çalışmada da bulunmuştur. Ancak Scott ek olarak, bilişsel terapilerin ilaç tedavisiyle uygulanmasının, depresyonun yinleme olasılığını büyük oranda düşürdüğünü ileri sürmüştür.

Pava ve arkadaşları (1994) da bilişsel terapi ile ilaç tedavisinin beraber kullanılmasının, hem geri dönüşlerin önlenmesi hem de depresif bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması açısından birlikte kullanılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Benzer olarak Gortner ve arkadaşları (1998) da bilişsel terapiyle ilaç tedavisinin beraber kullanılması gerektiği görüşüne katıldıklarını ileri sürmektedirler. Bu araştırmacılar ayrıca, bilişsel terapiyi kendi bileşenleriyle (davranış aktivasyonu ve otomatik düşüncelerin değiştirilmesiyle birlikte davranış aktivasyonu) karşılaştırmışlar ve bilişsel terapinin tamamının uygulanmasının tek tek bileşenlerinin uygulanmasına göre geri dönüşleri önlemede daha etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Yukarıdaki çalışmalardan çıkarılabilecek bir sonuç, bilişsel terapilerin depresyonun tedavisinde gerek diğer psikoterapilerden gerek ilaç tedavilerinden gerek de tek tek kendi bileşenlerinden ya daha etkili olduğu ya da onlarla en az eşit düzeyde etkili olduğudur. Ancak literatürde bilişsel terapilerin ilaç tedavileriyle birlikte kullanılması yönünde bir eğilim vardır. Bunun nedeni de, Pava ve arkadaşlarının (1994) da belirttiği gibi, bu iki terapi türünün birlikte kullanılmasının geri dönüşleri önlemedeki etkililiğidir.

5.3. Bilişsel Terapinin Depresyondaki Etkililiği ile İlgili Bazı Tartışılmalı Konular

Her ne kadar araştırmalar bilişsel terapinin depresyondaki etkililiğini kanıtlamış gibi görünüyorsa da bu konuda bazı tartışmalarda devam etmektedir.

İlk olarak, araştırmacıların bilişsel terapinin ağır depresyonda da etkili olup olmadığı konusunda tam bir fikir birliğine varamadıkları gözlenmektedir. Bazı araştırmalar bilişsel terapinin ciddi depresyonlarda da etkili olduğunu gösterirken, bazıları bunun geçerli olmadığını göstermektedir (Bacs ve Dobson 1998).

Bir başka tartışma konusu depresyonun bilişsel terapisinde nelerin değişime neden olduğudur. Hastayla terapist arasında kurulan işbirliği, terapistin yetersizliği, terapötik yapıya bağlı kalıp kalmama ve hastanın terapiye katılımı gibi faktörler, bilişsel terapinin içeriğinden bağımsız olarak değişime neden olabilmektedir. Dolayısıyla bilişsel terapinin etkililiği kuşkulu kalmaktadır (Bacs ve Dobson 1998). Ancak, sözü geçen faktörler tüm terapilerde ortak unsurlardır. Dolayısıyla yalnızca bilişsel terapi değil, her hangi bir terapi yaklaşımının etkililiği de bu faktörler nedeniyle kuşkulu kalabilir.

Bacs ve Dobson (1998), literatürde, bilişsel terapinin depresyonda etkililiğinin sanki azalmış gibi bir eğilim gösterdiğini bildirmektedirler. Bu konudaki ilk araştırmalarda, bilişsel terapinin daha etkili bir yöntem olduğunun daha çok vurgulandığı gözlenmiştir. Yazarlar bu durumun beş olası nedeninden bahsetmektedir:

- Diğer terapilerin de etkililiği kanıtlanmaya başlandığından, bilişsel terapi lehine olan sonucun nötrleşmeye doğru gidiyor olması;
- Terapilerin giderek bütünleşmesi ve salt bilişsel ya da salt dinamik model gibi kavramların artık bu terapi türlerini karşılayamamaları;
- Son zamanlarda bilişsel terapinin yaygınlaşması sonucunda birçok kişinin bilişsel terapi yaptığını iddia etmesi;
- Mevcut literatürün bilişsel terapi aleyhine bir yanlılık içerme olasılığı;
- Bu yargının gerçekten de doğru olma olasılığı.

Brewin (1993) ise, tedavide kullanılan tekniklerin çok karmaşık olduğunu ileri sürmekte ve daha basit tekniklerle aynı başarının elde edilebileceğini iddia etmektedir. Brewin'e göre depresyonun tedavisinde, otomatik düşüncelerin ve bilişsel çarpıtmaların değiştirilmesi gibi karmaşık bir teknikler dizisi kullanmak yerine; semptomların kontrol edilmesine yönelik basit bir eğitim süreci ile de aynı başarı sağlanabilmektedir. Burada, unutulmaması gereken bir konu, bilişsel terapinin de bir eğitim süreci olduğudur.

Bir başka eleştiri DeRubies ve Feeley (1990) ve Whisman (1993) tarafından yapılmıştır. Yazarlara göre depresyonun bilişsel tedavisinde hasta lehine bir değişim olduğu kesindir; ancak bu değişimin, bilişsel terapinin kendi yapısından mı yoksa terapistlere özgü bazı özelliklerden mi kaynaklandığı açık değildir.

Yazara göre, depresyonun bilişsel tedavide kullanılan teknikler Brewin'in (1993) iddia ettiği kadar karmaşık değildir ve olaya problem çözmeye yönelik bir eğitim süreci gözüyle bakmak bu tekniklerin anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Belki de burada "teknik" sözcüğünün çok teknik bir terim olmasından dolayı bu süreç karmaşık görünmektedir.

Sonuç olarak, hemen hemen bütün araştırmalar, depresyonun tedavisinde bilişsel terapinin hem ilaç tedavilerine hem de diğer psikoterapi yaklaşımlarına oranla ya daha etkili ya da en az onlar kadar etkili olduğunu göstermektedirler. Kanımca, bilişsel terapinin üç önemli özelliği onu tercih edilir kılmaktadır: Birincisi, bilişsel terapinin depresyonun geri dönüşünü önlemede diğer tedavi yöntemlerinden daha etkili olduğunun kanıtlanması; ikincisi, bilişsel terapide başarının daha kısa zamanda sağlanabilmesi; üçüncüsü ise bilişsel terapinin ilaçsız bir seçenek olmasıdır.

6. SONUÇ

Depresyonun psikiyatrik bozukluklar içinde en sık rastlananlardan biri olması; hastaların bireysel ve toplumsal mutluluklarını engelleyerek yaşam kalitelerini düşürmesi; çağımızda, kültürden bağımsız olarak, genel bir toplum sorunu haline gelmesi bu bozukluğun daha iyi anlaşılması ve tedavi edilmesi için yapılan çalışmaları, arttırmakta ve hızlandırmaktadır.

Depresyonda bilişsel terapi bu çabaların bir sonucu olarak gelişmiş ve gerek klinik uygulamadaki gerek de araştırmalardaki yerini sağlamlaştırmıştır.

Ancak, buraya kadar anlatılanlardan da anlaşılacağı üzere, depresyonun bilişsel terapisinde hala bazı eksikliklerin olduğunu görmek mümkündür. Öncelikle kuramsal boyutta, fonksiyonel olmayan tutumların çocukluk yaşantılarından nasıl etkilendiği konusu tam olarak açıklanamamıştır. Bu boyut üzerinde biraz daha durulması bilişsel terapinin güvenilirliği açısından yararlı olabilir.

Depresyonun bilişsel değerlendirmesinde kullanılan ölçme araçları incelendiğinde, bazı ölçüklerin ülkemiz için uyarlanmadığı fark edilmektedir. Bu tür ölçme araçlarının uyarlanması alandaki büyük bir gereksinimi giderebilir.

Backs ve Dobson'un da (1998) belirttiği gibi depresyonun tedavisinde bilişsel terapi yaklaşımı çok günceldir. Dolayısıyla bu alanda çalışmak isteyen birçok psikoterapist adayı olacaktır. Özellikle bilişsel terapist adaylarının çok iyi eğitilmesi ve bu konuda hassas davranılması yaşamsal bir önem taşımaktadır.

Bu yazıda, depresyonda bilişsel terapi yaklaşımı incelenirken, daha anlaşılır olması açısından konu, çeşitli aşamalarda (formülasyon, değerlendirme, tedavi, etkililik) ele alınmıştır. Ancak uygulamada konunun bu kadar kesin çizgilerle ayrılması mümkün değildir. Bu konuya özellikle dikkat edilmesi ve olayın etkileşimlerden oluşan bir süreç olarak algılanması önemlidir.

Son olarak, Freeman ve Dattilio'nun da (1992) ileri sürdükleri gibi, gerek depresyonda gerek diğer birçok psikolojik bozukluğun tedavisinde bilişsel terapi, şimdi olduğu kadar 2000'li yıllarda da güncelliğini koruyacak gibi görünmektedir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., ve Hogan, M. E. (1997).** Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research* 21(3), 247-265.
- Alloy, L. B. (1997).** Carving depression at its joints: Cognitive personality subtypes of depression. *Cognitive Therapy and Research* 21(3), 243-245.
- Alloy, L. B. ve Clements, C. M. (1998).** Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research* 22(4), 303-335.
- Ambrose, B. ve Rholes, W. S. (1993).** Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: An examination of the content specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research* 17(3), 289-309.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994).** *Mental bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı-DSM-4*, E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amsel, R. ve Fichten, C. S. (1998).** Recommendations for self-statement inventories: Use of valence, end points, frequency and relative frequency. *Cognitive Therapy and Research* 22(3), 255-277.

- Backs, B. J. ve Dobson, K. S. (1998).** Cognitive therapy for depression: Conceptual and empirical issues. *Türk Psikoloji Dergisi* 13(41), 47-77.
- Bech, P. (1996).** *The Bech, Hamilton and Zung Scales for mood disorders: Screening and Listening*. Hillerod: Springer.
- Beck, J. S. (1995).** *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York-London: The Guilford Press.
- Blackburn, I. M. (1996).** *Depresyon ve başaçıkma yolları* (Çev. N. H. Şahin ve R. N. Rugancı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bowers, W. A. (1990).** Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry* 156, 73-78.
- Brewin, C. R. (1996).** Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology* 47, 33-57.
- Brown, R. A., Evans, D. M., Miller, I. W., Burgess, E. S., ve Mueller, T. I. (1997).** Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(5), 715-726.
- Byrne, B. M., Baron, P. ve Balev, J. (1998).** Beck Depression Inventory: A cross-validated test of second-order factorial structure for Bulgarian adolescents. *Educational and Psychological Measurement* 58(2), 241-251.
- Clark, A. D. (1997).** Twenty years of cognitive assessment: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(6), 996-1000.
- Dattilio, F. M. ve Freeman, A. (1992).** Introduction to cognitive therapy. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 3-13). New York: Plenum Press.
- DeRubies, R. J. ve Feeley, M. (1990).** Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 14(5), 469-482.
- Dobson, K. S. (1989).** A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3), 414-419.
- Dobson, K. S. ve Jackman-Cram, S. (1996).** Common change processes in cognitive-behavioral therapies for depression. In K. S. Dobson & K. D. Craig (eds.), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (pp. 63-83). London: Sage Publications.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubies, R. J., Piasecki, J. M., Grove, M. W., Garvey, M. J. ve Tuason, V. B. (1992).** Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry* 49, 802-808.
- Fennell, M. (1989).** Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 169-235). New York: Oxford University Press.

- Freeman, A. (1992).** Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 13-27). New York: Plenum Press.
- Freeman, A. ve Dattilio, F. M. (1992).** Cognitive therapy in the year 2000. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 375-381). New York: Plenum Press.
- Frisch, M. B. (1992).** Use of Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-53). New York: Plenum Press.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I. ve Kemp-Wheeler, S. M. (1995).** Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(6), 966-980.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. ve Jacobson, N. S. (1998).** Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(2), 377-384.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. ve Clark, D. M. (Eds.).(1989).** *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. New York: Oxford University Press.
- Hollon, S. D., DeRubies, R. J., Evans, M. D., Weimer, M. J., Garvey, M. J., Grove, M. W. ve Tuason, V. B. (1992).** *Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression*. *Archives of General Psychiatry* 49, 774-781.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C. ve Davis, D. D. (1993).** Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(2), 270-275.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C. ve Loosen, P. T. (1991).** Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1), 88-99.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B. ve Salusky, S. (1991).** Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(4), 547-557.
- Jolly, J. B. ve Wiesner, D. C. (1996).** Psychometric properties of the Automatic Thoughts Questionnaire-Positive with inpatient adolescent. *Cognitive Therapy and Research* 20(5), 481-498.
- Kapçı, E. G. (1998).** Test of the hopelessness theory of depression: Drawing negative interference from negative life events. *Psychological Reports* 82, 355-363.
- Kennedy, S. H., Parikh, S. V. ve Shapiro, C. M. (1998).** *Defeating depression*. Ontario: Joli Joco Publications Inc.

- Kirk, J. (1989).** Cognitive-behavioural assessment. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 13-52). New York: Oxford University Press.
- Margison, F. ve Shapiro, D. A. (1996).** Psychological treatments for depression. *British Journal of Psychiatry (Editorial)* 168, 127-129.
- Marie, L., Burn, B. ve Davidson, K. (1990).** *Cognitive therapy of depression and anxiety*. London: Blackwell Scientific Publications.
- McDermut, J. F., Haaga, D. A. F. ve Bilek, L. A. (1997).** Cognitive bias and irrational beliefs in major depression and dysphoria. *Cognitive Therapy and Research* 21(4), 459-476.
- Memon, A., Wark, L., Bull, R. ve Koehnken, G. (1997)** Isolating the effects of the cognitive interview techniques. *British Journal of Psychology* 88, 179-197.
- Moore, R. G. (1997).** Improving the treatment of depression in primary care: Problems and prospects. *British Journal of General Practice* 47, 587-590.
- O'Leary, K. D. ve Beach, R. S. H. (1990).** Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry* 47, 183-186.
- O'Leary, K. D. ve Rathus, J. H. (1993).** Clients' perceptions of therapeutic helpfulness in cognitive and marital therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 17(3), 225-233.
- Overholser, J. C. (1998a).** Sokratik yöntem 1: Sistemantik sorgulama. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu, ve E. Kabakçı (Ed.), (Çev. N. H. Şahin). *Bilişsel-davranışçı terapiler* (207-225). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Overholser, J. C. (1998b).** Sokratik yöntem 2: Tümevarımcı mantık. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu, ve E. Kabakçı (Ed.), (Çev. N. H. Şahin). *Bilişsel-davranışçı terapiler* (225-251). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Öner, N. (1997).** *Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Pava, J. A., Fava, M. ve Levenson, J. A. (1994).** Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: A novel approach. *Psychotherapy and Psychosomatics* 61, 211-219.
- Persons, J. B. (1989).** *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York-London: W. W. Norton & Company.
- Savaşır, I. (1996).** Bilişsel-davranışçı görüşme ve değerlendirme süreçleri. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu, ve E. Kabakçı (Ed.), *Bilişsel-davranışçı terapiler* (1-17). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. (Ed.). (1997).** *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

- Savaşır, I. ve Yıldız, S. (1996).** Depresyonun bilişsel-davranışçı tedavisi. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu, ve E. Kabakçı (Ed.), *Bilişsel-davranışçı terapiler* (17-51). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sayılgan, M. A. (1999).** *Kişisel iletişim*. Ankara.
- Schotte, C. K. W., Maes, M., Cluydts, R., Dedoncker, D. ve Cosyns, P. (1997).** Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorders* 46(2), 115-125.
- Schuyler, D. (1990).** *A practical guide to cognitive therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Scott, J. (1996).** Cognitive therapy of affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders* 37, 1-11.
- Sharpe, J. P. ve Gilbert, D. G. (1998).** Effects of repeated administration of the Beck Depression Inventory and other measures of negative mood states. *Personality and Individual Differences* 24(4), 457-463.
- Smith, N. M., Floyd, M. R. ve Jamison, C. S. (1997).** Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(2), 324-327.
- Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M. ve Thase, M. E. (1997).** Response to cognitive-behavioral therapy in depression: Effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(4), 568-575.
- Steer, A. R., Kumar, G., Ranieri, W. F. ve Beck, A. T. (1998).** Use of Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment* 20(2), 127-137.
- Sümer, N., Doğan, M., Erim, B. ve Kudiaki, Ç. (1998).** *Zung Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerliği: Bir ön çalışma*. Araştırma Teknikleri Yüksek-lisans Dersi Raporu. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı
- Tegin, B. (1980).** *Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Tuğrul, C. ve Sayılgan, M. A. (1997).** *Depresyonla başa çıkma yolları*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Wehmeyer, M. L. ve Palmer, S. B. (1998).** Factor structure and construct validity of scores on the hopelessness scale for children with students with cognitive disabilities. *Educational and Psychological Measurement* 58(4), 661-667.
- Whisman, M. A. (1993).** Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin* 114(2), 248-265.

- Whisman, M. A. ve Friedman, M. A. (1998).** Interpersonal problem behaviors with dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research* 22(2), 149-160.
- Woody, S. R., Taylor, S., McLean, P. D. ve Koch, W. J. (1998).** Cognitive specificity in panic and depression: Implications for comorbidity. *Cognitive Therapy and Research* 22(5), 427-443.
- Wright, J. H. (1992).** Combined cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 285-293). New York: Plenum Press.
- Yates, M. J. (1992).** Recurrent major depression. In A. Freeman & F. M. Dattilio (eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 117-129). New York: Plenum Press.