

ISPEC

Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi
International Journal of Social Sciences & Humanities

Araştırma Makalesi

e-ISSN: 2717-7262

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15292762>

Majör Depresif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Psikoterapisi: Bir Olgu Sunumu

Aslıhan PARİM ¹, Meryem KARAAZİZ ²

¹ Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC

² Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC

Sorumlu Yazar Email: aslihanparim70@gmail.com

Makale Tarihçesi

Geliş: 03.02.2025
Kabul: 27.02.2025

Anahtar Kelimeler

Majör Depresif
Bozukluk,
Bilişsel Davranışçı
Psikoterapi,
Çevrimiçi Terapi,
Özkıym

Özet: Bu çalışma majör depresyon bozukluğu ön tanısıyla gelen 30 yaşındaki kadın danışan ile yürütülen bilişsel davranışçı psikoterapinin olgu sunumudur. KPSS'den beklediği sonucu alamaması ve atanamama düşünceleriyle birlikte depresif semptomları ortaya çıkan danışan mutsuzluk, umutsuzluk, yetersizlik duyguları yaşamakta ve günlük rutinlerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. BDT teknikleri ile uygulanan 11 seanslık tedavi sonrasında danışanın belirtilerinde iyileşme gözlemlenmiştir. Bilişsel davranışçı terapiyle ilgili psikoeğitim, depresyonla ilgili psikoeğitim, davranışçı müdahaleler, bilişsel müdahaleler ve özkıyma yönelik müdahaleleri içeren tedavi yaklaşımı literatür ışığında tartışılmıştır.

Cognitive Behavioral Psychotherapy in Major Depressive Disorder: A Case Report

Article Info

Received: 03.02.2025
Accepted: 27.02.2025

Keywords

Major Depressive
Disorder,
Cognitive Behavioral
Therapy,
Online Therapy,
Suicide

Abstract: This study is a case report of cognitive behavioral psychotherapy (CBT) with a 30-year-old female client with a preliminary diagnosis of major depressive disorder. The client developed depressive symptoms, including feelings of sadness, hopelessness and inadequacy along with difficulties in maintaining Daily routines, after failing to achieve the expected results in the Public Personnel Selection Examination (KPSS) and experiencing concerns about unemployment. After 11 online CBT sessions, improvement in the client's symptoms was observed. The treatment approach, which included psychoeducation on CBT and depression, behavioral interventions, cognitive interventions and interventions against suicide is discussed in light of the literature.

1. Giriş

Depresyon günümüzde yaygın görülen bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum kişinin kendi davranışları ve dünyaya ilişkin algısını belirleyen içsel yaşantılarının duygusal ürünüdür ve belli bir süreklilik arz eder (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Normal, taşkın, çökkün ve sıkıntılı- tedirgin duygudurum olmak üzere dört temel duygudurumundan söz edilebilir (Özbay ve İş Vardarlı, 2024). Depresyon bozukluklarında çökkün duygudurum hakimdir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Çökkün duygudurumla hemen hemen yakın anlamda kullanılan bir diğer kavram ise depresif duygudurumdur. Literatürde net bir tanımı bulunmamakla birlikte; mutsuzluk, umutsuzluk, çaresizlik ve karamsarlık duygularının yer aldığı bir duygu kümesi olarak tanımlanabilmektedir (Akın Aslan ve ark., 2012). Olumsuz yaşantılar, tıpkı olumlu yaşantılar gibi yaşamda karşımıza çıkar ve bir bütünü oluşturur. Olumsuz yaşam olaylarına karşı olumsuz hislere sahip olmak normal bir tepki olarak

görülebilmektedir. Depresyonu bir semptom olarak ele aldığımızda, anormal seviyede baskın olan üzüntü ve mutsuzluktan söz edilmektedir (Türkçapar, 2004). Depresyonda hissedilen negatif duygular süreklilik arz etmekte ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştıracak seviyede işlevselliğini bozmaktadır (Çelik ve Hoccoğlu, 2016).

Majör depresif bozukluk, depresyonun sıklıkla görülen bir alt tipidir. DSM-5 tanı kriterlerine göre; daha önceden keyif veren aktivitelerden zevk almama hali ve bunlara karşı ilgi duymama, enerjik hissedememe, suçluluk ve değersizlik hisleri, konsantrasyon güçlükleri, uyku ve iştah problemleri (belirgin kilo alma- kilo verme), psikomotor aktivitede artış veya azalış ve özkıyım düşünceleri belirtiler arasında yer almaktadır (APA, 2014). Majör depresif bozukluk tanısı için, bireyin günlük hayat işlevselliğinde belirgin bir kayıp görülmesi gerekmektedir. İşlevsellik kaybı kişinin sosyal ilişkilerinde bozulma, sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük çekme, kişisel bakımını yerine getirememe gibi etkilerin görülmesidir. Kişinin günlük yaşamını ve rutinlerinin bozulması durumu söz konusudur. Buna ek olarak yukarıda yer alan belirtilerden en az beşinin görülmeli ve bunlardan birinin depresif duygudurum veya ilgi kaybı olması gerekmektedir. Mevcut bu tablo en az iki hafta sürmelidir (APA, 2014). Majör depresif bozukluk dünyada en yaygın görülen ruhsal bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılına ait verilerin incelendiği raporuna göre dünyada %4,4 oranında görülmektedir. Kadınlarda görülme oranı (%5,1), erkeklere göre (%3,6) daha yüksektir (WHO, 2017). Bu rahatsızlık her yaşta görülebilir. Genellikle ortaya çıkma yaşının yirmili yaşların sonu olduğu öne sürülmektedir. Bu yıllarda kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla iki kat olarak görülmesine rağmen, ileriki yaşlarda cinsiyet farklılığı oranı azalmaktadır (Bilgin, 2010). Türkiye'de yapılan ruh sağlığı araştırması verilerine göre tüm nüfusta yaygınlığı %4 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda bu oran %5,4 olmakla birlikte, erkeklerde ise %2,3 olarak belirlenmiştir (Tezvaran ve ark., 2010). Ülkemizdeki veriler dünya çapında verilerle benzerlik göstermekle birlikte erkeklerde görülme sıklığının daha az bulunması dikkat çekmektedir. Majör depresif bozukluğun etiyolojisinde yer alan etkenler, birbirleriyle iç içe geçmiş bir şekilde düşünülebilecek olan genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler altında sıralanabilir (Otte ve ark., 2016). Bozukluğun oluşumunda tek bir faktörün etkisinden söz etmek mümkün değildir. Yalnızlık, sağlık sorunları, aile hayatındaki problemler, sosyoekonomik yetersizlik, işsizlik, boşanma, kayıp, stresli çalışma ortamı, çocukluk çağı travmaları ve alkol, madde kullanımı gibi faktörlerin etkili olan faktörler arasındadır (Kafes, 2021). Birinci derece yakınlarında depresyon görülen bireylerin hastalığa yakalanma riski daha yüksektir. Bu kişiler stresten daha fazla etkilenir ve günlük yaşam aktivitelerine uymakta diğer insanlara göre birtakım zorluklar da yaşayabilirler (Çelik ve Hoccoğlu, 2016).

1.1. Tedavi yöntemleri

Ruhsal bozuklukların ortaya çıkması ve bunların iyileştirilmesine dönük farklı çabalar neredeyse insanlık tarihiyle birlikte başlamıştır. Majör depresif bozukluk bireyde ciddi sorunlara yol açan yıkıcı bir bozukluktur (Hekim ve ark., 2019). Günümüzde depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış birçok yöntem bulunmaktadır. Çeşitli psikoterapilerle ve ilaç tedavileriyle sorun yaşanan durumların azaltılması ve ortadan kaldırılması mümkündür (Türkçapar, 2018). İlaç tedavileri gibi bedene yönelik yöntemler bulunduğu gibi, psikoterapilerde sözel yöntemler kullanılarak bireylerin iyilik hali sağlanır. Farmakolojik tedaviyle birlikte psikoterapi desteğinin uygulanmasıyla, daha fazla fayda sağlanmakta ve nüks etme riski azaltılmaktadır (Hekim ve ark., 2019). Depresyonun farmakolojik tedavisinde, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve ek olarak dopamin ve diğer serotonin reseptörleri üzerine etki eden ilaçlar en yaygın tercih edilen ilaç gruplarıdır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). APA depresyon tedavi kılavuzuna göre (2014) hafif ve orta şiddetli depresyonda etkinliği kanıtlanmış psikoterapilerin tek başına veya ilaçla birlikte kullanılabilceği yönündedir. Orta veya şiddetli depresyonda

kişilerarası zorlanmalar, kişilik bozukluğu, tedaviye uyum sorunları veya psikososyal zorlanmalar bulunuyorsa ilaç ve psikoterapi tedavilerinin birlikte uygulanması önerilmektedir. Depresyon bozukluklarının tedavisinde birçok psikoterapi yöntemi tanımlanmıştır ve bunlara yeni yöntem ve teknikler eklenmeye devam etmektedir (Türkçapar, 2018). Bunlardan bazıları psikanaliz, psikodinamik psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT), varoluşçu psikoterapi, kısa süreli çözüm odaklı terapidir. Hangi psikoterapi yöntemi kullanılırsa kullanılsın, depresyon tedavisinde özkıyım riskinin değerlendirilmesi ve süreç içerisinde bu riskin daima göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu noktada terapötik destek önemsenmeli ve terapi süreci içerisinde sürdürülmelidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). İlaç tedavisi ile karşılaştırıldığında akut dönem etkinlik düzeyleri bir olmakla birlikte, uzun vade nüks önlemede BDT'nin ilaç tedavisinden daha etkili olduğu söylenmektedir (Türkçapar, 2018). 2015 yılında Weitz ve arkadaşlarının yürüttüğü meta-analiz çalışmasında ise farmakoterapi ile bilişsel davranışçı terapi etkinliği arasındaki farklılık araştırılmıştır. Başlangıçtaki depresyon şiddetinin yalnızca BDT ile yalnızca farmakoterapi ile yürütülen tedavilerde anlamlı bir fark yaratmadığı yönünde sonuca varılmıştır.

1.2. Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranışçı terapi günümüzde sıklıkla kullanılan ve üzerinde en çok araştırma yürütülen terapi çeşididir (Türkçapar ve Sargın, 2011). Bilişsel davranışçı terapide ana hedef hastalara kendi sorunlarını çözebilme becerisini kazandırmaktır (Beck, 2021). Yani bir diğer deyişle hastaların kendi kendilerinin terapisti olmayı öğretmek en önemli kazanımlar arasındadır. Bu amaçla davranışçı yöntemler ve bilişsel yöntemler birlikte kullanılmaktadır. Bilişsel yaklaşımın temelleri yüzyıllar öncesinde ortaya çıkmış olan stoa felsefecilerinin görüşlerine dayanmaktadır (Özcan ve Gül Çelik, 2017). Brun (2003) tarafından ortaya konan eserde Epictetos'a ait şu sözler dikkat çekmektedir " hatırla ki senin onurunu kıran sana küfür eden veya vuran değildir; onlar hakkında edindiğin ve seni onlara, sana hakaret etmişler gibi baktıran sanıdır. Bilişsel terapi 1970'li yıllarda Albert Ellis ve Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir (Özcan ve Gül Çelik, 2017). Bilişsel terapiye göre bireyin bilişsel yapıda yer alan inançları, kendisine ve dünyaya bakış tarzını belirler. Bu yorumlama biçiminde geniş ölçüde işlevsiz varsayımlar bulunuyorsa, kişiye öncelikle duygu- düşünce- davranışçı üçlüsünün bağlantısı fark ettirilir; ardından yaşantıların gerçeğe daha uygun biçimde yorumlanması yönünde bilişsel teknikler uygulanır (Türkçapar, 2018). 1980'li yıllarda bilişsel yaklaşım ile davranışçı yaklaşımın bir arada kullanılması ile Bilişsel Davranışçı Terapi ortaya çıkmıştır. (Türkçapar ve Sargın, 2011). Bilişsel davranışçı terapide kullanılan tekniklerden bazıları, duyguları tanıma, bilişleri saptama, sokratik sorgulama, davranış deneyleri, maruz bırakma deneyleri ve gevşeme teknikleridir (Özcan ve Gül Çelik, 2017).

Bilişsel davranışçı terapinin temel prensipleri şu şekildedir;

- Hasta sorunlarının formülasyonuna ve hastadan alınan bilgileri içeren bilişsel kavramsallaştırma diyagramına dayanır.
- Sağlam bir terapötik ittifak ve danışanın aktif katılımı gereklidir.
- Merkeze danışanın sorunlarını alır ve hedefe yönelik ilerler.
- Başlangıçta şu ana vurgu yapar.
- Hastaya kendi terapisti olmasını öğretmeyi amaçlar.
- Amaçları zamanla sınırlıdır.
- Seanslar yapılandırılmaktadır.
- Hastalara çarpık düşüncelerin tespit edilmesini, yeniden gözden geçirilmesini ve onlara yanıt vermeyi öğretir.
- Duygu, düşünce ve davranış değiştirmek için bazı tekniklerden faydalanır (Beck, 2021).

Olgu sunumunda yer alan danışanın; hayal ettiği mesleği sahip olamaması nedeniyle kendini çökkün hissetmesi, zorunlu aktiviteler dışında yer alan günlük etkinliklere karşı isteksizlik duyması, uyku problemleri yaşaması, yetersizlik ve umutsuzluk düşüncelerine sahip olması sebeplerinden dolayı DSM-V tanı kriterlerine göre majör depresyon bozukluğuna sahip olabileceği düşünülmektedir. Uygulanan ölçeklerden elde edilen sonuçlar da bu görüşü destekler niteliktedir. Danışan ile gerçekleştirilen seanslarda BDT ekolünden yararlanılmıştır. Danışan ile her bir seans 60 dakika olmak üzere toplamda 11 seans gerçekleştirilmiştir. Danışana ait kişisel bilgiler gizli tutulmakta birlikte paylaşılabilecek olan bilgiler ise makaleye katkı sağlamak amacıyla sunulmaktadır. Makalede yer alan bilgilerin sunulması danışanın bilgisi ve onayı dahilindedir.

1.3. Olgu

Danışan F.K. 30 yaşındadır. 5 çocuklu bir ailenin en küçük çocuğudur. Konya’da yalnız yaşamaktadır. Bir eğitim kurumunda yarı zamanlı öğretmen olarak çalışmaktadır. Danışan yaklaşık 2 aydır yaşadığı mutsuzluk, isteksizlik ve uyku problemleri şikayetleriyle psikolojik destek alma ihtiyacı duymuştur. Tüm bu şikayetleri son 1 haftadır artış göstermiştir. Belirtilen semptomlara ek olarak yoğun bir yetersizlik ve umutsuzluk hisleri bulunmaktadır. Zaman zaman özkıyım düşüncelerinin aklına geldiğini söylemektedir. Özkıyım riskini değerlendirmeye yönelik yapılan görüşmede böyle bir niyeti ve/veya planının olmadığını belirtmektedir. Geçmişte herhangi bir özkıyım girişimi bulunmamaktadır. Danışanın mevcut şikayetleri girdiği KPSS’den sonra başlamaktadır. Danışan üniversiteden mezun olmasıyla birlikte son 7 yıldır atanmayı beklemektedir. Okuduğu bölüme ait mesleğine kavuşamamış olması kendisini yetersiz olarak görmesine sebep olmaktadır. Benzer ruh hallerini geçmiş yıllardaki sınav süreçlerinde de yaşadığını belirtmekle birlikte hissettiği yetersizlik duygusunu çocukluk yıllarına dayandırmaktadır. Danışan iştahında bir değişiklik olmadığını, uyku problemleri yaşadığını belirtmiştir. Özellikle yoğun çalıştığı günlerde gece uykudan nefes darlığıyla ani uyanmaları olmaktadır. Danışanın yalnız yaşaması dolayısıyla hem maddi olarak kendini idame etmekte güçlük çekmekte hem de özellikle günün son saatlerinde olumsuz düşüncelerinde artış olmaktadır. Danışan iş yerinde tipik bir gününde de molalarında odasından çıkmayıp vaktini yalnız ve ders çalışarak geçirmektedir. Günlük yaşamında yalnız olması ve iş yaşamında da izole bir tavır sergilemesi sorunu sürdürücü bir etkiye sebep olmaktadır. Danışanın sağlık durumu sorulduğunda midesinde ülser rahatsızlığı olduğunu paylaşmış stresli dönemlerde artış gösterdiğini bildirmiştir. Anne ve babasında yaşa bağlı sağlık sorunları bulunmakta olup ailesinde psikiyatrik bir bozukluk bulunmamaktadır. Danışanın mental durum değerlendirmesinde gözlemlendiği şekliyle, özbakımı yerinde, giyimi sosyoekonomik durumuna uygun görünmektedir. Konuşmasında bir bozukluk görülmemiştir. Konuşma hızı yavaştır ve alçak ses tonunda konuşmaktadır. Psikomotor aktivitelere dair işlevselliği yerindedir. Çökkün duygudurumuna paralel olarak duygulanımında da çökkünlük belirtilerine rastlanılmaktadır. Düşünceleri amacına uygundur, düşünce içeriğinin yetersizlik, suçluluk, karamsarlık gibi olumsuz yansımaları vardır. Herhangi bir sanrı ve/veya varsanıya rastlanmamıştır. Normal dışı bir davranış gözlemlenmemiştir. Danışan yaşadığı problemlere ilişkin içgörüyü sahiptir.

Danışanın bilişsel işlevlerinin değerlendirilmesinde gözlemlendiği şekliyle, dikkatini sürdürmekte herhangi bir zorluk yaşamamaktadır. Bellek süreçlerine ilişkin bir problem gözlemlenmemiştir. Oryantasyon becerilerinin yerinde olduğu düşünülmektedir. Danışandan alınan bilgiler ve uygulanan Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği ve Beck umutsuzluk ölçeği puanları doğrultusunda majör depresyon bozukluğu ön tanısı ile tedavi planı oluşturulmuş ve uygulanmıştır.

1.4. Geçmiş yaşam öyküsü

Danışanın geçmiş yaşam öyküsü incelendiğinde; çocukluk yılları içedönük olarak tasvir edilmektedir. Danışan 5 çocuklu bir ailenin en küçük çocuğudur. Babası işçi annesi is ev hanımıdır. Erzincan'ın bir köyünde yaşamaktadırlar. Danışan annesini ve babasını her zaman koruyucu olarak tanımlamaktadır. Babasının çocuklarına duyduğu sevgisini gösteremediğini belirtmektedir.

Danışan okuma yazmayı öğrenmekte zorlanmış ve 4. Sınıfta başarmıştır. Ortaokulu bitirmesiyle birlikte lise için farklı bir şehirde yatılı okula yazılmıştır. Lise yıllarında, danışan için, mensup olduğu mezhep endişe verici bir konu olmuştur. Bu konuda annesi tarafından sık sık öğüt işitmiştir. Bu konuda dışlanacağını gerçek olarak görmese de yine de ait olduğu mezhebi saklama ihtiyacı hissetmiştir. Danışan, mezhebi nedeniyle sosyal ortamlarda dışlanabileceğine dair endişeler taşıdığını belirtmiş ve bu nedenle sosyal ilişkilerinde daha çekingen bir tutum sergilediğini ifade etmiştir. Danışan yatılı okulda kaldığı dönemde sıkıyönetimden dolayı çok fazla zorluk çekmiştir. Hissettiği dışlanma korkusu ile birlikte üzerinde fazla stres hissetmesiyle çevresine uyum sağlamakta zorlandığını ifade etmektedir. Bulunduğu yerde zorlanan danışanın “başarmak zorundayım, bunun için geldim, geri dönersem başaramam” düşünceleri ortaya çıkmıştır. Bu dönemde midesinde ülser rahatsızlığı baş göstermiştir. Mide ağrılarının çok fazla olduğu bir günde danışan ağlayarak babasını aramakta ve babasının ertesi gün kalkıp gelmesi, ilgi göstermesini kıymetli bir anı olarak paylaşmaktadır. Danışan üniversiteyi bitirmesinin ardından KPSS'ye hazırlanarak gelecek planları kurmaktadır. O dönem ailesiyle birlikte köyde yaşayan danışan çok fazla sorumluluğunun olduğunu ve kısıtlı imkanlar altında sınava çalışmanın kendisini oldukça zorladığını dile getirmiştir. O yıl atanamamasıyla birlikte, 2019 yılında hissettiği duyguları “çıkılmazda yer almak” olarak tanımlamaktadır. Danışan bu dönemde bir karar alarak farklı bir şehre taşınmıştır. Burada bir yandan çalışarak bir yandan sınava hazırlanmaktadır. Geçen yıllarının ardından, ideallerine henüz ulaşamamış olan danışan, geçmiş yaşantıların vermiş olduğu acı ile geleceğe dair hayal kurmakta ve umudunu sürdürmekte zorlanmaktadır. Bugüne kadar yaşadığı zorluklarda çevresinden ihtiyaç duyduğu desteği de alarak yaşamını sürdürmeyi başaran danışan, zorlukların bir kartopu gibi hayatında katlanarak arttığını ve kendisini kısır döngüde hissettirdiğini belirtmektedir. Yaşamında karşılaşılan zorluklarla baş edebilme becerileri kazanmak, tüm alternatifleri değerlendirebilmek ve kendi farkındalığını geliştirmek terapide amaçlar olarak belirlenmiştir. Bu beklentiler ışığında danışanın teknik özetlemesine ve uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi tekniklerine aşağıda yer verilmiştir.

2. Materyal ve Yöntem

Danışan ile toplamda 11 seans gerçekleştirilmiştir. Seans süreleri 60 dakika olarak belirlenmiş, değerlendirme seans olarak görülen ilk iki seansın süresi uzun tutulmuş, öykü ve mevcut sorunlar detaylı olarak ele alınmıştır. Görüşmeler çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir.

Değerlendirme görüşmesi ardından danışanla birlikte terapi hedefi oluşturulmuştur. Terapi hedefini öz farkındalığını geliştirmek olarak belirten danışan ile bu kavram sokratik sorgulama yöntemiyle daha da netleştirilmiş “Sadece KPSS değil, diğer alternatifleri de değerlendirebilmek, neyi yapıp neyi yapamayacağının farkında olmak” olarak belirlenmiştir. Danışan hayatının merkezinde yer alan iş sahibi olabilmek konusunda daha net kararlar alabildiğinde kendinin farkında ve kendine güvenen biri olarak hissedeceğini belirtmiştir.

Alt hedefler ise;

- 1- Sınava çalışabilecek motivasyonu elde etmek ve bunun stresiyle mücadele edebilmek,
- 2- Kendime vakit ayırabilmek,
- 3- Problemlerin ana sebebini kendim olarak görmek yerine daha gerçekçi yaklaşabilmek

Tablo 1. Vaka formülasyonu

VAKA FORMÜLASYONU	ERKEN YAŞAM DENEYİMİ Sosyoekonomik imkanların kısıtlı olduğu bir çevrede büyümek. Okuma-yazmayı 4. Sınıfta öğrenmiş olmak. Baba sevgisinin eksikliği.
	TEMEL İNANÇLAR Güçsüzüm, yetersizim.
	İŞLEVSELLİĞİ BOZAN VARSAYIM Güçsüzsem hayatta kalabilmem için daha çok çalışmam ve başarmam gerekiyor.
	KRİTİK YAŞAM OLAYI Üniversite bittikten sonra atanamamak
	OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCE Atanamazsam, hiçbir zaman gelecek kuramam.
	BELİRTİLER; Bilişsel: Karamsarlık, umutsuzluk, kararsızlık, yük olduğunu düşünme Duyusal: Bulantı, mutsuzluk, endişe Davranışsal: Sosyal izolasyon Motivasyonel: Motivasyon düşüklüğü Somatik: Omuzlarda ağrı

2.1. Uygulanan teknikler

Oluşturulan tedavi planında özkıyım riskinin değerlendirilmesi ve ileride oluşabilecek kriz durumlarına yönelik bir eylem planının oluşturulması önceliklendirilmiş olup, davranışsal aktivasyonun sağlanmasının ardından bilişsel müdahaleler gerçekleştirilmiştir.

2.1.1. Baş etme kartları

Danışanın kendine yönelik yargılamalarının, olumsuz düşüncelerinin yoğunluğunu paylaşmış ve gerek iş yerindeyken gerek ders çalışırken motivasyonunun düştüğü yerlerde aklına getirebileceği baş etme kartları seans içerisinde birlikte oluşturulmuştur. Bunlardan ilki “Daha önce başardın, yine başarabilirsin.” olarak oluşturulmuştur. Danışan burada ilkokuldaki zorlanmasının ardından başarısına vurgu yapmış ve bunun kendisine motivasyon kaynağı olabileceğini belirtmiştir.

2.1.2. Psikoeğitim

Bilişsel davranışçı terapinin ana bileşenlerinden biri olan duygu-düşünce-davranış üçlüsünü danışanın mevcut yakınmalarıyla ilişkilendirerek psikoeğitim seansı gerçekleştirilmiştir. Genel BDT eğitimine ek olarak majör depresif bozukluğun görünümüne ilişkin ayrı bir psikoeğitim de gerçekleştirilerek eylemsizlik kısır döngüsüne vurgu yapılmıştır.

2.1.3. Güvende tutma planı

Danışanın özkıyım riskine yönelik birlikte bir önleme planı oluşturulmuştur. Danışana yaşamı sürdürme nedeni sorgulanmıştır ve hissettiği yalnızlığın yanında, aslında ulaşabileceği insanlar olduğu hatırlatılmıştır. Seans içerisinde oluşturulan bu planın danışandaki örneğinin belirlenen bir kutuda saklanması ihtiyaç duyduğu anda ortaya çıkarması istenmiştir.

Tablo 2. Güvende tutma planı

1. Basamak: Erken uyarı işaretleri
Bu aşamada danışanın kendisini olumsuz düşüncelere iten tetikleyicilerini fark ettirilmiş ve not alınmıştır.
2. Basamak: Kendi kendime başa çıkma yollarım
Danışanın kendisine nelerin iyi geldiği, kendine hatırlatabilecekleri konuşulmuş ve dikkatini bilinçli olarak yönlendirebilmesine yönelik çalışılmıştır.
3. Basamak: Dikkatimi dağıtmak için yapabileceklerim
Danışanın ulaşabileceği kişiler ve gidebileceği yerler detaylı olarak konuşulmuş, iletişim bilgileri birlikte not alınmıştır.
4. Basamak: Yardım isteyebileceğim kişiler
Danışanın kendisine yakın gördüğü, sıkıntısını paylaşabileceği kişiler listelenmiş iletişim bilgileriyle birlikte not alınmıştır.
5. Basamak: Uzman desteklerim
Danışanın tüm bu basamakları hayata geçirmesine rağmen hala bir özkıyım düşüncesi bulunuyorsa acilen terapistiyle iletişime geçmesi istenmiştir. Ulaşamaması dahilinde en yakın acil servise gideceği konusunda fikir birliği sağlanmış ve ek olarak listeye acil servis yardım telefonu eklenmiştir.
6. Basamak: Çevremi güvenli hale getirmek için yapabileceklerim
Danışan çevresinde herhangi bir tehlike unsuru görmediğini belirtmiş ve bu basamak atlanmıştır.
7. Basamak: Hayatta kalmak için en önemli sebebim
Danışanın içindeki öz değeri kendisine hatırlatması amacıyla bu alanı kişisel olarak doldurması yönünde yönlendirilmiştir.

2.1.4. Faaliyet tablosu ve aktivite planlaması

Danışana verilen ödevlerden biri tipik bir hafta içerisinde neler yaptığını içeren bir faaliyet tablosunu not alması ve bunları hazzla dönük aktiviteler ve başarıya dönük aktiviteler olarak puanlaması olmuştur. Seans içerisinde danışanın eylemlerinin davranışlarını nasıl etkilediği konuşulmuştur.

Zihin ve beden birlikteliğinden yola çıkarak danışanın eylemlerinde sıralı değişiklikler planlanmıştır. Davranışsal aktivasyonun sağlanmasıyla danışanın kendisine vakit ayırabilmesi ve aynı zamanda kendisine iyi gelen aktivitelere vakit ayırdığında duygudurumundaki değişikliklere vurgu yapılarak farkındalığının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Danışanın bu davranış ödevlerine direnç göstermesi terapide ortaya çıkabilecek bir durumdur. Aynı zamanda otomatik düşüncelerin ele alınması adına bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

İlk etapta günlük yarım saatlik olarak planlanan ödevi danışan günlük hayatına uygulamakta direnç göstermiş “bu vakti boşa harcıyorum, yarım saat oturup daha fazla test çözebilirdim” düşüncesiyle rahatsızlığını dile getirmiştir. Danışanın hissettiği suçluluk duygusu seansta ele alınmış ve nicelik- nitelik farklılığı tartışılarak kendisine de vakit ayırabileceğine dair yönlendirmede bulunulmuştur. Aktivite planlamasında bir güncelleme yapılarak danışanın yeni bir ders çalışma ortamı olarak kütüphaneyi belirlemesiyle gidiş ve geliş günde onar dakika olmak üzere yürüyüş planlanmıştır. Yürüyüşlerde çevresinde gördüklerine dikkatini yönlendirmesi de ev ödevine eklenen bir detay olmuştur. Yeni ödev planlaması yapılırken olası engellerin neler olabileceği, bu durumda neler yapılabileceği, ödevi yapmanın artıları ve eksileri de konuşularak oluşabilecek direncin önlenmeye çalışılmıştır. Diğer bir etkinlik olarak kitap okumak yeni ödev olarak belirlenmiştir. Danışanın daha fazla

sevdiği bir aktivite olması ve dikkatini uzun süre bir noktada toparlayabilme konusunda da fayda sağlayacağını düşünmesiyle bu aktivite tercih edilmiştir. Danışan istekli bir şekilde yerine getirmiş ve hayatına eski bir alışkanlığını kazandırmaktan dolayı memnun olduğunu ifade etmektedir.

2.1.5. Endişe erteleme

Gün içerisinde aniden gelen ağlama krizleri ve odaklanmakta güçlük çekmesi danışanın temel yakınmalarından biridir. Geleceğe dair endişeleri bugününü verimli kullanmasının önünde engel oluşturmaktadır. Gün içerisindeki işlevselliğini koruyabilmesi adına endişe erteleme çalışmaları yapılmıştır. Danışanı en çok rahatsız eden düşünce seansta ele alınarak bir örnek oluşturulmuştur. Hafta içerisinde de olumsuz duygularını fark ettiğinde aynı aşamaları uygulaması istenmiştir. Endişe erteleme çalışması için takip edilecek aşamalar aşağıda sıralanmıştır;

- 1- Endişeli bir duyguda olduğunu fark etmek
- 2- Bu duygunun daha önce ele alınan varsayımla ilişkili olduğunu bilmek, bu varsayımın bir düşünce olduğunu, gerçek olmadığını fark etmek
- 3- “Şuan bu düşünceye önem vermek faydalı mı?” sorusunu sormak
- 4- Düşünceye randevu vermek ve dikkatini bilinçli olarak o an elindeki işe yönlendirmek
- 5- Randevu saatinde seansta ele alındığı gibi düşünceyi tekrar değerlendirmek

Seansta ele alınan otomatik düşünce “Sınavı kazanamayacağım” düşüncesidir. Bu düşünceye inanmanın avantajları ve dezavantajları konuşulmuş, en iyi en kötü ve en olası senaryolar belirlenmiş, bu felaketin gerçekleşmesi durumunda nasıl baş edebileceği ve şuan bu felaketin oluşmaması için neler yapabileceği ele alınarak elinde olan ve olmayan noktalara vurgu yapılmıştır. Konuşulanlar doğrultusunda; “şuan sınavı kazanıp kazanamayacağımı öngöremem, elimde olan kısmı vaktimi verimli bir şekilde değerlendirmek” şeklinde bir alternatif düşünce oluşturulmuş ve not edilerek gerekli gördüğünde kendisine hatırlatması istenmiştir.

2.1.6. Bilişsel yeniden yapılandırma

Danışanın seansta ele alınan otomatik düşüncelerinden biri “insanlar bana acıyor” düşüncesidir. Bu düşünceye yönelik kanıt inceleme çalışması yapılmış ve alternatif olarak varılan sonuç “Konuşma ve yüz ifadelerinden dolayı bana acımış da olabilirler, sohbet oraya ilerlemiş de olabilir fakat duygudaşlık yapmak istemeleri en olası ihtimal. Diğer insanlar da benzer zorluklar yaşadığında bu tarz bir duygudaşlığa ihtiyaç duymuş olabilirler.”

Müdahale edilen diğer bir düşünce ise “Atanamazsam bu benim başarısızlığımdır” düşüncesidir. Başarısız olmak nedir? Kime başarısız denir? Kime başarılı denir? Bu terimlerin günlük hayatta net bir karşılığı var mıdır? gibi Sokratik sorgulamalar ile terim tanımlama tekniği uygulanmıştır. Danışana aşırı genelleme ve etiketleme bilişsel hataları fark ettirilmiştir.

2.1.7. Sokratik sorgulama

Bilişsel davranışçı terapinin temel prensibi insanların düşünme stillerinin eylemlerini etkilemesi üzerinedir. Yaşamdaki olaylar esasında ne iyi ne kötüdür, sadece nötrdür. Dolayısıyla olaylara yüklenen kişisel anlamlar duyguları ve eylemleri belirlemektedir. Dolayısıyla birey yaşamında bir değişikliğe ihtiyaç duyuyorsa, bu düşünceler üzerinde değişiklikler yapılmasıyla mümkündür. Bu süreç bilişsel yeniden yapılandırma sürecidir fakat duruma kabaca yeni bir bakış açısı teklifi sunmaktan daha fazlasıdır. Hedeflenen bilişsel değişikliğin daha faydalı, daha kalıcı ve daha derin etki sağlamasında sokratik yöntemlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Danışanlar düşüncelerine kendi kendilerine farklı bir bakış açısı

geliştirmeyi sağladıklarında bu yeni bakış açılarını hayata kazandırmaları daha kolay olacaktır (Waltman ve ark., 2022)

Gerçekleştirilen seansların ardından, değerlendirme görüşmesinde verilen ölçekler tekrar uygulanmıştır. Beck depresyon ölçeği puanında 24 olarak alınan skor 19'a, Beck Anksiyete ölçeğinden 24 olarak alınan skor 18'e, Beck umutsuzluk ölçeğinden 12 olarak alınan skorun 9'a düştüğü görülmüştür. Danışanın motivasyonunda belirgin iyileşme görülmüştür. Düşüncelerine daha gerçekçi bakabilmesi kazanımlar arasındadır. Danışanın sorunlarına ve belirlenen hedeflere yönelik uygulanan terapinin genel olarak olumlu sonuçlar sağladığı söylenebilir fakat depresif olmadığı dönemlerdeki gibi bir düzeye erişmiş olduğunu söylemek henüz doğru olmayacaktır. Gerçekleştirilen son seansta danışanın bu yıl atanamaması durumunda hayatında çizebileceği alternatif yollar görülmüştür. Danışanla seanslar nüks önleme adına sürdürülecek olup mevcut durumunun korunması ve daha da iyileştirilmesi hedeflenmektedir.

3. Sonuçlar

Depresyon günümüzde en sık gözlenen rahatsızlıklardan biridir. Majör depresif bozukluk belirtileri arasında, depresif duygudurum, ilgi ve istek kaybı, enerji azalması, uyku ve iştahta değişiklikler, psikomotor aktivitede değişiklikler, konsantrasyon güçlükleri, suçluluk ve değersizlik hisleri ve ölüm düşünceleri yer almaktadır (Çelik ve Hocoğlu, 2016). Olgu sunumuna konu olan danışanın belirtileri yaklaşık iki ay öncesine dayanmaktadır. Yaklaşık bir haftadır süren ağlama isteği, mutsuzluk ve çaresizlik hisleri, hiçbir şeyden zevk alamama, odaklanamama, uykudan ani uyanma ve kimi zamanlarda gelen özkıyım düşünceleri şikayetleriyle terapiye başvurmuştur. Danışanda aynı zamanda yoğun suçluluk düşünceleri gözlemlenmiştir. Vakada BDT ekolü ile depresyona müdahale yöntemleri kullanılmıştır. BDT danışanın o anki sorunlarını merkeze alır ve hedefe dönük ilerleme sağlar (Beck, 2021). Amacı hastalara mevcut bilişsel çarpıtmalarının fark ettirilmesi ve yeniden değerlendirmeye alarak daha akılcı yanıtlar verilmesini öğretmektir (Türkçapar, 2018). Danışanın düşünce içeriği ele alındığında aşırı genelleme, etiketleme ve felaketleştirme düşünce hatalarının yaygın olduğu düşünülmüştür. Bu doğrultuda uygulanan bilişsel teknikler sokratik sorgulama yöntemiyle gerçekleştirilerek farklı bir bakış açısından bakma fırsatı sunulmuştur. Vakaya konu olan danışanın şikayetlerinin kaynağı olabilecek sorunlara yönelik psikolojik farkındalığının yüksek olması ve tedavi motivasyonunun yüksek olması tedaviye yönelik olumlu katkı sağlayan faktörler arasındadır. Görüşmelerin çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiş olması ise kısıtlayıcı bir faktör olarak görülmektedir. Fakat danışanın psikoterapiye kolaylıkla erişimini sağlaması yönünden günümüzde oldukça faydalı bir seçenektir. Vakada özkıyım düşünceleri risk faktörü olarak görülmüştür. Danışana umut aşılama tedavi planlamasında önceliklendirilmiştir. Sosyal çevresinden destek alabileceği vurgusu, danışanın sosyal izolasyondan sıyrılmasına katkı sağlamıştır. Uygulanan güvende tutma planı ile danışana olumsuzlukların yanında hayatını sürdürmek için en az bir nedene sahip olabileceği hatırlatılmıştır. Depresif hastalar ile yapılan çalışmalarda, yaşamı sürdürmek için fazla nedeni olan hastaların özkıyım düşüncesine yatkınlıklarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur (Durak Batıgün, 2005). Danışanın azınlık grupta yer alan bir mezhebe mensup olması ve sosyal ortamlarda bunu saklama ihtiyacı duymasının yaşadığı sorunların oluşumunda ve sürdürülmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. 2007 yılında yürütülen bir araştırmada depresyon sosyal sınıf penceresinden ele alınmıştır (Kaya, 2007). Bu pencere aynı zamanda sosyoekonomik bileşenleri de içerisinde barındırmaktadır. Sosyal nedensellik yaklaşımıyla sınıfsal etkenlerin ruhsal rahatsızlıklara yakalanmakta belirleyici olduğu, düşük sosyal sınıftaki bireylerin depresyon gibi bazı ruhsal rahatsızlıklara daha fazla yatkın olduğu ileri sürülmektedir. Söz konusu araştırma verileri, maddi kaynakların eksikliği ve toplumsal konum olarak eşit hissedememenin yarattığı negatif etkileri destekler niteliktedir.

Kişinin farkındalığının üst seviyeye taşınması ve işlevselliğinin geri kazandırılmasına yönelik yapılan bu çalışmada ilk görüşmede getirilen; uyku problemlerinin görülme sıklığı azalmış, danışanın sosyal ortamlara katılımı artmış, olumsuz düşüncelerinin sıklığı azalmıştır. Son görüşmelerde danışanın geleceğe dönük daha nesnel yaklaştığı ve bazı planlamaları gündeme getirmiş olmasıyla uygulanan tedavi planından fayda sağladığı görülmektedir. Bu noktada bilişsel davranışçı terapinin depresif hastaların tedavisinde fayda sağlayan bir yöntem olduğu gözlemlenmiştir. Gerçekleştirilen 11 seans sonucunda elde edilen kazanımların danışanın değişimi için ilk adım olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Danışanın şikayetleri son 2 aylık bir süreçte gelişim göstermiş gibi görünse de 7 yıldır gelecek adına plan kurma ve meslek edinme konularında atanma stresi yaşamaktadır ve söz konusu bu stres kaynağı yaşamında hala varlığını sürdürmektedir. Dolayısıyla elde edilen bu kazanımların günlük hayatının içerisine sıklıkla adapte edilmesi ile birlikte düşünce sistemindeki değişikliklerin kalıcılığının sağlanacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda danışanla yürütülen seanslara nüks önleme ve süreç içerisinde terapi hedeflerine dahil olan yeni hedeflerin de ele alınması kapsamında devam edileceği bir plan oluşturulmuştur. Bu çalışmada majör depresif bozukluğu ön tanısıyla terapiye başvuran danışanın, yaşam kalitesini iyileştirme ve depresif hissetmediği dönemdeki işlevselliği tekrar kazanmasına yönelik BDT seansları yürütülmüştür. Majör depresif bozukluk hastalarında BDT sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemi olmakla birlikte gerek ev ödevleri gerek psikoeğitimle ilerlenmesi yönleriyle danışanın aktif katılımını gerektirmektedir. Dirençle karşılan durumlar tedavide üzerinde durulması gereken ve fayda sağlanabilecek önemli ipuçlarının sinyalleridir. Fakat her danışan için hayatın her zaman diliminde uygun olamayabileceğini de vurgulamakta fayda vardır. Bu doğrultuda danışana uygun olabilecek farklı bir terapiye yönlendirmek, ihtiyaç görülüyorsa farmakolojik tedavi için yönlendirme sağlamak da danışanın yararına olacaktır.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014. Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. (5. Baskı), Hekimler Yayın Birliği.
- Aslan, A.A., Sarı, B.A., Kuruoğlu, A., 2012. Depresif duygu durumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri*, 15: 56-64.
- Beck, J.S., 2021. Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi. (2. Baskı), Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bilgin, A., 2010. Depresif bozukluklar alt tiplerinin sıklığı ve kendi aralarında karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi.
- Brun, J., 2003. Stoa Felsefesi. (1. Baskı), İletişim Yayınları.
- Çelik, F., Hocaoglu, Ç., 2016. Major depresif bozukluk tanımı etiyolojisi ve epidemiyolojisi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1): 51-66.
- Durak Batıgün, A., 2005. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 29-39.
- Hekim, Ö., Temtek Güner, S., Göker, Z., Sekmen, E., Üneri, Ö.Ş., 2019. Majör depresif bozukluk tanılı 350 ergen olgununun klinik özellikleri, hastalık şiddeti ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi: Retrospektif kesitsel bir çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5: 370-378.
- Kafes, A., 2021. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 3(1): 186-194.

- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H., 2011. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2): 65-74.
- Kaya, B., 2007. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6): 11-20.
- Otte, C., Gold, S.M., Penninx, B.W., Pariante, C.M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D.C., Schatzberg, A.F., 2016. Major depressive disorder. *Nature reviews disease primers*, 2(1): 1-20.
- Özbay, A., İş Vardarlı, C., 2024. Duygu durum bozukluğu: Kısa bir gözden geçirme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(1): 157-163.
- Özcan, Ö., Gül Çelik, G., 2017. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye klinikleri*, 3(2): 115-120.
- Tezvaran, Z., Akan, H., İzbirak, G., 2010. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Physician*, 1(3): 1-7.
- Türkçapar, M.H., 2004. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4: 12-16.
- Türkçapar, M.H., 2018. Bilişsel davranışçı terapi teorisi ve uygulamaları. (11. Baskı), Epsilon Yayınevi.
- Türkçapar, M.H., Sargın, E., 2011. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7-14.
- Waltman, S.H., Codd, R.T., McFarr, L.M., Moore, B.A., 2022. Terapistler ve danışmanlar için sokratik sorgulama. (2. Baskı), Litera Yayıncılık.
- Weitz, E.S., Hollon, S.D., Twisk, J., Straten, A.V., Huibers, M.J.H., David, D., DeRubeis, R.J., Dimidjan, S., Dunlop, B.W., Cristea, I.A., Faramarzi, M., Hegerl, U., Farrett, R.B., Kheirkhah, F., Kennedy, S.H., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D.C., Rush, A.J., Cuijpers, P., 2015. Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(11): 1102-1109.
- World Health Organization, 2017. Depression and other common mental disorders: Global health estimates.
- Yalçın, M., 2004. Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. *Sted*, 13(2): 46-8.