

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**



**YAYGIN ANKSİYETE VE DEPRESYON TEDAVİSİNDE
TEKRARLAYICI OLUMSUZ DÜŞÜNMEYE YÖNELİK ŞEFKAT
ODAKLI KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİNİN
ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ: ÇOKLU BAŞLAMA DÜZEYİ
TEK VAKA ÇALIŞMASI**

Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP - 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Seher Cömertoğlu Yalçın tarafından hazırlanan “**Yaygın Anksiyete ve Depresyon Tedavisinde Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünmeye Yönelik Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisinin Etkililiğinin İncelenmesi: Çoklu Başlama Düzeyi Tek Vaka Çalışması**” başlıklı tez, **23/07/2025** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Kaasım Fatih Yavuz		
Jüri Başkanı	Dr. Öğr. Üyesi Saadet Öztürk	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Mehmet Emrah Karadere	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Feyza Topçu	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Batuhan Kurtoğlu	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN

Tarih: 23.07.2025

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YAYGIN ANKSİYETE VE DEPRESYON TEDAVİSİNDE
TEKRARLAYICI OLUMSUZ DÜŞÜNMEYE YÖNELİK ŞEFKAT
ODAKLI KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİNİN
ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ: ÇOKLU BAŞLAMA DÜZEYİ
TEK VAKA ÇALIŞMASI

Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN

DOKTORA TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Kaasım Fatih Yavuz

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, yaygın anksiyete ve depresyon belirtileri yaşayan bireylerde sıklıkla görülen tekrarlayıcı olumsuz düşünmeye (TOD) yönelik şefkat odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) protokolünün etkililiğini incelemektir. Çalışmada çoklu başlama düzeyli tek denekli deneysel desen kullanılmıştır. Müdahale protokolü, ACT'in temel süreçlerini temel alan ve şefkat bileşenini içeren bir yapı ile oluşturulmuştur. Katılımcılar Hasta Sağlığı Anketi-9 (HSA-9) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) ölçeklerinden belirli puanları alma kriterine göre seçilmiştir. Araştırmaya toplamda on katılımcı alınmış ve sekiz katılımcı müdahale sürecini tamamlamıştır. Çalışmada hem standart psikometrik ölçekler hem de günlük ölçümler kullanılmıştır. Standart ölçüm araçları arasında Perseveratif Düşünce Ölçeği (PDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21), Bilişsel Kaynaşma Ölçeği (BKÖ), Değerler Odaklı Yaşam Ölçeği (DBYÖ), Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II) ve Öz Duyarlık Ölçeği kısa formu (ÖDÖ-KF) yer almaktadır. Günlük ölçümlerde TOD şiddeti, işlevsizlik, yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme ve değer odaklı yaşam düzeyleri değerlendirilmiştir. Veri analizi Güvenilir Değişim İndeksi (RCI), Tau-U analizi ve görsel analiz teknikleri ile yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, katılımcıların çoğunda TOD, depresyon, anksiyete, stres, bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma ve işlevsizlik düzeylerinde azalma olduğunu göstermiştir. Ayrıca değerlere bağlı yaşam, öz şefkat ve psikolojik esneklik düzeylerinde de artış görülmüştür. Bu terapötik kazanımlar, çoğu katılımcıda izlem döneminde korunmuş veya daha da belirginleşmiştir. Bununla birlikte değişimlerin düzeyi ve ortaya çıkış zamanı açısından bireysel farklılıklar dikkat çekmiştir.

Sonuç olarak, şefkat odaklı ACT protokolünün yaygın anksiyete ve depresyon belirtileri yaşayan bireylerde tekrarlayıcı olumsuz düşünmeyi azaltmada ve psikolojik esnekliği artırarak günlük işlevselliği desteklemede etkili olduğu görülmüştür. Bulgular bu protokolün belirtilen klinik grupta uygulanabilir, etkili ve sürdürülebilir bir müdahale yaklaşımı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayıcı Düşünme, Kaygı, Depresyon, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Şefkat

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT of PSYCHOLOGY**

**EXAMINING THE EFFECTIVENESS OF COMPASSION-
FOCUSED ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY
AIMED AT REDUCING REPETITIVE NEGATIVE THINKING IN
THE TREATMENT OF GENERALIZED ANXIETY AND
DEPRESSION: A MULTIPLE-BASELINE SINGLE-CASE STUDY**

Seher Cömertoğlu Yalçın

PHD THESIS

**Advisor
Prof. Dr. Kaasım Fatih Yavuz**

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the effectiveness of a compassion-focused Acceptance and Commitment Therapy (ACT) protocol targeting repetitive negative thinking (RNT), a common pattern observed in individuals experiencing symptoms of generalized anxiety and depression. The study employed a multiple-baseline single-case experimental design. The intervention protocol was structured based on core ACT processes integrated with a compassion-focused component. Participant selection was based on scoring criteria from the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Out of ten individuals initially enrolled, eight completed the intervention. Both standardized psychological measures and daily assessments were utilized in this research. The standardized measures included the Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ), the Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Valued Living Questionnaire (VLQ), the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) and the Self-Compassion Scale–Short Form. Daily measures evaluated the severity of repetitive negative thinking, dysfunctional, experiential avoidance, cognitive fusion and values-based living. Data analysis involved the Reliable Change Index (RCI), Tau-U analysis and visual analysis techniques. Results indicated that most participants experienced reductions in repetitive negative thinking, depression, anxiety, stress, cognitive fusion, experiential avoidance, and dysfunction. Furthermore, increases were observed in values-based living, self-compassion and psychological flexibility. Therapeutic gains were maintained or further improved during the follow-up period for most participants. However, individual differences emerged regarding the magnitude and timing of these therapeutic changes, highlighting variability in personal responsiveness to the intervention. In conclusion, the compassion-focused ACT protocol demonstrated effectiveness in reducing repetitive negative thinking among individuals experiencing symptoms of generalized anxiety and depression. Additionally, this intervention promoted psychological flexibility and improved daily functioning. These findings support the applicability, effectiveness and sustainability of the protocol as a therapeutic approach within this clinical population.

Keywords: Repetitive Negative Thinking, Anxiety, Depression, Acceptance and Commitment Therapy, Compassion

ÖNSÖZ

Tanışmamızı hayattaki en büyük şanslarımdan biri olarak nitelendirdiğim, lisans yıllarımdan beri beni adeta kanatlarının altına alıp büyüten, geliştiren, öğreten, koruyan; yalnızca akademik alanda değil, hayatımın pek çok alanında en az ailem kadar emeği olan canım hocam Prof. Dr. K. Fatih Yavuz’a bir kez daha büyük bir minnetle teşekkür ederim. Sizden yalnızca nasıl bir hoca olunacağını değil, nasıl bir insan olunması gerektiğini de öğrendim, öğrenmeye devam ediyorum. İyi ki varsınız.

Eğitim hayatım boyunca yoluma dokunan, işini hakkıyla yapan tüm hocalarıma... Büyüdükçe ne kadar kıymetli ve ne kadar büyük bir iş yaptığınızı daha iyi anlıyorum.

Beraber büyümenin ve yürümenin en keyifli halini yaşatan TÜRBAD ekibine... Sayenizde ailenin yalnızca doğuştan gelmeyeceğini; oluşturulabileceğini ve seçilebileceğini de gördüm.

Yaşama ve insana dair umudumu ve hayretimi her daim canlı tutan, yolculuklarına eşlik etme fırsatı bulduğum tüm danışanlarıma ve bilhassa bu tezin verilerini oluşturan katılımcılarıma... Hayatımda anlamlı bir şeyler yapmam sizin vesilenizle mümkün oldu.

Beraber büyüdüğüm yol arkadaşım Eda Aksoy başta olmak üzere dünyayı daha eğlenceli, daha canlı ve daha çok kılan tüm dostlarıma... Benim yaşamımda, dumansız hava sahası sayenizde oluyor. Hep var olun.

Hayattaki en sevdiğim rolü bana kazandıran biricik yeğenlerim Ecrin Sena, Muhammed Tarık, Esmâ Beril, Elif Simay ve Ahmet Emir’e... Kendileri çok fark edemese de varlıkları sayesinde her zorluk benim için daha kolay oluyor. Seher teyzeleri olmak, benim için hayattaki en havalı şey.

Tüm zorluklarına ve benim tüm zorluklarıma rağmen, bildikleri en iyi şekilde beni büyük bir sabır, emek ve sevgiyle yetiştiren; gölgelerini hep üzerimde hissetmenin güveniyle yoluma devam ettiğim canım annem Şenay ve canım babam Sedat Cömertoğlu’na... Size layık olabilmek hayattaki en büyük isteklerimden biri.

Anne, abla ve arkadaşın efsanevi kombinasyonunun hayat bulmuş hali, her daim yol göstericilerim canım ablalarım Semiha Cömertoğlu Arslan, Sinem Cömertoğlu Yıldız ve değerli eşlerine... Canım ablalarım, kardeşlik sizinle çok güzel. Kalbimdeki yerinizin karşılığı yok.

Doktora sürecime bazen benden bile daha ilgili ve hassas yaklaşan; sabrıyla, sakinliğiyle, anlayışıyla, desteğiyle ve getirdiği çözüm önerileriyle her daim yanımda olan; duruşuyla dahi beni daha iyi bir insan olmaya yaklaştıran canım eşim Y. F. Enes Yalçın'a; ve onu bin bir emekle, tek başına yetiştiren kadın olmanın hem gücünü hem de güçlüğünü en canlı şekilde gösteren kıymetli annemiz Sevilay Yalçın'a teşekkür ederim.

Ve... Kendime.

Canım Seher, emek verilen her şey gözlerini dolduruyor, biliyorum. Aynaya bak ve dilediğinde doldur gözlerini. Eline sağlık. İyi iş çıkarıyorsun.

Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN
Gaziantep - 2025



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
1.3 Araştırmanın Önemi	5
1.4 Araştırmanın Sayıltıları.....	7
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1 Tekrarlayıcı Düşünme.....	8
2.1.1 Tanı Ötesi Bir Süreç Olarak Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme	8
2.2 Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT).....	11
2.2.1 ACT'in Kökenleri: İşlevsel Bağlamsalcılık ve Bağlamsal Davranış Bilimi	11
2.2.2 ACT'in Kuramsal Zemini: İlişkisel Çerçeve Kuramı.....	12
2.2.3 ACT'in Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık Modeli	13
2.3 ACT Perspektifinden Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme	16
2.3.1 TOD'un İşlevsel Analizi.....	16
2.3.2 TOD'un İÇK perspektifinden analizi	18
2.3.3 TOD'un Psikolojik Esneklik Modeli Açısından Analizi	19
2.4 ACT Temelli TOD Müdahaleleri	20
2.5 TOD, Öz Şefkat ve Kendini Eleştirme	21
2.6 Bu Çalışmada Geliştirilen Şefkat Temelli ACT Protokolü	23
3. YÖNTEM	26
3.1 Araştırma Deseni	26
3.2 Örneklem	27
3.3 Veri Toplama Araçları	28
3.4 Dahil Etme Kriterleri İçin Ölçüm Araçları	28
3.4.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)	28
3.4.2 Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9).....	29
3.5 Birincil Ölçüm Araçları	29
3.5.1 Perseveratif Düşünme Ölçeği	29

3.5.2 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21	30
3.6 İkincil Ölçüm Araçları	30
3.6.1 Bilişsel Kaynaşma Ölçeği.....	30
3.6.2 Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği (DBYÖ)	30
3.6.3 Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II)	31
3.6.4 Öz Duyarlık Ölçeği Kısa Formu (ÖDÖ-KF)	31
3.7 Bireysel – Günlük Ölçümler	31
3.8 Müdahale Protokolü.....	32
3.9 Verilerin Analizi	34
3.9.1 Standart Ölçek Verilerinin Analizi	34
3.9.2 Günlük Ölçümlerin Analizi	34
4. BULGULAR.....	36
4.1 Pilot Çalışma – 0. Katılımcı.....	36
4.1.1 Standart Ölçümler.....	37
4.1.2 Günlük Ölçümler	38
4.2 1. Katılımcı	43
4.2.1 Standart Ölçümler.....	43
4.2.2 Günlük Ölçümler	44
4.3 2. Katılımcı	49
4.3.1 Standart Ölçümler.....	50
4.3.2 Günlük Ölçümler	51
4.4 3. Katılımcı	56
4.4.1 Standart Ölçümler.....	57
4.4.2 Günlük Ölçümler	58
4.5 4. Katılımcı	63
4.5.1 Standart Ölçümler.....	63
4.5.2 Günlük Ölçümler	65
4.6 5. Katılımcı	70
4.6.1 Standart Ölçümler.....	71
4.6.2 Günlük Ölçümler	72
4.7 6. Katılımcı	75
4.7.1 Standart Ölçümler.....	76
4.7.2 Günlük Ölçümler	77
4.8 7. Katılımcı	82
4.8.1 Standart Ölçümler.....	83
4.8.2 Günlük Ölçümler	84
4.9 8. Katılımcı	89
4.9.1 Standart Ölçümler.....	90
4.9.2 Günlük Ölçümler	91
4.10 9. Katılımcı	96
4.10.1 Standart Ölçümler.....	97
4.10.2 Günlük Ölçümler	98
5. TARTIŞMA.....	106
5.1 Sınırlılıklar ve Öneriler	114
6. SONUÇ	118
7. KAYNAKÇA.....	119

8. EKLER	134
EK- 1. ETİK KURUL İZNİ	134
EK- 2. TEKRARLAYICI OLUMSUZ DÜŞÜNMEYE YÖNELİK ŞEFKAT ODAKLI ACT PROTOKOLÜ	135
EK- 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	147
EK- 4. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	148
EK- 5. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU-7 TESTİ (YAB-7)	149
EK- 6. HASTA SAĞLIĞI ANKETİ-9 (HSA-9)	150
EK- 7. PERSEVERATİF DÜŞÜNME ÖLÇEĞİ	151
EK- 8. DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ-21)...	152
EK- 9. BİLİŞSEL KAYNAŞMA ÖLÇEĞİ	153
EK- 10. DEĞERLERE BAĞLI YAŞAM ÖLÇEĞİ (DBYÖ)	154
EK- 11. KABUL VE EYLEM FORMU-II	155
EK- 12. ÖZ DUYARLIK ÖLÇEĞİ KISA FORMU (ÖDÖ-KF)	156
ÖZGEÇMİŞ	157

ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa No.
Çizelge 4.1 0. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri.....	36
Çizelge 4.2 0. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	37
Çizelge 4.3. 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	38
Çizelge 4.4. 0. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	39
Çizelge 4.5. 0. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	40
Çizelge 4.6. 0. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	41
Çizelge 4.7. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	44
Çizelge 4.8. 1. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	45
Çizelge 4.9. 1. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	46
Çizelge 4.10. 1. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	47
Çizelge 4.11. 1. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	48
Çizelge 4.12. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	51
Çizelge 4.13. 2. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	52
Çizelge 4.14. 2. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	53
Çizelge 4.15. 2. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	54
Çizelge 4.16. 2. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	55
Çizelge 4.17. 3. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri.....	56
Çizelge 4.18. 3. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	57
Çizelge 4.19. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi.....	58
Çizelge 4.20. 3. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	59
Çizelge 4.21. 3. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	60
Çizelge 4.22. 3. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	61
Çizelge 4.23. 3. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	62
Çizelge 4.24. 4. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri.....	63
Çizelge 4.25. 4. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	63
Çizelge 4.27. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi.....	65
Çizelge 4.28. 4. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	66
Çizelge 4.29. 4. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	67
Çizelge 4.30. 4. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	68
Çizelge 4.31. 4. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	69
Çizelge 4.32. 5. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri.....	70
Çizelge 4.33. 5. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	71
Çizelge 4.34. 6. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri.....	75
Çizelge 4.35. 6. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	76
Çizelge 4.36. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi.....	77
Çizelge 4.37. 6. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi.....	78
Çizelge 4.38. 6. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi.....	79
Çizelge 4.39. 6. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	80

Çizelge 4.40. 6. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	81
Çizelge 4.41. 7. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri	82
Çizelge 4.42. 7. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	83
Çizelge 4.43. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	84
Çizelge 4.44. 7. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi	85
Çizelge 4.45. 7. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi	86
Çizelge 4.46. 7. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	87
Çizelge 4.47. 7. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	88
Çizelge 4.48. 8. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri	89
Çizelge 4.49. 8. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	90
Çizelge 4.50. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	91
Çizelge 4.51. 8. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi	92
Çizelge 4.52. 8. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi	94
Çizelge 4.53. 8. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	94
Çizelge 4.54. 8. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	95
Çizelge 4.55. 9. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri	96
Çizelge 4.56. 9. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi	97
Çizelge 4.57. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi	98
Çizelge 4.58. 9. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi	99
Çizelge 4.59. 9. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi	100
Çizelge 4.60. 9. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi	101
Çizelge 4.61. 9. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi	102
Çizelge 4.62. Katılımcıların Ön Test-1 ve Son Test Puanları Arasında Güvenilir Değişim Gösterdiği Ölçüm Boyutları	103
Çizelge 4.63. Tüm Katılımcıların Ön Test-2 ve İzlem Puanları Arasında Güvenilir Değişim Gösterdiği Ölçüm Boyutları	104
Çizelge 4.64. Tüm Katılımcıların Günlük Ölçümlerinde Faz Karşılaştırmalarının Etki Yönü ve Anlamlılık Durumu	105

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 3.1. Müdahale, Takip ve İzlem Aşamalarının Zaman Çizelgesi	27
Şekil 3.2. Günlük ve Standart Ölçümlerin Zaman Çizelgesi	32
Şekil 4.1 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	38
Şekil 4.2. 0. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	39
Şekil 4.3. 0. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	40
Şekil 4.4. 0. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	40
Şekil 4.5. 0. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	41
Şekil 4.6. 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	42
Şekil 4.7. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	44
Şekil 4.8. 1. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	45
Şekil 4.9. 1. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	46
Şekil 4.10. 1. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	46
Şekil 4.11. 1. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	47
Şekil 4.12. 1. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	48
Şekil 4.13. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	49
Şekil 4.14. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	51
Şekil 4.15. 2. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	52
Şekil 4.16. 2. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	53
Şekil 4.17. 2. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	53
Şekil 4.18. 2. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	54
Şekil 4.19. 2. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	55
Şekil 4.20. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	56
Şekil 4.21. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	58
Şekil 4.22. 3. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	59
Şekil 4.23. 3. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	60
Şekil 4.24. 3. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	60
Şekil 4.25. 3. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	61
Şekil 4.26. 3. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	62
Şekil 4.27. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	63
Şekil 4.28. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	65
Şekil 4.29. 4. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	66
Şekil 4.30. 4. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	67
Şekil 4.31. 4. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	67
Şekil 4.32. 4. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	68
Şekil 4.33. 4. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	69
Şekil 4.34. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	70
Şekil 4.35. 5. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	72
Şekil 4.36. 5. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybının Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	72

Şekil 4.37. 5. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	73
Şekil 4.38. 5. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	73
Şekil 4.39. 5. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	74
Şekil 4.40. 5. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	74
Şekil 4.41. 5. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	75
Şekil 4.42. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	77
Şekil 4.43. 6. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	78
Şekil 4.44. 6. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	79
Şekil 4.45. 6. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	79
Şekil 4.46. 6. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	80
Şekil 4.47. 6. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	81
Şekil 4.48. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	82
Şekil 4.49. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	84
Şekil 4.50. 7. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	85
Şekil 4.51. 7. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	86
Şekil 4.52. 7. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	86
Şekil 4.53. 7. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	87
Şekil 4.54. 7. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	88
Şekil 4.55. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	89
Şekil 4.56. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	91
Şekil 4.57. 8. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	92
Şekil 4.58. 8. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	93
Şekil 4.59. 8. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	93
Şekil 4.60. 8. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	94
Şekil 4.61. 8. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	95
Şekil 4.62. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	96
Şekil 4.63. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	98
Şekil 4.64. 9. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	99
Şekil 4.65. 9. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	100
Şekil 4.66. 9. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi	100
Şekil 4.67. 9. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	101
Şekil 4.68. 9. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi.....	102
Şekil 4.69. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi	103

KISALTMALAR

TOD	: Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme
ACT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
İB	: İşlevsel Bağlamsalcılık
İÇK	: İlişkisel Çerçeve Kuramı
BDB	: Bağlamsal Davranış Bilimi
MDB	: Major Depresif Bozukluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

Kaygı bozuklukları ve depresyon, yaşam boyu görülme oranları sırasıyla %25-33 ve %16,6-19 gibi çarpıcı düzeylere ulaşan, dünya çapında en yaygın ve işlevselliği en çok bozan ruhsal bozukluklardır (Kessler vd., 2005, 2007; Murray vd., 2020). Dahası 1938'den bu yana her kuşak, bir öncekine kıyasla daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete belirtisi bildirmektedir (Twenge vd., 2010). Depresyon ve kaygı bozuklukları yalnızca psikolojik belirtilerle sınırlı kalmayıp, akademik/kariyer başarısızlığı, fiziksel sağlık sorunları, madde kullanımı, sosyal izolasyon ve artmış intihar riski gibi pek çok olumsuz sonuca da beraberinde getirmektedir (Allgulander, 1991; Breslau ve Davis, 1993; Davies, 2001; Mazzaferro vd., 2006; Rohde vd., 1994).

Etkililiği kanıtlanmış mevcut tedaviler ve protokoller olsa da bunların erişilebilirlik, tedaviye yanıt, sürdürme ve nüks gibi çeşitli sorunları vardır (Alonso vd., 2018; Hu vd., 2024; Voderholzer vd., 2024; WHO, 2022). Beş yıllık izlem çalışmalarında depresyon için nüks oranı %83'e, anksiyete bozuklukları için ise %58'e kadar çıkabilmektedir (Bruce vd., 2008). Kısa psikolojik müdahaleler, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve depresyon komorbiditesinde istenilen düzeyde etkili olamamaktadır ($d = 0.26$) (Cape vd., 2010). Bu sebeple, depresyon ve kaygı bozukluklarının hem bireysel hem de toplumsal yükü hala yüksek seyretmektedir (Andrews vd., 2000). Bu tablo, ruh sağlığı alanında güçlü bir şekilde vurgulanan 'etkili ve kısa müdahalelerin geliştirilmesi' gerekliliğini daha da görünür kılmıştır. Bu ihtiyacın daha iyi anlaşılması için ortaya atılan 'değişim için minimum müdahale' (Minimal Intervention Needed for Change-MINC) kavramı, klinik olarak anlamlı bir iyileşme elde etmek için gereken en düşük müdahale yoğunluğunu, uzmanlık düzeyini ve kaynak kullanımını ifade etmektedir (Glasgow vd., 2014). Kısa ve etkili önleme programlarının geliştirilmesi ile yaygınlaştırılması, bu yükü hafifletmede anlamlı katkılar sağlayabilir ve aynı zamanda halk sağlığı açısından önemli bir yatırım olarak görülebilir. Öte yandan, birçok ruhsal bozukluğun birbiriyle örtüşen özellikler ve süreçler göstermesi, bazı müdahale yaklaşımlarının gözden geçirilmesine dair bir tartışmayı gündeme getirmiştir.

Duygusal bozukluklar arasında komorbidite oranı %55-76, duygusal bozukluklar ile diğer Eksen-I bozuklukları arasındaki komorbidite %57-81'dir (Brown vd., 2001; Lamers vd., 2011). Epidemiyolojik veriler, YAB ile major depresif bozukluk (MDB) arasındaki güçlü eş tanı ilişkisinin altını çizmektedir. Yaşam boyu YAB tanısı alan

kişilerin yaklaşık %67'si aynı zamanda MDB tanısı da alırken, MDB tanılı bireylerin yalnızca %20'sinde YAB görülmektedir (Kessler vd., 2008). Bu yüksek örtüşme oranları, arka planda ortak bir etiyolojinin var olabileceğini düşündürmektedir. Bu sebeple, bozukluklara özgü tedavi yaklaşımlarının yeterliliği son yıllarda sorgulanmaya başlanmıştır. Mevcut literatürde, farklı bozukluklar için ayrı ayrı protokoller yerine, birçok bozuklukta ortak olan “tanı ötesi” mekanizmalara odaklanılması gerektiği savunulmaktadır (Barlow vd., 2016; Bullis vd., 2019; Dalgleish vd., 2020; McEvoy vd., 2013).

Tanı ötesi araştırmalar, birden çok ruhsal bozuklukta ortak rol oynayan mekanizmaları belirlemeye çalışırken, en güçlü adaylardan birinin “tekrarlayıcı olumsuz düşünme” (TOD) olduğunu göstermektedir. TOD bireyin kendisi, deneyimleri ya da dünya hakkında zihne istemsizce ve aniden (intrusive) gelen, kopması güç, yineleyici düşünce dizilerinden oluşur (Ehring ve Watkins, 2008). Kaygı bozukluklarında bu örüntü endişe olarak tanımlanan “belirsizlik yaratan konulara veya gelecekteki olası olumsuz sonuçlara odaklanan tekrarlayıcı düşünme” biçimini alırken (Berenbaum, 2010; Borkovec vd., 1983) depresyonda ‘ulaşılamayan hedeflerin nedenleri, sonuçları ve anlamı üzerine tekrarlayan, pasif düşünme (Martin ve Tesser, 1996; Nolen-Hoeksema vd., 2008a) şeklindeki ruminasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ne kadar bu kavramlar geleneksel olarak ayrı başlıklar altında ele alınsa da, son bulgular, endişe ve ruminasyonun paylaştığı ortak süreçlerin çok benzer psikopatolojik sonuçlara yol açtığını, dolayısıyla bu iki yapının özünde aynı transdiagnostik mekanizmanın, yani TOD’un, farklı içerikler üzerinden işleyen biçimleri olduğunu göstermektedir.

Hem ergenlerde hem yetişkinlerde yürütülen boylamsal çalışmalar (Raes, 2012; Spinhoven, Van Hemert, vd., 2018; Wilkinson vd., 2013), TOD’un depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkışını ve sürdürülmesini öngördüğünü ortaya koyarken, deneysel çalışmalar (McLaughlin vd., 2007) ise TOD’u yapay olarak tetiklemenin olumsuz duygulanımda artışa yol açtığını göstermiştir. Yine yetişkinlerdeki iki yeni meta-analiz (Monteregge vd., 2020; Spinhoven, Klein, vd., 2018), TOD düzeyindeki azalmanın depresyon ve kaygı belirtilerindeki düşüşle paralel seyrettiğini ve en güçlü etkinin TOD’u özellikle hedefleyen tedavilerde görüldüğünü bildirmiştir. Bu bulgular ışığında TOD, hem depresif hem anksiyöz belirtilerin temelinde yer alan, tek bir hedefe yönelerek birden fazla bozukluk üzerinde etki yaratma potansiyeli taşıyan kritik bir transdiagnostik süreç olarak değerlendirilmektedir.

TOD’u azaltmaya odaklanan çok sayıda terapötik yaklaşım geliştirilmiştir (Topper vd., 2010). Bu yaklaşımlar arasındaki farklılık, esas olarak TOD ile ilişkili bilişsel süreçlere yönelik müdahalelerin niteliği ve bu müdahalelerle hedeflenen değişim biçimlerinin farklılık göstermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Söz konusu terapötik yaklaşımlar, genel olarak bilişsel davranışçı terapinin ikinci ve üçüncü dalgaları kapsamında sınıflandırılır (Hayes, 2004). İkinci dalga BDT olarak bilinen klasik yaklaşımlar, bilişsel çarpıtmaların sorgulanması, kanıt toplama ya da olasılık değerlendirmesi gibi tekniklerle doğrudan düşünce içeriğini değiştirmeyi hedefler. Örneğin, endişe durumunda “Olumsuz olay gerçekleşme ihtimali nedir?” sorusuna odaklanılır. Buna karşın, üçüncü dalga BDT (ör. Kabul ve Kararlılık Terapisi-ACT) ise düşünce içeriğine doğrudan müdahale etmek yerine, bireyin düşünce ve duygularıyla kurduğu ilişkiyi dönüştürmeye odaklanır. TOD’un tedavisinde, içerik temelli müdahaleler endişe ile ruminasyonu genellikle ayrı ayrı ele alırken, süreç odaklı yaklaşımlar içerikten bağımsız biçimde TOD’un işleyiş mekanizmasını hedef alır. Bu ayırım her ne kadar kesin sınırlarla birbirinden ayıramasa da, farklı terapi yaklaşımlarının göreceli etkilerini incelemek, TOD’un klinik yansımalarının daha iyi anlaşılması açısından önemli ipuçları sunmaktadır (Deacon vd., 2011).

Bu çerçevede, son yıllarda gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışması, TOD’un işleyiş sürecini hedefleyen ACT gibi üçüncü dalga yaklaşımların, olumsuz düşünce içeriklerini değiştirmeyi amaçlayan geleneksel ikinci dalga BDT yaklaşımlarına kıyasla TOD’u azaltmada anlamlı düzeyde daha yüksek etkilere sahip olduğunu ortaya koymuştur (Bell vd., 2023). Bulgulara göre, süreç odaklı müdahaleler TOD üzerinde büyük etki boyutlarına ulaşırken (Hedges' $g = -0.85$), içerik odaklı müdahaleler yalnızca küçük düzeyde bir etki göstermiştir (Hedges' $g = -0.13$). Bu sonuçlar, TOD’un daha bütünsel ve süreç temelli bir yapı olarak ele alınmasının teorik önemini desteklemektedir.

Özellikle başlangıç düzeyindeki çalışmalar, tek ya da iki oturumdan oluşan kısa ACT protokollerinin TOD düzeylerini anlamlı biçimde azalttığını göstermektedir (Ruiz vd., 2016; Ruiz, vd., 2018). Ancak, uzun vadeli izlemelerde bu kazanımların kısmen geri döndüğü bildirilmiştir (Messina vd., 2023). Bu durum, müdahale etkilerinin sürdürülebilirliğini artırmaya yönelik tamamlayıcı stratejilere olan gereksinimi ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, TOD’un sürdürülmesinde yalnızca düşünce içerikleriyle kurulan ilişkinin değil, bireylerin kendilerine yönelik tutumlarının da kritik bir rol oynadığı görülmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, TOD’un özellikle kendine

yönelik eleştirel ve yargılayıcı biçimleri (kendini eleştirme) başta olmak üzere, bireyin içsel deneyimlerine karşı cezalandırıcı ve katı bir tutumunun psikolojik sıkıntıyı sürdürdüğünü ortaya koymaktadır (Diedrich vd., 2014; Neff, 2023). Bu bağlamda, bireylerin içsel deneyimlerine karşı daha anlayışlı, nazik ve kabul edici bir tutum geliştirmeyi amaçlayan öz şefkat temelli müdahaleler, TOD ile ilişkili süreçlerin yönetiminde güçlü bir alternatif olarak dikkat çekmektedir (Neff, 2023). Yapılan güncel çalışmalar, şefkat odaklı müdahalelerin hem bilişsel birleşmeyi azaltarak düşüncelere mesafe koymayı kolaylaştırdığını hem de psikolojik esnekliği artırarak TOD'un sürdürücü mekanizmalarını zayıflattığını göstermiştir (Kirby vd., 2017). Dolayısıyla, ACT gibi süreç odaklı müdahalelerin öz şefkat uygulamalarıyla entegrasyonu, özellikle kısa süreli müdahalelerin kalıcılığını artırma potansiyeli taşıyan yenilikçi bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir (Hayes, 2004).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünmeye yönelik 'Şefkat Odaklı ACT' protokolü geliştirmek ve etkililiğini test etmektir.

Mevcut tez çalışmasının hipotezleri şunlardır:

1. Müdahale, katılımcıların standart ölçümlerindeki tekrarlayıcı olumsuz düşünme (TOD) düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
2. Geliştirilen şefkat odaklı ACT müdahalesi, katılımcıların standart ölçümlerindeki depresyon düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
3. Geliştirilen şefkat odaklı ACT müdahalesi, katılımcıların standart ölçümlerindeki anksiyete düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
4. Geliştirilen şefkat odaklı ACT müdahalesi, katılımcıların standart ölçümlerindeki stres düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
5. Müdahale, katılımcıların standart ölçümlerindeki psikolojik katılık düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
6. Müdahale, katılımcıların standart ölçümlerindeki öz şefkat düzeylerini anlamlı biçimde artırır.
7. Müdahale, katılımcıların standart ölçümlerindeki bilişsel birleşme düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
8. Müdahale, katılımcıların standart ölçümlerindeki değer odaklı yaşam düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.

9. Müdahale sonrasındaki izlem sürecinde, standart ölçümdeki değişkenlerdeki kazanımlar takip ölçümlerinde korunmaktadır.
10. Müdahale, katılımcıların günlük ölçümlerdeki TOD düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
11. Müdahale, katılımcıların günlük ölçümlerdeki işlevsellik kaybı düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
12. Müdahale, katılımcıların günlük ölçümlerdeki yaşantısal kaçınma düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
13. Müdahale, katılımcıların günlük ölçümlerdeki bilişsel birleşme düzeylerini anlamlı biçimde azaltır.
14. Müdahale, katılımcıların günlük ölçümlerdeki değer odaklı yaşam düzeylerini anlamlı biçimde artırır.
15. Müdahale sonrasındaki günlük izlem sürecinde, bu süreç değişkenlerine ilişkin kazanımlar takip ölçümlerinde korunmaktadır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, depresyon ve YAB'ın sıklıkla eş tanı aldığı ve klinik uygulamalarda bu komorbiditeye yönelik kalıcı ve etkili müdahalelerin halen sınırlı kaldığı bir bağlamda, nüks oranlarının yüksekliğine ilişkin literatür bulgularına dayanılarak tasarlanmıştır. Depresyon ve YAB birlikteliği, tedavi süreçlerinde karmaşık klinik tablolar oluşturmakta ve mevcut kısa süreli müdahaleler, çoğu zaman yetersiz kalmakta veya uzun vadede kalıcı sonuçlar üretememektedir. Özellikle bu iki bozukluğun eş tanısında sıkça karşılaşılan tekrarlayıcı olumsuz düşünce örüntüleri, müdahalelerin etkililiğini sınırlayan önemli bir engel olarak öne çıkmaktadır.

Bu bağlamda TOD'u hedef alan müdahaleler, söz konusu klinik durumların her ikisinde birden etki gösterme potansiyeli taşımaktadır. Dolayısıyla çalışmamızda geliştirilen protokolün TOD'u doğrudan ve etkili biçimde ele alması, depresyon ve YAB'ın ortak mekanizmalarına tek bir müdahale aracılığıyla ulaşmayı mümkün kılarak, tabiri caizse, klinik anlamda "bir taşla iki kuş vurmak" gibi avantajlar sunmaktadır. Bu yaklaşım, hem klinik kaynakların verimli kullanılmasına hem de kısa ve etkili müdahalelerin geliştirilmesine yönelik önemli bir adım oluşturmaktadır.

Tüm bunlardan hareketle, araştırmamız, kısa süreli müdahalelerin sınırlı etkilerini aşma amacını taşımakta olup, özellikle TOD'u doğrudan hedefleyen yenilikçi bir

müdahale modeli sunmaktadır. Çalışmamızda, ACT, öz-şefkat temelli tekniklerle kapsamlı ve yaratıcı bir biçimde harmanlanmıştır. Bu özgün bütünleştirme, kısa süreli müdahale formatında gerçekleştirilen ilk Türkçe ACT protokolünün geliştirilmesini sağlamış, böylece literatürde önemli bir boşluğun doldurulmasına imkan vermiştir.

Literatürde yer alan tekrarlayıcı olumsuz düşünmeye (TOD) yönelik ACT protokolleri ayrıntılı biçimde incelenmiş ve bu müdahalelerin bazı temel sınırlılıkları olduğu belirlenmiştir. Bu sınırlılıklar arasında bağlamsal faktörlerin yeterince dikkate alınmaması, TOD'un işlevsel analizine dayalı bir yapı sunulmaması, kabul ve benlik süreçlerine ilişkin müdahalelerin yetersizliği ile bireylerin içsel yaşantılarıyla daha esnek ve değer odaklı yeni davranış repertuarları geliştirmelerine yeterince alan tanınmaması öne çıkmaktadır. Bu eksikliklerden yola çıkılarak geliştirilen yeni müdahale protokolünde, TOD'un hem başlangıcını tetikleyen hem de sürdürücülüğünü sağlayan bağlamsal faktörler sistematik ve derinlemesine bir analizle ele alınmıştır. Yaratıcı umutsuzluk oturumları, benlik temelli müdahaleler ve şefkat odaklı uygulamalar aracılığıyla bu faktörlerin terapötik süreçte işlenmesi, müdahaleye daha önce göz ardı edilen işlevsel bir katman kazandırmıştır. Bu sayede şefkat bileşeni yalnızca destekleyici veya yüzeysel bir unsur olarak değil, TOD'u sürdüren bağlamsal kuralları doğrudan hedefleyen, işlevsel ve yenilikçi bir müdahale aracı olarak terapötik modele entegre edilmiştir.

Metodolojik açıdan da yenilikçi bir ölçüm yaklaşımı benimsenmiştir. Standart ölçeklere ek olarak günlük bireysel değerlendirmeler kullanılarak TOD, bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, değer odaklı davranışlar ve işlevsellik kaybı gibi temel değişkenlerdeki gün içi dalgalanmalar yüksek zaman çözünürlüğüyle takip edilmiştir. Bu ayrıntılı ölçümler sayesinde, alandaki önemli bir yöntemsel eksiklik giderilmiştir. Müdahale etkilerinin kısa süreli ve günlük bağlamdaki duyarlılığı ilk kez bu düzeyde ortaya konmuştur.

Son olarak, çalışmada geliştirilen dört oturumluk kısa müdahale formatı, klinik uygulamalarda kaynak tasarrufu sağlama ve klinisyenlerin iş yükünü azaltma açısından önemli avantajlar taşımaktadır. Bu kısa müdahale formatının ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırması beklenmektedir. Ayrıca gerçekleştirilen izlem ölçümleri, müdahalenin kalıcılığını kısmen değerlendirmiş, kısa süreli müdahalelerin uzun vadeli etkinliğine yönelik literatürdeki önemli soruların yanıtlanmasına katkıda bulunmuştur.

Özetle çalışma, klinik etkililiği artırmak üzere özgün ACT protokolü geliştirilmesi ve yenilikçi ölçüm yöntemleriyle literatüre önemli katkılar sunmuştur.

1.4 Araştırmanın Sayıtları

1. Katılımcıların gerek standart gerek günlük veri toplama araçlarındaki tüm soruları samimi ve doğru biçimde yanıtladıkları kabul edilmektedir.
2. Katılımcıların, yapılan görüşmelerde katılım gönüllülük esasına dayandırılacak, sonraki oturumlarda aksi durum beyan edilmedikçe gönüllüğün sürdüğü varsayılacaktır.
3. Seçilen istatistiksel yöntem ve analizlerin araştırma sorularını test etmek için uygun olduğu varsayılmaktadır.
4. Kullanılan ölçek ve formlardaki soruların, araştırma konusunu açıklığa kavuşturacak kapsam ve derinlikte olduğu kabul edilmektedir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, 18–65 yaş aralığında, belirlenen kesme puanlarının üzerinde skor alan gönüllü bireylerle sınırlıdır; dolayısıyla elde edilen sonuçlar farklı demografik gruplara genellenemeyebilir. Ayrıca, izlem ölçümlerinin yalnızca 1 ayla sınırlı olması, müdahalenin uzun vadeli etkilerinin değerlendirilmesi açısından yetersiz kalabilir. Bulguların büyük ölçüde katılımcıların öz bildirimine dayalı olması, yanıtların doğruluğuna ilişkin yanlışlık riskini beraberinde getirmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Tekrarlayıcı Düşünme

Tekrarlayıcı düşünme (TD), bireyin kendisi, başkaları ya da dünya hakkında düşüncelerini uzun süreli, yineleyici ve odaklanmış biçimde zihinde tutmasıyla karakterize edilen bir düşünme süreci olarak kavramsallaştırılır (Segerstrom vd., 2003). TD bir şemsiye kavram olarak zihin gezintisi (mind-wandering), gündüz düşleri (day-dreaming), karşı-olgusal düşünme (counterfactual thinking), planlama, zihinsel simülasyon, problem çözme, endişe (worry) ile ruminasyonun farklı biçimlerini (olay-sonrası ruminasyon, olumlu ruminasyon vb.) içerir (Ehring ve Watkins, 2008; Smallwood ve Schooler, 2006). Bu tarz düşünmenin uyumlu (adaptif) ya da uyumsuz (maladaptif) sonuçlar üretilip üretilmemesi, düşüncenin valansı (olumlu-olumsuz), amacı (ör. problem çözme, kaçınma) ve düşünce akışının kontrol edilebilirliği gibi bağlamsal etmenlere bağlıdır (Segerstrom vd., 2003; Watkins, 2018).

Psikopatoloji literatüründe ise, olumsuz içerikli ve kişinin kontrolü dışında yineleyen bu düşünce akışı Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme (TOD) başlığı altında ele alınmaktadır (Ehring ve Watkins, 2008). TOD, soyut, değerlendirici ve çoğunlukla sözel nitelikte olup, istemsizce zihne gelen ve bireyin dikkatini bu düşüncelerden uzaklaştırmakta zorlandığı bir örüntüye sahiptir. Endişe gelecek odaklı olup ile ruminasyon geçmiş ya da şimdi odaklı olup, TOD'un en sık incelenen alt türleridir.

2.1.1 Tanı Ötesi Bir Süreç Olarak Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme

TOD, depresyon, anksiyete, psikotik belirtiler ve uykusuzluk dahil pek çok ruhsal bozuklukta ortak olarak görüldüğü için tanı ötesi (transdiagnostik) bir süreç olarak kabul edilmektedir (Ehring ve Watkins, 2008; Harvey vd., 2004). Yakın dönem araştırmalar, TOD'un farklı psikopatolojilerde ortak ve belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Örneğin, depresyon ve yaygın anksiyete tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, içerikten bağımsız bir TOD ölçeği tüm klinik grupları sağlıklı gruptan ayırt etmiş ($d=1.78$), ancak klinik gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Wahl vd., 2019). Benzer şekilde, insomnia (Nota ve Coles, 2015) ve psikotik bozukluk (Hartley vd., 2014) tanısı alan bireylerde de TOD düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. TOD'un yalnızca klinik durumlarla sınırlı kalmayıp algılanan stres (Segrin ve Passalacqua, 2010) ve yalnızlık (Hager vd., 2022) gibi diğer psikolojik zorluklarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. TOD'un endişe ve

ruminasyon türleri, artmış olumsuz duygulanım (Borkovec vd., 1998; Lavender ve Watkins, 2004), karar verme gecikmeleri (Metzger vd., 1990), dikkat ve yürütücü işlev bozulmaları (Lyubomirsky, 2003) ile duygusal-davranışsal kaçınma davranışlarıyla (Borkovec vd., 1998; Dickson vd., 2012; Giorgio vd., 2010; Moulds vd., 2007) ilişkisi gösterilmiştir (Topper, 2016). Ağ analizi yaklaşımını kullanan güncel bir çalışma, depresyon, yaygın anksiyete, psikotik-benzeri yaşantılar ve insomnia belirtileri arasında TOD'un merkezi bir değişken olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan analizde TOD, en yüksek güç (toplam bağ ağırlığı) ve yakınlık (düğümlere ortalama mesafe) değerlerini almış, özellikle algılanan stres ve yaygın anksiyete ile en güçlü kenarları kurmuştur. Ayrıca TOD, depresif belirtiler, psikotik-benzeri yaşantılar ve yalnızlıkla doğrudan ilişkilendirilerek anksiyete-stres-psikoz kümesi arasında köprü işlevi görmüştür (Zagaria vd., 2023). Bu bulgular, Türkiye'de yürütülen benzer bir çalışmayla da desteklenmiştir (Gökdağ vd., 2023). Söz konusu çalışma, depresyon ve kaygı bozukluklarının ortak risk etkenlerini hiyerarşik bir transdiagnostik model ile inceleyerek TOD'un, özellikle algılanan stres ve yaygın anksiyeteye güçlü bağları olduğunu, ayrıca depresyon, yalnızlık ve psikotik-benzeri yaşantılarla anlamlı düzeyde ilişkili bulunduğunu göstermiştir. Dahası çalışmada, TOD proksimal (yakın) bir risk faktörü olarak modellenmiş; çocukluk çağı travması ve olumsuz ebeveynlik gibi distal (uzak) deneyimlerin yetişkinlikteki depresyon, kaygı ve komorbid belirtilere aracılık eden temel süreçlerden biri olduğu vurgulanmıştır.

TOD'un bu konumlanması iki açıdan kritik kabul edilmektedir. Birincisi, farklı duygusal bozukluk kümeleri arasında ortak bir yapı oluşturarak komorbiditenin yüksekliğini açıklamaya yardımcı olmasıdır. İkincisi ise göreceli olarak değiştirilebilir bir süreç olmasıdır. TOD, bilişsel yeniden yapılandırma, duygu düzenleme eğitimi ve farkındalık temelli teknikler aracılığıyla terapötik olarak hedeflenebilmektedir. Bu özellik, TOD'u tanı ötesi müdahalelerde stratejik bir odak haline getirir ve tek bir mekanizma üzerinde çalışarak depresyon, kaygı ve bu bozuklukların birlikteliğinde yaygın bir iyileşme sağlama potansiyeli sunar.

Nitekim transdiagnostik yaklaşımların ana amacı, tam da bu tür değiştirilebilir süreçleri odağa alarak kısa, etkili ve geniş ölçekte uygulanabilir müdahaleler geliştirmektir (bkz. Teismann ve Ehring, 2019; Topper vd., 2010). Transdiagnostik modeller, özellikle depresyon ve anksiyete gibi birden çok bozuklukta kapsamlı iyileşme vaadeder. Bu bağlamda TOD'u ve onun olumsuz sonuçlarını azaltmaya yönelik çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir. Üstbilişsel Terapi (Metacognitive Therapy; Wells,

2009) ve Ruminasyon Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (RO-BDT; Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy; Watkins, 2018) literatürde öne çıkan iki yaklaşımdır.

RO-BDT, geleneksel BDT'nin depresyondaki sınırlı etkilerini aşmak amacıyla ruminasyonu doğrudan hedef alan özgün bir yöntemdir (Langenecker vd., 2024; Watkins vd., 2007). Ruminasyonun depresyonun ortaya çıkışı, sürmesi ve nüksünde kritik rol oynadığı gösterilmiş, bu faktörün yeterince hedeflenmemesinin klasik BDT'nin uzun dönem etkinliğini sınırladığı vurgulanmıştır (Abela ve Hankin, 2011; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991; Otto vd., 2022). Geleneksel BDT genellikle olumsuz düşünce içeriklerini yeniden yapılandırmaya odaklanırken, RO-BDT ruminasyonu tetikleyen otomatik ve tekrarlayıcı düşünce döngülerini “zihinsel bir alışkanlık” olarak kavramsallaştırır ve bu alışkanlığı dönüştürmeyi hedefler (Moeller vd., 2019; Verplanken ve Wood, 2006). RO-BDT'nin ilk bileşeni, işlevsel analiz yoluyla tetikleyici uyaranları belirleyip daha uyumlu tepkiler geliştirmeye yardımcı olurken; ikinci bileşeni, soyut-genelleyici düşünme tarzını somut-eylem odaklı bilgi işlemeye yönlendirir (Watkins vd., 2008; Watkins, 2008). Böylece uyaran kontrolü, davranışsal aktivasyon ve alışkanlık döngüsünü kırmaya yönelik tekniklerle bireylerin ruminasyonu yönetmeleri hedeflenir (Watkins vd., 2011; Wood ve Neal, 2007).

Üstbilişsel Terapi, bireyin düşünceleriyle kurduğu ilişkiye odaklanan öncü yaklaşımlardan biridir. Bu modele göre, TOD'u sürdüren başlıca etkenler işlevsiz üstbilişler (ör. “Endişelenirsem kötü sürprizlere hazırlıklı olurum”) ve Bilişsel Dikkat Sendromudur (Cognitive Attentional Syndrome) (Wells, 2011). Bilişsel Dikkat Sendromu, bireyin olumsuz bir düşünceyi gelip geçici bir zihinsel olay olarak görmek yerine, onun içeriğine odaklanarak içsel bir diyalog başlatmasıyla tetiklenir. Bu odaklanma, Üstbilişsel Terapi modeline göre bilişsel yükü artırır, olumsuz duygulanımı güçlendirir ve TOD döngüsünü besler. Sonuç olarak, birey olumsuz düşünceden giderek ayrılamaz hale gelir, dikkati daralır ve alternatif bilgi işlemeye kapılarını kapatır. TOD'u kesintiye uğratmayı hedefleyen bu yaklaşımın temel amacı, bireyin olumsuz düşüncelerle kurduğu işlevsiz bağı zayıflatmaktır (Davey ve Wells, 2006). Bu amaç doğrultusunda, kişiye düşüncelerini “gerçek” ya da “tehdit edici uyarı” olarak ele almadan, gelip geçici zihinsel olaylar olarak değerlendirme becerisi kazandırılır. Böylece birey, içsel diyaloga kapılmadan zihninde beliren olumsuz içerikleri fark edebilir, üzerinde oyalanmaksızın dikkatini esnek biçimde başka uyaranlara yönlendirebilir ve düşünceleri bastırmaya çalışmaksızın onları olduğu gibi gözlemleme pratiği edinebilir.

Son yıllarda Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), temelli TOD protokolleri de dikkat çekmektedir (Dereix-Calonge vd., 2019; Medina-Reina ve Ruiz, 2022; Ruiz vd., 2016; Ruiz vd., 2018; Ruiz vd., 2020; Sierra ve Ruiz, 2022). ACT; kabul, kendinelik ve değer odaklı eylem ilkeleriyle psikolojik esnekliği artırarak TOD döngüsünü kırmayı hedefler ve kişinin düşünceleriyle kurduğu ilişkiyi merkeze alır. Aşağıda, TOD'un ACT perspektifinden formülasyonu ve müdahale bileşenleri ayrıntılı olarak sunulacaktır.

2.2 Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) 'üçüncü dalga' bilişsel davranışçı yaklaşımlar içinde yer alır ve klinik psikolojide 'Bağlamsal Davranış Bilimi' (Contextual Behavioral Science, CBS) geleneğinin en yaygın uygulaması olarak kabul edilir (Hayes vd., 1999; Yadavaia, 2013). Bugüne kadar ACT üzerine 1000'in üzerinde randomize kontrollü çalışma yayımlanmıştır (Hayes ve King, 2024). Amerikan Psikoloji Derneği'ne (American Psychological Association, 2016) göre ACT, kronik ağrı, depresyon, anksiyete, OKB ve psikotik bozukluklar da dahil olmak üzere birçok psikolojik sorun için orta ila güçlü düzeyde araştırma desteğine sahiptir. ACT, depresyon tedavisindeki kanıtlanmış etkinliği nedeniyle, ABD Gazi İşleri Bakanlığı ile Savunma Bakanlığı tarafından önerilen birincil tedavi yaklaşımları arasında yer almaktadır (Department of Veterans Affairs/Department of Defense, 2016). ACT'i bütüncül bir şekilde değerlendirebilmek, temel aldığı felsefi yaklaşımı ve ilkeleri derinlemesine kavramayı gerektirir.

2.2.1 ACT'in Kökenleri: İşlevsel Bağlamsalcılık ve Bağlamsal Davranış Bilimi

ACT'in teorik temeli, felsefi düzeyde İşlevsel Bağlamsalcılığa (İB) ve bu felsefeye dayalı ampirik bir çerçeve olan Bağlamsal Davranış Bilimine (BDB) dayanır (Hayes, Steven C, 1993).

İB yaklaşımına göre bir psikolojik ilke için "doğruluk" kriteri, yaygın olarak kabul gören gerçeğe uygunluk değil, ilkenin kullanışlılığı/yararlılığı anlamına gelir (Hayes, 1993). Yani bir ilke, davranışı hem geçmiş yaşantılar hem de mevcut çevresel koşullar bağlamında açıklayabiliyor ve değiştirebiliyorsa işler kabul edilir. Bu açıklama, kesinlik, kapsayıcılık ve derinlik ölçütleriyle değerlendirilir (Hayes ve Brownstein, 1986; Hayes, 1993). İB'de önemli olan, davranışın biçimi değil, belirli bir bağlam içindeki işlevidir (Hayes, 1993). Amaç yalnızca davranışı betimleyip "öngörmek" (prediction)

değil, aynı zamanda etkileyebilmektir (Hayes ve Brownstein, 1986). Dolayısıyla açıklamalar şu sorulara odaklanır: Davranış hangi koşullarda ortaya çıkar ve davranış değişikliği için bu koşulların manipüle edilebilir olanları tespit edilebilir mi? Terapötik müdahaleler açısından, değiştirilebilir ilişkilerin belirlenmesi kritik önemdedir. Örneğin “öz şefkat arttıkça depresyon azalır” ifadesi bir ilişkiyi tanımlar. Ancak bir klinisyen için asıl önemli olan öz şefkatin hangi koşullarda artabileceği ve bu koşulların terapötik müdahaleyle değiştirilip değiştirilemeyeceğidir.

BDB, İB felsefesine dayanan ve insan davranışını çok düzeyli biçimde anlamayı amaçlayan bir bilimsel yaklaşımdır. Davranış analizinin temel ilkelerine dayanarak, bu ilkeleri güncel bağlamsal verilerle geliştirir ve psikolojik süreçlerin açıklanmasında işlevsel çözümler sunmayı hedefler (Hayes, Barnes-Holmes, vd., 2012). BDB, farklı görünen klinik tabloların (kaygı, öfke, depresyon vb.) oluşumunda ortak işlevsel süreçler bulunabileceğini ileri sürer. Bu yaklaşıma göre, davranışın biçiminden çok işlevine odaklanarak, farklı belirtilere bir dizi ortak süreçler üzerinden müdahale etmek mümkündür. Bu nedenle aracılık analizleri (mediational analysis) ve tanı ötesi süreç kavramı bağlamsal davranış bilimi paradigmasında merkezi yer tutar. Terapötik süreçte hangi mekanizmaların neyi değiştirdiği belirlenir ve müdahaleler bu ortak süreçlere yöneltilir (örneğin bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, tekrarlayıcı olumsuz düşünme vb.) (Mansell vd., 2009).

2.2.2 ACT’in Kuramsal Zemini: İlişkisel Çerçeve Kuramı

ACT, dil ve biliş süreçlerini davranışçı bir yaklaşımla ele alan İlişkisel Çerçeve Kuramına (İÇK; Relational Frame Theory) dayanmaktadır (Hayes vd., 2001). İÇK insan dilini, “ilişkisel çerçeveleme” adı verilen öğrenilmiş bir davranışla açıklar. Bu davranış, bireyin uyarınları fiziksel özelliklerinden çok, sembolik ve bağlamsal ilişkiler yoluyla *anlamlandırmasını* ve buna göre yanıt verebilmesini sağlar. Böylece, uyarınlara yeni işlevler kazandırılabilir (Törneke, 2010). Örneğin, “para değerlidir” düşüncesi doğuştan gelen bir bilgi değil, toplumsal bağlam içinde öğrenilen ilişkisel bir çerçevedir (Yavuz ve Burhan, 2019).

İlişkisel çerçeveleme, literatürde birçok temel biçimde sınıflandırılır. Literatürde özellikle sıkça ele alınan altı ilişki türü öne çıkar: Eşgüdüm, zıtlık, karşılaştırma, hiyerarşi, nedensellik ve deiktik (ben-sen, şimdi- o zaman, burada-orada) ilişkileri. Yani bir birey, iki uyarıyı eşit ya da karşıt kabul edebilir, miktar bakımından karşılaştırabilir, biri ve diğeri arasında parça bütün ilişkilendirmesi yapabilir, aralarında nedensel bağ

kurabilir veya ben-sen, şimdi-o zaman, burada-orada ayrımları üzerinden deiktik ilişkiler oluşturabilir (Hayes vd., 2001; Hayes ve Gifford, 1997). Bu beceri sayesinde, bir şeye doğrudan değil, onun başka uyaranlarla olan ilişkisine göre yanıt verebilir. Böylece herhangi bir uyarının kişiler üzerindeki etkisi, o uyarının fiziksel özelliklerinden ziyade dahil olduğu ilişkisel ağ tarafından belirlenir. Bu beceri bireye doğrudan pekiştirme gerekmeden yeni anlamlar üretme esnekliği kazandırırken, aynı zamanda psikolojik sıkıntıya da zemin hazırlayabilir. İÇK bu olguyu ‘uyaran işlevinin dönüşümü’ olarak adlandırır (Hayes vd., 2001). Düşünceler, duygular ve bedensel duyular zamanla aversif hale gelebilir. Çünkü sözel kurallar aracılığıyla olumsuz ilişkiler ağına bağlanırlar. Örneğin “Eşim bana ilgi göstermiyor” düşüncesi, “Ben sevilmiyorum, değersizim, kimse beni istemez” biçimindeki başka ilişkisel ağları harekete geçirerek yoğun sıkıntı oluşturabilir.

İlişkisel çerçeveleme aracılığıyla sözel kurallar da gelişmeye başlar. Nedensel ve koşullu çerçeveleme ile gelişen kurallar (ör. “bu kötü hislerden kurtulursam mutlu ve huzurlu olurum”, “Şu anki değerliyim hissini sürdürmeliyim”) uyaranların sahip olduğu işlevle ilişkili olarak bireyin davranışını doğrudan yönlendirmeye başlayabilir. Bu durum, kural-güdümlü davranış (rule-governed behavior) olarak tanımlanır. Bu özellikle içsel yaşantılara karşı geliştirilen kaçınma temelli söylemlerde belirginleşir (Hayes, 2004). Bu kuralların baskınlığı bireyi içsel yaşantılarını bastırma ya da kontrol etme yönünde etkileyebilir (Kleiman, 2023).

2.2.3 ACT’in Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık Modeli

ACT’in temel hedefi, bireyin psikolojik esnekliğini artırmaktır. Psikolojik esneklik, kişinin düşünce, duygu ve bedensel duyular gibi içsel yaşantılarla açık biçimde temas kurabilmesi, bu yaşantılara rağmen değerlerine uygun davranabilmesi ve gerektiğinde bu davranışları değiştirebilme becerisidir (Harris, 2009; Hayes, 2004). İÇK bağlamında psikolojik esneklik, herhangi bir uyarının tetiklediği ilişkisel ağdan işlevsel olarak ayrılmak ve uyaranla daha esnek, bağlamsal bir ilişki kurmak olarak tanımlanabilir (Törneke, 2010).

ACT’in psikolojik esneklik modeli, birbiriyle ilişkili altı çekirdek süreçten oluşur: Bilişsel ayrışma (cognitive defusion), kabul (acceptance), şimdiki ana esnek temas (mindfulness), bağlam olarak benlik (self-as-context), değerler (values) ve kararlı eylemler (committed action) (Hayes, Strosahl, vd., 2012). Bunların karşısında yer alan ve birbiriyle bağlantılı olan altı süreç ise ACT’in psikolojik katılık modelini oluşturur:

bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, dikkatte katılık, kavramsal benliğe bağlanma, değerlere temasın zayıflığı/kural baskınlığı ve dürtüsel kaçınmacı davranışlardır (Hayes vd., 1999). Bu süreçler karşıt biçimde ele alınarak aşağıda açıklanmaktadır:

Bilişsel birleşme, bireyin düşünceleri düşünceden ziyade gerçek gibi algılayarak onlara koşulsuz biçimde uyması anlamına gelir. Buna karşılık *bilişsel ayrışma*, bireyin düşünce içeriklerinden çok, bu düşüncelerle kurduğu ilişkinin farkına vararak onlara mesafe alabilmesini ifade eder (Hayes vd., 1999). *Bilişsel ayrışma*, bireyin düşüncelerin içeriğinden ziyade, bu düşüncelerle kurduğu ilişkiyi fark etmesi ve onlara mesafe alabilmesidir (Harris, 2009). Bilişsel ayrışmanın amacı, düşünceleri yok saymak ya da değiştirmek değil; bireyin onlara karşı daha esnek bir yaklaşım geliştirmesini sağlamaktır. Böylece kişi, düşünceleriyle mücadele etmek yerine, onları bağlam içinde anlamlandırabilme becerisi kazanır. Bu bağlamda sorun, düşüncenin varlığından çok, bireyin o düşünceyle kurduğu ilişkidir (Harris, 2009). Bu nedenle müdahale, düşüncenin kullanım biçimine ve bağlam duyarlılığına yöneliktir. Bu sayede birey, işlevsel düşünme biçimlerini (örneğin kendi performansını değerlendirme, analiz etme ve gerektiğinde plan yapma) sürdürebilir. Ancak bu süreçlerin maliyetli olduğu durumlarda onlara otomatik biçimde yönelmekten kaçınabilir.

Kabul, bireyin içsel yaşantılarına yönelik açık, gönüllü ve yargılamayan bir tutum sergilemesini ifade eder. Bu süreç, kişinin zorlayıcı duygu, düşünce veya bedensel duyumlarla doğrudan temasta kalabilmesini ve bu deneyimlerle psikolojik olarak ilişki kurabilmesini kapsar (Hayes, Barnes-Holmes, vd., 2012). ACT'e göre kabul, *yaşantısal kaçınma* davranışlarına alternatif olarak sunulan işlevsel bir yaklaşımdır. Yaşantısal kaçınma, bireyin istenmeyen içsel yaşantılarını (örneğin olumsuz duygular ya da düşünceler) bastırmaya, değiştirmeye veya onlardan uzaklaşmaya yönelik stratejileri içerir (Wilson vd., 2001). Ancak bu çabalar, kısa vadeli rahatlama sağlasa da uzun vadede yaşam doyumunu ve işlevselliği olumsuz etkileyebilir. İÇK'nin sunduğu perspektife göre, insanlar yalnızca dışsal olaylardan değil, bu olaylara verdikleri içsel tepkilerden de kaçınma eğilimindedir (Hayes vd., 2001). Hayvanlar olumsuz bir durumu işaret eden ipuçlarından kaçınmayı öğrenebilirken, insanlar sembolik düşünme kapasiteleri nedeniyle yalnızca olaylardan değil, bu olaylara verdikleri duygusal ve bilişsel tepkilerden de kaçınabilir (Törneke, 2010). ACT bu bağlamda, içsel yaşantılarla mücadele etmek yerine, bu yaşantıların kabul edilmesini ve bireyin kendisine karşı daha şefkatli, esnek ve bağlamsal olarak uyumlu bir yaklaşım geliştirmesini psikolojik esnekliğin temel süreçlerinden biri olarak görür.

Anla esnek temas, bireyin dikkatini içinde bulunduğu ana gönüllü ve esnek bir biçimde yönlendirmesi sürecidir. Bu süreç, bireyin hem içsel yaşantılarına hem de çevresinde olup biten olayları fark etme becerisini geliştirmesini içerir. (Harris, 2009; Hayes, 2004). Anla esnek temas, bireyin olayların yalnızca yorumlarına değil, doğrudan yaşantısal yönlerine dikkatini yönlendirmesini sağlar. Bu süreç, aynı zamanda endişe ve ruminasyon gibi süreçlerin neden olduğu dikkat dağınıklığını da azaltır (Harris, 2009; Hayes, Barnes-Holmes, vd., 2012). Bu tür durumlarda birey, şimdiki anın deneyimlerinden koparak zihinsel olarak geçmiş ya da geleceğe odaklanabilir. Bu kopukluk, dikkatte katılık olarak tanımlanır. Düşünceler bu süreçte o kadar baskın hale gelir ki, birey çevresel uyarıcılara dikkatini vermekte zorlanır ve bağlama (Hayes vd., 2001) uygun tepkiler veremez. Oysa birey, şu anda olup bitene esnek biçimde odaklandığında dikkatini hem geniş (örneğin çevresel unsurların farkındalığı) hem de dar (örneğin bir konuşmaya veya bedensel duyuma odaklanmak) biçimde kullanabilir.

Bağlam olarak benlik, bireyin kendisini sabit kimlik tanımları, etiketler ya da yaşam öyküleri üzerinden değil, deneyimleyen ve gözlemleyen bir varlık olarak algılamasıdır (Hayes vd., 2001). Bu yaklaşım, bireyin “Ben kimim?” sorusuna verdiği anlatı biçimindeki yanıtların ötesine geçmeyi hedefler. Örneğin “Ben başarılıyım”, “Ben başarısızım” ya da “Ben yeterli değilim” gibi ifadeler, bireyin kendisini içsel ve dışsal deneyimlere dayalı kavramlarla tanımladığı kavramsal benlik yapısını oluşturur. Bu *kavramsal benliğe bağlanma*, bireyin benlik algısını dışsal koşullara bağlı hale getirebilir ve psikolojik katılığını artırabilir (Hayes, Barnes-Holmes, vd., 2012). ACT yaklaşımında ise benliğin gözlemleyen yönü olan bağlam olarak benlik, bireyin burada ve şimdi olan deneyimleri fark eden yanıdır. Bu yapı, bireyin ‘Ben–Burada–Şimdi’ düzleminde kendisiyle temasta kalmasına olanak tanır. Bu deneyim, İÇK bağlamında deiktik ilişkisel çerçeveler aracılığıyla kavramsallaştırılır. Bu çerçeveler; ‘Ben-Sen’ ‘Şimdi- O Zaman’ ‘Burada-Orada’ gibi öznel konum ilişkilerine dayanır (Hayes vd., 2001). Bağlamsal benlik, bireye deneyimsel süreklilik, istikrar ve genişlik hissi kazandırır. Yani “Benliğim her zaman burada ve şu anda fark ediyor” duygusu geliştirilebilir (Luciano vd., 2022). ACT’in amacı, bireyin kendisini tanımladığı bu kavramsal içeriklerle arasına mesafe koymasını sağlamak ve bağlam olarak benlik algısını güçlendirmektir (Harris, 2009).

ACT kuramında *değerler*, bireyin yaşamını yönlendiren, zamanla değişip gelişebilen davranış kalıpları içinde ortaya çıkan, bireyin bu davranışları sürdürmesini sağlayan içsel ve doğal unsurlar olarak tanımlanmaktadır. Yani, bireyin dışsal beklentilerden ya da geçici duygusal tepkilerden bağımsız biçimde kendi isteğiyle seçtiği

ilkelerdir. Değerler somut eylemlerden ziyade, o eylemlere anlam ve yön kazandıran sözel yapılardır. Adalet, dürüstlük ya da cömertlik gibi nitelikler bu bağlamda örnek gösterilebilir. ACT'e göre değerler, ulaşılabilecek nihai hedefler değil, bireyin yaşam boyu yönünü belirleyen birer pusuladır (Harris, 2009). Bu yönelimler bireyin davranışlarını şekillendirir ve bağlamsal olarak esnek biçimde yaşanabilir, aynı değer, farklı koşullarda farklı şekillerde ifade edilebilir. Değerler doğrultusunda gerçekleştirilen eylemler, dışsal ödüllendirmeye ihtiyaç duymaksızın birey için anlamlı ve tatmin edici olabilir. Bu nedenle ACT yaklaşımında değerlerle temas kurmak, yalnızca yön belirleyici değil, aynı zamanda psikolojik esnekliği destekleyici bir işlev görür.

ACT'te *kararlı eylem*, bireyin davranışlarını değerleri doğrultusunda gönüllü, esnek ve süreklilik taşıyan bir biçimde yönlendirmesini ifade eder (Hayes, Barnes-Holmes, vd., 2012). Bu süreç, bireyin yalnızca değerlerini tanımlamasıyla sınırlı kalmayıp, bu değerlerle uyumlu eylemleri yaşamında istikrarlı biçimde sürdürmesini de kapsar. Bu çerçevede kişi, zorlayıcı içsel uyaranlarla birlikte değer temelli davranışlarını sürdürmeye yönelir. Değerlere dayalı olduğu için bu tür davranışlar, zorunluluklardan değil, bireyin kendi seçimlerinden kaynaklanır ve bu yönüyle gönüllü ve kişisel sahiplenme hissi içeren davranış örüntüleri oluşturur. Bu bağlamda kararlı eylem sadece değerlerin soyut biçimde tanımlanmasıyla değil, bu değerlerin davranışsal düzeyde yaşanması ve sürdürülmesiyle ilgilidir. Buna karşılık, *değerlere temasın zayıflığı, kural baskınlığı ve dürtüsel kaçınmacı davranışlar*, bireyin davranışlarını içsel deneyimlerden kaçınmak ya da dışsal kurallara itaat etmek yönünde şekillendirerek psikolojik katılığa artmasına yol açabilir (Harris, 2009).

2.3 ACT Perspektifinden Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünme

2.3.1 TOD'un İşlevsel Analizi

TOD literatürde çoğu zaman patolojik bir belirti olarak ele alınsa da ACT'in dayandığı İB perspektifi, her davranışın belirli bir bağlam içinde bir amaca hizmet ettiğini yani bir işlevi olduğunu öne sürer (Hayes, 1993). Davranışçı perspektiften gelen ACT, TOD'u zihinsel/örtük bir davranış olarak kavramsallaştırmakta ve birey için belirli amaçlara hizmet eden bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Ruiz vd., 2016; Ruiz vd., 2018). Dolayısıyla TOD'a yönelik müdahalelerden önce, bireyin bu düşünme biçimini niçin ve nasıl sürdürdüğünü, yani TOD'un hizmet ettiği işlevi anlamak klinik süreç açısından kritik önem taşır. TOD'un nasıl başladığı ve sürdürüldüğü bireyler ve

bağlamlara göre farklılık gösterse de yaşantısal kaçınma, kural güdümlü davranışlar ve geleceğe hazırlık amaçlı zihinsel stratejilerle bağlantılı olabileceği ileri sürülmektedir (Borkovec vd., 1983; Ruiz vd., 2016; Törneke vd., 2016). Aşağıda, TOD'un bu türden temel işlevsel örüntülerine ilişkin kuramsal ve ampirik açıklamalar yer verilmektedir.

Son yıllarda yapılan deneysel çalışmalar, intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışının arka planında can sıkıntısı gibi içsel durumların önemli bir tetikleyici olabileceğini göstermiştir (Havermans vd., 2015; Nederkoorn vd., 2016; Wilson vd., 2014). Örneğin, uyarandan yoksun ortamlarda yapılan deneylerde, katılımcıların yalnızca can sıkıntısını azaltmak amacıyla kendilerine elektrik şoku uyguladıkları gösterilmiştir (Wilson vd., 2014). Takip eden çalışmalarda, tekrar eden ve monoton görsel uyaranlara maruz kalan katılımcıların hem daha fazla şekerli yiyecek tükettikleri hem de daha sık ve şiddetli şok uyguladıkları bulunmuştur (Havermans vd., 2015). Bu bulgular, bireylerin can sıkıntısından kaçınmak amacıyla, kısa vadeli rahatlama sağlayan ancak uzun vadede işlevsiz olabilecek davranışlara yönelebileceğini göstermektedir. Nederkoorn ve arkadaşlarının (Nederkoorn vd., 2016) çalışması ise, bireylerin geçmişte kendine zarar verme öyküsü olsa da olmasa da bu tarz içsel uyarıcılara karşı daha yüksek düzeyde tepki verdiğini ortaya koyarak, can sıkıntısının motivasyonel bir kaçınma tetikleyicisi olabileceği yönündeki görüşü desteklemiştir. Bu bulgular, ACT kuramında psikolojik katılığın bir bileşeni olarak tanımlanan yaşantısal kaçınma süreciyle tutarlıdır. Chapman ve arkadaşları (2006), bu süreci kendine zarar verme davranışına uyarlayarak, bu tür davranışların olumsuz pekiştirme yoluyla sürdürüldüğünü ileri sürmüştür. Benzer şekilde, TOD da bireyin kaygı, suçluluk ya da belirsizlik gibi rahatsızlık verici içsel yaşantılardan zihinsel meşguliyet aracılığıyla uzaklaşma çabası olarak işlev görebilir. Nörobilimsel araştırmalar da bu yorumları desteklemektedir. Örneğin, depresyon yaşayan bireylerde fiziksel acıya benzer beyin aktivasyonları gözlenmiş (Mutschler vd., 2012; Strigo vd., 2008) ve duygusal uyarıcılara karşı insula ile prefrontal kortekste artmış aktivasyon rapor edilmiştir (Delaveau vd., 2011). Bu sonuçlar, duygusal acının da fiziksel acı gibi işlenebileceğini ve bireyin bu acıdan kaçınmak için TOD gibi stratejilere yönelebileceğini düşündürmektedir (Chapman vd., 2006; Hayes ve Gifford, 1997).

Nitekim zihinsel bir davranış olan TOD, İB bakış açısından yaşantısal kaçınma stratejisi olarak kavramsallaştırılmaktadır (Ruiz vd., 2016, 2020). ACT'e göre TOD'un bir yaşantısal kaçınma stratejisi olması, üç açıklayıcı noktaya dayandırılmaktadır (Ruiz vd., 2016, 2020; Sierra ve Ruiz, 2022). Birincisi, TOD sıklıkla başarısız hedefler, yaşanan tutarsızlıklar ya da korku gibi deneyimlerine karşı verilen ilk tepki olarak ortaya

çıkılmaktadır. İkincisi, bu tür düşünme biçimi genellikle olumsuz içeriğe odaklanır ve yararlı eyleme geçmeyle sonuçlanmadığı için olumsuz etkinin uzamasına neden olur (Dickson vd., 2012; Eisma vd., 2015; Giorgio vd., 2010; Kuehner vd., 2009; Newman ve Llera, 2011; Roemer ve Orsillo, 2007; Segerstrom vd., 2003; Watkins, 2008). Üçüncüsü ise, TOD'un sonunda bireyin başka yaşantısal kaçınma stratejilerine yöneldiği görülmüştür (Caselli vd., 2013; Ruiz vd., 2016; Wells, 2009).

Literatürde, TOD'un ortaya çıkışı ve sürdürülmesinde sürece ilişkin işlevsel ya da işlevsel olmayan inançların önemli rol oynadığını öne süren çeşitli kuramsal modeller yer almaktadır (Behar vd., 2009; Cömertoğlu Yalçın ve Yavuz, 2025) Bu inançlar, İÇK kapsamında kural-güdümlü davranışlar olarak değerlendirilebilse de, farklı kuramlar bu süreci farklı etiyolojik çerçevelerle açıklamaktadır. Ancak bu modellerin ortaklaştığı temel noktalardan biri, TOD'un arka planında bireyin benimsediği bazı sözel kuralların, bilişsel inançların ya da motivasyonel eğilimlerin bulunduğudır. Örneğin Üstbilişsel Model, bireyin “ruminasyon sorun çözmeye yardımcı olur” şeklindeki inançların TOD'u sürdürmede işlevsel bir rol oynayabileceğini savunur (Wells ve Papageorgiou, 1999). Karşıtlıktan Kaçınma Modeli ise, endişe etmenin bireyi gelecekte karşılaşılabileceği olası hayal kırıklıklarına karşı hazırlıklı tuttuğunu, böylece bu duygusal deneyimlere karşı koruyucu bir işlev gördüğünü savunur (Llera ve Newman, 2014). Ayrıca bazı durumlarda birey, yaşadığı çaresizlik karşısında “en azından bir şey yapıyorum” hissini deneyimlemek amacıyla TOD'u bir başa çıkma yöntemi olarak benimseyebilir. Bu modeller, TOD'un yalnızca içsel uyaranlardan kaçınma işleviyle değil, başka motivasyonel yönelimlerle de şekillendiğini göstermektedir.

2.3.2 TOD'un İÇK perspektifinden analizi

ACT'in dayandığı İÇK çerçevesinde, bireyin içsel yaşantılara yönelik geliştirdiği kaçınma temelli kurallar, TOD'un ortaya çıkışı ve sürdürülmesinde işlevsel bir rol oynayabilir. Zihne istemsizce ve aniden gelen (intrusive) olumsuz bir düşünceye “Bu düşünceden kurtulmalıyım” gibi bir kaçınma kuralıyla yanıt verilmesi, düşünme davranışının başlamasıyla ortaya çıkabilir. Örneğin, romantik bir ilişki sonrasında “Nerede hata yaptım?” sorusuna yanıt arayan bir birey, bu arayışın sonucu olarak günlerce süren ruminasyona kapılabilir. Benzer şekilde, “Ya sınavdan kalırsam?” düşüncesi karşısında olası kötü senaryoları tekrar tekrar zihinde canlandırmak ve bu senaryolara hazırlandığını hissetmek, endişe etme davranışının pekişmesine yol açar. Bu

tür örnekler, dilsel olarak oluşturulan kaçınma kurallarının TOD'un sürekliliğini nasıl destekleyebileceğini göstermektedir.

TOD'un bu şekilde işlevsel analizi, aynı zamanda "TOD için ACT" protokollerinin kuramsal temelini oluşturur. Söz konusu protokoller, İÇK'nin sunduğu çerçeve doğrultusunda geliştirilmiş ACT müdahale yaklaşımlarına dayanmaktadır (Ruiz vd., 2016; Luciano vd., 2011; Gil, vd., 2012; Ruiz ve Perete, 2015; Törneke, vd., 2016). Geliştirilen protokollere göre, düşünceler ile duygular, bir ağacın dalları gibi birbirine bağlı, hiyerarşik bir ilişki içinde konumlanırlar. Bu hiyerarşik yapı, deneysel olarak da incelenmiş ve desteklenmiştir (Gil-Luciano vd., 2019). Hiyerarşinin en üstünde yer alan yaşantı, kişinin öğrenme geçmişinde bir yere sahiptir. Örneğin, sınav kaygısı yaşayan bir kişinin endişesi, daha üstte ve kapsayıcı bir yaşam öyküsünden gelen değersizlik hissiyle bağlantılı olabilir. Bu bağlantıyı da 'ancak başarılı olursam daha az değersiz hissederim' nedensellik çerçevesinde aracılığıyla kurmuş olabilir. Kişinin yaşamında 'değersizlik' hissi, akademik alanda başarısız olma korkusuyla birlikte 'endişe etme' davranışının öncülü olabileceği gibi, romantik ilişkide mesajına partnerinin neden kısa cevap verdiğini düşündüğü ruminasyon davranışının öncülü de olabilir. Bu yapılanmada 'TOD için ACT' yaklaşımı, bu yapının hiyerarşik doğasını temel alarak, müdahaleyi en üst düzeyde yer alan tetikleyici içsel yaşantıya (değersizlik) yönlendirmeyi savunur. Bu yaklaşım, doğrudan "değersizlik" gibi daha kapsayıcı temaların ele alınmasının, alt düzeydeki düşünce ve davranış örüntüleri üzerinde daha güçlü ve genellenebilir bir etki yaratacağını öne sürer. Böylelikle psikoterapötik müdahalenin daha geniş kapsamlı ve derinlemesine bir değişim sağlaması hedeflenir.

2.3.3 TOD'un Psikolojik Esneklik Modeli Açısından Analizi

ACT'in psikolojik esneklik modeli, bireyin içsel yaşantılarla etkileşimini belirleyen altı temel boyut üzerine kuruludur. Bu boyutlar işler olmayan biçimde çalıştığında, TOD gibi zihinsel davranış örüntüleri psikolojik katılıkla ilişkilendirilebilir. İlk olarak, birey zihnine gelen bir düşünceye bağlamsal bir değerlendirme yapmaksızın yanıt verir, yalnızca düşüncenin içeriğine odaklanarak onunla özdeşleşir. Bu durum, bilişsel birleşme boyutuna karşılık gelir ve bireyin düşüncelerini gerçekliğin kendisi olarak değerlendirmesiyle sonuçlanır. İkinci boyut olan yaşantısal kaçınma, bireyin rahatsızlık verici duygularla kalmak yerine, onlardan kaçınmak amacıyla zihinsel uğraşa yönelmesini ifade eder. TOD bu noktada, kısa vadeli bir rahatlama sağlayabilir. Bu rahatlama, yalnızca duygusal yoğunluğun azalmasından değil, bireyin zihinsel bir kurala

uymanın getirdiği kontrol hissinden de kaynaklanabilir. Üçüncü olarak, TOD sırasında bireyin dikkati geçmiş ya da geleceğe yönelir, bu da şimdiki anla temas boyutunun zayıflamasına neden olur. Zihinsel olarak geçmiş ya da geleceğe odaklanan birey, çevresel uyaranlara karşı farkındalığını yitirir. Dördüncü boyut, kavramsal benliğe bağlanma ile ilişkilidir. TOD sırasında tetiklenen bireyin kendilik algısına dair olumsuz yargıları ile eşgüdüm ilişkisel çerçevelerine (örneğin “değersizim”, “yetersizim”) göre davranmasına yol açabilir. Bu durum, bireyin kendisini düşünce içerikleri üzerinden tanımlamasına yol açar. Beşinci olarak, birey değerleriyle temasını kaybederek, içsel yaşantılarının etkisiyle hareket etmeye başlar. Bu, değerlere temasın zayıflığı ve kural baskınlığı boyutlarında kendini gösterir. Birey bu noktada davranışlarını kendi seçtiği değerlerden ziyade, kaçınma temelli kurallara göre şekillendirir. Son olarak, TOD’un süreklilik kazanması, bireyin davranışlarını dürtüsel, kaçınmacı ve işlevsiz biçimlerde sergilemesine neden olabilir. Her ne kadar TOD kısa vadede geçici bir rahatlama sağlasa da uzun vadede kalıcı ve işlevsel çözümler sunmaması, bireyin yeni ve işlevsel olmayan kaçınma stratejileri geliştirmesine zemin hazırlayabilir. Örneğin, birey pişmanlık duyduğu bir yaşam olayını zihinsel olarak sürekli tekrar ettiğinde, zamanla bu süreç yoğun bir çaresizlik hissine yol açabilir. Bu rahatsız edici içsel yaşantıdan uzaklaşmak isteyen birey, kısa süreli rahatlama sunan başka kaçınma davranışlarına (örn aşırı alkol tüketimi) yönelebilir. Bu örüntü, bireyin davranışlarının değer odaklı bir temelden ziyade, içsel deneyimlerden kaçınma motivasyonu ile şekillendiğini göstermektedir. Böylece, kişinin değer odaklı eylemleri azalır ve psikolojik katılımı artar.

2.4 ACT Temelli TOD Müdahaleleri

Son yıllarda, TOD’u hedef alan ACT temelli müdahalelere ilişkin çok sayıda etkili protokol geliştirilmiştir. Bu alandaki öncü çalışmalar Ruiz ve arkadaşlarına aittir (Ruiz vd., 2016, 2018, 2020). Araştırmacılar yürüttükleri bir çalışmada (Ruiz vd., 2016) tek seansta uygulanan ACT müdahalesinin TOD düzeylerinde anlamlı bir azalmaya yol açtığını göstermiştir. Takip eden çalışmada ise (Ruiz vd., 2018) iki seanslık bir protokol on katılımcıya uygulanmış, üç aylık izlem sonucunda katılımcıların dokuzunda depresyon ve anksiyete puanlarında anlamlı düşüşler gözlemlenmiştir. Bu müdahalenin etki büyüklüğü, büyük düzeyde hesaplanmıştır. Ruiz ve ekibi, bu protokolleri farklı klinik örneklemeler üzerinde de test etmiştir. Yürütülen tek denekli çalışmalar, yaygın anksiyete bozukluğu (Ruiz vd., 2019, 2020), erişkin ve çocukluk depresyonu (Ruiz vd., 2020; Salazar vd., 2020), panik bozukluk (Toquica-Orjuela vd., 2022), fibromiyalji (López-

Palomo vd., 2022) ve yas süreçleri (Medina-Reina ve Ruiz, 2022) gibi farklı klinik gruplarda TOD odaklı ACT müdahalelerinin etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Ayrıca Bernal Manrique ve arkadaşlarının ergenlerde (2020) ve Dereix-Calonge ve arkadaşlarının erişkinlerde (2019) gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmalar, TOD odaklı ACT müdahalelerinin klinik semptomlarda belirgin azalmaya yol açtığını ortaya koymuştur. En güncel çalışmalar arasında yer alan Messina ve arkadaşlarının (2022) grup formatındaki müdahalesi, psikolojik esneklik ile duygusal semptomlarda belirgin iyileşme gösterse de bir ve üç aylık izlem dönemlerinde katılımcıların üçte ikisinin başlangıç düzeylerine geri dönme eğilimi göstermesi bu müdahalelerin kalıcılığa ilişkin sınırlılığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, ACT temelli müdahalelerin TOD üzerinde kısa vadede etkili olduğunu ortaya koymakla birlikte, uzun vadeli etkilere ilişkin bulgular henüz tutarlı değildir. Bu nedenle kalıcılık konusunda daha fazla ampirik veriye ihtiyaç duyulmaktadır.

2.5 TOD, Öz Şefkat ve Kendini Eleştirme

Kendini eleştirme, özellikle TOD türlerinden depresif ruminasyonun karakteristik özelliklerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Nolen-Hoeksema vd., 2008b; Smith ve Alloy, 2009). Bu konu üzerine yapılan çalışmaların zaman içinde artmasıyla birlikte, literatürde "kendini eleştiren ruminasyon" (self-critical rumination) ifadesi ayrı bir alt tür olarak yer bulmuş ve bu kavrama yönelik ölçme araçları geliştirilmiştir. Ancak günümüzde kendini eleştirme, yalnızca ruminasyonun bir türü olarak değil, bağımsız bir davranış repertuarı olarak da ele alınmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda, hem tanımlayıcı çalışmalar (ör. O'Connor ve Noyce, 2008; Spasojević ve Alloy, 2001) hem de müdahale odaklı çalışmalar (ör. Beaumont vd., 2022; Cavalcanti vd., 2023; Levin vd., 2018), kendini eleştirme üzerine artan akademik ilgiyi yansıtmaktadır. Dolayısıyla, kendini eleştirmenin hem TOD içindeki konumu hem de psikolojik müdahale süreçleriyle ilişkisi, bu tez çalışmasında ele alınması gereken temel unsurlardan biridir.

Kendini eleştirme, ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişki literatürde kapsamlı biçimde ortaya konmuştur (Blatt, 2004; Gilbert vd., 2004; Kolubinski vd., 2016; Werner vd., 2019). Son yıllarda yürütülen çalışmalar, bu ilişkinin yalnızca depresyonla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda kaygı ile ilişkili klinik durumlarla da anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Cavalcanti vd., 2023; Crapolicchio vd., 2021; Lazarus ve Shahr, 2018; Simpson vd., 2024). Ruminasyon ve endişe ile gösterdiği güçlü bağlantılar, aşırı derecede kendini eleştiren bireylerin sıklıkla ya geçmiş deneyimlere takılı

kaldıklarını ya da geleceğe yönelik yoğun kaygılar geliştirdiklerini düşündürmektedir. Tıpkı ruminasyon ve endişe gibi, kendini eleştirmenin de belirli işlevlere sahip olabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu bağlamda kendini eleştirme davranışı, bireyin geçmişteki hataları tekrar etmemek adına kendisini uyarması veya gelecekte karşılaşılabileceği olumsuzluklara hazırlıklı olması açısından işlevsel bir başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilebilmektedir (Borkovec vd., 1983; Cavalcanti vd., 2023; Nolen-Hoeksema vd., 2008b).

Literatür, aşırı kendini eleştirmenin TOD döngülerini pekiştirdiğini, buna karşılık yüksek öz şefkat düzeylerinin hem ruminasyon hem de endişe ile ters orantılı olduğunu ortaya koymaktadır (Barnard ve Curry, 2011; Diedrich vd., 2014; Mantzios, 2014; Neff, 2023; Neff ve Vonk, 2009; Williams vd., 2008). Bu ilişkiyi ayrıntılı olarak ele alan Raes (2010), üniversite öğrencilerinde ruminasyon ve endişenin, öz şefkat ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkide aracılık ettiğini göstermiştir. Benzer biçimde, Allen ve Knight (2005) ile Krieger ve arkadaşları (2013), öz şefkatin TOD'u azaltarak depresif belirtileri hafifletebileceğini öne sürmüştür. Ancak şefkat temelli müdahalelerin endişe üzerindeki etkisine dair kanıtlar halen sınırlıdır (Frostadottir ve Dorjee, 2019; Richards, 2020; Smeets vd., 2014). Bu nedenle, ruminasyon ve endişeyi birlikte ele alan kontrollü çalışmalara duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

Genel TOD düzeyini hedefleyen az sayıdaki çalışmadan biri, Dundas ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği araştırmadır. Üniversite öğrencileriyle yürütülen grup temelli öz şefkat programının bekleme listesi kontrol grubuna kıyasla orta düzeyde TOD azalması ve öz şefkat artışı sağladığı bulunmuştur. Ancak takip ölçümlerinde bu kazanımlar korunamamıştır. Rose ve arkadaşlarının (2018) benzer tasarımı bir çalışmada ise takip ölçümlerinde beklenen etkinin korunduğu saptanmıştır.

DeneySEL veriler, öz şefkat artışının stresörlere karşı daha esnek yanıtlar verilmesine ve olay sonrası bilişsel işlemlemeye imkan sağladığını ortaya koymaktadır (Leary vd., 2007; Neff vd., 2007; Wadsworth vd., 2018). Ayrıca şefkat temelli teknikler, mevcut tedavi protokollerine eklenerek uygulanmaktadır. Güncel literatür, bazı bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarına şefkat modülünün entegre edildiğini (Funk vd., 2025) ve Tirsch ve arkadaşlarının (2014) Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisi (CFACT) modelinin bu entegrasyona güçlü bir örnek olduğunu belirtmektedir. Bu durum, şefkat odaklı stratejilerin TOD'u azaltmaya yönelik müdahalelere tamamlayıcı katkılar sunabileceğini düşündürmektedir. Buna paralel olarak, mevcut araştırmada ACT oturumlarına şefkat bileşeni entegre edilmiştir.

2.6 Bu Çalışmada Geliştirilen Şefkat Temelli ACT Protokolü

Türkiye’de TOD üzerine yürütülen ACT protokollerine ilişkin literatür oldukça sınırlıdır ve bugüne kadar uygulamaya dayalı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışması, söz konusu literatür boşluğunu doldurmayı ve bu alandaki klinik uygulamalara katkı sunmayı hedeflemektedir. Literatürde dikkat çeken örneklerden biri olan Ruiz ve arkadaşlarının (2020) geliştirdiği protokol incelendiğinde, düşüncelerin hiyerarşik olarak yapılandırılmasının önemli bir katkı sağladığı görülmektedir. Bu protokolda danışanların farklı benlik metaforları (örneğin baba-çocuk ya da patron-çalışan) aracılığıyla içsel yaşantılarının farkına varmaları amaçlanmıştır (Ruiz vd., 2020). Ancak protokolün yalnızca bu farkındalıkla sınırlı kaldığı ve hiyerarşinin üst düzeyinde yer alan temel yaşantılara müdahalelerin yeterince işlenmediği anlaşılmaktadır. Bir durumun farkına varmak, tek başına terapötik çözüm için yeterli olmayabilir (Hayes ve Hofmann, 2018). Bu nedenle geliştirilen protokol, bilişsel ayrışma, kabul, şefkat ve bağlamsal benlik boyutlarını kapsayan bütüncül müdahaleleri içermektedir.

Ruiz ve arkadaşlarının (2016, 2018, 2020) protokollerinde çok sayıda bilişsel ayrışma tekniğine yer verilmiş olsa da bu tekniklerin düşüncelerle mesafe oluşturmayı tam anlamıyla sağlamadığı söylenebilir. Özellikle müdahalelerin çoğunun zihnin çalışma biçimini ya da intruziv düşüncelerin kontrol edilemez doğasını göstermek amacıyla uygulandığı dikkat çekmektedir. Örneğin serbest çağrışım, göz teması kurma ve geriye doğru sayma egzersizlerinin art arda kullanımı, danışanın zorlayıcı içsel deneyimleriyle temasını engelleyebilmekte ve seansın bütüncül akışını olumsuz etkileyebilmektedir (Luoma vd., 2017). Oysa bilişsel ayrışmanın amacı, sadece dikkat dağıtmak değil, düşüncelerin fark edilip bu düşüncelerle kurulan ilişkiye bilinçli ve esnek bir biçimde yeniden karar verebilme becerisini geliştirmektir (Hayes vd., 2012).

ACT’in temelinde bulunan İB yaklaşım, davranışların belli bir işlevi olduğunu ve yaşantısal kaçınmanın sürdürücü rolünü özellikle vurgulamaktadır (Hayes vd., 2012). Ancak mevcut protokollerde TOD’un kaçınma işlevi vurgulanmakla birlikte, bu durumun danışanlarla yeterince derinlemesine ele alınmadığı görülmektedir. Danışanlar, sürdürülen davranışların altında yatan işlev ve hedefleri tam olarak anlamadıklarında, bu döngüyü neden sürdürdüklerini kavramakta güçlük çekmektedirler (Törneke, 2010). Bu bağlamda geliştirilen protokole, danışanın davranışının işlevini keşfetmeye yönelik yaratıcı umutsuzluk müdahaleleri entegre edilmiştir. Örneğin, “Hayal kırıklığından kaçmak için bu davranışı yaptığını söylüyorsun, peki gerçekten hayal kırıklığından

kurtulabildin mi?” şeklinde sorgulamalarla danışanın döngüye dair farkındalığının artırılması hedeflenmiştir.

Ayrıca, Ruiz ve arkadaşlarının (2016, 2018, 2020) protokolünde düşüncelerin otomatik doğasının vurgulanmasına karşın, bu otomatikliğin bireyin kişisel öğrenme öyküsündeki anlamına yeterince odaklanılmadığı tespit edilmiştir. “Bu düşünce benim için neden bu kadar acı verici ki sürekli tekrar ortaya çıkıyor?” şeklinde bir sorgulama ile düşüncelerin bağlamsal kökenlerinin keşfedilmesi, bireyin içsel deneyimleriyle daha kabul odaklı bir ilişki geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Hayes vd., 2012). Bu durum, bilişsel ayrışma, kabul ve bağlamsal benlik süreçlerini bütüncül olarak desteklemektedir.

Bu çalışmada geliştirilen dört oturumluk şefkat temelli ACT protokolü, psikolojik esneklik süreçlerini şefkat odaklı müdahalelerle bütünleştirmektedir. Şefkat temelli müdahaleler, özellikle kabul ve benlik süreçleriyle örtüşmekte ve bireylerin içsel deneyimlerine karşı açık, şefkatli ve esnek bir tutum geliştirmelerini sağlamaktadır (Tirch vd., 2014).

Son olarak Ruiz ve arkadaşlarının (2020) protokollerinde düşüncelerin fark edilmesinin ötesinde bu düşüncelere yönelik tutum ve davranış repertuarını zenginleştiren müdahalelerin sınırlı kaldığı görülmektedir. Oysa uzun vadede TOD döngüsünü sürdürmeye neden olan otomatik tepkileri dönüştürmek için düşüncelere alternatif davranış biçimleriyle yaklaşabilme becerisi kritik önem taşımaktadır (Hayes vd., 2012). Bu doğrultuda geliştirilen protokol, TOD’un işlevini açığa çıkarma, yaşantının kişisel anlamını keşfetme ve şefkat temelli bir yaklaşım benimseme süreçlerine bütüncül olarak odaklanmakta ve danışanların yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir.

Protokolün oturum sayısı hem içeriksel yapı hem de güncel meta-analiz bulguları ışığında belirlenmiştir. Bell ve arkadaşlarının (2023) yürüttüğü çalışmada, sekiz seanstan az olan, sekizden fazla olan ve süreklilik gösteren müdahaleler arasında etki büyüklüğü açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir ($p = 0.12$). Bu bulgular, Egan ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği benzer bir analizle de desteklenmiştir. İlgili çalışmada, iki saatten kısa süren müdahalelerin etki büyüklüğünün oldukça düşük düzeyde kaldığı (yaklaşık -0.20 ve -0.05) belirtilmiş, buna karşılık süresi üç ila altı saat arasında olan orta uzunluktaki müdahaleler ile yedi saatten uzun süren müdahalelerin benzer etki düzeyleri ürettiği gösterilmiştir (etki büyüklükleri 0.46 ila 0.81 arasında).

Tüm bu kuramsal ve ampirik temeller doğrultusunda geliştirilen dört oturumluk şefkat temelli ACT protokolü, TOD’a yönelik özgün ve bütüncül bir müdahale yaklaşımı

sunmayı hedeflemektedir. Protokolün ayrıntılı içeriği ve oluşturulurken temel alınan kaynaklar EK- 2’de yer almaktadır.



3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Deseni

Bu çalışmada, yaygın anksiyete ve depresyon tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynayan TOD'a yönelik geliştirilen “Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisi” müdahalesinin etkililiği incelenmiştir. Araştırma, tek denekli deneysel desen türlerinden biri olan çoklu başlama düzeyi tasarımıyla yürütülmüştür. Araştırmaya katılmak üzere ilanlar aracılığıyla başvuran adaylar, önceden belirlenen dahil etme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirilmiştir. İlk eleme aşamasını geçen katılımcılarla bireysel ön görüşmeler yapılmış, çalışma süreci hakkında bilgilendirme sağlanmış ve yazılı onamları alınmıştır. Ön test aşamasında, birincil ve süreç ölçümlerine ilişkin tüm ölçeklerin doldurulması istenmiştir. Kratochwill ve Levin'in (2010) önerileri doğrultusunda, başlama düzeyi ölçümleri için minimum beş veri noktası esas alınarak katılımcılar rastgele şekilde 6, 8 ve 10 günlük başlama düzeylerine atanmıştır. Bu süre zarfında günlük ölçümler Mpath mobil uygulaması aracılığıyla toplanmıştır. Başlama düzeyini tamamlayan katılımcılar bireysel formatta, haftalık olarak uygulanan ve toplam dört seanstan oluşan müdahale aşamasına geçmiştir. Çalışma boyunca günlük ölçümler, başlama düzeyinde, müdahale süresince ve altı günlük takip aşamasında toplanmıştır. Ayrıca, birincil ve süreç odaklı standart ölçümler; müdahale öncesinde, sonrasında ve müdahaleyi izleyen birinci ayda uygulanmıştır (Bkz. Şekil 3.1 ve Şekil 3.2).

Çalışma öncesinde Hasan Kalyoncu Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Belge No: E-97105791-050.04-56965).



Şekil 3.1. Müdahale, Takip ve İzlem Aşamalarının Zaman Çizelgesi

3.2 Örneklem

Literatür incelendiğinde Tek Denekli Deneysel Çalışmalar için en az üç katılımcının araştırmaya dahil edilmesi önerilmektedir (Krasny-Pacini ve Evans, 2018). Bu doğrultuda, çalışmada olası katılım eksiklikleri ve araştırmanın tamamlanamama riskleri göz önünde bulundurularak, her bir başlama düzeyine üçer katılımcı olmak üzere toplam dokuz katılımcının sürece dahil edilmesi planlanmıştır. Katılımcılar, çevrimiçi platformlarda (e-posta listeleri, sosyal medya duyuruları vb.) yayımlanan ilanlar aracılığıyla gönüllü başvuru yöntemiyle belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- I. 18 yaşından büyük olmak
- II. En az 6 aydır psikolojik zorluklar yaşadığını belirtmek
- III. Yaşanılan psikolojik zorlukların 8 yaşam alanından en az ikisini (aile, arkadaşlık/sosyal yaşam, eğitim, iş, romantik ilişkiler, hobi-eğlence, sağlık ve maneviyat) önemli ölçüde etkilediğini belirtmek.
- IV. ‘Hasta sağlığı anketi (9) (HSA-9)’ ve/veya ‘Yaygın Anksiyete Bozukluğu (7) (YAB-7) ölçeği’nden alınan puanların şu iki kriterden en az birini karşılıyor olmak:
 - a. Hem HSA-9 hem de YAB-7’den en az 10 puan almış olmak
 - b. HSA-9 veya YAB-7’den en az 15 puan almış olmak.

Çalışmanın dışlama kriterleri şunlardır:

- I. Aktif olarak intihar ya da kendine zarar verme düşüncelerine sahip olmak,
- II. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanılarında biri ile tedavi görüyor olmak

- III. Psikiyatrik veya psikolojik tedavi görüyor olmak.
- IV. Son 2 ayda büyük stresli bir olay yaşamış olması (Ör. Deprem, yakın kaybı, ayrılık vb.)

3.3 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmanın temel amacı, geliştirilen müdahale protokolünün depresyon ve anksiyete tedavi sürecinde tekrarlayıcı olumsuz düşünme üzerindeki etkisini incelemektir. Bu doğrultuda birincil ölçümler, katılımcıların duygusal semptomları olan depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yanı sıra tekrarlayıcı olumsuz düşünme puanları üzerinden değerlendirilmiştir. Süreç ölçümleri kapsamında ise öz şefkat, psikolojik esneklik, bilişsel birleşme ve değer odaklı yaşam düzeyleri incelenmiştir. Ayrıca, bireysel-günlük ölçümler aracılığıyla, uygulanan müdahale protokolünün bireysel düzeyde değişikliklere yol açıp açmadığı analiz edilmiştir.

Bireysel-günlük formda, psikolojik ölçümden ziyade kontrol amacı taşıyan iki madde yer almıştır. İlki, olumsuz duygu varlığını ölçen “*Bugün kendimi kötü hissettim*” sorusudur. Katılımcı kendini kötü hissetmediyse, ardından gelen “yaşantısal kaçınma” maddesine 0 verme olasılığı doğar. Bu durum, verilen 0 puanının gerçekten kaçınmanın yokluğundan mı, yoksa olumsuz duygunun bulunmamasından mı kaynaklandığı konusunda belirsizlik yaratmaktadır. İkinci kontrol maddesi, düşüncelerin son dönemde yaşanan belirgin bir olumsuz olaydan kaynaklanıp kaynaklanmadığını ayırt etmek için eklenen “*Düşünüp durmanız son günlerde yaşadığınız olumsuz bir durum/olay ile ilgili miydi?*” sorusudur. Böylece, akut stresörlere bağlı kısa süreli düşünme süreçlerinin TOD kapsamındaki bilişsel birleşme ile karıştırılması önlenmeye çalışılmıştır (Bkz. Şekil 3.2).

3.4 Dahil Etme Kriterleri İçin Ölçüm Araçları

3.4.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)

Spitzer ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7), 7 maddeden oluşan, DSM-IV kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğunun varlığını ve şiddetini ölçen, öz bildirim dayalı bir testtir. Bireyin son iki haftada deneyimlediklerine göre cevapladığı YAB-7’deki maddeler 4 düzeyden oluşmaktadır (0=hiçbir zaman, 1= sadece birkaç gün, 2= birkaç günden fazla, 3= hemen hemen her gün). Ölçekten alınan puana göre, 0- 5 arası “hafif”, 5-10 arası “orta”, 10-15 arası “yüksek”, 15-21 arası ise “şiddetli” düzeyde anksiyeteye işaret etmektedir. Ölçeğin

test tekrar test kat güvenilirlik katsayısı .83 iken, iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı ise .92dir. YAB-7'nin Türkçeye uyarılama çalışmaları Konkan ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizi ise Cronbach Alfa ölçümüyle yapılmış olup, bu katsayı .852 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmadaki Cronbach Alfa katsayısı ise .888 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada dahil edilme kriteri olarak YAB-7 toplam puanı ≥ 10 kabul edilmiştir. Bu eşik değeri, orijinal ölçek geliştiricileri tarafından '*en az orta şiddet*' bandı için önerilmiş olup (Spitzer vd., 2006) Türkçe uyarılama çalışmasında da aynı klinik kesme puanı olarak doğrulanmıştır (Konkan vd., 2013).

3.4.2 Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9)

Hasta Sağlık Anketi-9, DSM-IV kriterlerine göre depresyon belirtilerini tarama amacıyla oluşturulmuştur (Kroenke vd., 2001). Ölçek, bireyin son iki haftada deneyimlediklerine göre yanıtladığı 9 sorudan oluşup, depresyon belirti ve şiddetini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçekte yer alan 9 soru 4 düzeyden oluşmaktadır (0=hiçbir zaman, 1= sadece birkaç gün, 2= birkaç günden fazla, 3= hemen hemen her gün). Ölçek toplam puanı, depresyonun şiddetini hesaplamak için kullanılmaktadır. Toplam puan, 1-4 arasında ise "minimum", 5-9 arasında ise "hafif", 10-14 arasında ise "orta", 15-19 arasında ise "orta şiddetli", 20-27 arasında ise "şiddetli" depresyonu işaret etmektedir. Spitzer ve ark. (2001) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına göre, HSA-9, .89 Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısına sahiptir. HSA-9'un Türkçe'ye uyarılama çalışmaları ise Sarı ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .842 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmadaki Cronbach Alfa katsayısı ise .843 olarak elde edilmiştir. Dahil edilme kriteri olarak HSA-9 toplam puanı ≥ 10 belirlenmiştir. Bu değeri, ölçek geliştiricilerine göre '*orta şiddetli belirtiler*' sınırını temsil eder (Kroenke vd., 2001) ve Türkçe uyarlamada tutarlıdır (Sarı vd., 2016).

3.5 Birincil Ölçüm Araçları

3.5.1 Perseveratif Düşünme Ölçeği

PDÖ, düşünce içeriğinden bağımsız olarak tekrarlayan olumsuz düşünme davranışının süreklilik özelliklerini ölçen bir ölçektir. Altan-Atalay ve Saritas-Atalar (2018) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve Türkçe versiyonunun psikometri özellikleri test edilmiştir. Çalışma sonucunda ölçeğin toplamında Cronbach alfa değeri

0,92 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin üç alt boyutunun alfa değerleri sırasıyla temel özellikler için 0,93, verimsizlik için 0,74 ve zihinsel kapasitenin ele geçirilmesi için 0,89'dur. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır ve sonuçlar ölçeğin Türkçe versiyonunun da geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir.

3.5.2 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

DASÖ-21, 42 maddeden oluşan Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeğinin Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından kısaltılmış versiyonudur. DASÖ, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Sarıçam (2018) tarafından yapılan bir çalışmada Türkçe uyarlaması yapılmış ve bu versiyonunun psikometrik özellikleri hem klinik hem de klinik olmayan grupta test edilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve üç alt boyutu vardır. Ölçeğin üç faktörlü yapısı normal örnekleme kabul edilebilir uyum indeksi, klinik örnekleme mükemmel uyum indeksi değerine sahiptir. Depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırası ile normal örnekleme 0,85, 0,80 ve 0,77; klinik örnekleme 0,87, 0,85 ve 0,81 olarak tespit edilmiştir.

3.6 İkincil Ölçüm Araçları

3.6.1 Bilişsel Kaynaşma Ölçeği

Kabul ve Kararlılık Terapisinin temel aldığı psikolojik esneklik süreçlerinden bir bilişsel ayrışmadır. Bu yapıya göre bilişsel birleşme/kaynaşma, bilişsel ayrışmanın tersidir ve psikolojik katılığa işaret etmektedir. Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, Gillanders ve arkadaşları (2014) tarafından bilişsel birleşme düzeyini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Kervancıoğlu ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan çalışmada Türkçe uyarlaması yapılmış ve bu versiyonunun psikometrik özellikleri test edilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır. Ölçek yedi maddeden oluşmaktadır ve tek faktörlüdür.

3.6.2 Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği (DBYÖ)

Değerlerle tutarlı yaşam ve yaşam doyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen (Trompetter vd., 2013) ölçek, Işık ve Bilge (2023) tarafından Türk kültürüne uyarlama çalışması yapılmıştır. 16 maddeden oluşan ölçek, 5'li Likert tipinde olup iki alt boyuttan (değerli yaşam ve yaşam doyumu) oluşmaktadır. Daha yüksek puanlar, artan

netliği ve kişisel değerlere bağlılığı ve daha fazla yaşam doyumunu ifade etmektedir. Cronbach α değerleri, değerli yaşam alt boyutu için 0,87, yaşam doyumunu alt boyutu için 0,86 bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı için Cronbach α değeri ise 0,91 olarak tespit edilmiştir.

3.6.3 Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II)

Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikopatolojiye yaklaşımının temellerini oluşturan yaşantısal kaçınma ve psikolojik katılığın bireylerdeki farklılıklarını ölçmeyi amaçlar (Bond vd., 2011). Bir alt boyuta sahip ölçeğin iç tutarlılık katsayısı toplam puanı için 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçek 7'li Likert tipindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yavuz ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır.

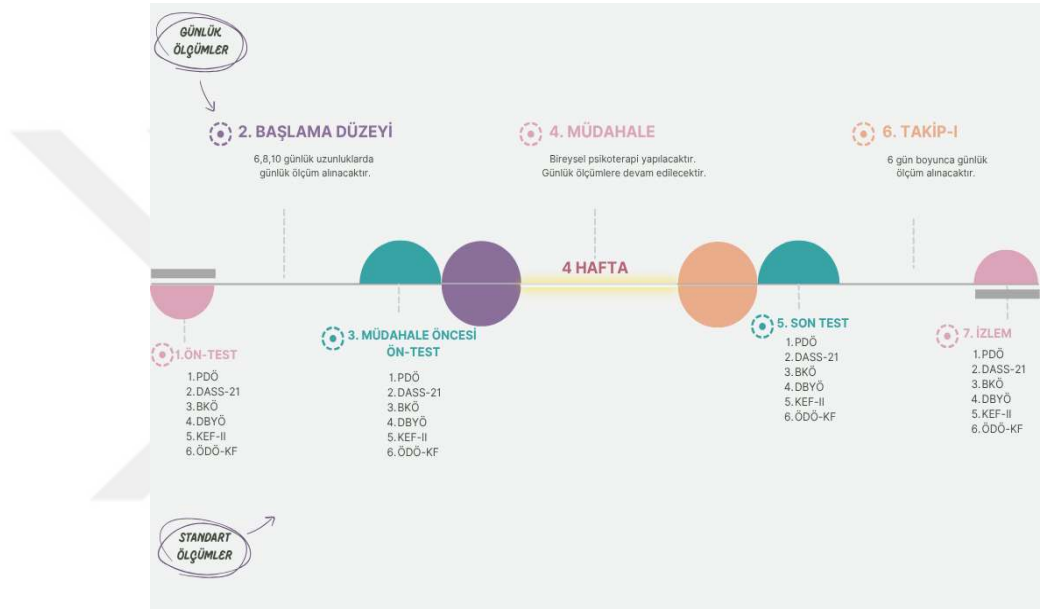
3.6.4 Öz Duyarlık Ölçeği Kısa Formu (ÖDÖ-KF)

Literatürde öz şefkat, öz anlayış, öz duyarlık birbiri yerine kullanılabilen kavramlardır. Öz şefkat kavramını alanyazına kazandıran Neff (2003) bu yapıyı değerlendirmede kullanılabilecek bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Bu ölçüm aracının kısa formu Raes ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gedik tarafından (2019), örnekleme üniversite öğrencileri olan bir çalışmayla yapılmıştır. 12 maddeden oluşan ölçekte, cevaplar 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Öz şefkat ölçeği; öz sevecenlik, öz yargılama, ortak insanlık deneyimi, yalıtılmışlık, bilinçli farkındalık ve aşırı özdeşim olmak üzere 6 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her alt boyutu ikişer madde ile ölçülmektedir. Ölçek toplam puanı arttıkça öz şefkat düzeyi artmakta toplam puan düştükçe öz şefkat düzeyi düşmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği analizleri sonuçları, 6 faktörlü olan orijinal ölçeğe kabul edilebilir derecede yakın bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alfa formülüyle iç tutarlık kat sayısı 0.86 bulunmuştur.

3.7 Bireysel – Günlük Ölçümler

- i. TOD şiddeti: Bugün düşünüp durdum (0: Hiç...10: Çok) (1x1)
- ii. İşlevsellik Kaybı: Bugün düşünüp durduğum için yapmam gereken şeyleri yapmadım (0: Hiç...10: Çok) (1x1)
- iii. Olumsuz Duygu/His Varlığı: Bugün kendimi kötü hissettim (0: Hiç...10: Çok) (1x1).

- iv. Yaşantısal Kaçınma: İstemediğim duygu/düşüncelerimden kurtulmaya çalıştım (0: Hiç...10: Çok) (1x1)
- v. Bilişsel Birleşme: Düşüncelerime takılıp kaldım (0: Hiç...10: Çok) (1x1).
- vi. Değer Odaklı Yaşam: Bugün olmak istediğim kişi gibi davrandım (0: Hiç...10: Çok) (1x1)
- vii. Dış faktörler: Düşünüp durmam son günlerde yaşadığım olumsuz bir durum/olay ile ilgiliydi (0: Hiç...10: Çok) (1x1)



Şekil 3.2. Günlük ve Standart Ölçümlerin Zaman Çizelgesi

3.8 Müdahale Protokolü

Araştırmacı tarafından geliştirilen müdahale protokolü, uzmanlık alanı ruh sağlığı olan 5 psikolog ve psikiyatrist tarafından değerlendirilerek revize edilmiştir. 60 dakikalık 4 seanstan oluşan bu protokol bireysel formatta uygulanmıştır.

Seansların genel içeriği şu şekildedir:

1. Seans:

- I. Giriş ve bilgilendirme
- II. Psikoeğitim
- III. TOD'un Davranış Analizi

- IV. Değer Tespiti
 - V. Yaratıcı Umutsuzluk
 - VI. Hiyerarşik yaşantı tespiti
 - VII. Seans Sonu ve Ödev
2. Seans:
- I. Ödev Kontrolü
 - II. Röportaj Metaforu (Ayrışma, Kabul, Benlik ve Şefkat)
 - III. Yaratıcı Umutsuzluk: Perspektif Alma ile Şefkat için Zemin Oluşturma
 - IV. Çapa Atma Egzersizi: Ana Dönmek ve Davranışı Seçebilmek
 - V. Seans Sonu ve Ödevler
3. Seans:
- I. Ödev Kontrolü ve Çapa Atma Egzersizi
 - II. Kabul ve Şefkat Çalışması
 - III. Şefkatli Yanıt Verme Çalışması
 - IV. Değer Odaklı Eylem Planlama
 - V. Seans Sonu ve Ödevler
4. Seans:
- I. Ödev Kontrolü
 - II. Bağlamsal Benliği Geliştirme
 - III. Terapistin Mektubunun Okunması
 - IV. Seansın Kapanışı ve Süreç Değerlendirmesi

Araştırma sürecinin ve geliştirilen müdahalenin uygulanabilirliğini test etmek ve olası aksaklıkları belirleyerek önlem almak amacıyla bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma sonucunda, öntest-2 ölçümünün alınmadığı fark edilmiş ve bu durum veri setinin oluşturulmasında dikkate alınmıştır. Ayrıca, günlük

ölçümlerde bilişsel birleşme sürecini değerlendirmeye yönelik bir sorunun eksik olduğu tespit edilmiştir. Pilot çalışma geribildirimleri doğrultusunda, günlük ölçümlere “Düşüncelerime takılıp kaldım (0: Hiç – 10: Çok)” ifadesi eklenmiştir. Pilot çalışma sonrası protokol güncellenerek katılımcılara süreci detaylı bir şekilde anlatmak, Mpath mobil uygulamasının kurulumunu sağlamak ve test etmek amacıyla bireysel ön görüşme oturumu eklenmiştir.

3.9 Verilerin Analizi

Veri toplama süreci, ilgili etik kuruldan gerekli onaylar alındıktan sonra başlatılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmış; aynı zamanda yazılı onamları alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS programlarına aktarılmış ve araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla uygun istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

3.9.1 Standart Ölçek Verilerinin Analizi

Çalışmada kullanılan standart psikometrik ölçeklerden elde edilen veriler, müdahale öncesi ve sonrası ölçümler karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bu amaçla, Güvenilir Değişim İndeksi (Reliable Change Index – RCI) kullanılmıştır. Bu, bireysel düzeydeki değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılır ve ölçüm hatasından kaynaklanan değişim olasılığını dışlayarak gerçek değişimi ortaya koyar.

3.9.2 Günlük Ölçümlerin Analizi

Tek denekli deneysel desen kapsamında elde edilen günlük veriler, aşağıdaki iki yöntemle analiz edilmiştir:

1. Tau-U Analizi:

Tau-U indeksi, istenmeyen başlama düzeyi eğilimini ve örtüşmeyen veriyi kontrol edebilen bir analizdir. Tau-U indeksi sayesinde müdahale öncesinde (yani başlama düzeyi sırasında) başlayan potansiyel bir artışın ötesinde sadece müdahale aşamasında ortaya çıkan artış miktarının nicelleştirilmesini sağlar.

2. Görsel Analiz (Visual Analysis):

Geleneksel olarak, tek denekli çalışma verileri grafiksel olarak sunulur. Birden fazla katılımcı bir çalışmaya katıldığında, tüm verilerini aynı şekilde gösteren bir grafik,

görselleştirme için yardımcı olabilir. Görsel analiz, her bir fazdaki verilerin seviyesini, eğilimini ve istikrarını değerlendirmeyi ve uygulama etkisinin yakınlığını, veri modellerinin tutarlılığını ve başlangıç ve müdahale aşamaları arasındaki verilerin örtüşmesini (yani, fazlar arası karşılaştırmalar) incelemeyi içerir. Seviyedeki değişiklikler (ve/veya değişkenlik) istenen yönde olduğunda, anlık olduğunda, kolayca fark edilebildiğinde ve zaman içinde korunduğunda, aşamalar arasındaki davranış değişikliklerinin uygulanan tedaviden kaynaklandığı ve iyileşmenin göstergesi olduğu sonucuna varılır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, öncelikle katılımcıların demografik bilgileri, dahil edilme kriterleri kapsamında elde edilen ölçüm puanları ve seans sürecine ilişkin bilgiler sunulmakta, ardından müdahale öncesi ve sonrası standart ölçümler ile günlük ölçümlere dair bulgular raporlanmaktadır. Bulgular, istatistiksel analiz sonuçları ve grafiklerle desteklenmiştir. Çizelgelerde kullanılan yıldız (*) simgeleri, istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılıkları ifade etmektedir. Görsel analizlerde ise, başlangıç (mavi), müdahale (yeşil) ve takip (kırmızı) fazlarına ait ölçüm noktaları ardışık olarak sunulmuştur. Faz-içi eğilimi vurgulamak amacıyla her faz için ayrı ayrı hesaplanan ortalama puanlar kesikli yatay çizgilerle işaretlenmiştir.

4.1 Pilot Çalışma – 0. Katılımcı

Çizelge 4.1 0. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	0
Cinsiyet	Kadın
Yaş	24
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Mezuniyet
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	24 aydan fazla
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile Sosyal yaşam/Arkadaşlık Eğitim/Akademik Hobi/Eğlence Sağlık
YAB-7 puanı	11
HSA-9 puanı	19
Yapılan seans sayısı	4

4.1.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.2 0. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	43	27	22	4.13*	5.42*	1.29
DASÖ-21 depresyon	12	9	7	1.06	1.77	0.71
DASÖ-21 anksiyete	12	5	5	2.47*	2.47*	0
DASÖ-21 stres	16	6	9	3.53*	2.47*	-1.06
BKÖ	38	28	21	2.63*	4.48*	1.84
DBYÖ	51	60	55	-2.09*	-0.93	1.16
KEF-II	37	25	26	2.41*	2.21*	-0.20
ÖDÖ-KF	35	44	46	-2.08*	-2.55*	-0.46

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

0. Katılımcı, bu araştırmanın pilot uygulamasına dahil edilen ilk katılımcı olup, müdahale protokolünün işlevselliği ve ölçüm araçlarının duyarlılığı açısından önemli bir ön izleme olanağı sunmuştur. Müdahale sonrasında özellikle tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), anksiyete (DASÖ-21), stres (DASÖ-21), bilişsel birleşme (BKÖ) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) alanlarında hem erken hem de sürdürülebilir düzeyde istatistiksel olarak anlamlı değişimler kaydedilmiştir. Bu ölçümlerde, hem Ön Test-1 ile Son Test hem de Ön Test-1 ile İzlem karşılaştırmalarında hesaplanan Güvenilir Değişim İndeksi (RCI) değerleri istatistiksel anlamlılık sınırı olan ± 1.96 'yı aşmıştır.

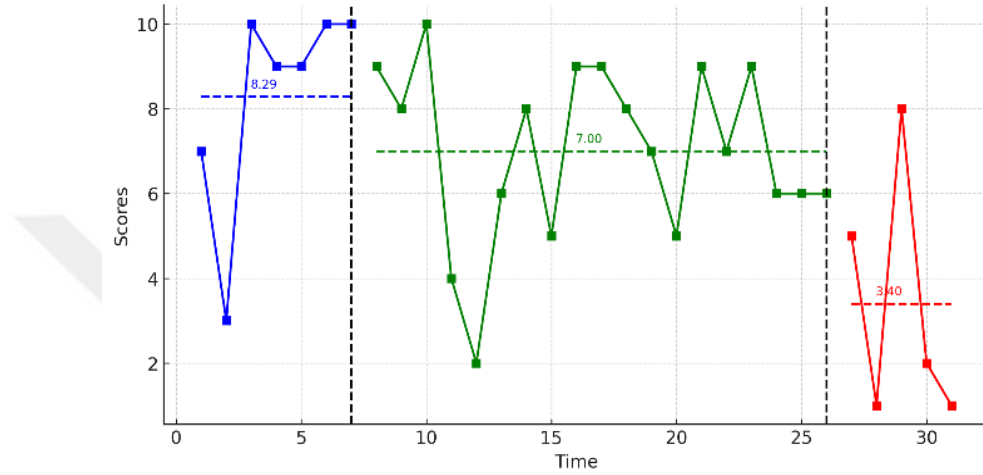
Tekrarlayıcı düşünme puanındaki düşüş anlamlı (RCI: 5.42) ve sürdürülebilir niteliktedir. Anksiyete puanında da güvenilir bir azalma gözlenmiştir (RCI: 2.47), stres düzeyindeki düşüş ise hem kısa hem uzun vadede istatistiksel olarak anlamlıdır. Bilişsel birleşme puanı belirgin şekilde azalmış (RCI: 4.48), öz şefkat puanı ise anlamlı düzeyde artış göstermiştir (RCI: -2.08). Buna karşılık depresyon (DASÖ-21), değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) ve psikolojik katılık (KEF-II) değişkenlerinde gözlenen değişimler ya istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamış ya da yalnızca geçici nitelikte kalmıştır.

Sonuç olarak 0. katılımcı, ölçülen değişkenlerin birçoğunda müdahaleye istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir bir yanıt vermiştir. Bu bulgular, pilot uygulama bağlamında ele alındığında, müdahalenin temel hedef alanlara yönelik potansiyel etkilerine dair ilk ön değerlendirmeyi sunmaktadır.

4.1.2 Günlük Ölçümler

0. Katılımcı için üç aşamalı (A: Baseline, B: Intervention, C: Follow-up) tek denekli araştırma deseni uygulanmıştır. Ölçümlerden elde edilen sonuçlar ve Tau analizi aşağıda sunulmuştur.

4.1.2.1 TOD Şiddeti



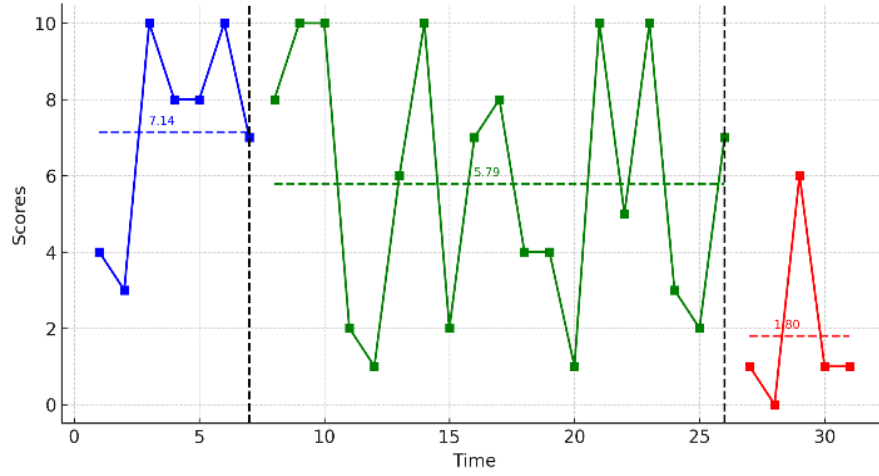
Şekil 4.1 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.3. 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
0	TOD Şiddeti	A-B	-0.4511	-1.7342	0.0829
		A-C	-0.8286	-2.3548	0.0185*

Verilere göre, müdahale öncesi (A) dönemde ortalama skor 8.29, müdahale (B) döneminde 7.00, izlem (C) döneminde ise belirgin bir düşüşle 3.40 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, TOD şiddetinde gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Buna karşılık, başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = .0185$). Bu bulgu, müdahale sonrası etkilerin sürdüğünü ve TOD şiddetinde anlamlı bir iyileşme sağlandığını göstermektedir.

4.1.2.2 İşlevsellik Kaybı



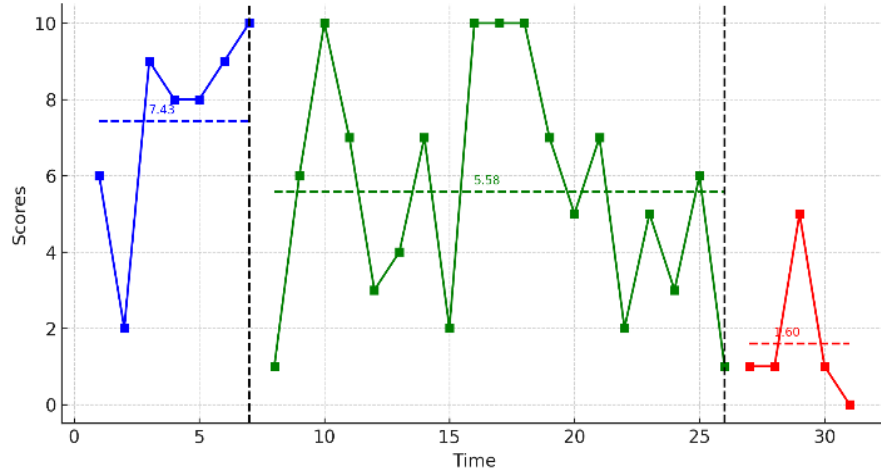
Şekil 4.2. 0. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.4. 0. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
0	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.2406	-0.9249	0.3550
		A-C	-0.8857	-2.5172	0.0118**

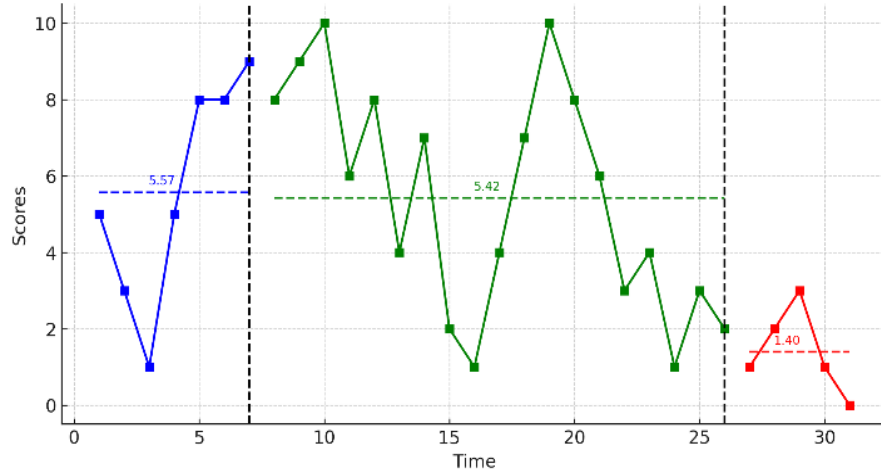
Verilere göre, işlevsellik kaybına dair müdahale öncesi (A) dönemde ortalama skor 7.14, müdahale (B) döneminde 5.79, izlem (C) döneminde ise belirgin bir düşüşle 1.80 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, işlevsellik kaybı düzeyinde gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Buna karşılık, başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma elde edilmiştir ($p = .0118$). Bu bulgu, müdahale sonrası etkilerin sürdüğünü ve işlevsellik kaybı düzeyinde anlamlı bir iyileşme sağlandığını göstermektedir.

4.1.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.3. 0. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.1.2.4 Yaşantısal Kaçınma



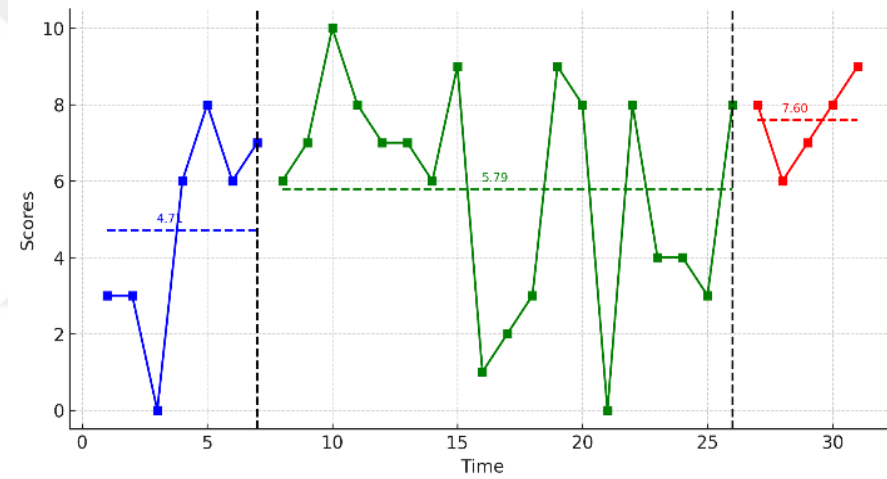
Şekil 4.4. 0. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.5. 0. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
0	Yaşantısal Kaçınma	A-B	-0.1429	-0.5492	0.5829
		A-C	-1.1714	-3.3292	0.0009*

Yaşantısal kaçınmaya dair elde edilen bulgulara göre, müdahale öncesi (A) dönemde ortalama skor 4.71 iken, müdahale (B) döneminde 5.79'a yükselmiş ve izlem (C) döneminde kayda değer bir artışla 7.60'a ulaşmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında hesaplanan Tau-U değeri incelendiğinde, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > .05$). Buna karşın, başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda elde edilen p-değeri 0.0513 olup, bu değer anlamlılık düzeyine oldukça yakındır. Bu bulgu, müdahale sonrasında yaşantısal kaçınma düzeyinde anlamlılığa yakın bir artış eğilimi olduğunu göstermektedir.

4.1.2.5 Değer Odaklı Yaşam



Şekil 4.5. 0. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

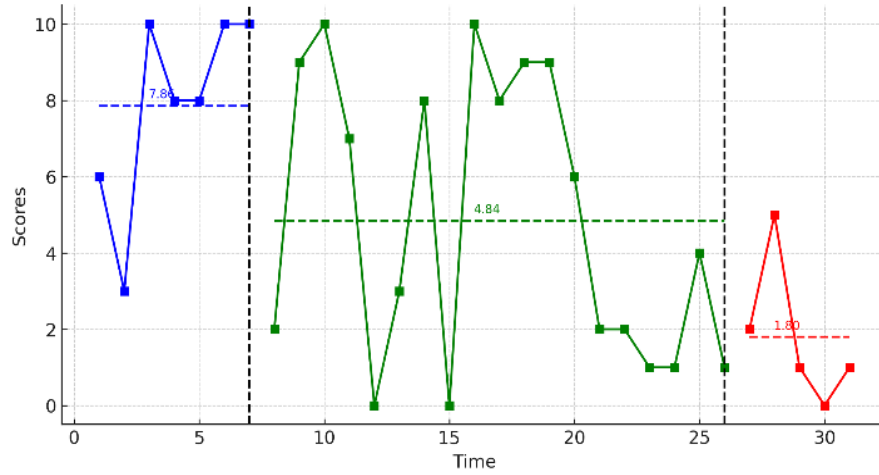
Çizelge 4.6. 0. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
0	Değer Odaklı Yaşam	A-B	0.2632	1.0116	0.3117
		A-C	0.6857	1.9488	0.0513*

Değer odaklı yaşam skorlarının müdahale öncesi (A) dönem ortalaması 4.71, müdahale (B) döneminde 5.79, izlem (C) döneminde ise 7.60 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, değer odaklı yaşam düzeyinde gözlenen artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Başlama

düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda elde edilen p-değeri 0.0513 olup, bu değer anlamlılık düzeyine oldukça yakındır. Bu durum, müdahale sonrası değer odaklı yaşamda anlamlılığa yakın bir artış eğilimi olduğunu göstermektedir.

4.1.2.6 Dış Faktörler



Şekil 4.6. 0. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

Pilot çalışma, protokolün uygulanabilirliğini test etmek ve süreçte ortaya çıkabilecek olası aksaklıkları belirleyerek önlem almak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte, öntest-2 ölçümünün alınmadığı fark edilmiş ve bu durumun çalışmanın veri setini oluşturacak katılımcılar açısından dikkate alınması sağlanmıştır. Ayrıca, günlük ölçümlerde bilişsel birleşme sürecini değerlendirmeye yönelik bir sorunun bulunmadığı belirlenmiştir. Pilot çalışma geribildirimleri doğrultusunda, bu ölçümü kapsayacak bir ifadeye ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle bilişsel birleşme değişimini ölçmek amacıyla günlük ölçümlere “Düşüncelerime takılıp kaldım (0: hiç – 10: çok)” ifadesinin eklenmesine karar verilmiştir.

4.2 1. Katılımcı

Çizelge 4.1.2.6. 1. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	1
Cinsiyet	Kadın
Yaş	23
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	Anksiyete ve depresyon
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Yurttaki oda arkadaşının sorunlu biri olması (hırsızlık vb.)
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	6 ay- 12 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Sosyal yaşam/ Arkadaşlık Eğitim/Akademik Romantik İlişkiler
YAB-7 puanı	15
HSA-9 puanı	11
Yapılan seans sayısı	4

4.2.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.1.2.6. 1. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test-1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	40	45	23	23	-1.29	4.39*	4.39*	5.68*	5.68*	0
DASÖ-21 depresyon	10	9	1	0	0.35	3.18*	3.53*	2.83*	3.18*	0.35
DASÖ-21 anksiyete	11	8	3	4	1.06	2.82*	2.47*	1.76	1.41	-0.35
DASÖ-21 stres	15	12	4	2	1.06	3.89*	4.59*	2.83*	3.53*	0.71
BKÖ	42	41	24	23	0.26	4.74*	5.00*	4.48*	4.74*	0.26
DBYÖ	54	50	62	65	0.93	-1.86	-2.55*	-2.79*	-3.48*	-0.70
KEF-II	40	34	26	19	1.20	2.81*	4.21*	1.61	3.01*	1.40
ÖDÖ-KF	30	26	38	45	0.93	-1.85	-3.47*	-2.78*	-4.40*	-1.62

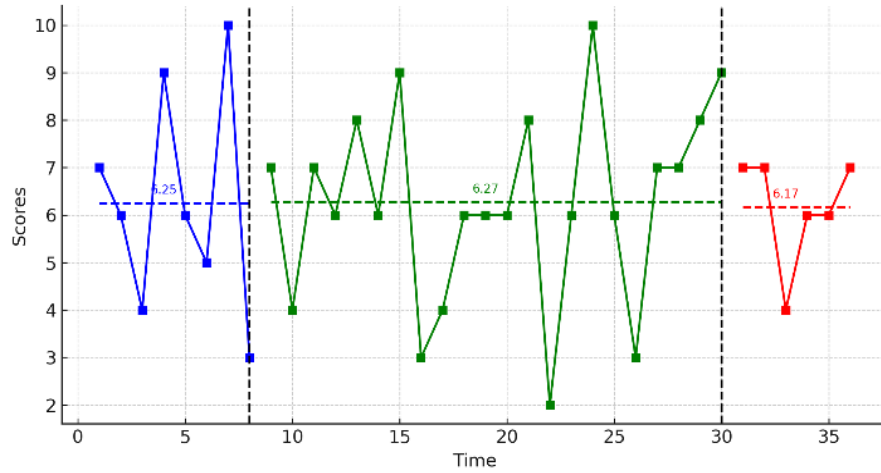
PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

1. Katılımcı, müdahale süreci boyunca çeşitli değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı ve süreklilik gösteren değişimler sergilemiştir. Özellikle tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), depresyon (DASÖ-21), anksiyete (DASÖ-21), stres (DASÖ-21), bilişsel birleşme (BKÖ), psikolojik katılık (KEF-II) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) alanlarında gözlemlenen puan değişimleri hem erken dönemde hem de izleme ölçümlerinde güvenilir düzeyde olmuştur. Bu alanlardaki Ön Test-1 ile Son Test ve Ön Test-1 ile İzlem karşılaştırmalarında hesaplanan Güvenilir Değişim Endeksi (RCI) değerleri anlamlılık sınırı olan ± 1.96 'nın üzerinde bulunmuştur.

Bulgulara göre, tekrarlayıcı düşünme düzeyindeki düşüş güçlü (RCI: 4.39, 5.68) ve kalıcı nitelikte değerlendirilebilmektedir (RCI: 0). Depresyon (RCI: 3.53), anksiyete (RCI: 2.47) ve stres (RCI: 3.89, 4.59) düzeylerinde de anlamlı azalmalar gözlenmiştir. Bilişsel birleşmede (RCI: 5.00) ve psikolojik katılımda da belirgin düşüş bulunmuştur (sırasıyla RCI: 5.00; 4.21). Öz şefkat puanındaki artış da anlamlı bulunmuştur (RCI:- 3.47). Değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) puanında gözlenen artış, anlamlılık düzeyini geçmiştir (RCI: -2.55). Sonuç olarak 1. Katılımcı, tüm ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir.

4.2.2 Günlük Ölçümler

4.2.2.1 TOD Şiddeti



Şekil 4.7. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

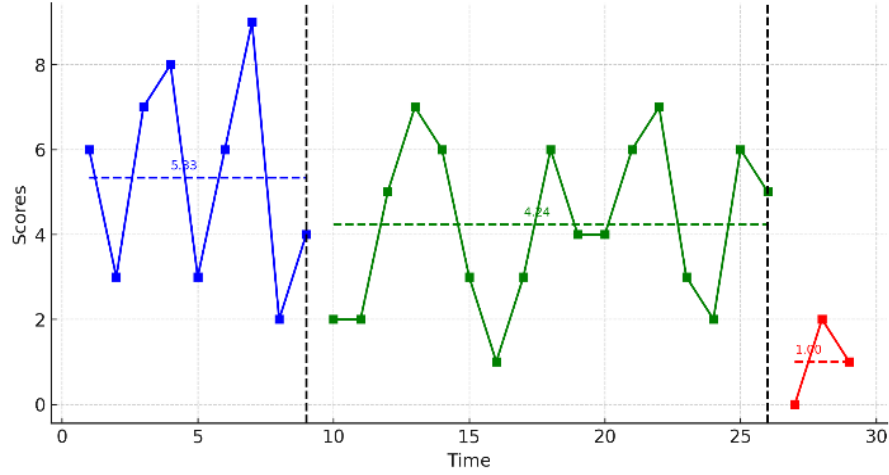
Çizelge 4.7. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
1	TOD Şiddeti	A-B	-0.4183	-1.7247	0.0846
		A-C	-0.7778	-1.9415	0.0522

Verilere göre, TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 6.25, müdahale dönemi ortalaması 6.27, izlem dönemi ortalaması ise 6.17'dir. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.0846$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada da anlamlılığa yaklaşan bir azalma eğilimi gözlenmiştir ($p = 0.0522$). Bu sonuçlar, müdahalenin TOD şiddeti üzerinde

belirgin bir etkisi olmadığını, ancak izlem aşamasında etkili olabileceğine dair sınıra yakın bir eğilim bulunduğunu göstermektedir.

4.2.2.2 İşlevsellik Kaybı



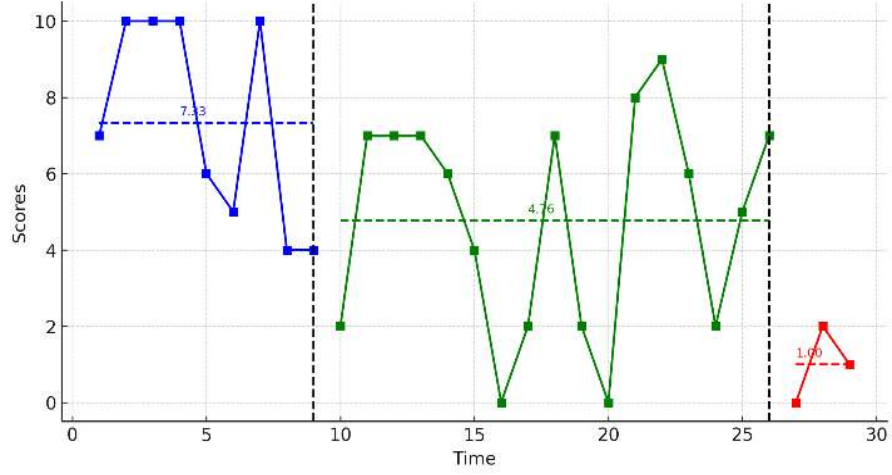
Şekil 4.8. 1. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.8. 1. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
1	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.2745	-1.1318	0.2577
		A-C	-0.9630	-2.4037	0.0162*

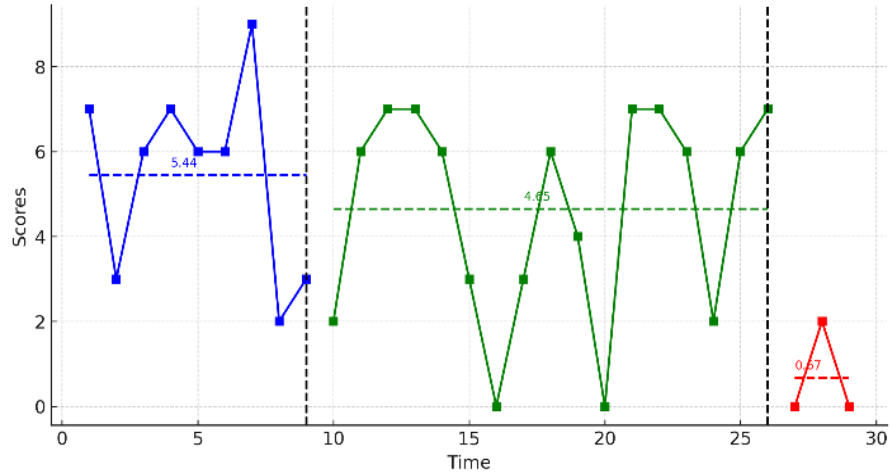
Verilere göre, işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 5.33, müdahale dönemi ortalaması 4.24, izlem dönemi ortalaması ise 1.00'dır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.2577$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise anlamlı bir azalma bulunmuştur ($p = 0.0162$). Bu sonuçlar, müdahalenin işlevsellik kaybı üzerinde kısa vadede belirgin bir etkisi olmadığını, ancak uzun vadede etkili olduğunu göstermektedir.

4.2.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.9. 1. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.2.2.4 Yaşantısal Kaçınma



Şekil 4.10. 1. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

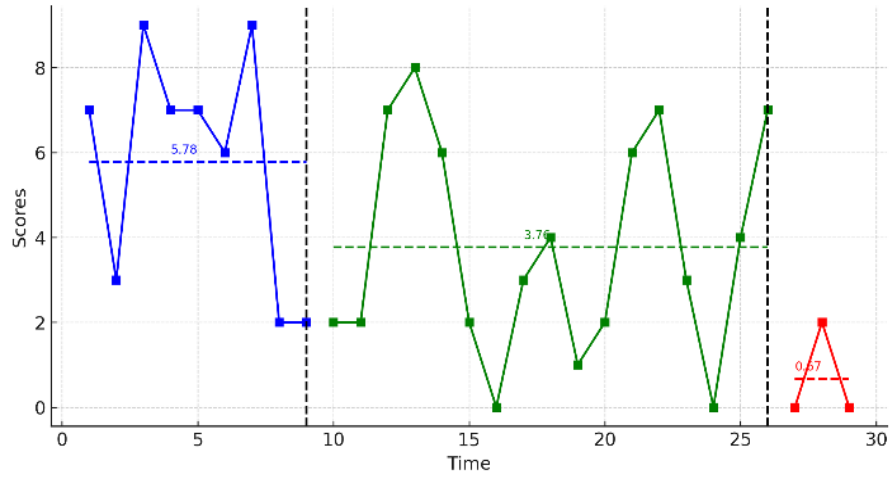
Çizelge 4.9. 1. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
1	Yaşantısal Kaçınma	A-B	-0.1438	-0.5929	0.5533
		A-C	-0.9630	-2.4037	0.0162*

Verilere göre, yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 5.44, müdahale dönemi ortalaması 4.65, izlem dönemi ortalaması ise 0.67'dir. Başlama düzeyi ile

müdahale aşaması arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.5533$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise anlamlı bir azalma bulunmuştur ($p = 0.0162$). Bu sonuçlar, müdahalenin Yaşantısal Kaçınma üzerinde kısa vadede etkili olmadığını, ancak uzun vadede önemli bir azalma sağladığını göstermektedir.

4.2.2.5 Bilişsel Birleşme



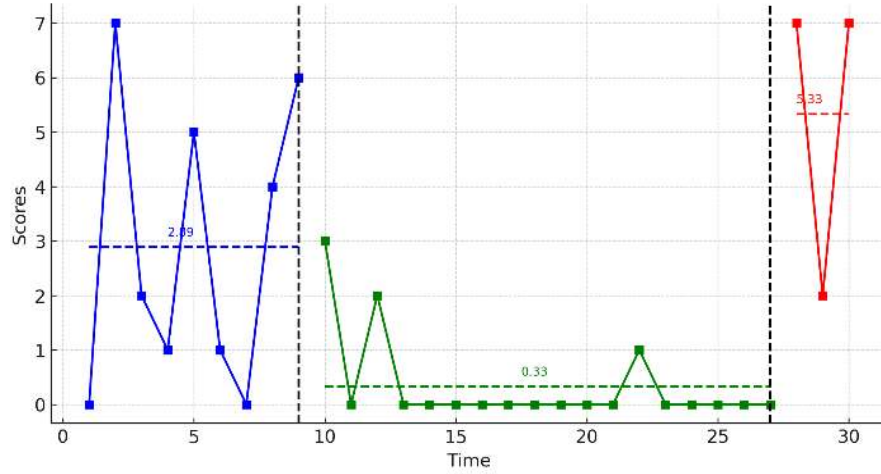
Şekil 4.11. 1. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.10. 1. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
1	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.4052	-1.6708	0.0948
		A-C	-0.9259	-2.3113	0.0208*

Verilere göre, bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 5.78, müdahale dönemi ortalaması 3.76, izlem dönemi ortalaması ise 0.67'dir. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.0948$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise anlamlı bir azalma bulunmuştur ($p = 0.0208$). Bu sonuçlar, müdahalenin bilişsel birleşme üzerinde kısa vadede etkili olmasa da uzun vadede önemli bir azalma sağladığını göstermektedir.

4.2.2.6 Değer Odaklı Yaşam



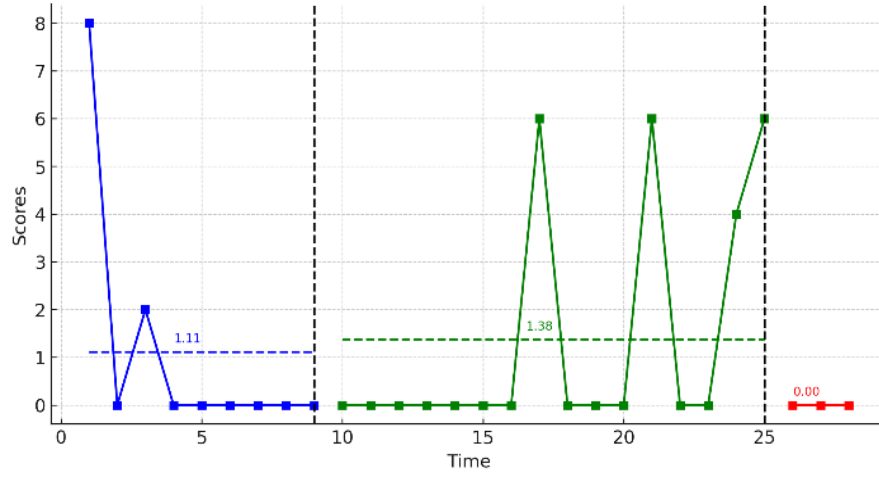
Şekil 4.12. 1. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.11. 1. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
1	Değer Odaklı Yaşam	A-B	-0.6536	-2.6948	0.0070*
		A-C	0.5926	1.4792	0.1391

Verilere göre, değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 2.89, müdahale dönemi ortalaması 0.33, izlem dönemi ortalaması ise 5.33'tür. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.0070$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise anlamlı bir değişim bulunmamıştır ($p = 0.1391$). Bu sonuçlar, müdahalenin değer odaklı yaşam üzerinde kısa vadede önemli bir azalma sağladığını, ancak izlem döneminde bu etkinin kalıcı olmadığını göstermektedir.

4.2.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.13. 1. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.3 2. Katılımcı

Çizelge 4.2.2.7. 2. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	2
Cinsiyet	Kadın
Yaş	26
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	-
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	24 aydan fazla
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile Sosyal yaşam/ Arkadaşlık Romantik ilişkiler Maneviyat (Din, ideoloji vb.)
YAB-7 puanı	10
HSA-9 puanı	16
Yapılan seans sayısı	4

4.3.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.2.2.7. 2. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	38	39	22	16	-0.26	4.13*	5.68*	4.39*	5.94*	1.55
DASÖ-21 depresyon	11	10	4	2	0.35	2.47*	3.18*	2.12*	2.83*	0.71
DASÖ-21 anksiyete	5	3	0	0	0.70	1.76	1.76	1.06	1.06	0
DASÖ-21 stres	12	16	5	3	-1.41	2.47*	3.18*	3.89*	4.59*	0.71
BKÖ	32	31	18	17	0.26	3.69*	3.95*	3.42*	3.69*	0.26
DBYÖ	45	49	64	64	-0.93	-4.41*	-4.41*	-3.48*	-3.48*	0
KEF-II	37	32	17	16	1.00	4.01*	4.21*	3.01*	3.21*	0.20
ÖDÖ-KF	31	32	45	46	-0.23	-3.24*	-3.47*	3.01*	-3.24*	-0.23

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

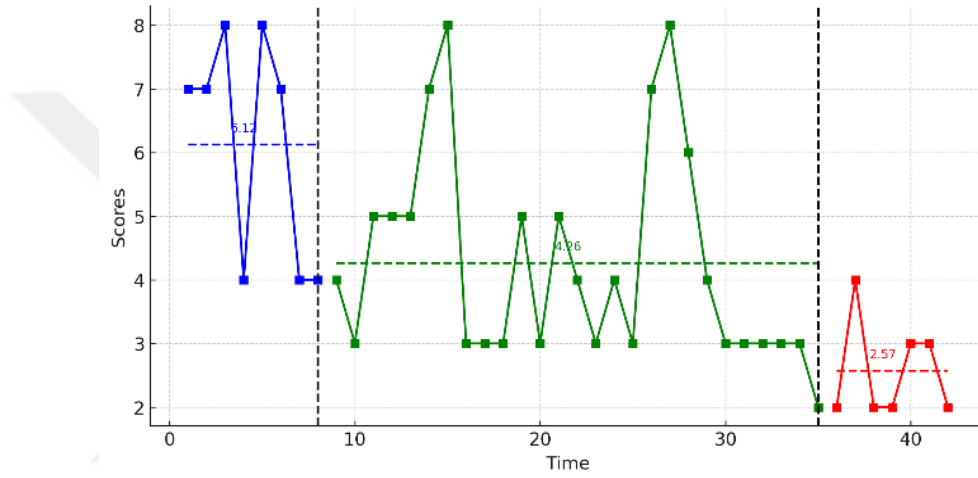
2. Katılımcı, tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu), stres (DASÖ-21 stres alt boyutu), bilişsel birleşme (BKÖ), psikolojik katılık (KEF-II), değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) alanlarında çeşitli düzeylerde değişim sergilemiştir. Bu ölçümlerin büyük çoğunluğunda hesaplanan Güvenilir Değişim İndeksi (RCI) değerleri, anlamlılık sınırı olan ± 1.96 'nın üzerinde bulunmuştur.

Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ) puanındaki düşüş, hem Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 5.68) hem de Ön Test-2 ile İzlem (RCI: 5.94) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu) puanlarında da anlamlı bir azalma gözlenmiştir (RCI: 3.18). Stres (DASÖ-21 stres alt boyutu) puanlarında, Ön Test-1 ile Son Test (RCI: 2.47) ve Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 3.18) arasındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bilişsel birleşme (BKÖ) puanı açısından, Ön Test-1 ile İzlem karşılaştırmasında elde edilen RCI değeri 3.95'tir. Psikolojik katılık (KEF-II) puanında da anlamlı bir azalma kaydedilmiştir (RCI: 4.21). Değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) puanındaki artış ise RCI -4.41 ile anlamlı bulunmuş, ölçeğin yüksek puanla olumlu özelliği temsil etmesi nedeniyle bu sonuç olumlu yönde değerlendirilmektedir. Öz şefkat puanındaki artış ise güvenilir aralıkta bulunmuştur (RCI: 3.47). Anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu) alanında, puanlarda düşüş gözlenmiş olmakla birlikte RCI değeri (1.76) anlamlılık eşiğini aşmamıştır. Benzer şekilde, öz şefkat

(ÖDÖ-KF) puanlarında da tüm ölçüm aralıklarında RCI değerleri anlamlılık düzeyinin altında kalmıştır. Sonuç olarak 2. Katılımcı, anksiyete dışındaki tüm ölçüm alanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir.

4.3.2 Günlük Ölçümler

4.3.2.1 TOD Şiddeti



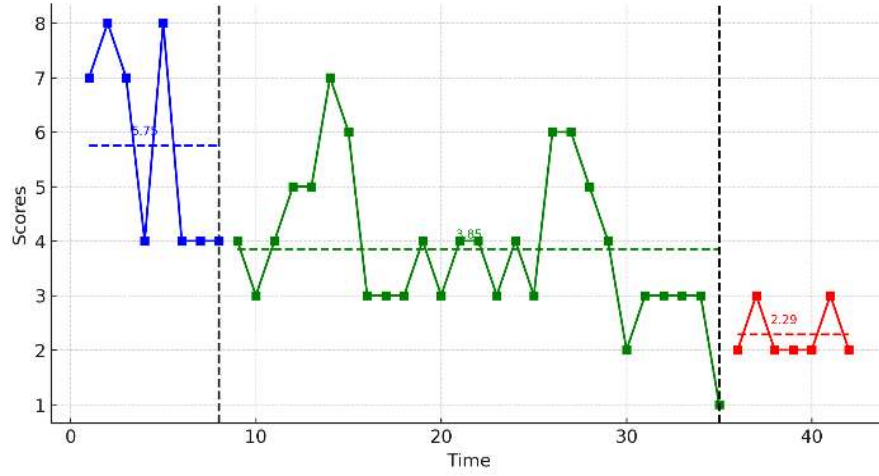
Şekil 4.14. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.12. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
2	TOD Şiddeti	A-B	-0.5648	-2.3963	0.0166*
		A-C	-0.9464	-3.0668	0.0022*

Verilere göre, TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 6.12, müdahale dönemi ortalaması 4.26, izlem dönemi ortalaması ise 2.57 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada gözlenen azalma, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.0166$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise daha güçlü ve anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0022$). Bu sonuç, müdahalenin TOD şiddeti üzerinde hem kısa hem de uzun vadede etkili sonuçlar ortaya koyduğunu göstermektedir.

4.3.2.2 İşlevsellik Kaybı



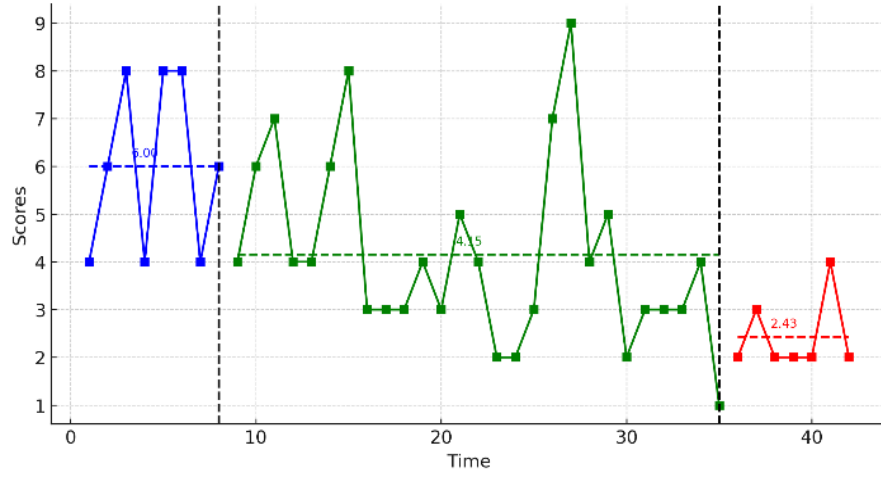
Şekil 4.15. 2. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.13. 2. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
2	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.6019	-2.5534	0.0107*
		A-C	-1	-3.2404	0.0012*

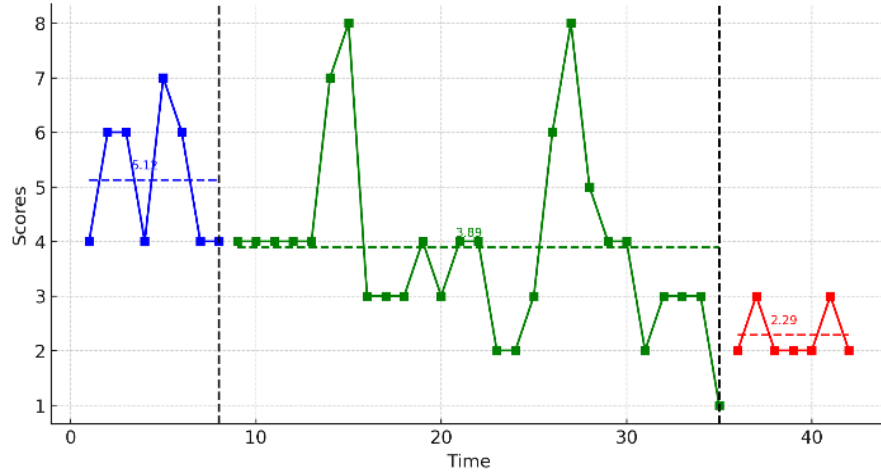
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 5.75, müdahale dönemi ortalaması 3.85, izlem dönemi ortalaması ise 2.29 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada işlevsellik kaybı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0107$). Başlama düzeyi ile izlem dönemi arasındaki karşılaştırma sonucunda ise bu azalma daha belirgin ve anlamlıdır ($p = 0.0012$).

4.3.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.16. 2. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.3.2.4 Yaşantısal Kaçınma



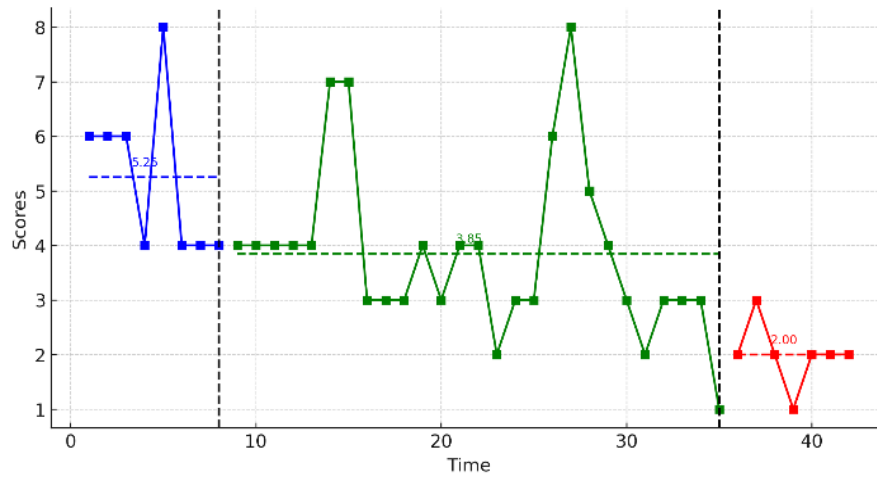
Şekil 4.17. 2. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.14. 2. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
2	Yaşantısal Kaçınma	A-B	-0.5093	-2.1606	0.0307*
		A-C	-1	-3.2404	0.0012*

Verilere göre yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 5.12, müdahale dönemi ortalaması 3.89, izlem dönemi ortalaması ise 2.29 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada yaşantısal kaçınmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür ($p = 0.0307$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasında yapılan karşılaştırma da aynı şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir azalmayı göstermektedir ($p = 0.0012$). Bu bulgu, kaçınmanın hem kısa hem de uzun vadede azaltıldığını ortaya koymaktadır.

4.3.2.5 Bilişsel Birleşme



Şekil 4.18. 2. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

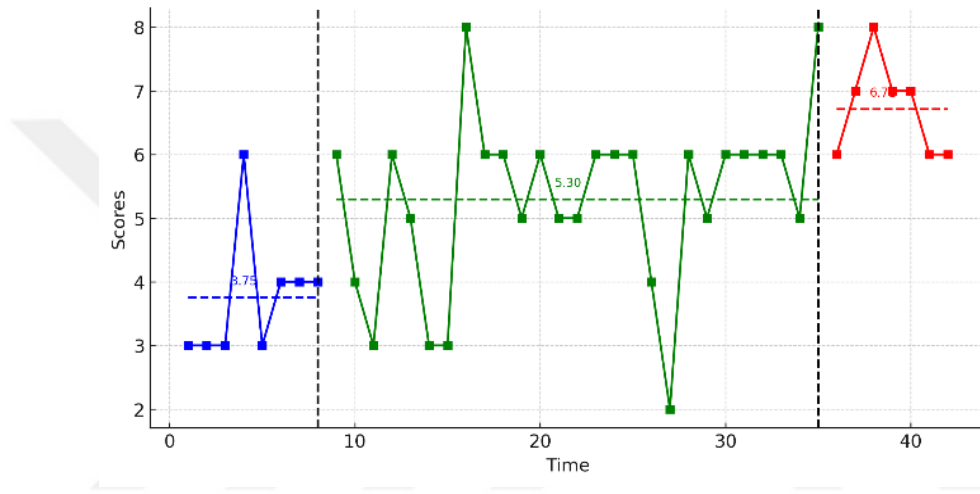
Çizelge 4.15. 2. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
2	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.5463	-2.3177	0.0205*
		A-C	-1	-3.2404	0.0012*

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 5.25, müdahale dönemi ortalaması 3.85, izlem dönemi ortalaması ise 2.00 olarak hesaplanmıştır. Başlama

düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, bilişsel birleşme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0205$). Başlama düzeyi ile izlem dönemi arasındaki karşılaştırmada ise bu azalma daha güçlü ve anlamlıdır ($p = 0.0012$). Bu durum, müdahalenin etkisinin sürdüğüne işaret etmektedir.

4.3.2.6 Değer Odaklı Yaşam



Şekil 4.19. 2. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

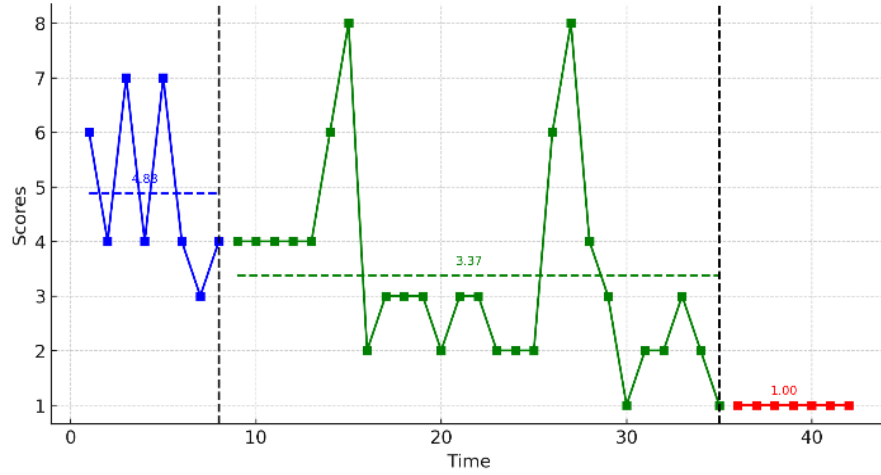
Çizelge 4.16. 2. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
2	Değer Odaklı Yaşam	A-B	0.5972	2.5338	0.0113*
		A-C	0.9464	3.0668	0.0022*

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 3.75, müdahale dönemi ortalaması 5.30, izlem dönemi ortalaması ise 6.71 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, değer odaklı yaşam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlenmiştir ($p = 0.0113$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırma da anlamlı bir artış göstermektedir ($p =$

0.0022). Bu bulgu, müdahalenin değer odaklı yaşama katkı sağladığını ve bu etkinin sürdüğünü göstermektedir.

4.3.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.20. 2. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.4 3. Katılımcı

Çizelge 4.17. 3. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	3
Cinsiyet	Kadın
Yaş	34
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	Depresyon ve YAB
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	-
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	24 aydan fazla
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile Sosyal yaşam/ Arkadaşlık Eğitim/ Akademik İş Romantik ilişkiler Sağlık
YAB-7 puanı	16
HSA-9 puanı	20
Yapılan seans sayısı	4

4.4.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.18. 3. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	51	50	33	34	0.26	4.65*	4.39*	4.39*	4.13*	-0.26
DASÖ-21 depresyon	15	19	8	7	-1.41	2.47*	2.83*	7.42*	4.24*	0.35
DASÖ-21 anksiyete	15	13	5	2	0.70	3.52*	4.58*	2.82*	3.88*	1.06
DASÖ-21 stres	17	17	7	7	0	3.53*	3.53*	3.53*	3.53*	0
BKÖ	46	42	30	25	1.05	4.21*	5.53*	3.16*	4.48*	1.32
DBYÖ	60	50	67	61	2.32*	-1.63	-0.23	-3.95*	-2.55*	1.39
KEF-II	30	39	29	25	-1.81*	0.20	1.00	2.01*	2.81*	0.80
ÖDÖ-KF	33	27	41	42	1.39	-1.85	-2.08*	-3.24*	-3.47*	-0.23

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

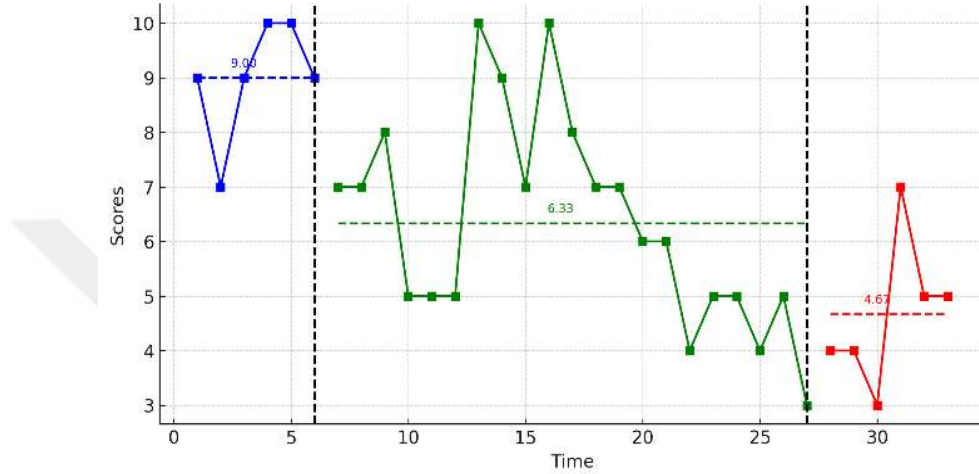
3. Katılımcı, müdahale süreci sonrasında tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu), anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu), stres (DASÖ-21 stres alt boyutu), bilişsel birleşme (BKÖ), değerlere bağlı yaşam (DBYÖ), psikolojik katılık (KEF-II) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) alanlarında çeşitli düzeylerde istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir.

Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ) puanı, hem Ön Test-1 ile Son Test (RCI: 4.65) hem de Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 4.39) karşılaştırmalarında anlamlı düzeyde düşmüştür. Depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu) puanındaki azalma hem Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 2.83) hem de Ön Test-2 ile İzlem (RCI: 4.24) karşılaştırmalarında anlamlıdır. Anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu) puanında da anlamlı düşüşler kaydedilmiştir (Ön Test-1 ile İzlem RCI: 4.58; Ön Test-2 ile İzlem RCI: 3.88). Stres (DASÖ-21 stres alt boyutu) puanı, tüm karşılaştırmalarda (RCI: 3.53) anlamlılık düzeyindedir. Bilişsel birleşme (BKÖ) puanında da istatistiksel olarak anlamlı düşüş gözlemlenmiştir (Ön Test-1 ile İzlem RCI: 5.53; Ön Test-2 ile İzlem RCI: 4.48). Değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) puanında, Ön Test-2 ile İzlem arasındaki artış anlamlı bulunmuştur (RCI: -2.55). Psikolojik katılık (KEF-II) puanında Ön Test-2 ile İzlem karşılaştırmasında RCI: 2.81 olarak hesaplanmıştır. Öz şefkat (ÖDÖ-KF) puanındaki artış da istatistiksel olarak anlamlıdır; Ön Test-2 ile İzlem karşılaştırmasında RCI değeri -3.47'dir. Sonuç olarak 3. Katılımcı, müdahale süreci sonrasında çalışmada yer alan tüm ölçüm alanlarında

istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir. Ayrıca birçok alanda bu değişimlerin izleme ölçümlerinde de sürdüğü gözlemlenmiştir.

4.4.2 Günlük Ölçümler

4.4.2.1 TOD Şiddeti



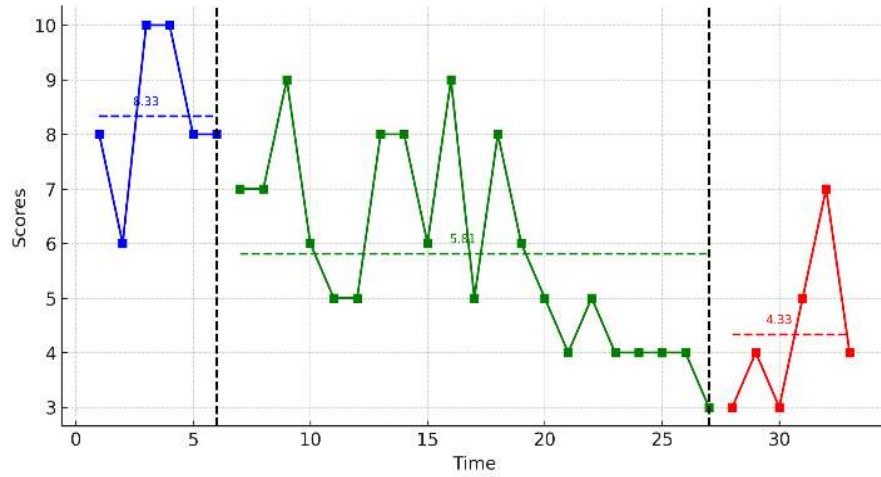
Şekil 4.21. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.19. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
3	TOD Şiddeti	A-B	-0.7302	-2.6828	0.0073*
		A-C	-0.9722	-2.8022	0.0051*

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 9.00, müdahale dönemi ortalaması 6.33, izlem dönemi ortalaması ise 4.67 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada, TOD şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0073$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasında yapılan karşılaştırma da istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya işaret etmektedir ($p = 0.0051$). Bu bulgulara göre, 3. Katılımcı için müdahalenin hem kısa hem uzun vadede etkili olduğu söylenebilir.

4.4.2.2 İşlevsellik Kaybı



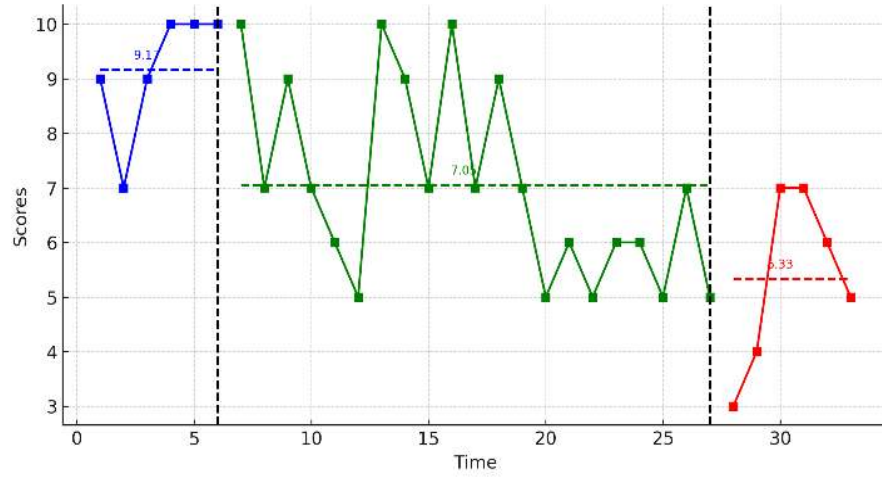
Şekil 4.22. 3. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.20. 3. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
3	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.6984	-2.5661	0.0103*
		A-C	-0.9444	-2.7222	0.0065*

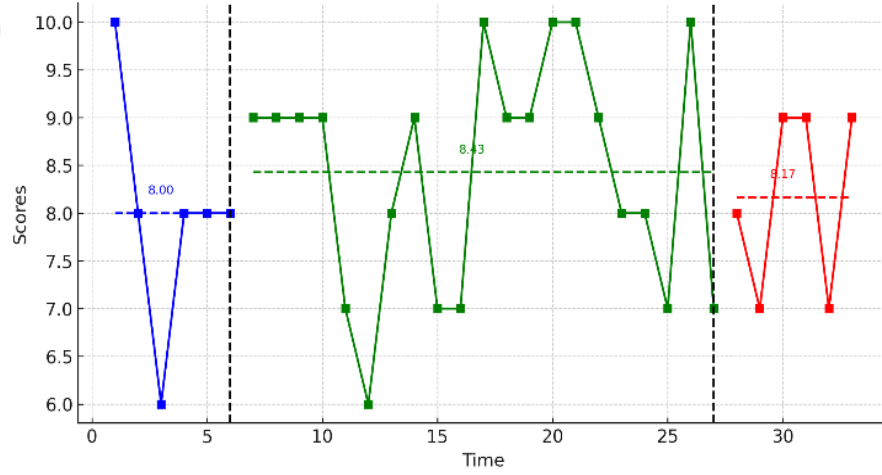
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 8.33, müdahale dönemi ortalaması 5.81, izlem dönemi ortalaması ise 4.33 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0103$). Aynı şekilde, izlem aşaması ile başlama düzeyi arasındaki karşılaştırma da anlamlı bir azalmayı ortaya koymaktadır ($p = 0.0065$). Bu sonuçlar, işlevsellik kaybı düzeyinde anlamlı ve sürdürülebilir bir iyileşmeye işaret etmektedir.

4.4.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.23. 3. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.4.2.4 Yaşantısal Kaçınma



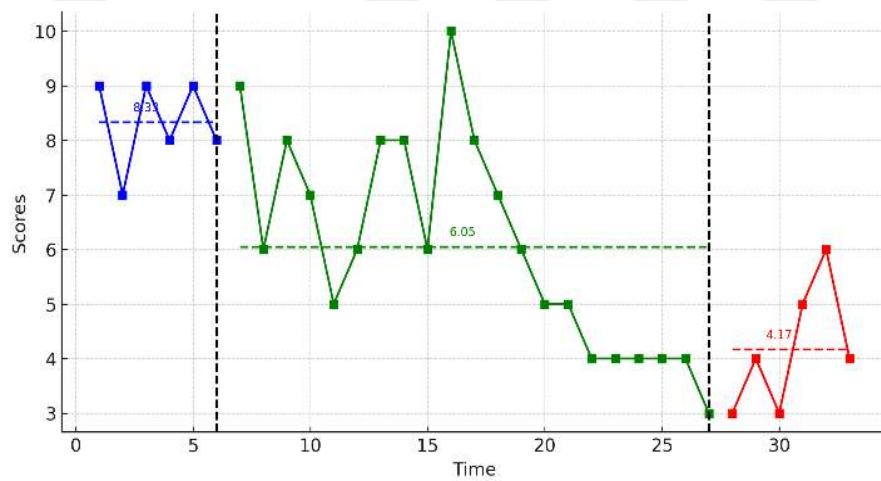
Şekil 4.24. 3. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.21. 3. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
3	Yaşantısal Kaçınma	A-B	0.2143	0.7873	0.4311
		A-C	0.1111	0.3203	0.7488

Verilere göre yaşıntısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 8.00, müdahale dönemi ortalaması 8.43, izlem dönemi ortalaması ise 8.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada yaşıntısal kaçınma düzeyinde gözlenen artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.4311$). Benzer şekilde, izlem dönemi ile başlama düzeyi karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p = 0.7488$). Bu bulgu, müdahalenin yaşıntısal kaçınma düzeyinde belirgin bir değişiklik oluşturmadığını göstermektedir.

4.4.2.5 Bilişsel Birleşme



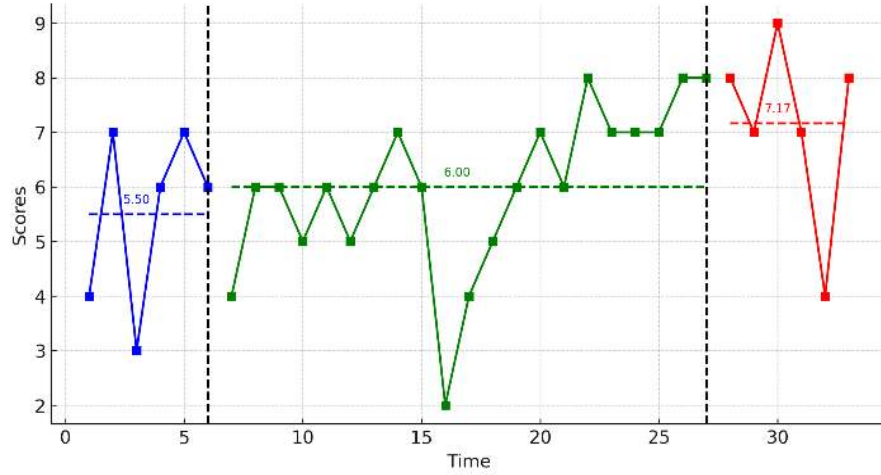
Şekil 4.25. 3. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.22. 3. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
3	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.6905	-2.537	0.0112*
		A-C	-1	-2.8823	0.0039*

Başlama düzeyi ortalaması 8.33, müdahale dönemi ortalaması 6.05, izlem dönemi ortalaması ise 4.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir ($p = 0.0112$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırma da anlamlı bir azalma göstermektedir ($p = 0.0039$). Bu bulgular, bilişsel birleşme düzeyinde olumlu bir değişimin sürdüğünü göstermektedir.

4.4.2.6 Değer Odaklı Yaşam



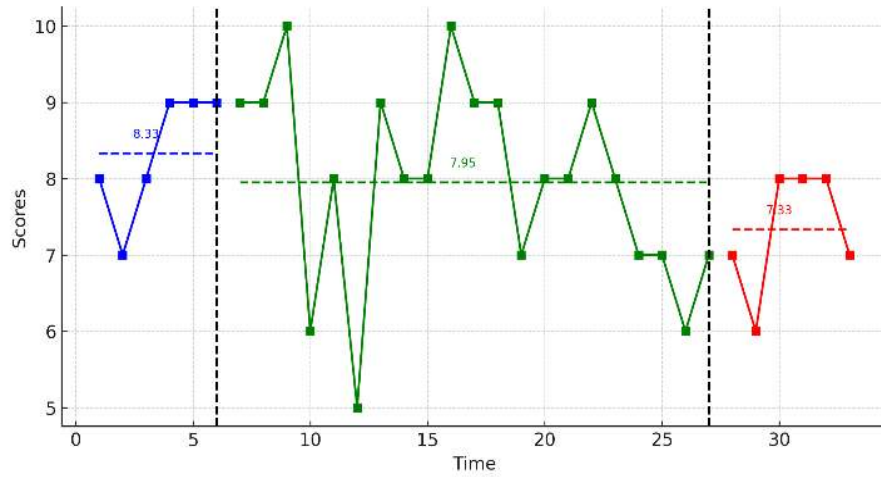
Şekil 4.26. 3. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.23. 3. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
3	Değer Odaklı Yaşam	A-B	0.1587	0.5832	0.5598
		A-C	0.6389	1.8415	0.0656

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 5.50, müdahale dönemi ortalaması 6.00, izlem dönemi ortalaması ise 7.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırmada gözlenen artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.5598$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasındaki karşılaştırmada ise istatistiksel anlamlılık sınırına yakın bir artış eğilimi görülmektedir ($p = 0.0656$).

4.4.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.27. 3. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.5 4. Katılımcı

Çizelge 4.24. 4. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	4
Cinsiyet	Kadın
Yaş	42
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	-
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	6-12 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile Sağlık
YAB-7 puanı	10
HSA-9 puanı	15
Yapılan seans sayısı	4

4.5.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.25. 4. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	51	59	43	22	-2.07*	2.07*	7.49*	4.13*	9.55*	5.42*
DASÖ-21 depresyon	10	11	6	0	-0.35	1.41	3.53*	1.77	3.89*	2.12*

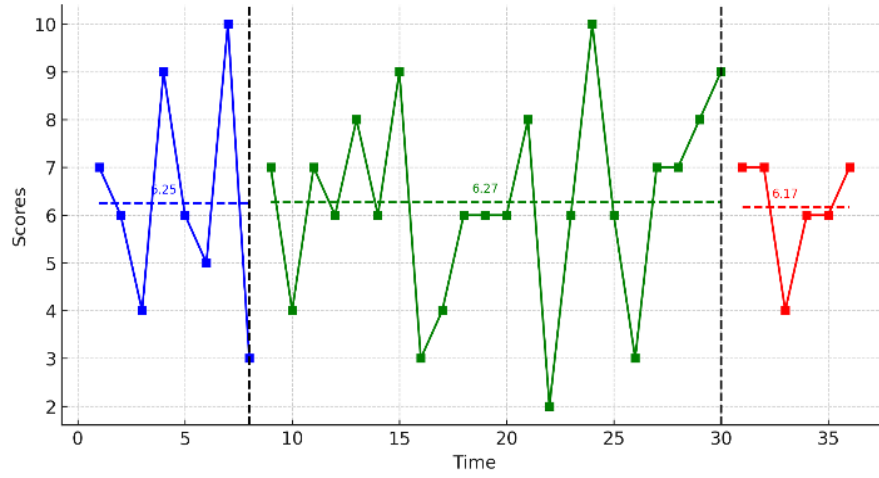
DASÖ-21 anksiyete	7	9	3	1	-0.70	1.41	2.11*	2.11*	2.82*	0.70
DASÖ-21 stres	14	11	7	2	1.06	2.47*	4.24*	1.41	3.18*	1.77
BKÖ	43	34	37	14	2.37*	1.58	7.64*	-0.79	5.27*	6.06*
DBYÖ	37	39	56	74	-0.46	-4.41*	-8.59*	-3.95*	-8.13*	-4.18*
KEF-II	35	43	35	21	-1.61	0	2.81*	1.61	4.41*	2.81*
ÖDÖ-KF	21	20	27	39	0.23	-1.39	-4.17 *	-1.62	-4.40*	-2.78*

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

Katılımcı 4, tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu), anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu), stres (DASÖ-21 stres alt boyutu), bilişsel birleşme (BKÖ), değerlere bağlı yaşam (DBYÖ), psikolojik katılık (KEF-II) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) alanlarında farklı derecelerde değişim sergilemiştir. Özellikle müdahale sonrasındaki ölçümlerde birçok alanda istatistiksel olarak anlamlı gelişmeler gözlemlenmiştir. Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ) puanı, Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 7.49) ve Ön Test-2 ile İzlem (RCI: 9.55) karşılaştırmalarında anlamlı düzeyde azalmıştır. Depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu) puanı açısından, Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 3.53) ve Ön Test-2 ile İzlem (RCI: 3.89) karşılaştırmaları anlamlı bulunmuştur. Anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu) puanında da anlamlı bir düşüş saptanmıştır (Ön Test-1 ile İzlem RCI: 2.11; Ön Test-2 ile İzlem RCI: 2.82). Stres (DASÖ-21 stres alt boyutu) puanları da benzer biçimde, hem Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 4.24) hem de Ön Test-2 ile İzlem (RCI: 3.18) arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır. Bilişsel birleşme (BKÖ) puanında, Ön Test-2 ile İzlem arasındaki değişim anlamlıdır (RCI: 5.27). Psikolojik katılık (KEF-II) puanı da Ön Test-2 ile İzlem karşılaştırmasında anlamlılık sınırını aşmıştır (RCI: 4.41). Öz şefkat (ÖDÖ-KF) puanı açısından da Ön Test-2 ile İzlem arasında anlamlı bir artış gözlemlenmiştir (RCI: -4.40). Ayrıca, Son Test ile İzlem arasında müdahale uygulanmadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu dönemdeki RCI değerleri (örneğin PDÖ için RCI: 5.42; DBYÖ için RCI: -4.18) bu alandaki gelişimin müdahalenin hemen ardından değil, zaman içinde belirginleştiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, değerlere yönelimin bazı katılımcılarda gecikmeli olarak güçlenebileceğine işaret edebilir. Sonuç olarak 4. katılımcı, müdahale sonrasında çok sayıda alanda istatistiksel olarak anlamlı ve takip ölçümünde de büyük ölçüde korunan değişimler sergilemiştir.

4.5.2 Günlük Ölçümler

4.5.2.1 TOD Şiddeti



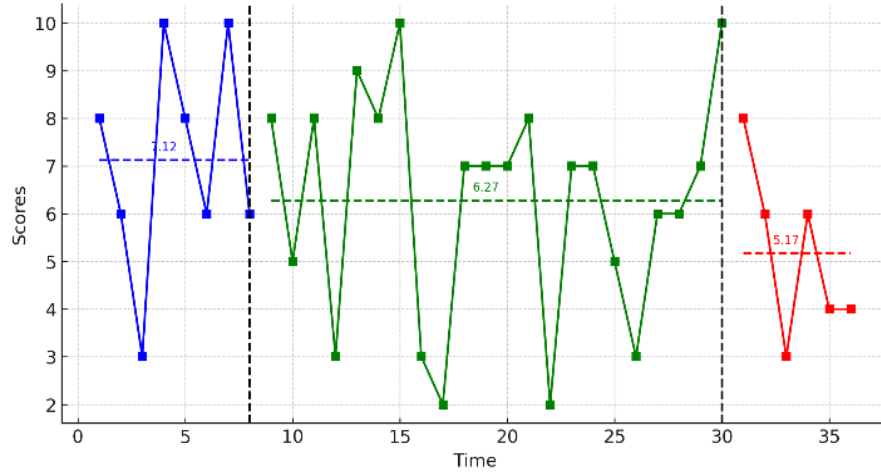
Şekil 4.28. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.26. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
4	TOD Şiddeti	A-B	0.0511	0.2110	0.8329
		A-C	0.0833	0.2582	0.7963

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 6.25, müdahale dönemi ortalaması 6.27, izlem dönemi ortalaması ise 6.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile hem müdahale hem de izlem aşamaları arasında yapılan karşılaştırmalarda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.8329$ ve $p = 0.7963$). Bu durum, müdahalenin günlük ölçümler düzeyinde TOD şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

4.5.2.2 İşlevsellik Kaybı



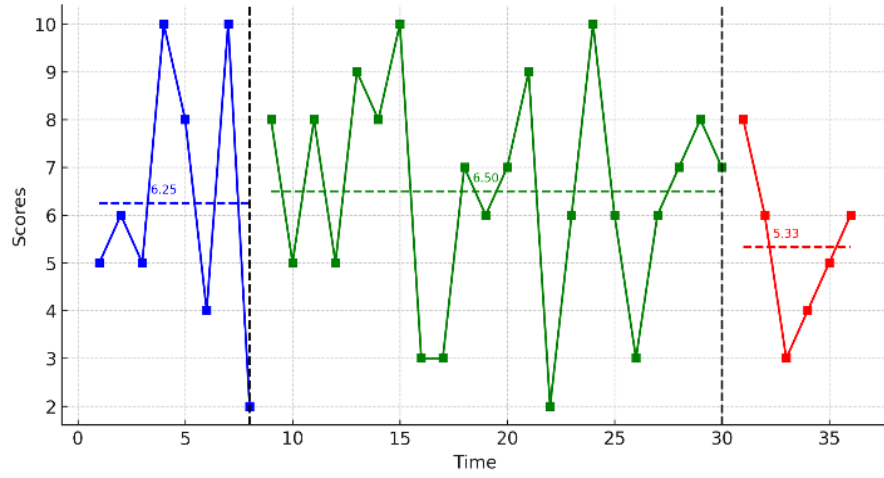
Şekil 4.29. 4. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.27. 4. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
4	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.1761	-0.7269	0.4673
		A-C	-0.4792	-1.4846	0.1376

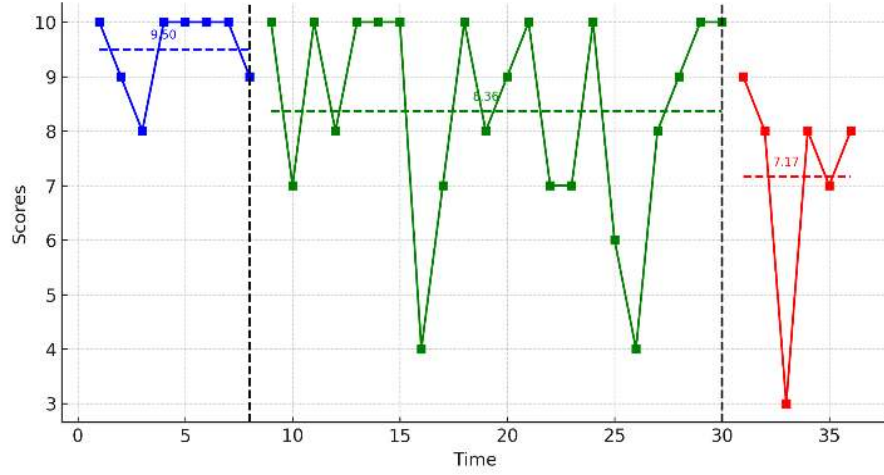
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 7.12, müdahale dönemi ortalaması 6.27, izlem dönemi ortalaması ise 5.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasında gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.4673$). İzlem dönemine ilişkin karşılaştırma da benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemiştir ($p = 0.1376$).

4.5.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.30. 4. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.5.2.4 Yaşantısal Kaçınma



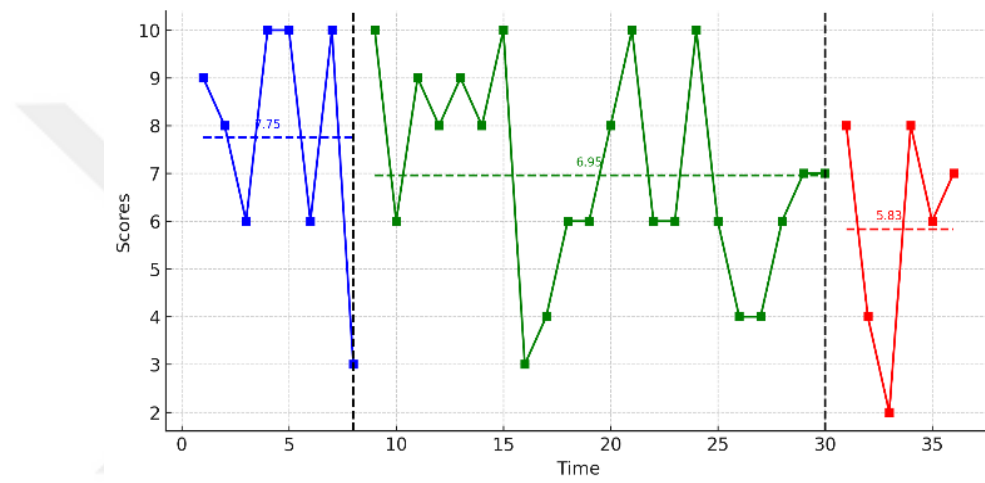
Şekil 4.31. 4. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.28. 4. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
4	Yaşantısal Kaçınma	A-B	-0.3125	-1.2897	0.1972
		A-C	-0.8542	-2.6465	0.0081*

Verilere göre yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 9.50, müdahale dönemi ortalaması 8.36, izlem dönemi ortalaması ise 7.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.1972$). Ancak, başlama düzeyi ile izlem dönemi arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma tespit edilmiştir ($p = 0.0081$). Bu bulgu, müdahale etkisinin izlem döneminde belirginleştiğini göstermektedir.

4.5.2.5 Bilişsel Birleşme



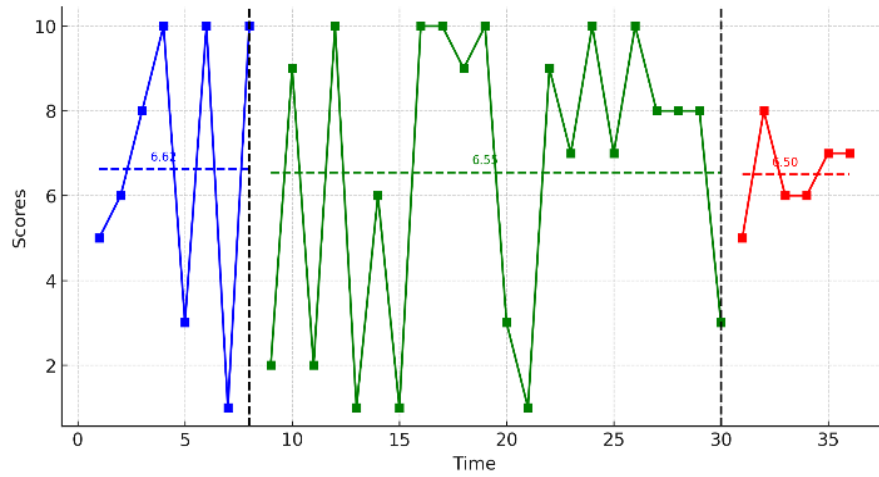
Şekil 4.32. 4. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.29. 4. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
4	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.2159	-0.8911	0.3729
		A-C	-0.4583	-1.4201	0.1556

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 7.75, müdahale dönemi ortalaması 6.95, izlem dönemi ortalaması ise 5.83 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile hem müdahale hem de izlem aşamaları arasında yapılan karşılaştırmalarda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.3729$ ve $p = 0.1556$).

4.5.2.6 Değer Odaklı Yaşam



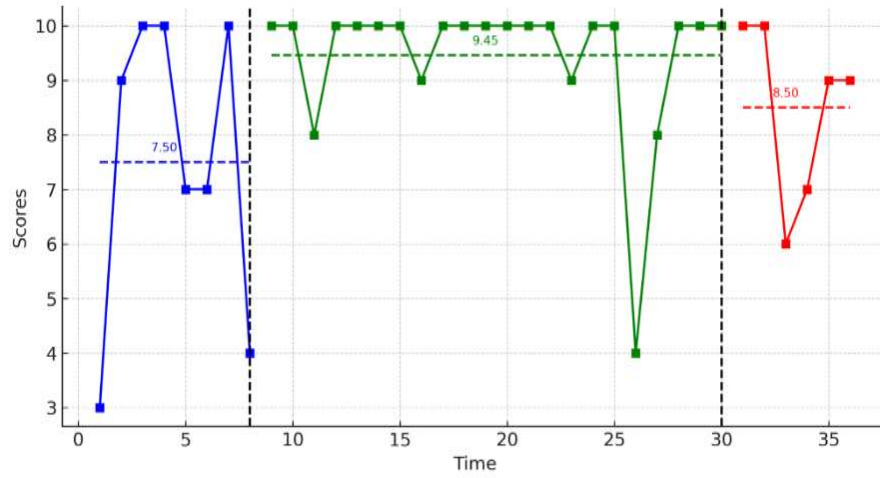
Şekil 4.33. 4. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.30. 4. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
4	Değer Odaklı Yaşam	A-B	-0.0284	-0.1172	0.9067
		A-C	-0.0833	-0.2582	0.7963

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 6.62, müdahale dönemi ortalaması 6.55, izlem dönemi ortalaması ise 6.50 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile hem müdahale hem de izlem aşamaları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.9067$ ve $p = 0.7963$).

4.5.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.34. 4. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6 5. Katılımcı

Çizelge 4.31. 5. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	5
Cinsiyet	Kadın
Yaş	22
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Arkadaşlıkla ilgili bazı stresli durumlar
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	6 ay -12 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Sosyal yaşam/ arkadaşlık Romantik ilişkiler
YAB-7 puanı	15
HSA-9 puanı	13
Yapılan seans sayısı	0

4.6.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.32. 5. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

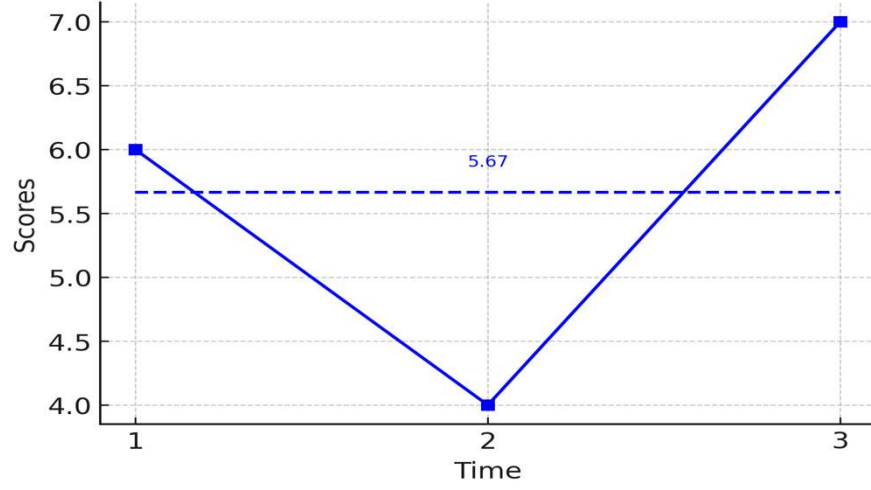
Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DASÖ-21 depresyon	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DASÖ-21 anksiyete	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DASÖ-21 stres	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BKÖ	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DBYÖ	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KEF-II	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ÖDÖ-KF	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21_depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

5. Katılımcı, müdahale sürecine hiç katılım göstermemiş ve ilk ölçüm sonrasında gönüllü olarak çalışmadan ayrılmıştır. Katılımcı, ders programının yoğunlaştığını ve müdahale desteğine olan ihtiyacının azaldığını belirterek uygulamaya devam etmeme kararı almıştır. Bu nedenle, kendisine ilişkin yalnızca Ön Test-1 (Ö1) puanları elde edilebilmiş; takip testleri (Ö2, S, İ) ve Güvenilir Değişim Endeksi (RCI) hesaplamaları yapılamamıştır. Dolayısıyla 5. Katılımcı, analiz sürecine dahil edilmemiştir.

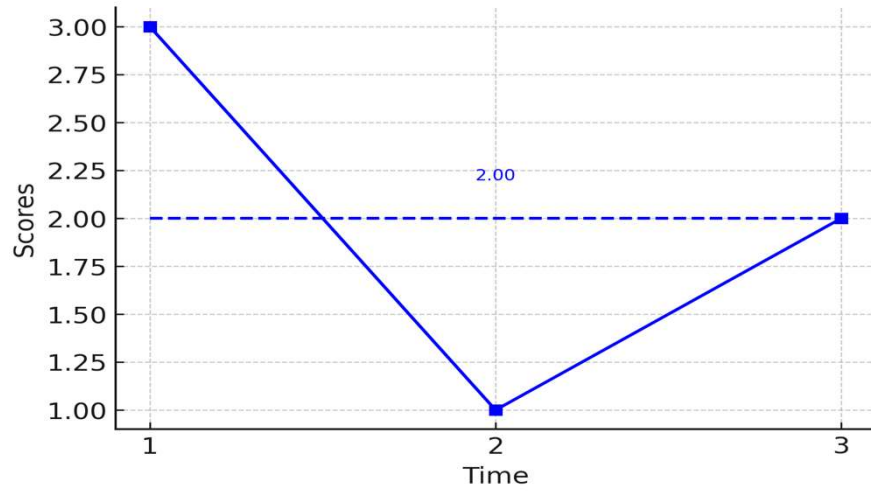
4.6.2 Günlük Ölçümler

4.6.2.1 TOD Şiddeti



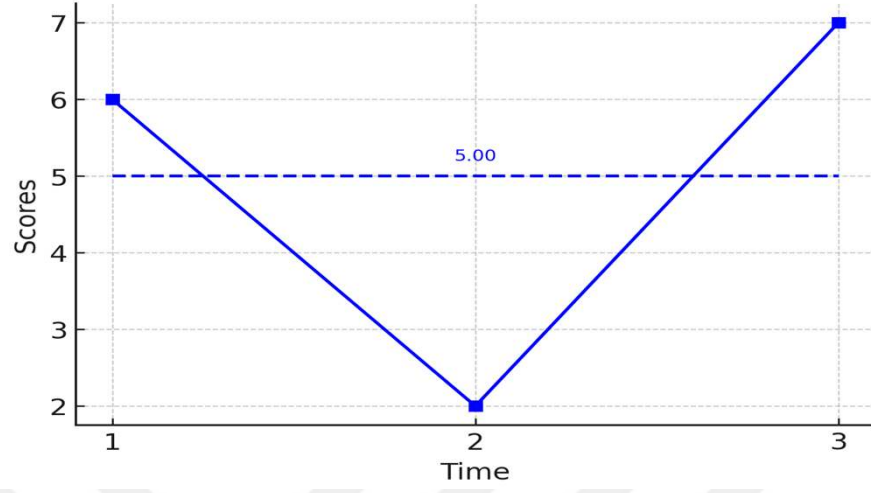
Şekil 4.35. 5. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.2 İşlevsellik Kaybı



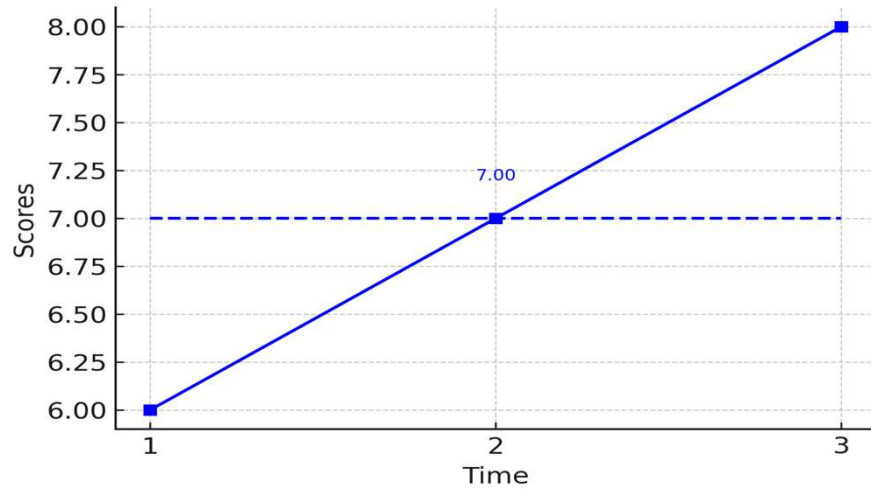
Şekil 4.36. 5. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybının Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



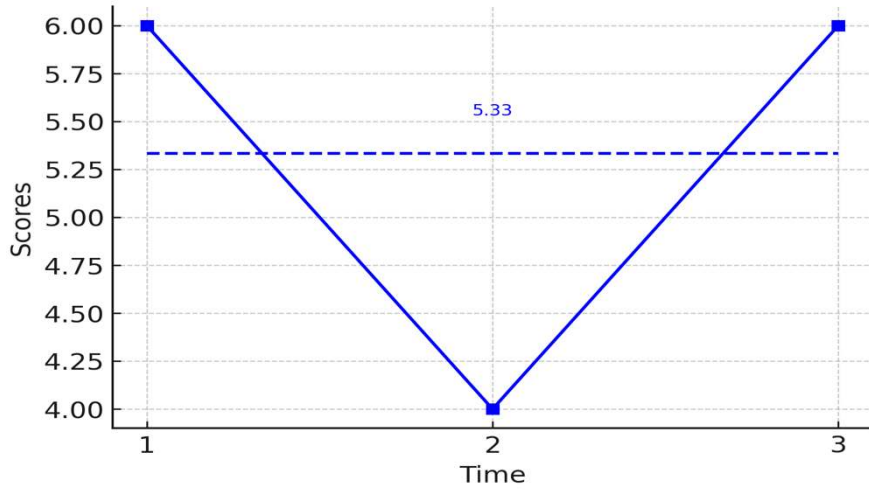
Şekil 4.37. 5. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.4 Yaşantısal Kaçınma



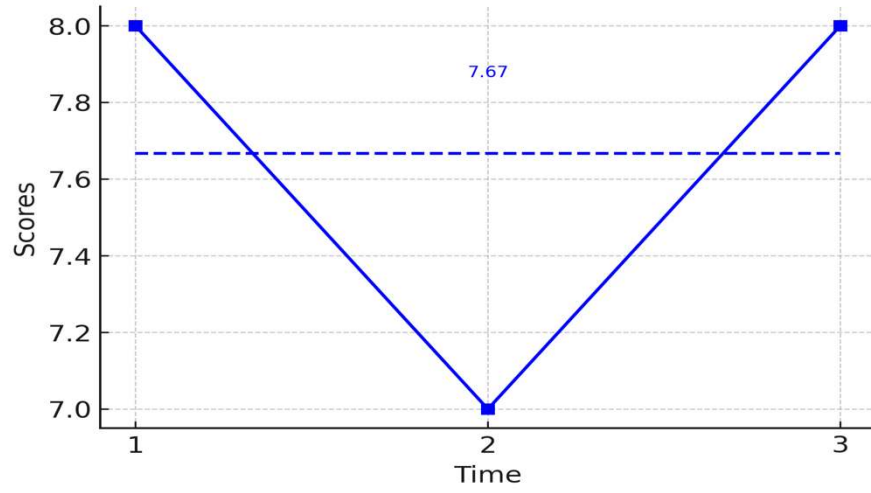
Şekil 4.38. 5. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.5 Bilişsel Birleşme



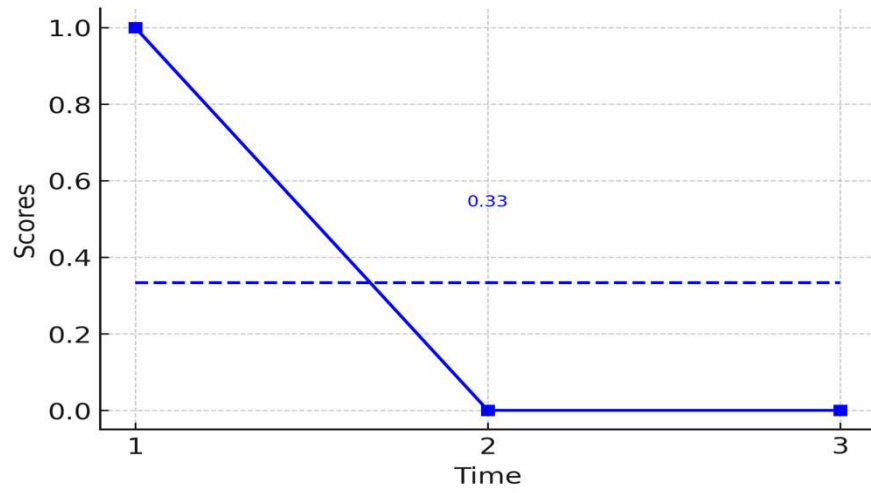
Şekil 4.39. 5. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.6 Değer Odaklı Yaşam



Şekil 4.40. 5. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.6.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.41. 5. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.7 6. Katılımcı

Çizelge 4.33. 6. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	6
Cinsiyet	Kadın
Yaş	20
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Üniversite için şehir değişikliği
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	12 ay – 24 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile Sosyal yaşam/ Arkadaşlık Sağlık
YAB-7 puanı	11
HSA-9 puanı	13
Yapılan seans sayısı	2

4.7.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.34. 6. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	22	31	32	29	-2.32*	-2.58*	-1.81	-0.26	0.52	0.77
DASÖ-21 depresyon	10	9	8	10	0.35	0.71	0	0.35	-0.35	-0.71
DASÖ-21 anksiyete	6	7	3	4	-0.35	1.06	0.70	1.41	1.06	-0.35
DASÖ-21 stres	12	13	8	15	-0.35	1.41	-1.06	1.77	-0.71	-2.47*
BKÖ	39	30	27	26	2.37*	3.16*	3.42*	0.79	1.05	0.26
DBYÖ	49	51	52	44	-0.46	-0.70	1.16	-0.23	1.63	1.86
KEF-II	30	25	21	25	1.00	1.81	1.00	0.80	0	-0.80
ÖDÖ-KF	35	28	32	31	1.62	0.69	0.93	-0.93	-0.69	0.23

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

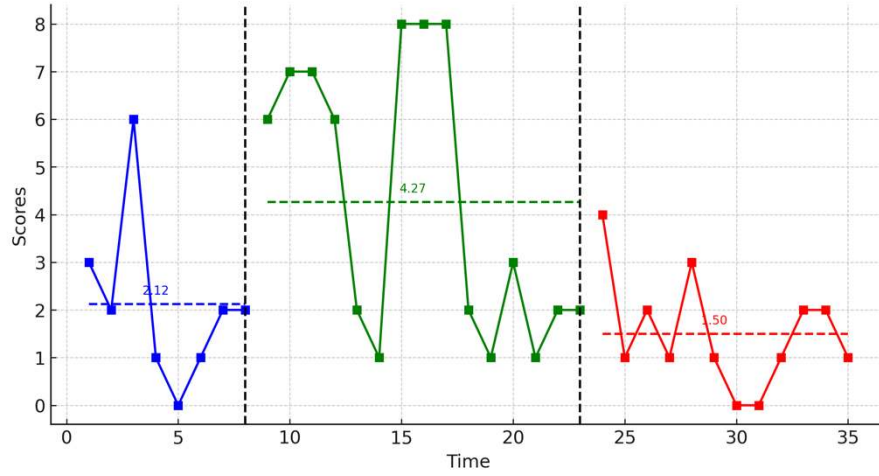
6. Katılımcı, müdahale protokolüne kısmen katılım sağlamış ve sürecin ortalarında gönüllü olarak çalışmadan ayrılmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçların, müdahale oturumlarının tamamına düzenli şekilde maruz kalınmaması bağlamında değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu çerçevede güvenilir değişim indeksleri incelendiğinde, müdahale süreci sonrasında yalnızca bilişsel birleşme (BKÖ) alanında istatistiksel olarak anlamlı ve güvenilir düzeyde bir değişim gözlemlenmiştir. Diğer ölçüm alanlarında ise puan farklılıkları, müdahale ile ilişkili dönemlerde anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Bilişsel birleşme (BKÖ) puanındaki düşüş, hem Ön Test-1 ile Son Test (RCI: 3.16) hem de Ön Test-1 ile İzlem (RCI: 3.42) karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık sınırı olan ± 1.96 'yı aşmıştır. Ayrıca, Ön Test-1 ile Ön Test-2 arasındaki RCI değeri (2.37) de anlamlı bulunmuştur; bu durum, ilgili ölçümdeki değişimin müdahale öncesinde de başladığını düşündürmektedir. Stres (DASÖ-21 stres alt boyutu) puanlarında, Son Test ile İzlem karşılaştırmasında RCI: -2.47 ile anlamlı bir artış gözlenmiştir. Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ), depresyon (DASÖ-21 depresyon alt boyutu), anksiyete (DASÖ-21 anksiyete alt boyutu), değerlere bağlı yaşam (DBYÖ), psikolojik katılık (KEF-II) ve öz şefkat (ÖDÖ-KF) puanlarında çeşitli yönlerde değişimler gözlemlenmiş olsa da, bu farklılıklar ilgili müdahale dönemlerinde anlamlılık eşiğini aşmamıştır. Özellikle PDÖ puanında, Ön Test-1 ile Ön Test-2 (RCI: -2.32) ve Ön Test-1 ile Son Test (RCI: -2.58) karşılaştırmalarında anlamlı değişim elde edilmiştir. Ancak bu değişimlerin müdahale öncesi dönemde başlamış olması, müdahale etkisi açısından dikkatli değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak 6. Katılımcı, bilişsel birleşme (BKÖ) alanında müdahale sürecine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yanıt vermiştir. Diğer ölçüm alanlarında gözlenen değişimler ise müdahale ile doğrudan ilişkilendirilebilecek nitelikte değildir.

4.7.2 Günlük Ölçümler

4.7.2.1 TOD Şiddeti



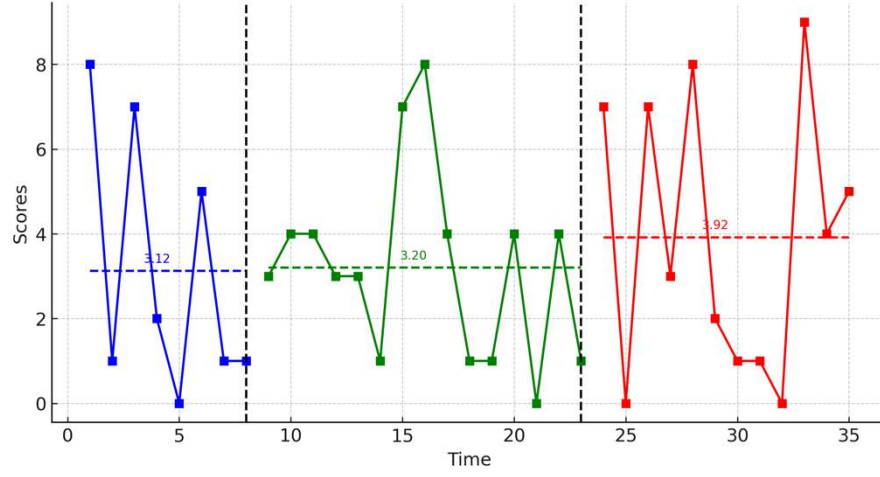
Şekil 4.42. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.35. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
6	TOD Şiddeti	A-B	0.4250	1.6460	0.0998
		A-C	-0.2083	-0.7715	0.4404

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 2.12, müdahale dönemi ortalaması 4.27, izlem dönemi ortalaması ise 1.50 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda gözlenen artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.0998$). Aynı şekilde, başlama düzeyi ile izlem dönemi arasındaki karşılaştırma da istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p = 0.4404$).

4.7.2.2 İşlevsellik Kaybı



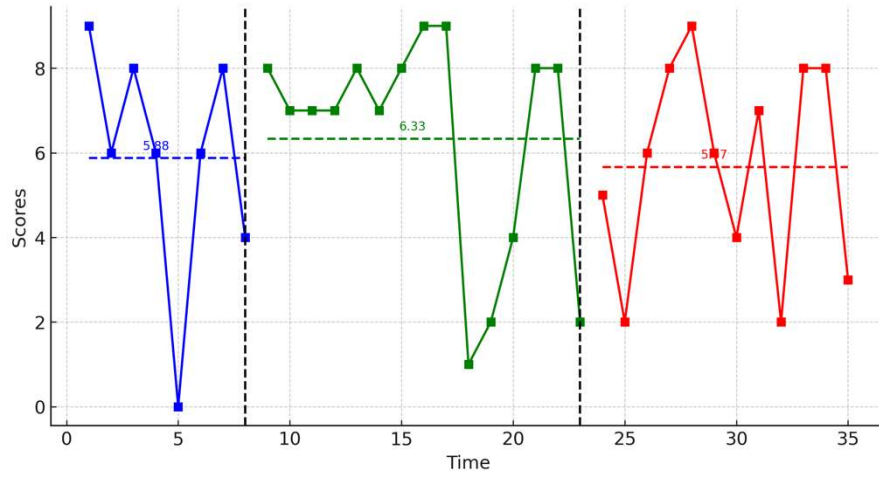
Şekil 4.43. 6. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.36. 6. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
6	İşlevsellik Kaybı	A-B	0.0800	0.2905	0.7715
		A-C	0.1453	0.5015	0.6160

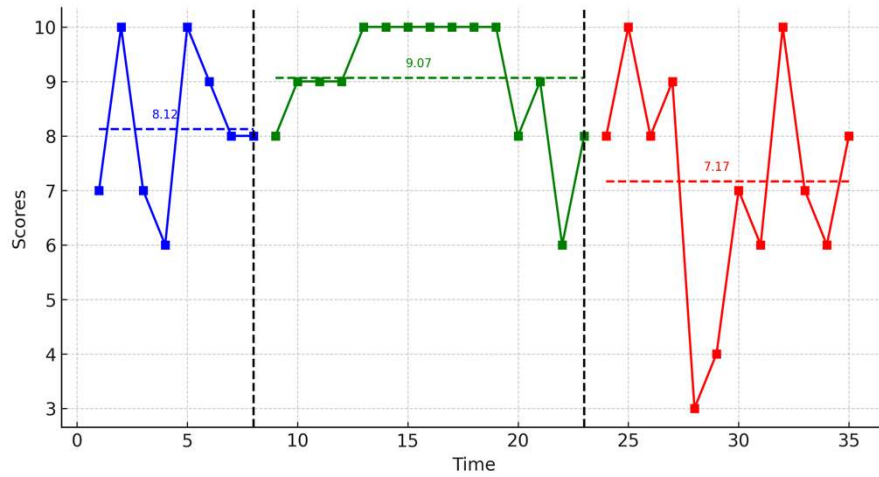
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 3.12, müdahale dönemi ortalaması 3.20, izlem dönemi ortalaması ise 3.92 olarak hesaplanmıştır. Her iki karşılaştırmada da (A-B ve A-C) istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p = 0.7715$ ve $p = 0.6160$).

4.7.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.44. 6. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.7.2.4 Yaşantısal Kaçınma



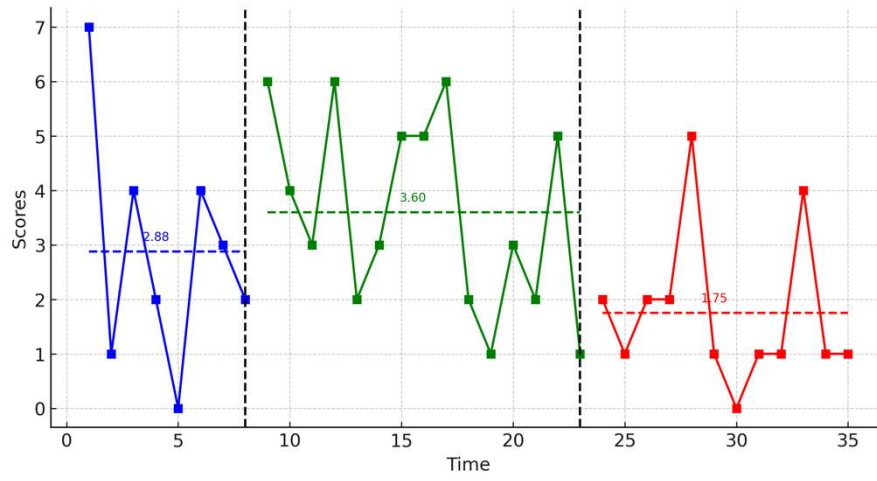
Şekil 4.45. 6. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.37. 6. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
6	Yaşantısal Kaçınma	A-B	0.3917	1.5169	0.1293
		A-C	-0.2396	-0.8872	0.3749

Verilere göre yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 8.12, müdahale dönemi ortalaması 9.07, izlem dönemi ortalaması ise 7.17 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırmada yaşantısal kaçınmada istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış gözlenmiştir ($p = 0.1293$). Başlama düzeyi ile izlem aşaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.3749$). Bu bulgular, müdahalenin yaşantısal kaçınma üzerinde günlük ölçümler düzeyinde anlamlı bir etki yaratmadığını ortaya koymaktadır.

4.7.2.5 Bilişsel Birleşme



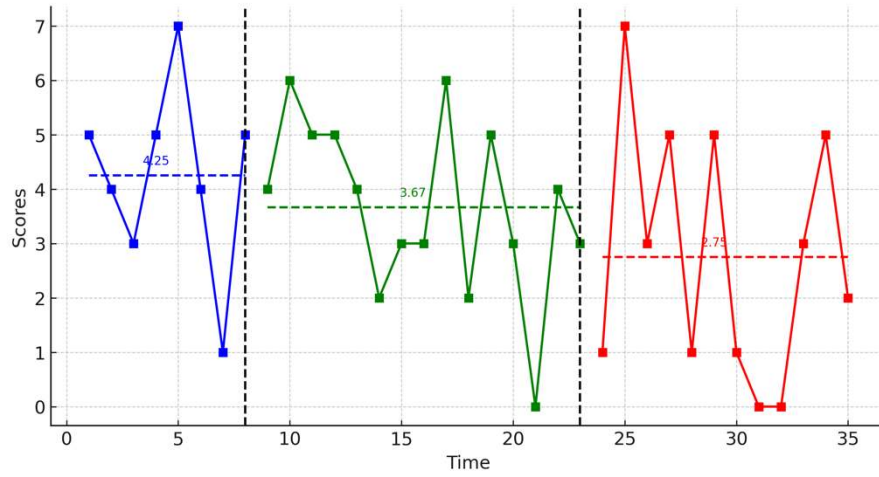
Şekil 4.46. 6. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.38. 6. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
6	Bilişsel Birleşme	A-B	0.2250	0.8714	0.3835
		A-C	-0.3438	-1.2730	0.2030

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 2.88, müdahale dönemi ortalaması 3.60, izlem dönemi ortalaması ise 1.75 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda bilişsel birleşme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.3835$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.2030$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde bilişsel birleşme üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.7.2.6 Değer Odaklı Yaşam



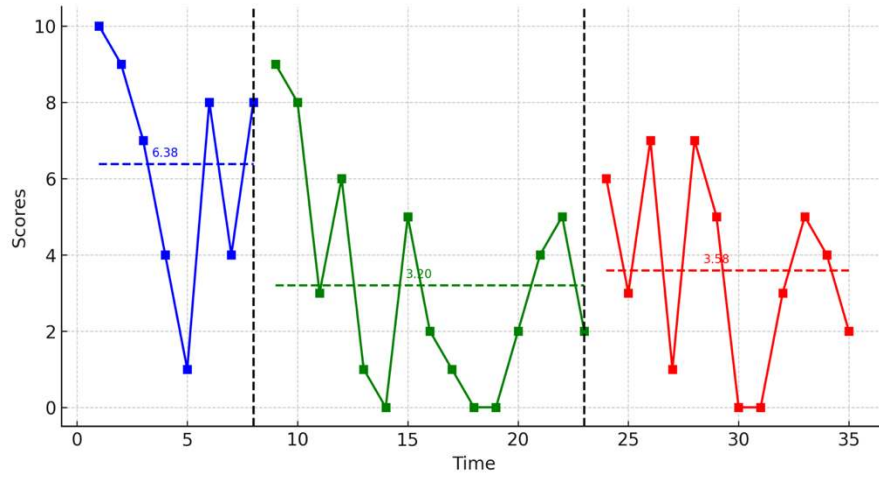
Şekil 4.47. 6. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.39. 6. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
6	Değer Odaklı Yaşam	A-B	-0.2167	-0.8391	0.4014
		A-C	-0.2708	-1.0030	0.3159

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 4.25, müdahale dönemi ortalaması 3.67, izlem dönemi ortalaması ise 2.75 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile hem müdahale hem de izlem aşaması arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.4014$ ve $p = 0.3159$). Bu sonuçlar, günlük ölçümler düzeyinde değer odaklı yaşama yöneliminin müdahale sürecinde anlamlı şekilde değişmediğini göstermektedir.

4.7.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.48. 6. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.8 7. Katılımcı

Çizelge 4.40. 7. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	7
Cinsiyet	Kadın
Yaş	23
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	-
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Üniversiteyi bitirip aile evine dönmesi
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	6 ay-12 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Aile
YAB-7 puanı	14
HSA-9 puanı	18
Yapılan seans sayısı	4

4.8.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.41. 7. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	31	41	25	29	-2.58*	1.55	0.52	4.13*	3.10*	-1.03
DASÖ-21 depresyon	12	8	6	5	1.41	2.12*	2.47*	0.71	1.06	0.35
DASÖ-21 anksiyete	11	11	2	3	0	3.17*	2.82*	3.17*	2.82*	-0.35
DASÖ-21 stres	13	11	8	7	0.71	1.77	2.12*	1.06	1.41	0.35
BKÖ	23	46	25	19	-6.06*	-0.53	1.05	5.53*	7.11*	1.58
DBYÖ	61	60	60	69	0.23	0.23	-1.86	0	-2.09*	-2.09*
KEF-II	41	45	34	24	-0.80	1.40	3.41*	2.21*	4.21*	2.01*
ÖDÖ-KF	31	26	36	39	1.16	-1.16	-1.85	-2.32*	-3.01*	-0.69

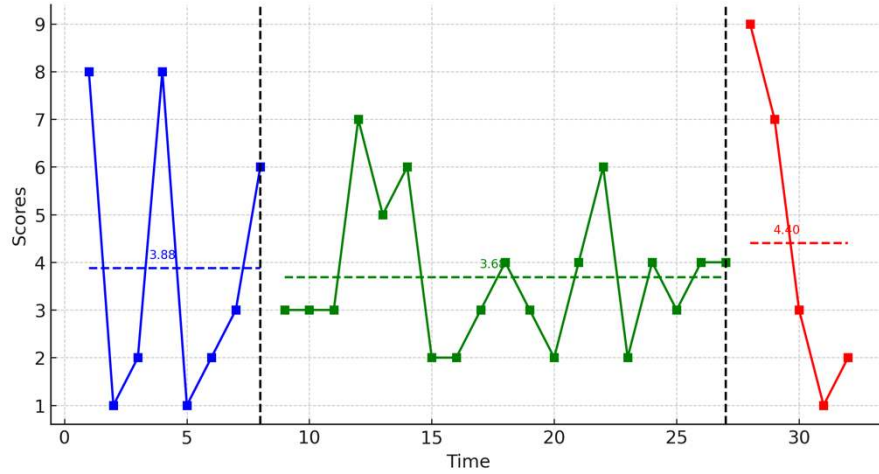
PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

7. Katılımcı, müdahale süreci boyunca çeşitli ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler göstermiştir. Tekrarlayıcı düşünme düzeyinde, Ön Test-2 sonrası yapılan ölçümlerde anlamlı ve sürdürülebilir bir azalma gözlenmiştir (RCI: 4.13 ve 3.10). Depresyon puanlarında, yalnızca Ön Test-1 ile Son Test arasında anlamlı bir fark bulunmuş (RCI: 2.12), ancak bu fark sonraki karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyini koruyamamıştır. Anksiyete puanlarındaki değişim tüm karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (RCI'ler: 3.17, 3.17, 2.82). Stres puanları, yalnızca Ön Test-1 ile İzlem karşılaştırmasında anlamlılık sınırını aşmıştır (RCI: 2.12). Müdahale öncesi ikinci ölçüme kıyasla değişim anlamlılık düzeyine ulaşmasa da, genel eğilim stresin azaldığı yönündedir. Bilişsel birleşme düzeyinde, Ön Test-2 ile yapılan her iki karşılaştırmada da oldukça yüksek düzeyde anlamlı değişim elde edilmiştir (RCI: 5.53 ve 7.11). Bu sonuç, bilişsel esnekliğin arttığını ve müdahalenin bu boyutta güçlü bir etki yarattığını düşündürmektedir. Değerlere bağlı yaşam puanı, Ön Test-2'ye kıyasla anlamlı biçimde artış göstermiştir (RCI: -2.09). Ölçeğin olumlu yönde puanlanması göz önüne alındığında, bu artış değerlere yönelimin güvenilir şekilde güçlendiğini göstermektedir. Psikolojik katılık puanlarında tüm karşılaştırmalarda anlamlı azalma gözlemlenmiştir (RCI'ler: 3.41, 2.21, 4.21). Bu, müdahale sonrasında psikolojik esnekliğin tutarlı biçimde geliştiğini göstermektedir. Öz şefkat düzeyinde de anlamlı artışlar kaydedilmiştir (RCI: -2.32 ve -3.01). Sonuç olarak 7. Katılımcı, tekrarlayıcı düşünme, anksiyete, bilişsel birleşme, değerlere bağlı yaşam, psikolojik katılık ve öz

şefkat alanlarında istatistiksel olarak anlamlı ve müdahaleye bağlı güvenilir iyileşmeler göstermiştir. Depresyon ve stres düzeylerinde de kısmi gelişimler gözlemlenmiştir.

4.8.2 Günlük Ölçümler

4.8.2.1 TOD Şiddeti



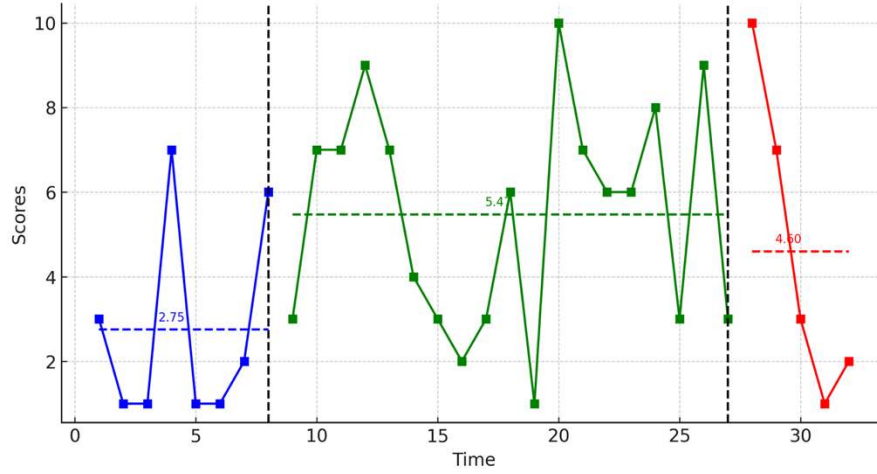
Şekil 4.49. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.42. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
7	TOD Şiddeti	A-B	0.1375	0.5594	0.5759
		A-C	0.1250	0.3660	0.7144

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 3.88, müdahale dönemi ortalaması 3.68, izlem dönemi ortalaması ise 4.40 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda TOD şiddeti düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.5759$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.7144$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde TOD şiddeti üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.8.2.2 İşlevsellik Kaybı



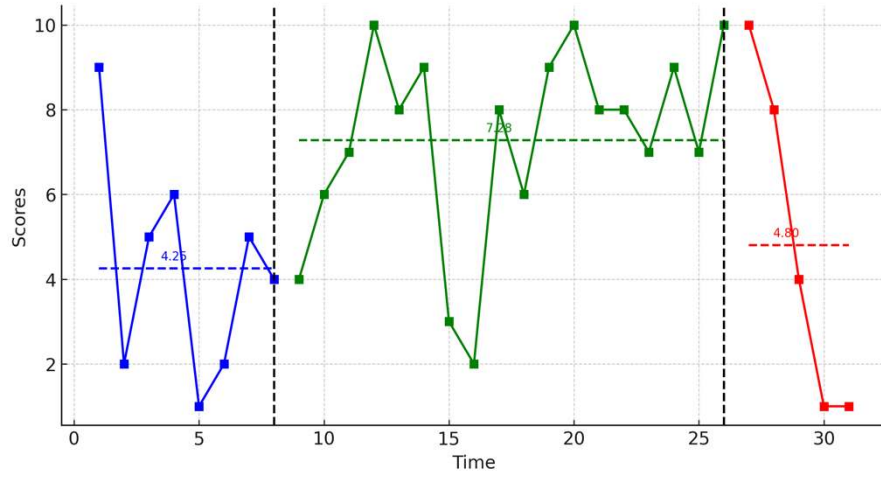
Şekil 4.50. 7. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.43. 7. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
7	İşlevsellik Kaybı	A-B	0.5875	2.3902	0.0168*
		A-C	0.3750	1.0979	0.2723

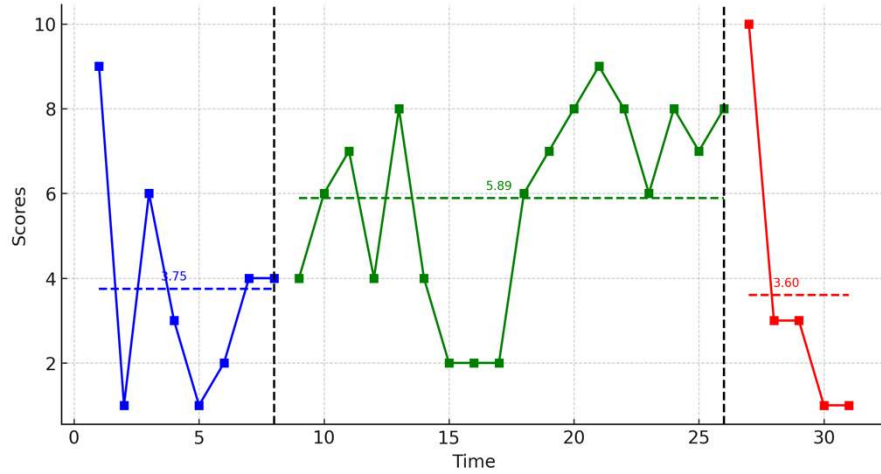
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 2.75, müdahale dönemi ortalaması 5.47, izlem dönemi ortalaması ise 4.60 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda işlevsellik kaybı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür ($p = 0.0168$). Buna karşın, izlem dönemi ile başlama düzeyi arasındaki karşılaştırma anlamlı değildir ($p = 0.2723$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde işlevsellik kaybında kısa vadede bir artış olduğunu, ancak bu etkinin izlemde belirginleşmediğini göstermektedir.

4.8.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.51. 7. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.8.2.4 Yaşantısal Kaçınma



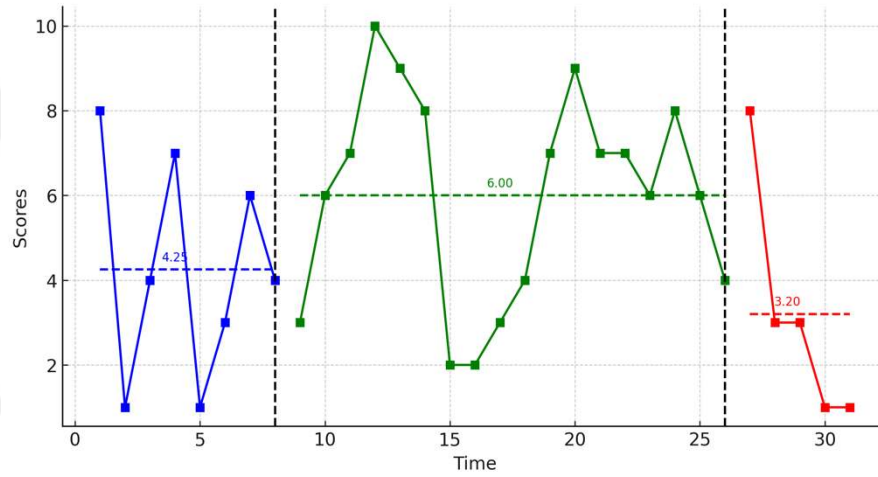
Şekil 4.52. 7. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.44. 7. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
7	Yaşantısal Kaçınma	A-B	0.4688	1.9071	0.0565
		A-C	-0.1500	-0.4392	0.6605

Verilere göre yaşıntısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 3.75, müdahale dönemi ortalaması 5.89, izlem dönemi ortalaması ise 3.60 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda yaşıntısal kaçınma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.0565$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da anlamlı değildir ($p = 0.6605$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde yaşıntısal kaçınma üzerinde anlamlı bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.8.2.5 Bilişsel Birleşme



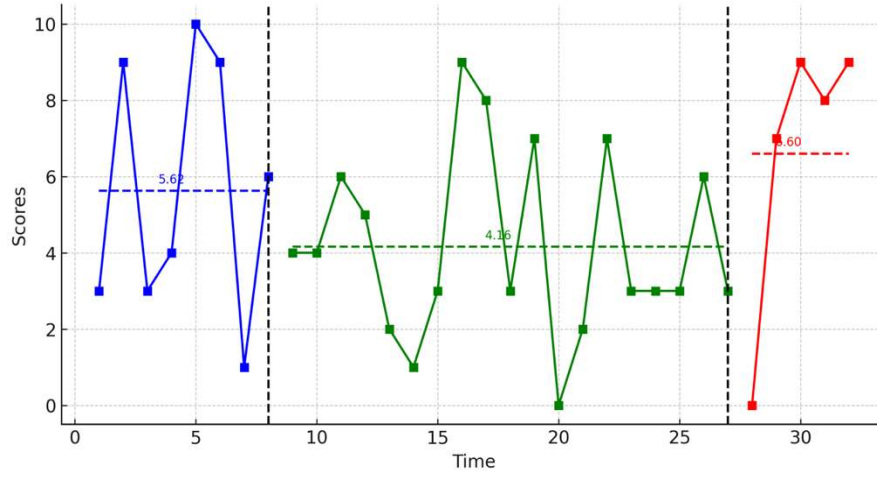
Şekil 4.53. 7. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.45. 7. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
7	Bilişsel Birleşme	A-B	0.3563	1.4494	0.1472
		A-C	-0.2750	-0.8051	0.4208

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 4.25, müdahale dönemi ortalaması 6.00, izlem dönemi ortalaması ise 3.20 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda bilişsel birleşme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.1472$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.4208$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde bilişsel birleşme üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.8.2.6 Değer Odaklı Yaşam



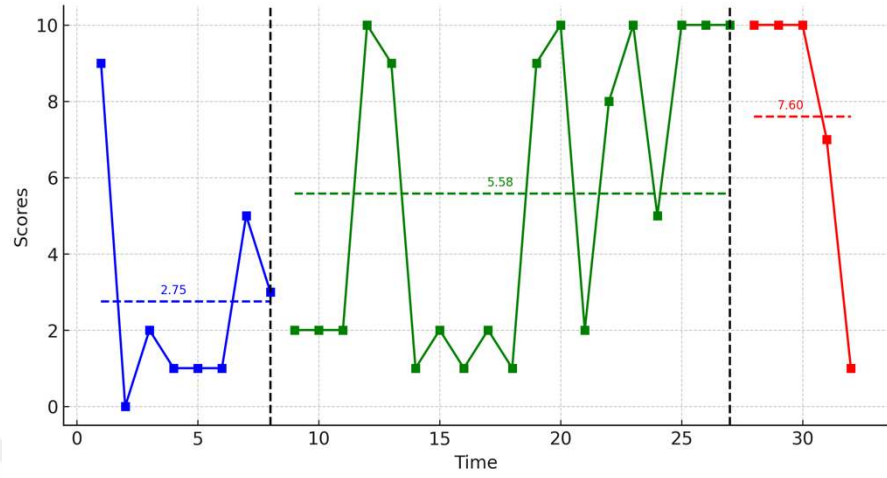
Şekil 4.54. 7. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.46. 7. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
7	Değer Odaklı Yaşam	A-B	-0.2813	-1.1442	0.2525
		A-C	0.1000	0.2928	0.7697

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 5.62, müdahale dönemi ortalaması 4.16, izlem dönemi ortalaması ise 6.60 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda değer odaklı yaşam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.2525$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da anlamlı değildir ($p = 0.7697$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde değer odaklı yaşam üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.8.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.55. 7. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.9 8. Katılımcı

Çizelge 4.47. 8. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	8
Cinsiyet	Kadın
Yaş	28
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	Majör depresyon ve YAB
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	İş yeri değişikliği
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	6 ay -12 ay
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	Sosyal yaşam/ Arkadaşlık İş Romantik ilişkiler Sağlık Maneviyat (Din, ideoloji vb.)
YAB-7 puanı	16
HSA-9 puanı	17
Yapılan seans sayısı	4

4.9.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.48. 8. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	26	52	35	30	-6.71*	-2.32*	-1.03	4.39*	5.68*	1.29
DASÖ-21 depresyon	11	10	7	9	0.35	1.41	0.71	1.06	0.35	-0.71
DASÖ-21 anksiyete	10	11	5	7	-0.35	1.76	1.06	2.11*	1.41	-0.70
DASÖ-21 stres	12	10	9	7	0.71	1.06	1.77	0.35	1.06	0.71
BKÖ	37	37	33	24	0	1.05	3.42*	1.05	3.42*	2.37*
DBYÖ	42	39	51	49	0.70	-2.09*	-1.63	-2.79*	-2.32*	0.46
KEF-II	34	36	31	30	-0.40	0.60	0.80	1.00	1.20	0.20
ÖDÖ-KF	23	17	25	30	1.39	-0.46	-1.62	-1.85	-3.01*	-1.16

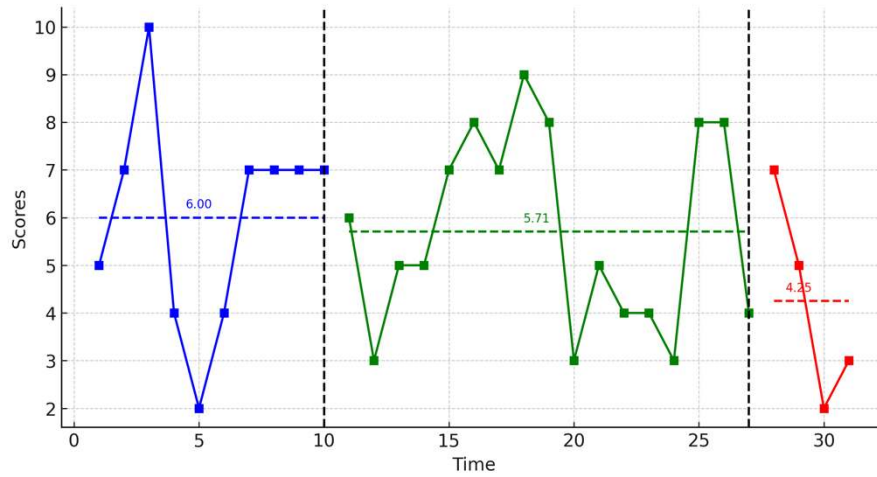
PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

8. Katılımcı, müdahale süreci boyunca özellikle tekrarlayıcı düşünme, anksiyete, bilişsel birleşme ve değerlere bağlı yaşam alanlarında anlamlı ve güvenilir değişimler sergilemiştir. Bununla birlikte bazı ölçeklerde gözlemlenen değişimler istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ) alanında, özellikle Ön Test-2 ile Son Test ve İzlem karşılaştırmalarında anlamlı ve güçlü düşüşler gözlemlenmiştir (RCI: 4.39 ve 5.68). Bu da müdahalenin ruminatif düşünce yapısında kalıcı bir azalma sağladığını göstermektedir. Ön Test-1 ile Son Test arasındaki fark da anlamlıdır (RCI: -2.32), bu da müdahaleye erken tepkinin güçlü olduğunu göstermektedir. Depresyon ve stres puanlarındaki değişimler ise anlamlılık düzeyinin altında kalmıştır. Her iki alanda da puanlarda azalma gözlenirse de RCI değerleri (depresyon için RCI: 0.71; stres için RCI: 1.06) bu değişimlerin istatistiksel olarak güvenilir olmadığını göstermektedir. Anksiyete alanında, Ön Test-2 ile Son Test karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür (RCI: 2.11). Ancak bu düşüş eğilimi İzlem’de sürdürülememiştir. Bilişsel birleşme (BKÖ) puanları açısından, Ön Test-2’ye kıyasla İzlem’de istatistiksel olarak anlamlı bir azalma kaydedilmiştir (RCI: 3.42). Müdahale sonrası etkilerin hem erken hem de geç dönemde sürdürülebilir olduğu izlenmektedir (RCI: 2.37). Değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) ölçeğinde de anlamlı artış gözlemlenmiştir. Ön Test-2 ile Son Test ve İzlem arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (RCI: -2.79 ve -2.32). Bu sonuç, müdahale sonrası değerlere yönelimin güvenilir biçimde arttığını göstermektedir. Ön Test-1 ile Son Test karşılaştırması da anlamlılık göstermektedir (RCI: -2.09), bu da müdahaleye erken ve

olumlu bir yanıt olduğunu destekler niteliktedir. Psikolojik katılık (KEF-II) puanlarında küçük bir düşüş gözlemlenmiş ancak hiçbir zaman aralığında anlamlılık düzeyine ulaşılmamıştır (tüm RCI değerleri <1.96). Bu nedenle psikolojik esneklik açısından güvenilir bir değişim yaşandığı söylenemez. Öz şefkat (ÖDÖ-KF) puanlarında, müdahale sonrasında belirgin bir artış olmasına rağmen yalnızca Ön Test-2 ile İzlem arasındaki fark anlamlılık eşiğini aşmıştır (RCI: -3.01). Bu bulgu, katılımcının kendine karşı şefkat geliştirme sürecinde zamanla olumlu ve istatistiksel olarak güvenilir bir değişim yaşadığını göstermektedir. Sonuç olarak 8. Katılımcı, tekrarlayıcı düşünme, anksiyete, bilişsel birleşme, değerlere bağlı yaşam ve öz şefkat alanlarında istatistiksel olarak anlamlı ve müdahaleye bağlı gelişimler göstermiştir. Depresyon, stres ve psikolojik katılık alanlarında ise değişim izlenmekle birlikte bu değişimler güvenilirlik düzeyine ulaşmamıştır.

4.9.2 Günlük Ölçümler

4.9.2.1 TOD Şiddeti



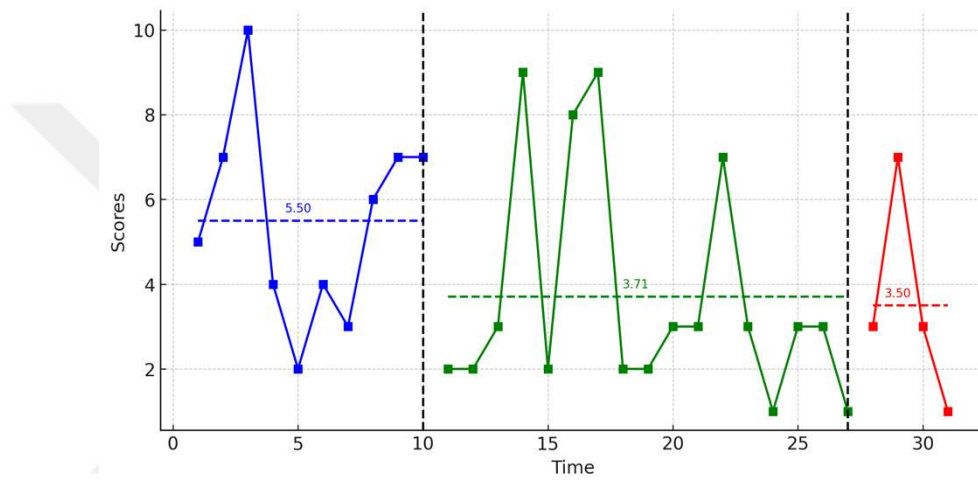
Şekil 4.56. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.49. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
8	TOD Şiddeti	A-B	-0.0412	-0.1757	0.8605
		A-C	-0.425	-1.2021	0.2293

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 6.00, müdahale dönemi ortalaması 5.71, izlem dönemi ortalaması ise 4.25 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda TOD şiddeti düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.8605$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.2293$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde TOD şiddeti üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.9.2.2 İşlevsellik Kaybı



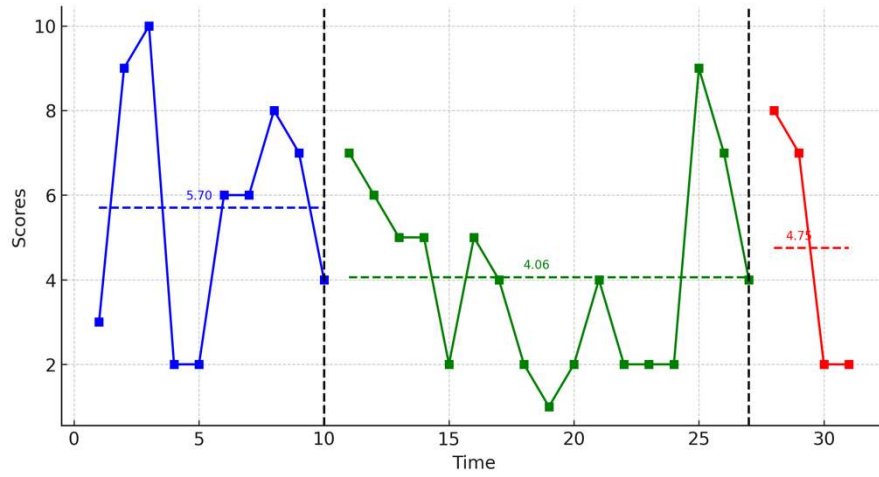
Şekil 4.57. 8. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.50. 8. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
8	İşlevsellik Kaybı	A-B	-0.4588	-1.9582	0.0502*
		A-C	-0.475	-1.3435	0.1791

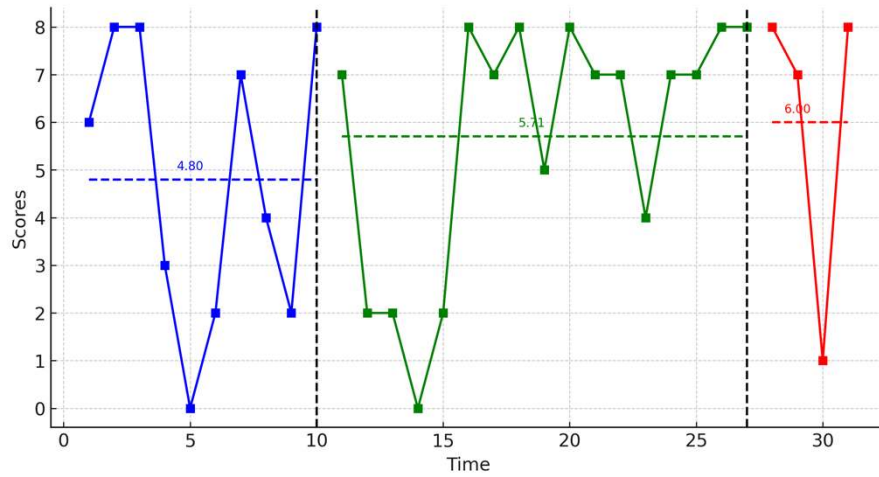
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 5.50, müdahale dönemi ortalaması 3.71, izlem dönemi ortalaması ise 3.50 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda işlevsellik kaybı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür ($p = 0.0502$). Ancak, izlem dönemi ile yapılan karşılaştırma anlamlı değildir ($p = 0.1791$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde işlevsellik kaybında kısa vadeli bir iyileşme eğilimi olduğunu, ancak bu etkinin izlemde sürdürülebilir nitelikte olmadığını düşündürmektedir.

4.9.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.58. 8. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.9.2.4 Yaşantısal Kaçınma



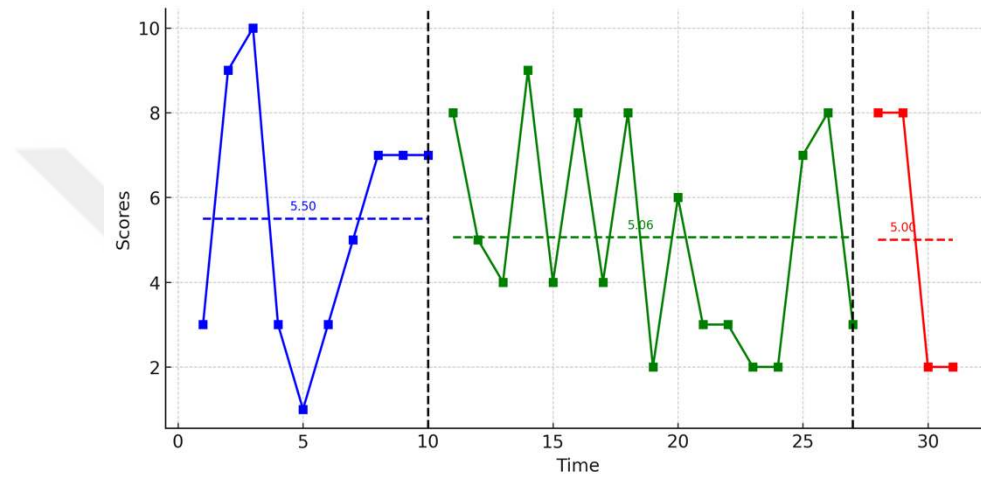
Şekil 4.59. 8. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Verilere göre yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 4.80, müdahale dönemi ortalaması 5.71, izlem dönemi ortalaması ise 6.00 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda yaşantısal kaçınma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.5303$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.5245$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde yaşantısal kaçınma üzerinde anlamlı bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.51. 8. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
8	Yaşantısal Kaçınma	A-B	0.1471	0.6276	0.5303
		A-C	0.225	0.6364	0.5245

4.9.2.5 Bilişsel Birleşme



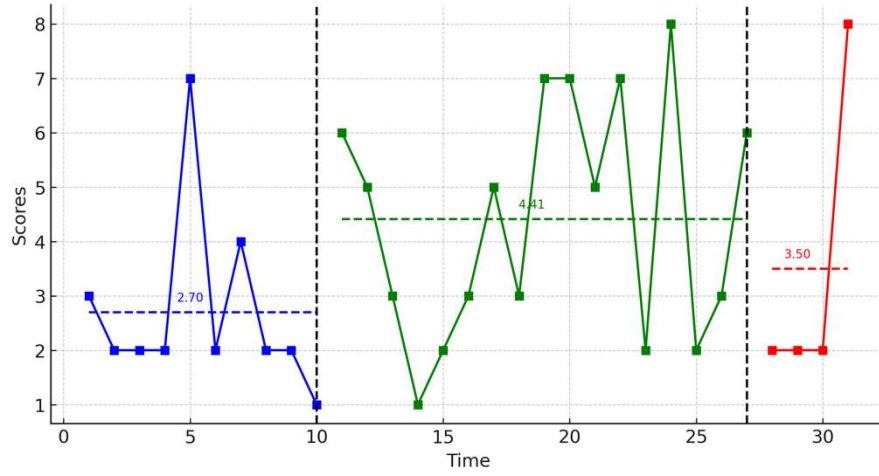
Şekil 4.60. 8.Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.52. 8. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
8	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.0706	-0.3013	0.7632
		A-C	-0.1	-0.2828	0.7773

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 5.50, müdahale dönemi ortalaması 5.06, izlem dönemi ortalaması ise 5.00 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda bilişsel birleşme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.7632$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.7773$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde bilişsel birleşme üzerinde belirgin bir müdahale etkisi olmadığını göstermektedir.

4.9.2.6 Değer Odaklı Yaşam



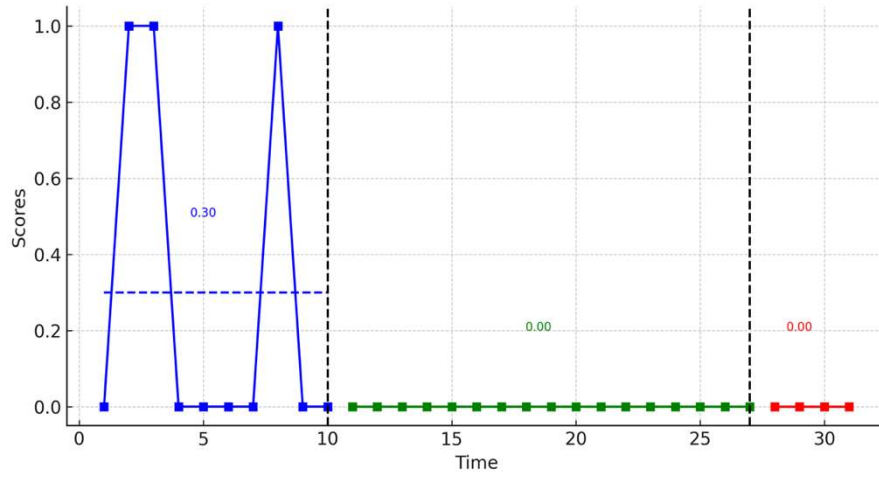
Şekil 4.61. 8. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.53. 8. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
8	Değer Odaklı Yaşam	A-B	0.4824	2.0586	0.0395*
		A-C	0.1	0.2828	0.7773

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 2.70, müdahale dönemi ortalaması 4.41, izlem dönemi ortalaması ise 3.50 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda değer odaklı yaşam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür ($p = 0.0395$). Ancak, izlem dönemi ile yapılan karşılaştırma anlamlı değildir ($p = 0.7773$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde değer odaklı yaşama yöneliminin müdahale sürecinde arttığını, ancak bu etkinin izlem döneminde kalıcı hale gelmediğini göstermektedir.

4.9.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.62. 8. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.10 9. Katılımcı

Çizelge 4.54. 9. Katılımcının Demografik ve Psikososyal Özellikleri

Katılımcı no	9
Cinsiyet	Erkek
Yaş	36
Şu an psikolojik/psikiyatrik tedavi alma durumu	-
Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanısı	YAB
Son iki ay içinde hayatına değişiklik getiren ve yeniden sosyal uyum sağlamayı gerektiren olay/lar	Ticari işleriyle ilgili maddi sorunlar
Şu anki psikolojik zorlanmaların süresi	24 aydan fazla
Yaşanan psikolojik zorlukların etkilediği yaşam alanları	İş Sağlık Maneviyat (Din, ideoloji vb.)
YAB-7 puanı	16
HSA-9 puanı	11
Yapılan seans sayısı	4

4.10.1 Standart Ölçümler

Çizelge 4.55. 9. Katılımcının Standart Ölçüm Puanlarının Güvenilir Değişim Endeksi

Ölçüm	Ön Test -1 (Ö1)	Ön Test-2 (Ö2)	Son Test (S)	İzlem (İ)	RCI (Ö1-Ö2)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö1-İ)	RCI (Ö1-S)	RCI (Ö2-İ)	RCI (S-İ)
PDÖ	42	38	41	36	1.03	0.26	1.55	-0.77	0.52	1.29
DASÖ-21 depresyon	8	12	5	6	-1.41	1.06	0.71	2.47*	2.12	-0.35
DASÖ-21 anksiyete	4	5	3	4	-0.35	0.35	0	0.70	0.35	-0.35
DASÖ-21 stres	9	10	7	5	-0.35	0.71	1.41	1.06	1.77	0.71
BKÖ	31	29	20	23	0.53	2.90*	2.11*	2.37*	1.58	-0.79
DBYÖ	27	30	48	28	-0.70	-4.88*	-0.23	-4.18*	0.46	4.64*
KEF-II	35	35	32	32	0	0.60	0.60	0.60	0.60	0
ÖDÖ-KF	27	28	28	19	-0.23	-0.23	1.85	0	2.08*	2.08*

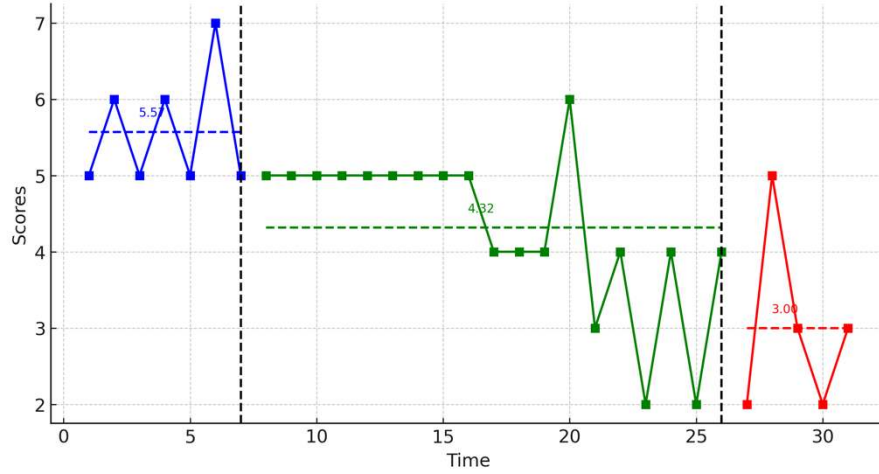
PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

9. Katılımcının değerlendirme sürecinde, özellikle bilişsel birleşme, değerlere bağlı yaşam ve öz şefkat alanlarında dikkat çekici puan değişimleri gözlemlenmiştir. Diğer ölçümlerde ise görece sınırlı düzeyde ya da anlamlılık eşiğine ulaşmayan değişimler izlenmiştir. Tekrarlayıcı düşünme (PDÖ) düzeyinde gözlenen değişimler anlamlılık düzeyinin altında kalmıştır. Özellikle Ön Test-2 sonrası farklar (RCI: 0.52) anlamlı bir değişime işaret etmemektedir. Depresyon alanında, yalnızca Ön Test-2 ile Son Test arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (RCI: 2.47). Anksiyete ve stres puanlarındaki değişimler istatistiksel olarak anlamlılık eşiğinin altında kalmıştır. Bu alanlarda müdahale sonrası küçük değişimler gözlemlense de bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bilişsel birleşme (BKÖ) açısından, hem Ön Test-1 ile Son Test (RCI: 2.90) hem de Ön Test-2 ile Son Test karşılaştırmaları (RCI: 2.11) anlamlı bulunmuştur. Değerlere bağlı yaşam (DBYÖ) puanlarında Ön Test-1 ile Son Test karşılaştırması, anlamlı ve dikkat çekici bir değişime işaret etmektedir (RCI: -4.88). Bu fark, müdahaleye güçlü bir erken yanıt alındığını göstermektedir. Ancak İzlem’de bu etki azalmıştır (RCI: -0.23). Psikolojik katılık (KEF-II) puanları sabit kalmış ve hiçbir zaman aralığında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermemiştir. Katılımcının öz şefkat puanlarında müdahale sonrası dönemin ilk aşamasında bir değişiklik gözlenmemiştir. Ancak İzlem’de puanlar anlamlı biçimde düşmüş (RCI: 2.08) ve bu düşüş klinik olarak önem taşımaktadır. Sonuç olarak 9. Katılımcı, bilişsel birleşme ve değerlere bağlı yaşam alanlarında müdahaleye güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı yanıtlar vermiştir. Ancak öz şefkat düzeyinde izleme döneminde bir düşüş gözlenmiş,

tekrarlayıcı düşünme, anksiyete, stres ve psikolojik katılık alanlarında ise değişimler istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

4.10.2 Günlük Ölçümler

4.10.2.1 TOD Şiddeti



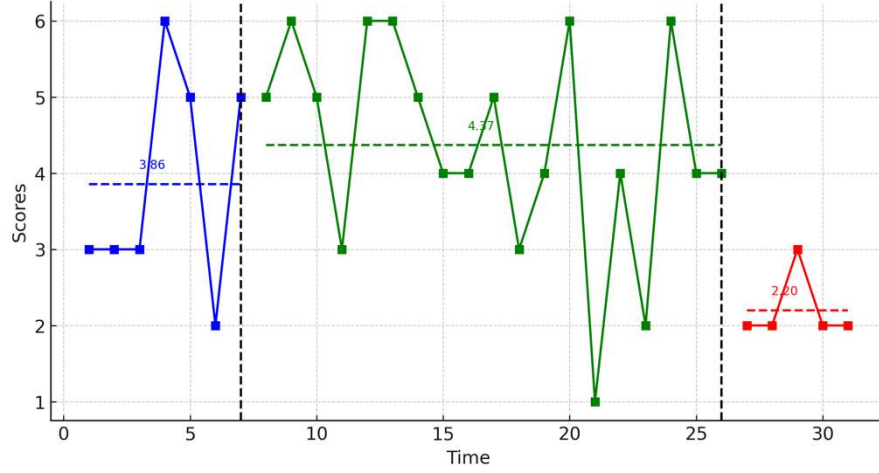
Şekil 4.63. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.56. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddeti İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
9	TOD Şiddeti	A-B	-0.6541	-2.5146	0.0119*
		A-C	-0.8857	-2.5172	0.0118*

Verilere göre TOD şiddetinin başlama düzeyi ortalaması 5.57, müdahale dönemi ortalaması 4.32, izlem dönemi ortalaması ise 3.00 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda TOD şiddeti düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür ($p = 0.0119$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da anlamlıdır ($p = 0.0118$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde TOD şiddetinde müdahale etkisinin belirgin ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir.

4.10.2.2 İşlevsellik Kaybı



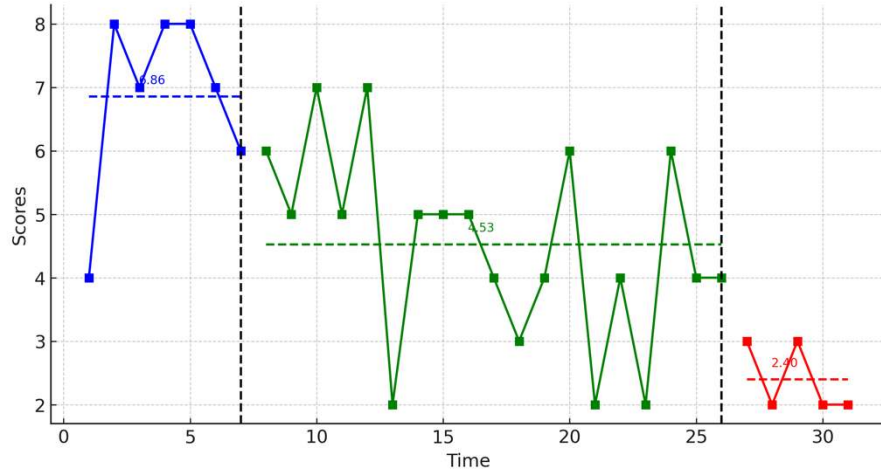
Şekil 4.64. 9. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.57. 9. Katılımcının Günlük İşlevsellik Kaybı Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
9	İşlevsellik Kaybı	A-B	0.2331	0.8960	0.3702
		A-C	-0.7429	-2.1112	0.0348*

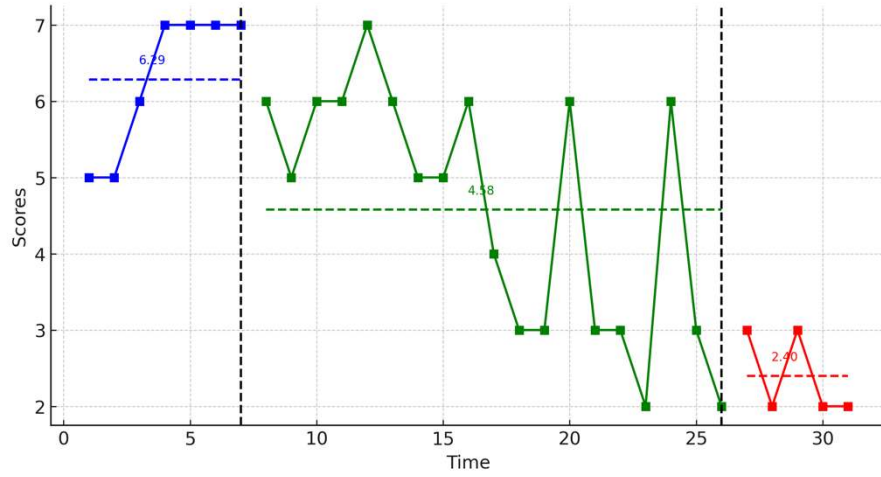
Verilere göre işlevsellik kaybının başlama düzeyi ortalaması 3.86, müdahale dönemi ortalaması 4.37, izlem dönemi ortalaması ise 2.20 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda işlevsellik kaybı düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0.3702$). Ancak izlem dönemi ile yapılan karşılaştırmada anlamlı bir azalma görülmüştür ($p = 0.0348$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde işlevsellik kaybında müdahale etkisinin gecikmeli ve izlemde daha belirgin olduğunu göstermektedir.

4.10.2.3 Olumsuz Duygu/His Varlığı



Şekil 4.65. 9. Katılımcının Günlük Olumsuz Duygu/His Varlığı Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

4.10.2.4 Yaşantısal Kaçınma



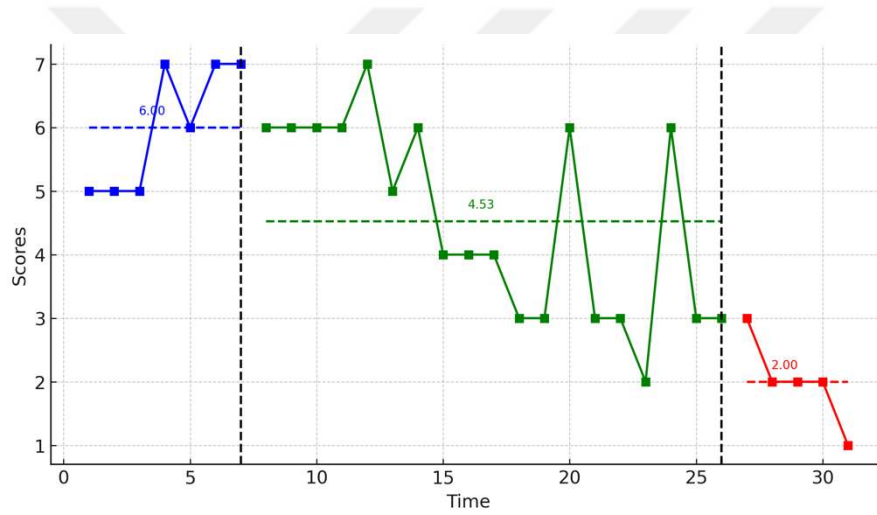
Şekil 4.66. 9. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.58. 9. Katılımcının Günlük Yaşantısal Kaçınma Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
9	Yaşantısal Kaçınma	A-B	-0.7218	-2.7748	0.0055*
		A-C	-1.4000	-3.9788	0.0001*

Verilere göre yaşantısal kaçınmanın başlama düzeyi ortalaması 6.29, müdahale dönemi ortalaması 4.58, izlem dönemi ortalaması ise 2.40 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda yaşantısal kaçınma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür ($p = 0.0055$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da anlamlıdır ($p = 0.0001$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde yaşantısal kaçınma üzerinde anlamlı bir müdahale etkisi olduğunu göstermektedir.

4.10.2.5 Bilişsel Birleşme



Şekil 4.67. 9.Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

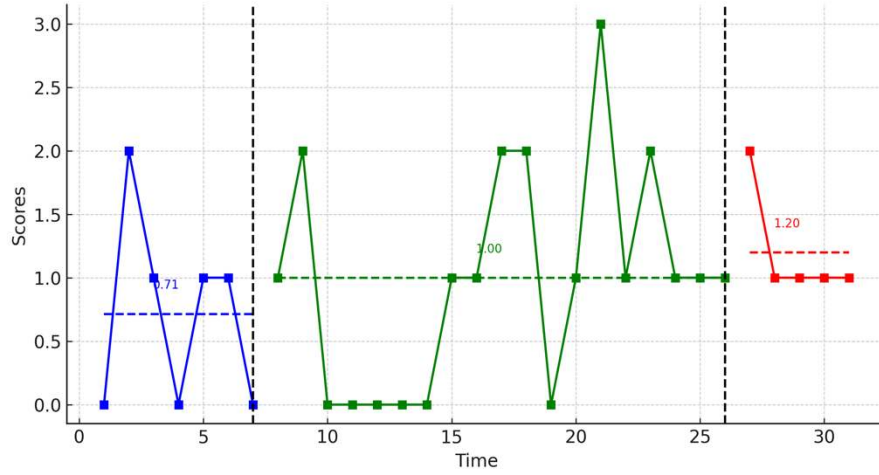
Çizelge 4.59. 9. Katılımcının Günlük Bilişsel Birleşme Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
9	Bilişsel Birleşme	A-B	-0.6241	-2.3990	0.0164*
		A-C	-1.3714	-3.8976	0.0001*

Verilere göre bilişsel birleşmenin başlama düzeyi ortalaması 6.00, müdahale dönemi ortalaması 4.53, izlem dönemi ortalaması ise 2.00 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda bilişsel birleşme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür ($p = 0.0164$). İzlem dönemi

ile yapılan karşılaştırma da anlamlıdır ($p = 0.0001$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde bilişsel birleşmede müdahalenin etkili ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir.

4.10.2.6 Değer Odaklı Yaşam



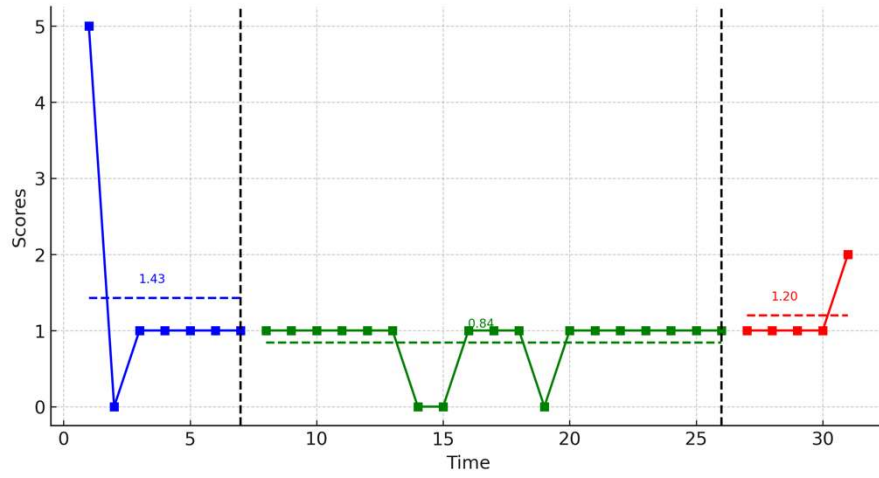
Şekil 4.68. 9. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümünün Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.60. 9. Katılımcının Günlük Değer Odaklı Yaşam Ölçümü İçin TAU Analizi

Katılımcı	Ölçüm	Faz	Tau	Z skoru	p değeri
9	Değer Odaklı Yaşam	A-B	0.1729	0.6648	0.5062
		A-C	0.4000	1.1368	0.2556

Verilere göre değer odaklı yaşamın başlama düzeyi ortalaması 0.71, müdahale dönemi ortalaması 1.00, izlem dönemi ortalaması ise 1.20 olarak hesaplanmıştır. Başlama düzeyi ile müdahale aşaması arasındaki karşılaştırma sonucunda değer odaklı yaşam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p = 0.5062$). İzlem dönemi ile yapılan karşılaştırma da benzer şekilde anlamlı değildir ($p = 0.2556$). Bu bulgular, günlük ölçümler düzeyinde değer odaklı yaşama yöneliminin müdahaleden anlamlı düzeyde etkilenmediğini göstermektedir.

4.10.2.7 Dış Faktörler



Şekil 4.69. 9. Katılımcının Günlük TOD Şiddetinin Dış Faktör Etkisi Altındaki Zaman İçindeki Görsel Analizi

Çizelge 4.61. Katılımcıların Ön Test-1 ve Son Test Puanları Arasında Güvenilir Değişim Gösterdiği Ölçüm Boyutları

Ölçüm	0	1	2	3	4	7	8	9
PDÖ	*	*	*	*	*		*(+)	
DASÖ-21 depresyon		*	*	*		*		
DASÖ-21 anksiyete	*	*		*		*		
DASÖ-21 stres	*	*	*	*	*			
BKÖ	*	*	*	*				*
DBYÖ	*		*		*		*	*
KEF-II	*	*	*					
ÖDÖ-KF	*		*					

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖDÖ-KF: Öz Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

Çizelge 4.62. Tüm Katılımcıların Ön Test-2 ve İzlem Puanları Arasında Güvenilir Değişim Gösterdiği Ölçüm Boyutları

Ölçüm	1	2	3	4	7	8	9
PDÖ	*	*	*	*	*	*	
DASÖ-21 depresyon	*	*	*	*			
DASÖ-21 anksiyete			*	*	*		
DASÖ-21 stres	*	*	*	*			
BKÖ	*	*	*	*	*	*	
DBYÖ	*	*	*	*	*	*	
KEF-II	*	*	*	*	*		
ÖDÖ-KF	*	*	*	*	*	*	*(-)

PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, DASÖ-21 depresyon: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 depresyon alt boyutu, DASÖ-21 anksiyete: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 anksiyete alt boyutu, DASÖ-21 stres: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 stres alt boyutu, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği, DBYÖ: Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği, KEF-II: Kabul ve Eylem Formu, ÖDÖ-KF: ÖZ Duyarlılık Ölçeği-Kısa Formu

Çalışma kapsamında geliştirilen müdahale protokolünü tamamlayan tüm katılımcıların ön test, müdahale sonrası test ve izlem döneminde elde edilen ölçüm puanlarının güvenilir değişim düzeylerini gösteren bulgular Çizelge 4.62. ve Çizelge 4.63.'te sunulmuştur. Hazırlanan çizelgeler, her bir ölçüm boyutunda katılımcıların bireysel düzeyde anlamlı bir değişim gösterip göstermediğini ortaya koymaktadır. Çizelgelerde yıldız işaretleri (*) güvenilir değişimi belirtmektedir. Değişimin beklenmedik yönde anlamlı şekilde gerçekleşmesi, yalnızca ön test-1 ve Son Test arasındaki ölçümde 8. Katılımcının PDÖ puanında gözlenmiş olup, bu durum ayrıca belirtmek amacıyla (+) işareti ile ifade edilmiştir.

Çizelge 4.63. Tüm Katılımcıların Günlük Ölçümlerinde Faz Karşılaştırmalarının Etki Yönü ve Anlamlılık Durumu

		Katılımcı No							
		0	1	2	3	4	7	8	9
Ölçüm	Faz	Yönü (+/-)							
TOD Şiddeti	A-B	-	-	-*	-*	+	-	-	-
	A-C	-*	-*	-*	-*	-	+	-	-
İşlevsellik Kaybı	A-B	-	-	-*	-*	-	+	-*	+
	A-C	-*	-*	-*	-*	-	+	-	-*
Yaşantısal Kaçınma	A-B	-	-	-*	+	+	+	+	-*
	A-C	-*	-*	-*	-	-*	-	+	-*
Bilişsel Birleşme	A-B	-	-	-*	-*	-	+	-	-*
	A-C	-	-*	-*	-*	-	-	-	-*
Değer Odaklı Yaşam	A-B	+	-*	+	+	-	-	+	+
	A-C	+	+	+	+	-	+	+	+

Günlük ölçüm verilerine göre değişkenler açısından müdahaleyi tamamlayan tüm katılımcıların A-B ve A-C faz karşılaştırmalarında gözlenen değişimlerin yönü ve anlamlılık düzeylerini gösteren bulgular Çizelge 4.64.'te sunulmuştur. Çizelgede artı (+) ve eksi (-) işaretleri değişimin yönünü, yıldız işaretleri (*) ise istatistiksel anlamlılık düzeyini ifade etmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, geliştirilen şefkat odaklı ACT protokolünün, TOD üzerindeki etkisi çoklu başlama düzeyli tek denekli deneysel desen kullanılarak incelenmiştir. Katılımcıların gelişim süreci hem standart psikolojik ölçüm araçları hem de günlük ölçüm soruları aracılığıyla izlenmiştir. Standart ölçüm araçlarıyla, TOD şiddeti, depresyon, anksiyete, stres, bilişsel birleşme, değerlere bağlı yaşam, öz şefkat ve psikolojik katılık düzeyleri değerlendirilmiştir. Günlük ölçümlerde ise TOD şiddeti, işlevsellik kaybı, yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme ve değer odaklı yaşama ilişkin veriler toplanmıştır. Aynı psikolojik değişkenlerin hem standart ölçeklerle hem de günlük ölçüm sorularıyla izlenmesi, hem genel eğilimleri hem de mikro düzeydeki değişimleri anlamaya olanak tanıyarak daha bütüncül bir değerlendirme sunmuştur.

10 katılımcının yer aldığı çalışmada yaş dağılımı 20–42 arasında olup, cinsiyet dağılımı 9 kadın ve 1 erkek şeklindedir. Literatür, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde TOD bildirdiğini göstermektedir (Johnson ve Whisman, 2013; Lilly vd., 2023). Dolayısıyla örneklemimizdeki cinsiyet dengesizliği, kadınların müdahaleye daha sık başvurması bakımından beklenen bir durumdur. Nitekim TOD odaklı müdahale çalışmalarında da katılımcı çoğunluğunu genellikle kadınlar oluşturmuştur (Bell vd., 2023; Egan vd., 2024; Stenzel vd., 2025). Katılımcıların büyük çoğunluğu (n=8), son bir yıl içerisinde yaşanan üniversite değişikliği, mezuniyet, iş/staj süreci, aile içi çatışmalar ya da sosyal çevre kaynaklı olaylar nedeniyle psikolojik zorlanma yaşadıklarını bildirmiştir. Psikolojik zorlanma süreleri en az 6 ay ile 24 aydan fazlaya kadar değişmekte olup, çoğu katılımcı bu sürenin 6–12 ay aralığında olduğunu belirtmiştir. Pilot çalışmaya katılan katılımcı, müdahale sürecine tam olarak dahil olmasına karşın standart ölçüm basamaklarından Öntest-2 uygulanmamış ve günlük ölçümlerdeki bilişsel birleşme sorusu alınmamıştır. Bu iki ölçüm, pilot çalışmadan sonra yapılan güncellemeyle değerlendirme sürecine eklenmiştir.

Katılımcıların bir bölümünün daha önce depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı aldığı bilinmektedir. Tanı almamış olanlarda ise gözlemler ve ölçümler, psikolojik zorlanmalar bulunduğuna işaret etmektedir. Bildirilen zorlukların en çok etkilediği yaşam alanları arasında daha çok sosyal bağlamlara ilişkili olan aile, arkadaşlık, sosyal yaşam, romantik ilişkiler, akademik/mesleki yaşam, sağlık ve maneviyat gibi çoklu temalar yer almaktadır. Katılımcılar, çalışmaya dahil edilmeden önce Hasta Sağlığı Anketi-9 (HSA-9) ve/veya Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği-7 (YAB-7) puanlarına göre

değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriteri olarak, her iki ölçekten en az 10 puan alınması ya da tek bir ölçekte 15 ve üzeri puan alınması koşulu belirlenmiştir. Bu bağlamda çalışmaya, belirgin düzeyde psikolojik belirti gösteren bireyler dahil edilmiştir.

Müdahale protokolü kapsamında 10 katılımcıdan 8'si dört seansı tamamlamıştır. Bir katılımcı hiç seans almadan süreci sonlandırmış, diğer bir katılımcı ise süreci iki seans sonunda bırakmıştır. Bu iki katılımcının bireysel analizleri raporlanmakla birlikte, müdahalenin genel etkinliğine ilişkin değerlendirmelere dahil edilmemiştir. Müdahalenin etkinliği değerlendirilen bu sekiz katılımcının depresyon düzeyini gösteren HSA-9 puanları 11 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama puan 15.88'dir. Anksiyete düzeyini gösteren YAB-7 puanları ise 10 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalama puanı 13.50'dir. Bu değerler, HSA-9 (≥ 10) ve YAB-7 için ($\geq 8-10$) belirlenen önerilen klinik eşik değerinin üzerinde olup, uluslararası kılavuzlarda 'en az orta düzey semptom şiddeti' kategorisine karşılık gelmektedir (Konkan vd., 2013; Kroenke vd., 2001; Spitzer vd., 2006). Bu şiddet düzeyi, kılavuzlara göre (American Academy of Family Physicians, 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2022) profesyonel müdahale (psikoterapi ve/veya farmakoterapi) gerektiren grubu ifade eder. Dolayısıyla, katılımcılar çalışmanın hedeflediği klinik destek gereksinimi bulunan popülasyon ile tutarlıdır.

Çalışma için geliştirilen ACT ve şefkat temelli dört seanslık protokol ile TOD şiddetinin azaltılması, sürdürücü işlevlerinin zayıflatılması ve psikolojik katılık seviyelerinin düşürülmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bulguları, uygulanan müdahalenin protokolü eksiksiz tamamlayan sekiz katılımcının tamamında TOD puanlarını düşürdüğünü, bunlardan yedisinde (%88) düşüşün güvenilir değişim eşiğini aştığını ortaya koymuştur (bkz. Çizelge 4.62. ve 4.63.). Araştırmamızda, TOD odaklı ACT tek oturumluk protokolün %82 (9/11) oranında (Ruiz vd., 2016), iki oturumluk protokolün %90 (9/10) oranında (Ruiz vd., 2018) ve üç oturumluk protokolün de %83 (5/6) oranında (Ruiz vd., 2020) klinik etkinlik gösterdiği saptanan önceki çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dolayısıyla, bulgularımız literatürdeki TOD odaklı ACT müdahaleleriyle örtüşmektedir. Bununla birlikte, veriler ayrıntılı incelendiğinde 8. katılımcının müdahale başlamadan hemen önce TOD puanlarının dikkat çekici biçimde artması (26'dan 52'ye) tepkisellik (reactivity) olgusunu akla getirmektedir. Reaktivite, bireyin davranışını düzenli olarak izlemeye başlamasıyla farkındalığın artması ve davranış sıklığında geçici değişimlerin ortaya çıkmasıdır (Kazdin, 1974; Korotitsch ve Nelson-Gray, 1999). Davranışın sistematik kaydı, ölçümün bizzat müdahale işlevi görmesi nedeniyle ek bir etki yaratabilir (Hayes ve Cavior, 1977). Bu durum, etkililik araştırmalarında ölçüm

duyarlılığı ve gözlem etkisinin kritik önemini vurgular. Öte yandan, bu yükselişin bir diğer olası nedeni, katılımcının başlama düzeyi ölçümleri sırasında dış faktörlerden etkilenmiş olmasıdır. Nitekim, “Düşünüp durmanız son günlerde yaşadığınız olumsuz bir durum/olay ile ilgili miydi?” sorusuna verilen yanıtların yer aldığı çizelge incelendiğinde, bu dış faktör verilerinin müdahale ve izlem dönemlerine kıyasla daha farklı ve yüksek ortalamalı bir paterne sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgu, başlama düzeyindeki ani artışın yalnızca reaktiviteye değil, aynı zamanda döneme özgü geçici stresörlere veya olumsuz yaşantılara bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Olası reaktivite ve dış faktör etkilerini denetlemek amacıyla tasarıma Ön test-2 eklenmiş ve böylece müdahale öncesi ölçümlerin doğurabileceği yan etkiler daha sistematik biçimde kontrol altına alınmıştır. Bu yaklaşım, veri yorumlarının geçerliliğini artırmayı hedeflemiştir. Günlük ölçüm verileri, standart ölçümlerde anlamlı düşüş göstermeyen 9. katılımcıda TOD ortalamasının A-B ve A-C fazlarında azaldığını ortaya koymuştur. Buna karşılık, standart ölçeklerde belirgin düşüş kaydeden 4. katılımcının günlük ölçümlerde TOD puanları büyük ölçüde sabit kalmıştır. Bu bulgu, müdahale etkisinin kullanılan ölçüm aracına göre farklı biçimlerde yakalanabileceğini ortaya koymaktadır. Nitekim 4. katılımcının seans içi öznel değerlendirmeleri, standart ölçümlerle tutarlı olarak TOD sıklığının azaldığını doğrulamaktadır. Dolayısıyla müdahale başarısının yalnızca sayısal skorlarla değil, danışan beyanlarıyla birlikte ele alınması önerilmektedir. Ayrıca kişiye özel soru içeriklerinin hazırlanması, cevaplama gün ve saatlerinin katılımcının günlük rutinine göre kişiselleştirilmesi de ölçüm duyarlılığını ve geçerliliğini artırabilecek düzenlemeler arasında sayılmaktadır. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, dört oturumluk protokolümüzün hem standart hem günlük ölçümlerde, literatürdeki TOD’a yönelik ACT müdahaleleri kadar etkili bir seçenek olduğu görülmektedir.

Bu bulguların hangi yapısal tercihlerle elde edildiğini açıklamak için protokol tasarımıma ilişkin literatür desteklerine dönmek yararlı olacaktır. Literatürdeki güncel bulgular, geliştirdiğimiz protokolün tasarım kararlarını doğrudan desteklemektedir. Son yıllarda yapılan meta-analizler seans sayısı 1-3 arasında olan müdahalelerin, daha uzun programlara kıyasla, sınırlı etki büyüklükleri ürettiğini göstermiştir (Bell vd., 2023; Egan vd., 2025). TOD’a yönelik ACT çalışmaları da çoğunlukla 1-3 seans arasında değişen protokoller kullanmaktadır (Ruiz vd., 2016, 2018, 2020). Bu sınırlılığı aşmak ve yine de uygulama kolaylığını korumak amacıyla müdahalemiz dört seanslık olarak yapılandırılmıştır. Böylece hem kısa protokol gereksinimi karşılanmakta hem de etki potansiyelinin artırılması hedeflenmiştir. İkinci olarak, Bell ve arkadaşlarının (2023) 14-

24 yaş aralığındaki 28 randomize kontrollü çalışmayı kapsayan meta-analizi, düşünce içeriğini değiştirmeye odaklanan klasik BDT tekniklerine kıyasla, düşünceyle kurulan ilişkiyi hedefleyen süreç temelli yaklaşımların (ör. ACT, kendinelik) TOD'u ve ilişkili duygudurum belirtilerini daha etkili biçimde azalttığını ortaya koymuştur. Bu veriler doğrultusunda protokolümüz, ACT'in temel ilkeleriyle uyumlu olarak düşünce içeriği yerine düşünceyle ilişkiyi dönüştürmeye odaklanan teknikler (bilişsel ayrışma, kabul, şefkat) içermektedir. Üçüncü olarak, Stenzel ve arkadaşlarının (2025) geniş ölçekli meta-analizinde TOD'a özgü tasarlanmış protokoller için rapor edilen etki büyüklüğü $g = 0.99$ iken, TOD'a özgü olmayan müdahaleler için $g = 0.56$ bulunmuştur. Bu veri, TOD'a özgü müdahalelerin belirgin derecede daha etkili olduğunu göstermektedir. Geliştirdiğimiz protokol de TOD'u hedef alacak şekilde yapılandırılmıştır.

Mevcut TOD odaklı ACT protokolleriyle içerik düzeyinde benzeşen ve ayrışan yönlerini vurgulamak, protokolümüzün özgün katkısını netleştirecektir. Geliştirdiğimiz protokol, Ruiz ve arkadaşlarının (2016, 2018, 2020) TOD'a yönelik ACT uygulamalarından içerik düzeyinde belirgin biçimde ayrılmaktadır. Literatürdeki ACT protokolleri, TOD'u İÇK temelinde kavramsallaştırarak tetikleyicileri bireyin öğrenme öyküsünde şekillenen hiyerarşik ilişkisel ağlar içinde ele alır ve davranış analiziyle yaşantısal kaçınma döngülerini belirlemeye odaklanır. Bu yaklaşım, bireyin dikkati değer odaklı eylemlere yöneltme becerisini geliştirmeyi hedefler (Törneke vd., 2016; Gil-Luciano vd., 2019). Ancak bu protokoller hiyerarşik yaşantıyla doğrudan çalışmaya, TOD'un sürdürücü işlevini hedeflemeye ve şefkat bileşenini dahil etmeye ilişkin sınırlılıklar taşımaktadır. Bu doğrultuda yeni ve özgün bir protokol geliştirilmiş, düşünceler hiyerarşik bir yapı içinde ele alınmakla kalmayıp, bu hiyerarşik yaşantıya kabul, bilişsel ayrışma, şefkat ve bağlamsal benlik müdahaleleri eklenmiştir. TOD'un sürdürücü işlevlerini ortaya çıkarmak üzere her katılımcının TOD'u hangi amaca hizmet ederek sürdürdüğü değerlendirilmiş ve bu işlevlere yönelik ACT'in yaratıcı umutsuzluk uygulamaları protokole dahil edilmiştir. Şefkat temelli uygulamalar temel bileşenlerden biri olarak planlanmış, danışanların içsel deneyimlerine karşı daha açık ve nazik bir tutum geliştirmeleri hedeflenmiştir. Buna ek olarak, düşünceye yalnızca farkındalıkla yaklaşmakla yetinmeyip ona nasıl muamele edileceğine ilişkin davranış repertuarını güçlendiren içerik eklenmiştir. Böylece yaşantısal kaçınmaya alternatif esnek davranış biçimlerinin kazandırılması amaçlanmıştır. Özetle, bu protokolün ayırt edici yönleri TOD'un sürdürücü işlevine yönelik yaratıcı umutsuzluk müdahaleleri, hiyerarşik yaşantı

düzeyinde yürütülen benlik-kabul-ayırışma müdahaleleri ve bu çerçeveye bütüncül biçimde entegre edilen şefkat bileşenidir.

Elde edilen bulgular, geliştirilen şefkat odaklı ACT protokolünün yalnızca tekrarlayıcı olumsuz düşünme düzeylerinde değil, aynı zamanda depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinde de anlamlı azalmalar sağladığını göstermektedir. Müdahale protokolünü tamamlayan katılımcıların büyük çoğunluğunda bu üç değişkende de güvenilir düzeyde düşüşler kaydedilmiştir. Özellikle depresyon ve stres puanlarındaki azalmalar birçok katılımcıda klinik açıdan anlamlı seviyelere ulaşmıştır. Bulgular, transdiagnostik yaklaşımların depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını azaltmada etkili olduğunu gösteren önceki sonuçlarla tutarlıdır (Hanrahan vd., 2013; Spinhoven vd., 2018). TOD'daki azalmanın bu alanlardaki iyileşmelere aracılık edebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca meta-analiz verileri (Bell vd., 2023; Egan vd., 2025) TOD odaklı müdahalelerin bu semptom kümeleri üzerinde faydalı olabileceğini doğrulamaktadır. Bununla birlikte bazı katılımcılarda (ör. 4. katılımcı) müdahale tamamlandıktan sonra semptom düzeylerinde ek iyileşmeler gözlenmesi, terapötik farkındalığın zaman içinde olgunlaşarak gecikmeli etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir (Burley ve McAloon, 2024; Clarke vd., 2014). Öte yandan sekizinci katılımcının izlem döneminde anksiyete belirtilerinde görülen kısmi artışın olumsuz yaşam olaylarından etkilenmiş olabileceği değerlendirilmektedir. Bu açıdan, TOD odaklı müdahalelerin uzun vadeli etkilerini koruyabilmek için takip oturumları ve destekleyici uygulamaların planlanmasını düşündürebilir.

Bununla birlikte, semptom düzeyindeki dalgalanmaları tek başına nihai başarı ölçütü olarak görmek yerine, bunları ACT'in kuramsal hedefleri ışığında değerlendirmek gerekir. ACT'in temel amacı depresyon, anksiyete ya da stres belirtilerini doğrudan azaltmak değil, bireyin içsel yaşantılarıyla daha esnek ve kabul temelli bir ilişki kurmasını, yaşantısal kaçınmayı azaltmasını ve değer odaklı davranış repertuarını güçlendirmesini sağlamaktır (Hayes, 2004). Bu nedenle bu puanlarındaki düşüş değerli olsa da tek başına yeterli bir etkinlik göstergesi değildir, benzer biçimde olası artışlar da müdahalenin başarısız olduğu anlamına gelmez. Ancak yine de literatür, ACT müdahalelerinin içsel yaşantıyla daha esnek bir ilişki kurma becerisini güçlendirdikçe depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde ikincil azalmalar yarattığını göstermektedir (Medina-Reina ve Ruiz, 2022; Ruiz vd., 2018, 2020). Bu nedenle bulgular değerlendirilirken TOD puanlarındaki düşüş ile değer yönelimindeki artış birincil etki

göstergeleri olarak, semptom değişimleri ise terapötik sürecin doğal ve ikincil çıktıları olarak ele alınmalıdır.

Bu çalışmayı alanyazındaki benzerlerinden ayıran önemli noktalardan biri, TOD'a ek olarak işlevsellik düzeyinin de ayrı bir değişken olarak değerlendirilmesidir. Mevcut araştırmalarda odak genellikle TOD'un ve ilişkili duygusal semptomların azaltılmasına yöneldiği için kullanılan ölçüm araçları da bu doğrultuda seçilmektedir (ör. Funk vd., 2025; Vargas-Nieto vd., 2024). ACT temelli çalışmalar (Toquica-Orjuela vd., 2022; Ruiz vd., 2018; Ruiz vd., 2016, 2019, 2020), buna ek olarak değer odaklı yaşamı ölçen ölçekler kullanarak kapsamı genişletmiş olsa da TOD'a özgü işlevsellik kaybını doğrudan yakalayan bir ölçme aracına henüz rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmamızda ACT literatürüyle tutarlı biçimde değer odaklı yaşam değişkeni hem standart ölçekle hem de günlük ölçümlerle takip edilmiş, buna ek olarak TOD'un günlük yaşamdaki işlevsellik kaybını daha hassas şekilde izleyebilmek adına günlük ölçüm yaklaşımı tercih edilmiştir. Literatürde TOD'u değerlendiren çalışmaların çoğunda, ölçüm araçları genellikle bu süreçlerin yalnızca varlığına ve yoğunluğuna odaklanmakta, günlük yaşam üzerindeki etkisini ise yeterince yansıtmamaktadır (McEvoy vd., 2013). Bu nedenle işlevsellik kaybının günlük ölçümlerle takip edilmesi, TOD şiddetini ve etkisini daha bütüncül biçimde değerlendirmek adına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Araştırmamız bulguları, katılımcıların büyük bölümünde işlevsellik kaybı puanlarının müdahale fazında azalırken izlem döneminde bu azalmanın çoğunlukla korunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bazı katılımcılarda sınırlı ya da dalgalı değişim örüntüleri gözlenmiştir. Örneğin 7. katılımcının puanlarında belirgin bir düşüş gerçekleşmemesi, yaşam geçiş süreci ve artan belirsizliklerle ilişkili olabilir (Schlossberg, 1981). Dokuzuncu katılımcının puanlarının süreç boyunca görece stabil seyretmesi ise başlangıç düzeyinde işlevsellikte ciddi bir kayıp olmamasıyla açıklanabilir. Buna rağmen, izlem dönemindeki ortalama işlevsellik kaybı puanının başlangıca kıyasla daha düşük seyretmesi müdahalenin etkililiğini değerlendirmek açısından önemlidir.

Birçok katılımcıda işlevsellik düzeyindeki iyileşmenin, değer odaklı yaşam puanlarındaki artışla paralel biçimde gerçekleştiği görülmektedir. Bu paralellik, işlevsellikteki değişimin tek başına bir iyileşmeden ibaret olmadığını, bireyin benzer işlevsel sınıfta başka bir kaçınma davranışına yönelmediğini ve aynı zamanda değerleri doğrultusunda yaşama yönelme becerisini de geliştirdiğini düşündürmektedir. Değerlere bağlı yaşam değişkeni hem standart hem günlük ölçümler yoluyla izlenmiş olup, genel olarak iki yöntemle de katılımcıların "olmak istedikleri kişi gibi davranma" eğilimlerinin

müdahale sürecinde arttığı gözlenmiştir. Bununla birlikte, birinci katılımcının günlük ölçümlerinde değer odaklı davranış puanlarının müdahale sırasında düşmesi, o dönemde yaşanan bağlamsal değişikliklerle (mezuniyet, yer değişikliği, yaz tatili vb.) ilişkili olabildiğini düşündürmüştür. Bu durum, danışanın değerlerinden uzaklaştığını değil, kullanılan değer odaklı yaşam sorusunun o döneme özgü koşulları yeterince yakalayamamış olabileceğini düşündürmektedir. Katılımcıların kendi seçtikleri değerlere uyarlanmış sorular kullanmak ve kısa nitel notlar eklemek, müdahale sürecini çok daha sağlıklı izlemeyi sağlayabilir. Örneğin adalet değerini önemseyen bir katılımcıya “Bugün kendinizi ne ölçüde adaletli davrandınız?” diye sormak, ölçümün bağlamsal geçerliliğini belirgin biçimde artırabilecektir.

Çalışmada incelenen bir diğer süreç değişkeni yaşantısal kaçınmadır. ACT yazınında sıkça kullanılan bu kavram, standart ölçümde KEF-II ölçeği ile, günlük izlemede ise “İstemediğim duygu/düşüncelerimden kurtulmaya çalıştım” maddesinin derecelendirilmesiyle takip edilmiştir. Ön test-2 ile izlem değerleri karşılaştırıldığında, yedi katılımcıdan beşinde yaşantısal kaçınmada güvenilir değişim düzeyinde anlamlı azalma saptanmıştır (bkz. Çizelge 4.62.). Günlük verilere göre, pilot katılımcı dahil sekiz katılımcının yedisinde puanlar anlamlı biçimde düşmüştür. Yedinci katılımcıda B fazı boyunca geçici bir artış gözlenmekle birlikte, aynı dönemde dış faktörlerin etkisini ölçen soruya verilen yüksek puanlar, bu artışın olumsuz yaşam olaylarının etkisiyle olabileceğini düşündürmektedir. C fazında kaçınma düzeyinin yeniden düşmesi, stresörlere rağmen daha esnek başa çıkma becerilerinin geliştiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, TOD odaklı ACT çalışmalarının yaşantısal kaçınmayı azalttığını bildiren literatürle tutarlıdır. Örneğin Ruiz ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında altı katılımcıdan dördünde; Medina-Reina ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise üç katılımcının tamamında anlamlı düşüş rapor etmiştir.

Bilişsel birleşme, ACT süreç araştırmalarında yaşantısal kaçınma ile birlikte en sık izlenen göstergelerden biridir (Gillanders vd., 2014). Bu çalışmada birleşme hem standart ölçüm aracı BKÖ hem de günlük formdaki “Düşüncelerime takılıp kaldım” maddesiyle değerlendirilmiştir. Standart ölçüm sonuçları, sekiz katılımcının tamamında puanların düştüğünü, bunlardan yedisinde değişimin güvenilir düzeyde anlamlı olduğunu göstermiştir (bkz. Çizelge 4.63.). Günlük verilere göre ise yedi katılımcının hepsinde düşüş görülmüş ve dört katılımcıda bu azalma başlangıç fazına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmuştur (bkz. Çizelge 4.64.). Genel olarak standart ölçümlerdeki değişim, günlük ölçümlere oranla daha belirgin derecede ortaya çıkmıştır. Literatürdeki TOD’a

yönelik ACT müdahalelerinde bilişsel birleşme çoğunlukla standart ölçeklerle raporlanmıştır. Örneğin Medina-Reina ve arkadaşları (2022) ayrılık yasına odaklanan çalışmalarında dört katılımcının üçünde birleşme puanlarının klinik olarak anlamlı biçimde azaldığını bildirmiştir. Benzer şekilde Ruiz ve arkadaşları (2020) da üç oturumluk TOD protokolünü değerlendirdikleri araştırmada standardize ölçümlerle anlamlı düşüşler elde etmiştir. Dolayısıyla bilişsel birleşmeye ilişkin standart ölçüm bulgularımız literatürle uyumludur. Ancak literatürde bilişsel birleşmeye ilişkin günlük ölçüm verilerinin sınırlı olması, bu değişkenin süreç içerisindeki dinamiklerini ayrıntılı biçimde karşılaştırmamızı kısıtlamaktadır.

Çalışmada geliştirilen müdahale protokolüne şefkat odaklı uygulamaların eklenmiş olması, protokolün güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Son yıllarda şefkat temelli müdahalelerin etkililiğine dair çalışmalar artmakla birlikte, literatürde doğrudan TOD’u hedefleyen şefkat temelli uygulamalara ilişkin bulgular oldukça sınırlıdır. Mevcut verilerin büyük bölümü de yakın dönemde yayımlanmıştır (Dundas vd., 2017; Ebrahimi ve Mohammadi, 2024; Rose vd., 2018; Schlosser vd., 2022; Wadsworth vd., 2018). Bu çalışmalar genel olarak şefkat odaklı yaklaşımların TOD üzerinde olumlu etkiler sağladığını ortaya koymaktadır. Özellikle şefkat temelli ACT protokolleri literatürde henüz gelişme aşamasındadır. Şefkat Odaklı Terapi ve ACT’in kuramsal ortaklıklarından hareketle Tirsch ve arkadaşları (2014) Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisini (CFACT) geliştirmiştir. Ancak CFACT protokollerinin büyük çoğunluğu, multiple skleroz gibi kronik sağlık sorunlarına sahip bireylerde ağrı kabulü, öfke, öz yeterlik ve iyi oluş gibi değişkenler üzerinde test edilmiştir (Abkhooy vd., 2023; Nikonejad vd., 2025). TOD’a özgü etkileri değerlendiren müdahale çalışmalarına ise literatürde rastlanmamaktadır. Türkiye’de ise bu alandaki durum daha sınırlıdır. Doğrudan TOD’u hedefleyen şefkat odaklı bir müdahale protokolünü test eden Ülkemizde herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu açıdan bakıldığında, bu araştırmanın hem uluslararası hem de ulusal düzeyde önemli bir boşluğu doldurduğu söylenebilir.

Araştırmamız bulguları, katılımcıların büyük çoğunluğunda müdahale sonrasında öz şefkat düzeylerinin arttığını göstermektedir. Özellikle 0., 1., 2., 3. ve 4. katılımcılarda artış güvenilir değişim eşiğini aşmıştır. 7. ve 8. katılımcılarda müdahale sırasında anlamlı bir yükseliş görülmesine de izlem ölçümlerinde her iki katılımcının puanları artmıştır. Buna karşılık 9. katılımcıda müdahale boyunca öz şefkat puanları sabit kalmış, izlem döneminde ise düşüş gözlenmiştir. Bu durum, öz şefkatin her bireyde istikrarlı bir artış

göstermeyebileceğini ve bireysel ya da bağlamsal etmenlerin müdahale yanıtını etkileyebileceğini düşündürmektedir. Gelecek araştırmalarda bu örüntünün altında yatan nedenler ayrıntılı biçimde incelenmelidir. Literatür, öz şefkatin duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarının zamana yayılarak olgunlaştığını ve yaşam olaylarının bu süreci anlamlı ölçüde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Germer ve Neff, 2013; Halamová vd., 2022). Özellikle müdahale sonrasında karşılaşılan stresörler bazı bireylerde öz şefkat düzeylerinde gerilemeye yol açabileceğinden, uzun süreli izlem ve pekiştirici oturumların planlanması önemli görünmektedir.

Şefkat değişiminin TOD üzerindeki etkisini doğrudan karşılaştıran çalışmalar henüz bulunmamaktadır. Ancak dolaylı kanıtlar, öz şefkatin ruminasyon ve endişeyi azaltmada rol oynayabileceğini göstermektedir (Allen ve Knight, 2005; Krieger vd., 2013; Luoma ve Platt, 2015). Dolayısıyla bu çalışmada gözlenen öz şefkat artışı ile TOD'daki düşüşün birbiriyle ilişkili olması olasıdır ve mevcut bulgular literatürdeki genel eğilimle uyumludur. Nitekim araştırmacılar, öz şefkat uygulamalarının bireylere kabul ve anla temas becerileri kazandırarak olumsuz deneyimlerini bastırmak ya da kaçınmak yerine yargısızca gözlemlmelerini, bu içsel yaşantıların geçiciliğini fark etmelerini ve tekrar eden olumsuz düşüncelere mesafe alabilmelerini sağladığını vurgulamaktadır (Ebrahimi ve Mohammadi, 2024; Neff, 2023). Bu açıdan da öz şefkat düzeylerinin yükselmesi, ACT'in temel hedefleriyle uyumlu olarak beklenen bir sonuçtur. Öte yandan öz şefkat yalnızca standart ölçeklerle değerlendirildiğinden, seanslar arası dalgalanmalara ilişkin süreç verisi elde edilememiştir. Gelecekte öz şefkatin günlük ölçümlerle izlenmesi, değişimin hangi aşamalarda ortaya çıktığını aydınlatarak ACT protokollerinin süreç etkililiğine dair daha ayrıntılı bilgi sağlayacaktır.

5.1 Sınırlılıklar ve Öneriler

Çalışma bulguları genel olarak müdahale protokolünün TOD seviyelerinin azaltılması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, araştırma sürecine ilişkin bazı sınırlılıklar mevcuttur. Bu sınırlılıklar, bulguların yorumlanmasında dikkate alınmalı ve gelecekteki çalışmalara yol gösterici bir çerçevede değerlendirilmelidir.

İlk olarak, çalışma çoklu başlama düzeyli tek denekli deneysel desenle yürütülmüş ve müdahale etkinliği yalnızca yedi katılımcı üzerinden değerlendirilmiştir. Sayıca sınırlı bir örnekleme çalışmak, bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca örneklemin cinsiyet dağılımı dengeli değil (9 kadın, 1 erkek) ve yaş aralığı (20–

42) görece dardır. Bu durum, farklı yaş ve cinsiyet gruplarına yönelik genelleme yapmayı güçleştirebilir. Ancak tek denekli desenlerin temel amacı grup düzeyinde genelleme yapmak değil, bireysel değişim süreçlerini zamana duyarlı şekilde izlemektir (Kazdin, 2019). Bu yöntem, her bir katılımcının değişim örüntüsünü ayrıntılı biçimde değerlendirme olanağı sunmuştur. Oysa büyük örneklemli grup çalışmalarında bireysel farkların ortalamalar içinde kaybolması (ortalama tuzağı) riski vardır (Fisher vd., 2018). Gelecek çalışmalarda, örneklem çeşitliliğini artırmak ve bireysel izleme duyarlılığını korumak adına, daha geniş ancak yoğun izlem içeren örneklem yapıları kullanılabilir. Böylece hem bireysel farklar ayrıntılı biçimde izlenebilir hem de daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.

İkinci olarak, müdahale sürecinde katılımcıların ifade ettiği tecrübeler, davranışsal değişimler ve kişisel farkındalıklar oldukça zengin içerikler sunmuş olmasına rağmen, bu veriler sistematik biçimde toplanmamış ve nitel analiz kapsamında değerlendirilmemiştir. Örneğin bazı katılımcılar, değer odaklı davranışlarda önemli değişimler yaşadıklarını belirtmiş, ancak bu dönüşümler standart ya da günlük ölçümlere sınırlı düzeyde yansımıştır. Bu durum, yalnızca nicel verilere dayalı analizlerin bazı terapötik kazanımları yansıtmakta yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda yarı yapılandırılmış görüşmeler, seans sonu değerlendirme formları ya da katılımcı günlükleri gibi yöntemlerle nitel veri toplanması önerilmektedir. Böylece müdahalenin çok boyutlu etkileri daha derinlemesine analiz edilebilir ve terapötik sürecin niteliği daha iyi anlaşılabilir.

Üçüncü olarak, öz değerlendirme ölçeklerinin güvenilirliği katılımcıların kişisel beklentileri ve standartlarından etkilenebilir. Örneğin yüksek üretkenlik hedefi olan bir birey, oldukça verimli geçen bir günü bile yetersiz bulup işlevsellik kaybı puanlarını olduğundan yüksek değerlendirebilir. Benzer biçimde kısa süreli bir düşünme davranışı, kişinin kendi normlarına göre abartılı puanlanabilir. Sosyal beğenirlik yanlılığı da raporlarda “olumlu görünme” motivasyonunu artırabilir. Müdahale süreci ilerledikçe, katılımcıların terapist ya da araştırmacıya karşı geliştirdikleri olumlu tutumlar, bazı değerlendirmelerde yanlılığa yol açabilir (Johnson ve Fendrich, 2002; King ve Bruner, 2000). Bu tür etkileri azaltmak için gelecekte üçüncü taraf gözlem verilerinin (örneğin kısa video kayıtları veya davranış örnekleri listesi) eklenmesi, değerlendirmelerin anonim yapılması, katılımcıların kendi standartlarını önceden tanımlaması ve veri toplayıcı ile terapistin farklı kişiler olması önerilmektedir.

Dördüncü olarak, ACT temelli müdahalelerin kısa süreli uygulamalarda TOD üzerinde etkili sonuçlar verdiği bilinmektedir (Ruiz vd., 2016; Ruiz, vd., 2018). Ancak Messina ve arkadaşları (2022), ACT'in grup formatında uygulanmasının kısa vadede etkili olsa da, izlem ölçümlerinde katılımcıların üçte ikisinin başlangıç düzeylerine geri döndüğünü bildirmiştir. Bu durum, ACT protokollerinin özellikle tekrarlayıcı düşünme gibi kronik klinik durumda kalıcılığı konusunda bazı soru işaretlerini gündeme getirmiştir. Buna karşın, bu çalışmanın izlem bulguları özellikle depresyon, TOD ve bilişsel birleşme gibi alanlarda olumlu kazanımların sürdüğünü, bazı değişkenlerde ise izlem döneminde etkilerin daha da belirginleştiğini göstermiştir. Bu yönüyle, kısa süreli bireysel müdahalelerin uzun vadeli etki yaratabileceğine ve literatürdeki kalıcılıkla ilgili endişeleri hafifletebileceğine işaret etmektedir. Yine de ileride yapılacak araştırmalarda müdahale süresi bireyin ihtiyacına göre esnetilmeli ve izlem süresi uzatılmalıdır. Ayrıca ACT müdahaleleri, önerilen biçimde (ör. Messina vd., 2022) ek modüllerle desteklenerek kalıcılığın güçlendirilmesi hedeflenmelidir. Bu tür yapılandırmalar, hem bireysel farklılıkları daha iyi anlamaya hem de terapötik etkinliği artırmaya katkı sağlayacaktır.

Beşinci olarak, çalışmadan ayrılan katılımcıların başlangıç semptom düzeyleri incelendiğinde, birinin depresyon puanının yüksek (HSA-9=18), diğerinin orta düzeyde (HSA-9=13) olduğu, anksiyete puanlarının ise görece yüksek (YAB-7=14–15) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, grupta daha yüksek semptom düzeyine sahip katılımcılar müdahaleyi tamamlamış ve veri sağlamış olduğundan, başlangıç semptom düzeyinin müdahaleden ayrılma üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu söylenemez. Öte yandan, mevcut veriler, başlangıç HSA-9 ve YAB-7 puanlarının müdahaleden elde edilen fayda düzeyiyle tutarlı bir ilişki sergilediğine dair bir bulgu ortaya koymamaktadır. Bu nedenle bu sonuçlar dikkatli yorumlanmalı, daha geniş örneklemli çalışmalarda doğrulanmalıdır.

Son olarak, müdahale uygulaması sürecinde terapist olarak edindiğim klinik gözlemler ve katılımcılardan alınan geribildirimler dikkate alındığında, hiyerarşik müdahaleler ile şefkat bileşenlerinin özellikle dikkat çekici katkılar sağladığı görülmektedir. Katılımcıların önemli bir bölümü, düşüncelerinin ve hiyerarşik yaşantılarının işlevini tanımlamanın, bu içsel yaşantılara karşı daha kabul temelli bir tutum geliştirmeyi kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Ayrıca, bu farkındalığın düşüncenin işaret ettiği ihtiyaçların daha açık biçimde fark edilmesine ve bunlara daha esnek şekilde yanıt verilmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, yalnızca içsel yaşantının kendisiyle değil, aynı zamanda bu yaşantının bağlamsal işleviyle çalışmanın, katılımcıların kendileriyle kurdukları ilişkiyi dönüştürmede etkili olduğu bildirilmiştir.

Müdahale sürecinde katılımcıların kendilerine şefkatli mektuplar yazmaları ve araştırmacı-terapist olarak tarafımdan yazılan şefkat odaklı mektupların hem perspektif alma becerilerini desteklediği hem de daha kabul edici ve şefkatli bir içsel tutum geliştirilmesine katkıda bulunduğu ifade edilmiştir. Şefkat müdahaleleri, katılımcıların içsel deneyimlerini yargılayıcı bir tutum yerine şefkat temelli bir bakış açısıyla ele almalarına imkân tanımış ve protokolün teorik çerçevesi doğrultusunda müdahale hedefleriyle uyumlu olarak işlevsel çıktılar ürettiği gözlemlenmiştir. Dolayısıyla, hiyerarşik müdahaleler ve şefkat uygulamalarının, TOD'un azaltılmasının yanı sıra bireyin kendisiyle daha şefkatli ve esnek bir ilişki geliştirmesine katkıda bulunduğu değerlendirilmektedir.



6. SONUÇ

Bu çalışmada, şefkat odaklı ACT müdahalesinin, özellikle TOD olmak üzere çeşitli psikolojik süreçler üzerindeki etkisi, çoklu başlama düzeyli tek denekli deneysel desen kullanılarak değerlendirilmiştir. Müdahale protokolü, TOD'un yoğun yaşandığı ve depresyon ile anksiyete düzeylerinin görece yüksek olduğu bir örneklem üzerinde uygulanmıştır. Hem standart ölçüm araçları hem de günlük veriler kullanılarak çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır.

Elde edilen bulgular, müdahale sonrasında TOD şiddetinde, depresyon, anksiyete, stres, bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma düzeylerinde azalma; değer odaklı yaşam, psikolojik esneklik ve öz şefkat alanlarında ise artış yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu değişimlerin yalnızca kısa vadeyle sınırlı kalmadığı, izlem döneminde de büyük ölçüde sürdüğü görülmüştür. Bu durum, müdahalenin kalıcılığına ilişkin önemli bir gösterge sunmaktadır. Günlük ölçüm verileri, katılımcıların yalnızca semptom düzeyinde değil, aynı zamanda günlük yaşamlarında TOD ve yaşantısal kaçınmada azalma, işlevsellikte artış ve değer odaklı davranışlarda gelişim gibi alanlarda da olumlu değişimler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu değişimlerin bazı katılımcılarda kademeli gerçekleştiği ve izlem döneminde büyük ölçüde korunduğu gözlemlenmiştir.

Müdahale protokolünün, ACT'in temel hedefleri doğrultusunda hem içsel deneyimlere mesafe almayı hem de bireyin değerleri doğrultusunda eyleme geçmesini desteklediği anlaşılmaktadır. Şefkat temelli yapılandırma, sürecin daha kabul odaklı ve yargılayıcı olmayan bir biçimde ilerlemesini kolaylaştırmış, katılımcıların içsel yaşantılarına yönelik tutumlarında dönüşüm sağlanmasına katkı sunmuştur. Çalışmadan elde edilen veriler, geliştirilen şefkat odaklı ACT protokolünün, özellikle tekrarlayıcı düşünme gibi işlevsiz davranışlarla baş etmede umut vadeden bir müdahale biçimi olabileceğine işaret etmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259-271. <https://doi.org/10.1037/a0022796>
- Abkhooy, S., Bagherzadeh Hamamchi, N., & Smkhani Akbarinejad, H. (2023). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy on psychological well-being and internalized shame in female students with vitiligo. *Feyz Medical Sciences Journal, 27*(4). <https://doi.org/10.48307/FMSJ.2023.27.4.406>
- Allen, N. B., & Knight, W. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. İçinde P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (ss. 239-262). Routledge.
- Allgulander, C. (1991). Excess Mortality Among 3302 Patients With “Pure” Anxiety Neurosis. *Archives of General Psychiatry, 48*(7), 599. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810310017004>
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety, 35*(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Altan-Atalay, A., & Saritas-Atalar, D. (2018). Psychometric Qualities of Turkish Version of Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 36*(3), 252-266. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0285-7>
- American Psychological Association. (2016). *Division 12 – Psychological treatments*. <https://div12.org/treatments/>
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(4), 446-454.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – Republished Article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838-853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Beaumont, E., Irons, C., & McAndrew, S. (2022). A Qualitative Study Exploring the Impact the Self-Compassion App Has on Levels of Compassion, Self-Criticism, and Wellbeing. *OBM Integrative and Complementary Medicine, 07*(03), 1-24. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2203045>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011-1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Bell, I. H., Marx, W., Nguyen, K., Grace, S., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2023). The effect of psychological treatment on repetitive negative thinking in youth depression and anxiety: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine, 53*(1), 6-16. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003373>

- Berenbaum, H. (2010). An initiation–termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 962-975.
- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B., & Ruiz, F. J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10749-000>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576. <https://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1993). Migraine, physical health and psychiatric disorder: A prospective epidemiologic study in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 27(2), 211-221. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(93\)90009-Q](https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90009-Q)
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2008). Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Focus*, 6(4), 539-548. <https://doi.org/10.1176/foc.6.4.foc539>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2). <https://doi.org/10.1037/h0101755>
- Burley, J., & McAloon, J. (2024). Group acceptance and commitment therapy for adolescent anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 100712. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.11.003>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Caselli, G., Gemelli, A., Querci, S., Lugli, A. M., Canfora, F., Annovi, C., Rebecchi, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., Spada, M. M., & Watkins, E. R. (2013). The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2879-2883. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.023>
- Cavalcanti, L. G., Steindl, S. R., Matos, M., & Boschen, M. J. (2023). Fears of compassion magnify the effects of rumination and worry on the relationship between self-criticism and depression. *Current Psychology*, 42(2), 1157-1171. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01510-3>

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H., & Remington, B. (2014). Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005>
- Cömertoğlu Yalçın, S., & Yavuz, K. F. (2025). Tanı ötesi bir süreç olarak endişe ve endişeye dair kuramsal modeller [Worry as a transdiagnostic process and theoretical models of worry]. *Journal of History School*.
- Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Regalia, C. (2021). "I forgive myself": The association between self-criticism, self-acceptance, and PTSD in women victims of IPV, and the buffering role of self-efficacy. *Journal of Community Psychology*, 49(2), 252-265. <https://doi.org/10.1002/jcop.22454>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Davey, G., & Wells, A. (Ed.). (2006). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment, and treatment*. Wiley.
- Davies, S. (2001). Depression, suicide, and the national service framework. *BMJ*, 322(7301), 1500-1501. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7301.1500>
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive Defusion Versus Cognitive Restructuring in the Treatment of Negative Self-Referential Thoughts: An Investigation of Process and Outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 218-232. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.218>
- Delaveau, P., Jabourian, M., Lemogne, C., Guionnet, S., Bergouignan, L., & Fossati, P. (2011). Brain effects of antidepressants in major depression: A meta-analysis of emotional processing studies. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.032>
- Department of Veterans Affairs/Department of Defense. (2016). *Clinical Practice Guideline for Management of Major Depressive Disorder*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Peña-Vargas, A., & Ramírez, E. S. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.005>
- Derly J. Toquica-Orjuela, Ángela M. Henao, Miguel A. Segura-Vargas, & Francisco J. Ruiz Jiménez. (2022). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 47-66. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1148>
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., & Reilly, L. C. (2012). Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behavior Therapy*, 43(3), 629-640. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.11.002>
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>

- Dundas, I., Binder, P., Hansen, T. G. B., & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 443-450. <https://doi.org/10.1111/sjop.12385>
- Ebrahimi, O., & Mohammadi, D. (2024). Effectiveness of Self-compassion Training on Repetitive Negative Thinking and Psychological Distress in Victims of Bullying. *International Journal of Psychology*.
- Egan, S. J., Greene, D., Callaghan, T., Raghav, S., Funk, J., Badenbach, T., Talam, S., Kemp, G., McEvoy, P., Ehring, T., & Kopf-Beck, J. (2024). Worry and rumination as a transdiagnostic target in young people: A co-produced systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2369936>
- Egan, S. J., Greene, D., Callaghan, T., Raghav, S., Funk, J., Badenbach, T., Talam, S., Kemp, G., McEvoy, P., Ehring, T., & Kopf-Beck, J. (2025). Worry and rumination as a transdiagnostic target in young people: A co-produced systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54(1), 17-40. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2369936>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). *Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process*.
- Eisma, M. C., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., Van Den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 163-180. <https://doi.org/10.1111/bjc.12067>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27). <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Funk, J., Kopf-Beck, J., Takano, K., Watkins, E., & Ehring, T. (2025). Can an app designed to reduce repetitive negative thinking decrease depression and anxiety in young people? Results from a randomized controlled prevention trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 87, 102014. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2024.102014>
- Gedik, Z. (2019). ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİR ÇALIŞMA. *Istanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 11(3), 275-292. <https://doi.org/10.17932/IAU.IAUD.m.13091352.2019.3/43.275-292>
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gillanders, D. T., Bolderstone, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., & Ferenbach, C. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gil-Luciano, B., Calderón-Hurtado, T., Tovar, D., Sebastián, B., & Ruiz, F. J. (2019). How are triggers for repetitive negative thinking organized? A relational frame analysis. *Psicothema*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.133>
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1021-1031. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.004>

- Glasgow, R. E., Fisher, L., Strycker, L. A., Hessler, D., Toobert, D. J., King, D. K., & Jacobs, T. (2014). Minimal intervention needed for change: Definition, use, and value for improving health and health research. *Translational Behavioral Medicine*, 4(1), 26-33. <https://doi.org/10.1007/s13142-013-0232-1>
- Gökdağ, C., Arkar, H., & Pırıldar, Ş. (2023). Testing a Transdiagnostic Model Including Distal and Proximal Risk Factors for Depression and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00170-4>
- Hager, N. M., Judah, M. R., & Milam, A. L. (2022). Loneliness and Depression in College Students During the COVID-19 Pandemic: The Role of Boredom and Repetitive Negative Thinking. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15(2), 134-152. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00135-z>
- Halamová, J., Petrovajová, A., & Žilinský, T. (2022). Consensual Qualitative Research of Compassion and Self-Compassion Definitions: A General Public Perspective. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5350>
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008>
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications. https://books.google.com.tr/books?id=6weOKnzV_hEC
- Hartley, S., Haddock, G., Vasconcelos E Sa, D., Emsley, R., & Barrowclough, C. (2014). An experience sampling study of worry and rumination in psychosis. *Psychological Medicine*, 44(8), 1605-1614. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002080>
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford University Press.
- Havermans, R. C., Vancleef, L., Kalamatianos, A., & Nederkoorn, C. (2015). Eating and inflicting pain out of boredom. *Appetite*, 85, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.11.007>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche, Eds.). Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/2001-06976-000>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., & Cavior, N. (1977). Multiple tracking and the reactivity of self-monitoring. *Behavior Therapy*, 8(5), 819-831. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80153-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80153-6)
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The Trouble with Language: Experiential Avoidance, Rules, and the Nature of Verbal Events. *Psychological Science*, 8(3), 170-173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (1st bs). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed). Guilford Press.
- Hayes, Steven C. (1993). Varieties of scientific contextualism. İçinde Hayes, Steven C, Hayes, Linda J., Reese, Hayne W., & Sarbin, Theodore R. (Ed.), *Varieties of scientific contextualism* (ss. 11-27). Context Press.
- Hayes, Steven C, & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
- Hu, Y., Xue, H., Ni, X., Guo, Z., Fan, L., & Du, W. (2024). Association between duration of antidepressant treatment for major depressive disorder and relapse rate after discontinuation: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 337, 115926. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115926>
- Işık, H. R., Bilge, Y. (2023). Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği: Türk Kültürüne Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 12(2),145-155. doi.org/10.5455/JCBPR.112588
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Schaffer, M., Witt-Browder, A., Risser, R., Atkins, D. H., & Doyle, J. (2000). Reducing Relapse in Depressed Outpatients with Atypical Features: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(5), 232-239. <https://doi.org/10.1159/000012401>
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367-374. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.019>
- Johnson, T., & Fendrich, M. (2002). *A validation of the Crowne-Marlowe Social Desirability Scale*. Survey Research Laboratory, University of Illinois at Chicago. <http://www.srl.uic.edu/publist/Conference/crownemarlowe.pdf>
- Kazdin, A. E. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(5), 704-716. <https://doi.org/10.1037/h0037050>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kervancioglu, A., Aydin, Y., Sakarya, D., Duymaz, G., & Özdel, K. (2023). Adaptation of Cognitive Fusion Questionnaire to Turkish: A validity and reliability study. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 12(1), 50-56. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.19971>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & 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>

- King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, 17(2), 79-103. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(200002\)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0)
- Kleiman, K. (2023). *Feasibility and Preliminary Outcomes of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy in a Community Sample* [Doctor of Psychology]. Kean University.
- Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A., & Spada, M. M. (2016). The Role of Metacognition in Self-Critical Rumination: An Investigation in Individuals Presenting with Low Self-Esteem. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 73-85. <https://doi.org/10.1007/s10942-015-0230-y>
- Konkan, R., Şenormanci, Ö., Güçlü, O., Aydın, E., & Z. Sungur, M. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-58. <https://doi.org/10.4274/npa.y6308>
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11(4), 415-425. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.4.415>
- Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Kratochwill, T., Hitchcock, J., Horner, R., Levin, J., Odom, S., Rindskopf, D., & Shadish, W. (2010). Single-Case Designs Technical Documentation. *What Works Clearinghouse*.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuehner, C., Huffziger, S., & Liebsch, K. (2009). Rumination, distraction and mindful self-focus: Effects on mood, dysfunctional attitudes and cortisol stress response. *Psychological Medicine*, 39(2), 219-228. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003553>
- Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., Van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(03), 341-348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Langenecker, S. A., Westlund Schreiner, M., Bessette, K. L., Roberts, H., Thomas, L., Dillahun, A., Pocius, S. L., Feldman, D. A., Jago, D., Farstead, B., Pazdera, M., Kaufman, E., Galloway, J. A., Kerig, P. K., Bakian, A., Welsh, R. C., Jacobs, R. H., Crowell, S. E., & Watkins, E. R. (2024). Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy Reduces Rumination and Targeted Cross-network Connectivity in Youth With a History of Depression: Replication in a Preregistered Randomized Clinical Trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2023.08.012>
- Lavender, A., & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(2), 129-142. <https://doi.org/10.1348/014466504323088015>

- Lazarus, G., & Shahar, B. (2018). The Role of Shame and Self-Criticism in Social Anxiety: A Daily-Diary Study in a Nonclinical Sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(2), 107-127. <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.2.107>
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Levin, M. E., Haeger, J., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Comparing Cognitive Defusion and Cognitive Restructuring Delivered Through a Mobile App for Individuals High in Self-Criticism. *Cognitive Therapy and Research*, 42(6), 844-855. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9944-3>
- Lilly, K. J., Howard, C., Zubielevitch, E., & Sibley, C. G. (2023). Thinking twice: Examining gender differences in repetitive negative thinking across the adult lifespan. *Frontiers in Psychology*, 14, 1239112. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1239112>
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2014). Rethinking the Role of Worry in Generalized Anxiety Disorder: Evidence Supporting a Model of Emotional Contrast Avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.011>
- Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617-624.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Depression Anxiety Stress Scales. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Luciano, C., Törneke, N., & Ruiz, F. J. (2022). Clinical Behavior Analysis and RFT: Conceptualizing Psychopathology and Its Treatment. İçinde M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Ed.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (1. bs, ss. 109-142). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.5>
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Luoma, J., Walser, R. D., & Hayes, S. C. (2017). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications, Inc.
- Lyubomirsky, S. (2003). Dysphoric Rumination Impairs Concentration on Academic Tasks. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 309-330. <https://doi.org/10.1023/A:1023918517378>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mantzios, M. (2014). Exploring the Relationship between Worry and Impulsivity in Military Recruits: The Role of Mindfulness and Self-compassion as Potential Mediators. *Stress and Health*, 30(5), 397-404. <https://doi.org/10.1002/smi.2617>
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some Ruminative Thoughts. İçinde R. S. Wyer (Ed.), *Ruminative thoughts* (1. bs, C. 9). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Maurice Topper. (2016). *Improving prevention of depression and anxiety disorders: A transdiagnostic approach targeting repetitive negative thinking* [PhD thesis, University of Amsterdam]. <https://dare.uva.nl/search?identifier=1b899864-e715-4a2d-ad4a-805afab92af3>
- Mazzaferro, K. E., Murray, P. J., Ness, R. B., Bass, D. C., Tyus, N., & Cook, R. L. (2006). Depression, Stress, and Social Support as Predictors of High-Risk Sexual Behaviors and

- STIs in Young Women. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 601-603. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.02.004>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., & Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38(1), 23-38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.03.003>
- Medina-Reina, D. P., & Ruiz, F. J. (2022). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 67-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1149>
- Messina, C., Luciano, C., & Presti, G. (2023). Protocollo RFT di gruppo focalizzato sull'alterazione del Repetitive Negative Thinking. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 237. <https://doi.org/10.14605/PCC2932301>
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M., & Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 78-88. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199001\)46:1<78::AID-JCLP2270460113>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199001)46:1<78::AID-JCLP2270460113>3.0.CO;2-R)
- Moeller, S. B., Austin, S. F., Hvenegaard, M., Kistrup, M., Gran, S., & Watkins, E. (2019). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for non-responsive chronic depression: An uncontrolled group study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 376-381. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000584>
- Monteregge, S., Tsagkalidou, A., Cuijpers, P., & Spinhoven, P. (2020). The effects of different types of treatment for anxiety on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2). <https://doi.org/10.1037/h0101777>
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 251-261. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003>
- Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S. S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Mutschler, I., Ball, T., Wankerl, J., & Strigo, I. A. (2012). Pain and emotion in the insular cortex: Evidence for functional reorganization in major depression. *Neuroscience Letters*, 520(2), 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2012.03.095>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
- Nederkoorn, C., Vancleef, L., Wilkenhöner, A., Claes, L., & Havermans, R. C. (2016). Self-inflicted pain out of boredom. *Psychiatry Research*, 237, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.063>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Nikonejad, N., Khajevand, A., & hosseinaei, A. (2025). Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Affective Control Anger, depressed mood, anxiety, positive affect) of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Journal of Research in Psychopathology*, 6(1). <https://doi.org/10.22098/jrp.2022.10443.1074>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008a). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008b). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nota, J. A., & Coles, M. E. (2015). Duration and Timing of Sleep are Associated with Repetitive Negative Thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 253-261. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9651-7>
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 392-401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007>
- Otto, M. W., Birk, J. L., Fitzgerald, H. E., Chauvin, G. V., Gold, A. K., & Carl, J. R. (2022). Stage models for major depression: Cognitive behavior therapy, mechanistic treatment targets, and the prevention of stage transition. *Clinical Psychology Review*, 95, 102172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102172>
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raes, F. (2012). Repetitive Negative Thinking Predicts Depressed Mood at 3-Year Follow-up in Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 497-501. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9295-4>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1994). Are Adolescents Changed by an Episode of Major Depression? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1289-1298. <https://doi.org/10.1097/00004583-199411000-00010>
- Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K. A. (2018). Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals: Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(5), 583-600. <https://doi.org/10.1017/S135246581800036X>
- Ruiz, F., Florez, C. L., Garcia-Martin, M., Monroy-Cifuentes, A., Montero, K., Garcia, D., Hernández, D., Sierra Martinez, M., Suárez Falcón, J. C., Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2018, 1-14.
- Ruiz, F. J., Beltrán, D. M. G., Cifuentes, A. M., & Falcón, J. C. S. (2019). Single-case Experimental Design Evaluation of Repetitive Negative Thinking-Focused Acceptance and Commitment Therapy in Generalized Anxiety Disorder with Couple-related Worry. *International Journal of Psychology*.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, M., García-Beltran, D., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14.
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Luciano, C. (2016). Effect of a One-Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology*.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020a). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020b). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Salazar, D. M., Ruiz, F. J., Ramírez, E. S., & Cardona-Betancourt, V. (2020). Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Child Depression: A Randomized Multiple-Baseline Evaluation. *The Psychological Record*, 70(3), 373-386. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00362-5>
- Sarı, Y. E., kökoğlu, B., Balcıoğlu, H., Bilge, U., Colak, E., & Unluoglu, I. (2016). Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research*.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive*

- Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
<https://doi.org/10.5455/JCBPR.274847>
- Schlossberg, N. K. (1981). A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18. <https://doi.org/10.1177/001100008100900202>
- Schlosser, M., Jones, R., Demnitz-King, H., & Marchant, N. L. (2022). Meditation experience is associated with lower levels of repetitive negative thinking: The key role of self-compassion. *Current Psychology*, 41(5), 3144-3155. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00839-5>
- Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E., & Shortridge, B. E. (2003). A Multidimensional Structure for Repetitive Thought: What's on Your Mind, and How, and How Much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 909-921. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.909>
- Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of Loneliness, Social Support, Health Behaviors, and Stress in Association With Poor Health. *Health Communication*, 25(4), 312-322. <https://doi.org/10.1080/10410231003773334>
- Sierra, M. A., & Ruiz, F. J. (2022). Content validity and perceived utility of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.003>
- Simpson, N. J., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2024). Self-criticism and anxiety in the general population. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 26(4), 18-23. <https://doi.org/10.12740/APP/189810>
- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2006). The restless mind. *Psychological Bulletin*, 132(6), 946-958. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.946>
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Spinhoven, P., Klein, N., Kennis, M., Cramer, A. O. J., Siegle, G., Cuijpers, P., Ormel, J., Hollon, S. D., & Bockting, C. L. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 71-85. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.002>
- Spinhoven, P., Van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stenzel, K. L., Keller, J., Kirchner, L., Rief, W., & Berg, M. (2025). Efficacy of cognitive behavioral therapy in treating repetitive negative thinking, rumination, and worry – a transdiagnostic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, e31. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000017>
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Craig, A. D. (Bud), & Paulus, M. P. (2008). Increased Affective Bias Revealed Using Experimental Graded Heat Stimuli in Young Depressed Adults: Evidence of “Emotional Allodynia”. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 338-344. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181656a48>

- Teismann, T., & Ehring, T. (2019). *Pathologisches Grübeln*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02748-000>
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion*. New Harbinger.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., & Ehring, T. (2010). Improving prevention of depression and anxiety disorders: Repetitive negative thinking as a promising target. *Applied and Preventive Psychology, 14*(1-4), 57-71. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2012.03.001>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. İçinde R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Ed.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (ss. 254-272). Wiley-Blackwell.
- Trompetter, H. R., Ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): psychometric evaluation in a nonclinical and chronic pain sample. *Psychol Assess, 25*(4), 1235–1246. <https://doi.org/10.1037/a0033813>
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.005>
- Vargas-Nieto, J., Zambrano, D., Montorio, I., & Sanabria, L. M. (2024). Efficacy of Digital Mindfulness-Based Interventions for Repetitive Negative Thinking: A Systematic Review and Bibliometric Analysis. *Mindfulness, 15*(3), 523-538. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02321-w>
- Verplanken, B., & Wood, W. (2006). Interventions to Break and Create Consumer Habits. *Journal of Public Policy & Marketing, 25*(1), 90-103. <https://doi.org/10.1509/jppm.25.1.90>
- Voderholzer, U., Barton, B. B., Favreau, M., Zisler, E. M., Rief, W., Wilhelm, M., & Schramm, E. (2024). Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1415905. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1415905>
- Wadsworth, L. P., Forgeard, M., Hsu, K. J., Kertz, S., Treadway, M., & Björgvinsson, T. (2018). Examining the Role of Repetitive Negative Thinking in Relations Between Positive and Negative Aspects of Self-compassion and Symptom Improvement During Intensive Treatment. *Cognitive Therapy and Research, 42*(3), 236-249. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9887-0>
- Wahl, K., Ehring, T., Kley, H., Lieb, R., Meyer, A., Kordon, A., Heinzl, C. V., Mazanec, M., & Schönfeld, S. (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 64*, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.006>
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion, 8*(3), 364-378. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.364>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>

- Watkins, E. R. (2018). *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. Guilford Press.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., Eastman, R., & Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199(4), 317-322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090282>
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S., Moulds, M., & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2144-2154. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1999). The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 653-658. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00150-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00150-8)
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review – Update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: A longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 250. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-250>
- Williams, J. G., Stark, S., Foster, E., & St, A. C. (2008). *Start Today or the Very Last Day? The Relationships Among Self-Compassion, Motivation, and Procrastination*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:5345550>
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. İçinde S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Ed.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211-237). Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Wilson, T. D., Reinhard, D. A., Westgate, E. C., Gilbert, D. T., Ellerbeck, N., Hahn, C., Brown, C. L., & Shaked, A. (2014). Just think: The challenges of the disengaged mind. *Science*, 345(6192), 75-77. <https://doi.org/10.1126/science.1250830>
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological Review*, 114(4), 843-863. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.114.4.843>
- World Health Organization. (2022, June 17). *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*. <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Yadavaia, J. E. (2013). *Using Acceptance and Commitment Therapy to Decrease High-Prevalence Psychopathology by Targeting Self-Compassion: A Randomized Controlled Trial* [Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Yavuz, F., Ulusoy, S., Iskin, M., Esen, F. B., Burhan, H. S., Karadere, M. E., & Yavuz, N. (2016). Turkish Version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-Clinical Samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 397-408. <https://doi.org/10.5455/bcp.20160223124107>
- Yavuz, K., & Burhan, H. (2019). Rule-Governed Behavior: A Basic Process for Psychopathology and Psychotherapy. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 0, 1. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.45688>

Zagaria, A., Ballesio, A., & Vacca, M. (2023). Repetitive negative thinking as a central node between psychopathological domains: A network analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*.



8. EKLER

EK- 1. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.05.2024-56965

 HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ	T.C. HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARLARI
---	--

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI NO
10.05.2024	2024-18

Sayı :E-97105791-050.04-56965
Konu :Etik Kurul Hk.

Çalışmanın Türü	Doktora Tezi
Konu	Anket Uygulama
Başlık	"Yaygın Anksiyete ve Depresyon Tedavisinde, Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünmeye Yönelik Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisinin Etkililiğinin İncelenmesi: Çoklu Başlama Düzeyi Tek Vaka Çalışması"
Yürütücü / Danışman	Prof. Dr. K. Fatih YAVUZ
Yazar	Seher Cömertoğlu Yalçın
Karar	Olumlu

Prof. Dr Mehmet Lütfi YOLA
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Muhammet Fatih HASOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Bülent Bahri KÜÇÜKERDOĞAN
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Enver BOZKURT
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Kezban BAYRAMLAR
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Mahmut Serhat YENİCE
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Mazlum ÇELİK
Etik Kurul Üyesi

Ek:Seher Cömertoğlu Yalçın EKBK.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BS5SFTDZL*

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5999&eD=BS5SFTDZL&eS=56965>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:www.hku.edu.tr
Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Merve BİLGİN
Unvanı: Memur



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK- 2. Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünmeye Yönelik Şefkat Odaklı ACT Protokolü

Aşağıda, tez çalışması kapsamında geliştirilen ve etkililiği test edilen 4 seanslık Şefkat Odaklı ACT protokolü sunulmaktadır. Her seansta temel olarak uygulanması hedeflenen müdahaleler ve yapılandırılmış içerikler yer almaktadır.

Örnek ifadeler, kullanım zorunluluğu olmayan, okuyucunun protokolün işleyişini daha kolay anlamasına yardımcı olması amacıyla eklenmiş önerilerdir.

SEANS- I

1. Giriş ve bilgilendirme
2. Psikoeğitim
3. TOD'un Davranış Analizi
4. Değer Tespiti
5. Yaratıcı Umutsuzluk
6. Hiyerarşik yaşantı tespiti
7. Seans Sonu ve Ödev

1. Giriş ve Bilgilendirme

Danışan karşılanır güvenli ve destekleyici bir ortam sağlanır. Müdahale süreci hakkında bilgilendirme yapılır.

Örnek ifadeler:

Bazı psikoterapi yaklaşımlarında süreç daha uzun sürebilir ve değerlendirme aşaması detaylı bilgi toplamayı gerektirebilir. Bizim birlikte yürüttüğümüz çalışma ise 4 seanslık bir süreç olarak planlanmıştır. Dolayısıyla doğrudan yaşamınızda zorlandığınız alanlara odaklanacağız. Amacımız, zorlayıcı durumlarla daha etkili şekilde başa çıkmayı öğrenmeniz ve sizin için önemli olan konularda adım atabilmeniz. Sürecin temposunu birlikte belirleyeceğiz. Eğer seans sırasında hızlı gittiğimizi ya da yoğun hissettiğinizi düşünüyorsanız, bunu paylaşmanız benim için çok değerli olacak.

2. Psikoeğitim

İçsel Yaşantılar ve Davranış Arasındaki Farkın Açıklanması

Danışana içsel yaşantıların (duygu, düşünce, his vb.) ve davranışların farklı şeyler olduğu örneklerle açıklanır.

Terapist kendi içsel yaşantılarını paylaşarak örnek olur:

“Şu an benim zihnimden ‘ilk seansı yapıyorum, acaba yeterince iyi yapabilir miyim?’ gibi düşünceler geçiyor. Aynı zamanda heyecan ve biraz kaygı hissediyorum.”

Danışana sorulur:

“Sizce bunlardan hangileri duygu, hangileri düşünce? Ben bunları yaşarken davranışım şu an ne oluyor?”

Kontrol Alanındakini Belirleme

İçsel yaşantının otomatik oluştuğu ve kontrol edilemediği, davranışların ise kontrolünde olduğu açıklanır.

Terapist örnek verir:

Bu düşünceler otomatik gelir ve kontrolümde değildir, ancak seansı yapmaya devam etmek benim kontrolümde. İçsel yaşantılarımı seçemiyorum ama davranışlarımı seçebilirim.

Davranışın Bağımsızlığını Farketme

Danışana farkındalık yaratmak için aşağıdaki gibi sorular yöneltilir. Özellikle danışanın kendi hayatından örnekler kullanılması önerilir

Danışana sorulur:

"Çok öfkeli olup birine vurmak veya hakaret etmek isteyip bunu yapmadığınız durumlar oldu mu?"

"Zihninizin ‘yapamazsın’ dediği halde yapmaya devam ettiğiniz bir durum hatırlıyor musunuz? (Örneğin yeni bir dil öğrenme gibi)"

Bu aşamada danışanın içsel yaşantıları ve davranışları arasındaki kontrol farkını anlaması sağlanır.

TOD Bağlamında ‘Düşünce’ ve ‘Düşünmek’ Farkının Açıklanması

TOD durumlarında otomatik gelen düşünceye verilen tepki biçimleri anlatılır:

- Düşünce ile birleşmek (uzatmak, diyalog kurmak)
- Düşünceyi uzaklaştırmaya çalışmak (reddetmek, karşılık vermek)

Danışanın kontrol edebileceği tek şeyin davranışları olduğu vurgulanır.

3. TOD’un Davranış Analizi

Danışanın en net hatırladığı ya da son zamanlarda yaşadığı bir TOD anı seçilerek davranışın işlevsel analizi yapılır (bkz. Fatih Yavuz, 2021).

A. Öncüller

- Dış bağlamın anlaşılması (ortam, durumlar, diğer unsurlar)
- İç bağlamın anlaşılması (duygu, düşünce, his vb.)

B. Davranış

- TOD belirlenir ve danışan nasıl tanımlıyorsa öyle isimlendirilir (ör. Düşünüp durma- takılıp kalma vb.)
- TOD’a eşlik eden başka kaçınma davranışları varsa tespit edilir (ör. Uyumak- sosyal medyada gezinmek vb.)

C. Sonuç

- Kaygının artması veya ağırlaşması
- Değerlerden uzaklaşma
- Değerleri tespit etmek için “Sihirli Değnek” sorusu kullanılabilir (Russ Harris, 2022 sf. 348).

4. Değer Tespiti

- Değer odaklı bir yaşam için temel değerler belirlenir ancak spesifik eylemler sonraki seanslarda şekillendirilir.

5. Yaratıcı Umutsuzluk

- Danışanın öncülleri kontrol etmek için yaptığı stratejilerin etkisizliği davranış analizi üzerinden gösterilir.

- TOD'un danışan açısından hangi işlevleri yerine getirdiği (ör. plan yapma, problem çözme, güvence arama vb.) birlikte keşfedilir ve danışanın kendi yaşamından örneklerle somutlaştırılır.
- TOD davranışını sürdüren temel motivasyonun, uzun vadede amaçlarına hizmet etmediği veya etkili bir çözüm üretmediği açık bir şekilde vurgulanır.

6. Hiyerarşik Yaşantı Tespiti

- İçsel yaşantıların hiyerarşik yapılanması danışanla beraber belirlenir.
- Hiyerarşik yapılanmanın üstünde yer alan yaşantının (örneğin, "değersizlik", "hayal kırıklığı" gibi) öğrenme öyküsüne bakılır.

Eğer Hiyerarşik Yaşantı Bulunduysa:

Hiyerarşik yapılanmanın üstünde yer alan yaşantının yaşamda bıraktığı izler danışana anlatılır. Burada yazar tarafından geliştirilen Hansel ve Gretel Metaforundan yararlanılabilir:

“Zihninizin hayat boyunca bazı izler bıraktığını fark ettim. Bunlar sizin için neyi temsil ediyor, hangi ihtiyacınızı karşılamaya çalışıyorsunuz? Bu konuda birlikte keşfe çıkalım.”

Eğer Hiyerarşik Yaşantı Bulunmadıysa:

Metafor yerine zihnin sürekli yorumlar yaptığı vurgulanarak, bu yorumları anlamaya yönelik bir yaklaşım benimsenir:

“Zihniniz sürekli yorumlar yapıyor, bazen eleştiriyor, bazen karşılaştırıyor. Gelin, bu yorum yapan kısmı tanıyalım ve bu tarafınızla konuşalım.”

7. Seans Sonu ve Ödevler

Danışana gelecek seansa kadar TOD anlarını kaydetmesi için Davranış Analizi Formu verilir (bkz. Fatih Yavuz, 2021).

SEANS- II

1. Ödev Kontrolü
2. Röportaj Metaforu (Ayrışma, Kabul, Benlik ve Şefkat)
3. Yaratıcı Umutsuzluk: Perspektif Alma ile Şefkat için Zemin Oluşturma
4. Çapa Atma Egzersizi: Ana Dönmek ve Davranışı Seçebilmek
5. Seans Sonu ve Ödevler

1. Ödev Kontrolü

Önceki seans verilen ödevler kontrol edilir. Danışanın ödevi tamamlarken karşılaştığı zorluklar ve bu ödevin olumlu veya olumsuz etkileri sorulur.

2. Röportaj Metaforu (Ayrışma, Kabul, Benlik ve Şefkat)

Danışanın zorlayıcı düşünce ve duygularını somutlaştırılarak bu içsel yaşantılarıyla röportaj yapılır. Bu süreç, içsel yaşantıların kendisinden ayrı bir varlık olarak görülmesini (ayrışma), araya mesafe koyabilmeyi ve davranış seçiminde bilinçli olmayı destekler. TOD davranışında baskın bir içsel yaşantı varsa (örneğin değersizlik, yoğun kaygı, yetersizlik gibi), röportaj bu üst yaşantıyla yapılır. Eğer içsel yaşantı tesipt edilememişse ya da yoksa, röportaj zihnin bu düşünceleri üreten kısmıyla yapılır.

Bu süreçte danışan:

- İçsel yaşantının fiziksel görünüşünü, sesini, karakteristik özelliklerini tanımlar.
- Bu içsel yaşantıyla geçmiş deneyimlerini ve hayatındaki etkilerini ifade eder.
- İçsel yaşantının hayatındaki amacını ve anlamını keşfeder.

Ayrıca, danışanla birlikte zorlayıcı içsel yaşantılar ortaya çıktığında bilişsel ayrışmayı desteklemek amacıyla kullanabileceği beş somut cümle oluşturulur.

Örneğin:

"Neden burada olduğunu anladım. Uyarın için teşekkürler."

"Yeniden burada olduğunu görüyorum, ancak seninle sohbet edecek zamanım yok."

3. Yaratıcı Umutsuzluk: Perspektif Alma ve Şefkat için Zemin Oluşturma

Somutlaştırılan içsel yaşantıya karşı (örneğin zorlayıcı bir düşünce ya da duygu) danışanın davranışları ve bu davranışların uzun vadeli sonuçları incelenir. Amaç, danışanın içsel yaşantıyı bastırma, ona öfkelenme, onu uzaklaştırma veya tamamen ona kapılıp gitme biçimindeki tepkilerinin uzun vadede işe yaramadığını fark etmesidir.

Ayrıca, danışanın bu içsel yaşantının bir işlev taşıdığını (örneğin koruma, uyarma, yönlendirme) perspektif alarak fark etmesi desteklenir. Böylece kontrol etmeye çalışmak yerine, bu yaşantının amacını ve anlamını tanımayı öğrenmesi sağlanır. Bu farkındalık, sonraki seansta şefkat temelli bir ilişki geliştirmesi için zemin hazırlar.

Bu bölümde şu tür keşif soruları kullanılabilir:

“Bu düşünce geldiğinde ona nasıl davranıyorsun?”

“Ona kızmak veya onu kovmak uzun vadede sana nasıl etki ediyor?”

“Bu düşünce sana ne anlatmaya çalışıyor olabilir?”

Danışan bu farkındalıkla birlikte şunu görebilir:

- İçsel yaşantı genellikle bir amaca hizmet etmek için ortaya çıkar (ör. korumak, hazırlıklı olmak).
- Onunla kurduğu ilişki ve uyguladığı stratejiler uzun vadede hem işlevsizdir hem de daha çok sıkışmışlık yaratır.

Danışan böylece bir yol ayrımına gelir:

- İçsel yaşantıyı kontrol etmeye devam etmek ya da
- İçsel yaşantıya yer açıp, onunla ayrılarak değer yönelimli hareket etmek

4. Çapa Atma Egzersizi: Ana Dönmek ve Davranışı Seçebilmek

Danışana, yoğun içsel yaşantılarla karşılaştığında, zihinsel olarak onlara kapılmadan ana dönebilmesi için çapa atma egzersizi öğretilir (Russ Harris, 2022 sf. 181-194).

Çapa atma egzersiziyle danışan:

- İç ve dış dünyasını fark etme becerisini geliştirir (örn. ayak tabanlarını yere basmak, nefese odaklanmak, beş duyuyla yönlendirilmiş kısa egzersizler yapmak).
- İçsel yaşantılarla arasına mesafe koyma becerisini geliştirir.

- Davranışlarını bilinçli ve değerlerine uygun biçimde seçebilme becerisini güçlendirir.

5. Ödev

Ödev-1

Davranış analizi formunu doldurmaya devam eder. Öncülleri fark ettiği anlarda çapa atma egzersizini uygular ve zorlayıcı yaşantısına karşı oluşturduğu defüzyon cümlelerini kullanarak ana döner.

Ödev-2

Röportaj formundaki eksik sorular varsa bunları tamamlar.

Ödev-3: Görsel Çalışma

Danışandan, röportaj sürecinde somutlaştırdığı içsel yaşantıyı temsil eden bir görsel getirmesi veya çizmesi istenir. Bu görsel bir fotoğraf, bir resim, bir sembol ya da tamamen hayal ürünü bir karakter olabilir.

SEANS- III

1. Ödev Kontrolü ve Çapa Atma Egzersizi
2. Kabul ve Şefkat Çalışması
3. Şefkatli Yanıt Verme Çalışması
4. Değer Odaklı Eylem Planlama
5. Seans Sonu ve Ödevler

1. Ödev Kontrolü ve Çapa Atma Egzersizi

Önceki seans verilen ödevler kontrol edilir. Danışanın ödevi tamamlarken karşılaştığı zorluklar ve bu ödevin olumlu veya olumsuz etkileri sorulur. Ayrıca önceki seansa öğrenilen çapa atma egzersizi yapılarak seansa başlanır.

2. Kabul ve Şefkat Çalışması

İçsel Yaşantıyla Şefkatli İlişki Kurmak

Danışanın içsel yaşantısına yönelik kabul ve şefkat geliştirmesi amaçlanır. Bu çalışma, önceki seanslarda yapılan somutlaştırılan içsel yaşantı veya röportaj kişisi üzerinden gerçekleştirilir.

Danışanın Hiyerarşik Yaşantıyla Öğrenme Öyküsü Varsa:

Belirgin bir geçmiş deneyime (öyküye) dayanan hiyerarşik yaşantı, “içindeki çocuk” metaforu ile çalışılır (bkz. Russ Harris, 2016). ACT ve Şefkat Odaklı Terapi yaklaşımıyla, öğrenme öyküsü bulunun yaşantıların bugünkü zorlayıcı duygularla bağlantısı ele alınır.

Bu çalışmada hedeflenen:

- Hiyerarşik yaşantı tarafından tetiklenen duygusal zorlanmayı fark edilmesi
- Bu yaşantıya karşı geliştirdiği otomatik kaçınma davranışlarını (örn. TOD) tanınması
- Zorlandığı içsel yaşantısına yer açmak, ihtiyacını görerek şefkatli yanıt geliştirmesi

Burada şefkatli davranmak, doğrudan içsel yaşantıya verilen yumuşak ve destekleyici bir yanıt olmasının yanında, aynı zamanda danışanın değer odaklı davranışa yönelmesini kolaylaştıran bilinçli bir tercihtir. Bu yaklaşım, hem kaçınma döngüsünün kırılmasına hem de psikolojik esnekliğin gelişmesine katkı sağlar.

Danışanın Hiyerarşik Yaşantıyla Belirgin Bir Öyküsü Yoksa/Bulunmadıysa

Daha önce röportaj çalışması yapılmış ve danışanın bu içsel yaşantıyla kurduğu ilişkiye yönelik yaratıcı umutsuzluk süreci yürütülmüştür. Danışan, mevcut ilişki biçiminin uzun vadede işlevsiz olduğunu fark etmiş ve bu yaşantıyla farklı bir ilişki kurma kararı almıştır. Bu aşamada, danışanın içsel yaşantısına şefkatli bir perspektiften yaklaşmayı öğrenmesi hedeflenir (bkz. Russell L. Kolts, 2023 sf. 161-179).

Hedefler:

- Zorlayıcı içsel yaşantıyı bir düşman olarak görmek yerine onunla işbirliği yapabileceği bir ilişki kurması,
- Bu yaşantının amacına dair şefkatli bir bakış geliştirmesi (örneğin “beni korumaya çalışıyor”, “ihtiyacımı fark ettiriyor”),
- Bu yaşantıya karşı şefkatli bir yanıt vererek, kontrol/kaçınma davranışları yerine değer odaklı bir tepki geliştirmesidir.

Danışanın şefkatli yanıtı, yalnızca içsel yaşantıya karşı bir tutum değişikliği değil, aynı zamanda değerler doğrultusunda davranış seçimini destekleyen bir eylem işlevi taşır.

3. Şefkatli Yanıt Verme Çalışması

Danışanın zorlayıcı içsel yaşantısına karşı daha şefkatli bir yaklaşım geliştirmesi hedeflenir. Danışanın içsel yaşantılarına karşı otomatik tepkiler yerine bilinçli ve kabul içeren yanıtlar geliştirmesi amaçlanır.

Uygulamada, aşağıdaki hedeflere yönelik olarak şu tür yapılandırılmış sorular kullanılabilir:

- Hansel ve Gratel metaforu çerçevesinde, danışanın bu içsel yaşantıya şefkatle nasıl yaklaşmak istediği sorulur.

“Zorlayıcı içsel yaşantı (örneğin değersizlik) yeniden ortaya çıktığında, bu yaşantıyı taşıyan içsel parçan (örneğin içindeki çocuk) neye ihtiyaç duyar? Ona nasıl eşlik etmek istersin?”

- Somutlaştırılan zihinsel figür tekrar belirdiğinde danışanın onunla nasıl ilişki kurmak istediği sorulur.

“Röportaj sürecinde somutlaştırdığın içsel figür (örneğin zihninin sesi, içsel eleştirmen) tekrar belirdiğinde, onunla nasıl bir ilişki kurmayı seçersin? Ona hangi tutumla yaklaşmak istersin?”

- Danışanın şefkatli benliğinden hareketle duyguya veya düşünceye nasıl bir yanıt vereceği üzerine çalışılır.

“Röportaj sürecinde somutlaştırdığın içsel figür (örneğin zihninin sesi, içsel eleştirmen) tekrar belirdiğinde, onunla nasıl bir ilişki kurmayı seçersin? Ona hangi tutumla yaklaşmak istersin?”

Danışandan, bu sorular doğrultusunda içsel yaşantıya yönelteceği 1-2 kısa şefkatli yanıt cümlesi oluşturması istenir.

Örnekler:

“Yine geldin, zorlandığını görüyorum. Yanındayım.

“Beni korumak için verdiğin çabanı görüyorum. Teşekkür ederim”

4. Değer Odaklı Eylem Planlama

Danışan, şefkatli bir tutum geliştirdikten sonra küçük ama anlamlı, değer odaklı adımlar belirlenir.

İki temel soru üzerinden hareket edilir:

1. Bu zorlayıcı yaşantıyla karşılaştığında hangi şefkatli yanıtı vereceksin?
2. Bu duygunla/düşüncenle beraber önemsendiğin şey için hangi küçük adımı atabilirsin?

5. Seans Sonu ve Ödevler

Ödev-1: Mektup Yazımı- Şefkat verme

Öykü varsa: İçindeki çocuğa hitaben bir mektup yazılır.

Öykü yoksa: Röportaj kişisine şefkatli bir mektup yazılır. (2 gün içinde tamamlanır)

Ödev-2: Mektuba Cevap- Şefkati Alma

İlk mektuba cevap olarak yazılır (İlk mektuptan 4 gün sonra tamamlanır).

Ödev-3: Çapa atma ve Şefkatli Yanıt Egzersizi

TOD davranışlarının öncülleri fark edilince çapa atma egzersizi yapılır ve seansta oluşturulan şefkatli yanıtlar kullanılır.

Terapist Ödevi:

Terapist danışan ve röportaj kişisi/içindeki çocuğa yönelik, süreçteki ilerleyişi özetleyen şefkatli iki mektup yazar.

SEANS – IV

1. Ödev Kontrolü
2. Bağlamsal Benliği Geliştirme
3. Terapistin Mektubunun Okunması
4. Seansın Kapanışı ve Süreç Değerlendirmesi

1. Ödev Kontrolü

Danışanın önceki seansta yazdığı şefkatli mektuplar birlikte incelenir. Mektuplarda eleştirel, küçümseyici, acıyan ya da sadece tavsiye veren bir dil kullanılmışsa terapist tarafından fark ettirilir ve destekleyici, şefkatli ve kabul edici bir dil ile yeniden yazması teşvik edilir.

2. Bağlamsal Benliği Geliştirme

Bu aşamada, danışanın içsel yaşantılarını daha geniş ve kapsayıcı bir benlik perspektifinden değerlendirmesi desteklenir. ACT yaklaşımında bu, “gözlemleyen benlik” ya da “bağlamsal benlik” üzerinden adlandırılır.

Danışanın zorlayıcı duygu ve düşünceleri, gelip geçen, değişken ve geçici deneyimler olarak ele alınır. Bu perspektifin desteklenmesi amacıyla terapist, gökyüzü-bulut, satranç tahtası-taş, ya da yolcu-tren istasyonu gibi metaforları kullanabilir (bkz. Russ Harris, 2022 sf. 449-469). Bu metaforlar, danışanın düşünce ve duygularını taşıyan ama onlardan ibaret olmayan bir benlik konumuna yerleşmesini kolaylaştırır.

“Zihninden geçen düşünceler gökyüzündeki bulutlar gibidir: Gelirler, geçerler ama gökyüzü hep oradadır.”

Bu çalışmayla birlikte danışanın, içsel yaşantılarını yargılamadan fark etmesi, onlara yer açabilmesi ve bu bilinçle davranışlarını değerleri doğrultusunda seçebilmesi hedeflenir. Böylece ayrışma sadece zihinsel bir mesafe olarak kalmaz, aynı zamanda şefkatli ve kabul edici bir ilişki biçimine dönüşür.

3. Terapistin Mektubunun Okunması

Terapist, danışanın önceki süreçlerini ve çabasını temel alarak yazdığı şefkatli mektubu yüksek sesle okur. Bu mektup, danışanın gösterdiği ilgiyi, sürece kattığı emeği ve gelişimin destekleyen sıcak ve kabullenici bir içeriğe sahiptir.

Böylece danışanın kendisiyle şefkatli bir temas kurması hedeflenir.

4. Seansın Kapanışı ve Süreç Değerlendirmesi

Son oturum olarak, danışanla birlikte terapötik sürecin genel bir değerlendirmesi yapılır. Danışanın süreç boyunca edindiği farkındalıklar, öğrendikleri ve değer odaklı davranış değişimleri üzerine konuşulur.

Geri bildirim almak için örneğin şu sorular yöneltilebilir:

“Bu süreçte senin için en dönüştürücü olan neydi?”

“Neler öğrendin ve bu öğrendiklerini hayatında nasıl göstereceksin?”

Terapist, danışanın gösterdiği çaba ve katılımı takdir eder, teşekkür eder ve duygusal açıdan destekleyici bir kapanış yaparak süreci sonlandırır.

Kaynaklar

- Fatih Yavuz (2021). *Davranışı İnceleme Formu*.
<https://www.baglamsalbilimler.org.tr/wp-content/uploads/2022/11/davranisiincelemeformuu.pdf>
- Russ Harris. (2016). *Compassion For The Younger You*.
http://www.actmindfully.com.au/upimages/Inner_Child_Exercise_Script_from_The_Reality_Slap_-_Russ_Harris_04.22.2016.pdf
- Russ Harris. (2022). *ACT'i Kolay Öğrenmek* (K. Fatih Yavuz & F. Betül Esen, Çev.; 2. bs). Litera Yayıncılık.
- Russell L. Kolts. (2023). *CFT'yi Kolay Öğrenmek* (Seher Cömertoğlu, Ed.; Esmanur Türk, Çev.). Litera Yayıncılık.

EK- 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, “Yaygın Anksiyete ve Depresyon Tedavisinde, Tekrarlayıcı Olumsuz Düşünmeye Yönelik Şefkat Odaklı Kabul ve Kararlılık Terapisinin Etkililiğinin İncelenmesi” amacıyla Prof. Dr. Kaasım Fatih Yavuz, Klinik Psikolog Seher Cömertoğlu Yalçın tarafından yürütülmektedir.

Bu araştırma haftalık olarak gerçekleşecek 4 seanslık bir psikoterapi sürecini içermektedir. Katılımcıların süreçteki değişim ve gelişimlerini takip etmek için günlük ve haftalık doldurulması gereken psikolojik ölçme araçları kullanılacaktır. Bu ölçümler, seanslardan altı ila on gün önce değişken zamanlarda başlayacak ve seans süreci boyunca devam edecektir. Seansların tamamlanmasını takiben bir ay boyunca herhangi bir ölçüm yapılmayacak, ancak bir ay sonunda final ölçümü gerçekleştirilecektir.

Katılımınız tamamen gönüllü olup, istediğiniz zaman, herhangi bir neden göstermeksizin araştırmayı sonlandırma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmada kişisel verileriniz gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından erişilebilecektir. Toplanan veriler yalnızca bu araştırma için kullanılacak olup başka bir amaç için kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

[]Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katıldığımı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının Adı:

Tarih: .../.../...

EK- 4. Demografik Bilgi Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3.Daha önce psikolojik/psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

() Evet (belirtiniz):.....

() Hayır

EK- 5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

0	1	2	3
Hiç	Birçok gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen Hemen Her Gün

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

1. Sinirli, kaygılı, uçuşumun kenarındaymış gibi hissetme	0	1	2	3
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama	0	1	2	3
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme	0	1	2	3
4. Gevşeyip rahatlayamama	0	1	2	3
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma	0	1	2	3
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma	0	1	2	3
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama	0	1	2	3

EK- 6. Hasta Sağlığı Anketi-9 (HSA-9)

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

0	1	2	3
Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen Hemen Her Gün

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

EK- 7. Perseveratif Düşünme Ölçeği

Bu ölçekte sizden olumsuz deneyimlerle ya da sorunlarla ilgili genel olarak nasıl düşündüğünüzü açıklamamanız istenecektir. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve genel olarak olumsuz deneyimlerle ya da sorunlarla ilgili düşündüğünüz durumlara ne kadar uygun olduğuna göre değerlendirin.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her zaman
1. Aynı düşünceler aklımdan tekrar tekrar geçmeye devam ediyor.	0	1	2	3	4
2. Düşünceler zihnime zorla girer	0	1	2	3	4
3. Onları düşünmeyi durduramıyorum	0	1	2	3	4
4. Hiçbirini çözmeden birçok sorunla ilgili düşünüyorum	0	1	2	3	4
5. Sorunlarımla ilgili düşünürken başka hiçbir şey yapamıyorum	0	1	2	3	4
6. Düşüncelerim kendini tekrarlıyor	0	1	2	3	4
7. Düşünceler aklıma istemim dışında gelmeye devam ediyor	0	1	2	3	4
8. Birtakım meselelere takılır ve ilerleyemem	0	1	2	3	4
9. Bir cevap bulamadan kendime sorular sormaya devam ediyorum	0	1	2	3	4
10. Düşüncelerim beni diğer şeylere odaklanmaktan alıkoyuyor	0	1	2	3	4
11. Her zaman aynı meseleyle ilgili düşünüp dururum	0	1	2	3	4
12. Düşünceler zihnimde öylece beliriyor.	0	1	2	3	4
13. Aynı mesele üzerinde düşünmeye devam etme dürtüsü hissediyorum	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerimin bana pek faydası olmuyor	0	1	2	3	4
15. Düşüncelerim tüm dikkatimi alıyor	0	1	2	3	4

EK- 8. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Yönerge: Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

1. Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2. Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3. Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0	1	2	3
4. Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5. Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7. Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0	1	2	3
8. Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim.	0	1	2	3
9. Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10. Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11. Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12. Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
13. Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
14. Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15. Kendimi paniklemeğe yakın hissettim.	0	1	2	3
16. Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım.	0	1	2	3
17. Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18. Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19. Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
20. Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21. Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

EK- 9. Bilişsel Kaynaşma Ölçeği

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

1	2	3	4	5	6	7
asla doğru değil	çok nadiren doğru	nadiren doğru	bazen doğru	sıklıkla doğru	hemen her zaman doğru	her zaman doğru

1. Düşüncelerim bende sıkıntı ya da duygusal acıya neden olur.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Düşüncelerime o kadar kapılıyorum ki, en çok yapmak istediğim şeyleri yapamaz hale gelirim.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Olayları bana yardımı olmayacak bir noktaya gelinceye kadar, aşırı analiz ederim.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Düşüncelerimle mücadele halindeyimdir.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Bazı düşüncelere sahip olduğum için üzülür ve öfkelenirim.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Düşüncelerimin içinde kolaylıkla sıkışıp kalabilirim.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Bunun yararı olacağını bilsem bile, bana sıkıntı veren düşüncelerin gitmesine izin vermem çok zor.	0	1	2	3	4	5	6	7

EK- 10. Değerlere Bağlı Yaşam Ölçeği (DBYÖ)

Aşağıdaki sorular değer odaklı yaşamı ölçmektedir. Değerler, hayatımızı nasıl yaşamak istediğimiz konusunda yaptığımız seçimlerdir. Değer odaklı yaşam hayatta neye/nelere önem verdiğinizi ve sizi neyin motive ettiğini belirlediğiniz anlamına gelir. Değerlerinizi belirlemek için kendinize sorduğunuz sorular “Ben hayattan ne istiyorum?” “Neyi önemli görüyorum ve nasıl bir insan olmak istiyorum?” şeklindedir. Bu ölçek, değerlerinizi tanımlamayı ve onlara göre yaşamayı öğrenmek ile ilgilidir.

	Tamamen Katılmıyorum				Tamamen Katılıyorum
1. Hayatımı daha anlamlı kılan değerlere sahibim	1	2	3	4	5
2. Hayatta beni neyin/nelerin motive ettiğini biliyorum.	1	2	3	4	5
3. Uğrunda yaşayabileceğim önemli değerler bulduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
4. Hayatımda ne yapmak istediğimi tam olarak biliyorum.	1	2	3	4	5
5. Zorlayıcı olsalar bile değerlerim doğrultusunda tercihlerde bulunurum.	1	2	3	4	5
6. Hayatımı nasıl yaşamak istediğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
7. Hayatta ne yapmak istediğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
8. Davranışlarımın değerlerimi gerçekten yansıttığına inanıyorum.	1	2	3	4	5
9. Kişisel istek ve arzularıma uygun şekilde davrandığıma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10. Duygularım, beni, benim için önemli/değerli şeyleri yapmaktan alıkoymaz.	1	2	3	4	5
11. Hayatımı her zaman tasarladığım şekilde yaşarım.	1	2	3	4	5
12. Hayatımı yaşama biçimimden memnunum.	1	2	3	4	5
13. Hiçbir şey beni önem verdiğim şeyleri yapmaktan alıkoyamaz.	1	2	3	4	5
14. Hayatımı dolu dolu yaşadığıma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Önemli olduğunu düşündüğüm şeyler için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
16. Hayatımı doyasıya yaşadığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK- 11. Kabul ve Eylem Formu-II

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru

1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hislerimden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Acı hatıralarım, dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6	7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar.	1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.	1	2	3	4	5	6	7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6	7

EK- 12. Öz Duyarlık Ölçeği Kısa Formu (ÖDÖ-KF)

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sık sık	Genellikle	Her zaman
1. Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
4. Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
5. Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görme çabasındayım.	1	2	3	4	5
6. Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
8. Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
9. Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benim daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
11. Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
12. Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Seher CÖMERTOĞLU YALÇIN
Uyruğu : T. C.

EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite	: İstanbul Ticaret Üniversitesi	2017
Yüksek Lisans	: İstanbul Medipol Üniversitesi	2020
Doktora	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2025

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görevi
2019-2022	İstanbul Medipol Üniversitesi	Klinik Psikolog
2022-2024	Cansalığı Vakfı	Araştırma Koordinatörü

UZMANLIK ALANI

Bağlamsal Davranış Bilimleri, ACT, Şefkat Odaklı Terapi, Depresyon, Anksiyete

YABANCI DİLLER

İngilizce

YAYINLAR

- Cömertoğlu Yalçın, S., & Yavuz, K. F. (2025). Tanı ötesi bir süreç olarak endişe ve endişeye dair kuramsal modeller [Worry as a transdiagnostic process and theoretical models of worry]. *Journal of History School*.
- Cömertoğlu Yalçın, S., & Yavuz, K. F. (2025). Adaptation, Validity and Reliability of the Turkish Version of Contrast Avoidance Questionnaires. *The Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*.
- Boz, C., & Cömertoğlu, S. (2025). Psikoterapilerde İlk Görüşmenin Öneminin İncelenmesi. *Psikoloji Araştırmaları*, 2(2), 1-6.
- Cömertoğlu Yalçın S, Boz C, Arıcak O. T. (2025) Examining the Effects of Clinicians' Attitudes, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction on the Level of Burnout among Psychotherapists. *J Cogn Behav Psychother Res* 2025; 14(1): 9–17.

- Kuru, T., Uymaz, P., Cömertoğlu, S., & Çelenk, S. (2022). Turkish validity and reliability of the smartphone overuse screening questionnaire. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 9(3), 320-327.
- Cömertoğlu Yalçın, S., Akkaya, M. N., & Yavuz, K. F. (2024, Eylül). Feasibility and preliminary efficacy of a web-based self-help program on repetitive negative thinking in college students: A randomized pilot study [Uluslararası sözlü bildiri]. European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) 54th Annual Congress, Belgrade, Serbia.
- Cömertoğlu, S. (Çeviri Ed.). (2023). *CFT'yi Kolay Öğrenmek*. Litera Yayınevi.
- Cömertoğlu Yalçın, S., Uysal, H., & Ulusoy, S. (2023, Kasım). Compassion and fears: A study on the cultural perception of the concept of compassion in Türkiye [Uluslararası sözlü bildiri]. ACBS LMIC International Conference.
- Cömertoğlu, S. (Çevirmen). (2023). Bölüm çevirisi. İçinde *İlişkisel Çerçeve Kuramı'nı Öğrenmek*. Litera Yayınevi.
- Cömertoğlu, S., & Ulusoy, S. (2022, Kasım). COVID-19 sebebiyle kaygı ve kaygı ile ilişkili psikolojik zorlanmalara yönelik çevrimiçi grup terapisi müdahale programı [Sözlü bildiri]. III. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Kongresi, Türkiye.
- Cömertoğlu, S. (2022). Bağlamsal davranışçı yaklaşımın duygu ve güdülenmeye bakışı ve klinik yansımaları. İçinde *Güdülenme ve Duygular: Biyo-Psiko-Sosyal Yaklaşımlar* (ss. 295-333). Nobel Yayıncılık. [Bölüm yazarı]
- Cömertoğlu, S. (Çevirmen). (2022). Bölüm çevirisi. İçinde *ACT'i Kolay Öğrenmek* (2. Edisyon). Litera Yayınevi.
- Cömertoğlu, S., Aktan, F. N., Altıparmak, A., & Çakır, Z. (2018, Ekim). Duygu düzenleme güçlüğü, mizah tarzları ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkilerin incelenmesi [Sözlü bildiri]. 54. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Türkiye.
- Arı, E., Cesur Soysal, G., Cömertoğlu, S., & Turak, E. (2017, Ekim). Bilişsel kapalılık ihtiyacı, psikolojik sağlamlık ve yaşam olayları arasındaki ilişkilerin incelenmesi [Sözlü bildiri]. 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Türkiye.