

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YEĞİN DEPRESYONDA İNTİHAR, UMUTSUZLUK, OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER VE ŞEMALARIN İNCELENMESİ**

NERGİZ YÜCE BOSTAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**YEĞİN DEPRESYONDA İNTİHAR, UMUTSUZLUK, OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER VE ŞEMALARIN İNCELENMESİ**

NERGİZ YÜCE BOSTAN

20167583

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd.Doç.Dr.FÜSUN GÖKKAYA

LEFKOŞA

2018

# C:\Users\Toshiba\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\20180704_192726.jpg

**BİLDİRİM**

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

* Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
* Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
* Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad, Soyad

# TEŞEKKÜR

Öncelikle, değerli vaktini ayırıp araştırmama katılan ve bu çalışmanın ortaya çıkmasına katkıda bulunan tüm katılımcılara,

Tezimin hazırlık aşamasından son anına kadar bana rehberlik eden, destek olan kıymetli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Füsun GÖKKAYA’ya,

Bu çalışmanın hastanemizde gerçekleşmesine olanak sağlayan, bilgi ve deneyimleri ile çalışma sürecimde bana yol gösteren, destek olan Klinik Eğitim Sorumlumuz kıymetli hocam Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ’ye,

Kliniğimizde görev yapan, bu çalışmaya katkı sunan değerli çalışma arkadaşlarım Uzm.Dr.Neşe Burcu BAL, Uzm.Dr.İbrahim ÖZER ve Uzm.Dr.Pakize Evşen ATA GÖZCELİOĞLU’na ve diğer tüm çalışma arkadaşlarıma,

Karşılaşmış olmayı ve birlikte çalışmayı şans saydığım değerli meslektaşlarım ve dostlarım Uzm.Psk. Gazanfer Korkut ERENCİ’ye ve Uzm.Psk. Nevin AVCI TAŞKIRAN’a teşekkür ediyorum.

Ve aileme…

Her zaman olduğu gibi bu yoğun süreçte de yanımda olan sevgili anneme, aramızda olmasa da her daim varlığını hissettiğim sevgili babama ve kardeşime,

Biricik oğluma,

ve eşime,

ne kadar teşekkür etsem az…

Nergiz YÜCE BOSTAN, Ankara, 2018.

# ÖZ

**YEĞİN DEPRESYONDA İNTİHAR, UMUTSUZLUK, OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER VE ŞEMALARIN İNCELENMESİ**

Bu çalışmada, Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı alan, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler; depresyonun şiddeti, umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmış ve söz konusu faktörler ile aralarındaki ilişkiler bilişsel model çerçevesinde incelenmiştir. Yeğin depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunan 50 katılımcı YDBİ grubunda, yeğin depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunmayan 70 katılımcı YDB grubunda yer almıştır. Çalışmanın verileri; Sosyo-Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 aracılığıyla elde edilmiştir. Çalışma sonucunda; gruplar arasında depresyon ve umutsuzluk düzeyi, otomatik düşüncelerin sıklığı ve erken dönem uyumsuz şemaların şiddeti ile bazı alt boyutlar ve şema boyutlarında anlamlı düzeylerde farklılıklar saptanmıştır. Klinik özellikler açısından geçmişte depresyon tanısı ile tedavi almış olma ve intihar davranışında bulunma, yaşamın herhangi bir döneminde intihar planı yapmış olma; bilişsel faktörler açısından kişinin kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri, gelecekten olumsuz beklentileri, başarısızlık şeması ve zedelenmiş otonomi şema alanında alınan puanların yüksekliği yeğin depresyonu olan bireylerde intihar davranışı açısından risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Bulgularımız, yeğin depresyonu olan bireylerde depresyonun bilişsel terapisine, intihar davranışının azaltılması ve önlenmesine katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler: yeğin (majör) depresyon, intihar, umutsuzluk, otomatik düşünceler, erken dönem uyumsuz şemalar.**

# ABSTRACT

**EXAMINING SUICIDE, HOPELESSNESS, NEGATİVE AUTOMATIC THOUGHTS AND SCHEMAS IN MAJOR DEPRESSION**

In this study, major depressive individuals with and without a history of suicide behavior compared in terms of level of depression, hopelessness, automatic thoughts, early maladaptive schemas. At the same time, relations of the relevant factors were analysed within the framework of Beck’s Cognitive Theory. The participants were 50 individuals with suicide behavior at present or at the past who called by YDBİ group and 70 individuals without suicidal behavior called by YDB group who were diagnosed with Major Depressive Disorder according to the DSM-V diagnostic criteria. Data was collected through; Sociodemographic Information Questionnaire, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Automatic Thoughts Questionnaire and Young Schema Questionnaire-Short Form 3. When the groups were compared the results are; two groups differentiated significiantly in that level of depression and hopelessness, frequency of automatic thoughts and the level of early maladaptive schemas. As well as, significiant differentiations were seen in some subscales of related cognitive factors and schema dimensions. Past depression episodes and suicidal behaviors, having suicide plans at any time of life were clinical risk factors; negative emotions and thouhgts about self, negative expectations from future and having higher scores on failure schema and impaired autonomy schema domain were cognitive risk factors for suicidal behavior in major depression. Results may contribute to cognitive therapy of major depressives, reducement and prevention of suicidal behavior.

**Keywords: major depression, suicide, hopelessness, automatic thoughts, early maladaptive schemas.**

# 

# İÇİNDEKİLER

[KABUL VE ONAY](#_Toc515983872) iii

[BİLDİRİM](#_Toc515983873) iv

[TEŞEKKÜR](#_Toc515983874) v

[ÖZ](#_Toc515983875) vi

[ABSTRACT](#_Toc515983876) vii

[İÇİNDEKİLER](#_Toc515983877) viii

[TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ](#_Toc515983878) xi

[KISALTMALAR](#_Toc515983878) xii

1. [BÖLÜM 1](#_Toc515983879)

[GİRİŞ 1](#_Toc515983879)

[**1.1. Problem durumu 1**](#_Toc515983881)

[**1.2. Araştırmanın amacı 3**](#_Toc515983881)

[**1.3. Araştırmanın önemi 4**](#_Toc515983881)

[**1.4. Sınırlılıklar 5**](#_Toc515983881)

2. [BÖLÜM 6](#_Toc515983880)

[KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 6](#_Toc515983880)

[**2.1. Yeğin depresyon 6**](#_Toc515983881)

[**2.1.1. Yeğin depresyon tanımı, tanı kriterleri 6**](#_Toc515983882)

[**2.1.2. Yeğin depresyonun prevalansı 8**](#_Toc515983883)

[**2.1.3. Yeğin depresyonun etyolojisi 9**](#_Toc515983884)

[**2.1.4. Yeğin depresyona etki eden biyolojik faktörler 9**](#_Toc515983885)

[**2.1.5. Yeğin depresyona etki eden psikososyal faktörler 10**](#_Toc515983886)

[**2.1.5.1. Psikanalitik yaklaşım 10**](#_Toc515983887)

[**2.1.5.2. Davranışçı yaklaşım 11**](#_Toc515983888)

[**2.1.5.3. Bilişsel yaklaşım 12**](#_Toc515983889)

[**2.1.6. Depresyonun tedavisinde bilişsel kuramın etkliliği 13**](#_Toc515983890)

[**2.2. İntihar 14**](#_Toc515983891)

[**2.2.1. İntiharın tanımı 14**](#_Toc515983892)

[**2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi 16**](#_Toc515983893)

[**2.2.3. İntihar davranışında risk faktörleri 18**](#_Toc515983894)

[**2.2.4. Birey açısından intihar riskinin değerlendirilmesi 19**](#_Toc515983895)

[**2.2.5. İntiharı davranışını açıklayıcı yaklaşımlar 21**](#_Toc515983896)

[**2.2.5.1. Biyolojik yaklaşım…….. 21**](#_Toc515983897)

[**2.2.5.2. Psikanalitik kuram 22**](#_Toc515983898)

[**2.2.5.3. Sosyal öğrenme kuramı 22**](#_Toc515983899)

[**2.2.5.4. Baumeister’in kaçış kuramı 23**](#_Toc515983900)

[**2.2.5.5. Shneidman’in intihar yaklaşımı 23**](#_Toc515983901)

[**2.2.5.6. Umutsuzluk kuramı 24**](#_Toc515983902)

[**2.3. Depresyon ve intiharın bilişsel modeli 25**](#_Toc515983903)

[**2.3.1. Bilişsel modelin tarihi ve felsefi temelleri 25**](#_Toc515983904)

[**2.3.2. Bilişsel terapi ve temel özellikler 26**](#_Toc515983905)

[**2.3.3. Bilişsel model ve temel kavramlar 28**](#_Toc515983906)

[**2.3.3.1. Otomatik düşünceler 28**](#_Toc515983907)

[**2.3.3.2. Ara inançlar (Tutumlar, kurallar ve varsayımlar) 29**](#_Toc515983908)

[**2.3.3.3. Şemalar ve temel inançlar 29**](#_Toc515983909)

[**2.3.3.4. Bilişsel üçlü (Cognitive triad) 30**](#_Toc515983910)

[**2.3.3.5. Bilişsel çarpıtmalar 31**](#_Toc515983911)

[**2.3.4. Psikopatolojilerin bilişsel modeli 32**](#_Toc515983903)

[**2.3.5. Depresyonun bilişsel modeli 34**](#_Toc515983913)

[**2.3.6. Bilişsel model çerçevesinde depresyonun klinik görünümü 37**](#_Toc515983914)

[**2.3.7. İntiharın bilişsel modeli ve umutsuzluk 39**](#_Toc515983915)

[**2.3.8. Bilişsel model çerçevesinde depresyon ve intihar davranışına yönelik yürütülen çalışmalar 44**](#_Toc515983918)

[**2.4. Erken dönem uyumsuz şemalar 48**](#_Toc515983919)

[**2.4.1. Erken dönem uyumsuz şemaların depresyon ve intihar davranışı ile ilişkisine yönelik yürütülen çalışmalar 52**](#_Toc515983920)

3. [BÖLÜM. 58](#_Toc515983923)

ARAŞTIRMA [YÖNTEMİ 58](#_Toc515983924)

[**3.1. Araştırmanın modeli 58**](#_Toc515983925)

[**3.2. Örneklem 58**](#_Toc515983926)

[**3.3. Veri toplama araçları 62**](#_Toc515983927)

[**3.3.1. Sosyo - demografik veri formu 63**](#_Toc515983928)

[**3.3.2. Beck depresyon envanteri (BDE) 63**](#_Toc515983929)

[**3.3.3. Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) 63**](#_Toc515983930)

[**3.3.4. Otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ) 64**](#_Toc515983931)

[**3.3.5. Young şema ölçeği kısa form – 3 (YŞÖ-KF3) 65**](#_Toc515983932)

[**3.4. İşlem 66**](#_Toc515983933)

[**3.5. İstatistiksel analiz 66**](#_Toc515983934)

4. [BÖLÜM 68](#_Toc515983935)

[BULGULAR 68](#_Toc515983936)

5. [BÖLÜM. 87](#_Toc515983941)

[TARTIŞMA 8](#_Toc515983942)7

6. [BÖLÜM. 109](#_Toc515983941)

[SONUÇ VE ÖNERİLER 109](#_Toc515983943)

[KAYNAKÇA 111](#_Toc515983945)

[EKLER 128](#_Toc515983946)

[**EK-1 Bilgilendirme formu 128**](#_Toc515983947)

[**EK-2 Aydınlatılmış onam 129**](#_Toc515983948)

[**EK-3 Sosyo-demografik veri formu 130**](#_Toc515983949)

[**EK-4 Beck depresyon envanteri (BDE) 131**](#_Toc515983950)

[**EK-5 Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) 132**](#_Toc515983951)

[**EK-6 Otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ) 133**](#_Toc515983952)

[**EK-7 Young şema ölçeği – kısa form 3 (YŞÖ-KF3) 134**](#_Toc515983953)

[**EK-8 Ölçek izin belgesi 135**](#_Toc515983953)

[ÖZGEÇMİŞ 136](#_Toc515983954)

[İNTİHAL RAPORU 137](#_Toc515983955)

[ETİK KURUL ONAYI 138](#_Toc515983955)

# TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

[**Tablo1.**YDBİ ve YDB grubu arasında bazı tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı………..………………………………………………………………………….60](#_Toc515983956)

[**Tablo2.**YDBİ ve YDB grupları arasında ölüm isteğinin, intihar düşüncesinin, intihar planının dağılımı………………………………………………………………………....61](#_Toc515983957)

[**Tablo3.**YDBİ ve YDB grubu arasında BDE ve BUÖ puanlarının karşılaştırılması](#_Toc515983958).68

[**Tablo4.**YDBİ ve YDB grubu arasında ODÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması……………………………………………………………………….](#_Toc515983959)....69

[**Tablo5.**YDBİ ve YDB grubu arasında YŞÖ puanlarının karşılaştırılması………...70](#_Toc515983960)

[**Tablo6.**YDBİ grubunda YŞÖ puanları ile BDE, BUÖ ve ODÖ puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları……………………………………………………...72](#_Toc515983961)

[**Tablo7.**YDBİ grubunda YŞÖ puanları ile ODÖ alt boyut puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları……………………………………………………...74](#_Toc515983962)

[**Tablo8.**YDBİ grubunda ODÖ, BUÖ ve BDE puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları…………………………………………………………………...76](#_Toc515983963)

[**Tablo9.**YDBİ grubunda ODÖ ve BUO alt boyut puanları ile BDE puanı arasında Spearman korelasyon katsayıları……………………………………………………...77](#_Toc515983964)

[**Tablo10.**YDB grubunda YŞÖ puanları ile BDE, BUÖ ve ODÖ puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları……………………………………………………...78](#_Toc515983965)

[**Tablo11.**YDB grubunda ODÖ, BUÖ ve BDE puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları…………………………………………………………………...80](#_Toc515983966)

[**Tablo12.**YDBİ grubunda YŞÖ şema boyutlarının BDE puanını yordayıcı etkileri.81](#_Toc515983967)

[**Tablo13.**YDB grubunda YŞÖ şema boyutlarının BDE puanını yordayıcı etkileri..81](#_Toc515983968)

[**Tablo14.**YDBİ ve YDB grupları arasında ölüm isteğinin, intihar düşüncesinin, intihar planının dağılımı………………………………………………………………....82](#_Toc515983969)

[**Tablo15.** Değişkenlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri……….83](#_Toc515983970)

[**Tablo16.**Klinik özelliklere ilişkin değişkenlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri………………………………………………………………………….84](#_Toc515983971)

[**Tablo17.**ODÖ alt boyut puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri……………………………………………………………………………………..85](#_Toc515983972)

[**Tablo18.**BUÖ alt boyut puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri……………………………………………………………………………………..85](#_Toc515983973)

[**Tablo19.**YŞÖ şema alanı puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri……………………………………………………………………………………..86](#_Toc515983974)

[**Şekil. 1.** İntihar Davranışının Bilişsel Modeli…………………………………………41](#_Toc515983975)

[**Şekil. 2.** İntihar ile İlişkili Şemalar ve Durumsal Umutsuzluk….……… 42](#_Toc515983976)

**KISALTMALAR**

BDE : Beck Depresyon Envanteri

BUO : Beck Umutsuzluk Ölçeği

DSM – 5 : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (5. Basım)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ODÖ : Otomatik Düşünceler Ölçeği

SCID–I : DSM IV-Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği

YŞÖ-KF3 : Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3

TDK : Türk Dil Kurumu

TUİK : Türkiye İstatistik Enstitüsü

n : Katılımcı sayısı

% : Sütun/Satır yüzdesi

Ort : Ortalama

SS : Standart sapma

B : Regresyon katsayısı

SH : Standart hata

sd : Serbestlik derecesi

OR : Odds ratio

GA : Güven aralığı

**1. BÖLÜM**

# GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problem durumu, amacı, önemi ve sınırlılıklarına yer verilmiştir.

* 1. **Problem durumu**

Depresyon, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. DSÖ verilerine göre, yeti yitimine yol açan nedenler arasında gelişmiş ülkelerde ilk sıralarda, dünyada ise dördüncü sırada yer almaktadır (Murray ve Lopez, 1996). Depresyon, mortalite açısından da önem taşımaktadır. Depresyonun mortalitesi üzerine yürütülen bir meta analizde; depresyonların ortalama olarak %10,8’inin intihara bağlı ölümle sonuçlandığı, psikiyatrik örneklemle yürütülen çalışmalarda bu oranın %16-%19 olduğu bildirilmiştir (Wulsin, Vaillant ve Wells, 1999).

Kelime anlamı *çöküntü* olan depresyon ruh sağlığı açısından; çökkün duygudurum, ilgi/istek ve enerji kaybı, vejetatif işlevlerde, psikomotor becerilerde ve dikkat ile düşünme süreçlerinde bozulmalar, değersizlik, suçluluk ve intihar düşünceleri ya da girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (DSM–5, 2013). Bu özelliklerin şiddetine göre; iş, sosyal yaşam ve özel yaşamda belirli düzeylerde yeti yitimine yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Uluşahin, 2003; TDK Sözlüğü, 2018).

İntihar, kişinin bilinçli ve istemli olarak kendi yaşamına son verme eylemi olarak tanımlanmaktadır. Gerçekten ölme arzusu yanında kişinin acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacı taşıyan bir yardım çağrısı olarak da değerlendirilmektedir (Bekaroğlu ve Bilici, 1998; Can ve Sayıl 2004; Kaplan ve Sadock, 2004; Paracıkoğlu, Sayıl ve Özgüven, 2004; Sayıl 2000). İntiharın epidemiyolojisine yönelik çalışmaların birçoğunda sağlıklı verilerin çeşitli nedenlerle elde edilemediğine dönük bildirimler dikkat çekmekte, intihar girişimlerinin ise kayıt dışılığı nedeniyle kesin rakamlarla ifade edilmesinin söz konusu olmadığı belirtilmektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002a; 2002b; Sayıl, 2000). Buna rağmen intihar, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ön plana çıkmaktadır. DSÖ (2015) raporuna göre; 2012 yılında dünyada yaklaşık 1 milyon kişi intihar sonucu yaşamını yitirmiştir, şiddet ve yaralanmalara bağlı ölüm nedenleri arasında trafik kazalarının ardından ikinci sırada yer almaktadır. DSÖ, 2020 yılında yaklaşık 1,5 milyon insanın kendi yaşamına son verebileceğini, her tamamlanmış intihara karşılık 10-20 intihar girişiminin gerçekleşebileceğini tahmin etmektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002b; DSÖ,2015).

İntihar olgusu çok boyutlu bir konu olarak ele alınmakta ve sosyal, kültürel, ekonomik, dini, felsefi, psikolojik, biyolojik vb. açılardan incelenmektedir (Rudd, 2000; Sayıl ve Azizoğlu, 1991). Ruh sağlığı alanında ise müdahale gerektiren acil bir durum olarak görülmektedir (Kaplan ve Sadok, 2004). İntihar davranışı, psikiyatri alanında başta gelen ölüm nedenlerinden biri olup yaşamı tehdit ediciliği ve aciliyeti açısından önemli bir yer tutmaktadır (Sayıl, 2000). İstatistiksel araştırmalara göre intihar girişiminde bulunanlarda ruhsal bir hastalık belirtisi gösterenlerin oranı %80-%95 arasında değişmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

İntihar ile ilişkili ruhsal bozukluklar açısından yürütülen çalışmaların, depresyon ve ilişkili faktörler üzerine yoğunlaştığı söylenebilir. Depresyon intihar riskinin yüksek olduğu bir ruhsal bozukluktur ve depresyonun en çok korkulan komplikasyonu intihardır (Sayıl, 2000). İntihar ya da intihar girişimlerinin tamamı depresyonla bağlantılı olmasa da, depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yoğunluğu nedeniyle intihar riskinin, depresyonu bulunmayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Köroğlu, 1997; Öztürk, 1994). Batılı ülkelerde yapılan çalışmalarda, bütün intihar olgularının %70'inin duygudurum bozukluğundan kaynaklandığı bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Öztürk’e (1994) göre, ölümle sonuçlanan intiharların %70’i depresyonlu hastalara aittir. Depresyon, intihar riskini artırmakta ve tedavi edilebilirliği açısından intiharın önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır.

Yukarıda anılan nedenlerle, ciddi bir halk sağlığı sorunu olan depresyon ve intihar davranışının ortaya çıkmasında altta yatan olası nedenler ve ilişkili faktörlerin anlaşılmasının, özgül ve etkili müdahalelerin geliştirilmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Depresyon tedavisine ilişkin literatür incelendiğinde farmakoterapi ve bilişsel-davranışçı terapilerin yaygın olarak kullanıldığı ve bilişsel davranışçı terapilerin etkililik çalışmalarının farmakoterapi ile karşılaştırmalı çalışmalarla başlamış olduğu söylenebilir (Barth ve diğerleri, 2013; Butler, Chapmen, Forman, Beck, 2006; Dobson,1989; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, Blackburn, 1998; Jacobson ve diğerleri, 1996). İntihar davranışının anlaşılması ve azaltılmasında da bilişsel modelin etkililiğine yönelik çalışmalar (Lester, 1994; Tarrier, Taylor ve Gooding, 2008) bulunmaktadır.

Bu çalışma da bilişsel model temel alınarak yürütülmüştür. Depresyonun oluşumuna, sürmesine, sağaltımına etki eden faktörler ve depresyon ile büyük ölçüde ilişkili olduğu öne sürülen tanı kriterleri içersinde yer alan intihar düşünce ve davranışları bilişsel model çerçevesinde ele alınarak incelenmiştir. Bilişsel modele göre, depresyon ve intihar davranışı ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu varsayılan *umutsuzluk düzeyi*, *olumsuz otomatik düşünceler* ve *erken dönem uyumsuz şemalar* arasındaki ilişkilerin araştırıldığı bu çalışma ile depresyonda intihar davranışının bilişsel terapi ile tedavisinde üzerinde çalışılacak terapi malzemesinin belirlenmesine ve terapinin yönlendirilmesine katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

## 1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışmada, yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerin; *depresyonun şiddeti, umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşünceler* ve *erken dönem uyumsuz şemalar* açısından karşılaştırılarak incelenmesi ve olası ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularının yanıtlanması hedeflenmiştir:

1. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan bireylerin depresyon düzeyi, intihar davranışında bulunmayan bireylerin depresyon düzeyinden anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
2. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan bireylerde umutsuzluk düzeyi, intihar davranışında bulunmayan bireylerin umutsuzluk düzeyinden anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
3. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan bireylerde olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti, intihar davranışında bulunmayan bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerinin şiddetinden anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
4. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan bireylerde erken dönem uyumsuz şemaların şiddeti, intihar davranışında bulunmayan bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının şiddetinden anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
5. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler, erken dönem uyumsuz şema boyutları ve şema alanları açısından farklılaşmakta mıdır?
6. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerde depresyon şiddeti, umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiler nasıldır?
7. Yeğin depresyonu olan, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerde depresyon şiddetini yordamada erken dönem uyumsuz şemaların etkisi nasıldır?
8. Yeğin depresyonu olan bireylerde intihar davranışına etki eden faktörler nelerdir?

**1.3. Araştırmanın önemi**

Ülkemizde yeğin depresyon ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkilerini incelemeye yönelik çalışma sayısının sınırlı olduğu söylenebilir. Klinik örneklemde intihar davranışı ile erken dönem uyumsuz şemaların araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenlerle, bu çalışmada yeğin depresyon hastalarında intihar davranışı ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu varsayılan *umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşünceler* ve *erken dönem uyumsuz şemalar* arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilecek bulgularla, depresyonda intihar davranışının bilişsel terapi ile tedavisinde üzerinde çalışılacak terapi malzemesinin belirlenmesine ve terapinin yönlendirilmesine katkıda bulunulacağı; söz konusu alanda yürütülen çalışma sayısındaki sınırlılık nedeni ile de ilgili literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

**1.4. Sınırlılıklar**

Çalışmamızda intihar davranışında bulunan grubun diğer gruba oranla sayıca düşük olmasının çalışma sonuçları üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu araştırmanın klinik örneklemi; Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğt. ve Arş. Hastanesi, Psikiyatri Poliklinikleri’ne başvuran; “Yeğin Depresyon Bozukluğu” tanısı alan ve ayaktan takibi yapılan hastalar ile sınırlıdır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular farklı merkezlerden tedavi alan yeğin depresyon hastalarında test edilebilir.

Bu çalışmada yeğin depresyonu olan katılımcılar, DSM-5 için, Eksen I’de yer alan tanılar açısından SCID–I ile değerlendirilmişlerdir. Katılımcılar, Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı alsalar da, II. Eksen tanılarına dönük objektif bir değerlendirme yapılmamıştır.

Çalışma grupları oluşturulurken grupların demografik ve klinik özellikler açısından benzer olmasına çaba gösterilmesine rağmen, klinik özelliklerden “geçmişte tanı ve tedavi alınması” kriteri açısından gruplar arasında farklılık bulunmaktadır. Bu durumun çalışma sonuçlarına etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Yaşamın herhangi bir döneminde intihar girişiminde bulunan hastalarda depresyon ve intihar davranışı ile ilişkili bilişsel unsurların araştırılmasında kesitsel yöntemin kullanılmasının sağlıklı veriler elde edilmesi yönünde dezavantajlı olabileceği, daha önceki depresyon epizotları ve intihar davranışlarının boylamsal olarak araştırılmasının ilgili bilişlerin çalışılmasında daha güvenilir bir yöntem olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın verileri özbildirim ölçekleri ile elde edilmiştir. Örneklemde yer alan katılımcıların çalışmanın değişkenleri açısından kendilerini değerlendirmeleri ve ifade etmeleriyle sınırlıdır.

**2. BÖLÜM**

## KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

## 2.1. Yeğin depresyon

### 2.1.1. Yeğin depresyonun tanımı, tanı kriterleri

Depresif duygular, olumsuz yaşam olayları karşısında herkesin hissedebileceği üzüntü, hüzün, keder türü duygulardır. Ruhsal bir bozukluk olarak depresyon ise yaşamın bir çok alanında kişinin işlevselliğini bozacak nitelikte belirtilerin varlığında söz konusudur. Depresyon bozukluklarından biri olan yeğin (majör) depresyon; çökkün duygudurum, ilgi/istek ve enerji kaybı, vejetatif işlevlerde, psikomotor becerilerde ve dikkat ile düşünme süreçlerinde bozulmalar, değersizlik, suçluluk ve intihar düşünceleri ya da girişimleri gibi belirtileri içermektedir (DSM –5, 2013). Bu özelliklerin şiddetine göre iş, sosyal yaşam ve özel yaşamda belirli düzeylerde yeti yitimine yol açmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Uluşahin, 2003).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın beşinci ve son basımında *Yeğin (Majör) Depresyon* için tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır (DSM-5, 2013):

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu kişinin kendisi bildirir, ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama.
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının varlığı.
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A - C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (DSM-5, 2013).

Depresyon, yüksek oranda yeti yitimine yol açan bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. DSÖ’nün Hastalıkların Toplam Yükü çalışması kapsamında, yeti yitimine yol açan nedenler arasında gelişmiş ülkelerde ilk sıralarda, dünyada ise dördüncü sırada yer almaktadır ve 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra en fazla yetiyitimine yol açan ikinci hastalık olacağı öne sürülmektedir (Murray ve Lopez, 1996). Yüksek oranda yeti yitimine yol açması yanında, yeğin depresyonun yinelemelerle giden bir hastalık olduğu bildirilmektedir. Tek bir depresyon dönemi geçirenlerin %50-%60’ının ikinci kez, iki depresyon dönemi geçirenlerin %70’inin üçüncü kez depresyon dönemi geçirdiği, üç depresyon dönemi geçiren hastaların %90’ının yinelediği ve her yinelemenin bir sonraki yineleme riskini artırdığı bildirilmektedir. Ayrıca sık yinelemeler hastalığın süreğenleşme olasılığını artırmakta, depresyon epizodundaki sürenin uzunluğu düzelme olasılığını azaltmaktadır (Öztürk ve Uluşahin,2016; Türkçapar,2009).

Depresyon mortalite açısından da önem taşımaktadır, tanı kriterleri arasında da yer alan intihar davranışı ile yüksek oranda ilişkili olduğu bildirilmektedir. Depresyonun, intiharın en fazla görüldüğü psikiyatrik hastalıklardan olduğu, depresyonlu hastaların %75’inde ölme isteği ve intihar düşüncelerinin izlendiği belirtilmektedir (Işık, 2013b). Depresyonun mortalitesi üzerine yürütülen bir meta analizde, depresyonların ortalama olarak %10,8’inin intihara bağlı ölümle sonuçlandığı, psikiyatrik örneklemle yürütülen çalışmalarda bu oranın %16-19’a kadar yükseldiği bildirilmiştir (Wulsin ve diğerleri, 1999). Bu bağlamda depresyonun oluşumuna etki eden faktörlerin anlaşılmasının ve tedavisine yönelik etkin müdahalelerin geliştirilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

### 2.1.2. Yeğin depresyonun prevalansı

Yeğin depresyonun, psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen hastalıklardan olduğu belirtilmektedir ve 12 aylık yaygınlığı %6,6, yaşam boyu yaygınlığı %16,2 olarak bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Etnik köken açısından sıklığı farklılık göstermemektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Toplum örnekleminde yaşam boyu ortalama sıklığı kadınlar için %10 ile %25, erkekler için ise %5 - %12 arasında değişmektedir ve prevalans oranları eğitim ve gelir durumu ya da evli olup olmama açısından farklılık göstermemektedir (Köroğlu,1997; Türkçapar, 2009). Yeğin depresyonun orta yaşlarda daha sık görüldüğü, çocukluk döneminde ortalama %2-5, ergenlerde %6-15, 18-29 yaş aralığında %12, 30-44 yaş aralığında %14.03, 45-64 yaş aralığında %15.91, 65 yaş üstünde %8.19 oranında izlendiği bildirilmektedir (Işık, 2013a; Işık ve Işık, 2013). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı’nca tüm ülke nüfusunu temsil edecek bir örneklem (18 yaş üstündeki 7479 kişi) üzerinde yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırma Raporuna göre; bir yıllık sıklık oranı depresif nöbet için %4, distimi için %1,6, yineleyici kısa depresyon için %1.6 olarak saptanmıştır (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1998).

### 2.1.3. Yeğin depresyonun etyolojisi

Yeğin depresyonun etyolojisine ve tedavisine ilişkin literatürde pek çok farklı kuram ve yaklaşım biçimi bulunmaktadır. Depresyona neden olan etmenler genetik/biyolojik ve psikososyal etmenler olarak iki ana gurupta toplanabilir ve her iki faktörün birbiri ile etkileşimi söz konusudur (Kaplan ve Sadock, 2004; Köroğlu, 1997).

### 2.1.4. Yeğin depresyona etki eden biyolojik faktörler

Depresyonun biyolojik etyolojisine ilişkin çalışmaların bir kısmı genetik faktörlere odaklıdır. Aile çalışmaları, evlat edinme ve ikiz çalışmaları sonucunda depresyon geçirenlerin birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin genel nüfusa oranla 2-3 kat yüksek olduğu, tek yumurta ikizlerinde kalıtımla geçiş oranının %50, çift yumurta ikizlerinde bu oranın %10-25 arasında olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock 2004).

Işık, Açıkyürek ve Işık’ a (2013) göre depresyon oluşumunda en çok sözü edilen nörotransmiter serotonindir ve serotonerjik işlev yetersizliği, özellikle limbik alanda serotonin azalmasının depresyona etkisi bildirilmektedir. Öztürk ve Uluşahin (2016), depresyonun biyolojik etyolojisine yönelik biyokimyasal etkenlerin beyindeki çeşitli nörotransmiterlerle ilgili işlev bozuklukları olarak bildirildiğini, depresyonda birçok nörotransmiterin rolü olduğunu, depresyon sağaltımında hedeflenen üç ana nörotransmiterin ise serotonin, noradrenalin ve dopamin olduğunu belirtmektedir.

Öztürk ve Uluşahin’e (2016) göre, depresyonun nöroanatomisine ilişkin bulgular yapısal ve işlevsel görüntüleme çalışmalarına dayanmaktadır ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme ile yapılan çalışma sonuçları, hipokampal hacimde azalma olduğunu ortaya koymuştur. İşlevsel MR ile yapılan çalışmalarda ise ön singulat, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve orta temporal lob gibi beyin bölgelerinde anormal işlevsel ve yapısal değişiklikler olduğu bildirilmektedir.

### 2.1.5. Yeğin depresyona etki eden psikososyal faktörler

Depresyonun oluşumuna etki eden psikososyal faktörlerin farklı psikolojik kuramlarca ele alındığı, her bir kuramın bu etkenleri kendi kavramlarıyla açıkladığı ve depresyonun sağaltımına dönük yaklaşımlarda bulundukları söylenebilir. Söz konusu kuramların çatısı altında pek çok farklı kuramcının depresyonun kavramsallaştırmasına yönelik görüşleri bulunmaktadır. Bu bölümde depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan psikososyal girişimlere kuramsal zemin oluşturan psikolojik yaklaşımlara değinilecektir.

#### 2.1.5.1. Psikanalitik yaklaşım

Psikanalitik kuram açısından, S.Freud (1917) depresyonun ilk açıklamalarını “Yas ve Melankoli” yazısında yapmıştır (Çev. Kapkın ve Kapkın, 2002, s.239-242). Freud melankolinin yas ile benzer biçimde sevgi nesnesinin kaybına verilen bir tepki olduğunu öne sürmüş ve melankolideki bu yitimin ve sürecin yastan farklılıklarını dinamikleri ile ayrıntılı biçimde ele almıştır. Melankolinin özelliklerini hüzün, dış dünyaya yönelik ilgi kaybı, tüm etkinliklere ket vurulması, kendini önemseme duygularının azalarak yerini kendini suçlama ve kendini eleştirmeye bırakması ve cezalandırılma beklentisi olarak belirtmiştir. Freud, yasta da, sevilen gerçek bir nesnenin kaybı ardından, libidonun bu nesne ile bağlarından geri çekilmesi sürecinde yukarıda değinilen özelliklerin tamamının görülebileceğini ancak kendini önemsemede azalmanın melankoliye özgü olduğuna vurgu yapmıştır. Freud’a göre melankolideki kişi kendisini, değersiz, başarısız olarak değerlendirir; kendisine saygısını yitirmiştir. Bu süreç beslenme gibi temel yaşamsal ihtiyaçların reddine, yaşam içgüdüsünün yenilgisine kadar varmaktadır (Çev. Kapkın ve Kapkın, 2002, s.243-260).

Ego Psikolojisi kuramcılarından Bibring’e (1953) göre depresyon, benliğin içindeki bir gerilimden kaynaklanmaktadır. Her bireyin güçlü, değerli ve uyumlu olmak adına gerçekleştirmeye çalıştığı narsisistik hedefleri vardır ve bu hedefler; güçlü ve güvenli olmak, değer verilen ve sevilen olmak, iyi ve seven olmaktır. Depresyon bu beklentilerin kesintiye uğraması, benliğin güçsüz ve çaresiz olması durumu olarak açıklanmaktadır. Narsisistik desteklerin kaybı durumunda birey çocukluk dönemindeki *çaresiz kendiliğe* regrese olmakta, bu durum da depresyona temel oluşturmaktadır. Bibring’e göre bireyin ego idealleri ve gerçeği arasındaki farklılık durumunu fark etmesinin depresyona yol açtığı belirtilmektedir (Dilbaz ve Seber,1993; akt. Işık E,2013c).

Nesne ilişkileri kuramı açısından erken gelişim dönemlerinde çocuğun dünyasındaki başlıca nesnelerin nasıl deneyimlendiği, bu deneyimler sonucunda oluşan içselleştirmeler ve içsel temsillerin yetişkin yaşamda bireyin ilişkileri üzerindeki etkileri odak noktasıdır. Diğer bir deyişle, kişilerarası bağların kurulmasında, gelişimin erken dönemlerinden gelen bilgilerin nasıl dayanak oluşturduğunun anlaşılması gerekmektedir (McWilliams, 2010, s.36-43). Kişilerarası psikanalistlerden Sullivan’ın, psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kişiler arası ilişkilerin ele alınması gerekliliğine vurgu yaptığı ve dinamik psikoterapinin kişilerarası uyarlamalarına öncülük ettiği belirtilmektedir (Taner, 2013). Bowlby’e (1980) göre, depresyondaki kişinin çocukluğunda güvenli bağlanma geliştirebilmesi için gereken yaşantıların yokluğu söz konusudur ve/veya çocukluk dönemindeki deneyimleri sonucunda kendisini, yetersiz, başarısız, sevilmeyen biri olarak düşünmekte ve kendine güven duygusu olumsuz etkilenmektedir. Erken dönemde bağlanma gereksinimlerinin sağlıklı biçimlerde karşılanmamış olması depresyon açısından kişide yatkınlık oluşturmaktadır (Bowlby, 1980, s. 246-248).

#### 2.1.5.2. Davranışçı yaklaşım

Davranışçı kuram açısından depresyon oluşumunda bireyin davranışları sonucunda gelen ödüllerin yetersizliği söz konusudur. Depresyonda olan birey, içinde bulunduğu çevreyi ve davranışlarını ödül kazanımı açısından depresyonda olmayan kişilere ve depresyonda olmadığı dönemlere oranla daha yetersiz algılamaktadır. Bu durum bireyin motivasyonunu olumsuz etkilemekte ve davranışlarında bir azalmaya yol açmakta, davranış düzeyindeki bu azlık da yeni ödüllerin kazanımını olumsuz etkilemektedir. Bu döngü depresyonun, davranışsal, motivasyonel, bilişsel belirtilerine yol açmakta ve disfori, yorgunluk ile diğer somatik belirtilerini ortaya çıkarmaktadır (Lewinshon, 1974, s.150).

Depresyonun *öğrenilmiş çaresizlik modeli*, Seligman (1967) tarafından deney hayvanları ile yapmış olduğu çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir. Laboratuar ortamında maruz bırakma denemeleri sonucunda, elektrik şokundan kaçmaya yönelik çabaları sonuçsuz kalan ve acı verici uyaranın sonlanması üzerinde kontrolü bulunmayan deney hayvanları çaresizliği öğrenmişlerdir. Öğrenilmiş çaresizlik durumunun hayvanlarda bilişsel, duygusal ve motivasyonel bazı sorunlara yol açtığı öne sürülmüş ve bu alanlarda yaşanan eksiklikler sonucunda kaçabilmenin mümkün olduğu deney koşullarında bile hayvanların çaba göstermediği ve pasif kaldığı bildirilmiştir. Deney hayvanlarında görülen bu tablonun insanlardaki depresyon belirtileri ile gösterdiği benzerliklerin altı çizilmiş ve laboratuar koşullarında ortaya çıkarılan öğrenilmiş çaresizlik durumunun, intihar düşünce ve davranışları dışında kalan tüm depresyon tanı kriterlerini (DSM-4) karşıladığı belirtilmiştir (Schueller ve Seligman, 2008,s.176-177).

#### 2.1.5.3. Bilişsel yaklaşım

Depresyonun *umutsuzluk modeli* öğrenilmiş çaresizlik modelinin daha sonraki yıllarda, Abramson ve diğerleri (1978) tarafından yeniden formüle edilmesi ile oluşturulmuştur (Schueller ve Seligman, 2008, s.176-177). Depresyonun umutsuzluk modeline göre, depresyonun ortaya çıkmasında bireyin yaşamındaki olaylar üzerinde kontrolünün bulunmadığı inancı yanında, gelecekten olumsuz beklentilerinin etkisi söz konusudur (Abramson, Alloy ve Metalsky, 1989). Depresyonun bilişsel kuramlarından olan umutsuzluk modeli ya da *umutsuzluk depresyonu* olarak da anılan bu yaklaşım biçimine ilerleyen bölümlerden intihar davranışına yönelik yaklaşımlar başlığı altında detaylı olarak yer verilecektir.

Bilişsel model açısından depresyona etki eden faktörlerin, bireyin ruhsal durumunu, duygularını ve davranışlarını etkileyen işlevsel olmayan düşünceleri (Beck, 2001) ve bilişsel yapı ve işleyişteki sorunlardan kaynaklandığı (Türkçapar, 2003) söylenebilir. Bilişsel kuram açısından depresyona etki eden faktörlerin incelenmesi bu çalışmanın hedeflerinden biri olup ilerleyen bölümlerde detaylı biçimde ele alınacaktır.

Bu bölümde ise depresyon ve intihar davranışının bilişsel model çerçevesinde ele alınmasına etki eden araştırma bulgularına yer verilecektir.

### 2.1.6. Depresyonun tedavisinde bilişsel kuramın etkliliği

Depresyon tedavisine ilişkin literatür incelendiğinde, farklı psikolojik kuramların varsayımları doğrultusunda çeşitli müdahale biçimlerinin geliştirilerek uygulandığı görülmektedir. Depresyon tedavisinde biyolojik yaklaşım doğrultusunda farmakoterapinin yaygın olarak kullanıldığı, son yıllarda psikososyal müdahalelerin de ön plana çıktığı söylenebilir. Depresyon tedavisinde uygulanan psikoterapiler ve psikososyal girişimler çok çeşitli olup bunlardan bazıları bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, kişiler arası ilişkiler terapisi, problem çözme terapisi, destekleyici terapi, farkındalık temelli bilişsel terapi, aile ve çift terapileri, destekleyici danışmanlık müdahaleleri, davranışsal aktivasyon ve sosyal beceri eğitimidir (Barth ve diğerleri, 2013; Başoğul ve Buldukoğlu, 2015).

Depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı terapi açısından ilk etkililik çalışmalarının farmakoterapi ile karşılaştırmalı çalışmalara dayalı olduğu görülmektedir. Erken dönem çalışmalar incelendiğinde Dobson (1989), depresyon tedavisine yönelik 28 çalışmayı içeren meta-analizi sonucunda bilişsel terapinin, bekleme listesi, farmakoterapi ve davranış terapisine göre anlamlı düzeyde etkili olduğunu bildirmiştir. Deneysel bir çalışmanın sonucunda, Bilişsel Davranışçı Terapi’nin alt bileşenlerinden olan davranışsal aktivasyon ya da otomatik düşüncelere yönelik müdahalelerin de depresyon tedavisinde en az bilişsel terapi kadar etkili olduğu bildirilmiştir (Jacobson ve diğerleri, 1996). Gloaguen ve diğerleri (1998), 48 kontrollü çalışma üzerinde yaptıkları meta analizde bilişsel terapinin depresyon tedavisinde nüksün önlenmesinde etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar da erken dönem çalışmalarını destekler nitelikte sonuçlar ortaya koymuştur. Ayrıca BDT’nin depresyon tedavisine yönelik etkinliğinin farmakoterapi yanında diğer psikoterapi yöntemleri ile de karşılaştırıldığı çalışmalar göze çarpmaktadır. Butler ve diğerleri (2006) BDT’nin etkililiğine yönelik 1967-2004 yılları arasında yapılmış 16 meta analiz çalışmasını incelemişler ve unipolar depresif bozukluk için etkin bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde bir başka meta analizde, BDT’nin depresyon tedavisindeki etkinliği psikoterapi yöntemleri ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar, BDT’nin tedavi sonunda ve izlem dönemindeki etkinliğinin psikodinamik terapiye oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tolin, 2010). Daha kapsamlı bir çalışmada, Barth ve diğerleri (2013), bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi, davranışsal aktivasyon, problem çözme terapisi, psikodinamik terapi, sosyal beceri eğitimi ve destekleyici danışmanlık müdahalelerini depresyon belirtilerinin tedavisi açısından karşılaştırmışlardır. 198 etkinlik çalışmasını içeren meta analiz sonucunda tüm psikoterapi yaklaşımlarının bekleme listesindeki kontrollerden ve standart tedaviden düşükten yüksek düzeye değişen oranlarda daha etkin olduğunu, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve problem çözme terapisinin diğerlerine oranla tüm analiz sonuçlarında daha etkin bulunduğunu bildirilmişlerdir. Bilişsel davranışçı terapinin bekleme listesindeki kontrollere oranla etkinliğinin diğer terapi biçimlerinden biraz daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmadığı belirtilmiştir. Ülkemizde, bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiğini değerlendirmeye yönelik 2000-2015 yılları arasında yayınlanan 21 çalışmanın incelendiği gözden geçirme makalesinde, bilişsel davranışçı grup terapisinin majör depresyonu olan bireylerin tedavisinde etkili olduğu, izlem sonuçları açısından terapiden edinilen kazanımların uzun yıllar korunduğu ve nüksün önlenmesinde başarılı olduğu bildirilmiştir (Gökdağ ve Sütcü, 2016). Son olarak, intihar davranışında bulunanların bilişsel davranışçı terapi yöntemi ile tedavilerine yönelik yapılmış 28 çalışmanın incelendiği bir meta analiz sonucunda intihar davranışının azaltılmasında bilişsel davranışçı terapilerin etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Tarrier ve diğerleri, 2008).

Sözü edilen çalışmaların bulguları ışığında, Bilişsel Davranışçı Terapi’lerin depresyonun tedavisindeki etkinliği açıkça görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada depresyonun oluşumuna, sürmesine ve sağaltımına etki eden faktörler bilişsel model çerçevesinde ele alınarak incelenecektir.

## 2.2. İntihar

### 2.2.1. İntiharın tanımı

*İntihar* sözcüğü, Latince *insanın kendini öldürmesi* anlamında kullanılan “sui” yani “ben” ile “öldürmek” anlamında kullanılan “cedere” kelimelerinin birleşiminden meydana gelen “suicedere” kelimesinden İngilizce’ye “suicide” şeklinde geçmiştir. Bugün ülkemizde de tıbbi terminolojide *suisid* olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır (Eskin, 2012, s.3). Dilimize ise Arapça *göğse vurma, boğazından asılma, gırtlağı bıçakla kesme* anlamında kullanılan “nahr” kökünden türeyerek geçmiş (Eskin, 2012,s.3) ve Türk Dil Kurumu’nca (2018) *bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi* olarak tanımlanmıştır.

İlgili literatürde intihar kavramının sosyal, kültürel, ekonomik, dini, felsefi, psikolojik, biyolojik, vb. açılardan ele alınarak incelendiği söylenebilir. İntihar olgusu dünyada ve ülkemizde çok boyutlu bir konu olarak dikkat çekmekte, pek çok türden yayına konu olmaktadır (Rudd,2000; Sayıl ve Azizoğlu, 1991; Shneidman, 1993). Bu durumun, intiharın karmaşık doğasını, çok etkenli ve çok boyutlu yapısını yansıttığı düşünülebilir. İntihar davranışının, yalnızca bireysel ya da toplumsal faktörlerin bir sonucu olmaktan çok, biyolojik, psikolojik ve toplumsal birçok faktörün etkileşimi ile ortaya çıktığı görülmektedir. Farklı alanlardan birçok kuramcı tarafından ele alınarak incelenen intihar, bu çalışmada daha çok psikolojik bir olgu olarak değerlendirilecektir. Ancak intihar ile ilgili sistemli çalışmalara öncülük eden ve intiharı toplumsal boyutlarıyla ele alan Durkheim’ın intihar tanımına da, bugün de kabul gören yönler içermesi nedeniyle kısaca değinilecektir.

Durkheim’a göre (1897),*“ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir. İntihar girişimi ise, bu biçimde tanımlanan ama ölüm sonucu doğmadan durdurulan edime denir.”*(Çev. Ozankaya, 2011, s.25). Durkheim, intiharı toplumsal bir olgu olarak incelemiş ve intiharı birey ile toplum arasındaki ilişkilerin dinamikleri ile açıklamıştır. Durkheim’e göre intihar, toplumdaki köklü değişimler ve bireyin toplumla bütünleşme sorunsalından kaynaklanmaktadır. Toplumsal etkenlerden dinsel bağlılık, evlilik ve aile yaşamı, siyasal ve ulusal bağların intihar olayları üzerinde etkili olduğu, bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşememesinin ya da aşırı biçimde bütünleşmesinin, toplumsal çevresinde davranışlarını düzenleyecek kural ve ölçütlerin bulunmamasının intihar açısından etkili faktörler olduğu bildirilmektedir (Çev. Ozankaya, 2011,s.7-8).

Ruh sağlığı alanında ise intihar, *kişinin bilinçli ve istemli olarak kendi yaşamına son verme eylemi* biçiminde tanımlanmaktadır (Bekaroğlu ve Bilici, 1998; Kaplan ve Sadock, 2004). Eskin’e (2012,s.4-5.) göre, bir olayın intihar olarak tanımlanmasında çoğunlukla ortaya çıkan sonuç belirleyici olmaktadır. Oysa kendisini öldürmek amacıyla bir eylemde bulunan kişi gerçekleştirdiği eylem sonucunda hayatta kalabilir ya da kendisini öldürme amacı gütmeyen kişi gerçekleştirdiği eylem sonucunda hayatını kaybedebilir. Bu kapsamda, intihar davranışı terimi, yalnızca ölümle sonuçlanan bir olay olarak değil, düşünce ile başlayıp ölümle sonuçlanan geniş bir yelpazede ele alınmalıdır. Ancak böylesi bir yaklaşım kişiyi ölüme götüren sürecin anlaşılması ve intihar davranışının ortaya çıkmasında önleyici müdahaleleri olanaklı kılabilir.

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ve İntihar Önleme Merkezi’nce oluşturulan komitelerden Aaron T. Beck’in başkanlığını yürüttüğü Beck Komitesi’nin intihar davranışını sınıflama sisteminin intihar bilimcileri arasında hala geçerliliğini koruyan bir sistem olarak kabul gördüğü bildirilmektedir. Söz konusu sınıflama sistemi, intiharın süreç temelli değerlendirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu sınıflamaya göre; ölümle sonuçlanmış davranışlar *tamamlanmış intiharlar*; ölümle sonuçlanmamış ancak kişinin kendisini öldürmek için giriştiği davranışlar *intihar girişimleri*; kişinin kendisini öldürmeyi düşünmesi, kendini öldürme yolundaki açık tehditleri ve dile getirdiği ölme isteği, bu yönde planlar yapması *intihar düşünceleri* şeklinde tanımlanmaktadır (Maris, 1992; akt. Eskin, 2012,s.8).

### 2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi

İntiharın epidemiyolojisine yönelik çalışmaların birçoğunda sağlıklı verilerin çeşitli nedenlerle elde edilemediğine dönük bildirimler dikkat çekmektedir. İntihar girişimlerinin ise kayıt dışılığı nedeniyle kesin rakamlarla ifade edilmesinin söz konusu olmadığı belirtilmektedir. DSÖ’nün raporlarında yer alan verilerin yıllar içersinde dalgalanmalar gösterdiği, bu durumun bazı ülkelerin üyeliğinin hiç bulunmaması ve bildirimde bulunulmaması, üye olan ülkelerden gelen oranların da yıllar içerisinde sürekliliğinin bulunmamasından kaynaklı olabileceği bildirilmektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002a). Ayrıca, ölüm nedeni olarak intiharların sosyal, kültürel ve dini tutumlar açısından kimi zaman gizli tutulması, saklanması ve kayıt altına alınması ile ilgili güçlükler nedeniyle de gerçek oranların bildirilenden çok daha yüksek olabileceği belirtilmektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002a; 2002b). İntihar istatistikleri açısından ülkeler arasındaki farklılıklara neden olan diğer bir etkenin kültürel özellikler yanında, ölüm belgelerindeki güvenirlilik ve geçerliliğe ait sorunlar olduğu ifade edilmektedir (Sayıl, 2000).

Ülkemizde de resmi kayıtlara geçen vaka sayılarının gerçeği yansıtmadığı, intihar ölümlerinin bir kısmının diğer ölüm şekilleriyle karıştığı, intihar davranışında bulunan kişinin ya da yakınlarının olayın gizli kalmasını istemeleri, hastayı damgalamaktan kaçınma, kriz durumundaki hasta ve yakınlarını koruma, adli prosedürlerle uğraştırmak istememe gibi nedenlerle pek çok girişimin kaza, zehirlenme vb. başka nedenlerle kayıt altına alındığı belirtilmektedir (Eskin,2012,s.29; Özgüven, 2003; Sayıl, 2000). Buna rağmen, intihar davranışı pek çok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ön plana çıkmaktadır. DSÖ (2015) raporuna göre; 2012 yılında, dünyada 804.000 kişi intihar sonucu yaşamını yitirmiştir. İntihar, şiddet ve yaralanmalara bağlı ölüm nedenleri arasında trafik kazalarının ardından %15.6 oranıyla ikinci sırada gelmektedir.

İntiharın epidemiyolojisine yönelik çalışmalar incelendiğinde cinsiyet dağılımı açısından ölümle sonuçlanan intiharların, erkeklerde kadınlara oranla beş kat; intihar girişimlerinin ise kadınlarda erkeklere göre aynı oranda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Öztürk 1994). Erkeklerin daha çok ateşli silah, ası ve yüksekten atlama gibi yöntemleri, kadınların ise yüksek oranda psikoaktif madde ya da zehirli madde alma gibi yöntemleri seçtiği tespit edilmiştir. İntiharların yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı 15-44 olarak bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Ülkemiz genelinde intihar istatistiklerini derleyen TÜİK (2018) verilerine göre, 2015 yılında ülkemizde intihar nedeniyle ölen kişi sayısı 3.211 kişi olup; kaba intihar hızı %000’de 4.11 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde intihar istatistikleri konusunda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu söylenebilir. Bu alanda kapsamlı bir çalışma, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından, DSÖ-Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı İzleme Merkezi’nin yaptığı çalışmanın bir parçası olarak retrospektif biçimde yürütülmüş olup Ankara ili genelinde acil servislere yapılan başvurular incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, Ankara’da intihar girişimleri 1990 yılında %000’de 107 iken 1995’te bu oran %000’de 145 olarak belirlenmiştir. Kadınların daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ve kadın/erkek oranının 1.7 olduğu bildirilmiştir. Her iki cinsiyet için de intihar girişimleri %50 oranında 15-24 yaş aralığında yoğunlaşmıştır. İntihar girişiminde bulunanların %65’i bekâr, %93’ü lise ve altı düzeyinde eğitim almıştır (Sayıl, 2000).

### 2.2.3. İntihar davranışında risk faktörleri

İntihar davranışının ortaya çıkmasında risk faktörlerinin bilinmesi, hem intihar davranışında bulunan kişiler için etkin müdahale yöntemlerinin oluşturulması hem de risk altında olan bireyler açısından alınabilecek önlemlerin belirlenmesiyle koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına katkı sağlayacaktır.

İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürmesi olasılığı olarak tanımlanmaktadır (Özgüven, 2003). İlgili literatür incelendiğinde, risk faktörlerine yönelik yürütülen çalışmalarda elde edilen yaygınlık oranlarının farklılıklar gösterdiği izlense de genel olarak bazı özelliklerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Demografik özellikler açısından intihar davranışı için risk faktörleri erkek olmak, dul ya da boşanmış olmak, ergenlik ya da yaşlılık döneminde olmak, işsiz olmak, yoksul olmak, şehirde yaşamak ve dinsiz olmak şeklinde bildirilmiştir (Aydemir, Temiz ve Göka, 2002). Sayıl’a (2000) göre, ülkemizde intihar için risk oluşturabilecek faktörler; bazı yöreler dışında erkek olmak, 15-24 yaş arasında olmak, bedensel hastalıklar, ekonomik sorunlar, başta depresyon olmak üzere çeşitli ruhsal sorunların olmasıdır.

İntihar ile ilişkili ruhsal bozukluklar açısından, intiharı gerçekleşmiş ya da intihar girişiminde bulunmuş kişilerin yaklaşık %90’ının bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı; %86’sının en az bir Eksen I bozukluğu olduğu belirtilmektedir. Major depresyon, alkol ve madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve şizofreninin intihar açısından psikiyatrik risk faktörleri olduğu bildirilmektedir (Foster, Gillespie ve McClelland, 1997; Kaplan ve Sadock, 2004). Depresyonun intihar için yüksek oranda bir risk faktörü olduğu ve depresyonda olan hastada bunaltı, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk duyguları olmasının intihar riskini artırdığı ifade edilmektedir (Köroğlu, 1997).

Yukarıda sözü edilen demografik risk faktörlerinin intihar davranışında bulunma olasılığı olan grupların anlaşılmasında etkili olduğu ancak birey açısından intihar riskinin değerlendirilmesinde psikolojik risk faktörlerinin daha yol gösterici olduğu belirtilmektedir (Beck, Kovacs ve Weissman, 1979).

### 2.2.4. Birey açısından intihar riskinin değerlendirilmesi

Beck, Kovacs ve diğerlerine (1979) göre intihar niyeti olan kişi, son dönemlerde intihar etmeyi düşünen, intiharı planlayan ancak henüz intihar girişiminde bulunmamış kişidir ve bu niyet bir girişime ya da tamamlanmış bir intihara dönüşebilir, gelecekte gerçekleşecek intihar davranışının habercisi olabilir.

Bireyde intihar düşüncelerinin bulunması, intihar niyetinin olması, daha önce intihar girişimlerinin bulunması, unipolar depresyon, sosyal izolasyon, depresyon ataklarının uzun süreli olması ve umutsuzluk (Clark, Beck ve Alford, 1999, s.29-30.), intihar planlarının varlığı, ajitasyon, sükunet ve daha önceki intihar girişimleri, akut bir stresörün varlığı, herhangi bir kayıp yaşantısının varlığı (Özgüven, 2003) intihar riskini artıran psikolojik faktörler olarak belirtilmiştir. Ayrıca kişide aktif intihar isteği ve intihar planları yanında, pasif intihar davranışlarının da intihar niyeti açısından (Beck, Kovacs ve diğerlerine, 1979); intihar niyetinin açıkça ifade edilmesi, daha önce intihar girişiminde bulunulması ve umutsuzluk düzeyinin ise intihar davranışları açısından (Beck, 1967,s.58) en önemli göstergeler olduğu bildirilmiştir.

Amerikan İntihar Derneği’nin (American Association of Suicidology/AAS) 2003 yılında yayınlamış olduğu bildiride bireyin kendini öldürmek ile tehditlerde bulunması, kendini öldürmeye yönelik yöntemler araştırması, araçlar temin etmesi, ölüm ya da kendini öldürmeye yönelik konuşmalar yapması, yazılar yazması intihar davranışı açısından dikkat gerektiren göstergeler olarak yer almaktadır. Benzer biçimde bireyin umutsuzluk, yoğun öfke, hiddet, intikam duygularının olması, kayıtsızca ya da düşünmeksizin riskli davranışlarda bulunması, çözümsüz kaldığını, çıkış bulamadığını bildirmesi, artan miktarda alkol ya da ilaç kullanımı, aile, arkadaş ya da yakın çevreden uzaklaşması, yüksek düzeyde kaygı ya da ajitasyon yaşaması, duygudurumda radikal değişimler, yaşamak için neden bulamaması ve amaçsız olması intihar davranışı açısından riskin göstergeleri olarak bildirilmiştir (Rudd ve diğerleri, 2006).

Geçmiş intihar girişimi, intiharda yüksek riskin en iyi göstergesi olarak kabul edilmektedir ve intihar eden depresyon hastalarının yaklaşık %40’ının daha önce intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Can ve Sayıl (2004) her tamamlanmış intihara karşılık 30 intihar girişiminin gerçekleşmekte olduğunu bildirmişlerdir. Paracıkoğlu ve diğerleri (2004), intihar davranışının temel özelliklerinden olan tekrarlama davranışında bulunanların yaşamlarının sonraki evrelerinde intihar düşüncesini daha sıklıkla yaşadığını ve önceki intihar girişimleri ile zorlu yaşam olaylarının intihar riskini artırdığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Sayıl ve diğerleri (1995), intihar vakaları ile yürüttükleri çalışma sonucunda vakaların üçte birinin bir veya daha fazla intihar girişiminde bulunduklarını saptamışlardır. Bu çalışmanın çarpıcı bir sonucu olarak, daha önce intihar girişimi bulunanların depresyon puanlarının bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ancak intihar niyeti puanları açısından aralarında fark bulunmadığı bildirilmiştir. İntihar girişimlerinin neredeyse tamamının bireyin kendisini yok etme isteğinden kaynaklı bir eylemden çok, yardım arayışı niteliğinde bir iletişim biçimi olarak ele alınması gereğine vurgu yapılmıştır. Benzer biçimde Zonda (1991), intihar girişiminde bulunan kişilerle yapmış olduğu boylamsal çalışma sonucunda mevcut intihar girişimlerinin gelecek intihar girişimleri açısından büyük bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir.

Geçmiş intihar davranışlarının gelecekte intihar eylemine yol açma etkisini Joiner (2002), iki psikolojik mekanizma ile açıklamıştır. Bunlardan ilki *bilişsel duyarlılaşma* mekanizmasıdır ve geçmiş intihar davranışları intihar ile ilgili bilişsel ve davranışsal yapıların etkin hale gelmesinde bir duyarlılaşmaya yol açmakta, bu da bilişsel içeriklerin aktifleşmesini kolaylaştırmaktadır. *Karşıt süreçler* mekanizması ile de intihar davranışının yinelenmesi ile kendini öldürme eyleminin korku ve acı verici özelliği giderek azalmakta, ayrıca intihar davranışına yol açan ruhsal acının azalması davranışın yinelenmesinde etkili olmaktadır. Antypa, Van der Dose ve Penninx (2010) ise, geçmiş depresyon epizodunda intihar girişimi olan hastaların umutsuzluk/intihar duyarlılığının, geçmişte depresyon öyküsü olan ancak intihar girişimi bulunmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, bu farkın mevcut depresyon ve intihar eğiliminin kontrol altına alınması durumunda ve remisyon döneminde de geçerli olduğunu ve intihar eğiliminin depresyon belirtileri arasında nispeten kalıcı özellik gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu durumu bir depresyon epizodu sürecinde üzgün duygudurum ile umutsuzluk/intihar bilişleri arasında kurulan ilişki ile açıklamışlar ve gelecekte üzgün duygudurumun umutsuzluk/intihar ile ilişkili bilişleri kolaylıkla harekete geçirebileceğini öne sürmüşlerdir.

### 2.2.5. İntiharı davranışını açıklayıcı yaklaşımlar

İntiharı açıklamaya dönük yaklaşımlar biyolojik ve psikolojik yaklaşımlar olmak üzere iki grupta incelenebilir. Bu bölümde ilk olarak biyolojik yaklaşıma ardından psikolojik yaklaşımlara yer verilecektir.

#### 2.2.5.1. Biyolojik yaklaşım

İntihara biyolojik yaklaşım, genetik ve nörobiyolojik yaklaşımlar olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Genetik yaklaşıma göre intihar davranışı genlerle ilgilidir ve kuşaktan kuşağa aktarılan bir yanı vardır. İntihar davranışına yönelik genetik çalışmaların, intihar edenlerin birinci derecede akrabalarında kendini öldürme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koyduğu belirtilmektedir (Eskin, 2012,s.87-88). Ancak Eskin’e (2012) göre genetik geçiş olgusuna rağmen birçok kişi, intihar etmemektedir ve bu durum çok nedenli olan intihar davranışının ortaya çıkmasında gen geçişinin kişilik özelliklerinin aktarımı biçiminde bir yatkınlık oluşturması ve diğer çevresel, sosyokültürel olaylarla etkileşimi sonucunda intihar davranışına yol açmasıyla açıklanabilir.

İntihara yönelik biyolojik yaklaşımlardan diğeri bireyin biyokimyasal yapısındaki birtakım değişikliklere odaklıdır; intihara girişen depresyon hastalarında, 5-hidroksiindolasetik asit metabolizmasının azalması ile ölçülen serotonin yetersizliği bulunmuştur. Ayrıca, depresif bozukluklarda trombosit monoamin oksidaz aktivitesinde değişim ile ilgili kuvvetli bulguların varlığı bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004).

#### 2.2.5.2. Psikanalitik kuram

Odağ’a (1990) göre, intiharı psikolojik bir olgu olarak ele alan kuramcıların ilklerinden olan Freud, intiharı bir depresyon sorunu olarak değerlendirmiş ve *“saldırganlığın benliğe yönelmesi”* şeklinde tanımlamıştır (Odağ, 1990,s. 85). Odağ’a göre bu tanım şu süreçlerle anlaşılabilir; sevgi nesnesinin yitimi ve bunun yarattığı düş kırıklıkları ile yaralanmalar sonucunda kişide melankoli gelişmektedir. Bu süreçte, bilinçdışında özdeğerlilik ve özsaygıda bozulmalar ve nesne yitimleri söz konusudur. İçe alım ve özdeşim yoluyla kaybedilen sevgi nesnesi ile içsel bir birleşme, bütünleşme ve kaynaşma olmaktadır. Sevgi nesnesi yitiminden kaynaklanan düş kırıklıkları ve yaralanmaların ortaya çıkardığı düşmancıl duygular; onu yok etme, öç alma, öldürme istemini ortaya çıkarmaktadır. Sevgi nesnesinin yitimi ile boşta kalan libidonun, benliğe yatırımı ve benlik içinde yitirilen sevgi nesnesi ile özdeşleşme sürecinde kullanımı söz konusudur. Ruhsal aygıtın benliği eleştiren, cezalandıran yanı olan üstbenlik, benlik ile sevgi nesnesi arasında ayrım yapmadığından öz suçlamalar, kendini cezalandırma ve kınamalar aslında yitirilen sevgi nesnesinin kınanması, suçlanması ve cezalandırılması olup melankolik kişinin kendisine düşmanlığını açıklamaktadır (s.88-89).

#### 2.2.5.3. Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre intihar davranışı, bireyin çevresi ile etkileşimi sonucunda öğrenme yoluyla ortaya çıkmaktadır. Lester’ın intihar davranışına ilişkin varsayımları şu şekilde özetlenmiştir: İntihar davranışı öğrenme prensipleri doğrultusunda açıklanabilir ve tahmin edilebilir. İntihar davranışı, bireyin çevresi tarafından pekiştirilerek biçimlendirilmiş bir davranıştır. Erken dönem yaşantıları sonucunda agresyonun dışavurumunu engellemeyi öğrenen çocuk bu agresyonu kendisine yöneltmeyi öğrenmektedir. İntihar davranışında bulunan kişinin zihninde, intihar için bir uyaran ortaya çıkmakta ve tepki intihar davranışı olmaktadır. Aynı zamanda, intihar eden kişinin beklentileri intihar davranışının ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Özellikle depresyondaki ödül azlığı, öğrenilmiş çaresizlik, intihar davranışı ile yakından ilişkilidir. İntihar edecek kişi yeterince sosyalleşememiş; içinde bulunduğu kültür ve geleneğin ölüm ve yaşam konusundaki değerlerini yeterince öğrenememiştir. İntihar davranışı televizyon, model alınan önemli kişiler, aile ve arkadaş çevresi ve kültürel özellikler, değerler gibi birçok çevresel faktör tarafından pekiştirilebilmektedir (akt. Lester, 1994).

#### 2.2.5.4. Baumeister’in kaçış kuramı

Kaçış kuramına göre intihar, problemlerin çözümünde bir araç olarak tanımlanmakta, bir kaçış biçimi olarak değerlendirilmektedir. Baumeister’e (1990) göre bu süreç çeşitli aşamalardan oluşmaktadır. İlk olarak bireyin içinde bulunduğu koşulları ya da edinimleri, gerçekçi ve/veya gerçekçi olmayan biçimde oluşmuş standartların çok altındadır. Birey bu durumdan kendisini sorumlu tutmakta ve suçlamaktadır. İçinde bulunduğu durum ile olmak istediği durum arasındaki farkın sorumlusu olarak kendisini gören bireyde olumsuz bir özfarkındalık yaşanmakta ve kendisini yetersiz, istenmeyen ya da suçlu biri gibi görmektedir. Yapmış olduğu kıyaslamalar olumsuz duygulara yol açmakta ve bireyi mutsuz etmektedir. Mutsuzluğa yol açan bu düşünme süreçlerinden kaçınmanın bir yolu olarak birey anlamlı düşünme süreçlerinden bilişsel yıkıma doğru kaymaktadır. Bilişsel yıkım, bireyi kapsamlı düşünme ve değerlendirme süreçlerinden ve olumsuz değerlendirme biçiminin yol açtığı olumsuz duygulardan alıkoymakta ve nispeten rahatlatmaktadır. Baumeister’ın bilişsel yıkım olarak kavramsallaştırdığı süreç; kişinin şimdiki zamana odaklı kısıtlı bir zaman algısı, kapsamlı uzun erimli amaçlar ve duygular yerine anlık hareketler ve duyumlara odaklı olması ile tanımlıdır. Son aşamada bir kaçınma yolu olarak başvurulan bilişsel yıkım sürecinin kendisi yaşanan sıkıntıyı artırmakta ve durumu dayanılmaz kılmakta, kişi sorunun kökten çözümü olarak artık intiharı görmektedir. Bu aşamalı modelde her bir adımda ortaya çıkan durumun kendisinden sonra gelen sonuca yol açması koşuldur. Böylelikle intihar kişinin dayanılmaz bulduğu yaşam koşulları, bu koşulların kendisi için anlamlarından ve bu anlamların yol açtığı olumsuz öz farkındalıktan uzaklaşmasının bir çözümü olarak ortaya çıkmaktadır.

#### 2.2.5.5. Shneidman’in intihar yaklaşımı

Shneidman’a (1993) göre her intihar olayı çok boyutludur ve intiharı açıklayıcılık bakımından her yaklaşım biraz yetersiz kalacaktır. Ancak intihar davranışının ortaya çıkmasında psikolojik etkenler diğerlerine oranla daha belirleyicidir çünkü “*her intihar olayı bir kişinin zihninde cereyan etmektedir*”(s.3-9).

İntihar davranışı bireyin kendisini yok etmeye dönük eylemidir. Aynı zamanda bilincin yitimine dönüktür. Bu eyleme giden süreçte intihar eden kişi dayanılmaz bir ruhsal acı yaşamaktadır ve bu acı psikolojik ihtiyaçların engellenmesinden kaynaklıdır. Sarsıcı biçimde benliğini aşağılamakta, yetersiz görmektedir; benliği bu yoğun acıyı tölere edecek güçte değildir, bu acıya daha fazla dayanamayacaktır. Bariz biçimde zihninde bir daralma yaşamakta ve gerçekçi olmayan biçimde çözüm olanaklarını sınırlı algılamaktadır. Yalnız olduğuna inanmaktadır, kendisi için önemli olan kişilerin desteğini yitirdiğini düşünmektedir. Dayanılmaz bir biçimde, çaresizce umutsuzluk yaşamaktadır, hiçbir çözüm olanağı bulunmadığına inanmaktadır. Bilinçli bir kararla bu durumdan çıkmak istemektedir; dayanılmaz acılardan kurtulmak için tek çözüm yolu acı çeken bilincin kesintiye uğraması, durması, yaşamın sonlanmasıdır. Tüm bu özelliklerin bir araya gelmesi intihar ile sonuçlanmaktadır (s.33).

#### 2.2.5.6. Umutsuzluk kuramı

Abramson ve diğerleri (1989) tarafından geliştirilmiş olan umutsuzluk kuramına göre depresyon; nedenleri, klinik görünümü, prognozu ve tedavi süreçleri açısından farklı alt tiplerde düşünülebilir ve umutsuzluğun ön planda olduğu depresyon *umutsuzluk depresyonu* biçiminde bir alt tip olarak formüle edilmiştir. Umutsuzluk faktörü, umutsuzluk depresyonunun gelişimi için yeterli bir neden olarak bildirilmiştir. Umutsuzluk kavramında bireyin, gelecekte arzuladığı hedeflere asla ulaşamayacağı ya da arzu edilmeyen sonuçlarla karşı karşıya kalacağı beklentisi (gelecekten olumsuz beklentiler) ile bu sonuçlar üzerinde kontrolünün bulunmadığı inancı (öğrenilmiş çaresizliği) rol oynamaktadır. Seligman’ın depresyonun gelişimi için uyarladığı öğrenilmiş çaresizlik modelinden farklı olarak depresyonun ortaya çıkmasında, bireyin yaşamındaki olaylar üzerinde kontrolünün bulunmadığı inancı yanında gelecekten olumsuz beklentide bulunmasının kritik faktör olduğu belirtilmektedir. Bireyin yaşamı üzerinde kontrolünün bulunmadığı inancı, depresyon gelişiminde ve umutsuzluk faktörünün anlaşılmasında gerekli ancak yeterli bir neden değildir. Gelecekten olumsuz beklentiler ve bu durumu değiştirebilmek yönünde hiçbirşey yapılamayacağı inancı kişide olumsuz duygulara yol açmaktadır. Umutsuzluk, durumsal/geçici ya da süreğen/kalıcı nitelikte değerlendirilmekte ve depresyonun şiddeti açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Abramson ve diğerleri (1989), umutsuzluk depresyonuna etki eden faktörleri stres/yatkınlık modeli çerçevesinde açıklamışlar ve olumsuz bir yaşam olayı sonrasında yatkınlık oluşturucu niteliğiyle bireyin olayın nedenleri, sonuçları ve kendisi ile bağlantısına ilişkin olumsuz atıflarının (depresojenik atıf stili) önemini vurgulamışlardır. Yaşanan olumsuz olaylara ilişkin sebeplerin genel/kalıcı nitelikte ve olası sonuçlarının da olumsuz olarak değerlendirilmesinin umutsuzluk depresyonuna yol açtığı öne sürülmekte olup bu etkileşim sonucunda ortaya çıkan umutsuzluk depresyonunun semptomlarından birisi de intihar olarak bildirilmiştir (Abramson ve diğerleri, 1989).

## 2.3. Depresyon ve intiharın bilişsel modeli

### 2.3.1. Bilişsel modelin tarihi ve felsefi temelleri

Bilişsel modeli oluşturan temel kavramlar, psikolojinin bir bilim olarak doğmasından çok öncelere dayanmaktadır. Eski çağlardan bu yana insanlar bilinç, zihin ve düşünce gibi kavramlar üzerine durmuş ve fikirler üretmişlerdir. Psikoterapide biliş kavramının köklerinin, milattan öncesine dayandığı, birçok filozof ve din adamının *kendine yardım* konularında, insanların kendilerini örseleyen durumlar ve bu durumlarla nasıl başa çıkacaklarına dair görüşler bildirdikleri belirtilmektedir. M.S. 1. yy.da yaşamış olan Epiktetus’un batı dünyasının ilk bilişsel davranışçı terapisti olduğu ve *“insanların incinmelerinden şeylerin değil, kendi fikirlerinin sorumlu olduğunu”* söylediği belirtilmektedir. Yakın tarihte de pek çok düşünürün, duygusal olarak rahatsız hisseden ve kendine zarar verici davranışları olan kişiler için fikirler ve öneriler sundukları söylenebilir (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, 2002; Bay, 2003; Türkçapar, 2003; Yılmaz, 2000).

19. yüzyılın ikinci yarısından günümüze psikoterapi alanında pek çok kuramcı ve yazarın, düşünce ve inançların rolünü yoğun olarak vurgulamalarının bilişsel terapilerin gelişimine katkıları bildirilmektedir. Özellikle bilişsel psikologlardan; çocuklukta bilişsel gelişim süreçlerini açıklayan J. Piaget’nin, davranışı belirleyici bilişlerin rolünü vurgulayan G. Kelly’nin, duygular ile ilgili bilişsel teorileri ile M. Arnold ve R. Lazarus’un bilişsel kuramın gelişimine önemli katkıları bulunduğu belirtilmektedir. Bilişsel kuram aynı dönemde birbirinden habersiz çalışan A. Ellis ve A.T.Beck’in çalışmaları sonucunda ortaya çıkmıştır. Ellis’in geliştirdiği Rasyonel Emotif Davranış Terapisi, Beck’in geliştirdiği Bilişsel Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi, bilişsel terapiler olarak bilinmektedir ve günümüzde en yaygın uygulanan biçimi A.T. Beck tarafından geliştirilen Bilişsel Terapi’dir (Bay, 2003; Türkçapar, 2003; Yılmaz, 2000).

### 2.3.2. Bilişsel terapi ve temel özellikler

1960'lı yıllarda, Aaron T. Beck’in depresyon hastaları ile yapmış olduğu çalışmalar sonucunda geliştirdiği, insanın algılama, anlamlandırma, yorumlama gibi bilişsel işlevlerine dayanan bir psikopatoloji kuramı ve bu kurama dayalı tedavi tekniklerinden oluşan bir psikoterapi sistemidir. Depresyon tedavisi için geliştirilmiş ancak zaman içerisinde çok çeşitli psikiyatrik sorunlara ve örneklemlere uyarlanmıştır (Beck, 2001, s.1; Türkçapar, 2003).

Bilişsel terapi, insanların duygu ve davranışlarının, olayları değerlendirme biçimlerinden etkilendiği varsayımında bulunan *bilişsel kurama* dayanmaktadır. Bilişsel kurama göre insanın nasıl hissettiği, yaşanan olay hakkında ne düşündüğü, o olayı nasıl açıkladığı ve olaya ilişkin değerlendirmelerinin sonucudur.

Bilişsel kuramın Beck ve Alford (1997) tarafından öne sürülen temel varsayımları Rudd, (2000) tarafından şu şekilde özetlenmiştir:

Ruhsal işlevsellik ya da uyumu sağlayan temel mekanizma bireyin içinde bulunduğu çevreye ve koşullara *anlam verme* işlevini yürüten bilişsel yapılardan yani *şemalardan* oluşmaktadır. Anlam vermenin iki bileşeni bulunmaktadır; olayın nesnel ya da herkes tarafından kabul gören *toplumsal anlamı* ve *kişisel (öznel) anlamı*. Kişisel anlam, toplumsal anlamdan farklı olarak çıkarımlar, durumun kişi için önemi ve olay sonucunda yapılan genellemeleri içerir. Anlamlar, dış gerçekliğin önceden var olan bir parçası olmayıp birey tarafından oluşturulduğundan içinde bulunulan bağlama göre doğru ya da yanlış olabilirler. *Bilişsel çarpıtmalar* ya da yanlılıklar, verilen anlamları işlevsiz ya da uyum bozucu kılabilir. Bilişlerin istemsiz, oto­matik düzey (automatic thoughts), bilinçli düzey (conscious) ve metabilişsel (metacognitive) olmak üzere üç düzeyi vardır. *Anlamlandırma* hangi düzeyde gerçekleşirse gerçekleşsin çeşitli davranışsal, duygusal, dikkat ve bellek gibi psikolojik alt sistemleri etkilemektedir. Her bir anlam kategorisi kendine özgü bir davranış, duygu, dikkat, anıyı içerir ve bu durum *bilişsel içerik özgünlüğü* olarak adlandırılır. İnsanlar özgün hatalı bilişsel yapılara (bilişsel çarpıtmalara) eğilimlidir ve bu eğilime *bilişsel duyarlılık* adı verilir. Özgün bilişsel duyarlılıklar kişiyi belli sendromlara yatkın hale getirir. Bilişsel özgünlük ve bilişsel duyarlılıklar birbiri ile etkileşim halindedir. Psikopa­tolojiler, *bilişsel üçlü* *(cognitive triad)* olarak adlandırılan, kişinin *kendisi*, *çevresi* ve *geleceğiyle* ilgili oluşturduğu uyum bozucu anlamların sonucudur ve her bir klinik sendroma bu üç sistemle ilgili kendine özgü uyumu bozucu *anlamlar* eşlik eder.

Bilişsel kuramın yukarıda anılan temel varsayımlarından da anlaşılacağı üzere, tüm psikolojik bozuklukların altında yatan temel mekanizma, bireyin ruhsal durumuna ve davranışlarına etki eden çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşünceleri (Beck, 2001) ve bilişsel yapı ve işleyişteki sorunlardan, sistematik hatalardan kaynaklanmaktadır (Türkçapar, 2003). Ruhsal rahatsızlıklar biyolojik, çevresel ve bilişsel-davranışsal faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmakta ancak bu sorunların sürmesinde bilişsel-davranışsal etkenlerin önemli bir rolü bulunmaktadır (Türkçapar, 2008).

Bilişsel terapi, bireyin uyumunu zorlaştıran bu yapı ve süreçlerin dönüşümünde işe yaradığı düşünülen soruna yönelik, zaman sınırlı, şimdi odaklı, hasta ile işbirliğine dayalı, yapılandırılmış bir terapi yöntemidir. Bilimsel metoda dayalı, eğitim modeli üzerine kuruludur (Sungur, 2003). Günümüzde pek çok soruna yönelik olarak tek başına ya da destekleyici terapi olarak uygulanmaktadır. Farklı eğitim, gelir ve kültür düzeyinde olan hastalarda etkili olabilmekte­, çocuklar dâhil her yaştan kişiyle uygulanabilmektedir (Beck, 2001, s.2).

### 2.3.3. Bilişsel model ve temel kavramlar

Bu bölümde bilişsel modelin anlaşılması açısından gerekli görülen temel bilişsel yapılar (olumsuz otomatik düşünceler, ara inançlar, şemalar ve bilişsel üçlü) ve süreçler (bilişsel çarpıtmalar) hakkında bilgi verilecektir.

Beck’in bilişsel modeli üç temel bilişsel yapı üzerine kuruludur; otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar. Bu yapılar birbiri ile ilişkili katmanlar şeklinde düşünülebilir (Beck, 2001; Türkçapar, 2003). Bilişsel yapının en yüzeyinde bireyin gündelik zihinsel akışı içersinde yer alan otomatik düşünceler bulunmaktadır. Otomatik düşüncelerin daha derininde ortaya çıkmalarına zemin hazırlayan ara inançlar, tutumlar ve sayıltılar gelir. Ara inançlar, daha derinde yer alan temel inanç ve şemaları yansıtırlar. Şemalar bilişsel organizasyonun en derininde yer alırlar. Örtük durumda olan bu yapılar, yaşam olayları sonrasında aktif hale gelirler ve düşünce içerikleri ile süreçlerini belirleyici etkide bulunurlar (Türkçapar, 2003).

#### 2.3.3.1. Otomatik düşünceler

Otomatik düşünceler, bireyin bir olaya ilişkin anlık, önceden düşünülmemiş yorumlarıdır. Kendisi, çevresi ve olaylar karşısındaki değerlendirmeleri, içsel diyaloglarıdır. Bir ortama girildiğinde hızla ortaya çıkar, bireyin olaya dair duygusunu ve tepkisini şekillendirirler (Türkçapar, 2003). Doğrudan işlevsel olmayan sayıltıları ya da temel inanç ve şemaları yansıtabilirler (Savaşır ve Batur, 1998). Olumsuz otomatik düşüncelerin bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özelliklerden biri, seri ve örtük oluşlarıdır. Sözel formda oldukları gibi görsel ya da her ikisinde birden olabilirler. Birey otomatik düşünceleri harekete geçirmek için çaba harcamaz, sanki bir refleks gibidirler. Diğer bir özellikleri, başkalarınca anlamsız, mantıksız bulunsalar da, bireye oldukça anlamlı ve mantıklı görünmeleridir; birey bu düşünceleri test etme ihtiyacı duymamaktadır. Otomatik düşünceler çoğu zaman olumsuzluk içermektedir, olumsuz duygu ve tepkilere yol açmaktadır (Beck, 2001;Sungur, 2007).

#### 2.3.3.2. Ara inançlar (tutumlar, kurallar ve varsayımlar)

Bilişsel modele göre bilişsel yapının en yüzeyinde yer alan otomatik düşüncelerin altında örtük biçimde olan ara inançlar yer alır. Ara inançlar; tutumlar, kurallar ve varsayımlardan oluşur. Bu kural, tutum ve varsayımlar çocukluk döneminden başlayarak doğrudan yaşantılardan, gözlemlerden ve diğerlerinden edinilen bilgilerden öğrenilirler ve davranışın düzenleyicileri olarak işlev görürler (Türkçapar, 2008). Otomatik düşüncelerde ifade bulan, ancak değişmeye daha dirençli olan ara inançlar çoğu zaman koşul cümleleri ile ifade edilirler. Otomatik düşüncelere oranla tanımlanması ve değişmesi daha güç, ancak temel inançlara göre değişmeleri daha kolaydır (Beck, 2001). Kişinin yaşamında oldukça işlevsel bir yeri olan bu kural, tutum ve varsayımlar katı, değişime dirençli ve uç noktalarda olmaları durumunda işlevselliklerini yitirir ve hastalıklara yatkınlık oluştururlar (Beck, 2005). İşlevsel olmayan tutum, kural ve varsayımların bazı özellikleri bulunmaktadır. Öncelikle gerçekçi değildirler ancak kişi tarafından gerçekmiş gibi varsayılırlar. Katı ve uçlarda genellenmişlerdir, şartlara göre değişmez, esneklik göstermezler. Aşırı uç, yoğun duygulara neden olurlar; üzüntü, pişmanlık yerine suçluluk/depresyon yaşamaya yol açabilirler (Savaşır ve Batur, 1998).

#### 2.3.3.3. Şemalar ve temel inançlar

Bilişsel organizasyon, benzer nitelikli öğeler içeren yapılardan oluşmaktadır. Bu yapılara *bilişsel şemalar* adı verilmektedir. Şemalar, temel yapısal unsurlar olarak bireyin içinde bulunduğu ortamlarda sürekli değişen çok sayıdaki uyaranı ayıklamasına, seçmesine, öncelikler belirlemesine, bu uyaranları organize etmesine ve bütünleştirmesine sonuç olarak da anlamlar vermesine yaramaktadır (Beck, 1967, s. 282-284; Beck ve Emery, 2006, s. 115-117). Böylelikle birey içinde bulunduğu ortama uyum sağlamakta ve yaşantılarını anlamlı biçimde sınıflandırma ve yorumlayabilme olanağı kazanmaktadır. Bireyin yaşantıları sırasında, belirli türde uyaranların ilişkili şemaları uyarması sonucunda aktive olan şema, yeni ham verilerin işlemlenmesini ve bilişlere dönüştürülmesini sağlamaktadır. Bilişler her türden sözlü ve resimsel zihinsel üretimin temsili olarak düşünülebilir ve şema içeriklerini oluştururlar. Şemalar bu içeriklerin oluşturulmasında yapısal bir unsur olarak çerçeve işlevi görür. Yapısal unsurlar olduklarından; esneklik/katılık, açıklık/kapalılık, geçirimlilik/geçirmezlik, soyutluk/somutluk eksenlerinde özellikler gösterirler. Genel olarak örtüktürler ve düşünme süreçlerine etki etmezler ancak çevreden gelen uyaranlar sonucunda enerji yüklenerek aktif hale gelirler (Beck, 1967, s.282-284; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979, s.12-13). Şemaların aktive olması kişinin algılarını, yorumlarını, ilişkilendirmelerini, anılarını etkiler; şema içeriği olan bilişler de duygusal ve davranışsal tepkilerini belirler (Beck ve Emery, 2006, s. 115-117).

Beck’e göre (1967) şemaların en önemli yanı içeriğini oluşturan bilişsel unsurlardır. Şemaların içeriğini bireyin erken dönem yaşantıları sonucunda öğrenme yoluyla oluşan temel inançları ve ara inançları oluşturmaktadır. Yaşamının erken dönemlerinde birey, kendisi ve çevresine ilişkin pek çok çıkarımda bulunur, kavram ve tutumlar geliştirir. Bu kavram ve tutumlar bireyin kendisi, çevresi ve geleceğe (bilişsel üçlü/cognitive triad) dair çıkarımlarını oluşturur. Bu çıkarımlardan gerçeğe yakın olanlar bireyin çevresine sağlıklı bir uyum yapmasına olanak tanırken bazıları gerçeğin çarpıtılmış biçimleri olup ruhsal hastalıklar açısından yatkınlık oluşturucu bir nitelik kazanırlar. Psikopatolojilere özgü şemaların içerikleri tipik olarak hatalı çıkarımlar, çarpık değerlendirmeler, geçersiz sayıltılar, gerçekçi olmayan hedefler ve beklentilerden oluşmaktadır. Bu bilişsel içerikler genellikle ilkel, esneklikten yoksun, farklılaşmamış, yönlendirici, katı kurallar biçiminde, değişime dirençli, görece kalıcı nitelikte olup bireyin erken gelişim dönemlerindeki düşünme biçiminin bugüne taşınmış halini yansıtmaktadır (Beck, 1967, s.275, s. 284; Beck, Rush ve diğerleri, 1979,s.14; Kovacs ve Beck, 1978).

#### 2.3.3.4. Bilişsel üçlü (Cognitive triad)

Beck’e göre (1967) yaşamının erken dönemlerinde öğrenme yoluyla oluşan bilişsel içeriklerin bazıları gerçeğin çarpıtılmış biçimleri olup ruhsal hastalıklar açısından yatkınlık oluşturucu bir nitelik kazanır. Özellikle, bireyin *kendisi, çevresi* ve *geleceğine* ilişkin olumsuz düşünce ve tutumları psikopatolojiler için yatkınlık oluşturucu niteliktedir. Bireyin *kendisine* ilişkin olumsuz düşünce ve tutumları, *çevresi* ve *geleceğe* dönük düşünce ve tutumlarını şekillendirdiği için psikopatolojiler açısından ayrıca önemlidir. Bu tutum ve inançlar, çevresi ile olan etkileşimi yoluyla oluşmakta; bu süreçte kendi deneyimleri, diğerlerinin kendisine yönelik değerlendirmeleri ve tutumları, yaşamındaki önemli kişilerle özdeşimleri önemli rol oynamaktadır. Bireyin kendisi, çevresi ve geleceğine ilişkin bu kavram ve tutumları sonraki yaşantılarında belirleyici olmakta, bu yaşantılar sonucunda edindiği izlenimler de bu kavram ve tutumlarını pekiştirmekte ve bu durum döngüsel bir hal almaktadır (s.275-277).

#### 2.3.3.5. Bilişsel çarpıtmalar

Bilişsel çarpıtmalar oldukça tutarlı olmaları nedeniyle sistematik hatalar olarak da adlandırılır. Bilişsel çarpıtmalar, bilgi işleme sürecindeki yanlılıklardır ve ilkel bilişsel kodlama sisteminin etkisindedirler. İlkel kodlama sisteminde gerçekte çok boyutlu, karmaşık yapıda ve çeşitlilikte seyreden deneyimlerin eksik, birkaç kategoriye indirgenmiş biçimde değerlendirilmesi söz konusudur. Gerçeklik genel, esneklikten yoksun, kategorik, sabit, dönüştürülemez biçimlerde değerlendirilmektedir. Bu ilkel değerlendirme sisteminde verilerin sağlıklı, sistematik biçimde işlemlenmesi mümkün olmaz. Bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkan olumsuz oto­matik düşünceler ve bu sistematik yanlılık yeni verilerin taraflı olarak işlenmesine ve şema içeriğinin daha da pekişmesine, yaşanan duyguların da yoğun ve aşırı uçlarda olmasına yol açmaktadır (Beck, Rush ve diğerleri, 1979,s.14).

Bilişsel modelde yer alan bilişsel çarpıtmalar şunlardır (Leahy, 2007,s.26-28; Türkçapar, 2003):

*Keyfi çıkarsama*: Herhangi bir kanıt olmaksızın, ya da aksine kanıtlara rağmen kendince bir sonuç çıkarmak.

*Seçici odaklanma (zihinsel filtre)*: Yaşantıların tümünü görmeye çalışmak yerine, sadece olumsuz bir ayrıntısına odaklanmak.

*Aşırı genelleme:* Az sayıda olaya bağlı olarak tüm durumları kapsayan genel sonuçlar çıkarmak.

*Aşırı büyütme ya da küçümseme:* Bazı olayların önemini abartmak, ya da önemsiz kılmak, küçümsemek.

*“Hep ya da hiç"biçiminde düşünme:* Deneyimleri ve yaşantıları iki aşırı uçta değerlendirmek.

*Kişiselleştirme:* Kişinin kendisi ile ilgili olmayan ya da az ilgili olayları kendisiyle bağlantılı görmesi,

*Felaketleştirme:* Gerçekleşmesi muhtemel diğer sonuçları hesaba katmadan geleceği olumsuz öngörmek.

*Olumluyu yok sayma:* Gerçekçi olmayan biçimde olumlu yaşantıları yok saymak, hatta olumsuza dönüştürmek.

*Olumsuz filtre:* Olumsuz olayları ayırarak hemen her zaman olumsuz olaylara odaklanmak.

*Duygusal çıkarsama:* O sırada yaşanan duygulara bakarak, öyle hissedildiği için bir şeyin doğru olduğuna inanmak.

*Etiketleme:* Kişinin kendisi ya da diğerlerine genel olumsuz etiketler yapıştırması.

*Zihin okuma:* Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğine inanmak.

*Falcılık yapmak:* Olayların kötüye gideceğine ilişkin tahminler yapıp bunların gerçekleşmiş olaylar olduğuna inanmak.

*“Meli - malı” düşünceler:* Kendisinin ya da diğerlerinin nasıl davranması gerektiği konusunda kurallar ve sabit fikirleri olmak.

*“Ya olursa” tarzı düşünme:* Cevapları tatmin etmese de sürekli biçimde ya olursa tarzında sorular üretmek.

*Haksız mukayese:* Olayları gerçekçi olmayan standartlar açısından değerlendirmek.

#### 2.3.4. Psikopatolojilerin bilişsel modeli

Bilişsel model, psikopatolojilerin anlaşılmasında stres/yatkınlık modelini temel almaktadır. Bu modele göre psikopatolojilerin oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi söz konusudur ve bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasında hem yatkınlık oluşturucu faktörler hem de stres faktörleri birlikte var olmalıdır. Yatkınlık oluşturan faktörler daha önceleri sadece genetik ya da biyolojik unsurlar olarak kabul görmekte iken son yıllarda bunlara psikolojik unsurlar da (örn; bilişsel özellikler) eklenmiştir (Ingram ve Luxton, 2005, s. 33-34). Stres/yatkınlık modelinden hareketle, ruhsal bozuklukların oluşumunda yatkınlık oluşturucu bilişsel unsurlar ve karşı karşıya kalınan kritik yaşam olaylarının etkileşimi söz konusudur. Herhangi bir yaşam olayının, birey açısından anlamını belirleyen ve onu birey açısından kritik bir olay kılan da bireyin bilişsel değerlendirmesidir. *Psikolojik stres* kavramını ortaya atan Lazarus ve diğerleri’ne (1952; 1984) göre hiçbir olay evrensel olarak stres verici olmamaktadır. Bilişsel değerlendirmenin, düşüncenin eşlik etmediği duygulardan ve stres yaşantısından söz etmek de olası değildir (akt.Lazarus, 1993).

Bilişsel model açısından, ruhsal bozukluklar için yatkınlık oluşturan ve bireyin zedelenebilirliğini artıran bilişsel yapı ve süreçlerin işleyişi şu şekilde özetlenebilir: Erken dönem yaşantıları sonucunda öğrenme yolu ile oluşan temel düşünce ve inançlar (şemalar) kişinin içinde bulunduğu durumlara anlam vermesine, kendisini fiziksel ve psikolojik olarak korumasına, durumlara uygun davranışlar geliştirmesine ve hedeflerine ulaşmasına yardımcı olur (Beck, 2005). Yaşamda oldukça işlevsel yeri olan temel inanç ve varsayımların; katı, değişime dirençli ve uç noktalarda olmaları, durumunda bu işlevselliklerini yitirdikleri, hastalıklara zemin hazırladıkları, kritik bir yaşam olayı sonrasında aktif hale gelmeleriyle de bilgi işleme sürecinde farklılaşmaya, bilginin tek yanlı ve olumsuz olarak işlenmesine yol açtıkları söylenebilir (Savaşır ve Batur, 1998; Sungur, 1997). Bilgi işleme sürecinde ortaya çıkan bu yanlılık, bilişsel hatalar yoluyla dikkat, algı, düşünce ve bellek fonksiyonlarının tamamını etkiler. Bu süreçte dikkat belirli uyaranlara odaklanır ve bir deneyimin yanlı biçimde yorumlanması söz konusu olmaktadır. Bu yanlı bilgi işleme süreçleri psikopatolojilerin duygusal, bilişsel, motivasyonel ve fiziksel belirtilerine yol açmakta ve bu belirtiler de döngüsel olarak yanlı bilgi işleme sürecini ve şemaları pekiştirmektedir (Beck, 2008). Bilgi işleme süreci otomatiktir, bireyin farkındalığının ötesindedir ve kişinin içinde bulunduğu durumlara ya da olaylara ilişkin olumsuz değerlendirmelerine, olumsuz otomatik düşüncelere yol açar. Zihinde aniden beliriveren ve önceden düşünülmemiş, olumsuz içerikteki bu düşünceler kişinin yaşanan olaya ilişkin duygu ve tepkilerini şekillendirir. Diğer bir deyişle, olaylar karşısında verilen duygusal ve davranışsal tepkiler, olayın kendisinden çok yapılan bu yorumlar ve verilen anlamlar ile ilişkilidir (Sungur, 2007).

Terapi süreci, terapötik işbirliği ile kişide olumsuz otomatik düşüncelerin; kendisi, diğerleri ve kişisel yaşantılarına ilişkin kural, tutum ve varsayımlardan oluşan ara inançların, bunların altında yatan temel inançların (şemalarının) farkına varılmasına, daha işlevsel olanlar ile değiştirilmesine olanak sağlar (Beck, 2005). Terapi sürecinde bilişsel içeriklerin incelenmesi ve daha işlevsel olanlarla değiştirilmesi yanında; bilişsel süreçlerin nasıl işlediğinin anlaşılması, kişinin sistematik yanlılığının, bilişsel hatalarının farkına varması ve bilgi işleme sürecinde değişikliğe yol açmak tedavinin kalıcılığı ve nüksün önlenmesi açısından önem taşımaktadır (Savaşır ve Batur, 1998).

#### 2.3.5. Depresyonun bilişsel modeli

Beck, bilişsel terapiyi depresyon hastaları ile yapmış olduğu çalışmalar sonucunda geliştirmiştir. Depresyonu olan ve olmayan hastaların görüşme raporlarının incelenmesi sonucunda, depresyon hastalarının, diğerlerinden farklı olarak, deneyimlerini özel bir yanlılıkla, çarpıttıklarını, kendilerini, çevrelerini ve geleceklerini olumsuz yönde değerlendirdiklerini gözlemlemiş ve bu durum için altta yatan bilişsel faktörlerin incelenmesine dönük çalışmalar yürütmüştür. Depresyona özgü olduğu düşünülen özelliklerin daha geniş hasta gruplarında test edilmesi sonucunda depresyonun bilişsel modelini ortaya koymuştur (Beck, 1967, s.185).

Beck’e göre (2005), tüm psikolojik rahatsızlıklar bilişsel bir problem çevresinde döner. Bu problem psikopatolojiler için farklılaşmakta olup her bozukluk bünyesinde kendisine özgü bilişsel içerikler ve bilgi işlemleme süreçleri barındırır. Depresyon için de özgül bilişsel içerikler söz konusu olup, Beck ve Perkins’in (2001) yapmış oldukları metaanaliz ile *özgül bilişler hipotezi* depresyon açısından doğrulanmıştır.

Beck’e göre depresyonun açıklanmasında, depresyona alt yapı oluşturan; *şemalar, bilişsel üçlü* ve *bilişsel çarpıtmaların* nasıl özgül biçimde işlemekte olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Beck, Rush ve diğerleri, 1979,s.10). Depresyonlu hastanın zihni önemli bir *kayıpla* meşguldür. Kişi kendisini, önemli bulduğu ya da mutluluğu için gerekli gördüğü bazı özelliklerden (yetenek, performans, zekâ, sağlık, çekicilik, zenginlik vb.) yoksun hissetmektedir ya da kişisel alanında (kendisinde, önem verdiği kişilerde, değer verdiği şeyler ve tutumlarda, ilke ve hedeflerinde) bir kayıp algılamaktadır. Depresyonun şiddeti arttıkça kendisine yönelik değerlendirmeleri acımasızlaşmakta; kendisini tümüyle yetersiz, değersiz ve başarısız olarak değerlendirmektedir. Aynı zamanda, depresyondaki kişi bilişsel açıdan özel bir takım çarpıklıklar göstermektedir. Bu kişilerin bilişsel durumunu A.T.Beck (2005) şöyle özetler, …“*o olumsuz bir dünya görüşüne, olumsuz bir kendilik algısına ve olumsuz bir gelecek algısına sahiptir: Bilişsel üçlü (Cognitive triad).”* (Beck, 1967, s.22-23; Beck, 2005, s.106; Kovacs ve Beck, 1978). Beck’e (1967) göre depresyonda, kişinin kendisine ilişkin olumsuz değerlendirmeleri, *şemaları*, temel faktördür (s.275). Şemaların içeriğini Beck, 4D formülüyle özetlemiştir; başarısızlık (defeat), kusurluluk (defective), terk edilmişlik (deserted) ve yoksunluk (deprived) (akt. Batıgün, 2001). Olumsuz şemalar benlik saygısını da etkilemekte, aktive olmaları durumunda bireyin benlik saygısı düşmektedir. Depresyon hastaları kendilerini yetersiz görmekte, başarısızlıklarını abartmakta ve başarılarını küçümsemektedir (Beck, 1967,s.275).

Depresyona yatkınlık oluşturucu diğer bir faktör, bireyin benlik kavramına ilişkin değer yargıları, tutumları, verdiği anlamlardır. Bu yargı ve tutumlar da bireyin çevresi ile etkileşimi ve öğrenmeleri sonucunda oluşmaktadır. Benlik kavramını oluşturan özelliklerin kendisinden çok, kişinin bu özellik ile ilgili değerlendirmeleri patojenik etkide bulunmaktadır. Örn; *kusurlu* olduğunu düşünen kişi bunu *istenmeme* olarak değerlendirdiğinde sorun yaşanmaktadır. Kişi kendisine ait olduğunu düşündüğü bu özelliklerin sadece bazılarını ya da tümüyle kendisini beğenmeyebilir; bir karakter özelliğine ya da tümüyle kendisine karşı reddedici olabilir. Bireyin nasıl hissedeceğini bu yargılar ve değerler belirlemektedir (Beck,1967,s.276-277). Depresyondaki kişi genellikle yargılarında katı ve esneklikten yoksundur; bu durum onun ifade biçiminden *hep, daima, asla* şeklinde tanımlamalarla anlaşılabilir (Kovacs ve Beck, 1978). *Kusurlu* olduğunu düşünen ve bunu *istenmeme* olarak değerlendiren kişi kendisini muhtemelen iyi hissetmeyecektir. Bireyin *kusurlu* olduğuna dair inancı ile olumsuz duygulanımları arasında kurulan bağ, bu özelliğini düşündüren her durumda olumsuz duyguların ortaya çıkmasında rol oynayacaktır (Beck, 1967,s.276-277).

Beck’e (1967) göre, bireyin olumsuz olarak değerlendirdiği özelliklerin sorumlusu olarak kendisini görmesi, bunun için kendisini suçlaması, geleceğe ilişkin olumsuz bakış açısı, gelecekten olumsuz beklentiler içinde olması depresyonun ortaya çıkmasında hazırlayıcı faktörler olarak işlev görmektedir (s.276-277) ve tek başına depresyondan sorumlu değildir. Depresyon, kişide örtük durumda olan şemaların içeriğindeki temel inançları destekleyen bir yaşam olayı sonucunda aktive olmaları ile ortaya çıkmaktadır (Kovacs ve Beck, 1978).

Herhangi bir yaşam olayı ile şemaların aktive olması sonucunda, kişinin bilgi işleme sürecinde de sistematik bir yanlılık oluşmaktadır. Yeni yaşantıların verileri aktive olan şemanın içeriğine uyumlu biçimde yanlı olarak işlemlenmeye başlamaktadır. Depresyondaki kişinin benlik kavramı birbiri ile ilişkili olumsuz içerikte bilişlerden oluşmaktadır. Bilgi işleme süreçleri de bu durumdan etkilenmektedir. Depresyon hastalarının bilgi işleme süreçlerinin değerlendirildiği çalışmaların sonuçları; bu hastalarının olumsuz olaylara ilişkin algı eşiklerinin sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğunu, olumsuz anıları hatırlama eğiliminde olduklarını, olumlu yaşantıları ve anıları göz ardı ettiklerini, sorunların çözümünde olumsuz senaryolara odaklandıklarını göstermektedir (Beck, 1991). Benzer içerikte bir çalışma depresyon hastalarının olumsuz verileri işlemleme ve organize etme biçiminin depresyonda olmayanlardan farklı ve kendine özgü olduğunu ortaya koymuştur (Dozois ve Dobson, 2001). Söz konusu çalışma kapsamında, bilgi işleme süreçlerini anlamaya yönelik oluşturulmuş görevlerde, depresyon hastaları; daha çok olumsuz içerikteki bilgilere odaklanmakta, kendilerini tanımlamaları istendiğinde daha çok olumsuz sıfatlar seçmekte, hatırlama görevlerinde olumsuz içerikteki bilgileri daha çok hatırlamaktadırlar. Bu hastaların bilişsel içerikler ve süreçler açısından birbiriyle ilintili negatif bir benlik temsil sistemine sahip oldukları öne sürülmektedir. Bireyin kendisine yönelik önyargılı ve olumsuz çıkarımları, gelecekle ilgili olumsuz beklentileri bu yanlı düşünme biçiminden beslenmekte ve depresyonda görülen bu yanlılık bilişsel çarpıtmalar aracılığıyla sürdürülmektedir.

Depresyonda en sık görülen bilişsel çarpıtmalardan, *keyfi çıkarsama* ile kişi elinde yeterli veri olmaksızın belirli biçimde olumsuz sonuçlar çıkarır, öyle ki yaptığı çıkarımlar bazen mevcut verilere ters bile düşebilir. *Seçici soyutlama* ile içinde bulunduğu durum ya da deneyimlerin yalnızca olumsuz yanlarına odaklanır ve tüm yaşantıyı bu çerçeveden değerlendirir. *Aşırı genelleme* yoluyla tek bir olaydan ya da olayın olumsuz yanından genel çıkarımlarda bulunur ve bu çıkarımı ilişkili olan olmayan tüm durumlara geneller. *Aşırı büyütme veya küçümseme* yoluyla performansının ve hatalarının sonuçlarını çarpık değerlendirir. *Kişiselleştirme* yoluyla kendisi ile ilgili olmayan olayları kendi üzerine alınır. *Kutuplu düşünme* sonucunda her türlü deneyimi iki aşırı uç noktada değerlendirir. Bu hatalı bilgi işleme sonucunda, *bilişsel üçlü* yani kişinin kendisine, dış dünyaya ve geleceğe olumsuz bakışı, döngüsel biçimde yeniden şekillenir (Beck, 1967, s. 234-235; Beck, Rush ve diğerleri, 1979, s. 14).

Yukarıda anılan döngüsel sürecin bilişsel üçlü açısından sonuçlarını Beck şu şekilde ifade eder: *“depresyonda olan kişi kendisini kusurlu, yetersiz, değersiz…;dış dünyayı aşırı talepkar, üstesinden gelinemeyecek güçlüklerle dolu…;geleceği de, acılar ve mevcut sorunların, kayıpların ve hayal kırıklıklarının devam edeceği, ümitsiz bir durum olarak görmektedir.”* (akt. Weissman ve Beck, 1978). Beck’ e (1967) göre, bilişsel üçlünün aktive olması sonucunda, bireyin kendisi, dünyası ve geleceğini olumsuz biçimde değerlendirme biçimi depresyonda görülen tüm semptomlar açısından belirleyici ve açıklayıcıdır (s.255-256).

#### 2.3.6. Bilişsel model çerçevesinde depresyonun klinik görünümü

Bu bölümde, depresyonun bilişsel model açısından klinik görünümünde her belirti kümesi için ön plana çıkanlar ele alınacaktır. Beck (1967), depresyon belirtilerinin tamamının; *fiziksel, duygusal, bilişsel* ve *motivasyonel* olarak dört boyutta incelenebileceğini belirtir:

Depresyonun *fiziksel belirtileri* açısından kişi; iştah kaybı, uyku düzensizlikleri, cinsel istek kaybı ve yorgunluk yaşamaktadır ( s. 33 - 36).

Depresyonun *duygusal belirtileri* açısından; kişi üzgün, mutsuz ve kederlidir. Depresyon hastalarının çoğu her an üzgün olduklarını, bu duygudan kendilerini kurtaramadıklarını ve bu duygu nedeniyle *acı çektiklerini* bildirmişlerdir. Hastalar kendilerine yönelik de olumsuz duygular hissetmekte ve bu duyguların yoğunluğu depresyonun şiddeti doğrultusunda artmaktadır. Girişilen etkinliklerden alınan zevk, keyif duygusu zamanla azalmakta ve neredeyse tüm depresyon hastalarında temel yakınma olarak dile gelmektedir (s.16-19).

Depresyonun *bilişsel belirtileri* açısından; kişi kendisini olumsuz değerlendirir ve özsaygısı düşmüştür. Kendisini; yetenekleri, performansı, zekâsı vb. özellikler açısından kusurlu görmektedir. Şiddetli depresyon hastaları kendilerini tamamen değersiz, beceriksiz, yetersiz değerlendirmektedir. Kendini eleştirme ve kendini suçlama da depresyonda görülen bilişsel özelliklerdendir. Ayrıca depresyon hastalarında kararsızlık da görülmektedir. Olumsuz beklentiler, depresyonun bilişsel boyutunda gözlenen diğer bir özelliktir ve bu durumun umutsuzluk ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu bakış açısı depresyonda tedaviye katılım ve devamlılığı da olumsuz etkilemekte; içinde bulunduğu durumun ya da sorunlarının gittikçe kötüye gideceği ve hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağına dair inanç, hastada intihara eğiliminin temelini oluşturmaktadır (s.21-26).

Depresyonun *motivasyonel belirtileri* açısından; kişi istek kaybı, güç kaybı yaşar; pasiflik, bağımlılık, kaçma kaçınma ve intihar eğilimi gösterebilir. Hastada görülen her türden motivasyon kaybı, umutsuzluk ve karamsarlığın bir sonucu olarak ortaya çıkmakta, onu bir şeyler istemekten ve yapmaktan alıkoymaktadır. Kendisinden beklenen en ufak görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinde zorlanmakta ve kaçınmakta, temel ihtiyaçlarını bile karşılayamamaktadır. Kişide kaçma, kaçınma ve vazgeçme eğilimi ağır basmakta, bu görev ve sorumluluklardan, taleplerden kurtulmak için intiharı düşlemektedir. İntihar kendisini yaşadığı acıdan, sevdiklerini de kendi yükünden kurtaracak mantıklı bir çözüm gibi görünmektedir. İntihar, hasta için bir kez çözüm olarak göründüğünde, başka çıkarı bulunmadığından gittikçe cazip hale gelmekte; intihara yönelik motivasyonu depresyonun şiddetine bağlı olarak artmaktadır. Beck’e göre, intihara ilişkin tutumlar; pasif biçimde sadece ölmüş olmayı dilemek ya da aktif biçimde kendini öldürmeyi istemek şeklinde farklı türlerde ifade edilebilir; istemsiz ve tekrarlayıcı düşünceler ya da titizlikle kurgulanmış planlar şeklinde gündeme gelebilir. Beck, birçok hastasının bu düşünceler dağıldığında ve intihar isteği azaldığında bu arzuya yenik düşmedikleri için mutlu olduklarını bildirdiklerini, dürtüsel biçimde gerçekleştirilen her intihar girişimininde planlanan girişimler kadar tehlike arz ettiğini belirtmiştir (s. 27-33, s. 263-264).

Beck, depresyon hastalarında sıklıkla görülen belirtileri; üzgün duygudurum, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, cezalandırılma beklentisi, kendinden memnuniyetsizlik, kendini suçlama, intihar eğilimi, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imajında değişim, iş yapamama, uykusuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, kilo kaybı, bedensel kaygılar ve cinsel isteksizlik, olarak 21 başlık altında değerlendirmiş ve depresyon düzeyini ölçmeye dönük Depresyon Envanteri’ni geliştirmiştir (Beck, 1967, s.189). Depresyon Envanteri’nin Pichot ve Lemperiere (1964) tarafından yapılan faktör analizinde 4 faktör tespit edilmiştir (akt.Beck, 1967, s.204): *Vejetatif depresyon faktörü* (uykusuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, kilo kaybı, bedensel kaygılar ve cinsel isteksizlik maddelerini); *kendiliği küçük görme faktörü* (kendinden memnuniyetsizlik, başarısızlık duygusu, cezalandırılma beklentisi, suçluluk duygusu maddelerini); k*aramsarlık-intihar faktörü* (karamsarlık ve intihar eğilimi maddelerini); k*ararsızlık-ketlenme faktörü* (kararsızlık ve iş yapamama maddelerini içermektedir). Bu çalışmanın sonuçları Beck (1967) tarafından umutsuzluğun, intihar için anahtar role sahip olduğu varsayımının kanıtı olarak sunulmuştur (s.204). Beck’e göre umutsuzluk, depresyon semptomları içerisinde, intihar davranışı ile ilişkisi en yüksek faktördür (s.58).

#### 2.3.7. İntiharın bilişsel modeli ve umutsuzluk

Beck’e (2005), göre intihar, “…*hastanın kaçma arzusunun son noktasıdır*.” Geleceği acılarla dolu gören, hiçbir şeyin iyiye gitmeyeceğine inanan hasta için tek “*çıkış yoludur*”. “…*hasta kendisini intihardan başka hiçbir kaçışın olmadığı, çözümsüz bir yaşama hapsolmuş olarak görmektedir*…” Hastanın umutsuzluğu ve çektiği acı ne kadar yoğun ise yaşamına son verme isteği de o kadar güçlü olacaktır (s.123,s.272).

Depresyondaki hasta kendisini aciz görmekle kalmaz; yerine getirmesi gereken iş ve görevleri de zorlu olarak değerlendirir ve bu değerlendirmenin sonucunda da çözümsüz problemlerle karşı karşıya kalır. İntihar düşünceleri, bu ümitsizlik ve tahammül edilemezlik içeren değerlendirme biçimi ile ilişkilidir. Depresyondaki kişi bu acı çekişe daha fazla katlanmanın mümkün olmadığına inanmakta; bu çözümsüzlük durumu karşısında çıkış yolu bulamamaktadır. Beck (1967), intihar eğilimindeki pek çok hastanın intiharı, ümitsizlik ve çaresizlikleri için bir çözüm olarak düşündüklerini ifade ettiklerini belirtmiştir (s.233).

Lester (1994), 15 kuramın (Adler, Beck, Binswanger, Freud, Jung, Kelly, Lester, Menninger, Murray, Shneidman, Sullivan, Zilboorg, Henry ve Short, Leenaars, Maris) intihara ilişkin varsayımlarını tamamlanmış 30 intihar vakasının biyografileri üzerinden değerlendirdiği çalışması sonucunda, Beck’in bilişsel kuramının intiharı açıklayıcılık bakımından en etkili kuram olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma kapsamında Beck’in bilişsel modelinin intihar davranışına ilişkin temel varsayımları Leenaars (1990) tarafından şu şekilde özetlenmiştir (akt. Lester, 1994):

İntihar, depresyon ile ilişkilidir ve aralarındaki ilişkide kritik faktör *umutsuzluk* faktörüdür. Olumsuz beklentiler şeklinde de tanımlanabilen *umutsuzluk* sonucunda kişi intiharı tek çözüm yolu olarak görmektedir. İntihar edecek kişi: Geleceği, sıklıkla gerçekçi olmayan bir biçimde, olumsuz görmektedir; gittikçe daha çok acı çekeceğini, hayal kırıklığı yaşayacağını düşünmektedir. Kendisini, gerçekçi olmayan bir biçimde olumsuz algılamaktadır; her açıdan aciz biri olarak görmekte ve bu duruma sıklıkla kendisini eleştirme, suçlama eşlik etmektedir. Kendisini, gerçekçi olmayan bir biçimde yalnız, sevilmeyen biri olarak düşünmektedir. İntihar edecek kişinin bu düşünceleri her ne kadar temelsiz olsa da; değiştirilemez, kesin doğrular biçiminde kabul görür ve başka alternatifler düşünülemez. Bu düşünceler çoğu zaman otomatik ve istemsizdir; hatalı, yanlıdır. Duyguların yoğunluğu, yaşanan durumların kendisinden çok, bu durumları değerlendirme biçimine göre değişmektedir. Yaşanılan duygu ne olursa olsun, duygunun şiddeti bu duyguya yol açan düşüncelere olan inanç düzeyi ile ilişkilidir. İntihar edecek kişi, umutsuzdur, daha fazla bu acıya katlanmamak, kurtulmak istemektedir ve kendisine ölüm yaşamdan daha cazip gelmektedir.

Bilişsel model çerçevesinde, intihar davranışında rol oynayan süreçler ve ilişkili faktörlerin dinamiği ilerleyen yıllarda Wenzel, Brown ve Beck (2008) tarafından şu şekilde formülize edilmiştir (akt. Wenzel ve Beck, 2008):

Yatkınlık oluşturucu faktörler

Ruhsal bozukluklarla ilişkili

bilişsel faktörler

İntihar davranışı ile ilişkili

bilişsel faktörler

İntihar Girişimi

Stres

Stres

**Şekil. 1.** İntihar Davranışının Bilişsel Modeli.

Şekil 1’de bilişsel kuram çerçevesinde, intihar davranışı ile ilişkili olduğu öne sürülen faktörler yer almaktadır. Wenzel, Brown ve diğerleri’ne (2008) göre; yatkınlık oluşturucu faktörler kalıcı ve karaktere özgü nitelikte olup ruhsal bozukluklar ve intihar davranışı açısından risk oluşturmaktadır. Uyum bozucu bu bilişsel içerikler (bireyin ne düşündüğü) ve bilişsel süreçler (nasıl düşündüğü) ruhsal bozukluklar ve intihar açısından genel bir risk faktörü olarak işlev görmekte; bu faktörlerin şiddeti arttıkça intihar davranışı açısından risk artmaktadır. Her bir ruhsal bozukluk için altta yatan şemalar farklılık göstermekte ve bilgi işleme süreci şemalardan etkilenmektedir. Wenzel, Brown ve diğerleri’ne (2008) göre intihar davranışı açısından risk oluşturan uyum bozucu bilişsel içerikler ve süreçler ise kriz durumunda (proximal faktörler) etkili olmaktadır. İntihar için kriz durumu; kişinin intiharı aklından geçirmeye (düşünce, imaj, ses vb. biçiminde olabilir) ya da intihara eğilim biçiminde değerlendirilebilecek davranışlarda bulunmaya başladığı süreç olarak tanımlanmıştır. Bu süreçte, intihar ile ilişkili düşünceler ve ortaya çıkan duygular giderek yoğunlaşmakta ve kişide baş edebileceği düzeyin üzerinde sıkıntıya yol açmaktadır. İntihar davranışı, yaşanan bu sıkıntının kişi için tölere edebileceği eşiğin aşılması sonucunda ortaya çıkmaktadır. İntihar davranışı için kriz durumunda risk oluşturan bilişsel faktörler şu şekilde şematize edilmiştir (akt. Wenzel ve Beck, 2008):

Ruhsal bozukluklarla ilişkili

bilişsel faktörler

İntihar Şeması: “Karamsarlık”

(Sürekli Umutsuzluk)

İntihar Şeması: “Dayanılmazlık”

Stress

Durumsal Umutsuzluk

Durumsal Umutsuzluk

**Şekil 2.** İntihar ile İlişkili Şemalar ve Durumsal Umutsuzluk

*Umutsuzluk*, kişinin kendisi ve geleceği ile ilgili olumsuz beklentiler dizgesi olarak tanımlanmaktadır (Beck, Weissmann, Lester ve Trexler, 1974; Minkoff, Bergman, Beck ve Beck, 1973). İntihar literatüründe, umutsuzluğun intihar davranışının ortaya çıkmasında en etkili bilişsel faktör olduğu bildirilmektedir. Öyle ki umutsuzluğun depresyon ile intihar arasındaki ilişkide kilit rol oynadığı bildirilmekte; intihar girişiminde bulunan kişilerin tedavisinde umutsuzluk faktörüne yönelik müdahalelerin önemine vurgu yapılmaktadır (Ak, Özmenler ve Bozkurt 2006; Beck, Steer, Beck ve Newman, 1993; Clark ve diğerleri, 1999). Umutsuzluğun duygudurum bozukluğu olmayanlarda da intihar davranışı ile ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (Beck, Steer, Beck ve diğerleri, 1993). Ayrıca zaman içerisinde değişmeyen ve kalıcı özellik gösteren belirli düzeyde umutsuzluk eğiliminin (karamsarlığın) intihar davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Abramson ve diğerleri, 1989; Beck, Brown, Berchick, Stewart ve Steer, 2006; Wenzel ve Beck, 2008). Wenzel, Brown ve diğerleri’ne (2008) göre, intihar davranışı açısından *karamsarlık* bir intihar şeması olarak işlevde bulunmakta, yaşam olayları ile tetiklenmesi sonucunda kişide intihar ile ilişkili bilişsel süreçleri harekete geçirmekte ve bu da *durumsal umutsuzluğa* sebep olmaktadır. Diğer yandan, biriken streslerin kişide yol açtığı sıkıntı ve huzursuzluk öyle bir noktaya gelmektedir ki kişi artık bu sıkıntıyı tölere edemeyeceğine inanmakta, *dayanılmazlık şeması* aktive olmakta ve bu da yine *durumsal umutsuzluğa* yol açmaktadır. Hangi intihar şeması aktive olursa olsun kişideki durumsal umutsuzluk düzeyinin artması söz konusu olmaktadır. Durumsal umutsuzluk *karamsarlık şeması* ile ilişkili değerlendirilebilecek *geleceğin daha iyi olmayacağı, hiçbir şeyin düzelmeyeceği* yönünde düşünceleri; *dayanılmazlık şeması* ile ilişkili değerlendirilebilecek *buna daha fazla katlanamayacağım, sürdüremeyeceğim* türünde düşünceleri ihtiva edebilir. Kişinin durumsal umutsuzluk düzeyi şiddetlendikçe intihar davranışı olasılığı da artmaktadır. Durumsal umutsuzluk, bilişsel içerik olarak kişide *içinde bulunduğu durumun dayanılmazlığına ve bu durumun asla değişmeyeceğine* dönük bir sayıltıya yol açmakta; tıpkı diğer işlevsel olmayan bilişsel içerikler gibi bilişsel süreçlerde bir yanlılığa yön vermektedir. İntihar davranışı açısından kriz durumunda olan kişide bilişsel süreçler; dikkatin yanlı işlemesi (intihar ile ilişkili uyaranlara duyarlılıkta artış) ve dikkatte fiksasyon (dikkat daralması yanında intihar düşünceleri ile aşırı uğraş ve bu düşünceleri zihinden uzaklaştıramama) yoluyla etkili olmaktadır. Bilişsel süreçlerde oluşan bu yanlılık yaşantılar sonucu edinilen verilerin sistemli biçimde çarpıtılmasına yol açmakta ve intihar şemasını döngüsel biçimde güçlendirmektedir.

Wenzel, Brown ve diğerleri (2008), intiharın bilişsel modeline yönelik bu formülasyon ile herhangi bir birey için intihar riskinin değerlendirilmesinde uzun vadede ve kriz anında yatkınlık oluşturucu risk faktörlerinin ve yaşadığı sıkıntıyı tölere edebilmesine olanak sağlayan faktörlerin değerlendirilmesinin önemine vurgu yapmaktadır (akt. Wenzel ve Beck, 2008).

Beck ve diğerleri (2006), umutsuzluğun gelecekte olası intihar girişimleri için yordayıcılığı olduğunu, kişinin umutsuzluk yaşantısının benzer koşullar altında benzer niteliklerde olma eğilimine değinmişler ve bu sonucu Beck’in (1988) çalışmalarına dayandırmışlardır. Beck, farklı dönemlerde tedavi için başvuruda bulunan hastalarının umutsuzluk düzeyindeki değişimleri izlemiş ve umutsuzluğun bireylerde benzer nitelikte seyrettiğini gözlemlemiştir. Bu bağlamda, umutsuzluk farklı kişilerde durumsal ya da süreğen nitelik gösterebilir. Bir depresyon atağı ile ya da farklı nedenlerle ortaya çıkabilir, düzeyi artabilir ya da azalabilir; bazı kimselerde de kronik nitelikte seyredebilir. Bir depresyon epizodunda görülen umutsuzluk düzeyi gelecek epizodlar için bir göstergedir; hastalık nüksettiğinde yaşanan umutsuzluk neredeyse önceki epizodlara benzer düzeyde seyretme eğilimindedir.

#### 2.3.8. Bilişsel model çerçevesinde depresyon ve intihar davranışına yönelik yürütülen çalışmalar

Depresyon hastalarının, intihar düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar açısından yürütülen çalışmalar incelendiğinde; umutsuzluk, yalnızlık, yabancılaşma, kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler, özsaygı yitimi, güvensiz bağlanma biçimleri, problem çözme becerilerinde yetersizlik, sosyal destek ve kaynakların yetersizliği, aile işlevinde bozukluk, aile içi iletişim sorunları, suçluluk, dürtüsellik ve öfke gibi çok çeşitli faktör ile ilişkilerinin incelenmiş olduğu söylenebilir (Atlı, 2007; Atlı, Eskin ve Dereboy, 2009; Aydemir ve diğerleri, 2002; Dieserud, Roysamb, Ekeberg ve Craft, 2001; Dilbaz ve Seber, 1993; Dixon, Heppner ve Anderson, 1991; Eskin, 2001; Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Özer, Yıldırım ve Erkoç, 2015; Palabıyıkoğlu, Azizoğlu, Özayar ve Berksun, 1993; Şahin, Onur ve Basım, 2008).

Beck’in bilişsel modelinde yer alan bilişsel yapıların ve süreçlerin de, depresyon ve intihar davranışı ile ilişkilerini araştırmaya yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların daha çok *fonksiyonel olmayan tutumlar* ve *olumsuz otomatik düşünceler* üzerine yoğunlaştığı söylenebilir. Bilişsel model çerçevesinde şemalar ve temel inançların da fonksiyonel olmayan tutumların ölçülmesi yoluyla çalışıldığı görülmektedir.

Fonksiyonel olmayan tutumların, depresyon ile ilişkisinin ölçülebilmesine ilişkin Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilen Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği’nin (Dysfunctional Attitude Scale/DAS) depresyonu yüksek düzeyde yordadığına dair çalışmalar mevcuttur. Weissman ve Beck (1978) bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının şiddeti ile depresyonun şiddeti arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu ve bu olumsuz içerikte bilişlerin depresif duygulanıma oranla daha kalıcı özellik taşıdığını bildirmişlerdir. Yürütülen diğer çalışmalarda, depresyon ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki olduğu ve bu tutumların depresyon için doğrudan ya da farklı değişkenler ile birlikte yatkınlık oluşturucu etkide bulunduğu söylenebilir (Lee ve Hankin, 2009; Martin, Kazarian ve Breiter, 1995; Roberts, Gotlib ve Kassel, 1996). Cannon, Mulroy, Otto, Rosenbaum, Fava, ve Nierenberg (1999), fonksiyonel olmayan tutumlar ve yetersiz problem çözme becerilerinin depresyonda umutsuzluk üzerine etkilerini inceledikleri araştırmalarında; her iki değişkenin depresyonla ayrı ayrı anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu, bir arada olmaları durumunda ise güçlü biçimde umutsuzluğu yordadıklarını bildirmişlerdir.

Cane, Olinger, Gotlib, ve Kuiper (1986), FOTÖ/A’nın sonuçlarını faktör analizine tabi tutmuşlar; “mükemmelci tutum” ve “onaylanma ihtiyacının” ölçek için güçlü faktörler olduğunu belirtmişlerdir. Ancak Hewitt ve Flett (1991), mükemmeliyetçiliği kendine yönelik, diğerlerine yönelik, sosyal düzene yönelik mükemmeliyetçilik olarak çok boyutlu tanımlamışlar; Sherry, Richards, Sherry ve Stewart (2014) mükemmeliyetçiliğin bu tanımından yola çıkarak depresyon ile ilişkisini test etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda, *kendine yönelik mükemmeliyetçilik* alt boyutunda yer alan *kendini katı bir biçimde eleştirme* özelliğinin depresyon için yatkınlık oluşturucu etkisini bulmuşlar ve fonksiyonel olmayan tutumlardan *mükemmeliyetçilik* alt boyutunun depresyon ile ilişkisinin ancak bazı özellikler açısından ortaya konulabileceği belirtilmişlerdir. Ayrıca, Beck, Steer ve Brown (1993), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği’nde yer alan alt boyutların intihar düşüncesi ve davranışları açısından özgül olabilecek tutumları içermediğini ve intihar için yordayıcı özgül bir nitelik taşımadığını belirtmişlerdir.

Yeğin depresyon hastalarında depresyonun şiddeti ve bilişsel özelliklerin ortaya çıkarılmasına dönük diğer çalışmaların *olumsuz otomatik düşünceler* ile ilişkili sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Hollon ve Kendall (1980) öğrenci örneklemi üzerinde geliştirdikleri Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği’nde yer alan maddelerin cinsiyet fark etmeksizin depresyonda olan ve olmayan kişileri anlamlı düzeyde ayırt ettiğini bildirmişlerdir. Harrel ve Ryon (1983), ölçeğin klinik örneklem üzerinde geçerliğini test etmişler ve olumsuz otomatik düşüncelerin klinik örneklemde de depresyon ile yüksek oranda ilişkili olduğunu, ölçeğinin depresyonda olan ve olmayan kişileri yüksek oranda ayırt ettiğini bulmuşlardır. Benzer biçimde, Dobson ve Breiter (1983) de olumsuz otomatik düşüncelerin depresyon ile yüksek oranda ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Jacobson ve diğerleri (1996) ise depresyonun tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin alt bileşenlerinden sadece otomatik düşüncelere yönelik yapılan müdahalelerin de en az bilişsel terapi kadar etkili olduğunu bildirmişlerdir. Hjemdal, Stiles ve Wells (2013) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda olumsuz otomatik düşüncelerin gelecekte olası depresyon ve belirtilerinin şiddetini önemli ölçüde yordayıcılığı olduğunu bulmuşlardır. Pirbaglou ve diğerleri de (2013), olumsuz otomatik düşüncelerin, mükemmeliyetçilikle ilgili bilişler ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu bildirmişlerdir.

Ülkemizde yürütülen çalışmalar incelendiğinde; Tümkaya, Çelik ve Aybek (2011), öğrencilerde boyun eğici davranışlar, olumsuz otomatik düşünceler, umutsuzluk ile yaşam doyumu arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarının sonucunda; boyun eğici davranışlar ile olumsuz otomatik düşünceler ve umutsuzluk arasında pozitif yönde; yaşam doyumu arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır. Cerit ve Coşkun (2012), majör depresyon ve distimi hastalarının, Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puanı ve tüm alt ölçeklerinden remisyondaki majör depresyon hastaları ve kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldıklarını bildirmişlerdir.

Depresyon ve intihar ile bilişsel faktörlerin ilişkisine yönelik olarak Aydemir ve diğerleri (2002), otomatik düşüncelerin hem depresyon hem de intihar ile ilişkili olduğunu, intihar girişimi olan majör depresyon hastalarının otomatik düşüncelerin şiddetinin, intihar girişimi olmayan depresyon hastalarına oranla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu durumu, çeşitli durumlarda ortaya çıkan olumsuz düşünce artışının kişinin intiharı bir çözüm olarak görmesini kolaylaştırabileceği şeklinde değerlendirmişler ve kişinin kendisini ve dünyayı olumsuz değerlendirmesine dönük altta yatan şemaların ele alınmasının önemini vurgulamışlardır. Benzer biçimde Jager-Hyman ve diğerleri (2014), intihar davranışında bulunan hastaların bulunmayan hastalara göre bilişsel çarpıtmalarının daha yoğun olduğunu, *falcılığın* intihar davranışını yordamada en etkili bilişsel çarpıtma olduğunu ancak *umutsuzluk* değişkeninin kontrolü durumunda ayırt edici özelliğinin kaybolduğunu bildirmişlerdir. Çalışmanın bulguları ışığında umutsuzluğun giderilmesinin intiharın önlenmesinde önemli olabileceğine, umutsuzluğa yatkınlık oluşturan kişisel özelliklerin araştırılmasının önemine değinmişlerdir.

İlgili literatürde, umutsuzluk faktörünün intihar davranışı açısından yordayıcılığını ortaya koyan erken dönem çalışmalar incelendiğinde; Minkoff ve diğerleri (1973), depresyonun şiddeti ve umutsuzluk düzeyi ile intihar girişiminin şiddeti arasındaki ilişkiyi yüksek düzeyde pozitif yönde bulmuşlardır. Çalışmanın önemli bir sonucu umutsuzluk düzeyinin, intihar girişiminin şiddeti ile depresyon düzeyinden daha yakın ilişkili olduğudur. Linehan ve Nielsen (1981) ise umutsuzluk düzeyi ile geçmişte intihar girişiminin şiddeti arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Beck, Robert, Steer, Kovacs ve Garrison (1985), daha önce intihar girişimi olan ve intihar düşünceleri nedeniyle hospitalize edilen hastalar ile yaptıkları boylamsal çalışmanın sonucunda, hastaların sonraki intihar davranışının sadece umutsuzluk düzeyleri ile yordanabildiğini; Beck Umutsuzluk Ölçeği’nin ve Beck Depreyon Envanteri’ndeki *umutsuzluk* maddesinin intihar için yordayıcılığı olduğunu bildirmişlerdir. Benzer biçimde, Beck ve diğerleri (2006), ayaktan tedavi gören hastalarla yapmış oldukları kontrollü prospektif çalışma sonucunda; intihar davranışında bulunan kişilerin hem depresyon hem de umutsuzluk düzeylerini, bu süreçte intihar girişiminde bulunmayanlar ya da doğal sebeplerle yaşamını yitirmiş hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır. Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden alınan puanların ayrıca yüksek intihar risk grubu ile düşük intihar risk grubunu güçlü biçimde ayırt edebildiğini bildirmişlerdir. Son yıllarda yaptıkları çalışma sonucunda Ak ve diğerleri (2006), intihar girişiminde bulunmuş kişiler ile intihar girişimi olmayan major depresyon tanısı ile tedavi gören hastaları karşılaştırmışlar ve gruplarda depresyon düzeyi açısından anlamlı fark olmadığını ancak intihar grubunda umutsuzluk düzeyinin diğer gruptan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır.

Yukarıda değinilen literatür ışığında; bilişsel model çerçevesinde depresyon hastalarının intihar düşünce ve davranışlarının anlaşılması açısından; bireyin mevcut umutsuzluğu, yaşanan durumlara ilişkin olumsuz değerlendirmelerinin ön plana çıktığı söylenebilir.

Psikopatolojiler için yatkınlık oluşturduğu varsayılan kişinin kendisi, çevresi ve geleceğe ilişkin olumsuz değerlendirmelerinin sıklıkla bilişsel yapılanmanın hiyerarşik olarak daha yüzeyinde yer alan *fonksiyonel olmayan tutumlar* ve *olumsuz otomatik düşünceler* düzeyinde çalışıldığı bildirilmektedir. Depresyon ile ilişkisi saptanan bilişlerin de yoğun olarak bu düzeylerde ele alındığı söylenebilir (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz ve Huibers, 2012). Bilişsel modelinin yapıtaşları olan ve diğer bilişsel faktörler üzerinde biçimleyici etkisi olduğu varsayılan şemaların/temel inançların araştırılması da fonksiyonel olmayan tutumların ölçülmesi yoluyla yapılmaktadır. Bu çalışmaların çoğunlukla, fonksiyonel olmayan tutumların şiddetinin toplam puanlarına ilişkin sonuçlar bildirmiş olduğuna ve alt boyutlar açısından özgül tutumların depresyon ile ilişkilerinin incelendiği çalışma sayısındaki kısıtlılığa vurgu yapılmaktadır. Depresyon ve intihar davranışı açısından bilişsel yapılanmanın temelinde yer alan ve daha kalıcı özellikler gösteren *temel inançlar* ve *şemaların* anlaşılmasının önemi sıklıkla vurgulanmaktadır (Aydemir ve diğerleri, 2002; Halvorsen, Wang, Eiseman ve Waterloo, 2010; Jager-Hyman ve diğerleri, 2014; Renner, Arntz, Leeuw ve Huibers, 2013; Renner ve diğerleri, 2012).

Psikopatolojilere yatkınlık oluşturduğu varsayılan bilişsel içeriklerin temel inançlar ve şemalar düzeyinde çalışılması son yıllara denk gelmektedir ve bu çalışmalar sıklıkla Young ve diğerleri (1991;2003) tarafından geliştirilen ve doğrudan şemaların değerlendirilebilmesine olanak tanıyan Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) ile yürütülmektedir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009). Yeğin depresyon ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu öne sürülen bilişsel faktörlerin şemalar düzeyinde çalışılmasının planlandığı bu çalışmada da YŞÖ-KF3 kullanılacaktır.

Bu bölümde, ölçeğin işaret ettiği şema alanları ve özgül şemaların anlaşılması açısından Young ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olan şema kavramına ve *erken dönem uyumsuz şemalara* ilişkin bilgilere yer verilecektir.

## 2.4. Erken dönem uyumsuz şemalar

Bilişsel kuram çerçevesinde, şemalara ilişkin literatür incelendiğinde, Beck temel inançları *çaresizlik* ve *sevilemezlik* olmak üzere iki kategoride toplar. *Çaresizlik* kategorisindeki temel inançlar; yetersizim, etkisizim, beceriksizim, başarısızım, eksiğim gibi inançlardan; *sevilemezlik* temel inanç kategorisi ise değersizim, farklıyım, sevilmek için eksiğim, sevilmek için yetersizim, reddedileceğim, terk edileceğim, yalnız kalacağım gibi inançlardan oluşmaktadır (akt.,Beck, 2001). Beck’in ortaya atmış olduğu temel inanç ve şema kavramı Jeffrey E. Young tarafından genişletilerek revize edilmiştir. Young’ın Şema Kuramında yer alan erken dönem uyumsuz şemaların, bilişsel modelin yapıtaşlarından olan şemalar için tıpkı temel inançlar gibi içerik sağladığı söylenebilir (Renner ve diğerleri, 2012; Riso ve diğerleri, 2006). Beck’in şemalara ilişkin iki kategorili genel sınıflamasından farklı olarak Young’ın geliştirdiği modelde şemalar daha özgül biçimlerde tanımlanmıştır (Renner ve diğerleri, 2013).

Young’a (2009) göre de, bilişsel modelin öne sürdüğü, kişinin yaşam deneyimlerinin anlam kazanması ve uyumluluk adına kişinin kendisine ve dünyaya olan stabil bakışını sürdürmesinde işlev gören şemalar çoğu zaman çarpık ve kusurludur, olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilir. Şema Kuramı’nın odağı daha çok olumsuz, uyumsuz nitelikte olan şemalardır. Young, erken dönem uyumsuz şemaları; “*gelişimin erken dönemlerinde başlayan, yaşam boyunca tekrarlanan kendilik yıkıcı duygusal ve bilişsel örüntüler*” biçiminde tanımlar. Büyük ölçüde erken çocukluk dönemi deneyimleri sonucunda oluşur ve yaşamın daha sonraki aşamalarında biçimlenebilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009, s.25-28). Bilişşel modelin şema kavramına benzer biçimde, genel olarak bireyin kendisi ve çevresine ilişkin; kalıcı/stabil, karaktere özgü, süreğen nitelikte inançlarını içeren yapılardır (Renner ve diğerleri, 2013; Riso ve diğerleri, 2006; Schmidt, Joiner, Young ve Telch, 1995) ve latent durumda iken şema ile ilişkili bir yaşam olayı ile tetiklenmeleri sonucunda aktif hale gelmekte, bilgi işlemleme sürecindeki yanlılıklar yoluyla olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açmakta ve psikopatolojiler için yatkınlık oluşturmaktadırlar (Halvorsen ve diğerleri, 2010; Schmidt ve diğerleri, 1995).

Young’a göre erken dönem uyumsuz şemalar ve kişinin bunlarla baş etmek için öğrendiği uyumsuz biçimler kronik karakterolojik problemler yanında; depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve psikosomatik bozukluklar gibi pek çok Eksen I semptomu için de altta yatan faktördür (Young ve diğerleri, 2009,s.25-28).

Young, şemaların çocukluktaki; *güvenli bağlanma, özerklik-yetenek ve olumlu kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü, kendiliğindenlik, akılcı sınırlar ve özdenetim* olmak üzere evrensel nitelikte *5 çekirdek duygusal ihtiyaç* tanımlar ve uyum bozucu şemaların bu temel ihtiyaçların karşılanamamasından kaynaklı olduğunu öne sürer. Psikolojik sağlıklılığı bu ihtiyaçların uyumlayıcı biçimde giderilmesiyle açıklar. Çocuğun doğuştan gelen mizacı ve erken dönem çevresinin etkileşiminin bu ihtiyaçların giderilmesinde belirleyici olduğunu, tedavide temel hedefin hastaların engellenmiş çekirdek duygusal ihtiyaçlarını giderebilmelerinde uyumlu yollar bulmalarına yardım etmek olduğunu belirtir (Young ve diğerleri, 2009,s.29). Bu bağlamda, erken dönemde giderilmemiş duygusal ihtiyaçlar çerçevesinde; *“ayrılma ve reddedilme”, “zedelenmiş özerklik ve performans”, “zedelenmiş sınırlar”, “başkalarına yönelimlilik”, “aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme”*olmak üzere 5 şema alanı ve bu şema alanlarının kapsadığı 18 şema tanımlamıştır (Young ve diğerleri, 2009,s. 34-39).

Bu bölümde 5 şema alanı ve kapsadıkları şemalara ilişkin bilgilere yer verilecektir.

1.Şema Alanı: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme.

Bu şema alanına sahip olan kişiler; diğerleriyle güven ve doyum verici bir bağlanma oluşturamaz; istikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmayacağına inanırlar.

*Terk Edilme/İstikrarsızlık Şeması:* Bu şemaya sahip kişilerde önem verilen kişilerle bağlantı kurmada ya da bu bağlantının sürdürülmesinde dengesizlik/süreksizlik söz konusudur. Kişide, ihtiyacı olan duygusal destek, güç ya da korunmanın sağlanamayacağına dair beklentiler bulunmaktadır.

*Güvensizlik/Suistimal Edilme:* Başkalarının kendilerine zarar vereceği, istismar edeceği, aldatacağı, küçük düşüreceği beklentileri vardır.

*Duygusal Yoksunluk:* Duygusal bağlantı kurma ve duygusal ihtiyaçlarının diğerleri tarafından yeterince karşılanmayacağı inancı söz konusudur.

*Kusurluluk/Utanç:* Kusurlu, kötü, istenmeyen, yararsız, aşağı ya da değersiz olduğuna dair düşünceler; kendine dair eksiklikten kaynaklı utanç söz konusudur.

*Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma:* Diğerlerinden farklı olma ya da aile dışındaki daha geniş bir sosyal dünyanın parçası olamama düşünceleri hâkimdir.

2. Şema Alanı: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Bu şema alanına sahip olan kişiler; yaşıtları gibi bağımsız hareket edebilme, kendi kimliklerini oluşturabilme, aileden ayrı kalabilme ve yaşamlarını kurma yönünde problemler yaşamaktadırlar. Bağımsız bir kişilik yapısı geliştirme, kişisel amaçların oluşturulması ve gerekli becerilerin kazanılmasında güçlükler vardır.

*Bağımlılık/Yetersizlik:* Başkalarından destek almadan günlük sorumlulukların yerine getirilememesi, yaygın pasiflik ve savunmasızlık, problemlerin çözümü konusunda yetersizlik söz konusudur.

*Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık:* Herhangi bir anda kesin bir felaket yaşanacağı ve bu felaketin üstesinden gelinemeyeceğine, korunulamayacağına dair inanç ve korkular söz konusudur.

*Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik:* Bireyleşme ya da sosyal gelişim pahasına biriyle ya da önem verilen kişilerle aşırı duygusal bağlılık söz konusudur. Mutlulukları için diğerlerinin daimi desteğinin gerektiğine dair inanç mevcuttur.

*Başarısızlık:* Başarısız olma, kaçınılmaz biçimde başaramayacağına ve başarı gerektiren durum ve ortamlarda diğerlerine göreyetersiz olduğuna/olunacağına dair inanç söz konusudur.

3. Şema Alanı: Zedelenmiş Sınırlar

Bu şema alanına sahip olan kişiler özdisiplin ya da karşılıklılık konularında yeterli içsel sınırlar geliştirememişlerdir. İçsel sınırlarda, başkalarına karşı sorumluluklarda, uzun erimli amaç yöneliminde sorunlar; diğerlerinin haklarına saygı, işbirliği, sözünü tutma, kişisel hedefler koyma ve bu hedeflere ulaşma da güçlükler yaşamaktadırlar.

*Hak Görme/Büyüklenmecilik:* Kişinin kendisini diğerlerinden üstün görmesi, özel hakları ve ayrıcalıkları olduğuna inanması söz konusudur.

*Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin:* Kişisel hedeflerine ulaşmada yeterli bir özdenetim ya da engellenme töleransı gösterememe söz konusudur. Duygu ve dürtülerin uygun biçimlerde ifade edilmesinde, düzenlenmesinde güçlükler yaşanmaktadır.

4. Şema Alanı: Başkalarına Yönelimlilik

Bu şema alanına sahip olan kişilerde; duygusal bağlantıyı sürdürmek, sevgi ve onay almak uğruna başkalarının tepkilerine aşırı duyarlılık, kendi tepkilerini ortaya koyamama, kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyacını gidermeye değer verme söz konusudur.

*Boyun Eğicilik:* Karşılık görme ve terk edilme korkusuyla kişinin duygularını baskı altına alması ve başkalarına teslimiyet söz konusudur.

*Kendini Feda:* Kişinin kendi memnuniyeti pahasına, başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye dönük gönüllü çabası söz konusudur.

*Onay/Tanınma Arayıcılık:* Gerçek kendilik duygusu geliştirmek pahasına, onay alma, tanınma ve ilgi görmeye verilen değer söz konusudur. Bireyin öz saygısı başkalarının tepkilerince şekillenmektedir.

5. Şema Alanı: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme

Bu şema alanına sahip olan kişilerde spontan olamama, duygu ve dürtülerin baskı altına alınması söz konusudur. Genelde içselleştirilmiş katı kurallara uyum gösterilir. Mutluluk, rahatlama, kendini ifade konularında ketlenme; performans, görevler ve kurallara uyma, duyguların baskılanması ile kontrolü, hatadan kaçınma, kötümserlik ve mükemmeliyetçilik görülür.

*Olumsuzluk/Karamsarlık:* Yaşantıların iyimser yanının küçümsenmesi ve olumsuz yanlarına odaklanma söz konusudur. Gelecekten olumsuz beklentiler mevcuttur.

*Duygusal Baskılama/Ketleme:* Başkaları tarafından reddedilme, utanç yaşama ya da dürtüsel kontrolun kaybedileceği endişesiyle, spontan eylemlerin, duygu ve iletişimin aşırı baskılanması söz konusudur.

*Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:* Eleştiriden, kınanma ve utançtan kaçınmak için benimsenmiş yüksek standartları gerçekleştirmeye yönelik yoğun çaba söz konusudur.

*Cezalandırıcılık:* Kişinin hata yapması durumunda katı biçimde cezalandırılması gerektiğine olan inaç, hata yapan kişilere hoşgörüsüz olma, eğilimi söz konusudur (Young ve diğerleri, 2009,s. 33-44).

### 2.4.1. Erken dönem uyumsuz şemaların depresyon ve intihar davranışı ile ilişkisine yönelik yürütülen çalışmalar

Erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon ve intihar davranışının ilişkisine yönelik literatür incelendiğinde, yapılan çalışmaların bir çoğunun depresyon ile ilgili olduğu, intihar davranışına yönelik çalışma sayısının kısıtlı olduğu söylenebilir. Benzer biçimde, umutsuzluk faktörü ve olumsuz otomatik düşüncelerin erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisine yönelik çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon arasındaki ilişkilerin incelendiği ilk çalışmalardan Schmidt ve diğerleri (1995), öğrenci örneklemi üzerinde Şema Ölçeği’nin psikometrik özelliklerini araştırmışlar; sosyal izolasyon ve kusurluluk şemalarını depresyon için yatkınlık oluşturucu şemalar olarak bildirmişlerdir. Harris ve Curtin (2002) ise kusurluluk/utanç, yetersiz özdenetim/özdisiplin, hastalıklar ve zarar görme karşısında incinebilirlik, yetersizlik şemalarının depresyon belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Çocuklukta ihmal/istismar yaşantıları ve ebeveynlik biçimleri ile erken dönem şemaların ilerleyen yıllarda görülen depresyon ile ilişkilerinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, Shah ve Waller (2000), depresyon hastalarının kontrol grubuna oranla çocukluk dönemindeki ebeveyn tutumlarını daha yetersiz algıladıklarını ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından depresyon hastalarının kusurluluk/utanç, kendini feda ve yetersiz özdenetim/özdisiplin şemaları ile sağlıklı kontrollerden farklılaştıklarını bildirmişlerdir. McGinn, Cukor ve Sanderson ise (2005), tüm erken dönem uyumsuz şema alanlarının depresyon düzeyi arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu bulmuşlardır. Lumley ve Harkness (2007), depresyon ile ilişkili şemaların *kayıp ve değersizlik* teması ile ilişkili olduğunu bu tema ile ilişkili şemaların da duygusal yoksunluk, bağımlılık, kusurluluk, başarısızlık ve sosyal izolasyon şemaları olduğunu bildirmişler; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve kendini feda şemalarının geçmişte duygusal istismar öyküsü olan ergenlerde depresyonun mutsuzluk ve zevk alamama belirtileri ile ilişkisini ortaya koymuşlardır.

Hoffart ve diğerleri (2005), farklı klinik gruplar üzerinde yürüttükleri kontrollü çalışmada; hâlihazırda depresyonu olan, geçmişte depresyonu olan hastalar ve sağlıklı kontrolleri erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırmışlar ve zedelenmiş özerklik ile ayrılma/reddedilme şema alanlarının depresif semptomatolojiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, çalışma sırasında şu an asemptomatik olan depresyon geçirmiş bireylerin de bu iki şema alanından hiç depresyon geçirmemiş sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlar ve bu bulguları, bilişsel kuramın fonksiyonel olmayan tutumların şiddetinin depresyonun iyileşmesi ile azaldığı varsayımı ile çelişir nitelikte sunmuşlardır. Young Şema Ölçeği’nin hâlihazırda depresyonda olmasa da bu kişilerde yatkınlık oluşturucu bilişsel faktörleri ölçebilen bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir. Benzer biçimde, Halvorsen ve diğerleri (2010), depresyonda olan, geçmişte depresyon öyküsü olan ve sağlıklı kontrollerden oluşan grupları depresyon için yatkınlık oluşturucu bilişsel faktörler açısından karşılaştırmışlardır. Yürüttükleri iki aşamalı boylamsal çalışmanın ilk aşamasında kesitsel olarak elde edilen sonuçlardan reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar şema alanlarının depresyon düzeyi ile ortadan yükseğe değişen düzeylerde ilişkili olduğunu; araştırmanın boylamsal sonucu olarak da Young Şema Ölçeği’nin gelecekte olası depresyon epozodlarını yordayıcılığı bulunduğunu bildirmişlerdir. Reddedilme şema alanının (yüksek düzeyde) ve zedelenmiş sınırlar şema alanın gelecekte olası epizod için depresyon düzeyini yordayıcı olduğunu ve depresyon için yatkınlık oluşturucu nitelikte olabileceğini öne sürmüşlerdir. Thimm (2010) de depresyonu olan karma psikiyatrik grupta erken dönem uyumsuz şemalar ve 5 faktör kişilik özelliklerinin birbiriyle ilişkilerini incelemiş, erken dönem uyumsuz şemalardan büyük çoğunluğunun *nörotizm* faktörü ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ve depresyon semptomlarını 5 faktör modelinde yer alan kişilik faktörlerinden daha yüksek düzeyde yordadığını ortaya koymuştur.

Renner ve diğerleri (2010), depresyon hastalarında görülen erken dönem uyumsuz şemaların tedavi sürecinde, depresyon düzeyindeki değişimler doğrultusunda farklılaşıp farklılaşmadığını boylamsal bir çalışma ile incelemişlerdir. Bu çalışmada elde edilen kesitsel verilerden; zedelenmiş özerklik ve performans ile ayrılma/reddedilme şema alanlarının; başarısızlık (yüksek düzeyde), terk edilme/istikrarsızlık ve duygusal yoksunluk şemalarının depresyon düzeyinin şiddeti ile ilişkili olduğunu; yapışıklık/gelişmemiş benlik şemasının ise depresyon şiddeti ile yüksek düzeyde ters yönde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca erken dönem uyumsuz şemaların tedavi süreci sonunda depresyon şiddetindeki anlamlı düzeyde gerilemeye rağmen büyük oranda sabit kaldıklarını ve bu sonucu da erken dönem uyumsuz şemaların, kalıcı, süreğen, karaktere özgü nitelikte olduğu varsayımının kanıtı olarak sunmuşlardır. Bu sonuçlarla çelişir nitelikte başka bir çalışmada Cormier, Jourda, Laros, Walburg ve Callahan (2011), şiddetli depresyonu olanlarda tüm şemalardan elde edilen puanların orta ve hafif düzeyde depresyonu olanlardan yüksek olduğunu; depresyonun şiddeti azaldıkça ilişkili şemalar ve alınan puanların da azaldığını bulmuşlardır. Ayrıca, kusurluluk, dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemalarının depresyon için güçlü yordayıcılıkları bulunduğunu bildirmişlerdir.

Eberhart, Auerbachand, Bigda-Peyton ve Abela (2011) ayrılma ve reddedilme şema alanında güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma şemalarının depresyonu yordayıcı olduklarını; özellikle duygusal yoksunluk şemasının depresyonun güçlü bir yordayıcısı olduğunu belirtmişlerdir. Diğer şema alanlarında ise başarısızlık ve boyun eğicilik şemasının depresif belirtilerdeki artış düzeyini yordadığını bildirmişlerdir. Fouladi (2015), kronik depresyon hastalarında erken dönem uyumsuz şemaları araştırmış ve kronik depresyon ile anlamlı düzeyde en yüksek ilişkinin hastalık ve zarar görme karşısında incinebilirlik şeması olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda, hastalık ve zarar görme karşısında incinebilirlik, sosyal izolasyon, duygusal baskılama/ketleme ve yetersiz özdenetim/özdisiplin şemalarının birlikte kronik depresyonu %61 oranında açıklayıcı olduğunu ifade etmiştir. Davoodi ve diğerleri (2018) ise majör depresyon hastaları ile yaptıkları çalışma sonucunda tüm şema alanlarının depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Depresyon semptomlarının erken dönem şemalar açısından farklılaşıp farklılaşmadığının araştırıldığı bir çalışmada, Trincas ve diğerleri (2014), majör depresyon hastalarında, erken dönem şemalarının özgül depresif semptomların yordayıcısı olduğunu bildirmişlerdir. Üzüntü duygusunun, olumsuzluk/karamsarlık şemasıyla; keyifsizliğin, başarısızlık şemasıyla; kendine zarar vermenin, duygusal yoksunluk ve hastalık ve zarar görme karşısında incinebilirlik şemalarıyla; değersizliğin, başarısızlık ve yetersiz özdenetim ve özdisiplin şemalarıyla; psikomotor retardasyon ve ajitasyonun, hastalık ve zarar görme karşısında incinebilirlik ve hak görme/büyüklenmecilik şemalarıyla; konsantrasyon zayıflığının, yetersiz özdenetim/özdisiplin şemaları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Fiziksel belirtiler ile erken dönem şemalar arasında herhangi bir ilişki görülmediğini bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Lapsekili ve Ak (2012) şema alanlarının tamamında, sağlıklı kontroller ile unipolar ve bipolar hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu; sağlıklı kontrollerin tüm şema alanlarından diğer iki gruba oranla anlamlı düzeyde daha düşük puanlar aldıklarını bildirmişlerdir. Duran (2016) yüksek lisans tezinde, normal örneklem üzerinde, depresyon, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkileri incelemiş ve başarısızlık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/gelişmemiş benlik, ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim, terk edilme, kusurluluk, kendini feda ve hastalıklar/tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının depresyonla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Erken dönem uyumsuz şemalar ile olumsuz otomatik düşünce içeriklerinin karşılaştırılması sonucunda; terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, iç içe geçme/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hastalıklar/tehditler karşısında dayanıksızlık, karamsarlık ve duyguları bastırma şemalarının olumsuz otomatik düşünce alt boyutlarının tümünde artışa neden olduğunu bildirmiştir. Başarısızlık şeması ile olumsuz otomatik düşünceler alt boyutlarından *kişinin kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri* ile iç içe geçme/gelişmemiş benlik şemasının *kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri ve yalnızlık düşünceleri* alt boyutu ile kendini feda şemasının *şaşkınlık kaçma fantezileri, yalnızlık ve ümitsizlik* alt boyutları ile, onay arayıcılık şemasının ümitsizlik dışındaki tüm olumsuz otomatik düşünce alt boyutları ile, ayrıcalık/yetersiz özdenetim şemasının olumsuz otomatik düşüncelerden *kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri* ve *yalnızlık* alt boyutlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Erken dönem uyumsuz şemalar ve intihar davranışı arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, Dale, Power, Kane, Stewart ve Murray (2010), tekrarlanan intiharlar ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkili olduğunu; erken dönem uyumsuz şemalardan sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç şemalarının bağlanma biçimi ile tekrarlayan intiharlar arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu bildirmişlerdir. İlgili literatürde, depresyon hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar ve intihar davranışı arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışma sayısının ise oldukça kısıtlı olduğu söylenebilir. Bu çalışmalardan birinde Darvishi, Rahmani, Akbari ve Rahbar (2013), intihar girişimi olan klinik grup ile intihar girişimi olmayan sağlıklı kontrolleri karşılaştırmışlar; her iki grup için de erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyonun şiddeti arasında anlamlı düzeyde yüksek bir ilişki olduğunu, depresyonun şiddetini intihar grubunda kusurluluk/utanç, başarısızlık, hak görme/büyüklenmecilik şemalarının; intihar girişimi olmayan sağlıklı kontroller için de kusurluluk/utanç, hak görme ve büyüklenmecilik, hastalıklar ve zarar görme karşısında incinebilirlik ve yüksek standartlar şemalarının yordayıcı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ahmadpanah ve diğerleri (2017), majör depresyon hastalarında intihar davranışı ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkileri inceledikleri kontrollü çalışma sonucunda; depresyon hastalarının erken dönem uyumsuz şemalar toplam puanlarının, sağlıklı kontrollere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Majör depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunan grubun ayrılma/reddedilme şema alanında yer alan tüm şemalar ve bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, başarısızlık, duygusal baskılama/ketleme, yüksek standartlar, cezalandırıcılık şemalarından almış oldukları puanlar majör depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunmayan grup ve sağlıklı kontrollere oranla daha yüksektir. Bu oranların hâlihazırda intihar girişimi olmayan ancak intihar girişimi öyküsü olanlar içinde geçerli olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde intihar düşüncesi ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkilere dönük yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kevlekçi (2013) normal örneklemde, depresyon düzeyi ile intihar düşüncesi arasında; otomatik düşüncelerin sıklığı ile şemaların aktivasyonu arasında anlamlı düzeyde ilişkinin varlığını bildirmiştir. Otomatik düşünce sıklığı, fonksiyonel olmayan tutumlar ve şemaların aktivasyonunun depresif duygudurumu ve intihar düşüncelerini artırdığını bulmuştur. Tüm şemaları, depresyon düzeyi yüksek olanlarda olmayanlara oranla daha yüksek bulmuştur. Ülkemizde, klinik örneklem üzerinde; depresyon, intihar davranışı ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkileri incelemeye dönük bir çalışmaya rastlanmamıştır.

**3. BÖLÜM**

**ARAŞTIRMA YÖNTEMİ**

## 3.1. Araştırmanın modeli

Bu çalışma, yeğin depresyonu olan, geçmişte ya da hâlihazırda intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeyleri, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılarak olası farklılıkların ve ilişkilerin incelenebilmesi amacıyla kesitsel tipte, nicel bir çalışma olarak planlanmış ve çalışmada nedensel-karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır.

## 3.2. Örneklem

Çalışmaya Ocak - Nisan 2018 tarihleri arasında, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri’ne başvuran, psikiyatrist tarafından SCID-I uygulanarak DSM–5 tanı ölçütüne göre Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı alan bireyler dahil edilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın örneklemi, amaçsal örnekleme biçimlerinden ölçüt örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Katılımcılardan, beyanları doğrultusunda, hâlihazırda ya da geçmişte intihar davranışında bulunmuş olma ve hiç intihar davranışında bulunmama kriterleri açısından iki grup oluşturulmuştur. Çalışmaya dahil olma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri şu şekildedir:

*Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı almış intihar girişiminde bulunan bireyler için*;

1. 18 – 65 yaş aralığında yer almak.
2. DSM- 5 Yeğin Depresyon Bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olmak.
3. Başka Eksen I Ek tanısı bulunmamak.
4. Verilen ölçekleri ve formları doldurabilecek zekâ, bilişsel yeterlilik ve eğitim düzeyine sahip olmak.
5. Hâlihazırda (ölçeklerin uygulanmasından en az 1 ay önceye kadar gerçekleşmiş) ya da geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olmak.
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onam vermek.

*Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı almış intihar girişimi olmayan bireyler için;*

1. 18 – 65 yaş aralığında yer almak.
2. DSM- 5 Yeğin Depresyon Bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olmak.
3. Başka Eksen I Ek tanısı bulunmamak.
4. Verilen ölçekleri ve formları doldurabilecek zekâ, bilişsel yeterlilik ve eğitim düzeyine sahip olmak.
5. Hâlihazırda ve geçmişte herhangi bir intihar girişiminde bulunmamış olmak.
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onam vermek.

*Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:*

1. Çalışmaya katılmaya onay vermemek.
2. 18 – 65 yaş aralığında yer almamak.
3. Hâlihazırda başka Eksen I tanısı bulunmak.
4. Verilen ölçekleri ve formları doldurabilecek zekâ, bilişsel yeterlilik ve eğitim düzeyine sahip olmamak.

Araştırma kapsamında yukarıda belirtilen dahil olma ölçütlerini karşılayan 120 Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı olan birey incelenmiştir. Yeğin depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunan 50 katılımcı (%41.7) ile yeğin depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunmayan 70 katılımcı (%58.3) çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Yeğin Depresyonu olan ve intihar davranışı bulunan grup “YDBİ” grubu olarak, yeğin depresyonu olan intihar davranışı bulunmayan grup “YDB” grubu olarak adlandırılmıştır.

“YDBİ” grubu ve “YDB” grubu arasında bazı tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı Tablo.1’de sunulmuştur.Mann-Whitney U Testi, Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi istatistiksel yöntemler olarak kullanılmıştır.

**Tablo 1.**

*YDBİ ve YDB grubu arasında bazı tanımlayıcı ve klinik özelliklerin dağılımı*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **YDBİ (n=50)** | **YDB (n=70)** | **U/ᵪ2** |
| **Yaş (yıl),** ort±SS (min-maks) | | 34.3±12.9 (18.0-62.0) | 36.9±11.8 (18.0-57.0) | 1479.5 |
| **Cinsiyet,** n (%) | |  |  |  |
|  | Erkek | 6 (12.0) | 11 (15.7) | 0.331 |
|  | Kadın | 44 (88.0) | 59 (84.3) |
| **Öğrenim Durumu,** n (%) | |  |  |  |
|  | İlkokul | 7 (14.0) | 9 (12.9) | 0.152 |
|  | Ortaokul | 7 (14.0) | 10 (14.3) |
|  | Lise | 17 (34.0) | 26 (37.1) |
|  | Üniversite/YL | 19 (38.0) | 25 (35.7) |
| **Medeni Durum,** n (%) | |  |  |  |
|  | Bekâr | 21 (42.0) | 25 (35.7) | 0.772 |
|  | Evli | 19 (38.0) | 32 (45.7) |
|  | Boşanmış | 8 (16.0) | 10 (14.3) |
|  | Dul | 2 (4.0) | 3 (4.3) |
| **Çocuk Varlığı,** n (%) | | 24 (48.0) | 43 (61.4) | 2.133 |
| **Çalışma Durumu,** n (%) | |  |  |  |
|  | Çalışmıyor | 20 (40.0) | 26 (37.1) | 1.958 |
|  | Öğrenci | 10 (20.0) | 10 (14.3) |
|  | Emekli | 5 (10.0) | 5 (7.1) |
|  | Çalışıyor | 15 (30.0) | 29 (41.4) |
| **Fiziksel Hastalık Varlığı,** n (%) | | 4 (8.0) | 4 (5.7) | ----- |
| **İlaç Kullanımı,** n (%) | | 3 (6.0) | 3 (4.3) | ----- |
| **Geçmişte Psikiyatrik Tanı,** n (%) | | 35 (70.0) | 27 (38.6) | 11.537\*\* |
| **Geçmiş Psikiyatrik Tanılar,** n (%) | |  |  |  |
|  | Depresyon | 31 (88.6) | 26 (96.3) | ----- |
|  | Diğer | 4 (11.4) | 1 (3.7) |
| **Mevcut Psikiyatrik İlaç Kullanımı,** n (%) | | 13 (26.0) | 9 (12.9) | 3.365 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | |

Tablo 1.’de görülebileceği üzere demografik özellikler açısından her iki grubun benzerlikler gösterdiği söylenebilir. Gruplar arasında demografik özellikler açısından anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. Her iki grup için de katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcılar yüksek oranda lise ve üniversite mezunudur. YDBİ grubunda bekâr olanlar; YDB grubunda evli olanlar diğer medeni durum özellikleri açısından daha yüksek orandadır. Klinik özellikler açısından; sahip olunan fiziksel hastalık için gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır. Her iki grupta, eşit oranda katılımcı; Tiroid, Ramatoid Artrit, Chron hastalıkları ile ilgili bildirimde bulunmuştur. Her iki grupta da alkol/madde kullanımı açısından bağımlılık tedavisi görmüş/gören katılımcı bulunmamaktadır. “Geçmişte psikiyatrik tanı/tedavi varlığı” açısından ise YDBİ grubu, YDB grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Geçmişte alınan tanılar incelendiğinde, her iki grubun da büyük oranda “Depresyon” tanısı ile tedavi aldıkları söylenebilir. Diğer tanı oranı; YDBİ grubunda 3 kişi, YDB grubunda 1 kişi tarafından “Anksiyete Bozukluğu” ve YDBİ grunda 1 kişi tarafından “Yeme Bozukluğu” olarak bildirilmiştir. Diğer yandan, beklendiği üzere “ölme isteği”, “intihar düşüncesi” ve “intihar planı yapmış olma” açısından grupların birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı söylenebilir. Bu özellikler açısından yapılan Kİ- Kare Teti sonucunda grupların dağılımı Tablo 2.’de belirtilmiştir.

**Tablo 2**.

*YDBİ ve YDB grupları arasında ölüm isteğinin, intihar düşüncesinin, intihar planının dağılımı*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Hiçbir zaman** | **Nadiren** | **Bazen** | **Çoğu zaman** | **Her zaman** |
|  |  | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| **Ölüm İsteği** | |  |  |  |  |  |
|  | YDBİ (n=50) | 0 (0.0) | 5 (10.0) | 19 (38.0) | 21 (42.0) | 5 (10.0) |
|  | YDB(n=70) | 15 (21.4) | 21 (30.0) | 19 (27.1) | 12 (17.1) | 3 (4.3) |
|  | ***x2*** | 25.166\*\* | | | | |
| **İntihar Düşüncesi** | |  |  |  |  |  |
|  | YDBİ (n=50) | 0 (0.0) | 12 (24.0) | 22 (44.0) | 13 (26.0) | 3 (6.0) |
|  | YDB(n=70) | 42 (60.0) | 12 (17.1) | 12 (17.1) | 4 (5.7) | 0 (0.0) |
|  | ***x2*** | 50.783\*\* | | | | |
| **İntihar Planı** | |  |  |  |  |  |
|  | YDBİ (n=50) | 0 (0.0) | 22 (44.0) | 19 (38.0) | 9 (18.0) | - |
|  | YDB (n=70) | 58 (82.9) | 6 (8.6) | 5 (27.1) | 1 (1.4) | - |
|  | ***x2*** | 80.616\*\* | | | | |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | | | |

Tablo 2.’de görülebileceği üzere “ölüm ve intihar düşünceleri ile intihar planları” açısından YDBİ grubu, YDB grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. YDBİ grubunda bulunan katılımcılar, %90 oranında “bazen, çoğu zaman, her zaman” *ölme isteğinde* bulunduklarını bildirmişlerdir. YDB grubunda bulunan katılımcılarda ise bu oran %48,5 tir. YDBİ grubunda bulunan katılımcılar, %10 oranında “hiçbir zaman ve nadiren” *ölme isteğinde* bulunduklarını bildirmişlerdir. YDB grubunda bulunan katılımcılarda ise bu oran %51.4’ tür. YDBİ grubu *intiharı düşünmüş olma* oranını “bazen, çoğu zaman, her zaman” için %76 olarak; YDB grubu bu oranı %22.5 olarak bildirmiştir. YDBİ grubunda *intiharı hiçbir zaman düşünmemiş* olan katılımcı bulunmazken, YDB grubunda *intiharı hiçbir zaman düşünmemiş* olma oranı %60’tır. Yaşamının herhangi bir döneminde *intihar planı yapmış olma* oranı YDBİ grubunda %100 iken; YDB grubunda bu oran %37.1’ dir. Hiç intihar planı yapmamış YDB grubu katılımcı oranı %82.9’dur.

## 3.3. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri; Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri’ne başvuran, psikiyatrist tarafından SCID-I uygulanarak Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı konmuş bireylerin kendilerinin doldurmuş olduğu özbildirim ölçekleriyle elde edilmiştir. Katılımcılara;

1. Sosyo-Demografik Veri Formu,
2. Beck Depresyon Envanteri (BDE),
3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ),
4. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ),
5. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) verilmiştir.

**DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (Structured clinical ınterview for DSM-IV Axis I disorder / SCID-I)**

Klinisyen tarafından uygulanan ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre Eksen I bozukluk tanılarının araştırıldığı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Uygulanması ortalama 25-60 dakika kadar sürmektedir. Bu ölçek First, Spitzer ve diğerleri (1997) tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu (1999) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (Özkürkçügil ve diğerleri, 1999).

### 3.3.1. Sosyo - demografik veri formu

Araştırmacı tarafından düzenlenen yarı yapılandırılmış; yaş, cinsiyet, medeni durum, vb. demografik özellikler ile klinik özellikler, intihar düşünce ve davranışları hakkında bilgiler içeren veri formu kullanılmıştır. (Bkz. Ek-3)

### 3.3.2. Beck depresyon envanteri (BDE)

Beck ve diğerleri (1978) tarafından geliştirilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997, s.29). Beck’in (1967) depresyon hastalarında tespit etmiş olduğu ve somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyona dayalı; üzgün duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma beklentisi, kendinden memnuniyetsizlik, kendini suçlama, intihar eğilimi, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imajında değişim, iş yapamama, uykusuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, kilo kaybı, bedensel kaygılar ve cinsel isteksizlik belirtilerini içeren 21 maddeden oluşmaktadır (s.189).

Türkiye uyarlaması Şahin (1988) tarafından yapılmıştır. Hisli’nin (1988) yapmış olduğu geçerlik çalışması sonucunda psikiyatrik örneklemde MMPI/Depresyon alt testi ile Pearson korelasyon katsayısı .63 olarak; Hisli’nin (1989) yapmış olduğu güvenirlik çalışması sonucunda yarı test güvenirliği .74 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997, s.29).

Ölçek, son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon belirtilerinin düzeyini nesnel olarak ölçmeyi amaçlamaktadır. 21 maddenin her biri 4 seçenek içermektedir ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Puanların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup yüksek puanlar, yüksek depresyon düzeyini göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997, s.23-24). (Bkz. Ek-4)

### 3.3.3. Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ)

Bireyin geleceğe dönük olumsuz beklentilerini ölçmek üzere, Beck ve diğerleri (1974) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde iki kaynak kullanılmıştır; 9 madde Heimberg’in (1961) geleceğe dönük tutumlar ölçeğinden seçilmiş ve uyarlanmıştır. 11 madde de klinisyenler tarafından umutsuzluk düzeyi yüksek izlenen psikiyatri hastalarının umutsuzluğa ilişkin ifadelerinden oluşan önermeler havuzundan derlenmiştir. Daha sonra ölçek, depresif ve depresif olmayan kişilere uygulanmış bazı değişiklikler yapılarak son halini almıştır (Beck ve diğerleri; 1974).

Türkiye uyarlaması, Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından yapılmıştır. Test- tekrar test güvenirliği .74 ve yarı test güvenirliği .85’tir. BDE ile korelasyon katsayıları tüm örneklem için .69, depresyon tanısı almış hastalar için .71 ve intihar girişiminde bulunan hastalar için .68 olarak bulunmuştur.

Puanların olası değişkenliği 0 ile 20 arasındadır. 1.,3.,5.,6.,8.,10.,13.,15. ve 19. maddelerde “hayır” yanıtı için 1 puan; 2.,4.,7.,9.,11.,12.,14.,16.,17.,18. ve 20. maddelerde ise “evet” yanıtı için 1 puan verilir. Elde edilen aritmetik toplam "umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmektedir. 1., 6., 13., 15., 19., maddeler “gelecek ile ilgili duyguları”, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., maddeler “motivasyon kaybını”, 4., 7., 8., 14., 18., maddeler de “gelecek ile ilgili beklentileri” ifade etmektedir (Beck ve diğerleri, 1974; Savaşır ve Şahin, 1997, s.61; Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin, 1993). Yüksek puanlar, yüksek umutsuzluk düzeyini göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997,s.61). (Bkz. Ek-5)

### 3.3.4. Otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ)

Depresyonda görülen olumsuz otomatik düşüncelerin şiddetini ve sıklığını ölçen bir ölçektir. Hollan ve Kendall (1980) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye uyarlaması Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997,s.4, .s.39).

Hollon ve Kendall (1980), ölçek maddelerinin geliştirilmesinde, katılımcılardan üzüntü, sıkıntı verici deneyimlerini hatırlamaları ve bu deneyimlerine ilişkin düşüncelerini rapor etmeleri istemişlerdir. Elde edilen olumsuz otomatik düşüncelerden depresyonda olan ve olmayan kişileri ayırt eden 30 madde tespit edilmiştir.

Şahin ve Şahin (1992) tarafından, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin her birinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanları arasındaki madde/toplam korelasyonu .36 ile .69 arasında değişmekte; her bir maddenin ayırıcı geçerliği olduğu bildirilmiştir. Yarı test güvenirliği depresif hastalar için .91 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonu .75’tir. Yapılan faktör analizi sonucunda 5 faktör elde edilmiş olup bu faktörler; “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” (2., 3., 7., 8., 17., 18., 21., 23., 24., 27. maddeleri), “şaşkınlık/kaçma fantazileri” (13., 14., 15., 19., 20., 22. maddeleri), “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” (9, 26, 29. maddeleri), “yalnızlık/izolasyon” (1., 4., 10.,28. maddeleri) ve “ümitsizlik” (6., 11., 12., 25. maddeleri) olarak bildirilmiştir (Şahin ve Şahin, 1992).

1-5 arasında puanlanan likert tipi ölçektir. Ters maddesi yoktur. Puan aralığı 30-150 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği kişinin olumsuz otomatik düşüncelerinin ortaya çıkma sıklığını göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997, s. 39). (Bkz. Ek-6)

### 3.3.5. Young şema ölçeği Kısa form – 3 (YŞÖ-KF3)

Young ve diğerleri (1991;2003) tarafından erken dönem şemaların değerlendirilmesine yönelik uzun ve kısa formlar biçiminde geliştirilmiştir (Soygüt ve diğerleri, 2009). 90 maddeden oluşan kısa formun Türkiye uyarlaması Soygüt ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilmiş; klinik ve araştırma faaliyetleri açısından geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bildirilmiştir.

Soygüt ve diğerleri (2009) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında; 14 faktörlü bir yapıya ulaşılmış olup, faktörler ve madde dağılımları şu şekildedir: Duygusal yoksunluk (55,19,37,73,1), başarısızlık (6,60,78,24,42,33), karamsarlık (35,17,8,26,80), sosyal izolasyon/güvensizlik (58,4,76,3,57,75,40), duyguları bastırma (30,84,12,66,48), onay arayıcılık (88,52,70,56,34,16), iç içe geçme/bağımlılık (63,81,9,79,7,64,10,25,82), ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim (68,69,15,50,32,51,22), kendini feda (83,47,29,65,11), terk edilme (2,20,38,28,74), cezalandırılma (54,72,18,53,49,89), kusurluluk (90,41,23,43,59,77), tehditler karşısında dayanıksızlık (62,71,44,21,39) ve yüksek standartlar (13,31,14). Faktör analizi sonucunda, 5 şema alanı belirlenmiş olup şema alanları ve kapsadıkları şemalar: *“Zedelenmiş otonomi”* (iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık); *“kopukluk”* (duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk); *“yüksek standartlar”* (yüksek standartlar, onay arayıcılık); *“zedelenmiş sınırlar”* (ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim), *“diğeri yönelimlilik”* (kendini feda, cezalandırılma) şeklindedir.

Ölçeğin güvenirlik analizlerinde şema boyutları açısından korelasyon katsayıları .66 ile .82 arasında değişmektedir. Şema alanları için yapılan test - tekrar test güvenirlik katsayıları .66 ile .83 arasındadır. İç tutarlılık katsayısının ölçeğin alt ölçekleri için α=.63-.80 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu belirlenen şema alanlarının iç tutarlık katsayıları ise α= .53-.81 arasında değişmektedir (Soygüt ve diğerleri, 2009).

YŞÖ-KF3, Likert tipi bir ölçek olup, 6’lı derecelendirme ile 1 (benim için tamamıyla yanlış) ve 6 (beni mükemmel şekilde tanımlıyor) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, erken dönem uyumsuz şemaların şiddetinin arttığını göstermektedir (Soygüt ve diğerleri, 2009)(Bkz.Ek-7).

Ölçeğin araştırmada kullanımı için izin alınmış olup belgesi Ek-8’de sunulmuştur.

## 3.4. İşlem

Araştırmada kullanılan ölçekler, Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğt. ve Arş. Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri’ne başvuruda bulunan, psikiyatrist tarafından SCID I uygulanarak Yeğin Depresyon Bozukluğu tanısı konan ve çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan bireylere verilmiştir. Katılımcılara bilgilendirme metni okunmuş, araştırmanın amacı açıklanmış ve çalışmaya gönüllü katılım konusunda yazılı onayları alınmıştır. Sosyodemografik veri formu araştırmacı eşliğinde doldurulmuş, özbildirim ölçekleri katılımcılara bir batarya şeklinde sunulmuştur. Ölçek sıra etkisi açısından, ölçekler karışık sıra ile verilmiş, doldurma işlemi tamamlandıktan sonra geri alınmıştır. Ölçeklerin tamamlanması ardından; Beck Depresyon Ölçeği’nden kesme puanı 17 ve üzerinde puan alan katılımcılardan çalışmanın verileri elde edilmiştir.

## 3.5. İstatistiksel analiz

Araştırma verisi “SPSS/Windows 22.0” aracılığıyla değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde, Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram/olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student’s T Testi; normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için ise Mann-Whitney U Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısı 0-0.25 zayıf ilişki, 0.26-0.50 orta düzeyde ilişki, 0.51-0.75 güçlü ilişki ve 0.76-1.00 çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır. Çok değişkenli analizlerde, olası faktörlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkisi Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile; gruplarda depresyon şiddetini yordamada şemaların etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

# 4. BÖLÜM

**BULGULAR**

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. İlk olarak, gruplar ölçeklerden alınan toplam puanlar ve alt boyut puanları açısından birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Ardından gruplar bazında ölçeklerden alınan puanların birbirleriyle ilişkileri yapılan korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Son olarak, her iki grupta şemaların depresyona olan etkilerinin incelenmesine ve yeğin depresyonu olan bireylerde intihar davranışını yordamada etkili olan değişkenlerin belirlenmesine yönelik regresyon analizlerine yer verilmiştir.

Grupların birbiri ile karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U Testi ve Student’s T Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır.

**Tablo 3.**

*YDBİ ve YDB grubu arasında BDE ve BUÖ puanlarının karşılaştırılması*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **YDBİ (n=50)** | **YDB (n=70)** | **U** |
| ort±SS (min-maks) | ort±SS (min-maks) |
| **BUÖ** | |  |  |  |
|  | Gelecek ile ilgili duygular | 3.98±1.93 (1.00-14.0) | 3.21±1.65 (0.0-5.00) | 1401 |
|  | Motivasyon kaybı | 6.00±1.96 (0.0-8.00) | 4.67±2.50 (0.0-8.00) | 1206\*\* |
|  | Gelecek ile ilgili beklentiler | 4.40±0.86 (1.00-5.00) | 3.70±1.20 (1.00-5.00) | 1145\*\* |
|  | TOPLAM | 14.4±3.78 (2.00-25.0) | 11.6±4.34 (2.00-18.0) | 1104\*\* |
| **BDE** | | 37.3±8.75 (22.0-59.0) | 28.4±8.72 (16.0-49.0) | 828.5\*\* |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01. | | | | |

Tablo 3’te görüldüğü üzere, depresyon şiddeti ve umutsuzluk düzeyi açısından YDBİ ve YDB grubu arasında anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmaktadır. YDBİ grubunun depresyon şiddeti (x̄=37.3;±SS=8.75, p<.01) ve umutsuzluk düzeyi (x̄=14.4;±SS=3.78, p<.01) açısından aldıkları toplam puanlar YDB grubunun depresyon şiddeti (x̄=28.4;±SS=8.72, p<.01) ve umutsuzluk düzeyinden (x̄=11.6;±SS=4.34, p<.01) almış oldukları toplam puanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Benzer biçimde, YDBİ grubunun BUÖ alt boyutlarından “gelecek ile ilgili beklentiler” ve “motivasyon kaybı” açısından YDB grubunda bulunanlardan anlamlı düzeyde (p<.01) daha yüksek puanlar aldıkları söylenebilir.

**Tablo 4.**

*YDBİ ve YDB grubu arasında ODÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **YDBİ (n=50)** | **YDB (n=70)** | **U** |
| ort±SS (min-maks) | ort±SS (min-maks) |
| **ODÖ** | |  |  |  |
|  | Kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler | 36.8±8.86 (18.0-49.0) | 28.0±9.28 (12.0-47.0) | 854.5\*\* |
|  | Şaşkınlık/Kaçma fantezileri | 24.1±4.52 (12.0-30.0) | 19.8±5.60 (8.00-30.0) | 970\*\* |
|  | Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri | 12.3±2.17 (5.00-15.0) | 11.2±2.33 (5.00-15.0) | 1245\*\* |
|  | Yalnızlık/İzolasyon | 14.8±3.53 (4.00-20.0) | 12.5±3.97 (5.00-19.0) | 1156.5\*\* |
|  | Ümitsizlik | 15.7±3.48 (7.00-20.0) | 12.9±3.90 (5.00-20.0) | 1056\*\* |
|  | TOPLAM | 103.7±19.3 (49.0-131.0) | 84.4±21.8 (37.0-126.0) | 868\*\* |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | |

Tablo 4’te görüldüğü üzere, YDBİ ve YDB grupları hem ölçek toplam puanları hem de alt boyutlar açısından birbirinden farklılaşmakta olup YDBİ grubunun olumsuz otomatik düşüncelerinin şiddeti toplam puanları ve alt boyut puanları YDB grubundan anlamlı düzeylerde daha yüksektir. Toplam puanlar açısından YDBİ grubu (x̄=103.7;±SS=19.3, p<.01); YDB grubu ise (x̄=84.4;±SS=21.8, p<.01) puan almışlardır. Alt boyutlardan “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler”, “şaşkınlık/kaçma fantezileri” ve “ümitsizlik” açısından YDBİ grubunun puanları YDB grubunun almış olduğu puanlardan anlamlı olarak (p<.01) daha yüksek bulunmuştur. Yanı sıra, “yalnızlık ve izolasyon” ve “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” alt boyutları açısından da her iki grup birbirinden anlamlı düzeyde (p<.01) farklılaşmaktadır.

**Tablo 5.**

*YDBİ ve YDB grubu arasında YŞÖ puanlarının karşılaştırılması*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **YDBİ (n=50)** | **YDB (n=70)** | **U / t** |
| ort±SS (min-maks) | ort±SS (min-maks) |
| **YŞÖ-Boyutlar** | |  |  |  |
|  | Duygusal yoksunluk | 18.1±7.71 (5.00-30.0) | 16.0±7.03(5.00-30.0) | 1474.5 |
|  | Başarısızlık | 22.4±8.01 (6.00-36.0) | 16.4±7.33 (6.00-36.0) | 989\*\* |
|  | Karamsarlık | 22.6±5.12 (8.00-30.0) | 18.2±6.39 (6.00-30.0) | 1048\*\* |
|  | Sosyal izolasyon/Güvensizlik | 29.4±7.39 (14.0-42.0) | 24.4±7.90 (8.00-39.0) | 1133\*\* |
|  | Duyguları bastırma | 14.7±7.31 (5.00-30.0) | 13.6±5.62 (5.00-26.0) | 1639.5 |
|  | Onay arayıcılık | 23.3±7.43 (9.00-36.0) | 21.5±6.27 (6.00-36.0) | 1422 |
|  | İç içe geçme/Bağımlılık | 28.3±11.2 (12.0-53.0) | 23.3±8.63 (9.00-47.0) | 1330.5\* |
|  | Ayrıcalıklık/Yetersiz özdenetim | 27.9±7.52 (7.00-40.0) | 24.7±7.04 (11.0-38.0) | 2.386\* |
|  | Kendini feda | 19.1±6.13 (6.00-30.0) | 19.7±5.71 (6.00-30.0) | -0.561 |
|  | Terk edilme | 17.0±6.35 (5.00-29.0) | 12.7±5.60 (5.00-24.0) | 1089.5\*\* |
|  | Cezalandırılma | 25.3±6.10 (12.0-36.0) | 23.0±5.55 (8.00-33.0) | 1371\* |
|  | Kusurluluk | 19.1±8.60 (6.00-36.0) | 13.9±6.33 (6.00-35.0) | 1127.5\*\* |
|  | Tehditler karşısında dayanıksızlık | 17.0±5.87 (5.00-30.0) | 15.0±6.12 (5.00-30.00) | 1.832 |
|  | Yüksek standartlar | 9.60.3±4.47 (3.00-18.0) | 9.16±4.10 (3.00-18.0) | 1638 |
| **YŞÖ-Alanlar** | |  |  |  |
|  | Zedelenmiş otonomi | 107.4±28.1 (57.0-169.0) | 85.6±25.0 (38.0-143.0) | 4.447\*\* |
|  | Kopukluk | 81.4±24.2 (33.0-128.0) | 68.0±19.8 (27.0-117.0) | 3.328\*\* |
|  | Yüksek standartlar | 32.9±10.6 (13.0-47.0) | 30.6±9.18 (12.0-53.0) | 1.256 |
|  | Zedelenmiş sınırlar | 27.9±7.52 (7.00-40.0) | 24.7±7.04 (11.0-38.0) | 2.386\* |
|  | Diğeri Yönelimlilik | 44.4±10.3 (18.0-65.0) | 42.7±8.64 (17.0-55.0) | 1.007 |
| \*p<0,05;\*\*p<0,01 | | | | |

Tablo 5’te görüldüğü üzere, YDBİ grubu ve YDB grubu “başarısızlık”, “karamsarlık” ve “terk edilme” şemaları ile “sosyal izolasyon/güvensizlik” ve “kusurluluk” şemaları açısından birbirinden anlamlı düzeyde (p<.01) farklılaşmaktadır ve YDBİ grubunun bu şemalardan almış olduğu puanlar YDB grubunun almış olduğu puanlardan daha yüksektir. Benzer biçimde her iki grubun “ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim”, “iç içe geçme bağımlılık” ve “cezalandırılma” şemaları açısından da birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı (p<.05), YDBİ grubundaki katılımcıların bu şemalardan almış oldukları puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer şema boyutları açısından, gruplar arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma saptanmamıştır. Şema alanları açısından YDBİ grubu “zedelenmiş otonomi” şema alanında daha yüksek puanlar almış olup (p<.01) bu şema alanı “başarısızlık, karamsarlık, terk edilme, tehditler karşısında dayanıksızlık ve iç içe geçme/bağımlılık” şemalarını kapsamaktadır. Benzer biçimde YDBİ grubu “kopukluk” şema alanında YDB grubundan daha yüksek puanlar almıştır (p<.01) ve bu şema alanı “duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik ve kusurluluk” şemalarını kapsamaktadır. “Zedelenmiş sınırlar” şema alanında da her iki grubun birbirinden anlamlı düzeyde (p<.05) farklılaştığı görülmektedir. “Zedelenmiş sınırlar” şema alanı “ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim” şemasını kapsamaktadır. Diğer şema alanlarında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

Bu bölümde her bir grubun ölçeklerden almış oldukları toplam puanların birbirileriyle olan ilişkileri Spearman Korelasyon Analizi yapılarak incelenmiştir.

İntihar davranışının bilişsel modeli açısından ön plana çıkan faktörlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenebilmesi açısından da YDBİ grubunda erken dönem uyumsuz şemalar, olumsuz otomatik düşünceler ve umutsuzluk faktörlerinin alt boyutlar düzeyinde ilişkilerine yönelik ek analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 6.**

*YDBİ grubunda YŞÖ puanları ile BDE, BUÖ ve ODÖ puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***YDBİ (n=50)*** | | **BDE BUÖ** | | | | **ODÖ** |
|  | |  |  |  | *r* |  |
| **YŞÖ-Boyutlar** | |  |  |  |  |  |
|  | Duygusal yoksunluk |  |  | 0.058 | 0.128 | 0.077 |
|  | Başarısızlık |  |  | 0.349\* | 0.305\* | 0.396\*\* |
|  | Karamsarlık |  |  | 0.401\*\* | 0.181 | 0.590\*\* |
|  | Sosyal izolasyon/Güvensizlik |  |  | 0.203 | 0.143 | 0.492\*\* |
|  | Duyguları bastırma |  |  | 0.389\*\* | 0.300\* | 0.319\* |
|  | Onay arayıcılık |  |  | -0.056 | 0.013 | 0.360\* |
|  | İç içe geçme/Bağımlılık |  |  | 0.331\*\* | -0.012 | 0.325\* |
|  | Ayrıcalıklık/Yetersiz özdenetim |  |  | -0.032 | -0.036 | 0.204 |
|  | Kendini feda |  |  | 0.189 | -0.002 | 0.076 |
|  | Terk edilme |  |  | 0.464\*\* | 0.308\* | 0.654\*\* |
|  | Cezalandırılma |  |  | 0.271 | -0.010 | 0.368\*\* |
|  | Kusurluluk |  |  | 0.457\*\* | 0.248 | 0.520\*\* |
|  | Tehditler karşısında dayanıksızlık |  |  | 0.183 | 0.186 | 0.381\*\* |
|  | Yüksek standartlar |  |  | 0.090 | -0.026 | 0.336\* |
| **YŞÖ-Alanlar** | |  |  |  |  |  |  |
|  | Zedelenmiş otonomi |  |  | 0.464\*\* | 0.266 | 0.603\*\* |
|  | Kopukluk |  |  | 0.343\* | 0.242 | 0.451\*\* |
|  | Yüksek standartlar |  |  | -0.027 | -0.015 | 0.364\*\* |
|  | Zedelenmiş sınırlar |  |  | -0.032 | -0.036 | 0.204 |
|  | Diğeri Yönelimlilik |  |  | 0.304\* | 0.033 | 0.271 |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01. | | | | | | |

Tablo 6’da görüldüğü üzere YDBİ grubunda sırasıyla; “terk edilme” (r=.464;p<.01), “kusurluluk” (r=.457;p<.01), “karamsarlık” (r=.401;p<.01), “duyguları bastırma” (r=.389;p<.01), “başarısızlık” (r=.349;p<.05), “iç içe geçme/bağımlılık” (r=331;p<.01) şemaları depresyon düzeyi ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Şema alanlarından depresyon ile ilişki düzeyi açısından en yüksek ilişki “zedelenmiş otonomi” (r=.464;p<.01) şema alanında izlenmiş olup pozitif yönde orta düzeydedir. “Zedelenmiş otonomi” şema alanı “başarısızlık, karamsarlık, terk edilme, tehditler karşısında dayanıksızlık ve iç içe geçme/bağımlılık” şemalarını kapsamaktadır. Depresyon ile ilişkili diğer şema alanları ilişkinin düzeyi açısından sırasıyla “kopukluk” (r=.343;p<.05) ve “diğeri yönelimlilik” (r=.304;p<.05) şema alanlarıdır ve ilişkiler pozitif yönde ve orta düzeydedir. “Kopukluk” şema alanı “duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik ve kusurluluk” şemalarını; “diğeri yönelimlilik” şema alanı “cezalandırılma ve kendini feda” şemalarını kapsamaktadır. “Zedelenmiş sınırlar” ve “yüksek standartlar” şema alanlarının ise depresyon ile anlamlı düzeyde ilişkili olmadığı görülmektedir.

YDBİ grubunda şemalar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sırasıyla “terk edilme” (r=.308;p<.05), “başarısızlık” (r=.305;p<.05) ve “duyguları bastırma” (r=.300;p<.05) şemalarının umutsuzluk düzeyi toplam puanlarıyla pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir.

YDBİ grubunda, olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından toplam puanların “terk edilme” (r=.654;p<.01), “karamsarlık” (r=.590;p<.01), “kusurluluk” (r=.520;p<.01) şemalarıyla pozitif yönde güçlü düzeyde ardından sırasıyla “sosyal izolasyon/güvensizlik” (r=.492;p<.01), “başarısızlık” (r=.396;p<.01), “tehditler karşısında dayanıksızlık” (r=.381;p<.01) ve “cezalandırılma” (r=.368;p<.01), “onay arayıcılık” (r=.360;p<.05), “yüksek standartlar” (r=.336;p<.05), “iç içe geçme/bağımlılık” (r=.325;p<.05), “duyguları bastırma” (r=.319;p<.05) şemaları ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. Şema alanlarında ise olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından toplam puanların sırasıyla “zedelenmiş otonomi” ile (r=.603;p<.01) pozitif yönde güçlü düzeyde, “kopukluk” (r=.451;p<.01) ve “yüksek standartlar” (r=.364;p<.01) şema alanları ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkisi bulunmaktadır.

**Tablo 7**

*YDBİ grubunda YŞÖ puanları ile ODÖ alt boyut puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *YDBİ (n=50)* | | **ODÖ-Alt boyutlar** | | | | | |
| Kendine yönelik negatif duygu/düşünceler | Şaşkınlık/ Kaçma Fantezileri | Kişisel uyumsuzluk/ değişme istekleri | Yalnızlık/ İzolasyon | Ümitsizlik | TOPLAM |
|  | |  |  | *r* |  |  |  |
| **YŞÖ-Boyutlar** | |  |  |  |  |  |  |
|  | Duygusal yoksunluk | 0.117 | -0.016 | -0.183 | 0.012 | 0.128 | 0.077 |
|  | Başarısızlık | 0.552\*\* | 0.252 | 0.117 | 0.100 | 0.192 | 0.396\*\* |
|  | Karamsarlık | 0.617\*\* | 0.433\*\* | 0.343\* | 0.410\*\* | 0.466\*\* | 0.590\*\* |
|  | Sosyal izolasyon/Güvensizlik | 0.493\*\* | 0.358\* | 0.101 | 0.418\*\* | 0.393\*\* | 0.492\*\* |
|  | Duyguları bastırma | 0.375\*\* | 0.145 | 0.134 | 0.256 | 0.308\* | 0.319\* |
|  | Onay arayıcılık | 0.395\*\* | 0.250 | 0.375\*\* | 0.161 | 0.164 | 0.360\* |
|  | İç içe geçme/Bağımlılık | 0.409\*\* | 0.231 | -0.004 | 0.217 | 0.103 | 0.325\* |
|  | Ayrıcalıklık/Yetersiz özdenetim | 0.170 | 0.131 | 0.147 | 0.213 | 0.179 | 0.204 |
|  | Kendini feda | 0.008 | 0.175 | -0.094 | 0.044 | 0.125 | 0.076 |
|  | Terk edilme | 0.659\*\* | 0.542\*\* | 0.341\* | 0.431\*\* | 0.451\*\* | 0.654\*\* |
|  | Cezalandırılma | 0.421\*\* | 0.251 | 0.092 | 0.234 | 0.388\*\* | 0.368\*\* |
|  | Kusurluluk | 0.675\*\* | 0.364\*\* | 0.084 | 0.340\* | 0.323\* | 0.520\*\* |
|  | Tehditler karşısında dayanıksızlık | 0.428\*\* | 0.189 | 0.190 | 0.243 | 0.227 | 0.381\*\* |
|  | Yüksek standartlar | 0.279\* | 0.287\* | 0.302\* | 0.321\* | 0.206 | 0.336\* |
| **YŞÖ-Alanlar** | |  |  |  |  |  |  |
|  | Zedelenmiş otonomi | 0.693\*\* | 0.410\*\* | 0.247 | 0.365\*\* | 0.369\*\* | 0.603\*\* |
|  | Kopukluk | 0.537\*\* | 0.277 | 0.012 | 0.327\* | 0.379\*\* | 0.451\*\* |
|  | Yüksek standartlar | 0.358\* | 0.256 | 0.371\*\* | 0.225 | 0.181 | 0.364\*\* |
|  | Zedelenmiş sınırlar | 0.170 | 0.131 | 0.147 | 0.213 | 0.179 | 0.204 |
|  | Diğeri Yönelimlilik | 0.252 | 0.242 | 0.023 | 0.189 | 0.321\* | 0.271 |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01 | | | | | | | |

Tablo 7 incelendiğinde, olumsuz otomatik düşünceler alt boyutlarından özellikle “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutunun sırasıyla “kusurluluk (r=.675;p<.01), terk edilme (r=.659;p<.01), karamsarlık (r=.617;p<.01), başarısızlık (r=.552;p<.01)” şemaları ile pozitif yönde güçlü düzeyde; “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “tehditler karşısında dayanıksızlık”, “cezalandırılma”, “iç içe geçme/bağımlılık”, “onay arayıcılık”, “duyguları bastırma”, “yüksek standartlar” şemaları ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkisi bulunmaktadır, bu alt boyutlar ile ilişki düzeyleri .493 ile .279 arasında değişmektedir. Şema alanlarında ise “zedelenmiş otonomi” (r=.693;p<.01), “kopukluk” (r=.537;p<.01) ile pozitif yönde güçlü düzeyde; “yüksek standartlar” (r= 358;p<.05) ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir.

“Terk edilme” ve “karamsarlık” şemalarının, otomatik düşünceler alt boyutlarının tamamı ile pozitif yönde anlamlı düzeylerde ilişkili olduğu görülmektedir. “Terk edilme” şemasının, otomatik düşünceler alt boyutları ile ilişki düzeyleri .659 ile .341 arasında değişmekte olup, “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” (r=.659;p<.01) ve “şaşkınlık kaçma fantezileri” (r=.542;p<.01) alt boyutlarıyla pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. “Karamsarlık” şemasının, otomatik düşünceler alt boyutlarından “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutu ile (r=.617;p<.01) güçlü düzeyde; “ümitsizlik” alt boyutu ile (r=.466;p<.01) orta düzeyde pozitif yönde ilişkisi bulunmaktadır ve diğer alt boyutlarla ilişki düzeyleri .433 ile .343 arasında değişmektedir. “Kusurluluk” şeması otomatik düşünceler alt boyutlarından “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” hariç diğer tüm alt boyutlarla anlamlı düzeyde ilişkilidir, ilişki düzeyleri .675 ile .323 arasında değişmektedir. “Kusurluluk” şemasının, “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutu ile pozitif yönde güçlü düzeyde (r=675;p<.01) ilişkili olduğu görülmektedir. “Sosyal izolasyon/güvensizlik” şeması otomatik düşünceler alt boyutlarından “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” hariç diğer tüm alt boyutlarla anlamlı düzeyde ilişkilidir, ilişki düzeyleri .493 ile .358 arasında değişmektedir.

Benzer biçimde “zedelenmiş otonomi” şema alanı da otomatik düşünceler alt boyutlarından “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” hariç diğer tüm alt boyutlarla anlamlı düzeyde ilişkilidir ve ilişki düzeyleri .693 ile .365 arasında değişmektedir. “Zedelenmiş otonomi” şema alanı ile otomatik düşünceler alt boyutlarından “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü düzeyde (r=693;p<.01) ilişki bulunmaktadır. “Kopukluk” şema alanı ile “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü düzeyde (r=537;p<.01) ilişki bulunmaktadır.

**Tablo 8.**

*YDBİ grubunda ODÖ, BUÖ ve BDE puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***YDBİ (n=50)*** | | **BUÖ** | | | | **BDE** |
|  |  |  |  |
|  | |  |  |  | *R* | |
| **ODÖ-Alt boyutlar** | |  |  |  |  | |
|  | Kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler |  |  |  | 0.346\* | 0.569\*\* |
|  | Şaşkınlık/Kaçma fantezileri |  |  |  | 0.268 | 0.410\*\* |
|  | Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri |  |  |  | 0.188 | 0.177 |
|  | Yalnızlık/İzolasyon |  |  |  | 0.223 | 0.496\*\* |
|  | Ümitsizlik |  |  |  | 0.394\*\* | 0.570\*\* |
|  | TOPLAM |  |  |  | 0.365\*\* | 0.540\*\* |
| **BDE** | |  |  |  | 0.440\*\* | 1.000 |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01. | | | | | | |

Tablo 8’de görüldüğü üzere YDBİ grubunda olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından alınan toplam puanların umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile (r=.365;p<.01) pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Otomatik düşünce ölçeğinde yer alan “ümitsizlik” alt boyutundan alınan puanların umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile ilişkisi (r=.394;p<.01) diğer alt boyutlara oranla daha yüksektir.

Olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki (r=.540;p<.01) bulunmaktadır. Olumsuz otomatik düşüncelerin alt boyutları açısından “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” haricinde tüm alt boyutlar, depresyon düzeyi ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir, ilişki düzeyleri .570 ile .410 arasında değişmektedir. Olumsuz otomatik düşüncelerden “ümitsizlik” (r=.570;p<.01) ve “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” (r=.569;p<.01) alt boyutlarının depresyon düzeyi ile ilişkisi “yalnızlık ve izolasyon” (r=.496;p<.01), “şaşkınlık ve kaçma fantezileri” (r=.410;p<.01) alt boyutlarına oranla daha yüksektir ve güçlü düzeydedir. Umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki (r=.440;p<.01) bulunmaktadır.

**Tablo 9.**

*YDBİ grubunda ODÖ ve BUO alt boyut puanları ile BDE puanı arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *YDBİ (n=50)* | | **BUÖ-Alt boyutlar** | | | | **BDE** |
| Gelecek ile ilgili duygular | Motivasyon kaybı | Gelecek  ile ilgili beklentiler | TOPLAM |
|  | |  |  | *r* |  |  |
| **ODÖ-Alt boyutlar** | | 0.245 | 0.371\*\* | 0.250 | 0.346\* | 0.569\*\* |
|  | Kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler |
|  | Şaşkınlık/Kaçma fantezileri | 0.248 | 0.200 | 0.306\* | 0.268 | 0.410\*\* |
|  | Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri | 0.195 | 0.195 | 0.101 | 0.188 | 0.177 |
|  | Yalnızlık/İzolasyon | 0.184 | 0.215 | 0.242 | 0.223 | 0.496\*\* |
|  | Ümitsizlik | 0.384\*\* | 0.365\*\* | 0.264 | 0.394\*\* | 0.570\*\* |
|  | TOPLAM | 0.281\* | 0.363\* | 0.304\* | 0.365\*\* | 0.540\*\* |
| **BDE** | | 0.400\*\* | 0.374\*\* | 0.235 | 0.440\*\* | 1.000 |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01 | | | | | | |

Tablo 9’da görüldüğü üzere, YDBİ grubunda otomatik düşünce ölçeğinde yer alan “ümitsizlik” alt boyutundan alınan puanların umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile ilişkisi (r=.394;p<.01) diğer alt boyutlara oranla daha yüksektir ve umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından “gelecek ile ilgili duygular” (r=.384;p<.01) ve “motivasyon kaybı” (r=.365;p<.01) alt boyutlarıyla anlamlı düzeyde ilişkilidir. Diğer yandan, otomatik düşünce ölçeğinde yer alan “kişinin kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri” alt boyutu umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından “motivasyon kaybı” ile (r=.371;p<.01) anlamlı düzeyde ilişkili görünmektedir. Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından “gelecek ile ilgili duygular” (r=.400;p<.01) ve “motivasyon kaybı” (r=.374;p<.01) alt boyutlarının depresyon ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir.

Bu bölümde, YDB grubunda yer alan katılımcıların ölçeklerden almış oldukları toplam puanların birbiri ile olan ilişkilerine yer verilmiştir.

**Tablo 10.**

*YDB grubunda YŞÖ puanları ile BDE, BUÖ ve ODÖ puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***YDB (n=70)*** | | **BDE BUO** | | | | **ODÖ** |
|  |  |  |  |
|  | |  |  |  | *r* |  |
| **YŞÖ-Boyutlar** | |  |  |  |  |  |
|  | Duygusal yoksunluk |  |  | 0.417\*\* | 0.484\*\* | 0.340\*\* |
|  | Başarısızlık |  |  | 0.389\*\* | 0.349\*\* | 0.463\*\* |
|  | Karamsarlık |  |  | 0.447\*\* | 0.277\* | 0.480\*\* |
|  | Sosyal izolasyon/Güvensizlik |  |  | 0.441\*\* | 0.437\*\* | 0.664\*\* |
|  | Duyguları bastırma |  |  | 0.175 | 0.223 | 0.302\* |
|  | Onay arayıcılık |  |  | 0.224 | 0.195 | 0.448\*\* |
|  | İç içe geçme/Bağımlılık |  |  | 0.499\*\* | 0.355\*\* | 0.494\*\* |
|  | Ayrıcalıklık/Yetersiz özdenetim |  |  | 0.207 | 0.103 | 0.451\*\* |
|  | Kendini feda |  |  | 0.232 | 0.212 | 0.200 |
|  | Terk edilme |  |  | 0.210 | 0.162 | 0.414\*\* |
|  | Cezalandırılma |  |  | 0.410\*\* | 0.339\*\* | 0.552\*\* |
|  | Kusurluluk |  |  | 0.374\*\* | 0.392\*\* | 0.554\*\* |
|  | Tehditler karşısında dayanıksızlık |  |  | 0.281\* | 0.215 | 0.488\*\* |
|  | Yüksek standartlar |  |  | -0.039 | 0.015 | 0.241\* |
| **YŞÖ-Alanlar** | |  |  |  |  |  |  |
|  | Zedelenmiş otonomi |  |  | 0.504\*\* | 0.376\*\* | 0.649\*\* |
|  | Kopukluk |  |  | 0.455\*\* | 0.541\*\* | 0.610\*\* |
|  | Yüksek standartlar |  |  | 0.140 | 0.129 | 0.401\*\* |
|  | Zedelenmiş sınırlar |  |  | 0.207 | 0.103 | 0.451\*\* |
|  | Diğeri Yönelimlilik |  |  | 0.416\*\* | 0.361\*\* | 0.492\*\* |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01 | | | | | | |

Tablo 10’da görüldüğü üzere YDB grubunda sırasıyla; “iç içe geçme bağımlılık” (r=.499;p<.01), “karamsarlık” (r=.447;p<.01), “sosyal izolasyon/ güvensizlik” (r=.441;p<.01), “duygusal yoksunluk” (r=.417;p<.01), “cezalandırılma”, (r=.410;p<.01), “başarısızlık” (r=.389;p<.01), “kusurluluk” (r=.374;p<.01) ve “tehditler karşısında dayanıksızlık” (r=.281;p<.05) şemaları depresyon düzeyi ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Şema alanlarından depresyon ile ilişki düzeyi açısından YDBİ grubu ile benzer biçimde; en yüksek ilişki “zedelenmiş otonomi” (r=.504;p<.01) şema alanında izlenmiştir ve pozitif yönde güçlü düzeydedir. Depresyon ile ilişkili diğer şema alanları ilişkinin düzeyi açısından sırasıyla “kopukluk” (r=.455;p<.01) ve “diğeri yönelimlilik” (r=.416;p<.01) şema alanlarıdır. “Zedelenmiş sınırlar” ve “yüksek standartlar” şema alanlarının ise depresyon ile anlamlı düzeyde ilişkileri bulunmamaktadır.

YDB grubunda şemalar ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sırasıyla “duygusal yoksunluk” (r=.484;p<.01), “sosyal izolasyon/güvensizlik” (r=.437;p<.01), “kusurluluk” (r=.392;p<.01), “iç içe geçme ve bağımlılık” (r=.355;p<.01), “başarısızlık” (r=.349;p<.01), “cezalandırılma” (r=.339;p<.01) ve “karamsarlık” (r=.277;p<.05) şemalarının umutsuzluk düzeyi toplam puanlarıyla pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Şema alanlarından ise sırasıyla “kopukluk” (r=.541;p<.01) pozitif yönde güçlü düzeyde, “zedelenmiş otonomi” (r=.376;p<.01) ve “diğeri yönelimlilik” (r=.361;p<.01) şema alanları umutsuzluk düzeyi toplam puanlarıyla pozitif yönde orta düzeyde ilişkilidir.

YDB grubunda, olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından toplam puanların “kendini feda” şeması hariç tüm şema boyutları ve şema alanları ile pozitif yönde anlamlı düzeylerde ilişkili olduğu görülmektedir. İlişki düzeyleri .664 ile .241 arasında değişmektedir. En yüksek ilişki düzeyi olumsuz otomatik düşünceler toplam puanı ile “sosyal izolasyon/güvensizlik” (r=.664;p<.01) şeması arasında olup pozitif yönde güçlü düzeydedir. Otomatik düşünceler toplam puanı ile sırasıyla “kusurluluk” (r=.554;p<.01) ve “cezalandırılma” (r=552;p<.01) pozitif yönde güçlü düzeyde; “iç içe geçme ve bağımlılık” (r=.494;p<.01), “tehditler karşısında dayanıksızlık” (r=.488;p<.01), “karamsarlık” (r=.480;p<.01), “başarısızlık” (r=.463;p<.01), “ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim” (r=.451;p<.01), “onay arayıcılık” (r=.448;p<.01) ve “terk edilme” (r=.414;p<.01), duygusal yoksunluk” (r=.340;p<.01), “duyguları bastırma” (r=.302;p<.05) pozitif yönde orta düzeyde; “yüksek standartlar” (r=.241;p<.05) şeması pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkilidir. Şema alanları açısından da olumsuz otomatik düşünceler toplam puanların tüm şema alanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. Özellikle “zedelenmiş otonomi” (r=.649;p<.01) ve “kopukluk” (r=.610;p<.01) şema alanlarında pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkinin varlığı söz konusudur.

**Tablo 11.**

*YDB grubunda ODÖ, BUÖ ve BDE puanları arasında Spearman korelasyon katsayıları*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***YDB (n=70)*** | | **BUÖ** | | | | **BDE** |
|  |  |  |  |
|  | |  |  |  | *R* |  |
| **ODÖ-Alt boyutlar** | |  |  |  |  |  |
|  | Kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler |  |  |  | 0.526\*\* | 0.583\*\* |
|  | Şaşkınlık/Kaçma fantezileri |  |  |  | 0.472\*\* | 0.541\*\* |
|  | Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri |  |  |  | 0.565\*\* | 0.528\*\* |
|  | Yalnızlık/İzolasyon |  |  |  | 0.530\*\* | 0.574\*\* |
|  | Ümitsizlik |  |  |  | 0.533\*\* | 0.677\*\* |
|  | TOPLAM |  |  |  | 0.593\*\* | 0.675\*\* |
| **BDE** | |  |  |  | 0.621\*\* | 1.000 |
| \*p<0.05; \*\*p<0.01 | | | | | | |

Tablo 11’de görüldüğü üzere, YDB grubunda olumsuz otomatik düşünceler toplam puanı ile umutsuzluk ölçeği toplam puanı arasında (r=.593;p<.01) pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Otomatik düşünce ölçeğinde yer alan “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” alt boyutu umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile pozitif yönde güçlü düzeyde (r=.565;p<.01) ilişkili bulunmuştur. Ardından, umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi açısından sırasıyla; “ümitsizlik” (r=.533;p<.01), “yalnızlık ve izolasyon” (r=.530;p<.01), “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” (r=.526;p<.01), “şaşkınlık ve kaçma fantezileri” (r=.472;p<.01) alt boyutları gelmektedir.

Benzer biçimde, olumsuz otomatik düşünceler toplam puanı ile depresyonun şiddeti pozitif yönde güçlü düzeyde (r=.675;p<.01) ilişkilidir. Olumsuz otomatik düşünceler alt boyut puanlarının tamamı, depresyonun şiddeti ile pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkilidir ve ilişki düzeyleri .677 ile .528 arasında değişmektedir. Depresyon düzeyi ile ilişkinin yüksekliği açısından “ümitsizlik” alt boyutu (r=.677;p<.01), ilk sırada gelmektedir ve “ümitsizlik” alt boyutunu sırasıyla; “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” (r=.583;p<.01), “yalnızlık ve izolasyon” (r=.574;p<.01), “şaşkınlık ve kaçma fantezileri” (r=.541;p<.01), “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” (r=.528;p<.01) alt boyutları izlemektedir.

Umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile depresyon düzeyi arasında (r=.621;p<.01), pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Bu bölümde gruplar bazında depresyon düzeyini yordamada erken dönem uyumsuz şemaların etkileri Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılarak incelenmiştir. Analize bağımsız değişken olarak tüm şema boyutları; bağımlı değişken olarak BDE puanları dahil edilmiştir.

**Tablo 12.**

*YDBİ grubunda YŞÖ şema boyutlarının BDE puanını yordayıcı etkileri*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Standartize β** | **T** |
| **Young Şema Boyutları** | |  |  |
|  | Karamsarlık | 0.265 | 1.942 |
|  | OnayArayıcılık | -0.372 | -2.788\*\* |
|  | İçİçe Geçme/Bağımlılık | 0.337 | 2.265\* |
|  | Kusurluluk | 0.305 | 2.051\* |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | |

Tablo 12’de görüldüğü üzere “onay arayıcılık” (p<.01), “iç içe geçme/bağımlılık” (p<.05) ve “kusurluluk” (p<.05) şemalarının BDE puanlarını yordadığı, diğer şema boyutlarının ise yordayıcı olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 13.**

*YDB grubunda YŞÖ şema boyutlarının BDE puanını yordayıcı etkileri*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Standartize β** | **T** |
| **Young Şema Boyutları** | |  |  |
|  | DuygusalYoksunluk | 0.389 | 3.871\*\* |
|  | Karamsarlık | 0.280 | 2.625\* |
|  | Cezalandırılma | 0.289 | 2.480\* |
|  | Yüksek Standartlar | -0.242 | -2.332\* |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | |

Tablo 13’te görüldüğü üzere, erken dönem uyumsuz şemalardan; “duygusal yoksunluk” (p<.01), “karamsarlık” (p<.05), “cezalandırılma” (p<.05) ve “yüksek standartlar” (p<.05) şemalarının BDE puanını yordadığı, diğer şema boyutlarının ise yordayıcı olmadığı saptanmıştır.

Bu bölümde, yeğin depresyonu olan bireylerde intihar davranışını yordayıcı faktörlerin incelenmesine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Tüm örneklemde intihar davranışı ile ilişkileri önceki analizlerde belirlenen olası faktörlerin yordayıcı etkileri Çoklu Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

Regresyon analizi için “ölüm isteği”, intihar düşüncesi” ve “intihar planı” faktörleri iki düzeyde gruplandırılmış ve yapılan Ki - Kare Testi sonucunda gruplar bazında söz konusu faktörlerin dağılımı Tablo 14’te sunulmuştur.

**Tablo 14.**

*YDBİ ve YDB grupları arasında ölüm isteğinin, intihar düşüncesinin, intihar planının dağılımı.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **YDBİ (n=50)** | **YDB (n=70)** | **X2** |
|  |  | n (%) | n (%) |
| **Ölüm İsteği** | |  |  |  |
|  | Hiçbir zaman / Nadiren | 5 (10.0) | 36 (51.4) | 22.256\*\* |
|  | Bazen / Çoğu zaman / Her zaman | 45 (90.0) | 34 (48.6) |
| **İntihar Düşüncesi** | |  |  |  |
|  | Hiçbir zaman / Nadiren | 12 (24.0) | 54 (77.1) | 33.281\*\* |
|  | Bazen / Çoğu zaman / Her zaman | 38 (76.0) | 16 (22.9) |
| **İntihar Planı** | |  |  |  |
|  | Hiçbir zaman / Nadiren | 22 (44.0) | 64 (91.4) | 32.311\*\* |
|  | Bazen / Çoğu zaman / Her zaman | 28 (56.0) | 6 (8.6) |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | |

Tablo 14’de görülebileceği üzere “ölüm ve intihar düşünceleri ile intihar planları” açısından YDBİ grubu, YDB grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. YDBİ grubunda bulunan katılımcılar %90 oranında “bazen, çoğu zaman, her zaman” *ölme isteğinde* bulunduklarını bildirmişlerdir. YDB grubunda bulunan katılımcılarda ise bu oran %48,6’dır. YDBİ grubunda bulunan katılımcılar %10 oranında “hiçbir zaman ve nadiren” *ölme isteğinde* bulunduklarını bildirmişlerdir. YDB grubunda bulunan katılımcılarda ise bu oran %51.4’ tür. YDBİ grubu *intiharı düşünmüş olma* oranını “bazen, çoğu zaman, her zaman” için %76 olarak; YDB grubu bu oranı %22.9 olarak bildirmiştir. YDBİ grubunda *intiharı hiç* ya da *nadiren düşünmüş* olan katılımcı oranı %24 iken bu oran YDB grubunda %77.1’dir. Yaşamının herhangi bir döneminde *intihar planı yapmış olma* oranı YDBİ grubunda “bazen, çoğu zaman, her zaman” için %56 iken; YDB grubunda bu oran %8.6’dır. Hiç ya da nadiren intihar planı yapmış olma oranı YDB grubunda %91.4’tür. Bu düzenlemenin ardından yapılan Çoklu Lojistik Regresyon Analizine ilişkin sonuçlar Tablo 15’te sunulmuştur. Bağımlı değişken olarak “intihar davranışı” alınmıştır.

**Tablo 15.**

*Değişkenlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **B** | **SH** | **Waldχ2** | **Sd** | **OR** | **%95 GA** |
| **Geçmiş Psikiyatrik Tanı** | | 1.170 | 0.549 | 4.534 | 1 | 3.222\* | 1.098-9.458 |
| **Ölüm İsteği** | | 1.324 | 0.783 | 2.861 | 1 | 3.757 | 0.810-17.420 |
| **İntihar Düşüncesi** | | 1.127 | 0.714 | 2.494 | 1 | 3.087 | 0.762-12.504 |
| **İntihar Planı** | | 1.536 | 0.828 | 3.436 | 1 | 4.644 | 0.916-23.556 |
| **ODÖ-Toplam** | | -0.017 | 0.024 | 0.465 | 1 | 0.984 | 0.938-1.032 |
| **BUÖ-Toplam** | | -0.012 | 0.087 | 0.018 | 1 | 0.989 | 0.834-1.172 |
| **BDE** | | 0.049 | 0.049 | 0.987 | 1 | 1.050 | 0.954-1.155 |
| **YŞÖ-Boyutlar** | |  |  |  |  |  |  |
|  | Başarısızlık | 0.151 | 0.055 | 7.620 | 1 | 1.163\*\* | 1.045-1.294 |
|  | Karamsarlık | 0.065 | 0.057 | 1.330 | 1 | 1.068 | 0.955-1.193 |
|  | Sosyal izolasyon/Güvensizlik | 0.021 | 0.054 | 0.154 | 1 | 1.022 | 0.919-1.136 |
|  | İçiçe geçme/Bağımlılık | -0.052 | 0.041 | 1.584 | 1 | 0.949 | 0.875-1.030 |
|  | Ayrıcalıklık/Yetersiz özdenetim | 0.045 | 0.043 | 1.074 | 1 | 1.046 | 0.961-1.137 |
|  | Terk edilme | 0.097 | 0.062 | 2.479 | 1 | 1.102 | 0.977-1.243 |
|  | Cezalandırılma | -0.062 | 0.063 | 0.969 | 1 | 0.940 | 0.830-1.064 |
|  | Kusurluluk | -0.101 | 0.061 | 2.700 | 1 | 0.904 | 0.802-1.020 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | | | | |

Tablo 15’te görüldüğü üzere “geçmişte psikiyatrik tanının varlığı” (p<.05) ve YŞÖ-“Başarısızlık” (p<.01) şemasının intihar davranışını yordamada etkili olduğu saptanmıştır. Analize dahil edilen diğer faktörler kontrol edildiğinde, yeğin depresyonu olan katılımcıların geçmişte psikiyatrik tanısının olması olmamasına göre intihar davranışı riskini 3.2 kat; YŞÖ-“Başarısızlık” şeması skorundaki bir birim artışın intihar davranışı riskini 1.2 kat arttırdığı görülmektedir.

Bu bulgulara ek olarak benzer sonuçları olan faktörler kendi içinde değerlendirilmiştir ve değişkenlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir.

**Tablo 16.**

*Klinik özelliklere ilişkin değişkenlerin intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **B** | **SH** | **Waldχ2** | **Sd** | **OR** | **%95 GA** |
| **Geçmişte Psikiyatrik Tanı** | 0.942 | 0.471 | 3.991 | 1 | 2.564\* | 1.018-6.459 |
| **Ölüm İsteği** | 0.864 | 0.648 | 1.779 | 1 | 2.372 | 0.667-8.442 |
| **İntihar Düşüncesi** | 1.077 | 0.603 | 3.194 | 1 | 2.935 | 0.901-9.560 |
| **İntihar Planı** | 1.452 | 0.626 | 5.388 | 1 | 4.273\* | 1.254-14.567 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | | | |

“Geçmişte psikiyatrik tanı varlığı, ölüm isteği, intihar düşüncesi ve intihar planı” değişkenleri birlikte değerlendirildiğinde, intihar davranışını yordamada; “geçmişte psikiyatrik tanının varlığı” (p<.05) ve yaşamın herhangi bir döneminde “intihar planı” yapmış olmanın etkili olduğu (p<.05) saptanmıştır. Diğer bir deyişle, yeğin depresyonu olan katılımcıların, geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanısının olması olmamasına göre intihar davranışı riskinini 2.6 kat artırırken, yaşamın herhangi bir döneminde intihar planı yapılmış olması olmamasına göre bu riski 4.3 kat artırmaktadır.

**Tablo 17.**

*ODÖ alt boyut puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ODÖ** | **B** | **SH** | **Waldχ2** | **sd** | **OR** | **%95 GA** |
| Kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler | 0.093 | 0.037 | 6.463 | 1 | 1.097\* | 1.022-1.179 |
| Şaşkınlık/Kaçma fantezileri | 0.048 | 0.074 | 0.413 | 1 | 1.049 | 0.907-1.212 |
| Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri | -0.083 | 0.130 | 0.409 | 1 | 0.920 | 0.713-1.187 |
| Yalnızlık/İzolasyon | -0.089 | 0.093 | 0.917 | 1 | 0.915 | 0.763-1.097 |
| Ümitsizlik | 0.112 | 0.087 | 1.669 | 1 | 1.118 | 0.944-1.326 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01. | | | | | | |

Otomatik Düşünceler Ölçeği alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde, önceki analizlerde anlamlı çıkan alt boyutlardan “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutunun intihar davranışını yordamada etkili olduğu (p<.05) saptanmıştır. Diğer bir deyişle, yeğin depresyonu olan katılımcıların ODÖ-“kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyut puanındaki bir birim artışın intihar davranışı riskini 1.1 kat artırdığı görülmüştür.

**Tablo 18.**

*BUÖ alt boyut puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUÖ** | **B** | **SH** | **Waldχ2** | **sd** | **OR** | **%95 GA** |
| Motivasyon Kaybı | 0.162 | 0.100 | 2.655 | 1 | 1.176 | 0.968-1.430 |
| Gelecek ile İlgili Beklentiler | 0.512 | 0.227 | 5.098 | 1 | 1.669\* | 1.070-2.602 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | | | |

BUÖ alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde, önceki analizlerde anlamlı çıkan alt boyut puanlarından intihar davranışını yordamada “gelecek ile ilgili beklentiler” alt boyut puanının etkili olduğu (p<.05) saptanmıştır. Diğer deyişle, yeğin depresyonu olan katılımcıların BUÖ-“Gelecek ile ilgili beklentiler” alt boyut puanındaki bir birim artışın intihar davranışı riskini 1.7 kat artırdığı görülmüştür.

**Tablo 19.**

*YŞÖ şema alanı puanlarının intihar davranışını yordamadaki bağımsız etkileri*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YŞÖ-Şema Alanları** | **B** | **SH** | **Waldχ2** | **sd** | **OR** | **%95 GA** |
| Zedelenmiş otonomi | 0.028 | 0.011 | 6.822 | 1 | 1.028\*\* | 1.007-1.049 |
| Kopukluk | 0.002 | 0.013 | 0.025 | 1 | 1.002 | 0.977-1.028 |
| Zedelenmiş sınırlar | 0.023 | 0.032 | 0.535 | 1 | 1.023 | 0.962-1.089 |
| \*p<0,05; \*\*p<0,01 | | | | | | |

YŞÖ’de yer alan şema alanı puanları kendi içinde değerlendirildiğinde, önceki analizlerde anlamlı çıkan şema alanı puanlarından, “zedelenmiş otonomi” şema alanı puanının intihar davranışını yordamada etkili olduğu (p<.01) saptanmıştır. Diğer bir deyişle, YŞÖ şema alanları kendi içinde değerlendirildiğinde; yeğin depresyonu olan katılımcıların YŞÖ-“Zedelenmiş otonomi” şema alanı puanındaki bir birim artışın intihar davranışı riskini 1.03 kat artırdığı görülmüştür.

**5.BÖLÜM**

**TARTIŞMA**

Bu araştırmanın temel amacı bilişsel model çerçevesinde yeğin depresyon ve intihar davranışı ile ilişkili bilişsel unsurların araştırılmasıdır. Bu genel amaç doğrultusunda, bilişsel model açısından, depresyon ve intihar davranışı ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu öne sürülen umutsuzluk faktörü, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiler intihar davranışında bulunan ve bulunmayan Yeğin Depresyon Bozukluğu tanılı bireylerde araştırılmıştır. Katılımcılar hâlihazırda ya da geçmişte intihar davranışında bulunma kriteri açısından iki gruba ayrılmıştır. İntihar davranışında bulunan katılımcılar YDBİ grubu; hiç intihar davranışında bulunmamış olanlar ise YDB grubu olarak adlandırılmıştır.

*Demografik ve Klinik Özellikler Açısından Grupların Karşılaştırılması*

Demografik özellikler açısından katılımcılar incelendiğinde; depresyonun epidemiyolojisine yönelik bildirimlerle benzer biçimde (Kaplan ve Sadock, 2004; Köroğlu,1997; Türkçapar, 2009) kadın katılımcıların örneklemin çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir. İntihar davranışında bulunmuş olan grupta da kadın cinsiyetinin çoğunlukta olduğu ve bu bulgunun intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu yönündeki literatür bilgileri ile benzeştiği söylenebilir. Katılımcıların yaş ortalaması 36’dır, orta yaş katılımcı sayısının yüksek oranda olduğu söylenebilir ve bu bulgu yeğin depresyonun orta yaşlarda daha sık görüldüğü yönündeki literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (Işık, 2013a; Işık ve Işık, 2013). Her iki grubun diğer demografik özellikler de dahil olmak üzere birbiri ile benzerlik gösterdiği aralarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı söylenebilir.

Klinik özellikler açısından ise gruplar arasında “geçmişte psikiyatrik bir tanı almış olma/tedavi görmüş olma” kriteri açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu, YDBİ grubunun “geçmişte tanı ve tedavi alma” oranının YDB grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Geçmişte alınan tanılar incelendiğinde her iki grupta bulunan katılımcıların büyük oranda “depresyon” tanısı ile tedavi gördüğü anlaşılmaktadır. Bu bulgu depresyonun yineleyici özellikte bir hastalık olduğu yönündeki literatür bilgileri ile uyumludur (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Türkçapar,2009). Ayrıca klinik özellikler açısından gruplar “ölme isteği”, “intihar düşünceleri” ve “intihar planlarına” yönelik yapmış oldukları bildirimler açısından birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Ancak her iki grupta “ölme isteği ve intihar düşünceleri ile planlarının varlığı” yönündeki bulgular depresyonun mortalite açısından önem taşıdığı ve intiharın yüksek oranda görüldüğü psikiyatrik hastalıklardan olduğu yönündeki literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (Işık, 2013b; Wulsin ve diğerleri, 1999). Öte yandan, YDBİ grubunda bulunan katılımcıların “ölme isteği, intihar düşünceleri ve intihar planları” yönünde yapmış oldukları bildirimler beklendiği üzere YDB grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu oranların yüksek düzeyde YDBİ grubunda izlenmesinin, geçmiş intihar davranışlarının gelecekte intihar davranışına yol açma etkisine yönelik literatür bilgileri ışığında anlaşılabileceği düşünülmektedir. Literatürde geçmiş intihar davranışlarının, intihar ile ilgili bilişsel ve davranışsal yapıların etkin hale gelmesinde bir duyarlılaşmaya yol açtığı, bunun da bilişsel içeriklerin aktifleşmesini kolaylaştırdığı yönünde bilgiler mevcuttur (Joiner, 2002), Ayrıca Antypa ve diğerleri’nin (2010), geçmiş depresyon epizodunda intihar girişimi olan hastaların umutsuzluk/intihar duyarlılığının, geçmişte depresyon öyküsü olan ancak intihar girişimi bulunmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönündeki bildirimleri de araştırmamız bulgularının anlaşılmasına rehberlik edebilir. Söz konusu çalışmada mevcut depresyon ve intihar eğiliminin kontrol altına alınması durumunda ve remisyon döneminde de bu farkın geçerli olduğu ve intihar eğiliminin depresyon belirtileri arasında nispeten kalıcı özellik gösterdiği belirtilmektedir. Bir depresyon epizodu sürecinde üzgün duygudurum ile umutsuzluk/intihar bilişleri arasında kurulan ilişkinin gelecekte üzgün duygudurumun umutsuzluk/intihar ile ilişkili bilişleri harekete geçirebileceği öne sürülmüştür. Hâlihazırda depresyon tanılı YDBİ grubu katılımcıları için geçmiş intihar davranışının intihar bilişlerinin yüksek oranlı olmasında etkili olabileceği düşünülebilir.

Bu bölümde, çalışmamızda yer alan gruplar, depresyon ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu öne sürülen bilişsel unsurların araştırılması amacıyla verilen ölçekler bazında karşılaştırılacaktır.

*Depresyon Düzeyi Açısından Grupların Karşılaştırılması*

Bu çalışmanın ilk araştırma sorusu, yeğin depresyonu olan intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerin depresyon şiddeti açısından farklılaşıp farklılaşmadığıdır. Yapılan analizler sonucunda, yeğin depresyonu olan ve intihar davranışı bulunan katılımcılarda depresyonun şiddeti, yeğin depresyonu olan ve intihar davranışı bulunmayan grupta yer alan katılımcılara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu depresyon ile intihar davranışının ilişkilerine yönelik yürütülen çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Sayıl ve diğerleri (1995), intihar vakalarında yapmış oldukları çalışma sonucunda, daha önce intihar girişimi bulunanların depresyon puanlarının bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca Beck (1967) intihar eğiliminin, depresyonun şiddeti açısından önemli ve ayırt edici bir kriter olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda, intihar davranışında bulunan ve intihar ile ilgili bilişler açısından daha yüksek puan alan katılımcıların depresyon şiddetinin intihar davranışı bulunmayanlara oranla daha yüksek olması anlaşılır görünmektedir.

*Umutsuzluk Düzeyi Açısından Grupların Karşılaştırılması*

Araştırmamızın diğer bir sorusu, intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireylerin umutsuzluk düzeyleri ve alt boyutlar açısından farklılaşıp farklılaşmadığıdır. Umutsuzluk, kişinin kendisi ve geleceği ile ilgili olumsuz beklentiler dizgesi olarak tanımlanmaktadır (Beck ve diğerleri, 1974; Minkoff ve diğerleri, 1973). Beck’e (1967) göre, bireyin geleceğe ilişkin olumsuz bakış açısı, gelecekten olumsuz beklentiler içinde olması depresyonun ortaya çıkmasında hazırlayıcı faktör olarak işlev görmekte; içinde bulunduğu durumun ya da sorunlarının gittikçe kötüye gideceği ve hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağına dair inanç depresyon hastasında intihara eğilimin de temelini oluşturmaktadır. İntihar literatüründe, intihar girişiminde bulunan kişilerin tedavisinde umutsuzluk faktörüne yönelik müdahalelerin önemine vurgu yapılmaktadır (Ak ve diğerleri, 2006; Beck, Steer, Beck ve diğerleri, 1993; Clark ve diğerleri, 1999; Minkoff ve diğerleri, 1973). Zaman içerisinde değişmeyen ve kalıcı özellik gösteren belirli düzeyde umutsuzluk eğiliminin (karamsarlığın), intihar davranışı ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Abramson ve diğerleri, 1989; Beck ve diğerleri, 2006; Wenzel ve Beck, 2008). Çalışmamızda da umutsuzluk düzeyi, yukarıda sözü edilen literatür ile benzer biçimde, YDBİ grubunda, YDB grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. İntihar davranışında bulunan grubun umutsuzluk düzeyi açısından toplam puanlarının yüksekliği yanında BUÖ alt boyutlarından olan “gelecek ile ilgili beklentiler” açısından umutsuzluk düzeyi ve “motivasyon kaybı” alt boyutlarından YDB grubunda bulunanlardan anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları söylenebilir. Bu sonuçlar, Beck’in (1967) depresyon hastalarında umutsuzluk ile ilişkili olduğunu öne sürdüğü, intihar düşüncesi ve davranışı açısından risk oluşturucu nitelikte bilişsel ve motivasyonel unsurlar ile örtüşmektedir. Çalışmamızda katılımcıların geçmişte intihar davranışında bulunmuş olmasının mevcut umutsuzluk düzeyine etkisi olabileceği varsayılmış ve bu varsayım için Beck ve diğerlerinin (2006), kişinin umutsuzluk yaşantısının benzer koşullar altında benzer niteliklerde olma eğilimine dair çalışma sonuçları temel alınmıştır. Ayrıca, geçmiş intihar girişiminin şiddeti ile mevcut umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönlü ilişkiler olduğuna dair çalışma sonuçları bulunmaktadır (Linehan ve Nielsen, 1981). İntihar grubunda umutsuzluk düzeyinin diğer gruba oranla daha yüksek olması yönündeki bulgularımız Antypa ve diğerleri’nin (2010), geçmiş depresyon epizodunda intihar girişimi olan hastaların umutsuzluk/intihar duyarlılığının, geçmişte depresyon öyküsü olan ancak intihar girişimi bulunmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönündeki bulguları ile de örtüşmektedir.

*Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Şiddeti Açısından Grupların Karşılaştırılması*

Araştırmamızın diğer bir sorusu, gruplar arasında olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti ve alt boyutlar açısından anlamlı düzeyde bir farklılaşmanın olup olmadığı yönündedir. Otomatik düşünceler; bireyin bir olaya ilişkin anlık, önceden düşünülmemiş yorumlarıdır, kendisi, çevresi ve olaylar karşısındaki değerlendirmeleri, içsel diyaloglarıdır ve bireyin olaya dair duygusunu ve tepkisini şekillendirirler. Depresyon belirtilerini ortaya çıkaran da bireyin olumsuz içerikte otomatik düşünceleridir (Beck, 2001; Sungur, 2007; Türkçapar, 2003). Çalışmamızda olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti ile depresyon şiddeti arasında her iki grup açısından da pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkiler saptanmıştır. Bu durum bilişsel kuramın varsayımlarından olan olumsuz otomatik düşüncelerin depresyon ile ilişkilerine yönelik çalışma bulgularıyla da uyumludur (Cerit ve Coşkun; 2012; Dobson ve Breiter, 1983; Harrel ve Ryon, 1983; Hjemdal ve diğerleri, 2013; Jacobson ve diğerleri, 1996). Diğer yandan çalışmamızda, YDBİ ve YDB grupları hem otomatik düşüncelerin şiddetini veren toplam puanlar hem de alt boyutlar açısından anlamlı düzeylerde birbirinden farklılaşmakta olup YDBİ grubunun almış olduğu puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Otomatik Düşünceler Ölçeği’nde yer alan alt boyutlardan “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler”, “şaşkınlık/kaçma fantezileri”, “ümitsizlik”, “yalnızlık ve izolasyon” ve “kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri” alt boyutları açısından da her iki grup birbirinden anlamlı düzeylerde farklılaşmaktadır. Bu bulgular, Aydemir ve diğerleri’nin (2002) yapmış olduğu çalışma sonuçlarından; otomatik düşüncelerin hem depresyon hem de intihar ile ilişkili olduğu; intihar girişimi olan majör depresyon hastalarında otomatik düşüncelerin şiddetinin intihar girişimi olmayan depresyon hastalarına oranla daha yüksek olduğu bulguları ile örtüşmektedir. Ayrıca çalışmamızda, her iki grup açısından da olumsuz otomatik düşünceler alt boyutlarından olan “ümitsizlik” alt boyutunun “umutsuzluk düzeyi” ve “depresyon düzeyi” ile pozitif yönde anlamlı düzeylerde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bireyin “ümitsizlik” içeren olumsuz otomatik düşüncelerindeki artış, umutsuzluk düzeyi ve depresyon düzeyi ile birlikte artıp azalmaktadır. Bu sonuç daha önce olumsuz otomatik düşünceler ve umutsuzluk arasındaki ilişkilerin incelendiği ve olumsuz otomatik düşünceler ile umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkilerin bildirildiği çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Tümkaya ve diğerleri, 2011).

*Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Açısından Grupların Karşılaştırılması*

Şemalar erken dönem yaşantıları sonucu öğrenme yolu ile oluşan temel düşünce ve inançları içerirler ve katı, değişime dirençli ve uç noktalarda olmaları durumunda hastalıklara zemin hazırlarlar (Beck, 2005; Sungur, 1997; Savaşır ve Batur, 1998); erken dönem uyumsuz şemalar ve kişinin bunlarla baş etmek için öğrendiği uyumsuz biçimler birçok Eksen I tanısı ve depresyon için altta yatan faktördür (Young ve diğerleri, 2009). İntihar davranışı açısından da şemaların genel ve uzun vadede etki eden yatkınlık oluşturucu faktörler olduğu belirtilmektedir. Şemaların şiddeti arttıkça intihar davranışı açısından da risk artmaktadır (Wenzel, Brown ve diğerleri, 2008; akt. Wenzel ve Beck, 2008). Çalışmamızda YDBİ grubunun, intihar davranışına yatkınlık oluşturduğu öne sürülen şemaların şiddeti açısından “kendini feda” şeması hariç tüm şema boyutlarında ve şema alanlarında almış oldukları puanların YDB grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve bu bulguların da Ahmadpanah ve diğerleri’nin (2017) yapmış oldukları karşılaştırmalı çalışmanın sonuçları ile benzeştiği görülmektedir.

Wenzel, Brown ve diğerleri’ne (2008) göre, intihar davranışının ortaya çıkmasında uzun vadede etkili olan bilişsel faktörler yanında, kriz durumunda etkili olabilecek bilişsel faktörler önem kazanmaktadır. İntihar için kriz durumu; kişinin intiharı aklından geçirmeye ya da intihara eğilim biçiminde değerlendirilebilecek davranışlarda bulunmaya başladığı süreç olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda intihar grubunda bulunan katılımcıların %92’si mevcut dönem için “Beck Depresyon Envanteri’nde yer alan “bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam/kendimi öldürmeyi isterdim/bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm” seçeneklerinden birini işaretlemişlerdir. Bu açıdan, YDBİ grubunda bulunan katılımcılarda, içinde bulunulan dönemde intihar düşüncelerinin varlığından söz edilebilir. Wenzel, Brown ve diğerleri’ne (2008) göre, intihar davranışı açısından “karamsarlık” ve “dayanılmazlık” şemaları intihar şeması olarak işlev görmektedir. Karamsarlık şeması ile ilişkili değerlendirilebilecek “geleceğin daha iyi olmayacağı, hiçbir şeyin düzelmeyeceği” yönünde düşünceler; dayanılmazlık şeması ile ilişkili değerlendirilebilecek “buna daha fazla katlanamayacağım, daha fazla sürdüremeyeceğim” türünde düşünceler kişide durumsal umutsuzluğa yol açmaktadır ve hangi intihar şeması aktive olursa olsun kişide durumsal umutsuzluk düzeyi artmakta, durumsal umutsuzluk düzeyi şiddetlendikçe de intihar davranışı olasılığı da artmaktadır (akt. Wenzel ve Beck, 2008). Çalışmamızda bilişsel modelin hem uzun vadede hem de kriz anında intihar davranışı açısından risk faktörü olduğunu öne sürdüğü şemalar açısından gruplar arasında bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmamızın intihar grubunda yer alan katılımcılar hâlihazırda ya da yaşamının herhangi bir döneminde intihar davranışında bulunan bireylerden oluşmaktadır. Şemaların, bilişsel organizasyonun daha kalıcı nitelikte, süreğen özellikler gösteren yapılar olarak kabul görmesi yanında (Halvorsen ve diğerleri, 2010; Jager-Hyman ve diğerleri, 2014; Renner ve diğerleri, 2013; Renner ve diğerleri, 2012), geçmiş depresyon epizodu ve geçmişte intihar girişimlerinin mevcut dönemde de şemalar ile ilişkileri açısından anlamlı düzeylerde bulguların varlığı söz konusudur (Ahmadpanah ve diğerleri, 2017; Halvorsen ve diğerleri, 2010; Hoffart ve diğerleri, 2005; Renner ve diğerleri, 2010). Bulgularımız, YDBİ grubu ve YDB grubu arasında anlamlı düzeyde farklılaşan şemaların; “başarısızlık”, “karamsarlık”, “terk edilme”, “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “kusurluluk”, “ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim”, “iç içe geçme/bağımlılık”, “cezalandırılma” şemaları olduğunu ortaya koymaktadır. Şema alanları açısından ise gruplar arasında “zedelenmiş otonomi”, “kopukluk” ve “zedelenmiş sınırlar” şema alanları açısından anlamlı düzeylerde farklılıklar olup YDBİ grubunun bu şema alanlarında daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

Gruplar arasında anlamlı düzeylerde farklılaşan şemalar açısından bulgularımız değerlendirildiğinde, intihar davranışında bulunan depresyon hastalarında intihar davranışı bulunmayanlara oranla daha şiddetli düzeyde; kendini başarısız, kusurlu, yetersiz, değersiz, istenmeyen olarak değerlendirme; günlük sorumlulukların yürütülmesi, duygusal destek, güç ya da korunma açısından diğerlerine muhtaç olma, bağımlılık gösterme; kişiler arası ilişkilerde güvensizlik, kopukluk yaşama, yalnız olma; olumsuza odaklanma ve gelecekten olumsuz beklentiler içinde olma yönünde bilişlerin varlığı söz konusudur. Benzer biçimde, intihar davranışında bulunan depresyon hastalarında diğerlerine oranla yüksek düzeyde; kişisel hedeflere ulaşmada özdenetim, özdisiplin eksikliği, engellenme töleransı gösterememe, duygu ve dürtülerin düzenlenmesinde güçlükler yaşama; hatalar karşısında hoşgörüsüzlük gösterme eğilimi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın sonuçları, intihar literatüründe yer alan farklı yaklaşımlar çerçevesinde yürütülen bazı çalışma sonuçlarıyla da tutarlılıklar göstermektedir. İntihar davranışının; yalnızlık, yabancılaşma, umutsuzluk, kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler, özsaygı yitimi, güvensiz bağlanma biçimleri, problem çözme becerilerinde yetersizlik, sosyal destek ve kaynakların yetersizliği, aile işlevinde bozukluk, aile içi iletişim sorunları, suçluluk, dürtüsellik ve öfke gibi faktörler ile ilişkili olduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Atlı, 2007; Atlı ve diğerleri, 2009; Aydemir ve diğerleri, 2002; Dieserud ve diğerleri, 2001; Dilbaz ve Seber, 1993; Dixon ve diğerleri, 1991; Eskin ve diğerleri, 2006; Özer ve diğerleri, 2015; Palabıyıkoğlu ve diğerleri, 1993; Şahin ve diğerleri, 2008).

Bilişsel model ve şema kuramı çerçevesinde yürütülen ve yeğin depresyon hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar ile intihar davranışı arasındaki ilişkilerin incelendiği karşılaştırmalı çalışma sayısı ise yok denecek kadar azdır. Bu kapsamda rastlanılan tek çalışmanın sonucunda, Ahmadpanah ve diğerleri (2017), majör depresyonu olan ve hâlihazırda intihar girişiminde bulunan grubun “ayrılma/reddedilme” şema alanında yer alan tüm şemalardan aldıkları puanların, majör depresyonu olan ve intihar girişiminde bulunmayan gruba oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, ayrılma/reddedilme şema alanı kapsamı dışında olan; “bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, başarısızlık, duygusal baskılama/ketleme, yüksek standartlar, cezalandırıcılık” şemalarından alınan puanlar da diğer gruba oranla daha yüksek bildirilmiştir. Bu bulguların hâlihazırda intihar girişimi olmayan ancak intihar girişimi öyküsü olanlar için de geçerli olduğu belirtilmiştir. Söz konusu çalışmanın intihar davranışında bulunan ve bulunmayan depresyon hastalarında anlamlı düzeyde farklılaşan şemalar için bulguları çalışmamız bulguları ile; “başarısızlık”, “terk edilme”, “sosyalizolasyon/güvensizlik”, “kusurluluk”, “iç içe geçme/bağımlılık” ve “cezalandırılma” şemaları açısından örtüşmektedir.

Çalışmamızda YDBİ grubunun, intihar açısından hem uzun vadede (Abramson ve diğerleri, 1989; Beck ve diğerleri, 2006) hem de kriz durumunda etkili olabileceği öne sürülen ve intihar şeması olarak işlev gören “karamsarlık” şeması (akt. Wenzel ve Beck, 2008) açısından YDB grubundan anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Çalışmamızın değişkenleri arasındaki ilişkilerin alt boyutlar düzeyinde tartışıldığı bölümde de yer aldığı üzere; “karamsarlık” şemasının otomatik düşüncelerden “ümitsizlik” alt boyutu ile ilişki düzeyi diğer şemalar ile ilişki düzeylerine oranla daha yüksektir. “Ümitsizlik” alt boyutu “devam edebileceğimi sanmıyorum, artık dayanamayacağım, kendimi çok çaresiz hissediyorum, artık hiçbir şeyin tadı kalmadı” maddelerinden oluşmaktadır. Bu bağlamda, kişinin o anda yaşadığı çaresizliğe, güçsüzlüğe ve çözümsüzlüğe gönderme yaptığı, durumsal umutsuzluk düzeyi ile ilişkili olabilecek bilişleri içerdiği düşünülebilir. Tüm bu bulgular, “karamsarlık” şemasının bir intihar şeması olarak durumsal umutsuzluk ile ilişkili olabileceği yönündeki varsayımı destekler nitelikte değerlendirilebilir (Wenzel ve diğerleri, 2008; akt. Wenzel ve Beck,2008).

Diğer bir intihar şeması olarak işlev gördüğü ve kişide durumsal umutsuzluk düzeyine etki ettiği varsayılan “dayanıksızlık” şeması açısından ise çalışmamızda gruplar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır. Wenzel, Brown ve diğerleri (2008), “dayanıksızlık” şemasının, biriken streslerin kişide yol açtığı sıkıntı ve huzursuzluğun şiddetlenmesi ve kişinin artık bu sıkıntıyı tölere edemeyeceğine dönük inancı ile aktive olduğunu ve bunun da durumsal umutsuzluğa yol açtığını öne sürmektedir. YŞÖ’de yer alan “tehditler karşısında dayanıksızlık” şeması ise herhangi bir anda kesin bir felaket olacağı ve ondan korunulamayacağına yönelik inanca ilişkin bilişleri ölçmektedir. Bu şemaya ilişkin ölçek maddeleri: “İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.” ifadelerinden oluşmaktadır. Bu ifadeler, içinde bulunulan durumun tölere edilemeyeceği, yaşanan durumsal umutsuzluk sonucunda intiharın *bir çıkış yolu* olabileceği yönünde inançlardan daha çok gelecekte olası dış tehditler karşısında yeterli olunamayacağına yönelik değerlendirilebilir. Wenzel, Brown ve diğerleri (2008) tarafından öne sürülen “dayanıksızlık” şemasının içerdiği bilişlerin ODÖ alt boyutlarından “ümitsizlik” maddeleri ile örtüştüğü düşünülmektedir. Çalışmamızın ilerleyen bölümlerinde ele alınacağı üzere YDBİ grubunda otomatik düşüncelerden “ümitsizlik” alt boyutu ile “tehditler karşısında dayanıksızlık” şeması arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması da intihar grunda bu iki faktörün birbirinden farklı içeriklere gönderme yapabileceğini düşündürmektedir. Kişinin durumsal umutsuzluğunu, diğer bir deyişle, o andaki çaresizliğini, güçsüzlüğünü ve çözümsüzlüğünü yansıtabileceği düşünülen “ümitsizlik” alt boyutu açısından çalışmamızda gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu; YDBİ grubunun aldığı puanların YDB grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, YDBİ grubunda intiharın bilişsel modeli açısından, durumsal umutsuzluğa etki ettiği öne sürülen “dayanıksızlık” şemasına ilişkin bilişlerin varlığına işaret edebilir.

*Gruplar bazında erken dönem uyumsuz şemalar ile depresyon şiddeti, umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi*

Çalışmamızın diğer bir araştırma sorusu, gruplar bazında ölçek toplam puanlarının birbirleri ile ilişkilerinin nasıl olduğunun incelenmesidir. Bunun için her bir grubun ölçeklerden almış oldukları toplam puanların birbirileriyle olan ilişkileri yapılan korelasyon analizleri ile incelenmiştir. İntihar grubunda, intiharın bilişsel modeli çerçevesinde ön plana çıkan faktörler arasındaki ilişkilerin incelenmesi açısından ise alt boyutlar düzeyinde yapılmış ek analizlere yer verilmiştir.

YDBİ grubunda *şemalar* ve *depresyon düzeyi* açısından alınan toplam puanların ilişkileri incelendiğinde; ilişkinin düzeyi açısından sırasıyla; “terk edilme”, “kusurluluk”, “karamsarlık”, “duyguları bastırma”, “başarısızlık”, “iç içe geçme/bağımlılık” şemaları depresyon düzeyi ile anlamlı biçimde pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızın YDBİ grubunda şemalar ve depresyon arasındaki ilişkiler açısından bulguları Beck (1967) ve Lumley ve Harkness (2007), tarafından öne sürülen *kayıp ve değersizlik* teması ve depresyon ile ilişkili şemalardan; “terk edilme”, “kusurluluk”, “karamsarlık”, “başarısızlık”, “iç içe geçme/bağımlılık” şemaları ile örtüşmektedir. “Duyguları bastırma” şeması açısından başkaları tarafından reddedilme, utanç yaşama endişesiyle, davranış ve duygularını baskılamanın, kişide kendine yönelik olumsuz değerlendirmelere ve negatif duygulara yol açabileceği, hâlihazırda terk edilme endişesi yaşayan kişiler için bu eğilimin ve yarattığı duyguların yoğun olabileceği düşünülebilir. Bu bulgular ışığında YDBİ grubunda depresyon şiddetinin daha çok “kendini başarısız, yetersiz, kusurlu, istenmeyen olarak değerlendirme, diğerlerine muhtaç olma, bağımlılık gösterme, reddedilme, terk edilme yönünde kaygı yaşama, bu kaygılar nedeniyle duygu ve davranışları ortaya koymakta zorlanma, olumsuza odaklı olma, gelecekten olumsuz beklentiler içinde olma” ile ilişkili görünmektedir.

YDBİ grubunda *şemalar* ve *umutsuzluk düzeyi* arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sırasıyla “terk edilme”, “başarısızlık” ve “duyguları bastırma” şemalarının umutsuzluk düzeyi toplam puanlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. “Başarısızlık” kişinin kendilik değerinin; terk edilme, reddedilme, sevilmeme ise toplumsal kabul ve değerin göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (Sungur, 2007). “Duyguları bastırma” şeması da başkaları tarafından reddedilme endişesiyle, davranış ve duygularını baskılama, ortaya koymaktan sakınma ile ilişkilidir. Kendisini mevcut durumda ve gelecekte başarısız, yetersiz olarak değerlendirmenin; diğerlerine muhtaç, ancak duygu ve davranışlarını açık etme durumunda reddedilecek, sevilmeyecek olarak değerlendirmenin kişide umutsuzluk yaşantısı ile birlikte görülmesi beklenebilir.

YDBİ grubunda *şemalar* ile *olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti* açısından toplam puanlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde; “terk edilme”, “karamsarlık”, “kusurluluk” şemalarının otomatik düşüncelerin şiddeti ile güçlü düzeyde pozitif yönde ilişkileri bulunmaktadır. Bu şemaları ilişki düzeyi açısından “sosyal izolasyon/güvensizlik” ve “başarısızlık” şemaları izlemektedir. Şema alanlarında ise olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından toplam puanların özellikle “zedelenmiş otonomi” şema alanı ile güçlü düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu şemaların YDBİ grubunda, depresyon ile yüksek düzeyde ilişkili şemalar olduğu da dikkate alındığında, bu durum depresyonun bilişsel modeli açısından temel varsayımlardan olan şemaların şiddetindeki artış ve olumsuz otomatik düşünce artışı ilişkisine yönelik kuramsal bilgi ışığında anlaşılır görünmektedir (Beck, 1967; Sungur, 2007).

YDBİ grubunun *olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti* ve *umutsuzluk düzeyi* açısından almış oldukları toplam puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu görülmektedir. Olumsuz otomatik düşüncelerin şiddetindeki artışın umutsuzluk düzeyi ile birlikte artıp azaldığı söylenebilir.

YDBİ grubunda *olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti* ile *depresyon düzeyi* arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır. Olumsuz otomatik düşüncelerin alt boyutları açısından “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” haricinde tüm alt boyutlar, depresyon düzeyi ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir. “Kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” alt boyutu “hayatım istediğim gibi gitmiyor, bir şeylerin değişmesi gerek” yönünde ifadelerden oluşmakta ve değişim isteğine de gönderme yapmaktadır. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan ve gelecekten olumsuz beklentileri daha yüksek olan intihar grubunda bu yönde otomatik düşüncelerin sıklığının daha az olabileceği düşünülebilir. Olumsuz otomatik düşüncelerden “ümitsizlik” ve “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutlarının depresyon düzeyi ile ilişkisi diğer alt boyutlara oranla daha yüksektir. Bu bulgu, Beck (1967) tarafından öne sürülen, bireyin kendisine ilişkin olumsuz düşünce ve tutumlarının çevresi ve geleceğe dönük düşünce ve tutumlarını da şekillendirdiği için psikopatolojiler açısından ayrıca önem taşıdığı yönündeki varsayımı destekler niteliktedir. Ayrıca, depresyonun bilişsel modelinde yer alan kişinin kendisi, çevresi ve geleceğe ilişkin olumsuz değerlendirme biçiminin diğer deyişle bilişsel üçlü’nün depresyonun şiddeti ve tüm belirtileri açısından belirleyici ve açıklayıcı olduğu yönündeki varsayımla da örtüşmektedir (Beck, 1967).

YDBİ grubunda *umutsuzluk düzeyi* ile *depresyon düzeyi* arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların depresyon ve umutsuzluk düzeyinin birlikte artıp azaldığı söylenebilir. Bu bulgu, bilişsel kuramın depresyon ile umutsuzluk ilişkisine dair temel varsayımlarını destekler niteliktedir (Beck, 1967).

Bu bölümde, bilişsel model çerçevesinde intihar davranışı ile ilişkili olduğu öne sürülen bilişsel faktörlerin anlaşılmasına yönelik alt boyutlar düzeyinde ön plana çıkan bulgular tartışılacaktır. Literatürde söz konusu faktörlerin klinik örneklemde birlikte incelendiği başka çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle bulgular kuramsal çerçevede değerlendirilmiştir.

YDBİ grubunda *şemaların şiddeti* ile *olumsuz otomatik düşünceler alt boyutları* arasındaki ilişkiler incelendiğinde; “karamsarlık” ve “terk edilme” şemalarının, otomatik düşünceler alt boyutlarının tamamı ile pozitif yönde anlamlı düzeylerde ilişkili olduğu görülmektedir. Kişide olumsuza odaklı olma ve gelecekten olumsuz beklentiler içinde olma, diğerlerine muhtaç olma ve her an terk edilebileceği yönündeki bilişlerin şiddetindeki artış ile kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmeleri, kaçma kaçınma fantezileri, yalnızlık ile izolasyon düşünceleri ve ümitsizlik, çaresizlik yönündeki otomatik düşüncelerin artışı birbiri ile ilişkili görünmektedir. Olumsuz otomatik düşünceler alt boyutlarından özellikle “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutunun sırasıyla; “kusurluluk”, “terk edilme” “karamsarlık”, “başarısızlık” şemaları ve “zedelenmiş otonomi” şema alanı ile güçlü düzeyde ilişkileri bulunmaktadır. Ayrıca “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutunun diğer alt boyutlara oranla pek çok şema ile anlamlı düzeylerde ilişkileri saptanmıştır. Buna ek olarak, otomatik düşüncelerden “kendine yönelik negatif duygu ve düşüncelerin” depresyon düzeyi ile ilişkisi de diğer alt boyutlara oranla daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgular, Beck’in (1967) öne sürdüğü bireyin benlik kavramını oluşturan kendisine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin, çevresi ve geleceğe ilişkin değerlendirmelerinde belirleyici olduğu yönündeki patojenik etkisi doğrultusunda anlaşılabilir görünmektedir

İntiharın bilişsel modeli açısından kriz durumundaki bireylerde bir intihar şeması olarak kabul gören ve durumsal umutsuzluğa yol açtığı öne sürülen “karamsarlık” şemasının otomatik düşüncelerden “ümitsizlik” alt boyutu ile arasındaki ilişkinin düzeyi bu alt boyutun diğer şemalar ile ilişkilerine oranla daha yüksektir. “Ümitsizlik” alt boyutundan alınan puanların umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile ilişkisi de diğer alt boyut ilişkilerine oranla daha yüksektir ve umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından “gelecek ile ilgili duygular” ve “motivasyon kaybı” ile anlamlı düzeyde ilişkileri bulunmaktadır. Ümitsizlik alt boyutunda yer alan bilişlere sahip kişi için “geleceğe umut ve coşku ile bakmak, geleceğe inanç duymak, gelecekte başarılı ya da mutlu olmayı ummak” pek mümkün görünmemektedir ve bu türden ifadeleri kapsayan “gelecek ile ilgili olumsuz duygular” alt boyutunda umutsuzluk düzeyinin yüksek olması beklenebilir. Hâlihazırda, “ümitsizlik” alt boyutunun depresyon düzeyi ile ilişkisi de diğer alt boyut ilişkilerine oranla daha yüksek ve güçlü düzeyde tespit edilmiştir. Kişinin mevcut durumdaki çaresizliğini, güçsüzlüğünü ve çözümsüzlüğünü yansıtabileceği düşünülen bu bilişlerin depresyonun bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri ve intihar davranışı ile ilişkileri bilişsel model açısından beklenen bir durumdur (Beck, 1967).

Bu bölümde, YDB grubunun ölçeklerden almış oldukları toplam puanların birbirileriyle olan ilişkileri ele alınmıştır.

YDB grubunda *şemaların şiddeti* ile *depresyon düzeyi* açısından alınan toplam puanların ilişkileri incelendiğinde, ilişki düzeyi açısından sırasıyla; “iç içe geçme/bağımlılık”, “karamsarlık”, “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “duygusal yoksunluk”, “cezalandırılma”, “başarısızlık” “kusurluluk” ve “tehditler karşısında dayanıksızlık” şemaları depresyon düzeyi ile anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. Şema alanlarından depresyon ile ilişki düzeyi açısından YDBİ grubu ile benzer biçimde; en yüksek ilişki “zedelenmiş otonomi” şema alanında izlenmiştir. Beck’e (1967) göre depresyonda, kişinin kendisine ilişkin olumsuz değerlendirmeleri, şemaları, temel faktördür ve depresyonlu hasta kendisini, önemli bulduğu ya da mutluluğu için gerekli gördüğü bazı özelliklerden yoksun hissetmektedir ya da kişisel alanında bir kayıp algılamaktadır (Beck, 1967; Beck, 2005). Depresyondaki hastada şemaların içeriğini; “başarısızlık, kusurluluk, terk edilmişlik ve yoksunluk” oluşturmaktadır (Beck, 1967). Lumley ve Harkness (2007), depresyon ile ilişkili şemaların *kayıp ve değersizlik* teması ile ilişkili olduğunu, bu tema ile ilişkili şemaların da “başarısızlık, bağımlılık, kusurluluk, duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon” şemaları olduğunu bildirmişlerdir. Cormier ve diğerleri (2011) ise, kusurluluk, dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemalarının depresyon için güçlü yordayıcılıkları bulunduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda her iki grup açısından; “başarısızlık, karamsarlık, kusurluluk, iç içe geçme/bağımlılık” şemalarının depresyon şiddeti ile anlamlı düzeylerde pozitif yönde ilişkileri olduğu saptanmıştır. Yanı sıra, intihar girişimi bulunmayan yeğin depresyon grubunda ilişki düzeyi açısından sırasıyla; “iç içe geçme/bağımlılık”, “karamsarlık”, “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “duygusal yoksunluk”, “cezalandırılma”, “başarısızlık” “kusurluluk” ve “tehditler karşısında dayanıksızlık” şemaları depresyon düzeyi ile anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, Beck (1967), Lumley ve Harkness (2007) ve Cormier ve diğerleri (2011) tarafından depresyon ile ilişkili olduğu öne sürülen şemalar ile benzerlikler göstermektedir. Çalışmamız bulgularının daha önce depresyon ile şemaların ilişkisi üzerine yapılmış çalışmaların bulguları ile de; “iç içe geçme bağımlılık” (Duran, 2016), “karamsarlık” (Duran, 2016; Trincas ve diğerleri, 2014), “sosyal izolasyon/güvensizlik” (Duran, 2016; Eberhart ve diğerleri, 2011; Schmidt ve diğerleri, 1995), “duygusal yoksunluk” (Duran, 2016; Eberhart ve diğerleri, 2011; Lumley ve Harkness 2007; Renner ve diğerleri, 2010; Trincas ve diğerleri, 2014); “başarısızlık” (Duran, 2016; Eberhart ve diğerleri, 2011; Renner ve diğerleri, 2010; Trincas ve diğerleri, 2014), “kusurluluk” (Eberhart ve diğerleri, 2011) ve “tehditler karşısında dayanıksızlık” (Duran, 2016; Trincas ve diğerleri, 2014) cezalandırılma (Davoodi ve diğerleri, 2018; Kevlekçi, 2013; Lapsekili ve Ak, 2012) şemaları açısından benzer sonuçlar ortaya koyduğu söylenebilir. Ayrıca, cezalandırılma beklentisi Beck’ e (1967) göre depresyon hastalarında sıklıkla görülen belirtilerden biridir. Beck Depresyon Ölçeği’nin yapılan faktör analizinde “kendinden memnuniyetsizlik, başarısızlık duygusu, suçluluk duygusu maddeleri” ile birlikte “kendiliği küçük görme faktörü” kapsamında yer almaktadır (Pichot ve Lemperiere, 1964; akt. Beck, 1967).

Şema alanlarından depresyon ile ilişki düzeyi açısından her iki grupta benzer sonuçlar elde edilmiş ve her iki grup için de depresyon ile en yüksek ilişki “zedelenmiş otonomi” şema alanında izlenmiştir. Depresyon ile ilişkili diğer şema alanları ilişkinin düzeyi açısından sırasıyla “kopukluk” ve “diğeri yönelimlilik” şema alanlarıdır. Bu bulgular zedelenmiş özerklik ve kopukluk şema alanlarının kapsadıkları şemaların depresif semptomatolojiyle ilişkili olduğuna dair diğer çalışma bulgularıyla örtüşmektedir (Halvorsen ve diğerleri, 2010; Hoffart ve diğerleri, 2005; Renner ve diğerleri, 2010). “Zedelenmiş sınırlar” ve “yüksek standartlar” şema alanlarının ise daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile çelişir biçimde depresyon ile anlamlı düzeyde ilişkili olmadığı saptanmıştır (Halvorsen ve diğerleri, 2010; Hoffart ve diğerleri, 2005).

Bu bulgular ışığında YDB grubunda da depresyon şiddetinin, YDBİ grubuyla benzer biçimde “kendini başarısız, yetersiz, kusurlu, istenmeyen olarak değerlendirme, bağımlılık gösterme, olumsuza odaklı olma, gelecekten olumsuz beklentiler içinde olma” ile ilişkili olduğu söylenebilir. Ancak YDBİ grubundan farklı olarak depresyon şiddeti ile ilişkiler açısından; YDB grubunda; sosyal izolasyon, güvensizlik, yalnızlık, kopukluk, duygusal yoksunluk, hatalar karşısında hoşgörüsüzlük, katılık, tehditler karşısında dayanıksızlık” ile ilgili şemaların da ön plana çıktığı görülmektedir.

YDB grubunda *şemalar* ve *umutsuzluk düzeyi* arasındaki ilişkiler incelendiğinde, sırasıyla “duygusal yoksunluk”, “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “kusurluluk”, “iç içe geçme/bağımlılık(yetersizlik)”, “başarısızlık”, “cezalandırılma” ve “karamsarlık” şemalarının umutsuzluk düzeyi toplam puanlarıyla pozitif yönde orta düzeyde ilişkili oldukları görülmektedir. YDB grubunda “kopukluk” şema alanında yer alan şemaların umutsuzluk düzeyi ile pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

YDB grubunda *şemaların şiddeti* ile *olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti* açısından toplam puanların ilişkileri incelendiğinde, olumsuz otomatik düşüncelerin şiddetinin “kendini feda” şeması hariç tüm şema boyutları ve şema alanları ile pozitif yönde anlamlı düzeylerde ilişkili olduğu görülmektedir. Diğer şemalara oranla daha yüksek ilişki düzeyleri olumsuz otomatik düşünceler toplam puanı ile “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “kusurluluk” ve “cezalandırılma” şemalarında izlenmiş olup bu şemalar ile ilişkilerin güçlü düzeyde pozitif yönde olduğu söylenebilir. Ardından ilişki düzeyi açısından “iç içe geçme/bağımlılık”, “tehditler karşısında dayanıksızlık”, “karamsarlık” ve “başarısızlık” şemaları gelmektedir. Otomatik düşünceler toplam puanı ile şemalar arasında yüksek düzeyli ilişkilerin YDBİ grubuyla benzer biçimde büyük oranda depresyon düzeyi ile ilişkili şemalarda izlendiği söylenebilir. Literatürde otomatik düşünceler ve şemaların ilişkisinin depresyon hastalarında incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Duran (2016), depresyon ile ilişkili erken dönem uyumsuz şemalarda olumsuz otomatik düşünce özelliklerini normal örneklemde araştırmış ve “terk edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık, iç içe geçme/gelişmemiş benlik, hastalıklar/tehditler karşısında dayanıksızlık, başarısızlık, karamsarlık ve duyguları bastırma” şemalarının olumsuz otomatik düşünce alt boyutlarının tümünde artışa neden olduğunu bildirmiştir.

YDB grubunda, olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti açısından toplam puanlar ile alt boyutlardan alınan puanların neredeyse tamamının depresyon ve umutsuzluk düzeyi ile güçlü düzeyde ilişkileri bulunmaktadır. Diğer bir deyişle olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti depresyon ve umutsuzluk düzeyi ile birlikte artıp azalmaktadır. Otomatik düşünce ölçeğinde yer alan “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” alt boyutu umutsuzluk düzeyi toplam puanı ile diğer alt boyutlara göre daha yüksek düzeyde ilişkilidir. Bu bulgu YDBİ grubu bulgularıyla farklılık göstermektedir. YDBİ grubunda “kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” haricinde tüm alt boyutlar, depresyon düzeyi ile pozitif yönde ilişkili saptanmıştır. “Kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği” alt boyutu “hayatım istediğim gibi gitmiyor, bir şeylerin değişmesi gerek” yönünde ifadelerden oluşmakta ve değişim isteğine de gönderme yapmaktadır. Bu yöndeki bilişlerin umutsuzluk ve karamsarlığın yüksek olduğu intihar grubundan farklı olarak, YDB grubunda söz konusu olabileceği düşünülebilir.

YDB grubunda olumsuz otomatik düşünceler toplam puanı ve olumsuz otomatik düşünceler alt boyut puanlarının tamamı, depresyonun şiddeti ile pozitif yönde güçlü düzeyde ilişkilidir. Bu bulgu, literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Aydemir ve diğerleri, 2002; Cerit ve Coşkun, 2012; Dobson ve Breiter, 1983; Harrel ve Ryon, 1983; Hjemdal ve diğerleri, 2013). Depresyon düzeyi ile ilişkinin yüksekliği açısından YDBİ grubu ile benzer biçimde “ümitsizlik” alt boyutu ilk sırada yer almaktadır. Benzer biçimde, YDB grubunda umutsuzluk düzeyi ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgular depresyonun bilişsel modeli açısından temel varsayımlardan olup beklenen niteliktedir (Beck, 1967, Beck, 2005).

*Gruplar bazında depresyonu yordamada erken dönem uyumsuz şemaların etkileri.*

Gruplar bazında depresyon şiddetine gönderme yapan BDE puanını yordamada şema boyutlarının bağımsız etkileri incelendiğinde, YDBİ grubunda erken dönem uyumsuz şemalardan; “iç içe geçme/bağımlılık”, “kusurluluk” ve “onay arayıcılık” şemalarının depresyon şiddetine yönelik puanları yordadığı saptanmıştır. “İç içe geçme/bağımlılık” ve “kusurluluk” şemalarından alınan puanların yüksekliği, “onay arayıcılık” şemasında ise alınan puanların düşük olması depresyon düzeyindeki artışı yordamaktadır. Yeğin depresyonu olan ve intihar davranışında bulunan bireylerde; bireyleşme ya da normal sosyal gelişim pahasına biriyle ya da önem verilen kişilerle aşırı duygusal bağlılık, yetersizlik, diğerlerine muhtaç olma, bağımlılık gösterme, kendisini kusurlu, eksik, kötü, istenmeyen, değersiz görme ile tanımlı şemaların varlığı depresyonun şiddetini yordamaktadır. Bu bulgular depresyon ile ilişkileri açısından “iç içe geçme/bağımlılık” şemasına (Cormier ve diğerleri, 2011; Duran, 2016), “kusurluluk” şemasına (Cormier ve diğerleri, 2011; Eberhart ve diğerleri, 2011; Harris ve Curtin, 2002; Schmidt ve diğerleri,1995) ilişkin literatürde yer alan çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Çalışmamıza benzer nitelikte karşılaştırmalı başka bir çalışma sonucunda ise intihar girişimi olan klinik grupta “kusurluluk”, “başarısızlık” ve “hak görme/büyüklenmecilik” şemalarının depresyonun şiddeti açısından yordayıcı olduğu bildirilmiştir (Darvishi ve diğerleri, 2013). Diğer yandan, çalışmamızda, onay alma, tanınma ve ilgi görmeye verilen değer, öz saygının diğerlerinin tepkileri doğrultusunda şekillenmesine verilen önemin azalması depresyonun şiddetini yordamaktadır. “Onay arayıcılık” şemasından alınan puanların düşüklüğünün depresyon şiddetini yordamadaki etkilerine yönelik bulgularımız, Şenormancı, Konkan, Güçlü, Şenormancı ve Sungur’un (2013) depresyonu olan kişilerle yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarından fonksiyonel olmayan tutumlardan “onay görme ihtiyacının” depresyon ile arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Yeğin depresyonu olan ve intihar davranışında bulunmayan katılımcılar açısından ise, erken dönem uyumsuz şemalardan; “duygusal yoksunluk”, “karamsarlık”, “cezalandırılma” şemalarından alınan puanların yüksek olması, “yüksek standartlar” şemasından alınan puanların düşük olması depresyon düzeyindeki artışı yordamaktadır. YDB grubunda duygusal bağlantı kurma güçlüğü, yaşantıların olumsuz yanlarına odaklanma ve gelecekten olumsuz beklentiler içinde olma eğilimi ve hatalar karşısında hoşgörüsüzlük, katılık ile ilişkili şemaların depresyon şiddetindeki artışı yordadığı söylenebilir. Bu bulgular depresyon ile ilişkileri açısından; “duygusal yoksunluk” (Duran, 2016; Eberhart ve diğerleri, 2011; Renner ve diğerleri, 2010; Trincas ve diğerleri, 2014); “karamsarlık” (Duran, 2016; Trincas ve diğerleri, 2014); “cezalandırılma” (Davoodi ve diğerleri, 2018) şemaları için literatürde yer alan çalışma sonuçlarıyla benzerlikler göstermektedir. Öte yandan çalışmamızda, yüksek standartlara sahip olmak ve bu standartları gerçekleştirmeye yönelik yoğun çaba içersinde olmaya verilen önemin azlığı depresyon şiddetindeki artışı yordamaktadır. Frost, Marten, Lahart ve Rosenblate (1990), mükemmeliyetçiliğin çeşitli alt faktörlerden oluşan çok boyutlu tanımından yola çıkarak yürüttükleri analiz sonucunda, altı alt faktör tespit etmişler ve mükemmeliyetçiliğe ilişkin patolojik unsurun kişinin kendisine yüksek standartlar koymasından çok, hatalarına aşırı odaklı olması ve yüksek düzeyde hata yapma kaygısı taşıması olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu, “cezalandırıcılık” şeması ile ilgili çalışmamız sonuçlarını da destekler niteliktedir. Yanı sıra Hewitt ve Flett (1991) mükemmeliyetçiliğin; kendine yönelik, diğerlerine yönelik, sosyal düzene yönelik olmak üzere üç boyutlu bir kavram olduğunu öne sürmüşlerdir. Sherry ve diğerleri (2014), bu varsayım doğrultusunda mükemmeliyetçilik kavramının depresyon ile ilişkisini test ettikleri boylamsal araştırma sonucunda, “kendine yönelik mükemmeliyetçilik” alt boyutunda yer alan “kendini katı bir biçimde eleştirme” özelliğinin depresyon için yatkınlık oluşturucu etkisini ortaya koymuşlardır. Bu bağlamda çalışmamızda yüksek standartların şiddetinden çok “cezalandırılma” şemasından alınan puanların yüksekliğinin depresyon şiddetindeki artışı yordayıcı etkisi anlaşılır görünmektedir. Ayrıca bu bulgu, Şenormancı ve diğerleri’nin (2013) “mükemmelci tutum” ile depresyon düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu yönündeki bulguları ile benzerlik göstermektedir.

*Yeğin depresyonu olan bireylerde intihar davranışını yordamada etkili olan faktörlerin incelenmesi.*

Bu bölümde, çalışmamızın tüm örnekleminde, yapılan analizler sonucunda intihar davranışı ile ilişkileri belirlenen olası değişkenlerin, intihar davranışını yordayıcı etkileri ele alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda söz konusu faktörlerin intihar davranışını yordamada bağımsız etkileri incelendiğinde; “geçmişte psikiyatrik tanının varlığı” ve YŞÖ-“Başarısızlık” şemasının intihar davranışını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Analize dahil edilen diğer faktörler kontrol edildiğinde, yeğin depresyonu olan katılımcıların “geçmişte psikiyatrik tanısının” olması, olmamasına göre intihar davranışı riskini artırmaktadır. Benzer biçimde, “başarısızlık” şeması puanlarındaki artışın da intihar davranışı riskini artırdığı saptanmıştır. Bu bulgulara ek olarak, klinik özellikler açısından, “geçmişte psikiyatrik tanı varlığı, ölüm isteği, intihar düşüncesi ve intihar planı” değişkenleri kendi aralarında değerlendirildiğinde; “geçmişte psikiyatrik tanının varlığı” ve yaşamın herhangi bir döneminde “intihar planı” yapmış olmanın yeğin depresyonu olan katılımcılarda intihar davranışını yordayıcı olduğu, intihar davranışı riskini artırdığı saptanmıştır.

Örneklemimizde bulunan YDB grubu için “geçmiş tanının varlığı” sadece geçmişte depresyon tanısı ile tedavi görmeye gönderme yapmakta iken, YDBİ grubu katılımcıları için “geçmiş tanının varlığı” geçmişte depresyon tedavisi görme yanında bu epizodlara eşlik etmesi olası geçmiş intihar davranışının da etkisini içerebilir. Çalışmamız açısından bir kısıtlılık olarak da değerlendirilebilecek bu durum bağlamında YDBİ grubu katılımcılarını da içeren örneklemimiz için “geçmiş tanının varlığı” faktörünün “geçmişte intihar davranışı” olasılığını da kapsar şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda her iki grupta yer alan katılımcıların geçmişte büyük oranda “depresyon” tanısı ile tedavi aldıkları söylenebilir. İntihar literatüründe, hâlihazırda depresyonda olmak intihar davranışı açısından önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Foster ve diğerleri, 1997; Kaplan ve Sadock, 2004; Köroğlu, 1997).Yanı sıra, bireyde intihar düşüncelerinin bulunması, intihar niyetinin olması, daha önce intihar girişimlerinin bulunması, depresyon ataklarının uzun süreli olması (Clark ve diğerleri, 1999), intihar planlarının ve daha önce intihar girişimlerinin varlığı (Özgüven, 2003) intihar riskini artıran psikolojik faktörler olarak belirtilmiştir. Geçmişte intihar girişiminde bulunulması, intihar davranışları açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Beck, 1967; Can ve Sayıl, 2004; Kaplan ve Sadock, 2004; Paracıkoğlu ve diğerleri, 2004; Sayıl ve diğerleri, 1995; Zonda, 1991). Bu durum, daha önceki depresyon ataklarının ve intihar girişimlerinin yol açtığı bilişsel duyarlılaşma ve karşıt süreçler mekanizmaları ile ilişkilendirilmekte (Joiner, 2002); bir depresyon epizodu sürecinde üzgün duygudurum ile umutsuzluk/intihar bilişleri arasında kurulan ilişkinin gelecekte üzgün duygudurumun umutsuzluk/intihar ile ilişkili bilişleri kolaylıkla harekete geçirebileceği ile açıklanmaktadır (Antypa ve diğerleri, 2010). Ayrıca geçmişte depresyon tanısı ile tedavi görmüş olmanın yeniden depresyon yaşayan kişi de hastalığın yineleyiciliği açısından umutsuzluk düzeyine etkisi olabileceği de düşünülebilir.

Çalışmamızda, intihar davranışını yordayıcı olduğu saptanan “başarısızlık” şeması; kişinin başarısız olduğuna, kaçınılmaz biçimde başarısız olacağına, akranlarına göre faaliyet alanlarında temelde yetersiz olduğuna ve olacağına dair inancına gönderme yapmaktadır. Kişinin, akılsız, beceriksiz, yetersiz, statüsü düşük, diğerlerinden daha az başarılı olduğuna yönelik inançlarını kapsamaktadır ve “zedelenmiş otonomi” şema alanı içerisinde yer almaktadır (Young ve diğerleri, 2009). “Başarısızlık” şeması kişinin kendilik değerinin göstergesi olarak kabul görmektedir (Sungur, 2007) ve benlik saygısına olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir (Beck, 1967). Şemalara ilişkin literatürde depresyon ve intihar davranışı ile ilişkileri ve yordayıcılığına yönelik çalışmalar yer almaktadır (Ahmadpanah ve diğerleri, 2017; Beck, 1967; Darvishi ve diğerleri, 2013; Duran, 2016; Eberhart ve diğerleri, 2011; Lumley ve Harkness, 2007; Trincas ve diğerleri, 2014; Renner ve diğerleri, 2010).

Bilişsel modele göre depresyonda kişinin kendisine ilişkin olumsuz değerlendirmeleri, şemaları, temel faktördür (Beck, 1967). İntiharın bilişsel modeli açısından da ruhsal bozukluklar için yatkınlık oluşturucu şemalar, kriz durumunda olan intihara eğilimli kişide genel bir risk faktörü olarak işlev görmektedir. Bu faktörlerin şiddeti arttıkça intihar davranışı açısından da risk artmaktadır (Wenzel, Brown ve diğerleri, 2008). “Başarısızlık” şeması, kayıp temasıyla ve depresyon ile ilişkili kabul edilmektedir (Beck, 1967; Lumley ve Harkness, 2007). Depresyonda kişi kendisini, önemli bulduğu ya da mutluluğu için gerekli gördüğü bazı özelliklerden (yetenek, performans, zekâ vb.) yoksun hissetmektedir ya da kişisel alanında bir kayıp algılamaktadır (Beck, 1967). Başarısızlık şemasının bu türden çıkarımlar oluşturulmasına temel oluşturabileceği düşünülebilir. Bilişsel üçlü çerçevesinde, kişinin kendisini her türden faaliyet alanında başarısız, yetersiz, beceriksiz olarak değerlendirmesinin *çevresi* ve *geleceğe* dönük düşünce ve tutumları açısından da olumsuz sonuçları beklenebilir. Kendisini başarısız algılayan kişide umutsuzluk ve motivasyon kaybı görülebilir ve bu faktörler intihar eğilimi açısından zemin oluşturabilir (Beck, 1967).

Çalışmamızda ek olarak, benzer sonuçları olan faktörler kendi içinde değerlendirildiğinde, ODÖ alt boyutları açısından, “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutunun intihar davranışını yordamada etkili olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle, yeğin depresyonu olan katılımcıların otomatik düşünce alt boyutlarından “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceler” alt boyutu puanlarındaki artışın, intihar davranışı riskini artırdığı görülmüştür. Bu bulgu, daha önce değinildiği üzere Beck’in (1967), bireyin *kendisine* ilişkin olumsuz düşünce ve tutumlarının, *çevresi* ve *geleceğe* dönük düşünce ve tutumlarını da biçimlendirici etkisi nedeniyle psikopatolojiler açısından ayrıca önem taşıdığı varsayımı ile örtüşmektedir. Bilişsel modele göre, depresyonda kişinin kendisine yönelik olumsuz değerlendirmeleri, gelecekten olumsuz beklentilere ve umutsuzluğa yol açmakta; bu durum da intihar davranışı açısından risk oluşturmaktadır.

Benzer biçimde, BUÖ alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde, “gelecek ile ilgili beklentiler” alt boyut puanlarının intihar davranışını yordamada etkili olduğu; yeğin depresyonu olan katılımcıların BUÖ-“gelecek ile ilgili beklentiler” alt boyut puanındaki artışın intihar davranışı riskini artırdığı saptanmıştır. Beck’e göre (1967) gelecekten olumsuz beklentiler, depresyonun bilişsel boyutunda gözlenen bir özelliktir ve umutsuzluk ile ilişkilidir, hastada intihara eğiliminin de temelini oluşturmaktadır. BDE’nin Pichot ve Lemperiere (1964) tarafından yapılan faktör analizinde “gelecekten olumsuz beklentiler” olarak tanımlanan umutsuzluk ile intihar eğiliminin tek faktör olarak bildirilmesi, umutsuzluğun intihar için anahtar role sahip olduğu varsayımına kanıt olarak öne sürülmüştür (akt. Beck, 1967). Gelecekten olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk, depresyonda görülen tüm semptomlar içerisinde, intihar davranışı ile ilişkisi en yüksek faktördür ve intihar girişiminde bulunan kişilerin tedavisinde kişinin umutsuzluğuna yönelik müdahalelerin önemine sıklıkla vurgu yapılmaktadır (Beck, Steer, Beck ve diğerleri, 1993; Clark ve diğerleri, 1999; Minkoff ve diğerleri, 1973).

Sonuç olarak, bilişsel model açısından kişinin; benlik kavramına ve özsaygısına olumsuz etkileri olan ve depresyon ile ilişkili olduğu kabul gören “başarısızlık” şemasının, “kendisine yönelik olumsuz değerlendirmelerine” ilişkin otomatik düşüncelerinin ve “gelecekten olumsuz beklentiler” içersinde olmasının intihar davranışını yordayıcı etkilerine yönelik bulgularımız bilişsel modelin depresyon ve intihar davranışına ilişkin temel varsayımlarını destekler niteliktedir.

# 6. BÖLÜM

# SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, bilişsel model açısından depresyon ve intihar davranışı ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu öne sürülen bilişsel faktörler Yeğin Depresyon Bozukluğu tanılı bireylerde araştırılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulguların, yeğin depresyonu olan bireylerde depresyonun bilişsel terapisine; risk faktörlerinin tanınması ve ilişkili bilişsel unsurların anlaşılması yoluyla da intihar davranışının azaltılması ve önlenmesine yönelik özgül terapötik müdahalelerin oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yeğin depresyonu olan bireylerde depresyon ve intihar davranışı açısından risk faktörü olarak değerlendirilen şemalara ilişkin bulgularımız her iki grup açısından farklılıklar ve benzerlikler ortaya koymaktadır. İntihar davranışı olan grup, intihar davranışı olmayan gruptan; “başarısızlık”, “karamsarlık”, “terk edilme”, “sosyal/izolasyon/güvensizlik”, “kusurluluk”, “ayrıcalıklık/yetersiz özdenetim”, “iç içe geçme/bağımlılık”, “cezalandırılma” şemaları açısından farklılaşmaktadır ve bu şemalardan aldıkları puanlar daha yüksektir. Şemalar ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiler incelendiğinde her iki grupta şema alanları açısından benzer sonuçlar elde edilmiş ve depresyon ile en yüksek ilişki “zedelenmiş otonomi” şema alanında izlenmiştir; diğer şema alanları her iki grup için de “kopukluk” ve “diğeri yönelimlilik” şema alanlarıdır. Şema boyutlarının depresyon düzeyi ile ilişkileri açısından her iki grupta; “başarısızlık, karamsarlık, kusurluluk, iç içe geçme/bağımlılık” şemalarının depresyon şiddeti ile anlamlı düzeylerde ilişkileri olduğu saptanmıştır. Bu şemalara ek olarak intihar davranışı bulunmayan grupta; “sosyal izolasyon/güvensizlik”, “duygusal yoksunluk”, “cezalandırılma” ve “tehditler karşısında dayanıksızlık” şemaları depresyon düzeyi ile anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. İntihar davranışı bulunan grupta ise depresyon düzeyi ile ilişkiler açısından; “terk edilme”, “kusurluluk”, “karamsarlık”, “duyguları bastırma”, “başarısızlık”, “iç içe geçme/bağımlılık” şemaları ön plana çıkmaktadır. Gruplar bazında depresyon şiddetini yordayıcı şemalar incelendiğinde, intihar grubunda “iç içe geçme/bağımlılık” ve “kusurluluk” şemalarından alınan puanların yüksekliği, “onay arayıcılık” şemasından alınan puanların düşük olması; intihar davranışında bulunmayan katılımcılarda ise “duygusal yoksunluk”, “karamsarlık”, “cezalandırılma” şemalarından alınan puanların yüksekliği, “yüksek standartlar” şemasından alınan puanların düşük olması depresyon düzeyindeki artışı yordamaktadır.

Çalışmamızın diğer bulguları değerlendirildiğinde; intihar davranışı bulunan katılımcılar; depresyonun şiddeti, umutsuzluk düzeyi ve olumsuz otomatik düşüncelerin şiddetine gönderme yapan puanlar açısından diğer gruptan anlamlı düzeyde yüksek puanlar almışlardır. Benzer biçimde, intihar grubunun umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından “gelecek ile ilgili beklentiler” ve “motivasyon kaybı” puanları ve otomatik düşünceler ölçeği alt boyutlarının tamamından almış oldukları puanlar diğer gruba oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Her iki grupta da olumsuz otomatik düşünceler alt boyutlarından “ümitsizlik” alt boyutunun “umutsuzluk düzeyi” ve “depresyon düzeyi” ile ilişkisi diğer alt boyutlara oranla yüksektir. Otomatik düşüncelerden kişinin “kendine yönelik negatif duygu ve düşünceleri” alt boyutunun her iki grupta diğerlerine oranla pek çok şema boyutu ile ilişkileri göze çarpmaktadır.

Çalışmamız bulguları ile yeğin depresyonu olan bireylerde klinik özellikler açısından; geçmişte depresyon tanısı ile tedavi almış olma ve intihar davranışında bulunmuş olmanın, yaşamın herhangi bir döneminde intihar planı yapmış olmanın; bilişsel faktörler açısından ise; “başarısızlık” şemasından ve zedelenmiş otonomi şema alanından alınan puanların yüksekliği, “kendine yönelik negatif duygu ve düşüncelere” ilişkin olumsuz otomatik düşüncelerin şiddeti ve “gelecek ile ilgili beklentiler” açısından umutsuzluk düzeyinin yüksekliği intihar davranışını yordayıcı bulunmuştur.

# KAYNAKÇA

Abramson, L.Y., Alloy, L.B. ve Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, *96(2),*358-372.

Ahmadpanah,M., Astinsadaf,S., Akhondi,A., Haghighi,M., Bahmani,D.S., Nazaribadie,M., Jahangard,L., Holsboer-Trachsler,E., Brand,S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry,77*,71–79.

Ak, M., Özmenler, K.N., Bozkurt, A. (2006) Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. *Kriz Dergisi,14 (3),*1-7.

*American Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*.(2013). E. Köroğlu (Çev.). Ankara:HYB.

Antypa,N., Van der Does, A. W. ve Penninx, B. W. (2010). Cognitive reactivity: investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of Affective Disorders*, *122(1),* 46-52.

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Psikolojiye Giriş (Hilgard’s Introduction to Psychology).* Y. Alagon (Çev.). Ankara:Arkadaş Yayınları.

Atlı, Z. (2007).*İntihar Olasılığı Ölçeği’nin klinik örneklemdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması.* Adnan Menderes Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Atlı, Z., Eskin, M. ve Dereboy, Ç. (2009). İntihar olasılığı ölçeği’nin klinik örneklemde geçerlik ve güvenirliği. *Klinik Psikiyatri,12,*111-124.

Aydemir, Ç., Temiz, H. ve Göka, E. (2002). Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *13(1),* 33-39.

Barth,J., Munder,T., Gerger,H., Nuesch,E., Trelle,S., Znoj, H. Jüni,P. ve Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLOS Medicine*,*10(5),*1-17.

Başoğul, C. ve Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7(1),* 1-15.

Batıgün, A.D. (2001). Depresyonda bilişsel-davranışçı terapiler. *Türk Psikoloji Bülteni, 20,*16-29.

Baumeister, RF. (1990). Suicide as escape form self. *Psychological Review*, *9 (1),*90-113.

Bay, A. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin tarihi. *3P Dergisi,11*(Ek.2), 5-8.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper ve Row, Publishers.

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, *46(4),* 368-375.

Beck, A.T. (2005). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry, 165(8),* 969-977.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (2006). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. Focus, 147(2), 190-296. Erişim adresi: https://focus.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/foc.4.2.291

Beck, A.T. ve Emery, G. (2006). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler*. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beck, A.T., Kovacs, M. ve Weissmann, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2),* 343-352.

Beck, A.T., Robert A., Steer, E.D., Kovacs, M. ve Garrison, B.S. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry,142 (5),* 559- 563.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.*  New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Steer, R.A. ve Brown, G. (1993). Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23(1)*, 11-20.

Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. ve Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23(2),* 139-145.

Beck A.T, Weissmann, A., Lester, D. ve Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42(6),* 861-865.

Beck, J.S. (2001). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. N.H.Şahin (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Beck, R. ve Perkins, T.S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis, *Cognitive Therapy and Research, 25 (6),*651–663.

Bekaroğlu, M. ve Bilici, M. (1998). Psikiyatrik Acil Durumlar. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı -2* İçinde (835-855). Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Bertolote, J.M. ve Fleischmann, A. (2002a). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology,7 (2).*

Bertolote, J.M. ve Fleischmann, A. (2002b). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, *1(3),*181-185.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, Sadnes and Depression.(Vol.3.) New York:Basic Books.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. ve Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review,* *26(1),* 17-31.

Can, S. ve Sayıl, I. (2004). Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi, 12(3),* 53-62.

Cane D.B., Olinger,L. J., Gotlib, I.H. ve Kuiper N.A.(1986). Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, *42,*307-309.

Cannon, B., Mulroy, R., Otto, M.W., Rosenbaum, J.F., Fava, M. ve Nierenberg, A.A. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorders, 55(1),*45-49.

Cerit, C. ve Coşkun, B. (2012). Depresyon, distimi ve iyileşmiş depresyon hastaları ile sağlıklı kontrol grubunda bilişsel çarpıtmaların karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry,13,*250-255.

Clark, D.A., Beck,A.T. ve Alford, B.A. (1999).*Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression.* New York: WileyveSons Inc.

Cormier, A., Jourda, B., Laros, C. Walburg, V. Ve Callahan, S. (2011). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L’Encephale*, *37(4),*293-298.

Dale,R., Power, K., Kane, S., Stewart, A.M. ve Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, *14,*311–328.

Darvishi, F., Rahmani, M.A., Akbari, B. ve Rahbar, M. (2013). A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences,84*, 1072 – 1077.

[Davoodi](https://www.clinicalkey.com/#!/search/Davoodi%20Elham/%7B%22type%22:%22author%22%7D),E., Wen,A., Dobson,S.K., Noorbala,A.A., Mohammadi, A. ve Farahmand,Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of Affective Disorders, 235,* 82-89.

Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O. ve Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threating Behavior, 31(2),* 153-168.

Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi, 1(3),* 134-138.

Dixon, W.A., Heppner, P.P. ve Anderson, W.P., (1991). Problem solving appraisal, stres, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseiling Psychology, 38(1),* 51-56.

Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. [Abstract] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57(3),* 414-419.

Dobson, K. S. ve Breiter, H.J. (1983). Cognitive assessment of depression: reliability and validity of three measures*. Journal of Abnormal Psychology, 92(1),*107-109.

Dozois, D.J.A. ve Dobson, K.S. (2001). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: specificity and comorbidity issues. [*Journal of Abnormal Psychology*,](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11358018)*110(2),*236-46.

Duran, S. (2016). *Depresyon ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkide otomatik düşünce özelliklerinin incelenmesi.* Beykent Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Durkheim, E., (2011).  *İntihar: Toplumbilimsel İnceleme.* Ö. Ozankaya (Çev.), Cem Yayınevi.

Eberhart,N.K., Auerbachand,R.P., Bigda-Peyton,J. ve Abela,J.R.Z (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*,*30(1),* 75-104.

Erol N., Kılıç C., Ulusoy M.,Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.

Eskin, M. (2001). Ergenlikte yalnızlık, başetme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(1),* 5-11.

Eskin, M. (2012). *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme.* Ankara: HYB Yayıncılık.

Eskin, M., Akoğlu, A. ve Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *17(4),*266-275.

Fouladi, M. (2015). Prediction of depression through early maladaptive schemas. *Mediterranean Journal of Social Science*, *6(1),*602-609.

Freud, S. (2002). *Metapsikoloji.* Gözden Geçirilmiş Sandart Baskı. E. Kapkın, A.T. Kapkın (Çev.), İstanbul:Payel Yayınevi.

Foster, T., Gillespie, K., ve McClelland, R. O. Y. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, *170(5),* 447-452.

Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. ve Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14(5)*, 449-468.

Gloaguen, V., Cottraux J., Cucherat,M., I.M. ve Blackburn (1998). A meta analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders,49,* 59-72.

Gökdağ, C. ve Sütcü, S.T. (2016). Majör depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *8(1),* 23-38.

Halvorsen, M., Wang, C.E., Eiseman,M. ve Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, *34,*368-379.

Harrell, H. ve Ryon, B. (1983). Cognitive behavioral assessment of depression: Clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(5), 721-725.

Harris, A.E. ve Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults.[Cognitive Therapy and Research](https://link.springer.com/journal/10608),26(3), 405-416.

Hewitt, P.L. ve Flett, G.L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology, 100(1), 98-101.

Hjemdal, O., Stiles, T. ve Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*, 59–65.

Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H.,Haugum,J.A.,Nordahl, H.M., Hovland, O.J., Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, *29(6),*627–644.

Hollon, S.D. ve Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnarie. *Cognitive Therapy and Research*, *4(4),*383-395.

Ingram, R.E. ve Luxton, D.D. (2005). Vulnerability Stres Models. B.L. Hankin ve J.R.Z. Abela (Ed.), *Development of Psychopathology: A Vulnerability – Stress Perspective, (32-47),* California: Sage Publication,Inc.

Işık E. (2013a). Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırmaları ve Prevelansı. U. Işık, ve E. Işık (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* İçinde (15-19). Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Işık E. (2013b). Depresyon Tabloları. U. Işık, ve E. Işık (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*İçinde (37-60). Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Işık E. (2013c). Depresyonun Psikodinamik Etyolojisi. U. Işık ve E. Işık (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* İçinde (105-118). Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Işık U, Açıkyürek, K. ve Işık, E. (2013).Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. U. Işık ve E. Işık (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* İçinde (72-103). Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Işık, U. ve Işık E. (2013).Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri. U. Işık ve E. Işık. (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* İçinde (21-35).Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P.A.,Addis, M.A., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E., Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64(2),*295-304.

Jager-Hyman, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G. K. ve Beck, A. T. (2014). Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research, 38(4),* 369-374.

Joiner, T.E. (2002). The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32(1),* 33-41.

Kaplan, H.I.,ve Sadock B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri.* E.Abay (Çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kevlekçi, M. (2013). *Erken dönem uyumsuz şemalar, tutumlar ve hatalı otomatik düşüncelerin depresif duygudurum ve intihar düşüncelerine etkisi.* Haliç Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Kovacs, M. ve Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *Am J Psychiatry, 135(5),* 525-533.

Köroğlu, E. (1997). Majör Depresif Bozukluk. C.Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı -1* İçinde (389-423). Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Lapsekili, N. ve Ak, M. (2012). Bipolar ve unipolar depresyonda erken dönem uyumsuz şemalar: Benzerlikler ve farklılıklar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 1*,145-151.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stres to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu. Rew. Psychol*.*44*,1-21.

Leahy, R.L. (2007). *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları*. T. Özakkaş (Ed.), H.Hacak, M. Macit ve F.Özpilavcı (Çev.), İstanbul:Litera Yayıncılık.

Lee, A. ve Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology*,  *38(2),* 219-231.

Lester, D. (1994). Research note: A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *24 (1),*80-88.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression, J. Coyne (Ed.), *Essential Papers on Depression*, New York University Press.

Linehan, M.M. ve Nielsen, S.L.(1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(5),*773-775.

Lumley, M.N. ve Harkness, K.L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy Research, 31*,639–657.

Martin, R.A., Kazarian, S.S. ve Breiter H.J. (1995). Perceived stress, life events, dysfunctional attitudes, and depression in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assesment, 17(1),* 81-95.

McGinn, L. K., Cukor, D. ve Sanderson, W.C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, *29 (2),* 219–242.

McWilliams, N. (2010). *Psikanalitik Tanı.* E. Kalem (Çev.), İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T. ve Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide*. American Journal of Psychiatry, 130(4),* 455-459.

Murray C.J.L. ve Lopez A.D. (1996). *Global burden of disease and injury series: The global burden of disease.* World Health Organization.

Odağ, C. (1990). *İntihar (Özkıyım): Tanım, Kuram Sağaltım*. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği.

Özer, Ü., Yıldırım, E.A. ve Erkoç, Ş.N. (2015). Major depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatry*, *52,*283-288.

Özgüven, H.D. (2003). İntihar girişimlerinde krize müdahale. *Kriz Dergisi,11(1),*25-34.

Özkürkçügil, A., Aydemir, O., Yıldız, M., Esen, D.A. ve Köroğlu, E. (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, *12,* 233-236.

Öztürk,O. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara:Nobel Tıp Kitapları.

Palabıyıkoğlu, R., Azizoğlu, S., Özayar, H. ve Berksun,O.E. (1993). İntihar girişimi olan ve olmayan depresiflerin aile işlevselliği. *Kriz Dergisi*, *1(3),*114-123.

Paracıkoğlu,V., Sayıl, I. ve Özgüven, H.D. (2004). Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması: DSÖ-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları. *Kriz Dergisi*, *12(2),* 1-17.

Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K. ve Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, *61(8),*477-483.

Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. ve Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology:Science and Practice, 20(2),* 166-180.

Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. ve Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment.*Journal of Affective Disorders, 136(3),* 581-590

Riso, L.P., Froman,S.E., Raouf,M., Gable,P., Maddux,R.E., Turini-Santorelli,N., Penna,S., Blandino, J.A., Jacobs,C.H., Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *30(4),*515-527.

Roberts, J. E., Gotlib, I. H. ve Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem*. Journal of Personality and Social Psychology, 70(2),* 310-320.

Rudd, M.D. (2000). A suicidal mode: A cognitive behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30(1),*18-33.

Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Orden, K.V., Witte,T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(3),*255-262.

Savaşır, I. ve Batur, S. (1998). Depresyonun bilişsel davranışçı tedavisi, I. Savaşır, G.Boyacıoğlu ve E. Kabakçı (Ed.), *Bilişsel Davranışçı Terapiler* İçinde (17-50). Ankara:Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (Ed.) (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikoloji Derneği Yayınları.

Sayıl, I. (2000). İntihar Davranışı. *Kriz ve Krize Müdahale*. A.Ü.Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No:6, Ankara.

Sayıl, I. ve Azizoğlu, S. (1991). İntiharı konu alan yayınlar üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi, 1(1),*38-41.

Sayıl, I., Berksun, O. E., Oral, E. A., Güney, S., Büyükçelik, D. ve Duran, A. (1995). İntihar girişimleri: Yardım çağrısı. *Kriz Dergisi,3(1-2),*215-217.

Schmidt, N. B., Joiner, T.E., Young J.E. ve Telch, M.J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *19 (3),* 295.321.

Schueller, S.M. ve Seligman, M.E.P. (2008). Optimism and Pessimism. K.S.Dobson ve D.J.A. Dozois (Eds.), *Risk Factors in Depression*. (171-194) London:Elsevier Inc.

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi, 1(3),* 139-142.

Shah, R. ve Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [*188(1)*,19-25](https://journals.lww.com/jonmd/toc/2000/01000).

Sherry,S.B., Richards,J.E., Sherry,D.L. ve Stewart,S.H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A-12 month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, *52*,1-5.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self Destructive Behavior.* Pennysylvania: Rowman ve Littlefield Publishers, Inc.

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *20(1),*75-84.

Sungur, M.Z.(1997). Bilişsel davranışçı terapilerin gelişim öyküsü, A. Tangör (Ed.), *Psikoterapiler El Kitabı* İçinde (50 – 65). İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.

Sungur, M.Z. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi, 11*(Ek.2)*,*31-38.

Sungur, M.Z. (2007). *Depresyonun Kognitif Teorisi*. Kognitif ve Davranışçı Terapi Eğitim Notları, Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği*.*

Şahin N.H., Onur, A. ve Basım, N.J. (2008). İntihar olasılığının, öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik ile yordanması. *Türk Psikoloji Dergisi,23(62),*79-88.

Şahin, N. H. ve Şahin, N., (1992).Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnarie. *Journal of Clinical Psychology,48(3),*334-340.

Şenormancı, Ö., Konkan, R. Güçlü, O., Şenormancı, G. ve Sungur, M.Z. (2013). Ruminatif yanıt biçimi ve fonksiyonel olmayan tutumların majör depresyonla ilişkisi. *Düşünen Adam:The Journal of Psychiatri and Neurological Sciences, 26(2)*, 239-247.

Taner, E. (2013). Depresyonda Kişilerarası Tedavi. U. Işık ve E. Işık (Ed.) *Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar* İçinde (247-260). Ankara:Rotatıp Kitabevi.

Tarrier,N., Taylor,K. ve Gooding,P. (2008). Cognitive-behavioral ınterventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis, *Behavior Modification*, *32(1),*77-108.

Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41,*373-380.

Tolin, D.F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30(6),* 710-720.

Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G. ve Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas.  *Scientiﬁc World Journal*, 1-7.

Tümkaya, S., Çelik, M. ve Aybek, B. (2011). Lise öğrencilerinde boyun eğici davranışlar, olumsuz otomatik düşünceler, umutsuzluk ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *20(2),*77-94.

Türkçapar, M.H. (2003). Kognitif terapi ve kuramı. *3P Dergisi*, *11*(Ek.2),9-18.

Türkçapar, M.H. (2008). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Türkçapar, M.H. (2009). *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi: Depresyon.* Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Uluşahin, A. (2003). Depresyona Genel Yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi*, *10 (2),* 79-88.

Weissman, A.N. ve Beck, A.T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. Annual Meeting of the American Educational Research Association*, Toronto.

Wenzel, A. ve Beck, A.T (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12,*189-201.

Wulsin, L.R., Vaillant,G.E. ve Wells, W.E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine 61*, 6–17.

Yılmaz, B. (2000). Bilişsel terapilerin tarihsel ve felsefi temelleri. *Türk Psikoloji Bülteni*, *19*,49-52.

Young, J. E., Klosko, C. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Şema Terapi.* T.V. Soylu (Çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık.

Zonda, T. (1991). A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on hungarian material. *Crisis:The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *12(1),*48-57.

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü (2018), Erişim adresi:

[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\_gtsvearama=gtsveguid=TDK.GTS.5ae487ab260a47.49804706](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ae487ab260a47.49804706)

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) Raporu (2018), Erişim adresi:

<http://www.tuik,gov.tr,/PreHaberBultenleri.do?id=2151620>,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Raporu, (2015), Erişim adresi:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110en

# 

# EKLER

## EK-1 Bilgilendirme formu

Bu çalışmanın amacı; yeğin (majör) depresyonu olan bireylerde; intihar davranışı ile umutsuzluk düzeyi, olumsuz otomatik düşünceler ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkileri incelemektir.

Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunduk. Demografik bilgi formu sizin yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleriniz ile hastalığınız ve tedavi süreci hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; depresyon ve umutsuzluk düzeyi, yaşanan olaylara verdiğiniz anlamlar, olayları değerlendirme biçiminiz, düşünce, duygu ve davranış özelliklerinizi ölçmeye yöneliktir.

Ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikâyet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı olan Psk. Nergiz YÜCE BOSTAN ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz (email; [……….](mailto:nrgsycbstn@gmail.com), telefon: ………..).

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, 01.06.2018 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Nergiz YÜCE BOSTAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Yakın Doğu Üniversitesi,

Lefkoşa

## 

## EK-2 Aydınlatılmış onam

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı, yeğin (majör) depresyonu olan bireylerde; “intihar davranışı” ile “umutsuzluk düzeyi”, “olumsuz otomatik düşünceler” ve “erken dönem uyumsuz şemalar” arasındaki ilişkileri araştırmaktır.

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin, depresyonu olan bireyler ile depresyonu olan ve intihar davranışında bulunan bireylere uygulanacak terapötik müdahalelerin belirlenmesine ve terapi hizmetlerinin yönlendirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Size verilen formlar ve ölçekler tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Ölçeklerde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu araştırma sonuçlarının yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllüdür. Eğer soruları yanıtlamak istemiyorsanız şu anda formu bırakabileceğiniz gibi, sonraki bir zaman diliminde de istediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Ancak size verilen formları eksiksiz doldurmanız, bu araştırmadan sağlıklı bir sonuç alınabilmesi açısından önemlidir.

Yardımınız için çok teşekkür ederim.

Nergiz YÜCE BOSTAN

Klinik Psikolog

Yukardaki bilgilerin ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve ölçeklerin uygulanmasını onayladım.

Adı Soyadı :

İmza :

## 

## EK-3 Sosyo-demografik veri formu

1. Cinsiyetiniz : ( ) Kadın ( ) Erkek

2. Yaşınız :…………

3. Eğitim durumunuz : ( ) Okur yazar ( ) İlkoku l ( ) Ortaokul ( ) Lise

( )Üniversite/Yüksek lisans

4. Medeni durumunuz :( ) Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Diğer

5. Çocuk durumunuz :( )Yok ( ) Var ise sayısını belirtiniz …………………………

6. Çalışma durumunuz :( )Çalışmıyor ( )Öğrenci ( )Emekli ( ) Çalışıyor (İşiniz:.........)

7. Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

( )Yok ( )Var ise lütfen belirtiniz………………………………………………………………..

8. Fiziksel bir rahatsızlık nedeniyle sürekli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?

( )Hayır ( )Evet ise lütfen belirtiniz…………………………………………………………………………..

9. Bugüne kadar psikiyatrik bir tanı aldınız mı? Psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?

( )Hayır ( )Evet ise lütfen belirtiniz…………………………………………………………………….…….

10. Şu an psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

( )Hayır ( )Evet ise lütfen belirtiniz…………………………………………………………………….……

11. Herhangi bir madde ve/veya alkol kullanımınız var mı?

( )Hayır ( )Evet ise lütfen ne kullandığınızı ve ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz……………………..……

12. Hiç ölmeyi istediğiniz/dilediğiniz oldu mu?

( )Hiçbir zaman ( )Nadiren ( )Bazen ( )Çoğu zaman ( )Her zaman

13. Hiç kendinizi öldürmeyi/intihar etmeyi düşündünüz mü?

( )Hiçbir zaman ( )Nadiren ( )Bazen ( )Çoğu zaman ( )Her zaman

14. Hiç kendinizi öldürmek/intihar etmek için planlar yaptığınız oldu mu?

( )Hiçbir zaman ( )Nadiren ( )Bazen ( )Çoğu zaman ( )Her zaman

15. Hiç kendinizi öldürme/intihar etme girişiminiz oldu mu?

( )Hayır ( )Evet ise lütfen kaç kez ve hangi yöntemlerle olduğunu belirtiniz……............................………………………………………………………………………………

## 

## EK-4 Beck depresyon envanteri (BDE)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.

b) Kendimi üzgün hissediyorum.

c)Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.

d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. a)Gelecekten umutsuz değilim.

b)Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.

c)Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

d)Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

Maddelerin bir kısmına yer verilmiştir.

## 

## EK-5 Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin; okuduğunuz ilk ifade sizin için uygun ise “EVET” uygun değil ise “HAYIR” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

Sizin için uygun mu?

EVET HAYIR

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum………………………………………
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre……………………………….

çabalamayı bıraksam iyi olur.

Maddelerin bir kısmına yer verilmiştir.

## EK-6 Otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ)

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

1=Hiç 2=Ender Olarak 3=Arada Sırada 4=Sıklıkla 5=Hep aklımdaydı

1 2 3 4 5

1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor……………………………………………
2. Hiçbir işe yaramıyorum………………………………………………………………

Maddelerin bir kısmına yer verilmiştir.

***Şahin, N. H. and Şahin, N. (1992)."Reliability and validity of the Turkish version of the ATQ " Journal of Clinical Psychology, 48(3), 334-340.***

## 

## EK-7 Young şema ölçeği – kısa form 3 (YŞÖ-KF3)

Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

Her ifadenin önünde yer alan boşluk bölümüne 1 den 6’ya kadar olan seçeneklerden sizi en iyi tanımlayan seçeneğin numarasını yazın.

1- Benim için tamamıyla yanlış 4- Benim için orta derecede doğru

2- Benim için büyük ölçüde yanlış 5- Benim için çoğunlukla doğru

3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

biraz fazla

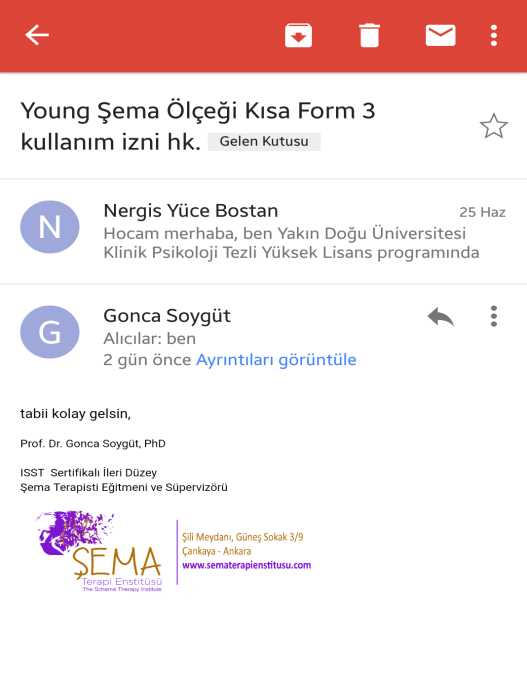
1. Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. \_\_\_\_ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

Maddelerin bir kısmına yer verilmiştir.

## 

## EK-8 Ölçek izin belgesi

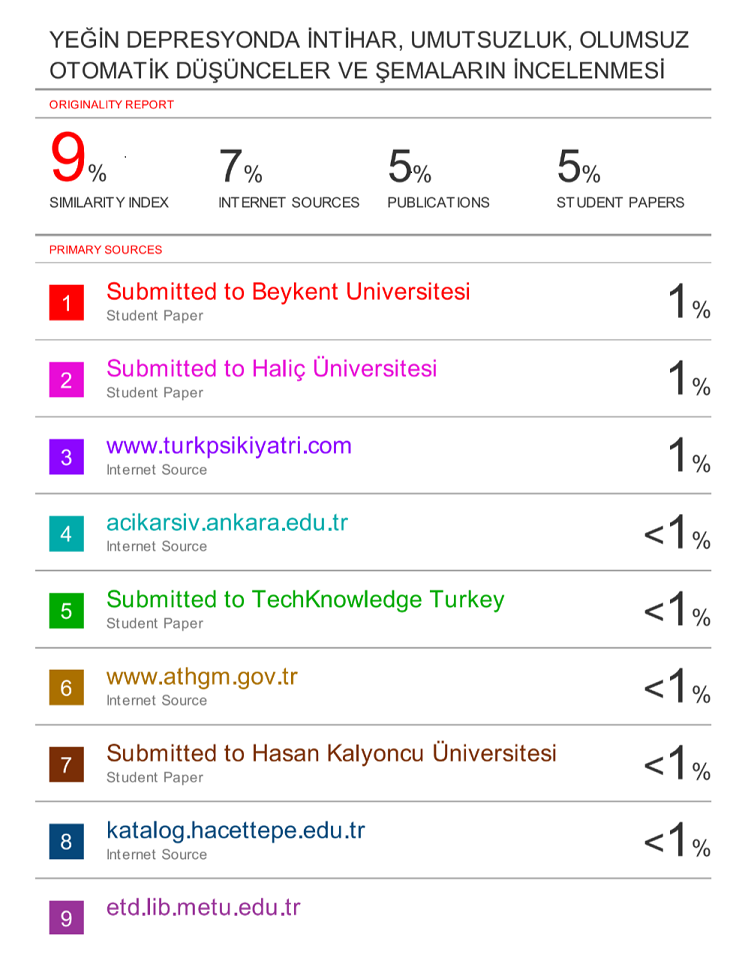


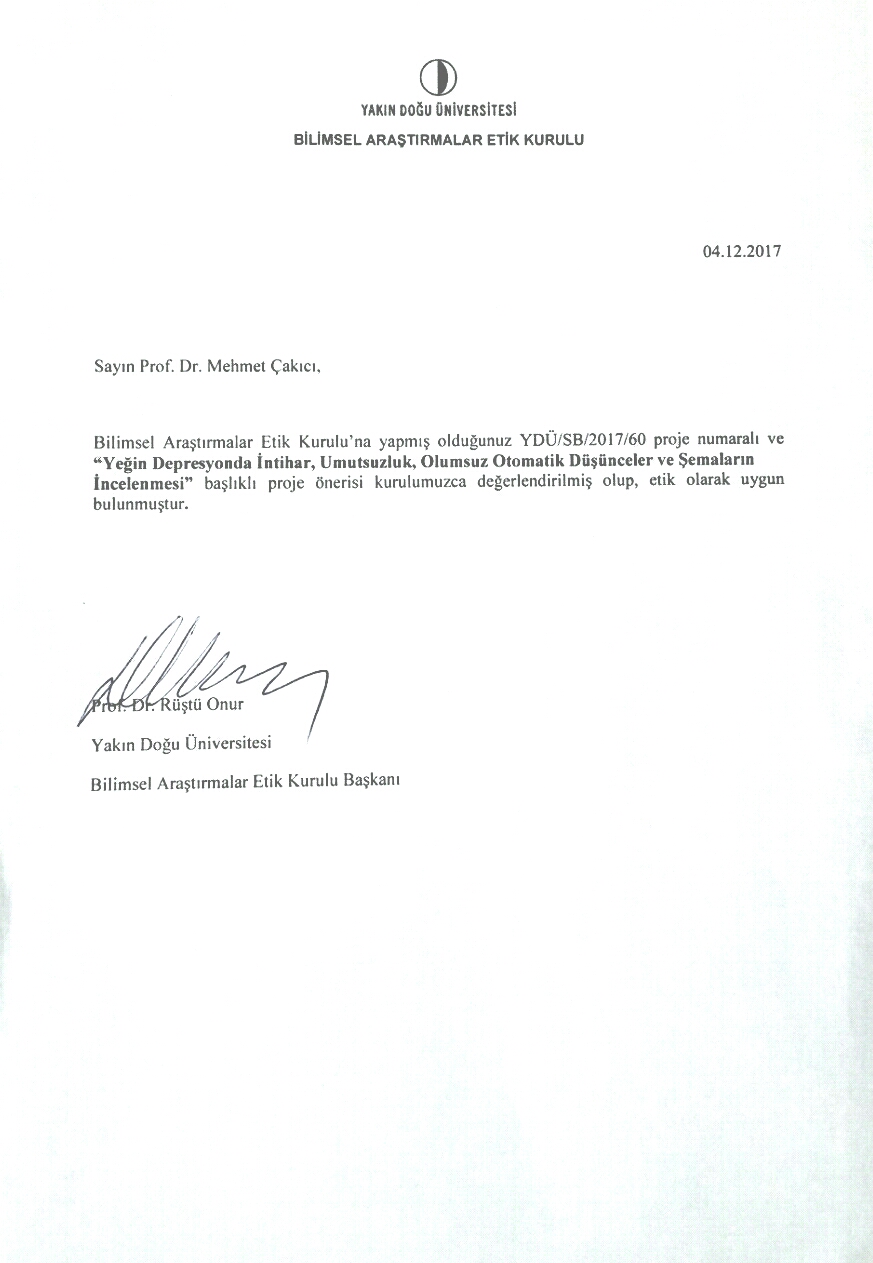
# ÖZGEÇMİŞ

Nergiz Yüce Bostan, 1975 yılında Polatlı’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Polatlı’da tamamlamıştır. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü’nden 1998 yılında psikolog ünvanı ile mezun olmuştur. Lisans eğitimi sonrasında bir süre İnsan Kaynakları Uzmanı olarak çalışmıştır. 2002 ve 2012 yılları arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan kuruluşlarda psikolog olarak görev yapmıştır. Bu süre zarfında, Selçuk Üniversitesi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Yüksek Lisans Programı’nı tamamlamıştır. 2012 yılından bu yana Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğt. ve Arş. Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nde psikolog olarak görev yapmaktadır.

# 

# İNTİHAL RAPORU

****

****

**ETİK KURUL ONAYI**