

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

EĞİTİM BİLİMLERİ EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI

ÇEŞİTLİ DERECELERDEKİ DEPRESYONUN
GİDERİLMESİNDE BECK'İN BİLİŞSEL TERAPİSİNİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

61373

Nurcan GÖKÇAKAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

HAZİRAN-1997
TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI

ÇEŞİTLİ DERECELERDEKİ DEPRESYONUN GİDERİLMESİNDE BECK'İN
BİLİŞSEL TERAPİSİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Nurcan GÖKÇAKAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi–Sosyal Bilimler Enstitüsü'nce
Bilim Doktoru (Rehberlik ve Psikolojik Danışma) Ünvanı Verilmesi
İçin Kabul Edilen Tez'dir

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 13.06.1997
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 01.08.1997

Tezin Danışmanı : Prof.Dr. İsmail ÖZÇELİK



Jüri Üyesi : Doç.Dr. Kurtman ERSANLI



Jüri Üyesi : Y.Doç.Dr. Yaşar ÖZBAY



Enstitü Müdürü : Prof.Dr. Alaettin TANDOĞAN



Haziran–1997

TRABZON

0. SUNUŞ

00. Önsöz

Bu araştırma, depresyon için geliştirilmiş olan Beck'in bilişsel terapisinin üniversite öğrencilerinde görülen hafif, orta ve ciddi derecedeki depresyonu gidermede bireysel ve grup psikoterapisi şeklinde uygulamasının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçları; bireysel terapi uygulamaları ile hafif ve orta derecedeki depresyonun tamamen giderildiğini, ciddi derecedeki depresyonun ise hafif dereceye indirildiğini, grup psikoterapisi uygulamalarında da benzer sonuçların ortaya çıktığını göstermiştir. Araştırmanın betimsel yöntem ile yapılan bölümünde de çeşitli bulgular elde edilmiştir.

Bu çalışmam sırasında bana olan güvenini her fırsatta belirten, beni destekleyen ve tezimi okuyarak yönlendirmeler yapan danışmanım Prof.Dr. İsmail ÖZÇELİK'e teşekkürlerimi sunarım. Bu tezin her aşamasında değerli katkılarda bulunan ve akademik gelişmemde büyük rolü olan değerli hocam ve eşim Prof.Dr. Zafer GÖKÇAKAN'a da minnet duygularımı belirtmek isterim. Ayrıca destek ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve envanterleri cevaplayan, terapilere gönüllü olarak katılan tüm öğrencilere teşekkür ederim.

Trabzon, Haziran 1997

Nurcan GÖKÇAKAN

01. İçindekiler

0. SUNUŞ.....	III
00. Önsöz.....	III
01. İçindekiler.....	IV-VI
02. Özet.....	VII
03. Summary.....	VIII
04. Tablolar Listesi.....	IX-XI
05. Şekiller Listesi.....	XII
GİRİŞ.....	1-2

BİRİNCİ BÖLÜM

1. PROBLEM DURUMU.....	3-10
10. Amaç.....	7
11. Problem Cümlesi.....	7
12. Alt Problemler.....	7
13. Hipotez.....	7
14. Alt Hipotezler.....	8
15. Varsayımlar.....	8
16. Sınırlılıklar.....	8
17. Önem.....	9
18. Tanımlar.....	10

İKİNCİ BÖLÜM

2. İLGİLİ YAYINLAR.....	11-41
20. Kuramsal Yayınlar.....	11
200. Depresyon.....	11
201. Depresyonun Belirtileri.....	15
202. Depresyona Yönelik Psikoterapiler.....	20
203. Depresyonda Bilişsel Terapi.....	24
204. Kişilik Teorisi.....	24
205. Bilişsel Çarpıtmalar (Cognitive Distortions).....	27
206. Bilişsel Şemalar (Cognitive Schemata).....	28
207. Terapötik Uygulama.....	29
21. Araştırma Yayınları.....	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM.....	42-59
31. Araştırmanın Yöntemi.....	42
32. Evren ve Örneklem	43
33. Araştırmanın İşlem Yolu.....	45
330.Terapi Uygulamaları.....	46
34. Veri Toplama Araçları.....	46
340. Bilgi Formu.....	46
341. Beck Depresyon Envanteri.....	47
3410. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği ve Güvenirliği.....	48
3411. Beck Depresyon Envanterinin Puanlaması ve Yorumlanması	50
342. Zung Depresyon Ölçeği (Self-rating Depression Scale).....	52
3420. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği.....	55
3421. Zung Depresyon Ölçeğinin Puanlanması ve Yorumlanması.....	56
35. Veri Analiz Teknikleri.....	58
36. Araştırmanın Takvimi ve Maliyet.....	59

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR VE YORUMLAR	60-92
40. Depresyonun Öğrencilerde Görülme Oranı İle İlgili Bulgular ve Yorumlar	60
41. Depresyonun Çeşitli Derecelere Göre Öğrencilerde Görülme Oranı İle İlgili Bulgular ve Yorumlar.....	62
42. Depresyonun Kız mı, Yoksa Erkek Öğrencilerde mi Daha Çok Görüldüğüne İlişkin Bulgular ve Yorumlar	64
43. Depresyonun Hangi Sınıf Öğrencilerinde Daha Çok Görüldüğüne İlişkin Bulgular ve Yorumlar	68
44. Depresyonun Hangi Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Öğrencilerde Daha Çok Görüldüğü İle İlgili Bulgular ve Yorumlar	70
45. Depresyon Açısından Kentten ve Kırsal Kesimden Gelen Öğrenciler Arasındaki Fark İle İlgili Bulgular ve Yorumlar.....	72
46. Beck'in Bilişsel Terapisinin Bireysel Uygulamasının Her Derece Depresyonu Gidermedeki Etkisi İle İlgili Bulgular ve Yorumlar	73
47. Beck'in Bilişsel Terapisinin Grup Uygulamasının Her Derece Depresyonu Gidermedeki Etkisi İle İlgili Bulgular ve Yorumlar	77

5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93-94
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	95-99
EKLER.....	100-105
EK: 1.....	101
EK: 2.....	102
EK: 3.....	105
ÖZGEÇMİŞ.....	106



02. Özet

Bu araştırmanın temel amacı, Beck'in bilişsel terapisinin bireysel ve grup uygulamalarının üniversite öğrencilerinde görülen hafif, orta ve ciddi derecedeki depresyonların tedavisindeki etkililiğinin incelenmesidir. Araştırmada, önce betimsel yöntem, sonra deneysel yöntem kullanılmıştır.

Betimsel yöntemin kullanıldığı ilk aşamada K.T.Ü. Fatih Eğitim Fakültesindeki öğrencilerden tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemine göre seçilmiş 606 öğrenciye Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Her derecede depresyonlu öğrenciler belirlenmiş ve çeşitli değişkenlere göre depresyon oranları incelenmiştir.

Deneysel yöntemin kullanıldığı ikinci aşamada gönüllü öğrencilerden tesadüfi olarak her depresyon derecesinde bir kız ve bir erkek öğrenci bireysel terapi için seçilmişlerdir. Gönüllü öğrencilerden her bir depresyon derecesi için yine tesadüfi olarak seçilerek her biri dört kız ve dört erkek öğrenciden oluşan birer deney ve birer kontrol grubu oluşturulmuştur. deneyden önce tüm öğrencilere Zung Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Beck'in Bilişsel terapisti, bireysel ve grup terapisti şeklinde haftada iki kez olmak üzere beş hafta uygulanmış, kontrol gruplarına herhangi bir psikolojik yardım verilmemiştir.

Terapilerin bitiminde tüm öğrencilere Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Araştırmanın bulguları, öğrencilerin %34'ünde depresyon bulunmadığını, %31'inde hafif derecede, %24'ünde orta derecede ve %11'inde ciddi derecede depresyon bulunduğunu göstermiştir. kızlar ile erkekler arasında ve sınıf düzeyleri arasında depresyonun görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon alt sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde ve kırsal kesimden gelen öğrencilerde daha çok görülmüştür.

Beck'in bilişsel terapisinin hem bireysel, hem de grup terapisti şeklinde uygulanması depresyonu gidermede etkili olmuş. Yapılan istatistiksel analizlerde de anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmuştur. Hafif ve orta dereceli depresyon tamamen giderilmiş, ciddi derece depresyon ise hafif dereceye indirilmiştir.

03. Summary

The main aim of this study is to investigate the effectiveness of Beck's cognitive therapy performed both individually and group on mild, moderate and severe depressions experienced by university students. In this study, at first stage descriptive and secondly experimental research methods were used.

At the first stage used descriptive research method, Beck Depression Inventory was administered to 606 students selected by means of stratified random sampling method among 3094 students going on their education at Fatih Education Faculty of Karadeniz Technical University. Considering the scores of inventory, the proportions of each level of depressions were found, and using several statistic techniques, the incidence of depression in relation to some variables such as sex, grade level, the place coming from and socio-economic status were investigated.

At the second used experimental research method, for each level of depressions a female and a male student were selected randomly from volunteers for individual therapies, and for each level of depressions experiment and a control group including four female and four male students were selected randomly from volunteers for group therapies. Before the therapies Zung Depression Scale was administered to all the students. And then Beck's cognitive therapy was performed both individually and group in a total of 10 sessions, two times weekly. Control groups were not given any counseling. After completing therapies, Beck Depression Inventory and Zung Depression Scale were administered to all the students again.

Results showed that, there were no depression at 34% of all the students, were mildly depression at 31% of, moderately depression at 24% of, and severely depression 11% of all the students. There were no significant statistical differences in regard to the variables of sex and grade level ($p > 0.05$). Depression was observed more in the students have low socio-economic status and come from province.

It is found that, mildly and moderately depression were treated completely, and severely depression was reduced to mild level by Beck's cognitive therapy performed both individually and group ($p < 0.005$ for Zung's scores, and $p < 0.001$ for Beck's scores).

04. Tablolar Listesi

<u>Tablo Nr.</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Evrendeki Öğrencilerin Program, Sınıf ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	43
2	Örnekleme Grubundaki Öğrencilerin Program, Sınıf ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Dağılımları	44
3	Beck Depresyon Envanterinin Yurtdışında Yapılmış Olan Geçerlik Çalışmaları İle İlgili Bilgiler.....	48
4	Beck Depresyon Envanterinin Yurtdışında Yapılmış Olan Güvenirlik Çalışmaları İle İlgili Bilgiler.....	49
5	Çeşitli Araştırmalarda Beck Depresyon Envanteri İçin Önerilen Kesme Noktaları	51
6	Depresif Bozukluklar İçin Teşhis Kriterleri ve Bunların SDS Maddeleri ve İlişkisi.....	54
7	Normal ve Hasta Grubun Cinsiyete Göre Ortalamaları, Standart Kaymaları ve t Değerleri İle Önemlilik Düzeyleri.....	56
8	Zung Depresyon Ölçeğinde Herbir Maddenin Sütun Puan Değerleri	57
9	Çeşitli Depresyon Derecelerindeki Öğrenci Sayıları ve Yüzdeleri.....	63
10	Depresyonu Olan ve Olmayan Kız ve Erkek Öğrencilerin Sayıları ve Yüzdeleri.....	65
11	Cinsiyete Göre Toplam ve Depresyonlu Öğrenci Sayıları, Depresyon Görülme Yüzdeleri, t-Değeri ve Önemlilik Derecesi.....	65
12	Çeşitli Depresyon Derecelerindeki Kız ve Erkek Öğrenci Sayıları ve Yüzdeleri.....	66
13	Sınıf Derecelerine Göre Depresyonu olan ve Olmayan Öğrencilerin Sayıları, Yüzdeleri İle X^2 Değeri ve Anlamlılık Derecesi	68

14	Sosyo-Ekonomik Düzeylere Göre Depresyonu Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sayıları, Yüzdeleri ve X^2 Değeri İle Anlamlılık Derecesi.....	70
15	Kentten ve Kırsal Kesimden Gelmiş Olan Öğrencilerde Depresyonsuz ve Depresyonlu Öğrenci Sayıları, Yüzdeleri ve X^2 Değeri İle Anlamlılık Derecesi.....	72
16	Depresyon Derecelerine Göre Öğrencilerin BDE ve ZDÖ'deki Ön-Test ve Son-Test Puanları	74
17	Hafif Derece Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve sonrası BDE ve ZDÖ Puanları.....	78
18	Hafif Derece Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ö-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları.....	79
19	Hafif Derece Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değerleri İle Önemlilik Dereceleri.....	80
20	Hafif Derece Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Hataları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değerleri İle Önemlilik Dereceleri.....	80
21	Orta Derecede Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve Sonrası BDE ve ZDÖ Puanları	81
22	Orta Derecede Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ön-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları.....	82
23	Orta Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri.....	83
24	Orta Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri.....	84

25	Ciddi Derece Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve Sonrası BDE ve ZDÖ Puanları	85
26	Ciddi Derecede Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ön-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları.....	86
27	Ciddi Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri.....	87
28	Ciddi Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri.....	87



05. Şekiller Listesi

<u>Şekil Nr.</u>	<u>Şekil Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Bilişsel Terapide Bilişlerin Türleri	29



GİRİŞ

Duygusal, bilişsel, biyolojik ve davranışsal alanlarda ortaya çıkan birçok belirtiyi içeren ve bu yönü ile biyo-psiko-sosyal bir hastalık olarak nitelendirilen depresyon son zamanlarda üniversite popülesyonunda da artmıştır. Ülkeler için yarınların nitelikli insanları olacak üniversite öğrencilerinin zihinsel, bedensel, duygusal ve sosyal açılardan bir bütün olarak sağlıklı bir şekilde eğitimlerine devam edebilmeleri çok önemlidir. bu önem, onlara her alanda öğrenci kişilik hizmetlerinin kesintisiz olarak sağlanmasını gerektirir. Psikolojik sıkıntıların öğrencinin sadece duygusal dengesini bozmakla kalmadığı, buna ek olarak öğrencinin zihinsel, bedensel ve sosyal fonksiyon düzeyini de olumsuz yönde etkilediği göz önüne alındığında onlara sağlanacak psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin önemi de ortaya çıkmaktadır.

Araştırmalar, üniversite öğrencilerinde en çok ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıkların uyum bozuklukları ve depresyon olduklarını göstermektedirler. Uyum bozukluklarının bazı depresif belirtileri içerdiği ve belli bir süre devam etmesinin rahatlıkla depresyonu ortaya çıkaracağı gerçeğinden hareket edildiğinde depresyonun ciddiye alınması gereken bir rahatsızlık olduğu açıkça görülecektir. Depresyon hafif derecelerden, hastayı intihara kadar götürecek ciddi derecelere kadar görülebilen bir rahatsızlıktır. Ancak, hafif derecede dahi kişinin normal fonksiyon biçimini bozmaktadır. eğer tedavi edilmez ise orta ve ciddi derecelere kadar gelişmekte ve hastanın fonksiyonalitesini tamamen bozmaktadır.

Bu özellikleri nedeniyle depresyonun tedavisine yönelik olarak çeşitli teorik görüşlerce farklı psikoterapi biçimleri geliştirilmiştir. Bunlar içinde, depresyonun bilişlerdeki bozulmalardan, çarpıtmalardan kaynaklandığını, kişinin depresif şemalarının, olumsuz otomatik düşüncelerinin değiştirilmesi ile depresyonun giderileceğine belirten bilişsel terapiler diğerlerine kıyasla daha fazla ilgi çekmiştir. Bunların içinde özellikle depresyon ile ilgili olarak Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel terapi;kısa süreli, aktif ve yapılandırılmış ve uygulanmasının daha kolay olması, yapılan etkililik araştırmalarında antidepresan ilaçlarla yapılan tedavilere de üstünlük sağlamış olması, ortaya çıkardığı olumlu sonuçların etkisinin uzun süreli olması gibi özellikleri nedeniyle geniş bir uygulama alanı bulmuştur.

Türkiye'de de üzerinde çalışmalar yapılmış olan bu psikoterapi modelinin etkinliğinin üniversite popülasyonunda uygulamalı bir şekilde araştırılmasından elde edilecek bulguların üniversitelerin Mediko-Sosyal Merkezlerinde ya da Psikolojik Danışma Merkezlerinde verilecek veya verilmekte olan psikolojik hizmetlere sağlayacağı katkılar düşünüldüğü için böyle bir araştırma planlanmıştır.

Bu araştırmada önce betimsel yöntemle niversite poplasyonunda depresyonun görülme oranı belirlenmeye çalışılmış, sonra depresyon görülme oranı cinsiyet, sınıf düzeyi, öğrencinin geldiği yerleşim birimi, sosyo-ekonomik düzey değişkenlerine göre incelenmiştir. Daha sonra deneysel yönteme geçilmiş ve Beck'in bilişsel terapisinin etkililiği hafif, orta ve ciddi derecelerde hem bireysel terapi, hem de grup terapisini yapılarak araştırılmıştır. Bu zellikleri nedeniyle araştırma Türkiye'de kapsam açısından ilk bilimsel çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

Araştırma bulgularının, üniversitelerde öğrencilere psikolojik yardım hizmeti veren tüm yardım mesleği elemanlarına yararlı olacağına ve daha sonra yapılacak etkililik araştırmalarına katkı sağlayacağına inanılmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. PROBLEM DURUMU

Çeşitli belirtilerle ortaya çıkan depresyon, tüm davranış bozuklukları arasında en sık ve yaygın olarak görülenidir. Gerek Türkiye'de ve gerekse diğer ülkelerde depresyonun görülme sıklığı (epidemioloji) üzerine yapılmış olan araştırmalar, genel nüfusun %20-30'unda depresif belirtilerden biri ya da bir kaçının, %10-15'inde ise depresyon tanısı konabilecek ve tedavisi gerekecek belirtilerin bulunduğunu göstermektedir (KÖKNEL, 1989, s.6).

Depresyonun duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtilerle kendini gösterdiğini belirten TUĞRUL ve SAYILGAN (1994, s.4-5), bu belirtileri şu şekilde açıklamaktadırlar:

a) Depresyonun en dikkat çekici belirtisi çökkün ruh halidir. Depresyondaki kişi genellikle mutsuz, karamsar ve ümitsizdir. Kendini hüznü ve yalnız hisseder. Kendisine ve çevresine olan ilgisi azalmaya başlar. Ortada hiçbir belirgin sebep yokken ağlayabilir. Yoğun suçluluk duyguları ortaya çıkabilir. Bazen bu çökkün ruh haline gerginlik, huzursuzluk, aşırı evhamlanma ve şüphencilik gibi belirtiler eşlik edebilir. Kişi zaman zaman hırçın hatta çok öfkeli olabilir. Bazen de kendini tüm duygularını yitirmiş gibi hisseder. Ağlayamaz, öfkelenemez ve kimseye karşı yakınlık hissedemez. Sözü edilen bu duyguların şiddetinde değişiklikler ortaya çıkabilir. Bazen kişi kendini daha neşeli ve canlı hissedebilir. Ancak genel olarak olumsuz duygular daha belirgindir.

b) Depresyon zihinsel faaliyetlerde de değişikliklere yol açar. En sık görülen belirtiler dikkatini toplayamama ve unutkanlıktır. Düşüncelerde önemli değişiklikler olur. Kişi kendine, çevreye ve geleceğe olumsuz bir gözle bakmaya başlar. Herkese yük olduğunu düşünür, görev ve sorumluluklarını yerine getirmediğini düşünerek suçluluk hisseder. Olayların olumsuz yönlerini abartır, gelecekte de hiçbir şeyin düzelmeyeceğine inanır.

c) Depresyonun davranışlardaki etkisi, enerji azalmasına bağlı olarak hareketlerde yavaşlama şeklinde ortaya çıkar. Günlük işler bile altından kalkılamayacak görevler gibi görünür. Bu nedenle işler ya hiç yapılamaz, ya da yapılması için çok fazla zaman ve çaba harcanır. Kişi genellikle yalnız kalmak ister. Sosyal ilişkilerden kaçınır. Diğer ilgilerde olduğu gibi cinsel ilgi ve isteğinde de azalma olur.

d) Depresyonda bu belirtilere ek olarak bazı bedensel belirtiler de ortaya çıkabilir. Baş ağrısı veya bedenin değişik yerlerinde ağrılar, iştah azalması ve buna bağlı olarak kilo kaybı ya da aşırı yemek eğilimi ortaya çıkabilir. Mide, bağırsak sistemleriyle ilgili şikâyetler olabilir. Sık görülen belirtilerden biri de uykuya ilgili sorunlardır. Uykuya dalamama, gece boyunca uykunun sık sık bölünmesi ya da sabah çok erken saatlerde uyanma şeklinde sorunlar ortaya çıkabilir. Bazı kişilerde aşırı uyku eğilimi görülebilir, ancak kişi fazla uyumasına rağmen dinç ve dinlenmiş olarak uyanamaz. Bütün bu belirtiler, kişinin önemli bir bedensel rahatsızlığı olduğu düşüncesine kapılmasına yol açabilir. Oysa bunların nedeni depresyondur.

Sözü edilen bu belirtilerin hepsinin herkeste ortaya çıkması gerekmez, bazen depresyon kendini sadece birkaç belirtiyile gösterebilir. Ayrıca belirtiler hafif, orta ve şiddetli olabilir ve belirtilerin şiddeti kişiden kişiye değişebilir.

Çeşitli derecelerde ortaya çıkan bir hastalık olan depresyonda görülen bozukluk belirtileri Amerikan Psikiyatri Birliği'nce yayınlanan DSM-III-R'de şu şekilde belirtilmektedir (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1993, s.2; JONGHE-HUYSER, 1992, s.8).

Son iki haftalık bir dönem içinde daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte, aşağıda belirtilen semptomlardan en az beşinin olması ve bunlardan en az birinin “depresif duygu durumu” ya da “ilgi kaybı, zevk alamama” olması durumunda depresyon tanısı konulabilir. Depresyon semptomları şunlardır:

- 1-Hemen her gün, yaklaşık günboyu süren çöküntülü duygu durumu,
- 2-Hemen hergün, yaklaşık günboyu süren tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamama,
- 3-Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı, hemen hergün iştahta azalma ya da artma,
- 4-Hemen hergün uykusuzluk ya da aşırı uyku durumu,
- 5-Hemen hergün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması,,
- 6-Hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
- 7-Hemen hergün değersizlik ya da aşırı veya uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
- 8-Hemen hergün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık olması,

9-Yineleyen ölüm düşünceleri, belirli bir tasarlama yapılmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere bir tasarlamanın olması.

Psikoterapide önemli bir yere sahip olan depresyon bugüne kadar bir çok yönleriyle ele alınarak incelenmiştir. Birincil duygusal bozuklukların başlıcası olarak kabul edilen depresyon, onu açıklayıcı farklı teoriler bulunan ve üzerinde en çok araştırma yapılmış olan konulardan biridir. Üzüntü, durgunluk, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duyguları, dürtü ve güdülerde azalma, yeme ve uyku bozuklukları, cinsel davranışlarda gerileme gibi bozukluk belirtilerinin gözlemlendiği depresyonda, duygu ve duyuşların gözlenen diğer bozukluklara göre daha belirgin ve çarpıcı olmaları depresyonun psikopatolojide daha çok duygusal bir bozukluk sınıfı olarak kabul edilmesine yol açmıştır. Oysa, klinik gözlem ve verilerle depresyonda bilişsel süreçlerdeki birtakım bozuklukların da bulunduğu ortaya çıkarılmıştır. Sonuç olarak, depresyon artık sadece duyuşsal içeriği olan bir hastalık olarak değil, bilişsel yapıdaki bir bozukluğun sonucu olarak gelişen ve bilişsel süreçlerin önemli rolü olan bir hastalık olarak da değerlendirilmektedir.

Depresyonun oluşumu konusunda geliştirilmiş farklı teoriler bulunmaktadır. Bunlar psikanalitik, öğrenme ve bilişsel kuramlardır.

a) FREUD'un psikoanalitik kuramında depresyon; önceleri bir sevgi nesnesinin yitirilmesine bağlı olarak ortaya çıkan “yas reaksiyonu”na benzer belirtiler gösterdiği için bu şekilde açıklanmış, daha sonra ise melankoli vakalarında da yas reaksiyonunda olduğu gibi gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesinin yitirilmesinin önemli rolü olduğu belirtilmiştir. Ancak bunlara ek olarak çökkünlüğün oluşmasında yitirilen bu sevgi nesnesine karşı hissedilen ambivalant duyguların etkisinden söz edilmiştir. Bu sevgi nesnesine karşı hissedilen bastırılmış öfke ve nefret duygularının nesnenin yitirilmesinden sonra kişinin kendisine yönelmesi sonucunda aşağılık, suçluluk, kötülük, değersizlik duyguları ile birlikte depresyon ortaya çıkmaktadır.

b) Öğrenme kuramlarına dayalı olarak geliştirilen davranışçı yaklaşımlar depresyonun, pekiştireçlerin çekilmesi ya da kaçma davranışının engellenmesi sonucu veya öykünme (taklit) yoluyla ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Depresyonun açıklanmasında SELIGMAN tarafından geliştirilen “öğrenilmiş çaresizlik” modeli kullanılmıştır. Hayvan ve insan denekler üzerinde yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen “öğrenilmiş çaresizlik” modeli depresyonu acı veren uyarıların denetlenememesi ya da bunlardan kaçınılamamasının ortaya çıkardığı çaresizliğin zamanla öğrenilmesiyle açıklanmaktadır.

c) Bilişsel kuramlarda ise, depresyon bilişsel süreçlerdeki bozulmalarla açıklanmaktadır. Depresyona bilişsel yaklaşımı ile BECK'e göre depresyonun ortaya çıkmasının başlıca nedeni,

çarpıtılmış, hatalı bilişlerdir. Kişinin kendisi, çevresi ve geleceği hakkındaki bilişlerini içeren olumsuz ve fonksiyonel olmayan şemalar depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Depresyonun tedavisinde kullanılan çeşitli teoriler içinde yaklaşık son otuz yılda gelişen ve şu anda depresyon psikoterapisinde popüler olan Beck'in bilişsel terapisi, hem davranışsal, hem de bilişsel tekniklerle donatılmış, kısa süreli, danışana karşı olumlu danışman tutumlarına da önem veren, yapılandırılmış ve yönlendirici bir yaklaşımdır.

Bu alanda birçok teorinin geliştirilmiş olması, depresyonun psikolojik bozukluklar içinde ön sıralarda yer alması ile doğru orantılıdır. Günümüzde kentleşme ve sanayileşmenin getirdiği yeni stresler depresyonun görülme oranını daha da yükseltmektedir. Zamanımızda depresyon genç nesilde de yoğun bir şekilde kendini göstermektedir.

BUMBERRY, SHERER, SELIGMAN, STANGLER ve OLIVER'in araştırmalarında üniversite öğrencilerinde görülen en önemli psikolojik rahatsızlığın depresyon olduğu bulunmuştur. Türkiye'de yapılan araştırmalarda da depresyonun üniversite gençliğinde gittikçe arttığı ortaya çıkmıştır. AYTAR (1985) bu oranın %18'lerde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarında da 15-24 yaş grubundaki intiharların arttığı ve tüm intiharların %30-35'ini oluşturduğu açıklanmaktadır (HİSLİ, 1989, s.3).

Üniversite gençliği; ilerde ülke yönetimine katılacak, ekonomik ve sosyal gelişmeye katkıda bulunacak, bilimi ve teknolojiyi geliştirecek, bilgi birikimleri ile özel teşebbüsü güçlendirecek, eğitim fonksiyonunu yerine getirip yeni nesilleri eğitecek, bu rollerin hiçbirini üstlenmese dahi toplumun eğitilmiş, bilgili bir üyesi olarak kendi yetenek ve yeterlilik düzeyi ölçüsünde topluma kendine özgü katkılarda bulunacak kişileri içermesi nedeniyle üzerine önemle durulması gereken bir popülasyondur. Bu nedenle üniversite gençliğini her türlü fiziksel, sosyol ve psikolojik sıkıntılardan korumak ya da varsa onların sıkıntılarını çözümlmek gerekir.

YEŞİLYAPRAK (1986, s.81), üniversite öğrencilerinin psikolojik şikâyetlerini incelediği araştırmasında, psikolojik danışma servisine başvuran öğrencilerde; çok sıkılma, için daralması, karamsarlık, hiçbir şey yapmak istememe, hiçbir şeyden zevk almama, sıkıntı, mutsuzluk ve isteksizlik gibi şikâyetlerin ilk sırayı aldığını bulmuştur. Bu şikâyetlerin her birinin depresyonun belirtilerinden biri olduğu son derece açıktır.

Bu nedenlerle, üniversite gençliğinin iyi bir şekilde fonksiyon yapmasını engelleyen psikolojik sorunların başında gelen depresyonun ve onun giderilmesinde kısa süreli bir terapi modeli olan BECK'in bilişsel terapisinin etkinliğinin incelenmesi gereğinden hareketle bu araştırma planlanmıştır.

10. Amaç

Bu araştırmanın iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi öğrencilerinde depresyonun hangi oran ve derecelerde görülmekte olduğunun belirlenmesi ve depresyonun çeşitli değişkenlere göre incelenmesidir. ikincisi ise, Beck'in bilişsel terapisinin farklı derecelerde bulunan (hafif, orta ve ciddi) depresyonun giderilmesindeki etkililiğinin hem bireysel, hem de grup terapi uygulamaları ile araştırılmasıdır.

11. Problem Cümlesi

Beck'in bilişsel terapisi çeşitli derecelerdeki depresyonu gidermede etkili midir?

12. Alt Problemler

Araştırmanın belirtilen amaçları dikkate alındığında araştırmanın alt problemleri çeşitli değişkenlerde ele alınarak aşağıdaki şekilde belirtilebilir.

- 120.Öğrencilerde depresyon ne oranda görülmektedir?
- 121.Depresyonun hafif, orta ve ciddi derecelerinin görülme oranı nedir?
- 122.Depresyon kız mı, yoksa erkek öğrencilerde mi daha çok görülmektedir?
- 123.Depresyon hangi sınıf düzeyinde daha çok görülmektedir?
- 124.Depresyon hangi sosyo-ekonomik düzeydeki öğrencilerde daha çok görülmektedir?
- 125.Depresyon açısından kentten veya kırsal kesimden gelen öğrenciler arasında fark var mıdır?
- 126.Beck'in bilişsel terapisi her derecedeki depresyonlu öğrencilerin depresyonlarının bireysel terapi ile giderilmesinde etkili midir?
- 127.Beck'in bilişsel terapisi her düzeydeki depresyonlu öğrencilerin depresyonlarının grup terapi ile giderilmesinde etkili midir?

13. Hipotez

Beck'in bilişsel terapisi çeşitli derecelerdeki depresyonu gidermede etkilidir.

14. Alt Hipotezler

Alt problemlerde verilen soruların araştırma sonucunda bulunması denenecek cevapları aşağıda sırayla verilmiştir.

140. Depresyonun öğrencilerde görülme oranı hafif derece hariç %25-30 civarındadır.
141. Depresyonun çeşitli derecelere göre görülme sıklığı sırasıyla hafif derece için %25, orta derece için %20-25 ve ciddi derece için %10-5 civarındadır.
142. Depresyon kız öğrencilerde erkek öğrencilere kıyasla daha çok görülür.
143. Depresyon birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinde, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla daha çok görülür.
144. Depresyon alt sosyo-ekonomik düzeydeki öğrencilerde daha çok görülür.
145. Depresyon kent dışından gelen öğrencilerde daha çok görülür.
146. Beck'in bilişsel terapisinin bireysel terapi şeklinde uygulanması, her düzey depresyonlu öğrencinin depresyonunu gidermede etkilidir.
147. Beck'in bilişsel terapisinin grup terapisi şeklinde uygulanması, her düzey depresyonlu öğrencinin depresyonunu gidermede etkilidir.

15. Varsayımlar

Bu araştırmanın varsayımları şu şekilde düzenlenmiştir.

150. Tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemine göre seçilen örneklem, evreni yeterli düzeyde temsil etmektedir.
151. Bilgi Formu Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği uygulanan her bir öğrenci bu araçları objektif, doğru ve kendini tam olarak yansıtacak şekilde cevaplandırmışlardır.

16. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın evreni Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi öğrencileri oluşturduğundan elde edilen bulgular ancak bu evrene genellenebilir. Araştırmanın betimsel kısmında depresyonun çeşitli değişkenlere göre incelenmesi sadece cinsiyet, sınıf düzeyi, sosyo-ekonomik düzey ve oturulan yer (kentsel-kırsal) değişkenleri ile sınırlandırılmıştır. Gerek bireysel düzeyde gerekse grup terapisi düzeyinde bilişsel terapi uygulamaları da 10 oturum ile sınırlandırılmıştır.

17. Önem

Üniversite gençliğini tehdit eden psikolojik bozuklukların başında depresyonun gelmesi ve ileri derecelerde intihar riskini de içermesi, üzerinde önemle durulması ve sorunun çözümlenmesine yönelik çalışmaların yoğunlaştırılmasını gerektirmektedir. Depresyonun tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemler vardır. Bunlar antidepresanlarla yapılan ilaç tedavisi ve çeşitli yaklaşımlara göre yapılan psikoterapilerdir.

Tek başına ilaç tedavisi depresyonu ortadan kaldırmada yeterince etkili olamamaktadır. Çünkü psikiyatristin ilacın öğrenci tarafından uygun dozlarda ve belirlenmiş sürede alındığını takip etmesi güçtür. Buna ek olarak antidepresan ilaçların öğrenciler üzerinde yaptığı uyusukluk v.b. gibi yan etkileri ilacın bir süre sonra bırakılmasına yol açmaktadır. Çünkü öğrenci aynı zamanda ders çalışmak, ders dinlemek, sınavlara girmek durumundadır. Bu nedenle, ilaç tedavisinin takip açısından hastanede yatan hastalarda daha etkin olarak uygulanabileceği, ancak öğrencilerde etkin olarak kullanılamayacağı sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu, öğrencilerin kendileri tarafından da sözel olarak belirtilmektedir.

Psikoterapiler ise, terapist ve depresyonlu öğrencinin sözel etkileşimine dayanan, her yaklaşımın kendine özgü ya da ortak olarak kullandıkları tekniklerin uygulanmasıyla depresyonun giderilmesine yönelik yöntemlerdir. Bunların önemli bir avantajı, hem bireysel, hem de grup terapisi şeklinde uygulanmasıdır. Depresyonun giderilmesine yönelik psikoterapi yaklaşımlarını genel olarak üç başlıkta ele almak mümkündür. Bunlar, psikoanalitik psikoterapi, davranış terapisi ve bilişsel terapidirler. Psikoanalitik terapi derinlemesine bir incelemeye dayanan uzun süreli ve uygulanması üst düzeyde uzmanlık gerektirdiğinden hem uygulayıcılar, hem de üniversite öğrencileri için uygun değildir. Yanlış öğrenmeler sonucu ortaya çıkan olumsuz davranışın pekiştiricilerin geri çekilmesi, karşıt koşullanmalar ve diğer yöntemlerle söndürülmesine dayanan davranış terapisi ise, depresyonun tedavisinden çok, fobiler, anksiyete, obsesif-kompulsif reaksiyonlar için daha kolaylıkla uygulanabilmektedir.

Kişilerin karşılaştıkları psikolojik sorunların ya da duygusal reaksiyonların temelinde onları ortaya çıkaran olayların değil de, kişinin hatalı ve çarpıtılmış bilişlerinin olduğunu, bunların değiştirilip daha uygun ve rasyonel inançların geliştirilmesi ile psikolojik rahatsızlıkların ortadan kaldırılacağını belirten bilişsel terapiler ise günümüzde oldukça popülerdirler.

Bunların içinde özellikle depresyona yönelik olarak Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel terapi; anlaşılması, öğrenilmesi ve uygulanmasının diğer terapilere kıyasla daha kolay olması, birçok yardım mesleği elemanı tarafından uygulanabilir olması, kısa süreli olması,

bilişsel tekniklere ek olarak davranışsal teknikleri de içeren bir bilişsel-davranışçı yaklaşım olması gibi özellikleri açısından diğer psikoterapi türlerinden daha avantajlı olmaktadır.

Bu araştırma üniversite öğrencilerinde depresyonun görülme sıklığını ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesinin yanında, Beck'in bilişsel terapisinin gerek bireysel terapi ve gerekse grup terapisi uygulamaları ile etkinliğinin araştırılmasını da amaçlamıştır. Bilişsel terapisinin etkinliği hafif, orta ve ciddi düzeylerde depresyonlu öğrencilerle ayrı ayrı hem bireysel, hem de grup terapisi uygulamaları ile araştırılmıştır.

Bu amaçlara ulaşmak için araştırmada önce betimsel yöntem ve sonra deneysel yöntem olmak üzere iki yöntem kullanılmıştır. Betimsel yöntemin kullanıldığı ilk bölümde 606 öğrenciye Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Böyle büyük bir grup üzerinde çalışılmış olması araştırmanın önemli bir avantajıdır. Diğer bir avantajı ise, her üç depresyon düzeyinde de (bireysel kız ve bireysel erkek öğrenci) 2'şer öğrenci olmak üzere 6 öğrenci ile bireysel terapi uygulanmış olması, yine her üç depresyon düzeyi için 4'ü kız, 4'ü erkek olmak üzere 8'er kişiden oluşan 3 adet deney grubu ile grup terapisi uygulanmış olması ve her bir düzey için aynı sayıda öğrenciden oluşan kontrol gruplarının da bulunmasıdır.

Bu yönleri ile önemli, kapsamlı ve özellikle deneysel kısmı ile Türkiye'de ilk kez yapılan bir çalışma olan bu araştırmada elde edilen sonuçların özellikle üniversitelerde Mediko-Sosyal Merkezlerdeki psikolojik yardım veren meslek elemanlarına büyük katkısı olacağı ve yürütülen hizmetlere, depresyonlu öğrencilere verilen hizmetlere ışık tutacağı düşünülmektedir.

18. Tanımlar

180. Depresyon: Bozulmuş bilişler ve bilişsel süreçlerle karakterize olan çok yönlü bir bio-psiko-sosyal bozukluktur (PACE-DIXON, 1993, s.288).

181. Biliş: Kişinin içsel duygu, dürtü ve düşünceleri ile birlikte dış dünyayı tanınması, bilmesi işlevidir (GÜLEÇ, 1993, s.89).

Biliş: İnsanın zihninde depolanıp saklanan ve onun duygu, düşünce ve davranışlarını biçimlendiren davranış kalıpları (KÖKNEL, 1989, s.218).

182. Bilişsel Terapi: Yaşam deneyimleri ile başedebilme yeterliğini ve içsel uyumu bozan, insanda acı yaratan uygunsuz ve aşırı duygusal reaksiyonlar üreten uyumsuz düşünceleri tanımayı ve değiştirmeyi amaçlayan terapi (BECK, 1976, s.235).

- 183.Bilişsel Şemalar: Bilgi oluşumuna ve bunun duygusal ve davranışsal sonuçlarına olumsuz olarak etki eden gelişimsel süreçler ve öğrenme yaşantıları yoluyla kişinin kendisi hakkında biçimlendirdiği bilgi ağından oluşan olumsuz bilişsel yapılar (PACE-DIXON, 1993, s.288).
- 184.Otomatik Düşünceler: Kişinin aklına sözel ya da imaj şeklinde otomatik olarak gelen düşünceler (KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.254).
- 185.Bilişsel Çarpıtmalar (Hatalar): Mantık yürütmede ortaya çıkan sistemli hatalardır (CORSINI-WEDDING, 1989, s.295).
- 186.DSM-III-R: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised) Mental bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel kitabı, yeniden gözden geçirilmiş üçüncü baskı (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987).



İKİNCİ BÖLÜM

2. İLGİLİ YAYINLAR

20. Kuramsal Yayınlar

200. Depresyon

Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depressus” dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamına gelir. Depresyon karşılığı Türkçe’de çöküntü ya da çökkünlük olarak kullanılmaktadır. KÖKNEL’e (1989, s.14-15) göre ruhbiliminde depresyon sözcüğü dört ayrı yerde kullanılır. Bunlar;

- Belirti,
- Sendrom,
- Hastalık,
- Duygu durumu değişikliğidir.

Bir belirti (semptom) olarak depresyon, bir çok bedensel ya da ruhsal hastalıkta ortaya çıkabilir. Ruhsal bir durum olarak depresyon, insan yaşamının bir parçası biçiminde kimi kez belirli bir nedene bağlı olmadan, kimi kez günlük engeller karşısında ortaya çıkar.

Belirtiler toplamı (sendrom) olarak depresyon, temelinde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların tümünü içerir. Bir ruh hastalığı olarak depresyon, belirli ölçütleri, sınırları ve süresi olan bir sendromdur.

Depresyon terimi hangi anlamda kullanılırsa kullanılsın elem doğrultusunda artmış olan duygulanımın oluşturduğu duygu durumu (mood) temel bulgudur. Kişi bu duygu durumunu duyumsayıp öznel yaşantısıyla ilişki kurar. Böylece yeni bir yaşantı deneyimine girer.

Depresyon sözcüğü, günlük dilde, bir çok duygunun bir araya gelişini belirtmek için kullanılır (üzüntü, hayal kırıklığı ve karamsarlık). Doktorlar, psikiyatristler ve klinik psikologlar ise bu terimi farklı bir biçimde kullanmaktadırlar. Onlara göre depresyon ya da

depresif rahatsızlık, tedavi gerektiren bir durumdur. Terimin kullanımındaki bu karışıklık nedeniyle, depresyon konusunda deneyimi olmayan insanlar, uzmanlığı olanlara kıyasla, durumun ciddiyetinin farkında olmayabilirler. Bu yüzden depresyondaki kişilere ya da yakınlarına karşı yeterince anlayışlı olmayabilir, yardım edemeyebilirler.

ŞAHİN ve RUGANCI (1992, s.9-14)'e göre depresif bozukluk belirtileri üç boyutta incelenebilir. Bunlar;

a) Duygusal Boyut: Depresyon , adı üstünde , aslında duygu durumundaki bir bozukluktur. Bu nedenle “depresyon” yerine “duygusal rahatsızlık” terimide sıklıkla kullanılmaktadır. Depresyonu yaşayan kişiler, en az iki hafta boyunca devam eden karamsarlık, sıkıntı ve keder duygularından yakınır. Kuşkusuz depresyon sırasında üzüntü ve keder dışında, yaşanan başka duygular da vardır. Örneğin bazı insanlar eskiye kıyasla daha sinirli ve endişeli olduklarını fark ederler.

b) Düşünsel Boyut: Depresyondaki kişinin kendi dünyası ve geleceği hakkındaki düşüncelerinde de farklılıklar vardır. Ciddi düzey depresyondaki bir kişi, kendisini “işe yaramaz”, “yetersiz” ya da “başarısız” biri olarak görebilir. “Aranan özellikler”e sahip olmadığına gerçekten inandığı için, benlik saygısı ve kendine olan güveni de kötü biçimde etkilenmiştir. Karar vermede güçlük çekmeye başlar. Geçmiş hataları ve kusurları üzerinde takılıp, çeşitli suçlar ya da bağışlanamaz günahlar işlediğini düşünebilir. Dünyayı, “acıdan başka hiçbir şey getirmeyen”, “hayal kırıklığına uğratici” bir yer gibi algılar. Tüm acılarının ve eziyetlerinin sonsuza dek süreceği gibi bir beklentisi olduğu için, umutsuzluğa kapılır. Durumunu değiştiremeyeceğine inandığı için, intiharı bile çözüm olarak görebilir.

İntihar olasılığı depresif rahatsızlıklarda oldukça yüksektir. Bu olasılık, bazen yalnızca bir ölme isteği olarak kalırken, çoğunlukla da ciddi intihar girişimlerine dönüşebilir. İntiharlar ya da intihar girişimlerinin hepsinin, depresif rahatsızlıklarla bağlantısı olmamasına karşın, depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yoğunluğu nedeniyle, bu rahatsızlığı yaşayanlardaki risk oldukça (depresyonda olmayanlardan 30 kat) yüksektir.

Depresyonda düşüncelerde yavaşlama ve dağınıklaşma, dikkatte zayıflama oluşabilir. Okumak, hatta konuşmak bile zor gelebilir. Bu nedenle, bu sıkıntıyı çeken kişi için herhangi bir işe girmek çok zordur. Hatta kişi, kendisinin zihinsel bir sorunu olduğunu bile düşünebilir.

c) Fiziksel Boyut: Depresyon içinde olan bir kişi için, bazen uykuyu dalma sorun olurken bazen de gecenin ortasında uyanma ya da çok erken saatlerde uyanma gibi sorunlar olabilir. Ender de olsa, uyku süresinde artış da gözlenebilir. İştahta azalma olduğunda, kilo

kaybı; artma olduğunda da kilo artışları olabilir. Depresyondaki kişiler, enerji kaybının yanı sıra bazen, ya kısmen ya da tümüyle cinsel ilgi kaybı yaşayabilirler.

Yazara göre ciddiyet derecesi açısından bakıldığında depresif rahatsızlıkların birbirinden farklılaştığı iki önemli boyut vardır. Birinci boyutta bu rahatsızlık bazen öylesine ciddi düzeylerde olabilir ki, depresyondaki kişinin düşünceleri gerçekte bağlantısını tümüyle yitirir. Suçluluk ve rahatsızlık düşünceleriyle birlikte, katı inançlar da fazlasıyla abartılır. Örneğin; dünyadaki tüm kötülüklerin nedeni olarak kişi kendisini görür ya da artık beyninin olmadığını düşünür. Bu tür düşünceler, yanılsama (delüzyon) olarak tanımlanır. Zaman zaman bunlara normaldışı algılar (halüsinasyonlar) da eşlik edebilir. Örneğin, ortaklıkta hiç kimse yokken, kişi, kötü olduğuna ve cezalandırılacağına dair suçlayıcı sesler duyduğunu söyler. Depresyonu bu yoğunlukta yaşayan biri, bazen öylesine yavaşlar ki, hareket edemez, konuşamaz duruma gelir. Bazen yukarıda anlatılanların tam tersi durumlar ortaya çıkar. Hasta yerinde duramaz, sürekli ellerini ovuşturur ya da yüzülmüş gibi kıpkırmızı olana kadar derisinin bir yerini ovar. Bu tip ciddi depresyonlar, “psikotik” olarak sınıflandırılır. Bunlar genellikle “nevrotik” olarak adlandırılan ve daha hafif seyreden depresyon türleri kadar sık görülmezler. Bu tür hastaların en iyi tedavisi hastane ortamlarında yapılır.

İkinci boyut ise rahatsızlığın “tarihçesi” ile ilgilidir. Depresif rahatsızlık bazen aynı kişide sık sık tekrarlayabilir. Eğer her rahatsızlık dönemi bir depresyon ise bu durum tek kutuplu (unipolar) depresyon olarak adlandırılır. Bazen de hasta, bir rahatsızlık dönemi boyunca depresyon belirtileri gösterirken, diğer bir dönem boyunca aşırı derecede neşeli ve şen olabilir. Bu aşırı coşkunculuk döneminde, ailesi için üzücü olabilecek bazı davranışlar bile yapabilir. Örneğin, enerjideki aşırı artış ve kişisel gücü ya da yetenekleri konusundaki büyüklük hezeyanları yüzünden, taşkın davranışlarda bulunabilir. Konuşmasında bir artış ve hızlanma, uyku gereksiniminde azalmalar görülebilir. Dikkatsiz harcamalar yapıp, aşırı cinsel etkinlikler ve toplumsal kurallara uymayan davranışlar içine girebilir. Eğer, depresyon dönemleri, bu tür “manik” davranışların olduğu dönemlerle yer değiştirerek seyrederse, rahatsızlık çift kutuplu (bipolar) ya da “manik-depresif rahatsızlık” olarak adlandırılır. Bu iki zıt durum, birçok yönden farklıdır ve genellikle farklı tipte tedaviler gerektirmektedir.

201. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun başlıca belirtileri, isteksizlik, ruhsal ve bedensel etkinliklerde genel bir yavaşlama, günlük yaşamın olağan girişimlerine karşı yüreksizlik ve iş yapma gücünü bulamama olarak özetlenebilir. Kişinin dünyasına, değersizlik, yenilmiş olma, günahkarlık ve suçluluk duyguları egemendir. İştah azalması, sindirim güçlüğü, kabızlık ve zayıflama görülür. Konuşma monotondur ve sorulara yavaş sesle kısa yanıtlar verilir. Depresyon geçiren kişi çoğu kez tek başına kalarak, geçmişteki yanlışlarını ve gelecek için umutsuzluğunu düşünmek ister. İntihar düşünceleri oldukça sıktır, bazen intihar girişimleri de görülür (GENÇTAN, 1984, s.269).

KÖKNEL (1989, s.58-66)'e göre, depresyonlarda ortak olan ve genellikle sık sık görülen temel bozukluk kederli duygu durumudur. Kederli duygu durumu, elem doğrultusunda artmış olan duygulanımdır. Karamsarlık, kötümserlik, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygulanım durumlarını kapsar ya da tedirgin duygu durumu, zihinsel işlevlerde azalma, yavaşlama yapar. Buna paralel olarak hareketler azalır, yavaşlar. Böylece hastalarda ruhsal etkinliklerde azalma ve yavaşlama olur. Başlangıçta, hasta o güne dek yapabildiği günlük işleri yapmakta zorluk çektiğini söyler. En basit işleri yaparken zorlanır. Duygu durumunda elem doğrultusunda artma yaşamdan haz ve zevk almayı engeller. Günlük yaşam hastaya ağır gelmeye başlar, insanlararası ilişkiler ve günlük işler onu zorlar. Sözlü ve sözsüz iletişim biçimi elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunu ortaya koyar. Sözcükler karamsarlık, kötümserlik, umutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk ve yalnızlığı anlatacak biçimde seçilir. Mimikler de elem ve kaygıyı yansıtır. Jestler azalır. Depresyonda görülen belirtiler şu başlıklar altında gruplandırılır.

- a) Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik: Duygu durumundaki elem ve keder hastanın kendisinden hoşnut olmamasına yol açar. Bu durum beceriksizlik, değersizlik, yeteneksizlik gibi yakınlıklarla dile getirilir. Hasta önceden ilgi gösterdiği, haz duyduğu, zevk aldığı kişilere, nesnelere, olaylara karşı ilgisiz kalır. Günlük yaşamdan, yaşantıdan doyum sağlayamaz. Bu doyumsuzluk durumu hastanın ailesiyle, çevresiyle, işiyle ilişkisini azaltır ya da tümüyle koparır. Bütün ilgiler, ilişkiler ona anlamsız gelir. Hasta çaba, çalışma, sorumluluk getiren durumlardan kaçıp uzaklaşmak ister. Durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik duygu durumunun temelini oluşturur. Hasta bir yandan ailesine, eşine, yakınlarına, dostlarına eski ilgisini yitirdiğinden yakını; öte yandan kendisinden hoşnut olmaması ve kendisine güvenmemesi nedeniyle onlara daha çok bağımlı olur. Onların desteği ve yardımı olmadan doğru düşünüp karar veremez. Hafif depresyonlu hastalarda bu durum yaşamla bağlantının, ilginin azalması biçiminde dile getirilir. Orta dereceli

depresyonlarda kayıtsızlık dikkati çeker. Ağır ve ciddi depresyonlarda durgunluk, ilgi ve istek azalması doyumamsazlığa (apathy) dönüşebilir.

- b) Neşesizlik, Karamsarlık ve Kötümserlik: Neşesizlik depresyonların, elem ve keder doğrultusunda artmış olan duygu durumunun önemli bir görüntüsüdür. Genel olarak depresyonlu hastalar, olayları olduğundan daha ciddi biçimde değerlendirirler. Olaylara karamsar ve kötümser gözle bakarlar. Elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunda ağlama nöbetleri görülebilir. Hafif ve orta dereceli depresyonlarda ağlama eğilimi artar. Daha önce ağlamaya yol açmayan durumlar, olaylar, uyaranlar ağlama nöbetlerini başlatabilir.
- c) Dikkatsizlik, Unutkanlık ve Kendini Düşük Değerlendirme: Depresyonlu hastalar sıklıkla “dikkatlerinin dağıldığından”, “dikkatlerini toplama zorluğundan” yakınır. Bunların yanında, depresyonlu hastalar çoğunlukla, gördüklerini, işittiklerini, okuduklarını, yapacakları işi, tanıdıklarını hatırlamakta zorluk çektiklerinden de yakınır. Dikkat ve bellek bozuklukları düşüncenin dağılmasına yol açar. Doğru, gerçekçi, mantıklı karar verme zorlaşır, hatta olanaksızlaşır. Kararsızlık depresyonlu hastanın temel sorunlarından biri durumuna gelir. Kendilerini düşük değerlendirme depresyonlu hastaların bedensel, ruhsal, toplumsal özelliklerini, becerilerini, yeti ve yeteneklerini olduğundan düşük, kötü, olumsuz olarak değerlendirme eğilimidir.
- d) Geleceğe İlişkin Olumsuz Beklentiler ve Kendini Suçlama: Depresyonlu hastaların şimdiki karamsarlıkları, kötümserlikleri geleceğe yönelik olumsuz beklentilere, çıkarımlara yol açar. Hastalar bedensel, ruhsal, toplumsal tüm belirtilerin, yakınmalarının, sorunlarının gelecekte de süreceğini, hatta daha da kötüye gideceğini düşünürler. Genel olarak depresyonlu hastalarda görülen intihar düşünceleri, eğilimleri, girişimleri olumsuz beklentilerden kaynaklanır.
- e) Kararsızlık ve Kuşku: Depresyonlu hastalar karar vermekte zorluk çekerler, kararsızlık içinde bocalarlar. Depresyonu hafif olan hastalar, daha önce kolay ve rahat karar verdikleri durumlarda bile, uzun uzun düşünürler. Orta derecede depresyonlu hastalarda kararsızlık bütün günlük yaşamı etkiler. Alışlagelen günlük işlerin yapılması bile zorlaşır. Ciddi depresyonlu hastalar karar verme yeteneğini tümünden yitirdiklerine inanırlar. Herhangi bir durum karşısında karar vermeyi denemek bile istemezler.
- f) Azalan Güdülenme: Depresyonlu hastalarda güdülenme azalmıştır. Bu azalma depresyonun ciddiyetine ve şiddetine göre, toplumsal güdülerden bedensel, biyolojik, fizyolojik güdülere doğru olur.

- g) İllüzyon ve Halüsinasyonlar: Depresyonlarda gerçek, nesnel ortamın algılanmasında öznel algı ortamı önemli rol oynar. Bu yüzden illüzyonlar ortaya çıkar. Hasta, kişileri, nesnelere, olayları, gördüklerini, işittiklerini, dokunduklarını hatalı olarak algılar. Seslerden çabuk ve kolay etkilenir. Konuşmaları kötü yorumlar. Gördüklerinden korkar.
- h) Düşünce Bozuklukları ve Sanrılar: Depresyonlarda bellek azalması, kusurlu ve eksik hatırlama ve bellek yitimi sıklıkla ortaya çıkar. Bu nedenle hatalı olarak bunama tanısı konulan depresyon vakaları vardır. Düşüncenin akışı yavaşlar. Sözcükler geç ve güç olarak hatırlanır ve kullanılır. Zaman zaman duraksamalar görülür. Depresyonda düşünce içeriği de bozulabilir ve sanrılar ortaya çıkabilir.

ŞAHİN ve RUGANCI (1992, s.105-115), depresif kişilerin bazı ortak sorunlarını şu şekilde sıralamaktadırlar.

- a) Düşük Benlik Saygısı: Depresyonda olan kişi, ne kadar başarılı ve popüler olursa olsun, diğer insanlar onda ne kadar olumlu özellikler görürlerse görsünler, o kendisinde küçümseyici, aşağılayıcı, eleştirilecek bir şeyler bulmakta güçlük çekmez. Değer verdiği pek çok yeteneğe sahip olmadığını, bu yetersizliğin nedeniyle yaşamdaki amacına ulaşamadığını, aşağılandığını ve küçümsendiğini, değersiz ve yetersiz olduğunu, hiçbir şeyi beceremediğini ve toplum tarafından itilmiş olduğunu düşünür.
- b) Suçluluk: Depresyonun en sık rastlanan belirtilerinden biri, suçluluk duygusudur. Depresyondaki kişiler, geçmişte yaptıkları küçük hatalar üzerinde çok fazla dururlar. Bu küçük hataları affedilemeyecek kadar büyük günahlar, ya da suçlar gibi yorumlayıp, kötü kişiler olduklarını ve cezalandırılmaları gerektiğini düşünürler. Ters ve yanlış giden işlerin sorumlusunu kendileriymiş gibi görürler. Kızdıkları ya da kızamadıkları için kendilerini eleştirirler. Diğerlerinin mutsuzluğundan, doktorun zamanının almaktan, daha doğrusu her kötü şeyden, kendilerini sorumlu tutarlar. Diğer yandan, yaşantılarında bazı olumlu olaylar olsa da kendilerine hiç bir pay çıkarmazlar.
- c) Umutsuzluk: İnsan depresyundayken, kendisini yalnızca şimdiki zamanda kötü hissetmekle, o anda yaşadığı olaylara kötümser açıdan bakmakla kalmaz, geçmişten de hep başarısızlıklarını ya da üzüntü veren olayları hatırlar. Dahası, geleceğe baktığında şu sıradaki durumunun sanki ömür boyu süreceğini düşünür. Böyle olunca da kendisi için hiçbir umut ışığı olmadığını hisseder; karamsarlık içinde “artık ne anlamı var? Ölssem çok daha iyi olurdu” diye düşünmeye başlar. Hatta bazen bu

acıyı durdurmak için yaşamına son verme girişimlerinde bile bulunabilir. Umutsuzluk depresyonun intihar istekleri ve girişimleriyle en yakından ilişkili olan yönüdür.

- d) Kararsızlık: Depresyondaki kişiler, bazen açık seçik düşünemedikleri, düşünceleri yavaşlayıp, karıştığı ve en basit kararları bile veremedikleri için, beyinlerine bir şeyler olduğunu düşünürler. Karar vermedeki zorluklar, genellikle kişinin kendine güveninin azalmasıyla ilişkilidir.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınlamış olduğu DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition-Revised)'de Major Depresif Sendrom şu şekilde tanımlanmakta ve sınıflandırılmaktadır (KÖROĞLU, 1991, s.129-132).

A-İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum, ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir (Açıkça fizik duruma bağlı semptomları, duygudurumuna-uygun olmayan hezeyanların ya da hallüsinasyonların, enkoherans ya da belirgin dağınık çağrışımların olması belirtilerini bunların arasına katmayınız).

- (1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum (çocuklarda ve ergenlerde bunun yerine irritabl duygudurum bulunabilir).
- (2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (çoğu zaman görülen apatinin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi ya da gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).
- (3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı (örn. ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahta azalma ya da artma olması (çocuklarda beklenen kilo alımlarının olmaması).
- (4) Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia'nın (aşırı uyku) olması.
- (5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon'un olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).
- (6) Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

- (7) Hemen her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (delüzyonel olabilir) olması (sadece hastalıktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- (8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları gözlemiştir).
- (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması.

Major Depresif Epizod Kodları: Bipolar Bozukluk, Depresyonda ya da Major Depresyon'un o sıradaki durumunun ağırlık derecesi ile ilgili beşinci basamak kod numaraları ve tanı ölçütleri:

- 1-Hafif: Tanı koymak için gerekli semptomlardan, varsa bile az vardır ve semptomlar mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde sadece hafif derecede bozulmaya yol açar.
- 2-Orta Derecede: Semptomlar ya da işlevsellikte bozulma “hafif“ ve “ağır” dereceler arasındadır.
- 3-Ağır, Psikotik Özellikleri Olmayan: Tanı koymak için gerekli semptomlardan çok daha fazlası vardır ve semptomlar mesleki işlevselliği, olağan toplumsal etkinlikler; ya da başkalarıyla olan ilişkileri önemli derecede olumsuz olarak etkilemektedir.
- 4-Psikotik Özellikleri Olan: Hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar. Olanak varsa, psikotik özelliklerin duygudurumuna uygun olup olmadıklarını belirtiniz.

Duygudurumuna-uygun psikotik Özellikler: İçeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmaya layık olma gibi tipik depresif temalar ile tümüyle uyumlu hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar.

Duygudurumuna-uygun olmayan psikotik özellikler: İçeriğinde, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmaya layık olma gibi tipik depresif temalar taşımayan hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar. Bunlar arasında perseküsyon hezeyanları (depresif temalarla doğrudan ilişkili olmayan), düşünce sokulması, düşünce yayılması ve etkilenme (kontrol edilme) hezeyanları gibi semptomlar vardır.

5-Kısmi (Parsiyel) Remisyonda: “Tam Remisyonda” ve “Hafif derece” arasında ara bir yeredir ve daha önce Distimi yoktur. (Major Epizod'un Distimi üzerine bindiği durumlarda, ne zamanki hasta Major Depresif Epizod'un tanı ölçütlerini karşılamıyor olunca o zaman tek başına Distimi tanısı konur.)

6-Tam Remisyonda: Son altı ay boyunca hastalığın belirti ve bulguları yoktur.

202. Depresyona Yönelik Psikoterapiler

Depresyonun psikoterapi ile çözümlenmesine yönelik yaklaşımlar üç grupta incelenebilir. Bunlar;

- a- Psikanalitik Psikoterapi,
- b- Davranışçı Terapi,
- c- Bilişsel Terapidir.

a- Psikanalitik Psikoterapi: GÜLEÇ (1993, s.58-63), psikanalitik psikoterapilerin uygulama alanına örnek olarak depresyonda dinamik psikoterapiyi aşağıdaki şekilde açıklamaktadır.

Depresyonda psikolojik tedavi yöntemleri içinde en yaygın kullanılanı psikodinamik ilkelere dayalı psikoterapilerdir. Bu konuda bildirilen sistematik ve kontrollü araştırmalar sınırlı ise de, klinik gözlemler hem akut, hem de kronik depresif bozuklukların tedavisinde bu tür psikoterapilerin değerini desteklemektedir. Psikanaliz ise daha çok depresif kişilik bozukluklarında ve ciddi kişilik bozukluğu zemininde gelişen kronik depresyonlarda yararlı olabilmektedir. Kognitif davranış terapileri, benlik saygısı düşük, kendini suçlama ya da beceri ve çabalarını küçümseme eğilimi yüksek hastaların depresyonuyla başedebilmede özgül bir yöntemdir. Son yıllarda geliştirilen bu terapiler depresyondaki psikolojik bozuklukları kognitif davranış ve öğrenme kuramları açısından temellendirir ve bunlara dayalı tutarlı psikoterapi teknikleri sunar.

Depresyon psikoterapisinde akut depresif dönemin tedavisine uygun psikoterapi teknikleri ile uzun süreli psikoterapi tekniklerini birbirinden ayırmak önem taşımaktadır. Akut dönemde depresyon acil bir tıbbi durum olarak ele alınmalı ve hasta bir an önce depresif yaşantısından çıkarılmaya çalışılmalıdır. Bu dönemdeki bir hastanın uzun süreli psikoterapi amaçlarının gerçekleşmesine dayanacak ne ego gücü ne de zamanı vardır. Uzun süreli terapilerde ise, akut belirtilerin yatışmasının ardından intrapsişik çatışma ve kişilerarası ilişki sorunları ya da psikoseksüel gelişme dönemlerine ilişkin sorunlar ele alınabilir.

Psikodinamik yönelimli psikoterapilerin kuramsal temeli yaygın olarak kabul gören ego psikolojisi kuramının depresyon gelişimini açıklayan görüşleriyle özetlenebilir.

Bu kurama göre, çocuğun oral gereksinimlerinin engellenmesi, onda öfke ve anksiyeteye yol açar. Engelleme sürer ve çocuğun öfke yanıtları görmezden gelirse çaresizlik, tükenmişlik gibi duygular ortaya çıkar. Erken çocukluk döneminde egoda yapılaşan bu depressif çekirdek yetişkinlikte benlik saygısını çökerten yitimlerle yeniden canlanmaktadır.

Bu kuramda anahtar kavram “benlik saygısı”dır. Bir yandan benlik saygısının korunmasında gerekli olan değerli/sevilen olmak, güçlü/güvenli olmak, iyi/sevecen olmak, gibi Bibring’in tanımladığı temel narsisistik emeller, öte yandan gerçek ya da düşsel engeller nedeniyle bunların gerçekleştirilememesi ego düzeyinde bir çatışmaya neden olur. Benlik saygısına darbenin, tam da narsisistik emellerin gerçekleştirilmesinde gerekli nesnelere ihtiyaç duyulduğu sırada inmesi depresyona yol açar.

Akut depresif dönemde yürütülen psikodinamik yönelimli psikoterapilerde depresyonun genel belirtileri yanında, benlik saygısı, ya da düşsel engeller ve narsistik emeller temel odak noktalarını oluşturur.

Akut depresif dönemin psikoterapisinde, özellikle başlangıçta görüşmeler klasik 40-45 dakikalık süreden daha kısa tutulabilir. Terapistin “aktif”, hastanın “pasif” rolde olduğu görüşmeler yeğlenmelidir. Direktif olmayan yaklaşımlar, hasta tarafından reddedilme biçiminde algılanabileceğinden doğru değildir. Terapist, bir yandan etkin, öte yandan hastanın korku, endişe, suçluluk ve düş kırıklığı gibi duygularını dile getirmesini kolaylaştırıcı esnek bir tutum içinde olmalıdır. Hasta için narsisistik gereksinimlerinin cezalandırılmaksızın doyurulduğunu ve belki de ilk kez “düşkün, zavallı durumu” gerekçesiyle suçlanmadığını görmek çok önemlidir.

İlk görüşmelerde hastanın "sıradan bir günü'nü nasıl geçirdiğini, sabahtan akşama dek tüm yaşam etkinlikleri, neyi ne zaman yaptığı, yemek ve giyim seçimleri, kimlerle ne tür ilişkilerde bulunduğu ilgiyle araştırılır. Zamanı kullanma biçimi, dolayısıyla “yaşama tarzı” anlaşılmaya çalışılır. Günün hangi saatlerinde kendini daha bitkin, çökkün veya keyifli hissettiği öğrenilir. Böylelikle, depresyonun derinliğine ilişkin bilgi de sağlanmış olur. Ayrıca, karamsarlık, umutsuzluk gibi duyguları gereği tedaviye inancı ve motivasyonu düşük olan hastaya daha ilk görüşmelerde soyut düzeyde yük bindirilmemiş olur.

Terapist çaresizlik, umutsuzluk ya da endişe yüklü bazı sorulara hazırlıklı olmalıdır. "Aklımı yitirir miyim?, Kendimi tutamayıp birisine zarar verir miyim?", "Uğraşmayın benimle, iyi olmam, başka hastalarınızın zamanını çalıyorum" biçiminde üstü örtülü olarak ya

da açıkça “iyileşir miyim acaba?” gibi sorularla karşılaşabilir. Bu tür soruları hemen sorunu kapatici ve kesin güvenceler vererek yanıtlamak doğru değildir. Hasta zaten böylesi güvenceleri yakınlarından sık sık duymuştur. “Aklını yitirmek ne anlama geliyor, neden iyileşemeyeceğini düşünüyorsun” benzeri araştırmacı ve empatik yaklaşımlarla korku ve endişelerin kaynakları deşilebilir. Ancak, bu korkular çoğu kez bulanık ve bilinçdışı olduğundan açık ya da mantıklı yanıtlar beklememek yerinde olur.

Diğer sorun da hastanın bedensel işlevleriyle ilgili, depresyona özgü yakınmalarıdır. Hasta uyku bozukluğu, kabızlık, yorgunluk, dermansızlık, baş ağrısı ya da empotanstan yakınabilir. Bunlar için çeşitli doktorlara da başvurmuş ve genellikle “bunların önemli olmadığı, kafasını taktığı için böyle olduğunu, kendisini işine gücüne verirse bunları unutacağı” biçiminde teselli sözleri ya da baştan savıcı yanıtlar almıştır. Oysa, gerçek durum bunun tam tersidir. Nöroendoktrin ve otonom sinir sistemindeki işlev bozuklukları gerçekten de hastadaki depresyonun fizik bileşenleridir ve depresyon kalkıkça da bunlar düzelir.

Yoğun anksiyete ve panik atakları ya da intihar eğilimi bulunan hastalara randevu dışında da arayabilecekleri söylenmelidir. Çoğu kez böyle bir güvencenin varlığı bile hastanın yakınmalarının alevlenmesini önleyebilir. Diğer yandan terapist hastanın yakınlarıyla da görüşmelidir. Bu, hem hastanın hastalık öncesi uyumu ve toplumsal destek sistemleri konusunda bilgi almak, hem de intihar eğilimleri olan hastanın terapisinde yakınlarının işbirliğini ve desteğini sağlamak açısından yararlıdır.

Terapi sürecinde anlayış gördüğünü hisseden hasta erken ve zamansız olarak iyileştiği kanısına varabilir. Bu dikkat edilmesi gereken bir denge bozulması durumudur. Hasta böylesi bir “iyimserlik havası” içinde kendisini örseleyebilecek girişimlerde bulunabilir. Bunların sonucunda da, umulmadık, beklenmedik engellenmelerle karşılaşması ve olası başarısızlıklar varolan düş kırıklıklarını daha da arttırabilir. Derin çaresizlik, pişmanlık, suçluluk duyguları ve ertelenmiş intihar düşünceleri yeniden gündeme gelebilir. Böylesi durumlarda “sınırlandırma” uygun bir taktiktir. Bununla amaç hastanın tüm etkinliklerini sınırlama ve onu “atalete” yöneltmek değil; daha çok benlik saygısına yeni darbeler indirebilecek ya da narsisizmini zedeleyebilecek yaşantıların sınırlanmasıdır.

b-Davranışçı Terapi: Davranışçı terapi yaklaşımlarının özellikle depresyonların ve obsesif-kompulsif nevrozların oluşmasına açıklık getirdiğini belirten Köknel (1989, s.195), davranışçı terapinin depresyonla ilgili açıklamalarını şu şekilde belirtmektedir.

1975 yılında SELIGMAN depresyonları “öğrenilmiş çaresizlik modeli”yle açıklamıştır. Bu açıklama köpeklerde yapılan laboratuvar deneylerine dayanır. Bu deneyler iki aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşamada köpeğe elektrik şoku gibi hoş olmayan uyaran verilmiş, hayvanın bu uyarandan kaçması engellenmiştir. İkinci aşamada, köpeğe yeniden hoş olmayan

uyaran verilmiş, ancak hayvanın bu uyarandan kaçması engellenmemiştir. Bu aşamada hayvanın nahoş uyarandan kaçması beklendiği halde, hayvanın kaçma ve kurtulma davranışı yapmadığı gözlenmiştir. Önceki deneyde acı veren uyararı denetleyemeyen ya da kaçamayan hayvan, çaresiz olduğunu öğrenmiştir. Seligman bu deneysel gözlemlere dayanarak, insandaki depresyonun da temelde bir öğrenilmiş çaresizlik durumu olduğunu ileri sürmüştür. Hayvan ve insan deneklerle yapılan araştırmalar sonucu, öğrenilmiş çaresizlik modeli geliştirilmiştir.

AYDIN ve AYDIN (1989, s.48-49), öğrenilmiş çaresizlik modelinin yeniden formüle edilen biçimini şu şekilde aktarmaktadırlar.

Öğrenilmiş çaresizlik modelinin Abramson ve arkadaşları (1978) tarafından yeniden formüle edilen biçimine göre, bireyler karşılaştıkları başarı ve başarısızlıklara içsel-dışsal (internal-external), değişmez-değişebilir (stable-unstable) ve genel-özel (global-specific) olmak üzere üç değişik nedensel boyut üzerinde yüklemelerde bulunurlar. İçsel-dışsal boyutunda birey, başarı ya da başarısızlığın kendi kişisel özelliklerinden ya da çevresel etkenlerden kaynaklanıp kaynaklanmadığını araştırır. Değişmez-değişebilir boyutu üzerinde başarı ya da başarısızlığa yol açan nedenin zaman içinde değişme gösterip göstermediğine, genel-özel boyutunda ise bu nedenin belirli bir ortam ya da tüm benzer ortamlar için geçerli olup olmayacağına karar verir.

Model, tüm insanlar gibi depresif kişilerin de olaylar karşısında nedensel yüklemelerde bulduklarını, ancak depresif bireylerin nedensel yüklemelerinin depresif olmayanların nedensel yüklemelerinden bazı sistematik farklar gösterdiğini ileri sürmektedir. Depresif yükleme biçimi (depressive attribution style) olarak adlandırılan bu düşünce biçimine göre, depresif bireyler karşılaştıkları başarısızlıkları içsel, değişmez ve genel, başarıları ise dışsal, değişebilir ve özel nedenlerle açıklama eğilimi göstermektedirler.

Model son yıllarda tekrar gözden geçirilmiş ve yükleme biçiminin bireylerin kendi başarı ve başarısızlıklarını açıklama çabası içerdiği dikkate alınarak “yükleme biçimi” kavramı yerine “açıklama biçimi (explanatory style)” kavramının benimsenmesinin daha uygun olduğu düşünülmüştür. Modelin yeniden gözden geçirilmiş bu son sekinde açıklama biçimi, insanların karşılaştıkları olumsuz olaylara (bad events) verdikleri tepkileri yordayan bir kişilik özelliği olarak tanımlanmıştır. Modele ilişkin son yayınlarda yalnızca olumsuz olaylar karşısında yapılan içsel, değişmez ve genel nedensel yüklemelerle bunların bileşiminin depresif belirtilerle kesin bir ilişkisinin olduğu, daha önce ileri sürüldüğü gibi olumlu olaylar karşısında yapılan dışsal, değişebilir ve özel nedensel yüklemelerin depresyon ile her zaman ilişkili olmayabileceği de vurgulanmıştır.

c-Bilişsel Terapiler: Bilişsel kuramlar (cognitive theories), özellikle depresyonlar ve obsesif-kompulsif nevrozların oluşumunu açıklamaya çalışmaktadır. 1961 ve 1977 yılında ELLIS “A-B-C Modeli” olarak adlandırdığı yaklaşımında depresyonun ve obsesif-kompulsif nevrozun oluşumuna “mantıksız inanç” diye tanımladığı bilişsel durumun neden olduğunu bildirmiştir. Kuramdaki «A» harfi süreci başlatan olayı, «B» harfi bu olay karşısında kişinin düşüncesini, inancını, «C» harfi kişinin coşkusal, davranışsal tepkisini anlatır. ELLIS'e göre herhangi bir durumda ve olayda mantıksız inanç geliştiren bir kişide sonuç olarak depresif duygulanım oluşur. 1977 yılında REHM, depresyonu “özdenetim” kuramıyla açıklamıştır. Rehm'e göre, kendini olumsuz olarak değerlendirme, düşük oranlı kendini pekiştirme ve yüksek oranlı kendini cezalandırma kişiyi depresyona götürür. 1972 yılında BECK, “Bilişsel Çarpıtmalar Modeli” (Cognitive Distortions Model) diye adlandırılan kuramında, depresyonun oluşumunda öncelikle bilişsel etkinin rol oynadığını, duygulanım bozukluğunun bir sonuç olduğunu ileri sürmüştür (KÖKNEL, 1989, s.196-197).

203. Depresyonda Bilişsel Terapi

Kognitif terapi, 1960'larda Aaron BECK'in depresyon üzerindeki araştırmaları sonucu başlamıştır. Psikanaliz eğitimi almış olan BECK, FREUD'un öfkenin benlik üzerine döndürülmesi şeklindeki teorisinin geçerliğini test etmeye çalışmıştır. Bu formülasyon için depresyonlu hastalar üzerinde klinik gözlemler yapmış ve geleneksel psikanaliz tedavisini incelemiştir. Bu incelemelerde bilişsel süreçlendirmede bir olumsuzluk olduğunu gözlemlemiştir. Klinik gözlemlerine ve deneysel çalışmalarına devam ettikten sonra “duygusal bozukluklar ve depresyonun bilişsel modeli” ile ilgili kendi teorisini geliştirmiştir. Depresyonun bilişsel modeli üç spesifik kavramı ortaya koyar. Bunlar; a) Bilişsel üçlü, b) Şemalar ve c) Bilişsel hatalardır (CORSINI-WEDDING, 1989, s.290-291).

204. Kişilik Teorisi

BECK ve arkadaşları kişilik atıfları ve bilişsel yapıların belirli şekillerde gruplanmalarının, belirli tip duygusal tepkilerle ilgili olduğu fikrini araştırmışlar ve sonuçta depresyon ve muhtemelen diğer bozukluklar ile ilgili iki önemli kişilik boyutu bulmuşlardır. Bunlar; a) Sosyal bağımlılık (social dependence-sociotropy) ve b) Otonomi (autonomy)'dirler. BECK'in araştırmaları, bağımlı kişilerin ilişkilerin bozulmasından sonra, otonomiye sahip kişilerin ise arzu ettikleri bir amaca ulaşmada başarısız olduktan sonra depresyona girdiklerini göstermiştir. Bu boyutlar birbirine karışmış kişilik yapıları değildirler. Ancak kişilerin çoğu, duruma bağlı olarak bu özelliklerden birini gösterirler (BECK-EPSTEIN-HARRISON, 1983, s.1-16).

Bilişsel terapi, duygu ve davranışta bilişsel süreçlerin rolüne önem verir. Bir kişinin bir duruma karşı duygusal ve davranışsal tepkisi büyük bir oranda o olayın anlamını nasıl algıladığına ve yorumladığına bağlıdır. Bilişsel terapi kişiliğin, merkezi değerler ve şemalar tarafından biçimlendirildiğini belirtir ve psikolojik bozukluğu da çok sayıda faktörlerin sonucu olarak değerlendirir. Kişilerin hastalığa karşı bir biokimyasal yatkınlıkları vardır, ancak onların öğrenme öykülerine dayalı olarak spesifik stres yaratıcılara verdikleri tepkiler de buna eklenir. Psikopatolojik duygusal reaksiyonlar normal duygusal reaksiyonlar gibi gelişmelerine rağmen daha abartılı ve ısrarlı bir şekilde ortaya konurlar. Örneğin depresyonda üzüntü ve ilgi kaybı yoğunlaşmıştır. Psikopatolojinin davranışsal sonuçları bilişsel yapılanmanın içeriğine bağlıdır (CORSINI-WEDDING, 1989, s.290-291).

Kişiler bir durumu tehdit edici olarak algıladıklarında psikolojik rahatsızlık yaşarlar. Böyle zamanlarda onların olayı algılamaları ve yorumlamaları son derece seçici, egosentrik ve katıdır. Bu durum normal bilişsel aktivitenin fonksiyonel bozulmasına neden olur. Her bir kişi, psikolojik rahatsızlığa önceden hazırlığı sağlayan kendine özgü bir incinebilirliğe (vulnerability) ve duyarlılığa sahiptir. Bu incinebilirlik kişilik yapısı ile ilgilidir. Kişilik, yaşamın erken dönemlerinde kişisel yaşantılar ve önemli diğerlerine yapılan identifikasyonlarla gelişen ve kişinin temel inanç ve varsayımlarını içeren şemalar ve bilişsel yapılar tarafından biçimlendirilir. Kişiler böylece kendileri, diğerleri ve dünya hakkında kavramlar oluştururlar. Bu kavramlar daha sonraki öğrenme yaşantıları ile pekiştirilir ve sonuçta kişilerin inançlarını, değerlerini ve tutumlarını biçimlendirirler. Şemalar, uyum sağlayıcı ya da disfonksiyonel olabilirler, genel ya da özel olabilirler. Bunlar stresin olmadığı periyotta latent durumdadırlar, ancak spesifik bir stres yaratıcı uyaran ya da belirli bir ortam tarafından tetikleri çekildiğinde aktif hale gelirler. Diğer bir yanlış inanç ise “şartlı varsayım” (conditional assumption) dır. Böyle varsayımlar ya da tutumlar “şayet” ile başlar. Örneğin “Eğer yaptığım herşeyde başarılı olamazsam kimse bana saygı duymaz” ya da “Eğer bir kişi benden hoşlanmıyor ise, ben sevilmeyen bir insanım” gibi (CORSINI-WEDDING, 1989, s.293-294).

Bilişsel terapi depresyon, anksiyete, fobi, ağrı problemleri gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukları tedavi etmek için kullanılan aktif, didaktif, zamanla sınırlı ve yapılandırılmış bir yaklaşımdır (BECK-RUSH-SHAW-EMERY, 1979, s.3). Bilişsel terapi öncelikle depresyonun tedavisi için geliştirilmiştir.

BECK'in bilişsel modeli depresyonun, kişinin yaşantıları inatçı ve negatif bir şekilde yanlış yorumlamasından kaynaklandığını belirtir. Bu yanlış yorumlamalar olumsuz bir bilişsel üçlüyü ortaya çıkarır. Bu üçlü kişinin, a) kendisi, b) dünyası ve c) geleceği hakkındaki olumsuz görüşlerini içerir. Kendilerini daima kaybedenler (losers) olarak, dünyalarını tatminlerini önleyen engelleri içeren bir çevre olarak görürler ve geleceklerinin de gelişim için

hiçbir ümidi içermediklerini düşünürler (KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.248; CORSINI-WEDDING, 1989, s.296; BURGER, 1993, s.517; GÜLEÇ, 1993, s.90).

LYNN ve GARSKE (1984, s.264-265)'ye göre psikiyatrist olan Aaron BECK'in modeli danışanın düşünme süreçleri üzerine odaklanan bir bilişsel terapi biçimidir. Bu yaklaşım, çeşitli psikiyatrik hastaların tedavisinde kullanılabilen yapılandırılmış aktif terapidir. BECK'in bilişsel terapisinde, a) bilişsel olaylar, b) bilişsel süreçler, s) bilişsel yapılar olarak adlandırılan üç önemli kavram vardır.

Bilişsel olaylar (cognitive events), sahip olunan ancak çoğu zaman kulak verilmeyen düşünce ve imajlar akımıdır. Bu düşünceler kolaylıkla yeniden gündeme gelebilen düşüncelerdir. Kişinin yaşadığı olumsuz duyguların öncesinde bu düşünceler vardır. Bu düşünceler çok hızlı ve otomatik olarak ortaya çıktıkları için BECK bunlara “otomatik düşünceler” (automatic thoughts) adını vermiştir. Bunların çoğu belirgin olmayan, biçimlendirilmemiş ve kişilerin isteyerek aklına getirmediği türden düşüncelerdir. Bu düşünceler ne kadar mantıksız olursa olsun, onlara tam olarak inanılır ve akla gelmesini engellemek son derece güçtür. Otomatik düşünceler çeşitli duygularla birlikte bulunabilirler ya da onları ortaya çıkarabilirler. Böylece davranışı etkilerler.

Bilişsel süreçler (cognitive processes) kişinin nasıl düşündüğü ile ve bilişsel sistemin otomatik süreçleri ile ilgilidir. Bilgi süreçleri; araştırma ve depolama mekanizmalarını, çıkarsama ve hatırlama süreçlerini içerir. Çoğu durumda kişiler, bilginin nasıl kazanılıp geliştiğine, zorlayıcı bir durumda nasıl karar verildiğine ya da bilgiyi ve olayları nasıl hatırladığına dikkat etmezler. Aslında bunlar çok iyi prova edilmiş, tekrarlanmış rutinlerdir ve kişi bunları otomatik olarak yapar.

Bilişsel şemalar (schemata) olarak adlandırılan bilişsel yapılar, kişinin olayları ele almasını ve yorumlayışını etkileyen varsayımlardır. Bir bilişsel yapı, bir program olarak ya da bir bilgisayardaki çeşitli planların uygulayıcısı olarak düşünülebilir. Bilişsel yapılar, bilginin ilerleyişindeki öncelikleri belirler. Bilişsel şemalar; tanımlanan uyarımları alır, olayları kategorilendirir, bilgi edinmek için bir strateji seçer, problemi çözümler ve genellikle amaçlara ulaşmaya yardım eder. Kişiler her bir şey için şemalara sahip değillerdir. Ancak bu şemalar nedeniyle kişiler çeşitli durumlara belirli yorumlarla yaklaşırlar. Bilişsel şemalar, hangi bilgilere kulak verileceğini, onların nasıl yapılandırılacağını, onlara ne kadar önem verileceğini ve sonuçta neler olacağını etkilerler.

205. Bilişsel Çarpıtmalar (Cognitive Distortions)

Depresyonlu kişideki tipik bilişsel çarpıtmalar (cognitive distortions) şunlardır (KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.249; CORSINI-WEDDING, 1989, s.295; HİSLİ, 1987, s.117; GÜLEÇ, 1993, s.92-93; BLACKBURN, 1992, s.51; LYNN-GARSKE, 1984, s.264).

- | | |
|--------------------------------|--|
| a- Seçici soyutlama | (Selective abstraction) |
| b- Keyfi vardama | (arbitrary inference) |
| c- Aşırı genelleme | (overgeneralization) |
| d- Kişiselleştirme | (personalization) |
| e- Kutuplaşmış düşünce | (polarized thinking, dichotomous thinking) |
| f- Büyültme, abartma, küçültme | (magnification, exaggeration and minimization) |

a-Seçici Soyutlama: Bir bütünün içinde yalnız önemsiz sayılabilecek bir ayrıntıya dikkat ederek, yaşantıyı, olayı bu ölçüte göre değerlendirmedir. Örneğin bir işçinin çalışmakta olduğu fabrikanın düşen üretiminden tek başına kendini sorumlu bulup, kendini suçlaması, aynı iş yerinde çalışılıp üretime katkıda bulunan başkalarını ya da koşulları dikkate almaması.

b-Keyfi Vardama: Herhangi bir durum, olay ve yaşantıda belirli bir ipucu somut bir kanıt olmaksızın, kişinin belirli ve kesin bir kanıya varmasıdır. Örneğin, piknik yapmayı planladığı hafta sonunda yağmur yağdığını gören kişinin kendini şanssız ve kismetsiz olarak değerlendirmesi ve buna yürekten inanması.

c-Aşırı Genelleme: Tek bir nedene ya da olaya dayanarak kişinin kendi yetersizliğini ve değeri konusunda bir kanıya varması, bu kanıyı bir çok başka duruma genelleme eğilimini göstermesidir. Örneğin, bir öğrencinin tek bir dersin sınavından uğradığı başarısızlığı, tüm akademik başarısına “ne kadar aptal, tembel ve başarısız” bir öğrenci olduğu biçimindeki düşüncelere genellemesi.

d-Kişiselleştirme: Herhangi bir sonuca varmak için kişinin elinde yeterli kanıt olmadığı halde olumsuz tüm olaylardan yalnızca kendisini sorumlu tutması kişiselleştirme olarak tanımlanır. Kişiselleştirme kişinin gerçeklere dayanmayan ve gereksiz olan bir suçluluk duygusu yaşamasına neden olabilir. Örneğin, bir ev hanımının misafirlerinin pek eğlenmediklerini gördüğünde, bu durumu “benim hatam, yeterince iyi bir ev sahibi değilim” gibi düşüncelere kapılması.

e-Kutuplaşmış Düşünme: Bu durum; insanların, durumların, olayların kutuplaşmış olarak algılandığını gösterir. Böyle bir düşünce tarzı aşırı mükemmelliyetçiliğe ve kişinin

belirlediği standartların gerçektışı düzeylerde yüksek olmasına yol açabilir. Örneğin, bir durumun, bir olayın “siyah ve beyaz” gibi uçlarda algılanması.

f-Büyültme, Abartma, Küçültme: Küçük bir başarısızlığı büyüterek travmatik boyutlarda algılamadır. Başka bir biçimi de olumlu bir durumun, kişi tarafından yine de olumsuz olarak değerlendirilmesi ve küçümsemesidir. Örneğin, bir trafik kazasında çok hafif bir yaralanma olayını abartma ya da üst üste başarı elde eden kişinin kendini başarısız ve yetersiz bulması eğilimi.

206. Bilişsel Şemalar (Cognitive Schemata)

Bu şekillerdeki bilişsel çarpıtmalar sonucu oluşan olumsuz düşünceler, kişinin duygu durumunu da çökkünlüğe yöneltir ve davranışsal pasifliğe neden olur. Yaşantıların bu şekildeki çarpıtılmaları; fonksiyonel ve gerçekçi olmamalarına rağmen, kişiye çeşitli durumları yorumlama biçimini dikte eden stabil bilişsel şemalar olarak tanımlanan fonksiyonel olmayan şemalar tarafından kontrol edildikleri için yerleşirler. Depresyondaki kişinin düşünme biçimini etkileyen bu olumsuz şemalar muhtemelen yaşamın erken dönemlerinde kişinin çevresi ile ilişkilerini düzenleyen kurallar ve varsayımlar olarak öğrenilmiş olduğu düşünülmektedir. Bu fonksiyonel olmayan şemalar; a) Mutlu olabilmem için, üzerime aldığım her işte başarılı olmalıyım, b) Eğer hata yaparsam bu benim yetersizliğim anlamına gelir, c) Bir insan olarak değerim diğerlerinin benim hakkımdaki düşüncelerine dayanır, şeklinde örneklendirilebilir (BECK-SHAW-EMERY, 1979, s.246).

MARZILLIER (1980, s.252), bilişsel terapide ortaya konan bilişleri üçe ayırmıştır. Bunlar; bilişsel olaylar (cognitive events), bilişsel süreçler (cognitive processes) ve bilişsel yapılar (cognitive structures)'dirlar. Bilişsel olaylar, bilinçlilik akışında ortaya çıkan düşünceler ve imajlardır. Beck'in modelinde bunlar sözel ya da imaj şeklinde hızlı ve otomatik olarak ortaya çıkan “otomatik düşünceler”dir. Çevresel uyaranların değiştirilmesi ve süreçlendirilmesi olan bilişsel süreçler, dikkati, soyutlamayı ve bilginin kodlanmasını içerir. Beck'in modelinde depresyonlu kişinin yaşantıları yorumlamak için kullandığı bilişsel süreçler bozulmuştur. Bilişsel yapılar ise, inançlar ve tutumlar gibi uzun süreli bilişsel özelliklerdir. Bunlar olayların yorumlanma biçimini etkileyen kurallar ve prensiplerdir. Beck'in modelinde depresyondaki kişinin fonksiyonel olmayan şema özellikleri, en önemli bilişsel yapıdırlar.

MARZILLIER'İN ŞEMASI	BECK'İN KATAGORİSİ	ÖRNEK
Bilişsel Olay (Cognitive Events)	Otomatik Düşünceler (Automatics Thoughts)	Ben kötü bir ebeveynim.Ne kötü.
Bilişsel Süreç (Cognitive Process)	Bozulmuş Bilgi Süreçlemesi (Distorted Information Processing)	Seçici soyutlama; Çocuklarımı çok seviyorum, fakat dün onlara kızdım. Bu olaya yönelik olarak "Ben ebeveyn olarak iyi değilim" sonucu çıkarır.
Bilişsel Yapı (Cognitive Structure)	Fonksiyonel Olmayan Şemalar (Dysfunctional Schemata)	Yaşamın her alanında becerikli olmalıyım.

Şekil:1

Bilişsel Terapide Bilişlerin Türleri

207. Terapötik Uygulama

BECK'in bilişsel terapisi tipik olarak 15-25 oturumluk olarak düzenlenir. İlk dört hafta, haftada iki kez, daha sonraları ise haftada bir kez olarak yapılabilir. İlk aşamada önemli olan nokta, danışanın terapiye ilişkin beklentilerinin açıklanmasıdır. Ancak bu beklentilerin danışanın şimdiki sorunları ile ilgili olanları bilişsel terapi için uygundur. Terapist bilişsel terapi ile ilgili yanlış anlayışları düzeltmeye ek olarak terapinin mantığını da anlatır. Eğer danışanın ilk oturuma gelmeden önce endişeleri ve karamsarlığı varsa, terapist onun bu düşüncelerinin neler olduğunu sorar ve elde ettiği bilgileri düşüncelerin duygular üzerindeki etkilerini göstermek için kullanır ve aynı olayla ilgili diğer düşüncelerin nasıl farklı duygulara yol açacağını gösterir (KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.251).

a- Davranışsal Teknikler

BECK ciddi derece depresyonlu kişilerde terapinin ilk dönemlerinde davranışsal tekniklerin kullanılmasının önemini özellikle vurgulamaktadır. Terapist aktivite düzeyindeki azalma, yetersizlik duygusu, cesaretsizlik, tatminde ve kendine saygıda azalma gibi depresif döngüyü kırmalıdır. Aktivitedeki artma tek başına yeterli bir sonuç olmamasına karşın bilişsel değişimi etkileyen bir araçtır. Davranışsal müdahalelerin sonuçları, depresif danışanın olumsuz beklentilerinin düzeltilmesine ve danışanın karamsarlığının onun hareketsizliğine nasıl katkıda bulunduğunu görebilmesine yardımcı olan güçlü bir delil olarak hizmet eder (KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.251).

Beck'in bilişsel terapisinde kullanılan davranışsal teknikleri RUSH (1982, s.192-204) ve Kanfer ve Goldstein (1986, s.251-254) şu şekilde açıklamıştır.

1-Çeşitli Aktivitelerin Programlanması (Scheduling Activities): Özellikle aktivitesi son derece az olan kişiler için terapistin danışan ile başlangıçta nisbeten kolay işleri kapsayacak şekilde saat saat günlük program yapmasıdır. Sonraki oturumda danışandan bu aktiviteleri yaparken ne tür duygu ve düşünceleri yaşadığını anlatması istenir ve bunlar tartışılır. Danışanın depresif duygu durumunu geçici bile olsa azaltan aktiviteler üzerinde durulur. Daha sonraları danışan her akşam bir sonraki gün için böyle planları kendi başına yapması için teşvik edilir. Aktivite programlaması büyük bir baskı ile yapılmamalı, tüm işlerin yapılmasının bir zorunluluk olmadığı ve bu yüzden danışanların endişe etmemeleri gerektiği belirtilmelidir. Danışanın başardıkları, “ben bir şey yapamıyorum” inancına karşı kanıtlar sağlar ve kendine zevk veren aktiviteleri görmüş olur.

2-Beceri ve Doyum Teknikleri (Mastery and Pleasure Techniques): Bazı depresyonlu kişiler bir çok iş yapmalarına karşın onlardan zevk almada ve bunlardan birer kişisel yeterlik duygusu çıkarmada başarısızdırlar. Ya bu aktivitelerini yaparken yaşadıkları olumlu duygulara yeterince dikkat etmemektedirler, ya da aktivite ile ilgili olumsuz düşünceleri böyle duygular yaşamalarını engellemektedir. Terapist tatmin veren olayların depresif duygu durumunu azaltmadaki rolünü danışana vurgulamalıdır.

Hoşagiden Olaylar Programı (Pleasant Events Schedule) gibi ölçme araçları terapistte danışan için beceriyi ve hoşlanma duygularını arttırmada kullanılacak aktivitelerin hangileri olduğuna karar vermede yardımcı olabilir. Danışandan her gün için planlanan aktiviteleri yaparken bunlara eşlik eden düşünce ve duygularını da belirtmesine ek olarak, her bir aktivite ile ilişkin doyumunu ve beceri duygusunu da 0'dan 5'e kadarki bir şekilde derecelendirmesi istenir. Bu şekildeki bir dereceleme danışanın her bir şeyi başarı-başarısızlık gibi uçlardan birine koymak yerine kısmi başarılarının farkına varmasına yardımcı olur. Bu işaretlemeleri yaparken danışanlara, ideal düzeyleri ya da kendilerinin eskiden yaptıkları en yüksek düzeyi temel almamaları, o durumdaki yeterlik düzeyini esas almaları söylenir. Böylece kişinin depresyon engelini rağmen bu işi yapabilmesi önemli bir başarı olarak görülür.

3-Derecelendirilmiş Görev Ödevleri (Graded Task Assignment): Danışanın anlamlı amaçları başarmada yetersiz olduğu şeklindeki inançlarını ortadan kaldırmak için ona başarabileceği kolay düzeylerden başlamak üzere bazı işlerle ilgili ödevlerin verilmesidir. Danışan görevi başardığında, terapist danışanın dikkatini bu başarıya ve onun sonuçlarına çeker ve başarının, danışanın becerisinin ve çabasının sonucu olduğunu söyler. Sonra ise terapist ve danışan daha zorlu görevlerin denenmesine geçerler. Bu ilerleyici başarı ve onun sonuçlarının tartışılması danışanın kendisi hakkında hep “kaybeden” şeklindeki imajını ortadan kaldırmasına yardımcı olur.

4-Bilişsel Prova (Cognitive Rehearsal): Bir görev ile ilgili ödevin yapılmasından önce, terapistin danışana bu görevi aşama aşama hayalinde yaptırmasıdır. Bu şekilde danışan bu görevin tamamlanmasını nelerin engelleyebileceğini görmüş olur. Terapist ve danışan her bir engeli aşma yollarını birlikte tartışır ve görevi tamamlarlar. Daha sonra danışan, her bir engeli de aşmayı içerecek şekilde görevi baştan sona hayali olarak tamamlar. Buna dayalı olarak da görev sonra gerçek hayatta yapılır.

5-Rol Oynama (Role Playing): Rol oynama, a)spesifik kişilerarası durumlardaki otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılmasında, b) bilişsel yapılandırmada ve c) danışanın yeni davranışları prova etmesinde kullanılır. Rol oynama model olma uygulamaları ile birlikte verilir. Bazen terapist, danışan karşılaştığı bir durumu tartışırken danışan ile rol değişimi yapar ve yüksek sesle düşünür. "Planlarımı gerçekleştiremiyorum, ben başarısız biriyim". Danışan da terapist olarak rol yapar ve böyle bir sonuca ulaşmanın uygun olmadığını daha iyi görmüş olur.

b- Bilişsel Teknikler

Bilişsel terapinin davranışsal tekniklerinin düzenlenmesi ve uygulanmasında danışanın da rolü olmasına karşın, terapist bu açıdan oldukça yönlendiricidir. Danışan aktivitelere isteksiz bile olsa terapist danışanı bir anlamda zorlar. Bilişsel tekniklerde terapist ve danışan problemlere neden olan dünyanın yanlış ve uyumsuz yorumlanması şeklindeki inançları ortaya çıkarmada ve ortadan kaldırmada birlikte çalışırlar. Beck buna "birlikte deneyiş" (collaborative Empiricism) demektedir (RUSH, 1982, s.184; CORSINI-WEDDING, 1989, s.301). Terapist ve danışan arasındaki eşitlikçi ilişkide empati, içtenlik ve ilgi çok önemlidir. Ancak bu özelliklerin uygun olmayan ve aşırı abartılı bir şekilde yapılması terapötik işbirliğini bozucu olabilir. Bu özellikler gereklidir ancak terapötik etki için tek başlarına yeterli değildir (RUSH, 1982, s.184).

Bilişsel terapinin bilişsel açıdan en önemli görevleri otomatik düşünceleri tanımlamak ve değiştirmek ile fonksiyonel olmayan varsayımları ortaya çıkarmak ve değiştirmektir. Bilişsel terapide ana terapötik araç, soru sormadır ve soru sormada tercih edilen teknik sokratik diyalogdur. Terapist, yeni öğrenmelerin sağlanması için dikkatle düzenlenmiş bir seri soru sorar. Terapistin soru sormasının amaçları genellikle şunlardır.

- a-Problemleri açıklamak ya da tanımlamak,
- b-Düşünceleri, imajları ve varsayımları tanımlamaya yardımcı olmak,
- c-Hasta için olayların anlamını incelemek,
- d-Uyumsuz düşünceler ve davranışların sonuçlarını değerlendirmektir.

Sokratik diyalog, terapistin sorularını temel alarak danışanın mantıki sonuçlara varmasına yardımcı olur. Soru sorma, hem terapistin danışanın görüş açısını anlamasını, hem de danışanın varsayımlarına savunucu olmayan ve objektif bir biçimde bakabilmesini sağlar (CORSINI-WEDDING, 1989, s.304).

BECK'in bilişsel terapisinde kullanılan bilişsel teknikler aşağıda açıklanmıştır (RUSH, 1982, s.192-204; KANFER-GOLDSTEIN, 1986, s.254-259).

1-Otomatik Düşünceleri Tanımlama (Identifying Automatic Thoughts): Terapist bunları tanımlamak için danışanı bu tür düşünceleri gözlemlemesi ve kayıt etmesi için eğitir. Öncelikle danışana otomatik düşüncelerin anlamının, kişinin aklına sözel ya da imaj şeklinde otomatik olarak gelen düşünceler olduğunu açıklar. Bu düşüncelerin bilinçlikte olduğunu ancak daha önceleri hiç dikkat edilmediğini belirtmelidir. Daha sonra ilgili durumlara göre bu otomatik düşünceleri toplama ve kayıdetmesi için danışana ev ödevi verir. Kayıt tutarken paralel sütunlar şeklinde, tarih, zaman, düşüncüyü ortaya çıkaran durum, otomatik düşünce ve onun duygusal sonucu yazılmalıdır. Danışan otomatik düşüncelerine nasıl cevap vereceğini öğrendikten sonra ise bunlara “mantıklı tepkiler ve sonuçları” sütunu da eklenir. Bu şekilde danışan orjinal otomatik düşüncesinin ve mantıklı tepkisinin altında yatan inançları ve mantıklı tepkinin duygu durumundaki etkisini görmüş olur.

Otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak için, kullanılan bir yol da “tümevarım türü sorgulama”dır. Diğer bir teknik ise, “rol oynama”dır. Olumsuz duygusal reaksiyonları ortaya çıkaran olaylar kişilerarası boyutta olduğu için rol oynama etkili bir tekniktir. Bu teknikte terapist olaydaki diğer kişiyi, danışan da kendini oynar.

2-Otomatik Düşünceleri Değiştirme (Modifying Automatic Thoughts): Terapist, sonraki oturumlarda otomatik düşünceler ile ilgili bu kayıtları ele alır ve danışana bu düşünceleri destekleyen kanıtlar hakkında soru sorar. Örneğin, kötü bir ebeveyn olduğunu söyleyen kişiye, bununla ilgili kanıtları sorar. “Eşin bu konuda ne düşünüyor?”, “Geçen ay içinde çocukların senden ne kadar sıklıkta şikayetçi oldular?” gibi.

Terapistin danışanın düşüncesinin altında yatan “Ben her konuda çok yeterli olmalıyım” şeklindeki yanlış inancı sorgulamadan önce, bu düşüncenin doğruluk derecesi üzerine odaklaşması son derece önemlidir. Eğer eşi ve çocukları kendisinin ebeveynlik becerilerinden devamlı olarak şikayetçi oluyorsa, terapist o olay ya da sonucun danışan için kişisel anlamını sormalıdır. “kötü bir ebeveyn olmak sözü ne anlam ifade ediyor?” gibi. Eğer o düşünce “ben değersizim” anlamına geliyorsa, terapist sonra danışanla birlikte bu kişisel anlamın gerçek temelini keşfederler. Bu anlam bir aşırı genelleme olarak görülür.

Otomatik düşüncelerin kişisel anlamlarını keşfeden terapist fonksiyonel olmayan şemalar hakkında da ipuçları elde edebilir. Fakat bu ikisi aynı şey değildir. “Benim kendime verdiğim değer, diğerlerinin benim beceri düzeyimi değerlendirmelerine bağlıdır” şeklinde aynı fonksiyonel olmayan şemaya sahip olan bir danışan “Ben iyi bir ebeveyn değilim, ancak becerikliyim, çünkü diğer kişiler benim büyük bir avukat olduğumu söylüyorlar” şeklinde bir düşünceye kişisel bir anlam veriyorsa, “ben iyi bir ebeveyn değilim” düşüncesi onu çok rahatsız etmeyebilir.

Otomatik düşünceleri kayıt ederken ve incelerken danışan gittikçe artan bir şekilde böyle bir düşüncenin ve yargının gerçek olmadığını görür. Bir otomatik düşünce ya da danışanın yüklediği kişisel anlamla ilgili veriler keşfedildikçe terapist, depresyondaki kişinin kendi durumuna uyarlaması için olayların değişik yorumlara açık olduğunu ve alternatif yorumlamaların olabileceğini danışana gösterir.

Olumsuz otomatik düşünceleri değiştirme teknikleri, a) yeniden atıfta bulunma (retribution) ve b) alternatif kavramlaştırma (alternative conceptualizations) dırılar. Yeniden atıfta bulunma, diğer ismi ile sorumsuzlaştırma (de-responsibilitizing) danışana olumsuz olayların utancının %100'ünü kendine vermesini durdurmada yardımcı olur. Bir durum ile ilgili gerçeklerin dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesi ile utancı yaratmada rolü olan diğer kaynakları da ortaya çıkartabilir. Danışan bunlara da atıf yaparak kendi suçluluğunu azaltır.

Alternatif kavramlaştırma, bir olayın daha uygun bir şekilde yeniden yorumlanması için kanıtları incelemeyi ve yeniden veriler toplamayı içerir. “Ben iyi bir ebeveyn değilim” diye düşünen bir danışana “belki sen iyi bir ebeveynsin, ancak aileden yeterince geribildirim alamıyorsun” şeklinde alternatif bir görüş sunabilir. Bu alternatif kavramlaştırmayı test etmek için, danışandan eşi ve çocukları ile görüşmesi ve onlara bu konuda neler düşündüklerini sorması istenir.

3-Fonksiyonel Olmayan Varsayımların (şemaların) Ortaya Çıkarılması [Uncovering Dysfunctional Assumption (Schemata)]: Sadece otomatik düşüncelerin değiştirilmesi uzun süreli bir değişimi sağlayamaz. Bunların altında yatan fonksiyonel olmayan varsayımların da ortaya çıkarılması ve değiştirilmesi gerekir. Bunların ortaya çıkarılması otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılmasından daha zordur. Bu varsayımları tanımlamanın yararlı bir yolu, bir çok danışanın otomatik düşüncelerinde ortak olan temaları aramaktır. Örneğin, “Ona kızmamalıyım” şeklindeki bir otomatik düşüncenin altında “tanışmış olduğum her kişiye mutluluk vermeliyim” şeklinde bir fonksiyonel olmayan varsayım yatıyor olabilir. Terapist bunu danışana test edilmesi gereken bir hipotez olarak sunar. Fonksiyonel olmayan varsayımlarla (şemaların) ilgili diğer ipuçları şunlardır.

a-Danışan tarafından gösterilen bilişsel çarpıtmanın türü:

Eğer danışan aşırı genelleme eğiliminde ise, onun altında ne tür bir varsayımın yattığının bulunması.

b-Danışanın sıklıkla kullandığı kelimeler, özellikle genel kelimeler:

Eğer danışan çoğu kişiyi, hareketi ya da durumu “aptal” olarak tanımlıyorsa, “beceri” ile ilgili fonksiyonel olmayan varsayımlara sahip olabilir.

c-Danışanın olumsuz otomatik düşüncelerini doğrulaması ya da bazen ortaya çıkan olumlu duygu durumları ile ilgili açıklamaları:

Duygu durumunda olan bu gelişme, eğer patronunun ona iyi sözler söylemiş olması ile açıklanıyorsa, bu mutluluk için diğerlerinin onayının gerekli olduğu şeklinde bir varsayımı yansıtabilir.

d-Diğerlerinin iyiliğine atf yapma:

“c” maddesinde belirtilene benzer bilgi ile ortaya çıkar. Örneğin, “arkadaşım mutlu çünkü evli” cümlesi, o kişinin kendini nasıl hissettiğinin diğerlerine bağlı olduğu anlamına gelebilir.

4-Fonksiyonel Olmayan Varsayımların Değiştirilmesi (Modifying Dysfunctional Assumptions): Fonksiyonel olmayan varsayımların değiştirilmesinde de otomatik düşüncelerin değiştirilmesinde kullanılan tekniklerden yararlanır. Bunlara ek olarak bazı özel teknikler de vardır. Çoğu fonksiyonel olmayan varsayımlar, aynı rasyonel emotif terapideki rasyonel olmayan inançlar gibi “meli”, “malı”lar şeklinde ortaya çıkar.

BECK, bunları ortadan kaldırmada bir araç olarak “tepki önlenmesi”ni (response prevention) önermektedir. Bu danışanın yapmak zorunda olduğuna inandığı bir tepkiyi yapmaması için zorlandığında ne olacağı ile ilgilidir. Danışan ne olacağını yordar, tepkisini önler, verileri toplar ve bu verilerin ışığında o kuralı değerlendirir.

Fonksiyonel olmayan varsayımı değiştirmek için en güçlü teknik, varsayıma karşı hareket etmektir. Ancak başka teknikler de vardır. Terapist danışana yanlış varsayımını devam ettirmenin ve bırakmanın avantaj ve dezavantajlarını hissettirir. Terapist ve danışan listeyi birlikte incelerler ve bilişsel çarpıtmaları düzeltmeye çalışırlar.

21. Araştırma Yayınları

Beck'in depresyona karşı geliştirmiş olduğu bilişsel yaklaşım, gerek kuramsal açıdan, gerek kişilik teorisi açısından ve gerekse de bilişsel terapinin uygulamadaki etkililiği açısından çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiştir.

DAUGHTRY ve KUNKUL (1993, s.316-323), kolej öğrencilerinde depresyon yaşantısının niteliği ve depresyon elementlerinin organizasyonunu anlamak için kavram haritalama (concept mapping) olarak adlandırılan bir alternatif yöntemsel yaklaşımın uygulamasına yönelik bir araştırma yapmışlardır. Kavram haritalama, bir popülasyonun içinde yaşanan bir olayın alanını, onu oluşturan özellikleri ve olayın yapısını açıklamada kullanılan yararlı bir yöntem olup, Martin ve arkadaşlarınca kullanılmış olan "bilişsel haritalama" ya bazı açılardan benzemekle birlikte farklıdır.

Araştırma, 78 kolej öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Öğrencilere araştırma öncesinde depresif belirtilerin varlığını belirlemekte kullanılan bir soru listesi (CES-D) uygulanmıştır. Öğrencilerden önce kendilerini en çok çökkün hissettikleri anı canlı bir şekilde hatırlamaları istenmiş, sonra ise öğrencilerden aşağıdaki soruları yazılı olarak cevaplandırmaları istenmiştir.

- a) Çökkün olmak neye benziyor?
- b) Çökkün olduğunuzun nasıl farkına vardınız?
- c) Çökkünlükle başedebilmek için ne yaptınız?

Öğrencilerce verilen cevaplar birbirlerinden bağımsız bir şekilde beş uzman tarafından incelenmiştir. Cevaplar anlamlı üniteler haline getirilmiş ve sonuçta depresyonla ilgili 81 niteliksel tanımı içeren bir liste hazırlanmıştır. İlk uygulamadan iki hafta sonra öğrencilere depresyonun farklı niteliksel tanımını içeren 81 kart verilerek, bunları gördükleri ortak özelliklere göre kümelemeleri istenmiştir. Bu 81 madde bir dereceleme ölçeği haline getirilmiş ve öğrencilerden bu ölçekte belirtilen maddelerin, yaşadıkları depresyonu ne kadar iyi ifade ettiklerini 1. Hiç'ten, 4. Çok iyi'ye kadar ki bir ranjda işaretlemeleri istenmiştir. En son olarak öğrencilere CES-D depresyon ölçeği bir kez daha uygulanmıştır. Sonuçta maddeler aşağıda belirtilen 8 ana kümede toplanmıştır. Bunlar;

- 1- Çaresizlik, ümitsizlik,
- 2- Yüklenmişlik,
- 3- İçsel kaos,
- 4- Yabancılaşma,
- 5- Kişisel yetersizlik,
- 6- Negatif beklentiler,

- 7- Kişilerarası düşmanlık,
- 8- Depresyonla bağdaşmayan belirtilerdir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, depresyonun çok yönlü etkilerden kaynaklanan bir yaşantı olduğunu ve farklı teorik formülasyonlara uygun olan çeşitli fenomenolojik yapılardan oluştuğunu göstermiştir. Örneğin, çaresizlik, ümitsizlik ile yabancılaşma kümelerindeki maddeler arası yakınlık, depresyonun bilişsel modellerinde belirtilen öğrenilmiş çaresizlik ve bilişlerdeki bozulmanın rolünü desteklemektedir. Ancak bulgular, depresyonu ölçmek için geliştirilecek araçların sadece araştırmacıların kendi teorik görüşlerine uygun yapı ve özellikleri içermemelerini, depresyonun çok yönlülüğünü düşünerek kavram ve yapıları genişletmeleri gerektiğini de göstermiştir.

BECK'in bilişsel terapisinde önemli bir kavram olan depresif şemalar ile ilgili araştırmalar iki ana boyutta yapılmıştır. Birinci boyuttaki araştırmalar negatif otomatik düşünceler ile fonksiyonel olmayan tutumların ölçülmesi üzerine odaklanmışlardır. Araştırma sonuçları, bunlar ile depresif semptomlar arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğunu ve depresyonun tedavisi ile bunlarda da azalmalar olduğunu ortaya çıkarmıştır. İkinci boyuttaki araştırmalar ise hatırlama ve reaksiyon süresi gibi kendi hakkındaki bilgi süreçlendirmesi üzerine önem vermişlerdir. Araştırma sonuçları, kişilerin kendileri ile ilgili negatif bilgileri ve olumsuz değer hükümlerini olumlulara kıyasla daha çok ve daha hızlı hatırladıklarını göstermiştir (PACE-DIXON, 1993, s.288).

DERRY ve KUIPER (1981, s.286-297), depresyonda olan hastalar, depresif olmayan hastalar ve depresif olmayan normal kişiler üzerinde yaptıkları araştırmada, tüm deneklere yarısı depresyonla ilgili, yarısı ise ilgili olmayan bir sıfatlar listesindeki kelimeleri tek tek okumuşlar ve deneklerden bu sıfatların herbirinin kendilerini tanımlayıp tanımlamadıklarını önlerindeki evet ya da hayır tuşlarına basarak belirtmelerini istemişlerdir. Araştırmacılar depresyonlu hastaların depresyon ile ilgili kelimeleri daha fazla hatırlayacaklarını tahmin etmişlerdir. Çünkü onlar bu bilgileri depresif şema yoluyla süreçlendireceklerdir. Depresyondaki hastalar depresyon ile ilgili sıfatların %41'ini, ilgili olmayan sıfatların ise %16'sını hatırlamışlar; depresif olmayan hastalar depresyonla ilgili sıfatların %18'ini, ilgili olmayanların ise %36'sını hatırlamışlar; depresif olmayan normal kişiler depresyonla ilgili sıfatların %8'ini, ilgili olmayanların ise %43'ünü hatırlamışlardır. Bu sonuçlar, araştırmacıların tahminlerini desteklemiştir.

CLARK, BECK, BROWN (1989) ve INGRAM, KENDAL, SMITH, DONNEL ve RONAN (1987) tarafından yapılan depresif şema araştırmalarında depresyonlu kişilerin bilgileri genel negatif şemaya göre değil, depresif şemaya göre süreçlendirdikleri

belirtilmiştir. Örneğin, depresyonla ilişkin kelimeleri, panikleme, endişelenmek gibi panik ve anksiyete ile ilgili kelimelerden daha iyi hatırlamışlardır (BURGER, 1993, s.519).

Depresif şema teorisine göre, depresyonlu kişiler hoş olmayan, depresyona yolaçan geçmiş yaşantıları, hoş olan geçmiş yaşantılara kıyasla daha fazla hatırlarlar. Depresyonda olmayan kişiler için ise bunun tersi geçerlidir. CLARK ve TEASDALE (1982, s.87-95), depresif hatıraların çabuk hatırlanmalarını gösteren deneylerinde depresyonlu hastalara tren, buz, ağaç vb. kelimelerden oluşan bir liste vermişler ve bu kelimelerle ilgili gerçek yaşantılarını hatırlamalarını istemişlerdir. Örneğin bir hasta treni kaçırmış olduğu bir yaşantısını hatırlamıştır. Hastalar daha sonra bir kez özellikle depresif duygular hissettiklerinde, bir kez de daha az depresif duygular hissettiklerinde test edilmişlerdir. Sonuçta hastalar; daha depresif duygular hissettiklerinde mutlu yaşantıları %37.7 oranında, mutsuz yaşantıları %52.3 oranında hatırlamışlar; daha az depresif duygular hissettiklerinde ise mutlu yaşantıları %51.1 oranında, mutsuz yaşantıları ise %36.7 oranında hatırlamışlardır. Bu sonuçlar, depresif şemaların hoş olmayan yaşantıları daha kolay hatırlamasını sağladığını göstermiştir.

MOILANEN (1993, s.340-347), depresif bilgi süreçlendirmesini ortaya çıkarmak için 107 kolej öğrencisi üzerinde bir araştırma yapmıştır. Araştırmada Beck Depresyon Envanteri (BDI), fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS) ve kısa bir demografik bilgi formu uygulanmış, öğrencilerin kendileri ile ilgili pozitif ve negatif ifadeleri hatırlamalarını da ölçmüştür.

Öğrencilerin Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen depresyon puanları, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile ölçülen bilişsel incinirlik (vulnerability) puanları ve kendileri ile ilgili pozitif ve negatif ifadeleri hatırlama puanları arasındaki ilişkiler kanonikal korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları, öğrencilerin depresyon ve fonksiyonel olmayan tutumları ile onların olumlu ve olumsuz ifadeleri hatırlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Öğrencilerin depresif durumlarının onların kendileri ile ilgili olumsuz bilgi süreçlendirmeleri ile tutarlı bir ilişki göstermesi, Beck'in depresyonla ilgili bilişsel teorisini desteklemektedir. Ancak öğrencilerin olumsuz kişisel bilgi süreçlendirmelerinin, onların bilişsel incinirlik düzeyleri ile tutarlı bir ilişki içinde olmadığı da göstermiştir.

Etkin olarak problem çözememek de, strese ve depresyona yol açmaktadır. BANDURA, MEICHENBAUM, HEPPNER ve PETERSON gibi araştırmacılar kişinin problem durumlarını çözümlene yeteneğinin bilişsel olarak değerlendirmesi üzerine büyük önem vermişlerdir. Literatür incelendiğinde, depresyon ile problem çözme yeteneğinin bilişsel değerlendirmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen en az 22 araştırma görülmüştür. Bu ilişki

çok değişik popölasyonlarda incelenmiştir. Bu çalışmalar, problem çözme yeteneğinin yetersiz olarak algılanmasındaki artış ile depresif semptomlardaki artış arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Depresif hastalarda problem çözme terapisinin etkinliği de araştırılmış ve bulgular problem çözme terapisinin hem depresyonu azaltmada, hem de problem çözme yeteneğinin değerlendirilmesindeki eksiklikleri ortadan kaldırmada etkin olduğunu göstermiştir (DIXON ve diğerleri, 1993, s.357).

DIXON, HAPPER, BURNETT, ANDERSON ve WOOD (1993, s.357-364), Amerika Birleşik Devletlerinin bir orta-batı üniversitesinde psikolojiye giriş dersi alan 277 öğrenci üzerinde yaptıkları araştırmada depresif semptomların nedeni, unsuru ve sonucu açısından problem çözme becerilerinin kişi tarafından değerlendirme biçimini incelemişlerdir. Bu öğrencilere Problem Çözme Envanteri (PSI) ve Beck Depresyon Envanteri (BDI) uygulanmış, aynı envanterler dokuz hafta sonra tekrar uygulanmıştır.

Araştırma bulguları; kişinin problem çözme becerilerini yetersiz olarak değerlendirmesinin ileride depresif semptomları ortaya çıkarabilecek bir neden olduğunu ve halihazır depresyonun bir unsuru olduğunu, fakat eski depresif semptomların sonucu olmadığını göstermiştir.

PRIESTER ve CLUM (1993, s.78-85), Amerika Birleşik Devletlerinde Virginia Devlet Üniversitesi ve Politeknik Enstitüsü öğrencilerinden oluşan 399 öğrenci üzerinde yaptıkları araştırmada üniversite popölasyonunda depresyonun, ümitsizliğin ve intihar düşüncelerinin yordayıcısı olarak algılanan problem çözme yeteneğini incelemişlerdir. Araştırmada Beck Depresyon Envanteri (BDI), Beck Ümitsizlik Ölçeği (BHS), Beck'in İntihar Düşüncesi Envanteri (SSI), Problem Çözme Envanteri (PSI) ve Yaşam Deneyimleri Ölçeği (LES) olarak beş ölçme aracı kullanılmıştır. Öğrencilerin problem çözme yetenekleri ölçüldükten sonra öğrencilere verilen soru listesindeki zorlayıcı olaylar ve sınavdan alınan başarısızlık notu gibi doğal stres yaratıcı bir olay sonunda öğrencilerin depresyon, ümitsizlik ve intihar düşünceleri ölçülmüş ve aralarındaki etkileşimler incelenmiştir.

Bu araştırmanın sonuçları; stres-depresyon ve stres-ümitsizlik arasında araya giren bir faktör olarak problem çözme yeteneğinin değerlendirilmesinin, özellikle bu konuda yeteneklere güvenmenin önemini desteklemektedir. Problem çözme yeteneğine güvenin, kişinin karşılaşacağı yeni stres yaratıcı durumların etkisini azaltacağı, depresyon ve ümitsizlik düzeyini çok az arttıracığı bulunmuştur. Bu araştırmanın önemli bulgusu, problem çözme yeteneğini algılamanın depresyon ve ümitsizlikle ilgili olmasına karşın, intihar düşüncesi ile ilgili olmayışdır.

UZUNÖZ (1990, s.30-41) de, öğrenilmiş çaresizlik modelinin depresif kişilerde bir çaba yetersizliği bulunduğuna ilişkin görüşünü test etmek amacıyla düzenlediği

araştırmasında, 20 depresif olan ve 20 depresif olmayan kız ve erkek denekten çözümlü ve çözümsüz problemleri içeren iki ayrı yolu bir şehir haritası üzerine çizmelerini istemiştir. Deneklerin söz konusu yolları çizerken harcadıkları süreler arasındaki farklılık varyans analizi ile incelenmiştir. Bulgular, depresif olan ve olmayan deneklerin çözümlü yolda harcadıkları süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermesine karşın, depresif olmayanlara oranla, depresif deneklerin çözümsüz yolu çizmekten daha kısa sürede vazgeçtiklerini göstermiştir. Bu bulgular, öğrenilmiş çaresizlik modelinin depresif kişilerde çabasal bir yetersizlik bulunduğuna ilişkin görüşünü desteklemekle birlikte, aynı zamanda depresif deneklerin çabasal yetersizliklerinin problemlerin güçlük derecesine bağlı olarak değiştiğini de göstermektedir.

STANGLER, bir üniversite örnekleminde DSM-III'e göre psikiyatri tanımlarını taradığı araştırmasında yaş ortalaması 25.4 olan 500 öğrencide uyum bozukluklarından sonra gelen en önemli sorunun affektif bozukluklar olduğunu bulmuştur. Depresif semptomların üniversite öğrencileri grubunda tanısal varyansın büyük bir kısmını oluşturduğu ve bu bulgunun, daha önce üniversite öğrencileri üzerinde yapılan akıl sağlığı çalışmaları sonuçları ile tutarlı olduğu belirtilmiştir. AYTAR ve ERKMAN (1985) da 306 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada, öğrencilerin %18'inde klinik depresyon belirtileri bulmuşlardır (HİSLİ, 1989, s.3-4).

AYDIN (1988, s.6-7), üniversite öğrencilerinde depresyon, açıklama biçimi ve akademik başarı ilişkisini Orta Doğu Teknik Üniversitesinin çeşitli fakültelerinin altı bölümünde okuyan 439 kız ve 359 erkek öğrenci üzerinde araştırmıştır. Bulgular, depresif açıklama biçiminin görünüm sıklığının %15.66 olduğunu göstermiştir. Depresif belirtiler ile depresif açıklama biçimi arasında manidar düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, akademik açıdan başarısız olan deneklerin başarılı olanlara oranla, birinci sınıf öğrencilerinin ise diğer sınıflardaki öğrencilere oranla daha fazla depresif oldukları anlaşılmıştır. Öğrencilerdeki depresif belirtiler cinsiyete bağlı bir değişme göstermemiştir. Depresif açıklama biçimi ile akademik başarı arasında ise çok kesin bir ilişki saptanamamıştır.

Depresyonu ölçmek için geliştirilmiş bir çok ölçme aracı bulunmaktadır. Bunlar içinde en çok kullanılanlar, Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği ve Hamilton Depresyon Dereceleme Ölçeğidirler. Lambert (1986, s.54-59), genellikle kullanılan depresyon ölçüm araçlarını a) içerdikleri depresif semptomların genişliği ve derinliği, b) içsel ve dışsal bakış açılarına verilen öncelik gibi iki boyutta incelemiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nce 1980'de yayınlanmış olan DSM-III'de belirtilen dokuz ölçüte göre Beck Depresyon Envanteri (BDI), Hamilton Depresyon Dereceleme Ölçeği (HRS-D) ve Zung Depresyon Ölçeği (ZSRS) üzerinde bir içerik analizi yapmış, her bir ölçme aracının bu ölçütlere ilişkin maddeler içerip içermedikleri değerlendirilmiştir. Sonuçta; BDI'nin bu

ölçütlerden altısına tam olarak uyduğu, HIR-D'nin beşine tamamen ikisine kısmen uyduğu, ZSRS'nin ise beşine tamamen uyduğu ortaya çıkmıştır.

HİSLİ (1988, s.118-126), Beck Depresyon Envanterinin, Türk poliklinik hastaları üzerinde geçerliğini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada birlikte geçerlik yöntemini kullanmış ve daha önce Savaşır tarafından Türkiye için standardizasyonu yapılmış olan MMPI'nin depresyon (D) alt ölçeğini kriter olarak almıştır. Araştırmanın örneklemini 63 psikiyatri polikliniği hastası oluşturmuştur. Hastalar tanılar açısından %41 nevroz, %37 depresyon, %17 psikoz ve diğerleri de uyum bozukluğu şeklinde farklılaşmışlardır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, BDI ve MMPI-D alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı $r = 0.63$ olarak bulunmuştur. Bu bulgu, batıda aynı kriterler ile yapılmış birlikte geçerlik çalışmalarıyla uyumaktadır. BDI puan ortalamalarının cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerine göre değişmediği görülmüştür. BDI'de klinik depresyonu belirlemek için kabul edilen 17 puanlık kesme noktasının bu araştırma örneklemini için de geçerli olduğu sonucuna varılmıştır.

HİSLİ (1988, s.3-13), Beck Depresyon Envanterinin Türk üniversite öğrencileri üzerinde de geçerlik çalışması yapmıştır. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesinin çeşitli bölümlerinde okuyan 17-23 yaşlar arasında 259 öğrenciye Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D alt ölçeğini uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonuçları iki ölçek arası korelasyon katsayısı $r = 0.50$ çıkmıştır. Bu sonucun yurtdışında aynı kriter ile yapılmış olan birlikte geçerlik çalışmaları ile uyduğu görülmüştür. Bu çalışmada envanterin bulunan faktör yapısının batı üniversite öğrencileriyle yapılmış olan çalışmalarda elde edilen faktör yapısına benzediği bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanterinin Türkiye'de güvenilirlik çalışmaları Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır. Tegin, envanterin 30 hasta ve 40 normal öğrenci üzerinde yarıya bölme yöntemi ile yaptığı güvenilirlik çalışmasında korelasyon katsayılarını hastalarda $r = 0.61$, normal öğrencilerde $r = 0.78$ olarak, 40 normal öğrenci üzerinde test-retest yöntemi ile de korelasyon katsayısını $r = 0.65$ bulmuştur. Hisli, envanterin 259 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada güvenilirlik katsayılarını madde analizi yöntemi ile $r = 0.80$, yarıya bölme yöntemi ile de $r = 0.74$ olarak bulmuştur (HİSLİ, 1989, s.3-5).

Araştırmada kullanılan iki ölçek olan Zung Depresyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan CEYHUN ve AKÇA (1994, s.20-26), 258'i kadın ve 242'si erkek olan ve Ankara'daki üniversite hastanelerinin psikiyatri polikliniklerine anksiyete ve somatoform bozukluklar nedeniyle başvuran ya da diğer polikliniklere organik bozukluklar nedeniyle başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 500 hasta ve 300'ü kadın ve 200'ü erkek olan devlet dairelerinde çalışmakta ya da üniversite öğrencisi olan 500 sağlıklı kişiye Zung Depresyon Ölçeğini ve MMPI-D alt ölçeğini uygulamışlardır. Bu geçerlik çalışmasına ek

olarak, Zung Depresyon Ölçeğini 60 kişilik bir gruba bir ay süre ile iki kez uygulayarak test-retest yöntemi ile güvenilirlik çalışmasını da yapmışlardır. Bulgular, gerek kadınlarda, gerekse erkeklerde sağlıklı ve hasta grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunduğunu ($p < 0.001$) ortaya çıkarmıştır. Bu fark ölçeğin bu iki grubu ayırdığını göstermiştir. Ölçeğin MMPI-D alt ölçeği ile gösterdiği korelasyon katsayıları ise, sağlıklı grup için $r = 0.63$, hasta grup için $r = 0.58$ olarak bulunmuştur. Güvenirlik katsayısı ise, $r = 0.73$ ($p < 0.001$) olmuştur. Bu sonuçlar, Zung Depresyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bilişsel terapinin etkililiği üzerine yapmış oldukları araştırmalarda PACE ve DIXON (1995, s.288-294), bilişsel terapi sonucunda depresif semptomlarda ve depresif şemalarda ortaya çıkan değişiklikleri incelemişlerdir. Araştırmalarında 226 üniversite öğrencisine Beck Depresyon Envanteri uygulamışlardır. Hafif ve orta dereceli depresyonu olan 89 kişiyi araştırmaya dahil etmişler ve bunlardan deney ve kontrol grubu oluşturmuşlardır. Tüm gruplara deney öncesi, deney sonrası ve bir aylık takip sonrası olmak üzere depresif semptomları ölçmek için Beck Depresyon Envanteri, depresif şemaları ölçmek için ise Kendi İle İlgili Hükümler Listesi uygulanmış ve bu hükümleri hatırlama ölçümleri ve hatırlama süresi kayıtları yapılmıştır. Daha sonra deney grubundaki öğrencilere 7 bilişsel terapist tarafından haftada 1-2 kez, 45 dakikalık oturumlarda, 4-7 hafta süren 6-8 oturumluk bireysel terapi uygulanmış, kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

Araştırma sonuçları; kısa süreli bilişsel terapinin hafif ve orta düzeydeki depresyon semptomlarını, kendi ile ilgili olumsuz hükümleri ve bunları hatırlama oranlarını azalttığını göstermiştir. Ancak, reaksiyon süresi açısından gruplar arasında bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu, reaksiyon süresinin terapiden etkilenmediğini, depresif şemaların içeriğine ek olarak başka faktörler tarafından da etkilenebilen daha kompleks bir değişken olabileceğini göstermiştir.

Bilişsel terapinin, antidepresyon ilaç tedavisi ile etkinlik açısından karşılaştırılmasını içeren bir çok araştırma yapılmıştır. Sadece bilişsel terapinin, sadece ilaç tedavisine kıyasla daha etkin olduğu ya da eşit etkinlikte olduğu bulunmuştur. Sadece ilaç tedavisi ile bilişsel terapi ve ilaç tedavisi kombinasyonunun etkinliğinin karşılaştırıldığı altı araştırmadan ikisinin bulguları eşit etkinlikte olduklarını, dördünün bulguları ise kombine tedavinin daha etkin olduğunu göstermiştir. Sadece bilişsel terapi ile bilişsel terapi ve ilaç tedavisi kombinasyonunun karşılaştırılmasını içeren altı araştırmanın beşinde her ikisinin eşit etkinlikte olduğu, birinde ise kombine tedavinin sadece bilişsel terapiye kıyasla daha üstün olduğu bulunmuştur. Tedavinin bitiminden üç aydan iki yıla kadar yapılan takip çalışmaları, bilişsel terapinin ilaç tedavisine kıyasla daha uzun süreli etkisinin olduğunu göstermiştir (CORSINI, 1989, s.291).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

31. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, önce betimsel (descriptive) ve sonra deneysel (experimental) yöntem olmak üzere iki tür yöntem kullanılarak yapılmıştır.

Betimsel yöntem, olayların, objelerin, varlıkların, kurumların, grupların ve çeşitli alanların “ne” olduğunu açıklamak için kullanılır. Bu yöntem ile mevcut şartlar ve özellikler aynen ortaya konmaya çalışılır (KAPTAN, 1973, s.175; KAPTAN, 1991, s.59).

Deneysel yöntem, dikkatle kontrol edilmiş koşullar altında belirli bir etkiye, harekete karşılık nasıl bir tepkinin, davranışın meydana geleceğini saptamaya yönelmiş bir süreçtir (KAPTAN, 1973, s.199; KAPTAN, 1991, s.74).

Araştırmanın birinci amacı olan öğrencilerde depresyonun ne oranda görüldüğünün belirlenmesi ve depresyon düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi betimsel yöntemle yapılmıştır. Bir etki-sonuç ilişkisi arandığı için araştırmanın ikinci amacı olan Beck'in bilişsel terapisinin çeşitli düzeylerdeki depresyonu gidermedeki etkisinin incelenmesi ise deneysel yöntem ile yapılmıştır.

Araştırmanın deneysel yöntemle yapılan kısmında kullanılan deneysel desen, ön-test son-test kontrol-grup desendir.

32. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesinin Fen Bilimleri Eğitimi Bölümü Fizik Öğretmenliği, Kimya Öğretmenliği, Matematik Öğretmenliği, Biyoloji Öğretmenliği Anabilim Dallarının; Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü Tarih Öğretmenliği ve Coğrafya Öğretmenliği Anabilim Dallarının, Türk Dili ve Edebiyatı Eğitimi Bölümünün, Eğitim Bilimleri Eğitimi Bölümü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalının, Resim-İş Eğitimi Bölümünün, Müzik Eğitimi Bölümünün, Beden Eğitimi ve Spor Bölümünün ve Sınıf Öğretmenliği Bölümünün I., II., III. ve IV. sınıflarında okumakta olan 1219'u kız ve 1875'i erkek olmak üzere toplam 3094 öğrenci oluşturmaktadır. Öğrencilerin program, sınıf ve cinsiyet değişkenlerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo: 1

Evrendeki Öğrencilerin Program, Sınıf ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

SINIFLAR	I			II			III			IV			TOPLAM		
	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T
BÖLÜMLER															
Coğrafya Öğretmenliği	12	40	52	18	40	58	14	39	53	13	39	52	57	158	215
Tarih Öğretmenliği	27	47	74	25	53	78	20	52	72	27	46	73	99	198	297
Biyoloji Öğretmenliği	35	37	72	37	36	73	34	33	67	29	39	68	135	145	280
Fizik Öğretmenliği	24	48	72	26	47	73	16	49	65	13	52	65	79	196	275
Kimya Öğretmenliği	38	34	72	42	31	73	30	32	62	31	38	69	141	135	276
Matematik Öğretmenliği	23	49	72	29	48	77	25	36	61	26	38	64	103	171	274
Edebiyat Öğretmenliği	22	50	72	21	53	74	28	47	75	23	47	70	94	197	291
Reh. ve Psk. Dan.	18	34	52	20	42	62	20	30	50	28	23	51	86	129	215
Resim-İş Öğretmenliği	20	21	41	30	16	46	20	21	41	20	11	31	90	69	159
Müzik Öğretmenliği	35	13	48	26	15	41	33	16	49	26	16	42	120	60	180
Beden Eğt. ve Spor Öğr	34	64	98	12	94	106	24	61	85	22	55	77	92	274	366
Sınıf Öğretmenliği	31	33	64	33	34	67	28	41	69	31	35	66	123	143	266
TOPLAM	319	470	789	319	509	824	292	457	749	289	439	728	1219	1875	3094

Bu evrenden ne kadar büyüklükte bir örneklem seçilirse temsil düzeyinin yeterli olacağı sorununun cevabını bulmak için, evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğünü hesaplama formülü ile yapılan işlem sonucu örneklem büyüklüğü 606 öğrenci olarak belirlenmiştir. Formül aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{Nt^2 \cdot \sigma^2}{d^2(N-1) + t^2 \cdot \sigma^2}$$

Kaynak: SÜMBÜLOĞLU, 1978, s.69

Hesaplama yapılırken evren standart sapması $\sigma = 14$, güven düzeyi 0.95 ve bunun karşılığı $t = 1.96$, sapma miktarı ise $d = 1$ olarak alınmıştır. Daha sonra bölüm, anabilim dalı, sınıf ve cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak, örneklem grubuna her bölümün her programının her sınıfından kaç kız ve kaç erkek öğrenci alınacağını belirlemesine geçilmiş ve buna en uygun örnekleme yöntemi olan “Tabakalı Tesadüfi Örnekleme” (Stratified Random Sampling) yöntemi ile her bölümden, bölümün varsa her Anabilim Dalından, her Anabilim Dalının her sınıfından kaç kız, kaç erkek öğrenci alınacağı bulunmuştur. Alınacak öğrencilerin seçimi tamamen tesadüfi olarak yapılmış ve örneklem grubu oluşturulmuştur. Örneklem grubuna giren öğrencilerin program, sınıf ve cinsiyet değişkenlerine göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo: 2

Örneklem Grubundaki Öğrencilerin Program, Sınıf ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Dağılımları

SINIFLAR	I			II			III			IV			TOPLAM		
	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T	K	E	T
BÖLÜMLER															
Coğrafya Öğretmenliği	2	8	10	3	8	11	3	8	11	2		10	10	32	42
Tarih Öğretmenliği	5	9	14	5	11	16	4	10	14	5	8	14	19	39	58
Biyoloji Öğretmenliği	7	7	14	7	7	14	7	6	13	6	9	14	27	28	55
Fizik Öğretmenliği	5	9	14	5	9	14	3	10	13	3	8	13	16	38	54
Kimya Öğretmenliği	7	7	14	8	6	14	6	6	12	6	10	14	27	27	54
Matematik Öğretmenliği	5	9	14	6	9	15	5	7	12	5	8	13	21	33	54
Edebiyat Öğretmenliği	4	10	14	4	10	14	6	9	15	5	9	14	19	38	57
Reh. ve Psk. Dan.	3	7	10	4	8	12	4	6	10	5	5	10	16	26	42
Resim-İş Öğretmenliği	4	4	8	6	3	9	4	4	8	4	2	6	18	13	31
Müzik Öğretmenliği	7	2	9	5	3	8	7	3	10	5	3	8	24	11	35
Bede Eğt. ve Spor Öğr.	7	12	19	3	18	21	5	12	17	4	11	15	19	53	72
Sınıf Öğretmenliği	6	7	13	6	7	13	5	8	13	6	7	13	23	29	52
TOPLAM	62	91	153	62	99	161	59	89	148	56	88	144	239	367	606

33. Araştırmanın İşlem Yolu

Örnekleme grubu belirlendikten sonra betimsel yöntem kullanılarak örnekleme giren tüm öğrencilere Beck Depresyon Envanteri ve araştırmacı tarafından depresyonun incelenmesi düşünülen değişkenler hakkında bilgi alma amacıyla geliştirilmiş olan Bilgi Formu uygulandı. Envanterin puanlaması yapıldı, depresyonu olmayan, hafif, orta ve ciddi derecede depresyonlu olan öğrenciler belirlendi. Öğrencilere bireysel ve grupla psikolojik danışma hizmeti verileceği duyuruldu ve gönüllü olarak katılmak isteyenlerin araştırmacıya başvurmaları istendi. Bu aşamadan itibaren deneysel yönetime geçildi ve grupların oluşturulmasına başlandı. Başvuranlar içinde tamamen tesadüfi olarak bireysel danışmalar için hafif, orta ve ciddi derecede depresyonlulardan birer kız ve birer erkek öğrenci olmak üzere 6 öğrenci seçildi. Yine gönüllüler içinden grupla danışmalar için, her depresyon derecesinden 8'er kız ve 8'er erkek öğrenci olmak üzere toplam 48 öğrenci seçildi. Her derece için seçilen 16'şar öğrenci, 4'er kız ve 4'er erkek toplam 8 öğrenciden olmak üzere tesadüfen iki gruba ayrıldılar ve yine tesadüfi olarak bu gruplardan biri o derece için deney grubu, diğeri ise kontrol grubu olarak belirlendi. Bu işlem sonucunda; hafif depresyon derecesi için bir deney ve bir kontrol, orta depresyon derecesi için bir deney ve bir kontrol ve ciddi depresyon derecesi için bir deney ve bir kontrol grubu olmak üzere toplam 6 grup oluşturuldu.

Hem BECK'in bilişsel terapisinin bireysel olarak uygulanacağı öğrencilere ve hem de grup terapisi şeklinde uygulanacağı deney gruplarındaki öğrenciler ile uygulama yapılmayacak olan kontrol gruplarındaki öğrencilere deney öncesinde Zung Depresyon Ölçeği de (Zung Self-rating Depression Scale) uygulandı. Bundan sonra bireysel psikoterapideki öğrencilere ve deney gruplarındaki öğrencilere haftada iki kez olmak üzere beş hafta boyunca toplam 10 oturum Beck'in bilişsel terapisi uygulandı. Bu arada kontrol gruplarındaki öğrencilere herhangi bir psikolojik yardım hizmeti verilmedi.

Bilişsel terapi uygulamalarının bitiminden sonra bireysel ve grup psikoterapisi uygulanan ve kontrol gruplarında olup herhangi bir yardım almayan tüm öğrencilere Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği bir kez daha uygulandı.

Grup uygulamasında kullanılan deneysel desenin açılımı aşağıda sunulmuştur.

Hafif Derecede Depresyon	R G ₁ T ₁	D ₁	T ₂
	R G ₂ T ₃		T ₄
Orta Derecede Depresyon	R G ₃ T ₅	D ₂	T ₆
	R G ₄ T ₇		T ₈
Ciddi Derecede Depresyon	R G ₅ T ₉	D ₃	T ₁₀
	R G ₆ T ₁₁		T ₁₂

330. Terapi Uygulamaları

Bilişsel terapi uygulamalarında hem bireysel ve hem de grupla yapılan terapilerde, ilk oturumlarda danışanların sorunları ve terapiye ilişkin beklentileri üzerinde duruldu ve bilişsel terapinin niteliği üzerinde konuşuldu. Kabul, saygı, içtenlik, empati gibi olumlu danışman tutumları ortaya konuldu ve danışanlara iletilmesine önem verildi.

Sonraki oturumlarda ciddi derecede depresyonu olan danışanların terapisine çeşitli aktiviteler programlanması tekniği ile başlanılarak onu takiben 29., 30. ve 31. sayfalarda açıklanmış olan diğer davranışsal teknikler kullanılarak devam edildi. Bu arada yeri geldiğinde danışanın depresyon yaşamasına neden olan olumsuz otomatik düşüncelerinin ve fonksiyonel olmayan varsayımlarının ortaya çıkarılması ve tanımlanması için bilişsel teknikler kullanıldı. Bunların değiştirilmesi için de yeniden atıfta bulunma, alternatif kavramlaştırma, tepki önlenmesi, bilişsel çarpıtmaların devam ettirilmesi veya bırakılmasının avantaj ve dezavantajlarını içeren listelerin tartışılması gibi bilişsel teknikler ile bilişsel prova ve rol oynama gibi davranışsal teknikler kullanıldı. Hemen hemen her oturumun sonunda danışanlara ev ödevleri verildi.

Hafif ve orta derecede depresyonu olan danışanların terapisinde ise sonraki oturumlarda ağırlıklı olarak bilişsel teknikler kullanıldı, gerektiğinde uygun davranışsal tekniklerden yararlandı ve ev ödevleri verildi.

34. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler üç ölçme aracı ile toplanmıştır. Bunlar, araştırmacı tarafından geliştirilen Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeğidir.

340. Bilgi Formu

Çeşitli değişkenlere göre depresyon düzeylerinin incelenmesi için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan bilgi formu, yedi sorudan oluşmuştur. Bu sorular öğrencinin, adı-soyadı, okuduğu bölüm-anabilim dalı ve sınıfı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik düzeyi ve geldiği yer (kentsel-kırsal) ile ilgili bilgileri içermekteydi.

341. Beck Depresyon Envanteri

BECK tarafından geliştirilmiş olan bu envanter, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme türü ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Envanterdeki her bir madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört ayrı cümle ile dört derecelik kendini değerlendirmeyi içermektedir. Sıfırdan üçe kadar depresyon belirtisinin ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler depresyonun nedenlerine değil, görünümüne ilişkindir. Bu belirtiler; depresif duygu durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (HİSLİ, 1988, s.118).

LAMBERT (1986, s.54-59), genellikle kullanılan depresyon ölçüm araçlarını a) içerdikleri depresif semptomların genişliği ve derinliği, b) içsel ve dışsal bakış açılarına verilen öncelik boyutlarında incelenmiştir. Her bir ölçme aracının DSM-III'deki depresyon ölçütleri olan; olumsuz duygu durumu (disfori), değersizlik ve suçluluk duyguları, ölüm ve intihar düşünceleri, düşünme ve konsantrasyon güçlüğü, iştah bozuklukları, psikomotor yavaşlama ya da hızlanma, uyku bozuklukları, enerjide azalma, seksüel dürtülerde azalma şeklindeki dokuz ölçüte ilişkin maddeleri içerip içermediğini değerlendirmiştir. Sonuçta Beck Depresyon Envanterinin bu dokuz ölçütten altısına tam olarak uyduğunu bulmuştur.

Beck Depresyon Envanterinin iki formu vardır. Bunlardan ilki, 1961 yılında geliştirilmiş ve hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddelik orijinal formdur. İkincisi ise, 1978 yılında geliştirilmiş kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulaması yapılabilecek 21 maddelik formdur. Ölçeğin 1978 formu için yapılan iç tutarlılık çalışması, her iki formun güvenilirlik açısından eşdeğerde olduğunu göstermiştir. Ayrıca aynı ölçeğin pratisyen hekimler için geliştirilmiş 13 maddelik bir kısa formu da vardır. Ancak yapılan çalışmalar kısa formun, orijinal formun yerini alamayacağını göstermiştir (HİSLİ, 1988, s.119).

Beck Depresyon Envanterinin Türkçeye uyarlanması ve Türkçe formunun geliştirilmesi Nesrin Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir.

HİSLİ, Formu Türkçeye çevirdikten sonra Türkçe ve İngilizce formları her iki dili de iyi bilen 58 öğrenciye uygulamıştır. 28 kişilik gruba testin önce Türkçe ve bir hafta sonra da İngilizce formunu vermiş, diğer 30 kişilik gruba da bunun tersini yapmıştır. İstatistiksel analizler, iki form arasındaki korelasyon katsayılarının $r = 0.81$ ve $r = 0.73$ olduklarını

göstermiştir. Bu sonuç İngilizce ve Türkçe formlar arasında uyuşma olduğunu ortaya koymaktadır (HİSLİ, 1988, s.119).

3410. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği ve Güvenirliği

Beck Depresyon Envanteri çeşitli ülkelerde çok sayıda araştırmada kullanılmış ve Beck'in kendisi dışında birçok araştırmacı tarafından da psikometrik özellikleri (faktör yapıları, geçerliği, güvenirliği vb.) araştırılmıştır.

Envanterin yurtdışında yapılmış olan geçerlik çalışmalarından bazıları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo: 3

Beck Depresyon Envanterinin Yurtdışında Yapılmış Olan Geçerlik Çalışmaları İle İlgili Bilgiler

ARAŞTIRMA	ÖRNEKLEM	YÖNTEM	SONUÇ
Beck, 1961	N = 2; N = 183 Psikiyatri Poliklinik Hastası	-Kriter Geçerliği -Klinisyen Değerlendirmesi	r = 0.65 p < 0.001
Metcalf, 1965	N = 37 Psitkiyatri Klinik Hastası	Klinik Değerlendirmesi	r = 0.61 p < 0.001
Beck, 1975	N = 27 Depresif Hasta	Klinisyen Değerlendirmesi	r = 0.77-0.82
Campell, 1984	N = 214	Birlikte Geçerlik MMPI -D Skalası	r = 0.56
Ross, 1986	N = 122 Hastaneye Başvuran Hasta	Birlikte Geçerlik MMPI -D Skalası	r = 0.53-0.80
Schwab, 1967	N = 153 Medical Hasta	Birlikte Geçerlik Hamilton Depresyon Ölçeği	r = 0.75
Beck, 1974	—	Birlikte Geçerlik Zung Depresyon Ölçeği	r = 0.72-0.76
Seltz, 1970	N = 30	Birlikte Geçerlik Zung Depresyon Ölçeği	r = 0.83

Kaynak: HİSLİ, 1988, s.123.

HİSLİ (1988, s.118-126), Beck Depresyon Envanterinin Türk poliklinik hastaları üzerinde geçerlik çalışmasını yapmıştır. %14'ü nevroz, %37'si depresyon, %17'si psikoz ve

%5'i de uyum bozukluğu tanısı almış 63 psikiyatri poliklinik hastasına Beck Depresyon Envanteri ile daha önce SAVAŞIR tarafından Türkiye için standardizasyon çalışması yapılmış olan MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) kişilik envanterinin Depresyon alt ölçeğini birlikte uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı $r = 0.63$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç diğer ülkelerde aynı kriter ile yapılmış birlikte geçerlik çalışmaları ile uyumaktadır. Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerine göre değişmediği de görülmüştür.

HİSLİ (1988, s.3-13), Beck Depresyon Envanterinin Türk üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik çalışmasını da yapmıştır. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesinin çeşitli bölümlerinde okuyan 17-23 yaşları arasında 259 öğrenciye Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D ölçeğini uygulamıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda iki ölçek arası korelasyon katsayısı $r = 0.50$ çıkmıştır. Bu sonucun da yurtdışında aynı kriter ile yapılmış birlikte geçerlik çalışmaları ile uyduğu görülmüştür. Bu çalışmada envanterin bulunan faktör yapısında, Batı üniversite öğrencileriyle yapılmış çalışmalarda elde edilen faktör yapısına benzediği bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanterinin yurtdışında yapılmış olan güvenilirlik çalışmalarından bazıları Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo: 4

Beck Depresyon Envanterinin Yurtdışında Yapılmış Olan Güvenirlik Çalışmaları İle İlgili Bilgiler

ARAŞTIRMA	ÖRNEKLEM	YÖNTEM	SONUÇ
Beck, 1961	N = 97	Yarıya bölme	$r = 0.86$
Beck, 1967	N = 606	İç tutarlık	$r = 0.31-0.68$
Byerly, 1982	N = 68, 63, 88	İç tutarlık	$r = 0.80-0.86$
Al Kaysi, 1983	N = 53	İç tutarlık	$r = 0.86$

Kaynak: HİSLİ, 1988, s.124.

Beck Depresyon Envanterinin Türkiye'de güvenilirlik çalışmaları TEGİN ve HİSLİ tarafından yapılmıştır. TEGİN, envanterin 30 hasta ve 40 normal öğrenci üzerinde yarıya bölme yöntemi ile yaptığı güvenilirlik çalışmasında korelasyon katsayılarını hastalarda $r = 0.61$,

normal öğrencilerde $r = 0.78$ olarak, 40 normal öğrenci üzerinde test-retest yöntemi ile de korelasyon katsayısını $r = 0.65$ bulmuştur. HİSLİ, envanterin 259 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayılarını madde analizi yöntemi ile $r = 0.80$, yarıya bölme yöntemi ile de $r = 0.74$ olarak bulmuştur (HİSLİ, 1989, s.3-5).

Gerek yurtdışında ve gerek Türkiye'de yapılmış olan araştırma sonuçları Beck Depresyon Envanterinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

3411. Beck Depresyon Envanterinin Puanlaması ve Yorumlanması

Beck Depresyon Envanterinde bulunan 21 maddenin herbiri 0, 1, 2, 3 ile numaralanmış dört cümleyi içermektedir. "0" numaralı cümle, o maddede belirtilen depresif belirtinin olmadığını gösterecek şekilde, diğer numaralarla başlayan cümleler ise o belirtinin gittikçe daha yoğun yaşandığını gösterecek şekilde yazılmıştır. Envanteri dolduran kişi her bir madde için bu dört cümleden kendi durumuna en uygun olanının numarasını işaretler. Sonra her bir maddede işaretlenmiş olan numaralar (ki bunlar aynı zamanda belirti puanlarıdır) toplanır ve envanterden alınan toplam puan ortaya çıkar. Envanterden alınabilecek toplam puan 0-63 arasındadır.

Puanların yorumlanmasında kullanılacak normlar ile ilgili farklı popülasyonlar üzerinde birçok araştırma yapılmıştır.

Bu araştırmalarda norm olarak önerilen kesme noktaları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo: 5

Çeşitli Araştırmalarda Beck Depresyon Envanteri İçin Önerilen Kesme Noktaları

ARAŞTIRMA	ÖRNEKLEM	ÖNERİLEN KESME NOKTALARI
Metcalfe, 1965	Psikiyatrik Hastalar	17 Ortaderece depresyonu belirlemek için 21 Ciddi derecede depresyonu belirlemek için
Schwab, 1967	Yatan Medikal Hastalar	0-9 Depresyonsuz 10-17 Hafif ve orta derece 17 ve üstü ciddi derece
Beck, 1974	Psikiyatrik Hastalar	21 ve üstü pür depresifleri ayırmak için 13 Psikiyatrik hastalarda tarama amacıyla 10 Medikal hastalarda tarama amacıyla
Meites, 1980	Üniversite Öğrencileri	0-10 Hafif depresyon 11-20 Orta derece 21 ve üstü ciddi depresyon
Bryson, 1984	Üniversite Öğrencileri	0-9 Depresyonsuz 10-15 Hafif 24-63 Ciddi derecede
Gallagher, 1983	Yaşlılar	10 ve altı depresyonsuz 11-16 Hafif 17 ve üstü orta ve ciddi

Kaynak: HİSLİ, 1988, s.125.

BECK (1972), ölçeğin norm sınırlarını şu şekilde de belirtmiştir (KÖKNEL, 1989, s.116).

- 0-13 Puan : Depresyon yok
 14-24 Puan : Orta derecede depresyon
 25 ve üstü puan : Ciddi derecede depresyon

Tablo 5 incelendiğinde envanterin yapılan norm çalışmalarının sonuçları arasında benzerlik olmasına karşın birlikteliğin olmadığı görülmektedir. Ancak "17" puanlık bir kesme noktasının, normal ve normalin üstündeki depresyonu büyük bir olasılıkla ayırtetmede yeterli bir değer olduğu söylenebilir. HİSLİ'de yaptığı geçerlik çalışmasında bu sonuca ulaşmıştır. Literatürde de 17 puanın, klinik depresyonu belirlemek için uygun bir kesme noktası olarak önerildiği görülmektedir.

HİSLİ (1989, s.11) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için Türkiye standardizasyonu yapılmış olan MMPI'in depresyon alt ölçeğini kullanarak yapmış olduğu birlikte geçerlik çalışmasında, üniversite örnekleminde hangi kesme noktalarının klinik depresyonu yakalamaya yardımcı olabileceğini de incelemiştir. Bunun için önce hafif depresyon ve orta derecede depresyon kesme noktaları olan 10 ve 17 sıra ile alınmış ve bu puan üzerinden puan almış olan öğrencilerin MMPI-D ortalamalarına bakılmıştır. Beck Depresyon Envanterinde 10 üzerinde puan alan 94 öğrencinin MMPI-D skalası ortalaması $\bar{x} = 25.40$ standart kayması $ss = 6.45$, Savaşır'ın (1982) normal örneklem için verdiği

ortalama sınırlar içinde kalmaktadır. Beck Depresyon Envanterinde 17 puan üzerinde puan almış 30 öğrencinin MMPI-D skalası ortalaması ise $\bar{x} = 28.70$, standart kayması $ss = 4.98$ Savaşır tarafından belirtilen Türk normlarının bir standart kayma üstündeki puandan daha fazladır. Bu şekilde bakıldığında, Beck Depresyon Envanterinden alınacak 17 ve üstündeki puanların %90'ın üzerinde bir ihtimalle normalin üzerindeki bir depresyona işaret ettiği söylenebilir.

342. Zung Depresyon Ölçeği (Self-rating Depression Scale)

Zung Depresyon Ölçeği 1965 yılında, depresif bozukluğu niteliksel ve niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte yeralan ifadelerin oluşturulmasında hastaların konuşma dilinde kullandıkları kelimelerden yararlanılmıştır. Ölçek depresyonda patolojik değişikliklerin ortaya çıkmış olduğu duygu durum, psikolojik, psikomotor ve fizyolojik olmak üzere dört alanı içeren maddelerden oluşmuştur (ZUNG, 1973, s.328-337).

Ölçekte her bir madde depresyonun özel bir niteliği ile ilgilidir. Tek tek maddelerden alınan puanlar hastada görülen özel belirtiler konusunda fikir verirken, çeşitli maddelerin arttırdığı puanlar hastanın en çok hangi alan veya alanlarda problemi olduğunu ortaya koyar. Örneğin, 1. ve 3. maddeler afekt ile ilgili, 2. ve 4'den 10'a kadar olan maddeler fizyolojik, 12. ve 13. maddeler psikomotor, 11. ve 14'den 20'ye kadar olan maddeler ise psikolojik alanlardaki bozuklukları gösterir. Ölçeğin yapılandırılması sırasında belirli önlemler düşünülmüştür. Cümlelerin yarısı olumlu, yarısı olumsuz olarak ifade edildiği için hastanın belirli bir cevap eğilimi sezmesi güçtür. Örneğin, birinci madde olan, "kendimi kırgın, kederli ve hüznü hissediyorum" depresyon belirtisi olarak olumlu ifade edilmiştir. İkinci madde olan, "kendimi en iyi sabahları hissediyorum" depresif hastaların çoğu sabahları kendilerini kötü hissettikleri için belirti olarak olumsuzdur. Ayrıca, hastanın ortalamaya uygun görünmek amacıyla en ortadaki sütunu işaretlemesini engellemek için sütun sayısı çift tutulmuştur.

Türkçeye BALTAŞ tarafından çevrilen ölçeğin depresif bozukluklar için tanı kriterleri ve bunların maddeleri ve ilişkisi Tablo 6'da verilmiştir. Tabloda maddeler ölçekteki sıralarından farklı dizilmişlerdir. Maddeler depresyonun görüldüğü a) yaygın afektif bozukluklar, b) fizyolojik bozukluklar, c) psikomotor bozukluklar ve d) psikolojik bozukluklar alanlarında biraraya getirilmiştir.

LAMBERT (1986, s.54-59), genellikle kullanılan depresyon ölçüm araçlarını içerdikleri depresif semptomların genişliği ve derinliği açısından incelemiştir. DSM-III'deki depresyon ölçütleri olan; olumsuz duygu durumu, değersizlik ve suçluluk duyguları, ölüm ve intihar

düşünceleri, düşünme ve konsantrasyon güçlüğü, iştah bozuklukları, psiko-motor yavaşlama ya da hızlanma, uyku bozuklukları, enerjide azalma, seksüel dürtülerde azalma şeklindeki dokuz ölçüte ilişkin maddeleri içerip içermediğini değerlendirmiştir. Sonuçta Zung Depresyon Envanterinin bu dokuz ölçütten beşine tam olarak uyduğunu bulmuştur.



Tablo: 6

Depresif Bozukluklar İçin Teşhis Kriterleri ve Bunların SDS Maddeleri ve İlişkisi

Depresif Rahatsızlığın Belirtileri	SDS Maddeleri	Madde Numarası
a) YAYGIN EFEKTİF BOZUKLUKLAR		
1. Depresif, kederli, kurgun, neşesiz ve hüzünlü	Kendimi kurgun ve hüzünlü hissediyorum	(1)
2. Ağlamaklı	Ağlama nöbetleri geçiriyorum veya kendimi ağlayacak gibi hissediyorum.	(3)
b) FİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR		
1. Günlük dalgalanma: sabahki belirtilerin abartılması ve gün içinde bunlarda bir ölçüde düzelmeye	Kendimi en iyi sabahları hissediyorum	(2)
2. Uykusu: Karakteristik olarak sık sık veya erken olarak, uyanma	Gece boyu uyumakta güçlük çekirim	(4)
3. İştah: Yenilen yemek miktarının azalması	İştahım her zamanki gibi	(5)
4. Kilo kaybı: Az yemeye veya metabolizmanın artmasına ve dinlenmenin azalmasına bağlı olarak	Kilo kaybetmekte olduğumu fark ediyorum.	(7)
5. Cinsellik: İsteğin azalması	Çekici kadınlara/erkeklerle bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum	(6)
6. Gastrointestinal: kabızlık	Kabızlık çekiyorum.	(8)
7. Kardiyovasküler: Taşikardi	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	(9)
8. İskelet kasları: Artmış ve açıklanamayan yorgunluk	Sebebsiz yere yoruluyorum	(10)
c) PSİKOMOTOR BOZUKLUKLAR		
1. Ajitasyon	Huzursuzum ve yerimde duramıyorum	(13)
2. Retardasyon	Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapabiliyorum	(12)
d) PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR		
1. Konfüzyon	Zihnim her zaman olduğu kadar açık	(11)
2. Boşluk	Hayatım oldukça dolu	(18)
3. Umutsuzluk	Geleceğe ümitsiz bakıyorum	(14)
4. Kararsızlık	Kolaylıkla karar verebiliyorum	(16)
5. Tedirginlik	Her zamankinden daha tedirginim	(15)
6. Duyumsuzluk	Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan hâlâ zevk duyuyorum	(20)
7. Kendi gözünde değer kaybı	İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyduğumu hissediyorum	(17)
8. İntihar düşüncesi	Olseydim herkes için daha iyi olurdu	(19)

Kaynak: CIBA, 1989, s.3.

3420. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği

Ölçeğin diğer ülkelerde yapılmış geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçları şu şekildedir. SCHAEFER (1985). yarıya bölme yöntemi ile yaptığı araştırmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.73 olarak bulmuştur. GABRYS ve PETERS (1985) araştırmalarında 218 depresyonsuz ve 369 depresyonlu hastaya Zung Depresyon Ölçeğini uygulamışlar ve yaptıkları discriminant analiz sonuçlarına göre ölçeğin depresyonu ayırdedebildiğini belirlemişlerdir. ZUNG (1972), normal ve depresyonlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında 50 olarak alınan kesim puanının depresyonlu hastaların %88'ini ve normal grubun da %88'ini doğru olarak sınıflandırdığını saptamıştır. CARROLL, FIELDING ve BLASHKI (1973), 67 depresyonlu hastaya Hamilton Depresyon Ölçeğini ve Zung Depresyon Ölçeğini uygulamıştır. Puanlar arası korelasyonlar yatan hastalarda $r = 0.40$, gündüz hastalarında $r = 0.37$ ve poliklinik hastalarında ise $r = 0.61$ olarak bulunmuştur. Maddeler arası korelasyonlar ise, $r = 0.11$ ile $r = 0.67$ arasında değişkenlik göstermiştir (CEYHAN-AKÇA, 1994, s.21).

Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları CEYHUN ve AKÇA (1994, s20-26) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar; 258'i kadın, 242'si erkek olan ve Ankara'daki üniversite hastanelerinin psikiyatri polikliniklerine anksiyete ve somatoform bozukluklar nedeniyle başvuran ya da diğer polikliniklere organik bozukluklar nedeniyle başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılan toplam 500 hasta ve 300'ü kadın ve 200'ü erkek olan devlet dairesinde çalışmakta ya da üniversite öğrencisi olan toplam 500 sağlıklı kişiye Zung Depresyon Ölçeğini ve MMPI-D alt testini uygulamışlardır. Bu geçerlik çalışmasına ek olarak, Zung Depresyon Ölçeğini 60 kişilik bir gruba bir ay ara ile iki kez uygulayarak test-retest yöntemi ile güvenilirlik çalışmasını da yapmışlardır.

Zung Depresyon Envanterinden hasta ve normal grubun aldığı puan ortalamaları, standart kaymaları ve t-değerleri Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo: 7

Normal ve Hasta Grubun Cinsiyete Göre Ortalamaları, Standart Kaymaları ve t Değerleri İle Önemlilik Düzeyleri

CİNSİYET	HASTA GRUBU			SAĞLIKLI GRUP			t
	n	\bar{x}	S	n	\bar{x}	S	
KADIN	258	58-87	13-58	300	45-45	10.09	13-35*
ERKEK	242	56-27	13-88	200	46-67	9.73	8-24*

*p < 0.001

Tablo 7 incelendiğinde, gerek kadınlarda ve gerekse erkeklerde sağlıklı ve hasta grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p < 0.001). Bu fark, Zung Depresyon Ölçeğinin bu iki grubu ayırdığını ortaya koymuştur. Bu sonuç ölçeğin kapsam geçerliğine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, MMPI-D alt ölçeği ile gösterdiği korelasyon katsayıları ise, sağlıklı grup için r = 0.63, hasta grubu için r = 0.58 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin uyum geçerliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin 60 kişi üzerinde bir ay ara ile iki kez uygulanması şeklinde test-retest yöntemi ile yapılan güvenirlik sonucunda güvenirlik katsayısı r = 0.73 (p < 0.001) olarak bulunmuştur.

3421. Zung Depresyon Ölçeğinin Puanlanması ve Yorumlanması

Ölçekte bulunan her bir maddenin ifadesinde belirtilen durumun kendisinde ne derece bulunduğunu kişiden “Hiçbir zaman veya çok ender olarak”, “Bazen”, “Sık sık” ve “Çoğunlukla veya her zaman” şıklarından birini işaretleyerek belirtmesi istenir. Bu maddeler 1-4 arası puanlanır. Maddelerin puanlanması depresyon belirtisi gösteren maddelerde sırasıyla 1-2-3-4 şeklinde, depresyon belirtisi göstermeyecek şekilde tersine çevrilmiş ifadeleri içeren maddelerde ise 4-3-2-1 şeklinde yapılır. Sonuçta işaretlenen sütuna göre herbir maddeye verilen puanlar toplanarak kişinin ham puanı belirlenir. Bu ham puan 80'e bölünüp 100 ile çarpılır ve depresyon puanı elde edilir. Puan ranjı 25-100 arasındadır.

Herbir madde için sütunların puan değerleri Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo: 8

Zung Depresyon Ölçeğinde Herbir Maddenin Sütun Puan Değerleri

Madde No	Hiçbir Zaman Veya Çok Ender Olarak	Bazen	Sık Sık	Çoğunlukla Veya Her Zaman
1	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	4	3	2	1
17	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19	1	2	3	4
20	4	3	2	1

ZUNG, ölçeğinin kendi yaptığı orijinal çalışmasında kesim puanını 50 olarak vermiştir.

Zung Depresyon Ölçeğinin depresyon düzeyini belirlemede ve puanları yorumlümüdüü kullanılan norm grupları KÖKNEL (1989, s.115) tarafından şu şekilde verilmiştir.

- 0-49 puan arası : Depresyon yok, normal
- 50-59 puan arası : Hafif derecede depresyon
- 60-69 puan arası : Orta-belirgin derecede depresyon.
- 70-100 puan arası : Şiddetli-en ileri derecede depresyon.

35. Veri Analiz Teknikleri

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel analiz teknikleri her bir alt probleme göre aşağıda verilmiştir.

Birinci alt problem, öğrencilerde depresyonun ne oranda görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabı, Beck Depresyon Envanterinin kesme noktası olan 17 puanın üzerinde puan alan öğrencilerin tüm grup içindeki yüzdesi ile verilmiştir.

İkinci alt problem, öğrencilerde hafif, orta ve ciddi düzey depresyonun ne oranda görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabı da, bu düzey norm sınırları içinde puan alan öğrencilerin tüm grup içindeki yüzdeleri ile verilmiştir.

nc alt problem, depresyonun kız mı, yoksa erkek öğrencilerde mi daha çok görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabının verilmesinde iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) kullanılmıştır.

Dördüncü alt problem depresyonun hangi sınıf düzeyinde daha çok görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabının verilmesinde 4 x 2'lik çoklu düzen de X^2 tekniği kullanılmıştır.

Beşinci alt problem, depresyonun hangi sosyo-ekonomik düzeydeki öğrencilerde daha çok görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabının verilmesinde de 3 x 2'lik çoklu düzende X^2 tekniği kullanılmıştır.

Altıncı alt problem, depresyonun kentten mi, yoksa kırsal kesimden mi gelen öğrencilerde daha çok görüldüğü ile ilgilidir. Bu sorunun cevabının verilmesinde iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) kullanılmıştır.

Yedinci alt problem, Beck'in bilişsel terapisinin her düzeydeki depresyonlu öğrencilerin depresyonlarının bireysel terapi ile giderilmesinde etkin olup olmadığı ile ilgilidir. Bu sorunun cevabı, her bir ğrencinin Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon leğinin ön-test, son-test uygulamasında aldığı puanlardaki değişimler incelenerek ve araştırmacının gözlemleri ile her bir danışanın değişim ile ilgili kendi sözel ve yazılı ifadeleri değerlendirilerek verilmiştir.

Sekizinci alt problem, Beck'in bilişsel terapisinin her düzeydeki depresyonlu öğrencilerin depresyonlarının grup terapisini ile giderilmesinde etkin olup, olmadığı ile ilgilidir. Bu sorunun cevabı da, Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon leğinin ön-test, son-test uygulamalarında öğrencilerin aldıkları puanlar dikkate alınarak deney ve kontrol gruplarının kendi içerindeki değişim düzeylerinin belirlenebilmesi için karşılaştırılmasında iki

eş arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) kullanılmıştır. Her bir depresyon düzeyi için deney ve kontrol gruplarının son test puanlarına göre karşılaştırılmalarında ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) kullanılmıştır.

Tüm istatistiksel analizlerde 0.05'lik manidarlık düzeyi esas alınmıştır. Ancak t ve X^2 değerlerinin yüksek çıkması durumlarında daha hassas manidarlık düzeyleri de alınmıştır.

36. Araştırmanın Takvimi ve Maliyet

Bu araştırmanın başlangıcından bitimine kadar geçen süre "1" yıldır. Araştırmanın aşamalarının süreleri aşağıda sunulmuştur.

-Literatür taraması	3 ay
-Envanterin ve bilgi formunun yazımı ve çoğaltılması, Dekanlıktan izin alınması	1/2 ay
-Envanterlerin uygulanması	1/2 ay
-Envanterlerin puanlanması, çarşaf liste yapılması, isteyen öğrencilere açıklama yapılması, çeşitli depresyon düzeylerindeki öğrencilerin belirlenmesi ve onlarla psikolojik danışma uygulamaları için konuşulması, bireysel terapiye, grup terapisine ve kontrol gruplarına alınacak öğrencilerin belirlenmesi	1 ay
-Beck'in bilişsel terapisinin bireysel ve grup terapi olarak uygulanması	1 + 1/4 ay
-Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeğinin uygulanması (Son-test).....	1/4 ay
-Literatür taraması	2 + 1/2 ay
-İstatistik işlemlerin yapılması, tezin yazımı ve çoğaltılması.....	3 ay

Bu tez, tüm aşamalarda yapılan masraflar dikkate alındığında yaklaşık 50.000.000.- TL'na malolmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmada elde edilen bulgular bu bölümde alt problemler ve denenceler sırasına göre verilmiştir.

40. Depresyonun Öğrencilerde Görülme Oranı İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Bu oranın belirlenmesinden önce, depresyon tanısı için Beck Depresyon Envanterinden alınacak çok belirli bir puan sınırının ne olabileceği incelenmiştir. Envanter normlarına göre depresyonsuz sınır 0-9 arasındır. 10-15 arası da hafif depresyon sınırındır. Hafif derece depresyonda ortaya çıkan belirtilerin sayısı ve yoğunluğu düşünüldüğünde, o derecede puan alan bir kişiye depresyon durumunda demek doğru olmayabilir. Depresyon her ne kadar değişik derecelerde ortaya çıkabilen bir bozukluk ise de, bunun klinik depresyon tablosu olarak değerlendirilmesi için en az orta derecede görülmüş olmasının gereği düşünülebilir. Üstelik çağımızda karşılaşılan stresler bile kişide hafif derecede depresyona neden olabilir. Hatta alınan iyi bir haber, ya da başarılan her hangi bir amaç veya iş kişideki bu hafif çöküntülü duygu durumunu belki tamamen ortadan kaldırabilir. Zamanımızda depresyonun psikiyatrik bozuklukların “soğuk algınlığı” olarak değerlendirilmesi de bunu desteklemektedir. Zaten gerek yurtdışında ve gerekse Türkiye’de yapılmış olan norm çalışmaları sonucunda ayırıcı bir derecenin, diğer deyişi ile “kesme noktası”nın 17 puan olduğu ve 17 puanın %90 ihtimalle klinik depresyonu ayırmayan bir puan olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada da öğrencilerde depresyon var denebilecek sınır olarak 17 puan alınmıştır. Örnekleme oluşturan 606 öğrencinin Beck Depresyon Envanteri puanları incelenmiş ve bunların içinden 17 ve altı puanı ile 18 ve yukarı puanı olanlar belirlenmiştir. Bu belirlemeye göre 392 öğrencinin puanı 17 ve altında, 214 öğrencinin puanı ise 18 ve üstünde bulunmuştur. Bu sonuca göre, 606 öğrenciden 392'sinde depresyon yok, 214'ünde ise

depresyon vardır. Bu sayıların yüzde karşılıkları ise, öğrencilerin %65'inde depresyon görüldüğü, %35'inde ise depresyon görüldüğü şeklindedir.

Bu sonuca göre birinci alt problemde belirtilen “öğrencilerde depresyonun ne oranda görüldüğü” sorusunun cevabı, depresyonun görülme oranının %35 olduğudur.

Bu sonuç, hipotez 1'i desteklemektedir. Hipotezde depresyonun görülme oranının %25-30 arasında olacağı tahmin edilmişti. Bulunan değer tahminin üst sınırından da beş puan yüksektir.

Bu oran oldukça yüksektir. Diğer bir deyişle her üç öğrenciden biri depresyon yaşamaktadır. Farklı zamanlarda yapılacak ölçümlerde daha farklı sonuçlar da elde etmek mümkündür. Örneğin, öğrencilerin bir eğitim-öğretim döneminin başlarında ve ilk sınavlardaki ile ikinci sınavlardan itibaren dönemin sonuna kadar olan süre içindeki duygu durumları açısından farklı oldukları, ikinci sınavlardan itibaren dönem sonuna kadar daha karamsar, mutsuz, ümitsiz, sıkıntılı ve bezgin oldukları hem rahatlıkla gözlenmekte, hem de kendileri tarafından belirtilmektedir. Bu açıdan, uygulama yapılan zamana göre daha düşük ya da yüksek oranlar elde etmek mümkün olabilir. Bu araştırmada envanterin ve bilgi formunun uygulanması 15 gün almıştır. Bu süre bazı bölümlerde sınav haftasını da içermiştir.

ZIMMERMAN (1986), Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencilerindeki kalıcılığı üzerine yaptığı araştırmasında envanterin daha çok depresif belirtileri ve kişinin o andaki depresif duygulanım durumunu ölçtüğünü belirtmiş, envanter sonuçlarına göre depresif olan öğrencilerin birkaç hafta sonra envanterin tekrar uygulanmasında düşük puanlar aldıklarını, bir başka deyişle görülen depresif belirtilerin geçici olabileceğini işaret etmiştir (AYDIN-AYDIN, 1989, s.23).

Son yıllarda depresyon akıl sağlığı alanında en çok tartışılan sorunlardan biri haline gelmiştir. KÖKNEL (1989, s.6), genel nüfusun %20-30'unda depresif belirtilerden bir kaçının bulunduğunu, %10-15'inde ise hekim yardımına ve tedaviye ihtiyaç gösteren depresyon tanısı konacak belirtilerin bulunduğunu belirtmektedir. Batı Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmalarda yetişkinlerin %17-20'sinde depresyon olduğu bulunmuştur.

Amerika Birleşik Devletlerinde de depresyon tanısı alacak en azından 7 milyon kadın ve 3.5 milyon erkek bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği, bu kadınların %6'sının ve erkeklerin %3'ünün psikiyatri hastanesinde yatma derecesinde depresyonda olduklarını tahmin etmektedir. Depresyon ve depresif semptomlar Amerika'daki üniversite öğrencilerinde de oldukça yaygın olarak bulunmaktadır. Bu durum onların eğitim süreçlerini, başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle üniversite popülasyonunda depresyonun azaltılması için yoğun çalışmalar yapılmaktadır (DIXON ve diğerleri, 1993, s.357).

STAGLER, yaş ortalaması 25.4 olan 500 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmasında, affektif bozuklukların, uyum bozukluklarından sonra ikinci sırayı aldığını, öğrencilerin çoğunda depresif belirtilerin olduğunu bulmuştur (HİSLİ, 1989, s.3).

Türkiye'de de depresif bozuklukların yaygınlık oranının yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucu %20 olduğu belirtilmektedir (GÜLEÇ-KÜEV, 1987, s.207). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da üniversite gençliğinde görülen depresif belirtilerin gittikçe arttığına dikkat çekilmektedir. AYTAR ve ERKMAN, 306 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin %18'inde klinik depresyon belirtileri bulmuşlardır (HİSLİ, 1989, s.4).

Üniversite gençliğinin ilerde her alanda ülkeye sağlayacağı katkılar dikkate alındığında bu popülasyona önem verilmesinin gereği ortaya çıkmaktadır. Üniversite öğrencisine her türlü öğrenci kişilik hizmetlerinin sağlanması, özellikle hem fiziksel, hem de psikolojik sağlığı açısından koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yeterli şekilde verilmesi gereklidir.

Bu açıdan bakıldığında, üniversitelerde psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin önemi belirgin bir şekilde görülmektedir. Psikolojik sağlığın korunmasında rehberlik hizmetleri, çeşitli uyum problemleri ve depresyon gibi bozuklukların çözümlenmesinde ise psikolojik danışma hizmetleri tüm üniversitelerde yaygınlaştırılmalı ve yeterli bir derecede verilmelidir.

41. Depresyonun Çeşitli Derecelere Göre Öğrencilerde Görülme Oranı İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Araştırmada depresyonun öğrencilerde görülme oranının belirlenmesine ek olarak, her bir depresyon derecesinin (hafif, orta, ciddi) görülme oranı da belirlenmiştir. Ancak, bu belirlemeyi yaparken birinci denence ile ilgili oranı belirlerken alınan 17'lik kesme noktası alınmamıştır. Depresyonun çeşitli derecelere göre görülme oranının bulunmasında 0-9 depresyonsuz, 10-15 hafif depresyon, 16-23 orta derecede depresyon, 24-63 ciddi derecede depresyon şeklinde norm esas alınmıştır. Bu norm, BRYSON'un 1984'de üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma sonucu bulunan grup aralıklarını içermektedir.

606 öğrencinin puanları üzerinde yapılan sayımlar sonucu her depresyon derecesindeki öğrenci sayısı ve yüzdesi Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo: 9

Çeşitli Depresyon Derecelerindeki Öğrenci Sayıları ve Yüzdeleri

DEPRESYON YÜZDESİ	ÖĞRENCİ SAYISI	ÖĞRENCİ YÜZDESİ (%)
Depresyon Yok (0-9)	207	0.34
Hafif Derece Depresyon (10-15)	185	0.31
Orta Derece Depresyon (16-23)	145	0.24
Ciddi Derece Depresyon (24-63)	69	0.11
TOPLAM	606	1.00

Tablo 9 incelendiğinde, öğrencilerin 207'sinde depresyon görülmemiştir. Depresyonu olmayan öğrenci yüzdesi %34'dür. Öğrencilerin %31'i olan 185 kişide hafif derece depresyon bulunmuştur. 145 öğrencide (%24) orta derecede depresyon, 69 öğrencide (%11) ciddi derecede depresyon görülmüştür. Hafif derece depresyon dışarıda tutulduğunda, orta ve ciddi derecelerde görülen depresyonların toplam yüzdesi %35 olmaktadır. Bu sonuç, hipotez 1 ile ilgili bulgu (öğrencilerde depresyonun görülme oranı %35) ile aynıdır.

Tablodaki değerler dikkate alındığında, her üç öğrenciden birinde depresyon olmadığı, birinde hafif derecede depresyon olduğu ve birinde ise klinik derecede depresyon olduğu söylenebilir.

Bu sonuç, GÖKÇAKAN ve GÖKÇAKAN'ın (1993, s.87; 1996, s.106) aynı popülasyon üzerinde yaptıkları “Öğretmen adaylarının kendilerini kabul dereceleri” ve “Üniversite öğrencilerinin kendilerini anlatabilme dereceleri” adlı iki ayrı araştırmadan elde edilen bulgular tarafından da desteklenmektedir.

Bu araştırmalardan elde edilen bulgular, her dört kız öğrenciden birinin ve her üç erkek öğrenciden birinin kendini olumlu ve olumsuz, yeterli ve yetersiz yönleri ile olduğu gibi kabul etmede problemi olduğunu, öğrencilerden %50'sinin kendini anlatma ile ilgili problemleri olduğunu ve %31'inin ise kendini hiç açmadığını, anlatmadığını göstermiştir. Her üç öğrenciden biri kendini açamamaktadır.

Bu iki durum da depresyon ile ilgilidir. Kendini yeterli ve yetersizlikleri ile olduğu gibi kabul etmeyen kişi, yetersizliklerinden dolayı güvensizlik, aşağılık, başarısızlık, suçluluk,

değersizlik duyguları hissetmektedir. Kendini açamayan kişi ise kişilerarası ilişkilerde hem kendine, hem de diğerlerine karşı güvensizlik duyguları hissetmekte, bu duygular onun kendine dönmesine ve kişilerarası ilişkilerini azaltmasına neden olmaktadır. Bu iki durum depresyonu ortaya çıkarıcı faktörler olmasının yanında, depresyonla birlikte bu olumsuz duygular daha da yoğunlaşmaktadır.

Depresyonu hafif iken yakalamak ve psikolojik danışma ile daha kısa sürede ortadan kaldırmak mümkündür. Orta ve ciddi derecede depresyonu olanların da daha önce hafif derecede depresyonlu oldukları ve kendilerine yardımcı olunamadığı için ya da psikolojik yardım aramadıkları için depresyonlarının arttığı gerçeği gözönüne alınırsa, üniversitelerde psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve yeterli derecede sağlanmasının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkar. Psikolojik yardım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ek olarak, öğrencilerde de en küçük sıkıntılarında dahi bu hizmetlerden yararlanma bilincinin yerleşmesine yardımcı olmak gereklidir.

42. Depresyonun Kız mı, Yoksa Erkek Öğrencilerde mi Daha Çok Görüldüğüne İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Bu soruya cevap vermek için yapılan çalışmalara esas olarak yine denence 1 ile ilgili çalışmada kullanılan 17'lik kesme noktası alınmıştır. Daha sonra 606 öğrencinin puanları üzerinde yapılan sayımlar sonucu 17 ve daha altında puanları ve 18 ile daha üstünde puanları olan kız ve erkek öğrencilerin sayısı ve yüzdeleri belirlenmiştir.

Depresyonu olan ve olmayan kız ve erkek öğrencilerin sayıları ve yüzdeleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo: 10

Depresyonu Olan ve Olmayan Kız ve Erkek Öğrencilerin Sayıları ve Yüzdeleri

CİNSİYET	DEPRESYON					
	VAR		YOK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
KIZ	96	0.40	143	0.60	239	0.40
ERKEK	118	0.32	249	0.68	367	0.60
TOPLAM	214	0.35	392	0.60	606	1.00

Tablo 10 incelendiğinde, 239 kız öğrencinin 96'sında (%40) depresyon var, 143'ünde ise (%60) yoktur. Diğer bir deyişle her beş kız öğrenciden ikisinde depresyon görülmektedir. 367 erkek öğrencinin ise 118'inde (%32) depresyon var, 249'unda ise (%68) depresyon yoktur. Diğer bir deyişle yaklaşık her üç erkek öğrenciden birinde depresyon görülmektedir. Yüzelere bakıldığında kız öğrencilerdeki depresyon yüzdesi erkek öğrencilerdeki depresyon yüzdesinden fazladır. Ancak depresyonun kız öğrencilerde daha fazla görüldüğünü söyleyebilmek için $0.40 - 0.32 = 0.08$ derecesindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının analiz edilmesi gerekmektedir. İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ile yapılan istatistiksel analiz sonuçları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo: 11

Cinsiyete Göre Toplam ve Depresyonlu Öğrenci Sayıları, Depresyon Görülme Yüzdeleri, t-Değeri ve Önemlilik Derecesi

CİNSİYET	TOPLAM ÖĞRENCİ	DEPRESYONLU ÖĞRENCİ SAYISI	DEPRESYON YÜZDESİ	t	ÖNEMLİLİK DERESESİ
KIZ	239	96	0.40	1.60	p> 0.05
ERKEK	367	118	0.32		

Tablo 11 incelendiğinde, yapılan istatistiksel analiz sonucu t değeri 1.60 olarak bulunmuştur. 602 serbestlik derecesinde ve 0.05 manidarlık derecesinde tablo değeri olan 1.95, bulunan t değerinden büyük olduğu için bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmaktadır. Hatta 0.10'luk manidarlık derecesinde dahi (t-tablo = 1.65) bu fark anlamlı değildir.

Kız ve erkek öğrencilerdeki depresyon oranlarının hafif, orta ve ciddi depresyon derecelerine göre durumu da incelenmiş ve çeşitli derecelerdeki kız ve erkek öğrenci sayıları ve yüzdeleri Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo: 12

Çeşitli Depresyon Derecelerindeki Kız ve Erkek Öğrenci Sayıları ve Yüzdeleri

CİNSİYET	DEPRESYON								TOPLAM	
	YOK (0-9)		HAFİF (10-15)		ORTA (16-23)		CİDDİ (24-63)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KIZ	92	0.38	67	0.28	56	0.24	24	0.10	239	0.40
ERKEK	115	0.32	118	0.32	89	0.24	45	0.12	367	0.60
TOPLAM	207	0.34	185	0.31	145	0.24	69	0.11	606	1.00

Tablo 12 incelendiğinde, her bir depresyon derecesi için kız ve erkek yüzdeleri arasında bariz farklar görülmemektedir. Kız öğrencilerin %38'inde, erkek öğrencilerin ise %32'sinde depresyon yoktur. Bu iki yüzde arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Hafif derece depresyonun görülme oranları kız öğrencilerde %28, erkek öğrencilerde ise %32'dir. Bu iki yüzde arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Orta derece depresyonun hem kız öğrencilerde hem de erkek öğrencilerde görülme oranı aynıdır (%24). Ciddi derece depresyonun kız öğrencilerde görülme oranı %10, erkek öğrencilerde görülme oranı ise %12'dir. Bu iki yüzde arasında da fark yoktur.

Sonuç olarak depresyon görülme yüzdesi kızlarda erkeklerden biraz daha fazla olmasına karşın aradaki fark depresyonun kızlarda erkeklerden daha çok görüldüğünü istatistiksel olarak göstermemektedir. Bu sonuç, hipotez 3'ü desteklememektedir.

Cinsiyet konusunda yapılan araştırmalarda depresyonun kadınlarda daha çok görüldüğüne ilişkin bulgular vardır.

BLACKBURN (1992, s.15) göre, kadınlarda depresyona rastlanma sıklığı erkeklerin yaklaşık iki katıdır. Ancak bu farklılığın nedenleri belirsizdir. Bu belkide kadınların erkeklere oranla duygusal sorunlarından daha kolay sözdebilmelerine bağlıdır. Ya da biyolojik (hormanlara ve çocuk doğurmaya bağlı olarak) ve sosyal (kadının yaşam çevresi rol fazlalığı) nedenlere bağlı olabilir. Ciddi derece depresif rahatsızlıklarda ise bu derecede bir farklılık görülmez.

SHAPIRO'ya (1993, s.85) göre, ilk gençlik dönemine kadar depresyon kız ve erkek çocukları eşit derecede etkiler. Ancak, oniki yaşından sonra oran kızlar için artar. 14 yaşına gelindiğinde ise kızların depresyona girme olasılığı erkek çocuklarına oranla iki kat fazladır.

Depresyonlarla ilgili bütün görünüş sıklığı, yaygınlık araştırmaları, bir yılda görülen bütün depresyon vakalarının genel nüfusa oranının bütün toplumlarda, kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmalar endojen ve psikotik depresyonlar için iki kadına bir erkek oranı saptamıştır. Bu oran nevrotik, reaktif depresyonlar için dört ya da beş kadına bir erkek olarak bulunmuştur (KÖKNEL, 19879, s.142).

UÇMAN (1990, s.66) da, yaptığı “Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar” konulu araştırmasında, depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla daha çok görüldüğünü bulmuştur ($t = 5.40, p < 0.01$).

Bütün yukarıda verilen ve kızlarda depresyonun erkeklere kıyasla daha çok görüldüğü ile ilgili bulgular, araştırmada kızlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği şeklinde çıkan bulguyu desteklememektedir. AYDIN'ın (1988, s.6), Orta Doğu Teknik Üniversitesinde 439 kız ve 359 erkek öğrenci üzerinde “Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı” konulu araştırmasında öğrencilerdeki depresif belirtilerin cinsiyete bağlı bir değişiklik göstermediği şeklindeki bulgusu ise bu araştırma ile ilgili bulguyu desteklemektedir.

43. Depresyonun Hangi Sınıf Öğrencilerinde Daha Çok Görüldüğüne İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan depresyonun birinci ve sonuncu sınıflarda ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla daha çok görüleceği şeklindeki tahminin incelenmesi için yine temel olarak 17'lik kesme noktası alınmıştır. Buna göre 606 öğrencinin envanter puanları incelenmiş ve her sınıf derecesi için 17 ve altında puan alanlar ile 18 ve yukarısında puan alan öğrenci sayıları belirlenmiştir.

Sınıf derecesine göre depresyon açısından fark olup olmadığı nonparametrik istatistiksel analiz tekniği olan X^2 tekniği ile incelenmiştir. Depresyonu olan ve olmayan öğrencilerin sayılarının ve yüzdelerinin sınıf derecesine göre dağılımları ile X^2 değeri ve anlamlılık derecesi Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo: 13

Sınıf Derecelerine Göre Depresyonu olan ve Olmayan Öğrencilerin Sayıları, Yüzdeleri İle X^2 Değeri ve Anlamlılık Derecesi

DEPRESYON	VAR		YOK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
SINIF DERECEŚİ						
I. SINIF	56	0.37	97	0.63	153	0.25
II. SINIF	52	0.32	109	0.68	161	0.27
III. SINIF	55	0.37	93	0.63	148	0.24
IV. SINIF	51	0.35	93	0.65	144	0.24
TOPLAM	214	0.35	392	0.65	606	1.00

$X^2 = 0.85$ $p > 0.05$ $SD = 3$ $C = 0.03$

Tablo 13 incelendiğinde; 153 birinci sınıf öğrencisinden 97'sinde (%63) depresyon bulunmadığı, 156'sında (%37) bulunduğu; 161 ikinci sınıf öğrencisinden 109'unda (%68) depresyon bulunmadığı, 52'sinde (%32) bulunduğu, 148 üçüncü sınıf öğrencisinden 93'ünde (%63) depresyon bulunmadığı, 55'inde (%37) bulunduğu ve 144 dördüncü sınıf öğrencisinden ise 93'ünde (%65) depresyon bulunmadığı, 51'inde (%35) bulunduğu

görülmektedir. Depresyonun görülme yüzdeleri açısından birinci ve üçüncü sınıflar %37 ile ilk sırayı almakta, onları sırasıyla %35 ile dördüncü sınıflar ve %32 ile ikinci sınıflar takip etmektedir. Ancak sadece bu değerlere bakarak sınıflar arasında fark olduğu söylenemeyeceği için farklılıklar istatistiksel olarak araştırılmıştır. İstatistiksel analizde veriler sayımla elde edildiği için nonparametrik önemlilik tekniklerinden 4 x 2'lik çoklu düzende X^2 testi kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz depresyonu görülme oranı açısından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını ($X^2 = 0.85$, $p > 0.05$) göstermiştir.

Bu sonuç, depresyonun birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinde, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla daha çok görülmekte olduğu şeklindeki hipotez 4'ü desteklememektedir.

Bu hipotez oluşturulurken birinci sınıfların belki de ailelerinden ilk kez ayrılarak üniversiteye gelmiş olmalarının, çoğunun yeni tanıştığı yurt ortamına ve üniversite ortamına uyum sağlamakta zorluk çekecek olmalarının, arkadaş ve dost edinmelerinin zaman alacak olmasının, hattâ üniversitede aradığını bulamamanın öğrencide en azından uyum bozukluğuna, ileri derecede ise depresyona yolaçabileceği düşünülmüştür. Dördüncü sınıflar için ise, mezun olup olamayacakları endişesi, dört yıl boyunca alıştıkları bir ortamdan ve arkadaşlarından ayrılacak ve yeni bir yaşama başlayacak olmasının yarattığı sıkıntı, kendini bir işe bilgi ve beceri açısından yeterli hissedememe duygusu, iş bulamama endişesi, yüklenilmesi gereken yeni sorumlulukların ortaya çıkması, bazı öğrenciler için evlenme, askerlik vb. durumların sıkıntılara yolaçmasının depresif belirtileri ortaya çıkarabileceği düşünülmüştü.

Araştırma sonuçları bu faktörlere rağmen sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını göstermiştir. Ancak aralarındaki farkların oldukça küçük olmasına rağmen, birinci sınıftaki %37'lik oranın, ikinci sınıfta %32'ye düşmesi ve üçüncü sınıfta tekrar %37'ye yükselmiş olması; öğrencilerin birinci sınıfta yaşamış oldukları uyum sorunlarının ikinci sınıfta kısmen de olsa azalmış olduğu, üçüncü sınıftan itibaren tekrar sorunların yoğunlaşmaya başladığı şeklinde yorumlanabilir.

AYDIN (1988, s.12), “Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı İlişkisi” konulu araştırmasında, birinci sınıf öğrencilerinin diğer sınıflardaki öğrencilere oranla kendilerini daha depresif hissettiklerini bulmuştur. Birinci sınıf öğrencilerinde depresif belirtilerin diğerlerine oranla daha fazla olmasının muhtemel nedenleri arasında, üniversite ortamı ve akademik hayata uyum sorunlarının daha yoğun oluşunu, üniversitedeki kuralların henüz tam anlamı ile öğrenilmemiş ve öğrencinin kendini daha güvenli hissetmesini sağlayacak arkadaş gruplarının yapılanmamış oluşunu belirtmiştir.

44. Depresyonun Hangi Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Öğrencilerde Daha Çok Görüldüğü İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Depresyonun alt sosyo-ekonomik düzeyden gelen öğrencilerde daha büyük oranda görüldüğüne ilişkin beşinci hipotez ile ilgili verilerin toplanmasında da yine 17'lik kesme noktası esas alınmıştır. 606 öğrencinin puanları herbir sosyo-ekonomik düzeydekilerin ayrı olmak üzere 17 ve altında oluşları ile 18 ve yukarısında oluşlarını göre sayılmıştır. Sosyo-ekonomik düzeyler alt, orta, ortanın üstü olarak alınmışlardır. Örnekleme oluşturan öğrencilerden, bilgi formunun sosyo-ekonomik düzey ile ilgili sorusunda “yüksek” düzeyi işaretleyen olmadığı için bu düzey değerlendirmeye alınmamıştır.

Bu üç sosyo-ekonomik düzeydeki öğrencilerden hangi grupta depresyonun daha çok görüldüğünün belirlenmesinde veriler yine sayımla elde edildiği için nonparametrik önemlilik tekniklerinden, 3 x 2'lik düzende X^2 istatistiksel analiz tekniği kullanılmıştır.

Herbir sosyo-ekonomik düzeydeki grupta depresyonsuz ve depresyonlu öğrenci sayıları, yüzdeleri ve X^2 değeri ile manidarlık derecesi Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo: 14

Sosyo-Ekonomik Düzeylere Göre Depresyonu Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sayıları, Yüzdeleri ve X^2 Değeri İle Anlamlılık Derecesi

SOSYO EKONOMİK DÜZEY	DEPRESYON				TOPLAM	
	VAR		YOK			
	n	%	n	%	n	%
DÜŞÜK	54	0.56	42	0.44	96	0.16
ORTA	121	0.28	308	0.78	429	0.71
ORTANIN ÜSTÜ	38	0.47	43	0.53	81	0.13
TOPLAM	213	0.35	393	0.65	606	1.00

$X^2 = 32.76$ $p < 0.001$ $SD = 1$ $C = 0.79$
 $X^2 = 11.6$ $P < 0.005$ $SD = 1$ $C = 0.42$

Tablo 14 incelendiğinde, 606 öğrenciden 96'sının (%16) sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğu, 429'unun (%71) sosyo-ekonomik düzeyinin orta olduğu ve 81'inin (%13) sosyo-ekonomik düzeyinin ise ortanın üstünde olduğu görülmektedir. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki 96 öğrenciden 42'sinde depresyon yok, 54'ünde (%56) ise vardır. Orta sosyo ekonomik düzeydeki 429 öğrenciden 308'inde (%78) depresyon yok, 121'inde (%28) ise vardır. Ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeydeki 81 öğrenciden 43'ünde (%53) depresyon yok, 38'inde (%47) ise vardır. Sosyo-ekonomik düzeylere göre depresyon görülme yüzdelerine bakıldığında depresyon, en çok %56 oranı ile düşük sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, daha sonra %47 oranı ile ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, en az da %28 oranı ile orta sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde görülmektedir. Her ne kadar yüzdeler birbirinden farklı iseler de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi gerekir. 3 x 2'lik düzende X^2 istatistiksel analiz tekniğiyle yapılan incelemenin ilk aşamasında düşük sosyo-ekonomik düzey, diğer iki düzeyle de istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($X^2 = 32.76$, $p < 0.001$). Daha sonra 2 x 2'lik düzende X^2 analizi ile orta ve ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeyler arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve sonuçta ortanın üstü düzeyin, orta düzeyden istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($X^2 = 11.6$, $p < 0.005$) bulunmuştur.

Bu analiz sonuçları; depresyonun en çok düşük sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, onu takiben ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde, en az da orta sosyo-ekonomik düzeyli öğrencilerde görüldüğünü göstermiştir.

Bu sonuçlar, araştırmanın beşinci hipotezini desteklemektedir.

Sosyo-ekonomik yetersizlik bir kişi için zamanımızda en büyük problemlerden biridir. Parasal problemlerin kişinin tüm fonksiyonalitesini olumsuz olarak etkileyeceği gerçeğini gözardı etmemek gerekir. Depresyonda ortaya çıkan duygulardan biri olan utancın temelinde kişinin arzu ettiği standartlara göre yaşayamaması yatmaktadır. Araştırmalar, uzun süreli düşük ekonomik durumun önemli bir depresyon ve stres etkeni olduğunu ortaya çıkarmıştır (KÖKNEL, 1989, s.50). ÖZGÜVEN (1990, s.46) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir araştırmada, öğrencilerden yaklaşık yarısının ekonomik durumunu bir stres kaynağı olarak gördüklerini belirtmiş ve ekonomik durumun üniversite eğitimindeki önemini vurgulamıştır.

İMAMOĞLU ve GÜLTEKİN (1993, s.37), üniversite gençliğinin sorunları ile ilgili araştırmalarında; kızlara kıyasla özellikle daha alt sosyo-ekonomik düzeyden gelen erkeklerin toplumsal cinsiyet rolü gereği benliklerini, duygu ve düşüncelerini rahat ifade edememeleri, sosyal beceri eksikliği çekmeleri ve doyurucu sosyal ilişkiler kuramamaları sonucu kendi içlerine kapandıklarını ve kendilerini yalnız hissettiklerini belirtmişlerdir.

45. Depresyon Açısından Kentten ve Kırsal Kesimden Gelen Öğrenciler Arasındaki Fark İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Depresyonun kırsal kesimden gelen öğrencilerde daha büyük oranda görüldüğüne ilişkin altıncı denence ile ilgili verilerin toplanmasında da yine 17'lik kesme noktası esas alınmıştır. 606 öğrenci içinde kentten gelen ve kırsal kesimden gelen öğrencilerin puanları 17 ve altında olanlar ile 18 ve üstünde olanlar olarak ayrı ayrı sayılmıştır.

Bu iki kesimden gelen öğrencilerden hangi grupta depresyonun daha çok görüldüğünün belirlenmesinde veriler yine sayımla elde edildiği için nonparametrik önemlilik tekniklerinden 2 x 2'lik düzende X^2 istatistiksel analiz tekniği kullanılmıştır.

Kentten ve kırsal kesimden gelmiş olan öğrencilerde depresyonsuz ve depresyonlu öğrenci sayıları, yüzdeleri ve X^2 değeri ile manidarlık derecesi Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo: 15

Kentten ve Kırsal Kesimden Gelmiş Olan Öğrencilerde Depresyonsuz ve Depresyonlu Öğrenci Sayıları, Yüzdeleri ve X^2 Değeri İle Manidarlık Derecesi

GELİNER YER	DEPRESYON				TOPLAM	
	VAR		YOK			
	n	%	n	%	n	%
KENT	83	0.23	271	0.77	354	0.58
KIRSAL	134	0.53	118	0.47	252	0.42
TOPLAM	217	0.35	389	0.65	606	1.00

$$X^2 = 57.21 \quad p < 0.001 \quad SD = 1 \quad C = 0.91$$

Tablo 15 incelendiğinde; 606 öğrenciden 354'ünün (%58) kentten geldiği, 252'sinin (%42) ise kırsal kesimden gelmiş oldukları görülmektedir. Kentten gelen 354 öğrenciden 271'inde (%77) depresyon yok, 83'ünde (%23) ise vardır. Kırsal kesimden gelen 252 öğrenciden 118'inde (%47) depresyon yok, 134'ünde (%53) ise vardır. Kentten ve kırsal kesimden gelen öğrencilerde depresyon görülme yüzdelerine bakıldığında, kırsal kesimden gelen öğrencilerde görülme yüzdesi (%53), kentten gelen öğrencilerde görülme yüzdesinden

(%23) daha fazladır. Her ne kadar yüzdeler arasında fark görülmekte ise de bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olup olmadığının incelenmesi gerekir. 2 x 2'lik düzende X^2 istatistiksel analiz tekniği ile yapılan incelemede istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ($X^2 = 57.21$, $p < 0.001$) olduğu bulunmuştur.

Bu analiz sonucu, depresyonun kırsal kesimden gelen öğrencilerde, kentten gelen öğrencilere kıyasla daha çok görüldüğünü göstermiştir. Bu sonuçlar, araştırmanın altıncı hipotezini desteklemektedir.

Bilindiği gibi kent ve kırsal kesim arasında değerler, normlar kişilerarası ilişki biçimleri ve yaşam biçimi açısından farklılıklar vardır. Kent, kırsal kesime kıyasla çok kozmopolit olup, karmaşık ve daha çok sayıda değer, norm ve davranış kalıplarını içerir. Kırsal kesimden gelen öğrencilerin benimsediği inançlar, değerler, kazandığı, öğrendiği, yapageldiği davranış kalıpları kent toplumunun gereksinimine cevap vermede yetersiz kalabilir. Kişi topluma uyum sağlamada problemler yaşayabilir. Her davranışı yeni bir çatışmaya yol açabilir. Gerek yaşanan rol çatışması, gerekse kişinin grup ve toplum içindeki rolü açısından başkalarının kendisinden beklediği davranışların çokluğu sonuçta kişide toplumsal beceriksizlik ve yetersizlik duygularını yaratabilir ve bu da depresyona neden olabilir.

46. Beck'in Bilişsel Terapisinin Bireysel Uygulamasının Her Derece Depresyonu Gidermedeki Etkisi İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi Beck'in bilişsel terapisi; hafif derecede depresyonlu bir kız ve bir erkek, orta derecede depresyonlu bir kız ve bir erkek ve ciddi derecede depresyonlu bir kız ve bir erkek olmak üzere toplam 6 öğrenciye bireysel olarak uygulanmıştır. Terapi haftada iki kez olmak üzere beş hafta devam etmiş, her bir öğrenci ile 10 oturumluk bireysel terapi yapılmıştır. Her öğrenciye terapiye başlamadan önce Zung Depresyon Envanteri de uygulanmıştır. Öğrenciler aldıkları puanlarla Zung Depresyon ölçeğinde de aynı depresyon derecelerine girmişlerdir. Bireysel terapi uygulamaları bittikten sonra her bir öğrenciye Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği bir kez daha uygulanmıştır.

Her depresyon derecesinde bireysel terapi uygulanan öğrencilerin Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeğinin ön-test ve son-test uygulamalarındaki puanları Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo: 16

Depresyon Derecelerine Göre Öğrencilerin BDE ve ZDÖ'deki Ön-Test ve Son-Test Puanları

DEPRESYON DERECESİ	ÖĞRENCİ	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
		ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
HAFİF	BAYAN H.	13	5	53	21
	BAY K.	14	4	58	30
ORTA	BAYAN E.	18	7	63	39
	BAY S.	22	9	64	43
CİDDİ	BAYAN N.	42	12	80	58
	BAY O.	37	13	76	56

Tablo 16 incelendiğinde; hem Beck Depresyon Envanteri (BDE) normlarına göre hem de Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ) normlarına göre hafif depresyon derecesinde olan Bayan H.'nin terapi öncesi 13 olan BDE puanının terapi sonrasında 5'e düştüğü, terapi öncesi 53 olan ZDÖ puanının ise 21'e düştüğü görülmektedir. Bay K.'nin terapi öncesi 14 olan BDE puanının terapi sonrası 4'e düştüğü, terapi öncesi 58 olan ZDÖ puanının ise 30'a düştüğü görülmektedir. Gerek bayan, gerekse erkek öğrencinin terapi sonrası hem BDE, hem de ZDÖ puanları “depresyonsuz” sınıra düşmüştür.

Orta depresyon derecesindeki Bayan E.'nin terapi öncesi 18 olan BDE puanı terapi sonrasında 7'e, 63 olan ZDÖ puanı ise 39'a düşmüş; Bay S.'nin terapi öncesi 22 olan BDE puanı terapi sonrasında 9'a, 64 olan ZDÖ puanı ise 43'e düşmüştür. Gerek bayan, gerekse erkek öğrencinin terapi sonrası hem BDE, hem de ZDÖ puanları “depresyonsuz” sınıra düşmüştür.

Ciddi depresyon derecesindeki Bayan N.'nin terapi öncesi 42 olan BDE puanı terapi sonrasında 12'e, 80 olan ZDÖ puanı ise 58'e düşmüş; Bay O'nun terapi öncesi 37 olan BDE puanı terapi sonrası 13'e, 76 olan ZDÖ puanı ise 56'a düşmüştür. Gerek bayan, gerekse erkek

öğrencinin terapi sonrası hem BDE, hem de ZDÖ puanları “hafif depresyon” sınırına düşmüştür.

Üzerinde işlem yapılan kişi sayısı az olduğu için puanlar üzerindeki istatistiksel analiz yapma imkanı yoktur. Ancak, bu sonuçlar gözlemlerle ve öğrencilerin ifadeleri ile desteklenmiştir.

Her derece depresyonlu öğrencilerde terapiden sonraki BDE ve ZDÖ puanlarındaki düşüşler Beck'in bilişsel terapisinin bireysel olarak uygulanmasının depresyonu gidermede etkin olduğunu göstermektedir. BECK'in bilişsel terapisi ile hafif ve orta derece depresyon tamamen ortadan kaldırılmış, dört öğrenci de depresyonsuz duruma gelmişlerdir. BECK'in bilişsel terapisi ciddi derece depresyonlu öğrencilerde de depresyonu azaltmış, terapi sonrasında hem bayan, hem de erkek öğrencide depresyon hafif dereceye inmiştir.

Bu sonuç, BECK'in bilişsel terapisinin bireysel uygulamasının her depresyon derecesinde depresyonu gidermede etkin olduğu şeklindeki hipotez 7'yi desteklemektedir.

Bireysel vakalar içinde ciddi derece depresyonlu Bayan N'nin terapi öncesindeki durumunu, terapideki yaşantısını ve terapi sonuçlarını içerecek şekilde detaylı olarak kaleme almış olduğu bu yazı da BECK'in bilişsel terapisinin etkinliğini göstermektedir. Aşağıda vaka anlatımı belirtilmiştir.

“1992 yılında üniversiteyi kazanıncaya kadar, çok renkli bir yaşantım oldu. Beni en çok mutlu eden olayların başında tiyatro geliyordu. Bir gencin kendini tanımaya ve bulmaya başladığı dönemlerde ben, benliğimi tiyatro perdelerinin arkasına saklamıştım. Oynadığım karakterleri yaşıyordum, çünkü herbirinde kendimden ya da kendisi gibi olmak istediğim insandan bir parça buluyor, belki de bu şekilde tatmin oluyordum. İlgi odağı olmanın verdiği harika bir zevkle, alkışlanıyor, iltifatlar ve taktirler duyuyordum. Bununla birlikte, yine birçok sosyal etkinlikte bulunuyor, arkadaşlarım, öğretmenlerin ve çevremdeki diğer insanlar tarafından seviliyordum.

O zamanlar, -sanıyorum yaşım gereği- çevremdeki bu insanlar ve tiyatro olmadan yaşamımın nasıl olabileceği hakkında pek düşünmüyordum. Ve 1992'de Trabzon'a üniversite için geldiğimde, “sahne farklı ama roller aynı olacak” düşüncesindeydim. Üç sene boyunca bir çok insanla arkadaş oldum. Ama, bu arkadaşlıklar, benim beklentilerim doğrultusunda yürümedi. Şimdi dahi iyi anlıyorum ki, alkışlar içerisinde yaşamak, benim insanlardan ve yaşamdan beklentilerimi doruklara çıkarmıştı farketmeden. Bu şehirde yapayalnızdım... Kendimle başbaşa... Çevremdeki insanları tarafsızca gözlemlemeden, zamana ve mekâna uygun olmayan kararlar alıyor, sonuçları olumsuz olduğunda da gereğinden fazla üzülüyordum. Büyük bir bocalama devresi geçirdim ve hep yanlış başlangıçlar yaptım. Bana

uygun olmayan bir çok insana “dost” dedim bilinçsizce ve bu “dostluk” adını verdiğim ilişkileri yürütebilmek için hep çaba harcadım. Belki de kendimi kabul ettirmek için bilemiyorum, hep insanlara yardım etmek için uğraştım. Onları kırmamak için kendi benliğimle küstüm.

Bu sene, yani dördüncü sınıfın ilk döneminde, herşey patlama noktasına geldi. Saçlarım dökülüyor, dayanılmaz ağrılar çekiyordum. Kimse beklentilerime cevap veremiyor, hayattan beklediğim hiçbir şeye ulaşamıyordum. Psikoloji okumak, edebiyat okumak, konservatuvara gitmek ve bunların yanısıra çok sevdiğim matematikle uğraşmak istiyordum. İnsanlara kırgınlıklarımı söylemiyor, hep onların anlamalarını bekliyordum. Bu beklentiler, hatalar ve çevremdekilere verdiğim gereğinden fazla değer, bitmek tükenmek bilmeyen hayal kırıklıklarına sebep oluyordu. Artık hep tedirgindim. Herkese şüpheli bakıyor, her an biri tarafından kırılacağımı düşünüyordum. Sahip olduğum güzelliklerin farkına varamayacak kadar umutsuz ve güçsüzdüm. Ders çalışmıyorum, “şimdi ve burada” yaşamak zorunda olduğumu bildiğim halde, bunu kabullenmek istemiyordum. Olayları çok büyütüyor, olumsuz ve karamsar düşünüyordum. Çok çabuk sinirleniyor, hemen kendi kabuğuma çekiliyordum. Sürekli yalnız kalmak istiyordum, yalnız kaldığımda ise boş boş oturup saatlerce düşünüyordum. Sabahlara kadar uyuyamıyordum. Neyi düşünüyordum?... Her şeyi...

Bu dönemde bir yardıma ihtiyacım olduğunun farkındaydım ama uygun kişiyi bulamıyordum. Fakültemizin Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümünde, araştırma görevlilerinin, yaptığı çalışmadan haberim olur olmaz Nurcan Hanımla tanıştım. Onunla görüştüğüm ilk günü hiç unutamayacağım. Bir buçuk saat boyunca sadece konuştum ve ağladım. Bana, herkesin birşeyler söylemiş olmak için söylediği klasik sözleri söylemedi. O, beni anlamaya çalıştı ve anladı. Nurcan Hanım, bana, 10 seans süren bir bilişsel terapi uyguladı. Her terapide daha objektif düşünmemi sağladı. Artık yaşamış olduğum olumsuzlukların bugünümü ve yarınımı etkilemesine izin vermemeye gayret gösteriyorum. “onlar yaşandı ve bitti” demeyi öğrendim. İnsanlara ve kendime olan güvenimi yeniden kazanmaya başladım. Danışmanuma güvenmek, bu geçiş döneminin ilk adımı oldu.

Artık kendimi ve çevremi gözlem içerisinde bulundurup tarafsız analiz etmeye çalışıyorum. Bu analizin, kişilerden, yaşamdan ve olaylardan beklentilerim doğrultusunda olmamasına gayret gösteriyorum.

“Kimse kimseyi incitemez, kıramaz, kendisinden başka” demiş DIOGENES. Kırgınlıklarımın insanlara malettiğim üzüntülerimin çoğunun kaynağı bendim aslında. Dünya kötü, insanlar umursamaz, güvenilirmez, çıkarıcı, bencil, gerçek dost yok, arkadaşlıklar da sevgisiz diye kırılmak, üzülmek, umutlarımı yitirmek yerine, “yaşam, yaşanan an'dır” diyorum

ve içinde bulunduğum an'ı, bulunduğum mekânda olan insanlarla, istek ve beklentilerimin dışında kendi benliğimle yaşayıp daha huzurlu oluyorum. Bu terapiye katılmasaydım, belki de egom, süper egomun esiri olarak yaşamaya devam edecek, kendimin olmayan düşünce ve davranışlar sergileyecek, hep yargılayacak, beğenmeyecek ve herşeyden şikâyetçi olacaktım. Ben, Nurcan Hanımla bir geçiş dönemi yaşadım. Bocalama ve bunalım bitti. Ben yine aynı ben... yaşam, yine benim yaşamım... mekân ve çevremdeki insanlar yine aynı... Ara ara bazı sıkıntılarım oluyor ve olacaktır da.... bunu biliyorum. Şimdi bunları daha olgun karşılıyor, “yaşam işte bu” diyebiliyorum.”

47. Beck'in Bilişsel Terapinin Grup Uygulamasının Her Derece Depresyonu Gidermedeki Etkisi İle İlgili Bulgular ve Yorumlar

Grup uygulamalarında her bir depresyon derecesinde 4 kız ve 4 erkek toplam 8'er öğrenciden oluşan deney ve kontrol grupları olmak üzere 6 grup üzerinde yapılmıştır. Gruplardaki tüm öğrencilere terapi öncesinde Zung Depresyon Ölçeği de uygulanmıştır. Haftada iki kez olmak üzere beş hafta boyunca her üç deney grubuna da toplam 10 oturumluk bilişsel terapi uygulanmıştır. Bu sürede her üç kontrol grubuna da herhangi bir psikolojik yardım verilmemiştir. Terapilerin bitiminde tüm gruplardaki öğrencilere Beck Depresyon Envanteri ve Zung Depresyon Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Hafif derece depresyonlu deney grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin terapi öncesinde ve sonrasında Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ) puanları Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo: 17

Hafif Derece Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve sonrası BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN S.	10	4	53	40
BAYANE.	11	3	51	35
BAYANE.	14	5	56	43
BAYAN B.	13	6	53	44
BAYE.	12	4	58	46
BAY A.	14	5	54	38
BAY B.	10	2	51	36
BAY K.	13	5	54	45

Tablo 17 incelendiğinde, tüm öğrencilerin hem BDE puanlarının, hem de ZDÖ puanlarının her iki ölçekte de “depresyonsuz” sınıra inmiş olduğu görülmemiştir.

Herhangi bir psikolojik yardımın yapılmadığı hafif derece depresyonlu kontrol grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin ön-test, son-test BDE ve ZDÖ puanları Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo: 18

Hafif Derece Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ö-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN E.	10	12	54	53
BAYAN G.	12	13	55	56
BAYAN P.	12	11	58	56
BAYAN G.	14	13	58	59
BAY A.	13	12	51	54
BAY Z.	15	13	54	53
BAY A.	13	10	51	53
BAY M.	11	12	53	55

Tablo 18 incelendiğinde, kontrol grubundaki öğrencilerde gerek BDE, gerekse ZDÖ'de ön-test, son-test puanları arasında azalma ya da yükselme şeklinde çok küçük değişimler olduğu görülmektedir. Ancak tüm öğrencilerde son-test puanları her iki ölçekte de yine “hafif derece depresyon” sınırı içinde kalmıştır.

BECK'in bilişsel terapisinin hafif depresyonu gidermede etkili olduğunun istatistiksel olarak da belirlenmesi için, öğrencilerin BDE ve ZDÖ'deki ön-test ve son-test puanları arasındaki farklar hem deney grubunda, hem de kontrol grubunda parametrik önemlilik testlerinden iki eş arasındaki farkın önemlilik tekniği ile analiz edilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin; Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları Tablo 19'da, Zung Depresyon Ölçeğinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları ise Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo:19

Hafif Derece Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değerleri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	BECK DEPRESYON ENVANTERİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	7.88	2.78	2.83	p < 0.05
KONTROL	8	0.50	0.69	0.72	p > 0.05

Tablo 19 incelendiğinde, deney grubunda BDE son-test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 2.83, p < 0.05$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise bulunan $t = 0.72$ değeri iki ayrı BDE uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Tablo: 20

Hafif Derece Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Hataları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değerleri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	BECK DEPRESYON ENVANTERİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	13	4.60	2.82	p < 0.05
KONTROL	8	-0.5	0.56	0.89	p > 0.05

Tablo 20 incelendiğinde, deney grubunda ZDÖ son test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 2.82, p < 0.05$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise bulunan $t = 0.89$ değeri iki ayrı ZDÖ uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Hem BDE ve hem ZDÖ puanları açısından kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadığı için, ayrıca deney ve kontrol gruplarının son test puanlarına göre birbirleri ile karşılaştırılmasına gerek duyulmamıştır.

Bu sonuçlar Beck'in bilişsel terapisinin grup uygulamasının hafif derecede depresyonu gidermiş olduğunu göstermiştir.

Beck'in bilişsel terapisinin grup uygulamasının etkililiği orta derecede depresyon için de araştırılmıştır.

Orta derecede depresyonlu deney grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin terapi öncesinde ve sonrasında BDE ve ZDÖ puanları Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo: 21

Orta Derecede Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve Sonrası BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN Ş.	20	12	61	53
BAYANE.	21	9	64	56
BAYAN Z.	22	9	60	45
BAYAN A.	19	8	66	46
BAY S.	18	6	68	48
BAY S.	21	13	63	54
BAY Y.	20	7	65	48
BAY A.	18	5	64	38

Tablo 21 incelendiğinde, tüm öğrencilerin hem BDE puanlarında, hem de ZDÖ puanlarında düşüşler ortaya çıktığı görülmektedir. Bireysel puanlar dikkate alındığında iki bayan ve bir erkek öğrencinin BDE ve ZDÖ puanları her iki ölçek için de "hafif derecede

depresyon” sınırına düşmüş, iki bayan ve üç erkek öğrencinin BDE ve ZDÖ puanları ise her iki ölçek için de “depresyonsuz” sınırına düşmüşlerdir. Diğer bir deyişle BECK'in bilişsel terapisi ile orta derecede depresyonlu 8 öğrenciden, 6'sının depresyonu tamamen giderilmiş, 2'sinin ki ise hafif derecede depresyona indirilmiştir.

Herhangi bir psikolojik yardımın yapılmadığı orta derecede depresyonlu kontrol grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin ön-test, son-test BDE ve ZDÖ puanları Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo: 22

Orta Derecede Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ön-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN E.	19	17	63	60
BAYAN A.	20	22	66	68
BAYAN A.	19	21	60	65
BAYANI	21	19	68	65
BAY K.	21	20	63	61
BAY Y.	23	19	66	63
BAY S.	23	25	65	69
BAY B.	18	19	64	66

Tablo 22 incelendiğinde, kontrol grubundaki öğrencilerde gerek BDÖ, gerekse ZDÖ'de ön-test, son-test puanları arasında azalma ya da yükselme şeklinde küçük değişimler olduğu görülmektedir. Ancak, tüm öğrencilerde son-test puanları her iki ölçekte de yine “orta derecede depresyon” sınırı içinde kalmıştır.

BECK'in bilişsel terapisinin orta derecede depresyonu gidermede etkili olduğunun istatistiksel olarak da belirlenmesi için, öğrencilerin BDÖ ve ZDÖ'deki ön-test ve son-test

puanları arasındaki farklar hem deney grubunda, hem de kontrol grubunda parametrik önemlilik testlerinden iki eş arasındaki farkın önemlilik tekniği ile analiz edilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin; Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları Tablo 23'de, Zung Depresyon Ölçeğinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları ise Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo: 23

Orta Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	BECK DEPRESYON ENVANTERİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	11	0.82	13.41	$p < 0.001$
KONTROL	8	0.13	0.82	0.15	$p > 0.05$

Tablo 23 incelendiğinde, deney grubunda BDE son-test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 13.41$, $p < 0.001$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise, bulunan $t = 0.15$ değeri iki ayrı BDE uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Tablo: 24

Orta Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	16.62	2.19	7.58	p < 0.005
KONTROL	8	-2	1.20	0.21	p > 0.05

Tablo 24 incelendiğinde, deney grubunda ZDÖ son-test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 7.58, p < 0.005$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise, bulunan $t = 0.21$ değeri iki ayrı ZDÖ uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Hem BDE, hem de ZDÖ puanları açısından kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadığı için, ayrıca deney ve kontrol gruplarının son-test puanlarına göre birbirleri ile karşılaştırılmasına gerek duyulmamıştır.

BECK'in bilişsel terapisinin grup uygulamasının etkililiği ciddi derecede depresyon için de araştırılmıştır. Ciddi derecede depresyonlu deney grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin terapi öncesinde ve sonrasında BDE ve ZDÖ puanları Tablo 25'de verilmiştir.

Tablo: 25

Ciddi Derece Depresyonlu Deney Grubundaki Öğrencilerin Terapi Öncesi ve Sonrası BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN E.	37	9	78	35
BAYAN F.	38	11	73	53
BAYAN S.	43	15	89	56
BAYAN N.	41	7	80	46
BAY M.	30	13	71	58
BAY E.	38	12	70	54
BAY K.	40	15	85	55
BAY M.	44	9	88	48

Tablo 25 incelendiğinde, tüm öğrencilerin hem BDÖ puanlarında, hem de ZDÖ puanlarında düşüşler ortaya çıktığı görülmektedir. Bireysel puanlar dikkate alındığında iki bayan ve üç erkek öğrencinin BDE ve ZDÖ puanları her iki ölçek için de “hafif derecede depresyon” sınırlarına düşmüş, iki bayan ve bir erkek öğrencinin BDE ve ZDÖ puanları ise, her iki ölçek için de “depresyonsuz” sınırlara düşmüşlerdir. Diğer bir deyişle Beck'in bilişsel terapisi ile ciddi derecede depresyonlu 8 öğrenciden, 3'ünün depresyonu tamamen giderilmiş, 5'inin ki ise hafif dereceye indirilmiştir.

Herhangi bir psikolojik yardımın yapılmadığı ciddi derecede depresyonlu kontrol grubundaki 4 kız ve 4 erkek öğrencinin ön-test, son-test BDÖ ve ZDÖ puanları Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo: 26

Ciddi Derecede Depresyonlu Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Ön-Test, Son-Test BDE ve ZDÖ Puanları

ÖĞRENCİLER	BECK DEPRESYON ENVANTERİ		ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
	ÖN-TEST	SON-TEST	ÖN-TEST	SON-TEST
BAYAN H.	31	32	71	73
BAYAN A.	41	40	84	80
BAYAN M.	38	36	73	70
BAYAN N.	40	42	74	76
BAY M.	44	45	88	84
BAY Z.	37	38	78	80
BAY B.	36	33	75	70
BAY M.	42	44	84	86

Tablo 26 incelendiğinde, kontrol grubundaki öğrencilerde gerek BDE, gerekse ZDÖ'de ön-test, son-test puanları arasında azalma ya da yükselme şeklinde küçük değişimler olduğu görülmektedir. Ancak, tüm öğrencilerde son-test puanları her iki ölçekte de yine “ciddi derecede depresyon” sınırı içinde kalmıştır.

BECK'in bilişsel terapisinin ciddi derecede depresyonu gidermede etkili olduğunun istatistiksel olarak da belirlenmesi için, öğrencilerin BDE ve ZDÖ'deki ön-test ve son-test puanları arasındaki farklar hem deney grubunda, hem de kontrol grubunda parametrik önemlilik testlerinden iki eş arasındaki farkın önemlilik tekniği ile analiz edilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin; Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları Tablo 27'de, Zung Depresyon Ölçeğinden aldıkları ön-test, son-test puanları ile ilgili istatistiksel analiz sonuçları ise Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo: 27

Ciddi Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin BDE Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	BECK DEPRESYON ENVANTERİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	27.5	1.96	14.03	$p < 0.001$
KONTROL	8	0.13	0.67	0.19	$p > 0.05$

Tablo 27 incelendiğinde, deney grubunda BDE son-test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 14.03$, $p < 0.001$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise, bulunan $t = 0.19$ değeri iki ayrı BDE uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Tablo:28

Ciddi Derecede Depresyonlu Deney ve Kontrol Gruplarındaki Öğrencilerin ZDÖ Puanları İle İlgili Farkların Ortalamaları (\bar{D}), Farkların Ortalamasının Standart Sapmaları ($S_{\bar{D}}$) ve t-Değeri İle Önemlilik Dereceleri

GRUPLAR	ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ			t	ÖNEMLİLİK DERECELERİ
	n	\bar{D}	$S_{\bar{D}}$		
DENEY	8	28.65	3.93	7.29	$p < 0.005$
KONTROL	8	1.00	1.15	0.86	$p > 0.05$

Tablo 28 incelendiğinde, deney grubunda ZDÖ son-test puanları lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark ($t = 7.29$, $p < 0.005$) çıkmıştır. Kontrol grubunda ise, bulunan $t = 0.86$ değeri iki ayrı ZDÖ uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını ($p > 0.05$) göstermiştir.

Hem BDE, hem de ZDÖ puanları açısından kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmadığı için, ayrıca deney ve kontrol gruplarının son-test puanlarına göre birbirleriyle karşılaştırılmasına gerek duyulmamıştır.

Tüm bu sonuçlar BECK'in bilişsel terapisinin her derecede depresyonu giderdiğini göstermekte olup, hipotez 8'i de desteklemektedir.

BECK'in bilişsel terapisi ile; hafif derecede depresyon tamamen giderilmiş, orta derecede depresyonlu öğrencilerden 6'sının ki tamamen giderilmiş, 2'sininki de hafif depresyon derecesinin alt sınırında doğru çekilmiş ve ciddi derecede depresyonlu öğrencilerden 3'ünün ki tamamen giderilmiş, 5'ininki de hafif depresyona indirilmiştir.

Araştırmada gerek bireysel, gerekse grupla uygulanan terapiler 10 oturum olarak planlanmıştır. Bu, nispeten kısa süreli bir bilişsel terapidir. Beck'in bilişsel terapisinin tipik uygulanma süresi 15-25 oturum sürelidir. Bu uygulamalardan elde edilen sonuçlar dikkate alındığında eğer uygulama 15-20 oturum kadar sürdürülmüş olsa, orta ve ciddi derecede depresyonlarda dahi tam düzelmeyi sağlama imkânının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Literatürde bilişsel-davranışçı psikoterapinin depresyonu giderme derecelerinin incelendiği araştırmalar vardır. Bu araştırmalarda hem kısa süreli 4-7 oturumluk bilişsel terapinin, hem de bilişsel terapinin etkililiğinin antidepressan ilaç tedavileri ve bilişsel terapi + ilaç tedavisi (kombine tedavi) ile karşılaştırılmış olan araştırmalar vardır.

Sadece bilişsel terapinin, sadece ilaç tedavisine kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur. Sadece bilişsel terapi ile bilişsel terapi ve ilaç tedavisi kombinasyonunun karşılaştırılmasını içeren altı araştırmanın beşinde her ikisinin eşit etkinlikte olduğu, birinde ise kombine tedavinin daha üstün olduğu bulunmuştur. Tedavinin bitiminden sonra, üç aydan iki yıla kadar yapılan takip çalışmaları, bilişsel terapinin ilaç tedavisine kıyasla daha uzun süreli etkisinin olduğunu göstermiştir (CORSINI-WEDDING, 1989, s.291).

İlaç tedavisi gibi güçlü bir tedavi yönteminden daha etkili olduğunu gösteren bu araştırma sonuçları da Beck'in bilişsel terapisinin depresyonu gidermede etkili şekilde kullanılacak bir psikoterapi yaklaşımı olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlara ek olarak grup terapilerine katılan iki ciddi derece depresyonlu bayan öğrencinin terapi öncesi durumlarını ve terapi yaşantıları ile terapi ile kazandıklarını içeren anlatımları da aşağıda verilmiştir.

“Merhaba!

Yazıma terapilerden önceki durumumu anlatmakla başlamak istiyorum. Terapilerden önce geleceğe karamsarlıkla bakan hiçbir şeyin düzelmeyeceğine inanan, kendisine güvenmeyen, bir şeyler başaracağına inanmayan bir kişiydim. Katıldığım terapilerin bende değişiklikler yapabileceğine başlangıçta inanmıyordum. Bazı önyargılarla gelmiştim herhalde... İlk seansta grup arkadaşlarıma da pek ısınmamıştım. Zaten başlangıçta katılıp katılmama konusunda da tereddüt geçirmiştım. Bir cesaret göstererek terapilere katıldım. Sıkıntılarımı grup ortamında anlatamayacağımı düşünüyordum. neyse ki sizin canayakın kişiliğiniz, sıcak tavırlarınız bir güven ortamının oluşmasına neden oldu. Arkadaşlarla da kaynaştık. Çok değişik bir ortam meydana geldi. Artık terapilerden zevk duymaya başladım. O ortam benim mutlu olduğum bir ortam haline geldi. Önerileriniz çok olumlu ve yapıcıydı. Siz, bizden biri gibi oldunuz, olayları bizim gibi düşünmeye çalıştığınız için de arada bir kopukluk olmadı. Biz size güvendik, siz de bize yardımcı olmaya çalıştınız.

Şuanda kendimi daha rahat ve daha güvenli hissediyorum. Birşeyler başarabileceğime inanıyorum. Siz, benim de başarılı ve birçok yönden iyi olduğuma inanmama yardımcı oldunuz. Birşeyler yapmak için harekete geçmeye başladım. Yani yapmak istediklerim düşünce kalmadı. Yavaş da olsa faaliyete geçmeye başladı. Bu benim için değişimin bir başlangıcı olsa gerek. Bütün bunlar ve sıcak kişiliğiniz için size teşekkür etmek istiyorum. Siz örnek bir kişisiniz. Size hayat boyu sağlık, mutluluk ve başarılar...”

“Okula yeni başladım. Yeni bir çevre, yeni bir ortam yeni bir hayat. Korkularım o kadar büyük ki: Tek başıma nasıl yaparım, nasıl yaşarım? Sınavlara, bu zorlu sınavlara, nasıl hazırlanır, nasıl başarılı olurum? Daha önce yaşadığım hayal kırıklıklarını yine yaşarmıyım? Bunun gibi daha kafamda onlarca soru var. Çok genel olduğu için biraz açayım.

Sınavlarla başlıyayım. Çok farklı bir öğretim sistemiyle karşılaştım. Hocalar her ne kadar bizi çalışmaya teşvike uğraşalarda sorumluluklarının çok fazla farkında değiller. Bu sıkışık tempoyla o yoğun derslere ne zaman hazırlanırım, hiç bilmiyorum.

Arkadaşlarım. Onları çok seviyorum ama daha önceden pek çoğundan dolayı kırgınlıklar yaşadım hatta gelmeden önce bir ikisiyle bağlantımı kestim. İnsanların menfaatçi olmaları beni çok kırıyor. Bunun sadece bana karşı yapılması önemli değil. Yakınımdakilerin bile aynı şeylere mağruz kalması beni çileden çıkartıyor. Öncelikle küs insanlar görmek istemiyorum. Bunun için çabalarken çok yıpranıyorum. Ne olur insanlar küsmese?

Aileme gelince. Ailemi çok severim. Doğal olarak da onlar beni. Anne ve baba soyumdan tek üniversiteyi kazanan benim. Bu yüzden herkesin benimle ilgili beklentileri var. Onları hayal kırıklığına uğratmayı asla istemem. Ama onlardan uzakta yaşamak çok zor.

Gelelim sevgili fobilerime ve komplekslerime. Onlar hayatı bana çok fazla zehir ediyorlar. Kendimi asla beğenmem, herkesten çirkin ve daha aşağı olarak görürüm. Kendime güvenim yok denecek kadar az. Fobilerime gelince asla açık denizi görmeye tahammül edemem ama 4 yıl denizin karşısında yaşayacağım. Köprüden geçemem, Trabzonda'da köprüden bol birşey yok. Bunun gibi bir sürü şey. Umarım bunlara çözümler bulurum.

Bir de sebepsiz sıkıntılar. Bunları hep yalnız atlatmaya çalışırım. Bilmem bu konuda ne kadar doğru düşünüyorum.

Terapiler devam ediyor, bazı konularda fikrim değişmeye başladı. Ama emin değilim. Sanki bana birşeyler kazandıracak.

Dersleri fazla sorun olarak görmüyorum. Gerçi sınav zamanları telaşlanıyorum ama kabus da değiller benim için. Hocalarımıza şartlandırmamalıyız galiba kendimizi. Eğer bir şeyler öğrenmek istiyorsak bunu kendimizde yapabiliriz.

Şu arkadaşlarım bana hep dert olmuşlardır. Onlardan gördüğüm zarar hâlâ devam ediyor. Zamanında iyi bildiğim insanlar benim güzel arkadaşlıklarımı bozmaya uğraşıyorlar. Bir çok tavsiyede bulunuldu. Ama her şey zamana bağlı. Şu günlerde çok kızgınım.

Ailem. Onlarla telefonda sık sık görüşüyoruz. Onları yine çok özliyorum ama yaşamak zorunda olduğumu da biliyorum.

Fobilerime hiç değinilmedi ama onlardan kurtuluş yok gibi geliyor. Komplekslerimde zaman zaman azalmalar görülüyor ama benimle birlikte yaşadıkları gerçek.

Sıkıntılarımı yine yalnız atlatmaya çalışıyorum. Grubun diğer üyeleri de kendilerine göre bir yöntem belirlemiş benimki de bu. Ne kadar faydalı bilinmez ama en azından kimseye zararım yok.

İdeallerim devam ediyor. Tek hayalim günün birinde anlayışlı, güncel, modern ve sevilen bir öğretmen olmak. Umarım bu fikrim 4-5 yıl sonrada devam eder.

Yaklaşık 2 ay içerisinde 10 terapi yapıldı. İlk zamanlarda bunlarda birşeyler kazanacağımı düşünmüyordum. Ama yanıldığımı anladım. Terapiler bende çok bariz değişikliklere yol açtı. Bende bundan anlatılamayacak kadar çok mutluyum.

Şimdi bu değişikliklerden kısaca bahsetmek istiyorum.

Öncelikle kendime güvenim geldi. Artık attığım her adımdan eminim. Her işe kolaylıkla katılabiliyorum. Sonunun kötü biteceğini bilsemde şansımı deniyorum.

Şu an bana çok saçma gelen komplekslerim büyük ölçüde yok oldu. Kendimi diğer insanlardan daha küçük ve basit görmüyorum. Öyle olsaydı binlerce insanı arkamda bırakır bu fakülteye giremezdim. Belki güzel değilim ama bu beni rahatsız etmiyor. Biraz bakımın bile kendimi güzelleştireceğine inanıyorum.

İnsanların yapıp etmelerini düşündüğüm şeyler artık yok. Onlar istedikleri gibi yaşarlar, bende kendi istediğim gibi yaşarım.

Birde şunu öğrendim. İnsanlardan mesafe olarak uzak olmak onlardan kopmak anlamına gelmiyor. Belki aradaki mesafe bazı sorunları yok ediyor ve sürekli birlikteliğin getirdiği monotonluğu kırıyor.

Terapi sayesinde grubumuzdaki üyeleri tanıdığım için çok mutluyum. Onları kılıfa bürünmüş halleriyle değil, kişiliklerinin özülle, sıkıntılarıyla, neşeleriyle, idealleriyle, özlemleriyle... tanıdım. Bence gerçek dostluk budur. Yalansız, riyasız dostluk.

Belki de en önemlisi birilerinden yardım alabileceğimi öğrenmek oldu. Önceki gibi problemleri kendi kendime çözmeye uğraşmıyorum.

Şu günlerde çok verimli ders çalışabiliyorum. Olaylara kafamı yormadan önceliği derslerime veriyorum. Birde ders çalışırken çevremden kendimi soyutluyor böylece dikkatimi topluyorum.

Belirli bir süre sonunda aileme ve dostlarıma da kavuşacağımı biliyorum. Bundan eskisi kadar sıkıntı duymuyorum.

Sonuçta kendimi güvenli, huzurlu, mutlu hissediyorum. İsim vermeye gerek yok. Ama bugün bunları hissetmeme yardım eden herkese binlerce teşekkür.”



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin %34'ünde depresyonun görülmediğini, %31'inde hafif derecede depresyon, %24'ünde orta derecede depresyon ve %11'inde ise ciddi derecede depresyon görülmüştür. Depresyon görülme oranı açısından kız ve erkek öğrenciler arasında ve sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Alt sosyo-ekonomik düzeyli olan öğrencilerde ve kırsal kesimden gelen öğrencilerde depresyonun da çok görüldüğü bulunmuştur.

BECK'in bilişsel terapisinin hem bireysel, hem de grup terapisi şeklinde uygulanması hafif ve orta dereceli depresyonları gidermede, ciddi derecedeki depresyonu ise azaltmada etkili olmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanılarak aşağıdaki öneriler düzenlenmiştir.

- 1-Üniversite öğrencilerinde görülen depresyonun ortadan kaldırılması ya da azaltılması için her üniversitenin ilgili ünitelerince psikolojik danışma hizmetlerinin yaygın ve etkin bir şekilde verilmesine özen gösterilmesi, sadece depresyon açısından değil, genelde uyum bozukluklarının çözümlenmesi açısından da yararlı olacaktır.
- 2-Psikolojik danışma hizmetlerinin yanında, psikolojik problemlerin ortaya çıkmasını önleyici rolü dikkate alınarak rehberlik hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve etkin olarak uygulanmasına çalışılmalıdır.
- 3-Akademik danışmanların öğrencilere etkin olarak akademik danışma hizmeti vermelerine ek olarak, onları yakından takip etmeleri ve psikolojik sıkıntılarında onları psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleri alabilmeleri için ilgili merkezlere havale etmeleri yararlı olacaktır.
- 4-Derslerinde öğretmenleri empatik bir sınıf atmosferi yaratarak öğretim fonksiyonunu yerine getirmelerinin, olumlu öğretmen-öğrenci ilişkilerini geliştirmelerinin öğrencilerin psikolojik sağlıkları açısından önemi gözönüne alındığında tüm öğretmenlerin buna dikkat ederek davranmaları yararlı olacaktır.
- 5-Üniversitelerde psikolojik hizmetlerde görevli yardım meslekleri psikolojik danışma uygulamalarında bilişsel modelden yararlanmaları önerilir.
- 6-Bu araştırmada 10 oturumluk nisbeten kısa süreli bir bilişsel terapi uygulaması yapılmıştır. yapılacak diğer araştırmalarda yaklaşık 20-25 oturumluk uygulamaların

etkililiklerinin ve Beck'in bilişsel terapisinin danışmalar sonrası takip çalışmaları ile uzun süreli etkisinin de (Long-lasting effect) incelenmesi önerilir.



YARARLANILAN KAYNAKLAR

a- Kitaplar

- BALTAŞ, Acar : Stres ve Başaıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1995
- BALTAŞ, Zuhâl,
- BECK, Aaron : Cognitive Therapy and the Emotional Disorder, International Universities Press, New York, 1976.
- BECK, Aaron ve diğerleri : Cognitive Therapy of Depresyon, The Guilford Press, New York, 1979.
- BURGER, M. Jerry : Personality, Brooks/cole Publishing Comp., California, 1993.
- CORSINI, J. Ragmond : Current Psychotherapies, (Fourth Edition), F. E. Peacock Publishers, Inc., Illinois, 1989.
- WEDDING, Danny
- DE JONGHE, Frans : Manual for the Diagnosis of Major Depression (MDMD), Benecke Consultants, Amsterdam, 1992.
- HUYSER, Jochanon
- GENÇTAN, Engin : Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Maya Yayınları Nr.3, Ankara, 1984.
- GÜLEÇ, Cengiz : Psikoterapiler, Medikomat Basım-Yayın, Ankara, 1993.
- KANFER, Frederick : Helping People Change : A Textbook of Methods, (Third Edition), Pergaman Press, New York, 1986.
- GOLDSTEIN, Arnold
- KAPTAN, Saim : Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikleri, Tekışık Web Ofset, Ankara, 1991.
- _____ : Bilimsel Araştırma Teknikleri, Rehber Yayınevi, Ankara, 1973.

- KESİM, Meral : Çocukluk ve İlkgençlik Depresyonu, Papirus Yayınları, Nr. 83, İstanbul,1993.
- KÖKNEL, Özcan : Depresyon: Ruhsal Çöküntü, Altın Kitapları Yayınevi, İstanbul, 1989.
- LYNN, J. Steven : Contemporary Psychotherapies: Models and Methods, Charles E. Merrill Publishing CO, Columbus, 1984.
- GARKE, P. John
- RUSH, A. J. : Short-Term Psychoterapies For Depression: Behavioral, Interpersonal, Cognitive and Psychodynamic Approaches, The Guilford Press, New York, 1982.
- SÜMBÜLOĞLU, Kadir : Sağlık Bilimlerinden Araştırma Teknikleri ve İstatistik, Matis Yayınları, Nr.3, Ankara, 1978.
- ŞAHİN, H. Nesrin : Depresyon ve Başaçıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992.
- RUGANCI, R. Neslihan
- TUĞRUL, Ceylan : Depresyonla Başa Çıkma Yolları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Nr. 1, Ankara, 1994.
- SAYILGAN, M. Akif

b- Makale ve Bildiriler

- AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ANA) : "Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults", **American Journal of Psychiatry**, Number 4, (1993) , pp. 1-25.
- AYDIN, Gül : "Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Açıklama Biçimi ve Akademik Başarı İlişkisi", **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 22, (1988), ss.6-13.

- AYDIN, Orhan
AYDIN, Gül : "Açıklama Biçimi Modelinin Normal zve Depresif Deneklerde Sınanması", **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 23, (1989), ss.48-57.
- BECK, Aaron
EPSTEIN, N.
HARRISON, R : "Cognitions, Attitudes and Personality Dimensions in Depression", **British Journal of Cognitive Psychotherapy**, Number 1, (1983), pp. 1-16.
- CEYHUN, Birsen
AKÇA, Figen : "Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma", VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 21-23 Eylül 1994.
- CLARK, D.M
TEASDALE, J.D : "Diurnal Variations in Clinical Depression and Accessibility of Memories of Positive and Negative Experiences", **Journal of Abnormal Psychology**, Number 91, (1982), pp. 87-95.
- DAUGHTRY, Donald
KUNKEL, A. Mark : "Experience of Depression in College Students: A Concept Map", **Journal of Counseling Psychology**, Number 3, (1993) pp. 316-323.
- DERRY, P.A
KUIPER, N.A : "Schematic Processing and Self-Reference in Clinical Depression", **Journal of Abnormal Psychology**, Number 90, (1981), pp. 286-297.
- DIXON, Wayne ve diğerleri : "Distinguishing Among Antecedents, Concomitants, and Consequences of Problem Solving Appraisal and Depressive Symptoms" **Journal of Counselind Psychology**, Number 3 (1993), pp. 357-364.
- GÖKÇAKAN, Zafer
GÖKÇAKAN, Nurcan : "Öğretmen Adaylarının Kendini Kabul Düzeyleri", **Eğitim Dergisi**, Sayı: 6, (1993), ss. 85-88.
- _____ : "Üniversite Öğrencilerinin Kendilerini Anlatabilme Düzeyleri", **Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi**, Sayı: 3, (1996), ss. 120-111.

- GÜLEÇ, Cengiz : "Türkiye'de Depresif Bozukluklar Epidemiyolojisi", **Hacettepe Tıp Dergisi**, Sayı: 3, (1987), ss. 207-218.
- HİSLİ, Nesrin : "Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre Bir İnceleme", **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 21, (1987), ss. 117-123.
- _____ : "Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma", **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 22, (1988), ss. 118-126.
- _____ : "Besk Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği", **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 23, (1989). ss. 3-13.
- İMAMOĞLU, Olcay : "Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları", **Türk Psikoloji Dergisi**, Sayı: 30, (1993), ss. 27-41.
- GÜLTEKİN, Yeşim
- LAMBERT, M. J. : "Zung, Beck and Hamilton Rating Scales as Measure of Treatment Outcome: A Metanalytic Comparison", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Number 1, (1986), pp. 54-59.
- MARZILLIER, J. S. : "Cognitive Therapy and Behavioral Practice", **Behavior Research and Therapy**, Number 18, (1980), pp. 252.
- MOILANEN, Donna : "Depressive Information Processing Among Nonclinic, Nonreferred College Students", **Journal of Counseling Psychology**, Number 3, (1993), pp. 340-347.

- ÖZGÜVEN, İ. Etnem : “Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Sağlık ve Psikolojik Sorunları”, V. Ulusal Psikoloji Kongresi, (1990).
- PACE, Terry : “Changes in Depressive Self-Schemata and Depressive Symptoms Following Cognitive Therapy”, **Journal of Counseling Psychology**, Number 3, (1993), pp. 288-294.
- DIXON, David
- PRIESTER, Michael : “Perceived Problems Solving Ability As A Predictor of Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in A College Population”, **Journal of Counseling Psychology**, Number 1, (1993), pp. 78-85.
- CLUM, George
- YEŞİLYAPRAK, Binnur : “Üniversite Gençlerinin Psikolojik Sorunları”, **Psikoloji Dergisi**, Sayı: 20, (1986), ss. 80-84.
- ZUNG, W.K : “From Art to Science: The Diagnosis and Treatment of Depression”, **Archives of General Psychiatry**, Number 29, (1973), pp. 328-337.



EKLER

EK: 1 BİLGİ FORMU

1. Ad-Soyadınız :
2. Cinsiyeti :
3. Bölümü :
4. Anabilim Dalı (Programı) :
5. Sınıfı :
6. Ailenizin ekonomik düzeyi :

Düşük Orta Ortanın Üstü Yüksek

7. Ailenizin oturduğu yer :

Köy Belde İlçe İl



T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN

EK: 2 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Son zamanlarda kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümyeli seçiniz ve yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu belirten birden fazla cümle varsa herbirini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıkların olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
1 Şimdi herşeyden eskiden olduğu kadar hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbirşey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Herşeyden sıkılıyorum.
5. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0 Cezalandırılıyorum şeklinde bir duygum yok.
1 Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. 0 Kendimden memnunum.
1. Kendi halimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
8. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendimi eleştiriyorum.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimden utanıyorum.
3 Olan her kötü şey ve aksilik için kendimden utanıyorum.
9. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat bu düşüncelerimi uygulamaya koymuyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0 Her zamankinden daha fazla ağlıyorum.
1 Daha öncelere kıyasla şimdi daha çok ağlıyorum.
2 Şimdi heran ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli reğilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ve sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi artık hiç sinirlendirmiyor.
12. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskiden daha az görüşmek, konuşmak istiyorum.
2 Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybettim.
3 Kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0 Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşüm çok değişti ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Eskiden yaptığım işleri şimdi daha çok gayret göstererek yapabiliyorum.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiç bir şey yapamıyorum.
16. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve tekrar uyumakta zorlanıyorum.
3 Her zamankinden daha çok erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
17. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım herşey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0 İştahım herzamanki gibi iyi.
1 İştahım eskisi gibi iyi değil.
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.
19. 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni çok endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünemiyorum.
21. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir azalma olmadı.
1 Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konulara şimdi çok az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK: 3 ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim _____	Yaş _____	Cinsiyet _____	Tarih _____	Hiçbir zaman veya çok ender olarak	Bazen	Sık Sık	Çoğunlukla veya her zaman
1. KENDİMİ KIRGIN, KEDERLİ VE HÜZUNLÜ HİSSEDİYORUM.							
2. KENDİMİ EN İYİ SABAHLARI HİSSEDERİM.							
3. AĞLAMA NÖBETLERİ GEÇİRİYORUM VEYA KENDİMİ AĞLAYACAK GİBİ HİSSEDİYORUM.							
4. GECE BOYU UYUMAKTA GÜÇLÜK ÇEKİYORUM.							
5. İŞTAHIM HERZAMANKİ GİBİ.							
6. ÇEKİCİ KADINLARA/ERKEKLERE BAKMaktan, ONLARLA KONUŞMaktan VE BİRLİKTE OLMaktan HOŞLANIYORUM.							
7. KİLO KAYBETMEKTE OLDUĞUMU FARKEDİYORUM.							
8. KABIZLIK ÇEKİYORUM.							
9. KALBİM HERZAMANKİNDEN HIZLI ATIYOR.							
10. SEBEPSİZ YERE YORULUYORUM.							
11. ZİHNİM HERZAMAN OLDUĞU KADAR AÇIK.							
12. ALIŞTIĞIM ŞEYLERİ KOLAYCA YAPABİLİYORUM.							
13. HUZURSUZUM VE YERİMDE DURAMIYORUM.							
14. GELECEĞE ÜMİTLE BAKIYORUM.							
15. HERZAMANKİNDEN DAHA TEDİRGİNİM.							
16. KOLAYLIKLA KARAR VEREBİLİYORUM.							
17. İŞE YARADIĞIMI VE BANA İHTİYAÇ DUYULDUĞUNU HİSSEDİYORUM							
18. HAYATIM OLDUKÇA DOLU.							
19. ÖLSEYDİM HERKEZ İÇİN DAHA İYİ OLURDU.							
20. ALIŞMIŞ OLDUĞUM ŞEYLERİ YAPMaktan HALA ZEVK DUYUYORUM							
							SDS HAM PUANI
							SDS Endeksi

ÖZGEÇMİŞ

Nurcan GÖKÇAKAN, 1965 yılında Trabzon'da doğdu. İlkokulu Trabzon Yavuz Selim ilkokulu, ortaokulu Trabzon Cumhuriyet Ortaokulu ve lise öğrenimini Trabzon Lisesi'nde yaptı ve buradan mezun oldu. 1985-86 Eğitim-Öğretim yılında üniversite giriş sınavında ilk tercihi olan Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Eğitimi Bölümü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalını kazanarak üniversite eğitimine başladı. 1988-89 Eğitim-Öğretim yılı Bahar yarıyılında "83.84" akademik ortalama ile Bölüm ve Fakülte ikincisi olarak mezun oldu.

Aynı yıl güz yarıyılında açılan sınavı kazanarak K.T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Eğitimi Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik programında yüksek lisans eğitimine başladı. Bir yıl süren Sürmene'de Yabancı Dil Hazırlık eğitimini başardıktan sonra derslerine başladı ve tüm derslerinden "AA" notu alarak "4.00" akademik ortalama ile derslerini tamamladı. 1991-92 Eğitim-Öğretim yılı güz yarıyılında "K.T.Ü. Fatih Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Kendini Kabul Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezini vererek 10.07.1992 tarihinde Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalında "Bilim Uzmanı" oldu.

1994-95 Eğitim-Öğretim yılında K.T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Eğitimi Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programında açılan sınavı kazanarak doktora eğitimine başladı. 1995-96 Eğitim-Öğretim yılı güz yarıyılı sonunda tüm derslerinden "AA" notu alarak "4.00" akademik ortalama ile derslerini tamamladı. 22.03.1996 tarihinde Prof.Dr. İsmail ÖZÇELİK (K.T.Ü. Danışman), Prof.Dr. Muharrem KEPÇEOĞLU (Gazi Üniv.) ve Doç.Dr. Kurtman ERSANLI (19 Mayıs Üniv.) dan oluşan jüriye yapılan doktora yeterlik sınavını başardı.

1990 yılından buyana K.T.Ü. Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Eğitimi Bölümü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.

GÖKÇAKAN evli ve bir çocuk annesi olup, İngilizce bilmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA BAKANLIĞI
DOKÜMAN TALEP MERKEZİ