



**T.C.
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞUN ŞEMA TERAPİ MODELİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Elif KURNALI ULUSOY

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Haziran 2024



**T.C.
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞUN ŞEMA TERAPİ MODELİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Elif KURNALI ULUSOY

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Doç. Dr. Yasemin KAHYA

Haziran 2024

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin en başından itibaren desteğini hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin KAHYA'ya sonsuz teşekkür ederim. Hocam, süreç boyunca hep daha iyi öğrenmem için en açık ve somut örnekleri sundunuz, satır satır okuyup öneriler verdiniz, bana akademik sağlıklı bir iç ses oldunuz. Yolum sizinle kesiştiği için çok şanslıyım, çok teşekkür ederim.

Tez savunma jüri üyesinde yer alan Doç. Dr. İ. Volkan GÜLÜM'e ve Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ÇAPAR TAŞKESEN'e jüri üyeliğini kabul ettikleri için ve tüm geri bildirimleriyle değerli katkıları için çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca ders alma şansına eriştiğim değerli hocalarım Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR'a, Doç. Dr. Murat BOYSAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Zehra ERŞAHİN'e, Dr. Öğr. Üyesi Esra ZIVRALI YARAR'a çok teşekkür ederim. Esra Hocam, akademik yazımla ilgili geri bildirimleriniz benim için çok kıymetliydi, çok teşekkür ederim. Tez önerisi sunumundaki klinik çalışmalarla ilgili verdiğiniz önerilerle bu çalışmanın kaderini değiştirdiğiniz için Prof. Dr. Sedat BATMAZ'a çok teşekkür ederim.

Bu çalışmadaki verilerin toplanabilmesi için izin veren Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü ve Çankırı Devlet Hastanesi yetkililerine çok teşekkür ederim. Bilimsel araştırma izni evraklarını toplayabilmem için titizlikle yardımcı olan Eğitim Hemşiresi Ayşegül KESKİN GÜLER'e çok teşekkür ederim. Hastanenin psikiyatri uzmanları, Uzm. Dr. Saba ÇİÇEK'e ve Uzm. Dr. Çağlar SOYKAN'a süreç boyunca sabırla katılımcı yönlendirdikleri için çok teşekkür ederim. Psk. Emine Pınar YÜKSEL'e ve Psk. Nihal Nur BAYRAKTUTAR'a veri giriş sürecindeki destekleri için çok teşekkür ederim. Bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara en içten teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecim boyunca hayatımdaki güzelliklere ve zorluklara eşlik ettiğiniz için değerli arkadaşlarım Merve ÖZGÜL'e, Nihal Nur BAYRAKTUTAR'a, Kübra GEDİK'e ve Selennur ŞİMŞİR ÇELİKOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Bu süreçte akademik planlarıma öncelik vermeme anlayış gösteren ve destekleyen ikinci ailem, sevgili Belgin ve Hacı ULUSOY'a çok teşekkür ederim. Sorumluluk sahibi olmayı

sizden öğrendiğim sevgili annem ve babama, sonsuz koşulsuz sevgi ve destekleri için çok teşekkür ederim. Sevgili ağabeyim Melih KURNALI'ya varlığı ve motivasyon kaynağı olduğu için çok teşekkür ederim. Patili kızlarım Gölge'm ve Ayşe'm, iyi ki evimin bir parçasısınız, neşe kaynağımsınız. Ve son olarak, öğrenme merakına ve çalışma azmine her geçen gün hayran kaldığım değerli eşim Necip ULUSOY'a çok teşekkür ederim. Sayende yorulduğumda devam etmek için yan odaya bakmam yeterli oldu, bana süreci keyifli ve kolay kıldın, iyi ki varsın.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI.....	3
1.1. Majör Depresif Bozukluk.....	3
1.1.1. MDB'nin Yaygınlığı ve Seyri.....	4
1.1.2. MDB'de Demografik Özellikler.....	5
1.1.3. MDB'nin Alt-Tipleri.....	6
1.1.4. MDB'de Eş-tanı.....	7
1.1.5. Depresyonu Açıklayan Davranışçı ve Bilişsel Yaklaşımlar.....	8
1.2. Şema Terapi Modeli.....	11
1.2.1. Temel Duygusal İhtiyaçlar.....	12
1.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Boyutları.....	13
1.2.3. Şema Mod Modeli.....	16
1.3. Depresyon ve Şema Terapi Modeli Arasındaki İlişki.....	21
1.4. Çocukluk Çağı Travmaları.....	24
1.5. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki.....	24
1.6. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanının ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü.....	25
1.7. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Düzenleyici Rolü.....	27
1.8. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	29
2. BÖLÜM: YÖNTEM.....	33
2.1. İşlem.....	33
2.2. Katılımcılar.....	33
2.3. Veri Toplama Araçları.....	35
2.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	36
2.3.2. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.).....	36

2.3.3. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME).....	36
2.3.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3).....	37
2.3.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)	38
2.3.6. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	38
2.3.7. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	39
2.3.8. Çocukluk Çağı Travmaları Anketi (CTQ-33).....	39
2.3.9. Beck Kaygı Envanteri (BKE).....	40
2.4. Analiz	40
3. BÖLÜM: BULGULAR.....	41
3.1. Verilerin İstatistiksel Analize Uygunluğunun Test Edilmesi.....	41
3.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici Bulgular	42
3.3. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	42
3.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Düzenleyici ve Aracı Model (PROCESS Model 90)	45
3.5. İşlevsiz Ebeveyn Modları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Aracı Modeller (PROCESS Model 81).....	50
3.5.1. Talepkar Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkide Kırılğan Çocuk Modu ile Söz Dinleyen Teslimci ve Kopuk Korungan Başa Çıkma Modlarının Seri Aracı Modeli	51
3.5.2. Cezalandırıcı Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkide Kırılğan Çocuk Modu ile Söz Dinleyen Teslimci ve Kopuk Korungan Başa Çıkma Modlarının Seri Aracı Modeli	55
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	59
4.1. Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Düzenleyici ve Aracı Modele Yönelik Bulguların Tartışılması	59
4.2. Şema Mod Modeli Bağlamında İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Aracı Modellere İlişkin Bulguların Tartışılması	65
4.3. Klinik Doğurgular	70
4.4. Sınırlılıklar ve Öneriler	71
SONUÇ	73
KAYNAKLAR.....	74
EKLER	98

ÖZET

Majör Depresif Bozukluk (MDB), dünya genelinde kısıtlılıkla geçirilen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri arasında olup kayda değer düzeyde insan kaynağının kaybına neden olan önemli bir psikolojik sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalar, Şema Terapinin MDB'nin sağaltımında umut verici olduğuna işaret etmektedir. Buradan hareketle, mevcut çalışmada, MDB tanılı bireylerden oluşan klinik bir örnekleme, Şema Terapi modeli çerçevesindeki değişkenler ve depresyon şiddeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemi, MDB tanısı alan, yaşları 18 ile 63 (Ort. = 26.08, SS = 9.27) arasında değişen 106 katılımcıdan oluşmaktadır. Öncelikle, psikiyatri servisi tarafından yönlendirilen MDB odağındaki bireylere Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.) uygulanarak tanısal değerlendirme yapılmıştır. Ardından, katılımcılara demografik bilgi formu, Şema Mod Envanteri (Versiyon-3), Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi ve Beck Kaygı Envanteri'nden oluşan anket seti yüz yüze ve bireysel olarak uygulanmıştır. Çalışmanın ana hipotezleri, Düzenleyici ve Seri Aracı Model Analizi (Model 90) ve Paralel Seri Aracı Model Analizi (Model 81) ile sınanmıştır. Şema Terapi modelinin sonuçlarına göre, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide sırasıyla Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rolde anlamlı olduğu, ayrıca bu ilişkinin düşük ve orta düzeylerdeki psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlendiği görülmüştür. İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının ayrı ayrı sınıdığı Şema Mod modelinin sonuçlarına göre ise, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı değilken, bu ilişkide kırılan çocuk modunun aracı rolü ve kırılan çocuk modu ile kopuk korungan başa çıkma modunun seri aracı rolü anlamlı bulunmuştur. Cezalandırıcı ebeveyn modunun sınıdığı modelde ise, cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı bulunurken, bu ilişkideki dolaylı ilişkiler anlamlı bulunmamıştır. Bulgular, literatür ışığında tartışılmıştır. Sonuç olarak, MDB'de Şema Terapinin açıklayıcı, koruyucu, önleyici ve tedavi edici klinik faydaları potansiyel görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şema Terapi, çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik dayanıklılık, depresyon şiddeti



ABSTRACT

Major Depressive Disorder (MDD) is a major mental health problem causing loss of human resources and limited life worldwide. Studies indicate that Schema Therapy is promising in the treatment of MDD. Therefore, the present study aimed to examine the relationship between variables of Schema Therapy model and the severity of depression in a clinical sample. The study sample consisted of 106 participants diagnosed with MDD, aged between 18 and 63 years ($M = 26.08$, $SD = 9.27$). First of all, Participants who were referred by psychiatry service with a high possibility of MDD were clarified using the Brief International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Then, a questionnaire set consisting of a demographic information form, Schema Mode Inventory (Version-3), Young Schema Scale-Short Form 3, Difficulty in Emotion Regulation Scale-Short Form, Psychological Resilience Scale for Adults, Beck Depression Inventory, Childhood Trauma Questionnaire and Beck Anxiety Inventory was presented to the participants face-to-face and individually. The study's main hypotheses were tested with Moderation and Serial Mediation Model Analysis (Model 90) and Parallel Serial Mediation Model Analysis (Model 81). According to the results of the Schema Therapy model, the relationship between childhood traumas and depression severity was mediated by disconnection and rejection schema domain and emotion dysregulation, and this relationship is moderated by psychological resilience. In the Schema Mode model, dysfunctional parent modes were tested in separate models. While the direct relationship between the demanding parent mode and depression severity was not significant, the mediating role of the vulnerable child and the serial mediating role of the vulnerable child and the detached protector were found to be significant in this relationship. In the punitive parent model, the direct relationship between punitive parent and depression severity was significant, while the indirect relationships were not significant. Consequently, Schema Therapy in MDD has various potential clinical benefits.

Key Words: Schema Therapy, childhood traumas, emotion dysregulation, psychological resilience, depression severity

SEMBOLLER

%: Yüzdelik değerler

F: Sıklık değerleri

N: Katılımcı sayısı

r: Korelasyon katsayısı

p: Anlamlılık değeri

B: Standardize edilmemiş beta katsayısı

KISALTMALAR

MDB: Majör Depresif Bozukluk

M.I.N.I.: Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme

ŞME: Şema Mod Envanteri (Versiyon-3)

YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3

DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

CTQ-33: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi

BKE: Beck Kaygı Envanteri

Ort.: Ortalama

SS: Standart Sapma

Çarp.: Çarpıklık

Bas.: Basıklık

Min.: Minimum

Maks.: Maksimum

SH: Standart Hata

GA: Güven Aralığı

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kopukluk ve reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün, psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü çerçevesinde incelenmesi

Şekil 2. Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılgan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının aracı rolünün şema terapi mod modeli çerçevesinde incelenmesi

Şekil 3. Cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılgan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının aracı rolünün şema terapi mod modeli çerçevesinde incelenmesi

Şekil 4. Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model

Şekil 5. Duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü

Şekil 6. Şema Mod Modeli Çerçevesinde Talepkar Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model

Şekil 7. Şema Mod Modeli Çerçevesinde Cezalandırıcı Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İşlevsel ve İşlevsel Olmayan Şema Modları

Tablo 2. MDB Tanısı Alan Katılımcılara İlişkin Demografik Özellikler

Tablo 3. Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Tablo 4. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Değerleri

Tablo 5. Talepkar Ebeveyn ile Depresyon Şiddeti Arasındaki Doğrudan ve Dolaylı İlişkiler

Tablo 6. Cezalandırıcı Ebeveyn ile Depresyon Şiddeti Arasındaki Doğrudan ve Dolaylı İlişkiler

GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en az iki hafta süren üzüntülü duyguduruma eşlik eden duygusal, bedensel, bilişsel alanlardaki birçok belirtinin bir arada görüldüğü, bireylerin gündelik, mesleki, sosyal alanlardaki işlevselliğini belirgin şekilde etkileyen önemli bir psikolojik sağlık sorunudur (APA, 2022). Ayrıca, dünya genelinde kısıtlılıkla geçirilen yılların önde gelen nedenleri arasında yer almakta ve genel hastalık yükünü arttırmaktadır (Vos ve ark., 2017). MDB ile ilişkili faktörleri anlamak klinik fayda açısından önemli görünmektedir. MDB'nin tedavisinde yaygın olarak başvuru alan Bilişsel Davranışçı Terapilerin bilinen etkililiğinin yanı sıra (Dimidjian ve ark., 2006), son zamanlarda Şema Terapi depresif belirtilerin azaltılmasında umut verici bir seçenek olarak belirmektedir (Renner ve ark., 2016). Buradan hareketle, mevcut araştırmada, MDB tanılı bireylerden oluşan klinik bir örneklemde Şema Terapi modeli çerçevesindeki değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

MDB'de çocukluk çağı travmaları önemli bir yatkınlık faktörü olup artan depresyon şiddetiyle ilişkilidir (Humphreys ve ark., 2020). Bağımsız araştırmalar, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide, Kopukluk ve Reddedilme şema alanını (Rezaei ve ark., 2016) ve duygu düzenleme güçlüğü (O'Mahen ve ark., 2015) aracı rolde, psikolojik dayanıklılığı ise düzenleyici rolde (Schulz ve ark., 2014) tanımlamış ve incelemiştir. Araştırmanın ilk amacı, erken dönem uyum bozucu şemaların merkezde olduğu Şema Terapi modeli bağlamında, MDB'de yatkınlık oluşturan ve koruyuculuk sağlayan bu faktörlerin bütünleşik şekilde incelenmesidir. Diğer yandan, Şema Terapide erken dönem uyum bozucu şemaların tetiklenmesiyle anlık duygusal durumlar olarak şema modları tanımlanmıştır ve Şema Mod modeline göre, işlevsel olmayan ebeveyn modları, çocuk modunu tetikler ve açığa çıkan yoğun olumsuz duygulanım sonucunda uyum bozucu başa çıkma modları kullanılır (Arntz ve Jacob, 2022). Araştırmanın diğer amacı ise, belirtilen işleyişi açısından Şema Mod modelinin, MDB'de artan depresyon şiddetiyle ilişkisini incelemektir.

İzleyen bölümde, ilk olarak MDB tanısına yönelik genel güncel bilgiler aktarılmıştır. Daha sonra, Şema Terapinin bileşenleriyle ilgili bilgiler sunularak bunların MDB ile ilişkisine

değinilmiştir. Ardından, araştırmanın diğer değişkenleri arasındaki ilişkiler Şema Terapi modeli bağlamında bütünleştirilerek mevcut araştırmada sınanacak modeller açıklanmış ve araştırmanın amacı, önemi ve hipotezleri belirtilmiştir.



1. BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI

1.1. Majör Depresif Bozukluk

Günlük hayatta depresyon, kişinin kendisi için önemli bir şeyini yitirdiğinde ortaya çıkan hüznün, üzüntü durumu anlamında kullanılmaktadır (Hooley ve ark., 2021; Türkçapar, 2018). Normal üzüntü durumunun klinik depresyona dönüşmesiyle ilgili sınır net olmamakla birlikte, üzüntü durumu belirli süre ve şiddeti aştığında klinik depresyon olarak değerlendirilmektedir. DSM-5-TR'ye göre, en az iki hafta süren üzüntülü duyguduruma eşlik eden ilgi kaybı, iştah değişimi, uyku güçlüğü, enerji azlığı, hareketlerde azalma veya ajitasyon, değersizlik/suçluluk duyguları, düşünceleri ve dikkati toplamakta güçlük, ölümle ilgili tekrarlayıcı düşünceler gibi duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal dokuz belirtiden en az beşi bir arada görüldüğünde Majör Depresif Bozukluk (MDB) olarak tanılanmaktadır (APA, 2022). Ayrıca, görülen depresif belirti ve bulguların çeşitliliği, kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Örneğin, bazı bireylerde iştahta artış ya da azalış görülebilirken bazılarında ise iştahta herhangi bir değişim olmayabilir. Öyle ki, 3703 majör depresif bozukluk tanılı katılımcıyla yürütülen bir çalışmaya göre, araştırmacılar 1030 farklı depresif belirti profili belirlemiş olmalarına karşın katılımcıların yalnızca yaklaşık %2'sinde ortak belirti profili görülmüştür (Fried ve Nesse, 2015). Dolayısıyla depresyon belirtilerinin oluşturduğu klinik tablo kişiden kişiye oldukça farklılaşabilmektedir.

Bireylerin yaşadığı sıkıntılara MDB tanısı konulabilmesi için bu belirtilerin madde kullanımı veya başka bir sağlık durumuyla ilişkili olmaması, hiçbir zaman mani/hipomani dönemi görülmemesi ve psikozla süregiden başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir (APA, 2022). Aynı zamanda belirtiler, gündelik, mesleki veya sosyal alanlardaki işlevselliği belirgin şekilde etkilemelidir. MDB tanılı bireylerin çoğunlukla kişilerarası ve evlilik ilişkilerinde zorluk (Hammen, 2018), yürütücü işlevler, bellek ve dikkat gibi bilişsel işlemlerde güçlük (Rock ve ark., 2014), iş gücü kaybı ve işsizlik (Greenberg ve ark., 2021) yaşadığı da bilinmektedir. MDB bireyi etkilemesinin yanı sıra, toplumu da etkilemektedir. Dünya genelinde kısıtlılıkla geçirilen yılların önde gelen nedenleri arasında yer almakla beraber genel hastalık yükünü arttırmaktadır (Vos ve ark., 2017). Bu durum, ABD'de 2010-2018 yılları

arasında yürütülen bir çalışmaya göre, MDB bildiren bireylerdeki iş gücü kaybı, tedavi, intihar, eş-tanı gibi doğrudan ve dolaylı maliyetlerin ülke ekonomisine %37,9 oranındaki artışla 326,2 milyar dolar mali kayıpla yansıdığı raporlanmıştır (Greenberg ve ark., 2021). MDB tanısının gerek birey gerek toplum için öncelikli sorunlardan biri olduğu anlaşılmaktadır. Buradan hareketle, mevcut çalışmanın merkezini MDB oluşturmaktadır. İzleyen bölümlerde sırasıyla, MDB'nin yaygınlığı ve seyri, demografik özellikleri, alt-tipleri, eş-tanı durumu ve MDB ile ilgili kuramsal ve uygulama yaklaşımları açıklanacaktır.

1.1.1. MDB'nin Yaygınlığı ve Seyri

Majör Depresif Bozukluk, oldukça ciddi ve yaygın çalışılan bir depresif bozukluk olması sebebiyle psikopatolojinin soğuk algınlığı olarak adlandırılmaktadır (Feliciano ve ark., 2018). Ülkemizde yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında, 12 aylık MDB'nin yaygınlığı, ülke genelinde %4 olarak bulunmuştur (Erol ve ark., 1998). ABD'de yürütülen epidemiyoloji çalışmasına göre, MDB'nin yaşam boyu yaygınlığı %16.2 olarak, 12 aylık görülme yaygınlığı ise %6.6 olarak raporlanmıştır (Kessler ve ark., 2003). Kuzey Amerika (Kanada ve ABD), Latin Amerika (Brezilya, Şili ve Meksika), Avrupa (Çek Cumhuriyeti, Almanya, Hollanda ve Türkiye) ve Asya (Japonya)'dan 10 farklı ülkede, majör depresif epizotların yaygınlığının incelendiği bir çalışmada, yaşam boyu yaygınlık ülkeler arasında %3 (Japonya) ile %16.9 (ABD) arasında değişkenlik gösterirken ülkemizde %6.3 olarak belirlenmiştir (Andrade ve ark., 2003). Geçmişten günümüze dek ülkemizde yaygınlık oranları artmakla beraber bu oran, ülkeler arasında oldukça farklılaşmaktadır. Literatür incelendiğinde, daha güncel olan ulusal yaygınlık çalışmalarına da ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

MDB'nin seyrine bakıldığında, bazı bireylerde yaşam boyu yalnızca bir depresif epizot görülmektedir (Eaton ve ark., 2008). Ancak herhangi bir majör depresif epizotta, belirti sayısı arttıkça bireyin işlevselliğini etkileme olasılığı artmaktadır (de Graaf ve ark., 2010). Bundan dolayı, yaşam boyu tek bir depresif epizot görülse dahi oldukça önemli bir bozukluk olduğu söylenebilir. İlk depresif epizotunu yaşadığını belirten MDB tanılı bireylerin yaklaşık %50'sinde ise tekrarlayan epizot görüldüğü bilinmektedir (Eaton ve ark., 2008). Epizotların ortalama süresi 16 haftayı kapsamakta (Kessler ve ark., 2003), bu epizotların ardından kalıntı belirti veya bulgular olması durumunda bir sonraki epizotun tetiklenme olasılığı artmaktadır (Judd ve ark., 1998). Ayrıca ilk depresif epizotun başlangıç yaşı (Eaton ve ark., 2008), yaşam

boyu görülen toplam epizot sayısı (Solomon ve ark., 2000), epizot ardından işlevsellikte belirgin bozulma (Solomon ve ark., 2004) gibi faktörler de sonraki epizotlar için yatkınlık faktörleridir. Bunların yanı sıra, bir depresif epizotun ardından iyileşme bildirilen süre (remisyon) arttıkça sonraki epizotun tekrarlanma ihtimali azalmaktadır (Solomon ve ark., 2000). Dolayısıyla MDB'nin seyri, birey için yatkınlık ve dayanıklılık oluşturan faktörlere göre değişebilmektedir.

1.1.2. MDB'de Demografik Özellikler

Majör Depresif Bozuklukla ilgili epidemiyoloji çalışmaları incelendiğinde, MDB'nin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey ve medeni durum gibi demografik değişkenlerle ilişkisi olabileceği anlaşılmaktadır. MDB, tüm yaş gruplarında görülmekte olup yaşam dönemlerine göre sıklığı farklılaşmaktadır. MDB'nin ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ikinci yarısıdır (Hasin ve ark., 2018; Kessler ve ark., 2005, 2009). 13 yaş altındaki çocukların %2.8'inde, 13-18 yaş arasındaki ergenlerin ise %5.6'sında depresyon görülebildiği bilinmektedir (Jane Costello ve ark., 2006). Ancak daha güncel bir çalışmanın sonuçlarına göre, 12 ile 17 yaş arasındaki ergenlerde, MDB yaygınlığı %13.2'ye yükselmiştir (Twenge ve ark., 2019). 18 ile 34 yaş aralığından 35 ile 49 yaş aralığına doğru yaşam boyu MDB oranları artış eğiliminde olup daha ileri yaşlarda belirgin şekilde azalmaktadır (Kessler ve ark., 2009). 60 yaş ve üzerindeki bireylerde, MDB sıklığı genç ile orta yetişkinliğe kıyasla oldukça düşüktür (Kessler ve ark., 2003). Yaşlılıktaki depresyonda, bilişsel ve bedensel belirtilerin yoğunluğu daha fazladır (Fiske ve ark., 2009; Morimoto ve ark., 2015). Bu yaş grubunda kardiyovasküler, diyabet, solunum, kanser, kas iskelet hastalıkları gibi kronik tıbbi hastalıklar dünya genelinde oldukça yaygın olduğundan dolayı, depresyonun belirtileri ile bu hastalıkların belirtileri iç içe geçerek depresyon tanısını belirginleştirmek güçleşebilmektedir (Kessler ve ark., 2009, 2010). Yaşam boyu bütün yaş gruplarındaki MDB yaygınlık oranlarından hareketle, bireylere MDB tanısı konulurken hangi yaş döneminde bulunduğunu göz önünde bulundurmak oldukça önemlidir.

MDB görülme sıklığının cinsiyetler arasındaki farklılığına bakıldığında, kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir (Andrade ve ark., 2003; Kessler ve ark., 2003). Dünya genelinde 15 farklı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre, bu oran ülkeler arasında değişmekle birlikte kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğu (Seedat ve ark., 2009), tüm yaş gruplarında (Angst ve ark., 2002) raporlanmıştır.

Bu farklılık, 12-13 yaşları itibariyle ergenlik döneminin başında ortaya çıkmakta, orta ergenlikte kızlarda belirgin yükselme eğiliminde olup genç yetişkinliğe doğru azalarak farklılık oranları sabit kalma eğilimindedir (Hankin ve ark., 1998; Salk ve ark., 2017). Hyde ve arkadaşları (2008) depresyondaki cinsiyet farklılığına yönelik bütünleştirici bir model önermektedir. Bu modele göre, biyolojik faktörler (genetik etkiler, ergenlik hormonları, ergenlik zamanlaması), duygusal faktörler (mizaç), bilişsel faktörler (olumsuz bilişsel tarz, nesneleştirilmiş beden imajı, ruminasyon) ile olumsuz yaşam olayları (cinsel istismar, kişilerarası sorunlar) bir araya gelmekte ve depresyonun gelişimine yatkınlık oluşturmaktadır. Bu faktörlerin birbiriyle nasıl etkileşime girdiği ve depresyon oluşumundaki rolleri açık değildir. Ancak, farklı bireylerin farklı yatkınlık faktörlerine sahip olması ve farklı olumsuz yaşam olayı ile karşılaşması önemli olup bu faktörlerin herhangi bir kombinasyonu depresyonu tetikleyebilmektedir (Hyde ve Mezulis, 2020). Dolayısıyla, MDB gelişimindeki yatkınlık faktörlerini cinsiyetler arasındaki farklılıklar açısından anlamak kuram ve uygulama açısından katkı sağlayıcı olabilir.

Geçmişten günümüze dek MDB'nin sosyo-ekonomik düzey ile ilişkisi incelendiğinde, hane geliri düşük olan bireylerde, hane geliri yüksek olan bireylere göre daha yaygın görüldüğü bilinmektedir (Hasin ve ark., 2018; Kessler ve ark., 2003). Ancak sosyo-ekonomik düzeyle ilgili ilginç olan yan ise, gelir düzeyi yüksek olan ülkelere, gelir düzeyi orta ile düşük olan ülkelere kıyasla yaşam boyu daha yaygın majör depresif epizot görülmesidir (Bromet ve ark., 2011). Bu durum, nedeni açık olmamakla beraber, düşük ile orta gelirli ülkelerdeki bireylerin geçmiş yaşam dönemlerini hatırlamakta güçlük yaşamalarından kaynaklanabilir (Kessler ve Bromet, 2013).

Son olarak medeni durum açısından MDB incelendiğinde, birçok çalışmayla tutarlı olarak bekar, boşanmış veya ayrılmış bireylerde evli olanlara kıyasla MDB'nin daha yaygın görüldüğü raporlanmıştır (Hasin ve ark., 2018; Markkula ve ark., 2015).

1.1.3. MDB'nin Alt-Tipleri

Majör Depresif Bozukluk, homojen bir sendrom olmaktan ziyade, farklı belirti ve bulguların bir arada görüldüğü heterojen bir bozukluktur (Fried ve Nesse, 2015). Bundan dolayı, MDB'de belirtilere, belirti şiddetine, başlangıç yaşına, gidişata, tedavi yanıtına, cinsiyete, anksiyete eş-tanısına, intihar eğilimine, kalıtsal farklılıklara göre alt tiplere ayırmaya

yönelik birçok inceleme yapılmıştır (Carragher ve ark., 2009; Harald ve Gordon, 2012; ten Have ve ark., 2016; Nguyen ve ark., 2022). Bu çalışmalardan hareketle, kategorik alt tiplere ayırmanın güç olduğu, ağırlıklı olarak belirtilerin boyutsal olabileceği anlaşılmaktadır.

MDB'nin belirleyicileriyle ilgili olarak DSM-5'te bunalıtlı sıkıntı, karma, melankolik, atipik, psikotik, katatonik özellikli, peripartum başlangıçlı ve mevsimsel döngülü gibi alt tipler ve şiddetine göre alt tipler kategorize edilmiştir (APA, 2013). Yapılan çalışmalarda, alt tiplere özgüllük katan etmenler belirtilmektedir. Melankoli özellikli alt tipte, daha şiddetli epizotlar, daha olumsuz seyir; atipik özellikli alt tipte, daha uzun epizot süresi, daha fazla çocukluk çağı travması, daha fazla metabolik sendrom ve düşük farmakolojik tedavi yanıtı; bunalıtlı alt tipte ise, daha yüksek nevrozite raporlanmıştır (Lamers ve ark., 2010; Lamers ve ark., 2016; Musil ve ark., 2017). Ek olarak, atipik ve melankolik özelliklerle seyreden alt tiplerde, nöropsikolojik işlevlerde bozulma bildirilmiştir (Bosaipo ve ark., 2017). Alt tiplere ait ayırıcı özelliklerden hareketle, MDB'nin alt tiplerinin potansiyel olduğu görüşü halen ağır basmaktadır.

Alt tiplerin birbirinden farklılaşan özelliklerinin yanı sıra benzeşen özellikleri de olabilmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tutarlı olmayan sonuçlar nedeniyle alt tipleri birbirinden net bir şekilde ayırmanın mümkün olmadığı, alt tipler arasında etiyoloji, tedavi yanıtı gibi etmenler açısından örtüşen yanların olduğu sonucuna varılmıştır (Harald ve Gordon, 2012). Ayrıca, alt tiplerin mevcut epizottaki görünimleri de değişebilmektedir. MDB'li bireylerde, mevcut majör depresif epizot saf bir alt tipte, birden fazla alt tipte veya herhangi bir alt tipte ait olmadan yaşanabilmektedir (Arnold ve ark., 2015). Bunların yanı sıra, yıllar içinde, alt tipler arasında sabit kalma oranları değişmekte ve alt tipler arası geçiş mümkün olabilmektedir (Lamers ve ark., 2012). Dolayısıyla, ilerleyen çalışmalarda, alt tiplere ilişkin ayırıcı sınırların belirlenmesine ve örtüşen özelliklerin aydınlatılmasına ihtiyaç vardır.

1.1.4. MDB'de Eş-tanı

Majör Depresif Bozukluk hem psikolojik bozukluklarla hem de tıbbi hastalıklarla eş-tanlı olarak ortaya çıkmaktadır (Steffen ve ark., 2020). Kardiyovasküler, metabolik, nörolojik, iltihaplı hastalıklar ile kanser gibi tıbbi hastalıklara MDB'nin eşlik ettiği, ayrıca kronik tıbbi hastalıkların MDB ile daha sık birlikte görüldüğü kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında raporlanmıştır (Gold ve ark., 2020).

Birçok psikolojik bozukluk açısından da MDB eş-tanısı oldukça yaygındır. MDB ile kişilik bozukluklarının eş-tanısı majör depresif epizotların başlamasında ve tekrarlamasında artışla ilişkili olup özellikle Sınır Kişilik Bozukluğu eş-tanısının varlığında, MDB kronik seyir göstermektedir (Gunderson ve ark., 2008; Skodol ve ark., 2011). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, MDB ile yaygın bir şekilde eş-tanlı olmakta (Rytwinski ve ark., 2013), eş-tanı durumunda her iki bozukluğun da belirtileri peşi sıra devam etmektedir (Armenta ve ark., 2019). Ayrıca, MDB eş-tanısı psikolojik bozukluklar bağlamında daha olumsuz fiziksel işlevsellik ve tıbbi hastalık yüküyle de ilişkilidir (Nichter ve ark., 2019). MDB, Yeme Bozuklukları (Garcia ve ark., 2020), Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sharma ve ark., 2021) ile de eş-tanlı görülmektedir. Madde Kullanım Bozuklukları ile sıklıkla birlikte görülmekte olup, 1990 ile 2019 yılları arasında yapılan çalışmaların meta-analizine göre, bu bozukluklar içinde Alkol Kötüye Kullanımı, Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımına göre daha sık eş-tanlıdır (Hunt ve ark., 2020).

MDB ile en yaygın şekilde ortaya çıkan psikolojik bozukluk ise Kaygı Bozukluklarıdır (Gao ve ark., 2019). MDB ile eş-tanlı Kaygı Bozukluğu durumunda, özellikle psikomotor retardasyon/ajitasyon belirtisi her iki bozukluk arasında köprü işlevi gören ortak belirti olarak raporlanmıştır (Kaiser ve ark., 2021). Ayrıca MDB'ye eşlik eden anksiyete belirtileri, depresyon şiddetinin, intihar girişiminin ve psikotik belirtilerin artmasıyla ilişkilidir (Yang ve ark., 2019). Dolayısıyla eş-tanı durumu, fiziksel ve psikiyatrik işlevsellikteki bozulma açısından daha şiddetli ve kronik seyir ile sonuçlanmaktadır (ter Meulen ve ark., 2021). Bunların yanı sıra MDB eş-tanısı ile ilgili, cinsiyetler arasında farklılıklar mevcuttur. Kadınlarda Kaygı Bozukluklarının yaşam boyu eşlik etmesi daha olasıyken, erkeklerde ise Alkol Kötüye Kullanım Bozukluğu daha yaygın bir şekilde MDB'ye eş-tanı olarak ortaya çıkmaktadır (Hunt ve ark., 2020; Schuch ve ark., 2014).

1.1.5. Depresyonu Açıklayan Davranışçı ve Bilişsel Yaklaşımlar

Depresyonu açıklayan çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bulunmaktadır. Bu bölümde, depresyon tedavisinde etkililiği bilinen ve yaygın çalışılan psikolojik açıklamalardan davranışçı ve bilişsel yaklaşımlara yer verilecektir. Davranışçı yaklaşımlar, pekiştirme tarifelerinden hareketle türetilmiştir. Bu konudaki ilk açıklamalar Ferster (1973)'in çevresel faktörler ve davranış arasındaki ilişkinin incelendiği, depresyonun işlevsel analizinden

gelmektedir. Buna göre, bireyler azalan çevresel ödöl nedeniyle, davranışsal geri çekilme yaşamaktadır. Ardından, sağlıklı davranışın olumlu pekiştirilme olasılığı azalır. Bu durum, sağlıklı davranış repertuvarının azalması ve disfori ile sonuçlanmaktadır. Daha sonra bu yaklaşım, Lewinsohn (1986) tarafından genişletilmiştir. Buna göre, çevre tarafından verilen olumlu pekiştireçlerin sayısının azalması veya aversif uyaranların artması, bireye özgü biyolojik veya deneyimsel faktörlere bağlı olarak olumlu pekiştireç sayısının azalması, bireyin olumlu pekiştireç almayla ilgili sosyal becerilerde güçlük yaşaması gibi faktörler olumlu pekiştirilme oranının azalmasına ve depresyona neden olmaktadır. Olumlu pekiştirmenin azalması yoluyla, artan kaçınma davranışlarından ve depresif duygulanımdan hareketle, davranışsal aktivasyon modeli geliştirilmiştir (Jacobson ve ark., 1996). Bu modele göre, artan sağlıklı davranışlar ve azalan depresif davranışlar sonucunda olumlu olaylar daha sık deneyimlenir, dolayısıyla olumsuz depresif duygu ve düşüncelerin azalması beklenmektedir (Lejuez ve ark., 2001). Davranışsal aktivasyona göre, depresyonun bilişsel yönü yok sayılmamaktadır. Ancak doğrudan bilişsel içeriğe müdahale yerine, davranışa müdahalenin sonucunda bilişsel içerikte dolaylı değişim beklenmektedir. Bundan dolayı, depresyonu açıklamada çeşitli bilişsel yaklaşımlar ortaya konulmuştur.

Depresyonu açıklayan bilişsel yaklaşımlar ilk olarak, Seligman (1975) tarafından hayvanlarla yapılan bir laboratuvar çalışmasını temel alan öğrenilmiş çaresizlik modeli üzerinden açıklanmaktadır. Bu model, kaçılması mümkün olmayan elektrik şokuna maruz kalan köpeklerin, kaçışın mümkün olduğunda kaçmak yerine çaresizliği öğrendikleri varsayımına dayanmaktadır (Overmier ve Seligman, 1967; Seligman ve Maier, 1967). Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan köpeklerde fark edilen özellikler ile depresyondaki bireylere ait benzer psikolojik özellikler (yeni beceriler öğrenmekte güçlük gibi) bir arada yorumlanmıştır (Maier ve Seligman, 1976). Buradan hareketle Seligman (1975), insanların da olumsuz olaylar sonucunda, bu olayların kontrol edilemez ve kendilerinin de çaresiz olduğunu öğrendiklerini öne sürmüştür. Çaresizliğe artan inanç sonucunda, motivasyon kaybı yaşanmakta, çevredeki olumsuz olayları kontrol etmek için yeni deneyimler öğrenilmemekte ve depresif belirtiler görülmektedir. Daha sonra, Abramson ve arkadaşları (1978) tarafından öğrenilmiş çaresizlik modeli yeniden formüle edilmiştir. Bu modelde, bireylerin karşılaştıkları olumsuz olaylar karşısında olayın nedenlerine yönelik kullandıkları atıf tarzının depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu öne sürülmüştür. Kontrol edilemez olumsuz olaylar karşısında özellikle *dışsal yerine içsel, geçici yerine kalıcı ve tekil yerine genel* atıflarda bulunan bireylerin depresyona karşı yatkın olabileceği ifade edilmiştir. Ardından, bu model depresyonun bilişsel çekirdeğini

umutsuzluk olarak temel alan umutsuzluk modeliyle yenilenmiştir (Abramson ve ark., 1989). Umutsuzluk, bireylerin önemli olaylar karşısında olumsuz bir sonucu beklmeleri ve olumsuz sonuçla baş edilemeyeceği yönündeki beklentiyle tanımlanmıştır. Bu beklentiye sahip bireylerin depresyona yatkın olabileceği belirtilmiş olup açığa çıkan alt-tip ise umutsuzluk depresyonu olarak ifade edilmiştir (Abramson ve ark., 1989).

Depresyonla ilgili Beck'in bilişsel kuramı ise, yaşamın erken dönemlerinde oluşan olumsuz düşünme tarzının gelişimini temel almıştır. Bu düşünme tarzına göre, bireyler, bilişsel üçlü adı verilen kendileri ("Ben sevimsizim"), çevreleri/yaşadıkları dünya ("Hayat berbat") ve gelecekleri ("Hiçbir şey düzelmeyecek") hakkında olumsuz inançlara sahiptir (Beck ve Alford, 2009). Stresli yaşam olayları ile karşılaşan bireylerde, bu inanç sisteminin aktifleşmesiyle depresyon tetiklenebilmektedir. Açığa çıkan depresif belirtilerin ardından, olumsuz bilişsel üçlü çeşitli bilişsel çarpıtmalarla sürdürülmektedir. Bunlar; *felaketleştirme*, *ya hep ya hiç tarzında düşünme*, *kişiselleştirme*, *aşırı genelleme*, *meli/malı ifadeleri*, *etiketleme*, *sonuçlara atlama*, *zihinsel filtre*, *duygusal karar verme*, *olumluyu geçersiz kılma* şeklinde olabilir (Burns, 2021). Örneğin; romantik ilişkisi sonlanan birey, "Sevimsizim." şeklinde *etiketleme*, "Hep yalnız kalacağım." şeklinde *felaketleştirme* gibi aynı durumda çeşitli bilişsel çarpıtmaları kullanabilir. Dolayısıyla, olumsuz inançlar ile bilişsel çarpıtmalar arasındaki karşılıklı etkileşim sonucunda, depresif belirtiler devam etmektedir.

Olumsuz düşünce içeriğinin merkeze alındığı Beck'in bilişsel kuramının aksine, Nolen-Hoeksema (1991) düşünme sürecini temel aldığı depresyonda ruminatif tepki tarzı kuramını öne sürmüştür. Buna göre, bazı bireyler, üzüntülü durumlarda, nasıl hissettikleri ve bunun nedenleri üzerinde uzun süre tekrarlayıcı şekilde düşünme eğiliminde olabilir. Bu duruma, dikkati, olumsuz duygu ve düşüncelere yöneltmeyi içeren sürekli, duygu odaklı ve pasif bir başa çıkma tarzı olan ruminasyon adı verilmektedir (Nolen-Hoeksema, 1991). Ruminatif başa çıkma tarzı kullanmanın depresyonu tetikleyebileceği vurgulanmıştır. Ruminasyon yapan bireylerde, depresyonun şiddetlendiği, olumsuz düşünce içeriğinin kuvvetlendiği, sorun çözme becerilerinin zedelendiği, sosyal desteğin azaldığı bilinmektedir (Nolen-Hoeksema ve ark., 2008).

Literatür incelendiğinde, MDB'nin tedavisinde, bilişsel ve davranışçı terapilerin etkililiği bilinmektedir (Dimidjian ve ark., 2006). Tedaviye yanıt oranı, tedavinin hemen ardından %60'ın üzerindedir, ancak tedaviden yaklaşık 1 yıl sonra depresif belirtilerin nüks oranı ise %30'tur (Young ve ark., 2021). Psikolojik bozukluklarda, nüks oranı arttıkça bozukluğun kronik seyri söz konusu olabilmektedir. Özellikle Kişilik Bozuklukları tanı

kategorisi ele alındığında, bozukluğun doğası gereği belirtilerin kronik, kalıcı, dirençli seyir gösterdiği bilinmektedir (APA, 2013). Kişilik bozuklukları gibi kronik seyir gösteren, tedaviye cevap vermeyen bozukluklar için bilişsel ve davranışçı yaklaşım ve müdahalelerin yanı sıra yaşantısal tekniklerin de kullanıldığı bütünlük bir terapi sistemi olan Şema Terapi modeli geliştirilmiştir (Young ve ark., 2003). Özellikle Sınır ve Narsistik Kişilik Bozuklukları için geliştirilen (Young ve ark., 2003) bu modelin Kişilik Bozukluklarının tedavisinde oldukça etkili olduğu yapılan çalışmalarda raporlanmıştır (Bamelis ve ark., 2014; Koppers ve ark., 2020). Çalışmaların sonucuna göre, belirtilerin azalması ve işlev bozucu örüntülerin yıkılmasıyla beraber, işlevselliğin artması ve korunması üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Kişilik Bozuklukları ile yürütülen Şema Terapi müdahalelerini takiben, çeşitli psikolojik bozuklukta da Şema Terapi uygulamaları yapılmıştır. Bu modelin, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Kaygı Bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yeme Bozuklukları gibi birçok psikolojik bozuklukta belirtilerin şiddeti ve seyri üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Peeters ve ark., 2021; Taylor ve ark., 2016). Benzer şekilde, Depresif Bozukluklar açısından yürütülen Şema Terapi uygulamalarının depresif belirti şiddeti üzerinde umut verici değişim oluşturduğu raporlanmıştır (Malogiannis ve ark., 2014; Renner ve ark., 2016). Dolayısıyla, izleyen bölümde Şema Terapi modeliyle ilgili detaylı açıklamalara yer verilecektir.

1.2. Şema Terapi Modeli

Psikoloji bilimi içerisinde köklü bir tarihe sahip olan şema kavramı, Bilişsel Terapinin öncüsü Beck'e göre, yaşamın erken dönemlerinde oluşan ve bireylerin duygu ve davranışlarına yön veren kişisel tutumlar ve varsayımlar anlamında kullanılmaktadır. Bu şemalar, olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilmekte ancak kusurlu ve çarpık kavramsallaştıklarında psikopatolojilerin gelişiminde rol oynamaktadır (Beck ve Alford, 2009). Temellerini Bilişsel Terapi modelinden alan Şema Terapi modeline göre ise şema kavramının tanımlanmasında yoğun bir genişleme görülerek şemalar şu şekilde tanımlanmaktadır: çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca gelişen bireyin kişisel etkileşimleriyle ilişkili olan anılardan, bilişlerden, duygulardan ve fiziksel duyumlardan oluşan önemli derecede işlev bozucu, genel, yaygın bir örüntü. Bu genişlemiş tanımdan hareketle şemalar, kişilik bozuklukları veya kronik seyreden psikopatolojilerin oluşumunda etkili görülmekte olup erken dönem uyum bozucu şemalar olarak adlandırılmaktadır (Young ve ark., 2003). Çocuğun duygusal mizacı, erken dönem

olumsuz yaşam deneyimleri ve karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlar erken dönem uyum bozucu şemaların kökenlerini oluşturmaktadır. Şema Terapi modelinde amaç, temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması sonucu olarak ortaya çıkan erken dönem uyum bozucu şemaların ve uyum bozucu başa çıkma biçimlerinin -bireyin yetişkinlik döneminde karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlarını kısmen karşılayacak yeni yollar bularak- değişimini hedeflemektir (Young ve ark., 2003). Şema Terapi modelinin daha açık bir şekilde anlaşılması amacıyla, izleyen bölümlerde sırasıyla, temel duygusal ihtiyaçlar, erken dönem uyum bozucu şema alanları ve boyutları, Şema Mod modeli detaylandırılacaktır.

1.2.1. Temel Duygusal İhtiyaçlar

Psikolojide ihtiyaçlar çeşitli şekillerde tanımlanmış olmakla birlikte, Şema Terapi çerçevesinde ele alınan temel duygusal ihtiyaçlar, (i) başkalarına güvenli bağlanma, (ii) özerklik, yeterlik ve kimlik algısı, (iii) gerçekçi sınırlar ve özdenetim, (iv) ihtiyaçları ve duyguları ifade özgürlüğü, (v) kendiliğindenlik ve oyundan oluşmaktadır (Young ve ark., 2003). Young ve arkadaşlarına (2003) göre, çocukluk döneminde karşılanmayan ihtiyaçların her biri, bağlantılı şema alanının oluşumuna zemin hazırlamaktadır: Çocukluk döneminde, güvenliğin ve istikrarın sağlanması, bakım ve korumanın gerçekleşmesi, empatik bir çevrede duyguların kabul edilmesi, paylaşılması ve saygı duyulması bireyin önemli ötekilere büyük ölçüde güvenli bir bağlanma geliştirmesine katkı sağlamaktadır. Bu ihtiyaç karşılanmadığında ise Kopukluk ve Reddedilme şema alanındaki şemalar gelişmektedir. Diğerlerinden ayrılabilen, hayatını sürdürebilen, bağımsız hareket edebilen ve başarılı performansta bulunma becerisi geliştirebilen bireylerde ise özerk, yeterli bir kimlik hissi geliştirmeye yönelik ihtiyaç karşılanmıştır. Bu ihtiyacın karşılanmaması durumunda ise, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanındaki şemalara zemin hazırlanmaktadır. Diğerlerinin haklarına saygı duyabilen, diğerleriyle iş birliği kurabilen, bireysel amaçlar doğrultusunda hareket edebilen bireylerde ise gerçekçi sınırlar ve özdenetim ihtiyacı karşılanmıştır. Bu ihtiyaç giderilmediğinde ise, Zedelenmiş Sınırlar şema alanındaki şemalar gelişebilmektedir. Çocuğun sevgi, onay, bağlılık alabilmesiyle ilgili ihtiyaçları koşula bağlanan bir çevrede büyümesi, çocuğun kendi gereksinimlerine karşın diğerlerinin tepkilerine aşırı odaklanmasına yol açarak ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etme özgürlüğünü kitleyebilir. Bu durumda Başkaları Yönelimlilik şema alanındaki şemalar oluşabilmektedir. Son olarak, çocuğun duygu, düşünce ve tepkilerini içinden

geldiği gibi ifade etmesinin yerine içselleştirilmiş kurallarla karşılaşması ve bastırması sonucunda, kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacı karşılanmamaktadır. Böylece, Aşırı Uyarılma ve Ketlenme şema alanındaki şemalar gelişebilmektedir. Dolayısıyla temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda, erken dönem uyum bozucu şema alanları ve boyutlarının geliştiği anlaşılmaktadır.

1.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve Boyutları

Erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumunu etkileyen dört faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar, ihtiyaçların karşılanmasının zedeleyici biçimde engellenmesi ya da çocuğun iyi olan şeyden çok fazla alması, erken dönem travma deneyimi ve önemli ötekilerle - çoğunlukla ebeveynlerle- gerçekleşen seçici içselleştirme ve özdeşim kurmadır (Young ve ark., 2003). Bunlara bağlı olarak, Young ve arkadaşları (2003) tarafından beş temel şema alanı ve 18 erken dönem uyum bozucu şema boyutunun var olduğu öne sürülmüştür.

İlk olarak, Kopukluk ve Reddedilme şema alanı incelendiğinde, güvenli bağlanma temel ihtiyacının karşılanmadığı öne çıkmaktadır. Bu alandaki şemaların erken dönem çevresinin belirgin şekilde kopuk, soğuk, reddedici, istismar edici, öngörülemeyen, belirsiz olabileceği belirtilmektedir (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Bu alanda Terk edilme, Güvensizlik, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon olmak üzere beş şema boyutu mevcuttur. Terk edilme şemasına sahip bireyler, diğerleriyle kurdukları ilişkilerinin bir şekilde sonlanacağına yönelik sıkıntı yaşamakta ve terk edilmekle ilgili devamlı ve yoğun endişe duymaktadırlar. Güvensizlik şeması belirgin bireylerde, diğer insanlarla bir ilişki içerisindeyken zarar görmeye yönelik beklenti ve şüpheli tutum yaygındır. Çoğunlukla, erken dönem travmatik yaşantı bu şemaya zemin hazırlamaktadır. Duygusal Yoksunluk şemasındaki bireylerde, sevgi dolu ve güvenli zemine sahip ilişkiler içindeyken dahi, bir türlü sevildiklerini hissedememe ve reddedilme özelliği öne çıkmaktadır. Kusurluluk şeması, kusurlu, aşağılık, istenmeyen, değersiz biri gibiymiş hissetme ve eşlik eden yoğun utanç duyguları ile karakterizedir. Bu alandaki şemaların sonuncusu Sosyal İzolasyon şemasının varlığında ise, hiçbir şeye hiçbir koşulda ait hissedeme özelliği merkezi konumda bulunmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022).

Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık şema alanı, özerk ve yeterli kimlik ihtiyacının karşılanmamasıyla açığa çıkmaktadır. Bu alandaki şemalarda, iç içe geçen, aşırı koruyan çocuğun kendine güvenme ve başarılı hissetme potansiyelini desteklemeyen aile özellikleri

belirgindir (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Bu alanda, Bağımlılık, Dayanıksızlık, İç içe geçme ve Başarısızlık olmak üzere dört şema boyutu yer almaktadır. Bağımlılık şeması belirgin olan bireylerde, başka birinin yardımı olmaksızın günlük yaşamın gerekliliklerini yapamayacakmış gibi edilgen hissetme söz konusudur. Dayanıksızlık şemasında, her an felaketle ya da hastalıkla karşılaşacakmış gibi aşırı kaygılı ve güçsüz hissetme ön plandadır. İç içe geçme şemasına sahip bireyler, çok yakın ve duygusal bağ kurdukları bireyin güvencesini almadan gündelik hayatlarını devam ettiremeyecekmiş gibi hissederler. Başarısızlık şemasında ise, başarılı performansta bulunma yeteneğinden yoksunmuş ve zeki biri değilmiş gibi hissetme yaygındır (Arntz ve Jacob, 2022).

Zedelenmiş Sınırlar şema alanında, gerçekçi sınırlar ve özdenetim ihtiyacı karşılanmamıştır. Bu şema alanındaki bireylerde, yetersiz yönlendiren, fazla müsamaha gösteren, serbest bırakan, disiplin yerine üstünlük duygusu hissettiren, sınır koymayan, makul yüzleştirmeler yapmayan aile özellikleri görülmektedir (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Bu alanda, Haklılık ve Yetersiz özdenetim olmak üzere iki şema boyutu bulunmaktadır. Haklılık şemasına sahip bireyler, istedikleri her şeyi yapabilecek kadar çok özel olduklarını, kurallar söz konusu olduğunda uymak zorunda olmadıklarını ve kısıtlanmaya karşı yoğun nefret duygusu hissetmeyle öne çıkmaktadırlar. Yetersiz özdenetim şemasında ise bireyler, hedefleri doğrultusunda yeterli özdenetim sağlayamama, doyumunu ertelemekte güçlük yaşama, disiplin gerektiren görevlerde yeterince sabır gösterememe ile belirgindirler (Arntz ve Jacob, 2022).

Başkaları Yönelimlilik şema alanı, ihtiyaçları ve duyguları ifade etme ihtiyacının karşılanmamasıyla oluşmaktadır. Bu alandaki bireylerin aileleri, sevgi ve onay vermeyle ilgili koşullu kabul tutumu sergilemektedirler (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Bu alan, Boyun eğme, Kendini Feda ve Onay arayıcılık olmak üzere üç şema boyutunu içermektedir. Boyun eğme şeması belirgin bireylerde, başkalarının düşüncelerini kendilerinininkine uydurma ve başkasının üstünlük kurmasına izin verme özellikleri öne çıkmaktadır. Kendini feda şemasındaki bireyler, başkalarının ihtiyaçlarını bulmaya karşın aşırı tetikte olup hızlıca bu ihtiyaçları karşılamaya çalışırlar. Bu sırada, kendi ihtiyaçlarının önemi yoktur ve kendi ihtiyaçlarına yönelim, yoğun suçluluk hissiyle ketlenmektedir. Onay arayıcılık şemasında ise bireyler, statülerini, ünlerini, zenginliklerini, başarılarını öne çıkararak başkalarında iyi bir izlenim bırakmaya ve takdir kazanmaya yönelik yoğun emek ve zaman harcamaktadırlar (Arntz ve Jacob, 2022).

Son olarak, Aşırı Uyarılma ve Ketlenme şema alanında ise, kendiliğindenlik ve oyun ihtiyaçları karşılanmamıştır. Bu alandaki bireylerin aile özellikleri, sert, talepkâr ve cezalandırıcı nitelikler taşımaktadır (Rafaeli ve ark., 2010; Young ve ark., 2003). Bu alan,

Karamsarlık, Duyguları bastırma, Yüksek standartlar ve Cezalandırma olmak üzere dört şema boyutundan oluşmaktadır. Karamsarlık şeması mevcut bireyler, kötü, sorunlu bir dünyada yaşadıkları algısına sahiptirler ve günden güne kötüye gidişatla ilgili aşırı kaygı duymaktadırlar. Duyguları bastırma şemasına sahip bireyler, duyguları önemsiz, boş olarak değerlendirmekte olup duygu ifadesi ortaya koyamamaktadırlar. Yüksek standartlar şeması öne çıkan bireyler, amaçlarına ulaşmak adına aşırı baskı altında hissetmekte ve en iyi olma doğrultusunda hareket etmektedirler. Cezalandırma şemasına sahip bireyler ise, hata yapmaya karşı tahammülsüz, acımasızdırlar ve hatalı durumlarda cezalandırılma beklentisi içindedirler (Arntz ve Jacob, 2022).

Yukarıda bahsedilen erken dönem uyum bozucu şemaların çoğu, bireyin kimliği ve diğerleriyle ilgili erken dönem yaşam dönemlerinde gelişen koşulsuz şartsız inançlardan oluşmaktadır. Bu şemalar, bireye değişimle ilgili umut vermemektedirler. Değişim için çabalayan birey, sonuçta yine değersiz, kusurlu, kötü, sevimsiz, yalnız olacaktır. Diğer yandan, bu nitelikteki koşulsuz şemaların tetiklenmesini önlemek için koşullu şemalar da gelişebilmektedir (Young ve ark., 2003). Bunlar, koşula bağlı olarak bireyin kötü talihinin değişme olasılığını ve umudunu barındırmaktadır. Birey, boyun eğerek, kendini feda ederek, onay arayarak, duygularını bastırarak veya yüksek standartlar geliştirerek koşulsuz şemaların olumsuz etkilerini azaltmaya çalışabilmektedir. Ancak, koşullu şemaların isteklerini yerine getirmek ve sürdürebilmek mümkün değildir, ondan dolayı koşulsuz şemalar gibi yoğun olumsuz duygulanımla sonuçlanmaktadır (Young ve ark., 2003). Koşullu ve koşulsuz şemaların ve şema alanlarının Şema Terapi modeli içinde kavramsallaştırılması klinik çıkarımlar sonucunda gerçekleştirilmiştir (Arntz ve Jacob, 2022; Rafaeli ve ark., 2010). Bunlarla ilgili yürütülen faktör analizi çalışmaları, tutarlı sonuçlar vermemektedir (Bouvard ve ark., 2018; Calvete ve ark., 2013; Soygüt ve ark., 2009). Erken dönem uyum bozucu şema alanları üzerinde fikir birliğine varmak amacıyla yürütülen çalışmanın sonucuna göre, Kopukluk ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık, Zedelenmiş Sınırlar, Aşırı Sorumluluk ve Standartlar olmak üzere dört temel şema alanı önerilmektedir (Bach ve ark., 2018).

Şema Terapide bireylerle erken dönem uyum bozucu şemalar üzerinden çalışılırken çeşitli güçlükler ortaya çıkmıştır. Özellikle Sınır Kişilik Bozukluğu olan bireylerde, birçok şema puanının yükselmesi ve duygulanımın hızlı bir şekilde değişmesi terapinin hedef yöneliminde zorluk yaşanmasına neden olduğundan dolayı, dinamik durumlara odaklanılan şema mod modeli geliştirilmiştir (Arntz ve Jacob, 2022; Young ve ark., 2003).

1.2.3. Şema Mod Modeli

Depresyonun bilişsel açıklamasında, mod kavramı, çevreden gelen talepler sonucunda aktifleşen temel inançlara, duygusal, bedensel, davranışsal tepkilerin bütünleşik bir şekilde verildiği geçici bir süreç olarak ifade edilmiştir (Beck ve Alford, 2009). Şema Terapide modlar, o anda aktifleşen şema ile bağlantılı olan duygusal durum olarak tanımlanmıştır (Young ve ark., 2003). Bununla birlikte şema modları, yoğun olumsuz duyguları temsil edebildiği gibi, bu duygularla başa çıkmaya yönelik geçici veya kalıcı bir şekilde açığa çıkan bir süreç olarak da değerlendirilmektedir (Arntz ve Jacob, 2022). Şema modları, başlangıçta çocuk modları, işlevsel olmayan ebeveyn modları, uyum bozucu başa çıkma modları ve sağlıklı yetişkin modu alanları altında on şema modu olarak kategorize edilmiştir (Young ve ark., 2003). Daha sonra genişletilerek 22 şema modu olarak yenilenmiştir (Lobbestael ve ark., 2007). Şema Mod modeline ilişkin tanımlandığı haliyle, işlevsel ve işlevsel olmayan şema modları, Tablo 1’de gösterilmektedir.

Şema modlarından çocuk modları, her çocukta doğuştan gelen ve açığa çıkma potansiyeli taşıyan, kırılganlık, öfke ve disiplin eksikliğine göre sınıflandırılan modlardır (Lobbestael ve ark., 2007; Young ve ark., 2003). Bu modlardan kırılgan çocuk; yalnız, terk edilmiş ve kötüye kullanılmış, aşağılanmış ile bağımlı çocuk modlarından oluşmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007). Kırılgan çocuk modundayken baskın duygulanım, yaralı bir çocuk gibi olmaya benzerken bu yaranın çocuğa verdiği his ise, karşılanmayan temel ihtiyacın tetiklediği şemanın duygusu ile paraleldir (Rafaeli ve ark., 2010). Yalnız çocuk modu, yapayalnız, boş, dışlanmış, sevimsiz olma hissiyle karakterizedir. Terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk modu, çaresiz, umutsuz, istismar edilmiş hissetmekte ve kendine devamlı bakım verecek bir ebeveyn arayışı içindedir. Aşağılanmış çocuk modunda, terk edilmiş çocuk modunun daha hafif hali şeklinde hisler mevcuttur, bunun yanı sıra çocukluk yaşantılarıyla ilgili küçümsenmişlik duygusu yoğun şekilde ön plana çıkmaktadır. Bağımlı çocuk modu ise, yetişkin gereklilikleri altında kalmış, oldukça yetersiz ve beceriksizmiş gibi hissetmeyle kendini göstermektedir (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007).

Kırılgan çocuk modunun getirdiği soğuk hislerin yerine kızgınlık gibi daha sıcak hislerle bağlantılı olan kızgın çocuk modu; öfkeli çocuk ve hiddetli çocuk modundan oluşmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007). Kızgın çocuk modlarındaki ortak yönelim, yoğun ve uygun olmayan şekilde ihtiyaçların giderilmesi için çabalamaktır (Jacob ve ark.,

2015). Öfkeli çocuk modu, karşılanmayan ihtiyaçlara karşın açığa çıkan engellenmişlik hissi ve uygunsuz öfke ifadesiyle belirgindir. Hiddetli çocuk modu ise, çocuğun etrafındaki her şeye karşı koyulamaz bir zarar verme hiddetiyle öne çıkmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022). Bir diğer çocuk modları alt-alanı ise, disiplin eksikliğine göre beliren dürtüsel çocuk modu ve denetimsiz çocuk modudur (Lobbestael ve ark., 2007). Dürtüsel çocuk modunda, şımarık bir çocuk görünümünde, doyumu ertelemekte zorlanılmakta ve istekleri elde etmek için kontrol edilemez şekilde hareket edilmektedir. Denetimsiz çocuk modunda ise, sıradan işleri devam ettirmekte zorlanma ve hızlıca pes etme hakimdir (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007). Her bir çocuk modunun beraberinde getirdiği duygular, her çocuğun bildiği ve deneyimlediği ortak duygulardır. Bu çocuk modlarının işlev bozucu yanı ise, bu duyguların çok yoğun şekilde açığa çıkması ve güçlükle kontrol edilmesi ya da doğrudan duyguya göre tepki verilmesidir (Jacob ve ark., 2015). Buraya kadar bahsedilen işlevsel olmayan çocuk modlarının yanı sıra, Şema Terapide işlevsel çocuk modu da bulunmaktadır. Mutlu çocuk modu adı verilen bu moda göre, çocuğun temel duygusal ihtiyaçları büyük ölçüde karşılanmıştır (Young ve ark., 2003). Duygusal olarak mutlu, huzurlu, değerli, kabul edilmiş, sosyal, yeterli, özerk, doğal hissedebilmekte ve eğlenceli, hoş giden faaliyetlerle meşgul olabilmektedir (Jacob ve ark., 2015).

Çocuk modlarının yanı sıra işlevsel olmayan ebeveyn modları ise, cezalandırıcı ve talepkar ebeveyn modu olarak ikiye ayrılmaktadır (Young ve ark., 2003). Şema Terapi modelinin varsayımına göre, ebeveynin ahlaki kurallarının ve tepkilerinin içselleştirilmesi ile işlevsel olmayan ebeveyn modları oluşur. İşlevsiz olmasının nedeni, iç sesin çocuk üzerinde aşırı baskı ve denetim kurması, kendinden nefret etme veya suçluluk duyma gibi yoğun olumsuz duyguyu tetiklemesidir (Arntz ve Jacob, 2022). Bu modlardan cezalandırıcı ebeveyn modunda, eleştiren ve cezalar veren ebeveynin sesi içselleştirilmiştir. Sert ve acımasız iç ses, çocuğun kendine kızgınlığını, ihtiyaçlarına yöneldiğinde cezayı hak ettiğini, sevmeye değer olmadığını ifade etmektedir (Lobbestael ve ark., 2007; Jacob ve ark., 2015). Özellikle ilişkilerdeki ve sosyal durumlardaki tepkilerle bağlantılı olarak açığa çıkmaktadır. Bu durumlarda, ötekinin ihtiyacını karşılamak her zaman kendi ihtiyacından daha önemlidir, hatta kendi ihtiyacına yönelmek veya ötekinin ihtiyacına sınır koymak, yoğun suçluluk duygusuyla karşı karşıya getirmektedir (Arntz ve Jacob, 2022). Talepkar ebeveyn modundaki iç ses ise, çocuğa başarı ve ilişkilerle ilgili yüksek standartlar koymakta ve bunlara mükemmel bir şekilde ulaşmak için aşırı baskı kurmaktadır (Lobbestael ve ark., 2007). Bu mod, başarı odaklı veya duygu odaklı olabilir (Jacob ve ark., 2015). Başarı odaklı talepkar ebeveyn moduna göre, mesleki ve eğitimsel

başarıyla ilgili hedefler, en iyisi olmaya ve rekabete dönüktür. Yüksek başarı elde edilemediğinde ise, yoğun başarısızlık ve kaybetmiş olma duygusu belirlemektedir (Arntz ve Jacob, 2022). Bunun dışında, özellikle kadınlarda, fiziksel görünümle ilgili aşırı standartlar konulması da bu moda ait iç sesle ilişkilidir. Duygu odaklı talepkar ebeveyn modundaki iç ses ise, kişinin kendini nasıl hissedeceği ve ilişkilerindeki tepkilerinin nasıl olacağıyla ilgili yüksek taleplerden oluşmaktadır. Bu taleplere göre, birey her zaman etrafındakileri memnun etmeli ve iyi bir insan olmalıdır. Karşılanamayan talepler sonucunda ise, yoğun suçluluk duygusu açığa çıkmaktadır (Jacob ve ark., 2015).

İşlevsel olmayan çocuk ve ebeveyn modları tetiklendiğinde, şiddetli olumsuz duygu deneyimlenmektedir. Bundan dolayı, uyum bozucu başa çıkma modları kullanılmaktadır. Bunlar, teslim olma, kaçınma ve aşırı telafi olmak üzere üç farklı şekilde gerçekleşmektedir (Young ve ark., 2003). Söz dinleyen teslimci başa çıkma modunda, şema işleyişine ve işlevsel olmayan ebeveyn modunun taleplerine teslim olunmaktadır. Ayrıca reddedilme korkusu nedeniyle, diğerlerine boyun eğme, itaatkâr olma eğilimi mevcutken, kendi ihtiyaçlarıyla ilgiliyse harekete geçmeme söz konusudur (Lobbestael ve ark., 2007). Kaçınma tipi başa çıkmalarda ise, duygularla ve sorunlarla yüz yüze gelmemek için bunlardan kaçma ön plandadır (Jacob ve ark., 2015). Bunlar, kopuk korungan, kaçınan korungan, kopuk kendini uyuşturan, kopuk kendini uyaran ve öfkeli korungan başa çıkma modlarıdır (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007). Kopuk korungan modda, bütün duygulardan ve ilişkisel bağlardan kaçınılmaktadır. Bağlantı tümüyle kesilerek adeta robotik hareket edilmektedir. Bu mod, boşluk hissiyle karakterizedir. Kopuk kendini uyuşturan mod içinde, duygulardan kopma faaliyetlerle meşgul olarak mümkün olmaktadır. Ancak bunlar, genellikle kumar-oyun oynama, aşırı yemek tüketimi, alkol-madde kullanımı gibi bağımlılık yaparak rahatlatan meşguliyetlerden oluşmaktadır. Öfkeli korungan modda ise, öfke duygusu yoğundur ve öfke tepkileriyle güvenli bir alan oluşturarak gerçek bir temas önlenmektedir (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007).

Aşırı telafi başa çıkma modlarına bakıldığında ise, bu kümenin temel özelliği, şema işleyişinin tam tersi doğruymuş gibi abartılı tepkilerde bulunmadır (Arntz ve Jacob, 2022; Jacob ve ark., 2015). Bunlardan büyüklenmeci modda, bencil, empati yerine üstünlük kurmaya çalışan, rekabetçi, isteklerine ulaşmada her yolu uygun gören, kuralları çiğneyen özel biri gibi olmaya yönelik tutum mevcuttur. İlgi bekleyen moda göre, altta yatan yalnızlığı telafi etmek adına abartılı, aşırı ve uygunsuz tepkilerde bulunarak başkalarının onayını alma amaçlanmaktadır. Aşırı denetimci modda ise, mükemmeliyetçi ve paranoid olmak üzere iki

farklı tutumla aşırı telafi yapılmaktadır. Mükemmeliyetçi aşırı denetimciler, kontrolü ele geçirmek ve eleştiri almamak için mükemmel olmaya odaklanırken, paranoid aşırı denetimciler ise, diğer insanların kötü niyetlerini şüpheyile tarayarak kontrolü ele almaya çalışırlar. Zorba ve saldırgan moddaki bireyler, aşağılık duygularını telafi etmek için diğer insanlara cinsel, fiziksel, sözel yollarla kasıtlı biçimde zarar vermektedirler. Entrikacı ve manipülatif modda, diğerlerini mağdur etme ve mevcut cezadan kaçınma amacıyla yalan söyleme, entrika çevirme söz konusudur. Aşırı telafinin son alt-tipi, kurnaz avcı modda ise, tehlike arz eden herhangi biri veya bir durum, planlı, soğukkanlı ve acımasız bir şekilde ortadan kaldırılmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbestael ve ark., 2007). Aşırı telafi modlarından büyüklenmeci mod narsistik kişilikte, zorba ve saldırgan mod ile entrikacı ve manipülatif mod antisosyal kişilikte, mükemmeliyetçi aşırı denetimci mod obsesif kişilikte, paranoid aşırı denetimci mod ise paranoid kişilik örüntülerinde yaygın olarak görülmektedir (Roediger, 2020).

Şema Terapi içinde buraya kadar bahsedilen işlevsel olmayan şema modlarının tersine, işlevsel şema modu kapsamında sağlıklı yetişkin modu tanımlanmıştır. Bu mod, işlevsel olmayan modlara bakım vermeye, onlara sınır koymaya veya onları iyileştirmeye işaret etmektedir (Young ve ark., 2003). Sağlıklı yetişkin modunun güçsüzlüğü veya yokluğu psikolojik sağlık sorunları açısından yatkınlık faktörü olarak belirlemektedir. Bundan dolayı Şema Terapide, sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmek amaçlanmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022; Young ve ark., 2003).

Tablo 1. İşlevsel ve İşlevsel Olmayan Şema Modları

Ebeveyn modları	Eleştiri	Talepkar ebeveyn
	Ceza	Cezalandırıcı ebeveyn
Çocuk modları	Kırılganlık	Yalnız çocuk
		Terk edilmiş ve kötüye kullanılmış çocuk
		Aşağılanmış çocuk
		Bağımlı çocuk
	Öfke	Öfkeli çocuk
		Hiddetli çocuk
		İnatçı çocuk
Başa çıkma modları	Teslim olma	Dürtüsel çocuk
		Denetimsiz çocuk
	Kaçınma	Söz dinleyen teslimci
		Kopuk korungan
		Kaçıngan korungan
		Öfkeli korungan
Sağlıklı modlar	Aşırı telafi	Kopuk kendini uyuşturan
		Büyükleme
		İlgi bekleyen
		Mükemmeliyetçi aşırı denetimci
		Paranoid aşırı denetimci
		Zorba ve saldırgan
Sağlıklı modlar	Aşırı telafi	Entrikacı ve manipülatif
		Kurnaz avcı
		Sağlıklı yetişkin
		Mutlu çocuk

Arntz ve Jacob, 2022'den alınmıştır.

1.3. Depresyon ve Şema Terapi Modeli Arasındaki İlişki

Erken dönem uyum bozucu şemalar, kişilik bozukluklarının yanı sıra duygudurum ve anksiyete bozuklukları gibi psikolojik bozukluklarda incelendiğinde, çoğu uyum bozucu şema puanının yükseldiği raporlanmıştır (Hawke ve Provencher, 2011). Psikolojik bozukluklar arasında uyum bozucu şemalarla ilgili çalışmalar, çoğunlukla depresif bozukluklar alanında yürütülmüş, özgül olarak da sıklıkla MDB'nin çalışıldığı görülmüştür (Bar ve ark., 2023; Thimm ve Chang, 2022). Yapılandırılmış görüşme sonucunda depresif bozukluk tanısı alan katılımcılarla, herhangi bir tanı ölçütünü karşılamayan katılımcıların erken dönem uyum bozucu şema puanlarının karşılaştırıldığı çalışmaların meta-analizine göre; kusurluluk, terk edilme, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk ve karamsarlık gibi uyum bozucu şema puanlarının depresif bozukluk tanı kriterini karşılayan grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Thimm ve Chang, 2022). Yürütülen başka bir meta-analiz çalışmasında ise, MDB tanısı alan bireylerle, hiçbir tanı almamış bireylerin erken dönem uyum bozucu şema puanları karşılaştırılmıştır (Bar ve ark., 2023). Buna göre; terk edilme, sosyal izolasyon, kusurluluk, duygusal yoksunluk, güvensizlik, dayanıksızlık, bağımlılık, duyguları bastırma, yetersiz öz-denetim, boyun eğme, onay arama, iç içe geçme, başarısızlık ve karamsarlık şema puanlarının MDB tanı grubunda daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, MDB ile diğer psikiyatrik bozukluklar, erken dönem uyum bozucu şema puanları açısından karşılaştırılmıştır. Özellikle anksiyete bozukluklarına kıyasla, MDB grubunda duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon ve duyguları bastırma şema puanları daha yüksek olmuştur. Bipolar Bozukluk, Sınır Kişilik Bozukluğu ile MDB arasında yapılan karşılaştırmalarda farklılaşarak öne çıkan bir uyum bozucu şema puanı saptanmamıştır.

Depresyonda, farklı yaş gruplarında, erken dönem uyum bozucu şemalar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi temel alan çalışmalar mevcuttur. Ergen ve genç yetişkin katılımcıların dahil olduğu meta-analiz çalışmasında, erken dönem uyum bozucu şema puanlarıyla ilişkili olarak artan depresif belirtiler incelenmiştir (Nicol ve ark., 2020). Buna göre, çoğu çalışmada duygusal yoksunluk şema puanı ile depresif belirtiler pozitif yönde ilişkili bulunmuş, özellikle kusurluluk, sosyal izolasyon ve başarısızlık şema puanları birlikte yükselerek artan depresif belirtilerle ilişkilidir. Sosyal izolasyon ve kusurluluk şema puanlarıyla ilişkili olarak artan depresif belirtiler, yetişkin katılımcılarla yürütülen başka bir çalışmada tekrarlanmıştır (Bishop ve ark., 2021).

Depresyonda erken dönem uyum bozucu şema boyutlarının yanı sıra, erken dönem uyum bozucu şema alanları açısından da çalışmalar mevcuttur. Klinik olmayan yetişkin katılımcılarla yapılan çalışmaya göre, depresyon şiddeti ile Kopukluk ve Reddedilme şema alanı puanları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Basile ve ark., 2018). Ergen ve genç yetişkin klinik ve klinik olmayan katılımcılarda, bu bulgu tekrarlanmıştır (Nicol ve ark., 2020). Bunun dışında erken dönem uyum bozucu şema alanları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların meta-analizinde ise, Kopukluk ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık, Başkaları Yönelimlilik şema alanları depresif belirti düzeyi ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Tariq ve ark., 2021).

Erken dönem uyum bozucu şema boyutlarının ve alanlarının aksine literatürde depresyon bağlamında incelenen şema mod modeline yönelik ampirik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle kişilik bozuklukları ile şema modları arasındaki ilişkilerin yaygın bir şekilde incelendiği ve kişilik bozukluklarının artan düzeydeki işlevsel olmayan şema mod puanlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (Sempertegui ve ark., 2013). Ancak diğer psikolojik bozukluklar açısından şema mod araştırmaları oldukça kısıtlı kalmıştır. Literatürde, özellikle Obsesif Kompulsif Bozukluk başta olmak üzere, Kronik Ağrı Bozukluğu, Yeme Bozuklukları, Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları, Sosyal Kaygı Bozukluğu ile ilişkili çalışmalar yapıldığı görülmüştür (Bar ve ark., 2023; Penney ve Norton, 2022). Depresif bozukluklar ile şema modları arasındaki ilişki ise, az sayıda çalışma çerçevesinde incelenmiştir. Bu çalışmaların birinde, ergenlik dönemindeki katılımcılarla, depresif ve anksiyete belirtileri gibi içselleştirme davranış problemleri şema mod modeliyle incelenmiş ve cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılgan çocuk modu, söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarında artan puanlar saptanmıştır (Karimipour ve ark., 2022). Başka bir çalışmada ise, kronik depresyon tanısı alan bireylerle sağlıklı kontrol grubu şema modları açısından karşılaştırılmış, kronik depresiflerde artan yalnızlıkla cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılgan çocuk modu, kopuk korungan başa çıkma modu belirgin olmuştur (Reinhard ve ark., 2022). Bunların dışında, depresif bozuklukların ikincil tanı olarak çalışıldığı çalışmalar mevcuttur. Örneğin, kaçınan kişilik bozukluğuyla eş-tanılı olarak MDB görülen danışana ve sosyal kaygı bozukluğuyla eş-tanılı olarak MDB görülen diğer bir danışana uygulanan şema terapi müdahalesiyle vaka analizi çalışması yapılmıştır (Bachrach ve Arntz, 2021; Penney ve Norton, 2022). Bu çalışmalarda, cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılgan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kaçınma başa çıkma modlarına yönelik formülasyon yapılarak şema modlarına yönelik uygulanan yaşantısal teknikler sonucunda, mod puanlarında belirgin şekilde azalma olduğu raporlanmıştır.

Literatürde, şema modlarıyla psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, 12 ile 18 yaşlarındaki ergenlerde ve üniversite öğrencilerinde, psikolojik belirtiler ile şema modları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sonucuna göre, işlevsel olmayan ebeveyn modları, kırılgan çocuk modu, kaçınma başa çıkma modları artan psikolojik belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (Gülüm ve Soygüt, 2022; Roelofs ve ark., 2016). Bu bulgu, psikolojik bozukluk tanısı olmayan epilepsili bireylerle yapılan çalışmada tekrarlanmış, ayrıca aynı işlevsel olmayan şema modları depresif belirti düzeyiyle de ilişkili bulunmuştur (Shafique ve ark., 2023). Klinik olmayan katılımcılarda yürütülen başka bir çalışmada, şema modlarıyla depresyon şiddeti arasındaki ilişki incelenmiş, artan depresyon şiddeti, işlevsel olmayan şema modlarıyla ilişkili bulunurken özellikle talepkâr ebeveyn modu ve kaçınma başa çıkma modu belirgin olmuştur (Basile ve ark., 2018). Depresyon şiddetiyle ilişkili şema modları, klinik olmayan çalışmaların yanı sıra klinik çalışmalarda da değerlendirilmiştir. Örneğin, Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı alan bireylerle sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada, işlevsel olmayan şema modları artan depresyon şiddetiyle ilişkili bulunmuştur (Csukly ve ark., 2023). Başka bir çalışmada, tekrarlayan depresif bozukluk tanılı bireylerde, kırılgan çocuk modu ile kopuk korungan başa çıkma modu puanları, artan depresyon puanları ile ilişkilidir (Khalily ve ark., 2011). Bunun dışında, MDB tanılı danışana uygulanan şema terapi müdahalesiyle ilgili, kırılgan çocuk modu ile kaçınma başa çıkma modlarının depresif belirtileri arttırdığı yönünde vaka formülasyonu yayınlanmıştır (Jing, 2018).

Literatürdeki çalışmalar depresyon açısından birlikte ele alındığında, depresif bireylerde sağlıklı kontrollere göre, işlevsel olmayan şema mod puanlarının daha fazla olduğu ve MDB tanısının çoğunlukla ikincil tanı olarak çalışıldığı (Bachrach ve Arntz, 2021; Penney ve Norton, 2022) görülmekte olup işlevsel olmayan şema modlarının artan depresyon şiddetiyle ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (Basile ve ark., 2018). Bu çalışmalarda, özellikle ebeveyn modları, kırılgan çocuk modu, söz dinleyen teslimci ile kaçınma (kopuk ile kaçınan korungan) başa çıkma modlarının artan depresyon şiddetiyle ilişkisi ön plana çıkmaktadır. Ancak öncelikli tanı kategorisi olarak MDB tanısının ele alındığı çalışmaların tek serili vaka çalışması şeklinde ele alındığı (Jing, 2018), kapsamının ve yönteminin bulguların genellenebilirliği açısından kısıtlı kaldığı görülmektedir. Literatür incelendiği kadarıyla, artan depresif belirtiler açısından öne çıkan ebeveyn modları, kırılgan çocuk modu, söz dinleyen teslimci ile kaçınma (kopuk ile kaçınan korungan) başa çıkma modları bağlamında Şema Mod modelinin depresyon şiddeti üzerindeki ilişkisel işleyişinin ampirik olarak incelenmediği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla mevcut çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurması ve modelle ilgili klinik uygulamalara ampirik destek sağlaması beklenmektedir.

1.4. Çocukluk Çağı Travmaları

Şema Terapi modeline göre, çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimler, erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Pilkington ve ark., 2021; Young ve ark., 2003). Çocukluk çağı travmaları, çoğunlukla bakım veren tarafından, çocuğa verilen zararı ya da zarar verme olasılığını içeren istismar veya ihmal yaşantısı olarak tanımlanmaktadır (Leeb ve ark., 2008). Çocuk istismarı, cinsel, fiziksel ve duygusal olmak üzere üç alanda ele alınmaktadır. Cinsel istismar, çoğunlukla bir çocuğa karşı cinsel eylemi veya cinsel teması içerecek şekilde, cinsel etkileşimde bulunmaktır (Leeb ve ark., 2008). Buna ek olarak, çocuğun cinsel açıdan izlenmesi, kayda alınması veya taciz edilmesi, temas olmadan yapılan cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar, vurma, tekmeleme, itme, sürükleme, boğma, zehirleme gibi çocuğa zarar vermeyi içeren fiziksel eylemlerle çocuğa kasıtlı fiziksel güç kullanımıdır (Leeb ve ark., 2008). Duygusal istismar ise, çocuğu aşağılama, bağırma, küfretme gibi eylemleri içeren çocuğun duygusal olarak kusurlu ve değersiz hissetmesine yönelik duygusal bakımdan yoksun bırakılmasıdır (Glaser, 2002). Çocuğun ihmali ise, fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki kategoride ele alınmaktadır. Fiziksel ihmal, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, temizlik gibi ihtiyaçlarının bakım veren tarafından karşılanmamasıdır (Leeb ve ark., 2008). Duygusal ihmal ise, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi, çocuğa duygusal destek sağlanmaması ve çocuğun ilgi ve sevgiden yoksun bırakılmasıdır (Glaser, 2002). Çocuğun istismarı ve ihmali, 124 çalışmanın dahil edildiği kapsamlı bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarıyla bağlantılıdır (Norman ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün yüksek, orta ve alt gelir düzeyindeki birçok ülkenin dahil edildiği epidemiyoloji çalışmasında, psikolojik bozukluklardaki çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaygınlığı, tüm psikolojik bozukluklarda %29.8, duygudurum bozukluklarında %22.9, anksiyete bozukluklarında %31, davranım bozukluklarında %41.6, madde bozukluklarında ise %29.8 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark., 2010).

1.5. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Depresyonda, çocukluk çağı travmatik yaşantıları oldukça yaygındır. Öyle ki, 184 çalışmanın dahil edildiği kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında, depresyonda çocukluk çağı

travmasının herhangi bir türü %45.59, cinsel istismar %25.27, fiziksel istismar %27.59, duygusal istismar %36.72, fiziksel ihmal %28.53, duygusal ihmal %43.20, birden fazla çocukluk çağı travması ise %19.13 oranında görülmektedir (Nelson ve ark., 2017). Sık görülmesiyle beraber, çocukluk çağı travmaları, depresyon üzerindeki birçok faktörle ilişkilidir. Depresyonun daha erken başlangıcıyla (Bernet ve Stein, 1999; Nelson ve ark., 2017; Struck ve ark., 2020), daha kronik ve kalıcı seyriyle (Hovens ve ark., 2012; Nanni ve ark., 2012; Nelson ve ark., 2017), başka bir bozukluğun eş-tanılı olmasıyla (Hovens ve ark., 2012; Medeiros ve ark., 2020), tedaviye cevabın azalmasıyla (Nanni ve ark., 2012; Nelson ve ark., 2017) ilişkili olarak yatkınlık oluşturmaktadır. Klinik ve klinik olmayan çalışmaların sonucuna göre, eşlik eden çocukluk çağı travması varlığında, depresyon geliştirme oranı 2 ile 3.5 kat daha fazladır (Gardner ve ark., 2019; Nelson ve ark., 2017; Norman ve ark., 2012). Özellikle, MDB ile çocukluk çağı travmaları oldukça ilişkilidir (Humphreys ve ark., 2020). Çocukluk çağı travmaları, depresyon tanısının yanı sıra, depresif belirtileri de etkilemektedir. Uykuda bozulma (Javakhishvili ve Widom, 2021), artan suçluluk (Sekowski ve ark., 2020), ilgi kaybı, artan intihar riski, işlevsellikte bozulma (Medeiros ve ark., 2020) ile ilişkilidir. Dolayısıyla, herhangi bir çocukluk çağı travması, depresyon şiddetinin daha fazla olmasıyla sonuçlanmaktadır (Bernet ve Stein, 1999; Infurna ve ark., 2016; Humphreys ve ark., 2020; Jiang ve ark., 2023; Kisely ve ark., 2018; Mandelli ve ark., 2015; Sunley ve ark., 2020). Birden fazla çocukluk çağı travması varlığında ise, depresyon şiddeti daha fazla olmaktadır (Medeiros ve ark., 2020; Negele ve ark., 2015).

1.6. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanının ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü

Şema Terapi modelinde çocukluk çağı travmaları, erken dönem uyum bozucu şemaların gelişimsel bir hazırlayıcısı olarak kavramsallaştırılmıştır. Çocuğun iyi olan şeylerden (ilgi, sevgi, kabul, empati) çok az deneyimlemesi, Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme şemalarının, çocuğun kötüye kullanılması (istismar) ise Güvensizlik, Kusurluluk şemalarının oluşumunu etkileyebilir (Young ve ark., 2003). Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları etkisiyle, çocuğun güvenli bağlanma ihtiyacı karşılanmayarak Kopukluk ve Reddedilme şema alanıyla bağlantılı erken dönem uyum bozucu şemalar oluşabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile Kopukluk ve Reddedilme şema alanı arasındaki ilişki ergen ve yetişkin örneklemelerinde yürütülen birçok

çalışmayla ortaya konulmuştur (Lian ve ark., 2023; May ve ark., 2022; Pilkington ve ark., 2021). Kopukluk ve Reddedilme şema alanındaki birey, kendisini kusurlu, değersiz, sevimli, yabancıymış gibi, diğerlerini ise, güvensiz, soğuk, reddedici olarak algılayabilir (Young ve ark., 2003). Dolayısıyla depresif belirtiler açısından bakıldığında, Kopukluk ve Reddedilme şema alanının özellikleriyle, depresyonun özellikleri oldukça örtüşmektedir. Yürütülen meta-analiz çalışmaları sonucunda, bu yakın ilişki raporlanmıştır (Nicol ve ark., 2020; Tariq ve ark., 2021). Çocukluk çağı travmaları, eşlik eden depresyonun daha şiddetli yaşanmasını etkilemekle beraber, bu ilişkiye Kopukluk ve Reddedilme şema alanının aracılık etmesi daha şiddetli depresif belirtilerle sonuçlanmaktadır. Bu bulgu, hem klinik olmayan katılımcıların (Calvete, 2014; Gong ve Chen, 2018; Haugh ve ark., 2016) hem depresyon tanılı klinik katılımcıların (Cukor ve McGinn, 2006; Estevez ve ark., 2017; Lumley ve Harkness, 2007; Rezaei ve ark., 2016; Yiğit ve ark., 2021) dahil edildiği çokça çalışmada ifade edilmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının zemin hazırladığı Kopukluk ve Reddedilme şema alanı tetiklendiğinde, yoğun olumsuz duygulanım açığa çıkmakta ve depresyon şiddetlenmektedir. Bu bağlamdaki erken dönem uyum bozucu şemaların değişimi, oldukça güç olabilmektedir. Şemaların kararlılığı (stability), MDB görülen katılımcılarla yürütülen psikoterapinin eşlik ettiği ve depresif belirtilerin görülmediği zamanlarda tekrarlı ölçüm yapılan takip çalışmalarında raporlanmıştır (Riso ve ark., 2006; Wang ve ark., 2010). Dolayısıyla, erken dönem uyum bozucu şemalara yönelik müdahaleler yapmak kadar, bunların etkilediği psikolojik yatkınlık faktörlerini anlamak da önemli olmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemaların tetiklenmesiyle birlikte, duygu düzenleme becerilerinde güçlük yaşanabilmekte olup Şema Terapi modelinde duygu düzenleme becerileri üzerinde de durulmaktadır (Dadomo ve ark., 2016; Fassbinder ve ark., 2016; Young ve ark., 2003).

Duygu düzenleme güçlüğü, duyguları fark edebilme ve anlayabilme, olumsuz duyguları kabullenme, olumsuz duygulara tolerans gösterebilme, olumsuz duygular deneyimlerken dürtüsel davranma yerine sağlıklı hedefler doğrultusunda hareket edebilme, bağlama bağlı olarak uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanabilme becerilerinde güçlük yaşanması anlamında kullanılmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004). Önceki çalışmalar, çocukluk çağı travmaları varlığında, duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlüğü arttığını göstermektedir (Dvir ve ark., 2014; Gruhn ve Compas, 2020). Artan bu güçlükler, psikolojik sağlık sorunlarını yordamaktadır (Aldao ve ark., 2010). Artan olumsuz duygulanımla ve azalan olumlu duygulanımla karakterize olan klinik depresyon, duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkili olup (Joorman ve Stanton, 2016), duygu düzenleme güçlüğü, özellikle MDB tanısının önemli

bir belirtecidir (Liu ve Thompson, 2017; Visted ve ark., 2018). Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik sağlık açısından önemli bir yatkınlık faktörü olabilir. Öyle ki, çocukluk çağı travmaları eşlik eden bireylerde, duygu düzenleme güçlüğünün artışı, psikolojik belirtilerin daha şiddetli olmasıyla sonuçlanmaktadır (Miu ve ark., 2022). Ek olarak, çocukluk çağı travmaları bildiren klinik ve kinik olmayan bireylerle yürütülen çalışmaların sonucuna göre, artan duygu düzenleme güçlüğü, artan depresif belirti şiddetiyle ilişkilidir (Li ve ark., 2020; Schierholz ve ark., 2016). Özellikle, MDB tanısı olan bireylerle yürütülen çalışmalar, duygu düzenleme becerilerindeki artan güçlüğün, çocukluk çağı travmaları ile artan depresyon şiddeti arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir (Hopfinger ve ark., 2016; Huh ve ark., 2017; O'Mahen ve ark., 2015; Schulz ve ark., 2017).

Gözden geçirilen literatürden hareketle, Renner (2013)'ın kronik depresyon modeliyle uyumlu olarak, Li ve arkadaşları (2020) kapsamlı literatür incelemesiyle beraber, depresyonla ilgili bir model önermişlerdir. Buna göre, çocukluk çağı travmaları sonucunda, erken dönem uyum bozucu şemalar oluşabilir, bunlara kişilik özellikleriyle ilgili zorluklar eşlik edebilir, böylece duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlük artarak ergenlik veya yetişkinlikte depresyon ortaya çıkabilir. Ancak bu model ampirik olarak incelenmemiştir. Özetle, bu çalışmada, MDB görülen bireylerde çocukluk çağı travmasının Kopukluk ve Reddedilme şema alanını etkileyerek, bu alandaki tetiklenen uyum bozucu şemaların duygu düzenleme güçlüklerini arttırması ve bu durumun daha şiddetli depresyonla sonuçlanması beklenmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkide açıklayıcı faktörlerinin incelenmesinin yanı sıra, bu ilişkideki koruyucu faktörler daha az sıklıkta çalışılmıştır. Bundan dolayı, sonraki bölümde, bu ilişkideki potansiyel koruyucu faktörün rolü psikolojik dayanıklılık çerçevesinde ele alınacaktır.

1.7. Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Düzenleyici Rolü

Çocukluk çağı travması yaşayan bireylerin bir kısmı, herhangi bir psikolojik sağlık sorunu geliştirmemektedir. Bundan dolayı araştırmacılar, çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerine karşı koruyucu olan faktörleri incelemeye odaklanmışlardır. Bu koruyucu faktörlerden biri, psikolojik dayanıklılık kavramıdır. Psikolojik dayanıklılığın tanımıyla ilgili, birçok araştırma yapılmış, ancak araştırmacılar tarafından, psikolojik dayanıklılığın farklı bir

yönünün kavramsallaştırıldığı ve tanımlamayla ilgili fikir birliğine varılamadığı görülmüştür (Fletcher ve Sarkar, 2013; Yoon ve ark., 2019). Psikolojik dayanıklılıkla ilgili kapsamlı bir literatür incelemesi, psikolojik dayanıklılık tanımlarının beş farklı özelliği kapsadığı sonucuna varmıştır (Sisto ve ark., 2019). Bu özelliklerden ilki, *iyileşme yeteneği* (ability to recover) olarak ifade edilen bireyin olumsuz olaylar yaşadktan sonra toparlanabilme becerisidir. Diğer, bireyi baskın olarak karakterize eden kişilik işlevselliği olarak kullanılan *zor koşullarla yüzleşmeye karşı istekli olmayla ilişkili dirençli kişilik işleyişi*dir. Bir diğeri, *geri dönme kapasitesi* (capacity to bounce back) olarak belirtilen sıkıntı verici olaylardan sonra bireyin eski haline geri dönebilmesiyle ilişkilidir. Bir diğeri ise, *yaşam koşullarına olumlu uyum* şeklinde kategorileştirilen stresli yaşam koşullarıyla baş edebilme yeteneği ve bu koşullara uyum sağlamaya yönelik kararlar alma ve eylemlerde bulunmadır. Son olarak, zaman içinde gelişen dinamik süreç (dynamic process evolving over time) olarak belirtilen özellik, dayanıklılığın sabit kalmayıp değişen ve gelişen bir süreç olduğu ifade edilmiştir. Bu özelliklerden hareketle, psikolojik sağlık açısından psikolojik dayanıklılığın değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Psikolojik dayanıklılığı daha yüksek olan bireylerde, çocukluk çağı travmaları sonucunda, psikopatoloji gelişme olasılığının azaldığı ve daha iyi işlevsellikle sonuçlandığı raporlanmıştır (Hu ve ark., 2015; Meng ve ark., 2018). Aynı zamanda, literatür inceleme çalışmasında, yüksek psikolojik dayanıklılığın çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkiyi düzenleyerek depresyon tanısı alma durumunu azalttığı ve depresyon şiddetini hafiflettiği belirtilmiştir (Zhao ve ark., 2022). Özellikle MDB tanılı örneklemlemlerle yürütölen çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolüne işaret etmektedir (Poole ve ark., 2017b; Schulz ve ark., 2014). Dolayısıyla mevcut çalışmada, MDB tanısı alan bireylerde, dayanıklılığın yüksek ve düşük olmasına göre, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkiyi düzenlemesi beklenmektedir.

Psikolojik dayanıklılığın beklenen düzenleyici rolü, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin yanı sıra, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki dolaylı ilişkideki potansiyel aracı faktörler üzerinde de etkili olabilir. Daha önce bahsedildiği üzere, duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlükler, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkiye aracılık etmekte olup (Hopfinger ve ark., 2016), artan duygu düzenleme güçlükleri artan depresyon şiddetiyle ilişkili görünmektedir (Schierholz ve ark., 2016). Buradan hareketle, duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki düzenleyici faktörlerin anlaşılması, depresyona karşı koruyucu etki sağlayabilir. Psikolojik dayanıklılık ile duygu düzenleme becerileri arasında raporlanan yakın ilişkiden (Polizzi ve Lynn, 2021) hareketle,

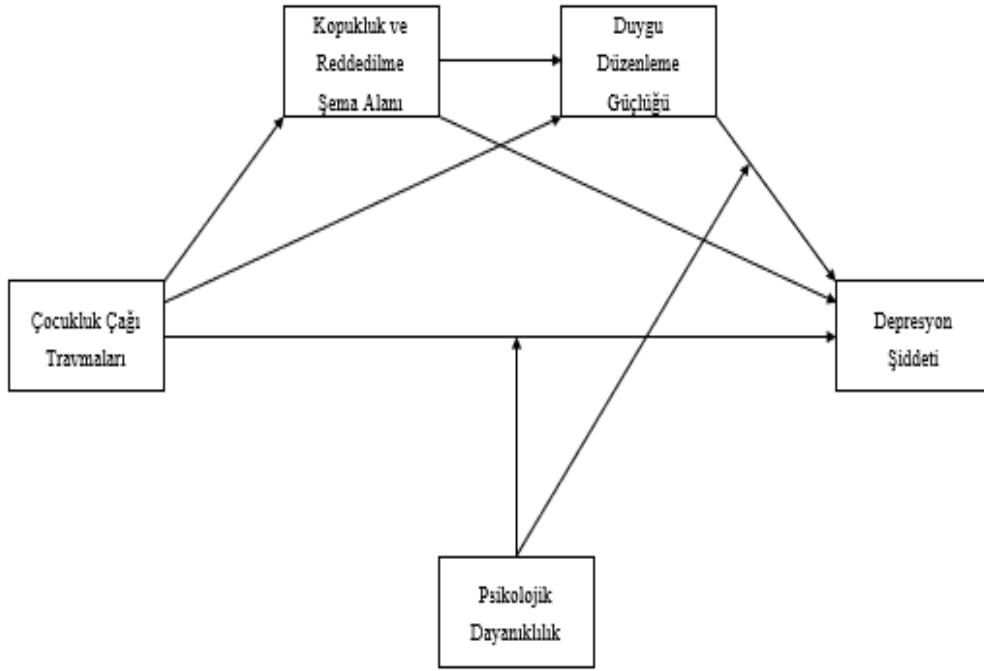
psikolojik dayanıklılığın, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki pozitif ilişkiyi düzenlemesi beklenmektedir. Sonuç olarak, bu çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolünün incelenmesi planlanmaktadır.

1.8. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Majör Depresif Bozukluk, dünya genelinde önde gelen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bireylerin günlük işlevselliklerini belirgin şekilde azaltmakla beraber, kayda değer düzeyde insan kaynağının kaybına da neden olmaktadır. Mevcut araştırmada, MDB'nin Şema Terapi modeli çerçevesinde incelenmesi amaçlanmaktadır. Dolayısıyla MDB görülen bireylerde, Şema Terapi modeli açısından yatkınlık oluşturan ve koruyuculuk sağlayan faktörlerin anlaşılması planlanmaktadır. Bununla birlikte, depresyonun tedavisinde koruyucu ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlanması öngörülmektedir.

Literatüre göre, erken dönem yaşam deneyimlerinin bir yönü olarak çocukluk çağı travmaları, Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile ilişkili (Lian ve ark., 2023) olduğu gibi duygu düzenleme güçlüğü (Dvir ve ark., 2014) ile de ilişkilidir. Kopukluk ve Reddedilme şema alanı, bireylerin duygu düzenleme güçlüğünde artışı etkileyebilmektedir (Young ve ark., 2003; Şenkal-Ertürk ve ark., 2021). Ayrıca, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasında pozitif yönde ilişki olduğu da bilinmektedir (Humphreys ve ark., 2020). Diğer yandan, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü aracı mekanizma olarak ampirik destekle tanımlanmaktadır (Hopfinger ve ark., 2016; Rezaei ve ark., 2016). Son olarak, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılık düzenleyici mekanizma olarak işlev görmektedir (Poole ve ark., 2017b). Dolayısıyla, araştırmanın ilk amacı, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünü, psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü çerçevesinde incelemektir (Bakınız Şekil 1).

Depresyonun Şema Terapi Modeli



Şekil 1. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün, psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü çerçevesinde incelenmesi

Araştırmanın ilk amacına ilişkin araştırma sorusu ve hipotezler şunlardır:

1. MDB tanısı alan bireylerde, Şema Terapi modeli çerçevesinde yatkınlık ve koruyuculuk oluşturan faktörler, depresyon şiddeti ile ilişkili midir?

Hipotez 1: Çocukluk çağı travmalarındaki artış ile depresyon şiddetindeki artış arasındaki dolaylı ilişkiye Kopukluk ve Reddedilme şema alanındaki ve dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğündeki artış aracılık etmektedir.

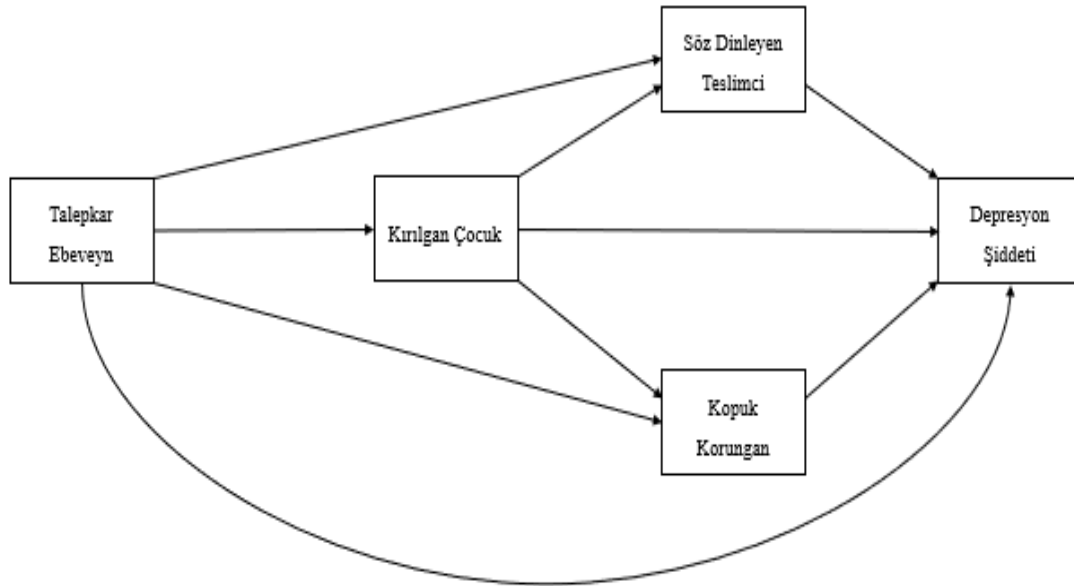
Hipotez 2: Düşük psikolojik dayanıklılık, çocukluk çağı travmalarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün depresyon şiddetiyle ilişkisini arttırarak düzenlemektedir.

Hipotez 3: Düşük psikolojik dayanıklılık, Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün çocukluk çağı travmaları ve depresyon şiddeti arasındaki seri aracı ilişkisini arttırarak düzenlemektedir.

Literatür incelendiğinde, işlevsel olmayan ebeveyn modları, kırılgan çocuk modu ve uyum bozucu başa çıkma modları birbiriyle ilişkili görünmektedir (Basile ve ark., 2018). İşlevsel olmayan ebeveyn modları karşısında tetiklenen kırılgan çocuk modu, açığa çıkan yoğun

duygulanımla başa çıkmak için söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarını kullanabilmektedir (Karimipour ve ark, 2022; Reinhard ve ark., 2022). İşlevsel olmayan modların kullanımı, depresyon şiddetini arttırabilmektedir (Csukly ve ark., 2023). Buradan hareketle, şema terapi mod modeli çerçevesinde araştırmanın ikinci amacı, işlevsel olmayan ebeveyn modları (talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn) ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının aracı rolünü incelemektir (Bakınız Şekil 2 ve Şekil 3).

Depresyonun Şema Mod Modeli 1



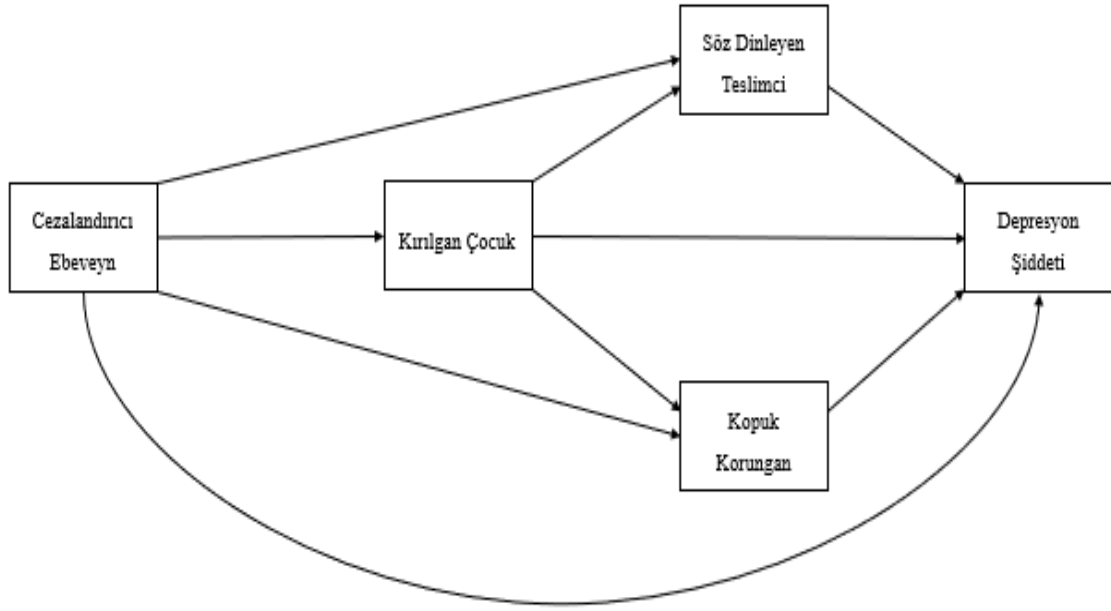
Şekil 2. Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının aracı rolünün şema terapi mod modeli çerçevesinde incelenmesi

Araştırmanın ikinci amacına ilişkin araştırma sorusu ve hipotezler şu şekildedir:

2. Majör Depresif Bozukluk tanısı alan bireylerde, Şema Terapi Mod modeli depresyon şiddeti ile ilişkili midir?

Hipotez 4: Talepkar ebeveyn modundaki artış ve depresyon şiddetindeki artış arasındaki dolaylı ilişkiye kırılğan çocuk modu ve uyum bozucu başa çıkma modları aracılık etmektedir. Talepkar ebeveyn modundaki artış, kırılğan çocuk modundaki artışla ilişkili olup dolayısıyla söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarındaki artışla ilişkili olarak artan depresyon şiddeti ile ilişkilidir.

Depresyonun Şema Mod Modeli 2



Şekil 3. Cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılgan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının aracı rolünün şema terapi mod modeli çerçevesinde incelenmesi

Hipotez 5: Cezalandırıcı ebeveyn modundaki artış ve depresyon şiddetindeki artış arasındaki dolaylı ilişkiye kırılgan çocuk modu ve uyum bozucu başa çıkma modları aracılık etmektedir. Cezalandırıcı ebeveyn modundaki artış, kırılgan çocuk modundaki artışla ilişkili olup dolayısıyla söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarındaki artışla ilişkili olarak artan depresyon şiddeti ile ilişkilidir.

2. BÖLÜM: YÖNTEM

Bu bölümde, sırasıyla çalışmaya dahil edilen katılımcıların özellikleri, veri toplama araçlarına ait bilgiler, veri toplama süreci ve araştırmada kullanılan istatistiksel analizler açıklanacaktır.

2.1. İşlem

Mevcut çalışmayı yürütebilmek amacıyla, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi'nden etik kurul onayı (Karar No: 47809) alınmıştır. Daha sonra, araştırma verilerini Çankırı Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinden toplayabilmek için Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü'nden bilimsel araştırma izni alınmıştır. Araştırma, 22.09.2022- 01.11.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. İlgili hastanenin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranlardan araştırmanın katılımcılar bölümünde yer alan uygunluk kriterlerini sağlayan yetişkinler, hastanenin psikiyatri uzmanları tarafından sorumlu araştırmacıya yönlendirilmiştir. Ardından, katılımcılara araştırmaya ilişkin bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Daha sonra, sorumlu araştırmacı tarafından katılımcıların mevcut tanılarının belirlenebilmesi amacıyla, Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.) uygulanmıştır. Görüşmeyi takiben içerme ve dışlama kriterlerine göre uygun olan katılımcılar, araştırmaya ait öz-bildirim ölçeklerini sorumlu araştırmacı eşliğinde hastanedeki görüşme odasında doldurmuşlardır. Araştırmaya yönlendirilen her bir katılımcıya, Dünya Sağlık Örgütü'nün depresyonla ilgili psikoeğitim içerikli animasyon filmi izletilmiştir. Araştırmaya katılım, her bir katılımcı için yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

2.2. Katılımcılar

Bu çalışmaya, Çankırı Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve gönüllü katılımı kabul eden 18 yaş üstü yetişkinlerden oluşan 128 katılımcı, ilgili hastanenin psikiyatri

uzmanları tarafından yönlendirilmiştir. Katılımcıların ‘Majör Depresif Bozukluk’ tanısı almış olması ve en az ilkokul mezunu olması içerme kriterlerini oluşturmaktadır. Katılımcıların geçmişte veya günümüzde bipolar bozukluk, psikoza ilişkili bozukluk, madde kullanım bozukluğu ek tanılarından herhangi birini almış olması, nörolojik herhangi bir hastalığının olması, intihar riskinin yüksek olması ise dışlama kriterlerini oluşturmaktadır. Yönlendirilen katılımcıların 9’u mevcut MDB tanısını karşılamadığından (4’ünde tam yatışma göstermeyen özellikli majör depresif epizot, 3’ünde distimi, 2’sinde yas tepkisi), 1 katılımcı ilkokul mezunu olmasına rağmen okur yazarlığı yeterli düzeyde olmadığı için içerme kriterlerini sağlamamıştır. Ayrıca, 9 katılımcı araştırmanın içerme kriterlerini sağlarken (4’ü yüksek intihar riski, 3’ü nörolojik hastalık, 2’si geçmişte hipomanik epizot) dışlama kriterlerine göre dahil edilmemiştir. Yüksek intihar riski olabileceği düşünülen katılımcılar, psikiyatri uzmanlarına tekrar yönlendirilmiştir. Son olarak, içerme ve dışlama kriterlerine göre uygun olan 3 katılımcı ise, araştırmaya katılıma devam etmek istememiştir. Böylece, araştırmaya yönlendirilen 22 katılımcı hariç tutularak araştırmaya toplamda 106 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları, 18 ile 63 (Ort. = 26.08, SS = 9.27) arasında değişmektedir. Tablo 2’de, katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 2. MDB Tanısı Alan Katılımcılara İlişkin Demografik Özellikler

	Değişken	Sıklık (F)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	87	82.1
	Erkek	19	17.9
Medeni Durum	Bekar	72	67.9
	Evli	34	32.1
Eğitim Durumu	İlkokul	10	9.4
	Ortaokul	8	7.5
	Lise	38	35.8
	Yüksekokul	7	6.6
	Üniversite	43	40.6
Algılanan Ekonomik Düzey	Alt	17	16
	Orta	85	80.2
	Üst	4	3.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	30.2
	Çalışmıyor	74	69.8

Tablo 2'nin devamı

Fiziksel Hastalık	Var	30	28.3
	Yok	76	71.7
Bildirilen Tekrar Sayısı	İlk kez	50	47.2
	İkinci kez	33	31.1
	Üçüncü kez	6	5.7
	Dört ve üzeri	17	16
Tedavi	Yok	74	69.8
	İlaç tedavisi	29	27.4
	Psikoterapi	2	1.9
	İlaç tedavisi ve psikoterapi	1	0.9
Hastaneye Yatış	Var	6	5.7
	Yok	100	94.3
İntihar Riski	Yok	26	24.5
	Düşük	41	38.7
	Orta	39	36.8
Geçmiş İntihar Girişimi	Yok	84	79.2
	Bir kere	15	14.2
	İki kere	5	4.7
	Üç kere	1	0.9
	Dört kere	1	0.9
Eş tanı	Panik Bozukluk	15	14.2
	Agorafobi	14	13.2
	Sosyal Kaygı Bozukluğu	22	20.8
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	9	8.5
	Yaygın Kaygı Bozukluğu	31	29.2
	Bulimiya Nervoza	1	0.9

2.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara demografik bilgi formu, Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.), Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME), Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çocukluk Çağı Travmaları Anketi (CTQ-33) ve Beck Kaygı Envanteri (BKE) uygulanmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırma katılımcılarının yaş, eğitim, medeni durum gibi demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda, genel demografik bilgiler, psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, tedavi ve intihar geçmişiyle ilgili sorular bulunmaktadır. Demografik Bilgi Formu, Ek 1’de sunulmuştur.

2.3.2. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I.)

DSM-IV ve ICD-10’da yer alan temel birinci eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek amacıyla Sheehan ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen, bireylerin daha etkili ve uygun şekilde değerlendirilmesine olanak tanıyan kısa ve yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Her bir psikiyatrik bozukluğa ait tarama soruları üzerinden detaylı değerlendirme yapılmakta olup uygulama, ortalama 15 dakika sürmektedir. MDB’yi tararken kullanılan örnek soruya aşağıda yer verilmiştir. M.I.N.I.’nin Türkçeye çevirisi Engeler (2004) tarafından yapılmıştır. Sorumlu araştırmacı, araştırmayla eş zamanlı olarak süpervizyon altında danışan takip etmiş olup M.I.N.I., süpervizyon sürecinde kullanılan materyallerdendir.

Örnek soru: “Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müsünüz?”

2.3.3. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)

Şema Terapi bağlamında tanımlanan modları değerlendirebilmek amacıyla Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME) Lobbestael ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri, öz-bildirime dayanan 6’lı Likert tipi (1 = *Hiç ya da Neredeyse Hiç*, 6 = *Her Zaman*) derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça modların şiddeti de artma eğilimi göstermektedir. ŞME’nin bu 3. versiyonunda 174 madde bulunmaktadır. Toplamda 19 alt-ölçek bulunmakta olup bu çalışmada Cezalandırıcı Ebeveyn, Talepkar Ebeveyn, Kırılgan Çocuk, Söz Dinleyen Teslimci ve Kopuk Korungan alt-ölçekleri kullanılmıştır. Özgün çalışmada, alt-ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları .79 ile .96 arasında değişmektedir (Lobbestael ve ark., 2010). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Soygüt ve arkadaşları

(2021) tarafından yürütülmüştür. Uyarlama çalışmasında alt-ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları .62 ile .91 arasında değişmektedir. Mevcut çalışmaya dahil edilen alt-ölçeklerin uyarlama çalışmasındaki iç tutarlılık değerleri, Kırılgan Çocuk alt-ölçeği için .91, Söz Dinleyen Teslimci alt-ölçeği için .70, Kopuk Korungan alt-ölçeği için .82, Cezalandırıcı Ebeveyn alt-ölçeği için .83 ve Talepkar Ebeveyn alt-ölçeği için .69'dur (Soygüt ve ark., 2021). Yürütülen mevcut çalışmada iç tutarlılık değerleri ise, Kırılgan Çocuk alt-ölçeği için .88, Söz Dinleyen Teslimci alt-ölçeği için .73, Kopuk Korungan alt-ölçeği için .80, Cezalandırıcı Ebeveyn alt-ölçeği için .88 ve Talepkar Ebeveyn alt-ölçeği için .70 olarak bulunmuştur. ŞME, Ek 2'de sunulmuştur.

2.3.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Erken dönem uyum bozucu şemaların değerlendirilmesi amacıyla Young Şema Ölçeği Kısa Formunun 3. Versiyonu (YŞÖ) Young (1990, 2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri, öz-bildirime dayalı 6'lı Likert tipi (1 = *Benim için tamamıyla yanlış*, 6 = *Beni mükemmel şekilde tanımlıyor*) derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmakta ve toplamda 90 maddeden oluşmaktadır. Kopukluk ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Başarısızlık, Zedelenmiş Sınırlar, Başkaları Yönelimlilik, Aşırı Uyarılma ve Ketlenme olmak üzere 5 şema alanı ve 18 şema alt-ölçeği bulunmaktadır: Terk edilme, Güvensizlik/kötüye kullanılma, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk/utanç, Sosyal İzolasyon, Bağımlılık, Dayanıksızlık, İç İç Geçme, Başarısızlık, Haklılık, Yetersiz Öz-denetim, Boyun Eğme, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duyguları Bastırma, Yüksek Standartlar ve Cezalandırılma. Özgün çalışmada, şema alt-ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları .76 ile .93 arasında değişmektedir (Welburn ve ark., 2002). Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olup puanların yükselmesi erken dönem uyum bozucu şemaların varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülmüştür. Uyarlama çalışmasında elde edilen iç tutarlılık katsayıları şema alanları için .53 ile .81, şema alt-ölçekleri için .63 ile .80 arasında değişmektedir. Mevcut çalışmaya dahil edilen Kopukluk ve Reddedilme şema alanının uyarlama çalışmasındaki iç tutarlılık katsayısı .76'dır (Soygüt ve ark., 2009). Mevcut çalışmadaki Kopukluk ve Reddedilme şema alanı iç tutarlılık katsayısı ise .91 olarak bulunmuştur. YŞÖ-KF3, Ek 3'te sunulmuştur.

2.3.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Bireylerin duygu düzenleme güçlüğü'nün düzeyini ölçebilmek amacıyla Gratz ve Roemer (2004) tarafından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin Kısa Formu ise, Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 5'li Likert tipi (1 = *hemen hemen hiç*, 5 = *hemen hemen her zaman*) derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmaktadır. Açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme olmak üzere 5 alt-ölçeği bulunmakta ve toplamda 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğü'nün arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Yiğit ve Guzey Yiğit (2017) tarafından yürütülmüştür. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92 olmakla birlikte ölçeğin alt-ölçekleri için iç tutarlılık katsayıları .78 ile .87 arasında değişmektedir (Yiğit ve Guzey Yiğit, 2017). Mevcut çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak hesaplanmıştır. DDGÖ-16, Ek 4'te sunulmuştur.

2.3.6. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Psikolojik dayanıklılığın değerlendirilmesi amacıyla Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonu, kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar olmak üzere 5 alt-boyuttan oluşmakta olup, daha sonra kişisel güç alt-boyutu kendilik algısı ve gelecek algısı olarak ikiye bölünerek 6 alt-boyut ve 33 madde olarak düzenlenmiştir (Friborg ve ark., 2005). Özgün çalışmada, iç tutarlılık katsayıları ölçeğin alt-boyutları için .75 ile .86 arasında değişmektedir (Friborg ve ark., 2005). Katılımcıların ölçekteki maddelerle ilgili yanlış cevaplar vermesinden kaçınmak amacıyla, ölçekte olumlu ve olumsuz ifadelerin farklı yönlerde yer aldığı beş farklı kutucuktan oluşan puanlama düzeni bulunmaktadır. Ölçekte ters maddeler bulunmakta olup psikolojik dayanıklılığın düşük veya yüksek ölçülmesiyle ilgili puanlama düzeni serbest bırakılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Basım ve Çetin (2011) tarafından hem öğrenci hem çalışan örnekleminde yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı her iki örneklem için de .86 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011). Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .88 olarak bulunmuştur. YPDÖ, Ek 5'te sunulmuştur.

2.3.7. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri (BDE) Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri, öz-bildirime dayalı 4'lü Likert tipi derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmaktadır. 21 maddeden oluşan ölçekte, her madde 0-3 arasında puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam en yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan puanların artması, depresif belirtilerin şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Özgün çalışmada, ölçeğin farklı uygulamaları için iç tutarlılık katsayısı .60 ile .87 arasında değişmektedir (Beck ve ark., 1961). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli (1988, 1989) tarafından yürütülmüş ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .80 olarak raporlanmıştır. Mevcut çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .74 olarak bulunmuştur. BDE, Ek 6'da sunulmuştur.

2.3.8. Çocukluk Çağı Travmaları Anketi (CTQ-33)

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları ölçebilmek amacıyla Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri öz-bildirime dayanan 5'li Likert tipi (1 = *Hiçbir Zaman*, 5 = *Çok Sık*) derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin 28 maddeden oluşan özgün formunda fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal olmak üzere 5 alt-ölçeği bulunmakta olup iç tutarlılık katsayısı alt-ölçekler için .79 ile .94 arasında değişmektedir (Bernstein ve ark., 1994). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülmüş ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak raporlanmıştır. Şar ve arkadaşları (2021) tarafından aşırı koruma/kontrol alt-ölçeği dahil edilen toplamda 6 alt-ölçekten oluşan genişletilmiş formunda ise 33 madde bulunmakta olup bu formunun iç tutarlılık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puanlar 30 ile 150 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puanlardaki artış, çocukluk çağı travmalarının varlığına işaret etmektedir. Yürütülen mevcut çalışmadaki ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .90 olarak hesaplanmıştır. CTQ-33, Ek 7'de sunulmuştur.

2.3.9. Beck Kaygı Envanteri (BKE)

Kaygı değişkenini kontrol edebilmek amacıyla Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Beck Kaygı Envanteri (BKE) uygulanacaktır. Ölçek maddeleri, öz-bildirime dayalı 4'lü Likert tipi (0 = *hiç*, 3 = *ciddi derecede*) derecelendirme ölçeği üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve ölçekten alınan toplam puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın artması, kaygı düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Özgün çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur (Beck ve ark., 1988). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yürütülmüş ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak rapor edilmiştir. Mevcut çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .89 olarak bulunmuştur. BKE, Ek 8'de sunulmuştur.

2.4. Analiz

Araştırmanın analizleri, Statistical Package for Social Sciences Versiyon 22 (SPSS V. 22) programı aracılığıyla yürütülmüştür. Ana analizlere geçmeden önce araştırma verileri kayıp değer, uç değer ve normallik sayıltıları açısından değerlendirilmiştir. Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri belirleyebilmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Ardından araştırmanın hipotezleri PROCESS Macro Versiyon 4.1 eklentisi aracılığıyla sınanmıştır (Hayes, 2022). Hipotez 1, Hipotez 2 ve Hipotez 3'te yer alan düzenleyici ve aracı modeller, Hayes (2022) Paralel Seri Aracı ve Düzenleyici Model Analizi (Model 90) ve Hipotez 4, Hipotez 5'te yer alan aracı modeller ise Hayes (2022) Paralel Seri Aracı Model Analizi (Model 81) aracılığıyla incelenmiştir. İstatistiksel analizlere ilişkin bilgilere, Bulgular bölümünde detaylı şekilde yer verilmiştir.

3. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde, mevcut çalışmada kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. İlk olarak, araştırma verilerinin analizlere uygunluğu sınanarak sırasıyla, değişkenlere ait betimleyici istatistiklere, değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkilere, araştırmanın hipotezlerine ilişkin aracı-düzenleyici rol analizlerinin sonuçlarına yer verilmiştir.

3.1. Verilerin İstatistiksel Analize Uygunluğunun Test Edilmesi

Araştırmanın ana analizlerine geçmeden önce kayıp değer, uç değer ve normallik sayıltıları açısından araştırma verilerinin ön analizleri yürütülmüştür. Öncelikle kayıp değerlere ilişkin dağılım özellikleri incelenmiş, doldurulan ölçeklerin hiçbirinde %5'ten fazla kayıp değer bulunmadığı tespit edilmiştir. Kayıp değerler arasındaki rastlantısallık kontrol edildikten sonra kayıp değerlere verilerin ortalama değerleri atanarak kayıp veri ataması yapılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Daha sonra araştırma değişkenlerine ilişkin normallik varsayımlarını test edebilmek amacıyla, tek değişkenli normallik varsayımı için z puanları, çok değişkenli normallik varsayımı için Mahalanobis uzaklığı, uç değerler için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Buna göre z puanları ± 3.29 değer aralığında olduğundan araştırma verilerinde uç değer bulunmadığı anlaşılmıştır. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1.5 değer aralığında, Mahalanobis uzaklığı değerlerinin ise $p < .001$ anlamlılık düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Dolayısıyla araştırma verilerinin normallik varsayımını karşıladığı tespit edilerek tüm analizler $N = 106$ katılımcı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici Bulgular

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait betimleyici istatistiksel değerler, Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler ($N = 106$)

Değişkenler	Ort.	SS	Çarp.	Bas.	Ranj	Min.	Maks.
Depresyon Şiddeti	33	8.62	.50	-.23	37	20	57
Talepkar Ebeveyn	17.70	6.04	.28	-.72	24	6	30
Cezalandırıcı Ebeveyn	24.16	10.60	1.18	1.11	47	10	57
Kırılgan Çocuk	42.23	12.05	-.07	-.92	53	12	65
Söz Dinleyen Teslimci	17.40	6.51	.43	-.30	29	6	35
Kopuk Korungan	29.40	8.93	.34	-.22	44	10	54
Çocukluk Çağı Travmaları	66.04	20.66	.48	-.10	98	32	130
Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanı	69.73	23.81	.17	-.97	93	27	120
Duygu Düzenleme Güçlüğü	55.53	14.44	-.10	-1.16	51	29	80
Psikolojik Dayanıklılık	96.59	22.59	.11	-.53	105	44	149
Kayı Şiddeti	28.45	11.77	.01	-.40	51	3	54

Not. Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma, Çarp. = Çarpıklık, Bas. = Basıklık, Min. = Minimum, Maks. = Maksimum

3.3. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirleyebilmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yürütülmüştür. Değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları, Tablo 4'te sunulmaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre, depresyon şiddeti ile talepkar ebeveyn ($r = .34, p < .01$), cezalandırıcı ebeveyn ($r = .58, p < .01$), kırılgan çocuk ($r = .56, p < .01$), söz dinleyen teslimci ($r = .42, p < .01$), kopuk korungan ($r = .51, p < .01$) modları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Depresyon şiddeti ile çocukluk çağı travma puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki ($r = .26, p < .01$); kopukluk ve reddedilme şema alanı puanları ($r = .42, p < .01$), duygu düzenleme güçlüğü puanları ($r = .46, p < .01$),

kaygı şiddeti ($r = .51, p < .01$) arasında ise orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Depresyon şiddeti ile psikolojik dayanıklılık puanları arasında ise orta düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -.50, p < .01$).

İşlevsiz modlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde, talepkar ebeveyn ile cezalandırıcı ebeveyn ($r = .52, p < .01$), kırılğan çocuk ($r = .43, p < .01$), söz dinleyen teslimci ($r = .47, p < .01$) modları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki; kopuk korungan mod ($r = .23, p < .05$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Talepkar ebeveyn modu ile kaygı şiddeti arasında ise anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır. Cezalandırıcı ebeveyn ile kırılğan çocuk ($r = .59, p < .01$), söz dinleyen teslimci ($r = .58, p < .01$), kopuk korungan ($r = .52, p < .01$) modları ve kaygı şiddeti ($r = .36, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kırılğan çocuk ile söz dinleyen teslimci ($r = .62, p < .01$), kopuk korungan ($r = .63, p < .01$) modları ve kaygı şiddeti ($r = .36, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan mod ($r = .34, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenirken kaygı şiddeti ile ($r = .24, p < .05$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Çocukluk çağı travmaları puanları ile kopukluk ve reddedilme şema alanı puanları ($r = .53, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenirken, psikolojik dayanıklılık puanları ($r = -.44, p < .01$) arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları puanları ve duygu düzenleme güçlüğü puanları ile kaygı şiddeti arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır. Kopukluk ve reddedilme şema alanı puanları ve duygu düzenleme güçlüğü puanları ($r = .57, p < .01$) ile kaygı şiddeti ($r = .29, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, psikolojik dayanıklılık puanları ile ($r = -.68, p < .01$) arasında orta düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Son olarak, duygu düzenleme güçlüğü puanları ve kaygı şiddeti ($r = .52, p < .01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki, psikolojik dayanıklılık puanları ile ($r = -.56, p < .01$) arasında ise orta düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Değerleri ($N = 106$)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Depresyon şiddeti	-										
2. Talepkar Ebeveyn	.34**	-									
3. Cezalandırıcı Ebeveyn	.58**	.52**	-								
4. Kırılgan Çocuk	.56**	.43**	.59**	-							
5. Söz Dinleyen Teslimci	.42**	.47**	.58**	.62**	-						
6. Kopuk Korungan	.51**	.23*	.52**	.63**	.34**	-					
7. Çocukluk Çağı Travmaları	.26**	.22*	.25**	.33**	.33**	.13	-				
8. Kopukluk ve Reddedilme Şema Alanı	.42**	.35**	.59**	.76**	.63**	.53**	.53**	-			
9. Duygu Düzenleme Güçlüğü	.46**	.22*	.52**	.56**	.37**	.45**	.19	.57**	-		
10. Psikolojik Dayanıklılık	-.50**	-.08	-.49**	-.62**	-.44**	-.55**	-.44**	-.68**	-.56**	-	
11. Kaygı şiddeti	.51**	.14	.36**	.36**	.24*	.32**	.08	.29**	.52**	-.23*	-

Not. ** $p < .01$, * $p < .05$

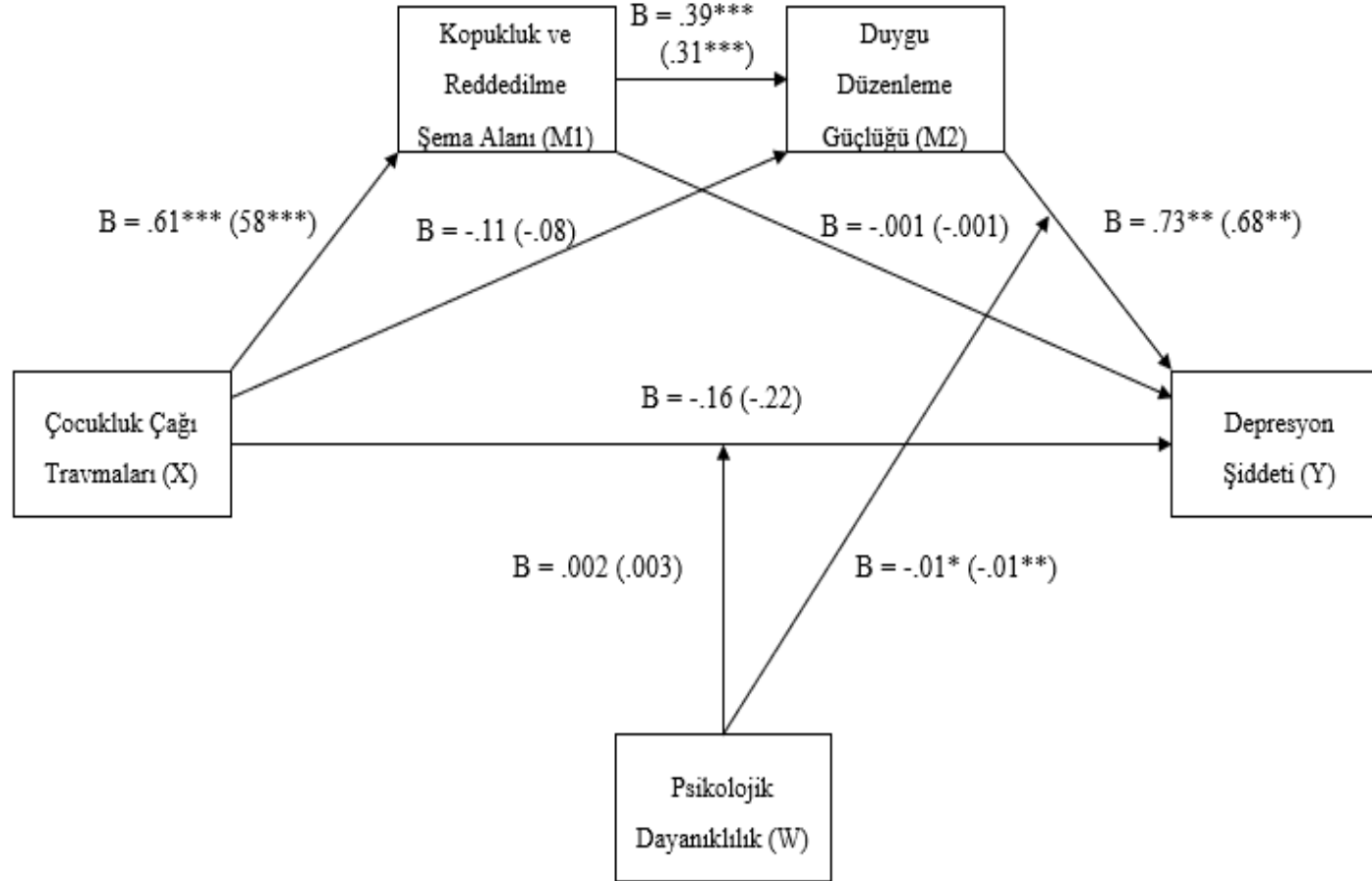
3.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Düzenleyici ve Aracı Model (PROCESS Model 90)

Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide, Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rollerini, psikolojik dayanıklılığın ise düzenleyici rolünü sınamak amacıyla Hayes (2022) tarafından geliştirilen SPSS PROCESS Makro Aracılık Analizi Model 90 uygulanmıştır (Bakınız Şekil 4). Model analizleri, 5000 kişilik yeniden örnekleme yöntemi kullanılarak güven aralıkları hesaplanarak yürütülmüştür. Buna göre, güven aralığının düşük ve yüksek değerleri arasında sıfır (0) sayısı yer almadığında, aracı ve düzenleyici ilişkinin anlamlı olduğu belirtilmektedir (Hayes, 2022). Ayrıca, model analizlerine dahil edilen değişkenlerin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlayabilmek için Bağımsız Örneklem t-testi yapılmış olup analiz sonuçları, araştırma değişkenleri üzerinde cinsiyet farklılıklarının anlamlı düzeyde olmadığını göstermiştir. Bundan dolayı, analizlerde cinsiyet, kontrol değişkeni olarak dahil edilmemiştir.

İlk olarak modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının kopukluk ve reddedilme şema alanı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ($B = .61, SH = .096, t = 6.30, p < .001$), ancak çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($B = -.11, SH = .066, t = -1.61, p = .11$). Kopukluk ve reddedilme şema alanının duygu düzenleme güçlüğü ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ($B = .39, SH = .057, t = 6.87, p < .001$), ancak kopukluk ve reddedilme şema alanı ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır ($B = -.001, SH = .046, t = -.01, p = .99$). Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü, depresyon şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkilidir ($B = .73, SH = .249, t = 2.93, p < .01$). Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin ($B = -.16, SH = .179, t = -.89, p = .37$) ve çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolünün ($B = .002, SH = .002, t = 1.06, p = .29$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Psikolojik dayanıklılık ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ($B = .07, SH = .145, t = .48, p = .63$), *ancak psikolojik dayanıklılığın, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün anlamlı olduğu gözlenmektedir* ($B = -.01, SH = .003, t = -2.38, p < .05$). Tüm modelin anlamlı olduğu ($F_{(6, 99)} = 8.56, p < .001$) ve depresyon şiddetindeki varyansın %34'ünü açıkladığı görülmektedir.

Ayrıca, kaygı belirti düzeyini kontrol edebilmek amacıyla Beck Kaygı Envanterinden elde edilen toplam puan kontrol değişkeni olarak analizlere dahil edilerek modeldeki ilişkiler tekrar sınanmıştır. Doğrudan ilişkiler incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının kopukluk ve reddedilme şema alanı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ($B = .58, SH = .093, t = 6.29, p < .001$), ancak çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($B = -.08, SH = .059, t = -1.33, p = .19$). Benzer şekilde, kopukluk ve reddedilme şema alanının duygu düzenleme güçlüğü ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ($B = .31, SH = .054, t = 5.84, p < .001$), ancak kopukluk ve reddedilme şema alanı ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır ($B = -.001, SH = .042, t = -.22, p = .82$). Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü, depresyon şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkilidir ($B = .68, SH = .226, t = 3.03, p < .01$). Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin ($B = -.22, SH = .162, t = -1.34, p = .19$) ve çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolünün ($B = .003, SH = .002, t = 1.54, p = .13$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Psikolojik dayanıklılık ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ($B = .06, SH = .131, t = .48, p = .63$), *ancak psikolojik dayanıklılığın, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün anlamlı olduğu* gözlenmektedir ($B = -.01, SH = .002, t = -3.05, p < .01$). Tüm model anlamlı düzeydedir ($F_{(7, 98)} = 12.23, p < .001$) ve depresyon şiddetindeki varyansın %47'sini açıklamaktadır. Kaygı değişkeni kontrol edildiğinde de bulguların ilk modelle büyük oranda benzerlik gösterdiği, yalnızca açıklanan varyansta artış yaşandığı anlaşılmaktadır.

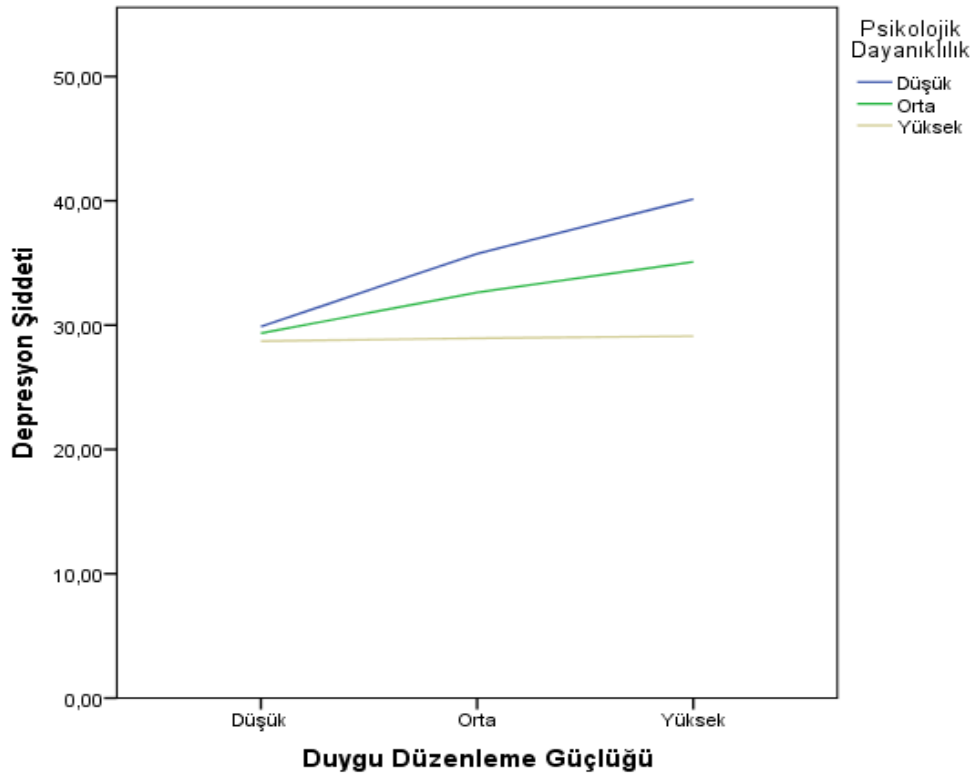
Şekil 4. Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model



Not. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, Kaygı şiddeti kontrol edildikten sonra bulunan değerler parantez içinde verilmiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık etkileşimi anlamlı düzeydedir ($F_{(1, 99)} = 5.65, p < .05$). Buna göre, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkinin psikolojik dayanıklılığın farklı düzeylerine göre değiştiği anlaşılmaktadır. Koşullu düzenleyici ilişkinin, psikolojik dayanıklılığın düşük ($B = .29, SH = .09, \%95 \text{ GA } [.124, .462]$) ve orta ($B = .16, SH = .06, \%95 \text{ GA } [.039, .290]$) düzeylerinde anlamlı olduğu, yüksek ($B = .01, SH = .09, \%95 \text{ GA } [-.164, .186]$) düzeyinde ise anlamlı olmadığı görülmektedir. Sonuçlara göre, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişki, düşük ve orta düzeylerdeki psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlenmiştir. Yani, psikolojik dayanıklılık düşük ve orta düzeyde olduğunda, duygu düzenleme güçlüğündeki artış, depresyon şiddetindeki artışla ilişkilidir. Bundan dolayı, Hipotez 2 kısmen desteklenmiştir. Düzenleyici ilişki, Şekil 5'te gösterilmektedir.

Kaygı şiddeti kontrol edildiğinde ise, duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik dayanıklılık etkileşiminin yine anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{(1, 98)} = 9.28, p < .01$). Ancak bu modelde, duygu düzenleme güçlüğü'nün depresyon şiddeti ile ilişkisi, özellikle psikolojik dayanıklılığın düşük düzeyinde ($B = .18, SH = .08, \%95 \text{ GA } [.015, .336]$) anlamlıyken, orta ($B = .02, SH = .06, \%95 \text{ GA } [-.103, .152]$) ve yüksek ($B = -.15, SH = .09, \%95 \text{ GA } [-.325, .020]$) düzeylerinde ise anlamlı değildir. Yani, psikolojik dayanıklılık düşük düzeyde olduğunda, duygu düzenleme güçlüğündeki artış, depresyon şiddetindeki artışla ilişkilidir.



Şekil 5. Duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü

Not. Bu şekil, kaygı şiddeti kontrol edilmeden önce bulunan düzenleyici ilişkiye aittir.

Modeldeki düzenleyici ve aracı ilişkiler beraber sınıandığında, düzenleyici ve aracı etki indeksi (The Index of Moderated Mediation [IMM]) yalnızca duygu düzenleme güçlüğü'nün (indeks =-.0006, %95 GA [-.0002, .0018]), aracı rolü için anlamlı değilken, kopukluk ve reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rolünde anlamlı düzeydedir (indeks =-.0014, %95 GA [-.0029, -.0002]). Yani bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının sırasıyla, kopukluk ve reddedilme şema alanı ve duygu düzenleme güçlüğü aracılığıyla, depresyon şiddeti arasındaki ilişkinin psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlendiğine işaret etmektedir. Koşullu dolaylı ilişkilerin, psikolojik dayanıklılığın düşük ($B = .07$, $SH = .03$, %95 GA [.025, .131]) ve orta ($B = .04$, $SH = .02$, %95 GA [.006, .084]) düzeylerinde anlamlı olduğu, yüksek ($B = .003$, $SH = .02$, %95 GA [-.042, .051]) düzeyinde ise anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu bulgu, düşük ve orta düzeydeki psikolojik dayanıklılığın, çocukluk çağı travmaları varlığında, artan kopukluk ve reddedilme şema alanı ve ardından artan

duygu düzenleme güçlüğü'nün, depresyon şiddetinin artmasıyla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kopukluk ve reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rolüne yönelik sonuçlardan hareketle Hipotez 1'in desteklendiği, bu ilişkinin düşük ve orta düzeylerdeki psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlenmesi nedeniyle Hipotez 3'ün kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Kaygı şiddeti kontrol edildiğinde ise, düzenleyici-aracı etki indeksi kaygı şiddeti kontrol edilmeden önceki modeldeki sonuçlara benzer şekilde, kopukluk ve reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rolünde anlamlıdır (indeks =-.0013, %95 GA [-.0024, -.0004]). Ancak, koşullu dolaylı ilişkilerin, özellikle psikolojik dayanıklılığın yalnızca düşük düzeyinde ($B = .03$, $SH = .02$, %95 GA [.0001, .0744]) anlamlı olduğu, orta ($B = .005$, $SH = .01$, %95 GA [-.019, .031]) ve yüksek ($B = -.028$, $SH = .02$, %95 GA [-.065, .001]) düzeylerinde ise anlamlı olmadığı görülmektedir. Yani, psikolojik dayanıklılık düşük düzeyde olduğunda, artan çocukluk çağı travmaları, kopukluk ve reddedilme şema alanındaki artışla ve ardından duygu düzenleme güçlüğü'ndeki artışla ilişkili olarak artan depresyon şiddetiyle ilişkilidir.

3.5. İşlevsiz Ebeveyn Modları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Aracı Modeller (PROCESS Model 81)

İşlevsiz ebeveyn modlarının (talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn modu) depresyon şiddeti ile ilişkisinde, kırılğan çocuk modunun ve uyum bozucu başa çıkma modlarının (söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan mod) aracı rollerini sınamak amacıyla Hayes (2022) tarafından geliştirilen PROCESS Makro Aracılık Analizi Model 81 uygulanmıştır. Talepkar ebeveyn ve cezalandırıcı ebeveyn modunun bağımsız değişken olarak ayrı ayrı analize dahil edildiği modele ilişkin bulgular, aşağıda detaylı olarak açıklanmaktadır.

3.5.1. Talepkar Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkide Kırılğan Çocuk Modu ile Söz Dinleyen Teslimci ve Kopuk Korungan Başa Çıkma Modlarının Seri Aracı Modeli

Bu modelde, talepkar ebeveyn modunun depresyon şiddeti ile ilişkisinde, kırılğan çocuk modunun ardından söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının seri aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır (Bakınız Şekil 6).

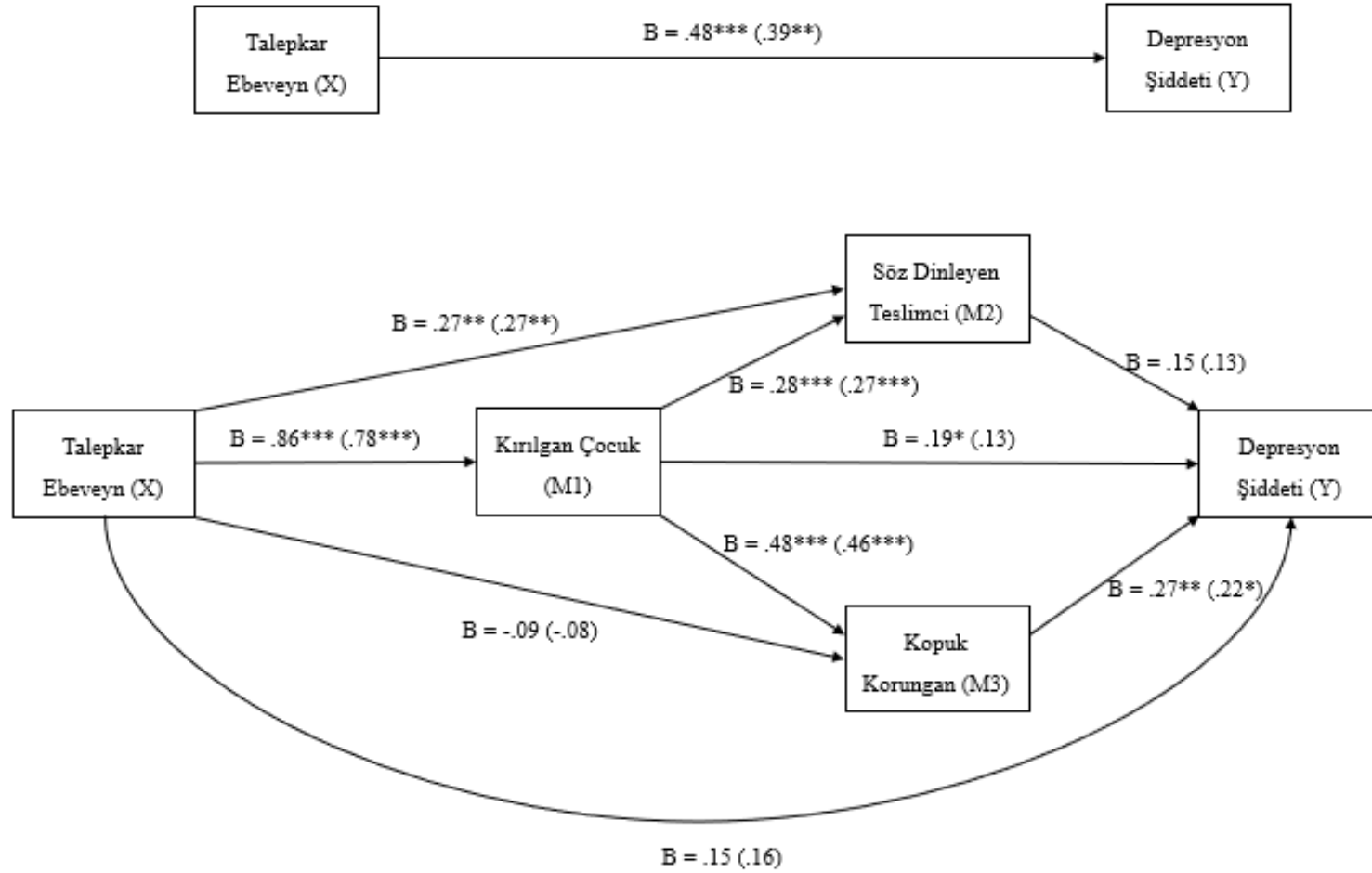
Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki toplam ilişkinin anlamlı olduğu ($B = .48$, $SH = .132$, $t = 3.63$, $p < .001$), ancak doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı ($B = .15$, $SH = .130$, $t = 1.16$, $p = .25$) görülmektedir. Modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, talepkar ebeveyn modu, kırılğan çocuk modu ($B = .86$, $SH = .176$, $t = 4.90$, $p < .001$) ve söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .27$, $SH = .089$, $t = 2.99$, $p < .01$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Ancak talepkar ebeveyn modu ile kopuk korungan başa çıkma modu arasındaki doğrudan ilişki anlamlı değildir ($B = -.09$, $SH = .125$, $t = -.68$, $p = .50$). Kırılğan çocuk modu ise, söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .28$, $SH = .045$, $t = 6.21$, $p < .001$), kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .48$, $SH = .063$, $t = 7.72$, $p < .001$) ve depresyon şiddeti ($B = .19$, $SH = .089$, $t = 2.15$, $p < .05$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kopuk korungan başa çıkma modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olduğu ($B = .27$, $SH = .098$, $t = 2.71$, $p < .01$) görülürken söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı olmamıştır ($B = .15$, $SH = .139$, $t = 1.05$, $p = .29$). Tüm modelin anlamlı olduğu ($F_{(4, 101)} = 14.83$, $p < .001$) ve depresyon şiddeti üzerindeki varyansın %37'sini açıkladığı görülmektedir.

Kaygı değişkeni kontrol edilerek model analizi tekrar sınanmıştır. Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki toplam ilişkinin anlamlı olduğu ($B = .39$, $SH = .116$, $t = 3.33$, $p < .01$), ancak doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı ($B = .16$, $SH = .121$, $t = 1.34$, $p = .18$) görülmektedir. Modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, talepkar ebeveyn modu, kırılğan çocuk modu ($B = .78$, $SH = .168$, $t = 4.63$, $p < .001$) ve söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .27$, $SH = .089$, $t = 2.98$, $p < .01$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Ancak talepkar ebeveyn modu ile kopuk korungan başa çıkma modu arasındaki doğrudan ilişki anlamlı değildir ($B = -.08$, $SH = .125$, $t = -.65$, $p = .52$). Kırılğan çocuk modu ise, söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .27$, $SH = .048$, $t = 5.74$, $p < .001$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .46$, $SH = .067$, $t = 6.83$, $p < .001$) ile anlamlı düzeyde ilişkilirken, depresyon şiddeti ile anlamlı düzeyde ilişkili değildir ($B = .13$, $SH = .084$, $t = 1.58$, $p = .12$). Kopuk korungan başa çıkma modu ile

depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olduğu ($B = .22$, $SH = .092$, $t = 2.35$, $p < .05$) görülürken söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı olmamıştır ($B = .13$, $SH = .129$, $t = 1.01$, $p = .32$). Tüm modelin anlamlı olduğu ($F_{(5, 100)} = 17.12$, $p < .001$) ve depresyon şiddeti üzerindeki varyansın %46'sını açıkladığı görülmektedir.



Şekil 6. Şema Mod Modeli Çerçevesinde Talepkar Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model



Not. $***p < .001$, $**p < .01$, $*p < .05$; Kaygı şiddeti kontrol edildikten sonra bulunan değerler parantez içinde verilmiştir.

Modeldeki dolaylı ilişkiler incelendiğinde, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modunun aracı rolü anlamlıdır ($B = .16$, $SH = .09$, %95 GA [.006, .366]). *Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkiye kırılğan çocuk modu ve ardından kopuk korungan başa çıkma modunun aracılık ettiği seri aracı rol anlamlıyken* ($B = .11$, $SH = .05$, %95 GA [.030, .224]), kırılğan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci başa çıkma modunun seri aracı rolü ise anlamlı değildir ($B = .04$, $SH = .04$, %95 GA [-.031, .119]). Dolayısıyla, Hipotez 4 kısmen desteklenmiştir.

Kaygı şiddeti kontrol edildiğinde ise, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modunun aracı rolü anlamlı olmamıştır ($B = .10$, $SH = .07$, %95 GA [-.027, .264]), diğer dolaylı ilişkiler yukarıdaki sonuçlarla benzer düzeydedir. Aracı rollere ilişkin dolaylı ilişkiler, Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Talepkar Ebeveyn ile Depresyon Şiddeti Arasındaki Doğrudan ve Dolaylı İlişkiler

İlişki	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Güven Aralığı	
Toplam İlişki	.48***	.13	3.63	<.001	.217	.740
	(.39**)	(.12)	(3.33)	(<.01)	(.157)	(.618)
Doğrudan İlişki	.15	.13	1.16	.25	-.108	.410
	(.16)	(.12)	(1.34)	(.18)	(-.078)	(.403)
Dolaylı İlişki 1 (X-M ₁ -Y)	.16	.09			.006	.366
	(.10)	(.07)			(-.027)	(.264)
Dolaylı İlişki 2 (X-M ₂ -Y)	.04	.04			-.039	.136
	(.03)	(.04)			(-.040)	(.134)
Dolaylı İlişki 3 (X-M ₃ -Y)	-.02	.04			-.093	.073
	(-.02)	(.03)			(-.082)	(.053)
Dolaylı İlişki 4 (X-M ₁ -M ₂ -Y)	.04	.04			-.031	.119
	(.03)	(.03)			(-.027)	(.103)
Dolaylı İlişki 5 (X-M ₁ -M ₃ -Y)	.11	.05			.030	.224
	(.08)	(.04)			(.013)	(.167)

Not. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$;

(X) Bağımsız Değişken- Talep Ebeveyn Modu;

(M₁) 1. Aracı Değişken- Kırılğan Çocuk Modu;

(M₂) 2. Aracı Değişken- Söz dinleyen Teslimci Başa Çıkma Modu;

(M₃) 3. Aracı Değişken- Kopuk Korungan Başa Çıkma Modu;

(Y) Bağımlı Değişken- Depresyon Şiddeti;

Kaygı şiddeti kontrol edildikten sonra bulunan değerler parantez içinde verilmiştir.

3.5.2. Cezalandırıcı Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkide Kırılğan Çocuk Modu ile Söz Dinleyen Teslimci ve Kopuk Korungan Başa Çıkma Modlarının Seri Aracı Modeli

Bu modelde, cezalandırıcı ebeveyn modunun depresyon şiddeti ile ilişkisinde, kırılğan çocuk modunun ardından söz dinleyen teslimci ve kopuk korungan başa çıkma modlarının seri aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır (Bakınız Şekil 7).

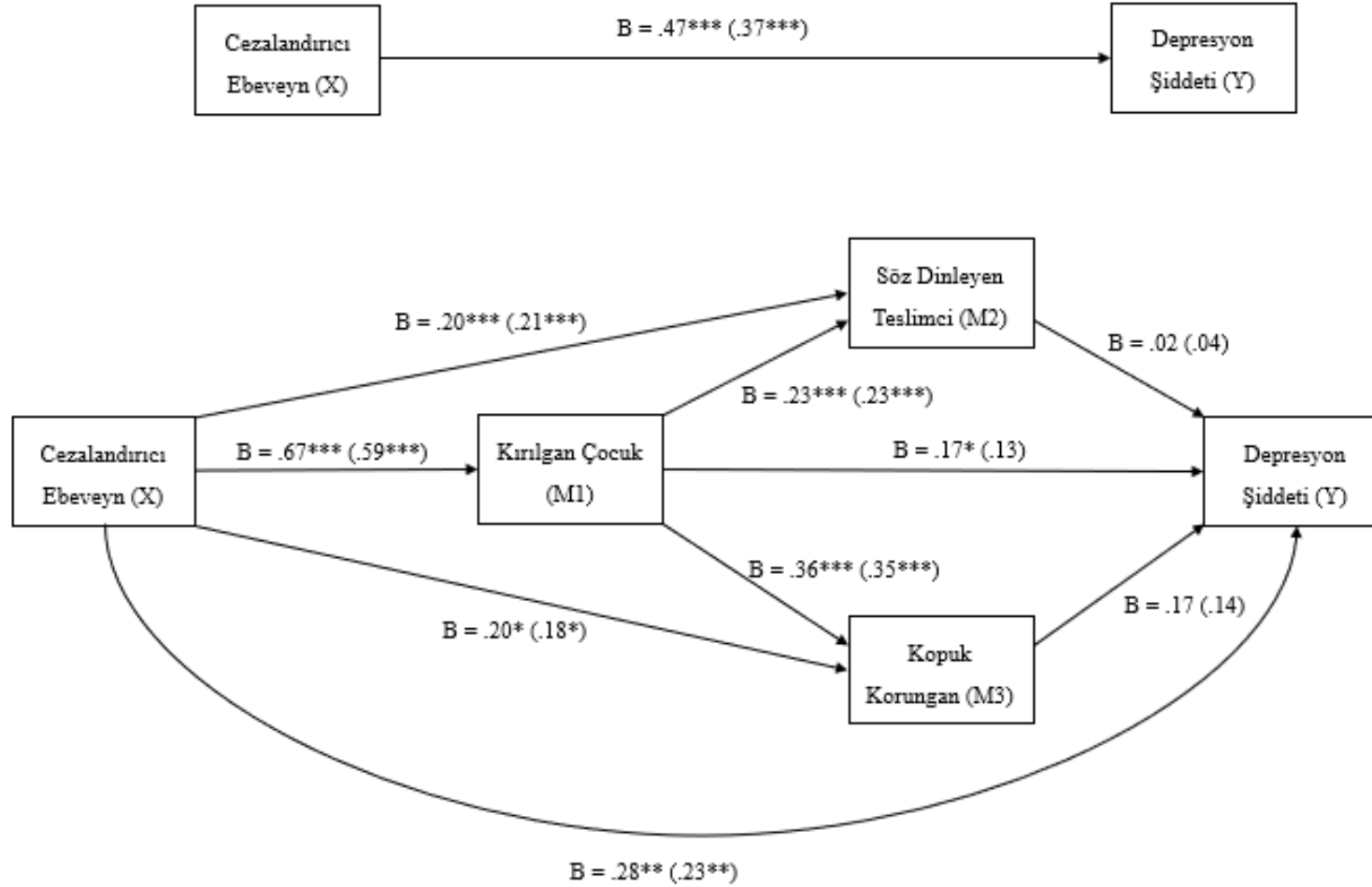
Cezalandırıcı ebeveyn modu ve depresyon şiddeti arasındaki toplam ilişkinin ($B = .47$, $SH = .065$, $t = 7.33$, $p < .001$) ve doğrudan ilişkinin ($B = .28$, $SH = .084$, $t = 3.37$, $p < .01$) anlamlı olduğu görülmektedir. Modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılğan çocuk modu ($B = .67$, $SH = .090$, $t = 7.37$, $p < .001$), söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .20$, $SH = .055$, $t = 3.72$, $p < .001$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .20$, $SH = .077$, $t = 2.55$, $p < .05$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kırılğan çocuk modu ise, söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .23$, $SH = .049$, $t = 4.72$, $p < .001$), kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .36$, $SH = .068$, $t = 5.37$, $p < .001$) ve depresyon şiddeti ($B = .17$, $SH = .084$, $t = 1.99$, $p < .05$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Ancak, depresyon şiddeti ile söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .02$, $SH = .137$, $t = 0.13$, $p = .90$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .17$, $SH = .098$, $t = 1.70$, $p = .09$) arasındaki doğrudan ilişkiler anlamlı değildir. Tüm modelin anlamlı olduğu ($F_{(4, 101)} = 18.76$, $p < .001$) ve depresyon şiddetindeki varyansın %43'ünü açıkladığı görülmektedir.

Kaygı değişkeni kontrol edilerek model analizi tekrarlandığında, cezalandırıcı ebeveyn modu ve depresyon şiddeti arasındaki toplam ilişkinin ($B = .37$, $SH = .064$, $t = 5.83$, $p < .001$) ve doğrudan ilişkinin ($B = .23$, $SH = .081$, $t = 2.87$, $p < .01$) anlamlı olduğu görülmektedir. Modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, cezalandırıcı ebeveyn modu, kırılğan çocuk modu ($B = .59$, $SH = .095$, $t = 2.23$, $p < .001$), söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .21$, $SH = .056$, $t = 3.75$, $p < .001$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .18$, $SH = .079$, $t = 2.32$, $p < .05$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kırılğan çocuk modu ise, söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .23$, $SH = .050$, $t = 4.73$, $p < .001$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .35$, $SH = .069$, $t = 5.08$, $p < .001$) ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Ancak, depresyon şiddeti ile kırılğan çocuk modu ($B = .13$, $SH = .080$, $t = 1.57$, $p = .12$), söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ($B = .04$, $SH = .130$, $t = 0.30$, $p = .77$) ve kopuk korungan başa çıkma modu ($B = .14$, $SH = .093$, $t = 1.51$, p

=.13) arasındaki doğrudan ilişkiler anlamlı değildir. Tüm model anlamlıdır ($F_{(5, 100)} = 19.47, p < .001$) ve depresyon şiddetindeki varyansın %49'unu açıklamaktadır.



Şekil 7. Şema Mod Modeli Çerçevesinde Cezalandırıcı Ebeveyn Modu ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkilere Yönelik Sınanan Model



Not. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, Kaygı şiddeti kontrol edildikten sonra bulunan değerler parantez içinde verilmiştir.

Dolaylı ilişkilere bakıldığında, cezalandırıcı ebeveyn modunun depresyon şiddeti ile ilişkisinde, kırılgan çocuk modu ile söz dinleyen teslimci başa çıkma modunun ($B = .00$, $SH = .02$, %95 GA $[-.042, .052]$) ve kopuk korungan başa çıkma modunun ($B = .04$, $SH = .02$, %95 GA $[-.001, .096]$) seri aracı rolü anlamlı bulunmadığından Hipotez 5 desteklenmemiştir.

Kaygı şiddeti kontrol edildiğinde dolaylı ilişkiler yukarıdaki sonuçlara benzerdir. Aracı rollere ilişkin dolaylı ilişkiler, Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Cezalandırıcı Ebeveyn ile Depresyon Şiddeti Arasındaki Doğrudan ve Dolaylı İlişkiler

İlişki	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Güven Aralığı	
Toplam İlişki	.47***	.06	7.33	<.001	.346	.603
	(.37***)	(.06)	(5.83)	(<.001)	(.247)	(.502)
Doğrudan İlişki	.28**	.08	3.37	<.01	.117	.450
	(.23**)	(.08)	(2.87)	(<.01)	(.071)	(.391)
Dolaylı İlişki 1 (X-M ₁ -Y)	.11	.06			-.008	.242
	(.07)	(.05)			(-.033)	(.181)
Dolaylı İlişki 2 (X-M ₂ -Y)	.00	.03			-.072	.067
	(.01)	(.03)			(-.061)	(.071)
Dolaylı İlişki 3 (X-M ₃ -Y)	.03	.02			-.002	.090
	(.03)	(.02)			(-.004)	(.074)
Dolaylı İlişki 4 (X-M ₁ -M ₂ -Y)	.00	.02			-.042	.052
	(.01)	(.02)			(-.032)	(.049)
Dolaylı İlişki 5 (X-M ₁ -M ₃ -Y)	.04	.02			-.001	.096
	(.03)	(.02)			(-.005)	(.074)

Not. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$;

(X) Bağımsız Değişken- Cezalandırıcı Ebeveyn Modu;

(M₁) 1. Aracı Değişken- Kırılgan Çocuk Modu;

(M₂) 2. Aracı Değişken- Söz dinleyen Teslimci Başa Çıkma Modu;

(M₃) 3. Aracı Değişken- Kopuk Korungan Başa Çıkma Modu;

(Y) Bağımlı Değişken- Depresyon Şiddeti;

Kaygı şiddeti kontrol edildikten sonra bulunan değerler parantez içinde verilmiştir.

4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu çalışmada, MDB tanısı alan bireylerden oluşan klinik bir örnekleme Şema Terapi modeli açısından depresyon şiddetiyle ilişkili faktörlerin ve bu faktörlerin birbiriyle ilişkilerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Bu bölümde sırasıyla, Şema Terapi modeline ve Şema Mod modeline ilişkin bulgular tartışılarak mevcut araştırmayla ilgili klinik doğrulara, sınırlılıklara ve gelecek araştırmalara ilişkin önerilere yer verilmiştir.

4.1. Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Düzenleyici ve Aracı Modele Yönelik Bulguların Tartışılması

Şema Terapi modeli açısından MDB’de artan depresyon şiddetine yakınlık oluşturan ve koruyuculuk sağlayan faktörlere karşı ilgi günden güne artmaktadır. Bu kapsamda, mevcut araştırmada ilk olarak çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide, Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü’nün seri aracı rollerinin, psikolojik dayanıklılığın ise düzenleyici rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Bulgulara göre, çocukluk çağı travmaları ile Kopukluk ve Reddedilme şema alanı, Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkilerin anlamlı olduğu gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin ise anlamlı olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu ilişkideki dolaylı ilişkiler incelendiğinde, Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü’nün seri aracı rolleri anlamlı düzeyde olmuştur. Dolaylı ilişkilerin yanı sıra düzenleyici ilişkiler incelendiğinde ise, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü anlamlı değilken, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düşük ve orta düzeylerinde düzenleyici rolü anlamlı olmuştur. Aracı ve düzenleyici ilişkiler beraber ele alındığında ise, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişki, Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğü’nün seri aracılığıyla açıklanmış; aynı

zamanda bu seri aracılık ilişkisinin psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlendiği bulgulanmıştır. Buna göre, seri aracı ilişkiler psikolojik dayanıklılığın düşük ve orta düzeylerinde anlamlıdır. Bu model kaygı şiddeti kontrol edilerek tekrar analiz edildiğinde ise, doğrudan ilişkilerin değişmediği görülmüş olup psikolojik dayanıklılığın düşük ve orta düzeylerdeki anlamlı düzenleyici rolünün, yalnızca düşük düzeyinde anlamlı kalmaya devam ettiği gözlenmiştir. *Buna göre, klinik düzeyde depresyondan mustarip bireylerde, psikolojik dayanıklılık düşük olduğunda, çocukluk travmalarındaki artış, kopukluk ve reddedilme şema alanındaki artışla ve bu artış duygu düzenlemedeki artışla, duygu düzenlemedeki artış ise daha fazla depresif belirti raporlama ile ilişkili görünmektedir.*

Öncelikli olarak modeldeki doğrudan ilişkiler ele alındığında, çocukluk çağı travmaları ile Kopukluk ve Reddedilme şema alanı arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olması beklendik bir bulgudur (Lian ve ark., 2023; Pilkington ve ark., 2021). Şema Terapi modeline göre, çocukluk döneminde karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlar, erken dönem uyum bozucu şemaların gelişimine köken hazırladığı varsayımına dayanmaktadır (Young ve ark., 2003). Modele göre, istismar, ihmal gibi çocukluk dönemi travmatik yaşantıları güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanmaması sonucunda, Kopukluk ve Reddedilme şema alanıyla bağlantılıdır. Bu alandaki şemaların varlığı ise, duygu düzenleme becerilerinde artan güçlüklerle doğrudan ilişkili olup bu bulgu, 19 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasıyla tutarlı görünmektedir (Pilkington ve ark., 2024). Artan duygu düzenleme güçlüğü ile artan depresyon şiddetiyle ilgili bulunan anlamlı doğrudan ilişki ise, daha önce raporlanan çalışmaların literatür incelemesiyle benzerdir (Li ve ark., 2020). Dolayısıyla, çocukluk çağı travmalarındaki artış Kopukluk ve Reddedilme şema alanındaki artışla ilişkili, bu alandaki artış duygu düzenleme güçlüğündeki artışla ilişkili olup bu güçlükler artan depresyon şiddetiyle doğrudan ilişkilidir.

Literatürdeki daha önceki sayısız çalışmanın aksine, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmaması tutarsız bir bulgudur. Bu durum, katılımcılar arasında travmatik yaşantıların yokluğu kadar travmatik yaşantıların ifade edilmemesiyle de ilgili olabilir. Travmatik yaşantılarla ilgili kendini açmaya yönelik yapılan çalışmalar çoğunlukla cinsel istismarla ilgili olsa da travmayla ilgili kendini açma güçlüğü kültürel değerlerle ilgili görünmektedir (Futa ve ark., 2001). Asyalı toplumlarda, bireysel değerlerin ön plana çıktığı Batılı toplumlara göre, toplulukçu kültürel değerler daha yaygındır. Bundan dolayı, damgalanma, sosyal utanç, itibarın zedelenmesi, aile onurunun incinmesi gibi kültürel normlar nedeniyle travmatik yaşantıları açmak güç olabilmektedir (Futa ve ark., 2001; Lemaigre ve ark., 2017). Ülkemizde de toplulukçu kültürel değerler nedeniyle, katılımcılar

travmatik yaşantıları daha az bildirmeye eğilimli olabilir. Verilerin toplandığı Çankırı ili, küçük bir şehir olması nedeniyle kişiler arası tanışıklıkların yaygın görüldüğü ve kültürel değerler açısından bireysel yönelim yerine toplulukçu izlenim veren bir yerleşkedir. Dolayısıyla bu durum, çocukluk çağı travmalarının belirtilmesinde bölgesel bir sınırlılık oluşturmuş olabilir. Bir diğer yandan, travma mağduru bireylerin resmi kurum yetkililerine kıyasla travmatik yaşantıları açmalarının arkadaş, aile, romantik partner gibi yakın ilişkilerinde daha yaygın olduğu bilinmektedir (Marriott ve ark., 2016; Shenoy ve ark., 2010). Katılımcıların travmayla ilgili kendini açmada güçlük yaşaması, verinin resmi sağlık kurumunda toplanmış olmasından kaynaklanabilir. Belirtilen bu olasılıkların yanı sıra, depresif bozukluğu bulunan her yetişkinin çocukluk çağı travması bulunmadığı veya tam tersi yönde çocukluk çağı travması olan her yetişkinin depresif bozukluk tanısı almadığı ve tanı alanların da depresyon şiddetinin farklılaştığı düşünüldüğünde (Rehan ve ark., 2017), bu durum çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki olası aracı ve düzenleyici değişkenlerin önemine işaret etmektedir.

Modeldeki dolaylı ilişkiler değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide, Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve duygu düzenleme güçlüğüne ayrı ayrı aracı rollerinin anlamlı olmaması literatürle uyumlu görünmemektedir (Hopfinger ve ark., 2016; Rezaei ve ark., 2016). Ancak, bu çalışmada hipotez edildiği gibi, bu ilişkideki Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ardından duygu düzenleme güçlüğüne seri aracı rolleri ise anlamlı düzeydedir. Yani, çocukluk çağı travmaları varlığında, Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalar belirterek duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlükler artabilir ve dolayısıyla daha şiddetli depresif belirtiler görülebilir. Literatürde bu bulgu, görüldüğü kadarıyla ilk kez raporlanmasına karşın Şema Terapi modeline göre beklendiği bir bulgudur. Modelin varsayımına göre, karşılanmayan temel duygusal ihtiyaçlar, erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumuna zemin hazırlamakta olup çocukluk döneminde istismar, ihmal gibi yaşantılar sonucunda güvenli bağlanma ihtiyacı karşılanmayan çocuğun sevgi, güven, istikrar, kabul, bakım, ait olma gibi alanlarda yoksunluk yaşaması sonucunda Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalar gelişebilir (Young ve ark., 2003).

Bağlanma kuramına göre, güvenli bağlanma temsillerinden yoksun olan bireylerin yakın ilişkilerinde diğerlerini güvensiz ve kendilerini tehdit altında, korkulu, kaygılı hissetmesi beklenmektedir (Bowlby, 1973). Şema Terapi modeline göre, güvensiz bağlanma örüntülerine sahip bireylerin *şema kimyası sonucu* kendilerini güvensiz hissettikleri yakın ilişkiler içinde bulmaları beklenmektedir (Young ve ark., 2003). Örneğin, Güvensizlik şeması, yakın ilişkilerde kötüye kullanımla, Terk Edilme şeması ise istikrarsız ilişkilerle görünür olabilir, böylece

bireylerin yakın ilişkilerdeki güvensiz temsilleri pekişebilir ve diğerlerini güvenilmez olarak değerlendirebilirler. Güvenli bağlanma geliştiren bireyler ise, stresli bir durumla karşılaştıklarında sıkıntıyı düzenlemek üzere yakınlık arayışına girerek rahatlamak ve etkili duygu düzenleme stratejileriyle stresli durumla başa çıkmak gibi örüntüler sergiler (Mikulincer ve ark., 2003). Tersine, güvensiz bağlanan bireyler ise, aşırı yakınlık arayışına girerek ya da yakınlık arayışından kaçınarak sıkıntıyı düzenlemeden ve rahatlamadan yoksun kalmakta olup (Mikulincer ve ark., 2003), güvensiz bağlanmanın duyguları düzenleme becerilerinde yaşanan güçlüklerle yakın ilişkili olduğu belirtilmektedir (Marganska ve ark., 2013; Mikulincer ve Shaver, 2019). Dolayısıyla, çocukluk çağı travmalarıyla bağlantılı Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemaları belirgin depresif bireyler, muhtemelen yakın ilişkilerinde güvensiz temsillere sahip olmaları nedeniyle, güvenli ilişkilerden ziyade daha güvensiz, kopuk, soğuk, reddedici ilişkilere yönelerek olumsuz duyguları yoğunlaşabilir ve takiben duygu düzenleme becerilerinde daha fazla güçlük yaşayabilirler. Bu durum, daha şiddetli depresif belirtilerin görülmesiyle sonuçlanabilir. Ye ve arkadaşlarının (2024) 589 üniversite öğrencisini dahil ettikleri yakın tarihli bir çalışma, bunu destekler niteliktedir. *Çalışmanın sonucuna göre, olumsuz çocukluk deneyimleri, güvensiz bağlanma hattındaki şema oluşumunun artışıyla ve duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlükte artışla ilişkili olarak depresif belirtilerin şiddetlenmesiyle ilişkili bulunmuştur.*

Düzenleyici ilişkiler incelendiğinde, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü hipotez edilenin aksine anlamlı olmamıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların bazıları psikolojik dayanıklılığı bu ilişkide düzenleyici değişken olarak incelemiştir. Düzenleyici rolünü destekleyen sonuçların (Poole ve ark., 2017b) yanı sıra, düzenleyici rolünün anlamlı olmadığına işaret eden bulgular da mevcuttur (Freeny ve ark., 2021). Bazı çalışmalarda ise, psikolojik dayanıklılığı çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasında aracı değişken (Ji., 2024) olarak inceleyip hem aracı hem düzenleyici değişken (Chang ve ark., 2021; Ding ve ark., 2017) olarak araştırıp her iki rolü de destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada, psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolünün anlamlı olmaması, psikolojik dayanıklılığın bu ilişkideki potansiyel aracı rolünden kaynaklanabilir. Ancak, psikolojik dayanıklılığın tanımıyla ilgili fikir birliğine varılamadığı düşünüldüğünde (Yoon ve ark., 2019), psikolojik dayanıklılığı ölçmek üzere geliştirilen ölçeklerin psikolojik dayanıklılığın farklı özelliklerini ölçtüğü sonucuna varılabilir. Böylece kullanılan ölçüm aracına göre, psikolojik dayanıklılığın olası rolü hakkında tutarlı bulgulara ulaşılamayabilir. Yürütülen literatür inceleme ve meta-analiz çalışmaları da

psikolojik dayanıklılığın rolüyle ilgili tutarsızlığı destekler niteliktedir (Watters ve ark, 2021; Zhao ve ark., 2022). Dolayısıyla, psikolojik dayanıklılığın tanımı ve ölçme yöntemi üzerine fikir birliğine varmak önemli olup çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki olası rolünü kavramak açısından belirgin bir boşluğu doldurabilir.

Modeldeki psikolojik dayanıklılığın diğer düzenleyici rolü ise, duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasında olup anlamlı bulunmuştur. Buna göre, duygu düzenleme güçlüğündeki artış ile depresyon şiddetindeki artış arasındaki pozitif ilişki, psikolojik dayanıklılığın düşük ve orta düzeylerinde artarak düzenlenmiştir. Genç yetişkinlerle yürütülen klinik dışı bir çalışmanın sonucuna göre, duygu düzenleme stratejilerinden biri olan bilişsel yeniden değerlendirme düşük düzeyde olması, depresyon şiddetinin daha fazla olmasıyla ilişkiliyken bu ilişki, psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlenmiştir (Lv ve ark., 2022). Ayrıca, duygu düzenleme stratejilerinin etkin kullanımı artan psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olup bilişsel yeniden değerlendirme, kabulün, problem çözmenin, planlamaya odaklanmanın psikolojik dayanıklılıkla pozitif yönde ilişkili, bastırmanın, ruminasyonun, kaçınmanın, felaketleştirmenin, kendini suçlamanın ise negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Polizzi ve Lynn, 2021). Yakın zamanda, Troy ve arkadaşları (2023) duygu düzenlemenin başa çıkmayla ilişkili olarak psikolojik dayanıklılığı geliştirdiğine yönelik bütünsel bir model önerisi sunmuşlardır. Duygu düzenleme ile psikolojik dayanıklılık arasında çift yönlü birbirini besleyen bir ilişki olduğu görülmekle beraber, kavramsal olarak bu değişkenler birbirini karşılamamaktadır. Öyle ki, Fritz ve arkadaşları (2018) çocukluk çağı olumsuzlukları ile psikopatoloji arasında psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Dayanıklılığı, bireysel (bilişsel, duygu düzenleme, sosyal etkileşim/bağlanma, kişilik/benlik), aile (aile desteği, ebeveynlik) ve topluluk (sosyal destek) düzeyindeki çeşitli değişkenlerin etkilediği ve dayanıklılığın bütüncül olarak ele alınmasının gerekliliğini belirtmişlerdir (Fritz ve ark., 2018). Yürütülen mevcut çalışmada, hem MDB tanılı klinik katılımcıların dahil edilmesi hem genel duygu düzenleme güçlüğü üzerinden çalışılması açısından bu çalışmanın ayırıcı yönü belirginleşerek psikolojik dayanıklılığın duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki düzenleyici rolü desteklenmiştir. Anlamlı bulunan düzenleyici ilişkinin psikolojik dayanıklılığın düşük düzeylerinde anlamlı olması ve yüksek düzeyinde anlamlı olmaması ise, bu çalışmanın klinik örneklem özellikleriyle ilgili olabilir. Psikolojik dayanıklılık açısından katılımcıların dağılımı, düşük düzeyde toplanmış, yüksek düzey yeterince değerlendirilememiş olabilir.

Aracı ve düzenleyici ilişkiler açısından model birlikte ele alındığında, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bulunan Kopukluk ve Reddedilme şema alanı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rolünün, hipotez edildiği gibi psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlendiği bulunmuştur. Buna göre, psikolojik dayanıklılığın düşük ve orta düzeyde olması, artan çocukluk çağı travmaları ile artan depresyon şiddeti arasındaki dolaylı ilişkiyi arttırdığını göstermektedir. Bu bulgu, bilindiği kadarıyla ilk kez raporlanmakta olup gelecekteki çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca, MDB'li bireylerde, Şema Terapi modeline ampirik destek sağlayan dolaylı ilişkinin yanı sıra, Şema Terapi müdahaleleri ile psikolojik dayanıklılığın odak olarak geliştirilebileceğine yönelik umut aşılanmaktadır. Şema Terapide, yaşantısal teknikler (imgeleme ve sandalye çalışmaları) ve sınırlı yeniden ebeveynlik merkezi rolde olup (Arntz ve Jacob, 2022; Young ve ark., 2003), psikolojik dayanıklılığın gelişimindeki rollerini incelemek heyecan verici olabilir.

Son olarak, kaygı şiddeti kontrol edilerek model tekrar sınandığında, doğrudan ve dolaylı ilişkilerin değişmediği görülmüştür. Ancak psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolüyle ilgili düşük ve orta düzeylerdeki anlamlılığı, yalnızca düşük düzeyinde anlamlı kalmaya devam etmiştir. Literatürde, depresif bozukluklarla ve kaygı bozukluklarıyla ilgili yürütülen epidemiyoloji çalışmaları, %60 civarında eş-tanı olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 2003). Ayrıca, DSM-5'teki her iki bozukluğun tanı kriterleri düşünüldüğünde, örtüşen özellikler oldukça açıktır (APA, 2013). MDB tanılı klinik katılımcılarda, kaygı bozukluğunun yanı sıra kaygı belirtilerini depresif belirtilerden ayırabilmek oldukça güç olmaktadır. Bundan dolayı, psikolojik dayanıklılığın koruyucu rolünü hem kaygı belirtileri hem de depresif belirtiler açısından beraber değerlendirmek, klinik uygulamaya yardımcı olabilir. Psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolü üzerinden kaygı şiddetiyle ilişkisine yönelik yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarındaki artış ile kaygı belirtilerindeki artış arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü, psikolojik dayanıklılığın düşük düzeyinde, yüksek düzeyine göre daha güçlü düzeyde düzenlendiği raporlanmıştır (Poole ve ark., 2017a). Dolayısıyla, çocukluk çağı travmaları varlığında depresif belirtilerde ve kaygı belirtilerinde artışta, düşük düzeydeki psikolojik dayanıklılığın yatkinlaştırıcı rolü üzerinde durulması önem kazanmaktadır.

4.2. Şema Mod Modeli Bağlamında İşlevsel Olmayan Ebeveyn Modları ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Aracı Modellere İlişkin Bulguların Tartışılması

Şema Terapi modelinde erken dönem uyum bozucu şemalar merkezi rolde olup psikolojik bozukluklarda yaygın şekilde çalışılmıştır. Erken dönem uyum bozucu şemaların tetiklenmesiyle anlık olarak ortaya çıkan şema modları ise Kişilik Bozuklukları (Sempertegui ve ark., 2013) başta olmak üzere, günümüzde Obsesif Kompulsif Bozukluk (Basile ve ark., 2017), Yeme Bozuklukları (Talbot ve ark., 2015), Alkol-Madde Kötüye Kullanım Bozuklukları (Boog ve ark., 2018), Sosyal Kaygı Bozukluğu (Norton ve ark., 2023) gibi psikolojik bozukluklarda incelenmiştir. Artan sayıdaki bu çalışmalar, psikolojik bozukluklarda işlevsel olmayan şema mod puanlarının daha yüksek, işlevsel şema mod puanlarının daha düşük ve ilgili bozukluğa ait belirtilerin daha şiddetli olduğunu raporlamaktadır. Literatürde az sayıda olmakla beraber, Depresif Bozukluklarda şema modlarıyla ilgili çalışmalar yürütülmüştür. Klinik olmayan katılımcılarla yürütülen bir çalışma (Basile ve ark., 2018) işlevsel olmayan modların depresyon şiddeti yüksek olan bireylerde daha yaygın olduğunu raporlarken, kronik depresif bozukluğa sahip klinik katılımcılarla yürütülen iki çalışma (Khalily ve ark., 2011; Reinhard ve ark., 2022), kronik depresyon ile işlevsel olmayan şema modlarının ilişkili olduğunu raporlamıştır. MDB’de depresyon şiddetiyle ilişkili olarak Şema Mod modelinin incelenmediği anlaşılmış olup literatürdeki bu boşluğu doldurmak amacıyla, işlevsel olmayan ebeveyn modları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modunun ve sırasıyla uyum bozucu başa çıkma modlarının paralel seri aracı rolleri ilk kez incelenmiştir. Model analizi, talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn modu için ayrı ayrı sınılandığında, talepkar ebeveyne yönelik ilk modelin sonuçlarına göre, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı, ancak bu ilişkideki kırılğan çocuk modunun aracı rolünün ve kırılğan çocuk modu ardından kopuk korungan başa çıkma modunun seri aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür. İncelenen ikinci modelde ise, cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olduğu, dolaylı ilişkilerin ise anlamsız olduğu görülmüştür. Her iki modele ait analizler, kaygı şiddeti kontrol edilerek tekrarlandığında, kırılğan çocuk modundan depresyon şiddetine giden yoldaki anlamlı bulunan doğrudan ve dolaylı ilişkiler, anlamlılığını koruyamamıştır.

Öncelikle talepkar ebeveyn modunun incelendiği ilk modelin sonuçlarına göre, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, bireyleri aşırı baskı ve talepleriyle kontrol altında tutmaya çalışan talepkar ebeveynin

işselleştirilmiş sesinin, depresif belirti ve bulguların doğrudan artmasıyla ilişkili olmadığına işaret etmektedir. Bu durum, Basile ve arkadaşlarının (2018) klinik olmayan katılımcılarla yürüttüğü çalışmayla tutarlı görünmemektedir. Ancak, klinik olmayan ergen katılımcılarla yapılan bir çalışma, duygusal sorunları da içeren çeşitli psikopatolojik belirtinin, korelasyon ve regresyon analizi sonucunda talepkar ebeveyn moduyla anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını belirtmiştir (Roelofs ve ark., 2016). Ayrıca, kronik şekilde depresif olan yetişkin katılımcılarla yürütülen başka bir çalışma, MMPI ile ölçülen depresyon puanlarının talepkar ebeveyn modu puanları ile korelasyonel olarak ilişkili olmadığını ortaya koymuştur (Khalily ve ark., 2011). Dolayısıyla, mevcut çalışma bulguları ve literatür ışığında, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasında doğrudan ilişkiden ziyade, bu ilişkideki potansiyel aracı role sahip olan şema modlarının araştırılmasının önem kazandığı söylenebilir.

İlk modeldeki dolaylı ilişkiler incelendiğinde, anlamlı bulunan ilk dolaylı ilişki, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasında kırılğan çocuk modunun aracı rolüdür. Buna göre, talepkar ebeveyn modundaki artış, kırılğan çocuk modundaki artışla ilişkili olup takiben artan depresyon şiddetiyle ilişkilidir. Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışma, bu dolaylı ilişkiyi destekler nitelikte olup çalışmanın sonucunda, talepkar ebeveyn modundaki artışla depresyonu da içeren psikolojik belirti toplam puanındaki artış arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modunun aracı rolde olduğu bulunmuştur (Gülüm ve Soygüt, 2022). Bilindiği kadarıyla, MDB tanılı klinik katılımcılarda ilk kez bu çalışmada, kırılğan çocuk modunun aracı rolü üzerinden talepkar ebeveyn modunun depresyon şiddetiyle ilişkisi raporlanmaktadır. Şema Mod modeline göre, talepkar ebeveyn modunun baskıcı sesi, bireye katı yüksek standartlara ulaşmasını söyler, ulaşamayan talepler sonucunda çaresizlik, umutsuzluk, yetersizlik gibi yoğun olumsuz duyguların deneyimlendiği kırılğan çocuk modu tetiklenir (Arntz ve Jacob, 2022; Young ve ark., 2003). Kırılğan çocuk modunun ise, klinik ve klinik olmayan katılımcılarla yapılan çalışmalarda depresyon şiddetindeki artışla ilişkili olduğu bilinmektedir (Khalily ve ark., 2011; Shafique ve ark., 2023). Dolayısıyla anlamlı bulunan ilk dolaylı ilişki, Şema Mod modelinin işleyişiyle tutarlı görünmektedir.

Bu modeldeki diğer anlamlı bulunan dolaylı ilişki ise, hipotez edildiği gibi talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasında kırılğan çocuk modu ve takibinde kopuk korungan başa çıkma modunun seri aracı rolüdür. Buna göre, talepkar ebeveyn modundaki artış kırılğan çocuk modundaki artışla ilişkilidir. Kırılğan çocuk modundaki artış, kopuk korungan başa çıkma modundaki artışla ilişkili olarak depresyon şiddetindeki artışla ilişkili görünmektedir. Bu dolaylı ilişki, bilindiği kadarıyla MDB'li bireylerde Şema Mod modeline ampirik destek

sağlayan ilk çalışmadır. Psikolojik bozukluklarda şema modları alanında yürütülen çalışmalar, göreceli şekilde daha çok ilgili bozukluğa ait şema modlarını ayırt etmeye yönelik olup Şema Mod modelindeki işlevsel olmayan şema modları arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla yürütülen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Klinik olmayan bir çalışmada, talepkar ebeveyn modundaki artışın, kırılğan çocuk modundaki artışla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Gülüm ve Soygüt, 2022). Talepkar ebeveyn ve kırılğan çocuk modlarının açığa çıkması, bilindiği üzere yoğun olumsuz duyguyla görünür olmaktadır. Şema Mod modeline göre, bu yoğun kırılğan hisleri azaltmak amacıyla uyum bozucu başa çıkma modları kullanılmaktadır (Arntz ve Jacob, 2022). Kronik depresyon tanısı alan bireylerle, herhangi bir tanı almayan bireyleri şema modları açısından karşılaştıran bir çalışma, bu durumu desteklemektedir. Çalışmada, kronik depresifler, sağlıklı kontrollere kıyasla, daha fazla yalnızlık bildirmiş olup bu yalnızlık hislerinin kopuk korungan başa çıkma modu ve daha küçük sosyal ağ ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Reinhard ve ark., 2022). Şema Mod modelinde, kopuk korungan başa çıkma modu, bireye sıkıntı veren durumlardan, duygulardan ve bilişlerden kopma veya kaçma yoluyla kontrollü bir mesafe koyarak uzaklaşma anlamında kullanılır (Arntz ve Jacob, 2022). Kaçınma yoluyla başa çıkma depresyonda yaygın olup depresif bireylerde, klinik ve klinik olmayan örneklerle yürütülen çalışmalarda, artan depresyon şiddetiyle kaçınma ilişkisi ön plana çıkmaktadır (Basile ve ark., 2018; Khalily ve ark., 2011; Shafique ve ark., 2023). Böylece, anlamlı bulunan ikinci dolaylı ilişki, depresif bireylerde klinik gözlemler sonucu oluşturulan ve çoğunlukla vaka formülasyon çalışmalarıyla destek gören Şema Mod modeline ampirik katkı sağlamıştır.

Talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kırılğan çocuk modu ve takiben söz dinleyen teslimci başa çıkma modunun seri aracı rolü hipotez edilenin aksine anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Şema Mod modeline göre, teslim yoluyla başa çıkma, tetiklenen şemaya ve işlevsel olmayan ebeveyn modunun taleplerine uyum sağlama, itaat etme, ötekinin taleplerini kendi ihtiyaçlarının önüne geçirmeye karakterizedir (Arntz ve Jacob, 2022; Lobbesteal ve ark., 2007). Bundan dolayı, kırılğanlık hislerinin sonucunda söz dinleyen teslimci başa çıkmanın kullanımı, depresif belirtilerin şiddetlenmesinden ziyade, sürekli baskıya ve taleplere uyum sağlama zorunluluğu nedeniyle, kaygı belirtilerinin şiddetlenmesiyle daha ilişkili olabilir. Bu çalışmada kaygı belirtileri, sonuç değişkeni olarak incelenmemiş olup, Sosyal Kaygı Bozukluğu tanısı alan 40 katılımcıyla yürütülen bir çalışma, söz dinleyen teslimci başa çıkma modu ile sosyal kaygı belirtileri arasındaki korelasyonel ilişkiyi doğrulamaktadır (Norton ve ark., 2023). Benzer şekilde başka bir çalışmada, eşik altı (subclinic) sosyal kaygı

bozukluğu tanılı bireylerin, eşik altı sosyal kaygıyı karşılamayan bireylere göre, söz dinleyen teslimci başa çıkma modunda daha yüksek puanlar aldıkları raporlanmıştır (Pak ve ark., 2023). Dolayısıyla, teslim yoluyla başa çıkmanın kaygı belirtileriyle potansiyel yakın ilişkisi, gelecekteki çalışmalarla incelenmeye açık görünmektedir.

İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının incelendiği ikinci modele göre, cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Yani, cezalandırıcı ebeveyn modundaki artış depresyon şiddetindeki artışla ilişkilidir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Klinik olmayan katılımcılarda, cezalandırıcı ebeveyn modu puanları ile depresif belirti puanları korelasyonel olarak ilişkili bulunmuştur (Shafique ve ark., 2023). Ek olarak, kronik depresyon tanısı alan bireylerin, sağlıklı kontrol grubundaki bireylere kıyasla, cezalandırıcı ebeveyn modunda anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (Reinhard ve ark., 2022). Şema Mod modeline göre, cezalandırıcı ebeveynin sesi, oldukça acımasız ve serttir (Arntz ve Jacob, 2022). Bu iç ses, yaygın olduğunda hemen her durumla ilgili “*Beceriksizsin, suçlusun, yeteneksizsin, zayıfsın...*” gibi oldukça incitici, bireyin özsaygısını ve özdeğerini küçültücü şekilde konuşmaktadır. Depresyon tanı kategorisindeki ölçütler incelendiğinde, cezalandırıcı iç ses, depresyonun değersizlik ve suçluluk belirtileriyle oldukça benzer görünmektedir (APA, 2013). Dolayısıyla, cezalandırıcı ebeveyn modunun depresyon şiddetiyle doğrudan ilişkisi beklenen bir bulgu olup bu durum gelecekteki çalışmalarda, depresyon tanı kategorisinin ölçütleriyle işlevsel olmayan şema modları arasındaki ilişkiler incelenerek desteklenebilir.

Cezalandırıcı ebeveyne yönelik modeldeki dolaylı ilişkiler ise, talepkar ebeveyn moduna ilişkin bulguların aksine anlamlı düzeyde değildir. Cezalandırıcı ebeveyn modundaki artışın kırılgan çocuk modundaki artışla ve dolayısıyla teslim ve kaçınma yoluyla başa çıkmalarla ilişkili olarak artan depresyon şiddetiyle ilişkili olacağı hipotez edilmiş olup hipotezler anlamlı düzeyde doğrulanmamıştır. Modeldeki doğrudan ilişkiler incelendiğinde, cezalandırıcı ebeveyn modundaki artış, kırılgan çocuk modundaki artışla doğrudan ilişkili görünmekte olup, bu doğrudan ilişki, kırılgan çocuk modunun uyum bozucu başa çıkmalarla ve depresyon şiddetiyle doğrudan ilişkilerinden daha güçlü düzeydedir. Cezalandırıcı ebeveynin tetiklemeyle açılan kırılganlık hislerinin yoğunluğunun uyum bozucu başa çıkmalarının dahi süspanse edemediği bir yoğunluk olmasıyla açıklanabilir. Bu nedenle, başa çıkmaların aracı rolü cezalandırıcı ebeveyn söz konusu olduğunda daha silik olabilir. Bir diğer yandan, Şema Mod modeline göre, kırılgan çocuk modu, tetiklenen erken dönem uyum bozucu şemaya yönelik duyguyu taşımakta olup (Arntz ve Jacob, 2022), kırılgan çocuk modunun duygusunu deneyimlemek,

karşılanmayan ihtiyaçların fark edilmesine ve dolayısıyla öfke temasına olanak sağlayabilir. Ancak, bir diğer yandan, içselleştirilmiş cezalandırıcı ses, ihtiyaçların ifadesini sert ve acımasız şekilde engelleyebilir ve ihtiyaçların karşılanmaması sonucunda öfke eşlik edebilir. B kümesi kişilik bozukluğu tanısı alan (Antisosyal, Sınır, Narsisistik, Paranoid) suç işleyen erkek katılımcılarla yürütülen bir çalışma, suça yönelik saldırganlık davranışlarından önce utanç, terk edilme, yalnızlık gibi kırılmanlık hislerinin deneyimlendiğini göstermektedir (Keulen-de Vos ve ark., 2016). Bu durum, karşılanmayan ihtiyaçların, beliren öfkeyle ilişkisine destek sağlamaktadır. Başka bir çalışmada ise, cezalandırıcı ebeveyn, kırılman çocuk ve öfkeli çocuk modlarının, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu raporlanmıştır (Saldias ve ark., 2013). Dolayısıyla, cezalandırıcı iç sesin etkisiyle duygusal ihtiyaçların açığa çıkamaması sonucunda, kırılmanlık hisleri, cezalandırıcı ebeveyn ve öfkeli çocuk modunda bireye dönebilir ve bu durum, sonlanmayan depresif belirtilerle birlikte depresyon sarmalında kalınmasıyla sonuçlanabilir. Daha önce bahsedilen işlevsel olmayan ebeveyn modları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmada, cezalandırıcı ebeveyn modundaki artışın, kırılman çocuk modu ve ardından öfkeli çocuk modundaki artışla ilişkili olarak artan psikolojik belirtilerle ilişkili bulunduğu anlamlı dolaylı ilişki, bu durumu desteklemektedir (Gülüm ve Soygüt, 2022). Bundan dolayı, depresif bireylerin şema mod modeline öfkeyle ilişkili modların dahil edilmesi önerilebilir.

Son olarak, kaygı şiddeti kontrol edilerek model analizleri tekrarlandığında, yalnızca kırılman çocuk modu ile depresyon şiddeti arasındaki anlamlı bulunan doğrudan ilişkilerin anlamlılığını yitirdiği görülmüştür. Bu durum, kırılman çocuk modunun çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık, aşağılanma, yetersizlik gibi çeşitli olumsuz duyguyu içermesinden kaynaklanabilir (Arntz ve Jacob, 2022). Bu kırılmanlık hisleri depresyon ve kaygı bozukluklarında ortak kümelerdir. Öyle ki, yetişkin katılımcılarla yapılan bir çalışma, kırılman çocuk modundaki artışın belirtilen bozukluklarda oldukça sık görülen ruminasyon, tekrarlayıcı olumsuz düşünme ve endişelenmedeki artışla ilişkili olduğunu raporlamıştır (Stavropoulos ve ark., 2020). Benzer şekilde, sosyal kaygı belirti puanları yükselen bireylerin kırılman çocuk modu puanlarında yükselme olduğu da belirtilmiştir (Norton ve ark., 2023; Pak ve ark., 2023). Dolayısıyla, depresif bireylerle, kırılman çocuk moduyla çalışılırken kaygı belirtilerini ele almanın önemi klinik uygulama için vurgulanabilir.

4.3. Klinik Doğurgular

Şema Terapi, Kişilik Bozuklukları gibi kronik seyreden durumlar için geliştirilmiş olsa da günümüzde diğer psikolojik bozukluklarda da çalışıldığı görülmektedir. Dünya genelinde genel hastalık yükünü kayda değer düzeyde etkileyen MDB tanısını (Vos ve ark., 2017), Şema Terapi açısından kavramak klinik uygulamada önemli kazanımlar sağlayabilir. Bu çalışma, depresif bireylerle yürütülen klinik uygulamalarda şema terapi modellerinin vaka formülasyonu olarak uygulanabilirliğini desteklemektedir. Buradan hareketle, ampirik olarak destek almış vaka formülasyonları ilgili şema terapi müdahalelerinin potansiyel etkilerine de dolaylı şekilde destek sağlamaktadır. Etkili psikoterapi süreçleri için uygun vaka formülasyonları geliştirmek ve buna göre klinik müdahaleler uygulamak son derece önemlidir. Özellikle Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalarla ilişkili gelişen, duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlüklerin ve düşük düzeydeki psikolojik dayanıklılığın artan depresyon şiddeti üzerindeki yatkınlaştırıcı rolü düşünüldüğünde, klinik ortamlarda doğrudan Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalara müdahale merkezde tutularak duygu düzenleme ve psikolojik dayanıklılık odaklı müdahale çalışmaları depresyon şiddetini azaltmada etkili olabilir. Bu bağlamda, Şema Terapide kullanılan yaşantısal teknikler depresif bireylere, duyguları tanıma, fark etme, kabul etme, düzenleme gibi beceriler sağlayabilir, dolaylı bir hedef olarak bireylerin duygu düzenleme kapasitelerinin gelişimine destek sağlayabilir. Ayrıca, Şema Terapi müdahalelerinin genel hedefi, bireylerin sağlıklı sınırlar koyabilme, sorumlulukları yerine getirebilme, güvenli yakın ilişkiler içinde olabilme, ihtiyaçları fark edebilme ve karşılayabilme ile huzurlu, mutlu hissedebilmeyi içeren sağlıklı yetişkin ile mutlu çocuk modlarının güçlenmesi olduğu düşünüldüğünde, depresif bireylerin psikolojik dayanıklılık kapasitelerinin gelişiminde rolü belirgin görünmektedir. Dolayısıyla, depresif bireylere müdahalede, doğrudan uyum bozucu şemalara yönelim, duygu düzenleme ve psikolojik dayanıklılık becerilerinin gelişiminde dolaylı sonuçları beraberinde getirebilir. Buradan hareketle, şema müdahaleleri sonucunda bireylerin mesleki, gündelik, kişilerarası alanlardaki işlevselliğinin gelişmesi hedeflendiğinden bu becerilerin gelişiminde, MDB'de bireysel ve grup Şema Terapi uygulamalarının yaygınlaştırılması genel bir öneri olarak paylaşılabılır.

İşlevsel olmayan ebeveyn modlarının (talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn) model sonuçlarına göre, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olmadığı, dolaylı ilişkinin kırılgan çocuk modu ardından kopuk korungan başa çıkma modu aracılığıyla olduğu görülmüştür. Bu bulgu, MDB görülen bireylerde Şema Mod modeline

ampirik destek sağlayan ilk çalışma olmasıyla önemli olup, klinik uygulamalarda özellikle talepkar ebeveyn modu görülen depresif bireylerde kaçınma yoluyla başa çıkmanın önemine işaret etmektedir. şema mod müdahaleleriyle talepkar ebeveyn modunun baskıcı sesini kısıp kırılğan çocuğa bakım vermenin önemli olduğunu gösterirken, depresyon şiddetini düzenleyebilmek için duygusal, bilişsel, davranışsal kaçınma örüntülerinin belirlenmesi ve sonlandırılması oldukça önemli görünmektedir. şema Mod modelindeki imgeleme çalışmaları, yoğun olumsuz duygusal yaşantının yeniden deneyimlenmesi açısından kaçınma örüntülerindeki değişime fırsat sunabilir. Cezalandırıcı ebeveyn açısından model incelendiğinde ise, cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişkinin anlamlı olduğu, ancak dolaylı yolların anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Cezalandırıcı ebeveyn modunun sert, acımasız, suçlayıcı sesi düşünüldüğünde bu bulgu, şema Mod modeli açısından beklendiktir. Ayrıca bu bulgu, depresif bireylerde, işlevsel olmayan ebeveyn modları arasındaki ayrımı göstermesi açısından da oldukça önemlidir. Cezalandırıcı ebeveyn modunun ielleştirilmiş sert sesi, kırılğan çocuğun çok yoğun şekilde deneyimlenmesini sağlayarak olumsuz duygularla başa çıkmak üzere harekete geçilmesine olanak tanımayabilir. Bundan dolayı, depresif bireylerde, öncelikli olarak, cezalandırıcı ebeveyn modunun sesini kısmak klinik bir hedef olabilir. Sonuç olarak, şema Mod modelindeki bulgular, MDB'li bireylerde beliren işlevsel olmayan ebeveyn moduna göre uygulanan şema mod müdahalelerine yn verebilmek açısından fırsat sağlayabilir. Ayrıca, klinik müdahale öncesinde, kapsamlı ve şema mod odaklı vaka formülasyonu geliştirmenin önemi de belirginleşmektedir.

4.4. Sınırlılıklar ve neriler

Mevcut çalışmanın klinik katılımcılarla yürütülmesi, MDB tanısının netleştirilmesi ve ayırıcı tanıların belirlenmesi amacıyla M.I.N.I. uygulanması gibi güçlü yanlarının yanı sıra bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle klinik ortamda katılımcılara ulaşmak güç olduğundan ve veri toplama esnasında ülkemizde geniş çapta bir deprem yaşandığından dolayı, katılımcı sayısı nispeten azdır. Psikiyatri polikliniklerinde, depremzede yoğunluğu olduğundan dolayı, karıştırıcı değişken olmaması amacıyla depremedeler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bununla beraber, verilerin öz bildirime dayalı olmasından dolayı, katılımcıların kişisel yanlılıkları bulgulara yansımış olabilir ve çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle, nedensellik çıkarımı yapılamamaktadır. Ayrıca katılımcılara kişilik bozuklukları için ayırıcı tanı görüşmesi

yapılmadığından katılımcılarda kişilik bozukluğu eş-tanısı var olabilir. Bunların yanı sıra araştırma verilerinin yalnızca Çankırı’da toplanmış olması, Türkiye’deki diğer bölgelere bulguların genellenebilirliği açısından sınırlılık oluşturabilir. Ayrıca araştırmaya herhangi bir tanı almayan sağlıklı kontrol grubunun dahil edilmemesi, başka bir sınırlılık olabilir. Bundan dolayı, özellikle psikolojik dayanıklılığın yüksek düzeyde olduğu bireyler yeterince temsil edilememiş ve değerlendirilememiş olabilir. Bu sınırlılıklar beraber ele alındığında, gelecekteki çalışmalarda, kişilik bozuklukları tanı kategorisinin geçerli ve güvenilir tanı görüşmesiyle ayırt edilmesi, daha geniş katılımcı grubunun ve kontrol grubunun dahil edilmesi önerilmektedir.

Bunlar dışında, örneklem özellikleriyle ilgili de birtakım sınırlılıklar mevcuttur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir. MDB'nin demografik değişkenlerle ilişkisi açısından kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygın olduğu bilindiğinden cinsiyet önemli bir belirleyici olabilir (Kessler ve ark., 2003). Bu çalışmada, değişkenler üzerinde cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık olmamasına rağmen gelecekteki çalışmalarda cinsiyetin daha dengeli olmasına dikkat edilebilir. Ayrıca eğitim düzeyi, lise ve üniversite düzeylerinde dağılım göstermekte olup katılımcıların yaş ortalaması nispeten düşüktür. Bulguların genellenebilirliği açısından örneklem özelliklerine ilerideki çalışmalarda dikkat edilmesi önerilir.

SONUÇ

Mevcut çalışmada, MDB tanısı alan bireylerde, Şema Terapi modeli ve Şema Mod modeli bağlamında depresyon şiddeti incelenmiştir. Şema Terapi modelinin incelendiği araştırmanın ilk amacına göre, çocukluk çağı travmaları ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkide sırasıyla artan Kopukluk ve Reddedilme şema alanının ve artan duygu düzenleme güçlüğü'nün seri aracı rollerinin anlamlı olduğu ve bu dolaylı ilişkinin düşük ve orta düzeylerdeki psikolojik dayanıklılık tarafından düzenlendiği bulunmuştur. Şema Terapi modeli açısından yatkinlik oluşturan ve koruyuculuk sağlayan faktörlerin değerlendirildiği model, düzenleyici ve seri aracı model analiziyle ilk defa incelenerek literatüre katkı sağlamıştır. Araştırmanın ikinci amacına göre, MDB'li bireylerde Şema Mod modeli, işlevsel olmayan ebeveyn modları (talepkar ve cezalandırıcı ebeveyn) için ayrı ayrı sınanmıştır. Talepkar ebeveyne ilişkin modelde, talepkar ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı değilken, bu ilişkide kırılgan çocuk modunun aracı rolü ve kırılgan çocuk modu ile kopuk korungan başa çıkma modunun seri aracı rolü anlamlı bulunmuştur. Cezalandırıcı ebeveynin sınanıldığı modelde ise, cezalandırıcı ebeveyn modu ile depresyon şiddeti arasındaki doğrudan ilişki anlamlı bulunurken, bu ilişkideki dolaylı ilişkiler anlamlı bulunmamıştır. MDB'li bireylerde Şema Mod modelinin işleyişi ilk kez bu çalışmada incelenmiştir. Sınanan modeller, özgül klinik doğurgular önerebilmiştir. Her iki model de depresif bozuklukları açıklamak üzere önemli düzeydeki varyansa işaret ederek Şema Terapi modeli uygulamalarının klinik anlamlılığına ve etkili olabileceğine dolaylı bir dayanak sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. ve Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. ve Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.87.1.49>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition., text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Bedirhan Ustun, T. ve Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the international consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J., Mendlewicz, J. ve Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6>
- Armenta, R. F., Walter, K. H., Geronimo-Hara, T. R., Porter, B., Stander, V. A. ve LeardMann, C. A. (2019). Longitudinal trajectories of comorbid PTSD and depression symptoms among U.S. service members and veterans. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2375-1>
- Arnou, B. A., Blasey, C., Williams, L. M., Palmer, D. M., Rekshan, W., Schatzberg, A. F., Etkin, A., Kulkarni, J., Luther, J. F. ve Rush, A. J. (2015). Depression subtypes in

- predicting antidepressant response: A report from the iSPOT-D trial. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 743-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14020181>
- Arntz, A. ve Jacob, G. (2022). *Uygulamada şema terapi: Şema mod yaklaşımına giriş rehberi*. (G. Soygüt, Çev. Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011)
- Bach, B., Lockwood, G. ve Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Bachrach, N. ve Arntz, A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(5), 1233-1248. <https://doi.org/10.1002/jclp.23118>
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P. ve Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bar, A., Bar, H. E., Rijkeboer, M. M. ve Lobbestael, J. (2023). Early maladaptive schemas and schema modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 716-747. <https://doi.org/10.1111/papt.12465>
- Basım, N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I. ve Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6), 407-414.
- Basile, B., Tenore, K. ve Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 9(2), 214-221. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2018.09.00524>
- 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.
- 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), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Beck, A. T. ve Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2. Baskı). University of Pennsylvania Press.
- Bernet, C. Z. ve Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9(4), 169-174. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1999\)9:43.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1999)9:43.0.co;2-2)
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. ve Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bishop, A., Younan, R., Low, J. ve Pilkington, P. D. (2021). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H. ve Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Boog, M., Van Hest, K., Drescher, T., Verschuur, M. ve Franken, I. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European Addiction Research*, 24(5), 226-233. <https://doi.org/10.1159/000493644>
- Bosaipo, N. B., Foss, M. P., Young, A. H. ve Juruena, M. F. (2017). Neuropsychological changes in melancholic and atypical depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 309-325. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.014>
- Bouvard, M., Denis, A. ve Roulin, J. L. (2018). Psychometric properties of the French version of the young schema questionnaire - Short form 3 (YSQ–S3). *The Spanish Journal of Psychology*, 21. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.66>
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. Basic Books.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology

- of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1).
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Burns, D. (2021). *İyi hissetmek* (50. Baskı). (H. A. Karaosmanoğlu, Çev.). Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1980)
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>
- Calvete, E., Orue, I. ve González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the young schema questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 283-290. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158>
- Carragher, N., Adamson, G., Bunting, B. ve McCann, S. (2009). Subtypes of depression in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.015>
- Chang, J., Ji, Y., Li, Y., Yuan, M. ve Su, P. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102824. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102824>
- Csukly, G., Farkas, K., Fodor, T., Unoka, Z. ve Polner, B. (2023). Stronger coupling of emotional instability with reward processing in borderline personality disorder is predicted by schema modes. *Psychological Medicine*, 53(14), 6714-6723. <https://doi.org/10.1017/s0033291723000193>
- Cukor, D. ve McGinn, L. K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 19-34. https://doi.org/10.1300/j070v15n03_02
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A. ve Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>
- De Graaf, L. E., Huibers, M. J., Cuijpers, P. ve Arntz, A. (2010). Minor and major depression in the general population: Does dysfunctional thinking play a role? *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.08.006>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. ve Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral

- activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.4.658>
- Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J. ve Yang, S. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of Affective Disorders*, 211, 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.056>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M. ve Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000014>
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J. ve Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Engeler, A., Sheehan, D. V. ve Lecrubier, Y. (2004). *MINI International Neuropsychiatric Interview, Turkish Version 5.0.0*. Glaxo Smith Kline.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye'nin ruh sağlığı profili raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Estevez, A., Jauregui, P., Ozerinjauregi, N. ve Herrero-Fernández, D. (2017). The role of early maladaptive schemas in the appearance of psychological symptomatology in adult women victims of child abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 889-909. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1365318>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. ve Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Feliciano, L., Renn, B. N. ve Segal, D. L. (2018). Depressive disorders. D. C. Beidel ve B. C. Frueh (Ed.), *Adult psychopathology and diagnosis* (8. Baskı) içinde (247-299). John Wiley & Sons.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Fiske, A., Wetherell, J. L. ve Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

- Fletcher, D. ve Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Freeny, J., Peskin, M., Schick, V., Cuccaro, P., Addy, R., Morgan, R., Lopez, K. K. ve Johnson-Baker, K. (2021). Adverse childhood experiences, depression, resilience, & Spirituality in African-American adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(2), 209-221. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00335-9>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. ve Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76. <https://doi.org/10.1002/mpr.143>
- Fried, E. I. ve Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>
- Fritz, J., De Graaff, A. M., Caisley, H., Van Harmelen, A. ve Wilkinson, P. O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
- Futa, K. T. (2001). Child sexual abuse in Asian American families: An examination of cultural factors that influence prevalence, identification, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 189-209. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.2.189>
- Gao, K., Su, M., Sweet, J. ve Calabrese, J. R. (2019). Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.063>
- Garcia, S. C., Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M. C., Boker, S. ve Klump, K. L. (2020). Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1844-1854. <https://doi.org/10.1002/eat.23366>
- Gardner, M., Thomas, H. ve Erskine, H. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>

- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00342-3)
- Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, M. A. ve Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>
- Gong, J. ve Chan, R. C. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019>
- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>
- Greenberg, P. E., Fournier, A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H. ve Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, 39(6), 653-665. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Gruhn, M. A. ve Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., Sanislow, C. A., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Daversa, M. T., Grilo, C. M., Yen, S. ve Skodol, A. E. (2008). New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.026>
- Gülüm, İ. V. ve Soygüt, G. (2022). Dysfunctional parenting and psychological symptomatology: An examination of the mediator roles of anger representations in the context of the schema therapy model. *Psychological Reports*, 125(1), 110-128. <https://doi.org/10.1177/0033294120971762>
- Hammen, C. (2018). Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 1-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. ve Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.107.1.128>
- Harald, B. ve Gordon, P. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 126-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.015>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. ve Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult dsm-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Haugh, J. A., Miceli, M. ve DeLorme, J. (2016). Maladaptive parenting, temperament, early maladaptive schemas, and depression: A moderated mediation analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 103-116. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9559-5>
- Hawke, L. D. ve Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach third edition*. The Guilford Press.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hooley, J. M., Nock, M. K. ve Butcher, J. M. (2021). *Abnormal Psychology* (18th ed.). Pearson.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. ve Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. ve Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>

- Hu, T., Zhang, D. ve Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Jing, R. T. H. (2018). Schema therapy: An experiential approach to dealing with maladaptive schema mode. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 8(1). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2018.08.001589>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. ve Chae, J. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A. ve Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. ve Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H. ve Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.115.2.291>
- Hyde, J. S. ve Mezulis, A. H. (2020). Gender differences in depression: Biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(1), 4-13. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000230>
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. ve Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- Jacob, G., Van Genderen, H. ve Seebauer, L. (2015). *Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book*. John Wiley & Sons.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. ve Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral

- treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.323a>
- Jane Costello, E., Erkanli, A. ve Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Javakhishvili, M. ve Widom, C. S. (2021). Childhood maltreatment, sleep disturbances, and anxiety and depression: A prospective longitudinal investigation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, 101351. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2021.101351>
- Ji, L. (2024). Childhood emotional abuse and depression among Chinese adolescent sample: A mediating and moderating dual role model of rumination and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106607. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106607>
- Jiang, J., Tan, Y. ve Peng, C. (2023). Sexual orientations in association between childhood maltreatment and depression among undergraduates in Mainland of China. *Journal of Affective Disorders*, 341, 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.133>
- Joormann, J. ve Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A. ve Keller, M. B. (1998). A prospective 12-Year study of Subsyndromal and Syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 694. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.694>
- Kaiser, T., Herzog, P., Voderholzer, U. ve Brakemeier, E. (2021). Unraveling the comorbidity of depression and anxiety in a large inpatient sample: Network analysis to examine bridge symptoms. *Depression and Anxiety*, 38(3), 307-317. <https://doi.org/10.1002/da.23136>
- Karimipour, A., Asgari, P., Makvandi, B. ve Johari Fard, R. (2022). Effects of schema therapy for children and adolescents on the externalizing behaviors of the adolescents referred to the consulting center in Ahvaz, Iran. *Razavi International Journal of Medicine*, 10(3), 41-49. <https://doi.org/10.30483/RIJM.2022.254316.1146>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. ve Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA*, 289(23), 3095. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-Onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. ve Shahly, V. (2009). Age differences in major depression: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225-237. <https://doi.org/10.1017/s0033291709990213>
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N., Andrade, L. H., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Haro, J. M., Karam, A. N., Kostyuchenko, S., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Browne, M. O., ... Stein, D. J. (2010). Age differences in the prevalence and Co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health survey initiative. *Depression and Anxiety*, 27(4), 351-364. <https://doi.org/10.1002/da.20634>
- Kessler, R. C. ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Keulen-de Vos, M. E., Bernstein, D. P., Vanstipelen, S., De Vogel, V., Luckner, T. P., Slaats, M., Hartkoorn, M. ve Arntz, A. (2016). Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. *Legal and Criminological Psychology*, 21(1), 56-76. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12047>
- Khalily, M. T., Wota, A. P. ve Hallahan, B. (2011). Investigation of schema modes currently activated in patients with psychiatric disorders. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(2), 76-81. <https://doi.org/10.1017/s0790966700011472>
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A. ve Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698-703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>

- Koppers, D., Van, H., Peen, J. ve Dekker, J. J. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: Predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831-842. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482>
- Lamers, F., Beekman, A. T., Van Hemert, A. M., Schoevers, R. A. ve Penninx, B. W. (2016). Six-year longitudinal course and outcomes of subtypes of depression. *British Journal of Psychiatry*, 208(1), 62-68. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153098>
- Lamers, F., De Jonge, P., Nolen, W. A., Smit, J. H., Zitman, F. G., Beekman, A. T. ve Penninx, B. W. (2010). Identifying depressive subtypes in a large cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1582-1589. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05398blu>
- Lamers, F., Rhebergen, D., Merikangas, K. R., De Jonge, P., Beekman, A. T. ve Penninx, B. W. (2012). Stability and transitions of depressive subtypes over a 2-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42(10), 2083-2093. <https://doi.org/10.1017/s0033291712000141>
- Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R. ve Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements. *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*. <https://doi.org/10.1037/e587022010-001>
- Lemaigre, C., Taylor, E. P. ve Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39-52. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.009>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. ve Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Lewinsohn, P. M. (1986). A behavioral approach to depression. J. C. Coyle, (Ed.), *Essential papers on depression* içinde (150–180). New York University Press.
- Li, E. T., Luyten, P. ve Midgley, N. (2020). Psychological mediators of the association between childhood emotional abuse and depression: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 559213. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.559213>
- Lian, A. E., Chooi, W. ve Bono, S. A. (2023). A systematic review investigating the early maladaptive schemas (EMS) in individuals with trauma experiences and PTSD. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 100315. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100315>

- Liu, D. Y. ve Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 57, 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.004>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. ve Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands journal of psychology*, 63(3), 69-78. <https://doi.org/10.1007/bf03061068>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E. ve Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short schema mode inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437-458. <https://doi.org/10.1017/s1352465810000226>
- Lumley, M. N. ve Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639-657. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9100-3>
- Lv, F., Yu, M., Li, J., Tan, J., Ye, Z., Xiao, M., Zhu, Y., Guo, S., Liu, Y. ve Gao, D. (2022). Young adults' loneliness and depression during the COVID-19 pandemic: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842738>
- Maier, S. F. ve Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N. ve Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>
- Mandelli, L., Petrelli, C. ve Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- Marganska, A., Gallagher, M. ve Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>

- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A. K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. ve Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish health 2011 survey. *Journal of Affective Disorders*, 173, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.015>
- Marriott, B. R., Lewis, C. C. ve Gobin, R. L. (2016). Disclosing traumatic experiences: Correlates, context, and consequences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 141-148. <https://doi.org/10.1037/tra0000058>
- May, T., Younan, R. ve Pilkington, P. D. (2022). Adolescent maladaptive schemas and childhood abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1159-1171. <https://doi.org/10.1002/cpp.2712>
- Medeiros, G. C., Prueitt, W. L., Minhajuddin, A., Patel, S. S., Czysz, A. H., Furman, J. L., Mason, B. L., Rush, A. J., Jha, M. K. ve Trivedi, M. H. (2020). Childhood maltreatment and impact on clinical features of major depression in adults. *Psychiatry Research*, 293, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113412>
- Meng, X., Fleury, M., Xiang, Y., Li, M. ve D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Mikulincer, M. ve Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. ve Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I. ve Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Morimoto, S. S., Kanellopoulos, D., Manning, K. J. ve Alexopoulos, G. S. (2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1), 36-46. <https://doi.org/10.1111/nyas.12669>
- Musil, R., Seemüller, F., Meyer, S., Spellmann, I., Adli, M., Bauer, M., Kronmüller, K., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Fisher, R., Gaebel, W., Schennach, R., Möller, H. ve Riedel, M. (2017). Subtypes of depression and their overlap in a

- naturalistic inpatient sample of major depressive disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1569>
- Nanni, V., Uher, R. ve Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L. ve Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doeblen, P. ve Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nguyen, T., Harder, A., Xiong, Y., Kowalec, K., Hägg, S., Cai, N., Kuja-Halkola, R., Dalman, C., Sullivan, P. F. ve Lu, Y. (2022). Genetic heterogeneity and subtypes of major depression. *Molecular Psychiatry*, 27(3), 1667-1675. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01413-6>
- Nichter, B., Norman, S., Haller, M. ve Pietrzak, R. H. (2019). Physical health burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. veteran population: Morbidity, functioning, and disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 124, 109744. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109744>
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I. ve Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715-751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. ve Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. ve Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

- Norton, A. R., Penney, E. ve Abbott, M. J. (2023). An exploratory investigation of schema modes in social anxiety disorder: Empirical findings and case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1021-1038. <https://doi.org/10.1002/jclp.23457>
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N. ve Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders*, 174, 287-295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.028>
- Overmier, J. B. ve Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28-33. <https://doi.org/10.1037/h0024166>
- Pak, R., Mahmoud Alilou, M., Bayrami, M. ve Bakhshi Pour Roudsari, A. (2023). A comparison of schema modes and self-beliefs related to social anxiety in individuals with subclinical social anxiety disorder and without social anxiety disorder: A preliminary finding. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2255989>
- Peeters, N., Van Passel, B. ve Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Penney, E. S. ve Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47. <https://doi.org/10.1177/15346501211027866>
- Pilkington, P. D., Bishop, A. ve Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B. ve Pizarro-Campagna, E. (2024). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2914. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Polizzi, C. P. ve Lynn, S. J. (2021). Regulating emotionality to manage adversity: A systematic review of the relation between emotion regulation and psychological resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 577-597. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>

- Poole, J. C., Dobson, K. S. ve Pusch, D. (2017a). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 217, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.047>
- Poole, J. C., Dobson, K. S. ve Pusch, D. (2017b). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P. ve Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLOS ONE*, 12(5), e0177252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177252>
- Reinhard, M. A., Popov, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Barton, B. B., Jobst, A., Musil, R. ve Padberg, F. (2022). Loneliness is associated with maladaptive schema modes in patients with persistent depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 56-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.057>
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. ve Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 166-180. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12032>
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J. ve Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Rezaei, M., Ghazanfari, F. ve Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J. A., Jacobs, C. H. ve Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z>

- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J. ve Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029-2040. <https://doi.org/10.1017/s0033291713002535>
- Roediger, E. (2020). *Yaşam tuzakları için şema terapi: Huzurlu, mutlu ve özgür bir yaşama başlayabilmek* (2. Baskı). (A. Gündoğdu ve G. Çaylak, Çev.). Psikonet Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2010).
- Roelofs, J., Muris, P. ve Lobbestael, J. (2016). Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized “Bad” parent, or a healthy person: The assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 469-482. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_209
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C. ve Youngstrom, E. A. (2013). The Co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299-309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Saldias, A., Power, K., Gillanders, D. T., Campbell, C. W. ve Blake, R. A. (2013). The mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 244-257. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.781671>
- Salk, R. H., Hyde, J. S. ve Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Schierholz, A., Krüger, A., Barenbrügge, J. ve Ehring, T. (2016). What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation, attachment, and attributional style. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32652>
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. ve De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from The Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.011>
- Schulz, A., Becker, M., Van der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., Schmidt, C. O., John, U., Freyberger, H. J. ve Grabe, H. J. (2014). The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? population-based results from the study of health in Pomerania. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008>

- Schulz, P., Beblo, T., Ribbert, H., Kater, L., Spannhorst, S., Driessen, M. ve Hennig-Fast, K. (2017). How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child Abuse & Neglect*, 72, 98-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.022>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P. ve Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.056>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman.
- Seligman, M. E. ve Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/h0024514>
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A. ve Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Shafique, N., Arafat, S. Y., Siddiqui, F., Malik, W., Hallahan, B. ve Khalily, M. T. (2023). Dysfunctional schema modes as determinants of psychiatric comorbidities: A study in a cohort of people with epilepsy. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1017/ipm.2023.23>
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C., Selles, R. R., Højgaard, D. R., Skarphedinsson, G. ve Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. ve Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview

- (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Shenoy, D. P., Naranartkomol, R., Ashok, M., Chiang, A., Lam, A. G. ve Leng Trieu, S. (2010). Breaking down the silence. *Californian Journal of Health Promotion*, 7(2), 78-91. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v7i2.2016>
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D. ve Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, 55(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F. ve Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257-264. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050695>
- Solomon, D. A. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Endicott, J., Mueller, T. I., Coryell, W., Shea, M. ve Keller, M. B. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.002>
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Soygüt, G., Gülüm, İ. V., Ersayan, A. E., Lobbestael, J. ve Bernstein, D. P. (2021). A preliminary psychometric study of the Turkish schema mode inventory-forensic (SMI-F). *Current Psychology*, 42(14), 11403-11414. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02436-6>
- Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R. ve Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*, 24(2), 99-113. <https://doi.org/10.1111/cp.12205>
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J. ve Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: A comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis

- groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>
- Struck, N., Krug, A., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannlowski, U., Nenadić, I., Kircher, T. ve Brakemeier, E. (2020). Childhood maltreatment and adult mental disorders – the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Research*, 293, 113398. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113398>
- Sunley, A. K., Lok, A., White, M. J., Snijder, M. B., Van Zuiden, M., Zantvoord, J. B. ve Derks, E. M. (2020). Ethnic and sex differences in the association of child maltreatment and depressed mood. The HELIUS study. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104239. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104239>
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32 (4), 1054–1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P. ve Türk-Kurtça, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>
- Şenkal Ertürk, İ., Kahya, Y. ve Gör, N. (2020). Childhood emotional maltreatment and aggression: The mediator role of the early maladaptive schema domains and difficulties in emotion regulation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(1), 92-110. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1541493>
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Brockman, R. ve Simpson, S. (2015). Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0082-y>
- Tariq, A., Reid, C. ve Chan, S. W. (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 51(8), 1233-1248. <https://doi.org/10.1017/s0033291721001458>

- Taylor, C. D., Bee, P. ve Haddock, G. (2016). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Ten Have, M., Lamers, F., Wardenaar, K., Beekman, A., De Jonge, P., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M. ve De Graaf, R. (2016). The identification of symptom-based subtypes of depression: A nationally representative cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 395-406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.040>
- Ter Meulen, W. G., Draisma, S., Van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. ve Penninx, B. W. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert—A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Thimm, J. C. ve Chang, M. (2022). Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15(4), 371-413. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00149-7>
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J. ve Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 547-576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
- Türkçapar, M. H. (2018). *Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon* (3. Baskı). Epsilon Yayınevi.
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E. ve Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185-199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- Ulusoy, M., Sahin, N. H. ve Erkmén, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ...Criqui, M. H. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

- Visted, E., Vollestad, J., Nielsen, M. B. ve Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M. ve Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.002>
- Watters, E. R., Aloe, A. M. ve Wojciak, A. S. (2021). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. ve Jordan, S. (2002). The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- Yang, W., Zhang, G., Jia, Q., Qian, Z., Yin, G., Zhu, X., Alnatour, O. I., Trinh, T. H., Wu, H. E., Lang, X., Du, X. ve Zhang, X. (2019). Prevalence and clinical profiles of comorbid anxiety in first episode and drug naive patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 257, 200-206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.052>
- Ye, Z., Wei, X., Zhang, J., Li, H. ve Cao, J. (2024). The impact of adverse childhood experiences on depression: The role of insecure attachment styles and emotion dysregulation strategies. *Current Psychology*, 43, 4016-4026. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04613-1>
- Yiğit, İ. ve Guzey Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503-1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>
- Yiğit, İ., Kılıç, H., Guzey Yiğit, M. ve Çelik, C. (2021). Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. *Current Psychology*, 40, 1356-1366. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0068-4>
- Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., Shockley McCarthy, K., Rae Napier, T. ve Pei, F. (2019). Resilience following child maltreatment: Definitional considerations and

developmental variations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 541-559.
<https://doi.org/10.1177/1524838019869094>

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Young, J. E., Ward-Ciesielski, E. F., Rygh, J. L., Weinberger, A. D. ve Beck A. T. (2021). Cognitive therapy for depression. D. H. Barlow, (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6. Baskı) içinde (257-317). The Guilford Press.

Zhao, Y., Han, L., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., Ma, R. ve Cao, B. (2022). The psychological factors mediating/moderating the association between childhood adversity and depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104663. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663>

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız? _____
2. Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz? () Bekar () Evli
4. Eğitim durumunuz?
() İlkokul
() Ortaokul
() Lise
() Yüksekokul
() Üniversite
() Lisansüstü
5. Algıladığınız ekonomik düzeyiniz? () Alt () Orta () Üst
6. Maaşlı bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
7. Fiziksel bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır Cevabınız 'Evet' ise nedir?

8. Şu anda sizi profesyonel bir yardım almaya yönlendiren psikolojik sağlığınıza ilgili sorunları kısaca tanımlayınız. _____
9. Belirttiğiniz psikolojik sağlık sorunlarına bir psikiyatrist tarafından ilk kez ne zaman tanı konuldu?
_____ (gün)/ _____ (ay)/ _____ (yıl)
Sizinle paylaşıldıysa tanınızı yazınız. _____
10. Bu tanıya ilişkin sorunları kaç kez yaşadınız? () ilk kez () ikinci kez () üçüncü kez ()
dört ve üzeri
11. Bu sorun nedeniyle herhangi bir tedavi görüyor musunuz? () Evet () Hayır
Cevabınız 'Evet' ise cevaplayınız. () İlaç tedavisi () Psikoterapi () İlaç tedavisi ve psikoterapi
12. Yaşadığınız sorun nedeniyle hiç hastaneye yatışınız oldu mu? () Evet () Hayır
Cevabınız 'Evet' ise kaç kez oldu? _____
13. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu? () Evet () Hayır
Cevabınız 'Evet' ise kaç kez oldu? _____
14. Geçtiğimiz 12 ay içerisinde hayatınızı tehdit eden herhangi bir terör olayı, şiddet veya saldırı yaşadınız mı veya yakınlarınızın başına böyle bir olay geldi mi? () Evet () Hayır

Ek 2. Şema Mod Envanteri (Versiyon-3) (ŞME)

Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullanabileceği ifadeler yer almaktadır. Lütfen her birini, o ifadeye genel olarak **ne kadar** inandığınıza ya da **ne yoğunlukta** hissettiğinize göre derecelendiriniz.

1. Hiç ya da neredeyse hiç	4. Sık sık
2. Nadiren	5. Çoğu zaman
3. Arada sırada	6. Her zaman

Sıklık	Genellikle,
	1. İkinci olmayı kabullenemem.
	2. Diğer insanların çoğundan daha özel ve daha iyi olduğumu hissederim.
	3. Kendi çıkarım için insanların zayıflıklarından yararlanırım
	4. Diğer insanlar, onlardan istediklerimi yapmadıklarında gerilirim.
	5. Kendimi aşağılanmış hissederim.
	6. Diğer insanlarla aramda bir bağ varmış gibi hissetmem.
	7. Onlarla çatışmaktan, karşı karşıya gelmekten ve reddedilmekten kaçınmak için başkalarını memnun etmeye uğraşırım.
	8. Birini öldürebilecek kadar sinirlenebilirim.
	9. Sinirimi bozan düşünce veya duygularımdan daha az etkilenmek için kendimi sürekli meşgul ederim.
	10. Hedeflerime ulaşamadığımda kolayca usanır ve pes ederim.
	11. Mücadele etmezsem istismar edilirim ya da görmezden gelinirim.
	12. Kendi gereksinimlerim diğer insanlarınkinden önceliklidir.
	13. İnsanlardan yararlanabilmek için öncelikle bana güvenmelerini sağlarım.
	14. Kendime koyduğum standartları yakalayabilmek adına keyfimden, sağlığımdan ve mutluluğumdan vazgeçerim.
	15. Kızgın olduğumu söylemesem bile insanlar bunu fark ederler.
	16. Tembelimdir.
	17. Sorunları kendi başıma çözebilmek için çok uğraşırım.
	18. Kendimi dışarıda bırakılmış ya da dışlanmış hissederim.
	19. Sürekli bir şeyleri başarma ve tamamlama baskısı altındayım.
	20. Kendime karşı acımasızım.

21.	Kızgın olduğumda kimseyi yanımda istemem.
22.	Kendimi, yanında bulunduğum kişilere göre değiştiririm ki beni sevip, onaylasınlar.
23.	Kendimi cezalandırmak için canımı acıtmak gibi dürtülerim vardır (Örneğin, kendimi kesmek).
24.	Bir baltaya sap olamamış insanlarla zaman geçirmeyi sevmem.
25.	Eğer başkaları size iyi davranıyorsa, altında bilmediğiniz nedenler vardır.
26.	Başkalarının asıl niyetleri konusunda dikkatli olmalıyım.
27.	İnsanlarla içli dışlı olmak istemem.
28.	Bir şeyler yapmanın “doğru” ve “yanlış” yolları vardır ve ben de doğru olanını yapmaya çalışırım, yoksa kendimi eleştirmeye başlarım.
29.	Kendimi bu dünyada yapayalnız hissedirim.
30.	Aldatıldığım ya da bana adil davranılmadığı durumlar oldu.
31.	Öfkeli olduğum zamanlarda sıklıkla kontrolümü kaybeder, diğer insanlara tehditler savururum.
32.	Güç ve statüye her şeyden çok değer veririm.
33.	İnsanların çoğuna güvenirim.
34.	Diğer insanların ihtiyaçlarını ve duygularını göz önünde bulundurmaksızın, ne istersem onu yaparım.
35.	Akılsız insanlara karşı sabrım yok.
36.	Sadece karşılığını alacaksam bir şeyler yaparım.
37.	Diğer insanlar hakkında yalan söylenebilir
38.	Kendimi affedemiyorum.
39.	Öfkelenmeye başladığımda çoğu kez kontrol etmeye çalışmam ve kendimi kaybederim.
40.	Sonuçlarını düşünmeden ne hissediyorsam onu söylerim, veya düşünmeden hareket ederim.
41.	Eğer öfkelenirsem öyle kontrolden çıkarım ki diğer insanlara zarar veririm.
42.	Birinin canını yakıyorsam bunu hak edecek bir şey yapmış demektir.
43.	Hiç kimse ona zarar verme planım olduğunu fark edemez.
44.	Aklımı başına getirmek için birisine fiziksel olarak zarar verebilirim.
45.	Mutlu ve huzurlu hissediyorum.

46.	Başıma bir şey geldiğinde insanların bana şefkat göstermesini hak etmiyorum.
47.	Olanlar hoşuma gitmese de durdurmak için harekete geçmem.
48.	İnsanlara öfkeleniyorsam kötü biriyimdir.
49.	İnsanlara hissettirmeden onları amacıma göre kullanırım.
50.	Beni üzen olaylar hakkında düşünmek zorunda kalmamak için yoğun bir şekilde çalışır ya da spor yaparım.
51.	İnsanlara “benden uzak durun” mesajı verebilmek için kontrollü bir (düzeyde) öfke gösteririm.
52.	Kendimi güçsüz ve çaresiz hissederim.
53.	Benim için çok önemli olan insanlarla ilgili her şeye tahammül edebilirim.
54.	Diğerlerinin beni incitmesine fırsat vermemek için uyanık olmalıyım.
55.	Patronun ben olduğumu diğerlerine belli ederim.
56.	Çoğu şeye karşı kayıtsızımdır.
57.	Patronluk yapmayı severim.
58.	Diğer insanlarla bir aradayken tetikte olmalısınız.
59.	Haksız yere eleştirildiğimi, istismar edildiğimi veya benden yararlanıldığımı hissettiğimde kendimi savunabilirim.
60.	Kötü bir insan olduğum için diğer insanların keyif aldıkları şeylerden kendimi mahrum bırakırım.
61.	Sözel olmayan yöntemlerle insanların öfkemi anlamalarını sağlarım.
62.	Birini herhangi bir şey konusunda ikna edebilirim.
63.	Sinirli olduğumda bunu dile getirmem; fakat insanlar anlarlar.
64.	İnsanların benim için bir şey yapmasını istediğimde cazibemi kullanırım.
65.	İnsanların beni eleştirmesine veya aşağılamasına izin veririm.
66.	İstedikimi elde etmek için birilerine zarar vermekten çekinmem.
67.	İnsanlara karşı çok öfkeliyim.
68.	Yaptığım her şeyde en iyisi ben olmalıyım.
69.	Kendimi çoğu insandan daha üstün hissederim.
70.	İnsanlardan kurtulmak için planlar yaparım.
71.	Eşitlik diye bir şey yoktur, o yüzden diğer insanların üzerinde üstünlük kurmak daha iyidir.
72.	Diğer insanları etkilemek için hakkımda hikayeler uydururum.

73.	İnsanlar gördükleri kadar zararsız değildir.
74.	Çoğu insandan daha fazla sorumluluk sahibi olabilmek için kendimi zorlarım.
75.	Sinirlendiğimde etrafa bir şeyler fırlatırım.
76.	İnsanları benden uzakta tutmaya yarayan sessiz bir "öfke duvarı" örerim.
77.	Hata yapmamaya çalışırım; yaparsam kendimi yer bitiririm.
78.	İnsanların benim ne kadar güçlü olduğumu görmelerini sağlarım.
79.	Umutsuz hissediyorum.
80.	Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşlanmadığım şeyleri yapmakta zorlanırım.
81.	Eğer insanlar üzerinde üstünlük kurmazsanız, onlar sizin üzerinizde kurarlar.
82.	Hiçbir şey hissetmiyorum.
83.	Diğer insanlar başarılı olduğumu görebilsinler diye bir şeyler satın alırım (pahalı arabalar, kıyafetler ve güzel bir ev).
84.	Bana karşı olanlar bunun bedelini ağır ödeyeceklerdir.
85.	Sorunları, duygularımın beni etkilemesine izin vermeden, mantıklı yollardan çözebilirim.
86.	Sadece bir bakışla insanlara öfkeli olduğumu gösterebilirim.
87.	Duygularımdan kaçınmak için bana heyecan veren ya da beni sakinleştiren şeyler yapmaktan hoşlanırım (örneğin, çalışmak, kumar oynamak, yemek yemek, alışveriş yapmak, cinsel aktiviteler, televizyon izlemek).
88.	Sürekli tetikte kalarak başkalarının sizi kullanmasını engelleyebilirsiniz.
89.	Dürtülerimi, anlık isteklerimi kontrol etmem imkansızdır.
90.	Bana yaptıkları yüzünden insanları azarlayasım gelir.
91.	Sıradan olmak olabileceğiniz en kötü şeydir.
92.	Diğer insanlara karşı talepkârımdır.
93.	Kendime kızgınım.
94.	Öğrenebilirim, gelişebilirim ve değişebilirim.
95.	Birini öldürsem kötü hissetmezdim.
96.	Diğer insanlar beni kibirli ve soğuk bulur.
97.	Kaybolmuş hissediyorum.
98.	İyimserim.

99.	Başımı belaya sokacak ya da diğer insanları incitecek kadar düşüncesizce hareket eder ya da duygularımı ifade ederim.
100.	Bana kulak verildiğini, anlaşıldığımı ve onaylandığımı hissederim.
101.	Öfkemin çıkırından çıktığı olur
102.	İnsanları kendi çıkarlarımı doğrultusunda yönlendirmede iyiyimdir.
103.	Hiçbir şeyi umursamam; hiçbir şey benim için önemli değildir.
104.	Kötü bir şey olursa bu benim hatamdır.
105.	İlişkilerde diğer kişinin hakimiyeti ele almasına izin veririm.
106.	Donuk hissederim.
107.	Gerektiğinde, değer verdiğim şeyleri başarabilmek için sıkıcı ve rutin işlere katlanırım.
108.	Özümde iyi bir insanım.
109.	Benim için bir şey yapsınlar diye insanları seviyormuş gibi yaparım.
110.	Diğer insanların uyduğu kurallara uymak zorunda değilim.
111.	Kendimi güvende hissederim.
112.	İyi bir yalancıyım.
113.	Eğer biri yanımda değilse, karşımdadır.
114.	Beni tanımak bir ayrıcalıktır.
115.	İstediklerimi elde edebilmek için insanların sırlarını onlara karşı kullanırım.
116.	Kendimi diğer şeylerden kopmuş hissediyorum (diğer insanlardan, duygularımdan ya da kendimden).
117.	Uyumlu bir insan olduğumu düşünüyorum.
118.	Başkalarının ihtiyaçlarını ve duygularını umursamadan istediğimi yaparım.
119.	Düşmanca duruşum ve beden dilim insanların öfkeli olduğumu anlamaları için yeterlidir.
120.	Kimsenin beni sevmediğini düşünüyorum.
121.	Sevildiğimi ve kabul gördüğümü hissediyorum
122.	Ucunda çok fazla para varsa birini öldürebilirim.
123.	İhtiyacımı açıkça ifade etmek yerine diğerlerinin dediğinin olmasına izin veririm.
124.	Diğer insanlar bana komplo kuruyorlar.
125.	İnsanlarla dalga geçer, onlara zorbalık yaparım.
126.	Dürtülerimi, anlık isteklerimi kontrol etmekte zorlanırım.

127.	Saldırı en iyi savunma yöntemidir.
128.	Diğer insanların beni itip kakmasına izin vermeyerek bana saygı duymalarını sağlarım.
129.	istikrarlı ve güvenli bir hayatım olduğunu düşünüyorum.
130.	Özgürlüğümün ya da bağımsızlığımın elimden alınmaya çalışılmasına kızgınım.
131.	Birini çok kötü bir biçimde kırabilirim ve bu benim uykumu kaçırmaz.
132.	Diğerlerinin bana zarar vermek için hazırladıkları planları açığa çıkaracak ipuçları ararım.
133.	Hak etmediğimi düşündüğüm için kendimi eğlenceden mahrum bırakırım.
134.	Sadece bakışlarımdan bile sinirli olduğum anlaşılabilir.
135.	Kuralları çiğnerim, sonra da pişman olurum.
136.	İlgi odağı olmak için elimden geleni yaparım.
137.	Etrafımda insanlar olsa bile kendimi yalnız hissedirim.
138.	Diğer insanlara karşı oldukça eleştirelimdir.
139.	İhtiyaçlarım konusunda sınırı aşmadan ısrarcı olurum.
140.	Cezalandırılmayı hak ediyorum.
141.	Olası tehditlere karşı her zaman tetikteyim.
142.	Sıkıcı ya da tek düze işleri tamamlamak için kendimi zorlamam.
143.	Körü körüne duygularımın peşinden giderim.
144.	Biri bana nasıl hissetmem veya davranmam gerektiğini söylediğinde sinirlenirim.
145.	İçimde biriktirdiğim ve boşaltmam gereken çok büyük bir öfkem var.
146.	Öfkeli olduğum kişilere fiziksel olarak saldırırım.
147.	Beni terk ettiği veya beni yalnız bırakıp gittiği için birine karşı öfkeliyim.
148.	Duygularımı ne zaman ifade edip ne zaman etmemem gerektiğini bilirim.
149.	Önce harekete geçer sonra düşünürüm.
150.	Diğerlerinin sizinle dalga geçmesine veya size zorbalık yapmasına izin vermeniz ezik bir insan olduğunuzu gösterir.
151.	Dikkatimi üzücü düşünce ve duygulardan uzaklaştırmak istiyorum.
152.	Kişisel bilgilerimi paylaşmam çünkü insanlar bunu bana karşı kullanırlar.
153.	İçinden geldiği gibi hareket eden ve eğlenceli biriyimdir.

154.	Yapmam gereken tüm işleri bitirmeden kendime rahatlama veya eğlenme izni vermem.
155.	Öfke patlamaları yaşarım.
156.	Kötü biriyim.
157.	Diğer insanların üzerinde üstünlük kurarak kendinizi sağlama alırsınız.
158.	Öfkemi, diğer insanları çevremden uzaklaştırmak için kullanırım.
159.	Kendimi özünde yetersiz, kusurlu ya da etkisiz hissedirim.
160.	Diğer insanlara karşı soğuk ve acımasızımdır.
161.	Kendi başımın çaresine bakabilirim.
162.	Birine bana yaptığı bir şey yüzünden saldırıp onu incitesim gelir.
163.	İstediğimi elde etmek için başıma gelen şanssızlıkları abartılı bir biçimde anlatırım.
164.	Bir şeyden çabucak sıkılır, ilgimi kaybederim.
165.	Kendimi iyi tanırım ve beni nelerin mutlu edeceğini iyi bilirim.
166.	Dayanıklıyım.
167.	Diğer insanlarla bağım olduğunu hissedirim.
168.	Diğer insanları küçümserim.
169.	Kendimi diğer insanlardan uzak hissedirim.
170.	Öfkeli olduğumda etrafa zarar veririm.
171.	İntikam için doğru zamanı kollarım.
172.	İnsanların yaptıkları şeylerin arkasındaki nedenleri bulmaya çalışırım.
173.	"Bir numara" olmak benim için önemlidir (Örneğin; en popüler, en başarılı, en zengin, en güçlü).
174.	Yalnız hissedirim.

Ek 3. Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

1- Benim için tamamıyla yanlış	4- Benim için orta derecede doğru
2- Benim için büyük ölçüde yanlış	5- Benim için çoğunlukla doğru
3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla	6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____..Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____..Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.

19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediıyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediıyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımin beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstedigimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____..Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımlarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____..Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____..Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____..Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

Ek 4. Duygu Düzenleme G  l         -Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli         zerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki noktalı      ten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hi� (% 0-% 10)	Bazen (% 11- %35)	Yakla�ık Yarı yarıya (% 36-% 65)	�o�u zaman (%66- %90)	Hemen hemen her zaman (% 91- %100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
2. Ne hissetti�im konusunda karma�a ya�arım.	1	2	3	4	5
3. Kendimi k�t� hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.	1	2	3	4	5
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalaca�ına inanırım.	1	2	3	4	5
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.	1	2	3	4	5
7. Kendimi k�t� hissederken ba�ka �eylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu ya�arım.	1	2	3	4	5
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranı�larımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi k�t� hissetti�imde daha iyi hissetmem i�in yapabilece�im hi�bir �ey olmadı�ına inanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi k�t� hissetti�imde b�yle hissetti�im i�in kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
14. Kendimi k�t� hissetti�imde kendimle ilgili olarak �ok fazla endi�elenmeye ba�larım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi k�t� hissetti�imde ba�ka bir �ey d���nmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi k�t� hissetti�imde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

Ek 5. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Aşağıdaki her bir cümle için sağdaki ifadenin size göre daha doğru olduğunu düşünüyorsanız, sağdaki kutucuğu, soldaki ifadenin size göre daha doğru olduğunu düşünüyorsanız soldaki kutucuğu işaretleyerek boşlukları doldurunuz. İfadelerin sizi tam tanımlamadığını düşünüyorsanız ortadaki kutucuklardan daha yakın olduğunuz seçeneği seçiniz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm	☐	☐	☐	☐	☐	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur	☐	☐	☐	☐	☐	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐	☐	☐	☐	☐	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte	☐	☐	☐	☐	☐	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır	☐	☐	☐	☐	☐	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam	☐	☐	☐	☐	☐	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐	☐	☐	☐	☐	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir	☐	☐	☐	☐	☐	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	Çok mutlu	☐	☐	☐	☐	☐	Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim	☐	☐	☐	☐	☐	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım	☐	☐	☐	☐	☐	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici	☐	☐	☐	☐	☐	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama	☐	☐	☐	☐	☐	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim	☐	☐	☐	☐	☐	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Yeteneklerimi beğenmezler

Ek 6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki dört cümleyi dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL SON 1 HAFTADIR** size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

1- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	6- (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefret ediyorum
2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.
3- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
4- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.	9- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
5- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	10- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	17-(0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
12- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.	18- (0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
13- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.	19- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
14- (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.	20- (0) Cinsel konulara karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
15- (0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.	21- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
16- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.	

Ek 7. Çocukluk Çağı Travmaları Anketi (CTQ-33)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde,	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1) Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6) Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7) Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11) Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14) Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16) Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5

19) Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5
21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25) Ailedekiler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29) Ailedekiler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30) Ailedekiler her şeyeime karıştırdı.	1	2	3	4	5
31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32) Ailedekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.	1	2	3	4	5

Ek 8. Beck Kaygı Envanteri (BKE)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini, yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				