

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DEPRESİF VE KAYGI BELİRTİLERİNE YÖNELİK
BÜTÜNLEŞİK TANILAR ÜSTÜ BİR MÜDAHALENİN
UYARLANMASI VE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge ERARSLAN İNGEÇ

Danışman
Prof. Dr. ORÇUN YORULMAZ

İZMİR – 2021

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “Depresif ve Kaygı Belirtilerine Yönelik Bütünleşik Tanılar Üstü Bir Müdahalenin Uyarlanması ve Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

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

Özge ERARSLAN İNGEÇ

İmza

ÖZET

Doktora Tezi

Depresif ve Kaygı Belirtilerine Yönelik Bütünleşik Tanılar Üstü Bir

Müdahalenin Uyarlanması ve Etkisinin Değerlendirilmesi

Özge ERARSLAN İNGEÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

En yaygın ruhsal bozukluklar arasında olan depresyon ve kaygı bozukluklarının yaşam boyu birlikte görülme oranları oldukça yüksektir. Yüksek komorbidite/eş tanı oranı, psikoterapi sonucunda ortaya çıkan sonuçlarda benzerlikler ve duygularla ilişkili bozuklukların kökenindeki ortaklıklar, bir dizi soruna uygulanabilen tanılar üstü bir müdahale yaklaşımını gündeme getirmiştir. Bunlardan bir tanesi olan kısa kullanım şekliyle Bütünleşik Protokol olarak adlandırılan Duygusal Bozuklukların Tanılar Üstü Tedavisi için Bütünleşik Protokol, Bilişsel Davranışçı Terapi'yi temel alsa da farklılaşan yönü arka plandaki ortak mekanizmalara ve bunları değiştirmeye odaklanmasıdır. İlgili alanyazında özellikle ortak faktörler üzerindeki olumlu etkisi, birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkların tedavisindeki başarısı, tedaviye erişimin kolaylaştırılması ve terapist yükünü azaltması gibi önemli avantajlar sağlayabileceği yönündeki bulgular ve görüşlerden hareketle, bu çalışma kapsamında Bütünleşik Protokol'ün Türkçeye uyarlanması ve depresif ve kaygı belirtilerinin tedavisindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ek olarak, depresif ve kaygı belirtilerindeki değişime yönelik güçlü bir duyarlılık göstermeleri nedeniyle orijinal el kitabında ve ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılan iki ölçüm aracı olan Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ) ile Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği'nin (GDÖ) Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 281 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Araştırma sonuçları her iki ölçüm aracının da üniversite öğrencilerinde geçerli

ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Diğer yandan, Bütünleşik Protokol'ün etkisinin incelendiği ana çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi'nde öğrenimlerine devam eden ve görece yüksek depresif ve/veya kaygı belirtilerine sahip olan 34 öğrenci seçkisiz bir şekilde müdahale grubuna (n=17) ve bekleme listesi kontrol grubuna (n=17) atanmıştır. Müdahale programının etkinliğini belirlemek amacıyla depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik 2 (müdahale-kontrol grubu) x 2 (ön-son test ölçümü) karma ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, ilgili değişkenlere dair ön test ölçümlerinde her iki grup arasında farklılık bulunmazken; öncelikle müdahale grubunun ön-son test ölçümlerinde ve daha da önemlisi müdahale ve kontrol grupları arasında son test ölçümlerinde depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, Bütünleşik Protokol alan katılımcılar kendi başlangıçlarına ve bekleme listesi kontrol grubundakilere kıyasla daha düşük depresif ve kaygı belirtileri ve olumsuz duygulanım düzeylerine ve daha yüksek pozitif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeylerine sahip olduklarını belirtmiştir. Dolayısıyla, çalışma bulguları bir dizi duygusal bozukluğu hedef alan bu tedavi yaklaşımının farklı bir kültürel bağlam olarak Türkiye'de uygulanmasına ve potansiyel faydasına yönelik ilk destek sağlamaktadır. Araştırma bulguları ilgili alanyazın ışığında ve çalışmanın sınırlılıkları kapsamında değerlendirilmiş ve akademik ve klinik uygulamalara yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tanılar Üstü Yaklaşım, Duygularla İlişkili Bozukluklara Yönelik Bütünleşik Protokol, Depresyon, Kaygı Bozuklukları, Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği, Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği

ABSTRACT

Doctoral Thesis

Doctor of Philosophy (PhD)

**Adaptation and Investigation of the Effect of the Unified Protocol for
Transdiagnostic Treatment of Anxiety and Depressive Symptoms**

Özge ERARSLAN İNGEÇ

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Psychology Program

Depressive and anxiety disorders are the most common emotional disorders; at the same time, both have high rates of current and lifetime comorbidity. The high rate of comorbidity, similarities in treatment outcomes, and commonalities in the etiology of emotion-related disorders has encouraged a transdiagnostic intervention approach applicable to a range of problems. One of these programs called Unified Protocol in short term (i.e., Unified Protocol for Emotional Disorders) is based on the traditional Cognitive Behavioral Therapy, but its distinguishing characteristic is the focus particularly on some common mechanisms functioning background and some strategies on change of these factors. Relevant literature findings and inferences pointed out some advantages that this program may bring about positive changes in common factors, success of treatment of comorbid psychological problems, motivation and access for intervention as well as decrease in therapist burden; thus, the present study aimed to investigate the feasibility and effectiveness of the Unified Protocol on anxiety and depressive symptoms in Turkish university students with a pretest-posttest control group research design. In addition, because of their strong sensitivity to the change in anxiety and depressive symptoms, the adaptation, validity and reliability study of two measurement tools frequently used in the original protocol manual and related studies were carried out with 281 university

students: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS). The results of relevant analyses showed that both measurements were valid and reliable tools. The main study included 34 undergraduate students with high levels of depressive and/or anxiety complaints in Dokuz Eylul University. They were randomly assigned to one of two conditions, namely, intervention group based on the intervention (n=17) or a waitlist control group (n=17). In order to determine the effectiveness of the Unified Protocol, 2 (intervention-control group) x 2 (pre-post test) mixed measures variance analysis was applied for the outcome measures; degree of depressive and anxiety symptoms as well as positive and negative affect, and psychological well-being. The group comparison analyses revealed a significant difference between pre-post-test scores on outcome measures in intervention group, and between intervention and control groups in these measures in posttest scores; whereas, in the beginning, there was no difference in pretest measures of both groups. In other words, it seems that the participants who took Unified Protocol reported lower levels of anxiety, depressive complaints and negative affect, while they had higher degree of positive affect and psychological well-being as compared to their beginning position and control group. The findings of this study initially imply that Unified Protocol intervention resulted in significantly greater improvement in conditions of intervention group in a different cultural context. Thus, these findings provide the first preliminary support for the potential utility of this treatment approach targeting a range of emotional disorders in Turkey. The research findings were evaluated in the light of the relevant literature and within the scope of the limitations of the study, and suggestions for academic and clinical applications were presented.

Keywords: Transdiagnostic Approach, Unified Protocol for Emotional Disorders, Depression, Anxiety Disorders, Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, Overall Depression Severity and Impairment Scale.

**DEPRESİF VE KAYGI BELİRTİLERİNE YÖNELİK BÜTÜNLEŞİK
TANILAR ÜSTÜ BİR MÜDAHALENİN UYARLANMASI VE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	II
YEMİN METNİ	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
KISALTMALAR	XII
TABLolar LİSTESİ	XIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIV
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

**DEPRESİF VE KAYGI BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TANILAR ÜSTÜ
MÜDAHALELER**

1.1.TANILAR ÜSTÜ MÜDAHALELERİN TANIMLANMASI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI	7
1.2.DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE TANILAR ÜSTÜ MÜDAHALELERİN GEREKÇESİ	9
1.2.1.Depresyon ve Kaygı Bozuklukları Eş Tanısı	9
1.2.2.Depresyon ve Kaygı Bozukluklarının Ortak Kökenine Yönelik Kuramsal Açıklamalar	10
1.2.2.1.İki Faktörlü Duygulanım Modeli	10
1.2.2.2.Üçlü Model	11
1.2.2.3. Barlow'un Üç Faktörlü Modeli	12
1.2.3. Depresyon ve Kaygı Bozukluklarında Ortak Etiyolojik Faktörler	12
1.3.TANILAR ÜSTÜ TEDAVİLERİN OLASI AVANTAJLARI	15

1.4.DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUKLARI İÇİN MEVCUT TANILAR ÜSTÜ PSİKOLOJİK MÜDAHALELER	16
1.4.1.Tanılar Üstü Bilişsel Davranışçı Müdahaleler	17
1.4.2.Tanılar Üstü Kabul ve Farkındalık Temelli Müdahaleler	20
1.4.3.İnternet Destekli Tanılar Üstü Müdahaleler	22

İKİNCİ BÖLÜM

DEPRESİF VE KAYGI BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN TEMEL PRENSİPLERİ VE ETKİNLİĞİNE DAİR BULGULAR

2.1.BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN TEMEL PRENSİPLERİ VE TERAPİ SÜRECİNİN ANA HATLARI	26
2.2.TERAPİ MODÜLLERİNİN TANITIMI	28
2.2.1.Modül 1: Terapi Hedeflerini Belirleme ve Motivasyon Arttırma	29
2.2.2.Modül 2: Duyguları Anlama	30
2.2.3.Modül 3: Bilinçli Duygu Farkındalığı	34
2.2.4.Modül 4: Bilişsel Esneklik	40
2.2.5.Modül 5: Duygu Kaynaklı Davranışlara Karşı Gelme	43
2.2.6.Modül 6: Fiziksel Duyumları Anlama ve Bu Duyumlarla Yüzleşme	48
2.2.7.Modül 7: Duyguya Maruz Bırakmalar	50
2.2.8.Modül 8: Başarıları Tanımlama ve Geleceğe Bakma	53
2.3.BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN ETKİNLİK BULGULARI	55

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DEPRESİF VE KAYGI BELİRTİLERİNE YÖNELİK BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN UYARLANMASI VE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1.YÖNTEM	63
3.1.1.Örneklem	63
3.1.2.Veri Toplama Araçları	66

3.1.2.1.Demografik Bilgi Formu	66
3.1.2.2.Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ)	66
3.1.2.3.Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GDÖ)	67
3.1.2.4.Beck Depresyon Envanteri (BDE)	69
3.1.2.5.Beck Kaygı Envanteri (BKE)	70
3.1.2.6.Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS)	70
3.1.2.7.Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)	71
3.1.3.İşlem	72
3.1.4.İstatistiksel Analizler	77
3.2.BULGULAR	78
3.2.1.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Örneklem Özellikleri Yönünden Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	78
3.2.2.Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Çalışma Ana Değişkenlerindeki Eş-Değerliğine Yönelik Bulgular	79
3.2.3.Müdahale Öncesi Çalışma Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	81
3.2.4.Bütünleşik Protokol'ün Depresif Belirtiler Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	83
3.2.5.Bütünleşik Protokol'ün Kaygı Belirtileri Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	88
3.2.6.Bütünleşik Protokol'ün Pozitif Duygulanım Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	93
3.2.7.Bütünleşik Protokol'ün Negatif Duygulanım Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	96
3.2.8.Bütünleşik Protokol'ün Psikolojik İyi Oluş Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular	100

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. ÇALIŞMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ	106
4.2. ÇALIŞMANIN ANA DEĞİŞKENLERİ	111
4.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	117
4.4. GELECEK ÇALIŞMALARA ÖNERİLER ve KLİNİK DOĞURGULAR	118
SONUÇ	120
KAYNAKÇA	122
EKLER	148

KISALTMALAR

Anova	Tek Yönlü Varyans Analizi
APA	American Psychiatric Association/Amerikan Psikiyatri Derneği
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDT	Bilişse Davranışçı Terapi
BKE	Beck Kaygı Envanteri
BP	Bütünleşik Protokol
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
FTSA	Farkındalık Temelli Stres Azaltma
GDİ	Güvenilir Değişim İndeksi
GDÖ	Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği
GKÖ	Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği
IBS	İrritabl Bağırsak Sendromu
ICD	The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
İBDT	İnternet Temelli Bilişsel Davranışçı Terapi
KKT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ort.	Ortalama
ör.	Örneğin
PANAS	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
PİOÖ	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
ss	Standart Sapma
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Duygusal Davranış Türlerine Örnekler	45
Tablo 2: Duygusal Davranışlara Yönelik Alternatif Davranış Örnekleri	47
Tablo 3: Her Gruptaki Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler	65
Tablo 5: Müdahale ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri	80
Tablo 6: Müdahale ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Katılımcıların Ön-test Ortalamalarına İlişkin Analiz Sonuçları	81
Tablo 7: Depresif ve Kaygı Belirtileri, Pozitif ve Negatif Duygulanım ve Psikolojik İyi Oluş Ölçüm Puanları Arasındaki Pearson Korelasyonları	82
Tablo 8: Depresif ve Kaygı Belirtileri, Pozitif ve Negatif Duygulanım ve Psikolojik İyi Oluş Ölçüm Puanları Arasındaki Pearson Korelasyonları	83
Tablo 9: BDE ile Değerlendirilen Depresif Belirti Düzeylerine İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları	84
Tablo 10: BDE Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları	85
Tablo 11: BKE ile Değerlendirilen Kaygı Belirti Düzeylerine İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları	89
Tablo 12: BKE Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları	90
Tablo 13: Pozitif Duygulanım Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları	93
Tablo 14: Pozitif Duygulanım Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları	94
Tablo 15: Negatif Duygulanım Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları	97
Tablo 16: Negatif Duygulanım Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları	98
Tablo 17: Psikolojik İyi Oluş Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları	101
Tablo 18: Psikolojik İyi Oluş Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları	102

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Araştırmada Yer Alma Süreçlerine Dair Akış Şeması	75
Şekil 2: Grupların Ön-test ve Son-test Depresif Belirtiler Puanları	86
Şekil 3: Grupların Ön-test ve Son-test Kaygı Belirtileri Puanları	91
Şekil 4: Grupların Ön-test ve Son-test Pozitif Duygulanım Puanları	95
Şekil 5: Grupların Ön-test ve Son-test Pozitif Duygulanım Puanları	99
Şekil 6: Grupların Ön-test ve Son-test Psikolojik İyi Oluş Puanları	103



EKLER LİSTESİ

Ek 1: Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği ile Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği: Türkçe Uyarlamalarının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	ek s.1
Ek 2: Duygunun Üç Unsurlu Modeli Formu	ek s.16
Ek 3: Duyguları ve Duygu Kaynaklı Davranışları İzleme Formu	ek s.17
Ek 4: Yargısız, Şu An Odaklı Duygusal Farkındalık Formu	ek s.18
Ek 5: Muğlak Resim	ek s.20
Ek 6: Otomatik Düşünceleri Tanımlama ve Değerlendirme Formu	ek s.21
Ek 7: Belirti Başlatma Test Formu	ek s.22
Ek 8: Duygusal Maruz Bırakma Pratik Kaydı	ek s.23
Ek 9: Gelişim Değerlendirme Formu	ek s.24
Ek 10: Demografik Bilgi Formu	ek s.25
Ek 11: Beck Depresyon Envanteri (Örnek Maddeler)	ek s.26
Ek 12: Beck Kaygı Envanteri (Örnek Maddeler)	ek s.28
Ek 13: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Örnek Maddeler)	ek s.29
Ek 14: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Örnek Maddeler)	ek s.31
Ek 15: Duyuru Afışı	ek s.32

GİRİŞ

Depresyon ve kaygı bozuklukları dünya genelinde en büyük iş göremezlik nedenlerinden birini temsil etmekte olup, tahmini yaşam boyu yaygınlık oranlarının kaygı bozuklukları için %29 ve depresyon için %19'a kadar yükseldiği bilinmektedir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005). Kronik rahatsızlıklar arasında olan depresyon ve kaygı bozuklukları tipik olarak geç ergenlik / erken erişkinlik döneminde gelişir; tedavi edilmezse ve hatta akut tedaviden sonra bile nüksedebilir (Judd, 1997). Bireylerin ve sevdiklerinin yaşam kalitesini bozmakla birlikte genel popülasyondaki ölüm oranlarının çoğunu oluşturan kardiyovasküler, diyabet, astım ve kanser gibi kronik fiziksel rahatsızlıkların gelişimini arttırır (Katon, 2011). Depresyon ve kaygı bozukluklarında önemli bir endişe kaynağı olan eş tanı durumunun (birlikte görülme) tek bir rahatsızlık tanılanması durumu ile kıyaslandığında sorunun daha şiddetli hissedilmesi, iş göremezlikte artış, sağlık hizmetini daha çok kullanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lamers ve diğerleri, 2011). Psikolojik rahatsızlığı olanların neredeyse yarısı 12 aylık bir dönemde birden fazla rahatsızlığa ilişkin kriterleri karşılamakla beraber (Kessler ve diğerleri, 2005), depresyon ve kaygı bozukluklarının yaşam boyu birlikte görülme oranı %40 ile %80 arasında değişmektedir (Wittchen ve diğerleri, 2011). Depresyon ve kaygı bozukluklarının eş tanısı, tedavinin önündeki engellerle ve tedaviye direnç, artan intihar riski, daha fazla nüks oranı ve tıbbi kaynakların daha fazla kullanımı gibi daha kötü psikiyatrik sonuçlarla ilişkilidir (Aina ve Susman, 2006).

Yakın zamana kadar, rahatsızlığa özgü yaklaşım depresyon ve kaygı bozukluklarının kavramsallaştırılma ve araştırılma şekline hâkim olmuş ve tedavilerin geliştirilme ve değerlendirilme şeklini etkilemiştir. Belirli bir rahatsızlıkla ilişkili belirtileri ele almaya odaklanan tanıya özgü müdahalelerin etkinliği birçok çalışmada kanıtlanırsa da (Hofmann ve Smits, 2008), önemli dezavantajları da bulunmaktadır. İlk olarak, tanıya özgü müdahaleler hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalarda %40-80'e kadar yüksek eş tanı oranlarına dair bulgulara rağmen, bu durumu nispeten daha sınırlı bir şekilde ele almaktadır. Ayrıca yüksek eş tanı hem tanımlama hem de tedavi kararları için önemli bir sorun teşkil etmektedir: kanıta dayalı tedavilerin çoğunluğu spesifik tanılara uygun hale getirildiğinde, terapist birden fazla rahatsızlığı olan bir

kişiyi nasıl tedavi sunmalıdır? (Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001). İkinci olarak, tanı kategorilerinin klinik yararına rağmen, tanı kategorileri içinde önemli ölçüde heterojenliğin olması, farklı rahatsızlıklar arasındaki ayrımın zayıf olması ve başka türlü adlandırılmayan tanı oranlarının yüksekliği gibi tanıya özgü tedavilerin dayandığı tanı sınıflandırmalarının güvenilirliği ve geçerliği konusunda bazı sınırlamalar vardır (Brown, Di Nardo, Lehman ve Campbell, 2001). Ek olarak, aynı ve farklı rahatsızlıklar için giderek artan sayıda tedavi el kitapları ruh sağlığı uzmanları arasında uygulama, yayma ve eğitim için önemli bir engel teşkil etmektedir (Chorpita ve Daleiden, 2009). Tek bir rahatsızlığı hedefleyen çok fazla el kitabının bulunması terapistlerin seçim yapmasını zorlaştırmakla beraber, terapistlerin bu uygulamaların birçoğunu öğrenip, yetkinlik kazanma şansını da azaltmaktadır (Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard, Farchione ve Barlow, 2010). Diğer yandan, depresyon ve kaygı bozuklukların altında yatan benzer etiyolojik ve sürdürücü süreçlerin olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Kessler ve diğerleri, 2005). Bu bulgulardan ve tanıya özgü tedavi yaklaşımının barındırdığı kısıtlılıklardan yola çıkarak, depresyon ve kaygı bozukluklarının sınıflandırılması, formüle ve tedavi edilmesi ve önlenmesi için yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu konusunda uluslararası uzmanlar arasında artan bir fikir birliği vardır (Barlow, Allen ve Choate, 2004).

Tanıya özgü yaklaşımdan depresyon ve kaygı bozukluklarının *tanılar üstü* (transdiagnostic) kavramsallaştırılması ve tedavisine doğru kayma, önemli bir yaklaşım değişikliğini temsil etmektedir (Craske, 2012). Tanılar üstü yaklaşım, geniş bir dizi tanıyı destekleyen ortak ve temel uyumsuz mizaç, psikolojik, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve davranışsal süreçleri belirlemeye ve bu faktörleri terapide hedeflemeye odaklanmaktadır (Barlow ve diğerleri, 2004). Tanılar üstü yaklaşımın ortaya çıkışı duygu düzenlemedeki zorlukların psikopatolojinin gelişimi ve sürdürülmesinde merkezi rolü olduğuna dair bulgulara dayanmaktadır (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010; Gratz, Weiss ve Tull, 2015). Duygu düzenlemeye yönelik kullanılan ruminasyon, bastırma ve kaçınma gibi işlevsel olmayan stratejilerin kullanımının başta depresyon ve kaygı bozuklukları olmak üzere yeme bozukluğu, madde kullanımı ve borderline kişilik bozukluğu gibi farklı psikolojik rahatsızlıklarla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Aldao ve diğerleri, 2010). Bu bulgular, duygu

düzenlemenin önemli bir tanımlar üstü yapı olabileceği ve psikolojik rahatsızlıklar arasında ortak ve altında yatan temel bir boyutu oluşturabileceği konusunda bir tartışma öne sürmüştür.

Tanımlar üstü müdahaleler belli bir rahatsızlığa göre değiştirmeksizin aynı terapi prensiplerini çeşitli psikolojik rahatsızlıklara uygulayarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) veya Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflaması'nın (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD); Dünya Sağlık Örgütü, 1992) dayandığı geleneksel tanı sınırları dışında çalışır (McEvoy, Nathan ve Norton, 2009).

Son 10 yılda, Duygusal Bozuklukların Tanımlar Üstü Tedavisi İçin Bütünleşik Protokol (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Barlow ve diğerleri, 2011) ve Tanımlar Üstü Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (Norton, 2012) başta olmak üzere bir dizi tanımlar üstü terapinin etkinliğine yönelik araştırmalar yapılmış ve bu terapilerin bekleme listesi kontrol grubuna göre daha etkili olduğu ve tanıya özgü psikoterapiler ile eş değer sonuçlar ortaya çıkardığı bulunmuştur (Meidlinger ve Hope, 2017). Tanıya özgü psikoterapilerden farklı olarak ise psikopatolojiye tanımlar üstü bir çerçeveden yaklaşmak, psikolojik rahatsızlıklar arasındaki karmaşık eş tanı modellerinin kavramsal olarak anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (Barlow ve diğerleri, 2004). Bu çerçevenin, bu nedenle, eşanlı psikolojik rahatsızlıkları ele alan bütünleşik terapi yaklaşımlarını şekillendirerek terapi etkinliğini ve uygulamalarını iyileştirebileceği düşünülmektedir. Tanımlar üstü psikolojik müdahaleler birden fazla psikolojik rahatsızlıkta etkisi olabilecek genel müdahale imkânı sağlayarak eş tanıyı ele alır ve böylece tedavi verimliliğini artırır. Tedavideki tektiplik, terapistlerin birden fazla, bozukluğa özgü el kitaplarını öğrenme ihtiyacını en aza indirerek terapist yükünü de azaltabilir. Bu da muhtemelen tedavi uygulamasını artıracak ve tedavinin yayılmasını kolaylaştıracaktır (Barlow ve diğerleri, 2004). Dolayısıyla geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) aksine, teorik olarak tanımlar üstü BDT'nin farklı psikolojik rahatsızlıklar ve eş tanımlar için etkili olduğu öne sürülmüştür.

Bu çalışma kapsamında kısa kullanım şekliyle “Bütünleşik Protokol (BP)” (Unified Protocol (UP); Barlow ve diğerleri, 2011) olarak adlandırılan Duygusal Bozuklukların Tanılar Üstü Tedavisi için Bütünleşik Protokol’ün (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders) Türkçeye uyarlanması planlanmıştır. BP çeşitli psikolojik rahatsızlıklarda ortak olarak görülebilen duygu düzenleme güçlüklerini hedef almaktadır (Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich ve Barlow, 2010). Beş temel tedavi bileşeninden oluşan BP duygusal deneyimlerin farkındalığını arttırmayı, bilişsel yeniden yapılandırmayı, duygu kaynaklı kaçınma ve uyumsuz davranışları tanıtarak değiştirmeyi ve içsel (interoceptive) ve dışsal durumlara maruziyeti arttırmayı kapsamaktadır (Barlow ve diğerleri, 2011). BP çeşitli yaş gruplarına ve farklı psikolojik rahatsızlıkların tedavi hedeflerine daha iyi uyması için format/içerik ve tedavi tekniklerinde değişiklikler içeren çok sayıda revizyona tabi tutulmuştur. BP’nin İspanya (Osma ve diğerleri, 2018), Japonya (Ito ve diğerleri, 2016), Hong Kong (Powell, Farchione, Barlow ve Leung, 2020), İran (Mohammadpour ve diğerleri, 2018) ve Brezilya’da (de Ornelas Maia, Sanford, Boettcher, Nardi ve Barlow, 2017) kültürler arası etkili bir şekilde uygulandığına dair Amerikan çalışmalarındaki benzer sonuçlar bulunmuştur. Diğer yandan, ulusal alanyazında tanılar üstü terapilerin psikolojik rahatsızlıklarda uygulanmasına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Depresyon, kaygı bozuklukları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi ilişkili bozukluklar arasındaki yüksek oranda eş tanı ve ortak mekanizmalara sahip oldukları yönünde kanıtlara rağmen, bu rahatsızlıklara yönelik en az 51 ayrı tedavi el kitabının bulunduğu belirtilmiştir (American Psychological Association, Division 12, 2019). Tek bir tanıya yönelik tasarlanmış tedavi el kitaplarının fazlalığı ampirik olarak desteklenen psikolojik müdahalelerin yaygınlaştırılmasının önünde engel teşkil etmektedir. Özellikle, terapistlerin karmaşık ve eş tanıli rahatsızlıklara sahip bireylerin ihtiyaçlarını karşılaması için her bir rahatsızlık için maliyetli ve zaman alıcı eğitimler alması gerekmektedir. Ek olarak, tanıya özgü müdahalelerin günlük pratikte kişilerin yüksek oranda eş tanı sergiledikleri duruma hitap etmekte yetersiz olduğu belirtilmektedir (Cassello-Robbins, Southward, Tirpak ve Sauer-Zavala, 2020).

Bilimsel bulgular ışığında özellikle birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde etkinliğin artmasında, tedaviye erişimin kolaylaştırılmasında ve terapist yükünün azaltılmasında önemli avantajlar sağlayabileceği görüşünden hareketle bu çalışma kapsamında Barlow ve arkadaşları (2011) tarafından duygusal bozuklukların tanılar üstü tedavisine yönelik geliştirilmiş Bütünleşik Protokol'ün (BP) Türkçeye uyarlanması tasarlanmıştır. Araştırmada depresif ve/veya kaygı belirtilerine sahip üniversite öğrencilerine uygulanan BP'nin depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test bekleme listesi kontrol grubu desen örneği kullanılmıştır. Ulusal alanyazındaki önemli bir açığı kapatması planlanan mevcut araştırma ile BP'nin ülkemiz kültüründe uygulanabilirliğine ve depresif ve/veya kaygı belirtilerin tedavisindeki etkisine dair önemli bulgular sağlayacağı düşünülmektedir. Yanı sıra, depresif ve kaygı belirtilerindeki değişime yönelik güçlü bir duyarlılık göstermeleri nedeniyle orijinal el kitabında ve ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılan iki ölçüm aracının da ulusal alanyazına kazandırılması amaçlanmıştır: Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (OASIS, Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; Norman, Hami Cissell, Means-Christensen ve Stein, 2006) ile Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (ODSIS, Overall Depression Severity and Impairment Scale; Bentley, Gallagher, Carl ve Barlow, 2014). Her ikisi de 5'er madden oluşan ölçekler, müdahale öncesi ve müdahale sonunda uygulanarak BP'nin depresif ve kaygı belirtilerine yönelik etkisinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bunun yanı sıra; ölçeklerin uygulama süresinin oldukça kısa olmasından faydalanılarak BP uygulaması boyunca katılımcılardan her hafta bu ölçümleri tamamlamaları istenmiştir. Böylelikle değişim takibinin yapılabilmesine ve duyguların doğasına dair psikoeğitim sağlamasına yönelik katkı sunması beklenen kendi kendini takip etme becerisinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için, bu tez çalışması kapsamında bu iki ölçüm aracının Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması yürütülmüş ve elde edilen bulgular Ek-1'de detaylı bir şekilde sunulmuştur. Hem uyarlanan müdahaleyi orijinali paralelinde değerlendirmek hem de alana pratik iki araç sunmak adına bu ölçüm araçlarının çeşitli klinik alanlara ve araştırmalarına anlamlı katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma hipotezleri

Sonuç olarak bu çalışmada yer alan araştırma hipotezleri şu şekildedir:

1. Hipotez: Bütünleşik Protokol uygulanan müdahale grubu ve kontrol grubu katılımcılarının depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve iyi oluş ön test ölçümleri arasında anlamlı bir fark yoktur.
2. Hipotez: Müdahale grubundaki katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve iyi oluş son-test ölçümlerinde ön-test ölçümlerine kıyasla iyileşme yönünde anlamlı bir fark vardır.
3. Hipotez: Müdahale grubundaki katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve iyi oluş son-test ölçümlerinde kontrol grubuna kıyasla iyileşme yönünde anlamlı bir fark vardır.
4. Bütünleşik Protokol uygulanan müdahale grubundaki katılımcılardan depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve iyi oluş son test ölçümlerinden elde edilen etki ile 3 aylık takip değerlendirmesinde elde edilen etki arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

BİRİNCİ BÖLÜM

DEPRESİF VE KAYGI BOZUKLUKLARINA YÖNELİK TANILAR ÜSTÜ

MÜDAHALELER

1.1. TANILAR ÜSTÜ MÜDAHALELERİN TANIMLANMASI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

“*Tanılar üstü* (Transdiagnostic)” terimi, psikopatolojinin belirli tanı kategorileri ile sınırlı olmayan özelliklerine işaret eder şekilde giderek daha fazla kullanılmaktadır (Achenbach, 2015). “Trans” öneki Latince'den gelir ve karşıdan karşıya (ör., transatlantik) ya da ötesi (ör., aşkın) anlamına gelmektedir (Treccani Institute, <http://www.treccani.it/vocabolario/trans/>). Psikiyatrik rahatsızlıkların sınıflandırılmasında kullanılan tanı sistemlerinin sorunlarına yönelik önerilen tanılar üstü yaklaşımın mevcut kategorik tanıları aşması ve bunların ötesine geçmesi, mevcut sınıflandırmalardan daha iyi bir sınıflandırma sistemi üretmesi beklenmektedir (Fusar-Poli ve diğerleri, 2019). Bu yaklaşıma göre, psikiyatrik rahatsızlıkları ortak özelliklere göre gruplamak, sınıflandırma için daha boyutlu ve işlevsel bir temel oluşturmaktadır.

Günümüzde psikiyatrik rahatsızlıkları tanı ve sınıflandırmada kullanılan iki temel kaynak olan DSM ve ICD rahatsızlıkları belirti kümeleri ile tanımlayarak kategorik olarak sınıflandırmışlardır. DSM-5'te (APA, 2013) psikiyatrik rahatsızlıkları tanımlamaya ve sınıflandırmaya yönelik daha fazla durum ve belirleyiciler eklenmiş ve tanı kategorileri birbirinden ayrıştırılmıştır. Örneğin, agorafobi ve panik bozukluk farklı bozukluklar olarak ele alınmış, OKB ve TSSB kaygı bozukluğu sınıfından çıkarılmıştır. Benzer şekilde duygu durum bozuklukları; depresif bozukluklar ve bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak bölünmüştür. Depresif bozukluklar; “yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu, premenstrüel disfori bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu, maddenin ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu” tanılarını kapsamaktadır. Resmi sınıflandırmadaki bu düzenlemelere ve tanı sayısındaki artışa karşılık, gittikçe artan sayıdaki araştırma bulgusu çeşitli kaygı

ve duygu durum bozuklukları arasında önemli ölçüde örtüşme yaşandığını göstermektedir (Barlow, 2004; Moses ve Barlow, 2006).

Mevcut tanı kategorilerinin uzun süreli ve yaygın kullanımına rağmen, bu tür psikiyatrik yaklaşımların araştırma ve klinik uygulamalarda amaca uygun olmayabileceği konusunda artan bir fikir birliği bulunmaktadır (ör., First ve diğerleri, 2018; Dalgleish, Black, Johnston ve Bevan, 2020). Bu yönde bulgular psikolojik rahatsızlıkların belirtilerinin ya hep ya da hiç şeklinde olmadığı, aksine sürekli boyutlar şeklinde kavramsallaştırıldığını göstermektedir (Brown ve diğerleri, 2001; Kessler ve diğerleri, 2005). Psikolojik rahatsızlıkların tanımlanmış sınırlara uymayan, etkileşimlerin çok çeşitli olduğu ve sayısız biyolojik, davranışsal, psiko-sosyal ve kültürel süreçler arasındaki etkileşimden ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca, bazı DSM rahatsızlıklarının çok özgün yapıları temsil etmediğine ve bunun yerine ortak bir sendromdaki varyasyonları yansıttığına dair kanıtlar görmek mümkündür (Brown ve Barlow, 2009). Bu bulgular ışığında alanyazında görülen tanılar üstü yaklaşıma yönelim, "tanılar üstü" anahtar kelimesini kullanan makalelerin sayısındaki artışla da paraleldir (Sauer-Zavala, Gutner, Farchione, Boettcher, Bullis ve Barlow, 2017).

Tanılar üstü yaklaşımlar ilk olarak bilişsel davranışçı kuramlardan ve yeme bozuklukları için geliştirilen terapilerden ortaya çıkmış (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003) ve sonrasında depresyon (Clark, 2009) ve kaygı bozukluklarına (Norton ve Hope, 2005) genişletilmiştir. Bu yaklaşım bu bozuklukların ortak etiyolojik ve idame süreçlerinin yanı sıra bilişsel-duygusal, kişilerarası ve davranışsal özelliklerinin tespit edilmesi ve bilişsel-davranışçı terapilerin uygulanmasına engel olan gittikçe artan sayıda tanıya özgü tedavi el kitaplarının ortaya çıkması sonucu öne sürülmüştür. Bu iki unsura ek olarak tanılar üstü yaklaşımın depresyon ve kaygı bozukluklarına genişletilmesinin rasyoneline tanıya özgü müdahalelerin kategorik tanı sınıflandırmalarına yönelik tasarlanması ve eş tanıya daha az önem vermesi eklenmiştir (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody ve Dalgleish, 2015). Sonuç olarak, sıklıkla birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde etkinliği arttırmaya yönelik tanılar üstü yaklaşıma dayalı müdahaleler hem bireylerin terapiye erişim şansını artırma hem de terapistlerin uygun terapi seçeneğini seçmede ve öğrenmede yaşayabilecekleri sıkıntıları en aza indigeme amacıyla tasarlanmıştır. Takip eden

bölümde tanılar üstü müdahalelerin ortaya çıkışındaki gerekçeler detaylı bir şekilde sunulmaktadır.

1.2. DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE TANILAR ÜSTÜ MÜDAHALELERİN GEREKÇESİ

Depresyon ve kaygı bozukluklarının farklılıklarından ziyade ortaklıklarına vurgu yapan bilimsel kavrayış belli alanlarda meydana gelen ana gelişmeleri temel almaktadır. Tanılar üstü yaklaşıma ve ilgili müdahalelere temel olan bu gelişmeleri gerekçe olarak tanımlamak gerekirse, bunlar arasında eş tanı, kuramsal modeller, etiyoloji sayılabilir. Çalışmanın amacı doğrultusunda depresyon ve kaygı bozuklukları göz önünde tutularak her biri sırayla kısaca gözden geçirilecektir.

1.2.1. Depresyon ve Kaygı Bozuklukları Eş Tanısı

Psikolojik rahatsızlıkların şans oranından daha yüksek oranda birlikte görülme eğilimi olan eş tanı durumunun depresyon ve kaygı bozuklukları arasında yüksek olması alanyazında ve gerçek yaşamda uzun zamandır bilinen ve pek çok çalışma ile desteklenen bir durumdur (Maser ve Cloninger, 1990; Mineka, Watson ve Clark, 1998). DSM sınıflandırılmasında rahatsızlıklar arasındaki pozitif ilişkiler dikkate alınsa da eş tanı olgusu depresyon ve kaygı bozuklukları açısından özellikle belirgindir (Krueger ve Finger, 2001). Amerika’da yürütülen Ulusal Komorbidite Araştırması’na (the US National Comorbidity Survey) göre, majör depresyonu olan hastaların %58’inin bir kaygı bozukluğu kriterini de karşıladıkları bildirilmiştir. Ayrıca, birincil kaygı bozukluğu tanısı olan kişilerin çoğunda majör depresif ataklar görüldüğü rapor edilmiştir (Kessler, Nelson, McGonagle, Liu, Swartz ve Blazer, 1996).

Psikolojik rahatsızlıklarda görülen bu tür yüksek eş tanı oranları kaygı, depresyon ve ilişkili bozuklukların farklılıklarından ziyade ortaklıklarını vurgulamıştır. Bu ortaklıklar yüksek eş tanı oranlarının yanı sıra belli bir rahatsızlığa yönelik uygulanan psikoterapilerde ana soruna ilaveten eş tanılı rahatsızlıklarda meydana gelen iyileşmelerle de desteklenmiştir (Allen, White, Barlow, Shear, Gorman ve Woods, 2010; Tsao, Mystkowski ve Zucker, 2002). Örneğin, panik bozukluğu için

tedavi gören 126 hastada YAD, sosyal kaygı bozukluğu ve depresyon eş tanıları incelenmiş ve tedavi sonunda bu belirtilerde de anlamlı bir düşüş kaydedilmiştir (Brown, Antony ve Barlow, 1995). Majör depresif bozukluk, OKB ve panik bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların antidepresan tedavisine benzer bir şekilde tepki vermesi bazı araştırmacılar tarafından bu bozukluklar arasındaki ortak özellikleri gösterdiği şeklinde değerlendirilmiştir (Hudson ve Pope, 1990).

Yüksek oranda eş tanı ve tedavi yanıtı oranlarının en dikkat çekici açıklaması bu örüntünün “genel nevrotik sendrom” olarak adlandırılan bir kavramdan kaynaklanabileceği olmuştur. Farklı rahatsızlıklarda görülen semptomların heterojenliğinin genel nevrotik sendromun ortaya çıkışındaki ufak farklılıklardan kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (Andrews, 1990; Brown ve Barlow, 2009). Bu kavram doğrultusunda depresyon ve kaygı bozukluklarının temel özelliklerine yönelik bütüncül tedavi yaklaşımlarının daha etkili olabileceği önerilmiştir.

1.2.2. Depresyon ve Kaygı Bozukluklarının Ortak Kökenine Yönelik Kuramsal Açıklamalar

DSM-5 (APA, 2013) tanı güvenirliğini arttırmaya yönelik psikolojik rahatsızlıkları daha fazla ayırtırmayı vurgulasa da örtük değişken analizleri olası kategoriler olmaksızın depresyon ve kaygı bozukluklarını analiz etme imkânı sağlamıştır. Araştırmacılar, depresyon ve kaygı bozukluklarının ortak ve benzersiz özelliklerini belirlemek için çeşitli çok değişkenli teknikler kullanarak, ortaya çıkan bulguları kavramsallaştırmak için yapısal modeller geliştirmişlerdir. Bu kısımda depresyon ve kaygı bozukluklarına yönelik kuramsal açıklamalar getiren ve psikoterapi müdahalelerin içeriğini belirleyen modeller ele alınacaktır.

1.2.2.1. İki Faktörlü Duygulanım Modeli

“Tellegen’in (1985) çalışmasına dayanan *İki Faktörlü Duygulanım Modeli* (*Two-factor Affective Model*) duygulanımın temel boyutlarının rolünü vurgulamıştır. Kapsamlı araştırmalar sonucunda duygusal deneyimin pozitif duygulanım ve negatif duygulanım olmak üzere iki genel faktörle tanımlanabileceği gösterilmiştir. Olumsuz

duygulanım bireyin korku, üzüntü, öfke ve suçluluk gibi olumsuz duyguları ne ölçüde yaşadığını yansıtırken; olumlu duygulanım ise sevinç, coşku, enerji ve uyanıklık gibi olumlu duyguları ne ölçüde yaşadığını yansıtır. Bu iki genel boyutun, depresyon ve kaygı bozuklukları ile farklı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle, depresyon ve kaygı bozukluklarının her ikisinin de genel olumsuz duygulanım ölçümleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Diğer yandan, olumlu duygulanım ölçümleri depresif belirtiler ile tutarlı bir şekilde negatif ilişkiliyken, kaygı belirtileri ile büyük ölçüde ilişkisiz olduğu bulunmuştur (Jolly, Dyck, Kramer ve Wherry, 1994). Dolayısıyla, bu iki faktörlü modelde olumsuz duygulanım depresyon ve kaygı bozuklukları için ortak olan ve spesifik olmayan bir faktörü temsil ederken, pozitif duygulanım depresyonla ilişkili spesifik bir faktörü temsil ediyor denebilir.

1.2.2.2. Üçlü Model

Depresyon ve kaygı bozukluklarının neden bu kadar yakından ilişkili olduğuna ve birbirinden daha iyi nasıl ayırt edilebileceğine dair sorulara kısmi bir yanıt sağlayan “*Üçlü Model*” Clark ve Watson (1991) tarafından ilgili alanyazın gözden geçirilerek önerilmiştir. Üçlü Model’de depresyon ve kaygı belirtileri spesifik olmayan, depresyona özgü ve kaygıya özgü belirtiler olmak üzere üç temel gruba ayrıştırılmaktadır. İlk olarak, her iki yapının birçok semptomu, genel bir sıkıntı veya olumsuz duygu faktörünün güçlü belirteçleri olup nispeten spesifik değildir. Diğer bir deyişle, bu belirtiler hem kaygılı hem de depresif belirtilere sahip kişilerde yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu spesifik olmayan grup duygusal sıkıntı yaşamaya genel bir eğilim olan olumsuz duygulanımın yanı sıra her iki rahatsızlıkta yaygın görülen uykusuzluk, huzursuzluk, düşük konsantrasyon gibi diğer belirtileri de içermektedir. Üçlü modelde, bu spesifik olmayan belirtiler kaygı ve depresyon ölçümleri arasındaki güçlü ilişkiden sorumlu olarak görülmektedir. Yine de her yapı nispeten eşsiz belirtilerle de tanımlanmaktadır. Modele göre, bir şeye ilgi duymama, enerji azlığı, hiçbir şeyin zevkli olmadığını hissetme, eğlenmeme gibi zevk alamama ve olumlu duygusal yaşantıların yokluğunu yansıtan belirtiler depresyona özgüdür. Pozitif duygulanım negatif bir şekilde ve özellikle depresyonla ilişkilidir; yani depresyondaki kişilerde azalmış pozitif duygulanım görülür. Buna karşılık, nefes darlığı, baş dönmesi

veya sersemlik hissi, ağız kuruluğu ve titreme gibi somatik gerginlik ve fizyolojik aşırı uyarılmışlık (physiological hyperarousal) belirtilerinin ise kaygıya özgü olduğu öne sürülmüştür. Bu belirtiler pozitif bir şekilde ve özellikle kaygı ile ilişkilidir (diğer deyişle, endişeli kişiler fizyolojik olarak aşırı uyarılmışlık sergiler) (Krueger ve Finger, 2001). Bu üç farklı belirti grubunun bu yapıların kapsamlı değerlendirilmesine dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss ve McCormick, 1995).

1.2.2.3. Barlow'un Üç Faktörlü Modeli

Benzer bir üç faktörlü model Barlow ve arkadaşları (1996) tarafından (*Barlow's Three-Factor Model*) geliştirilmiştir. Bu model, depresyon ve kaygı bozukluklarının temelde duygularla ilişkili bozukluklar olduğunu vurgular ve bu nedenle bu bozuklukları, kaygı (veya endişe), korku ve depresyon gibi üç temel duygu ile ilişkili süreçlerle ilişkilendirir. Belirti düzeyinde, Barlow ve meslektaşları (a) genel sıkıntı ve olumsuz duygulanımın kaygının göstergeleri olduğunu, (b) otonom uyarılmanın korku / paniğin bir ifadesi olduğunu ve (c) zevk alamama (anhedonia), düşük olumlu duygulanım ve umutsuzluğun ise depresyonun göstergeleri olduğunu öne sürmüştür. Clark ve Watson'un üç faktörlü modeline (1991) benzer şekilde, otonomik uyarılma kaygı bozukluklarına; zevk alamama ve düşük pozitif duygulanım ise depresif bozuklara özgü belirti kümeleri olarak görülürken, genel stres ve olumsuz duygulanım her iki bozukluğun spesifik olmayan belirtileri olarak tanımlanmıştır (Mineka, Watson ve Clark, 1998). Bu yaklaşıma göre, genel stres ve olumsuz duygulanımın sadece kaygı bozuklukları arasında ortak olmayıp, aynı zamanda depresyonla da paylaşılmakta; bu nedenle öncelikle kaygı bozukluklarının kendi içinde ve depresyon ile kaygı bozuklukları arasında gözlenen örtüşmeden sorumlu olan üst düzey faktörler olduğu öne sürülmüştür.

1.2.3. Depresyon ve Kaygı Bozukluklarında Ortak Etiyolojik Faktörler

Tanımlar üstü bakışa gerekçe olabilecek bir diğer faktör de etiyolojidir. Psikolojik rahatsızlıklarda görülen yüksek eş tanı ve tedavi yanıtındaki örtüşme

oranlarına dair bulgular genel olarak depresyon, kaygı ve ilişkili bozuklukların gelişimine katkı sağlayan ortak yatkınlıkların olabileceğini düşündürmektedir. Birçok ortak psikolojik rahatsızlık geliştirme riskine sahip olan kişilerde üç temel konu üzerinde durulmuştur. İlk olarak, depresyon, kaygı ve ilişkili bozukluklara sahip bireylerin sağlıklı kişilerle kıyaslandığında daha yüksek düzeyde olumsuz duyguya sahip oldukları ve olumsuz duyguları daha yoğun ve sık yaşadıkları gözlenmiştir (Campbell-Sills, Barlow, Brown ve Hofman, 2006; Mennin, Heimberg, Turk ve Fresco, 2005). İkinci olarak, bu ortak durumları deneyimleyen kişilerin duygusal deneyimlerini daha olumsuz bir şekilde yorumlama eğilimi gösterdikleri rapor edilmiştir (Roemer, Salters, Raffa ve Orsillo, 2005). Son olarak, bu kişilerin duygular ortaya çıktığında olumsuz etkilerini azaltmayı amaçlayan bir dizi bilişsel (ör. bastırma) ve davranışsal strateji (ör. kaçınma) sergiledikleri bulunmuştur. Depresyon, kaygı ve ilişkili bozuklukların tümünün gelişimi ve sürdürülmesinde duygusal yaşantıların rolü göz önüne alındığında, bu ortak özelliğe vurgu yapmak ve depresyon, kaygı, somatoform ve disosiyatif bozukluklar gibi ilişkili bozuklukları gruplamak için “*duygusal bozukluklar (emotional disorders)*” kavramı önerilmiştir (Barlow ve diğerleri, 2011; Brown ve Barlow, 2009). Dolayısıyla, bu noktadan sonra söz konusu rahatsızlıklar, ortak özelliklerine vurgu yapacak şekilde “duygusal bozukluklar” olarak ifade edilecektir.

Duygusal bozukluklara tanılar üstü tedavi yaklaşımı için belki de en güçlü tartışma bu bozuklukların etiolojisindeki ortaklıkları destekleyen bulgulara dayanmaktadır. Barlow (2000, 2002) duygularla ilişkili bozuklukların etiolojisindeki ortaklıkları “*Üçlü Yatkınlık (Triple Vulnerabilities)*” olarak adlandırılan yeni bir modelde özetlemiştir. “Üçlü yatkınlık” teorisi genel biyolojik ve psikolojik yatkınlık ile erken dönem deneyimlerine özgü psikolojik yatkınlık faktörlerini kapsamaktadır. Genel biyolojik yatkınlık duygusal bozuklukların gelişimine katkı sağlayan spesifik olmayan genetik faktörleri içermektedir. Genetik bulguların depresyon ve kaygı bozukluklarının anlaşılmasında önemli etkileri vardır. 1980'lerden başlayarak, çok sayıda çalışma depresyon ve kaygı bozuklukları arasındaki genetik bağları incelemiş, öncelikle ortak bir genetik yatkınlığın bazı bireyleri her iki bozukluğun gelişimine karşı savunmasız hale getirip getirmediğini araştırmıştır. Kaygı bozukluklarının kendi içinde genetik olarak heterojen olması nedeniyle depresyon ve kaygı bozuklukları

arasındaki ilişki doğasının incelenen kaygı türüne bağlı olacağı bildirilmiştir. Bu görüşe uygun olarak, biriken veriler depresyonun genetik olarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu'ndan (YAB) ayırt edilemez olduğunu, panikle orta derecede ilişkili olduğunu ve fobilerle (kendi aralarında da heterojen) daha az ilişkili olduğunu göstermiştir (Kendler, Neale, Kessler, Heath ve Eaves, 1993a). Ek olarak, hem depresyon ve hem de YAB'ın öznel sıkıntıdaki bireysel farklılıkları yansıtan geniş bir kişilik özelliği olan nörotisizm ile yakından bağlantılı olduğu bulunmuştur (Kendler, Neale, Kessler, Heath ve Eaves, 1993b). Genel biyolojik yatkınlık üzerine yapılan çalışmaların çoğu nörotizme ve negatif duygulanıma odaklanmaktadır. Birlikte ele alındığında, bu veriler depresyon ve kaygı bozuklukları arasındaki gözlenen eşleşmenin büyük ölçüde öznel sıkıntı ve olumsuz duygulanımdaki genel bireysel farklılıkları yansıtan ortak bir genetik faktöre bağlı olduğunu göstermektedir (Mineka, Watson ve Clark, 1998).

İkinci olarak, genel psikolojik yatkınlık stresli ve öngörülemez bir ortamda bulunmanın ve/veya etkili başa çıkma stratejilerin gelişimini ve öz yeterliğin oluşumunu engelleyen belli ebeveynlik stilleri ile yetiştirilmenin etkisi ile karakterize edilen erken dönem çocukluk deneyimlerinden ortaya çıkar. Bu erken dönem deneyimlerin yaşam olayları karşısında kontrol edilemezlik hissine yol açarak duygularla ilişkili bozuklukların temelini oluşturur. Son olarak, spesifik erken öğrenme deneyimleri ise kişinin neyi tehdit olarak algılayacağını belirlemektedir. Bu erken dönem deneyimleri bazı fobilerde olduğu gibi belli obje ya da durumlardan yoğun bir şekilde korkan ebeveyni modelleme ya da panik bozukluk ya da hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi somatik duyuların olası tehlikesine aşırı dikkat eden bir bakım verenin olması gibi farklı şekillerde olabilir.

Diğer bir ifadeyle, spesifik psikolojik yatkınlık, genel biyolojik ve psikolojik yatkınlık ile etkileşime girerek farklı duygulanım bozukluklarının gelişmesine katkı sağlamaktadır. Genel biyolojik ve psikolojik yatkınlıkla birlikte spesifik psikolojik yatkınlığın sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu gibi farklı kaygı bozukluklarının gelişimine yol açtığı görülmektedir. Bu model OKB ve TSSB için de geçerli görünmektedir (Barlow ve diğerleri, 2004).

Sonuç olarak, yüksek oranda eş tanı ve örtüşen tedavi tepkisi, duygusal bozuklukların hiyerarşik modelleri ile etiyolojisindeki ortaklıklar birlikte ele

alındığında, en son araştırmalar bu ortak özellikleri göz önünde bulunduran ve bir dizi duygusal bozukluğa uygulanabilen tanılar üstü veya bütünleşik bir yaklaşıma destek vermektedir.

1.3. TANILAR ÜSTÜ TEDAVİLERİN OLASI AVANTAJLARI

Yaygın bir şekilde birlikte görülen depresyon ve kaygı bozukluklarını etkili bir şekilde tedavi eden tanılar üstü yaklaşıma dayalı müdahalelerin geliştirilmesinin hem danışanlar hem de psikoterapistler açısından birçok avantajı barındırdığı ileri sürülmüştür. Hem bireysel terapi hem de grup terapisi uygulamalarında tanılar üstü tedavilerin depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisindeki etkinliğine yönelik BDT ile eş değer bulgular tanılar üstü yaklaşımının avantajlarını da gündeme getirmiştir. İlk olarak, daha önce belirtildiği gibi, duygusal bozukluklar arasındaki eş tanı oranı oldukça yüksektir ve tanıya özgü müdahalelerin bu durumu ele almada donanımı yeterli değildir. Tek bir rahatsızlığa yönelik terapiler sıklıkla hedeflenen rahatsızlığın dışındaki duygu alanlarına müdahale etmekte sınırlı kalmaktadır (Ehrenreich-May ve Bilek, 2012). Buna karşılık, belirtilerin devamlılığını sağlayan temel duygusal süreçleri hedefleyerek, tanılar üstü müdahaleler eş-zamanlı olarak ortaya çıkan durumları kontrol edebilir. Psikopatolojiye tanılar üstü çerçeveden yaklaşmak eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların karmaşık doğasının anlaşılmasına da yardımcı olabilir (Barlow ve diğerleri, 2004; McHugh, Murray ve Barlow, 2009). Ayrıca BDT her ne kadar etkinliği kanıtlanmış yaklaşımlardan biri olsa da tek bir bireyin çeşitli eş tanıli rahatsızlıkları için birden fazla tedavi el kitabının uygulanmasını gerektirdiği için maliyet açısından verimsiz olabileceği düşünülmektedir. Araştırmacılar çeşitli tanıya özgü el kitaplarının eğitim ve maliyet talepleri açısından elverişsiz olduğunu ve bu durumun ampirik olarak doğrulanmış tedavilerin yaygınlaştırılması için caydırıcı olabileceğini öne sürmektedir (Barlow ve diğerleri, 2004; Norton ve Philipp, 2008). Özellikle, birçok klinik ortamındaki kaynaklar psikoterapistlerin ilgili tüm tanıya özgü el kitaplarının satın alınması ve eğitilmesi için yeterli olmayabilir, bu da tedavi el kitaplarının daha erişilebilir olması çağrılarına yol açar (Hollon, Thase ve Markowitz, 2002). Bunun yerine eş tanı durumları için etkili olan tek bir el kitabının öğrenilmesi ile çok çeşitli tanıya özgü el kitaplarının eğitim ve maliyet açısından oluşturduğu yükü

hafifletebilir. Depresyon ve kaygı bozuklukları gibi bir dizi yaygın psikolojik rahatsızlığı aynı anda tedavi eden bir tanımlar üstü BDT'nin, özellikle grup formatında yapılırsa, daha uygun maliyetli olacağı önerilmektedir. Diğer bir konu ise, eş tanı durumunun tedavi kararında da önemli bir sıkıntı teşkil etmesidir. Sağlık çalışanlarının çoklu rahatsızlık sergileyen kişilere yönelik hangi tedaviyi uygulayacaklarına karar verme süreci, tek bir tanıya yönelik tedavilerde oldukça zorlayıcı olabilmektedir (Newby ve diğerleri, 2015).

Diğer yandan, tanıya özgü tedavilerin dayandığı tanısal sınıflandırmaların güvenilirliği ve geçerliğinde bulunan bazı kısıtlamalara (tanı kategorileri içinde önemli ölçüde heterojenlik, rahatsızlıklar arasındaki ayrımın zorluğu ve başka türlü adlandırılmayan tanıların yüksek oranda olması gibi) yönelik iyileşmeler sağlayabileceği ve tedaviye erişimi arttırabileceği önerilmektedir (Newby ve diğerleri, 2015).

Özetle, depresyon ve kaygı bozukluklarının yaygın görülmesi, eş tanı oranlarının yüksek olması ve ruh sağlığı merkezlerinde uzun süreli bekleme süreleri gibi gerekçeler etkili ve etkin bir tedavinin tanımlar üstü yaklaşımla sağlanabileceğini vadetmektedir.

1.4. DEPRESYON VE KAYGI BOZUKLUKLARI İÇİN MEVCUT TANILAR ÜSTÜ PSİKOLOJİK MÜDAHALELER

Depresyon ve kaygı bozuklukları için bugüne kadar değerlendirilen tanımlar üstü terapiler iki temel yaklaşım ile ele alınmaktadır. En çok araştırılan ilk yaklaşım, heterojen kaygı bozukluklarını (ör., Norton, 2008) veya kaygı ve depresyonu hedefleyen (ör., McEvoy ve Nathan, 2007) geniş spektrumlu tanımlar üstü Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) müdahaleleridir. Duygusal bozuklukların bilişsel ve davranışsal modelleri ile oluşturulan bu müdahaleler BDT temelli tedavi ilke ve stratejilerini uygulayarak (ör. aşamalı maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi), belli bir bozukluğun belirtilerinden ziyade kaygı ve depresyonun altında yatan ortak süreçleri hedefler. Bu geleneksel BDT temelli tanımlar üstü müdahalelere ek olarak depresyon ve kaygı bozukluklarının tanımlar üstü tedavisi için kabul ve farkındalık temelli müdahaleler gibi “üçüncü dalga” veya “yeni dalga” davranışsal ve

bilişsel davranışçı terapilere de ilgi artmaktadır. İşlevsel olmayan biliş, davranış ve duyguları değiştirmeyi amaçlayan geleneksel BDT'nin aksine, kabul ve farkındalığa dayalı müdahaleler, bireyin biliş ve duygularına olan bakış açısını ve bunlarla olan ilişkisini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bu süreç farkındalık, yargısız farkındalık ve psikolojik deneyimlerin kabulü yoluyla kolaylaştırılır (Newby ve diğerleri, 2015). Son olarak, hem tanılar üstü BDT hem de farkındalık temelli müdahalelerin uygulamasında internetin kullanımına dair son yıllarda umut verici sonuçlar ortaya çıkmaya başlamıştır (ör., Boettcher, Åström, Pålsson, Schenström, Andersson ve Carlbring, 2014; Dear ve diğerleri, 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson ve Spence, 2010). Takip eden bölümde bu müdahalelerin tanıtımını sağlamak amacıyla bireysel, grup temelli ya da çevrim içi formatlarda uygulanabilen bu müdahalelerin depresyon ve kaygı bozuklukları tedavisinde kullanımı ve etkinliğine dair bulgular özetlenmiştir.

1.4.1. Tanılar Üstü Bilişsel Davranışçı Müdahaleler

Tanılar üstü bilişsel davranışçı müdahaleler; grup (Norton, 2008), bireysel (Barlow ve diğerleri, 2011), bilgisayar programı (Proudfoot ve diğerleri, 2004) ve çevrimiçi yayın (Titov, Dear, Schwencke, Andrews, Johnston, Craske ve McEvoy, 2011) formatlarında depresyon ve kaygı bozukluklarına yönelik uygulanmaktadır. Bu kısımda bilişsel davranışçı yaklaşım temel alınarak geliştirilen ve etkinlik çalışmaları yapılan tanılar üstü müdahaleler incelenecektir.

Erickson (2003), kaygı bozukluğu olan bireyler için psiko-eğitim, tanıya özgü ve ortak inançlara yönelik bilişsel-yeniden yapılandırma (ör. belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırma ve olumsuz temel inanışlarla baş etme gibi) ve maruz bırakma unsurlarını içeren 11 haftalık bilişsel davranışçı grup terapisi programının etkisini seçkisiz olmayan bir çalışmada değerlendirmiştir. Tedavi etkisi Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993) ve Korku ve Genel Semptom Anketi (Fear and General Symptom Questionnaire; Hafner, 1981) kullanılarak değerlendirmiş ve katılımcılardan tedavi sonunda alınan ölçümlerde anlamlı derecede iyileşme gözlenmiştir. Ayrıca tedavi kazanımlarının 6 aylık takip ölçümlerinde de korunduğu rapor edilmiştir. Erickson ve diğerleri (2007) standart BDT tekniklerinin kullanıldığı tek bir el kitabının aynı grupta farklı kaygı bozukluklarına sahip bireyler

üzerindeki etkisini seçkisiz kontrollü bir çalışmada incelemiştir. Panik bozukluk, OKB, sosyal kaygı, YAB, özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarından en az birine sahip olan 152 katılımcı tedavi grubuna ve bekleme listesi kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Katılımcıların %43'ünün birden fazla kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı rapor edilen çalışmada yapılan değerlendirmede tedavi grubundaki katılımcılarda kontrol grubundakilere kıyasla daha fazla iyileşme gözlenmiştir. Özellikle de panik bozukluğu olan hastaların daha fazla yarar sağladıkları belirtilmiş; genel olarak tedavi kazanımlarının 6 aylık takip ölçümlerinde sürdürüldüğü rapor edilmiştir.

Bir diğer çalışmada McEvoy ve Nathan (2007), depresyon ve/veya kaygı bozukluğu tanısı olan katılımcılara 10 seanstan oluşan tanılar üstü grup terapisi uygulamış ve müdahalenin etkisini incelemiştir. Bu program psiko-eğitim, rahatlama teknikleri, davranışsal aktivasyon, maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma olmak üzere beş temel unsurdan oluşmaktadır. Tedavi üçüncü basamak bir toplum ruh sağlığı kliniğinde uygulandığından, katılımcıları bekleme listesi veya plasebo kontrol grubuna seçkisiz atama etik ve pratik nedenlerden dolayı sağlanamamıştır. 143 katılımcı ile yürütülen programın sonunda depresyon, kaygı bozukluğu ve her iki rahatsızlığa sahip olan katılımcılardan elde edilen sonuçlar etki boyutu, güvenilir değişim ve klinik olarak anlamlı değişim açısından önceki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermiş; depresyon ve kaygı belirtilerinde azalma rapor edilmiştir.

Norton ve arkadaşları kaygı bozuklukları için tanılar üstü tedavi konusunda bugüne kadar en kapsamlı araştırma programını yürütmüşlerdir. Norton ve Hope (2005) geliştirdikleri 12 haftalık tanılar üstü terapi el kitabını altı ile sekiz kişilik gruplara uygulamışlardır. Korku kaçınma hiyerarşisinin tanıtımı ile başlayan seanslar bilişsel yeniden yapılandırmayı tanıtma, düşünce ya da değerlendirmelerin önemini tartışma, düşünce hatalarını tespit etme şeklinde devam etmektedir. Dördüncü ve dokuzuncu seanslar arasında kişiselleştirilmiş aşamalı maruz bırakma uygulanır. Onuncu ve on birinci seanslarda yeni korkuların gelişimini azaltmak için genel düşüncelerin rasyonel incelenmesi teşvik edilerek olumsuz duygu deneyimlerinin bilişsel yeniden yapılandırılmasına odaklanılır. Son olarak, on ikinci seansta nüksün önlenmesi ve genel sonlandırma konularıyla ilgili eylem planları geliştirilir. Bu müdahale için sonuç verileri üç ayrı çalışmada rapor edilmiştir. Farklı kaygı bozukluğu

tanıları olan 23 katılımcının seçkisiz bir şekilde müdahale ve bekleme listesi kontrol grubuna atıldığı bir çalışmada, müdahale grubunda yer alan katılımcılarda tanıya yönelik ölçümlerinde ve korku-kaçınma hiyerarşilerinde daha fazla anlamlı iyileşme gözlenmiştir (Norton ve Hope, 2005). Bu çalışmayı takiben aynı katılımcıların depresif duygu durumları incelenmiş ve yine kontrol grubuna kıyasla tanılar üstü tedavi alan katılımcıların depresif duygu durumunda anlamlı azalmalar olduğu rapor edilmiştir (Norton, Hayes ve Hope, 2004). Bu tedavinin özellikle panik bozukluk ve sosyal fobi olmak üzere farklı kaygı bozuklukları üzerindeki etkisi karşılaştırılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların tedavi boyunca iyileşme eğiliminde oldukları bulunmuştur. Nihayetinde, bu çalışmanın bulguları farklı kaygı bozukluklarına sahip kişilerin aynı tedavi el kitabı ile tedavi edilebileceği varsayımını destekler nitelikte görünmektedir (Norton, 2008). Gevşeme eğitimi ile bu grup terapisinin karşılaştırıldığı seçkisiz kontrollü bir çalışmada gruplara atanan katılımcıların sonuçları arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, gevşeme grubunda terapiyi yarıda bırakma oranları daha yüksektir (Norton, 2012). Bozukluklara özgü 12 haftalık BDT grup terapisi ile tanılar üstü grup terapisi karşılaştırıldığında her iki grupta yer alan katılımcıların tedavi boyunca anlamlı iyileşmeler gösterdikleri ve müdahalelerin etkinliğinde farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu araştırma ile tanılar üstü grup terapisinin etkinlikten ödün vermeden kaygı bozuklukları için kanıta dayalı tedavilere erişimi artırma yararına sahip olduğu belirtilmiştir (Norton ve Barrera, 2012).

Schmidt ve arkadaşları (2012) birincil tanısı yaygın kaygı bozukluğu, sosyal kaygı ve panik bozukluğu olan bireyler için 10 haftalık bir tanılar üstü grup tedavi programı geliştirmiştir. Yanlış Güvenlik-Davranışları Giderme Terapisi (*False-Safety Behavior Elimination Therapy*) olarak adlandırılan bu müdahale programı psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırmayı içermekle beraber, terapi odağı maruz bırakma ve tepkiyi düzenleme (özellikle yanlış güvenlik davranışları) üzerinedir. Müdahale, korkuların devam etmesine yardımcı olan tüm güvenlik davranışlarının tanımlanmasını ve kademeli olarak ortadan kaldırılmasını içerir. Seçkisiz bir şekilde tedavi ve bekleme listesi kontrol grubuna atanan 96 katılımcının yer aldığı çalışmada tedavi alan gruptaki katılımcıların kontrol grubundakilere kıyasla kaygı belirtilerinde anlamlı derecede daha fazla iyileşme rapor edilmiştir.

Barlow ve ekibinin (2011) duygusal bozuklukların tanılar üstü tedavisine yönelik geliştirdikleri Bütünleşik Protokol (BP) tanılar üstü duygu odaklı BDT temelli bir müdahaledir. BP kısa süreli rahatlama sağlamasına karşılık psikolojik rahatsızlığın gelişmesi ve devam etmesinde rol oynayan olumsuz duyguların ortaya çıkma olasılığını arttıran duygulara yönelik kaçınma tepkilerini hedefleyerek nörotisizmi ele alır. Bu tedavide kapsanan stratejiler temel olarak bilinçli farkındalığı arttırma, otomatik düşünceleri yeniden yapılandırma, olumsuz duygularla ilişkili davranış eğilimlerini değiştirme ve maruz bırakma sürecinden faydalanma gibi bilimsel olarak desteklenmiş psikolojik tedaviler bünyesinde yer alan temel prensiplere dayanmaktadır. Müdahale içeriği ve depresyon ve/veya kaygı belirtilerinin tedavisindeki etkinliği ile ilgili bulgular ilerleyen bölümlerde detaylı olarak verilecektir. Ancak bu aşamada özetle söz etmek gerekirse, müdahale amaçları arasında duygusal farkındalığı ve duygu düzenleme becerilerini arttırma, bilişsel ve duygusal esnekliği sağlama ve kaçınmacı ve uyumsuz duygu kaynaklı davranışları azaltma yer almaktadır. BP'nin depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisindeki etkinliğine yönelik çalışmalardan elde edilen bulgular müdahalenin semptomların iyileşmesi ile ilişkili olduğunu ve bekleme listesi kontrol gruplarına kıyasla daha fazla yarar sağladığını göstermiştir. Bunun yanı sıra BP'nin tanıya özgü müdahale programlarının etkinliğine eş değer sonuçlar ürettiği desteklenmiştir. Bu çalışmanın ilerleyen bölümünde bu araştırma bulguları detaylı bir şekilde aktarılacaktır.

Sonuç olarak, BDT temelli tanılar üstü tedavi müdahaleleri tipik olarak psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal deneyler içerse de içeriklerinde birtakım farklılıkları barındırmaktadır. Genel olarak, bu müdahalelerin depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisinde etkisine yönelik tüm bu araştırma bulguları bu müdahalelerin tanıya özgü psikoterapilere eş değer iyileşme sağladığı görülmektedir.

1.4.2. Tanılar Üstü Kabul ve Farkındalık Temelli Müdahaleler

Tanılar üstü farkındalık ve kabul temelli tedaviler alan yazında BDT temelli müdahalelere kıyasla daha az incelenmekle birlikte, araştırma sonuçları genel anlamda depresif ve kaygı bozuklukları için uygulanabilir ve etkili bir tedavi seçeneği sunduklarını göstermektedir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bilgi teknolojilerinin hızlı

gelişimi göz önüne alındığında, BDT temelli müdahaleler gibi farkındalık temelli müdahaleler de giderek artan bir şekilde internet üzerinden sunulmaktadır. İnternet üzerinden uygulanan tanılar üstü farkındalık programları tipik olarak ses kayıtları, görsel talimatlardan ve yazılı materyallerden oluşmaktadır (Spijkerman, Pots ve Bohlmeijer, 2016). Son yıllarda yaygınlığı artan ve alan yazında dikkat çeken konular arasında olan bu müdahale programlarının içeriği ve etkinlik bulgularına takip eden bölümde yer verilmiştir.

Bu tür müdahalelerin temel aldığı farkındalık; kişinin öznel deneyimini yargılamadan veya kontrol etmeye çalışmadan fiziksel duyular, düşünceler ve duygular gibi devam eden dış ve iç uyaranları gözlemlene ve bu uyaranlara dikkat etme becerisidir (Kabat-Zinn, 2003). Kasıtlı olarak dikkatin kendi kendine düzenlenmesini teşvik eden farkındalık meditasyon uygulaması ile gelişen farkındalığın psikolojik iyi oluşu, uyumlu işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir (Brown, Ryan ve Creswell, 2007; Keng, Smoski ve Robins, 2011). Farkındalığın; duygu düzenleme, yaşantısal kaçınma ve ruminatif düşünme gibi kaygı ve depresif bozuklukların altında yatan bir dizi temel mekanizmayı iyileştirdiği de bulunmuştur (Baer, 2003). Psikopatoloji bağlamında, farkındalık eğitimi bireyleri bilişsel-duygusal yaşantıların geçici doğası hakkında farkındalık geliştirmeye ve istenmeyen bilişlerden ve duygulardan kurtulmak için uyumsuz, alışılmış girişimleri askıya almaya teşvik eder. Bu da bireylerin psikolojik zorlukları ile daha az tepkisel ve daha şefkatli bir ilişki geliştirmelerine yardımcı olarak semptomlarıyla ilişkili sıkıntıyı azaltır (Grabovac, Lau ve Willett, 2011). Yüz yüze tedavi üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, farkındalık uygulamasının deneysel, duygu düzenleme özelliklerinin geleneksel BDT tekniklerini tamamlayabildiğini; böylece, bireylerin duygusal yaşantılarını işlemlemelerini kolaylaştırarak tedavi sonuçlarını iyileştirebildiğini göstermektedir (Roemer, Williston, Eustis ve Orsillo, 2013). Program psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra ağrı, kanser ve kalp hastalığı gibi çok çeşitli klinik popülasyonlara uygulanan yapılandırılmış farkındalık temelli bir müdahaledir (Grossman, Niemann, Schmidt ve Walach, 2004).

Farkındalık uygulamaları Farkındalık Temelli Stres Azaltma (Mindfulness-Based Stres Reduction; Kabat-Zinn, 1990), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Teasdale, Williams ve Gemar, 2002),

Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993) ve Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999) gibi çeşitli terapileri içermektedir.

Bu yaklaşımlardan biri olan Farkındalık Temelli Stres Azaltma (FTSA; Mindfulness-based Stress Reduction) programının etkisi ilk olarak Kabat-Zinn ve arkadaşları (1992) tarafından incelenmiş ve müdahale sonucunda katılımcıların kaygı, panik ve depresif semptomlarında önemli azalmalar bulunmuştur. Bu program, psikoeğitim ile yogayı ve yoğun yönlendirmeli farkındalık temelli meditasyon uygulamalarını (ör. Beden taraması, nefes alma farkındalığı) birleştiren ve grup formatında uygulanan bir tedavidir. Daha yakın zamanda yürütülen seçkisiz kontrollü bir çalışmada Arch ve diğerleri (2013) FTSA'yı BDT ile karşılaştırmış ve her iki programın da birincil kaygı tanılarının, endişenin ve depresif semptomların şiddetinde azalmaya yol açtığını bulmuştur. Benzer şekilde başka bir seçkisiz kontrollü bir çalışmada Arch ve diğerleri (2012), bireysel tanılar üstü BDT'nin etkinliğini bireysel Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT; Hayes ve diğerleri, 1999) ile karşılaştırmıştır. KKT psikolojik esnekliği, bilişsel ayrışmayı (düşünceleri gerçeklerden ayırıştırma), deneyimlerin farkındalığı ile kabulünü ve deneyimsel kaçınmanın azaltılmasını teşvik eden, psikoeğitim ve yaşantısal uygulamaları birleştiren psikolojik bir terapidir. Çalışmada her iki program sonunda klinik olarak anlamlı bir farklılık olmadığı rapor edilmiş ve yeterli katılımcı sayısı olmadığı için iki tedaviden hangisinin daha fazla fayda sağladığı tespit edilememiştir.

1.4.3. İnternet Destekli Tanılar Üstü Müdahaleler

Psikolojik rahatsızlıklarda tedaviye erişimi arttırmak için umut verici bir strateji olan internet üzerinden psikolojik tedavilerin uygulanması giderek yaygınlaşmaktadır. Çevrimiçi müdahaleler yüz yüze müdahalelere göre birtakım avantajları bünyesinde barındırmaktadır. İlk olarak, çevrimiçi müdahaleler uzun bekleme listeleri olmadan kolayca erişilebilir olma özelliğini taşır. Ayrıca bireyin seyahat zamanından tasarruf etmesine ve kendi hızında çalışmasına olanak verir. Üçüncü olarak, kullanıcıların anonim kalmasına izin vererek psikolojik rahatsızlıklarda sıklıkla görülen etiketlenmenin önüne geçer. Son olarak daha az

maliyetli olması tedaviye erişimi kolaylaştırır (Andersson ve Titov, 2014). Genellikle BDT temelli ve son derece yapılandırılmış olan bu programlar çevrimiçi dersler, ev ödevleri ve bir terapistle e-posta, telefon veya çevrimiçi forumlar aracılığıyla düzenli iletişim de dahil olmak üzere çeşitli bileşenler içerir (Andersson ve Cuijpers, 2009; Titov, 2007).

Bu tür programları değerlendiren araştırma sayıları hızla artmaktadır. Bunlara örnek vermek gerekirse, Titov ve diğerleri (2010) birden fazla kaygı bozukluğunu tedavi etmeye yönelik geliştirilmiş tanılar üstü internet temelli BDT programının (*the Anxiety Program*) etkinliğini farklı kaygı bozukluğu tanıları olan katılımcılar ile seçkisiz kontrollü bir çalışmada incelemiştir. BDT temelli çevrimiçi eğitici dersler ve ödevler, bir klinik psikolog tarafından yürütülen haftalık e-posta veya telefonla iletişim, moderatörlü bir çevrimiçi tartışma forumuna erişim ve otomatik e-postalardan oluşan 8 haftalık tedaviyi tedavi grubundaki katılımcıların %75'i tamamlamıştır. Kontrol grubuna kıyasla, tedavi grubundaki katılımcıların kaygı belirtilerinde anlamlı bir şekilde azalma görülmüş ve takip ölçümlerinde tedavi kazanımlarını önemli ölçüde korudukları gözlenmiştir.

Kaygı bozukluklarını ve depresyonu aynı programla tedavi etmek amacıyla geliştirilmiş internet temelli tanılar üstü bir başka BDT programının (*the Wellbeing Program*) etkinliğinin değerlendirildiği bir başka seçkisiz bir çalışmada (Titov ve diğerleri, 2011) depresyon ve kaygı bozukluğu olan katılımcılar, 10 haftalık tedavi programını tamamlamıştır. Kontrol grubuna kıyasla, müdahale grubundaki katılımcıların kaygı ve depresyon belirtilerinde anlamlı bir şekilde azalma görülmüş ve bu değişimin 3 aylık takip ölçümlerinde sürdüğü rapor edilmiştir. Hatta bu programın kısa versiyonunun etkinliğinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada (Dear ve diğerleri, 2011) majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve/veya sosyal fobi tanısı olan 32 katılımcıda depresif ve kaygı belirtilerinde anlamlı bir şekilde değişim gözlenmiştir. Hatta bu değişimin 3 aylık takip ölçümlerinde de sürdüğü görülmektedir. Benzer şekilde, diğer bir tanılar üstü ve internet temelli BDT programına katılan 53 katılımcı kontrol grubuna kıyasla kaygı ve depresyon belirtilerinde anlamlı azalmalar göstermiş ve bu azalmanın 3 ay sonra da devam ettiği bildirilmiştir (Mullin ve diğerleri, 2015). Son olarak, internet destekli tanılara özgü ve tanılar üstü programların bir diğer çalışma her ne kadar seçkisiz olmasa da her iki

programın depresyon ve YAB için benzer düzeyde etki gösterdiğini bulmuştur (Newby, Mewton ve Andrews, 2017).

Tanılar üstü internet temelli tedavi programındaki terapist özellikleri de merak konusudur. Destek veren kişinin terapist veya eğitmen destekli olup olmamasının bekleme listesi kontrol grubuna kıyasla incelendiği bir çalışmada yaygın kaygı bozukluğu tanısı olan 131 katılımcı seçkisiz bir şekilde üç gruba atanmıştır. Terapistin ve eğitmenin destek verdiği gruplardaki katılımcıların kaygı ve depresif ölçümlerinde kontrol grubundakilere kıyasla daha iyi sonuçlar görülse de terapist destekli grupta sonuçlar takip ölçümleri de dahil olmak üzere daha iyidir (Johnston, Titov, Andrews, Spence ve Dear, 2011). Takip eden başka bir çalışmada eş tanısı olan katılımcılar tedavi öncesi, sonrası ve takip sürecinde daha yüksek belirti rapor etse de müdahale programı sonrasında eş tanıılı insanların sorunlarında azalma daha belirgindir (Johnston, Titov, Andrews, Dear ve Spence, 2013). Benzer şekilde, 458 katılımcının ruh sağlığı kliniği veya genel sağlık kliniğinde çalışan terapistlerin destek verdiği gruplara atandığı bir çalışmadaki karşılaştırma sonucunda (Hadjistavropoulos, Nugent, Alberts, Staples, Dear ve Titov, 2016), her iki grupta da tedaviyi tamamlama oranları, memnuniyet seviyeleri, kaygı ve depresyon düzeylerinde anlamlı değişimler yaşanırken gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı görülmüş; bu tür programlar yapılandırılmış ve standardize olduğu için terapist etkisinin görece az olabileceği tartışılmıştır.

Tanılar üstü internet destekli bir BDT programının sağlık kaygısına özgü etkisi araştırıldığında ise tedavi sonrasında sağlık kaygısı, depresyon, yaygın kaygı belirtilerinde anlamlı azalmalar olduğu bildirilmiştir (Owens ve diğerleri, 2019). Fiziksel bir kökeni bulunamayan sindirim sistemi rahatsızlıkları olarak tanımlanabilecek bir sorundan muzdarip kişilere yönelik uygulanan tanılar üstü ve internet destekli BDT müdahalesinin (*the Chronic Conditions Course*) incelendiği bir çalışmada (Dear ve diğerleri, 2018) katılımcıların sindirim sistemi şikayetleri ile kaygı ve depresyon belirtilerinde anlamlı iyileşmeler olduğu rapor edilmiş ve bu durum 3 aylık takip ölçümünde korunmuştur.

Kladnitski ve diğerleri (2020) çevrimiçi farkındalık eğitimini depresyon ve kaygı bozuklukları için uygulanan mevcut tanılar üstü çevrimiçi veya internet temelli BDT (iBDT; Newby ve diğerleri, 2013) ile birleştirerek tedavi etkisini incelemiştir.

Bu yeni farkındalık destekli iBDT programı, BDT'nin temel becerilerine (ör., davranışsal aktivasyon, bilişsel yeniden yapılandırma) ek olarak yönlendirilmiş farkındalık meditasyonlarının temel stratejilerinden oluşturulmuştur. Tanılar üstü iBDT, farkındalık destekli iBDT ve yalnızca çevrimiçi farkındalık eğitimi gibi 3 farklı müdahalenin her zamanki tedaviyle depresyon ve kaygı bozuklukları üzerindeki etkisi karşılaştırılmıştır. DSM-5'in kaygı ve/veya depresif bozuklukları tanı kriterini karşılayan 158 katılımcı üç tedavi grubundan ya da her zamanki tedavi grubundan birine seçkisiz olarak atanmıştır. 14 haftalık tedavi süreci sonunda üç tedavi grubunda yer alan katılımcılarda kontrol grubundakilere kıyasla depresyon, kaygı ve stres belirtilerinde klinik olarak anlamlı azalmalar tespit edilmiştir. Kazanımların 3 aylık takip ölçümlerinde korunduğu rapor edilmiştir.

Sonuç olarak görünen o ki, BDT ya da kabul temelli tanılar üstü müdahaleler kaygı ve depresyonun birlikte görüldüğü durumların tedavisi için terapötik stratejilerin standardize edilmesi yoluyla uygulanmaktadır. Bu müdahaleler bekleme listesi kontrol gruplarına kıyasla daha etkili bulunmuş (Farchione ve diğerleri, 2012; Norton ve Hope, 2005) ve tanıya özgü psikoterapilere eş değer oldukları desteklenmiştir (Norton ve Barrera, 2012).

İKİNCİ BÖLÜM

DEPRESİF VE KAYGI BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN TEMEL PRENSİPLERİ VE ETKİNLİĞİNE DAİR BULGULAR

Bu bölümde bu tezin ana konusu olan ve Türkçeye uyarlanması amaçlanan Duygusal Bozuklukların Tanılar Üstü Tedavisi için Bütünleşik Protokol'ün (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Barlow ve diğerleri, 2011) ortaya çıkış süreci, temel prensipleri, terapi sürecinin ana hatları, terapi modüllerinin içeriği ve etkinlik bulguları detaylı bir şekilde aktarılacaktır. Protokolü geliştirenler tarafından yaygınca kullanımı Bütünleşik Protokol (BP; Unified Protocol-UP) olduğu için devam eden süreçte bu kısaltma şekliyle aktarılacaktır.

2.1. BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN TEMEL PRENSİPLERİ VE TERAPİ SÜRECİNİN ANA HATLARI

Bütünleşik Protokol'ün (BP) temelleri ampirik olarak desteklenmiş geleneksel BDT'nin temel prensiplerinin duygu düzenleme alanındaki araştırma bulgularıyla (ör., Fairholme ve diğerleri, 2010) entegre edilmesi ile oluşturulmuştur. David Barlow ve ekibi tarafından Boston Üniversitesi bünyesindeki Kaygı ve İlişkili Bozukluklar Merkezi'nde (Center for Anxiety and Related Disorders) geliştirilen BP depresyon, kaygı bozuklukları, OKB ve TSSB gibi çeşitli duygusal bozuklukların tedavisinde duygulara odaklanan bir tanımlar üstü bilişsel davranışçı terapidir. Tanılar üstü tedavi olması panik atak, sosyal kaygı, obsesif düşünceler/zorlanmalar, depresif duygu durumu, dürtüsel davranışlar gibi farklı rahatsızlık ve sorunların tedavisinde kullanılabilirliği anlamına gelmektedir.

BP onlarca yıllık klinik deneyim ve araştırma bulgularından ortaya çıkmıştır. Depresyon ve kaygı bozukluklarının birlikte görülme oranlarının oldukça yüksek olduğu klinik olarak gözlenmiştir. Birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkları ele almada bu rahatsızlıklardaki ortak süreçlere odaklanmanın tek tek her bir tanının belirtilerine odaklanmaktan daha etkili bir yol olabileceği öne sürülmüştür. BP bireylerin

duygularını deneyimleme ve onlara tepki verme şekilleri üzerine vurgusu ile duygusal süreçleri ön plana çıkarmakta ve bu süreçlerin çalışılabilmesini sağlamaktadır.

BP'nin bilişsel ve davranışsal kaçınma stratejilerinin önlenmesi, davranışsal, duygusal ve içsel (interoceptive) maruz bırakma ve bilişsel esnekliğin desteklenmesi gibi geleneksel BDT'nin temel prensiplerini vurgulamaya devam ettiğini belirtmek önemlidir. Diğer yandan, BP duygusal bozuklukların altında yatan psikolojik süreçler belirlenerek geliştirilmiştir. Protokol yineleyici ve şiddetli olumsuz varsayım ya da duygular, olumsuz duygulara güçlü tepkiler ve duygulardan kaçınma olmak üzere genel nevrotik sendromun 3 ana unsurundan faydalanılarak tasarlanmıştır (Barlow ve diğerleri, 2004). Protokolün odaklandığı üçlü yatkınlık teorisine göre tekrarlayıcı ve yoğun olumsuz duygular caydırıcı olarak hissedilir. Duygusal bozukluklara sahip kişiler duygularını olumsuz bir şekilde değerlendirme eğiliminde olurlar. Örneğin kaygı hissettikleri için kendilerini güçsüz olarak değerlendirebilirler. Davranışsal kaçınma ya da bastırma gibi stratejileri kullanma eğilimdedirler. Duygular depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkması ve devamında önemli rol oynar. Dolayısıyla, bu bozuklukların tedavisinde bu üç temel yatkınlığa odaklanmak büyük önem taşır. BP, bu yatkınlıklar üzerine yapılan en son araştırmalardan doğmuştur.

Üç temel yatkınlık üzerine yapılan en son araştırmalardan ortaya çıkan protokol takip eden çekirdek becerilerden oluşmaktadır: İç ve dış tehditlere yönelik düşüncelere meydan okuma, değerlendirmeyi kolaylaştırma ve bilişsel değerlendirmede esnek olma, zorlayıcı duygusal davranışları tanımlama ve değiştirme, içsel (interoceptive) maruz bırakmalar aracılığıyla farkındalığı artırma ve fiziksel duyumlara toleransı artırma ve duygusal egzersizleri pratik etme.

Protokolün genel amacı bireylerin yaşadıkları çeşitli psikolojik belirtileri azaltmada etkili olabilecek rahatsız edici duygularına tepki göstermenin yeni yollarını kazanmalarına yardımcı olmaktır. BP'nin temel varsayımı, rahatsız edici duyguların yoğunluğunu azaltmaya ya da onlardan kaçınmaya yönelik duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının semptomların devamına katkı sağlamasıdır. Bundan hareketle BP, duygu odaklı tedavi yaklaşımı olup bireylerin rahatsız edici duyguları deneyimlemeyi ve onlara daha uyumlu şekilde tepki vermelerini öğrenmeleri için dizayn edilmiştir. Bireylerin duygu düzenleme alışkanlıklarını değiştirerek, bu tedavi çok yoğun duygusal yaşantıların sıklığını ve yoğunluğunu azaltmayı ve işlevselliği

arttırmayı amaçlamakta; rahatsız edici duyguların ortadan kaldırılmasına yönelik ise herhangi bir çaba içermemektedir. Aksine burada temel vurgu, duyguları işlevsel bir düzeye getirmek ve rahatsız edici duyguların bile işlevsel ve faydalı olarak ele alınabileceği üzerinedir (Barlow ve diğerleri, 2017).

2.2. TERAPİ MODÜLLERİNİN TANITIMI

BP bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duygusal davranışları değiştirme, fiziksel duyumları anlama ve bu duyumlarla yüzleşme ve duyguya maruz kalma olmak üzere belli temel becerileri kazandırmayı hedefleyen beş temel tedavi modülü ve üç ek modül olmak üzere toplam sekiz modülden oluşmaktadır.

Geleneksel bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımlarından köken alan bu modüller, düşünce, fiziksel duyum ve davranış etkileşimin farkındalığını arttırmanın yanı sıra bu bileşenlerin mevcut deneyimdeki işlevlerine vurgu yaparak duyguların üç unsurlu modeline dayandırılmıştır. Ortaya çıkan duygusal deneyimleri şimdiki an farkındalığı bağlamına yerleştirmek, danışanın devam eden durumsal veya motivasyonel taleplerle tutarsız veya uyumsuz olan duygu düzenleme strateji örüntülerini tanımlamasına izin vermektedir. Dolayısıyla, protokol rahatsızlığa özgü belirtileri hedeflemekten uzaklaşarak tüm nevrotik spektrumda yer alan altta yatan süreçlere odaklanmaktadır (Barlow, 2002). Beş temel modül motivasyonu arttırmaya yönelik egzersizlerin yer aldığı giriş modülünden sonra gelmektedir. Son modül tüm tedavi sürecini gözden geçirmeyi ve nüks önleyici stratejilerin geliştirilmesini kapsamaktadır. Tedavi devam ettikçe, bireyin zamanla geliştirdiği uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin daha uyumlu olanlarla değiştirilmesine odaklanılarak düşünce, fiziksel duyum ve davranışların her biri detaylı bir şekilde araştırılmaktadır.

Modüller birbirini üzerine inşa edilmiş ve sırayla ilerlenecek şekilde tasarlanmıştır. Ancak, protokol modüllerin her birinin bir dizi seans içinde tamamlanmasına izin verilecek esnekliktedir. Böylelikle, danışanların bireysel ihtiyaçlarına göre belirli modüllere ek zaman ayrılmasına izin verilmektedir. Örneğin, yoğun ve kontrol edilemez endişeye sahip kişiler bilinçli duygu farkındalığına daha fazla odaklanmaktan fayda görebilecekken (3. modül), tekrarlayıcı zorlantılı davranışlar gösteren bireyler için duygusal davranışlara yönelik daha uzun süreli pratik

ve dikkat daha işlevsel olabilir (5. modül). Ayrıca, 7. modül tüm terapi becerilerini aynı anda uygulama fırsatı sağladığı için gerekli görüldüğünde bu modülün uzatılması yaygındır (Barlow ve diğerleri, 2011). Takip eden bölümde her bir terapi modülü detaylı bir şekilde tanıtılmıştır. Bu noktada modüllerin içerdiği kanıta dayalı müdahalelerin ve kullanılan materyallerin detaylı bir şekilde yer aldığı Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (Barlow ve diğerleri, 2011) ve Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook (Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010) kitapları eşliğinde uygulamaların yürütüldüğünü, burada yer alan bilgilerin özet niteliğinde olduğunu belirtmek önemlidir.

2.2.1. Modül 1: Terapi Hedeflerini Belirleme ve Motivasyon Arttırma

Bu modülün amaçları arasında müdahale sonucuna motivasyonun önemini tartışma, müdahale boyunca üzerinde çalışmak için somut amaçlar belirlemeleri için danışana yardımcı olma, amaçlara ulaşmayı sağlayacak adımları planlaması için danışana yardımcı olma ve aynı kalmanın ve değişimin yarar ve zararlarını tartışma yer alır.

Motivasyonel görüşme kavramı ilk kez Miller (1983) tarafından alkolizm tedavisinden doğan deneyim sonucunda tanımlanmıştır. Bu temel deneyimi tutarlı bir teoriye dönüştüren ve klinik prosedürün ayrıntılı bir açıklamasını sağlayan Miller ve Rollnick (1991) motivasyonel görüşmeyi danışanların kararsızlıklarını araştırmalarına ve çözmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için uygulanan direktif ve danışan odaklı bir danışmanlık stili olarak tanımlamışlardır. Özellikle davranışlarını değiştirme konusunda kararsızlık yaşayan danışanlar için faydalı olduğu düşünülen tekniğin etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir (ör. Westra ve Dozois, 2006; Miller ve Rollnick, 2012).

Etkinlik çalışmaları ışığında BP'ye dahil edilen motivasyonel görüşme vurgusu ile bu modülde danışanın davranış değişimine yönelik motivasyonunun ve bu değişimi başarılı bir şekilde yapabileceğine dair inancının arttırılmasına odaklanılır. Motivasyonu arttırma amacıyla kararsal denge egzersizinden faydalanılır. Bu egzersiz danışanlara aynı kalma ve değişimin avantaj ve dezavantajlarını araştırarak değişim

konusundaki kararsızlığa değinmesine yardımcı olması için tasarlanmıştır. Duygularla ilişkili bozuklukların doğası depresif ve kaygı belirtilerine verilen tepkileri değıştirme ile ilgili en azından bir miktar kararsızlık getirir, çünkü danışanlar aslında genellikle belirtilerin hayatlarını nasıl olumsuz etkilediğinin kısmen farkındadır. Ancak bu tepkileri danışanın kendisinde değıştirmek imkânsız değilse de zordur. Bu kararsızlık davranış değışim sürecinin doğal bir parçasıdır. Bu kararsızlığı çözmeye yardımcı olacak bir yol, danışanın şu anki durumu ile ideal ya da istenen durum arasındaki farkı vurgulayarak davranış değışime doğru danışanı desteklemektir. Danışanlara kararsızlığın olası kaynaklarını tanımlamalarına ve danışanların şu anki hayatları ve hayatlarının olmasını istedikleri hali arasındaki farklılığı geliştirmelerine yardımcı olmak önemlidir.

Bu modülün diğeri bir amacı olan terapi amaçlarını belirlemek için problem alanları belirlendikten sonra somut ve gerçekçi müdahale hedefleri oluşturulur. Temel problem alanlarıyla ilgili hedefler “daha az kaygı hissetme”yi ya da “daha fazla arkadaş edinme”yi içerebilir. “Daha az kaygı hissetme” popüler bir hedefken, bu amacın ölçümü zordur. Dolayısıyla, danışandan “daha az kaygı hissetmeyi” gösteren ölçülebilir davranışlar ya da yaşantıları tanımlaması istenebilir. Somut davranışsal amaçlar “iş toplantılarına katılmayı” ya da “beş iş başvurusu yapmayı” içerebilir. Çoğu danışan rahatsız edici duygusal yaşantıları ortadan kaldırmak için terapi arar. İnsanların çeşitli duyguları deneyimlemeye programlandığını düşünürsek, bu amaç yalnızca gerçek dışı değil aynı zamanda terapi yaklaşımıyla da tutarsızdır. Gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler “sunum yaparken yoğun duygusal yaşantıları tolere etmeyi öğrenme” olabilir. Bu modül için protokolde ayrılan süre 1 seanstır.

2.2.2. Modül 2: Duyguları Anlama

İkinci modül duyguların işlevsel ve adaptif doğası hakkında danışanlara psiko-eğitim sağlar ve danışanların olası sürdürücü faktörler dahil (örneğin, yaygın tetikleyiciler, çevresel pekiştireçler ve / veya kaçınmanın sürdürücü rolü) duygusal tepki örüntüleri hakkında daha fazla farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur. Danışanlar duygusal yaşantılarının üç temel unsuruna (düşünceler, fiziksel duyular

ve davranışlar) odaklanarak duygularını takip etmeyi ve izlemeyi öğrenirler. İkinci modülün amaçları arasında danışanlara duygular ve işlevleri ile ilgili daha esnek, daha doğru anlayış geliştirmelerine, özellikle fiziksel duyum, düşünce ve davranış etkileşimi hakkında daha fazla farkındalık kazanmalarına, duygusal yaşantı tetikleyicilerini, bu yaşantılara nasıl tepki gösterdiklerini ve bu tepkilerin uzun ve kısa dönemli sonuçlarını tanımlamalarına, duygusal yaşantıların şu andaki ve gelecekteki davranışlara etkisini anlamalarına yardımcı olma yer almaktadır.

Çoğu danışan rahatsız edici ve istenmeyen olumsuz duygularından tamamen kurtulma amacıyla terapi arayışına girer. Yaşadıkları strese karşılık empati kurarken, aynı zamanda duyguların işlevsel ve adaptif doğasını tanımlamak da gereklidir. Bu tartışma terapi rasyonelini destekleyen gerekli zemini hazırlar. Bu müdahale programının temel amacının yoğun duyguları direkt olarak kontrol etme, bastırma ya da onlardan kaçınmadan ziyade onları daha iyi tolere edebilmeyi ve uygun bir şekilde tepki verebilmeyi öğrenmek olduğu mesajı bu modülde verilir.

Duyguların adaptif doğası hakkında tartışırken, duyguların önemli bir işleve hizmet ettiğini aktarmak önemlidir. Duygular durumlara gösterdiğimiz tepkilerle ilgili zengin bir bilgi kaynağı sunar. Duyguların hizmet ettiği temel işlev, bizi önemli dışsal ya da içsel durumlara karşı bizi uyarmak ve buna göre davranmaya motive etmektir. Farkındalığın dışında ortaya çıkabilen duygular ihtiyaçlarımızı, isteklerimizi, amaçlarımızı ve endişelerimizi değerlendirme şeklimizi geliştirmek için farkındalığı getirilebilir (Greenberg ve Paivio, 2003). Danışanların duygu düzenlemelerini iyileştirmeye yardım etmede ilk adım duygusal tepkileri hakkında farkındalık kazanmalarına yardımcı olmaktır. Duygusal yaşantılar 3 temel parçaya ayrıştırılabilir—ne düşündüğümüz, fiziksel olarak nasıl hissettiğimiz ve ne yaptığımız (ya da ne yapmayı istediğimiz). Duyguları daha küçük parçalara ayırarak, danışanlar dışsal ve içsel uyaranlara karşılık duygularının nasıl ortaya çıktığını daha kolay değerlendirebilirler ve böylelikle duyguları daha kontrol edilebilir ve daha az yük verici olarak deneyimlemeye başlarlar. Bu psiko-eğitim duygu unsurları arasındaki nedensel etkileşimi ve bu etkileşimlerin uzun dönemde duyguların devam etmesine nasıl katkı sağladıklarını anlamalarına fırsat sunar.

Duyguların 3 unsuru şu şekildedir:

1. *Düşünceler*: Herhangi bir yaşantımız hakkında düşünme biçimimiz yaşantının hissettirme biçimini de şekillendirir. Düşüncelerin duygusal bir yaşantıdaki rolünü daha iyi anlamaları için, danışana duyguların yükseldiği andaki düşüncelerini tanımlamaları istenir. Şu sorular yardımcı olabilir: “Depresif ya da kaygılı hissettiğinizde ne tür düşüncelerinizin farkına varıyorsunuz?”, “Ya mutlu hissettiğiniz zamanlarda?”

2. *Fiziksel duyular*: Her duygusal durum fiziksel tepkilerle ilişkilidir. Duygusal deneyimlerdeki fiziksel duyuların rolüne örnek göstermek için, danışana şu sorular sorulabilir: “Hangi fiziksel duyular heyecanlı hissinizi oluşturuyor?”, “Peki ya panik anında?”, “Hangi fiziksel duyularınız depresyon ya da üzüntüyle ilişkili?”, “Farklı duygusal durumlarla benzer fiziksel tepkiler var mı?”

3. *Davranışlar/Davranışsal Dürtüler*: Duygular davranışsal bir değişimi motive etmeye hizmet eder. Davranışlar duygu duruma karşılık olarak yaptığımız ya da yapmak istediğimiz aksiyonlardır. Sıklıkla, duyguya düşünmeksizin tepki verilir. Bu durumlarla baş etmedeki en iyi yolu sadece bedenimiz biliyormuş gibi görünmesi bu sebeptir. Bu noktada danışana bazı örnekler sunulabilir. Örneğin, depresif olan biri tüm gün yatakta kalabilir ya da sadece TV izleyebilir, çünkü gün ve olağan yaşam akışı ile yüzleşmek kişiye çok fazla ağır gelebilir. Ya da sosyal durumlarda kaygılı hisseden biri kendini aniden kalabalık arasında bulduğunda bu korkutucu sosyal etkileşimden kurtulmak için durumdan çabucak çıkabilir.

Bu üç unsur sunulduğunda, bir unsurun diğerini sıklıkla karşılıklı nasıl etkilediğini tartışmaya başlamak da önemlidir. Seans sırasında Ek 2’de yer alan Duygunun Üç Unsurlu Modeli Formu ile danışanların duygularını oluşturan üç unsuru tanımlamalarına yardımcı olunarak danışanın yaşantısı üzerinden kavramlar tartışılır. Terapist danışana her bir unsur hakkında ayrı ayrı sorular sorar ve duygunun yoğunlaşmasında bu unsurların nasıl etkileştiklerini tartışır. “Fark ettiğiniz ilk şey ne oldu?” ya da “Kaygılı hissettiğinize dair ne ip ucu verdi?” gibi sorular sorarak duygusal tepkinin bir düşünceyle (örneğin, işimi iyi yapmıyorum), fiziksel bir duyumla (örneğin, nefes darlığı fark etmek) ya da bir davranışla (örneğin, ayağını sallamak) başlayabileceği vurgulanır. Bu duygusal tepkiler ortaya çıktığında nasıl

adaptif bir şekilde değiştirilebileceği tartişması yapılır ve böylelikle daha sonraki terapi unsurları için rasyonel sağlanır. Danışandan hafta boyunca olan en az bir duygusal yaşantıyı seçerek ve onu düşüncelere, fiziksel duyumlara ve davranışlara ayırarak Duygunun  Unsurlu Modeli Formunu tamamlamaları istenir.

Danışanlara kendi duygusal yaşantılarını anlamalarına ve bu yaşantıları daha az rahatsız edici ve daha yönetilebilir hale getirmelerine yardımcı olmada önemli diğer bir adım onların ne zaman, nerede ve niçin oldukları ve nasıl srdrldklerini anlamalarını sağlamaktır. Bu danışanlara daha işlevsel ve gerçekçi bir şekilde tepki vermelerine yönelik çalışmalarına olanak sağlar. Müdahalenin bu aşamasında, danışanın duygusal yaşantılarını değiştirmesi beklenmez ancak artan farkındalık ve gözlemlemenin sonucu olarak bu gerçekleşebilir. Bundan ziyade, amaç duygusal yaşantıları basitçe gözlemlemek ve ortaya çıktıkları durumların daha fazla farkındalığını kazanmaktır. Her duygusal yaşantı kişinin tepki vermesine neden olan bazı durum veya olayla tetiklenir. Sırasıyla, bu tepkiler sonuçları ortaya çıkarır. Bazen bu tetikleyicileri tanımlamak zordur ancak tekrarlı pratik ile tanımlanabilirler.

Devam eden bölüm duygusal yaşantıları takip etmeyle ilişkili kavramları tanıtırken ve uygularken duyguların ARC'sinin yönlerini tartişmaktadır. "A" (ARC kısaltması içindeki) ya da öncüller (antecedents) duygusal yaşantıları tetikleyen olay ya da durumlardır. Tetikleyiciler hemen o anda olan birşey olabilir, gün içinde daha önceden olan birşey olabilir ya da hafta öncesinde olmuş olan birşey olabilir. "R" (ARC kısaltması içindeki) ya da tepkiler (responses) duygusal yaşantıların üç temel unsuruna karşılık olan tüm tepkileri içermektedir: düşünceler, fiziksel duyumlar ve davranışlar. "C" (ARC kısaltması içinde) ya da duygusal tepkilerin sonuçları (consequences of emotional responses) hem kısa hem uzun dönemlidir. Danışanların kısa ve uzun dönem sonuçlarının sıklıkla birbirinden nasıl farklı olduklarını anlamalarına yardımcı olmak gereklidir. Duygusal davranışların kısa süreli sonuçları sıklıkla olumsuz bir şekilde pekiştirilir (rahatsız edici duygularda hızlı bir azalmaya yola açar), danışan gelecekte benzer davranışlarda bulunma eğilimi gösterir. Ancak bu durumlarda uzun süreli olumsuz sonuçlar da açıktır. Terapinin bu aşamasında danışanın herhangi bir duygu kaçınma davranışını değiştirmek gerekli değildir. Bunun yerine, danışana bu yöntemlerin kısa süreli sonucu o andaki yoğun duyguları azaltmak

olduğu yansıtılabilir. Bu yöntemlerin uzun vadede etkili olmadığı belirtilerek danışanın bu konuda düşünmesi sağlanır.

Ayrıca bu modülde öğrenilmiş tepkiler kavramı tanıtılarak duygusal durum ya da olaylara verilen tepkilerin sonuçları tartışması genişletilir. Öğrenilmiş davranışları tartışırken üç temel nokta sunulur:

1. Deneyimlerimizden öğreniriz.
2. Kötü hissetmekten kaçınmak için yaptığımız şeyleri öğreniriz.
3. Yoğun ve rahatsız edici duyguları yönetmek için yaptığımız şeyleri öğreniriz.

Öncüller, duygusal tepkiler ve sonuçların daha iyi anlaşılması için danışanlara Ek 3'te yer alan form tanıtılır ve kendi yaşantılarından örnekler ile pratik yapmaları sağlanır. Bu amaçla danışandan hafta boyunca herhangi öğrenilmiş davranışa ek olarak duygusal olarak stresli durumlara verdikleri tepkilerin hem kısa hem de uzun dönemli sonuçlarını tanımlamaları için ARC Takip Etme Formunu kullanmaları istenir. Bu modülde öncelikle duyguların unsurlarını tanıtmak için ayrılan bir seansı duyguların ne zaman, ne şekilde ortaya çıktığının ve sonuçlarının ne olduğunun farkındalığını kazandırmak için ikinci seans takip eder. Danışanın ihtiyacına göre ek seanslar eklenebilir.

2.2.3. Modül 3: Bilinçli Duygu Farkındalığı

Bu modülün amaçları arasında danışanlara duygusal yaşantılarını objektif, yargısız bir şekilde nasıl gözlemleyeceklerini öğrenmelerine yardımcı olma, duygusal yaşantıları şimdiki anın kapsamında gözleme becerilerini geliştirmeleri için danışanlarla beraber çalışma ve günlük duygusal yaşantılarına bilinçli duygu farkındalığını uygulamalarına yardımcı olma yer almaktadır.

Bilinçli duygu farkındalığı duygulara yargısız, şu an odaklı bir şekilde yaklaşma anlamına gelmektedir. Yargısız farkındalık duyguları problemli olarak etiketlemek ve onları bir an önce uzaklaştırmaya çalışmak yerine duygusal yaşantıları olduğu gibi kabul etmek anlamına gelmektedir. Yargısız farkındalık bireylerin kaçınma, düşünce bastırma, aşırı meşguliyet veya ruminasyon olmaksızın duygularını

gerçek anlamda deneyimlemelerine ve ifade etmelerine olanak sağlayarak duygularla sağlıklı bir teması kolaylaştırmaktadır (Hayes ve Feldman, 2004).

Çok sıklıkla danışanlar duygularına değerlendirici, eleştirel ya da yargılayıcı bir tonda tepki verirler. Duygusal bozukluklara sahip danışanlar durumlara gösterdikleri duygusal tepkilere yönelik kendilerini kolayca yargırlar. Bu yargılama kendilerine “Bu şekilde hissetmemeliyim” ya da “Kimse böyle tepki vermez” gibi cümleler söyler. Ayrıca danışanlar duygularını hissettiklerinden daha güçlü hissedemedikleri için kendilerini yargılayabilirler (“Bu konuda neden daha mutlu değilim, benle ilgili yanlış bir şeyler olmalı” ya da “Bu problemle ilgili daha öfkeli olmalıyım, çok güçsüzüm”). Danışanlar yanlış bir şekilde belli bir duygusal tepkiye sahip olma (ya da sahip olamama) konusunda kendilerini suçladıklarında olması gerektiği gibi hissedeceklerine inanırlar. Burada, duyguları yönetmeye yönelik bu yaklaşımın nasıl işe yaramadığını vurgulamak önemlidir. Örneğin, terapist danışana duyguların normal, nötr ve istemsiz olduğunu, dolayısıyla durum gerektirdiğinde duyguları tamamıyla değiştirmenin mümkün olmadığını hatırlatabilir. Danışanların yargılayıcı olabileceği diğer bir yol ise duygusal yaşantılarının belli kısımlarına negatif tepki göstermeleridir. Diğer bir deyişle, danışanlar deneyimledikleri düşüncelerin, fiziksel duyumların ve davranışların bazı yönlerden kötü olduklarına inanabilirler. Örneğin, panik bozukluğu olan danışanlar hızlanan kalp atışlarının ve kızaran yüzün baş edilemeyecek kadar çok rahatsız edici olduğunu kendilerine söyleyebilirler. Ya da OKB tanısı olan danışanlar sevdikleri bir kişiye olabilecek kötü bir şeyler ile ilgili düşüncelere sahip olmanın bu olayın olma olasılığını arttıracığına inanabilirler. Başka bir danışan belli bir duyguyu hissederse (öfke gibi) kontrol dışı bir şey yapma olasılığının artacağını düşünebilir.

Zıt olarak, yargısız farkındalık duyguları problemli olarak etiketlemek ve onları bir an önce uzaklaştırmaya çalışmak yerine duygusal yaşantıları olduğu gibi kabul etmek anlamına gelmektedir. Duyguları kabul etmenin hissedilen rahatsızlığa teslim olma anlamına gelmediği vurgulanır. Bunun yerine, danışanlara en zor duyguların bile kendilerine bir şey anlatmaya çalıştığına dair bir tanımlama geliştirmelerine yardımcı olunur. Buradaki amaç danışanların duygularını acilen değiştirmeye yönelik düşünmeden verilen tepkiler yerine daha anlayışlı bir tutum içinde tepki vermelerine izin vermektir. Duygusal yaşantılara yargısız bir yaklaşımı

örnekleme için, danışandan üzüntü gibi rahatsız edici bir duygu deneyimleyen bir arkadaşına nasıl tepki vereceğini hayal etmesi istenir. Sıklıkla kişinin kendisinden ziyade bir arkadaşına şefkatli bir tepki göstermesi daha kolaydır. Ayrıca duygusal tepkilerine yargısız olmak için kullanabilecekleri bazı kalıplar sunulabilir. Örneğin, terapist danışanını şu şekilde yönlendirebilir: “Deneyimlerime göre bu şekilde hissetmem anlamlı geliyor”. Terapist danışanının kişisel durumuna göre bu örneği değiştirebilir (Örneğin, şiddetin olduğu bir evde büyüdüğünü düşünürsek, insanlar sesini yükselttiğinde daha kaygılı olman anlaşılır bir şey).

Duygusal yaşantılara yönelik yargısız bir tutum takınmanın önemine ek olarak, bilinçli farkındalık aynı zamanda kişiyi şu ana odaklamayı kapsar. Çoğu kez, duygusal tepkiler anılara ve geçmiş durumlarla bağlantılara ve/veya olası gelecek sonuçlar üzerinden beklentiye dayalıdır. Danışanlar duygularının ortaya çıktığı ana yeterince dikkat gösteremeyebilirler ve bundan dolayı değerli doğru bilgiyi kayırabilirler. Örneğin, baş dönmesi yaşayan panik bozukluğa sahip bir danışan bu fiziksel duyuma sahip olduğu en son zamanda panik atak geçirdiği gerçeğine odaklanabilir (geçmiş). Danışan fiziksel duyumları kaçınılmaz bir şekilde panik atağın takip edeceğine inanarak yaklaşan panik atağa odaklanır (gelecek). Danışan şimdi ve şu anda olan olası doğru bilgiye yani şu an panik atak geçirmediğine odaklanmaz. Benzer şekilde, yaygın kaygı bozukluğuna sahip bir danışan yalnız kalma gibi olası gelecek felaket sonuçlarına o kadar çok odaklanır ki, yalnız olmadığı, oldukça iyi bir şekilde hayatta kalabildiği gerçeğini kayırır. Benzer şekilde, depresyondaki bir danışan şu anki deneyimini daha iyi zamanlarıyla karşılaştırabilir (geçmiş) ya da bir sosyal aktiviteye katılarak iyi bir zaman geçirmeyeceğini düşünür (gelecek) ve gitmemeye karar verir. Şu anın taleplerine odaklanma duygusal bir durumu daha yönetilebilir hale getirebilir. Ek olarak, şu an farkındalığı olumlu duygulara daha fazla dikkati çekmek için kullanılabilir.

Bilinçli duygu farkındalığı en iyi yaşantılanarak anlaşılan bir beceridir. Danışanlar bilinçli duygu farkındalığının teorik avantajlarını kavrasalar da yargısız ve şu an odaklı kavramlarını gerçekten kavramak için bu kavramları pratiğe dökmek gereklidir. Bu modül danışanların duygularına yönelik bilinçli farkındalık geliştirebilmelerine yardımcı olmak için üç egzersiz içermektedir. İlki, danışanların bilinçli farkındalığın ne demek olduğunu ilk kez deneyimlemeleri için tasarlanmış kısa

yönlendirilmiş meditasyon egzersizi olan bilinçli duygu farkındalığı meditasyonudur. Burada danışanların bu egzersizi nötr bir duygu durumunda (ya da nötre yakın) tamamlamaları önerilmektedir, çünkü çok güçlü duygular hissedilirken herhangi bir yeni beceri öğrenmek zor olabilir. Bu egzersizin amacı danışanlara yargısız, şu an odaklı dikkatin ne olduğuna dair daha fazla fikir edinmelerine yardımcı olmaktır. Meditasyon tamamlandıktan sonra, danışanla birlikte egzersizi değerlendirmek önemlidir. Devam eden bölümde daha geniş açıdan duygulara olduğu kadar her bir unsura da nasıl bilinçli farkında bir şekilde yaklaşılabileceğinin tanımlanmasına dair ip ucu verilmektedir. Yönlendirilmiş meditasyon sonrasında tartışmaya bu noktalar dahil edilir. Danışanlara düşüncelerinin gerçekler olmadığı hatırlatılır. Egzersiz boyunca gelen düşüncelerini doğru olarak kabul etmeden ve onlara tepki verme zorunluluğu hissetmeden fark etmeleri yönünde danışanlar desteklenir. Bu noktaya örnek göstermek için, “Ben aptalım” ifadesine karşılık “Aptal olduğuma dair bir düşünceye sahibim” arasındaki farklılık sorulur. İkincisi daha kuşkulu bir ifadeyken, ilki daha gerçekmiş gibi hissettirir. Danışanlar genellikle duygusal yaşantılarla ilişkili fiziksel duyuları tanımlamak için yargılayıcı dil kullanırlar (Örneğin, “Bu korkunç”, “Kalp atışım hızlanmamalıydı”). Danışanlardan objektif bir veri (ya da durum hakkındaki gerçekleri) kaydeden bir bilim insanına benzer şekilde nasıl hissettiklerini tanımlamak için daha nötr dil kullanmaları istenir (Kalp atışım bir miktar arttı). Fiziksel duyular gelecek yönelimli değerlendirmelere de yol açma eğilimi gösterirler (Örneğin, “Bu his daha da kötüleşecek”, “Sonsuza kadar böyle hissedeceğim”). Burada, gelecekteki negatif sonuçları tahmin etmenin şu an hissedilen fiziksel duyuları daha da şiddetlendireceği vurgulanarak, danışanların şu anda hissettiklerine odaklanmaları teşvik edilir. Danışanlar meditasyon sırasında deneyimledikleri herhangi bir davranış ya da davranış isteklerini not almaları konusunda teşvik edilir. Sıklıkla davranışlar duygu deneyimini azaltmak için dizayn edilir (egzersize devam etmeme, hızlı kalp atışını engellemek için derin nefes alma gibi). Duygusal yaşantıları hemen ortadan kaldırmadıklarında ne olacağını araştırmalarının bir yolu olarak, danışanlardan herhangi bir davranışta bulunmadan davranışsal isteklerini gözlemlemeleri istenir. Meditasyon metni duyguları dalgalara benzetir; yoğunluk artar ve zirveye ulaşır, tekrar eski haline döner. Meditasyonu takiben, danışanlara tüm pratik boyunca duygularının aynı yoğunlukta kalıp kalmadıkları sorulur. Tipik olarak, danışanların duygusal

yaşantılardan rahatlamayı sağlamak için ani kaçınmacı tepkiler göstermelerine gerek olmadığını görmelerine izin veren dalgalanmalar olur.

Bu seansı takiben verilen ev ödevi meditasyon egzersizini günlük pratik etmeleridir. Danışanlar sesli egzersiz dosyasını terapistlerinden edinebilirler. Danışanlardan bu pratiğe dair deneyimlerini Bilinçli Duygu Farkındalığı Formu'na (Ek 4) kaydetmeleri istenir. Danışanlara düşüncelerini, fiziksel duyularını ve davranışlarını/davranışsal isteklerini ve aynı zamanda şu anda, yargısız bir şekilde dikkatlerini ne kadar sürdürebildiklerini not almaları söylenir. Önemli bir şekilde, bir haftalık günlük pratiklerine uymaları ve meditasyonun bilinçli farkında dikkat kavramını yaşantılamak için önemli bir yöntem olduğu ancak temel amacın duygusal yaşantılar gerçek yaşamda ortaya çıktığında yargısız, şu an odaklı farkındalığı uygulamak olduğu vurgulanır. Meditasyonu kısa süreli bir egzersiz olarak tutmak hayatlarının geri kalanında bu egzersizi yapmaya gerek duyacaklarını düşünebilecek danışanlar için daha az ürkütücü yapar. Elbette, danışanlar meditasyondan keyif alırsa, onu kullanmaya devam etmeleri yönünde desteklenir.

İkinci egzersiz içinde duygusal bir durumu oluşturmak için kullanılan müziğin yer aldığı Bilinçli Farkında Duygu Durum Başlatmadır (*Mindful Mood Induction*). Danışan bilinçli duygu farkındalığı meditasyonunu (tipik olarak bir haftalık günlük pratik önerilir) kullanarak şu an odaklı, yargısız farkındalığı pratik etme şansına sahip olduğunda, aynı beceriyi duygusal yaşantı kapsamında kullanmak faydalıdır. Seans içinde yönetilebilir duygusal yaşantıyı ortaya çıkarmanın faydalı bir yolunun müzik dinleme olduğu düşünülmektedir. Danışanlar kendileri için özellikle anlamlı gelen ve aynı zamanda farklı duyguları ortaya çıkarabilecek çeşitli şarkıları seçmeleri yönünde teşvik edilir. Sıklıkla danışanlar telefonlarında zaten var olan şarkılara sahiptir ama değilse, çoğu şarkı ücretsiz olarak YouTube ya da başka sitelerden ulaşılabilir ve bilgisayarda çalınabilir. Müzik parçasını dinledikçe, danışanlar yargısız bir şekilde kalmayı denemeleri (bu şarkıyı dinlerken eski sevgilim hakkında düşünmem olağan) ve geçmiş ya da geleceğe kendilerini kaptırmaktan alıkoymaları hatırlatılır (Bu uzun zaman önceydi, hayatımda değişiklikler yaptım). Eğer danışanlar duygusal yaşantılarına kapılırsa, şu ana geri dönmek için nefeslerini kullanmaları hatırlatılır. Müzik sonunda, danışanlara düşünceleri, duyguları ve diğer tepkileri ortaya çıkarmalarında ve bu tepkileri objektif, yargısız bir şekilde gözlemlemelerine yardımcı

olunur. Şarkılara ek olarak, duygusal olarak kışkırtıcı klipler (YouTube’tan indirilir) ve/veya fotoğraflar da kullanılır. Bilinçli Duygu Durumu Başlatma’nın tanıtıldığı seansın haftasında, duygulara yargısız, şu an odaklı yaklaşımda daha fazla pratik yapma yolu olarak güçlü duygular uyandıran şarkıları birçok kez dinlemeleri teşvik edilir. Güçlü bir duygu hissederken yargısız ve şu an odaklı olmak daha zordur. Bu yüzden bu egzersiz danışanlara kontrollü, duygusal bir bağlamda bu beceriyi pratik yapmalarına izin verir.

Son olarak, bu becerinin temel amacı günlük yaşamda ortaya çıkan duygulara bilinçli farkında bir şekilde tepki göstermektir. Bu modüldeki son egzersiz Şu Ana Köklenme (*Anchoring in the Present*) olarak adlandırılmakta olup, danışanlara duygular geldikçe bilinçli farkında dikkati uygulamaları için adım adım yönergeler sağlar. Şu Ana Köklenme için dört adım tasarlanmıştır. Danışan için ilk adım duyguyu hissettiklerinde dikkatlerini şu ana geri toplayabilecekleri bir ip ucu yakalamaktır. Nefes faydalı bir ip ucu olabilir çünkü nereye gitsek nefesimiz de bizimle birlikte. Ancak herhangi bir somut duyum da işe yarayacaktır (birinin ayaklarını zeminde hissetmesi gibi). Danışan için bir sonraki adım duygusal tepkiye yargısız bir şekilde bakmaktır. Bu “üç sayılık kontrol” (three-point check) olarak adlandırılır ve danışanlara düşüncelerin, fiziksel duyumların ve davranışların kontrolünü yapmalarını hatırlatır. Danışanlar duygusal tepkilerinin daha da farkında olmaya başladıkça, terapist danışanlardan bu tepkilerinin şu anın isteklerine uyup uymadığını düşünmelerini ister. Diğer bir deyişle, duygularının tam da şu anda olan şeyle uyumlu olup olmadığını belirlemeleri istenir. Eğer duygularının yoğunluğunun geçmişteki düşüncelerinden ya da gelecek endişelerinden kaynaklandığını düşünürlerse, son adım olarak şimdi ve şu anda olan şey doğrultusunda tepki göstermeleri istenir. Ev ödevi için, bir duygusal tepki oluşmaya başladığını hissettikleri anda Şu Ana Köklenme için adımları kullanmaları teşvik edilir.

Bu modül en iyi iki ya da daha fazla seansta uygulanır. İlk seans genellikle bilinçli duygu farkındalığının tanımı üzerine psiko-eğitim sağlanır, bunu danışanların bilinçli farkındalığın prensiplerini deneyimlemelerini sağlayan seans içi meditasyon egzersizi takip eder. Bu modülün 2. seansında bir haftalık meditasyon pratiğini takiben, danışanlardan ortaya çıkan duygu kapsamında bilinçli farkındalık uygulamasını pratik etmeleri istenir. Danışanlara ayrıca bilinçli duygu farkındalığının

prensiplerini gerçek hayatta olan günlük duygusal yaşantılarına nasıl uygulayacaklarına dair adımlar sağlanır.

2.2.4. Modül 4: Bilişsel Esneklik

Bu modül duygusal yaşantılarının çok önemli unsurlarından biri olan düşüncelere odaklanır. Özellikle, danışanların olumsuz duygu örüntülerini tanımlamayı öğrenmeleri ve farklı durumları yorumlamada esnekliği arttırmaları için düşüncelerinin (veya yorumlamalarının) duygularını nasıl etkilediğine dair daha fazla farkındalık geliştirmelerine yardımcı olunur. Bu modülün amaçları şunlardır: düşünceler ve duygular arasındaki karşılıklı ilişkiyi açıklama, otomatik düşünce kavramını tanıtma, yaygın düşünce hatalarını tanıtma ve danışanların bu hataları tanımlamalarına yardımcı olma ve düşünmede esnekliği tanıtma ve danışanlara bilişsel esnekliği artırma konusunda yardımcı olma.

Bilişsel esneklik bireyin birden fazla fikri göz önünde bulundurmasına ve çevresel koşullar değiştiğinde yerleşik tepki örüntülerini ve bilişsel yapıları esnek bir şekilde değiştirmesine izin veren karakteristik bir özellik veya genel bilişsel beceri olarak tanımlanabilir (Rende, 2000). Bilişsel yeniden yapılandırma için gerekli beceriler, bilişsel esneklikle ilgili olanlarla yakından ilişkilidir. Bilişsel esnekliğin kazanımı bireyin olumsuz bir otomatik düşünceyi tanımlaması, düşünceyle çelişen kanıtlar oluşturması ve daha sonrasında durumu daha adaptif veya yararlı bir şekilde yorumlaması şeklinde gerçekleşen bilişsel yeniden yapılandırmanın başarılı bir şekilde uygulanması için önemli görünmektedir. Dolayısıyla bilişsel esnekliğin, işlevselliği artırma ve yaşam koşullarındaki değişikliklere uyum sağlama becerisi olarak bilişsel yeniden yapılandırmanın öğrenilmesini kolaylaştıracak önemli bir beceri olduğu düşünülmektedir (Johnco, Wuthrich ve Rapee, 2014).

Düşüncelerimiz (ya da yorumlarımız) bir duruma karşı hissedilen çeşitli duyguların belirlenmesine yardımcı olma eğilimi gösterir. Durumlar hakkında nasıl düşündüğümüzün his ya da duygu durumlarımızı etkilediği vurgulanarak, düşünce örüntülerine dair bu beceriyi öğrenmenin rasyoneli açık hale gelir. Bu noktayı tartışırken, danışanlardan kendi hayatlarından düşüncelerinin duygularını etkilediğine dair bir ya da iki örnek vermelerini istemek yardımcı olabilir. Bu tartışma danışanın

duygusal tepkilerini doğrulayarak yargısız farkındalık ve duyguların kabulünün de örneklendirilmesi fırsatını sunar (Örneğin, Elbette durumu bu şekilde yorumlarsan, Y hissedersin, Eğer X doğruysa, Y gibi hissetmen doğal). Duygular da bir durumla ilgili sahip olduğumuz düşünceleri (ya da yaptığımız yorumları) etkileyebilir. Danışanlardan duygu durumlarının ya da duygularının son zamanlarda karşılaştıkları bir durumu nasıl farklı bir şekilde değerlendirdiklerini tanımlamaları istenir (Örneğin, Y hissettiğinde, o durumu nasıl yorumlayacağını düşünüyorsun?). Farklı duygu türlerinin (korku, kaygı, üzüntü, kızgınlık gibi) düşüncelerini ya da yorumlamalarını nasıl etkileyebileceğini tartışmak da düşünülebilir. Bu tartışmanın danışanın duygu ya da duygu durumlarının durumlar hakkında nasıl düşüneceklerini belirleyeceğini anlamada danışana yardımcı olur. Bu tartışma sıklıkla yeni anahtar kavramın tanıtılmasına geçiş sağlar: otomatik düşünce örüntüleri

Birinin bir durumu ya da olayı yorumlayabileceği birçok farklı yol bulunmaktadır. Her durumda, kişinin odaklanabileceği birçok farklı yön vardır. Karşılaşılan bir duruma tepkinin etkinliğini ve hızını arttırmak için bir durumun belli yönlerine odaklanarak bir filtre görevi yapması ve bu yönlere anlam vermesi insan beyninin çalışma şeklidir. Geçmişten deneyimler de belli durumları yorumlamamıza yardımcı olabilir ve bu yorumlamalar gelecekte olabilecekleri tahmin etmek için kullanılır. Otomatik düşüncenin bu tipinin sıklıkla farkında olmaksızın olduğunu belirtmek önemlidir. Otomatik düşüncelerin daha iyi anlaşılması için Muğlak Resim Egzersizi (Ek 5) kullanılabilir. İlk olarak, danışana resim gösterilir. Yaklaşık 10 saniye sonra, resim uzaklaştırılır ve danışana bu sahnede ne olduğuna dair ilk yorumu sorulur. İlk (ya da otomatik) yorum tanımlandıktan sonra, bu otomatik düşünceye yönelmelerine yol açan resmin belli yönlerini adlandırmaları istenir (belli bir obje ya da yüz ifadesi gibi). Geçmiş bir anının ya da deneyimin resmin ilk yorumlamasını etkileyip etkilemediği de sorulabilir. İlk yorumlama üzerinde biraz tartıştıktan sonra resim danışana tekrar gösterilir ve bu resimde ne olabileceğini dair alternatif yorumlar oluşturmayı denemeleri istenir. Muğlak Resim Egzersizi ile vurgulanmak istenen ana nokta yaşamlarımızdaki durumları çabucak ve hatta bilinçli farkındalık olmaksızın yorumlama eğilimimiz olduğudur. Bu süreç genellikle durumun belli yönlerine odaklanma ve diğer kısımları filtreleme sonucunda oluşur. Bizim ilk yorumlarımıza bağlı kaldığımızda, geri adım atmak ve diğer olasılıkları görmek zor olabilir ve bu

özellikle yoğun duygular yaşantılarken olan durumdur. Ancak, bir durumla ilgili hemen her zaman diğer olası yorumlar mevcuttur.

Duygularla ilişkili bozukluklara sahip kişilerde görülen iki yaygın otomatik düşünme örüntüsü (ya da düşünce hataları) sonuca atlama (jumping to conclusions or probability overestimation) ve en kötüsünü düşünmedir (felaketleştirme). Olası düşünce hatalarını tanımlamak için danışanın gündelik hayatından örnekler kullanmak faydalı olabilir. Olası düşünce hatalarını tanımlamak için önceden tamamladıkları ARC Takip Formu'na bakmak başlangıç için iyi olabilir. Uzun vadede yarar sağlamayan bir durumun belli bir yönüne ya da yorumlamasına odaklanan katı ya da problemli yorumlamaların belli örneklerini oluşturma denenir. Ayrıca, danışanın sahip olduğu gereksiz bilgiyi doğru bir şekilde filtreleyen, adaptif otomatik düşünceleri konuşmak da faydalı olabilir. Ancak, zamanın çoğu otomatik düşüncelerin işleyiş şeklini nasıl etkilediği üzerine harcanır.

Düşünce hataları düşünmede esnekliği azaltarak problemli duygusal tepki döngüsünü sürdürür. Bu tarz düşünme ile ilgili sorun kötü ya da yanlış olmalarından ziyade durumun sadece bir olası yorumunu yansıtmalarıdır. Bundan dolayı, bilişsel esnekliğin amacı kötü düşünceleri yer değiştirmek ya da hatalı düşünme tarzını onarmak değil, durumları değerlendirmede esnekliği arttırmaktır. Bu düşünce hatalarını dışlamanın bir yolu yorumlamalara dikkat etmek ve onları gerçek olarak değil de bir duruma yaklaşmanın olası bir yolu olarak değerlendirmektir. En kötü senaryonun olacağına ve bu durumla baş edemeyecek olma hakkında otomatik olarak düşünmek yerine, diğer yorumları düşünmek önemlidir. En kötü senaryo hakkında düşünceler hala orada olabilir, ancak durumun diğer olası değerlendirmeleriyle birlikte olabilir. Amaç şu anda oluşan duygusal olarak tetikleyici durumların alternatif yorumlamaları ve düşüncelerimiz için esneklik sağlamak ve şu anki bağlamı hesaba katmaktır.

Bu protokolde, alternatif yorumlar yaratmada danışana yardımcı olmak için bir dizi sorular kullanılır. “Herhangi başka bir açıklama olabilir mi? X doğru olsa bile, onunla baş edebilir miyim? Olumsuz otomatik düşüncem hissettiğim yoğun duygulardan mı kaynaklı?” gibi sorular bazı örneklerdir. Sorular her iki düşünce hatasına da uygulanabilecek şekilde tasarlanmıştır. Terapist danışanları özellikle bilişsel esneklik becerisini öğrendikleri anda duygu uyandırıcı durumlar üzerinde

farklı bakış açıları oluşturmaya çalışırken tüm sorulardan faydalanmaları konusunda motive eder. Gündelik hayatlarında kullanabilecekleri soru listesi danışanlarla paylaşılır.

Danışandan otomatik düşüncelerini ve düşünce hatalarını izlemeleri için Bilişsel Esneklik Pratik Formu'nu (Ek 6) kullanmaları istenir. Danışanlar otomatik düşünce tetikleyicisini ya da durumu, otomatik düşüncenin kendisini ve düşünce hatasına düşüp düşmediklerini not ederler. Seansta bilişsel esneklik becerisini tamamladığında (4. modülün 2. seansı boyunca), danışan diğer olası yorumlamaları kaydetmek için son kolonu kullanmalıdır. Ek alternatifler düşünme faydalı olabileceği gibi, danışandan her durum için en az bir alternatif oluşturmaları istenir. Bilişsel Esneklik Pratik Formu düşünce hataları tanıtıldığı sürece her 4. modül seansından sonra ev ödevi olarak verilebilir. Bu ödevi verirken ve gözden geçirirken, danışana amacın yeni bir yoruma inanmaktan ziyade otomatik negatif düşünceyle birlikte var olmasına izin vermek olduğunu hatırlatmak faydalı olabilir. Bu yorumlamaların hiçbiri doğru değildir, onlar birçok olası yorumlamaların birer örneğidir.

Bu modül genellikle iki ya da daha fazla seansta uygulanır. İlk seans tipik olarak otomatik düşünce örüntüleri ve iki yaygın düşünce hatası tanıtıldıktan sonra duygusal yaşantılarda düşüncelerin rolünün tartışılması ile geçer. İkinci seans genel olarak duygu uyandırıcı durumlar hakkında alternatif düşünceler ya da yorumlamalar oluşturma becerisini pratik etmeye harcanır. Danışanlara alternatif, ideal olarak daha uyumlu ve şu an odaklı yorumlar yapmalarına yardımcı olmak için belli soruların listesi verilir.

2.2.5. Modül 5: Duygu Kaynaklı Davranışlara Karşı Gelme

Bu modül uyumsuz duygusal tepkinin gelişmesi ve sürdürülmesinde duygusal davranışların rolünü (ör., güçlü duyguları kontrol etmek için kullanılan davranışlar) gözden geçirerek başlar ve duygusal tepkinin davranışsal unsuruna odaklanır. Bu modülde, danışana ilgili davranışları tanımlamada yardımcı olunur ve sonrasında alternatif davranışlar geliştirmeleri ve bu davranışları yapmaları konusunda çalışılır. Zamanla, bu alternatif davranışların güçlü olumsuz duyguların olma sıklığına katkı sağlayan ve güçlü duygu yaşantılarına karşılık danışanın stresini devam ettiren bilişsel

ve davranışsal örüntüleri iyileştirmeye yardımcı olması beklenmektedir. Dolayısıyla, bu modülün amaçları arasında duygusal davranışlar kavramını tanıtmak, duygusal davranış türlerini gözden geçirmek, danışanların kendi duygusal davranışlarını tanımlamalarına yardımcı olma, duygusal davranışların paradoksal etkilerini gösterme ve tartışma ve onlara karşı koymak için bir rasyonel sağlama, duygusal davranışlarına karşılık alternatif davranışlar geliştirmelerine yardımcı olma yer almaktadır.

Bu modülün odağı güçlü duyguları yönetmek için yapılan davranışları ifade eden duygusal davranışlar kavramını anlama üzerinedir. Terapinin bu kısmı Duyguların Üç-Üsurlu Modeli'nin davranışsal unsuruna yoğunlaşır. Bundan dolayı, bu modül davranışların duygusal yaşantıları nasıl etkilediği bilgisini artırma ve uzun dönemde işlevsel olmayan davranışlara karşı gelmenin yollarını araştırma fırsatı sunar.

Duygusal yaşantılardaki davranışların rolünü gözden geçirirken, davranışların duyguları etkileyebileceği birçok yol olduğunu açıklayarak başlamak yardımcı olabilir. İlk olarak, her duygu kendiyile bağlantılı davranışlara sahiptir. Bazen bu davranışlar belirli bir duyguyla ilişkili davranış eğilimleri (action tendencies) olarak ifade edilir. Örneğin, kaygı tehdit edici uyarana karşı hazırlanmayı ya da bu uyarandan kaçınmayı motive edebilir ve üzüntü geri çekilmeyi artırma eğilimindedir. Bu davranışların çevremize hızlı bir şekilde tepki vermemize izin vererek genellikle adaptif bir işleve hizmet ettiklerini hatırlatmak faydalı olabilir. Örneğin, bir sunum öncesi kaygılı hissetme iyi bir konuşma sağlamak için pratik etmeyi artırır. Ormanlık alanda tek başına yürürken kaygılı hissetme olası tehlikeli durumlardan kaçmayı arttırabilir. Üzgünken geri çekilme bir kaybın işlemlenme sürecine yardımcı olabilir. Ancak, bazı durumlarda uyumlu olan aynı davranışlar diğerlerinde daha az adaptif olabilir ve aslında duygularla ilişkili bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesine katkı sağlayabilir. Örneğin, tehdit edici bir durum öfke ve korku yaratabilir, bu da kişinin koruyucu olmak için tasarlanan davranışlarda bulunmasını motive edebilir. Bu durumda, bu duygular savaşıma, kaçma ya da her iki davranışla ilişkili davranışlarla sonuçlanabilir. Bu davranışlar eğer objektif bir şekilde ciddi boyutta bir zararla sonuçlanabilecek bir tehdit varsa adaptiftir. Ancak, gerçek tehdit yoksa ve kişi aslında yanlış bir alarm yaşantılıyorsa, davranışlar daha az uyumlu olacaktır. Yani, öfke ve ardından gelen tepkinin seviyesi gerçekte olan durumla uyuşmaz. Tartışmanın bu noktasında, duygusal davranışların kısa ve uzun süreli sonuçlarını tekrardan

hatırlamak faydalı olabilir. Bu davranışlar kısa sürede stresi azaltırken, daha uzun zamanda sıklıkla daha fazla problemlere neden olur. Bu problemler duyguların baş etmek için zor ve kaçınmanın gerekli olduğu algısını ve bundan dolayı duygusal bozuklukların temelinde yer alan uyumsuz duygusal tepki örüntüsünün sürdürülmesini kapsar. Bu ilk girişten sonra, danışanla en sıklıkla olan duygusal davranışlarını tanımlaması konusunda çalışılır. Bu tartışmayı kolaylaştırmak için, Tablo 1’de yer alan farklı duygusal davranışların ve karşılık gelebileceği duygusal davranış türünün örneklerini danışanla gözden geçirmek ve danışanın kendi yaşamından örnekler vermesini istemek faydalı olabilir (Barlow ve diğerleri, 2011).

Tablo 1: Duygusal Davranış Türlerine Örnekler

Duygu Kaynaklı Davranışlar	
Kontrol davranışı	İçini rahatlatma için sorma
Kendine zarar verici davranışlar	Birine vurma
Birini küçümseme	Kaygılı ya da korkmuş hissettiğinde bir durumu terk etme
Aşırı özür dileme	Bir yakını güvenliğini kontrol etmek için sürekli arama
Alkol ya da diğer madde kullanımı	Keyif verici aktivitelere aşırı katılım
Açık Kaçınma	
Panik atak geçirme korkusuyla toplu taşıma aracı yerine yürüme	Kalabalık alanlardan uzak durma
Sosyal ortamlarda kaygıdan kaçınmak için bir partiye gitmeme	Egzersizden ya da diğer fizyolojik uyarılma türlerinden kaçınma
Arkadaşlarla görüşme tekliflerini geri çevirme	İşe gidiş geliş saatlerinde araba kullanmayı reddetme
Hoşa giden aktivitelerden kaçınma	Yatakta kalma ya da sık sık uyuklama
Hafif Davranışsal Kaçınmalar	

Küçük sohbetlerden kaçmak için bir partide mesaj yazma	Kafein içmeme
Mükemmelliyeçilik	Yemek alımını kısıtlama
Göz temasından kaçınma	Aşırı planlama
Erteleme	Bir durumun eğlencesini azaltan yorumlar yapma
Küçümseyici yorumlar yapma	Düşük ses tonuyla konuşma
Bilişsel Kaçınma	
Dikkat dağıtma	Endişe/Ruminasyon
Duyguları yükselten kötü düşünceleri uzak tutmaya çalışma	Olumlu düşünmek için kendini zorlama
Her şeyin yolunda olduğuna kendini ikna etme	Disosiyasyon
Güvenlik Sinyalleri	
Rahat hissetmek için iyi şans nesneleri taşıma	
Her ihtimale karşı su şişesi, ilaç ya da cep telefonu gibi nesneleri taşıma	
Kendini koruma nesneleri taşıma	

(Barlow ve diğerleri, 2011)

Danışanların uyumsuz duygusal davranışların duygusal zorluklarının sürmesine nasıl katkı sağlayabileceğini anlamaları önemlidir. Danışan yoğun duyguları hissettiği sırada kısa süreli rahatlama sağlayan duygusal bir davranış gösterirse, bu davranış pekişir. Gelecek sefer güçlü duyguları arttıran bir duruma giren danışan aynı şeyleri yapma isteği duyacaktır çünkü geçmişte işe yaradı (ve pekiştirildi). Bu davranışlar şu anda daha iyi (ya da daha az kötü) hissetmelerini sağlasa da duygunun tehlikeli olduğu ve danışanın bu duyguyla baş edemeyeceği inançlarını güçlendirebilir. Bu nedenle, danışan bu duyguyu ya da diğer yoğun

duyguları deneyimlediği gelecek sefer, daha önceden pekiştirilen duygusal davranışlar göstermeye daha fazla eğilimli olacaktır, böylece uyumsuz duygusal tepki örüntüsü devam eder. Çeşitli duygusal davranışları ve onların hizmet edebileceği işlevleri tartıştıktan sonra, alternatif davranışlar fikrini tanıtmak iyi bir noktadır. Bu işlevsiz davranışlar döngüsünü kırmak için kullanılacak bir beceridir. Alternatif davranışla, güçlü bir duygu deneyimlediğinde danışanın tipik olarak yaptığı davranıştan farklı ve sıklıkla zıt davranışlar kastedilmektedir. Alternatif davranışları tanımlarken, danışanların farklı bir şeyler yapmaya yönelik çalışmaları gerektiğini vurgulamak önemlidir. Danışanlar sıklıkla “Sadece bunu yapmayı durduracağım (duygusal davranış) şeklinde tepki gösterir. Ancak, bir şey yapmaktan hiçbir şey yapmamaya gitmek özellikle rahatsız edici bir duygu yaşantılarken oldukça zordur. Duygusal davranışlara karşılık alternatif davranışlar için birçok önerinin yer aldığı Tablo 2 danışanlara bu davranışları tanıtmak amacıyla kullanılabilir.

Tablo 2: Duygusal Davranışlara Yönelik Alternatif Davranış Örnekleri

Duygu	Duygusal Davranışlar	Alternatif Davranışlar
Korku	İnsanlardan ya da yerlerden kaçma/kaçınma Kavga çıkarma Tehdit etme	Durumda kalma/ Yaklaşma Sakince konuşma Övme
Üzüntü	Arkadaşlardan uzaklaşma Eğlenceli aktivitelerden kaçınma Üzgün müzik dinleme	Arkadaşları arama Eğlenceli bir şeyler yapmak için plan yapma Modu yükselten müzik dinleme
Kaygı	Aşırı hazırlanma Kaçınma Güvenlik arama	Hazırlanma için süre sınırlama Durumla yüzleşme Başka bir şey hakkında konuşarak güvenlik arayışına direnme
Öfke	Savaşma Bağıрма Bir şeyleri kırma	Tepki vermeden önce mola vermek, dışarı çıkıp yürümek Normal tonda konuşma Daha yavaş hareket etme, bir şeyleri nazikçe yerine koyma

Suçluluk/Utanç	Geri çekilme	Diğerleriyle iletişim kurma
	Göz temasından kaçınma	Göz teması kurma
	Kısıklı sesle konuşma	Dolu bir ses kullanma

(Barlow ve diğerleri, 2011)

2.2.6. Modül 6: Fiziksel Duyumları Anlama ve Bu Duyumlarla Yüzleşme

Bu modülün amaçları arasında danışanların duygusal tepkilerinin belirlenmesinde fiziksel duyumların oynadığı rolü anlamalarını arttırma, danışanlara duygularıyla ilişkili içsel fiziksel duyumları tanımlamalarına yardımcı olma ve danışanlara fiziksel duyumlarının daha fazla farkındalığını kazandırmaya ve bu semptomlara toleransı arttırmaya yardımcı olmak için oluşturulmuş egzersizleri tekrar tekrar yapma yer almaktadır.

Bu modül bedensel uyarılara (*interoceptive*) maruz kalmaya yani yoğun duygularla ilişkili (ve bazen yoğun duyguları tetikleyen) fiziksel duyumlara maruz kalmaya odaklanır. Uygulanan egzersizler danışanlara bir duygusal tepkinin parçası olan fiziksel duyumlara daha fazla farkındalık geliştirmeleri için yardımcı olacak şekilde tasarlanmıştır. Ayrıca bu egzersizler ve fiziksel duyumlara odaklı devam eden maruz bırakmalar danışanlara duyumları tolere etme ve onlar hakkında farklı bir şekilde düşünme konusunda yardımcı olur ve korku, kaygı ve üzüntü gibi güçlü duygular ve duyumlar arasındaki koşullu ilişkiyi kırma şansı verir. Bedensel uyarılara maruz bırakmalar tekrarlayıcı panik ataklar, ek bir atağın tekrar olacağına ve bu atağın sonuçlarına dair endişelerle seyreden panik bozuklukta sıklıkla kullanılsa da (ör. Ito, de Araujo, Tess, de Barros-Neto, Asbahr ve Marks, 2001; Antony, Ledley, Liss ve Swinson, 2006), bu modülde çeşitli tanılardan muzdarip bireylere de rahatsız edici şekilde fiziksel duyumlar deneyimlemeleri halinde uygulanabileceği önerilmektedir. Örneğin, depresif bir danışan düşük moda eşlik eden fiziksel ağırlığı deneyimlediği zaman davranışsal aktivasyonda bulunmaya daha az gönüllü hissedebilir. OKB tanısı olan bir danışan fiziksel bir uyarımayla birlikte olduğunda içsel düşüncelerini daha doğru ve tehdit edici olarak hissettiğini rapor edebilir. Sosyal olarak kaygılı danışanlar terlemenin ya da kızarmanın sosyal bir etkileşim sırasında

ortaya çıkan olumsuz değerlendirme olasılığını arttırdığını düşünebilir. Yaygın kaygıya sahip danışanlar sıklıkla artmış kalp hızı ya da kas gerginliği gibi istenmeyen fiziksel duyular eşlik ettiğinde kaçınmacı duygusal davranışlarda (örneğin, erteleme) bulunmayı daha fazla ister. Bu durumların her birinde, süreç aynıdır: Fiziksel duyular hakkında endişeler duygusal yaşantıdan kaçınmayı arttırır ve bu da fiziksel duyularla baş etmek için bu duyuları baskılamayı arttırır.

Kaçınma güçlü bir duygu bağlamındaki fiziksel duyuların tolere edilme becerisini öğrenmeyi engellemekte ve bunun yerine bu gibi duyumlara tetikte ve duyarlı olunmasını sürdürmektedir. Bu nedenle, bu modülün çoğunluğu danışanın tekrarlı bir şekilde fiziksel duyularla yüzleşmesine yardımcı olmaya harcanmıştır böylelikle danışan bu duyumlara toleransını arttırabilir ve bu duyuların zararlı olmadığını öğrenebilir.

Bedensel uyarılara maruz bırakmaya girmeden önce bu egzersizlerin güçlü duygu bağlamında ortaya çıkan ve her danışan için en azından orta düzeyde stresli olan fiziksel duyumlara benzer duyular yaratmasının muhtemel olduğunu tanımlamak gereklidir. Belirti Başlatma Test Formu (Ek 7) seansta bu egzersizlere danışanın verdiği tepkiyi değerlendirmek için kullanılabilir. Her egzersiz sonunda danışanlardan belirtilerle ilişkili stresi ve duygusal tepkinin bir unsuru olarak tipik olarak ortaya çıkan belirtilere benzerliğini puanlamaları istenir. Bu maddelerden her biri 0'dan 10 puana kadar olan bir ölçüm üzerinden puanlanır; 0=hiç, 5=orta ve 10=çok. Bu değerlendirme sonuçlarına bağlı olarak, seans içinde yapmak ve ev ödevi olarak danışana vermek üzere ek uygulamalar seçilebilir. Belirti ortaya çıkaran egzersizler mümkün olduğunca şiddetli şekilde duyular ortaya çıkaracak şekilde uygulanır. Danışanlar başlangıçta kısa süre için egzersizleri yapabilseler de maruz bırakmanın uzunluğu aşamalı olarak arttırılabilir. Ancak, duyular tamamen ortaya çıkıncaya kadar ve duyuların ilk olarak deneyimlendiği noktanın ötesinde maruz bırakmaya devam etme önemlidir çünkü duyuların ilk fark edildiği anda egzersizleri sonlandırma belirti korkusunu besleyecektir. Tedavinin daha öncelerinde kazanılan şu an odaklı farkındalık becerileri de egzersizler sırasında kullanılır. Danışanların maruz bırakmadan en fazla yararı kazanmaları için kaçınmanın tüm türleri (örneğin, dikkat dağıtma, minimal semptom ortaya çıkarma, güvenlik sinyallerinin varlığı) önlenmelidir.

Danışanın doğal olarak olan belirtilerine en çok benzeyen fiziksel duyuları ortaya çıkaran egzersizlerin tanımlanmasından sonra duyularla ilişkili korkulan sonuçların tanımlanması da önemlidir. Korkulan sonuçların örnekleri arasında kendinden geçme, kusma, ölme, kalp krizi geçirme, tam bir panik atak geçirme, kontrolü kaybetme, çok uzun süre stresli hissetme ya da egzersizi takiben diğer şeyleri yapamama bulunmaktadır. Bu sonuçları tanımlamak önemlidir çünkü bedensel uyarılara maruz bırakmanın amacı (ve genellikle duygu maruz bırakması) deneyimin sonuçları ya da anlamı ile ilgili beklentileri bozmaktır. İdeal olarak, danışan ilk kez seansta pratik yapacaktır ki böylelikle ince kaçınma (örneğin, erken durma, tamamen yapmama, dikkat dağıtma) için özellikle dikkat ederek sorun gidermede danışana yardımcı olunur. Özellikle ilk pratikte stres hızlı bir şekilde azaldıysa, aşamalı olarak daha zor egzersizlerle baş etme becerileri hakkında danışana öğretmek için bedensel uyarılara maruz bırakma denemelerinin süresi aşamalı olarak uzatılabilir.

2.2.7. Modül 7: Duyguya Maruz Bırakmalar

Bu modülün amaçları arasında duyguya maruz bırakmaların amacının danışanlar tarafından anlaşılmasına yardımcı olma, danışanlara bir korku ve kaçınma hiyerarşisi geliştirmeleri ve nasıl etkili duyguya maruz bırakma egzersizleri oluşturacakları konusunda yardımcı olma ve duyguya maruz bırakma egzersizleri boyunca şiddetli duygularla yüzleştiren egzersizi tekrar tekrar yapmalarına yardımcı olma bulunmaktadır.

Terapinin geri kalanı güçlü ya da yoğun duygusal tepkilere neden olabilen içsel ve dışsal uyarılara maruz bırakmaya odaklanır. Protokolde duyguya maruz bırakma olarak adlandırılmasının nedeni ana odağın belli bir durum, görüntü ya da aktiviteden ziyade duygunun üzerinde olmasından kaynaklıdır. Bu maruz bırakmalar danışanların terapide şu ana kadar geliştirdikleri becerileri pratiğe dönüştürmeleri için özellikle güçlü duygusal tepkiler oluşturmak için dizayn edilmiş egzersizlerden oluşmaktadır. Terapinin bu kısmı danışanlar için muhtemelen en zor kısım olmasına rağmen öğrendiklerini (yargısız, şu an odaklı farkındalık; otomatik düşünceleri belirleme ve duygusal davranışlarla baş etme gibi) pratiğe dönüştürmede bir şans olarak görülebilir. Böylelikle terapi bittiğinde gelecekte duygusal yaşantılarla baş etmede kendi becerilerine güveneceklerdir. Terapinin bu son kısmı boyunca danışanların yeterli

zaman ve efor harcamaları çok önemlidir, çünkü danışanların en anlamlı değişimlerin olduğunu gördüğü kısım burasıdır. Duyguya maruz bırakmaların amacı duygusal tepkide hemen azalma değildir. Daha ziyade, amaç deneyimin bir sonucu olarak danışanların yeni bir şeyler öğrenmesidir. Duygulara ve duygu düzenlemeye odaklanma ile tutarlı olarak, kavramsal olarak tüm maruz bırakmalar danışanların duygularını tam olarak yaşantılamalarına ve yeni tepkiler geliştirmelerine yöneliktir. Duyguların toleransı duyguya maruz bırakmada kritik bir öğrenme amacıdır.

Genel olarak danışanlar duygu yaratan durum ya da duygunun kendisi hakkında yeni, stresli olmayan bağlantılarla gelir. Örneğin, travma sonrası stres bozukluğu olan bir danışan için:

- *Eski bağlantı:* Durum (Travmanın gerçekleştiği yere tekrar gitme) tepki (Flashback, panik atak) ve anlam (“Bana tekrar saldırılacak”, “Bununla baş edemeyeceğim”) ile ilişkilidir.
- *Yeni bağlantı:* Travmanın gerçekleştiği yere tekrar gitme travmatik olayın tekrarlanmasına yol açmaz ve danışan kaçmaksızın güçlü duyguları tolere edebilir.

Benzer şekilde, depresyonu olan bir danışan için:

- *Eski bağlantı:* Durum (Arkadaşlarla ya da aileyle dışarı çıkma) tepki (Yorgunluk, düşük mod, olumsuz hislere odaklanma isteği) ve anlam (“Bu faydasız,” “Mutlu olmayacağım”, “Bu şekilde hissetmeye dayanamıyorum”) ile ilişkilidir.
- *Yeni bağlantı:* Sosyal etkileşim teşvik eder. Artan düşük moda ya da duygulara odaklanma isteği yaratmaz ve durumla ilgili olumsuz düşünceler ortaya çıkarmaz.

Bu modülde durum temelli, hayali ve fiziksel duyum olmak üzere duyguya maruz bırakma egzersizlerinin birçok çeşidinden faydalanılır. Bu egzersizlerin tümü terapi süresince öğrendikleri becerileri pratik etmeleri için danışanlara yardımcı olmak için kullanılabilir. Durum temelli duyguya maruz bırakmalar güçlü duygusal tepki oluşturma beklenen (ve/veya danışanın hali hazırda kaçınabildiği) durumlara girmeyi içermektedir. Örneğin, toplu taşıtlara binmekten kaçınan agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bir danışan kasıtlı olarak metroya binebilir. Hayali duyguya

maruz bırakmalar stresli düşünceler, endişeler ve anılarla yüzleşmeyi içermektedir. Maruz bırakmanın bu türü gerçek hayatta (ya da şu anda) karşılaşılacak korkular/endişeler için ve/veya bir şey hakkında endişelenmenin ya da düşünmenin artan duyguya ya da korkulan sonuçların gerçekleşmesine yol açacağına dair endişesi olan kişiler için çok iyi çalışır. Örneğin, ocağı açık bırakıp bırakmadığından ve evin yanıp yanmadığında emin olmak için aşırı kontrol davranışı gösteren OKB tanısı olan bir danışandan en kötü senaryoyu hayal etmesi istenir. Benzer şekilde, sevdiği kişilerin sağlığı ile ilgili aşırı endişe duyan YAB tanısı olan bir danışandan bu yakınlarının öldüğünü ve sonrasında hayatlarında en korktukları şeyin olmasını hayal etmeleri istenir. Duyguya maruz bırakmalar güçlü duygulara katkı sağlayabilen rahatsız edici fiziksel duyumlarla yüzleşmeyi içerir. Örneğin, sosyal kaygıya sahip bir danışan için, bir sunum verme sırasında tipik olarak ortaya çıkan stresli, yoğun fiziksel duyumlara belirti ortaya çıkaran egzersizler aracılığıyla ulaşılması sağlanabilir. Yaşantılanan duygunun yoğunluğunu arttırmak için bedensel uyarımlara maruz bırakmalar durumsal ve/veya hayali maruz bırakmalarla birleştirilebilir. Örneğin, kaygıya yol açan hayali bir konuşmaya girmeden önce rahatsız edici fiziksel duyumları oluşturmak için danışandan bir sürü basamak çıkmasını isteyebilirsiniz.

Her bir maruz bırakma egzersizi tamamlandıktan sonra, Duyguya Maruz Bırakma Pratiği Kayıt Formu (Ek 8) yardımıyla danışanla egzersiz üzerinde konuşmak önemlidir. Üç unsurlu model çerçevesinde egzersiz boyunca deneyimledikleri duyguları tanımlamaları ve araştırmaları için danışanla çalışılır. Ayrıca, danışandan gelecek maruz bırakmanın daha etkili olması için ne yapılabileceği üzerine düşünmesi istenir. Bu tartışma daha sonraki maruz bırakmalarda değinilmeye ihtiyaç olabilecek duygusal davranışların tanımlanmasına yardımcı olacaktır. Gelecek maruz bırakmaların zorluk seviyesini arttırma ve genel olarak onları daha etkili yapma yollarını tanımlamaya da yardımcı olacaktır. Son olarak, danışanın başardıkları üzerine özet geçilerek egzersizi tamamladığı (ya da en azından çabaladığı) için olumlu geri bildirim verilir.

Terapinin başarısında yatan en önemli faktör danışanın seans dışında duyguya maruz bırakmaların pratiğine devam etmesidir. Maruz bırakmaları gerçek hayata taşıma birçok nedenden önemlidir. İlk olarak, danışanların terapide öğrendikleri becerileri gündelik hayatlarında direkt olarak uygulamalarına izin verir. İkincisi,

maruz bırakmaları seans dışında uygulama terapistten ayrılmayı ve bağımsızlaşmayı kolaylaştırırken danışanların kendi terapileri üzerinde özerklik ve yetkinlik hissi geliştirmelerine olanak sağlar. Son olarak, terapide harcanan gerçek zaman danışanın uyanık olduğu zamanın %1'den daha azını karşılar, dolayısıyla terapide sunulan becerileri tam olarak öğrenmek için becerileri seans dışında uygulamaya devam etmeleri gereklidir. Terapide öğrenilen tüm becerileri bir araya getirdiği ve danışanlara öğrenmelerini pekiştirme fırsatı sunduğu için en az iki seans bu modüle ayrılmalıdır.

2.2.8. Modül 8: Başarıları Tanımlama ve Geleceğe Bakma

Bu modülün amaçları arasında anahtar terapi kavramlarını ve duygularla baş etme becerilerini gözden geçirme, terapi sürecini ve iyileşme alanlarını değerlendirme ve terapi kazanımlarını devam ettirme ve devam eden süreç için kısa ve uzun süreli amaçlar oluşturma yer almaktadır. Ek olarak, bu modülde nüksün önlenmesi ve danışanların uzun dönemde terapi kazanımlarını nasıl sürdürecekleri konuları üzerinde durulur.

Bu modül terapi becerilerinin gözden geçirilmesi ile başlar. Bu gözden geçirmenin parçası olarak, danışanın psikolojik belirtileri ile tutarlı bir senaryo sunmak ve sonrasında en sık deneyimledikleri duygulara nasıl uyumlu bir şekilde tepki vereceklerini sormak yararlı olabilir. Kişisel olarak ilgili bir örnek kullanma danışanın bu durumlarla şimdi ve gelecekte baş etmek için becerisini daha kolay anlamasına ve böylelikle terapinin sonuna gelindikçe daha fazla etkinlik hissi kazanmasına yardımcı olacaktır.

Becerilerin gözden geçirilmesini gelişimin değerlendirilmesi takip eder. Bu noktada Gelişim Değerlendirme Formu (Ek 9) terapi kazanımları hakkında tartışmayı kolaylaştırmak ve iyileşme gereği olan alanları tanımlamak için kullanılabilir. Ayrıca terapi boyunca tamamlanan GKÖ ve GDÖ üzerinden danışanların haftalık puanlarının bir özetini gösteren grafik oluşturulur. Bu terapideki ilerlemenin görsel bir kaydını sunar ve terapi kazanımlarını tartışmak ve iyileşme alanlarını tanımlamak için kullanılabilir. Herhangi yeni davranış ve beceri setini öğrenme ile tutarlı olarak değişim ve iyileşmeyi devam eden bir süreç olarak tartışmak faydalıdır. Terapi sonrası devam eden iyileşme çok tipiktir çünkü danışanlar öğrendikleri becerileri pratik etme

ve uygulama fırsatına sahip olurlar. Gelişimin olmaması durumunda bunun nedenlerini anlamada danışana yardımcı olmak da önemlidir. Nedenler arasında tanı koymada başlangıçta yapılan hata, terapi unsurlarını anlamada zorluk, terapötik teknikleri uygulamada daha fazla zaman ihtiyacı, gerçekçi olmayan hedefler ve motivasyon ya da pratik eksikliği olabilir. Gelişimin yokluğu umutsuz bir sonuç olarak sunulmamalıdır. Bunun yerine, danışanın gelişimi için yapılabilecek en iyi hareket planını tanımlamak için bu olası nedenlerin araştırılması bir yoldur. Bu yolla, terapinin sonu önceki engelleri aşmaya ve daha fazla kazanım elde etmeye yönelik çalışabileceği gelişimin yeni bir aşamasına girme fırsatı olarak tanıtılabilir.

Tüm danışanlar hayat stresörlerine tepki olarak sıklıkla ortaya çıkan yoğun ve rahatsız edici duyguları gelecekte deneyimleyeceklerdir. Ancak, her birey duygusal hayatında dalgalanmalar _gündelik hayattaki iniş çıkışlar_ deneyimler. Bazen ortaya çıkabilen güçlü duygular doğrudan bir şekilde açık bir stresörle ilişkili görünmeyebilir. Bu danışanlar için oldukça stresli olabilir ve bu gibi deneyimler nüks açısından güçlü tetikleyici olarak hizmet edebilirler. Terapi süreci boyunca danışanlar duygusal deneyimlerine yönelik daha objektif, daha az yargısal bir bakış geliştirmiş olacaklardır. Danışanlara terapi sonlandığında yaşayacakları kaçınılmaz iniş ve çıkışlara dayanmaları için aynı yargısız bakışı getirmelerine yardımcı olmak gereklidir. Belirtilerin tekrarlamasına ilişkin danışan beklentilerine değinme belirti tekrarı olasılığını tam bir sendrom nüksüne dönüştürmeden yakalamak için etkili bir stratejidir. Danışanların belirti dalgalanmalarının doğal ve normal olduğunu ve nüks anlamına gelmediğini anlamalarına yardımcı olunur. Eğer danışan kaygı, depresyon ve içsel ve dışsal uyarandan kaçınma dahil belirtilerin tekrarını deneyimlirse, bu altta yatan sorunların kontrol edilemez seviyeye yükseldiğinin ya da terapinin işe yaramadığının bir işareti değildir. Bunun yerine, bu eski alışkanlıkların geçici olarak tekrar ortaya çıkması anlamına gelmektedir.

Terapinin sonlanmasını takiben devam eden gelişimi arttırmak için danışanla birlikte gelecek pratik alanları tanımlama üzerinde çalışılır. Danışanla birlikte gelecek haftalarda pratik yapabileceği belli egzersizlerin listesi oluşturulur. Danışanların her hafta gelişimlerini gözlemlemeleri ve ileriye yönelik bir planı revize etmeleri için zaman ayırmaları önemlidir. Bu danışanlara neyi başardıklarına dair değerlendirme fırsatı vererek motivasyon sağlayabilir. Ayrıca, belirtilerin tekrarını fark etmek ve

duygusal tepki örüntülerinin gelişmesini önlemek için de iyi bir yoldur. Bu özellikle terapinin sonlanmasıyla hemen sonra genellikle birkaç hafta için özellikle faydalı olabilir, ancak danışan faydalı bulduğu sürece devam edebilir. Ek olarak, danışanla beraber uzun süreli hedefler ve bu hedefleri başarmak için ihtiyaç duyulan adımları belirleme üzerinde çalışılır.

Danışanlar sıklıkla terapiyi sonlandırma ile ilgili endişelerini dile getirir. Danışanlara şu anki duygularına daha etkili bir şekilde tepki vermek ve onları yönetmek için bilgi ve gerekli becerilere sahip olduklarını vurgulamak önemlidir.

Özetle, protokol motivasyonun artırıldığı ve terapi amaçlarının belirlendiği ilk modül ve duyguların işlevi hakkındaki psiko-eğitimi kapsayan ikinci modülden itibaren beş temel terapi becerisini kazandırmayı hedefleyen modüllerden oluşmaktadır. Bu beş temel terapi modülünde bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duygusal davranışları değiştirme, fiziksel duyuları anlama ve bu duyularla yüzleşme ve duyguya maruz bırakma becerileri üzerinde durulur. Gelişimin gözden geçirildiği ve nüksün önlenmesine yönelik çalışılan sekizinci modül ile terapi sonlandırılarak protokol tamamlanır.

2.3. BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN ETKİNLİK BULGULARI

Bu kısımda BP'nin kullanıldığı etkinlik çalışmalarının gözden geçirilmesinin önemli olduğu düşünülmüş ve aşağıda bu çalışmalara yer verilmiştir. Bu bağlamda ilk söz edilebilecek çalışma, tanısal olarak heterojen klinik örnekleme yürütülen seçkisiz kontrollü bir çalışmada (Farchione ve diğerleri, 2012) birincil tanısı kaygı bozukluğu olan 37 katılımcı tedavi ve 16 haftalık bekleme listesi kontrol grubuna atanmıştır. Yapılan değerlendirmede BP'nin farklı tanılarda klinik şiddet, depresyon ve kaygının genel belirtileri, olumlu ve olumsuz duygu düzeyleri ve günlük işlevsellik ölçümlerinde anlamlı iyileşmelere katkıda bulunduğu görülmüştür. Bekleme listesinde yer alan katılımcıların 16 haftalık bekleme süreci sonunda çok az değişim gösterdiği ya da hiçbir değişim göstermediği rapor edilmiştir. Ayrıca müdahalenin etkileri 6 aylık takip ölçümlerinde de sürdürüldüğü belirtilmiştir. BP'nin uzun süreli sonuçlarını değerlendirmek amacıyla Bullis ve arkadaşları (2014) yukarıda bahsedilen çalışmada terapiyi tamamlayan katılımcıların 15'inden -6 aylık takibe ek olarak- 12 aylık takip

ölçümleri almıştır. Klinik şiddet, depresyon ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygu düzeyleri ve günlük işlevsellik ölçümlerinde 6 ay sonunda gözlemlenen terapi kazanımlarının 12 aylık takip ölçümü sonuçlarında anlamlı bir şekilde sürdürüldüğü rapor edilmiştir. Bu çalışma ile tanılar üstü müdahaleyi takiben kazanılan terapi kazanımlarının devamlılığına dair ilk destekleyici bulgular alanyazında yerini almıştır.

Bu umut verici sonuçlara dayanarak, BP'nin kaygı bozukluklarının tedavisinde kullanılan tanıya özgü protokoller kadar etkili olup olmadığını değerlendiren beş yıllık Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental health) tarafından desteklenen seçkisiz kontrollü bir çalışmadan daha söz etmek gerekir. Bu çalışmada BP ile agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluk, YAB, OKB ve sosyal kaygı bozukluğu tanılarına yönelik 4 etkili tanıya özgü standart protokoller ve bekleme listesi kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Toplam 223 katılımcı BP, standart protokol ve bekleme listesi kontrol gruplarına atanmıştır. BP grubunda olan katılımcıların standart protokol alan katılımcılara kıyasla müdahaleyi daha fazla tamamlama eğilimi gösterdikleri rapor edilmiştir. Tüm terapi gruplarındaki katılımcılardan alınan akut sonuçlarda bekleme listesindekilere kıyasla anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir. Ek olarak, ön-test ölçümlerine kıyasla son-test ve 6 aylık takip ölçümlerinde görülen klinik şiddetteki azalmalarda hem BP hem de standart protokoller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. BP daha az katılımcı kaybı ile kaygı bozukluklarının tedavisinde standart kanıta dayalı psikolojik müdahalelerle eşit iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda araştırmacılar, sıklıkla birlikte görülen depresyon ve kaygı bozukluklarını daha etkili bir şekilde tedavi etmek için çoklu standart protokoller yerine tek bir protokolün kullanılabileceğini önermiştir (Barlow ve diğerleri, 2017). Bu öneri doğrultusunda bahsi geçen çalışmadaki kontrol grubundaki katılımcılar dışlanarak BP'nin standart protokollere kıyasla birincil tanıya eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde etkili olup olmadığı da ayrıca değerlendirilmiştir (Steele ve diğerleri, 2018). 179 katılımcının dahil edildiği çalışmada her iki müdahale grubunda, katılımcıların tanı ortalamaları başlangıca kıyasla terapi sonunda ve 12 aylık takip ölçümlerinde anlamlı bir düşüş göstermiştir. Her iki müdahalenin de eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların belirtilerinin azalmasında etkili olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. BP ile

standart protokollerin belirti iyileştirmeye yönelik farklılığı bulunmasa da tanılar üstü terapinin klinik, pratik ve ekonomik avantajları tartışılmıştır.

Duygu odaklı bilişsel davranışçı terapi protokolü olan BP'nin duygularla ilişkili birçok bozukluğun gelişimi ve devamında önemli rol oynayan duygu düzenleme süreçlerini hedef alması farklı örneklem gruplarında da çalışılmasına olanak sağlamıştır. Alanyazında yüksek oranda eş tanı ve işlevsel bozukluk ile ilişkili yaygın psikolojik bozukluklar arasında olan beden dismorfik bozukluğun tedavisinde BDT etkili olsa da duygu düzenlemenin bu bozuklukta temel bir eksiklik olduğuna dair artan bulgular da yer almaktadır. Bu kapsamda beden dismorfik bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 128 katılımcı ile yürütülen seçkisiz bir çalışmada katılımcılar BP ya da her zamanki tedavi koşuluna atanmıştır. Kontrol grubundaki 30 katılımcının ilaç tedavilerine devam edilmiş ve haftalık psikiyatristleriyle ilaç devamlılığı konusunda görüşmeleri sağlanmıştır. BP'nin kontrol grubuna kıyasla büyük etki boyutlarıyla birlikte duygu düzenlemede anlamlı iyileşmeler sağlayarak, depresyonu, beden dismorfik bozukluğu belirtilerini ve bedenle ilişkili kaygıyı anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur. Ayrıca, terapi kazanımları ile eşlik eden bozuklukların remisyonunun 3 aylık takip değerlendirilmesinde korunduğu rapor edilmiştir. Bu çalışma beden disformik bozukluğunun tedavisinde BP kullanımını ilk kez değerlendirmekle birlikte, araştırma bulguları bu bozuklukla diğer duygusal bozuklukların ortak mekanizmaları paylaştığı ve BP'nin bu duruma yönelik etkili bir ek tedavi olabileceği fikrini desteklemiştir (Mohajerin, Bakhtiyar, Olesnycky, Dolatshahi ve Motabi, 2019).

BP'nin farklı örneklem gruplarında etkinliğini değerlendiren başka bir çalışma (Ellard ve diğerleri, 2017) bipolar bozukluğuna eşlik eden kaygı bozukluğu tanıılı bireylerin tedavisinde etkinliği araştırmıştır. Bipolar bozukluk ve en az bir eşlik eden kaygı bozukluğu tanısı olan 29 katılımcı seçkisiz bir şekilde psikofarmakoloji ya da psikofarmakolojiye ek olarak BP gruplarına atanmıştır. Psikofarmakolojiye ek olarak BP müdahale grubunda olan katılımcıların zaman içinde depresyon ve kaygı belirtilerinde anlamlı bir şekilde daha fazla azalma rapor edilmiştir. Bipolar bozuklukta da görülebilen intihar düşünceleri ve davranışlarına yönelik BP'nin uygulanmasına yönelik yapılan bir çalışmada yakın zamandaki bir intihar girişimini veya aktif intihar düşüncesini bildiren, yatarak tedavi gören bireylerde BP her zamanki

tedaviye eklenmiştir. 12 katılımcı seçkisiz bir şekilde her zamanki tedaviye ek olarak BP ya da yalnızca her zamanki tedavi gruplarına atanmıştır. Çalışma bulguları her zamanki tedaviye BP'nin eklenmesinin uygulanabilirliğini ve kabul edilebilirliğini göstermiştir. Bu uygulama, intihar girişimi ya da düşünceleri olan bireylerin tedavisinde bilişsel-davranışçı, duygu odaklı terapinin umut verici bir başlangıç uzantısını temsil etmektedir (Bentley, Sauer-Zavala, Cassiello-Robbins, Conklin, Vento ve Homer, 2017).

Tedavisi zor psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olarak görülen borderline kişilik bozukluğu da yüksek oranda depresyon ve kaygı bozuklukları eşliğinde görülmektedir. Tek denekli deneysel araştırma deseninin kullanıldığı bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu ile depresyon ve kaygı bozukluğu eş tanısı olan katılımcıların tedavisinde BP'nin kullanımı araştırılmıştır. Sekiz kadın katılımcı, 14-16 terapi seansı boyunca bireysel olarak BP almış olup, terapi boyunca haftalık olarak kaygı ve depresif belirtilerin şiddeti açısından değerlendirilmiştir. Katılımcılardan üçü depresyon ve stres ölçümlerinde ve bir katılımcı kaygı ölçümünde tedavi sonrası klinik iyileşmeler göstermiştir. İki katılımcının genel kaygı belirtilerinde güvenilir iyileşme rapor edilmiştir. Sonuçlar, birincil tanısı borderline kişilik bozukluğu olan bireylere uygulanan BP'nin bazı bireylerde depresyon, stres ve kaygıda klinik iyileşmeye yol açabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, örneklemdaki kişilerin çoğunluğunda güçlü bir iyileşme görülmediği ve ek BP seanslarına veya bazı kadınlar için borderline kişilik bozukluğu belirtilerine odaklanan bir müdahaleye ihtiyaç olabileceği rapor edilmiştir (Lopez ve diğerleri, 2019). Yanı sıra, BP sadece nomotetik çalışmalarda değil az katılımcılı çalışmalarla da incelenmiştir. Örneğin çoklu başlama düzeyine sahip tek denekli deneysel araştırma deseninin kullanıldığı İran'da yürütülen bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu ile eşlik eden depresyonu olan katılımcıların tedavisinde BP'nin etkinliği araştırılmıştır. Amaçlı örnekleme stratejisinin kullanıldığı çalışma 5 kadın, 1 erkek katılımcı ile yürütülmüştür. Bulgular BP'nin borderline kişilik bozukluğu ve depresif belirtilerin azalmasında ve duygu düzenleme becerilerinin artmasında etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışma İran'da depresyona eşlik eden borderline kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerin tedavisinde BP'nin etkinliğinin ilk kanıtını sağlamıştır. Ek olarak, duygusal bozuklukların tedavisinde tanılar üstü yaklaşımı desteklemiştir (Mohammadi, Bakhtiari, Arani, Dolatshahi ve Habibi, 2018).

Çift kör, seçkisiz, plasebo kontrollü desenin kullanıldığı bir çalışmada venlafaksin (antidepresan) ve BP'nin alkol kullanım bozukluğu ve eşlik eden kaygı bozukluğu tedavisine etkisini ayrı ayrı ve ikisinin birleşimi ile placebo ve aşamalı kas gevşeme kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar venlafaksin + BP (n=24), Placebo + BP (n=21), venlafaksin + Gevşeme (n=14), Placebo + Gevşeme (n=22) gibi dört tedavi koşulundan birine atanmıştır. Ağır alkol tüketimi açısından plasebo + BP ile placebo + aşamalı gevşeme gruplarının karşılaştırılması sonucunda placebo + BP grubundaki katılımcıların günlük alkol tüketme yüzdelerinde daha yüksek oranda azalma rapor edilirken, diğer gruplar ile karşılaştırma grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. 11. haftada placebo + BP grubundaki günlük alkollü içki içme yüzdesi ilk ölçümden %50 oranında azalma gösteren katılımcıların oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir. 3 aktif tedavi grubundan yalnızca plasebo + BP grubu kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde ağır alkol tüketimini azaltmıştır. Bu bulgu Barlow ve meslektaşlarının tanılar üstü yaklaşımının, eşlik eden alkolizm ve kaygı bozukluğu olan bireylerde aşırı alkol tüketiminin yönetiminde etkili olabileceğine işaret etmektedir (Ciraulo ve diğerleri, 2013).

Duygusal bozukluklarla ortak faktörleri paylaştığı önerilen diğer bir psikolojik rahatsızlık uykusuzluktur; bu sorunun depresif ve kaygı belirtilerini arttırdığı ve eşlik eden bu sorunların uykusuzluğun devamında rol oynadığı iddia edilmektedir (Jansson-Fröjmark ve Lindblom, 2008). Uykusuzluk ve eşlik eden psikolojik sıkıntılara sahip olan küçük bir örnekleme (n=6) BP'nin tanılar üstü faktörler olarak davranışsal inhibisyon/davranışsal aktivasyon, kaygı duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğü ve aynı zamanda uykusuzluğa özel biliş ve davranışlar üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir (Doos Ali Vand, Gharraee, Asgharnejad Farid, Ghaleh Bandi ve Habibi, 2018). Denekler arası çoklu başlama deseninin kullanıldığı çalışmada 14 haftalık bireysel BP seanslarını takiben 3 aylık takip ölçümü alınmıştır. Çalışmanın sonuç ölçümleri için davranışsal inhibisyon/davranışsal aktivasyon, kaygı duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, uyku ile ilgili işlevsel olmayan inançlar ve tutumlar ve uyku ile ilişkili davranışları değerlendiren ölçeklerden yararlanılmıştır. Karma model analizi terapi öncesine kıyasla terapi sonunda sonuç ölçümlerinde anlamlı değişimler göstermiştir. Ayrıca çoğu katılımcının 3 aylık takip ölçümünde sonuç değişkenlerinde

güvenilir değişim rapor edilmiştir. Bu ön çalışma, duygusal bozukluklarla birlikte görülen kronik uykusuzlukta ortak yatkınlığı ve uykuya özgü faktörleri azaltmak için BP'nin yararına ilişkin ampirik kanıtlar sunmuştur.

Alanyazında bazı fiziksel rahatsızlıkların şiddetini ve bu rahatsızlıkların yol açtığı işlevsellik alanlarındaki sorunların azaltılmasına yönelik BP'nin etkinlik çalışmaları ile karşılaşmak da mümkündür. Bu rahatsızlıklardan biri olan İrritabl Bağırsak Sendromuna (IBS) sahip olan kişilerde çeşitli psikolojik bozuklukların yaygın olarak görüldüğü desteklenmiştir. IBS özellikle depresyon ve kaygı bozuklukları ile diğer psikolojik bozukluklardan daha yakından ilişkilidir. IBS ile görülen psikolojik rahatsızlıkların kişisel sıkıntı, azalan sosyal işlevsellik ve tedavi uyumu ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ljótsson ve diğerleri, 2010). Bu bulgular ışığında yürütülen bir çalışmada (Mohsenabadi, Zanjani, Shabani ve Arj, 2018) kaygı, depresyon ve stres gibi psikolojik sorunların tanılar üstü tedavisinde ve IBS tanısı olan bireylerde gastrointestinal belirtilerin şiddetini azaltmada BP'nin etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmanın diğer bir amacı olarak ise duygu düzenlemenin BP'nin etkisine aracılık edip etmediği değerlendirilmiştir. IBS tanılı 91 katılımcı arasından dahil edilme/dışlama kriterlerine dayalı olarak seçilen 64 kişi 12 haftalık BP grubuna (n=32) ya da bekleme listesi kontrol grubuna (n=32) seçkisiz olarak atanmıştır. Müdahale sonrası terapi grubundaki katılımcıların hem depresyon, kaygı, stres ve gastrointestinal belirtilerinde hem de duygu düzenleme puanlarında anlamlı iyileşmeler rapor edilmiştir. Aracı değişken analizleri duygu düzenlemedeki değişimlerin BP'nin duygusal ve gastrointestinal belirtilerindeki değişiklikler üzerindeki etkisine aracılık ettiğini desteklemiştir. Bu çalışma BP'nin müdahale grubundaki katılımcıların duygu düzenlemesinde etkili olduğunu ve bunun da duygusal ve gastrointestinal belirtilerdeki düşüşe yol açtığını desteklemekle birlikte, eşlik eden psikolojik rahatsızlıklarla birlikte diğer medikal durumlarda BP'nin etkinliğinin değerlendirilmesini önermektedir.

Büyük, karşılaştırmalı etkinlik çalışmalarında BP'nin klinik olarak anlamlı ölçüde kaygı ve depresif belirtilerin azalmasında etkili olması ve farkındalık, baş etme ve duygu düzenleme stratejilerini hedeflemesi önleyici müdahale olarak kullanılabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Bu bağlamda, depresyon için yüksek risk grubunda olan meme kanseri hastaları için kanser sonrası depresyonu önleme için

orijinal BP'den uyarlanan müdahalenin değerlendirildiği bir çalışmada yer alan 15 katılımcıdan elde edilen verilere göre (Weihs, McConnell, Wiley, Crespi, Sauer-Zavala, Stanton, 2019), müdahalenin kanserle ilişkili kabullenme baş etme stratejisi ve duygu ifadesini arttırdığı bulunmuştur. BP'nin yakın zamanda teşhis edilen meme kanseri hastalarında uygulanmasını inceleyen çalışmanın sonuçları bireysel olarak yürütülen bu önleyici müdahale programının uygulanabilirliğini desteklemiştir.

BP'nin duygusal bozuklukların tanılar üstü tedavisinde bireysel olarak uygulandığında heterojen kaygı ve eşlik eden depresif bozukluklara sahip bireylerde umut verici sonuçlar olması, bu protokolün grup formatındaki uygulamalarla etkisi konusunda merak uyandırmıştır. Grup formatında uygulanan BP'nin kaygı ve depresif belirtiler, işlevsel bozukluk, yaşam kalitesi ve duygu düzenleme becerileri üzerinde ortalayla güçlü düzeyde etkilere ve aynı zamanda katılımcılardan iyi düzeyde kabul edilebilirlik ve genel memnuniyet oranlarına sahip olduğu birçok çalışmada rapor edilmiştir (ör., Mohammadi, Birashk ve Gharaie, 2013; Bullis, Sauer-Zavala, Bentley, Thompson-Hollands, Carl ve Barlow, 2015; de Ornelas Maia, Nardi ve Cardoso, 2015). Grup temelli uygulamanın bulguları neredeyse bireysel uygulama sonuçlarına eş değer olarak bulunmuştur. Bulgular BP'nin oldukça yüksek eş tanı vakalarında kaygı ve depresif belirtiler üzerinde olumlu etkilerini göstererek, ruh sağlığı hizmetlerinde grup formatında başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermiştir (ör., Reinholt, Aharoni, Winding, Rosenberg, Rosenbaum ve Arnfred, 2017). Ek olarak, TSSB (Varkovitzky, Sherrill ve Reger, 2018) ve cinsel işlev bozukluğu gibi spesifik sorunlara yönelik grup formatında BP'nin etkinliğini destekleyen bulgular elde edilmiştir (de Ornelas Maia ve diğerleri, 2017).

Son olarak, kaygı ve/veya depresyon tanılı yetişkin örnekleminde yüz yüze uygulamaların ötesinde artık teknolojiye dayanarak internet destekli BP'nin etkinliğini ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek amacıyla çalışmalar da yapılmaktadır. Bu bağlamda Tulbure, Rusu, Sava, Sălăgean ve Farchione (2018) yaptıkları çalışmada katılımcılar aktif tedavi grubuna (n=69) ya da bekleme listesi kontrol grubuna (n=36) seçkisiz bir şekilde atanmıştır. Tedavi grubuna atanan katılımcılara klinik psikoloji yüksek lisans öğrencileri tarafından güvenli bir internet ortamı üzerinden yazılı bir şekilde rehberlik sağlanmıştır. Analiz sonuçlarına göre bekleme listesi kontrol grubuna kıyasla, tanılar üstü müdahalenin kaygı ve depresif

belirtiler üzerinde anlamlı bir iyileşme sağladığı bulunmuştur. Bu araştırma bulguları ile tanılar üstü müdahalenin internet temelli kullanımı yoluyla etkili bir terapi seçeneği sunabileceği gösterilmiştir.

BP'nin duygusal bozukluklar üzerinde etkili bir tedavi olarak görülmesi ile ilgili bu bahsedilen çalışmalara ek olarak 15 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışması da vardır (Sakiris ve Berle, 2019). Bu çalışmada 1244 katılımcının müdahale sonuç ölçümleri incelenmiştir. Buna göre, kaygı, depresyon, YAB, OKB, agorafobi ile görülen veya agorafobisiz panik bozukluk, sosyal fobi ve borderline kişilik bozukluğu belirtilerinde anlamlı iyileşmeler olduğu rapor edilmiştir. Birincil terapi kazanımlarına ek olarak, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde meydana gelen ikincil terapi kazanımlarının oldukça anlamlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, BP'nin adaptif duygu düzenleme stratejilerinin artışında da orta düzeyde etki sahibi olduğu gösterilerek, protokolün etkili bir duygu düzenleme temelli müdahale olduğuna dikkat çekilmiştir.

Özetle, BP duygusal bozuklukların ortaya çıkmasına ve sürdürülmesine yol açan temel faktörleri hedefleyerek eşlik eden rahatsızlıklarda iyileşmeye yol açar ve aynı zamanda çeşitli psikolojik rahatsızlıkları tedavi etmek için uygulanabilir. Geliştirilmesinden bu yana, BP'nin etkinliği kaygı, depresyon ve ilgili bozukluklar için tedavi arayan heterojen örneklem gruplarında titizlikle test edilmiştir. Çalışma bulguları, katılımcıların çoğunun BP ile tedavi edildiklerinde artık başvuru koşulları için var olan kriterleri karşılamadığını ve 6 aylık takip süresi boyunca iyileşmeye devam ettiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, tek bir tanıya yönelik protokollere kıyasla, BP duygusal bozuklukların tedavisi için nispeten daha kolay bir eğitim süreci sunar ve bu nedenle kaynak kısıtlı ortamlarda etkili bir şekilde kullanılabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DEPRESİF VE KAYGI BELİRTİLERİNE YÖNELİK BÜTÜNLEŞİK PROTOKOL'ÜN UYARLANMASI VE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın bu bölümünde uyarlaması yapılan Duygusal Bozuklukların Tanılar Üstü Tedavisi için Bütünleşik Protokol'ün (Bütünleşik Protokol-BP) depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olup olmadığı konusunda bilgi vermesi amacıyla yürütülen çalışmanın yöntem, bulgular ve tartışma bölümlerine yer verilmiştir.

3.1. YÖNTEM

Bu bölümde ilk olarak araştırmayı oluşturan örneklem grubuna dair bilgiler sunulmuştur. Sonrasında veri toplama esnasında kullanılan ölçüm araçları tanıtılmıştır. Bu kısımları takiben araştırmanın nasıl yürütüldüğünün açıklandığı işlem bölümüne yer verilmiş; yanı sıra elde edilen veriler üzerinde yürütülen istatistiksel analizler aktarılmıştır.

3.1.1. Örneklem

Araştırma uygun örnekleme yöntemi ile seçilen, diğer deyişle Dokuz Eylül Üniversitesi'nde öğrenim gören ve üniversite kampüsünde yapılan duyurulara karşılık verip ön değerlendirme sonunda uygun bulunan toplam 34 üniversite öğrencisinden oluşan bir örneklem grubu ile yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilme kriterleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde öğrenime devam ediyor olmanın yanı sıra, Psikoloji Bölümü öğrencisi olmama, haftalık psikoterapi seanslarına katılımı engelleyecek herhangi bir fiziksel durumun ya da bir rahatsızlığın olmaması, aktif psikotik bulguların ve aktif intihar düşüncelerinin olmaması, aşağıda özellikleri verilen kaygı veya depresyon ölçümlerinden orta ya da yüksek düzeyde puan elde etmesi (İşlem kısmında konuya ilişkin daha ayrıntılı bilgi verilmiştir) ve çalışmaya katılmaya gönüllü olması yer almaktadır.

Örnekleme oluşturan katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, 34 katılımcının yaşlarının 20 ile 26 arasında ($X = 22.41$, $ss = 1.54$) değiştiği gözlenmiştir. 17 kadın (%50) ve 17 erkek (%50) katılımcının 15'i Mühendislik Fakültesi'nin çeşitli bölümlerinde, 8'i Edebiyat Fakültesi'nin çeşitli bölümlerinde, kalan 11 öğrenci ise Mimarlık, Fen, Eğitim, Denizcilik ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültelerinde öğrenimlerine devam etmektedir. 14 öğrenci daha önceden almış oldukları psikiyatrik bir tanıya sahip olduklarını, 7 öğrenci ise psikolojik rahatsızlıklarına yönelik ilaç kullanımına devam ettiklerini rapor etmiştir. Müdahale ve bekleme listesi kontrol grubuna seçkisiz şekilde atanan katılımcıların demografik özellikleri ayrı ayrı incelendiğinde müdahale grubundaki 17 katılımcının yaşlarının 20 ile 25 arasında ($X = 22.59$, $ss = 1.37$), kontrol grubundaki 17 katılımcının yaşlarının ise 20 ile 26 arasında ($X = 22.23$, $ss = 1.71$) değiştiği gözlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan 9 kadın (%52.9) ve 8 erkek (%47.1) katılımcının 7'si Mühendislik Fakültesi'nde, 5'i Edebiyat Fakültesi'nde ve kalan 5 kişi Denizcilik, İktisadi ve İdari Bilimler ve Eğitim Fakülteleri'nde öğrenim görmektedir. Kontrol grubunda yer alan 8 kadın (%47.1) ve 9 erkek (%52.9) katılımcının ise 8'i Mühendislik Fakültesi'nde, 3'ü Edebiyat Fakültesi'nde ve kalan 6 kişi Denizcilik, İktisadi ve İdari Bilimler, Eğitim ve Fen Bilimleri Fakülteleri'nde öğrenimlerine devam etmektedir. Katılımcıların tümü İzmir'de yaşamaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılar araştırmadan bağımsız daha önceden bir psikiyatrist tarafından belirlenen tanılarını bildirmişler, bu çalışmada tanı koymaya yönelik yapılandırılmış bir görüşme yapılmamıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 3'te detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 3: Her Gruptaki Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Değişken		Müdahale grubu (n= 17)	Kontrol grubu (n=17)
Cinsiyet (n)	Kadın	9	8
	Erkek	8	9
Yaş	X (SS)	22.59 (.33)	22.23 (.42)
Öğrenime devam ettikleri bölüm	Bilgisayar mühendisliği	1	-
	Çevre mühendisliği	1	1
	Denizcilik işletmeleri yönetimi	1	1
	Dilbilim	1	1
	Elektrik ve elektronik müh.	2	1
	Endüstri mühendisliği	-	1
	İnşaat mühendisliği	-	2
	İşletme	-	1
	Kimya	-	2
	Maden mühendisliği	2	-
	Makine mühendisliği	-	2
	Mimarlık	1	1
	Mütercim Tercümanlık	1	-
	Metalurji ve Malzeme Müh.	-	1
	Maliye	1	-
	Okul öncesi öğretmenliği	-	1
	Sınıf öğretmenliği	1	-
	Sosyoloji	2	2
	Jeoloji mühendisliği	1	-
	Tarih	1	-
	Uluslararası ilişkiler	1	-
Psikiyatrik tanı (n)	Var	8	6
	Yok	9	11
Tanı dağılımı (n)	Depresyon	3	1
	Kaygı bozukluğu	2	1
	Obsesif-kompulsif bozukluk	-	1
	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	1	1
	Sosyal fobi	-	1

Sosyal fobi + depresyon	-	1
Panik atak	1	-
Travma sonrası stres bozukluğu	1	-
İlaç kullanımı (n)	Var	4
	Yok	13
		3
		14

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma amaçları doğrultusunda çeşitli ölçüm araçları ile katılımcılardan demografik özelliklerine, depresyon ve kaygı belirtilerine, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeylerine ilişkin bilgi toplanmıştır. Takip eden bölümde araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçüm araçları ile ilgili ayrıntılı bilgiler sunulmuştur.

3.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu katılımcı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak için bu çalışma kapsamında oluşturulmuş, katılımcıların eğitim aldıkları okul ve sınıf, yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanısı, ilaç kullanımı, psikolojik destek alıp almadıkları yönünde soruları içeren bir anket formudur (Ek 10).

3.1.2.2. Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ)

Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ; Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) kaygı belirtilerinin şiddetini ve işlevselliğe olumsuz etkisini değerlendirmek amacıyla Norman ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen 5 maddelik bir ölçüm aracıdır. Geçmiş hafta üzerinden değerlendirilen maddelerin her biri beş seçenek üzerinden cevaplanmaktadır. Birinci madde kaygı belirtilerinin sıklığını (Geçen hafta ne sıklıkla kaygı hissettiniz?), ikinci madde kaygı belirtilerinin şiddetini (Geçen hafta kaygılı hissettiğinizde, kaygınız ne kadar yoğun ve şiddetliydi?), üçüncü madde kaçınma davranışını (Geçen hafta kaygı ya da korku yüzünden ne sıklıkla durumlardan, mekanlardan, nesnelerden ya da aktivitelerden kaçındınız?), dördüncü madde işlevselliği (Geçen hafta kaygınız işte, okulda ya da

evde yapmanız gereken şeyleri yapma becerinizi ne kadar engelledi?) ve son madde kişiler arası ilişkilerdeki bozulmayı (Geçen hafta ne sıklıkla kaygınız sosyal hayatınızı ve ilişkilerinizi engelledi?) değerlendirir. Yanıtların her biri 0 ile 4 arasında kodlanır ve her bir maddeden alınan puanlar toplanarak tek bir puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 20 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar belirtilerin şiddetine ve işlevsellikte daha fazla kötüleşmeye işaret etmektedir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .80; test-tekrar test güvenirliği ise .82 olarak bulunmuştur. Ölçeğin benzer ölçek geçerliği genel psikolojik sıkıntı, genel korku, kaygı ve depresyon değişkenlerini değerlendiren ölçümlerle sınanmış olup, sırasıyla .58, .41, .62 ve .51 olarak anlamlı korelasyonlar rapor edilmiştir. Campbell-Sills ve arkadaşlarının (2009) klinik örneklemle yürüttükleri çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .84 olarak bulunmuş, ölçeğin klinik örneklemde de güvenilir ve geçerli bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir. Ölçeğin Japonca'ya adaptasyon çalışmasında orijinal çalışmaya benzer bulgular elde edilmiş, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı klinik olmayan örneklem için .92, klinik örneklem için ise .93 olarak rapor edilmiştir (Ito ve diğerleri, 2015). Ölçeğin daha yakın zamanda yapılan İspanyolca adaptasyon çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .87 bulunmuş olup, ayırt edici ve uyum geçerliği kapsamında yürütülen analizler sonucunda orijinal çalışmaya benzer bulgular elde edilmiştir (Osma ve diğerleri, 2019)

Mevcut çalışmada uygulama boyunca katılımcıların deneyimledikleri kaygı şiddeti ve etkisini gözlemlmeleri ve müdahalenin kaygı belirtilerine etkisini değerlendirmede ek bilgi sağlaması amacıyla kullanılmıştır. Türkçeye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması bu araştırma kapsamında yapılmış, Ek 1'de detaylı bir şekilde sunulmuştur.

3.1.2.3. Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GDÖ)

Bentley ve arkadaşları (2014) Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği'ni (GDÖ; Overall Depression Severity and Impairment Scale) depresif belirtilerin şiddetini ve işlevselliğe olumsuz etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirmişlerdir. Kaygı için geliştirilen bir önceki ölçeğin 5 maddelik yapısı aynı tutulurken oradaki

kaçınma nedeniyle oluşan işlev kaybını değerlendiren madde aktivite yapmada zorluk ve ilgi kaybı nedeniyle olan işlev kaybı ile değiştirilmiştir. Bunun dışında yönergeler ve puanlama aynı şekilde tutulmuş olup, geçen hafta üzerinden değerlendirilen maddelerin her biri beş seçenek üzerinden cevaplanmaktadır. Buna göre birinci madde depresif belirtilerin sıklığını (Geçen hafta boyunca ne sıklıkla depresif hissettiniz?), ikinci madde depresif belirtilerin şiddetini (Geçen hafta boyunca depresif hissettiğinizde, depresyonunuz ne kadar yoğun veya şiddetliydi?), üçüncü madde keyif veren aktiviteleri yapmada yaşanan zorluğu (Geçen hafta boyunca depresyon yüzünden ne sıklıkta normalde keyif aldığınız aktiviteleri yapmakta ya da bu aktivitelerle ilgilenmekte zorluk yaşadınız?), dördüncü madde iş ya da okul hayatındaki bozulmaları (Geçen hafta boyunca depresyonunuz işte, okulda ya da evde yapmanız gereken şeyleri yapma becerinizi ne kadar engelledi?) ve beşinci madde ise kişiler arası ilişkilerdeki bozulmaları (Geçen hafta boyunca ne sıklıkla depresyonunuz sosyal hayatınızı ve ilişkilerinizi engelledi?) değerlendirmektedir. Yüksek puanlar belirtilerin şiddetine ve işlevsellikte daha fazla kötüleşmeye işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı klinik örneklemede .94, üniversite öğrencilerinde .91 ve genel örneklemede .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin uyum geçerliği depresyon, kaygı, stres ve negatif duygulanım ölçümleri ile elde edilen pozitif korelasyonlar ile gösterilmiştir. Depresyon ölçümü ile olan korelasyonun kaygı ve nörotizm değişkenleri ile olan korelasyona kıyasla oldukça yüksek olması ayırt edici geçerliği sağladığı yönünde değerlendirilmiştir. Ölçeğin Japonca adaptasyon çalışmasında hem klinik hem de klinik olmayan örneklem için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .96 olarak bulunmuştur. Klinik olmayan örneklemede test-tekrar test güvenirlik katsayısı .75 iken, klinik örneklemede .73 olduğu bildirilmiştir (Ito ve diğerleri, 2015). Ölçeğin İspanyolca adaptasyon çalışmasında ise Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .92 olarak rapor edilmiştir. Yapı geçerliğine dair yapılan analizler sonucu ölçeğin olumsuz duygulanım, depresif belirtiler ve kaygı ölçümleri ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Mira ve diğerleri, 2019).

Mevcut çalışmada tedavi boyunca katılımcıların deneyimledikleri depresyon şiddeti ve etkisini gözlemlemeleri ve müdahalenin depresif belirtiler üzerindeki etkisini değerlendirmede ek bilgi sağlaması amacıyla kullanılmıştır. Türkçeye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması bu araştırma kapsamında yapılmış, Ek

1’de detaylı bir şekilde sunulmuştur.

3.1.2.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ve sonraki yıllarda güncellenen (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) envanter, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri değerlendiren 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0 ile 3 arasında bir puan almakta olup, bu envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Envanterden alınan yüksek puanlar depresif belirtilerin yüksekliğine işaret etmektedir. Envanterin 1961 formu için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .88; 1979 versiyonu için ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .86 olarak rapor edilmiştir. Envanterin Hamilton Kaygı Derecelendirme Ölçeği’ne kıyasla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile daha olumlu bir şekilde ilişkili olması envanterin uyum ve ayırt edici geçerliğini desteklemiştir (Beck, Steer ve Brown, 1996).

Envanterin 1961 formunun Türkçe uyarlama çalışması Beck Depresyon Ölçeği adı altında Tegin (1980); 1979 formunun Türkçe uyarlama çalışması ise Beck Depresyon Envanteri adı altında Hisli (1988, 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her iki çalışmada aynı kapsamda yer alan sorular farklı ifadelerle kullanılmıştır. Bu çalışmada Hisli’nin uyarlaması kullanıldığı için Beck Depresyon Envanteri (BDE) adı kullanılmıştır.

Hisli (1989) tarafından üniversite öğrencileri ile yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Çalışmada iki yarım test korelasyon katsayısı .74; iç tutarlık katsayısı .80 olarak ve test-tekrar test güvenirliği .73 olarak bulunmuştur. Hisli (1988) tarafından, 63 kişiden oluşan psikiyatrik örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri’nin depresyon alt ölçeği (MMPI-D) ile BDE arasındaki korelasyon katsayısı .63 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca ölçeğin bu çalışma için yapılan Cronbach alfa analizi .87 bulunmuştur. Mevcut çalışmada müdahalenin depresif belirtiler üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 11).

3.1.2.5. Beck Kaygı Envanteri (BKE)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin yaşadığı kaygı belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan Beck Kaygı Envanteri'nde (BKE) her bir madde 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir. Envanterden alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar kaygı belirtilerinin artışına işaret etmektedir. Envanterin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .92 ve test-tekrar test güvenirliği .75 olarak rapor edilmiştir. Ölçeğin diğer kaygıyla ilişkili ölçümlerle arasındaki yüksek korelasyon uyum geçerliğini ve depresyon ile ilişkili ölçümlerdeki düşük korelasyonu ayırt edici geçerliğini göstermiştir. Ayrıca, ölçeğin homojen ve heterojen kaygı bozukluklarını diğer psikolojik rahatsızlıklardan ayırt edebildiği rapor edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1996) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışmalarında psikiyatrik hastalardan oluşan örneklem üzerinde envanterin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlik katsayısının ise .57 olduğu rapor edilmiştir. Envanterin BDE ile korelasyonun .46, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin (Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1970; Türkçe uyarlaması: Öner ve LeCompte, 1985) Durumluk bölümü ile .45, Sürekli bölümü ile ise .53 olduğu bildirilmiştir. Ek olarak, ölçeğin bu çalışma için yapılan Cronbach alfa analizi .89 bulunmuştur. Mevcut çalışmada müdahalenin kaygı belirtileri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 12).

3.1.2.6. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS)

Watson, Clark ve Tellegen (1988) tarafından pozitif ve negatif duygu ölçümünde kullanılması amacıyla geliştirilmiştir. 10'u pozitif 10'u negatif olmak üzere toplam 20 sıfattan oluşan ölçek 5 likert tipindedir (1 = çok az veya hiç, 5 = çok fazla). Bu ölçekten elde edilebilecek puanlar her duygu kategorisi için 10 ile 50 arasında değişmektedir; pozitif duygu ölçümünden alınan yüksek puanlar pozitif duyguların yüksekliğine, negatif duygu ölçümünden alınan yüksek puanlar ise negatif duygu yüksekliğine işaret etmektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlık katsayısı pozitif

duygu için .88, negatif duygu için ise .85 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test tutarlılığı ise her iki duygu için .47 olarak rapor edilmiştir. Ölçeğin depresyon ile korelasyonu pozitif duygu alt boyutu için -.35, negatif duygu alt boyutu için ise .56 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kaygı ile ilişkisi incelendiğinde pozitif ve negatif duygu alt boyutları ile korelasyonu sırasıyla -.35 ve -.51 olarak rapor edilmiştir.

Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği'nin (PANAS) Türkçeye adaptasyon çalışması Gençöz (2000) tarafından yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda maddelerin orijinalinde olduğu gibi pozitif ve negatif duygu faktörleri altında ağırlıklı olarak toplandıklarını belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı pozitif duygu için .83 ve negatif duygu için .86; test-tekrar test tutarlılığı ise orijinal ölçekle tutarlı bir şekilde sırasıyla .40 ve .54 olarak bulunmuştur. Orijinal ölçeğin geçerlik çalışmasına paralel olarak, ölçeğin ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla depresyon ve kaygı ile ilişkisi incelenmiştir. Pozitif ve negatif duygu alt boyutlarının depresyon ile korelasyonu sırasıyla -.48 ve .51; kaygı ile korelasyonu ise yine aynı sırayla -.22 ve .47 olarak bulunmuştur. Adaptasyon çalışmasında elde edilen bu değerlerin orijinal çalışmadaki değerlerle uyumlu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ölçeğin bu çalışmada pozitif duygu için Cronbach Alfa değeri .75, negatif duygu için ise .82 bulunmuştur. Mevcut çalışmada müdahalenin pozitif ve negatif duygulanım üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 13).

3.1.2.7. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ)

Diener ve arkadaşları (2009) tarafından sosyo-psikolojik iyi oluşu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek olumlu ilişkiler, yeterlik hissi, hayatın amaçlı ve anlamlı olması ile ilgili 8 maddeden oluşmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde cevaplanan ölçek maddeleri olumlu şekilde ifade edilmektedir. Böylelikle ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan ise 56'dır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar kişinin daha yüksek düzeyde psikolojik iyi oluşa sahip olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan geçerlik çalışması sonucunda ölçeğin tek faktörden oluştuğu ve toplam açıklanan varyansın %53 olduğu belirtilmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .61 ile .77 arasında değişmektedir. Ölçeğin uyum geçerliği diğer psikolojik iyi oluş

ölçümleriyle anlamlı bir korelasyon göstermesi ile desteklenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .87 olduğu rapor edilmiştir.

Türkçeye uyarlaması Telef (2013) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı .86 olarak rapor edilmiştir. Uyarlama çalışmasında yürütülen açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam açıklanan varyansın %42 olduğu ve maddelerin tek faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. Ölçeğin benzer ölçek geçerliği Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri (Ryff, 1989; Türkçe uyarlaması: Akın, 2008) ve İhtiyaç Doyumu Ölçeği (Deci ve Ryan, 1991; Türkçe uyarlaması: Cihangir-Çankaya ve Bacanlı, 2003) ile değerlendirilmiş olup, sırasıyla .56 ve .73 olarak anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. Ayrıca ölçeğin bu çalışma için yapılan Cronbach Alfa analizi .90 bulunmuştur. Mevcut çalışmada müdahalenin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 14).

3.1.3. İşlem

Çalışma kapsamında BP'nin adaptasyonu ve etkisinin değerlendirilmesi için ilk olarak protokolün kullanım izni için Prof. Dr. David Barlow'a e-posta yoluyla ulaşılmış ve ölçeğin adaptasyon çalışması için gereken izin alınmıştır. Ölçeğin kullanım izni alındıktan sonra araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'na başvurulmuş ve araştırmanın etik açıdan uygunluğu kurul tarafından (12.04.2019 tarihli 7 sayılı kararı ile) onaylanmıştır. Prof. Dr. David Barlow'un yönlendirmesi ile "Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide" (Barlow ve ark., 2011) ve "Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook" (Barlow ve ark., 2010) kitapları temin edilmiş ve protokol el kitabının yer aldığı terapist rehber kitabının ve çalışma kitabında yer alan ilgili materyallerinin çeviri işlemlerine başlanmıştır.

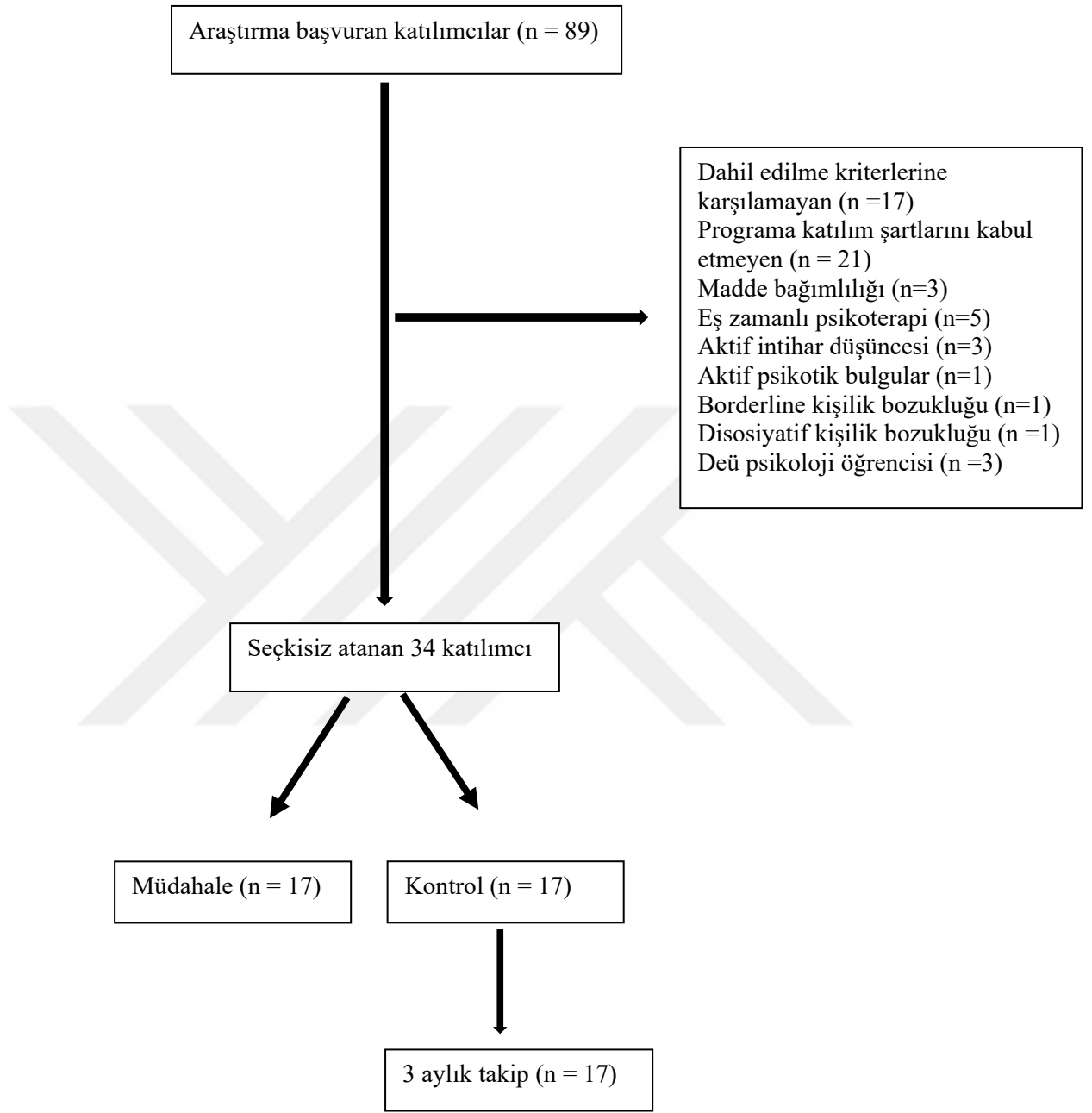
Her bir seansın yönergesi ve o seansa ait çalışma materyalleri araştırmacı tarafından Ocak 2019-Nisan 2019 sürecinde Türkçeye çevrilmiş ve çeviri işlemlerinin ardından tez danışmanı Prof. Dr. Orçun Yorulmaz tarafından çevirinin uygunluğu değerlendirilmiştir. Seans sürecine ve kullanılacak materyallere aşinalık kazanmak ve protokol içeriğine son halini vermek amacıyla etik kurul onayı alındıktan sonra

araştırmaya katılmaya gönüllü 2 üniversite öğrencisi ile pilot uygulama şeklinde bireysel seanslar planlanmıştır. Seanslar sürecinde yaşanabilecek problemleri ya da eksikleri görebilmek, seans süresi ve sayısının yeterliği hakkında bilgi alabilmek ve seans içeriğinde ya da kullanılan materyallerde anlaşılmayan noktaları belirleyebilmek amacıyla Nisan-Haziran 2019 zaman aralığında yapılan bireysel görüşmelerde katılımcılardan her seansa ilişkin ve terapi materyallerinin anlaşılabilirliğine dair geri bildirimler alınmıştır. Beşer maddelik kaygı ve depresyon ölçümlerinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış, danışanlar tarafından anlaşılır olup olmadığı değerlendirilmiş ve kendi gelişimlerini gözlemlemeye yardımcı olarak kullanılabilecekleri gözlenmiştir. Sonlandırma seansı ile tamamlanan sürecin sonunda elde edilen tüm geri bildirimler tez danışmanı tarafından incelenmiş ve müdahale programının son hali oluşturulmuştur.

BP'nin etkisinin değerlendirildiği örneklem grubuna ulaşmak amacıyla öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Kampüsü'nde yer alan çeşitli fakülte binalarına izin alınarak araştırma için hazırlanan afişler asılmış, duyurular yapılmıştır. Ayrıca internette öğrencilerin mensup olduğu çevrimiçi platformlardan (ör., öğrenci toplulukları ve e-posta grupları) duyuru yapılmıştır. Duyuru afişinde araştırmacıların çalışmaya başvurmak istediklerinde ulaşabilecekleri e-posta adresi ve telefon numarası belirtilmiştir (Ek 15). Duyurularda yer alan e-posta adresi ya da telefon aracılığı ile araştırmaya başvuran katılımcılara depresif belirtiler, kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenleriyle birlikte demografik bilgilerin ve araştırmaya katılım kriterleriyle ilişkili birtakım soruların yer aldığı (ör., şu anda psikolojik destek alıp almama gibi) anket seti e-posta ile gönderilmiştir. Ayrıca araştırmaya başvuru linki üzerinden araştırmaya katılım şartları ile ilgili bilgilendirme sağlanmıştır. Doldurulan anket setlerine göre dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılarla yine e-posta aracılığı ile iletişim kurulmuştur. Katılımcılara e-posta yolu ile müdahale ve kontrol gruplarının seçkisiz bir şekilde oluşturulacağı ve bekleme grubunda olmaları halinde 12 haftalık bir bekleme sürecinden sonra müdahaleyi alabilecekleri bilgisi verilmiş ve katılımcılardan onam alınmıştır. Araştırmaya toplamda 89 kişi başvurmuş, 17'si depresyon ölçümünden Beck'in (1972) önerdiği 14 puan ve altı alarak depresyon olmadığı şeklindeki sınıflandırmasına istinaden aldıkları düşük puan nedeniyle araştırmaya dahil

edilmemiştir. Ayrıca bekleme listesi kontrol grubuna atanma olasılığını ya da seanslara haftalık katılmayı kabul etmeyen, yarı zamanlı ya da ders programı nedeniyle randevu verilemeyen 21 katılımcıya arzu ederlerse destek almak üzere üniversite bünyesinde yer alan Mediko Psikolojik Danışmanlık Merkezi'ne başvurabilecekleri bilgisi verilmiş, bu araştırma için seçkisiz atama sürecine dahil edilmemişlerdir. Aynı şekilde araştırmaya katılmaya gönüllü olan ancak aktif intihar düşünceleri olan 3, aktif psikotik bulguları olan 1, sınırda kişilik bozukluğu tanısı olan 1, disosiyatif bozukluğu tanısı olan 1, eş zamanlı psikoterapi süreci olan 5 ve madde bağımlılığı tanısı olan 3 katılımcıya da psikolojik destek almaları konusunda üniversite bünyesinde yer alan Mediko Psikolojik Danışmanlık Merkezi'ne başvurabilecekleri bilgisi verilmiş; fakat bu araştırma için seçkisiz atama sürecine dahil edilmemiştir. Son olarak, araştırmacı ve tez danışmanının görev aldığı kurum-birim olan Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde öğrenimlerine devam eden 3 öğrenci, olası karıştırıcı etkiyi engellemek üzere çalışmaya dahil edilmemiş ve benzer şekilde ihtiyaçları varsa Mediko birimine başvurabilecekleri bilgisi verilmiştir. Katılımcıların müdahale ve kontrol gruplarına atanma şeması Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1: Katılımcıların Araştırmada Yer Alma Süreçlerine Dair Akış Şeması



Dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü katılımcılar 17’şer kişilik müdahale ve kontrol gruplarına seçkisiz bir şekilde atanmış ve müdahale grubunda yer alan katılımcılarla Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde Uygulamalı Psikoloji Laboratuvarı ve Tınaztepe Kampüsü Mediko binasında yer alan görüşme odalarında haftalık seanslara başlanmıştır. Yüz yüze detaylı bir değerlendirmenin

yapıldığı ön görüşmede BP ekseninde bir vaka formülasyonu oluşturulmuş ve danışanın müdahale programına katılımı için gerekli olan kaygı ve depresif belirti düzeylerini değerlendiren ölçeklerden aldıkları puanlar bu ön görüşmede daha detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Ardından haftalık şekilde yürütülecek seanslara başlanmış ve birbirini takip eden modüller uygulanmıştır. Araştırmanın müdahale grubuna bireysel olarak yürütülen 12 haftalık BP uygulanmış ve seanslar her hafta 50 dakika olacak şekilde yapılandırılmıştır. Müdahalenin sonlandırma aşamasında, katılımcılardan bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duygusal davranışları değiştirme, fiziksel duyumları anlama ve bu duyumlarla yüzleşme ve duyguya maruz bırakma becerileri ile ilgili kazanımları ve geliştirmeye ihtiyaç duydukları becerilerin genel anlamda değerlendirmesini yapmaları istenmiştir. Bu noktada gelişimin değerlendirilmesi ve iyileşme gereği olan alanların tartışılmasının kolaylaştırılması için Gelişim Değerlendirme Formu'ndan (Ek 9) faydalanılmıştır. Ayrıca terapi boyunca her hafta alınan GDÖ ve GKÖ ile danışanların sahip oldukları depresif ve kaygı belirtilerinin gündelik yaşamlarını nasıl etkilediği ve kişilerarası ilişkilerinde ne gibi sorunlara yol açtığına dair haftalık puanlarının bir özetini gösteren grafik oluşturulmuştur. Böylelikle, tedavideki ilerlemenin görsel bir kaydı oluşturularak terapi kazanımlarının ve iyileşme alanlarının tanımlanması sağlanmıştır. Yanı sıra, terapinin sonlanmasında da önemli bir kriter olan şiddetin azalması ve işlevsellik alanlarında iyileşmelerin gözlenmesine objektif bir değerlendirme imkânı veren haftalık alınan bu ölçümler ile terapi sonlandırma kararına bilimsel bir dayanak sağlanmıştır. Müdahale programının tamamlanması ile başlangıçta verilen ölçek bataryası son ölçümü elde etmek amacıyla uygulanmış ve müdahale sona erdikten 3 ay sonra bu ölçümler e-posta aracılığıyla gönderilen anket seti üzerinden tekrar alınmıştır. Diğer yandan, ilk ölçümleri alınan kontrol grubundaki katılımcılara 12 haftalık sürede hiçbir müdahale uygulanmamış; ancak ihtiyaç halinde iletişim kurmaları ve gerekli görüldüğü takdirde ilgili yerlere yönlendirmelerinin yapılacağı bilgisi verilmiştir. Bekleme listesinde olan katılımcılara 12 haftalık süreyi takiben terapi randevusu verilmiş ve ilk seansta ikinci ölçümleri alınmıştır. Takip eden süreçte katılımcılara müdahale grubundakilerle yürütülen aynı protokol uygulanmıştır. Genel olarak bu tez çalışması için Mayıs 2019'da başlayan veri toplama süreci 1 yıl sürmüş ve Mart 2020'de bekleme süreleri tamamlanıp son ölçümleri alınan kontrol grubundan

8 katılımcının Covid-19 nedeniyle başlayacak seansları ertelenmiş ve 3 ayın sonunda salgının etkisi devam ettiği için çevrim içi olarak yürütülmüştür. Müdahale grubunda terapileri salgın öncesinde sonlanan, ancak 3 aylık takip ölçümleri salgın dönemine denk gelen 6 katılımcının tekrar ölçümlerinde salgının etkisine yönelik ek soruya yer verilmiştir. Tüm süreç klinik psikoloji alanında uzman klinik psikolog tarafından ve Prof. Dr. Orçun Yorulmaz süpervizörlüğünde yürütülmüştür.

3.1.4. İstatistiksel Analizler

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS-23 (Statistical Programme for Social Science) programı kullanılmıştır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri ve müdahalenin etkisinin incelendiği birincil ve ikincil değişkenler için betimsel analizler yapılmıştır. Gruplara atanan katılımcıların gruplar arası ön-test ölçümlerinden elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı öncelikle bağımsız örneklemeler için t-testi ile karşılaştırılmıştır. Yanı sıra, müdahale programının etkinliğini belirlemek amacıyla çalışma ana değişkenleri olan depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik 2 (müdahale-kontrol grubu) x 2 (ön-son test) karma ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. Sunulan analizlerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ kabul edilmiştir. Anlamlılık değerine ek olarak, müdahale programının etkisinin derecesini değerlendirmek amacıyla etki büyüklüğü (effect size) hesaplanarak, müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark incelenmiştir. Etki büyüklüğü için farklı hesaplama yöntemleri bulunmakta olup, mevcut çalışmada etki büyüklüklerinin hesaplanmasında “Hedge g” değeri kullanılmıştır. Etki büyüklüğü değerlerinin yorumlanmasında kolaylık sağlamak amacıyla Cohen (1988) tarafından önerilen sınıflandırmaya göre, $d \leq 0,2$ değerleri küçük, $0,2 < d < 0,8$ değerleri orta ve $d \geq 0,8$ değerleri ise büyük etki büyüklüklerini ifade etmektedir. Ayrıca müdahale grubundaki katılımcılardan depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik elde edilen puanların müdahale süreci boyunca gösterdikleri değişim Jacobson ve Truax'ın (1991) önermiş olduğu Güvenilir Değişim Endeksi (GDE; Reliable Change Index: RCI) temel alınarak değerlendirilmiştir. GDE değeri,

katılımcıların puanlarındaki değişimin ölçümler arasındaki farklarının standart hata değerine bölünmesiyle elde edilmektedir. GDE değerini elde etmek için gerekli matematiksel hesaplamalar Chris Evans tarafından hazırlanan ve çevrim içi paylaşılan kaynaktan faydalanılarak yürütülmüştür (<https://www.psych.org/stats/rcsc.htm>). Hesaplanan GDE'nin mutlak değerinin .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aşması değişimin güvenilir olduğunu, başka bir deyişle müdahale sonrasında katılımcının güvenilir bir şekilde değiştiğini göstermektedir (Jabrayilov, Emons ve Sijtsma, 2016).

3.2. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma hipotezleri ile ilişkili olarak müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasının ardından depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik ölçümlerden aldıkları puanların analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Örneklem Özellikleri Yönünden Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların temel sosyo-demografik özelliklerinin farklılaşp farklılaşmadığına yönelik veri türüne göre yürütülen Ki-Kare ve bağımsız örneklem t-testi analizler sonucunda yaş, cinsiyet dağılımı, psikiyatrik tanı almış olma ve psikiyatrik ilaç kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İlgili analiz sonuçları Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=34)

Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Analiz	
	n	Ort. (Ss)	n	Ort.(Ss)	t (df)	p
Yaş	17	22.59 (1.37)	17	22.23±1.7	.66 (32)	.51
				1		
Cinsiyet	n	%	n	%	X ² (df)	p
Kadın	9	52.9	8	47.1		
Erkek	8	47.1	9	52.9	.12 (1)	.50
Tanı	n	%	n	%	X ² (df)	p
	8	47.1	6	35.3	.49 (1)	.36
İlaç kullanımı	n	%	n	%	X ² (df)	p
	4	23.5	3	17.6	.18 (1)	.50

3.2.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Çalışma Ana Değişkenlerindeki Eş-Değerliğine Yönelik Bulgular

Verinin analizi için parametrik ya da parametrik olmayan yöntemlerin kullanımına karar vermek amacıyla katılımcılardan elde edilen ön-test, son-test ve izleme testi puanlarının müdahale ve kontrol gruplarında normal dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Bunun için, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin yanı sıra çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının -2, +2 aralığında olması alan yazında dağılımın normal olarak kabul edilebileceği şeklinde yorumlanmaktadır (Büyüköztürk, 2010; Tabachnick ve Fidell, 2007). Çalışmada çarpıklık ve basıklık değerlerinin -.58 ile 1.44 arasında olduğu görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş bağımlı değişkenlerinin her iki grupta normal dağılım gösterdiği bulunmuş ve sonuçları ilerleyen kısımlarda verilecek bir parametrik yöntem olan 2 X 2 karma ölçümler için ANOVA yürütülmüştür. Bu desende birinci faktör bağımsız işlem gruplarını (müdahale grubu ve kontrol grubu), ikinci faktör ise bağımlı değişkenlere ilişkin farklı koşullardaki tekrarlı ölçümleri (ön-test ve son-test) göstermektedir. Ek

olarak, müdahale grubunun son test ve izleme testleri arasındaki karşılaştırmalar ise; Bağımlı Örneklem t Testi ile ayrıca analiz edilmiştir.

Her iki grubun ölçümlerinde hangi analizin kullanılacağını belirlenmesini takiben müdahale ve kontrol grubunda yer alan tüm katılımcıların ön-test ve son-test puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiş, tüm verilere ait betimsel istatistikler Tablo 5’te sunulmuştur. Tablodaki verilere dair istatistiksel analizler devam eden kısımda daha ayrıntılı verilecektir. Ancak bu etapta değerlere genel olarak bakıldığında ön-test puanlarında grupların görece birbirine yakın olduğu, farkın daha çok son testlerde olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Müdahale ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

Grup	N	Ölçüm	Depresif belirtiler		Kaygı belirtileri		Pozitif duygulanım		Negatif duygulanım		Psikolojik İyi oluş	
			Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.
Müdahale	17	Ön-test	25.88	9.55	26.29	12.55	22	5.66	30.23	8.32	31.18	11.54
		Son-test	8.82	6.18	10	9.97	33.12	8.21	16.53	5.42	43.41	8.94
Kontrol	17	Ön-test	26.35	10.91	27.53	11.78	25.94	5.78	33	8.15	28.70	12.37
		Son-test	25	11.49	27.88	15.10	23.59	7.01	31	7.05	30.88	11.70

Öncelikle, müdahale ve kontrol gruplarının ön-test ölçümlerindeki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olup olmadığı sırası ile değerlendirilmiş; diğer deyişle, uygulama öncesi müdahale ve kontrol gruplarının ölçülmek istenen özellikler açısından birbirine benzer nitelikte olup olmadığı kontrol edilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiği için depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş puanları için Bağımsız Örneklem için t Testi uygulanmış, takip eden bölümde analiz sonuçları aktarılmıştır.

Müdahale ve kontrol gruplarındaki katılımcıların müdahale programı başlamadan önce depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik ölçümlerinin karşılaştırılması için uygulanan

ön-test puan ortalamalarına ait bağımsız örneklemeler için t-testi sonuçları Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 5: Müdahale ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Katılımcıların Ön-test Ortalamalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ölçüm	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif belirtiler	Müdahale	17	25.88	9.55	-.134	.89
	Kontrol	17	26.35	10.91		
Kaygı belirtileri	Müdahale	17	26.29	12.55	-.30	.77
	Kontrol	17	27.53	11.78		
Pozitif duygulanım	Müdahale	17	22	5.66	-2.01	.053
	Kontrol	17	25.94	5.78		
Negatif duygulanım	Müdahale	17	30.23	8.32	-.98	.33
	Kontrol	17	33	8.15		
İyi oluş	Müdahale	17	31.18	11.54	.60	.55
	Kontrol	17	28.70	12.37		

Analiz sonuçları temel alınarak müdahale ve kontrol gruplarındaki katılımcıların uygulama öncesinde ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; gruplar arasında depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş değişkenlerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Diğer bir deyişle, grupların uygulama öncesinde tüm ölçülen değişkenler açısından istatistiksel olarak birbirine yakın düzeyde olduğu görülmüştür.

3.2.3. Müdahale Öncesi Çalışma Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Müdahale öncesinde genel tabloyu görebilmek amacıyla tüm katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş ön-test ölçümlerinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Ön-test ölçüm puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 7’de sunulmuştur. Buna göre, depresif ve kaygı belirtileri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($r = .53$, $p<.05$). Diğer

yandan, katılımcıların depresif belirti düzeyleri ile pozitif duygulanım düzeyleri ($r = -.49, p < .05$) ve psikolojik iyi oluş arasında negatif yönde ($r = -.48, p < .05$), negatif duygulanım düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ($r = .57, p < .05$); son olarak kaygı düzeyleri ile negatif duygulanım ($r = .49, p < .05$) ve pozitif duygulanım ile psikolojik iyi oluş puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .53, p < .05$).

Tablo 6: Depresif ve Kaygı Belirtileri, Pozitif ve Negatif Duygulanım ve Psikolojik İyi Oluş Ölçüm Puanları Arasındaki Pearson Korelasyonları

	BDE	BKE	PANAS - P	PANAS - N	PİÖÖ
BDE	-	.53**	-.49*	.57**	-.48
BKE		-	-.02	.49**	.05
PANAS-P			-	.10	.53*
PANAS-N				-	-.11
PİÖÖ					-

* $p < .05$, ** $p < .001$

BDE: Beck Depresyon Envanteri, BKE: Beck Kaygı Envanteri, PANAS-P ve PANAS-N: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği, PİÖÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Hem kontrol hem de müdahale grubundaki katılımcılara uygulanan bu ilk ölçümlere ek olarak, müdahale grubunda olan katılımcılara müdahale başlangıcından itibaren Ek 1’de kullanım amacı ve psikometrik özelliklerinin detaylıca aktarıldığı GKÖ ve GDÖ uygulanmıştır. Yine genel durumu görebilmek amacıyla, müdahale grubundaki katılımcılardan bu iki ölçüm aracı ile elde edilen ilgili rahatsızlığın şiddeti ve işlevsellik alanlarında yol açtığı bozulma düzeylerinin ilgili rahatsızlığı belirti ve şiddet düzeyinde değerlendiren geleneksel ölçüm araçları (BDE ve BKE) ve pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkisi incelenmiş, ilişki katsayıları Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 7: Depresif ve Kaygı Belirtileri, Pozitif ve Negatif Duygulanım ve Psikolojik İyi Oluş Ölçüm Puanları Arasındaki Pearson Korelasyonları

	GKÖ	GDÖ	BDE	BKE	PANAS - P	PANAS - N	PİÖÖ
GKÖ	-	.47	.58*	.66**	-.01	.73**	-.22
GDÖ		-	.49*	.32	-.24	.16	-.07
BDE			-	.56*	-.49*	.58*	-.48
BKE				-	-.02	.58*	.05
PANAS-P					-	.10	.53*
PANAS-N						-	-.11
PİÖÖ							-

* $p < .05$, ** $p < .001$

GKÖ: Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği, GDÖ: Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BKE: Beck Kaygı Envanteri, PANAS-P ve PANAS-N: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği, PİÖÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Tablo 8’de görüldüğü üzere kaygının şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki etkisini değerlendiren GKÖ ile kaygıyı belirti ve şiddet açısından değerlendiren BKE (tabloda kaygı belirtileri olarak geçen) arasında güçlü ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r = .66$, $p < .05$). Yanı sıra, GKÖ’nün BDE ($r = .58$, $p < .05$) ve negatif duygulanım ($r = .73$, $p < .05$) ile güçlü ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ölçmek istenen yapıyı ölçtüğünü destekler şekilde, depresyonun şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki etkisini değerlendiren GDÖ ile depresif belirti düzeyini değerlendiren BDE arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .49$, $p < .05$).

3.2.4. Bütünleşik Protokol’ün Depresif Belirtiler Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Bütünleşik Protokol’ün çalışma ana değişkenleri üzerindeki etkisini görmek ve çalışma hipotezlerini test etmek amacıyla çalışma ana değişkenlerinden biri olan depresif belirtiler değişkenine yönelik 2 (müdahale-kontrol grubu) x 2 (ön-son test) karma ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. Müdahale programının depresif belirtiler üzerindeki etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan karma ölçümler testi için

öncelikle varyans analizi varsayımlarının müdahale ve kontrol grupları için karşılanıp karşılanmadığı incelenmiştir. Buna göre öncelikle gruplar arası varyans-kovaryans değerleri *Box's test* kullanılarak karşılaştırılmış ve kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (*Box's M*=20.021, $F(3, 184320.00) = 6.22$, $p < .05$). Ayrıca küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) ile kontrol edilen küresellik varsayımı ölçüm sayısı 2 olduğu için doğrudan sağlandığı varsayılmıştır (Büyüköztürk, 2010). Son olarak, grupların varyanslarının homojen olduğu yani birbirlerine yakın olduğu varsayımı Levene's test ile kontrol edilmiş ve depresif belirtiler değişkeni için varyans homojenliğinin sağlandığı bulunmuştur ($F(1, 32) = .02$, $p > .05$). Sonuç olarak temel varsayımların sağlandığı söylenebilir. Varsayımların sağlanmasının ardından depresif belirtiler düzeyi açısından müdahale ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğine dair analiz sonuçları Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 8: BDE ile Değerlendirilen Depresif Belirti Düzeylerine İlişkin Ön Test-Son Test

Grup Farkı Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	ss	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar arası	15738.01	1				
Gruplar (Müdahale-Kontrol)	588.89	1	588.89	7.86	.008	.20
Hata	2395.85	32	74.87			
Gruplar içi	3785.50	34				
Ölçüm (Ön-Son test)	1440.72	1	1440.72	35.56	.000	.53
Grup*Ölçüm	1048.37	1	1048.37	25.88	.000	.45
Hata	1296.41	32	40.513			

Yapılan karma ölçümler için varyans analizi sonuçlarına göre öncelikle depresif belirtiler puanı açısından grup ana etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Diğer deyişle, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test ölçümleri arasında ayırım yapmaksızın depresif belirti ölçümünden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır; müdahale grubundaki katılımcıların puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşüktür. Benzer şekilde, zaman ana etkisinin de anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$). Bu anlamlı etki katılımcıların grup ayırımı yapılmaksızın ön-test ve son-test ölçüm puanları

arasında son test puanları düşük olacak şekilde anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Daha önemlisi, grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur, $F(1, 32) = 25.88, p = .000, \eta^2 = .45$. Diğer deyişle, farklı gruplarda bulunan katılımcıların ön test ve son testten aldıkları depresif belirti puanları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Depresif belirtiler puanlarına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla müdahale ve kontrol gruplarına Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmış olup, elde edilen bulgular Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 9: BDE Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

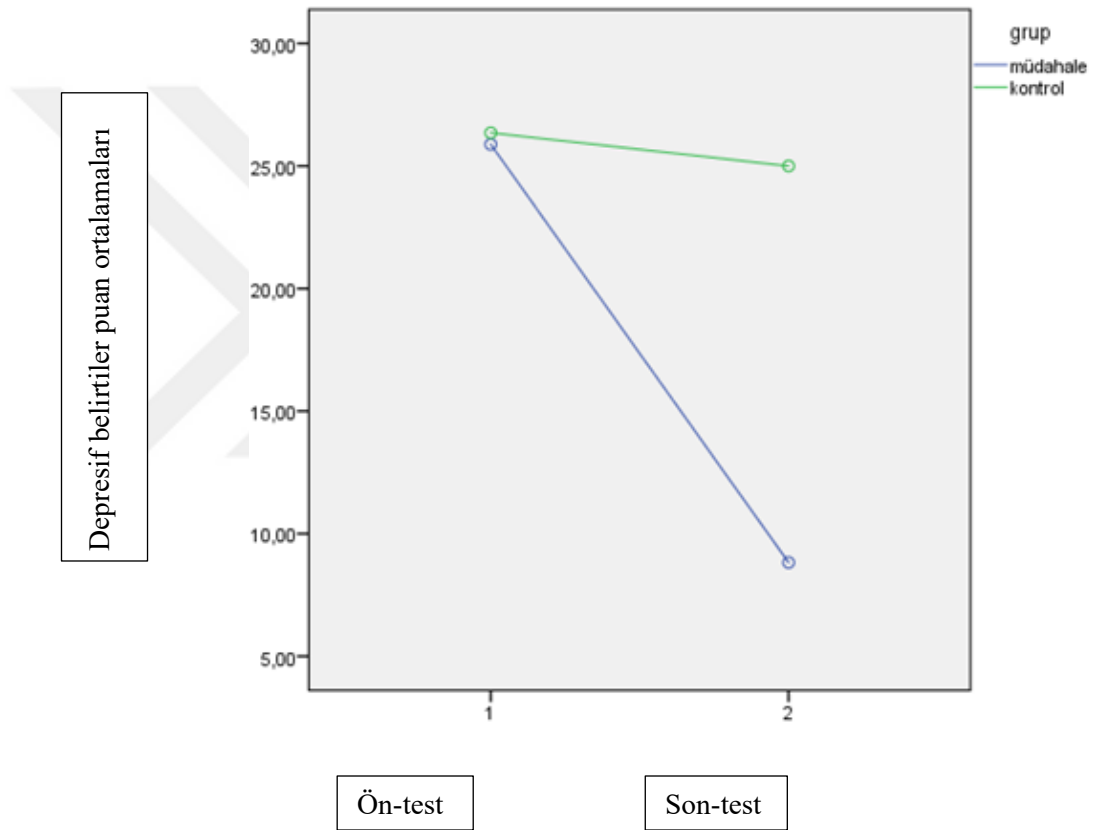
		Müdahale		Kontrol	
		Ön-test	Son-test	Ön-test	Son-test
		ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark
Müdahale	Ön-test	-	17.06*	-.47	-
	Son-test	-17.06*	-	-	-16.18*
Kontrol	Ön-test	.47	-	-	1.35
	Son-test	-	16.18*	-1.35	-

* $p < .05$

Tablo 10'da verilen Post-hoc karşılaştırma (Bonferroni) sonuçlarına göre, müdahale grubundaki bireylerin ön-test puan ortalaması ($\bar{X} = 25.88$) ve son-test puan ortalaması ($\bar{X} = 8.82$) arasında düşüş yönünde anlamlı bir farklılık söz konusu iken (17.06, $p < .05$), kontrol grubu için sonuçlar incelendiğinde, depresif belirtiler ölçümünden elde edilen ön-test ve son-test puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (1.35; $p > .05$). Başka bir ifadeyle, müdahale grubunda yer alan katılımcıların BP'nin tamamlanmasını takiben depresif belirti düzeylerinin azaldığı, kontrol grubundaki katılımcıların ise depresif belirtilerinde anlamlı bir değişim olmadığı görülmektedir. Buna ek olarak, müdahale ve kontrol gruplarından elde edilen eş zamanlı ölçümler arasında depresif belirti düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı da incelenmiştir. Depresif belirti ön-test puan ortalamaları açısından müdahale ($\bar{X} = 25.88$) ve kontrol grubu ($\bar{X} = 26.35$) arasında anlamlı bir farklılık yokken (.47, $p > .05$), son-test puan ortalamaları incelendiğinde ise müdahale grubunun

puan ortalaması ($\bar{X} = 8.82$) ve kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 25$) arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu gözlenmiştir (16.18, $p < .05$). Bu bulgu, depresif belirtilerin azalmasında müdahale grubuna uygulanan BP'nin etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca ön test ve son testte elde edilen depresif belirtiler puanları için yapılan analizle elde edilen değişimin grafiği Şekil 2'de verilmiştir. Söz konusu şekil incelendiğinde de kontrol grubu puanlarında bir değişim izlenmezken müdahale grubunun depresif belirtiler puanının düştüğü gözlenmiştir.

Şekil 2: Grupların Ön-test ve Son-test Depresif Belirtiler Puanları



Elde edilen bu bulguları tekrardan değerlendirmek amacıyla anlamlılık değerine ek olarak, müdahale programının depresif belirtiler üzerindeki etkisinin değerlendirmesine yönelik hesaplanan etki büyüklüğü için “Hedge g” değeri kullanılmıştır. Buna göre, son ölçümlerde müdahale ve kontrol grubunun depresif belirtiler ölçümü üzerinden karşılaştırılması amacıyla elde edilen etki boyutu değerinin büyük etki oluşturduğu ve grupların depresif belirtiler ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (*Hedge g* = 1.75). Tüm bu veriler

doğrultusunda, depresif belirtilere yönelik uygulanan müdahale programının depresif belirtilerin iyileşmesine geniş düzeyde etki ettiği sonucuna varılabilir.

Uygulama etkisinin kalıcı olup olmadığını belirlemek üzere, Bağımlı Örneklem t Testinden yararlanılarak müdahale grubunda yer alan katılımcıların son test ve 3 aylık takip testlerinden elde ettikleri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, son-test ve 3. ay testinde elde edilen puanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup; son testlerde açığa çıkan etkinin sürdüğü görülmüştür ($t(16) = -.53, p > .05$).

Müdahale grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test depresif belirtiler ölçümleri arasındaki farklılıkların anlamlı bir değişim gösterip göstermediğini incelemek amacıyla GDE puanı hesaplanmıştır. Buna göre, 17 katılımcıdan 13'ünde hesaplanan GDE'nin mutlak değerinin .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aştığı, dolayısıyla katılımcıların %76.47'sindeki değişimin güvenilir olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, katılımcıların çoğunun müdahale sonunda iyileştiği söylenebilir. Katılımcıların %23.53'ünde ise anlamlı değişimler gözlenmemesine rağmen ön-test puanlarına kıyasla daha düşük puan elde ettikleri görülmüştür.

Müdahalenin depresif belirtilerine etkisini değerlendirmede geleneksel ölçüm araçlarından elde edilen verilere ek olarak depresyonun şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki etkisini değerlendiren GDÖ'den de faydalanılmıştır. Bu kapsamda müdahalenin başında ve sonunda alınan puanların karşılaştırılması için tekrarlı ölçümler için ANOVA testi uygulanmıştır. İki farklı zamanda alınan ölçüm puan ortalamalarının birbirinden anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur ($F(1, 16) = 124.88, p < .05$). Buna göre, müdahale grubundaki 17 katılımcının müdahale başlangıcındaki GDÖ puan ortalamasına ($\bar{X} = 10.41$) kıyasla müdahalenin bitişi ile alınan son GDÖ puan ortalamasında ($\bar{X} = 2$) belirgin bir düşüş görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, müdahalenin depresif belirtilerin şiddetini azaltmada ve işlevsellik alanlarındaki bozulmaları iyileştirmede etkili olduğu söylenebilir.

Ek olarak, daha önceden psikiyatrik tanı öyküsü olan katılımcılarla böyle bir psikiyatrik tanı öyküsü olmayanlar arasında müdahalenin etkisine yönelik bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla ayrıca bu iki grubun müdahale öncesi ve sonrasındaki GDÖ'den elde ettikleri puanlar karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına

göre, psikiyatrik tanı öyküsü olan 8 katılımcının GDÖ'den elde ettikleri ön test puan ortalaması ($\bar{X} = 11,50$) ile psikiyatrik tanı öyküsü olmayan 9 kişinin puan ortalaması ($\bar{X} = 9,44$) arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($t(15) = .21, p > .05$). Müdahale sonunda alınan GDÖ son test ölçümlerinde ise psikiyatrik tanı öyküsüne sahip olan ve olmayan kişilerin belirti şiddeti ve işlevsellik alanlarında benzer iyileşme düzeylerine ulaştıkları tespit edilmiştir.

3.2.5. Bütünleşik Protokol'ün Kaygı Belirtileri Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Bütünleşik Protokol'ün çalışma ana değişkenleri üzerindeki etkisini incelemek ve çalışma hipotezlerini test etmek amacıyla çalışma ana değişkenlerinden bir diğeri olan kaygı belirtileri değişkenine yönelik 2 (müdahale-kontrol grubu) x 2 (ön-son test) karma ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. Müdahale programının kaygı belirtileri üzerindeki etkinliğine dair incelenen betimleyici istatistiklere göre müdahale grubunun ön-test puan ortalamasına göre son-test puan ortalamasında bir azalma görülürken, kontrol grubunda benzer bir azalma görülmemiştir. Müdahale grubunda meydana gelen bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla ilk olarak, varyans analizi varsayımlarının müdahale ve kontrol grubu için karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmiştir. Buna göre, gruplar arası varyans kovaryans değerleri Box's test kullanılarak karşılaştırılmış ve kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($Box's M = 6.739, F(3, 184320.00) = 2.09, p > .05$). Ayrıca, küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) ile kontrol edilen küresellik varsayımı ölçüm sayısı 2 olduğu için doğrudan sağlanmıştır (Büyüköztürk, 2010). Son olarak, grupların varyanslarının homojen olduğu yani birbirlerine yakın olduğu varsayımı Levene's test ile kontrol edilmiş ve kaygı değişkeni için varyans homojenliğinin sağlandığı bulunmuştur ($F(1, 32) = .09, p > .05$). Dolayısıyla, temel varsayımların sağlandığı görülmüş, ilgili analiz aşamasına geçilmiştir. Kaygı belirtileri puanı açısından müdahale ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğine dair analiz sonuçları Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 10: BKE ile Değerlendirilen Kaygı Belirti Düzeylerine İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	ss	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar arası	17871.18	1				
Gruplar (Müdahale-Kontrol)	776.65	1	776.65	6.70	.014	.17
Hata	3709.41	32	115.92			
Gruplar içi	4392.50	34				
Ölçüm (Ön-Son test)	1080.01	1	1080.01	16.19	.000	.34
Grup*Ölçüm	1177.78	1	1177.78	17.65	.000	.36
Hata	2134.71	32	66.71			

Tablo 11’de sunulan karma ölçümler için varyans analizi sonuçları incelendiğinde, kaygı belirtileri puanı açısından grup ana etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Başka bir deyişle, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test ölçümleri arasında ayırım yapmaksızın kaygı belirtileri ölçümünden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır; müdahale grubundaki katılımcıların puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşüktür. Bunun yanı sıra, zaman ana etkisinin de anlamlı olduğu gözlenmiştir; yani katılımcıların hangi grupta yer aldığına bakılmaksızın ön-test ve son-test ölçüm puanları arasında son test puanları düşük olacak şekilde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Dikkat çekici bulgu ise, grup ve zaman ortak etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğunun bulunmasıdır ($F(1, 32) = 17.65, p = .000, \eta^2 = .36$). Başka bir şekilde söylemek gerekirse, müdahale ve kontrol gruplarının ön test ve son testten aldıkları kaygı puanlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir.

Müdahale ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test kaygı belirtileri puan ortalamalarına ilişkin farkın kaynağını bulmak için Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmış olup, elde edilen bulgular Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 11: BKE Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

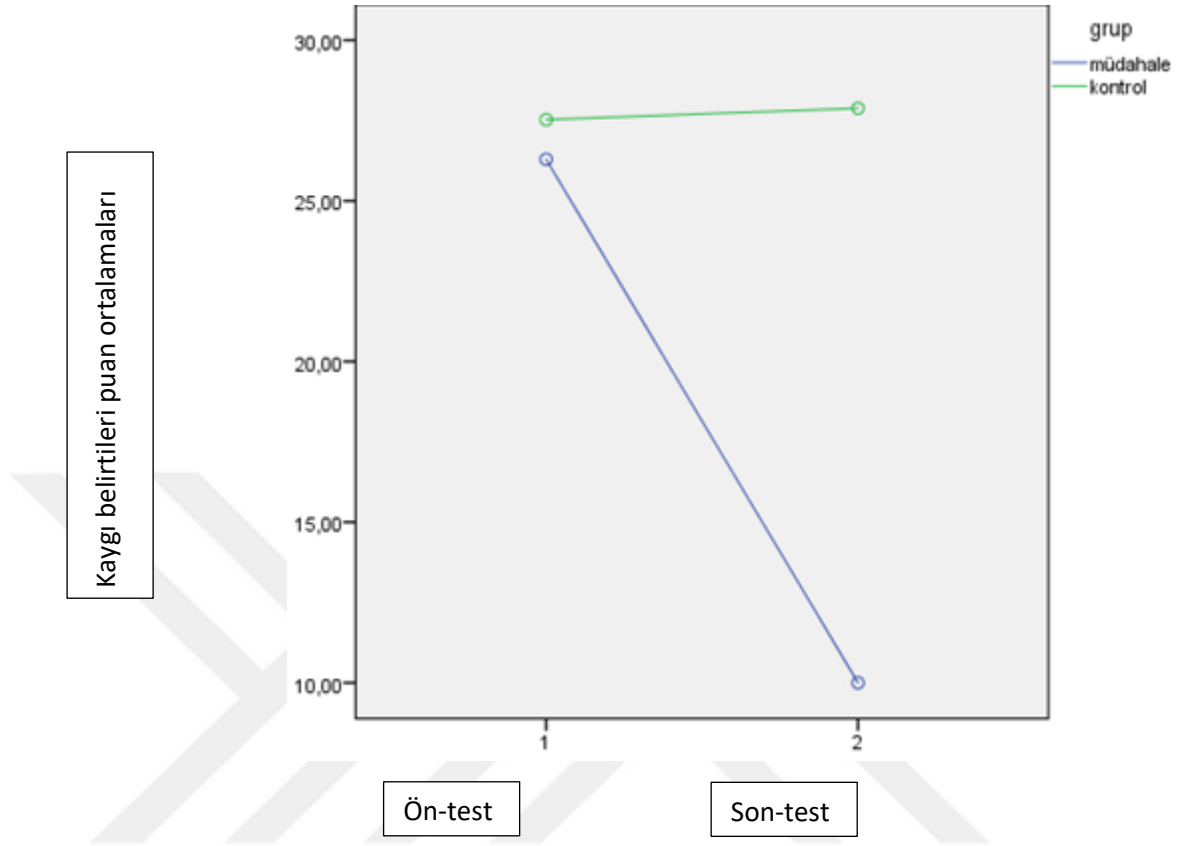
		Müdahale		Kontrol	
		Ön-test	Son-test	Ön-test	Son-test
		ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark
Müdahale	Ön-test	-	16.29*	-1.23	-
	Son-test	-16.29*	-	-	-17.88*
Kontrol	Ön-test	1.23	-	-	-.35
	Son-test	-	17.88*	.35	-

*p<.05

Kaygı belirtileri puanlarına dair Bonferroni sonuçları incelendiğinde, müdahale grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{X} = 26.29$) ve son test puan ortalaması ($\bar{X} = 10$) arasında düşüş yönünde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (16.29; $p < .05$). Diğer yandan, kontrol grubundaki katılımcıların ön test ($\bar{X} = 27.53$) ve son test ($\bar{X} = 27.88$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ($-.35, p > .05$). Bu demektir ki, müdahale grubunda bulunan katılımcılar BP müdahalesini aldıktan sonra kaygı belirtilerinde anlamlı bir azalma gösterirken, müdahaleyi almayan grupta böyle bir azalma söz konusu olmamıştır. Bunun yanı sıra, eş zamanlı uygulanan kaygı belirtileri ölçümleri arasında farklılaşma olup olmadığı incelendiğinde, müdahale ($\bar{X} = 26.29$) ve kontrol grubunun ($\bar{X} = 27.53$) ön-test puan ortalamaları açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($-1.23, p > .05$). Aynı değerlendirme son-test puan ortalamaları üzerinden yapıldığında ise, müdahale grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 10$) ve kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 27.88$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($-17.88; p < .05$). Bu bulgulardan yola çıkarak, BP'nin kaygı belirtilerini azaltmada etkili olduğu varsayımının doğrulandığı söylenebilir.

Elde edilen bu bulguları tekrardan değerlendirmek amacıyla müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılardan elde edilen ön-son test kaygı puanları için etkileşim grafiği Şekil 3'te verilmiştir.

Şekil 3: Grupların Ön-test ve Son-test Kaygı Belirtileri Puanları



Anlamlılık değerine ek olarak, müdahale programının kaygı belirtileri üzerindeki etkisinin tekrardan değerlendirilmesi için etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının kaygı belirtileri son test puanları üzerinden yapılan karşılaştırma sonucunda elde edilen “Hedge g” değerinin büyük etki oluşturduğu ve grupların kaygı belirtileri ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (*Hedge g*= 1.46). Diğer bir ifadeyle, kaygı belirtilerine yönelik uygulanan müdahale programının kaygı belirtilerinin iyileşmesine geniş düzeyde etki ettiği sonucuna varılmıştır.

Uygulamanın tamamlanmasından 3 ay sonra yapılan izleme çalışmasında kaygı belirtilerinde iyileşme etkisinin korunup korunmadığını incelemek amacıyla Bağımlı Örneklem için t-Testi yürütülerek müdahale grubunda yer alan katılımcıların son test ve 3 aylık takip ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, uygulamanın üzerinden geçen 3 aylık dönemde de müdahale etkisinin devam ettiği tespit edilmiştir ($t(16) = -.23, p > .05$).

Çalışmada istatistiksel olarak müdahale ve kontrol grupları arasındaki farklılıkların incelenmesine ek olarak, bireysel değişimin klinik olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için GDE değeri hesaplanmıştır. Buna göre, 17 katılımcıdan 11'inde hesaplanan GDE'nin mutlak değerinin .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aştığı, dolayısıyla katılımcıların %64.70'indeki değişimin güvenilir olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, genel olarak katılımcıların müdahaleyi tamamladıktan sonra kaygı belirti düzeyleri yönünden iyi yönde değişim gösterdiklerini desteklemiştir.

Müdahalenin kaygı belirtilerine etkisini değerlendirmede geleneksel ölçüm aracının yanı sıra müdahale öncesi ve hemen sonrasında alınan kaygının şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki etkisini değerlendiren GKÖ puanları da incelenmiştir. Müdahale grubundaki 17 katılımcının iki farklı zamanda alınan ölçümleri açısından karşılaştırılması amacıyla tekrarlı ölçümler için ANOVA testi yürütülmüştür. Buna göre, müdahale grubundaki katılımcıların müdahale başlangıcındaki GKÖ puan ortalamasının ($\bar{X} = 10.88$) müdahalenin bitişi ile alınan son GKÖ puan ortalamasından ($\bar{X} = 2.47$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($F(1, 16) = 174.78, p < .05$). Başka bir şekilde söylemek gerekirse, müdahalenin kaygı belirtilerin şiddetini azaltmada ve işlevsellik alanlarındaki bozulmaları iyileştirmede etkili olduğu desteklenmiştir.

Bunun yanı sıra, belirti şiddetinin daha fazla olduğu katılımcılarda görece daha az olanlara kıyasla müdahale etkisini incelemek amacıyla daha önceden psikiyatrik tanı öyküsü olan kişilerle olmayan kişilerin müdahale öncesi ve müdahale sonundaki GKÖ'den elde ettikleri puanlar ayrıca bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, psikiyatrik tanı öyküsü olan 8 katılımcının GKÖ'den elde ettikleri ön test puan ortalamalarının ($\bar{X} = 13$) psikiyatrik tanı öyküsü olmayan 9 kişiye ($\bar{X} = 9$) kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(15) = 4.51, p < .05$). Müdahale sonunda alınan GKÖ son test ölçümlerinde ise puan ortalamaları arasındaki bu farkın ortadan kalktığı ve her iki grubun belirti şiddeti ve işlevsellik alanlarında benzer iyileşme düzeylerine ulaştıkları tespit edilmiştir.

3.2.6. Bütünleşik Protokol'ün Pozitif Duygulanım Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Birincil değişkenler olan kaygı ve depresif belirtilere ek olarak, müdahale programının pozitif duygulanım düzeyi üzerindeki etkinliğini belirlemek amacıyla yürütülen karma ölçümler testi için varyans analizi varsayımlarının müdahale ve kontrol grubu için karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmiştir. Buna göre, gruplar arası varyans kovaryans değerleri Box's test kullanılarak karşılaştırılmış ve kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (*Box's M*=3.897, *F* (3, 184320.00) = 1.21, *p*>.05). Ayrıca, küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) ile kontrol edilen küresellik varsayımı ölçüm sayısı 2 olduğu için doğrudan sağlanmıştır (Büyüköztürk, 2010). Son olarak, grupların varyanslarının homojen olduğu yani birbirlerine yakın olduğu varsayımı Levene's test ile kontrol edilmiş ve pozitif duygulanım değişkeni için varyans homojenliğinin sağlandığı bulunmuştur (*F* (1, 32) = 4.04, *p*>.05). Sonuç olarak, varsayımların karşılandığı söylenebilir.

Varsayımların karşılanmasının ardından pozitif duygulanım puanı açısından müdahale ve kontrol grubunun ön-test ve son-test ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yürütülen karma ölçümler için Anova analiz tekniği bulguları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 12: Pozitif Duygulanım Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Eta Kare
Gruplar arası	23270.89	1				
Gruplar (Müdahale-Kontrol)	66.36	1	66.36	2.70	.110	.08
Hata	786.50	32	24.58			
Gruplar içi	2435.50	34				
Ölçüm (Ön-Son test)	326.48	1	326.48	7.81	.009	.20
Grup*Ölçüm	771.19	1	771.19	18.45	.000	.37
Hata	1337.82	32	41.81			

Tablo 13'te görüldüğü üzere, pozitif duygulanım puanı açısından grup ana etkisinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bu bulgudan farklı olarak, zaman ana etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<.05$). Buna göre, katılımcıların bulunduğu gruptan bağımsız olarak pozitif duygulanım ön-son test puan ortalamaları artış yönünde birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Diğer önemli bir bulgu olarak, grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur, $F(1, 32) = 18.45, p = .000, \eta^2 = .37$). Başka bir deyişle, grupların ön test ve son testten aldıkları pozitif duygulanım puanları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Müdahale ve kontrol grubunun ön-son test pozitif duygulanım ölçümünden elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki bu farkın kaynağını bulmak amacıyla Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmış olup, elde edilen bulgular Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Pozitif Duygulanım Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

		Müdahale		Kontrol	
		Ön-test	Son-test	Ön-test	Son-test
		ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark
Müdahale	Ön-test	-	-11.12*	-3.94	-
	Son-test	11.12*	-	-	9.53*
Kontrol	Ön-test	3.94	-	-	2.35
	Son-test	-	-9.53*	-2.35	-

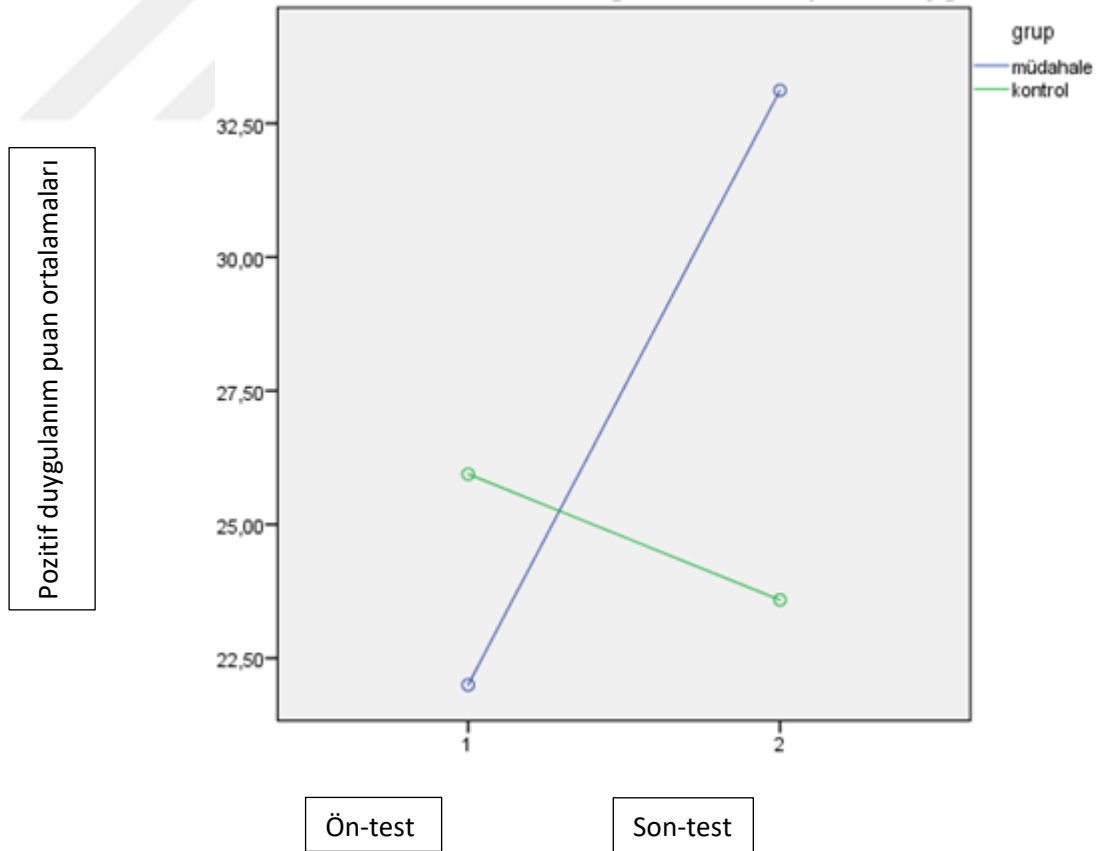
$p<.05$

Tablo 14'te sunulan Post-hoc karşılaştırma (Bonferroni) sonuçlarına göre, müdahale grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{X} = 22$) ve son test puan ortalaması ($\bar{X} = 33.12$) arasında artış yönünde anlamlı bir farklılık söz konusu iken ($-11.12; p<.05$), kontrol grubunda elde edilen ön-test ($\bar{X} = 25.94$) ve son-test ($\bar{X} = 23.59$) puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($2.35; p>.05$). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, müdahale grubundaki katılımcılar ilk ölçümlerine kıyasla müdahale sonunda pozitif duygulanım puanları açısından anlamlı bir artış göstermiştir. Her iki gruptan elde edilen eş zamanlı ölçümler arasındaki farklar incelendiğinde ise, pozitif

duygulanım ön-test puan ortalamaları yönünden müdahale ($\bar{X} = 22$) ve kontrol ($\bar{X} = 25.94$) grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (-3.94 ; $p > .05$). Pozitif duygulanım son-test puan ortalamaları incelendiğinde ise müdahale grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 33.12$) ve kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 23.59$) arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu ve müdahale grubundaki puan ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür (9.53 , $p < .05$). Bu bulgunun BP'nin ikincil ölçüm değişkenlerinden biri olan pozitif duygulanımın artmasında etkili olduğu varsayımını destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Müdahalenin pozitif duygulanım düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan varyans analizine ek olarak bulguların tekrardan ele alınması için Şekil 4'te verilen etkileşim grafiği incelenmiştir. Söz konusu şekil incelendiğinde kontrol grubu puanlarında çok hafif bir düşüş izlenirken, müdahale grubunun pozitif duygulanım puanının oldukça yükseldiği gözlenmiştir.

Şekil 4: Grupların Ön-test ve Son-test Pozitif Duygulanım Puanları



Sonuçların değerlendirmesine katkı sağlaması açısından müdahale programının pozitif duygulanım düzeyi üzerindeki etkisi etki büyüklüğü değeri ile tekrardan incelenmiş, etki büyüklüğü için “Hedge g” değeri hesaplanmıştır. Birincil ölçüm değişkenlerinde gözlemlenen sonuçlara benzer şekilde, müdahale ve kontrol gruplarının son test pozitif duygulanım düzeyleri açısından gruplar arasındaki farkın etki büyüklüğü 1.25 olarak hesaplanmıştır. Buna göre müdahale grubunda yer almış olmanın pozitif duygulanımın artmasında yüksek düzey bir fark yarattığı söylenebilir.

Uygulama etkisinin kalıcı olup olmadığını belirlemek üzere, Bağımlı Örneklem için t-Testinden yararlanılarak müdahale grubunda yer alan katılımcıların son test ve 3 aylık takip ölçümlerinden elde ettikleri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, 3 aylık takip ölçümünde pozitif duygulanım puanı açısından son testlerde açığa çıkan etkinin sürdüğü tespit edilmiştir ($t(16) = 1.33$, $p > .05$).

Çalışmada grup farklılıklarına ek olarak, bireysel değişimin klinik olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla GDE değeri kullanılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test pozitif duygulanım ölçümleri arasındaki farklılıkların anlamlı bir değişimi gösterip göstermediğini incelemek amacıyla GDE puanı hesaplanmıştır. Buna göre, 17 katılımcıdan 11’inde hesaplanan GDE’nin mutlak değerinin .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aştığı, dolayısıyla katılımcıların %64.70’indeki değişimin güvenilir olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların çoğunun müdahaleyi takiben pozitif duygulanımın artışı yönünde değişim gösterdikleri söylenebilir. Anlamlı değişimlerin gözlenmediği katılımcıların hiçbirinde ön-test ölçümlerine kıyasla son test ölçümlerinde bir düşüş gözlenmemiştir.

3.2.7. Bütünleşik Protokol’ün Negatif Duygulanım Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Müdahale programının negatif duygulanım düzeyi üzerindeki etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan karma ölçümler testi için varyans analizi varsayımlarının müdahale ve kontrol grubu için karşılanıp karşılanmadığı değerlendirmek amacıyla şu test değerleri incelenmiştir. İlk olarak, Box's testine göre kovaryans matrisleri arasında

anlamli bir fark olmadığı görülmüştür ($Box's M=1.842, F(3, 184320.00) = .57, p>.05$). Yanı sıra, küresellik varsayımı ölçüm sayısı 2 olduğu için doğrudan sağlanmıştır (Büyüköztürk, 2010). Daha sonra, Levene's test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermiştir ($F(1, 32) = .96, p>.05$). Sonuç olarak, varsayımların karşılanması ile varyans analizi aşamasına geçilmiştir.

Negatif duygulanım puanı açısından müdahale ve kontrol grubunun ön-test ve son-test ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla karma ölçümler için Anova analiz tekniği yürütülmüş olup, bulgular Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Negatif Duygulanım Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Eta Kare
Gruplar arası	26071.24	1				
Gruplar (Müdahale-Kontrol)	631.24	1	631.24	16.25	.000	.34
Hata	1243.26	32	38.85			
Gruplar içi		34				
Ölçüm (Ön-Son test)	1048.37	1	1048.37	35.28	.000	.52
Grup*Ölçüm	582.37	1	582.37	19.60	.000	.38
Hata	950.76	32	29.71			

Tablo 15'te görüldüğü üzere; negatif duygulanım puanı açısından grup ana etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Bu bulgu müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test ölçümleri arasında ayırım yapmaksızın negatif duygulanım puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğuna işaret etmektedir; müdahale grubundaki katılımcıların negatif duygulanım puanları kontrol grubundakilere kıyasla daha düşüktür. Benzer şekilde, zamanın ana etkisinin de anlamlı olduğu görülmektedir ($p<.05$). Zaman ana etkisinin anlamlı olması bulundukları gruptan bağımsız olarak katılımcıların ön test ve son test ölçüm puanları arasında anlamlı fark olduğu anlamına gelmektedir; katılımcıların son test ölçüm puanlarının ön test ölçüm puanlarına kıyasla istatistiksel olarak daha düşük olduğu

tespit edilmiştir. Analizin daha önemli bir bulgusu olarak grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur, $F(1, 32) = 19.60$, $p = .000$, $\eta^2 = .38$). Yani, farklı gruplarda yer alan katılımcıların ön test ve son testten aldıkları negatif duygulanım puanları birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bu noktada, betimsel istatistikler incelendiğinde müdahale grubunda son test puanlarında anlamlı bir düşme olduğu görülmekte, negatif duygulanımın azalmasında BP'nin etkili olduğuna işaret etmektedir.

Negatif duygulanım puanlarına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla müdahale ve kontrol gruplarına Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmış olup, elde edilen bulgular Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 15: Negatif Duygulanım Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

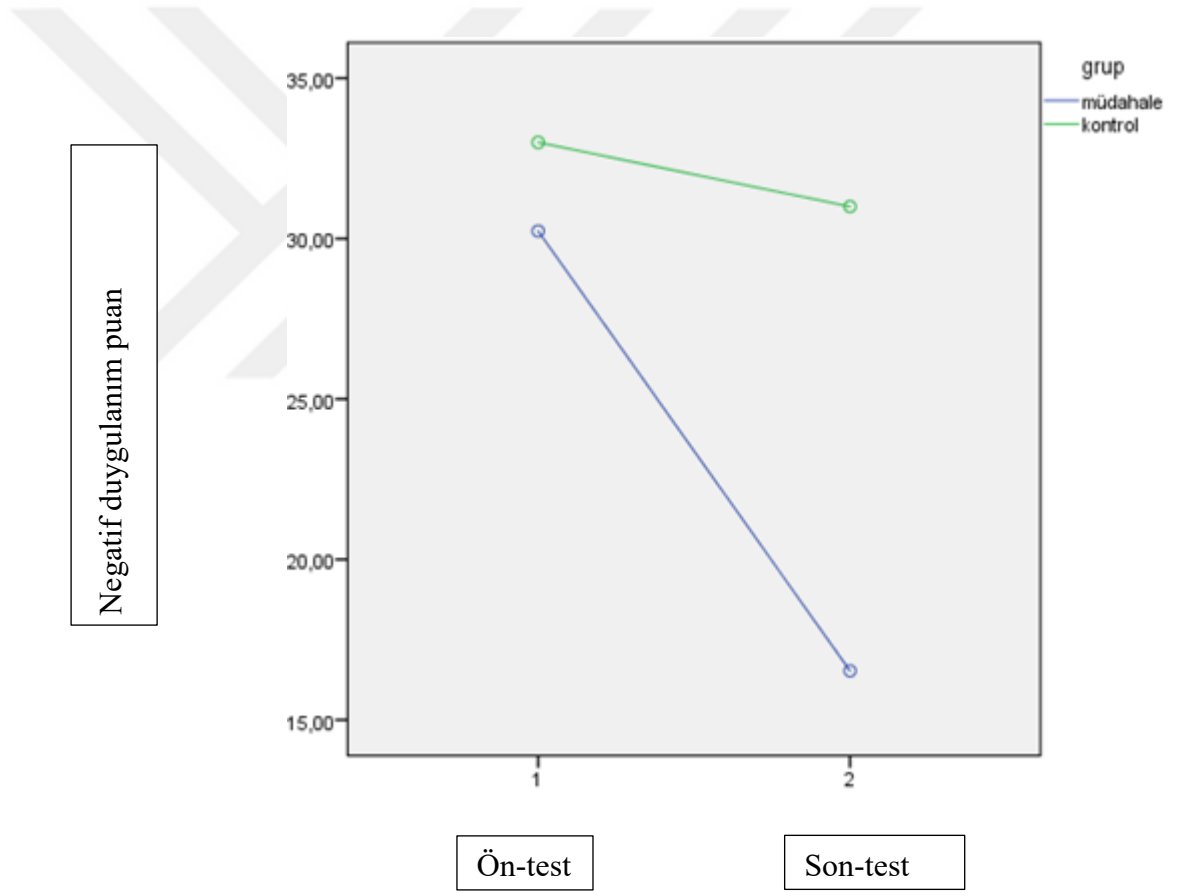
		Müdahale		Kontrol	
		Ön-test	Son-test	Ön-test	Son-test
		ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark
Müdahale	Ön-test	-	13.71*	-2.76	-
	Son-test	-13.71*	-	-	-14.47*
Kontrol	Ön-test	2.76	-	-	2
	Son-test	-	14.47*	-2	-

Buna göre, müdahale grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{X} = 30.23$) ve son test puan ortalaması ($\bar{X} = 16.53$) arasında düşüş yönünde anlamlı bir farklılık olduğu (13.71^* ; $p < .05$), kontrol grubunda ön test ($\bar{X} = 33$) ve son test ($\bar{X} = 31$) puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı gözlenmiştir (2 ; $p > .05$). Başka bir ifadeyle, müdahale grubunda yer alan katılımcıların BP'nin tamamlanmasını takiben negatif duygulanım düzeylerinin azaldığı, kontrol grubundaki katılımcıların ise negatif duygulanım düzeylerinde anlamlı bir azalma olmadığı söylenebilir. Buna ek olarak, müdahale ve kontrol gruplarından elde edilen eş zamanlı ölçümler arasında negatif duygulanım düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Negatif duygulanım ön-test puan ortalamaları açısından müdahale ($\bar{X} = 30.23$) ve kontrol grubu ($\bar{X} = 33$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (-2.76 ; $p > .05$). Negatif duygulanım son-test puan ortalamaları incelendiğinde ise müdahale grubunun

puan ortalaması ($\bar{X} = 16.53$) ve kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{X} = 31$) arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu gözlenmiş, müdahale grubundaki katılımcıların puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (-14.47^* ; $p < .05$).

Ön test ve son testte elde edilen negatif duygulanım puanları için yapılan analizle elde edilen değişimin grafiği Şekil 5'te verilmiştir. Söz konusu şekil incelendiğinde kontrol grubu puanlarında bir değişim izlenmezken müdahale grubunun negatif duygulanım puanının oldukça düştüğü gözlenmiştir.

Şekil 5: Grupların Ön-test ve Son-test Pozitif Duygulanım Puanları



Gruplar arası farklılığın değerlendirilmesinde p değerinin yanı sıra etki büyüklüğü de hesaplanmış ve bu kapsamda Hedge g değeri kullanılmıştır. Buna göre, son ölçümlerde müdahale ve kontrol grubunun negatif duygulanım ölçümü üzerinden karşılaştırılması amacıyla elde edilen etki boyutu değerinin büyük etki oluşturduğu ve grupların negatif duygulanım puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu bulunmuştur (*Hedge g*=2.30). Tüm bu veriler doğrultusunda, müdahale grubunda olmanın negatif duygulanımın azalmasında yüksek düzeyde bir fark yarattığı sonucuna varılabilir.

Uygulamanın sonlanmasının ardından yapılan izleme çalışmasında negatif duygulanım düzeyinde meydana gelen azalmanın devam edip etmediğini incelemek amacıyla Bağımlı Örneklem için t-Testinden yararlanılmıştır. Uygulamanın sonlanmasından 3 ay sonra müdahale grubunda yer alan katılımcılardan elde edilen ölçüm müdahalenin hemen sonlandırılması ile alınan son test ölçümleriyle karşılaştırılmıştır. Buna göre, 3 aylık takip ölçümünde negatif duygulanım puanı açısından son testlerde açığa çıkan etkinin sürdüğü görülmüştür ($t(16) = -2.04, p > .05$).

Müdahale ve kontrol gruplarında meydana gelen farklılıkların incelenmesine ek olarak, müdahale grubundaki katılımcıların müdahale sürecinde gösterdikleri bireysel değişimin klinik olarak anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hesaplanan GDE puanına göre, 17 katılımcıdan 12'sinde bu değer .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aştığı, dolayısıyla katılımcıların %70.59'undaki değişimin güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bireysel değişimde elde edilen bu yüksek oran, müdahalenin negatif duygulanımın azalmasında etkili olduğunu desteklemiştir.

3.2.8. Bütünleşik Protokol'ün Psikolojik İyi Oluş Düzeyi Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

Müdahale programının psikolojik iyi oluş düzeyi üzerindeki etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan karma ölçümler testi için varyans analizi varsayımlarının müdahale ve kontrol grubu için karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmiştir. Buna göre, gruplar arası varyans kovaryans değerleri Box's test kullanılarak karşılaştırılmış ve kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($Box's M=16.233, F(3, 184320.00) = 5.04, p < .05$). Ayrıca, küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) ile kontrol edilen küresellik varsayımı ölçüm sayısı 2 olduğu için doğrudan sağlanmıştır (Büyüköztürk, 2010). Son olarak, grupların varyanslarının homojen olduğu yani birbirlerine yakın olduğu varsayımı Levene's test ile kontrol edilmiş ve

iyi oluş değişkeni için varyans homojenliğinin sağlandığı bulunmuştur ($F(1,32) = .36, p > .05$).

Varsayımların değerlendirilmesinin ardından psikolojik iyi oluş puanı açısından müdahale ve kontrol grubunun ön-test ve son-test ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yürütülen karma ölçümler için Anova analiz tekniği bulguları Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 16: Psikolojik İyi Oluş Puanlarına İlişkin Ön Test-Son Test Grup Farkı Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P	Eta Kare
Gruplar arası	38257.07	1				
Gruplar (Müdahale-Kontrol)	478.12	1	478.12	4.64	.039	.13
Hata	3294.56	32	102.95			
Gruplar içi	2771.50	34				
Ölçüm (Ön-Son test)	882.72	1	882.72	19.36	.000	.38
Grup*Ölçüm	430.01	1	430.01	9.43	.004	.23
Hata	1458.76	32	45.59			

Tablo 17’de sunulan varyans analizi sonuçlarına göre; psikolojik iyi oluş puanı açısından grup ana etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .05$). Diğer bir ifadeyle, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların eş zamanlı alınan ölçümleri arasında ayrım olmaksızın müdahale grubundaki katılımcıların daha yüksek psikolojik iyi oluş puan ortalamalarına sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca, zamanın ana etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Bu bulgu, bulundukları gruptan bağımsız bir şekilde katılımcıların ön test ve son test ölçüm puanları arasında anlamlı bir farklılaşma olduğuna işaret etmektedir. Buna göre, katılımcıların son test puanlarında ön teste kıyasla anlamlı bir artış gözlenmiştir. Daha da önemli olarak, grup ve zaman arasındaki etkileşimin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir, $F(1, 32) = 9.43, p = .004, \eta^2 = .23$). Yani, grupların ön test ve son testten aldıkları psikolojik iyi oluş puanları birbirinden istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Betimsel istatistikler incelendiğinde de müdahale grubunda son test puanlarında anlamlı bir yükselme olduğu görülmekte olup, psikolojik iyi oluşun artmasında BP'nin etkili olduğu çıkarımı yapılabilir.

Psikolojik iyi oluş puanlarına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla müdahale ve kontrol gruplarına Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmış olup, elde edilen bulgular Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 17: Psikolojik İyi Oluş Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

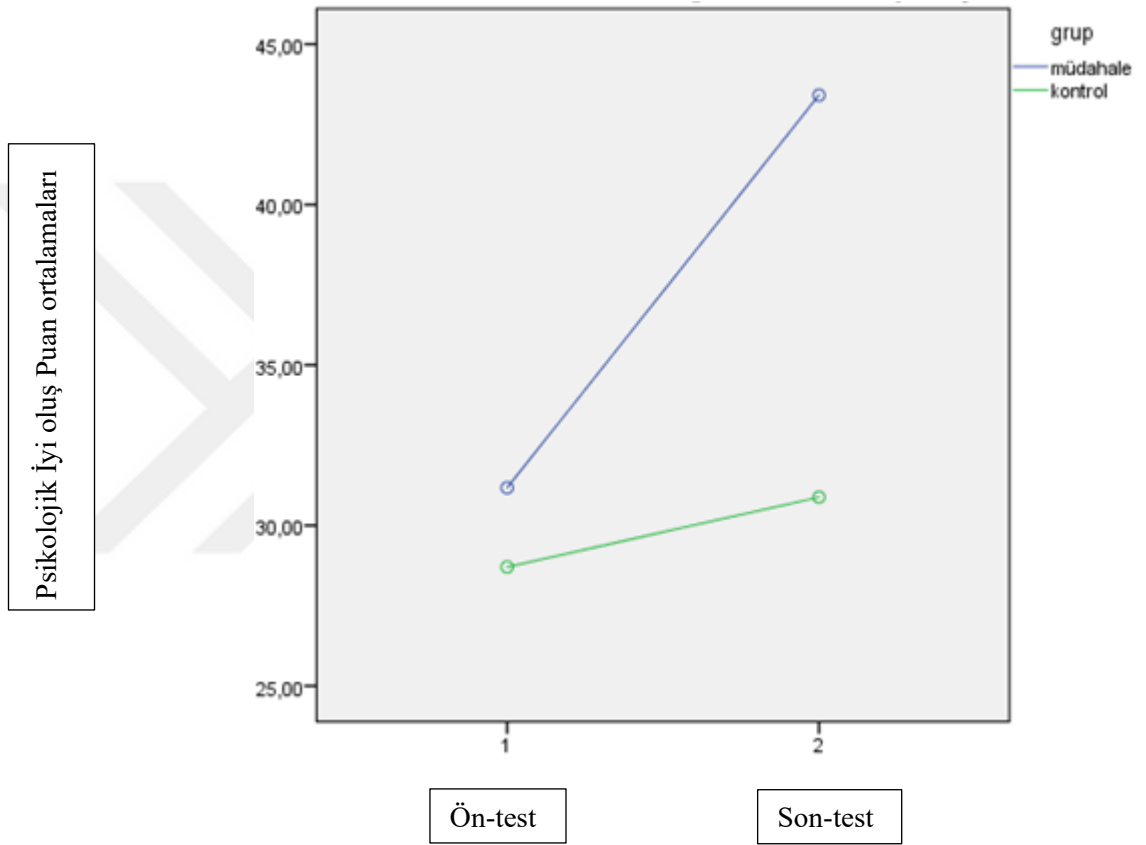
		Müdahale		Kontrol	
		Ön-test	Son-test	Ön-test	Son-test
		ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark	ortalama fark
Müdahale	Ön-test	-	-12.23*	2.47	-
	Son-test	12.23*	-	-	12.53*
Kontrol	Ön-test	-2.47	-	-	-2.18
	Son-test	-	-12.53*	2.18	-

$p < .05$

Müdahale grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{X} = 31.18$) ve son test puan ortalaması ($\bar{X} = 43.41$) arasında artış yönünde anlamlı bir farklılık söz konusu iken (-12.23 ; $p < .05$) kontrol grubunda ön test ($\bar{X} = 28.70$) ve son test ($\bar{X} = 30.15$) puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir (-2.18 ; $p > .05$). Buna göre, müdahale grubunda bulunan katılımcıların BP'yi tamamlamalarının ardından psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttığı, bekleme grubunda yer alan katılımcılarda ise bu artışın görülmediği bulunmuştur. Ayrıca, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılardan alınan ön test ve son test ölçümleri arasında psikolojik iyi oluş düzeyleri açısından anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı değerlendirilmiştir. Ön test puan ortalamalarına bakıldığında, müdahale ($\bar{X}=31.18$) ve kontrol ($\bar{X}=28.70$) grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken (2.47 , $p > .05$); son test puan ortalamaları açısından müdahale ($\bar{X}=43.41$) ve kontrol ($\bar{X}=30.88$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup; müdahale grubundaki katılımcıların daha fazla psikolojik iyi oluş düzeyine sahip oldukları söylenebilir (12.53 ; $p < .05$).

Ön test ve son testte elde edilen psikolojik iyi oluş puanları için yapılan analizle elde edilen değişimin grafiği Şekil 6’da verilmiştir. Söz konusu şekil incelendiğinde kontrol grubu puanlarında bir değişim izlenmezken müdahale grubunun psikolojik iyi oluş puanının oldukça yükseldiği gözlenmiştir.

Şekil 6: Grupların Ön-test ve Son-test Psikolojik İyi Oluş Puanları



Anlamlılık değerine ek olarak, müdahale programının psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisinin değerlendirmesine yönelik hesaplanan etki büyüklüğü için “Hedge g” değeri kullanılmıştır. Buna göre, son ölçümlerde müdahale ve kontrol grubunun psikolojik iyi oluş ölçümü üzerinden karşılaştırılması amacıyla elde edilen etki boyutu değerinin büyük etki oluşturduğu ve grupların psikolojik iyi oluş ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (*Hedge g*=1.20). Tüm bu veriler doğrultusunda, uygulanan müdahale programının psikolojik iyi oluşun artmasına geniş düzeyde etki ettiği sonucuna varılabilir.

Uygulama etkisinin kalıcı olup olmadığını belirlemek üzere, Bağımlı Örneklem için t-Testinden yararlanılarak müdahale grubunda yer alan katılımcıların son test ve 3 aylık takip testlerinden elde ettikleri puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, 3 aylık takip ölçümünde psikolojik iyi oluş puanı açısından son testlerde açığa çıkan etkinin sürdüğü görülmüştür ($t(16) = 1.51, p > .05$).

Son olarak, müdahale grubundaki katılımcıların ön-test ve son-test psikolojik iyi oluş belirtileri ölçümleri arasındaki farklılıkların anlamlı bir değişim gösterip göstermediğini incelemek amacıyla GDE puanı hesaplanmıştır. Buna göre, 17 katılımcıdan 7'sinde hesaplanan GDE'nin mutlak değerinin .05 anlamlılık düzeyinde kritik z puanı olan 1.96 değerini aştığı, dolayısıyla katılımcıların %41.18'indeki değişimin güvenilir olduğu bulunmuştur. Diğer deyişle, katılımcıların %58.82'lik kısmında bireysel değişimin anlamlı olmadığı söylenebilir. Bu katılımcılarda klinik olarak anlamlı değişimin olmaması ilk ölçümlerinde psikolojik iyi oluş düzeylerinin çok düşük olmamasından kaynaklı olabilir. Diğer yandan, müdahale etkisinin daha uzun vadede psikolojik iyi oluş düzeyine etkisini değerlendirmek için yapılan takip ölçümünde psikolojik iyi oluş puan ortalamasının son test ölçümüne göre artış gösterdiği, dolayısıyla müdahalenin psikolojik iyi oluş düzeyine daha uzun vadede katkı sağlayabileceği söylenebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada yaygınlığı her geçen gün artış gösteren depresif ve kaygı belirtilerinin tedavisinde etkili olduğu uluslararası alan yazında tutarlı bir şekilde ampirik olarak desteklenmiş Duygusal Bozuklukların Tanılar Üstü Tedavisi için Bütünleşik Protokol'ün (BP; Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Barlow ve diğerleri, 2011) Türkçeye uyarlanması ve depresif ve kaygı belirtileri üzerinde etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, çalışmada daha evvel de tanımlanan bir dizi değişkende ön-son test bekleme listeli kontrol grubu ve izlemli (3 ay) bir araştırma deseni tasarlanmış ve bu doğrultuda uygulamalar yapılmıştır. Mevcut çalışmanın ana amacı, müdahale grubunda yer alan katılımcıların depresif ve kaygı belirtilerinde müdahaleden hemen sonra iyileşme görüleceği ve bu iyileşmenin müdahaleden 3 ay sonra da devam edeceği hipotezlerinin değerlendirilmesidir. Beklenen etkilerin kontrol grubunda gerçekleşmeyeceğine yönelik hipotez de test edilmiştir. Birincil değişkenler olarak ele alınan depresif ve kaygı belirtilerine ek olarak, BP'nin pozitif ve negatif duygulanım ile psikolojik iyi oluş değişkenlerine yönelik etkisinin incelenmesi de amaçlanmıştır. Ayrıca uygulanan müdahalenin etkisini değerlendirmede kullanılan Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ; Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) ile Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği'nin (GDÖ; Overall Depression Severity and Impairment Scale) Türkçeye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve ilgili analizlere dahil edilmiştir.

Takip eden bölümde ilk olarak, çalışmanın genel özelliklerine dair bilgiler verilecek, ardından hipotezler doğrultusunda yürütülen bu çalışmanın yöntemi etkinlik araştırması kriterleri açısından ele alınacak ve uygulama sürecine ilişkin değerlendirmeler katılımcı söylemleri ile sunulacaktır. Ardından müdahale programının etkinliğine dair yapılan nicel analizlerin bulguları mevcut literatür ışığında değerlendirilerek, çalışmanın sınırlılıkları ile gelecek çalışmalara öneriler aktarılacaktır.

4.1. ÇALIŞMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

İlk olarak bu çalışmada tez danışmanı süpervizörlüğünde, araştırmacı tarafından yürütülen müdahale programının BP terapist rehber ve çalışma kitaplarında detaylı bir şekilde aktarılan yönerge, materyal ve seans notlarına dayandığı vurgulanmalıdır. Tüm modüllerin içeriği Türkçeye çevrilmiş ve müdahale programının etkinliğini değerlendirmede önemli bir kriter olan müdahalelerin standardize edilmesi için maksimum özen gösterilmiştir. Katılımcılar e-posta ya da telefon ile müdahaleye başvuru sıralarına göre seçkisiz bir şekilde müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. Çalışmada dahil edilme ve dışlama kriterleri açıkça belirtilmiş; intihar düşüncesi, aktif psikotik belirtiler ve madde kullanım bozukluğu gibi acil ve psikiyatrik müdahale gerektiren psikolojik rahatsızlıklara sahip katılımcılar seçkisiz atamaya dahil edilmemiş, ilgili sağlık birimlerine yönlendirilmeleri sağlanmıştır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde ilgili alanyazında geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçüm araçlarından faydalanılmış, elde edilen veriler araştırma sorularıyla ilişkili analizlere tabi tutulmuştur. Bu tezin ek kısmında ayrıntılı şekilde verilen ilgili kısımda (Ek 1) görüldüğü gibi, aynı zamanda müdahalede haftalık olarak kullanılan GKÖ ile GDÖ'nün Türkçeye uyarlaması yapılmış, geçerli ve güvenilir olduğu bulguları ile çalışmaya dahil edilmiştir. Diğer yandan kontrol grubu alternatif bir tedavi almamış, 12 haftalık bekleme sürecinden sonra talepleri devam etmesi üzerine müdahale grubuna uygulandığı gibi BP müdahalesi almışlardır. Seçkisiz atamanın yapılması, bekleme listesi kontrol grubunun kullanılması ve uygulanan müdahalenin standart bir şekilde yapılandırılması, geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının kullanılması ve etkinlik çalışmalarında sıklıkla kullanılan analiz yöntemlerinin uygulanması gibi kriterlerin sağlanmasına karşılık, çalışmada uygulama esnasında kontrol grubuna alternatif bir tedavi uygulanmadığı veya plasebo kontrol grubu yer almadığı için beklenti etkisinin kontrol edilemediği veya çalışmanın tedavi etkisini değerlendirmede tüm gerekleri tam olarak karşılayamadığı da söylenebilir.

Diğer yandan bu çalışmayı öne çıkaran yönlerden biri, son yıllarda klinik psikoloji alanyazınında öne çıkan tanılar ötesi yaklaşım (ör., Norton, 2012; Meidlinger ve Hope, 2017) paralelinde geliştirilen psikolojik müdahale programlarından en güncel ve bilimsel olarak çokça desteklenenlerinden biri olan BP'nin (ör. Barlow ve diğerleri, 2011; Sakiris ve Berle 2019) dilimize uyarlanması, etkisinin incelenmesi ve

ruh sağlığı uzmanlarının kullanıma sunulmasıdır. Tanılar üstü müdahalelerin çıkış noktası olan psikolojik müdahalelere erişim olanağını arttırmak, terapistin eğitim yükünü azaltmak, farklı yoğunluktaki belirti düzeylerinin ve çokça vurgulanan eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde öncelikli müdahale alanını belirlemek zorunda kalmadan aynı anda birden çok yapıyı ele almak gibi önemli klinik avantajlarının bulunduğu BP'nin Türkiye'de de önemli bir açığa hizmet edeceği düşünülmektedir. Özellikle çalışmanın yürütüldüğü örneklem özellikleri göz önünde tutulduğunda, klinik olmayan örneklem de dahi yoğun kaygı ve depresif belirtilerin bir arada olabileğini ve müdahale sonunda her iki belirti düzeyinde de anlamlı iyileşmeler elde edilebildiğini görmek sadece klinik ortamlarda değil birinci basamak sağlık hizmetleri veya üniversite sağlık merkezleri gibi özellikle önleyici müdahalelerin uygulanmasının önem taşıdığı birimlerde de bu müdahale programının etkili bir şekilde uygulanabileceği varsayımını desteklemektedir. Ayrıca bugüne kadar bu protokolün kaygı bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere çeşitli psikolojik rahatsızlıkların tedavisindeki etkinliğine yönelik çalışmaların birçoğunun Batı ülkelerinde yürütüldüğü düşünüldüğünde bu çalışmanın BP'nin farklı kültürlere genellenebilirliğine dair hem klinik hem de akademik anlamda bu alanyazına katkı sağladığı söylenebilir. Nitekim, Türkçe BP'nin etkinliğine yönelik bulgular protokolün farklı kültürlere adaptasyonu ve etkinliğinin incelenmesi sonucu elde edilen bulgularla (ör. Ito ve diğerleri, 2016; Osmalı ve diğerleri, 2018) Türkçe BP'nin etkinliğine yönelik bulgularla tutarlılık göstermiştir. Bu çalışma ile tedaviye erişimi arttırmada önemli olabilecek BP'nin kullanımı, etkinliği ve kabul edilebilirliğine dair ilk adımın atıldığı söylenebilir. Yanı sıra, etkinlik çalışmalarının uygulamadaki zorluğu göz önüne alındığında, bu çalışmanın depresif ve kaygı belirtilerini azaltmada uygulanabilecek BP uyarlamasının kullanımına dair gelecek çalışmalara öncüllük edebileceği düşünülmektedir.

Çalışma gruplarına seçkisiz bir şekilde atanan 34 katılımcının 17'si müdahaleye hemen alınmış ve bekleme listesi kontrol grubunda yer alan katılımcılara 12 haftalık bekleme sürelerinin ardından aynı müdahale uygulanmıştır. Katılımcılardan tedavi tamamlanmadan süreci sonlandıran olmaması olumlu bir bulgu olarak dikkat çekicidir. Yarıda bırakma olgusunun bu çalışmada olmamasının pek çok sebebi olabilir; bunlar arasında katılımcıların tedaviye gönüllü olarak katılmalarının,

başvuru sırasında halihazırda tedavi arayışında olmalarının, çalışmada istedikleri anda tedaviyi sonlandırabileceklerine dair bilgilendirme ve gizlilik gibi danışan haklarının gözetilmesinin, seansların danışanların kişisel ve akademik programları göz önüne alınarak planlanmasının ve belirlenen gün, saat ve mekâna sadık kalınmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca BP'nin ilk geliştirildiği zamandan itibaren “motivasyonel görüşme” (Boswell, Bentley ve Barlow, 2015) unsuruna, yani danışanın davranış değişimine yönelik motivasyonunu ve bu değişimi başarılı bir şekilde yapabileceğine dair inancının arttırılmasına özellikle önem vermesinin de müdahaleyi sürdürme oranını attırdığı söylenebilir. Çalışmadaki bu gözlemlere paralel olarak, BP'de yarıda bırakma oranını büyük ölçüde az olduğuna yönelik bulgular ilgili alanyazında mevcut olup, standart protokollere karşılık bu açıdan önemli bir avantaj barındırdığı ifade edilmiştir (Ellard ve diğerleri, 2010). Katılımcıların tedaviye katılımları her hafta tamamladıkları ev ödevleri ile teyit edilmiş ve özellikle maruz bırakmalara yönelik yaşanan zorlanmalarda motivasyonel görüşme unsurlarından faydalanılmıştır. Katılımcıların özellikle zorlandıkları tedavi modülü olan duygusal durumlara maruz kalmanın aynı zamanda en faydalı modül olarak görüldüğü danışanlardan alınan bilgilerle teyit edilmiştir. Diğer yandan özellikle fiziksel duyumlara maruz kalma seanslarında bazı katılımcıların bu egzersizlere ihtiyaç duymadığı gözlenmiştir. BP'nin İspanya'da grup formatında uygulanmasının değerlendirildiği bir çalışmada da benzer geri bildirimler söz konusudur (Osma, Castellano, Crespo ve Garcia-Palacios, 2015). Örneğin depresif belirtileri olan bazı danışanlar içsel maruz bırakmaları bilişsel yeniden yapılandırma unsuru kadar faydalı görmediklerini, yanı sıra kaygı belirtilerine sahip bazı katılımcılar da içsel maruz bırakma egzersizlerindeki fiziksel duyumların gerçek hayatta deneyimlediklerine benzer olmadığını bildirmiştir. Çalışmada fiziksel duyumlara farkındalığı arttırmak amacıyla bu egzersizlerin korunması gerekliliği önerilmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada, gelecekte ihtiyaç duyduklarında bu egzersizlerden faydalanabilecekleri rasyoneli ile tüm katılımcılardan en az bir fiziksel duyuma maruz kalma egzersizini tamamlamaları istenmiştir.

Müdahalenin sonlandırma aşamasında, katılımcılardan bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duygusal davranışları değiştirme, fiziksel duyumları anlama ve bu duyumlarla yüzleşme ve duyguya maruz bırakma becerileri ile ilgili

kazanımları ve geliştirmeye ihtiyaç duydukları becerilerin genel anlamda değerlendirmesini yapmaları istenmiştir. Tüm katılımcılar müdahale programına katılım gösterdikleri için memnun olduklarını dile getirmiş, ancak bazı katılımcılar seansların sonlanmasına dair belirlenen kriterlere ulaşılmasına rağmen, sürecin devam etmesinin kendileri için daha iyi olacağını dile getirmiştir. Sonlandırmaya dair duyguların ele alındığı seansta gelen geri bildirimlere ek olarak, bazı danışanlar sürece dair e-posta yoluyla kendi duygu ve düşüncelerini aktarmışlardır. Burada bazı katılımcı söylemleri tedavinin kabul edilebilirliğine dair bilgi vermesi amacıyla sunulmuştur.

S.E. “İlk görüşmeye geldiğimde gerçekten çok dağılmış ve kendimi bulmaya çalışıyordum. Çok fazla depresif ve kaybolmuş hissediyordum. Az önce formu doldururken duygularımın ne kadar değiştiğine, kendimi ne kadar güçlendirdiğime de tanık oldum. Bu anlamda ve başta geldiğim sorun sebebiyle de hayatıma kalıcı anlamda dokunduğunuzu bilmenizi isterim.”

S.D. “İlk geldiğimde ölmeyi düşünüyordum, bugün ise yaşam dolu bir kadını ve sizin bundaki payınız çok büyük, bugün ben olabilmem için siz vardınız yanımda. İyi ki yollarımız kesişmiş ve iyi ki sizi tanımışım.”

T.S. “Çok rahatlamış hissediyorum. Sanki yıllar süren büyük bir savaş bitmiş gibi hissediyorum, gerisinde kalan her şeyi yakıp yıkmış ağır bir savaş. O psikolojiyi derinden yaşadım çünkü, yıllarca.... Ama artık bitti.... Artık güzel şeyler olmaya başladı. Ben de önüme bakıyorum artık, gelecekte umutluyum. Yeni şeyler görmek, gülümsemek, kahkaha atmak, çiçek koklamak, kedi sevmek, sevmek, sevilmek istiyorum. Artık yaşamak istiyorum. Bunu henüz becerebiliyor değilim ama zamanla onu da öğrenebilirim diye düşünüyorum.”

O.B. “...Sizin bana gönderdiğiniz anda kalma terapisini de uyguladım çok iyi geldi. Destekleriniz için çok teşekkür ediyorum.”

V.B. “Öncelikle tekrar sayenizde öğrendiğim teknikler, düşünceler için teşekkür ederim. Covid-19 salgını ilk başladığında gerçekten eski panik halime dönmek gibi bir korkum vardı başlarda ancak süreç içerisinde her zaman sizinle konuştuklarımızı düşünerek sakin kalmaya ve hep daha bilimsel bakarak veya gerçekten araştırarak kendimi sakinleştirmeye çalıştım. Herhangi bir atağım

tekrarlamadı çok kısa bazen geceleri korkarak uyandığım oldu onlarda da geçeceğini kendime söyleyerek olduğum yerde bekledim ve tahmini on saniye sürmemiştir geçmeleri...Bu arada tekrar kendi odamda uyuyabiliyorum ve dışçıye gidiyorum daha doğrusu gidiyordum tabi pandemi süreci girdiği için birkaç aydır gidemiyorum. Temel olarak ne kadar doğru yanlış bilmiyorum ama şöyle ki kendim için dersem korkuyu tıpkı sevgi, üzüntü, neşe gibi duygu olarak ve hayatımda hep var olacak şekilde kabullendim sizinle konuştuğumuz gibi o hep içimde var ama sadece korku yok yanında ve onun dışında duygular olarak ve yaşantım olarak pek çok şey ile var ki zaten beni insan yapanlar bu hissettiklerimiz gibi bakıyorum olaylara ve duygulara. Tekrar teşekkür ederim.”

Danışanlardan edinilen geri bildirimler değerlendirildiğinde tedavide neyin etkili olduğuna dair birtakım olası çıkarımlar yapmak mümkün olabilir. Aktif tedavi uygulanan kontrol grubunun olmaması nedeniyle ortak terapötik faktörlerin etkisi bu çalışmada değerlendirilmemiş olmakla beraber, dinlenildiğini ve anlaşıldığını hissetme gibi terapötik ittifakın göstergeleri olarak kabul edilebilecek faktörlerin başlı başına iyileştirici rolünün bu müdahale sırasında da görüldüğü söylenebilir. Diğer yandan “sayenizde” ya da “iyi ki sizi tanımışım” ifadeleri gibi terapistte atfedilen bazı kazanımların müdahalenin barındırdığı teknikler sayesinde sağlanabileceğinin hatırlatılması gerekliliği önem taşımaktadır. Standardize edilmiş bir protokol olarak başka bir terapistin de teknikleri aynı şekilde danışanlarının edinmesine yardımcı olması ve empatik bir yaklaşımla danışanına eşlik etmesi ile hem terapide ortak faktörlerin hem de protokolün kendine özgü tekniklerinin iyileştirici etkisi olabileceği gibi tek terapist tarafından yürütülen süreç nedeniyle doğrudan bu sonuca varmak bu çalışma dahilinde mümkün değildir. Üçüncü katılımcının söylemine bakıldığında halen birtakım sorunların devam ettiği ancak danışanın iyiye gitme yönünde umutlu olduğu ve hayatında olumlu değişimleri gözlemlediği görülmektedir. BP’nin duygular üzerindeki temel hedefi olan sıkıntı veren duyguları tamamen ortadan kaldırmadan ziyade bu duyguları tolere edebilir hale getirme açısından düşünüldüğünde müdahalenin bu duyguların varlığında dahi kişilerin genel iyi oluş halinin devam edebileceğine olan katkısına bir örnektir. Son iki katılımcı söyleminde ise müdahalede edinilen becerilerin danışanlar tarafından fayda gördükleri şeklinde yorumlanması tedavinin ortak faktörlerden bağımsız olarak kendine özgü içeriği ile kabul

edilebilirliğine destek sağlamaktadır. Ayrıca son katılımcının belirttiği üzere müdahalenin Covid-19 gibi tüm kesimi ciddi şekilde etkileyen bir olguya karşılık da etkisini sürdürdüğü söylenebilir. Bu söyleme ek olarak, takip değerlendirmeleri Covid-19 başlangıcına denk gelen katılımcılarda da müdahale etkisinin koruyucu bir işlev gördüğü gözlenmiştir.

4.2. ÇALIŞMANIN ANA DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın nicel verileri genel olarak değerlendirildiğinde, öncelikle depresif ve kaygı belirtilerini azaltmada etkili bir tedavi olarak Türkçe BP versiyonun kullanımını destekleyen ilk bulgular elde edildiği söylenebilir. Yapılan 2 (müdahale ve kontrol grubu) x 2(ön-son test) karma desenler için ANOVA sonucunda, BP tedavisi alan katılımcılarda ön-test ölçümlerine kıyasla müdahale sonrası son test depresif ve kaygı belirtileri ölçümünde anlamlı iyileşmeler olduğu gözlenmiştir. Ayrıca kontrol grubu ön-son testlerinde anlamlı bir fark yokken, müdahale ile kontrol grubunun son test puanları kıyaslandığında müdahale grubundaki depresyon ve kaygı belirti puanları anlamlı şekilde daha düşüktür. Etkinlik çalışması olarak tasarlanan bu çalışmada bulguların geçerliğini arttırmak amacıyla elde edilen veriler anlamlılık değerine ek olarak etki büyüklüğü ve Güvenilir Değişim Endeksi (GDE) değerlerinin hesaplanmasına tabi tutulmuştur. BP'nin tedavi etkisini değerlendirmek amacıyla etki boyutu büyüklükleri hesaplanarak, bulguların mevcut literatür bulgularıyla örtüşüp örtüşmediği incelenmiştir. Son-test ölçümlerinde grupları karşılaştırmak amacıyla hesaplanan etki büyüklüğü için BP'nin etkinlik çalışmalarında da sıklıkla görülen Hedges g değerinden faydalanılmış olup, 0.2, 0.5 ve 0.8 değerlerinin sırasıyla küçük, orta ve büyük etkiye işaret ettiği şeklinde yorumlanmıştır (Cohen, 1988). Anlamlılık değerlerinin incelendiği bulgularla tutarlı olarak, müdahale ve kontrol gruplarının son-test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla, BP'nin birincil ölçümler olan depresif ve kaygı belirtilerinin azalması üzerinde güçlü bir etki gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmada depresif ve kaygı belirtileri açısından elde edilen etki boyutları BP'nin daha önceki etkinlik çalışmalarıyla tutarlık gösterdiği söylenebilir (ör., Ellard ve diğerleri, 2010; Farchione ve diğerleri, 2012; Osma ve diğerleri, 2015 ve Ito ve diğerleri, 2016).

Türkçe BP'nin kaygı ve depresif belirtileri üzerindeki etkisi geleneksel ölçüm araçları olan BDE ve BKE dışında belirti şiddetinin yanı sıra iş/okul yaşantısı, aile ve arkadaş ilişkileri gibi işlevsellik alanlarını da kapsayacak şekilde değerlendirilmesine kolaylık sağlayan GDÖ ve GKÖ'nden elde edilen verilerle de incelenmiştir. Bu kapsamda müdahale başlangıcında alınan ilk ölçümler katılımcıların müdahaleyi tamamlamalarını takiben alınan son ölçümlerle karşılaştırılmıştır. Buna göre, BP'nin katılımcıların belirti şiddeti ve düzeylerinde görülen iyileşmelerin yanı sıra işlevsellik alanlarında da anlamlı derecede iyileşmeye katkıda bulunduğu görülmüştür. Ayrıca müdahale grubunda daha önceden psikiyatrik tanı almış kişilerin ön test GKÖ'den elde ettikleri ön-test puan ortalamalarının psikiyatrik tanı öyküsü olmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ve GDÖ'den elde ettikleri ön-test puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tanı öyküsünün artan şiddet ile ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalarla (ör., Sanderson ve Andrews, 2002) tutarlı bir şekilde bu analiz ile aslında tedavinin psikiyatrik tanı öyküsü olan ve bununla ilişkili olarak daha yüksek belirti gösteren kişilerin ne kadar fayda gördüklerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Müdahale sonrası ölçümlerde tanı almamış kişilerle aynı derecede tedaviden fayda sağladıkları desteklenmiş, tedavi sonrasında her iki gruptaki katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri ölçüm puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna benzer olarak, eşlik eden psikolojik rahatsızlıklara sahip katılımcılarla Danimarka'da BP'nin grup formatında yürütüldüğü bir çalışmada komorbiditesi olan kişilerin daha fazla belirti gösterdikleri, ancak tedaviden komorbiditesi olmayanlarla aynı derecede faydalandıkları rapor edilmiştir (Reinholt ve diğerleri, 2016). Tüm bu veriler doğrultusunda, farklı şiddet düzeylerinde ya da birlikte görülen depresif ve kaygı belirtileri yaşayan bireyler için tasarlanan BP'nin depresif ve kaygı belirtilerinin iyileşmesine geniş düzeyde etki ettiği sonucuna varılabilir.

Her ne kadar bu çalışmada spesifik olarak bu konuya odaklanılmasa da BP'nin aynı anda iki belirti türünün üzerinde de etkili olması, bu müdahalenin tek bir psikolojik rahatsızlığın belirtilerinden ziyade kaygı, kaçınma ve duygu düzenleme güçlüğü gibi diğer ortak bazı faktörlere odaklanmasını akla getirmektedir. Eşlik eden depresif belirtiler nedeniyle bireyler genellikle tedavi için düşük enerji ve motivasyona sahip olma eğilimi gösterebilir. BP tanıtımında (Bralow ve diğerleri, 2011) birinci

modülünde yer alan motivasyonel görüşme ile danışanların davranış değişikliği için hazır olmaları ve motivasyonları artırılıp, öz yeterlilikleri pekiştirilerek depresif belirtilerin yol açabileceği engeller ortadan kaldırıldığı vurgulanmıştır. Ek olarak, BP'nin temel dördüncü modülünde yer alan bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin depresif ve kaygı belirtilerini azaltmada etkili olduğu, olumsuz duygusal yaşantılarla baş etmede yardımcı olduğu birçok çalışmada (ör., Sakiris ve Berle, 2009; Ellard ve diğerleri, 2010) desteklenmiştir. Diğer yandan, maruz bırakma ve kaçınmanın önlenmesi egzersizlerini içeren yedinci modül ilerledikçe danışanların belirtilerinin aşamalı olarak azalması ve yeni duygusal deneyimleri öğrenmelerine yardımcı olmaktadır. Psikolojik rahatsızlıkların birlikte görülmesinin belirtilerin şiddetini ve süresini arttırdığı bilinmekle birlikte, tedaviye olumlu yanıt vermede de sıkıntılara yol açtığı bilinmektedir. Yine de, birçok çalışmada eşlik eden psikolojik rahatsızlıklara sahip katılımcıların BP tedavisine tanıya özgü tedavi protokollerine karşılık daha fazla iyileşme gösterdikleri de belirtilmiştir (ör., Stice, Rohde, Butryn, Menke ve Marti, 2015; Titov ve diğerleri, 2015; Milosevic, Chudzik, Boyd, McCabe, 2017; Mohajerin ve diğerleri, 2019).

BP müdahalesinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve bu çalışmada ikincil fayda olarak görülebilecek pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeyleri de ele alınmış ve genel olarak sonuçlara bakıldığında anlamlı değişimler olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların ön test-son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, BP tedavisi alan katılımcılarda ön-test ölçümlerine kıyasla müdahale sonrası son test pozitif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir artma ve negatif duygulanım düzeyinde ise anlamlı bir azalma olduğu gözlenmiştir. Müdahale ile kontrol grubunun son test puanları kıyaslandığında ise müdahale grubundaki olumlu duygulanım ve psikolojik iyi oluş puanları anlamlı şekilde daha yüksekken, olumsuz duygulanımın daha düşük olduğu bulunmuştur. Diğer deyişle, kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda tedavinin pozitif duygulanım ve iyi oluşu arttırdığı ve negatif duygulanımı azalttığı bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubu ön-son testlerinde anlamlı bir fark yokken, müdahale ile kontrol grubunun son test puanları kıyaslandığında müdahale grubundaki depresyon ve kaygı belirti puanları anlamlı şekilde daha düşüktür. Anlamlılık değerlerine ek olarak hesaplanan etki büyüklüğü boyutu değerleri birincil ölçümlerle benzer bir örüntü

sergilemiş olup, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş son-test ölçümlerinde tedavinin büyük bir etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgular aynı zamanda BP ile edinilen duygu düzenleme becerisinin pozitif duygulanımda anlamlı bir artışın yanı sıra negatif duygulanımda da anlamlı bir azalmaya yol açtığına işaret etmektedir. Benzer bulgular yine bireysel olarak uygulanan BP'nin etkinlik çalışmalarında rapor edilmiştir; örneğin Ellard ve diğerleri (2010) ve Sauer-Zavala ve diğerleri (2012) özellikle olumsuz duygulanımda azalma rapor ederken; Farchione ve diğerlerinin yaptığı çalışmada (2012) pozitif duygulanımda artış vurgulanmıştır. Tüm bu bulgular BP'nin olumsuz duygulanımın sıklığı ve yoğunluğunu azaltmanın ötesinde olumlu duygulanım sıklığı ve yoğunluğunu da arttırdığına katkıda bulunduğu izlenimi bırakmaktadır.

Bu bulguların BP müdahalesinin ikincil faydalarını vurgulamasının yanı sıra duygu düzenleme müdahalelerinin yaşam kalitesi ve günlük işleyiş üzerindeki etkilerine yönelik mevcut alanyazınına katkı sağladığı da düşünülmektedir (Sakiris ve Berle, 2019). BP tanıtımında (Barlow ve diğerleri 2011) protokolün adaptif duygu düzenlemeyi artırma ve uyumsuz duygu düzenlemeyi azaltmaya yönelik tasarlandığı belirtilmektedir. BP müdahalesi sonrası pozitif duygulanımda artış BP'nin bu duygusal süreçlere müdahale ettiğini de ima etmektedir. Daha yüksek pozitif ve daha düşük negatif duygulanım BP'nin tedavi hedeflerinden biri olup, uyumlu duygu düzenleme sürecindeki iyileşme BP'nin olası terapötik mekanizma üzerindeki etkisini göstermektedir (Fairholme ve diğerleri, 2010). Hem depresif hem de kaygı belirtileri olan bireylerde çeşitli ölçümlerdeki (depresyon, kaygı, pozitif ve negatif duygulanım ve iyi oluş) iyileşme, BP'nin tanılar üstü etkisine yönelik bir kanıt olarak da görülebilir (Ito ve diğerleri, 2016). Yukarıda belirtildiği gibi bu çalışmadaki istatistiksel farklılıklara ilişkin bulgular GDE değeri aracılığıyla sonuç ölçümlerindeki klinik iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla yürütülen analizlerle desteklenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde iyileşme gösterdiği görülmüştür. Diğer yandan, anlamlı değişimlerin gözlenmediği katılımcıların son-test puanlarına yakından bakıldığında anlamlı olmasa da, tedaviden önceki puanlarına kıyasla görece bir iyileşme olduğu söylenebilir. GDE değerinin anlamsız olmasında bu katılımcıların tedavi öncesi ölçümlerinde daha düşük skora sahip olmaları ya da öncesinde çok yüksek olup hala eşik altı puanına

gelememeleri etkili olmuş olabilir. Psikolojik iyi oluş ölçümünde diğer ölçümlere kıyasla daha düşük bir GDI değeri zamanla maruz kalmaların etkisi ve yeni duygusal yaşantıların edinilmesi ile gelişecek bir yapı olarak açıklanabilir.

Tüm bunlara ilaveten, BP'nin depresif ve kaygı belirtileri, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeyleri üzerindeki uzun süreli etkisini değerlendirmek amacıyla özellikle müdahale grubundan alınan 3 aylık takip ölçümleri ile son test puanları karşılaştırıldığında müdahaleden sonraki tedavi etkisinin geçen bu süre boyunca da korunduğu tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, tedavi etkilerinin zamana karşılık devam ettiği söylenebilir. BP ile ilgili çoğu çalışma, kaygı ve depresyon düzeylerindeki iyileşmelerin 6 aydan sonra da devam ettiğini bulmuş olup (Barlow ve diğerleri, 2017; Farchione ve diğerleri, 2012), bazı çalışmalar daha uzun süreler boyunca tedavi kazanımlarının sürdürüldüğünü bile göstermiştir (Bullis ve diğerleri, 2014). Dolayısıyla 3 aylık izlem görece kısa olarak değerlendirilebilse bile, müdahalenin etkisinin sürdüğü ve sürme potansiyeline sahip olduğu söylenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen bulguların, BP'nin depresif ve kaygı belirtileri üzerindeki etkisine dair hem müdahaleyi geliştiren araştırma ekibinin (Ellard ve diğerleri, 2010; Farchione ve diğerleri, 2012) hem de farklı kültürlerle uyarlamasını yapan araştırmacıların (ör., İspanya, Osma ve diğerleri, 2018; Japonya, Ito ve diğerleri, 2016; İran, Mohammadpour ve diğerleri, 2018 gibi) sunduğu sonuçlarla uyumlu olduğu görülmüştür. Böylelikle bu çalışma ayrıca BP'nin kültürler arası etkili bir şekilde uygulanabileceğine dair kültürler arası geçerliğiyle ilgili destekleyici bulgular da sunmaktadır. İlaveten, en başta verilen depresif ve kaygı belirtileri arasındaki yüksek korelasyonlar düşünüldüğünde, bulguların birlikte görülen depresif ve kaygı belirtilerinin iyileşmesinde BP'nin etkili olabileceğine dair görüşü destekler nitelikte olduğu önerilmektedir. Aynı şekilde heterojen kaygı bozukluğuna sahip kişilerde aynı zamanda depresif belirtilerinin iyileşmesine dair bulgular da BP'nin çoklu bozukluklara uygulanabilirliğini de desteklemektedir (Sauer-Zavala ve diğerleri, 2020).

Klinik gelişmelerin ötesinde, BP gibi tanılar üstü müdahaleler, klinisyenlerin danışanların çoğunluğu için geniş ölçüde geçerli olan tek bir protokolü öğrenmesi yeterli olacağından terapötik müdahaleleri yaygınlaştırma avantajları sağlayabilir (McHugh ve Barlow, 2009). Ek olarak, standart psikolojik tedavi ile kıyaslandığında

tedaviyi yarıda bırakma oranlarının BP’de daha düşük olması tanılar üstü müdahalelerin özellikle eşlik eden rahatsızlıkları olan kişiler için daha kabul edilebilir olabileceğini düşündürmektedir (Barlow ve diğerleri, 2017). Birden çok psikolojik rahatsızlığın tedavisinde aynı anda etkili olabilen tanılar üstü müdahaleler, olumsuz tedavi yanıtının yordayıcısı olarak tanımlanan eş tanıları hedefleme potansiyeline sahip olabilir (Kennedy, Tonarely, Sherman ve Ehrenreich-May, 2018). Tanılar üstü tedaviler yalnızca daha etkili olmakla kalmaz, aynı zamanda daha geniş kapsamlı tedaviyi yayma çabaları için önemli etkilere de sahip olabilir. Daha spesifik olarak, tanılar üstü tedaviler, geçmişte tedaviye erişimi arttırma çabalarını engelleyen bir faktör olan, yeterli eğitim için gereken zaman ve efor miktarını azaltma potansiyeline sahiptir (McHugh ve Barlow, 2010). Ayrıca, klinisyenler çoğu kez kendilerine yol gösterecek çok az deneysel veriyle, birden çok protokol kullanmalarını veya birkaç sorunu aynı anda çözmelerini gerektiren karmaşık klinik sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Tanılar üstü tedaviler, çok sayıda tanıya özgü tedavi kılavuzlarına olan ihtiyacı ortadan kaldırmaya ve genel olarak tedavi planlamasını basitleştirmeye yardımcı olarak önemli bir klinik fayda sağlayabilir (Akbari, Roshan, Shabani, Fata, Shairi ve Zarghami, 2015).

Sonuç olarak, BP’nin depresif ve kaygı belirtilerinin tedavisinde etkisini incelemek amacıyla yürütülen bu çalışmada, ilk olarak müdahale grubunda yer alan katılımcıların çalışmanın ana değişkenlerini değerlendiren ölçümlerden elde ettikleri puanlarda müdahaleden hemen sonra iyileşme görüleceği ve bu iyileşmenin müdahaleden 3 ay sonra da devam edeceği hipotezleri değerlendirilmiştir. Buna göre, müdahale grubundaki katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş son-test ölçümlerinde ön-test ölçümlerine kıyasla iyileşme yönünde anlamlı bir fark olduğuna dair hipotez desteklenmiştir. Ayrıca müdahale grubundaki katılımcıların edindiği becerilerin 3 aylık sürecin sonunda sürdürüleceğine dair hipotez tam olarak doğrulanmıştır. Diğer araştırma sorusuyla ilgili olarak, müdahale grubu ve kontrol grubu katılımcılarının ön test ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; müdahale grubundaki katılımcıların depresif ve kaygı belirtileri, olumlu ve olumsuz duygulanım ve psikolojik iyi oluş son-test ölçümlerinde kontrol grubuna kıyasla iyileşme yönünde anlamlı bir farklılık göstereceği yönündeki hipotezin de tam olarak desteklendiği söylenebilir. Sonuç

olarak, araştırmanın hipotezleri doğrultusunda gerçekleştirilen analizlerin sonucunda tüm hipotezlerin doğrulandığı tespit edildiği vurgulanabilir.

4.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmadaki bulgular bahsedilecek kısıtlılıklar dahilinde yorumlanmalıdır. Bunlardan özetle söz etmek gerekirse ilk olarak, örneklem sayısının düşüklüğünden söz edilebilir. Her ne kadar doktora tezi kapsamında müdahale ve kontrol grubundaki seansları ve tüm süreci tez danışmanı süpervizörlüğünde öncelikle araştırmacı yürütmüş olsa ve örneklem büyüklüğünü belirlemede ilgili alanyazındaki diğer çalışmalar ve G-power analizi temel alınsa da gruplara atanan katılımcı sayıları az olarak değerlendirilebilir. Diğer yandan, örneklemin üniversite öğrencileri ile yürütülmesi ve tanıya yönelik yapılandırılmış bir değerlendirme yapılmaması diğer bir sorundur. Kolay ulaşılabilir olması amacıyla klinik olmayan örneklem ile yürütülen bu çalışmada BP'nin farklı kültürlere uyarlandığı ve etkinliğinin klinik olmayan örneklemelerde değerlendirildiği çalışmalar (ör., Ito ve diğerleri, 2016; Mohammadpour ve diğerleri, 2018) temel alınmıştır. Yanı sıra, çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak depresif ve kaygı belirtilerinin orta veya şiddetli derecede olma şartı öz-bildirimlere dayalı ölçüm araçları ile değerlendirilmiş, psikiyatrik tanısı olan katılımcıların daha önceden aldıkları bu tanıya istinaden kendi beyanları esas alınmıştır. Dolayısıyla müdahalenin etkinliğinin daha fazla sayıdaki klinik örneklem ile tekrar incelenmesinde fayda vardır. Ayrıca her ne kadar bu çalışmada sadece depresyon ve kaygı belirtilerine odaklanılsa da BP tedavisini değerlendirecek çalışmaların daha büyük ve heterojen (ör., klinik belirti şiddeti, etnik köken, eğitim ve sosyoekonomik durum) örneklemelerle etkinliği değerlendirmesi de önerilmektedir. Diğer önemli bir kısıtlılık olarak, bu çalışmada bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmış, aktif tedavi grubu çalışmaya dahil edilmemiştir. Dolayısıyla, terapi süreci ile ilgili kesin çıkarımlara varılamayacağı gibi, terapist ilgisi ve tedavi beklentisi gibi ortak terapötik faktörlerin olası etkilerini de dikkate almak gerekir. BP'nin etkinliğinin incelendiği çalışmaların birçoğunda, karşılaştırmanın bekleme listesi kontrol grubu veya her zamanki tedavi grubu ile yapıldığı ve tanıya özgü tedavi protokolleri ile doğrudan karşılaştırma yapan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Türkçe BP'nin etkinliğine yönelik bu çalışmada aynı anda farklı

terapileri yüz yüze yürütmede mevcut imkanlar (terapi odasının kısıtlı zamanlarda kullanımı, bir terapistin bir danışman eşliğinde süreci yürütmesi gibi) yeterli olmadığı için bekleme listesi kontrol grubu tercih edilmiştir. Ancak, BP'yi tanıya özgü protokoller ile karşılaştırmalara olanak sağlayan seçkisiz kontrollü çalışmalara ihtiyaç göze çarpmaktadır. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı elde edilen verilerin öz-bildirime dayalı ölçümlere dayanmasıdır. Bunun ise sosyal beğenirlik gibi katılımcıların araştırmacının beklentisi yönünde davranmalarına etkisinin olabileceği düşünülmüş ancak hem protokolün geliştirildiği hem de farklı kültürlerde etkinliğinin incelendiği çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının ülkemizde de geçerli ve güvenilir olarak uygulanması nedeniyle bu çalışmada benzer bir değerlendirme tercih edilmiştir. Çalışmanın bulguları klinisyen tarafından derecelendirilen veya davranışsal ölçümlerden daha az güvenilir olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Gelecek çalışmalarda depresif ve kaygı belirtileri ve duygulara yönelik tutumları değerlendirmede örtük ölçümlerin dahil edilmesi araştırma bulgularının güvenilirliğini arttırabilir. Son olarak, BP'nin depresif ve kaygı belirtilerinin tedavisinde uzun süreli etkisini değerlendirmek için müdahale grubundaki katılımcılardan 3 aylık takip ölçümleri alınmıştır. Alan yazında BP'nin uzun süreli etkilerinin 3 aylık takip ölçümleri ile değerlendirildiği çalışmalar göz önünde tutularak (ör., Titov ve diğerleri, 2011; Mohajerin ve diğerleri, 2019) bu çalışmada katılımcı kaybı yaşanmaması için 3 aylık sürecin sonunda katılımcıların tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir. Müdahale sonrasındaki 3 aylık bir süre BP'nin daha uzun vadeli klinik kullanımını belirlemede önemli bir bulgu sağlasa da 6 ay ya da 1 yıl gibi daha uzun süreli takip verilerine de ihtiyaç bulunmaktadır.

4.4. GELECEK ÇALIŞMALARA ÖNERİLER ve KLİNİK DOĞURGULAR

Bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında, bu çalışma doğrultusunda gelecekte bu tür çalışmalara bazı önerilerde bulunmak mümkündür. Öncelikle burada elde edilen ön bulguları tekrarlamak ve genişletmek için BP'nin daha büyük ölçekli bir etkinlik çalışmasına ihtiyaç vardır. Kısıtlılıklara rağmen, bu çalışma, Batı ülkeleri dışındaki kültürel bağlamda hem depresif hem de kaygı bozuklukları dahil olmak üzere daha geniş kontrollü bir BP çalışması yürütmenin uygulanabilirliğine ilişkin ümit verici bulgular ortaya koymuştur. Alanyazın taramasına göre, bu çalışma BP'nin Türkiye'ye

uyarlanıp, 3 aylık takip verileri ile etkinliğinin değerlendirildiği ilk çalışma olup, ulusal alan yazına da tanılar üstü müdahalelerin tanıtımına dair önemli bir katkı sağlaması beklenmektedir. Gelecekteki karşılaştırmalı çalışmaları yürütecek araştırmacıların, örneklem büyüklüğü ve birincil sonuç ölçümleri gibi değişkenleri belirlerken bu çalışmadan elde edilen bulguları ilgili tasarımlarına dahil etmeleri önerilmektedir. Bu çalışmada BP'nin kaygı ve depresif belirtilerin tedavisindeki etkisi değerlendirilmiş olup, duyguların kilit rol oynadığı somatoform ve disosiyatif bozukluklar, TSSB ve OKB gibi psikolojik rahatsızlıklara uygulanabilirliği ve etkinliğini incelemek için gelecekteki çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ek olarak, müdahalede programı sonucunda meydana gelen değişimlerden sorumlu olabilecek olumlu ve olumsuz duygulanım, duygu düzenleme ve sosyal destek gibi tanılar üstü faktörlerin aracı ve moderatör analizlerine tabi tutularak incelenmesi önerilmektedir.

SONUÇ

Özet olarak, tanılar üstü tedavi yaklaşımının olası avantajları göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı BP'nin bireysel bir formatta sunulduğunda etkinliğini araştırmaktır. Çalışmadaki hipotezlerle tutarlı olarak, müdahale grubundaki katılımcıların kaygı ve depresif belirtiler, pozitif ve negatif duygulanım ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde iyileşme gösterdikleri bulunmuştur. Anlamlılık değerlerine ek olarak tedavinin etkinliği etki büyüklüğü ve GDE değerleri ile desteklenmiştir. Ayrıca katılımcılardan alınan geri bildirimler sonucunda BP'nin kabul edilebilir bir tedavi olduğu görülmüştür. BP, duygusal bozuklukların tedavisinde tanılar üstü, modern bir yaklaşım sunarak; ampirik olarak desteklenen tedavilerin daha fazla klinisyene daha etkili bir şekilde yayılmasına izin verebilir ve dolayısıyla psikolojik hizmetlere erişimi arttırabilir. Hem depresif hem de kaygı belirtilerinde meydana gelen iyileşme ortak faktörleri hedef alan tanılar üstü bir tedavinin hem birincil hem de eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların iyileşmesinde etkili olabileceğini göstermektedir. Böylelikle, klinisyenlere çok sayıda tanıya özgü tedavi kılavuzuna ve daha fazla zaman ve maliyet gerektiren tedavi planlamasına olan ihtiyacı kaldıran tedavi planlaması sunulabilir. Özellikle çoklu tedavi manuellere öğrenme için gereken eğitim ve zamandan tasarruf sağlanarak, tedaviye erişimdeki engeller ortadan kaldırılabilir (Mansell ve diğerleri, 2009). Dahası, klinisyenler genellikle eşlik eden psikolojik rahatsızlıklara sahip danışanları tedavi etme görevi ile karşı karşıya kaldıklarından, tek bir protokolün kullanılması ile aynı anda birden fazla sorunun üstesinden gelmek için birden fazla protokol kullanma ihtiyacı ortadan kaldırılmış olur.

Bu çalışmanın sonuçları, BP adaptasyonunun üniversite öğrencilerinde depresyon ve kaygı belirtileri için uygulanabilir ve etkili bir tedavi olabileceğini düşündürmektedir. Klinik örneklemde BP'nin etkinliğine dair ek kanıtlar sağlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde BP'nin incelendiği bir başka bir çalışma olmaması nedeniyle bu konunun henüz emekleme aşamasında olduğu söylenebilir. Tanılar üstü yaklaşımlara dayalı müdahalelerin depresyon ve kaygı bozuklukları dışında OKB (ör., Saed, Masjedi, Taremian, Bakhtyari ve Morsali, 2016), TSSB (ör., Varkovitzky, Sherrill ve Reger, 2018), yeme bozukluğu (ör., Thompson-Brenner, Boswell, Espel-Huynh, Brooks ve Lowe, 2019), borderline kişilik bozukluğu (ör., Lopez, Stoddard, Noorollah, Zerbi, Payne, Hitchcock ve diğerleri,

2015), madde bağımlılığı (ör., Maleki, Khorramnia, Foroughi, Amiri ve Amiri, 2021) ve uyku problemleri (ör., Doos Ali Vand, Gharraee, Asgharnejad Farid, Ghaleh Bandi ve Habibi, 2018) gibi daha farklı psikolojik rahatsızlıklardaki etkisinin incelenmesine de ihtiyaç bulunmaktadır. BP'nin kaygı ve depresif belirtilerde etkisinin ilk kez incelendiği bu çalışmanın gelecek çalışmalara zemin hazırlayacağı düşünülmektedir. Diğer yandan, sadece bireysel formatta değil, etkinliği uluslararası çalışmalarda (ör., Bullis ve diğerleri, 2015; Osmo ve diğerleri, 2018) birçok kez desteklenmiş grup formatında uygulamaların da ülkemizde incelenmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Grup formatında uygulamaların zaman, maliyet ve deneyim paylaşımı gibi avantajları göz önüne alındığında, BP'nin grup formatında uygulanabilir olmasının psikolojik rahatsızlıkların tedavisine önemli bir katkı sağlayacağı ön görülmektedir. Ayrıca, günümüz pandemi şartları düşünüldüğünde yüz yüze uygulamaların yerini çevrim içi uygulamalara bıraktığı bu günlerde BP'nin çevrim içi uygulamalarına dair etkinliğinin incelendiği çalışmaların (ör., Sauer-Zavala ve diğerleri, 2021) ülkemizde de yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. BP'nin çevrim içi uygulamalarının etkinliği desteklenirse, her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulan psikolojik müdahalelere erişim şansının artacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Achenbach, T. M. (2015). Transdiagnostic Heterogeneity, Hierarchical Dimensional Models, and Societal, Cultural, and Individual Differences in the Developmental Understanding of Psychopathology. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 24(12): 1419–1422.

Aina, Y. ve Susman, J. L. (2006). Understanding Comorbidity with Depression and Anxiety Disorders. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(5 Ek 2) :9-14.

Akbari, M., Roshan, R., Shabani, A., Fata, L., Shairi, M. R. ve Zarghami, F. (2015). Transdiagnostic Treatment of Co-occurrence of Anxiety and Depressive Disorders Based on Repetitive Negative Thinking: A Case Series. *Iranian Journal of Psychiatry*. 10(3): 200.

Akın, A. (2008). The Scales of Psychological Well-Being: A Study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 8(3): 741-750.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2): 217-237.

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M. ve Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 32(2): 185-192.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychological Association, Division 12 (2019). *Research-supported Psychological Treatments*. <https://www.div12.org/psychological-treatments/>, (10.05.2021).

Andersson, G. ve Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 38(4): 196-205.

Andersson, G. ve Titov, N. (2014). Advantages and Limitations of Internet-Based Interventions for Common Mental Disorders. *World Psychiatry*. 13(1): 4-11.

Andrews, G. (1990). Classification of Neurotic Disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 83: 606-607.

Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A. ve Swinson, R. P. (2006). Responses to Symptom Induction Exercises in Panic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 44(1): 85-98.

Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J. ve Craske, M. G. (2013). Randomized Clinical Trial of Adapted Mindfulness-Based Stress Reduction Versus Group Cognitive Behavioral Therapy for Heterogeneous Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 51(4-5): 185-196.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. ve Craske, M. G. (2012). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80(5): 750.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as A Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2): 125-143.

Barlow, D. H., Chorpita, B. P. ve Turovsky, J. (1996). Fear, Panic, Anxiety, and Disorders of Emotion. *Perspectives on Anxiety, Panic, and Fear*. (Vol. 43, ss. 251-328). D. A. Hope (Ed.). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the Mysteries of Anxiety and Its Disorders From the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*. 55: 1247–1263.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B. ve Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2): 205-230.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Boettcher, J. T. ve Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 74(9): 875-884.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. ve Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.

Beck, A. T. (1972). Measuring Depression: The Depression Inventory. *Recent Advances in the Psychobiology of the Depressive Illnesses*. 299-302.

Beck, A. T., Steer, R. A. ve Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). Pearson.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6): 893.

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

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4(6): 561-571.

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the overall depression severity and impairment scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815.

Bentley, K. H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. F., Conklin, L. R., Vento, S. ve Homer, D. (2017). Treating Suicidal Thoughts and Behaviors Within An Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in An Inpatient Setting. *Behavior Modification*. 41(4): 529-557.

Boettcher, J., Åström, V., Pålsson, D., Schenström, O., Andersson, G. ve Carlbring, P. (2014). Internet-Based Mindfulness Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*. 45(2): 241-253.

Boswell, J. F., Bentley, K. H. ve Barlow, D. H. (2015). *Motivation facilitation in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder*. In H. Arkowitz, W. R. Miller ve S. Rollnick (Eds.), *Applications of motivational interviewing*.

Motivational interviewing in the treatment of psychological problems (p. 33–57). The Guilford Press.

Brown, T. A. ve Barlow, D. H. (2009). A Proposal for A Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*. 21(3): 256.

Brown, T. A., Antony, M. M. ve Barlow, D. H. (1995). Diagnostic Comorbidity in Panic Disorder: Effect on Treatment Outcome and Course of Comorbid Diagnoses Following Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(3): 408.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4): 585.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L. ve Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for the Classification of Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1): 49.

Brown, K. W., Ryan, R. M. ve Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for Its Salutory Effects. *Psychological Inquiry*. 18(4): 211-237.

Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. ve Barlow, D. H. (2014). A Preliminary Investigation of the Long-Term Outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 55(8): 1920-1927.

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. ve Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*. 39(2): 295-321.

Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. ve Hofmann, S. G. (2006). Effects of Suppression and Acceptance on Emotional Responses of Individuals with Anxiety and Mood Disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 44(9): 1251-1263.

Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P. ve Stein, M. B. (2009). Validation of A Brief Measure of Anxiety-Related Severity and Impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*. 112(1-3): 92-101.

Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. ve Sauer-Zavala, S. (2020). A Systematic Review of Unified Protocol Applications with Adult Populations: Facilitating Widespread Dissemination via Adaptability. *Clinical Psychology Review*, 101852.

Chorpita, B. F. ve Daleiden, E. L. (2009). Mapping Evidence-based Treatments for Children and Adolescents: Application of the Distillation and Matching Model to 615 Treatments From 322 Randomized Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77(3): 566.

Cihangir-Çankaya, Z. ve Bacanlı, H. (2003). *İhtiyaç Doyum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Malatya.

Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., Eisenmenger, K., Brown, B., Devine, E., Brown, T. A. ve Knapp, C. M. (2013). The Effects of Venlafaxine and Cognitive Behavioral Therapy Alone and Combined in the Treatment of Comorbid Alcohol Use-Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 51(11): 729-735.

Clark, D. A. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: Possibilities and Limitations of A Transdiagnostic Perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*. 38(S1): 29-34.

Clark, L. A. ve Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3): 316.

Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic Treatment for Anxiety and Depression. *Depress Anxiety*. 29: 749–53.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dalglish, T., Black, M., Johnston, D. ve Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 88(3): 179.

de Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E. ve Cardoso, A. (2015). The Utilization of Unified Protocols in Behavioral Cognitive Therapy in Transdiagnostic Group Subjects: A Clinical Trial. *Journal of Affective Disorders*. 172: 179-183.

de Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E. ve Barlow, D. (2017). Improvement in Quality of Life and Sexual Functioning in A Comorbid Sample After the Unified Protocol Transdiagnostic Group Treatment. *Journal of Psychiatric Research*. 93: 30-36.

Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Gandy, M., McDonald, S., Talley, N, Holtmann, G., Titov, N. ve Jones, M. (2018). Transdiagnostic Internet-Delivered Cognitive-Behaviour Therapy (CBT) for Adults with Functional Gastrointestinal

Disorders (FGID): A Feasibility Open Trial. *Journal of Psychosomatic Research*. 108: 61-69.

Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. ve McEvoy, P. (2011). An Open Trial of A Brief Transdiagnostic Internet Treatment for Anxiety and Depression. *Behaviour Research and Therapy*. 49(12): 830-837.

Deci, E. L. ve Ryan, R. M. (1991). A motivational Approach to the Self: Integration in Personality. In R.A. Dienstbier (Ed.). *Perspectives on Motivation*. Nebraska Symposium on Motivation, 1990, 38, Lincoln: University of Nebraska Press. 237-88.

Derogatis, L. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. ve Oishi, S. (2009). New Measures of Wellbeing. *Social Indicators Research Series*, 39. Doi: 10.1007/978-90-481-2354-4 12

Doos Ali Vand, H., Gharraee, B., Asgharnejad Farid, A. A., Ghaleh Bandi, M. F. ve Habibi, M. (2018). Investigating the Effects of the Unified Protocol on Common and Specific Factors in a Comorbid Insomniac Sample: A Single-Case Experimental Design. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 12(3).

Dünya Sağlık Örgütü. (1992). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroglu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Ehrenreich-May, J. ve Bilek, E. L. (2012). The Development of A Transdiagnostic, Cognitive Behavioral Group Intervention for Childhood Anxiety Disorders and Co-occurring Depression Symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(1): 41-55.

Ellard, K. K., Bernstein, E. E., Hearing, C., Baek, J. H., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Barlow, D. H. ve Deckersbach, T. (2017). Transdiagnostic Treatment of Bipolar Disorder and Comorbid Anxiety Using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A Pilot Feasibility and Acceptability Trial. *Journal of Affective Disorders*. 219: 209-221.

Erickson, D. H. (2003). Group Cognitive Behavioural Therapy for Heterogeneous Anxiety Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 32(4): 179-186.

Erickson, D. H., Janeck, A. S. ve Tallman, K. (2007). A Cognitive-Behavioral Group for Patients with Various Anxiety Disorders. *Psychiatric Services*. 58(9): 1205-1211.

Evans, C. (1998). Reliable and Clinically Significant Change. <https://www.psych.org/stats/rcsc.htm> [11.05.2021].

Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 41(5): 509-528.

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. ve Barlow, D. H. (2010). Emotions, Emotion Regulation, and Psychological Treatment: A Unified Perspective. *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (283-309). Eds. Kring A. M. Ve Sloan D. M. The Guilford Press.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. ve Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*. 43(3): 666-678.

First, M. B., Rebell, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A. C. ve Reed, G. M. (2018). Do Mental Health

Professionals Use Diagnostic Classifications the Way We Think They Do? A Global Survey. *World Psychiatry*. 17(2): 187-195.

Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J. ve McGuire, P. (2019). Transdiagnostic Psychiatry: A Systematic Review. *World Psychiatry*. 18(2): 192-207.

Gençöz, T. (2000). Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 15(46): 19-26

Grabovac, A. D., Lau, M. A. ve Willett, B. R. (2011). Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*. 2(3): 154-166.

Gratz, K. L., Weiss, N. H. ve Tull, M. T. (2015). Examining Emotion Regulation As an Outcome, Mechanism, or Target of Psychological Treatments. *Current Opinion in Psychology*. 3: 85-90.

Greenberg, L. S. ve Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy* (Vol. 13). Guilford Press.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. ve Walach, H. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(1): 35-43.

Hadjistavropoulos, H. D., Nugent, M. M., Alberts, N. M., Staples, L., Dear, B. F. ve Titov, N. (2016). Transdiagnostic Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy in Canada: An Open Trial Comparing Results of A Specialized Online Clinic and Nonspecialized Community Clinics. *Journal of Anxiety Disorders*. 42: 19-29.

Hafner, R. (1981). Agoraphobia in Men. *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry*. 15: 243–249.

Hayes, A. M. ve Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(3): 255-262.

Hayes, S. C., Strosahl, K. ve Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford.

Hermans, M., Korrelboom, K. ve Visser, S. (2015). A Dutch Version of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS): Psychometric Properties and Validation. *Journal of Affective Disorders*. 172: 127-132.

Hirschfeld, R. M. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 3(6): 244.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 6: 118-122.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23): 3-13.

Hofmann, S. G. ve Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-analysis of Randomized Placebo-controlled Trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 69(4): 621.

Hollon, S. D., Thase, M. E. ve Markowitz, J. C. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*. 3(2): 39-77.

Hudson, J. I. ve Pope, H. G. (1990). Affective Spectrum Disorder: Does Antidepressant Response Identify A Family of Disorders with A Common Pathophysiology?. *The American Journal of Psychiatry*. 147: 552-564.

Ito, L. M., De Araujo, L. A., Tess, V. L. C., de Barros-Neto, T. P., Asbahr, F. R. ve Marks, I. (2001). Self-Exposure Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia: Randomised Controlled Study of External v. Interoceptive Self-Exposure. *The British Journal of Psychiatry*. 178(4): 331-336.

Ito, M., Oe, Y., Kato, N., Nakajima, S., Fujisato, H., Miyamae, M., Kanie, A., Horikoshi, M. ve Norman, S. B. (2015). Validity and Clinical Interpretability of Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*. 170: 217-224.

Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., Hirabayashi, N., Kanie, A., Nakagawa, A. ve Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP Study): Study Protocol for A Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*. 16(1): 1-15.

Jabrayilov, R., Emons, W. H. ve Sijtsma, K. (2016). Comparison of Classical Test Theory and Item Response Theory in Individual Change Assessment. *Applied Psychological Measurement*. 40(8): 559-572.

Jacobson, N.S. ve Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59: 12–19.

Jansson-Fröjmark, M. ve Lindblom, K. (2008). A Bidirectional Relationship Between Anxiety and Depression, and Insomnia? A Prospective Study in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*. 64(4): 443-449.

Johnco, C., Wuthrich, V. M. ve Rapee, R. M. (2014). The Influence of Cognitive Flexibility on Treatment Outcome and Cognitive Restructuring Skill Acquisition During Cognitive Behavioural Treatment for Anxiety and Depression in Older Adults: Results of A Pilot Study. *Behaviour Research and Therapy*. 57: 55-64.

Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Dear, B. F. ve Spence, J. (2013). Comorbidity and Internet-Delivered Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 42(3): 180-192.

Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Spence, J. ve Dear, B. F. (2011). A RCT of A Transdiagnostic Internet-Delivered Treatment for Three Anxiety Disorders: Examination of Support Roles and Disorder-Specific Outcomes. *PloS One*. 6(11): e28079.

Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A. ve Wherry, J. N. (1994). Integration of Positive and Negative Affectivity and Cognitive Content-Specificity: Improved Discrimination of Anxious and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 103(3): 544.

Judd, L. L. (1997). The Clinical Course of Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 54(11): 989-991.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Centre*. New York: Dell

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2): 144-156.

Kabat-Zinn, J., De Torrijos, F., Skillings, A. H., Blacker, M., Mumford, G. T., Alvares, D. L., Santorelli, S. ve Rosal, M. C. (2016). Delivery and Effectiveness of a Dual Language (English/Spanish) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Program in the Inner City-A Seven-Year Experience: 1992-1999. *Mindfulness & Compassion*. 1(1): 2-13.

Katon, W. J. (2011). Epidemiology and Treatment of Depression in Patients with Chronic Medical Illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 13(1): 7.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. ve Eaves, L. J. (1993a). Major Depression and Phobias: The Genetic and Environmental Sources of Comorbidity. *Psychol. Med.* 23:361–71.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. ve Eaves, L. J. (1993b). A Longitudinal Twin Study of Personality and Major Depression in Women. *Arch. Gen. Psychiatry.* 50: 853–62.

Keng, S. L., Smoski, M. J. ve Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review.* 31(6): 1041-1056.

Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A. ve Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of Treatment Outcome for the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders.* 57: 66-75.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.* 62(6): 617-627.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. ve Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM–III–R Major Depressive Disorder in the General Population: Results From the US National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry.* 168(S30): 17-30.

Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G. ve Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic Internet-Delivered CBT and Mindfulness-Based Treatment for Depression and Anxiety: A Randomised Controlled Trial. *Internet Interventions.* 20: 100310.

Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 50(1).

Krueger, R. F. ve Finger, M. S. (2001). Using Item Response Theory to Understand Comorbidity Among Anxiety and Unipolar Mood Disorders. *Psychological Assessment*. 13(1): 140.

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. ve Penninx, B. W. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*. 72(3): 341-348.

Linehan, M. M. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications for the Treatment of Substance Abuse. *NIDA Research Monograph*. 137: 201-201.

Ljótsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, P., Rück, C., Hursti, T., Andreewitch, S., Jansson, L., Lindefors, N. ve Andersson, G. (2010). Internet-Delivered Exposure and Mindfulness Based Therapy for Irritable Bowel Syndrome—A Randomized Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*. 48(6): 531-539.

Lopez, M. E., Stoddard, J. A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., Hitchcock, C. A., Mejer, E. A., Esfahani, A. M. ve Ray, D. B. (2015). Examining the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in the Treatment of Individuals with Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 22(4): 522-533.

Lopez, M. E., Thorp, S. R., Dekker, M., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., Meier, E. ve Stoddard, J. A. (2019). The Unified Protocol for Anxiety and Depression with

Comorbid Borderline Personality Disorder: A Single Case Design Clinical Series. *Cognitive Behaviour Therapist*. 12:1-15.

Maleki, M., Khorramnia, S., Foroughi, A., Amiri, S. ve Amiri, S. (2021). Comparing the Effectiveness of the Unified Protocol in Combination with An Additional Mindfulness Treatment to the Unified Protocol Alone As Treatment for Adolescents Diagnosed with Emotional Disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 43(1): 57-64.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. ve Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23: 6-19.

Maser, J. D. ve Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of Anxiety and Mood Disorders: Introduction and Overview. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. 3-12.

McEvoy, P. M. ve Nathan, P. (2007). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Diagnostically Heterogeneous Groups: A Benchmarking Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(2): 344.

McEvoy, P. M., Nathan, P. ve Norton, P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23(1): 20-33.

McHugh, R. K. ve Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*. 65(2): 73.

McHugh, R. K., Murray, H. W. ve Barlow, D. H. (2009). Balancing Fidelity and Adaptation in the Dissemination of Empirically-Supported Treatments: The Promise of Transdiagnostic Interventions. *Behaviour research and therapy*. 47(11), 946-953.

Meidlinger, P. C. ve Hope, D. A. (2017). The New Transdiagnostic Cognitive Behavioral Treatments: Commentary for Clinicians and Clinical Researchers. *Journal of Anxiety Disorders*. 46: 101-109.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. ve Fresco, D. M. (2005). Preliminary Evidence for An Emotion Dysregulation Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 43(10): 1281-1310.

Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 11(2): 147-172.

Miller, W. Ve Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

Miller, W. R. ve Rollnick, S. (2012). Meeting in the Middle: Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 9(1): 1-2.

Milosevic, I., Chudzik, S. M., Boyd, S. ve McCabe, R. E. (2017). Evaluation of An Integrated Group Cognitive-Behavioral Treatment for Comorbid Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders: A Pilot Study. *Journal of Anxiety Disorders*. 46: 85-100.

Mineka, S., Watson, D. ve Clark, L. A. (1998). Comorbidity of Anxiety and Unipolar Mood Disorders. *Annual Review of Psychology*. 49(1): 377-412.

Mira, A., González-Robles, A., Molinari, G., Miguel, C., Díaz-García, A., Bretón-López, J., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Banos, R. ve Botella, C. (2019). Capturing the Severity and Impairment Associated with Depression: The Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) Validation in A Spanish Clinical Sample. *Frontiers in Psychiatry*. 10: 180.

Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B. ve Motabi, F. (2019). Application of A Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders to Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Affective Disorders*. 245: 637-644.

Mohammadi, A., Birashk, B. ve Gharaie, B. (2013). Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Therapy and Group Cognitive Therapy on Anxiety and Depressive Symptoms. *Iranian Journal of Public Health*. 42(1): 48.

Mohammadi, F., Bakhtiari, M., Masjedi Arani, A., Dolatshahi, B. ve Habibi, M. (2018). The Applicability and Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy on Reducing Signs and Symptoms of Borderline Personality Disorder with Co-occurring Emotional Disorders: A Pilot Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 12(1).

Mohammadpour, M., Sadeghi, K., Foroughi, A., Amiri, S., Pouyanfard, S., Parvizifard, A. ve Khoramniya, S. (2018). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Treatment of Comorbid Psychopathology Accompanying a Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*. 12(3): 125-131.

Mohsenabadi, H., Zanjani, Z., Shabani, M. J. ve Arj, A. (2018). A Randomized Clinical Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional and Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome: Evaluating Efficacy and Mechanism of Change. *Journal of Psychosomatic Research*. 113: 8-15.

Monkul, E. S., Tural, Ü., Onur, E., Fidaner, H., Alkın, T. ve Shear, M. K. (2004). Panic Disorder Severity Scale: Reliability and Validity of the Turkish Version. *Depression and Anxiety*. 20(1): 8-16.

Moses, E. B. ve Barlow, D. H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Current Directions in Psychological Science*. 15(3): 146-150.

Mullin, A., Dear, B. F., Karin, E., Wootton, B. M., Staples, L. G., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V. ve Titov, N. (2015). The UniWellbeing Course: A Randomised Controlled Trial of A Transdiagnostic Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Programme for University Students with Symptoms of Anxiety and Depression. *Internet Interventions*. 2(2): 128-136.

Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N. ve Andrews, G. (2013). Internet Cognitive Behavioural Treatment for Mixed Anxiety and Depression: A Randomised Controlled Trial and Evidence of Effectiveness in Primary Care. *Medicine*. 1: 14.

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. ve Dalgleish, T. (2015). Systematic Review and Meta-analysis of Transdiagnostic Psychological Treatments for Anxiety and Depressive Disorders in Adulthood. *Clinical Psychology Review*. 40: 91-110.

Newby, J. M., Mewton, L. ve Andrews, G. (2017). Transdiagnostic Versus Disorder-Specific Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Primary Care. *Journal of Anxiety Disorders*. 46: 25-34.

Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Hitchcock, C. A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K. C. ve Stein, M. B. (2011). Psychometrics of a Brief Measure of Anxiety to Detect Severity and Impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*. 45(2): 262-268.

Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J. ve Stein, M. B. (2006). Development and Validation of An Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*. 23(4): 245-249.

Norton, P. J. (2008). An Open Trial of A Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 39(3): 242-250.

Norton, P. J. (2012). *Group Cognitive-behavioral Therapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. Guilford Press.

Norton, P. J. ve Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic Versus Diagnosis-Specific CBT for Anxiety Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Depression and Anxiety*. 29(10): 874-882.

Norton, P. J., Hayes, S. A. ve Hope, D. A. (2004). Effects of A Transdiagnostic Group Treatment for Anxiety on Secondary Depression. *Depression and Anxiety*. 20(4): 198-202.

Norton, P. J. ve Hope, D. A. (2005). Preliminary Evaluation of A Broad-spectrum Cognitive-behavioral Group Therapy for Anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 36(2): 79-97.

Norton, P. J. ve Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic Approaches to the Treatment of Anxiety Disorders: A Quantitative Review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2): 214.

Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. ve Garcia-Palacios, A. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in a Spanish Public Mental Health Setting. *Psicología Conductual*. 23(3): 447.

Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. ve Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric Properties and Validation of the Spanish Versions of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales. *Journal of Affective Disorders*. 252: 9-18.

Osma, J., Suso-Ribera, C., Garcia-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sanchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Perez-Ayerra, L., Malea-Fernandez, A. ve Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in the Spanish Public Mental Health System Using A Group Format: Study Protocol for A Multicenter, Randomized, Non-inferiority Controlled Trial. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16(1): 1-10.

Owens, V. A., Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Gullickson, K. M., Karin, E., Titov, N. ve Dear, B. F. (2019). Transdiagnostic, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Depression and Anxiety: Exploring Impact on Health Anxiety. *Internet Interventions*. 15: 60-66.

Öner, N. ve LeCompte, W. A. (1985). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Powell, C. L., Farchione, T. J., Barlow, D. H. ve Leung, P. W. (2020). A Pilot Trial of A Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders—A Locally Adapted Variant of Group Unified Protocol (UP) for Chinese Adults. *Translational Behavioral Medicine*. İbaa104.

Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. ve Gray, J. A. (2004). Clinical Efficacy of Computerised Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety and Depression in Primary Care: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*. 185(1): 46-54.

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. ve Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 162(6): 1171-1178.

Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B. ve Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic Group CBT for Anxiety Disorders: The Unified Protocol in Mental Health Services. *Cognitive Behaviour Therapy*. 46(1): 29-43.

Rende, B. (2000). Cognitive Flexibility: Theory, Assessment and Treatment. *Seminars in Speech and Language*. 21(2): 121-133.

Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D. ve Orsillo, S. M. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of A Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*. 29(1): 71-88.

Roemer, L., Williston, S. K., Eustis, E. H. ve Orsillo, S. M. (2013). Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral Therapies for Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 15(11): 1-10.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6): 1069.

Saed, O., Masjedi, A., Tareмян, F., Bakhtyari, M. ve Morsali, Y. (2016). The Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy on Reducing Symptoms Severity of Obsessive Compulsive Disorder with Co-occurring Anxiety and Mood Disorders. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2(4): 1-10.

Sakiris, N. ve Berle, D. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Unified Protocol as A Transdiagnostic Emotion Regulation Based Intervention. *Clinical Psychology Review*. 72: 101751.

Sanderson, K., & Andrews, G. (2002). Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatric services*, 53(1), 80-86.

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. ve Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*. 48(1): 128-138.

Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K. ve Russell, K. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavior Therapy*. 52(1): 64-76.

Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L. ve Norr, A. (2012). Randomized Controlled Trial of False Safety Behavior Elimination Therapy: A Unified Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety Psychopathology. *Behavior Therapy*. 43(3): 518-532.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. ve Gemar, M. C. (2002). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-Rater Reliability, Adherence to Protocol and Treatment Distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 9(2): 131-138.

Seligman, M. E. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*. 50(12): 965.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. ve Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (test manual)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M. ve Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of Online Mindfulness-Based Interventions in Improving Mental Health: A Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Clinical Psychology Review*. 45: 102-114.

Spss, I. B. M. (2016). Statistics for Windows, Version 24. 0 [Computer Software]. *Armonk, NY: IBM Corp.*

Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S. ve Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Comorbid Psychopathology Accompanying Emotional Disorders

Compared to Treatments Targeting Single Disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 104: 211-216.

Stice, E., Rohde, P., Butryn, M., Menke, K. S. ve Marti, C. N. (2015). Randomized Controlled Pilot Trial of A Novel Dissonance-Based Group Treatment for Eating Disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 65: 67-75.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). *Experimental Designs Using ANOVA* (s. 724). Belmont, CA: Thomson/Brooks/Cole.

Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.

Telef, B. B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 28(3): 374-384.

Tellegen, A. (1985). Structures of Mood and Personality and Their Relevance to Assessing Anxiety, with an Emphasis on Self-Report. *Anxiety and the Anxiety Disorders*. (ss. 681-706). A. H. Tuma ve J. D. Maser (Eds.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Thompson-Brenner, H., Boswell, J. F., Espel-Huynh, H., Brooks, G. ve Lowe, M. R. (2019). Implementation of Transdiagnostic Treatment for Emotional Disorders in Residential Eating Disorder Programs: A Preliminary Pre-post Evaluation. *Psychotherapy Research*. 29(8): 1045-1061.

Titov, N. (2007). Status of Computerized Cognitive Behavioural Therapy for Adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 41(2): 95-114.

Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. ve Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*. 48(9): 890-899.

Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. ve McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet Treatment for Anxiety and Depression: A Randomised Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*. 49(8): 441-452.

Treccani Institute. (2021). Erişim adresi <http://www.treccani.it/vocabolario/trans/>.

Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G. ve Craske, M. G. (2002). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder on Comorbid Conditions: Replication and Extension. *Behavior Therapy*. 33(4): 493-509.

Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N. ve Farchione, T. J. (2018). A Web-Based Transdiagnostic Intervention for Affective and Mood Disorders: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*. 5(2): e36.

Ulusoy, M., Şahin, N. ve Erkmen, H. (1996). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory. *Psychometric Properties. J Cognit Psychother*. 46: 125-132.

Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M. ve Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*. 42(2): 210-230.

Watson, D., Clark, L. A. ve Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6): 1063.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. ve McCormick, R. A. (1995). Testing A Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of

Anxiety and Depression in Student, Adult, and Patient Samples. *Journal of Abnormal Psychology*. 104(1): 15.

Weihs, K. L., McConnell, M. H., Wiley, J. F., Crespi, C. M., Sauer-Zavala, S. ve Stanton, A. L. (2019). A Preventive Intervention to Modify Depression Risk Targets After Breast Cancer Diagnosis: Design and Single-arm Pilot Study. *Psycho-oncology*. 28(4): 880-887.

Westra, H. A. ve Dozois, D. J. (2006). Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*. 30(4): 481-498.

Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. ve Barlow, D. H. (2010). Conceptual Background, Development, and Preliminary Data From the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Depression and Anxiety*. 27(10): 882-890.



EKLER

Ek 1: Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği ile Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği: Türkçe Uyarlamalarının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Giriş

Depresyon ve kaygı bozukluklarının dünya genelinde yaygınlığı ve etkisi oldukça yoğun olup, depresyonun dünya nüfusu üzerindeki engelleyici etkisi açısından tüm tıbbi rahatsızlıklar arasında dördüncü sırada yer aldığı ve kaygı bozukluklarının depresyonu takip ettiği ortaya konmuştur (Hirschfeld, 2001). Depresyon ve kaygı bozukluklarının yaşam kalitesi ve işlevişte önemli bozulmalarla ilişkili olduğuna dair kanıtlar birikmektedir (Rapaport, Clary, Fayyad ve Endicott, 2005).

Birlikte görülen ya da eşik altı depresyon ve kaygı bozukluklarının yaygınlığı ve yaşamda önemli etkiler yaratması nedeniyle birçok durumda bozukluğun şiddetini ve etkisini değerlendirmek önem taşımaktadır (Norman, Hami Cissell, Means-Christensen ve Stein, 2006). Depresyona ve kaygı bozukluklarına yönelik ölçümler genellikle somatik ve bilişsel-duygusal belirtilerin listelerini sunar. Bu ölçümler depresyon veya kaygı şiddetine ilişkin geniş bir değerlendirme sağlarken, rahatsızlığın davranışsal ve işlevsel sonuçlarını sorgulamadıkları için klinik değerlendirme araçları olarak sınırlı oldukları düşünülmektedir (Campbell-Sills ve diğerleri, 2009). Ayrıca kaygı bozukluklarına yönelik ölçümlerin çoğu panik bozukluk (ör. Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği; Monkul, Tural, Onur, Fidaner, Alkın ve Shear, 2004) veya Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB-7; Konkan, Şenormancı, Güçlü, Aydın ve Sungur, 2013) gibi belli tanı kategorilerini değerlendirmek amacıyla dizayn edilmiştir. Bu bozukluğa özgü ölçekler, söz konusu bozukluğun ayrıntılı değerlendirmesi ve sonuç ölçümü için idealdir; ancak, birden fazla kaygı bozuklukları ile ilgili sorunları olan kişilerin düzenli olarak değerlendirilmesini gerektiren klinik durumlarda daha az yararlı olabilirler. Bu ölçümlerin dayandığı varsayım depresyon veya kaygı bozukluklarının somatik veya bilişsel-duygusal yönlerinin sıklığının klinik önem ve şiddeti yansıttığıdır. Bununla birlikte, depresyon ya da kaygının klinik önemi, somatik veya bilişsel-duygusal yönlerin sıklığı ile sınırlı olmamalıdır. Davranışsal yönler (ör., kaçınma davranışı) ve işlevsel yönler (ör., işte veya okulda ve kişilerarası ilişkilerde bozulma) de önemlidir. Bu yönler, mevcut depresyon ve kaygı bozuklukları ölçümlerinde çoğunlukla göz ardı edilmiştir (Campbell-Sills ve diğerleri, 2009). Dolayısıyla kaygının daha genel

değerlendirmesini gerektiren ya da birden fazla kaygı ile ilişkili problemler yaşayan kişilerin değerlendirilmesini gerektiren klinik durumlarda daha az yararlı olabilirler.

Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GKÖ; The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) işlevsellikte bozulmalar dahil olmak üzere klinik şiddetin çoklu alanlarını değerlendiren, çoklu kaygı bozuklarının şiddetini kapsayan ve birinci basamak gibi yoğun klinik ortamlarda kullanım kolaylığı sağlayan bir ölçüm aracı ihtiyacını karşılamak amacıyla geliştirilmiştir (Norman ve diğerleri, 2006). Geleneksel kaygı ölçümlerinin aksine, semptomların sıklığı ve yoğunluğuna ek olarak boyutsal ve etki değerlendirmesini içerecek şekilde kaçınma davranışı ve iş ya da okul ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmaları da değerlendiren 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçümün tamamlaması 2-3 dakikalık kısa bir süreyi kapsamakta olup, var olan en kısa kaygı ölçüm aracıdır. Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçeği (GDÖ; The Overall Depression Severity and Impairment Scale) bu ölçümden yola çıkılarak kaygıda olduğu gibi depresyonda da bahsedilen ihtiyaçlara yönelik tasarlanmış olup, semptomların sıklığı ve yoğunluğunun yanı sıra iş ya da okul ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmaları da değerlendirmektedir (Bentley, Gallagher, Carl ve Barlow, 2014).

Her iki ölçüm aracı da beraberinde getirdiği pratik ölçüm avantajı ile klinik ortamlarda kullanımın yanı sıra araştırma amaçları doğrultusunda tedavinin etkinliğini değerlendirmede de kullanılmaktadır. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Bütünleşik Protokol'ün etkinlik çalışmalarına bakıldığında birincil kaygı ve depresyon ölçümlerinin yanı sıra GDÖ ve GKÖ'nin yaygın kullanımı dikkat çekmektedir. GDÖ'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan ekibin BP'yi geliştiren ekiple aynı olması aslında bu ölçüm araçlarının etkinlik çalışmalarındaki gerçek ihtiyaçtan ortaya çıktığını göstermektedir. Hali hazırda BP'nin ilk modülünde tüm katılımcıların bu iki ölçüm aracını her hafta doldurarak kendilerini gözlemleri teşvik edilmiş ve yine aynı ekip tarafından tedavi etkisini değerlendirmek için her iki ölçümün ön test, son test ve ara ölçümlerde de kullanılabileceği önerilmiştir (Bentley ve diğerleri, 2014).

GKÖ'nin kaygı şiddeti ve işlevsellikte yol açtığı bozulmalardan ziyade kaygı belirtilerine odaklanan ölçümlerle güçlü pozitif ilişki göstermesinin yanı sıra depresyon ölçümleriyle de benzer ilişkide olduğu bulunmuştur (Norman ve diğerleri,

2011). Ölçümlerin arasındaki bu yüksek ilişkinin kaygı ve depresif belirtilerin çoğunlukla birlikte görüldüğü bulgusuyla tutarlık göstermektedir. Diğer yandan, depresyon tanısına sahip bireylerin kaygı bozukluğu tanısına sahip kişilere kıyasla GDÖ'den daha yüksek puan almaları ölçeğin kaygı ve depresif bozuklukları birbirinden ayırt edebildiğini desteklemiştir (Mira ve diğerleri, 2019). Aynı çalışmada herhangi bir eşlik eden psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin daha yüksek GDÖ puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu birlikte görülme ve psikolojik rahatsızlık şiddetinin güçlü ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu öneren araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Kessler, Chiu, Demler ve Walters Kessler, 2005).

Her iki ölçeğin hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde farklı kültürlerle uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları çeşitli klinik ve araştırma ortamlarında uygulanabilen kısa ölçümler geliştirmenin önemi göz önüne alındığında, ölçeğin farklı kültürlerde nasıl performans gösterdiğini göstermektedir. Her iki ölçeğin de Batı dışı bir popülasyonda güvenilirliği ve geçerliliğinin desteklenmesi kültürler arası geçerliliği gösterdiği şeklinde yorumlanabilir (ör., İspanya uyarlaması, Ito ve diğerleri, 2015; Almanca uyarlaması, Hermans, Korrelboom ve Visser, 2015).

Her iki ölçüm aracının özellikle uygulanan müdahaleden fayda sağlamayı etkileyebilecek rahatsızlık şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki bozulmayı değerlendirme imkânı sunmasının önemi vurgulanmaktadır. Diğer bir deyişle, DSM 5'te de hem kaygı hem de depresif bozukluklar için temel kriter olan işlevsellikte bozulmanın değerlendirilmesi tedavinin etkinliğini belirlemek için önem taşımaktadır. Yukarıda bahsedilen pratik kullanım ve belirti şiddetinin yanı sıra iş/okul yaşantısı, aile ve arkadaş ilişkileri gibi işlevsellik alanlarının değerlendirilmesini sağlayan avantajlarına ek olarak bu tezin ana konusu olan BP'nin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanımını sağlamak için GKÖ (Norman ve diğerleri, 2006) ile GDÖ'nin (Bentley ve diğerleri, 2014) Türkçeye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla, Türkiye'de mevcut kaygı ve depresyon ölçümlerinden farklı olarak depresyon ya da kaygı bozukluklarının sıklık ve yoğunluğunun yanı sıra yaşamın önemli alanlarındaki etkilerini değerlendiren öz bildirime dayalı ölçüm araçlarının olmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla, uygulama süresini oldukça kısaltan bu ölçüm araçlarının ülkemizde yapılacak etkinlik

alışmalarında, yoğunluğu ile kısıtlı sürede en verimli hizmeti vermeyi amaçlayan sağlık ocağı gibi birinci basamak tedavi merkezlerinde, klinik rutin izleme gerektiren durumlarda, üniversitelerin sağlık merkezi birimlerinde ve epidemiyolojik çalışmalar gibi farklı ortamlarda ve bağlamlarda kullanımının tarama, değerlendirme, tedavi planlama gibi klinik uygulamalara hem de tedavi etkinliğinin incelendiği ya da kaygı ve depresif belirtilere ek olarak diğer psikolojik değişkenler ya da farklı psikolojik rahatsızlıkların değerlendirildiği araştırmaların yürütülmesine önemli katkı sunmaları beklenmektedir.

Yöntem

Örneklem

Araştırmanın örneklemini yaşları 18 ile 33 arasında değişen ($X = 21.6$, $ss = 2.08$), 175 (%62.3) kadın ve 106 (%37.7) erkek olmak üzere toplam 281 niversite öğrencisinden oluşmaktadır. Katılımcıların seçilmesinde kolay ulaşılabilir durum örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olan araştırmaya temel katılım kriteri, Dokuz Eylül niversitesi'nde öğrenime devam ediyor olmak olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bu alışma kapsamında Genel Kaygı şiddeti ve Etkisi leği (GK), Genel Depresyon şiddeti ve Etkisi leği (GD), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Kaygı Envanteri (BKE) ve Psikolojik İyi Oluş leği (Pİ) kullanılmış olup, ölçüm araçlarına ait detaylı bilgiler ana çalışmada sunulmuştur.

GK ve GD'nin müdahale sürecinde semptomların şiddeti ve etkisi açısından haftalık değişimi gözlemlemek amacıyla kullanımı ilerleyen bölümde grafik üzerinde gösterilmiştir (şekil 7).

İşlem

İki ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak için ilk olarak ölçekleri geliştiren yazarlardan izin alınmış, ardından araştırmanın etik açıdan uygunluğu Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu tarafından (12.04.2019 tarihli 7 sayılı kararı ile) onaylanmıştır. İki lek araştırmacı tarafından Türkçeye çevrildikten sonra

araştırmadan bağımsız mütercim tercümanlık bölümünden bir öğretim görevlisi tarafından İngilizceye geri çeviri işlemi yapılmıştır. Ardından hem alana hem de her iki dile hâkim üç hakem tarafından ölçek maddeleri değerlendirilmiştir. Hakem değerlendirmeleri Prof. Dr. Orçun Yorulmaz'ın süpervizörlüğünde araştırmacı tarafından incelenerek, maddelere son hali verilmiştir. Bu nihai çeviri, veri toplama aşamasından önce 10 kişiye uygulanmış ve tüm maddelerin katılımcılar tarafından yüksek derecede anlaşılabilir bulunduğu görülmüştür. Veriler, sınıf ortamda kâğıt-kalem yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılar bilgilendirilmiş onam formunu okuduktan sonra, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını onaylamış ve ardından araştırma sorularını yanıtlamışlardır. Anketlerin uygulanması yaklaşık 5 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (sürüm 24; IBM Corp, 2016) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeğin güvenirlik analizleri kapsamında, iç tutarlık güvenirliği için Cronbach Alfa (α) katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Benzer ölçek geçerliğini incelemek için ölçeklerle ilişkili olduğu düşünülen kaygı, depresyon ve iyi oluş değişkenlerini değerlendiren ölçekler arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Ölçüt-bağıntılı geçerlik kapsamında ise her iki ölçekten düşük ve yüksek puan alan bireylerin depresyon veya kaygı belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı, diğer bir deyişle ölçeklerin ilgili klinik değişken için ayırt edici olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Güvenirlik Analizleri

GKÖ'ni oluşturan maddelerin içsel tutarlılığı madde-toplam puan korelasyonları ve tüm ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Tablo 1-Ek'te görülebileceği üzere, GKÖ maddelerinin toplam ölçek puanı ile korelasyonlarının .65 ile .75 arasında değiştiği, GDÖ'nde ise .79 ile .84 arasında değişen korelasyonlar sergilendiği bulunmuştur. GKÖ'nin Cronbach Alfa katsayısı .89 iken, GDÖ için bu değer .93 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1-Ek: Ölçeklerin Madde Analizi Sonuçları

Genel Kaygı Şiddeti ve Etkisi Ölçek Maddeleri		Madde-Toplam r
1.	Geçen hafta ne sıklıkla kaygılı hissettiniz?	.71
2.	Geçen hafta kaygılı hissettiğinizde, kaygınız ne kadar yoğun veya şiddetliydi?	.75
3.	Geçen hafta kaygı ya da korku yüzünden ne sıklıkla durumlardan, mekânlardan, nesnelerden ya da aktivitelerden kaçındınız?	.68
4.	Geçen hafta kaygınız işte, okulda ya da evde yapmanız gereken şeyleri yapma becerinizi ne kadar engelledi?	.68
5.	Geçen hafta ne sıklıkla kaygınız sosyal hayatınızı ve ilişkilerinizi engelledi?	.65
Tüm Ölçek $\alpha = .87$		
Genel Depresyon Şiddeti ve Etkisi Ölçek Maddeleri		Madde-Toplam r
1.	Geçen hafta ne sıklıkla depresif hissettiniz?	.79
2.	Geçen hafta depresif hissettiğinizde, depresyonunuz ne kadar yoğun veya şiddetliydi?	.84
3.	Geçen hafta depresyon yüzünden ne sıklıkta normalde keyif aldığınız aktiviteleri yapmakta ya da bu aktivitelerle ilgilenmekte zorluk yaşadınız?	.84
4.	Geçen hafta depresyonunuz işte, okulda ya da evde yapmanız gereken şeyleri yapma becerinizi ne kadar engelledi?	.82
5.	Geçen hafta ne sıklıkla depresyonunuz sosyal hayatınızı ve ilişkilerinizi engelledi?	.81
Tüm Ölçek $\alpha = .93$		

Benzer Ölçek Geçerliği

Her iki ölçeğin benzer ölçek geçerliğini belirlemek için BDE, BKE ve İÖÖ ölçüt alınmıştır. GKÖ'nin BDE ile olumlu yönde .68, BKE ile olumlu yönde .61 ve İÖÖ ile olumsuz yönde -.59 düzeyinde anlamlı ilişkisi olduğu bulunurken, GDÖ ise aynı ölçeklerle sırasıyla .67, .55 ve -.54 düzeyinde anlamlı ilişki göstermiştir. İki

ölçeğin kendi aralarındaki ilişkiye bakıldığında ise .76 düzeyinde olumlu yönde ve anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür ($p < .01$)

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında GKÖ ve GDÖ'den düşük ve yüksek puan alan bireyler, ölçüt olarak seçilen BKE ve BDE ölçümlerinden elde ettikleri ortalama puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Katılımcıların GKÖ'den aldıkları toplam puanlar kullanılarak alt ve üst çeyrek dilimlere göre düşük (5 puan ve altı, $n = 97$) ve yüksek (10 puan ve üstü, $n = 90$) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Yürütülen bağımsız gruplar t-testi sonucuna göre, GKÖ puanı düşük ve yüksek olan bireylerin BKE ile değerlendirilen kaygı belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t(129,430) = -11,15$, $p = .00$). Aynı işlem GDÖ için de uygulanmış ve toplam puanlar kullanılarak alt ve üst çeyrek dilimlere göre düşük (3 puan ve altı, $n = 80$) ve yüksek (9 puan ve üstü, $n = 76$) olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Bulgulara göre GDÖ puanı düşük ve yüksek olan bireylerin BDE ile değerlendirilen depresyon belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($t(119,765) = -11,09$, $p = .00$).

Tartışma

Metodolojik bir araştırma olarak planlanan bu çalışmada GKÖ ve GDÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ölçeğin güvenirlik analizleri kapsamında madde-toplam korelasyonları ve iç tutarlılık katsayıları belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlik incelemeleri kapsamında GKÖ ve GDÖ'nin BDE, BKE ve İÖÖ ile ilişkileri araştırılmıştır. Ayrıca, GKÖ ve GDÖ'nin klinik uygulama ve araştırmalardaki kullanılabilirliğini de ortaya koyabilmek amacıyla, GKÖ'den düşük ve yüksek alan bireylerin BKE puanları arasında ve aynı şekilde GDÖ'den düşük ve yüksek puan alan bireylerin BDE puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına odaklanan ölçüt bağıntılı geçerlik incelemesi de yapılan psikometrik değerlendirmeler arasına dâhil edilmiştir.

İlk olarak GKÖ'nin güvenirlik katsayısı oldukça yüksek bulunmuş olup, ölçeğin geliştirildiği, geçerlik ve güvenirliğinin bu çalışmada olduğu gibi üniversite öğrencileri ile yürütüldüğü orijinal çalışmada elde edilen Cronbach alfa katsayısı (.80) ile benzerlik göstermiştir. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin klinik örnekleme incelendiği başka bir çalışmada da yüksek iç tutarlığa sahip olduğu görülmüştür (Campbell-Sills ve diğerleri, 2009). Benzer şekilde, bu çalışmada GDÖ'nin oldukça yüksek bulunan iç tutarlık katsayısının hem klinik (Ito ve diğerleri, 2015) hem de klinik olmayan (Bentley ve diğerleri, 2014) örnekleme yürütülen çalışmalarda elde edilen iç tutarlık katsayılarına yakın olduğu görülmektedir.

Her iki ölçeğe ilişkin geçerlik değerlendirmeleri kapsamında ölçeklerin ilgili psikolojik rahatsızlığın değerlendirilmesinde kullanılan ölçümlerle olan ilişkileri incelenmiştir. Beklenildiği üzere GKÖ ile BKE ve GDÖ ile BDE arasındaki güçlü ilişki her iki ölçeğin de belirtilere odaklanmayıp şiddet ve işlevsellikte bozulmalara odaklansa da depresyon ve kaygı belirtilerini değerlendirmede kullanılabileceğini destekleyen bulgularla tutarlılık göstermektedir. Her iki ölçüm aracının da diğer ölçüm aracının değerlendirdiği bozukluk ile yüksek ilişkisi ise kaygı ve depresyon komorbidetiliğini ortaya koyan bulguları desteklemektedir. Ayrıca GDÖ ve GKÖ'nin kaygı ve depresyon dışındaki iyi oluşa dair ilişkilerini gösteren çalışmaları destekler şekilde (ör., Mira ve diğerleri, 2019), psikolojik iyi oluş ile aralarında anlamlı ve negatif yönde ilişkiler tespit edilmiştir.

Uyum geçerliği kapsamında yapılan analizler bir adım daha ileri taşınarak, BDE ve BKE'nden elde edilen puanlar GKÖ ve GDÖ'nin ölçüt bağıntılı geçerliğini incelemek amacıyla birer kriter olarak seçilmiştir. Elde edilen bulgular ölçeğin geçerliğini destekler şekilde, GKÖ puanı yüksek olan bireylerin düşük olanlara kıyasla BKE'nden anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıklarını, GDÖ puanı yüksek olan bireylerin ise düşük olanlara kıyasla BDE'nden anlamlı şekilde daha yüksek puan elde ettiklerini göstermektedir. Buna göre, her iki ölçeğin ölçtükleri bozukluğu ayırt etmede oldukça iyi olduğu; yanı sıra kaygı ve depresyon belirti düzeylerindeki değişime duyarlı olduğu söylenebilir. Dolayısıyla her iki ölçümün ilgili bozukluğu değerlendirmede ve tedavi etkisinin incelenmesinde kullanılabileceğine dair önemli çıktılar elde edilmiştir.

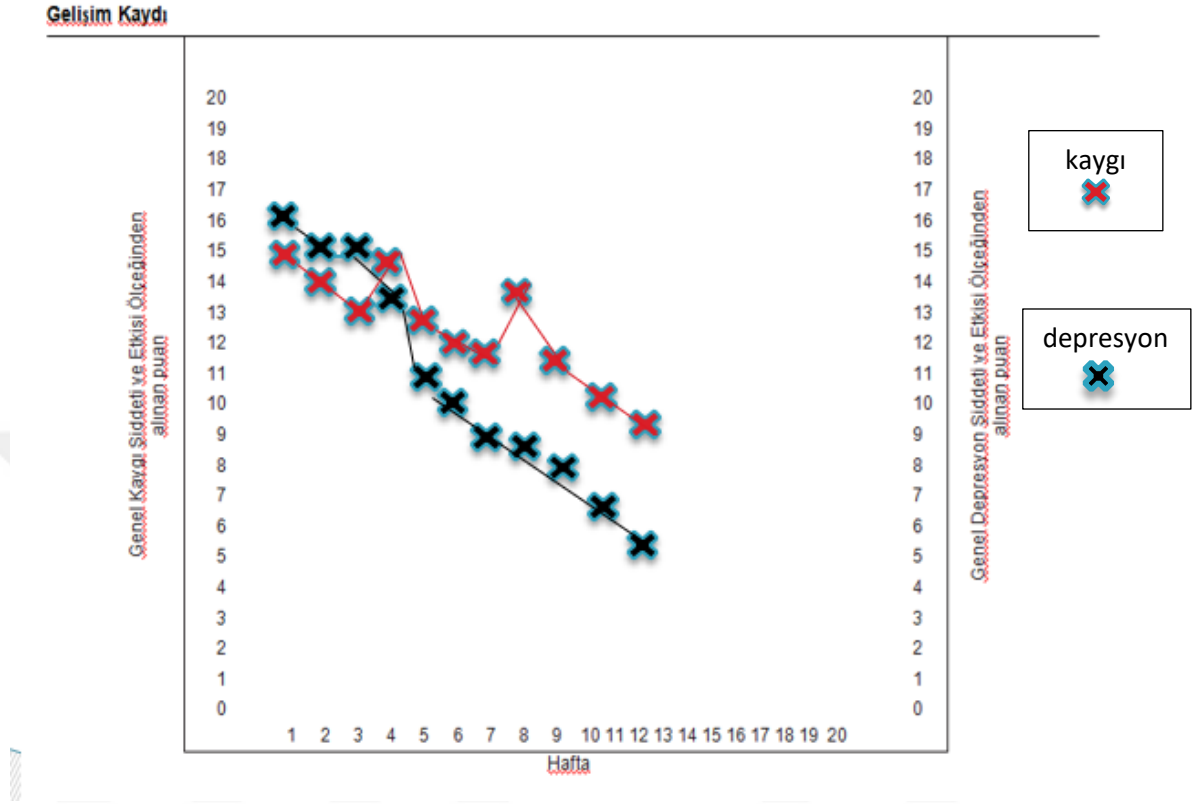
GKÖ ve GDÖ'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği bu çalışmada birtakım kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle, ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenirliği üniversite öğrencilerinde incelenmiş olup; araştırma bulgularının klinik örnekleme tekrarlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Diğer bir kısıtlılık olarak, her iki ölçüm aracı zaman içinde tekrar uygulanmadığı için test-tekrar test güvenirlikleri veya değişime duyarlılıkları açısından bir değerlendirme yapılamamıştır. Her iki ölçüm aracının psikolojik müdahale boyunca ilgili bozukluğun şiddeti ve işlevsellikte etkisine dair değişimlere duyarlılık gösterdiği bulgularının (ör., Norman ve diğerleri, 2013; Bentley ve diğerleri, 2014) ülkemizde de incelenmesinin bu ölçüm araçlarından faydalanma olanağını arttıracakı düşünülmektedir.

Kısıtlılıklara karşılık, bu çalışma GKÖ ve GDÖ'nin ilgili psikolojik rahatsızlığın şiddeti ve etkisini değerlendirmede güvenilir ve geçerli olduğunu göstermiştir. Bu ölçüm araçlarının güçlü yönleri arasında kısa olmaları, eşik altı ve çoklu bozukluklara da uygulanabilmeleri, depresif veya kaygı bozukluklarını tespit etmedeki doğrulukları ve bireysel semptomlardan ziyade ilgili semptom şiddetinin tüm seviyelerine yönelik şiddet ve işlevsel bozulmalara odaklanmaları yer almaktadır. Ölçekler hem araştırma hem de klinik ortamlarda kaygılı ya da depresif bireyleri tanımlamada etkili ve kolay bir şekilde kullanılabilir. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmeti gibi yoğun klinik ortamlarda hızlı bir tarama yapılabilmesi, hızlı puanlanma özelliği ile ön değerlendirme sağlaması ya da tamamlaması uzun süren ölçüm araçları nedeniyle yeterli katılımın sağlanamadığı epidemiyolojik araştırmalarda kullanılması gibi önemli klinik ve akademik katkılar sunabilir. Yanı sıra, bir psikolojik müdahalenin etkinliğini belirlemek için bireylerin bu müdahaleden fayda sağlayıp sağlamayacağını etkileyen faktörler olan şiddet ve işlevsellik alanlarının değerlendirilmesinde kullanılarak mevcut ölçüm araçlarının odaklandığı belirti düzeyi ve şiddetinin ötesinde bir bilgi sağlayabilir (Mira ve diğerleri, 2019).

Bu tezin ana konusu olan Bütünleşik Protokol'ün etkinliğinin değerlendirilmesi kapsamında; GDÖ ve GKÖ ile katılımcıların sahip oldukları depresif ya da kaygı belirtilerinin günlük yaşamlarını nasıl etkilediği ve kişilerarası ilişkilerinde ne gibi sorunlara yol açtığı incelenmiştir. Tedavi öncesi ve sonrasında alınan ölçümler karşılaştırmaya tabi tutulmuş ve tedavinin özellikle işlevsellik ve kişilerarası ilişkilere dair etkisinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Ayrıca tedavinin

sonlanmasında da önemli bir kriter olan şiddetin azalması ve işlevsellik alanlarında iyileşmelerin gözlenmesine objektif bir değerlendirme imkânı vererek, tedavi sonlandırma kararına bilimsel bir dayanak sağlamıştır. Buna ek olarak, BP'nin etkinliğinin incelendiği orijinal çalışmayla tutarlı şekilde katılımcıların her hafta bu ölçümleri doldurmaları istenmiştir. Bu sayede psikolojik müdahale sırasında katılımcıların haftalık duygu değişimlerini gözlemlemelerine ve duyguların artan azalan doğasına dair farkındalık kazanmalarına yardımcı olmak amaçlanmıştır. Türkiye'de depresif ve kaygı belirtilerine yönelik tedavi etkinliğini değerlendirecek gelecek çalışmalarda kullanımını teşvik etmek ya da uygulamalarında kendini gözlemlemenin tedavi edici yönünden faydalanmak isteyen klinisyelere fikir vermek açısından ana çalışmanın müdahale grubunda yer alan bir katılımcının haftalık GDÖ ve GKÖ ölçümlerinin bir örneği burada sunulmuştur. Şekil 7'de görüldüğü üzere tek bir katılımcının tüm tedavi sürecinde kaygı ve depresyonun şiddeti ve işlevsellik alanlarındaki bozulma düzeyini görmek birçok açıdan bilgi verebilir. Öncelikle katılımcının müdahale öncesi ilgili bozukluklara yönelik belirti şiddeti ve etki düzeyinin değerlendirmesini sağlamış ve tedavi sonunda elde edilen puanlarla karşılaştırma imkânı sunarak tedavinin etkisinin incelenmesine olanak sağlamıştır. Yanı sıra, bu katılımcıya özgü sekizinci haftada kaygı şiddeti ve etkisinde görülen yükselme maruz bırakma seanslarında sıklıkla gözlemlenen kaygıdaki artışla paralel bir bilgi sunmuştur. Genel olarak tüm katılımcıların haftalık ölçümleri değerlendirildiğinde, kaygı şiddetinde bazı haftalarda görülen bu gibi artışların özellikle maruz bırakma haftalarında olması ve maruz kalmalar devam ettikçe bu şiddetin azalması danışanların tekniğin doğasını ve rasyonelini anlamaları açısından da kolaylık sağlamıştır. Ayrıca, sonlandırma kararında önemli kriterler arasında olan ve DSM tanı kriterlerinde de vurgulanan kişilerarası ilişkiler ve iş/okul hayatı gibi gündelik yaşamdaki işleyişte meydana gelen değişimleri göstererek tedavinin bu alanlarda iyileşmelere yol açtığı bulgusuna destek sağlamıştır. Grafikteki katılımcının tedavinin sonlarına doğru belirti şiddetinde ve işlevsellikle ilgili alanlarda yaşadığı zorluklarda ilk hafta ölçümlerine kıyasla oldukça dramatik bir düşüş sergilediği görülmektedir (Şekil 1-Ek).

Şekil 1-Ek: Ölçeklerin tedavi sürecinde semptomların şiddeti ve etkisi açısından haftalık değişimi gözlemek amacıyla kullanımına örnek

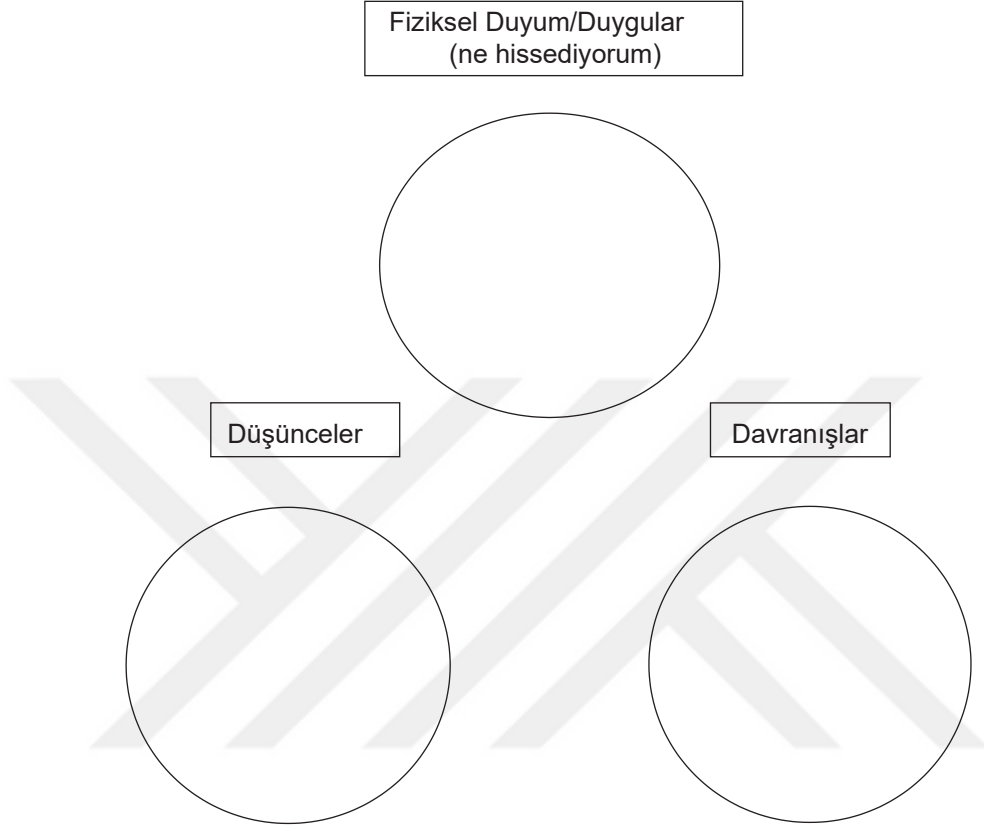


SONUÇ

Bu çalışma GKÖ ve GDÖ'nin ilgili psikolojik rahatsızlığın şiddeti ve etkisini değerlendirmede güvenilir ve geçerli olduğunu göstermiş olup, Türkiye'de depresyon ve kaygıyı şiddet ve işlevsellik üzerindeki etkileri açısından değerlendirmede önemli bir açığı kapatacağı düşünülmektedir. Klinik örneklemelerde psikometrik özelliklerinin incelenmesinin psikolojik müdahalelerin etkinliğini inceleyen araştırmalarda kullanımına yol açacağı önerisine ek olarak, bu çalışmada klinik olmayan örneklemde de her iki ölçeğin geçerli ve güvenilir olması farklı ortamlarda farklı amaçlarla kullanımına örnek teşkil etmektedir. Bu kapsamda hem klinik değerlendirmenin ve tedavi planlamanın önemli olduğu kurum ya da araştırmalarda hem de genel değerlendirme gerektiren ilk basamak tedavi merkezlerinde ya da epidemiyolojik araştırmalarda kullanımı ön görülmektedir.

Not: Bu bölümde yer alan referanslar tezin "Kaynakça" bölümünde yer almaktadır.

Ek 2: Duygunun Üç Unsurlu Modeli Formu



(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 3: Duyguları ve Duygu Kaynaklı Davranışları İzleme Formu

Tarih/ Zaman	Durum, Tetikleyiciler	Düşünceler	Duygular	Davranışlar	Sonra ne oldu?

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 4: Yargısız, Şu An Odaklı Duygusal Farkındalık Formu

Yargısız şu an odaklı farkındalık üzerine pratik yapmak için günde en az bir kez (hatta iki kez) bir zaman ayırınız. Bu egzersizin amacı düşüncelerinizi, fiziksel duyularınızı/hislerinizi ve davranışlarınızı gözlemleyerek şu anda sizin içinizde ve etrafınızda ne olduğuna dikkat etmeye alışmaktır. Kendi içsel yaşantınızı eleştirel bir şekilde yargılama, değiştirme ya da engelleme ihtiyacınızı ortadan kaldırarak, düşüncelerinizi ve hislerinizi oldukları gibi kabul etmeyi pratik ediniz. Artan pratikle beraber, bu teknikler daha otomatik hale gelecek ve zamanla herhangi bir durumda günün herhangi bir zamanında kullanılan bir beceri olacaktır.

		Ne fark ettiniz?			Deneyiminizi yargılamamakta ne kadar başarılı oldunuz?	
	Pratik	Düşünceler	Fiziksel duyular/ Hisler	Davranışlar	0 (hiç)	10 (çok)
Pazar	1.					
	2.					
Pazartesi	1.					
	2.					
Salı	1.					
	2.					

Çarşamba	1.				
	2.				
Perşembe	1.				
	2.				
Cuma	1.				
	2.				
Cumartesi	1.				
	2.				

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 5: Muğlak Resim



(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 6: Otomatik Düşünceleri Tanımlama ve Değerlendirme Formu

DURUM/ TETİKLEYİCİ	OTOMATİK DÜŞÜNCELER	DUYGULAR	DÜŞÜNCE HATALARINI TANIMLAMA	ALTERNATİF DÜŞÜNCELER OLUŞTURMA

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 7: Belirti Başlatma Test Formu

Lütfen aşağıdaki egzersizlerin her birini tamamlayın. Her egzersizi tamamen yaptığınıza emin olun ve en azından orta şiddetinde semptom oluşturmayı deneyin. Egzersiz sonrası lütfen not alın:

1. Deneyimlediğiniz fiziksel semptomlar
2. Semptomların şiddeti (0–10 ölçek; 0 = hiç şiddetli değil, 10 = çok şiddetli)
3. Egzersiz sırasında deneyimlediğiniz stress düzeyi (0–10 scale; 0 = hiç, 8 = çok)
3. Kendiliğinden olan semptomlarınıza benzerlik derecesi (0–10 ölçek; 0 = hiç benzer değil, 10 = çok benzer)

Yeni egzersize geçmeden önce semptomlar geçeseye kadar bekleyin. Yaratıcı olmak için sağlanan diğer alanları kullanın ve size özel ek egzersizler bulun. İşiniz bittiğinde sizin için en çok kaygı yaratan egzersizlerin üçünü seçin. Bu egzersizlerin yanına bir yıldız koyun. En rahatsız edici olarak puanladığınız bu egzersizleri tekrar edeceksiniz.

PROSEDÜR	Deneyimlenen Semptomlar	Şiddet	Stres	Benzerlik
Hiperventilasyon (60 saniye)				
İnce pipet yoluyla nefes alma (2 dakika)				
Ayaktayken dönme (60 saniye)				
Koşu bandında koşma (60 saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				
Diğer: (___ saniye)				

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 8: Duygusal Maruz Bırakma Pratik Kaydı

Maruz Bırakma Görevi:

Maruz bırakmadan önce:

Beklenen Stres (0-10):

Maruz bırakmadan önce fark ettiğin **düşünceler, duygular ve davranışlar:**

Maruz bırakma hakkında otomatik yorumlamalarını **tekrar değerlendir:**

Maruz bırakmayı tamamladıktan sonra:

Maruz bırakma sırasında fark ettiğin **düşünceler, duygular ve davranışlar:**

Maruz bırakmayı yaptığın dakika süresi:

Maruz bırakma sırasındaki maksimum stres (0-10):

Maruz bırakmanın sonundaki stres (0-10):

Duygularından kurtulmak için herhangi çaba (dikkat dağıtma, güvenlik işaretleri vb)?

Bu maruz bırakma egzersizinden ne çıkardın? Korktuğun sonuçlar oldu mu? Eğer olduysa, onlarla nasıl baş edebildin?

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 9: Gelişim Değerlendirme Formu

Bu programa başladığından beri gelişimini değerlendir		
Kaygı ve Depresyon		
Depresyon hissi, korku ve kaygı şiddetinde anlamlı azalma	Evet	Hayır
Şu An Odaklı Duygu Farkındalığı		
Hem duyguları hem de duygularına tepkileri yargısız bir şekilde gözlemleyebilme becerisinde anlamlı iyileşme	Evet	Hayır
Olumsuz Düşünceler		
Çok abartma ve sonuca atlamada anlamlı azalma	Evet	Hayır
Semptom ve Aktivite Egzersizleri		
Fiziksel duyumları deneyimlemenin neden olduğu streste anlamlı azalma	Evet	Hayır
Kaçınma		
Duygusal kaçınmada anlamlı azalma	Evet	Hayır
Duygu Kaynaklı Davranışlar		
Uyumsuz duygu kaynaklı davranışlarda anlamlı azalma	Evet	Hayır

(Barlow, Ellard ve Fairholme, 2010)

Ek 10: Demografik Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2) Yaşınız:.....

3) Medeni Durumunuz:

4) Eğitim durumunuz:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| • Sadece okur yazar | • Üniversite öğrencisi |
| • İlkokul mezunu | • Üniversite mezunu |
| • Ortaokul mezunu | • Lisansüstü öğrencisi |
| • Lise mezunu | • Lisansüstü mezunu |

5) Okuduğunuz bölüm:

6) Sınıf:

7) Bugüne kadar doktora giderek herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

() Evet; Yanıtınız evet ise lütfen belirtiniz:.....

() Hayır

8) Şu an psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

() Evet; Yanıtınız evet ise lütfen adını belirtiniz:.....

() Hayır

9) Şu an herhangi bir psikoterapi tedavisi (bireysel ya da grup psikoterapisi) sürdürüyor musunuz?

() Evet; Yanıtınız evet ise lütfen katılma amacınızı belirtiniz:.....

() Hayır

Ek 11: Beck Depresyon Envanteri (Örnek Maddeler)

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

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) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3...
- 4...
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6...
- 7...
- 8...
- 9...
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralar istesem de ağlayamıyorum.
- 11...
- 12...

13...

14...

15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.

(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

(d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16...

17...

18...

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20...

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 12: Beck Kaygı Envanteri (Örnek Maddeler)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin (bugün dâhil) son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki cevabı yuvarlak içine alarak belirleyiniz.

0. Hiç 1. Hafif derecede 2. Orta derecede 3. Ciddi derecede

	Sizi ne kadar rahatsız etti?
1) Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0.....1.....2.....3
2) ...	0.....1.....2.....3
3) Bacaklarda halsizlik, titreme	0.....1.....2.....3
4) Gevşeyememe	0.....1.....2.....3
5) ...	0.....1.....2.....3
6) Baş dönmesi veya sersemlik	0.....1.....2.....3
7) Kalp çarpıntısı	0.....1.....2.....3
8) ...	0.....1.....2.....3
9) Dehşete kapılma	0.....1.....2.....3
10) ...	0.....1.....2.....3
11) Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0.....1.....2.....3
12) ...	0.....1.....2.....3
13) Titreklik	0.....1.....2.....3
14) Kontrolü kaybetme korkusu	0.....1.....2.....3
15) ...	0.....1.....2.....3
16) Ölüm korkusu	0.....1.....2.....3
17) ...	0.....1.....2.....3
18) Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0.....1.....2.....3
19) Baygınlık	0.....1.....2.....3
20) ...	0.....1.....2.....3
21) Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0.....1.....2.....3

Ek 13: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Örnek Maddeler)

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan birtakım sözcükler içermektedir. Son iki hafta nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere (puanları daire içine alarak) işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

1. Çok az veya hiç
2. Biraz
3. Ortalama
4. Oldukça
5. Çok fazla

1. İlgili _____ 1 2 3 4 5

2. ... _____ 1 2 3 4 5

3. Heyecanlı _____ 1 2 3 4 5

4. ... _____ 1 2 3 4 5

5. ... _____ 1 2 3 4 5

6. Suçlu _____ 1 2 3 4 5

7. ... _____ 1 2 3 4 5

8. Düşmanca _____ 1 2 3 4 5

9. Hevesli _____ 1 2 3 4 5

10. Gururlu _____ 1 2 3 4 5

11... _____ 1 2 3 4 5

12. ... _____ 1 2 3 4 5

13. Utanmış _____ 1 2 3 4 5

14. İlhamlı _____ 1 2 3 4 5

(yaratıcı düşüncelerle dolu)

15. ... 1 2 3 4 5

16. Kararlı 1 2 3 4 5

17. ... 1 2 3 4 5

18. 1 2 3 4 5

19. Aktif 1 2 3 4 5

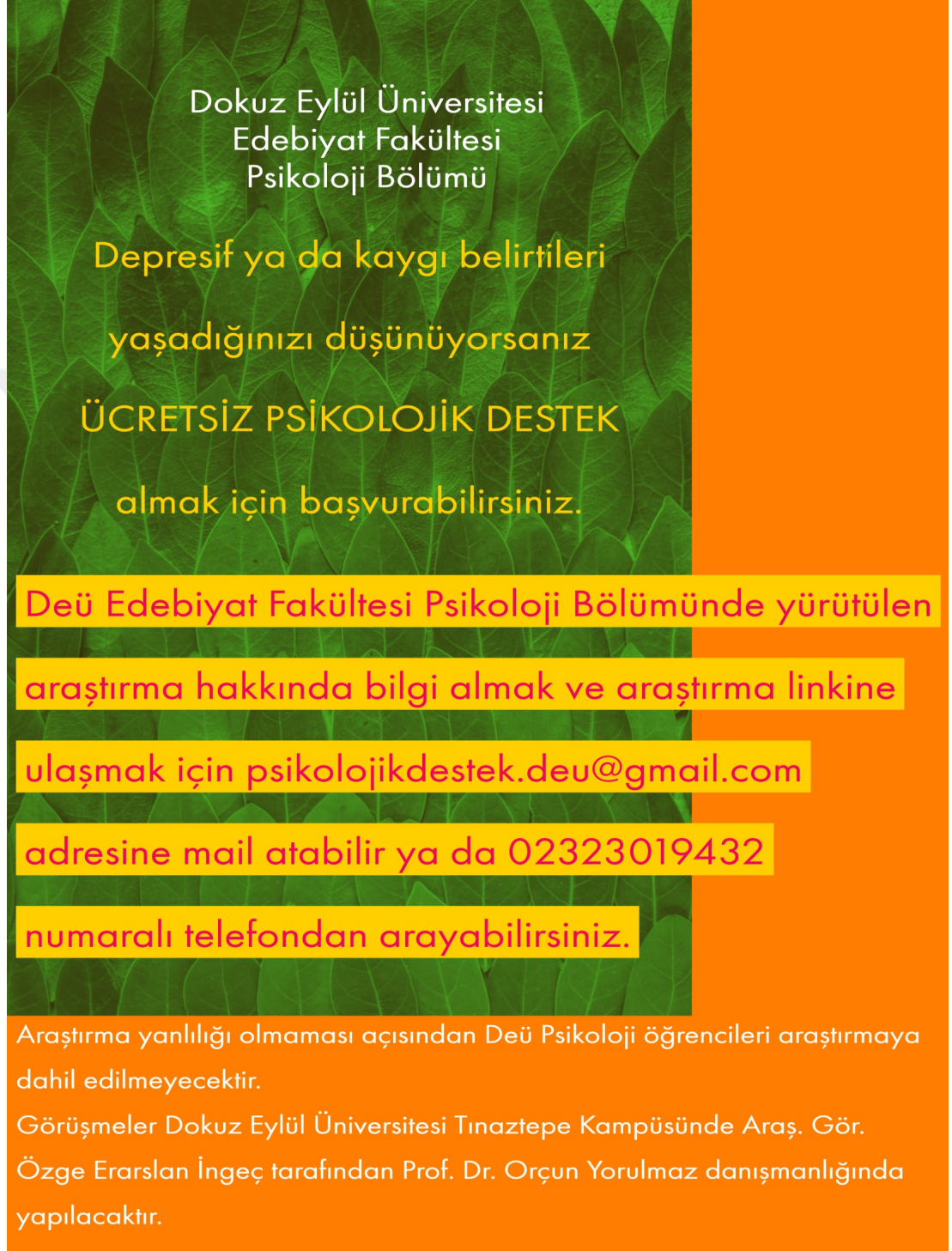
20. Korkmuş 1 2 3 4 5



Ek 14: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Örnek Maddeler)

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle katılmıyoru m	Katılmıyoru m	Biraz katılmıyoru m	Kararsız m	Biraz katılıyoru m	Katılıyoru m	Kesinlikle katılıyoru m
1	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum						
2	...						
3	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim						
4							
5	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim						
6	...						
7	Geleceğim hakkında iyimserim						
8	...						



Dokuz Eylül Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü

Depresif ya da kaygı belirtileri
yaşadığınızı düşünüyorsanız
ÜCRETSİZ PSİKOLOJİK DESTEK
almak için başvurabilirsiniz.

Deü Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde yürütülen
araştırma hakkında bilgi almak ve araştırma linkine
ulaşmak için psikolojikdestek.deu@gmail.com
adresine mail atabilir ya da 02323019432
numaralı telefondan arayabilirsiniz.

Araştırma yanlılığı olmaması açısından Deü Psikoloji öğrencileri araştırmaya
dahil edilmeyecektir.

Görüşmeler Dokuz Eylül Üniversitesi Tınaztepe Kampüsünde Araş. Gör.
Özge Erarslan İnceç tarafından Prof. Dr. Orçun Yorulmaz danışmanlığında
yapılacaktır.