



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KRONİK VE NÜKSEDEN DEPRESYONUN
BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ MÜDAHALELER
ÇERÇEVESİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ:
ÖZ-ŞEFKATİN KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ

GİZEM DEMİR

İSTANBUL, 2021



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KRONİK VE NÜKSEDEN DEPRESYONUN
BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ MÜDAHALELER
ÇERÇEVESİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ:
ÖZ-ŞEFKATİN KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ

**GİZEM DEMİR
(200134013)**

**Danışman
(Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2021

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gizem Demir

İmza

Işığı ile hem güneş'im hem ay'ım olana

Annem'e...

Gizem Demir

İmza

**KRONİK VE NÜKSEDEN DEPRESYONUN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK TEMELLİ MÜDAHALELER ÇERÇEVESİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ: ÖZ-ŞEFKATİN KORUYUCU VE
ÖNLEYİCİ ETKİSİ
GİZEM DEMİR**

ÖZET

Bu çalışma ile majör depresyonun tedavisinde kullanımı açısından bilinçli farkındalık temelli müdahaleler açıklanmış ve literatürde bu anlamda yer alan çalışmalar derlenmiştir. Üçüncü kuşak terapi ekolleri içinde yer alan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının depresyonun hangi aşamasında kullanıldığı inceleyen çeşitli çalışmalar incelenmiştir. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin temel çıkış noktasını oluşturan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) ve bilinçli farkındalık temeline dayanmasının yanında şefkat ve öz-şefkat içeriği ile öne çıkan Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) ve Öz-Şefkatli Farkındalık (MSC) müdahalelerinin incelemeye dahil edildiği bu çalışmada yerli ve yabancı literatür derlenmiştir. Kronik ve nüks eden depresyona karşı müdahale olarak öne çıkan bu yaklaşımların iyileştirici mekanizmalarının üstünde durulmaya çalışılmıştır. Öz-şefkatin psikolojik sağlık açısından koruyucu ve önleyici özelliğinin vurgusunun yapılması ve bu müdahale biçimlerin ana unsurlarından olması açısından ele alınması hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler; bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, öz-şefkat, kronik ve nükseden depresyon.

**THE EVALUATION OF CHRONIC AND RECURRENT
DEPRESSION IN TERMS OF MINDFULNESS-BASED
INTERVENTIONS: PROTECTIVE AND PREVENTIVE
EFFECT OF SELF-COMPASSION
GİZEM DEMİR**

ABSTRACT

In this study, mindfulness-based interventions were explained in terms of their use in the treatment of major depression and studies in the literature in this sense were compiled. Various studies examining the use of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program, which is one of the third generation therapy schools, were examined. Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR), which is the main starting point of mindfulness-based interventions, and Mindfulness-Based Compassionate Living Training (MBCL) and Mindful Self-Compassion (MSC) interventions, which stand out with their compassion and self-compassion content as well as being based on mindfulness. In this study, which was included in the review, domestic and foreign literature was compiled. The curative mechanisms of these approaches, which stand out as an intervention against chronic and recurrent depression, have been tried to be emphasized. It is aimed to emphasize the protective and preventive feature of self-compassion in terms of psychological health and to deal with it in terms of being one of the main elements of these intervention forms.

Keywords; mindfulness based interventions, self-compassion, chronic and recurrent depression.

ÖNSÖZ

Bu çalışma ile bilinçli farkındalık temelli müdahale biçimlerinin depresyonun hangi aşamasında nasıl bir etki mekanizması ile kullanıldığı açıklanmıştır. Majör depresyonun kronik hale gelmesi veya nüks etmesi durumunda kullanımı açısından etkili sonuçlar ile literatürde yer alan bilinçli farkındalık temelli müdahaleler derlenmiştir. Bilinçli farkındalık müdahalelerin önemli bir bileşeni olan öz-şefkatın önemi ile koruyucu ve önleyici etkisi üstünde durulması amaçlanmıştır.

Bilgileri ile beni yetiştiren, bir psikoloğun nasıl olabileceğine dair çok şey öğrendiğim, lisans döneminden yüksek lisansa giden bu yolda özellikle yaşamlarımızdaki bu zorlu zamanlarda anlayışı, özverisi ve işine olan bağlılığı ile daima örnek almaya devam edeceğim çok değerli hocam Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu'na içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Lisans hayatım boyunca hep daha ötesi için bir adım atmama vesile olan, bana yol gösteren, omzumda bir el olan ve yüksek lisans sürecime geçtiğimde ilgisi ile desteğini daima hissettiğim, en başından beri beni tüm kaygılarım, düşüncelerim ve en önemlisi hislerim ile anlayan ve dinleyen hayallerimi paylaşan çok kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Melek Astar'a en içten gelen teşekkürlerimi sunarım.

Tüm yaşamım boyunca beni daima destekleyen ve şu an olduğum kişi olmama yardım eden, bana güvendiklerini hep hissettiren canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	6
1. DEPRESYON VE DEPRESYONA MÜDAHALE	6
1.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK	6
1.1.1. Depresyonun Tanımı	6
1.1.2. Majör Depresif Bozukluğun Önemi ve İntihar Riskini Barındırması. 9	
1.1.3. Depresyonun Tarihçesi.....	10
1.1.4. Depresyonun Güncel Sınıflandırması ve Tanısal Kriterleri.....	11
1.1.5. Depresyon Bozukluklarında Belirleyiciler	14
1.1.6. Depresyon Belirtileri	18
1.1.7. Depresyonun Etiyolojisi / Ortaya Çıkış Nedenleri	19
1.1.7.1. Depresyonun Biyolojik Nedenleri	20
1.1.7.2. Depresyonun Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Nörotransmitterler	20
1.1.7.3. Depresyonun Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Genetik Faktörler	20
1.1.7.4. Depresyona Ortaya Çıkarıcı Bir Faktör Olarak Fizyolojik Hastalıklar	21
1.1.7.5. Depresyonu Ortaya Çıkarıcı Bir Faktör Olarak İlaçlar ve Alkol... 21	
1.1.8. Depresyonun Psikolojik ve Sosyal Çerçevesi	21
1.1.9. Depresyonun Epidemiyolojisi	22
1.1.10. Depresyon ile Komorbidite Gösteren Hastalıklar	23
1.1.11. Depresyonun Prognuzu, Tedaviye Dirençli Depresyon Tablosu ve Depresyonda Nüksetme ve Kronikleşme	24

1.1.12. Depresyonu Açıklayan Farklı Yaklaşımların Bakış Açıları ve Bilişsel Davranışçı Terapinin Doğuşu Ardından Üçüncü Kuşak Psikoterapiler ile Başlayan Değişim	26
1.1.12.1. Beck Depresyon Modeli.....	26
1.1.12.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli.....	28
1.1.12.3. Freud Tanımlaması ile Depresyon: Yas ve Melankoli	29
1.2. BİLİŞSEL TERAPİNİN DOĞUŞU	29
1.3. BİLİŞSEL YAKLAŞIM VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ MODELİ	31
1.4. ÜÇÜNCÜ KUŞAK TERAPİ EKOLLERİNİN ORTAYA ÇIKIŞI	32
1.4.1. Diyalektik Davranış Terapisi.....	33
1.4.2. Kabul ve Kararlılık/Adanmışlık Terapisi	33
1.4.3. Şefkat Odaklı Terapi	34
İKİNCİ BÖLÜM	36
2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK YAKLAŞIMI VE ÖZ-ŞEFKAT	36
2.1. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN KURAMSAL GEÇMİŞİ.....	36
2.2. MINDFULNESS TERİMİNİN KÖKENİ.....	37
2.3. DÜŞÜNCE VE ANDA KALAMAMAK ÜZERİNE: UÇUŞAN ZİHİN.....	38
2.4. BİLİNÇLİ FARKINDALIK NEDİR?.....	40
2.5. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN DENEYİMSEL ÖZELLİKLERİ	42
2.6. BİLİNÇLİ FARKINDALIK BECERİLERİ	43
2.7. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELİNE DAYANAN MÜDAHALE PROGRAMLARI.....	45
2.7.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction) (MBSR).....	45
2.7.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programının Müdahale İçeriği.....	47
2.8. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL TERAPİ PROGRAMININ ÇIKIŞ NOKTASI	48
2.8.1. KRONİK VE NÜKSEDEN DEPRESYON TABLOSUNA KARŞIN YENİ YAKLAŞIMLARIN ORTAYA ÇIKIŞI	48
2.9. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (MBCT)	50
2.9.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) Temel İşleyiş Mekanizmaları	52

2.10. Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (Mindfulness-Based Compassionate Living Training) (MBCL)	55
2.11. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ MÜDAHALELER İÇİNDE YER ALAN PRATİKLER	55
2.12. ÖZ-ŞEFKAT	58
2.12.1. Şefkat Nedir?	58
2.12.2. Şefkatin Kavramsal Kökenleri	58
2.12.3. Şefkatin Deneyimsel Biçimleri	58
2.12.4. Şefkatin Bilimsel Arka Planı	59
2.13. ÖZ-ŞEFKAT NEDİR?	61
2.14. ÖZ-ŞEFKATİN BİLEŞENLERİ	61
2.15. Öz-Şefkatli Farkındalık Programı (Mindful Self-Compassion) (MSC) . 65	
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	67
3. LİTERATÜR TARAMASI	67
3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) Etkinliğine Dair Yapılan Çalışmalar	67
3.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) Kronik ve Nükseden Depresyon Müdahalesinde Kullanımına Dair Yapılan Çalışmalar 69	
3.3. Türk Alan Yazınında Yer Alan Bilinçli Farkındalık ve Depresyon İlişkisi ile Çeşitli Müdahalelerin Kullanımı	79
3.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) Etkinliğine Dair Yapılan Çalışmalar	81
3.5. Öz-Şefkatin Koruyucu ve Önleyici Etkisine Dair Yapılan Çalışmalar	84
3.6. Türk Alan Yazınında Yer Alan Öz-Şefkat ve Depresyon İlişkisinin İncelendiği Çalışmalar	94
3.7. Bilinçli Farkındalık Uygulamalarının Koruyuculuğuna ve Müdahalelerin İyileştirici Mekanizmalarına Dair Yapılan Çalışmalar: Öz-Şefkat Vurgusu. 95	
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	102
4. TARTIŞMA	102
4.1. ÖZ-ŞEFKATİN ÖNEMİ	106
4.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN VE ÖZ-ŞEFKATİN İYİLEŞTİRİCİ UNSURLARI	106
4.3. ÖNERİLER	107
KAYNAKÇA	109

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü güncel verilerine göre depresyon yeti yitimi ile sonuçlanan ve intihar riskini barındırması ile dünyada 15-29 yaş aralığındaki popülasyonda önde gelen dördüncü ölüm sebebi olması açısından oldukça ciddi bir sağlık sorunudur. Küresel anlamda yaklaşık olarak 280 milyon kişinin depresyona yakalandığı tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2021). Literatürde yer alan çalışmalara göre depresyona yakalanan bireylerin %15 ila %39'unun bir senelik bir sürenin ardından depresyondan halen daha yakındığı ve depresyonlarının kronikleştiği gözlenmiştir (Klein, 2010). Depresyonun tam iyileşme göstermemesi halinde kronikleşen ve yineleyen tablolara gidiş uzun süreli işlevsellik kayıplarını, daha yüksek oranlarda nüks riski, kötü prognozu yarattığı sorunlar ve artan intihar düşünceleri ve intihar davranışına eğilimi arttırması ile sonuçlanmaktadır (Aslan ve Demir, 2008; Dilbaz ve Çavuş, 2010; Williams ve arkadaşları, 2020).

Majör depresyon tedavisinin iyileşme süreci, tedavi yanıtları ve nüks riski ele alındığında 1990'lı yılların ilk başlarından itibaren alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu klinik uzmanlar tarafından kabul edilir bir gerçek haline dönüşmüştür ve yeni yaklaşımlar araştırılmaya başlanmıştır (Dilbaz ve Çavuş; Teasdale, Segal ve Williams, 1995; Teasdale, Segal ve Soulsby, 2000; Williams ve arkadaşları, 2010; Williams ve Penman; 2020; Williams, Teasdale, Segal ve Kabat-Zinn; 2020).

Depresyonun tedavisinde kanıtlanmış bir yaklaşım olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) 1960'lı yıllarda depresyon için yapılandırılmış bir modeli geliştiren Aaron T. Beck ile kuramsallaştırılmıştır (Ak, 2020; Arkar, 1992; Beck; 1972; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Beck, Steer ve Garbin, 1988). Tarihsel olarak 1980'li yılların sonu ile 1990'lı yılların başına gelindiğinde ise bilişsel davranışçı terapi ekolü bir değişime girmeye başlamıştır (Sargın ve Sargın, 2015). Bilişsel davranışçı kuramın temel varsayımları olan düşünce, duygu ve davranış üçlüsündeki işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmaların ve bu negatif yüklü düşünce sisteminin duygu ve davranış üzerindeki yansımalarının ancak işlevsel olanlar ile değiştirilmek üzere ele

alınması fikri yerini düşünce ve duyguların fark edilmesi ve onlara karşı kabulün geliştirilmesi vurgusu psikoloji ve psikoterapi literatürde ele alınmaya başlanmıştır (Çatak ve Ögel, 2010; Sargın ve Sargın; Türkçapar, 2018; Türkçapar, 2020; Türkçapar ve Sargın, 2011; Vatan, 2016).

Üçüncü kuşak psikoterapi ekolleri adını taşıyan psikoterapi yöntemleri içsel deneyimin önemini vurgulayarak bireylerin deneyimsel olarak her duygu ve düşünceye karşı farkındalık ve kabul içeren bir bakış açısı ile bakmalarını temel almaktadır (Çatak ve Ögel, 2010; Sargın ve Sargın; Vatan, 2016). Üçüncü kuşak terapi ekolleri Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavior Therapy-DBT) (Rosenth, Lynch ve Linehan, 2005), Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT) (Hayes, 2004), Şefkat Odaklı Terapi (Compassion Focused Therapy-CFT) (Gilbert, 2009) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler olarak sıralanabilir.

Bilinçli farkındalık temeline dayanan müdahaleler şu şekilde sıralanabilir: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR), Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT), Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (Mindfulness-Based Compassionate Living Training-MBCL), Öz-Şefkatli Farkındalık Programı (Mindful Self-Compassion-MSC).

Bilinçli farkındalık binlerce yıllık bir kökene sahip bir Budist geleneğidir (Kabat-Zinn, 1994; Kabat-Zinn, 2003; Siegel, 2019). En klasik tanımı ise mevcut an içinde meydana gelen olayların farkında olma ve yalnızca şimdiki anda kalarak olup biten her ne ise onu yargılamaksızın açık bir farkındalık ile ele almaktır (Brown ve Ryan 2003; Kabat-Zinn; 1994). Bilinçli farkındalığın kadim geleneklerini modern tıp ve psikoloji dünyasına dahil eden Prof. Dr. Kabat-Zinn bilinçli farkındalığın geliştirilebilir bir beceri olduğunu ve tüm insanlarda az veya çok düzeyde bulunan evrensel bir deneyim olduğunu belirtmektedir (Ameli, 2016; Atalay, 2020; Kabat-Zinn, 2003; Kabat-Zinn, 2019).

İlk olarak 1979 yılında Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn tarafından bilinçli farkındalığın meditasyon tabanlı öğretileri Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR) içine dahil edilerek terapötik bir müdahale olarak uygulamaya geçirilmiştir (Ameli 2016; Atalay, 2020). Programın ortaya çıktığı ilk dönemde kronik ağrı ile yakınmaları bulunan popülasyonda stresin azaltılması ve ağrı ile olan ilişkinin yeniden kurulması amaçları bulunmaktaydı (Atalay, 2020; Kabat-Zinn, 1994; Kabat-Zinn; 2003; Kabat-Zinn, 2019). Günümüzde ise depresyon dahil olmak üzere pek çok psikolojik semptomatoloji için kullanılmaktadır ve etkinliği literatürde bulunan pek çok çalışma ile sınanmış, kabul gören bir müdahale biçimi olmaktadır (Atalay, 2020; Birnie, Speca ve Carlson, 2010; Bishop, 2002; Carmody ve Baer, 2007; Gu, Strauss, Bond ve Cavanagh, 2015; Kabat-Zinn ve arkadaşları 1992; Querstret, Morison, Dickinson, Cropley ve John, 2020).

Majör depresif bozukluğun antidepresan ile klasik tedavisinin ardından iyileşmiş hastaların remisyon döneminin ardından tetikleyici bir yaşam olayı veya bilişsel reaktiviteyi ortaya çıkaran depresif duygular ya da düşünceler vasıtasıyla depresyona tekrar girdikleri ve hayatlarının belli dönemlerinde tekrarlayan depresyon ataklarından muzdarip oldukları bilinen bir klinik sorun olarak tedavi uygulayıcıları yeni yaklaşımlara yönlendirmiştir. Kronikleşen depresyon tablosu ya da nüks eden depresif epizodları bulunan hastalar için depresyon tedavisinde etkisi kabul gören Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve bilinçli farkındalık temelli uygulamaların (mindfulness training) birleştirilmesi sonucunda John. D. Teasdale, Zindel Segal ve J. Mark Williams (1995) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT) programını geliştirmişlerdir (Teasdale, Segal ve Williams, 1995; Williams, Teasdale, Segal ve Kabat-Zinn, 2020).

Bilinçli farkındalığı temel alarak geliştirilen bir diğer müdahale biçimi ise Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (Mindfulness-Based Compassionate Living Training- MBCL) bilinçli farkındalık ve şefkat ile içeriği oluşturulan çeşitli uygulamaların uygulandığı bir programdır. Programa katılımın ön koşulu daha önce bilinçli farkındalık eğitimi almaktır. (Van den Birk, Koster ve Atalay, 2021).

Daha önce bilinçli farkındalık müdahalesinden geçmiş olan hastalarda kalıntı depresif semptomları azaltmak üzere uygulanması planlanarak geliştirilen bu programın etkinliği literatürde çeşitli çalışmalarla incelenmiştir (Ondrejková, Halamová ve Strnádelová, 2020; Schulling ve arkadaşları, 2018; Schulling ve arkadaşları 2020).

Öz-şefkat zor deneyimlerden ve acı veren duygulardan geçerken kişinin kendisine karşı nezaketli ve anlayışlı olması acı deneyime karşı verdiği yanıtı düzenleyebilme becerisi kazandırması ile karakterize olan bir kavramdır (Germer ve Neff, 2013; Neff, 2021). Neff (2003) öz-şefkati üç bileşenli olmak üzere öz-nezaket, ortak paydaşım ve bilinçli farkındalık ile açıklamaktadır. Bilinçli farkındalık öz-şefkatin öncül bir koşulu ve ayrılmaz bir parçasıdır. Kişinin acısının doğasını anlaması bilinçli farkındalık tutumu ile mümkündür (Atalay, 2019; Germer ve Neff, 2020; Neff, 2021).

Öz-Şefkatli Farkındalık Programı (Mindful Self-Compassion-MSK) bireylerin öz-şefkati deneyimsel olarak öğrenmeleri, öz-şefkatli bir tutum kazanarak öz-şefkat düzeylerinin geliştirilmesi amacıyla Kristin D. Neff ve Christopher K. Germer tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Günümüzde bir eğitim programı olarak genel popülasyonda duygusal dayanıklılığı arttırmak ve psikolojik iyi oluşa olumlu katkı sağlamak üzere bir müdahale biçimi olarak kullanılmaktadır (Germer ve Neff, 2013; Neff, 2021).

Literatürde yer alan pek çok çalışmada bireylerin artan öz-şefkat düzeylerinin ve depresyon ve depresyon semptomatolojisi ile negatif ilişkisi olduğu gösterilmiştir ve çalışmalarının sonuçları ile öz-şefkatin psikolojik iyi oluşa katkı sağladığı vurgulanmıştır (Bayramoğlu, 2011; Deniz ve Sümer; Johnson ve O'Brien, 2013; Kıcalı, 2015; Krieger, Baetting, Doering ve Holtforth, 2013; Krieger, Berger ve Holtforth, 2016; Neff, 2003; Neff ve McGehee, 2010; Neff, Rude ve Kirkpatrick, 2007; Özyeşil ve Akbağ, 2013; Pinto-Gouveia, Duarte, Matos ve Frágus, 2013; Raes, 2010; Raes, 2011; Van Dam, Sheppard, Forsyth ve Earleywine, 2011).

Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin içerisinde yer alan öz-şefkat bileşeninin iyileştirici mekanizma olarak işlev gördüğünü ve müdahale bitiminde değişimin temel iyileştirici etkilerinin öz-şefkatin gelişimi ile mümkün olduğuna dair yapılan çalışmalar mevcuttur (Gu, Strauss, Bond ve Cavanagh, 2015; Kuyken ve arkadaşları, 2010; Van Dam, Sheppard, Forsyth ve Earleywine, 2011). Öte yandan literatürde yer alan çalışmalarda ve nükseden depresyona karşı müdahale biçimlerinde öz-şefkatin koruyucu ve önleyici etkisinin vurgulandığı görülmekte ve araştırmacıların görüşlerine göre öz-şefkatin klinik müdahaleler içerisine dahil edilmesi fikrinin kabul gördüğü anlaşılmaktadır (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller ve Berking, 2014; Krieger, Baetting, Doering ve Holtforth, 2013; Krieger, Berger ve Holtforth 2016; Raes, 2011).

BİRİNCİ BÖLÜM

1. DEPRESYON VE DEPRESYONA MÜDAHALE

1.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

Depresyon dünya çapında yaygın olan bir hastalıktır. İşlev kaybının önemli bir nedeni olarak genel küresel hastalık yüküne ciddi bir oran eklemekte olan depresyondan dünya çapında yetişkin popülasyonda %5,0 oranında 60 yaşından büyük yetişkinlerde %5,7 oranında olmak üzere toplam nüfusun tahmini %3,8'ini etkilediği düşünülmektedir. Bu oranlar küresel anlamda yaklaşık 280 milyon kişinin depresyona yakalandığını ifade etmektedir (World Health Organization, 2021).

1.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon Türk Dil Kurumu güncel sözlüğünde kelime anlamı olarak bunalım, çöküntü olarak yer almaktadır (Türk Dil Kurumu, 2021).

Günümüz psikiyatrisi depresyon terimini çeşitli anlamlar ile kullanmaktadır. En sık kullanılan üç anlam ise şu şekilde sıralanabilir: Normal bir duygulanım (affect), ruhsal bir belirti (symptom) ve psikiyatrik bir hastalık (Türkçapar, 2020).

Bunları açıklamadan önce terminolojik olarak önemine vurgu yapmak istediğim kavramlar aşağıda yer alacaktır.

Duyguları açıklamak için kullanılan affekt (duygulanım), mood (duygudurum), emosyon, hissediş (feelings) terimleri sıklıkla birbiri yerine kullanılmakta ve anlam karmaşası meydana gelmektedir. Aslında bu terimlerin aralarında belli nüanslar bulunmakta çeşitli kullanımlar ile anlatılmak istenen değişmektedir. Öncelikle duygu terimi yukarıda sayılan tüm terimlerin kapsayıcısı olarak düşünülmelidir. Emosyon (heyecan), Latince 'emovere' (e=dışarı, movere=hareket) kelime kökünden gelmektedir. Bireyi eyleme iten bir uyarılmışlık hali olarak açıklanabilir. Emosyon ile bireyde çeşitli duygu, düşünce davranışlar ve öznel değişiklikler meydana gelmektedir.

Bilişsel ve fizyolojik anlamda bir dizi süreç devam etmektedir. Yaşanılan öznel deneyim ise emosyon ile var olan duyguları hissedışı (feeling) ortaya çıkarmaktadır. Hissediş bireyin kendine özgü kavramsallaştırmaları ile genel uyarılmışlık hali olan emosyonun (heyecan) farkında olması ile ona verdiği anlama çabası olmaktadır. Paul Ekman evrensel emosyonları ortaya koymuş ve üzüntü, mutluluk, öfke, şaşkınlık, korku ve tiksinden tüm kültürlerde ortak temel emosyonlar olduğunu literatüre kazandırmıştır (Kırpınar, 2018).

Sağlıklı bir bireyin iç ve dış uyaranlara uygun olan emosyonel cevabı emosyonun şiddeti ve niteliği ile vermesi beklenir. Affekt (duygulanım) bireyin öznel algılama süreçlerinde öfke veya neşe gibi emosyonları yine öznel deneyimi ile yaşayıp dışa vurduğu ve diğer kişiler tarafından gözlemlenebilen süreçlere verilen addır. Emosyonel durumun dışarıdan görünümüdür. Dinamiktir ve anbean değişimleri yansıtmaktadır. Affektin (duygulanım) tipi veya niteliği mutluluk, rahatlık, öfke, korku, utanç, şaşkınlık, ilgi, üzüntü ve tiksine ile karakterizedir. Herhangi bir iç ve dış uyaran karşısında bireyin verdiği cevap ya da duygusal tepki affektin tipini belirler (Kırpınar, 2018). Mood (duygudurum) bireyin içsel hissediş durumudur. Birey tarafından öznel olarak yaşanan genelde dışarıda diğerleri tarafından gözlemlenebilen ve birey tarafından bildirilen daha kapsayıcı ve devamlı bireyin algılaması ve yetileri üzerinde etki bırakan uzun süreye yayılan bir hissediş, ısrarlı bir ton olarak karakterizedir. İç ve dış uyaranlardan daha az etkilenmekte olan duygudurum değişikliğe daha yavaş cevap vermektedir. Duygudurumun (mood) niteliği veya tipi bireyin kendisinin bildirdiği emosyonel durumlar olarak açıklanır. (Kırpınar, 2018).

Bu noktada konu ile bağlantılı olan depresif duygudurumun detaylarından bahsedeceğim.

Depresif duygudurum: Bu duygudurum (mood) çeşitli terimler ile eş anlamlı olarak kullanılabilir. Üzüntü, mutsuzluk, hüzün, dert, tasa, sıkıntı, gam, keder, elem, gam, kasvet, çökkünlük, değersizlik ve suçluluk duyguları bu kapsamda sıralanabilir. Birey bu yakınmalar ile devamlı seyreden bir hüzün halini yansıtır. Hem birey tarafından bildirilen hem yakınları tarafından gözlemlenen eskiye nazaran daha keyifsiz ve geleceğe dair daha umutsuz olmayla giden karamsar bir tabloya enerji

kaybının eşlik ettiği bir hal ortaya çıkar. Daha şiddeti artmış tablolarda duygusuzlaşma tarif edilebilir (Kırpınar, 2018; Türkçapar, 2020). Alışagelen tanımlaması ile depresif duygudurum çökkünlük ile eş anlamlı görünse de klinik uygulama söz konusu olduğunda depresif duygudurum tablosu tek bir duyguyu değil bireylerin yakınmaları ile daha fazlasını ifade etmektedir (Aslan, Sarı ve Kuruoğlu, 2012).

Depresif duygudurum; Majör Depresyon, Distimi, Siklotimi ve Depresif Duygudurumlu Uyum Bozukluğu'nda tanısai bir ölçüt kriteri olmaktadır. Depresif duygudurum görünümü ağlamaklı bir yüz ifadesi veya ağlamaların, ağlama isteğinin varlığı ile belirgindir. Kendine bakımda azalma dikkat çekicidir. Davranış boyutunda ise dalgınlık ve durgunluk gözlenir. Konuşma yavaşlamıştır. Sessiz ve az konuşma gözlenebilir. Bilişsel alanda işlevsellik kaybına rastlanabilir. Düşünce içeriği geleceğe yönelik olumsuz temalarla seyreden kötümserliğin hâkim olduğu şekli ile belirgindir (Kırpınar, 2018).

Günümüz psikiyatri terminolojisinin depresyon terimi kullandığı üç yaygın anlam ise aşağıda sıralanmaktadır.

1. Normal bir duygulanım (affect) olarak depresyon: Her insanda rastlanması olası olan normal kabul edilen bir duyguyu ifade eder. Günlük dil ile insanın kendisi için önem arz eden bir şeyi yitirmesi ile meydana gelen yaşadığı keder ile bağdaşır. Depresif duygulanım diye ifade edebileceğimiz bu duygu hali normal kabul edilen çok sık rastlanan bir yaşam gerçeği olmaktadır (Türkçapar, 2020).

2. Ruhsal bir belirti (semptom) olarak depresyon: Psikiyatri bir semptom olarak depresyonu bireyin günlük yaşamında yoğun olarak ağırlığı olan hüznün ve mutsuzluğun genel günlük işlevselliğinin mutsuzluk hisleri ile çevrelenmesi ve bunun normal dışı bir duygudurumun (mood) habercisi olması ile ele alınmaktadır. Depresyon semptom anlamı ile birçok farklı rahatsızlığa eşlik eden bir belirti olmaktadır. Bu belirtiler ile psikiyatri kliniklerine başvuran öykülerin hepsi depresif atak içinde olmamaktadır. Başka bir psikiyatrik tanıya sahip olup depresif belirtileri taşıyor olabilecekleri gibi medikal ve nörolojik bir hastalığın eşlik eden depresif semptomlarını gösteriyor olabilirler. Bir diğer taraftan ise birey depresif semptomları

yaşam olaylarına ve çevreye uyum sağlarken tepkisel bir cevap niteliğinde yaşıyor olabilir (Türkçapar, 2020).

3. *Psikiyatrik bir hastalık olarak depresyon*: Tarihsel süreçte melankoli adı ile geçen belirli belirtiler ile seyreden kimi zaman döngüsel özellikli olan bir ruhsal rahatsızlığın adı olmaktadır (Türkçapar, 2020).

Dr. David Burns depresyonu “her zaman, bir şekilde çarpıtılmış düşüncelerin neden olduğu bir hastalıktır” diyerek tanımlamaktadır (Burns, 2020).

1.1.2. Majör Depresif Bozukluğun Önemi ve İntihar Riskini Barındırması

Depresyon dünya çapında yaygın olan bir hastalıktır. İşlev kaybının önemli bir nedeni olarak genel küresel hastalık yüküne ciddi bir oran eklemekte olan depresyondan dünya çapında yetişkin popülasyonda %5,0 oranında 60 yaşından büyük yetişkinlerde %5,7 oranında olmak üzere toplam nüfusun tahmini %3,8’ini etkilediği düşünülmektedir. Bu oranlar küresel anlamda yaklaşık 280 milyon kişinin depresyona yakalandığını ifade etmektedir (World Health Organization, 2021).

Depresyon alan yazınında klinik açıdan en sık karşılaşılan psikiyatrik tanı olarak bildirilmektedir (Tanhan, 2014).

Psikiyatrik bozukluklar içerisinde en sık olarak depresyon intihar davranışı ile sonuçlanabilen bir hastalık olması ile ciddi bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmelidir. (Ak, Özmenler ve Bozkurt, 2006; Atay ve Gündoğar, 2004).

Depresyon ile intiharın ilişkili oluşu yoğun umutsuzluk duygusundan gelmektedir. Kendini çözüm bulamaz halde bulan kişi için tek yol intihar olarak görülebilmektedir (Haran ve Aydın, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 700 000’den fazla insan intihar sonucunda yaşamını yitirmektedir. İntihar 15-29 yaş aralığındaki popülasyonda önde gelen dördüncü ölüm sebebi olmaktadır (World Health Organization, 2021).

Depresyon hastaları intihar için dikkatle risk değerlendirmesinden geçmelidir (Öncü, 2006; Pazvantoğlu, Okay, Dilbaz, Şengül ve Bayam, 2004; Sabancıoğulları, Avcı, Doğan, Kelleci ve Ata, 2015).

Depresyon tüm insanları etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer alması ile doğru tanısı konulamayıp uygun tedavi koşulları sağlanmadığında genel sağlığın bütünselliği açısından bozulmalara ve ikincil pek çok olumsuz sonuca yol açtığı gibi erken ölüm riskini barındıran ciddi bir sağlık sorunudur. Doğru tanı ve erken müdahale ile kontrol altına alındığında ise bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlıklarını yeniden kazanmalarını sağlamak mümkün olmaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

1.1.3. Depresyonun Tarihçesi

Eski tanımlaması ile ruhsal çökkünlük olarak depresyon geçmişten bu yana anlaşılmaya çalışılmıştır. Ağır çökkünlük dönemlerinden geçen kişilerin izine eski din kitaplarında Yunan ve Latin eserlerinde, antik çağın efsanelerinde, epik mitolojik öykülerde rastlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Türkçapar, 2020). Tıp literatürü açısından bakılacak olursa Hipokrat ile depresyon tablosunun ilk açıklamalarını melankoli ifadesi ile görmekteyiz. M.Ö. 400 yılları Hipokrat tarafından ruhsal rahatsızlıkların tanımlanması ile beraberinde melankoli tablosunun aktarıldığı dönemler olarak tarihe geçmiştir. Hipokrat kara safra miktarının artışı ile melankolinin oluş nedenini açıklarken depresyonun nedenlerine dair ilk biyolojik açıklamayı yapmış oldu (Türkçapar, 2020). Orta çağda ise İbni Sina vermiş olduğu olgu örnekleriyle tanımlamalar yapmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). 19. yy'a gelindiğinde ise Philippe Pinel ile birlikte mani ve depresyon kavramlarının günümüz terminolojisine benzer şekillerde kullanılmaya başladığını görmekteyiz. İsviçreli psikiyatr ve çağdaş psikiyatrinin ayrı bir tıp dalı olarak kurulmasına öncülük eden Emil Kraepelin manik depresif psikoz adı ile mani ve depresyonu tek bir hastalık olarak ele almıştır. İlerleyen dönemde ise Alman psikiyatr Karl Leonhard ve arkadaşları tek kutuplu ve iki kutuplu olarak depresyon ve bipolar tanımlamalarına gidildi. Tek kutuplu (unipolar) depresyon tanımı tekrarlayan depresyon atakları için kullanılıyordu. İki kutuplu (bipolar) depresyon tanımı ile depresyon ve bipolar atakları birbiri ardına gidişat seyrediyordu. 1966 yılına gelindiğinde ise bu tanımlamalar üzerinde değişiklik yapıldı. Bipolar depresyon mani ve depresyon ataklarının birlikte görülmesi ile seyreden tablolar için kullanılmaya başlandı. Unipolar depresyon ise tekrarlayıcı özelliği bulunan depresif ataklar için

kullanılmaya başlandı. Bu sınıflama ise çağdaş tanı sınıflama kriterleri olarak yerini korumaktadır. DSM-5 ile ICD-10 benzer tanılama biçimlerini güncel tutmaktadır (Türkçapar, 2020).

1.1.4. Depresyonun Güncel Sınıflandırması ve Tanısal Kriterleri

DSM-5 depresyon bozuklukları altında yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu bir diğer adı ile distimi, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanı başlıklarını sıralamıştır. Tanımlanmış diğer bir adı ile gözlenen ve sınıflanan tablolar için sıralanan nedenler bulunmaktadır. Yineleyen kısa depresyon, kısa süreli depresyon dönemi (4-13 gün) ve yeterli belirtisi olmayan depresyon dönemi tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğunun özel nedenleridir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresyon bozukluğu aşağıda yer alan belirtiler ile belirgindir.

Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu

“A tanı ölçütüne göre aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarının gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatımına göre ya da gözlemlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatımına göre ya da başkalarınca gözlenebilir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama”

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“B tanı ölçütüne göre bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“C tanı ölçütüne göre bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon epizodunu oluşturmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5 depresyon bozuklukları altında yeğin (majör) depresyon bozukluğunu ağırlık/gidişat belirleyicisi özelliklerine ve depresyonun geçirilmiş tek dönemden ibaret oluşu veya yineleyen dönem oluşuna göre tanılama ölçütü vermektedir. Buna göre depresyon döneminin şiddetine göre gidişat özellikleri ağır olmayan, orta derecede, ağır olarak belirlenir. Psikoz özelliği gösteriyorsa ve majör depresyon tanı ölçütlerini karşılıyorsa psikoz özellikleri gösteren depresyon adını alır. Yatışma durumunu göre ise tam yatışma gösteren adını alır. Bu adı ise ancak majör depresyonun tanı ölçütlerini tam karşılamıyorsa alır. Depresyon döneminin niteliğinin belirleyicilerine göre ise bunalıtlı sıkıntı, karma özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren, duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden, peripartum başlangıçlı (doğum zamanı), mevsimsel örüntü gösteren olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5 Süregiden depresyon bozukluğu başlığı ile distimi özelliği gösteren depresyonu tanımlamıştır. Bu bozukluk daha önce DSM-IV’te tanımlanan kronik (süreğen) majör depresyon ile distimi bozukluğunun tanı ölçütlerinin birleşimi olmaktadır. Majör depresyon tanısı konarken dikkate alınan belirleyicilerin yanında tam olmayan yatışma gösteren ve tam yatışma gösteren diye ayrıma gidilir. Başlangıç dönemine göre ise 21 yaşından önce başlamışsa erken başlangıçlı, 21 yaşında veya daha sonraki yıllar başlamışsa geç başlangıçlı adını alır. Bu bozukluğun en son iki yılı değerlendirmeye alınıp katıksız distimi sendromu, süregiden yeğin

depresyon dönemi, aralıklı yeğin depresyon dönemleri olan, o sırada bir dönemi olan, aralıklı yeğin depresyon dönemleri olan, o sırada bir dönemi olmayan şeklinde ayrımlar yapılır. Tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyor ise ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak uygun olan ayırım yapılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

ICD-10 depresyonu sınıflandırırken hafif, orta ve şiddetli oluşuna göre değerlendirmekte ve bu sınıflamayı yaparken somatik belirtileri olmayan ile somatik belirtili olan diye ayırmaktadır. Ağır depresyon için ayrı bir sınıflama yapıp psikotik belirti gösteren ve psikotik belirti göstermeyen diye tanımlamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Dünya Sağlık Örgütü tanı rehberi olan ICD-10 sınıflamasına göre hafif depresyon kişiyi anormal bir düzeyde çevre koşullarından etkilemeyen en az süre ile iki hafta devam eden hemen her gün gözlenen depresif duygudurum, normalde zevk alınan etkinliklere karşı isteğin azalması, enerji kaybı ve kolayca yorulma olarak görülen belirtilerin en az iki tanesinin varlığı toplam belirti listesinin ise dörde tamamlanması ile giden özsaygı düzeyinde düşüş, kendini suçlama eğilimleri ve makul düzeyde kabul görmeyecek olan yoğun pişmanlık tablosunun görünümüdür. Dikkati yönlendirmede güçlük gibi dikkat dağınıklığı görünümleri ile düşünme yetisinde azalma, karar verme güçlükleri gibi bilişsel alanda zayıflık belirtileri hâkim olur. Uyku alanında her türlü değişimin gözlenmesi ile iştah alanında belirgin farklar ve bunun sonucunda kiloya yansımalar gözlenir. Psikomotor aktivitelerde azalma vardır. İntihara yönelim ile tekrarlayan ölüm düşünceleri ve bunlara dair her türlü girişim mevcut olabilmektedir. Eğer birey bu belirtilerden 6'sını karşılıyorsa orta derecede depresyon eğer toplamda 8 belirtiyi karşılayıp ilk üç belirti bunların içine dahil ise şiddetli depresif nöbet adı ile tanı almaktadır (Türkçapar, 2020).

1.1.5. Depresyon Bozukluklarında Belirleyiciler

DSM-5 depresyon bozuklukları kriterlerine göre depresyon bozukluklarında tanılama açısından belirleyici özellikler yer almaktadır. Bunlar bunaltılı sıkıntılı, karma özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikleri gösteren, psikoz özellikleri gösteren ve bu psizokoz türü depresyonda duygudurumla uyumlu olan tip ve duygudurumlar uyumsuz olan tip, katatoni ile giden, peripartum (doğum

zamanı) ile başlayan, mevsimsel örüntü gösteren belirleyiciler olarak sıralanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Bunaltılı sıkıntı: Bu tanımlama majör depresyon ve distimi döneminin içinde çoğu gün boyunca aşağıdaki belirtilerin en az ikisinin varlığı ile görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Bunalma ya da gerginlik duyma. Hiçbir biçimde dinginlik sağlayamama (olağandışı bir huzursuzluk duyma). Kaygılarından ötürü odaklanmakta güçlük çekme. Kötü bir şey olacağından korkma. Özdenetimini yitirecekmiş gibi olma. Yüksek bunaltı düzeyi, intihar olasılığının artmasına, hastalığın daha uzun sürmesine ve tedaviye yanıt alınamama olasılığının yükselmesine yol açmaktadır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Karma özellikler gösteren:

“A tanı kriterine göre majör depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir kesiminde aşağıdaki mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır: Kabarmış, taşkın duygudurum. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı. İçsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda). Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma). Uyku gereksiniminde azalma (örn. her zamankinden daha az bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar; uykusuzluk çekmenin tersine)” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“B tanı kriterine göre karma belirtiler başkalarınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Melankoli özellikleri gösteren:

“A tanı kriterine göre o sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır: Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama. Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (iyi bir şey olduğunda, geçici olarak bile olsa, kendini çok daha iyi hissetmez)” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“B tanı kriterine göre aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu): Derin bir bunalım, umutsuzluk ve/ya da somurtkanlık ya da duygusal boşluk yaşama olarak adlandırılabilen bir duygudurum ile belirli, değişik nitelikte bir çökkün duygudurum. Depresyon, sürekli olarak sabahları daha kötüdür. Sabah erken uyanma (her zamanki uyanma saatinden en az iki saat önce). Belirgin bir psikodevinsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon) ya da yavaşlama. Yeme isteğinde belirgin azalma ya da kilo verme. Aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Atipik (değişiktir) özellikleri gösteren:

“O sıradaki ya da en son majör depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki özellikler baskın olduğunda bu belirleyici kullanılabilir” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“A tanı kriterine göre duygudurumda tepkisellik (gerçek ya da gerçek olabilecek olaylar karşısında duygudurum açılır)” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“B tanı kriterine göre aşağıdaki özelliklerden ikisi (ya da daha çoğu): Belirgin bir kilo alımı ya da yeme isteğinde artma. Çok uyuma (hipersomni). Kurşun paralizisi (kolları ve bacakları, ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama). Belirgin bir toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkalarından kabul görmeme duyarlılığı” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Psikoz özellikleri gösteren: Sanrılar ya da varsanılıların varlığı mevcuttur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren: Bütün sanrılarının ve varsanılarının içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırmayı hak etme gibi depresyon konularıyla tutarlılık içindedir” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren: Sanrılarının ve varsanılarının içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırmayı hak etme gibi depresyon konularını kapsamaz ya da içerik duygudurumla uyumlu ve duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özelliklerinin bir karışımından oluşur” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Katatoni ile giden:

“Depresyon döneminin büyük bir çoğunluğunda katatoni özellikleri bulunduğu depresyon ya da mani dönemi için bu belirleyici kullanılır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Peripartum (doğum zamanı) başlayan:

“Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki majör depresyon dönemi için ya da tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa en son majör depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Postpartum (doğum sonrası) majör depresyon dönemlerinin yüzde 50’si gerçekte doğum öncesi başlar. Dolayısıyla, bu dönemler, topluca peripartum (doğum zamanı) dönemler olarak adlandırılır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Mevsimsel örüntü gösteren: Bu belirleyici majör depresyon bozukluğu için kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“A tanı kriterine göre majör depresyon bozukluğunda, majör depresyon dönemlerinin başlaması ile yılın belirli bir zamanı arasında (örn. sonbahar ya da kış), düzenli olarak zamansal bir ilişki olmuştur” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“B tanı kriterine göre yılın belirli bir zamanında da tam yatışma (ya da majör depresyondan maniye ya da hipomaniye geçiş) olur (örn. ilkbaharda depresyon ortadan kalkar)” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“C tanı kriterine göre son iki yıl içinde, yukarıda tanımlandığı gibi, zamansal olarak, mevsimsel bir ilişki gösteren en az iki depresyon dönemi olmuştur ve bu iki yıl içinde, mevsimsel olmayan dönemler ortaya çıkmamıştır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“D tanı kriterine göre mevsimsel majör depresyon dönemleri (yukarıda tanımlandığı gibi), kişinin yaşam boyu ortaya çıkmış olan mevsimsel olmayan majör depresyon dönemlerinden sayıca daha çok olmuştur” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Başlıca özelliği, majör depresyon dönemlerinin yılın belirli zamanlarında başlıyor ve yatışıyor olmasıdır. Çoğu olguda bu dönemler sonbahar ya da kış aylarında başlar ve ilkbaharda yatışır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5 depresyon bozukluklarında belirti ve bulguların varlığı ve tanı ölçütlerine göre tam olmayan yatışma gösteren ve tam yatışma gösteren diyerek bozukluğun durumunu ayırt etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Tam olmayan yatışma gösteren: Bir önceki majör depresyon döneminin belirtileri vardır, ancak tanı ölçütleri tam karşılanmamaktadır ya da böyle bir dönemin bitmesinden sonra majör depresyon döneminin belirgin belirtilerinin olmadığı iki aydan daha kısa bir süre vardır.” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

“Tam yatışma gösteren: Son iki ay içinde, bu bozukluğun belirgin belirti ve bulguları yoktur.” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.1.6. Depresyon Belirtileri

Majör depresif atak tanımlamasını yapabilmek için en az iki hafta süregiden depresif duygudurumunun varlığı ile belirgin ilgi kaybı gözlenmelidir. Bu belirtilerin yanında ise önemli oranda kilo değişiklikleri (kilo kaybı ya da kilo artışı), iştah alanında belirgin değişimler (iştah artışı ya da azalışı), uyku alanında fazla uyuma ya da tersine uykusuzluk çekme, enerjinin belirgin düşüşü ile yorgunluktan şikayetçi olma, bitkin hissetme, psikomotor alanda ise ajite veya retarde oluş, bilişsel yetilerde gerileme, odaklanma güçlükleri ve karar verme süreçlerinin yavaşlaması, kişi tarafından öznel olarak hissedilen değersizlik duygusu ile yerinde olmayan aşırı

suçluluk duygularının devamında tekrarlayıcı ölüm düşünceleri bulunmaktadır (Türkçapar, 2004; Türkçapar,2020).

İçe kapanma, ağlama, zevk almama ile dışarı çıkma başka insanlarla görüşmeyi istememe belirtiler arasında sayılabilir. Bu belirtiler dışında bizim toplumumuz gibi duygu ve düşüncüyü açığa vurma, isimlendirme ve ifade etmede yetersiz kalabilen toplumlarda depresyon bedene yansıyan belirtiler ile kendini belli edebilmektedir. Kronik ağrı ve yorgunluk yakınmaları ile sağlık ocaklarına başvuranların %10'unda depresyon tanısı alabilecek semptomlar bulunmaktadır. Psikiyatri poliklinikleri yerine bedensel ağrılar ile diğer tıp dallarına başvurmuş ve depresyonu fark edilememiş hastaların varlığı dikkat çekicidir (Torun, 2020).

Majör depresyon olarak tanı konulan tablo kişinin günlük yaşantısında önceden keyif aldığı aktivitelere dair ilgisizlik ve istek kaybı ile seyreden mutsuzluğun baskın olması ve duygudurumunun çökkün olarak görülmesi ile belirgindir (Türkçapar, 2004).

Depresyonun varlığı ile dikkat ve dikkatin odağının kontrolünün zayıfladığı çeşitli araştırmalar ile kanıtlanmış ve bireylerin depresyon düzeyi arttıkça konsantrasyon gibi dikkat gerektiren süreçlerin gerilediği bilgisi edinilmiştir. Depresyon tanısı almış kişiler dikkate dair yakınmalar bildirmektedir (Kırpınar, 2019).

Depresyon belirtileri açısından huzursuzluk, ümitsizlik, çaresizlik ve suçluluk duyguları ile kendini suçlamaya doğru giden yoğun eleştirme ile özgüven kaybı, endişe ve anksiyete ile sonuçlanabilen ambivalans duyguları ile belirginleşebilir (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2000).

1.1.7. Depresyonun Etiyolojisi / Ortaya Çıkış Nedenleri

Ruhsal rahatsızlıklar arasında depresyon en sık ve en yaygın oranda görülmekte olan bir sorun olarak ortaya çıkış nedenleri ve sürmesi açısından ise biyolojik, sosyal ve psikolojik çoklu faktörlerin etkisi ile insan hayatını etkilemektedir. Çoklu faktörlerin birlikte görülmesi ve iç içe geçmesi ile incelenmesi gereken depresyonu tek bir nedene bağlayarak açıklamak mümkün olmayacaktır (Torun, 2020). Depresyon ortaya çıkış nedenleri ile kendini psikolojik, düşünsel ve

davranışsal birtakım belirtilerle gözlemlendiğinden olumsuz yaşantılara bağlanabilmektedir oysa depresyon tek bir nedene bağlı olarak açıklanamaz (Türkçapar, 2020). Bunun ardından unutulmamalıdır ki depresyon hastaları birbirinden bağımsız ve özgün bireye ait özellikler gösterebilmekte, aynı olmamaktadır (Torun, 2020).

1.1.7.1. Depresyonun Biyolojik Nedenleri

Depresyona yatkınlık oluşturan ve depresyonun ortaya çıkmasında rolü olan çeşitli biyolojik nedenler bulunmaktadır. Beyindeki kimyasal değişiklikler, nörotransmitterlerden kaynaklanan durumlar, yapısal olarak gelen ailesel faktörler, genetik yatkınlıklar, fizyolojik hastalıklar, ilaçların ve maddelerin tetikleyici özellikleri depresyonun biyolojik nedenleri arasında gösterilebilir (Türkçapar, 2020).

1.1.7.2. Depresyonun Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Nörotransmitterler

Depresyon fizyopatolojisi açısından önemli olan nörotransmitterler bulunmaktadır. Nörepinefrin, serotonin ve dopamin depresyonun fizyopatolojisinde başlıca öneme sahiptir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

1.1.7.3. Depresyonun Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Genetik Faktörler

Depresyonun ortaya çıkışında etkili olduğu gösterilen etkenlerden biri genetik faktörlerdir. Majör depresyonun semptomatolojisinin gelişimini ve şiddeti ile gidişatını etkileyen genetik faktörler çevresel etmenler ile karmaşık bir ilişki kurarak bireylerin sağlığı açısından önemli bir rolü oynamaktadır (Çelik ve Hocoğlu, 2016; Elder ve Mosack, 2011). Kalıtımın etkisinin incelendiği ikiz çalışmalarında yapılan meta-analizler sonucunda depresyonda genetik bir geçişin varlığının söz konusu olduğu ve kalıtsal yükün bipolar bozukluğun ortaya çıkardığı depresyon epizodlarında belirginleştiği anlaşılmıştır (Çelik ve Hocoğlu, 2016). Literatürde yer alan aile ve evlat edinme çalışmalarında biyolojik ebeveynlerinin majör depresyon tanısı aldığı bildirilen evlat edinilmiş çocuklarda depresyonun ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Elder ve Mosack, 2011; Holmans ve ark., 2007).

1.1.7.4. Depresyona Ortaya Çıkarıcı Bir Faktör Olarak Fizyolojik Hastalıklar

Bedensel hastalıklar, metabolik bozukluklar, hormonal dengesizlikler gibi sistemik ve organik kökenli etkenler depresyon gelişiminde rol oynamaktadır (Ünal ve Özcan, 2000). Levenson, Hamer, Silverman ve Rossiter (1986) yaptıkları çalışma ile genel hastanelerde yatan ve ayaktan tedavi gören hastalarda depresyon gelişimi incelenmiştir. Çalışmaya göre yatan hastalardan %22-33'ü ayaktan tedavi gören hastalarda ise %6-20'si depresif belirtiler hastalıklarına ikincil olarak gözlenmiştir (Levenson, Hamer, Silverman ve Rossiter, 1986).

1.1.7.5. Depresyonu Ortaya Çıkarıcı Bir Faktör Olarak İlaçlar ve Alkol

Çeşitli hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların yan etkileri kimi zaman ikincil depresyon veya psödodepresyon tablolarını ortaya çıkartabilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000). Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan kardiyak ilaçların hastalarda depresif etkiler oluşturduğuna dair literatürde yayınlar bulunmaktadır (Altunbaş, Ercan, Davutoğlu, Ünal ve Bülbül, 2012). Beck Depresyon Envanteri /Beck Depression Inventory (BDI) için yapılan analizlerde artan depresyon semptomatolojisinin alkol tüketim miktarı ve aşırı alkol kullanımı ile pozitif ilişkili olduğu görülmüştür (Beck, Steer ve Garbin, 1988).

1.1.8. Depresyonun Psikolojik ve Sosyal Çerçevesi

Depresyonun ortaya çıkışında stres, zorlu yaşam olayları, psikolojik örselenme gibi etkenler rol oynamaktadır (Kaya, 2007; Ünal ve Özcan, 2000). Sosyal ve kültürel çevrenin etkisiyle deneyimlenen pek çok durum ile depresyonun ortaya çıkışı ilişkili görünmektedir bu anlamda literatürde yer alan çalışmalar işsizlik, göç gibi önemli ekonomik ve toplumsal yaşam değişimlerini vurgulamaktadır (Kaya, 2007).

Depresyon tanısı almış bireyler birincil bir sağlık problemi ile mücadele etmek yanında sosyal açıdan da ciddi bir sorun ile karşı karşıya gelmektedir. Psikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi gereken depresyon bu bağlam içinde yaşamsal koşullar üstünde kısıtlayıcı etkileri beraberinde getirmektedir (İbiloğlu ve Çayköylü, 2011; Şimşek, Yümin, Sertel, Öztürk ve Yümin, 2010).

Sosyal istenirlik düzeyinde düşüşler, düşük benlik saygısı ve eşlik eden kendine yönelik olumsuz tutumlar depresyonda görülmesi muhtemel tablolarıdır kişi kendini istenmeyen olarak algılamaya başlamaktadır (Beck, 1972).

1.1.9. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon yaygınlığı ve görülme sıklığı ile dağılımı açısından ruhsal bozuklar arasında en çok gözlenenlerdendir. Literatürde yer alan çalışmalar depresyonun sıklıkla 30'lu yaşlarda başladığını ve genç yaşlarda görülme sıklığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Nüfus içerisinde orta yaşta yaygınlık gösterdiği gözlenmektedir. Genç erkeklerde erken konulan tanılar göze çarpmaktadır. Öte yandan literatürde yer alan çalışmaların bulguları çoğunlukla toplam nüfusun içinde bakılacak olunursa kadınlarda erkeklere kıyasla depresyonun daha yüksek yaygınlık oranları ile saptandığını yinelemektedir (Kaya ve Kaya, 2007; Nalbantoğlu, 2015). Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda literatürle uyumlu bir şekilde kadınların nüfus içindeki dağılımına bakıldığında depresyonun prevalans hızı yüksek bulunmuştur (Kaya ve Kaya, 2007; Şahin ve ark., 2016). Epidemiyolojik çalışmaların bulguları majör depresyonun nüfusta görülme hızının 45 ile 55 yaş aralığında en yüksek noktasına ulaştığını bildirmektedir. Altmış yaşından sonra ilk defa majör depresyon epizodunun gözlenmesi daha az bildirilmektedir (Eker ve Noyan, 2004). Depresyonun literatüründe yer alan araştırmaların bulgularında yer alan orta yaşın sonuna doğru ilk depresyon atağının görüldüğü bilgisi günümüzde değişmektedir ve depresyonun 20'li yaşlarda görüldüğü ilk depresyon ataklarının ergenlik çağında ortaya çıktığı bildirilmektedir (Zisook ve ark, 2007). Binbay ve arkadaşları (2014) Türkiye'de yakın geçmişte yapılan psikiyatrik epidemiyoloji araştırmalarının temel bulguların derledikleri bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu epidemiyoloji derlemesine göre kadınlarda depresif bozuklukların yaygınlığı %7,3 ile %14,7'nin altına düşmemektedir. Doğum sonrası dönemde bu oran %42,7'yi bulabilmektedir. Ergen ve çocuklarda depresif bozuklukların yaygınlığı %4,2 ile %37 arasında değişebilmektedir (Binbay ve ark., 2014).

1.1.10. Depresyon ile Komorbidite Gösteren Hastalıklar

Depresyon bir belirti olarak çeşitli birçok farklı durumda görüldüğü gibi diğer ruhsal, nörolojik ve tıbbi diğer rahatsızlıklar ile komorbidite gösterebilir (Türkçapar, 2004). Depresyon diğer tıbbi rahatsızlıklara eşlik ederken genel tedavinin seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz etkileyebilmektedir ve sıklıkla anksiyete bozuklukları belirtileri ile olan benzerliği ile depresyon ile en yaygın komorbidite tablosu ortaya çıkmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Türkçapar, 2004). Komorbid durumlar majör depresyonun tanı ve tedavi süreçlerini etkilemektedir bu açıdan komorbiditenin varlığının anlaşılması tedavi planı ve hastanın takibi açısından önem arz etmektedir (Annagür ve Tamam, 2010). Obsesif kompulsif bozukluk depresyon ile komorbidite gösteren yaygın problemlerden biridir. Belirtileri bakımından çoğunlukla benzerlikler gösteren depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk ayırıcı tanısı klinik tedavi için önemli olmaktadır. Özellikle obsesyonlar ile depresyonun karakterize özelliği olan olumsuz otomatik düşüncelerinin ayırımalarının yapılması doğru klinik müdahale için önemli olmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2000). Depresyonun panik bozukluk ile yaşam boyu güçlü olan bir komorbidite gösterdiği literatürde depresyon komorbiditesi üstüne yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Roy-Byrne ve ark., 2000). Depresyonun panik bozukluğun arkasından sekonder olarak geliştiği literatürde yer alan çalışmalarda bildirilmektedir (Kara, Ağargün, Bilgin ve Kıncır, 1994; Yaluğ, Kocabaşoğlu, Aydoğan ve Günel, 2003). Literatürde yer alan izleme çalışmaları panik bozukluğa komorbid olarak majör depresyon tanısı alan hastaların yalnızca panik bozukluk tanısı olanlara kıyasla daha ağır düzeyde belirtiler yaşadıkları, hastalıkların seyrinin daha olumsuz olduğu ve tedaviye karşı direnç gösterdikleri bildirilmektedir (Coryell ve ark., 1988; Kara ve ark., 1994; Maddock ve Blacker, 1991; Noyes ve ark., 1990; Vollrath ve Angst, 1989). Binbay ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmış olan Türkiye alan yazınında yakın geçmişte yer alan psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalarının derlemesinde özellikle depresyon gibi doğal afetlerden sonra travmaya bağlı bozukluklarda depresyonun yüksek oranlarda eşlik ettiği saptanmıştır (Binbay ve ark., 2014). Bedensel hasatlıklar ile depresyon gelişimi önemli bir klinik sorun olarak hastalıkların morbidite ve mortalite oranlarını etkilemektedir (Sertöz ve Mete, 2004). Kronik hastalığa sahip kişilerde depresif bozuklukların komorbidite gösterme

oranı oldukça yüksek olarak gözlenmektedir (Bag, 2014). Kardiyovasküler hastalıklar ile depresyonun birlikte görülmesi her iki hastalık durumu için kötü prognoz işareti olabilmektedir (Altunbaş ve ark., 2012). Koroner arter hastalığı olan hastalarda %19 ile %23 oranında majör depresyon tanısının eşlik ettiği bildirilmektedir (Sertöz ve Mete, 2004). Kanser hastalığı ile komorbid gözlenen psikiyatrik bozuklukların en yaygın rastlanana majör depresyon olmaktadır. Kanser hastaları için dikkatle izlenmesi gereken majör depresyon bireylerin tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitesini ve kanserin gidişatı ile şiddetini etkilemektedir (Bag, 2014; Tokgöz ve ark., 2008). Literatürde yer alan araştırma bulgularına göre kanser hastalarında majör depresyonun varlığı intihar düşüncelerine yol açan etmenler arasında en başlarda yer almaktadır (Aydın, Deveci ve Esen-Danacı, 2012). Kronik ağrı ile mücadele eden hastaların %43.22'sinde majör depresyon epizodunun deneyimlendiği bildirilmektedir (Sertöz ve Mete, 2004). Çocuklar ve ergenler üstünde yapılan klinik ve epidemiyoloji araştırmaları depresyon tanısı alan ergenlerin %40 ile %70 oranında eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu saptamıştır. Çocuk ve ergen popülasyonunda da en depresyona en sık komorbidite gösteren tablo anksiyete bozuklukları ile oluşmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşı gelme ve yıkıcı davranış bozuklukları ergen popülasyonun anksiyete bozukluklarından sonra en sık gözlenen eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasındadır (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent ve Kaufman, 1996; Özer, Kocabıyık, Girgin ve Demiraslan, 2002). Majör depresyon bozukluğu tanısı almış ayaktan tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada komorbiditenin oldukça yüksek oranlarda görüldüğü gösterilmiş ve çalışmanın bulgularına göre alınan eş tanının bir diğer eş tanıya eğilimi arttırdığı anlaşılmıştır (Annagür ve Tamam, 2010).

1.1.11. Depresyonun Prognozu, Tedaviye Dirençli Depresyon Tablosu ve Depresyonda Nüksetme ve Kronikleşme

Depresyonun olumsuz prognoz ile devam etmesine sebebiyet verecek olan olası risk faktörleri bulunmaktadır. Kalıtımsal nedenlerden ötürü gelen ailesel yük, hastalık öncesindeki kişilik özellikleri, ağır stres faktörünü içinde barındıran yaşam olayları, destekleyici olmayan aile, çevresel etmenler, var olan psikiyatrik bir tanı, fiziksel hastalıklar ve kadın olmak ile oluşan biyolojik farklılıklar ve yatkınlıkların

beraberinde toplumsal statü ile olumsuz ekonomik koşullar depresyon gidişatı açısından riskli faktörlerdendir (Ünal ve Özcan, 2000).

Majör depresyon tablosu tek epizod halinde yaşamın belli bir döneminde görülebileceği gibi yineleyici bir şekilde tekrarlayabilmekte yineleyen dönemlerde farklı epizodlar ile majör depresyonun tanı ölçütlerini karşılayabilmektedir (Aslan ve Demir, 2008).

Tedaviye dirençli depresyon en geniş anlamı ile antidepresan tedavinin uygun doz kullanımına karşın tedaviye yanıtız kalan ve depresif epizodun klinik belirtilerinin gözlenmeye devam ettiği tablolar olarak tanımlanabilmektedir (Yazıcı, 1999).

Majör depresif bozukluk ile mücadele eden hastalarda süregelen morbiditenin çoğunluğu mevcut tedavilerin tam remisyona (tam iyileşme) sağlayamaması ile ilgili olmaktadır. İlaç tedavisi protokolleri gereğince yeterli doz ve tedavi sürelerinde iki veya daha çok çeşit antidepresan denemesi uygulanan ve buna rağmen tamamen düzelmeyen birçok hastada görülen tablonun tedaviye dirençli depresyon olduğu söylenebilir (Rush ve ark., 2006; Trivedi ve ark., 2006). Literatürde yer alan araştırma bulgularına göre majör depresyonun başlangıç düzeyindeki belirtilerine göre %50 veya daha fazla oranlarda düzelmeye tedaviye yanıt tablosu olarak kabul edilmektedir ancak böyle oranlarda düzeldiği gözlenen buna rağmen majör depresyonun tanı ölçütlerini karşılayan olgular bulunmaktadır (Yüksel, 1998).

Klein (2010) yapmış olduğu çalışma ile depresyona giren kişilerin %15 ila %39'unun bir senelik sürenin ardından halen daha depresyonda olabildiğini ve bu kronikleşen depresyon tablosunu yaşayan kişilerin ortalama beşte birinin iki sene veya daha uzun süreler boyunca depresyon ile mücadele ettiğini gözlemlemiştir.

Majör depresyon tedavisinde asıl tedavi amacı yanıtın sağlanması olmamaktadır asıl hedef remisyona sağlanmasıdır. Tam iyileşmeyen tablolarda işlevsellik kayıpları, daha yüksek oranda nüks riskleri, depresyonun kronikleşmesi, artan intihar riski ve uzun dönem etkilerine bakıldığında hastalığın prognozunda kötüleşme görülmektedir (Dilbaz ve Çavuş, 2010).

Tüm bu sebeplerden ötürü majör depresyonun tedavi süreçlerinde tüm riskler ele alındığında alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Dilbaz ve Çavuş, 2010).

1.1.12. Depresyonu Açıklayan Farklı Yaklaşımların Bakış Açıları ve Bilişsel Davranışçı Terapinin Doğuşu Ardından Üçüncü Kuşak Psikoterapiler ile Başlayan Değişim

1.1.12.1. Beck Depresyon Modeli

Beck ve arkadaşları (1979) depresyonu üç kavramsal model ile şematize ederek açıklamıştır.

Bilişsel Üçlü (Cognitive Triad): Kişinin kendisi, çevresi ve geleceği hakkındaki inançlarını kapsamaktadır. Depresyondaki kişinin kendisi hakkındaki inancı değersizlik üstüne kuruludur. Kişi kendini değersiz, kusurlu, hastalıklı, yetersiz bulmaktadır ve olumsuz sıfatlarla tanımlamaktadır. Ona göre yaşamı bir hayal kırıklığından ibarettir. Depresyondaki kişi içinde bulunduğu dünya ve çevresini aşamayacağı ve üstesinden gelemeyeceği engellerle dolu bir bağlam olarak görmektedir. Çevresi hakkında ona bu olumsuz durumlar karşısında yardım edemeyecekleri düşüncesi hakimdir ve çevre bu anlamda güvenilmezdir. Geleceği hakkında karamsarlık hakimdir. Depresyondaki kişi şu anda yaşadığı sıkıntıların ve zorlanmaların sonsuza dek aynı şiddette devam edeceğini düşünmektedir. Depresyondaki kişinin geleceği hakkında umutsuzdur ve bir hedefi yoktur.

Bilişsel Şemalar: Bu kavram durağan ve yerleşmiş olan bilişsel örüntüleri açıklamaktadır. Kişinin karşılaştığı ve deneyimlediği olay ve durumlar karşısında belirli olan şemaların aktive olmasıdır. Deneyim ile kodlanan şemalar yaşanan olumsuzluklarda otomatik olarak aktive olmaktadır.

Bilişsel Hatalar/Bilişsel Çarpıtmalar: Depresyondaki kişinin düşünce sisteminde düşünceleri algılama ve tanımlama aşamalarında yaptığı sistematik ve çoğunlukla negatif yüklü yargılayıcı olan hatalı bilgi işleme sürecine verilen genel addır.

Beck ve arkadaşları (1979) bilişsel hataları 6 ana başlık ile tanımlayarak aktarmışlardır.

Keyfi Çıkarsama (Arbitrary Inference): Kişinin vardığı sonucun karşıt kanıtları veya destekleyici kanıtları olmadığı halde belirli bir sonuca varmaktır.

Seçici Soyutlama (Selective Abstraction): Yaşanılan tüm deneyimi olduğu tam haliyle değil yalnızca bir yönünden ele almaktır.

Aşırı Genelleme (Overgeneralization): Bir veya birkaç tane rastlantı sonucunda yaşanılan olayı genelleştirerek bundan böyle yaşanılan ve yaşanılacak olan her durum ve olayı bu genelleme üstünden açıklamaktır.

Büyütme ve Küçültme (Magnification and Minimizing): Yaşanılan olumsuz olayları aşırı büyütüp önem atfederken aksine yaşanılan veya başarılı olan olumlu olay ve durumları küçük görmek önemsizleştirmektir.

Kişiselleştirme (Personalization): Kişinin destekleyici kanıtları olmaksızın yaşanılan olayların sebebini ve sonucunu kendine bağlaması eğilimidir. Kişiler olumsuz olayları kendilerine atfederek reddedilme ya da suçluluk duygularını hissetmektedir.

Katı İki Uçlu Düşünme (Absolutistic, Dishotomous Thinking): Dünyayı siyah ve beyaz olarak görmektir. Kişiye göre yaşanılan her şey muhakkak iki uçtan birinde olmaktadır. Ya hep ya hiç diye ifade edilebilen düşünce tarzıdır. Kişi bu sınıflamada kendisini kötü uca yerleştirmiştir. Bu iki uç arasında kalan yaşam deneyiminin diğer renkleri dikkate alınmamaktadır, bir şey onlara göre ya olmuş ya da olmamıştır.

Burns (2020) tarafından üç bilişsel hata bu sınıflamaya dahil edilmiştir.

Etiketleme ve Yanlış Etiketleme (Labeling and Mislabeling): Gerçeği kapsamayan ve uygun olmayan genel etiketlerin çoğu zaman kişinin kendisine ve diğerlerine sıfat olarak yapıştırılmasıdır. Yoğun tepkisellik ve duygu yükü içermektedir.

Duygusal Nedensellik (Emotional Reasoning): Kişinin duygudan sonuca direkt ulaşması olarak tanımlanabilir. Olayların nesnellüğünün değerlendirilmesini değil duygular aracılığı ile nedensellik bağının kurulmasıdır.

Meli, -Malı İfadeleri (Should Statements): Zorunluluk içeren -meli ve -malı ifadeleri kişinin yükümlülükleri haline gelmiştir. Kişi olmalı şeklinde kurguladığı düşünce tarzı ile kendisinin ve diğerlerinin hatta dünyanın nasıl işlemedi gerektiği konusunda katı ve sabit varsayımlara sahiptir. Bu zorunluluk varsayımlarının aksi gerçekleştiğinde her şeyin kontrolden çıkacağına inanmaktadır.

Freeman ve arkadaşları (1990) tarafından bilişsel hataların sınıflanmasına iki başlık daha eklenmiştir.

Zihin Okuma (Mind Reading): Kişi destekleyici herhangi bir kanıt olmadığı halde karşısındaki kişinin kendisi hakkında ne düşündüğünü bildiğini varsaymaktadır. Bu varsayımlar kendisi hakkında olumsuz mesajları içermektedir.

Falcılık (Fortune Telling): Kişinin geleceğe dair olumsuzlukları düşünüp varılacak olan noktanın olumlu veya olumsuzluğu belirsiz olduğu gerçeğini yok sayıp tamamen olumsuz bir geleceğin onu beklediğine dair inancıdır.

1.1.12.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Öğrenilmiş çaresizlik modeli Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) geliştirilen bir modeldir. Yıllar içerisinde pek çok araştırma ile incelenen öğrenilmiş çaresizlik modeli depresyonun açıklanmasında önemi bulunan bir modeldir (Hovardaoğlu, 2017). Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre bireyin olayların sonuçlarına dair kontrol etme davranışındaki başarısızlıklar kendilik değerini olumsuz yönde etkilemektedir ve birey çaresiz hissettikçe kendilik değeri gittikçe düşmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre erken dönemde maruz kalınan olumsuz durumlar birey tarafından içselleştirilir ve bu olumsuzlukları değiştiremeyeceğine dair inanç ve düşünceler yerleşir. Depresyon içsel eleştirme sonucunda ortaya atılan atıfların sonucu olarak gelişir. Modele göre bu döngü depresyonun temelini oluşturmaktadır (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978). Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre çaresiz yaşantıların beraberinde ortaya çıkan depresyon olumsuz kendilik değeri ile ilişkili olmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar ortaya çıkan depresif belirtilerin depresif yükleme biçimi eğilimi (depressive attributional style) ile ilişkili olduğu vurgulamaktadır (Abramson ve ark.,

1978; Allow, Peterson, Abramson ve Seligman, 1984; Anderson, Horowitz ve Frerich, 1983; Peterson ve Seligman, 1987).

1.1.12.3. Freud Tanımlaması ile Depresyon: Yas ve Melankoli

Depresyonun psikanalitik kuramın bakış açısından açıklanması Freud tarafından kaleme alınan “Yas ve Melankoli” adlı eser ile olmuştur. Freud, kitabında yas ile melankoliyi karşılaştırmaktadır. Yas gerçek bir sevgi nesnesinin yitimi olarak açıklanır. Melankoli ise yastan ayrılarak gerçek sevginin yitimi olabileceği gibi bilinç dışı bir sevgi nesnesinin yitimi olabilir diye ifade edilmiştir. Freud tarafından melankoli ifadesi ile depresyonun açıklanması sevgi nesnesinin yitirilmesi ile aktarılmıştır. Bu sevgi nesnesinin yitimi bireyde değersizlik ve kötümserlik duygularını açığa çıkarmakta olduğu ve bunun intihara yönelime neden olabileceği üzerinde durulmuştur (Dilbaz ve Seber, 1993).

1.2. BİLİŞSEL TERAPİNİN DOĞUŞU

Yaşama bakışı ve felsefesi ile bugüne dahi ışık olan Epiktetos Frigyalı bir köle özgürlüğünü kazandığında ise Roma İmparatoru Marcus Aurelius’un yakınında olan önemli bir felsefecidir (Perker, 2020; Türkçapar, 2018). Özgürlüğünü kazanmamış bir halde esir bir köle iken bile düşünüş şekli ile hayatın içindeki sorunlara dair yaklaşım şekli ile içsel özgürlüğünü yaşamak için uğraş verdi. Anadolu Frigya bölgesinde efendisi tarafından ayağına pranga vurulmuş bir köle olan Epiktetos prangasının gevşek olduğu kaçabileceği şüphesi ile bu prangayı sıkıca bağlamak isteyen efendisine buna lüzum olmadığını zaten kaçacak durumda olmadığını aksine bu çabanın ayağını kırabileceğini dile getirdi. En sonunda sıkıca takılan pranga ayağının kırılmasına neden oldu. Tüm bunlara rağmen kölesinin bir yakınmada bulunmayışı efendiyi şaşırttı. Kölesine nedenini sorduğunda ise aldığı yanıt *zaten ayağının artık kırılmış olduğunu, bundan rahatsız olarak bağırıp çağırmanın bir şeyi değiştirmeyeceği* oldu. Bundan çok etkilenen efendi kölesini azad etti. Epiktetos felsefesinin en temeli neyi kontrol edip edemeyeceğimize dair olan farkındalığımız ve bu ikisi arasındaki farkı anlayabilmemiz ile başlamaktadır. Özgürlüğün ve mutluluğun anahtarı burada yatmaktadır. Yaşamda bizim elimizde olup kontrol edebildiklerimiz ve bizim elimizde olmayan kontrol edemediklerimiz

vardır kişi eğer bunları anlayıp kontrol edemedikleri üstünde gücü ve yetisi olmadığını kabul ederse bu ikili arasındaki ayrışmayı doğru yaparsa içsel iyilik halini ve huzuru bulabilme şansına erişecektir. Epiktetos dışsal olayların bize zarar veremeyeceğinin altını çizmektedir. Diğer insanlar, dışarıdakiler bize zarar veremezler. İnsana zarar veren güç yine kendi elinden kendisinden gelmektedir. Zarar veren tüm her şey ancak kendi inançlarımız veya tutumlarımızdır. Kişisel içsel bakış açımız, inanç sistemimiz ve tüm dünyaya, çevreye, olaylara ve kişilere verdiğimiz anlamdan ötürü kimi zaman acı çekeriz. Epiktetos insanları rahatsız eden asıl nedenin rahatsızlığa konu olan şeyler değil onlara verdikleri anlamlardan oluştuğunu aktarmıştır (Türkçapar, 2018; Türkçapar ve Sargın, 2011).

Çağdaş bilişsel terapinin dayanağı olan insanın algısı ve devamında anlamlandırma sürecinin içinde tüm bilişlerinin onun verdiği psikolojik tepkilerinde ana rolde olması yüzyıllar evvel yazılanlarda, aktarılan anlatılarda Stoacı filozof Epiktetos'un felsefesinde anlam bulmamızı örtüşen bakış açısını görmemizi sağlamaktadır (Türkçapar, 2018).

İnsanın acılarını anlama ve çözmeye yönelik çabanın yolculuğunda düşünce sistemlerinin bilimsel olarak ele alınışı 1960'lı yıllara varıldığında depresyon için yapılandırılmış bir model oluşturan Aaron T. Beck ile mümkün kılınmıştır. Albert Ellis ile akılcı-duygusal terapi, Donald Meichenbaum ile bilişsel davranışçı modifikasyon ve Arnold Lazarus ile multimodal terapi bilişsel davranıcı terapinin gelişimine etki etmiştir (Ak, 2020).

Albert Ellis bilişsel terapinin doğuşuna akılcı-duygusal terapi ile öncülük etmiştir. Ellis kuramında "*insanın kendi bilişsel, duygusal ve davranış biçimlerini değiştirme yeteneğine sahip olduğunun*" vurgusunu yaparak bilişsel terapinin saf davranış terapilerinden en önemli ayrımını ortaya koymuştur (Doğan, 1995).

1.3. BİLİŞSEL YAKLAŞIM VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ MODELİ

Teasdale (1993) klinik bilişsel yaklaşımı tanımlarken bu yaklaşımın duygusal tepkilerin olaylara verilen anlamlar aracılığı ile oluştuğunu varsaydığını aktarmaktadır. Bilişsel terapinin özü anlamları değiştirerek duyguyu değiştirmeyi amaçlamasından gelmektedir (Teasdale, 1993).

Bilişsel terapilerin psikanalitik yönelimli terapilerden en önemli farkı “şimdi ve burada” içinde geçmesi, odağını şimdiki an içinde yaşananlara yöneltmesidir. Burada ve şimdi olanlar terapinin sorun listesini oluşturmaktadır (Arkar, 1992).

Bilişsel davranışçı terapiyi klasik davranışçı terapiden ayıran temel özelliği bireylerin içsel deneyimine vurgu yapması ile düşünceler, duygular ve tutumları ön plana almasından gelmektedir. Bilişsel davranışçı terapinin genel çalışma prensibi ise bireylerin otomatik düşüncelerinin, çıkarsamalara yol açan bilişsel hatalarının ve vardığı olumsuz yüklü yargısal olan varsayımlardan öte olmayan inanç ve kabullerin doğruluğunun test edilmesidir. Bilişsel terapi modeli disfonksiyonel olup işlevsel özelliği bulunmayan düşünce ve inançların kişinin kendisi, geleceği ve çevresinde olup biten dünyası hakkında olumsuz ön kabulleri ortaya çıkararak bu formülizasyonu terapi süreci yaymaktadır. Bilişsel davranışçı terapi modeline göre depresyon ve diğer tür psikopatolojilerde duygu bozukluğunun gidişatında düşünceler merkezi bir konumdadır (Ak, 2020; Arkar, 1992).

Bilişsel davranışçı terapi modelinde bilişler ya da diğer bir ifadeyle kognisyonlar üç şekilde ele alınmaktadır. Otomatik düşünceler bu modelin en yüzeyde ve ulaşılabilir kısmında yer almaktadır. Bilişsel sistemde sözel veya imgesel olarak yer alan otomatik düşünceler sıradan düşünce akışında hızla yer değiştiren bir yapıya sahiptir. Bu modelin bir alt katmanında otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasını tetikleyen kurallar sistemi diye adlandırılabilen ara inançlar yatmaktadır. Ara inançlar şartlı sayılılar ve tutumlardan meydana gelmektedir. Ara inançlar bir nevi temel inancın yarattığı olumsuz yüklerle başa çıkma stratejisi olarak işlev görmektedir. Modele göre en alt katmanda temel inançlar yer almaktadır. Temel inançlar otomatik düşüncelerin en temelde üretilmesine aracılık etmektedir.

Kişinin erken dönem yaşantıları temel inançların oluşmasına ve bilişsel sistem içerisinde yerleşmesine neden olmaktadır (Ak, 2020; Beck, 2020; Özcan ve Çelik, 2017; Türkçapar, 2018).

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı otomatik düşünceleri yakalama, otomatik düşüncelerdeki olumsuz yüklü yanlılıkları fark etme ve ardından onları sistematik olarak ele alıp analiz ederek gerçekliğini test etme ve işlevsel olan gerçek alternatif düşünceler ile yer değiştirme metotlarını takip etmektedir. Otomatik düşüncelerden başlanarak bilişsel hataların ve şemaların fark edilmesi bu yolla bireyin alternatif düşünce üretme yolunda karar vermesi terapinin özünü oluşturmaktadır (Ak, 2020; Arkar, 1992; Beck, 2020; Hiçdurmaz ve Öz, 2011; Türkçapar, 2018).

1.4. ÜÇÜNCÜ KUŞAK TERAPİ EKOLLERİNİN ORTAYA ÇIKIŞI

Tarihsel olarak 1980’li yılların sonu 1990’lı yılların başı ile bilişsel davranışçı terapi bir değişime girmeye başlamıştır. Yeni ortaya çıkan terapi ekolleri düşünce ve duyguları değiştirmeye yönelik olan klasik bilişsel davranışçı anlayışı radikal bir değişiklik ile onlara karşı durup yerine işlevsel olanlar ile değiştirmeyi değil aksine düşünce ve duyguları fark edip farkındalığı vurgulayarak ardından onları kabullenmeyi dile getirmeye başlamıştır (Sargın ve Sargın, 2015).

Davranışçı akım ile birinci kuşak davranışçı terapiler davranışların gözlenip davranışın değiştirilmesine dair uygulamalara odaklanmaktaydı. İkinci kuşak terapiler bilişsel davranışçı ekol ile öne çıkarken saf davranışçılık yerini uyaran ve tepki arasında önemi anlaşılan bilişlere bırakmıştır. Bu kuşakların sonuncusu ise içsel deneyiminin önemini vurgulayarak bu içsel yaşantılara farkındalık ve kabul temeli ile yaklaşmakta olan diyalektik davranış terapisi, kabul ve kararlık terapisi, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi uygulamaları ve yine bilinçli farkındalık temeli ile şefkat, kabul gibi konuları ele alan terapiler üçüncü kuşak terapileri oluşturmaktadır (Sargın ve Sargın; Vatan, 2016).

1.4.1. Diyalektik Davranış Terapisi

Diyalektik davranış terapisi (Dialectical Behavior Therapy-DBT) yaşam deneyimlerini klinik uygulamaya katan psikolog Marsha Linehan tarafından ortaya atılan ve özellikle sınırda kişilik bozukluğu (borderline) tanısı alan bireylere uygulanması ile geliştirilen üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapi ekolleri arasında önde gelenlerdendir (Sargın ve Sargın, 2015). Diyalektik kelimesi, kelime kökenini Yunanca “dialegein” anlamına gelen kavramdan almaktadır. Söyleşi ve tartışma gibi anlamlara karşılık gelmektedir. Felsefi temelleri ve teorinin yapı taşları Hegel ve Kant gibi filozofların görünen çelişkileri anlama yolunda sentezleme sürecine girdikleri tartışmalardan almaktadır. Diyalektik terapinin bakış açısı bir dünya görüşünü almanın ve bir değişim sürecine başlamanın yoluna anlamaktan geçmektedir. Terapistin ve danışanın birlikte çalışması ile uzun süren acı çekmenin tersine daha iyi hissetmenin yollarının aranması terapi sürecinin özeti olabilir (Rosenthal, Lynch ve Linehan, 2005). Diyalektik davranış terapisi psikopatolojilerin temelinde duyguları regüle edememe probleminin yattığını varsaymaktadır. Duyguları düzenleme becerileri üstüne yoğunlaşan diyalektik davranış terapisi uygulamaları içerisinde bilinçli farkındalık (mindfulness) meditasyonları çoğunlukla uygulanmaktadır (Sargın ve Sargın, 2015).

1.4.2. Kabul ve Kararlılık/Adanmışlık Terapisi

Kabul ve kararlılık/adanmışlık terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT) bilinçli farkındalık (mindfulness) ve kabul (acceptance) temellerine dayalı olan müdahalelerin yapıldığı ve felsefi temelleri işlevsel bağlamsal (functional contextualism) kuramına ve dil ve biliş ile olan ilişkisi ile davranışı inceleyen ilişkisel çerçeve kuramı (relational frame theory) arka planı ile ortaya konulan bir üçüncü kuşak psikoterapi modelidir (Hayes, 2004; Kul ve Türk, 2020; Yavuz, 2015). Kabul ve kararlılık terapisinin ana hedefi bireylerin kendi kontrolleri dışında gerçekleşen ve yaşanması ile onları olumsuz yönde etkileyen durumlar ve çeşitli yaşam olayları karşısında onları olduğu gibi kabul etmeleri ve bu yolla yaşamlarında daha zengin ve anlamlı olan davranışların odağa alınmasıdır (Hayes, 2004; Kul ve Türk, 2020). Kabul ve kararlılık terapisi bireylerin düşünceleri, duyguları ve içsel deneyimi ile olan ilişki biçimini değiştirmek üzerine

temellenmiştir. Acının kaçınılmaz bir hayat gerçeği olduğunun altını çizerek hayatta değerlerimiz ile olan bağlılığımızı dikkate alarak bireylerin psikolojik esnekliğinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Psikolojik esnekliğin kazandırılması kabul ve kararlılık terapisinin en temel amacı olmaktadır. Psikolojik esneklik ise kabul ve kararlılık terapisinin bakış açısına göre içsel ve dışsal olan tüm deneyimlere şimdiki anın içinde değerlendirip açık ve yargısız olan bir dikkat ile bakabilmek ve hayatta insan için önemli olan değerlerin merkeze alınabilmesi adına farkındalık içeren eylemlere yönelik adım atabilme becerisidir (Bilgen, 2021).

1.4.3. Şefkat Odaklı Terapi

Şefkat Odaklı Terapi (Compassion Focused Therapy-CFT) Paul Gilbert ve meslektaşları tarafından öz-şefkati geliştirme adına tasarlanan terapötik bir yaklaşımdır (Neff ve Germer, 2012). Yüksek düzeyde utanç duygularına sahip, yoğun öz-eleştiri yapan ve kendine karşı şefkat ve kabulü vermeyi zor bulan hatta bunu korkutucu gören kişiler için şefkati odağa almayı temel olarak geliştirilen bir modeldir (Gilbert ve Procter, 2006). Şefkat odaklı terapinin ana hedefi terapötik sürece başlayan bireylerin kendilerine karşı sıcaklık geliştirmelerine ve kendilerine karşı nazik olma duygusunu deneyimlemelerine yardımcı olmaktır bunu sağlamak adına öz-şefkati geliştirmek için çeşitli uygulamalar terapi sürecine dahil edilmektedir. Şefkat odaklı terapi klinik hastalarda kullanılmak üzere tasarlanmış bir yaklaşım olmasının yanında klinik olmayan popülasyonlarda da psikolojik dayanıklılığı geliştirmeye dönük müdahaleleri ile kullanılabilir (Gilbert, 2009; Neff ve Germer, 2012).

Şefkat içerikli bir diğer müdahale biçimi ise Şefkatli Zihin Eğitimi olmaktadır. Gilbert ve Procter (2006) yüksek düzeyde utanma eğilimi olan, öz-eleştiri yapan, problemleri kronik olma eğiliminde olan, kendisine karşı sıcaklık besleyemeyen ve kendini kabul etmeyi zor ya da korkutucu bulan bireyler için şefkatli zihin eğitimi (Compassionate mind training (CMT)) geliştirmişlerdir. Gilbert ve Procter (2006) araştırmaları ile bireylerin kabul edilebilirlik, anlayış ve şefkat odaklı süreçleri kullanmaları ve uygulama becerilerini incelemiş ve şefkatli zihin eğitiminin (CMT) etkinliğini kontrolsüz bir deneme çalışması yürüterek sınınamışlardır.

Kronik sorunlar yaşayan 6 hasta şefkatli zihin eğitimi (CMT) ile iki saat süren 12 seansı tamamlamışlardır. Sürecin sonunda katılımcıların depresyon, kaygı, utanç, öz-eleştiri, aşağılık duygusu ve boyun eğici davranış düzeylerinde azalma olduğu grlmştir. İkincil sonuç olarak ayrıca katılımcıların kendi kendini yatıştırma ve kendilerine sıcaklık gösterebilme, kendileri için güvence verebilme duygularına odaklanma becerilerinin önemli oranda artış gösterdiği bulundu. Gilbert ve Procter (2006) şefkatli zihin eğitiminin (CMT) kronik güçlükler yaşayan hastalar özellikle de travmatik geçmişi bulunan bu açıdan kendisine karşı içsel sıcaklık besleme duygusundan yoksun kalan ve kendi kendini yatıştırma becerisinin gelişmesi gereken bireyler için etkili ve kullanışlı bir yol olduğu vurgusunu yapmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK YAKLAŞIMI VE ÖZ-ŞEFKAT

2.1. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN KURAMSAL GEÇMİŞİ

Binlerce yıllık insanlık tarihinde kadim gelenekler dünyanın doğusundan batısına dek farkındalığı kendi kültürü içinde ele almıştır ve farkındalığın yarattığı iyilik halini korumuş, bundan faydalanmış ve çeşitli pratikler geliştirmiştir. Bedeni merkeze alan pratikler, yoga, tai chi, qigong, ibadetle ilişkilendirilen dua etmek ve şarkı söyleme pratikleri kültürlerin mirası olarak değerleri ile günümüze dek uzanmıştır. Batı dünyasına ilk defa Budist uygulayıcılar tarafından getirilen çeşitli meditasyonlar bulunmakta ve farkındalık halinin artışında kullanılmaya devam etmektedir (Siegel, 2019).

Bilinçli farkındalık günlük yaşam deneyimi ile derin bir ilişkiye sahip olan en eski uygulamaları Budist geleneklerine uzanan kadim kökenleri ile bilinen bir kavramdır (Kabat-Zinn, 1994; Kabat-Zinn, 2003, Purser ve Milillo, 2015). Psikolojik iyi oluşa doğrudan katkı sağlaması ile Batı psikolojisinde yer edinin psikoterapi müdahalelerine yerleştirilmesi ise ilk kez Jon Kabat-Zinn ile mümkün kılınmıştır. Jon Kabat-Zinn bilinçli farkındalık temelinin esas alındığı meditasyon pratiklerini ve terapötik müdahaleleri ustaca birleştirerek batının tıbbi dünyasına dahil etmiştir (Ameli, 2016; Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz, 2011 Çatak ve Ögel, 2010; Zümbül, 2021).

Budist gelenekler insanda bulunan bilinçli farkındalık kapasitesinin geliştirmenin ve iyileştirmenin bu deneyimi hayatın tüm yönlerine dahil edebilmenin basit ve etkili yollarını vurgulamıştır. Bilinçli farkındalığın özü eski ve çağdaş geleneklerin ve öğretilerin kalbinde yer almaktadır. Bu gelenekler içinde en açık ve sistematik şekilde ifade edilişi ise son 2500 yıl içinde Budist geleneği ile olmuştur (Kabat-Zinn, 2003).

Bilinçli farkındalık (mindfulness) tüm Budist meditasyon uygulamaların altında yatan temel olan bir dikkat duruşu olarak tanımlanabilir. Bilinçli farkındalığın kadim geçmişi ise Güneydoğu Asya ülkeleri Tayland, Kamboçya, Vietnam ve Burma için önemli olan Theravada geleneğinden, yine Vietnam, Japonya ve Kore’de yer alan Maha-yana (Zen) okullarından ve Tibet, Nepal, Butan, Ladakh, Moğolistan ve Hindistan’ın büyük bölümündeki Tibet Budizm Vajrayana geleneğinden gelmektedir (Goldstein, 2002; Kabat-Zinn, 2003).

Binlerce yıllık dinler, felsefeler ve aktarılan kültürler şimdi ve burada olmanın öneminden söz etmiştir (Killingsworth ve Gilbert). Bu eski bir bilgidir bilinçli farkındalık yaklaşımının yaptığı ise şimdi ve burada olmanın yollarını öğretmesi ile bunu geliştirilebilen bir beceri olarak ele alışı ile deneyimsel olarak anda kalmanın yollarını aktarmasıdır. Bilinçli farkındalık deneyimsel olan bir beceridir (Atalay, 2020).

2.2. MINDFULNESS TERİMİNİN KÖKENİ

Budist psikolojinin dili olarak kabul edilen Pali dilindeki Smrit kökünden gelen Sati kelimesinden ortaya çıkan *mindfulness* terimi 2500 yıl kadar eskiye dayanmaktadır. İçeriğinin zengin bir anlam barındırması ve kültürel geçmişi ile farklı dillere çevrilmesi güçleşen bu kavram ilk kez Jon Kabat-Zinn tarafından İngilizceye uyarlanmıştır. Mindfulness kavramı İngilizce karşılığı zihin olan ‘mind’ ve karşılığı dolu olan ‘full’ sözcüklerinden meydana gelen “mind full” yani dolu zihin kavramının zıttı olarak ortaya atılmıştır. Mindfull sözcüğü İngilizce dilinde sıfat olmaktadır bu sözcüğünün isim hali ise mindfulness olmaktadır. Mindfulness sözcüğündeki ‘l’ sesinin düşürülmesi ile *mindfulness* kavramı türetilmiştir (Atalay, 2020; Uzun ve Kral, 2021; Purser ve Milillo, 2015).

Mindfulness kavramının çevirisinde bulunan farklılıklar kendini Türkçe alan yazınında göstermektedir. Çatak ve Ögel (2010) tarafından mindfulness kavramının Türkçe karşılığı ‘farkındalık’ olarak kullanılırken Özyeşil ve arkadaşları (2011) bu kavrama karşılık ‘bilinçli farkındalık’ çevirisini yapmaktadır. Alan yazınında bir diğer kullanım şeklinin ise Kurtoğlu ve Başgül (2020) tarafından ‘bilgece farkındalık’ şeklinde olduğu görülmektedir.

2.3. DÜŞÜNCE VE ANDA KALAMAMAK ÜZERİNE: UÇUŞAN ZİHİN

İnsanı insan yapan, onun ayırıcı özelliği olan düşünebilme becerisi ile bu düşünce faaliyetinin farkındalığına sahip olup düşüncesi üstüne düşünebilmeyi kapsayan gelişmiş yeteneğe sahip oluşundan gelmektedir. Böylesi bir yeteneğe sahip olan insan diğer memeli canlılardan farklı olarak dünyayı algılamakten olup bitenleri olduğu gibi deneyimleme yerine düşünceleri aracılığı ile bu dünyada yaşamaya devam etmektedir (Selvili-Çarmıklı, 2018; Türkçapar, 2019). Bu farklılığı ile dünyada yenilikler üreten ve dünyayı şekillendiren insan gelişmiş olumlu bir gidişatın içindeyken olumsuzluklar beraberinde gelmiştir. İnsan böylesi bir düşünce sisteminin sonucunda kendisine özgü acılar çekmekte bu acılar ise depresyon, kaygı ve intihar gibi şekillere bürünmektedir ve ıstırapların çoğunun ardında kalan neden düşünceler olmaktadır (Türkçapar, 2019).

Yaşadığımız an ile temas edemeyişimizin nedeni düşüncelerimiz ile olan aşırı iç içe geçme ve zihnimizin içinde düşünceleri tekrar tekrar duymamızdır. Düşüncelerimize karşı bu aşırı ilgi andan bizi alıkoyan hatta kimi zaman çevremizde yaşanan gerçeklerden kopuk bir halde kendimizi bulmamız ile kendini gösterebilmektedir. Zihnimizin içinde olup bitenle yani düşünceler ile o kadar meşgul oluruz ki an ile şimdi ve burada kavramı ile temasımızı yitiririz üstelik bu insanın sık yaşadığı bir durumdur (Atalay, 2020; Türkçapar, 2019).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları Matthew A. Killingsworth ve Daniel T. Gilbert Science dergisinde yayınladıkları A Wandering Mind is an Unhappy Mind makalesinin başlığı ile insan zihninin şimdi ve burada an ile temas edemeyişinin ortaya çıkardığı sonucu aktarmışlardır.

İnsanlar hayvanlardan farklı olarak zamanlarının büyük çoğunluğu çoktan olup bitmiş olan geçmiş veya olma olasılığı olan hatta belki hiç olmayacak olan gelecek üzerine düşünerek geçirmektedirler ve esasında bu uçuşan zihin modu insan zihnin olağan yaşam şeklidir. İnsan bu sayede düşünceleri aracılığı ile plan yapabilmekte, geçmişten ders alıp öğrenmekte, çıkarım yapıp neden sonuç ilişkisi ile düşünmekte ve geleceğe yön verebilmektedir. Fakat bu beceri sahibi zihin andan uzaklaşmakta emosyonel olarak bir bedel ödemektedir (Killingsworth ve Gilbert, 2010).

Killingworth ve Gilbert (2010) A Wandering Mind is an Unhappy Mind başlıklı makalelerinde 2250 yetişkinden oluşan katılımcı grubu ile geliştirdikleri bir telefon uygulaması aracılığı ile veri topladılar. Bu uygulamayı telefonlarına yükleyen katılımcılardan gün içerisinde telefonlarına iletilen üç bildirim yanıt vermeleri istendi. Katılımcılara iletilen ilk bildirim bir soru içeriyordu. Soru ise *Tam olarak şu anda nasıl hissediyorsunuz?* şeklindeydi bu soruya cevaben katılımcılar çok kötü ya da çok iyi seçeneğini 0 ile 100 arasında değerlendirerek işaretlediler. Bildirimlerden ikincisinin içeriği tam olarak o sırada ne yaptıklarının bilgisinin istenmesiydi. 22 aktivite içerisinde hangisinin yaptıklarını işaretleyen katılımcılara gönderilen üçüncü bildirim ise yine bir soru içeriyordu. Son soru ile katılımcılara *Şu anda yaptığımız aktiviteden farklı bir şey mi düşünüyorsunuz?* bildirimi iletilti. Bu sorular ile uçuşan zihnin yapılan işe odaklanarak anda kalmak ve mutluluk ile olan ilişkisi incelenmek amaçlandı. Araştırmadan edinilen bulgulara göre insanların uyanık oldukları vakitlerde %46.9 oranında zihinleri uçuşuyordu. Edinilen bu veri insan zihninin ne kadar yüksek oranda uçuştüğünün bir kanıtı olmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre edinilen bir diğer bulgu ise zihnin uçuşma oranı hangi aktivite yapılırsa yapılsın hiçbir zaman %30 oranının altına düşmediği yönünde oldu. Araştırmanın verileri değerlendirilerek alınan sonuçlara göre insanlar yaptıkları iş her ne olursa olsun o işe odaklandıkları anlarda kendilerine yöneltilen mutlulukların ölçüldüğü soruya daha mutlu hissettikleri yönünde cevap verdikleri o işe odaklanmak yerine uçuşan zihin ile başka şeyleri düşündüklerinde ise daha mutsuz oldukları yönünde cevap verdikleri görüldü.

Buna göre anlaşılmaktadır ki insan zihni uçuşan bir zihindir ve bu uçuşan zihin kabiliyeti ile farklılaşan birçok şey yapabilen gelişmiş bir zihin olsa da mutsuz bir zihindir işte bu kabiliyetli zihnin ödediği duygusal bedel bu olmaktadır (Killingworth ve Gilbert, 2010).

Deng, Li ve Tang (2014) yaptıkları çalışma ile uçuşan zihin, depresyon ve mindfulness arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuçlar ile uçuşan zihnin depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermenin yanında mindfulness'a ruhsal yatkınlık (dispositional mindfulness) ile de negatif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

İnsanlar nadir olarak düşüncelerini şu anda olup bitene yönlendirmektedir. Bilinçli olarak farkında olup dikkati şu ana yönlendirmek bir uyanıklık hali olarak tanımlanabilir. İnsanlar aksine dalgınlık veya umursamama (mindlessness) halinde olmaktadır. Bilinçli farkındalık (mindfulness) hali ise dikkatin tümünü kabullenici bir açıklık ile yaşanan deneyime doğru çevirmektir ve bu farkındalık arkasında bir niyet barındırmaktadır (Atalay, 2020; Brown ve Ryan, 2003; Özzyeşil ve ark., 2011).

Bilinçli farkındalık (mindfulness) kavramının tam zıttı olan mindlessness zihnin uçuşması yani geçmişte olup bitenler veya gelecekte yani henüz olmayanlar yalnızca olasılıklar arasında gezinmesidir (Brown ve Ryan, 2003; Killingsworth ve Gilbert, 2010).

2.4. BİLİNÇLİ FARKINDALIK NEDİR?

Bilinçli farkındalığın (mindfulness) en yaygın olarak kullanılan tanımlama şekli şöyledir: Şu anda meydana gelen olayların farkında olma ve bu farkında olma haline dikkat gösterme durumudur (Brown ve Ryan, 2003).

Çeşitli araştırmacılar ve yazarlar bilinçli farkındalığı farklı fakat ortak bir anlam ile tanımlamaya çalışmıştır. Aşağıda bu tanımlamalar verilmiştir.

Bilinçli farkındalık kişinin tüm dikkatini şu anda olup bitene yargılamaksızın her nasılsa öyle olduğu gibi kabullenici bir biçimde yönlendirmesi olarak açıklanabilir (Brown ve Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 1994).

Bilinçli farkındalık mevcut anın deneyimine tüm dikkatin odağını yönlendirmek demektir (Bishop ve arkadaşları, 2004).

Ameli (2016) bilinçli farkındalığı tanımlarken “mevcut anı bilinçli bir akıl ve şefkatli, açık ve sevgi dolu bir kalp ile algılamaktır” ifadelerini kullanmıştır.

Van Vreeswijk, Broersen ve Schurik (2019) bilinçli farkındalığı açıklarken “kişinin şimdiki anda ortaya çıkan duygu ve düşüncelerini gözlemlemeyi ve onlara izin vermeyi içeren bir zihinsel durumdur” ifadelerini kullanmışlardır.

Germer ve Neff (2020) bilinçli farkındalığı “anbean deneyimlerimizin net ve dengeli bir tutumla farkında olmamızın halidir” diyerek tanımlamışlardır.

Williams ve Penman (2020) bilinçli farkındalığı açıklarken “etrafımızdaki şeyleri şimdiki anda oldukları gibi kabul ettiğimiz ve onlara yargıda bulunmaksızın kasıtlı olarak dikkatimizi vermeyi öğrendiğimiz var olma modunda kendiliğinden ortaya çıkması” ifadelerini kullanmışlardır.

Bilinçli farkındalık çevrede ya düşünsel sistemimizde meydana gelen olaylar ile ayırma, kategoriye sokma olmaksızın doğrudan doğruya temasa izin veren bilişsel bir esneklik sunması ile psikolojik ve davranışsal tepkilerde yeni bir bakış ve netliği kazandırır (Brown, Ryan ve Creswell, 2007).

Bilinçli farkındalık (mindfulness) doğuştan gelen bir insan kapasitesidir bu açıdan evrenseldir ve insanların hepsi bir dereceye kadar an be an dikkatini toplayarak bilinçli farkındalık deneyimini yaşayabilmektedir (Kabat-Zinn, 2003; Kabat-Zinn, 2019).

Bilinçli farkındalık zaman içinde gelişen ve derinleşen bir yapıdadır. Deneyim ile bütünleştiğinde gelişmeye ve derinleşmeye başlayan bilinçli farkındalık anda kalma pratiğine ve uygulamalarına bağlılık gerektirmektedir (Kabat-Zinn, 2003).

Bilinçli farkındalık şu anda olup bitene karşı daha açık ve dikkatli olmamıza yol açan bir beceridir. Bu beceri şu anda her ne olup bitiyorsa olumlu ya da olumsuz, acı verici ya da sıradan her deneyime her yaşantıya açık olmak anlamına gelir. Bu açıklık ise acı çekme düzeyini azaltması ile iyi oluş halini arttırmaktadır (Atalay, 2020; Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz, 2011).

Bilinçli farkındalık ıstırapı dönüştüren bir işleve sahiptir. İstırapı çekilen acıyı dönüştürmeyi ise zihnin onu işleme biçimini değiştirme yolu ile yapmaktadır. Zihnin bilindik işleme biçimi yerine acıyı, çekilen ıstırapı zihinde farklı bir yol ile işlemeyi öğreten bilinçli farkındalık acının zihinde başka bir var olma biçimi olabileceğini aktarmaktadır (Teasdale ve Chaskalson, 2011).

Bilinçli farkındalık anlık yaşantı deneyimine dikkatin yönlendirilip odaklanması ve içsel olan deneyimin her nasıl olduğu gözlemlemeyi içeren hem zihinsel işleyişi kapsayan hem de bedende hissedilen duyuları içine alan bir pratiktir (Çatak ve Ögel, 2010).

Dikkat ve farkındalık işlevselliğini koruyan normal zihin süreçlerinde nispeten sabit ve olması beklenen özelliklerdir. Bilinçli farkındalığın içerisinde yer alan farkındalık ise mevcut deneyime yönelik artan bir dikkatli olma hali ve o dikkati farkında olarak yönlendirme hali olarak düşünülebilir (Brown ve Ryan, 2003).

2.5. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN DENEYİMSEL ÖZELLİKLERİ

Bilinçli farkındalık deneyimsel olması açısından yaşamla bütünleşen bir özelliğe sahiptir (Atalay, 2020). Bilinçli farkındalığın deneyimsel olarak meydana çıkan özellikleri bulunmaktadır (Özyeşil ve ark., 2011).

Germer, Siegel ve Fulton (2013) deneyim ile yaşanan bilinçli farkındalık anlarının belirli özelliklerini 8 başlık ile açıklamışlardır.

Kavramsal olmayışı (nonconceptual): Bilinçli farkındalık düşünce süreçlerinden geçmeksizin ortaya çıkan farkındalık halidir. Düşünce sürecinden bağımsız bir doğası vardır.

Şimdiki ana odaklı oluşu (present-centered): Bilinçli farkındalık şimdiki an içerisinde olup bitenlerdedir. Tam bilinçli farkındalık gelip geçen anların farkında olmaktır. Yaşanılan deneyimi düşünmek şu anda olandan şimdiden bir adım ötededir.

Yargılayıcı olmayışı (nonjudgemental): Bilinçli farkındalık yaşanılanı ve deneyimlenen her ne ise onu yargılamaksızın dikkatle ele almaktır. Şimdi olup bitenden daha farklı bir deneyimi arzulamak bilinçli farkındalığın serbest oluşunu ve doğasını bozmaktadır.

Maksatlı oluşu (intentional): Bilinçli farkındalık maksatlı bir biçimde dikkati yönlendirmektir. Dikkati ve farkındalığı şimdi olup bitene yönlendirmenin ardında bir niyet bulunmaktadır. Bu maksatlı oluş bilinçli farkındalığın zamanla olağan hale gelebilmesini devam edebilmesine yardımcı olmaktadır.

Katılımcının gözleminin gerekli oluşu (participant observation): Bilinçli farkındalık dikkatli ve istekli bir gözlem gerektirir. Bu gözlem dışarıdan yapılan pasif bir gözlem değildir. Bedende ve düşünce süreçlerinde neler olup bittiğini ince bir dikkat ile izlemektir.

Sözel olmayışı (nonverbal): Bilinçli farkındalık deneyimseldir. Sözel oluşun yüzeyselliğinden öte bir yaşantı olması ile düşüncelerin ardından ortaya dökülen sözcüklerden farklılaşır.

Keşfe dayalı oluşu (exploratory): Merak ve araştırma bilinçli farkındalık deneyimini beslemektedir. Farkındalığın her zaman bir ötesinin mümkün olduğunu görmektir.

Özgürleştirici oluşu (liberating): Şimdiki anı yargılamaksızın deneyimleyebilmek bilinçli farkındalığın bireyi özgürleştirme anlamına gelmektedir. Şimdiden farklı yerde olan zihin geçmiş ve geleceğin yükü ile acıya yatkın hale gelmektedir. Bilinçli farkındalık bunun aksine yalnızca olup biteni merakla niyetle incelerken onu yargılamadan görmeyi kapsamaktadır.

2.6. BİLİNÇLİ FARKINDALIK BECERİLERİ

Bilinçli farkındalık belirli beceriler ile belli tutumlardan oluşan bir bütünlük içindedir.

Şimdiki Anda Olma: Bilinçli farkındalığın özü şimdiki anın içindedir. Bunun bir beceri oluşu ise dikkatin her dağılışını fark ederek dağılmış olan zihni nazikçe tekrar ve tekrar şimdiki ana geri getirmekten geçmektedir (Atalay, 2020).

Yargılarının Farkında Olma: Zihnin doğal bir parçası olan sınıflama, ayırma ve etiketleme yargılamanın olağan bir zihin işleyişi olduğunun göstergesidir. Burada mühim olan yargıların farkında olabilme becerisidir. Şimdiki anı özellikle geçmiş tecrübeler ve gelecek endişeleri ile yargılama eğilimimiz ile yorumladığımızı fark ederek ana karşı tutumuzu esnetebilme şansı elde ederiz (Atalay, 2020).

Mesafe Koyma: Yaşamda özellikle zorlayıcı deneyimlere sıkı sıkıya tutunduğumuz anlar olmaktadır. Bilinçli farkındalığın mesafe koyma becerisi tutunduğumuz düşünceler ya da duyguları fark edip her duygunun ve düşüncenin gelip geçen doğasını anımsamaktır. Mesafe koymanın tersi yaşanan deneyim ile özdeşleşmektir. Mesafe koyarak bir adım geri çekildiğimizde deneyimin geçmiş ve gelecek ile olan ayrılmaz kılınan bağlantıları fark edip olan deneyiminin her nasılsa yalnızca öyle oluşunu anlama yolunda ilerleriz (Atalay, 2020; Selvili-Çarmıklı, 2018).

Serbest Bırakma: Zihnin uçtuğu gerçeğini görmezden gelmeme ve bunun doğallığını görme becerisidir. Zihnimizde gezinen tüm diğer düşünceler, şimdiki anın dışındaki beklentiler ve rahatsızlık uyandırabilen hislere karşı farkındalık sağlayabilmek ardından tüm bu uçuşan zihin içeriğini serbestçe bırakmak bir diğer deyişle salıvermektir. Bunu yaparken dağılan dikkati tekrar anın içine geri çekmekteyizdir (Ameli, 2016).

Acemi Zihni, Başlangıç Ruhü: Dikkati açık bir biçimde merakla her anı yeniden keşfetme tutkusu ile inceleyebilme becerisidir. Sanki o deneyimi ilk defa yaşıyormuşçasına gözlemlemek şimdiki ana karşı anda kalabilme kabiliyetini arttıran bir etkiye neden olmaktadır. Bu becerinin gelişmesi ile hayattaki deneyimlere karşı geçmişin kıyaslamaları ve o geçmişten alınan derslerden ötürü ortaya çıkan zihinsel tutsaklık yerini anı olduğu gibi kavrama niyetine dönüşecektir (Ameli, 2016; Atalay, 2020).

Sabır: Bilinçli farkındalık pratiklerinin genelinde hep sabır vurgusu bulunmaktadır. Sabır içerisinde kabulü barındırması ile tüm her şeyin bir vaktinin olduğunu hatırlamayı içerir. Bilinçli farkındalığın meditasyon pratikleri içerisinde bekleyerek, değişim istediğimiz halde tahammül ederek, psikolojik esnekliğe zemin hazırlamaktayızdır (Atalay, 2020)

Şefkat: Bilinçli farkındalık deneyiminin bir diğer becerisi yaşanan acılara şefkatle yaklaşabilmeyi öğütlemesi ve acı çekme deneyimini karşılama biçimini değiştirmesinden gelmektedir. İnsan problemi çözüm odaklı olarak ele aldığından acı karşısında onu ortadan kaldırmak üzere kimi zaman sonuçsuz ama yıkıcı olan baş etme yollarının arayışına girmektedir. Hoş olmayan duygular istendik olanlarla değiştirilmek üzere acı yok sayılmaktadır (Atalay, 2020; Selvili-Çarmıklı 2018). “Şefkatin en bilindik yolu acıyı ve acının doğasını anlamaktır” (Atalay, 2020). Bilinçli farkındalığın bir tutumu ve geliştirilebilen bir beceri olması ile şefkat esasında bilinçli farkındalığın temel unsurlarından biridir. Şefkatli olmak kabul etme ile kalpten açık bir duyguyu ortaya çıkarır ve olumlu yükü bulunan duyguların gelişmesini sağlar (Ameli, 2016).

Kabul: Deneyimlenen her ne ise ona açık bir dikkat ile bakabilmek ve deneyimin olumsuz veya olumlu tüm sıfatları ile beraber kalarak an içinde durarak onu anlamaya çalışmak bilinçli farkındalığın kabul ile açıklanan tutumudur. Deneyimimizin her ne ise o hali ile açıklık ile kabul etmek dostane bir duruş ile mümkün olmaktadır. Bu kabul becerisi yaşamı olduğu hali ile beklentilerden arınmış bir biçimde kabul edebilme kabiliyetini pratikler günden güne yapıldıkça geliştirir (Ameli, 2016; Atalay, 2020).

2.7. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELİNE DAYANAN MÜDAHALE PROGRAMLARI

2.7.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction) (MBSR)

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programı, tıbbi hastalıklara uyumu kolaylaştırmak için geliştirilmiş, stres azaltma ve duygu düzenleme becerilerine yönelik öz-düzenleyici bir yaklaşım olarak bilinçli farkındalık meditasyonlarının (mindfulness meditations) uygulanması ile giden sistematik bir eğitim sunan klinik bir programdır (Bishop, 2002).

İlk olarak 1979 yılında Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilen bu program MIT (Massachusetts Institute of Technology) Üniversitesi içerisinde kurulan Mindfulness Merkezi ile hayata geçirilip uygulanmaya başlanmıştır. Meditasyon öğretilerini kapsayan programda fiziksel ve zihinsel acılarından ötürü yakınmaları bulunan bireysel farklı sıkıntıları olan hastalar ile çalışılmaya başlanmış ve bilinçli farkındalık yolu ile hastaların stres düzeylerinin kontrol altına alınması amaçlanmıştır (Atalay, 2020).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programı üstüne yapılan çalışmalar sağlık hizmetleri, tıp ve psikoloji alanlarında yeni bir yaklaşımın doğmasına aracılık etmiştir (Kabat-Zinn, 2021).

Programın ilk çıktığı dönemde müdahale edilen popülasyon yalnızca kronik ağrısı bulunan hastalardan oluşmaktaydı. Kronik ağrı hastaların iyileştirilmesi yolunda onların yakındıkları ağrıların azaltılması fikrinden çok hastaların ağrı ile olan ilişkilerini ele almak ve ağrı ile kurulan ilişki biçimi değiştirmek amacı

güdülmekteydi. Sonraki dönemlerde zorlayıcı olan duygular ve durumları karşılama biçimi, deneyimlenen stres ve baş etme yolları üzerine program kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise dünya çapında pek çok sağlık hizmeti veren kuruluşta kronik ağrı ile yakınılan fiziksel semptomları olan, kanser hastalığına sahip olup çeşitli problemler yaşayan, anksiyete, tükenmişlik ve depresyon ile ortaya çıkan semptomları olan bireylere sunulmaktadır (Atalay, 2020).

Program içeriğindeki müdahaleler stres ve strese bağlı sağlık problemlerini gidermede, kronik ağrı hastalarının yaşamında işlevselliklerini yükseltmede, epilepsi ve kanser gibi yaşamı zorlayan hastalıkları ile mücadele eden hastaların yaşam kalitelerinin artırılması yönünde kullanılmasının yanında panik atak, anksiyete ve depresyonu azaltma açısından etkili bir müdahale olarak tanınmıştır. Bu etkilerin tanında geçmiş öykülerinde majör depresyon atağı bulunan hastalarda nüksetme oranlarını düşürdüğü ve nüks risklerini önlediği gözlemlendiği literatürde yer alan pek çok çalışmanın bulguları ile desteklenip bildirilmiştir (Kabat-Zinn, 2019).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) bireyleri destekleyici, stres ve zor duyguların yarattığı sıkıntıları önleyici, çeşitli klinik müdahalelere ek olarak tamamlayıcı veya başlı başına tek bir müdahale yöntemi olarak kullanılabilir (Atalay, 2020).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programı medikal sorunlar yaşayan ve tıbbi tedavi gören hastaların hastalıkları ve yaşamları ile uyum içinde yaşayabilmeleri öte yandan hastalıklarının ikincil sonuçları olarak deneyimledikleri stresi ve duygudurum semptomlarını kendi kendilerine yönetebilmelerine yardımcı olabilecek, potansiyel olarak etkili bir tedavi seçeneğidir (Bishop, 2002).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) sekiz haftalık oturumlardan oluşmaktadır. Her bir hafta yeni bir temanın işlendiği bu oturumlar iki ila iki buçuk saat sürmektedir. Altıncı hafta yapılan oturum sessizlik günüdür o gün 6 saat boyunca sessizlik inzivası deneyimlenmektedir. Haftalık temaların içeriğine göre çeşitli egzersizler ve bilinçli farkındalık pratikleri uygulanmakta pratiklerin ardından katılımcıların her biri deneyimleri grup üyeleriyle paylaşmaktadır.

Programın 8 haftalık temaları aşağıdaki gibi olmaktadır.

1.Hafta: Otomatik Pilot

2.Hafta: Kendimize ve Dünyaya Bakışımız / Algılarımız

3.Hafta: Bilinçli Farkındalık Hareketleri / Yoga / Limitlerimizi Keşfetmek

4.Hafta: Stresle Başa Çıkma

5.Hafta: Zor Duygularla Baş Etmek / Şefkat

6.Hafta: Sessizlik Günü

7.Hafta: Bilinçli Farkındalık ile İletişim

8.Hafta: Veda ve Başlangıç

(Kaynak: Zümra Atalay, 2020, Mindfulness)

2.7.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programının Müdahale İçeriği

Psikoeğitim ile Teorik Bilgilendirmelerin Yapılması: Bilinçli farkındalığın kavramsal olarak ne anlama geldiği anlatılır. Psikoeğitim yapılırken bilimsel araştırma bulgularından destek alınır. Bilinçli farkındalık becerileri ve tutumları aktarılır. Kavramların somutlaştırılması adına örnek hikayelerden, metaforlardan yararlanılmaktadır (Atalay, 2020).

Düşüncelerin Farkındalığı: Katılımcıların düşüncelerini daha iyi ele alabilmeleri adına düşüncenin doğası, düşüncenin ardından gelen tepkiler, düşüncelerin içeriği dikkatle incelenir. Düşünceleri ne kadar yoğun olduğu ancak bir o kadar da gelip geçici oldukları vurgusu yapılmaktadır. Düşüncenin şimdiki anda olduğu gibi algılanıp algılanmadığı çoğu zaman düşüncenin üstünde hakimiyet kuran geçmiş ve gelecek bağlantısının varlığının anlaşılması hedeflenmektedir. Kişilerin düşüncelerine mutlak gerçekler olarak değil sadece birer varsayım olarak bakabilmeleri istenmektedir. Bu yollarla düşünce içeriğinden bir adım geriye çekilip düşüncelere mesafe alabilme becerisi ve zihnin merkezinden düşünceleri uzaklaştırabilme tutumu gelişmeye başlamaktadır (Atalay, 2020).

Duyumsal Farkındalık: Şimdiki anı beş duyu organının yardımı ile algılamaya odaklanılmaktadır. Tüm deneyimleri yalnızca duyular aracılığı ile algılamak esastır. Dikkatin odağı yavaş yavaş bedensel duyumlara çevrilir. Bedensel duyular fark edildiğinde o duyumlara karşın verilen tepkiler anlaşılmaya çalışılır. Bedenin farkındalığı bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlarda esas odak noktasıdır. Yaşanılan deneyimlerin bedensel yansımalarını izlemek mühim olmaktadır. Müdahalenin ilk haftaları bedene dair dikkatin yönlendirilmesi ile karakterizedir (Atalay, 2020).

Duyuların Farkındalığı: Katılımcıların deneyimledikleri duyguları tanıyıp isimlendirebilmesi kendilerine özgü ifadelerle duyguları açıklayabilmesi müdahale için önemli bir aşama olmaktadır. Zorlayıcı duygular dahil tüm duyguların doğasını inceleyebilmek, duyguların kalıcı olmayan gelip geçen doğasını görebilmek kazanılması istenen bir beceridir. Duyulara karşın verilen reaktif cevap yerine duyguyu fark edip, duygu ile belli bir süre kalıp ondan kaçınmadan, direnç cevabı vermeden varlığına izin verme yanıtını öğrenmek esastır. Böylelikle duyguyla aşırı özdeşleşme yerine duyguları düzenleyebilme becerileri gelişmeye başlamaktadır (Atalay, 2020).

2.8. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ BİLİŞSEL TERAPİ PROGRAMININ ÇIKIŞ NOKTASI

2.8.1. KRONİK VE NÜKSEDEN DEPRESYON TABLOSUNA KARŞIN YENİ YAKLAŞIMLARIN ORTAYA ÇIKIŞI

Klinik tedavi uzmanları nükseden depresyona karşın tedavi edici yaklaşımlar üzerine ve riski önlemede neyin etkili olup olmayacağı üzerine uzun yıllar boyunca araştırmalar yapmış ve çabalarını devam ettirmişlerdir. Akut depresyonun bir insanın hayatında tetikleyici bir olay bir mutsuzluk durumu sonucunda oluşan ilk depresyon safhası olarak ele alınıp buna yönelik tedavi girişimleri ruh sağlığı profesyonellerinin ana hedefi olmuştur. Bu hedef 1970'li yıllara dek devam etmiştir. Bu hedefe göre en iyi ve etkili olan tedavi edici yaklaşım günümüzde etkisini ve iyileştirici özelliğini koruyan antidepresanlar olmuştur. Ancak antidepresan ilaçlar ile tedavi edilen akut depresyonun çoğunlukla tekrar ettiği ve bu nüks durumu ne kadar sıklıkla yaşanırsa yeni atakların ortaya çıkışının arttığı anlaşılmıştır. Bu bilgi ise kronikleşen depresyon

hakkındaki görüşleri etkilemiş ve yeni tedavi yollarının aranmasına sebep olmuştur. Bunun ardından ise antidepresan ilaçların nüks önleme konusunda faydalı olabildiğinin ancak ilaç kullanımına devam edildiği sürece mümkün olduğu anlaşılmıştır. İlaç kullanımının bırakılmasının peşi sıra aylar sonra bile olsa depresyonun tekrarladığı anlaşıldıktan sonra hastalar ve tedavi ediciler yaşam boyu antidepresan kullanımı fikrini hoş karşılamamaktaydı. Bu sebeplerden ötürü 1990'lı yılların ilk başlarında Zindel Segal, Mark Williams ve John Teasdale yeni bir yaklaşımı geliştirmek üzere araştırmalara başlamıştır (Williams, Teasdale, Segal ve Kabat-Zinn, 2020).

Nükseden depresyonun doğasını araştırmaya başlayan Segal, Williams ve Teasdale kişilerin depresyona her tekrar girdiğinde düşünceleri, duyguları ve davranışlarında ilişki kalıplarının güçlendiği ve depresyonun yeniden tetiklenmesinde bu güçlenen ilişkinin etkisi olduğu yargısına varmışlardır. Depresyon öyküsü bulunanlarda depresif ruh halinin ya da mutsuzluğun tetiklenmesi her nüks ile zamanla daha kolaylaşmaktadır. Kişi depresyonu her defasında deneyimledikçe atak sırasında deneyimlediği düşünceleri, duyguları ve davranışları bunların bedensel olarak yansımalarını çeşitli duyumları tekrar ve tekrar yaşamış olur bu deneyimlerin birbiri ile olan etkileşimi kuvvetlenmeye başlar. Bu kuvvetli ilişki kurulunca tek başına bir tetikleyici dahi depresyonu gün yüzüne çıkartabilmektedir. Bu tetikleyiciler dışarıdan çok küçük etkenler gibi görünüyorsa da örneğin anlık bir başarısızlığa uğrama düşüncesi, dışarıdan gelen bir eleştiri yetersizlik, güçsüzlük, pişmanlık ve suçluluk duygularını ortaya çıkarabilmekte depresyona varan bilişsel reaktif işleyişi açığa çıkarabilmekte, yeniden işler hale getirebilmektedir (Williams ve ark., 2020).

2.9. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (MBCT)

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), John D. Teasdale, Zindel Segal ve J. Mark G. Williams (1995) tarafından yapılmış olan depresyon öyküsü bulunan bireylerin tekrarlayan nüks ve nüks riski açısından savunmasız bırakan bilişsel süreçlerin nasıl işlediğinin araştırılması ile ortaya çıkmıştır (Atalay, 2020; Teasdale, Segal ve Williams, 1995). Depresyon tedavisinde yapılandırılmış psikolojik tedavi protokollerinin özellikle de bilişsel terapinin ilk tedavi süresi tamamlanan depresyon hastalarından tekrarlayan nüksü azalttığını aktaran Teasdale ve arkadaşları (1995) öte yandan ötimik duygudurumda olan iyileşmiş hastaların koruyucu ve önleyici psikolojik yaklaşımlara ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir. 1995 yılında yaptıkları araştırma ile depresyon hastalarında nüks etme oranlarına dair çeşitli analizler yapmışlardır. Bilişsel terapi ile bilinçli farkındalık eğitimlerini (mindfulness training) kıyasladıktan sonra ulaştıkları sonuç koruyuculuk ve önleyici tedavi açısından umut verici benzer etkilerin alınması olmuştur. Araştırmanın sonunda Teasdale ve arkadaşları (1995) bilişsel terapi ile bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin özelliklerinin bütünleştirilmesinin iyileşmiş depresif hastalara uygulanabilir ve bu yolla tekrarlayan depresyon epizodlarının veya nüks riskinin önlenilebilir olduğu bildirilmiştir (Teasdale ve ark., 1995).

Bu çalışmanın ardından takip eden yıllarda depresyon hastaları ile çalışmaya devam eden Teasdale ve arkadaşları (2000) iyileşmiş depresif hastaların nüks etme riskine aracılık edebilen yarattığı rahatsızlık ile herhangi bir tetikleyici ile ortaya çıkabilen derin huzursuzluk (disfori) ile aktive olabilen depresif düşünce kalıplarından ayrışmaları için tasarlanan grup müdahalesi şeklinde yürütülen Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) modelini sunarak etkinliğini değerlendirmişlerdir. Yaptıkları çalışma sonucunda majör depresyonda nüks etme riski açısından 60 hafta boyunca izlenen ve daha önce üç veya daha fazla depresyon atağı öyküsü bulunan hastaların Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanmasının ardından nüks etme riskinin önemli ölçüde azaltılmış olduğu görülmüştür. Teasdale ve arkadaşları (2000) geçmiş depresyon öyküsü bulunup iyileşmiş fakat tekrarlayan bir depresyon atağı açısından riski bulunan bireylerde

kullanılmak üzere tasarlanan bu terapi modelinin önleme ve koruyucu tedavi anlamında etkili bir müdahale olduğu aktarmışlardır (Teasdale ve arkadaşları, 2000).

Depresyonun klinik müdahalesinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) 2000 yılından itibaren klinisyenler tarafından aktif bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Bakır, 2021) ve deneysel araştırmalar ile etkinliği çoğu kere test edilmiş ve yıllar içerisinde literatüre bu anlamda destekleyici kanıtlar (Teasdale ve arkadaşları, 2000; Williams, Teasdale, Segal ve Soulsby, 2000; Ma ve Teasdale, 2004; Kenny ve Williams, 2007; Eisendrath ve arkadaşları, 2008; Kuyken ve arkadaşları, 2008; Kuyken ve arkadaşları, 2010; Williams ve arkadaşları, 2010; Geschwind, Peeters, Drukker, van Os ve Wichers, 2011; Keune, Bostanov, Hautzinger ve Kotchoubey, 2011; Manicavasgar, Parker ve Perich, 2011; Piet ve Hougaard, 2011; Chesin ve arkadaşları, 2016) sunulmuştur. Tüm bu süreç sonunda ise araştırma birikimleri ve klinik uygulamalardan yola çıkılarak Siegel, Williams ve Teasdale tarafından 2002 yılında MBCT el kitabı çıkarılmıştır (Atalay, 2020).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) nüksetmeye yol açabilen ve aynı zamanda tedaviye dirençli depresyonun itici gücü olarak tanımlanabilecek olan ruminatif bilişsel-duygusal işlemenin ortaya çıkardığı kalıpları kaldırmak adına yarar sağlayabilecek bir müdahaledir (Eisendrath, Delucchi, Bitner, Fenimore, Smit ve McLane, 2008).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile kıyaslanacak olursa aralarında önemli bir noktaya yaptıkları vurgudan kaynaklı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gibi düşünce içeriğinin değiştirilmesine vurgu yapmamaktadır. Farklı olan vurgusu kişinin düşünceleri ile olan ilişkisinin değiştirilmesine odaklanmasından gelmektedir (Teasdale, Segal ve Williams, 1995).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) müdahalesinin içeriği Kabat-Zinn tarafından geliştirilen Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programı ile depresyonun bilişsel davranıcı terapi öğelerini içinde barındırması ile karakterizedir (Atalay, 2020).

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) haftalık olarak aşağıdaki programı takip etmektedir.

- 1.Oturum: Otomatik Pilot
- 2.Oturum: Zihnimizde Yaşamak
- 3.Oturum: Zihin ve Beden
- 4.Oturum: Kaçındığımız Şeyleri Fark Etmek
- 5.Oturum: Deneyimle Farklı Bir İlişki Oluşturmak
- 6.Oturum: Sessizlik Günü
- 7.Oturum: Düşünceler Sadece Birer Düşüncedir
- 8.Oturum: Veda ve Başlangıç

(Kaynak: Zümra Atalay,2020, Mindfulness)

2.9.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) Temel İşleyiş Mekanizmaları

Bilişsel Reaktivite: Depresyonu iyileşen bireylerin depresif düşünce kalıpları ortadan kalkar ancak tekrarlayan depresyon ile zihnin depresyondayken işleyen negatif yüklü zarar verici bilişler yeniden aktive olmaya başlamaktadır. İyileşmiş depresyonun ardından herhangi bir tetikleyicinin varlığı ile depresyonun bilişsel belirtileri yeniden ortaya çıkmakta ve kişiyi yeni bir depresyon epizodu için hazırlamaktadır işte bu mekanizma bilişsel reaktivite olarak açıklanmaktadır (Atalay, 2020; Williams ve ark., 2020). Önceki depresyon öyküsünün varlığı ilerleyen dönemde tekrar depresyona girme riskini arttırmaktadır (Williams ve Penman, 2020). Kişinin kendisi, çevresi ve dünya hakkındaki negatif yüklü bilişleri tıpkı önceki öyküsünde olduğu gibi olmaya başlar ve ilk kez depresyona giren bir kişiye kıyasla daha hızlı bir çökkünlük yaşayabilmektedir (Atalay, 2020; Beck, 1979; Teasdale, 1988; Williams ve ark., 2020; Williams ve Penman, 2020).

Ruminatif Düşüncelere Müdahale Edilmesi: Ruminasyon zihinsel geviş getirme olarak açıklanabilen kişinin düşüncelerine dair sebep sonuç ilişkisini zihninde çözüme ulaşmak için tekrar ve tekrar incelemesidir (Atalay, 2020; Germer ve Neff; 2020; Selvili-Çarmıklı, 2020). Problem çözme stratejisi gibi bir işlev görme amacıyla yapılan ruminatif düşünme çoğu zaman duygular söz konusu olduğunda çözümsüz bir çabaya dönüşmektedir (Atalay, 2020; Germer ve Neff; 2020). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) işleyiş yollarından biri ruminatif düşüncelerin durdurulmasını öğretmesi ile karakterizedir (Atalay, 2020; Eisendrath ve ark., 2008). Bu beceriyi öğretirken ise öncelikli olarak kişiyi açık bir farkındalıkla beden duyularını incelemeye davet etmektedir. Şimdiki anı deneyimleyerek düşüncelerin bir birbiri ardına gelip geçtiği gerçeğinin hatırlanması istenmektedir. Ruminatif düşüncelere müdahale edilirken kullanılan bir diğer yöntem düşünceleri merkezinden uzaklaştırma tekniğidir. Düşüncelerin mutlak gerçekler olarak görülmesinin yerine alternatif bir bakış açış açısının alması istenmektedir. Bu bakış açısı ise düşüncelerin yalnızca birer düşünce olduğu her zaman doğruluk barındırmadığı aslında varsayımlardan öteye geçmeyen düşüncelerin değişmez gerçekler gibi algılanışının negatif ve yoğun bir özdeşleşme yarattığının fark edilmesi olmaktadır (Atalay, 2020; Williams ve ark., 2020; Williams ve Penman, 2020).

Zihin Modları ile Çalışılması: Yaklaşma ve Kaçınma Modlarının Fark Edilmesi: Zihnimiz doğuştan getirdiği koruyucu dürtüler vasıtası ile yaşamda tutunmaya çalışmaktadır. Bunlardan biri kaçınma olmaktadır. Kaçınma modu diye adlandırılabilir olan zihin modu çeşitli şekillerle tetiklenebilir. İnsan yaşamını tehdit eden bir tehlike ile karşılaştığında “savaş veya kaç” tepkisi aktive olmaktadır (Atalay, 2020; Williams, Penman, 2020). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) işleyiş yollarından birisi kaçınma modunun ortaya çıktığı yaşam deneyimlerini fark ettirme yolunda becerileri geliştirmesi ile olmaktadır. Kaçınma hoş gitmeyen deneyimlere verilen bir cevap olarak anlaşılabilir bir tepkidir fakat sürekli olduğunda zorlayıcı deneyimlere uygun tepki yanıtının verilmesini güçleştirir ve psikolojik esnekliği azaltır. Kaçınma modunun zıttı ise yaklaşma modudur. Yaklaşma modu deneyimlenen her ne ise ona bilinçli farkındalık yoluyla açık olabilmek ile karakterizedir. Eğer zihnin yaklaşma modu aktif ise deneyim hoş

gitmeyen bir yaşantı olsa bile bilinçli farkındalık yolu ile ele alınabilmektedir. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) deneyimlerin hoş giden veya gitmeyen diye ayrılmaksızın hepsine karşı açık bir farkındalık geliştirerek onları karşılama biçimini ve ele alınışı düzenlemek ile ilgili müdahaleleri içerir bunun yollarından biri zihin modları ile çalışmaktadır (Atalay, 2020).

Zihnin Modları ile Çalışılması: Yapma Modu ve Olma Modu: Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) zihnin yapma ve olma modlarında çalıştığı varsayımını vurgulamaktadır. Terapi sürecinde öğrenilen en önemli beceri zihnin hangi mod ile çalışıldığının fark edilmesi ve işlevsel olan moda geçiş yapabilme manevrasının kazanılmasıdır (Atalay, 2020; Williams ve Penman, 2020).

Yapma modu problem çözme stillerinin oluşumunda oldukça önemli ve işlevsel olan bir zihin modudur (Atalay, 2020; Williams ve Penman, 2020).

Yapma modu aktif olduğunda zihin çözüm odaklı çalıştığından daha çok içinde bulunan ana karşı tahammülsüz ve değiştirmek istemekle meşguldür. Mevcut ana karşı duyulan memnuniyetsizlik kişiyi geleceği tasarlamaya yönlendirir. Geçmişe dönülüp mevcut andan uzaklaşılır ya da gelecekte olabilecek olan olasılıklar tartılır. Bulunan ana karşı temas gitgide azalır ve en yakın duyular bile görülmez olabilir. Dikkatin odağı daha çok zihinden geçen düşüncelere kaymaktadır. Olma modu bilinçli farkındalık becerileri içinde olan acemi zihni için gerekli olan bir mod olmaktadır. Kişi olma modu ile yine bir başka bilinçli farkındalık becerisi olan düşüncelerden ve duygulardan bir adım geri çekilip onlarla olan aşırı özdeşleşme halinin farkındalığını deneyimleyebilmektedir. Olma modu çoğunlukla deneyimsel pratikler ile anlaşılmakta ve gelişmektedir. Zihnin olma modu aktif olduğunda şimdiki an deneyimlenir, dikkat gelecekte ya da geçmişten ayrışır içinde bulunulan ana geri döner. Yapma modunun aksine belirsizliğe tahammülsüzlük ortadan kalkar çünkü deneyimin olağan doğasını anlama ve kabul etme esastır. Zihnin iki modu yaşam için kimi yerde farklı işlevlere sahip oluşu ile gerekli ve etkilidir. Esas olan bu modlar arasındaki dengeyi kurabilmektir (Atalay, 2020; Williams ve Penman, 2020).

2.10. Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (Mindfulness-Based Compassionate Living Training) (MBCL)

Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) Hollanda Groningen kentinde bulunan Bütünleştirici Psikiyatri Merkezi içinde çalışan psikiyatrist ve psikoterapist Erik van den Brink ve bilinçli farkındalık ile meditasyon eğitmeni olan Frits Koster tarafından 2007 yılından bu yana ayakta tedavi gören birçok hasta grubuna bilinçli farkındalık ve şefkat üzerine uygulamış oldukları müdahale çalışmaları sonucunda bir veya iki haftalık aralardan oluşan toplamda sekiz oturumluk bir programdır. Eğitim programının yayınlanmış ilk kitabı 2012 yılında sunulmuştur. Bilinçli farkındalık temelli şefkatli yaşam programına katılımının ön koşulu daha öncesinde bilinçli farkındalık eğitimi alan kişiler için tasarlanmış olmasıdır (Van den Birk, Koster ve Atalay, 2021).

Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) kişilerin fiziksel, zihinsel, duygusal veya ilişkisel stresle başa çıkmalarının sağlıklı bir yol ile öğretilmesi için geliştirilmiş bir müdahaledir (Ondrejková, Halamová ve Strnádelová, 2020).

2.11. BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ MÜDAHALELER İÇİNDE YER ALAN PRATİKLER

Bilinçli farkındalık kapasitesi arttırmak üzerine yapılan uygulamalar günlük yaşama adaptif olacak şekilde yerleştirilerek yaşam deneyimi ile bütünleştirmek yoğun olarak hissedilen fiziksel semptomlar ve zorlayıcı duygularla baş etme yolunda dayanıklılığı arttıran bir kaynak sağlaması ile işlevsel olmaktadır (Atalay, 2020; Kabat-Zinn, 1984; Kabat-Zinn, 2003).

Bilinçli farkındalık temellerine dayanan müdahale ve uygulamaların içerisine çeşitli teknik ve pratikler bezenmiştir. Farkındalık ile oturma ya da oturma meditasyonu, nefes pratikleri, bilinçli farkındalık ile günlük yaşam rutinini birleştirmeyi amaçlayan farkındalıkla yeme, farkındalıkla yürüme, farkındalıkla dinleme gibi pratiklerinin yanı sıra şefkati odağına alan pratikler bilinçli farkındalık temelleri müdahalelerin ana içeriklerini oluşturmaktadır (Ameli, 2016; Atalay, 2020).

Aşağıda sıklıkla uygulanan pratikler sıralanmıştır.

Bilinçli Farkındalık ile Nefes Alma ve Nefes Meditasyonu

Beden Taraması

Kas Gevşetme

Oturma Meditasyonu

Bilinçli Farkındalık ile Ayakta Durma ve Yürüme

Bilinçli Farkındalık Temelli Yoga

Bilinçli Farkındalık ile Yeme

Sesleri Bilinçli Farkındalık ile Dinleme

Duyu Organlarını Bilinçli Farkındalık ile Kullanma

Hoşa Giden ve Gitmeyen Anılar Takvimi

Ev Uygulamaları

Sessizlik ile Kalma

Şefkat ve Öz-Şefkat Pratikleri

Bilinçli farkındalık temelli pratikler formal ve informal uygulamaların çeşitli biçimlerde uygulanması ile karakterizedir. Formal uygulamalar belirli tekniklerin belirlenip özel zaman ayırılarak hem grup oturumlarının içinde uygulayıcının rehberliğinde hem de ev uygulaması olarak bireyin kendi kendine yaptığı meditasyon veya odaklanma içerikli pratiklerdir. İnfomal uygulamalar ise bilinçli farkındalık becerilerinin çeşitli pratikler yardımı ile hayatın olağan akışına dahil etmek ile karakterizedir örneğin günlük bir öğünün bilinçli farkındalık tutumu ile yenmesi infomal bir uygulamadır (Atalay, 2020).

Bilinçli farkındalık temelli müdahale programları grup içinde yapılan pratiklerin dışında ev uygulamaları ile desteklenir. Katılımcılara ses kayıtları ile çeşitli meditasyon pratikleri verilir ve bu pratiklerin günlük olarak uygulanması istenmektedir (Atalay, 2020).

Bilinçli farkındalık temelli pratiklerin eğitim ya terapötik müdahale olarak kullanımlarında müdahale esnasında ve günlük hayat deneyimine dahil edilerek uygulamasında önerilen uygulama süreleri 30-45 dakika aralığında değişmektedir (Van Vreeswijk, Broersen ve Schurink, 2019). Bilinçli farkındalık uygulamaları ile ilgili yapılan 30 çalışmanın incelenmesi üzerine yürütülen bir meta-analiz araştırmasında uygulayıcı uzmanlar tarafından bilinçli farkındalık pratiklerini günde ortalama 45 dakika olmak üzere haftada altı gün boyunca yapılmasının önerildiği anlaşılmıştır (Carmody ve Baer, 2009).

Bilinçli farkındalık pratikleri yönlendirilmiş dikkati temel alarak çeşitli alıştırmalar ile öğrenilebilir olmaktadır. Bu pratikler ile bilinçli farkındalık becerisi geliştirilirken pek çok psikolojik problem için var olan diğer terapi yöntemlerinin içine dahil edilebilir (Van Vreeswijk, Broersen ve Schurink, 2019).

Ameli (2016) tarafından bilinçli farkındalığı iki ana unsur ile tanımlanmaktadır. Bu iki ana unsur odaklanmış bir dikkat ve şefkattir. Bilinçli farkındalık pratikleri bilinçli farkındalık becerilerini geliştirirken şefkatli bir tutumu öğütlemektedir ve bu yolda olumsuz duygulara karşın koruyucu bir görev gören şefkat stres kaynaklarından daha az etkilenmemize yardımcı olarak önleyici bir işlevi üstlenmektedir.

Bilinçli farkındalık temelli pratiklerin temel çıkış noktası anı olduğu gibi deneyimleyebilmeyi sağlamak üzerinedir. Deneyime açık olup yalnızca yaşananın nasıl şimdiki anda gerçekleştiğini görebilmektir. Bunu yaparken yargıları fark ederek, zihnin geçmiş ve gelecek üstüne kurduğu bağlantıları fark ederek devam etmek esastır. Duygulara anlam verirken özellikle de acı deneyimleri nasıl ele aldığımızı görmemizi sağlayan uygulamalar birincil ve ikincil acıları ayırt etmemize olanak sağlamaktadır. Birincil acılar hissedilişi ile zorlayıcı bir deneyime neden olan salt acıdır. İkincil acılar ise o acıya anlam verirken geçmiş deneyimlerden alınan dersler, düşünceler ve diğer başka duygularla onu kaplayan bir katman olarak açıklanabilir (Atalay, 2020; Selvili-Çarmıklı, 2018).

2.12. ÖZ-ŞEFKAT

2.12.1. Şefkat Nedir?

Şefkat duygusal bir yanıt olarak ifade edilebilir. Şefkat kelimesi Batı psikoloji literatüründe İngilizce “compassion” ile yer almaktadır. Kelimenin kökenleri Latince ile ortaya çıkmıştır. Compassion içindeki com- “beraber” -pati ise “acı çekmek” anlamına gelmektedir (Atalay, 2019). Şefkatin Türkçe kökenlerine bakıldığında ise dilimize Arapçadan geçtiğini görmekteyiz. Türkçe karşılığı ise sevecenlik olmaktadır (TDK, 2021).

2.12.2. Şefkatin Kavramsal Kökenleri

Şefkatin kökenleri Budizm gelenekleri içinde yer alan meditasyon pratiklerine dayanmaktadır. Dillerin tarihi açısından en erken dönemden kalan Budist yazı kaynaklarının dili olan orta Hint-Avrupa dili olmuş olan Pali dilinde şefkatin ilk kelime kökenleri bulunmaktadır (Ameli, 2016). Klasik Hint-Avrupa kaynaklarına göre Sankrist dilinde “karuna” kelimesi şefkate karşılık gelmektedir. Kelime köken olarak “kara” ile ifade edilen “eyleme geçmek, yapmak” anlamlarından gelmektedir. “Karuna” anlamı kaynaklara göre *acıyı hafifletmek için eyleme geçmektir* (Atalay 2019). Kadim kökenlerine göre şefkat, zor duygulara, acı veren hislere ve yaşantılara, sıkıntı yaratan düşüncelere karşın yargıdan arınmış ve kabul edici bir tutumu ortaya çıkarması ve deneyimle onu koruması ile karakterizedir (Ameli, 2016).

2.12.3. Şefkatin Deneyimsel Biçimleri

Gilbert (2005) şefkati üç farklı biçimde deneyimlenebilmesi ile karakterize olduğunu aktarmaktadır.

Başkalarına karşı duyduğumuz şefkat: Başkalarının çektiği sıkıntı ve acılara karşın duyarlı olmaktır. Başka birinin çektiği acı ve üzerinde olan yüke eşlik edebilmek ve mevcut koşulda acı içinde olmasak da acı deneyimlerden bağımsız olmadığımızı, acının herkes için doğal bir yaşam olayı olduğunu hatırlamaktır. Başkalarına duyulan şefkatin ardında bir başkasının acısına teselli olabilme, o acıyı dindirme arzuları ve eylemleri yatmaktadır (Atalay, 2019).

Diğer başkalarından bize gelen şefkate açık oluş: Biz acı içinde olup zor duygulardan geçerken çoğu zaman kendi acımız içinde kalıp dış dünyadan ve diğer insanlardan kendimizi yalıtma eğiliminde bulunuruz (Atalay, 2019; Germer ve Neff, 2013, Selvili-Çarmıklı, 2018). Acı içinde olma deneyimi bizi ulaşılmaz kılmaktadır ve bu çoğu zaman diğer ortak insan paydasından bizi geri çekmektedir (Atalay, 2019; Germer, 2019; Germer ve Neff, 2013). Şefkati kabul eden ve dışarıdan gelen yardımı alan tutum ise ulaşılmazlığın ve yalıtımının önüne geçmektedir (Atalay, 2019).

Kendimize karşı duyduğumuz şefkat diğer bir ifadeyle öz-şefkati deneyimlemek: Kişinin zor ve acı veren zamanlardan geçerken kendisine nezaketi yöneltmesidir. Duygusal yüklerine değerlendirme aşamasında kendisine verdiği bir yanıt olarak sıcaklığı, anlayışı, kendini yargılamamayı ve şefkati deneyimlemesidir. Acı çekme deneyiminin her nasıl gerçekleştiği ile ilgili negatif değerlendirmelerden sıyrılıp kendine karşı kabul geliştirebilmek gibi bir süreci kapsayan öz-şefkat acı deneyimin varlığına bakabilmektir (Atalay, 2019; Germer, 2019; Germer ve Neff, 2013; Neff, 2003, Neff, 2021).

2.12.4. Şefkatin Bilimsel Arka Planı

Şefkatin biyolojik, evrimsel ve psikolojik temelleri üç çeşit duygu düzenleme mekanizması ile Gilbert (2009) tarafından açıklanmıştır. Buna göre şefkatli davranışların kaynağında tehdit ve savunma mekanizması (threat and protection systems), itki, kaynak arama ve uyarılma mekanizması (drive, excite and vitality systems) ve memnuniyet, yatıştırma ve güvenlik mekanizması (contentment, soothing and social safeness systems) bulunmaktadır. Duygu düzenleme sistemlerinin üçü birbiri ile etkileşim halinde işlevsel olarak bilişsel, duygusal ve davranışsal alanda yer almaktadır.

Tehdit ve Savunma Mekanizması: Kişinin tehlikede olduğunu hissettiği anlarda tehdit ve savunma mekanizması yardımı ile savunma sistemini aktifleştirir ve kişinin kendisini korumasını sağlar. Tüm memeli canlılarda bulunan bu mekanizma tehditlere uyum sağlamak üzere gelişmiştir. Bu mekanizma kişide korku, öfke ve tikslenme gibi duyguları uyandırarak tehlikede olduğu mesajını iletir ve içinde bulunulan tehlikeye karşın harekete geçmesi için bir uyarı niteliğinde işlev görür.

Kişi tehlikeli duruma yanıt olarak savaş ya da kaç tepkisini verir diğer alternatif tepki ise dona kalmak ya da teslim olmaktır (Gilbert, 2009).

İtki, Kaynak Arama ve Uyarılma Mekanizması: Hayatta kalmak için belirli kaynaklara ulaşma gereksinimi olan insanların uyarılması için işlev gören mekanizmadır. Bu sistem motive edici oluşu ile arzuların ve amaçların gelişimini desteklemektedir. Benlik saygısı ile bağlantılı olmaktadır (Gilbert, 2009).

Memnuniyet ve Yatıştırma Mekanizması ile Güvenlik Sistemleri: Tüm memeli canlılar tehdit altında olmadığı ve yaşamını devam ettirmek üzere kaynak arayışında olmadığı bu mekanizma meydana çıkmaktadır. Memnuniyet olumlu duygulanım ile ilişkili oluşu ile sakinlik ve esenlik duygularını uyandırmaktadır. Bağlanma davranışının evrimi bu mekanizma ile ortaya çıkmaktadır. Bakım verme ve güvenlik hissi sosyal bağlılık için etkili olmaktadır ve yatıştırıcı etkileri bulunmaktadır. Şefkati deneyimlemek yatıştırıcı güvenlik sistemi geliştirmektedir (Gilbert, 2009).

Şefkat, pozitif psikolojinin üzerinde önemle durduğu bir duygu olmakta ve alan yazınında çeşitli araştırmalara konu olmaktadır (Nas ve Sak, 2020). Şefkatin psikopatoloji ile olan ilişkisi de literatürde çeşitli çalışmalar ile incelenmiştir.

MacBeth ve Gumley (2012) şefkat ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak adına bu alandaki deneysel literatürün sistematik bir incelemesini yapmak adına bir meta-analiz çalışması yürütmüşlerdir. Şefkat ve ruh sağlığı ile ilgili literatürün sistematik olarak tarandığı bu araştırmada 14 uygun çalışma belirlenip 20 örnek seçilmiştir. Yapılan analizler sonucunda şefkat ve psikopatoloji arasındaki ilişki için büyük bir etki büyüklüğü bulunmuştur. Meta-analizin sonuçlarına göre şefkatin ruh sağlığı ve psikolojik dayanıklılık (resilience) açısından önemli açıklayıcı bir değişken olduğu görülmektedir.

2.13. ÖZ-ŞEFKAT NEDİR?

Öz-şefkat kavramının İngilizce karşılığı “self-compassion” olmaktadır. Dilimize çevrilirken ise öz-şefkat, öz-anlayış ve öz-duyarlılık gibi farklı biçimler kullanılmıştır. Türkçe alan yazınında bu farklı kullanımlara rastlamak mümkündür.

Öz-şefkat üç temel bileşeni içeren bir kavram olarak acı verici deneyimler karşısında kendini yargılama karşısında kendine karşı nazik olmak, izolasyona yani kendini insanlardan yalıtıma karşı ortak insanlık deneyiminin bir parçası olduğunu görmek ve son olarak acı verici deneyim ile aşırı özdeşleşmeye karşı bilinçli farkındalık ile deneyimi ele almak ile kavramsallaştırılır (Germer ve Neff, 2013).

2.14. ÖZ-ŞEFKATİN BİLEŞENLERİ

Neff (2003) öz-şefkatin üç bileşenini (*The Three Faces of Self-Compassion*) aktarmaktadır. Eğer kişi kendisine karşı öz-şefkatli davranırsa acı çekme deneyimi ile karşı karşıya gelindiğinde ya da kişisel başarısızlık ile sonuçlanan deneyimlerinde bu üç bileşen aktive olmaktadır. Öz-şefkat deneyiminin tam tersinde ise işlevsel olmayan tutumlar aktive olmaktadır. Bu bileşenleri açıklarken her bir bileşenin karşıtı ifade edilmektedir.

Öz-Nezaket (Self-Kindness): Kişinin zorlayıcı duygu ve durumlardan geçerken kendine nazikçe yaklaşabilmesi anlamına gelmektedir. Öz-nezaket bileşenin tam tersi öz-eleştiri olmaktadır. Öz-nezaket kişinin kendisini sert bir biçimde yargılamasının önüne geçmektedir. Öz-eleştirisinin dozunun ayarlanamaması öz-şefkati güçleştirmektedir.

Ortak Paydaşım (Common Humanity): Ortak paydaşım bileşenin tam tersi izolasyon ya da kendini yalıtma olmaktadır. Kişi acı bir deneyimden geçerken o acının ona mahsus olduğunu ve dışarıdan gelen yardımın acıyı dindirmeyeceğine dair yanlış geliştirir. Acısının kendisini yalnızlaştırmasına izin verir. Kişi acısından ötürü diğerlerinden ayırmakta kendini bir nevi tecrit etmektedir. Ortak paydaşım acının tüm insanlara mahsus olduğunu hatırlatır. Kişi acıyı deneyimlemesi ile geniş insanlık deneyiminin içine dahil olduğunu görmesi ile bakış açısını genişletebilmektedir.

Bilinçli Farkındalık (Mindfulness): Öz-şefkatin içinde yer edinen bilinçli farkındalık acı deneyimlere, zor duygulara karşın açık bir farkındalık geliştirebilmeyi içermektedir. Bilinçli farkındalık bileşenin tam tersi aşırı özdeşleşme olmaktadır. Acı deneyimle iç içe geçip ondan ötesini görememe haline dönüşen aşırı özdeşleşme yerine dengeli bir farkındalık ile acının doğası ve gelip geçici oluşu, aynı kalmayışı daha berrak bir zihin ile anlaşılabilir.

Kaynak: Neff (2003), Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity, 2, 85-102.

Öz-şefkatin içeriğinin bu üç bileşenli doğası kavramsal olarak farklı olmasına ve deneyimsel olarak farklı yaşanmasına karşın karşılıklı bir etkileşim halindedir. Her bir bileşen birbirinin etki düzeyini arttırmaktadır (Neff, 2003).

Öz-şefkatin bir bileşeni olarak bilinçli farkındalık mevcut şimdiki anın tüm oluş haline ve gerçekliğine açık olma hali olarak deneyimlenmektedir. Bu açık oluş içerisinde tüm duygularımıza, zihnimizden geçen tüm düşüncelerimize ve bedensel her türlü duyumuza dikkat etmeyi açık bir farkındalık ile her birini ele almayı en önemlisi ise hiçbir kaçınma stratejisi uygulamamayı onların yarattığı her ne varsa direnmemeyi kapsamaktadır (Germer ve Neff, 2020).

Bilinçli farkındalık öz-şefkatin ayrılmaz bir parçasıdır. Bilinçli farkındalık bileşeni öz-şefkat deneyimi içine dahil edilmesi olmazsa olmazdır. Öz-şefkat acı deneyime karşın açık bir farkındalık gerektirdiğinden acı karşısında öncelikle kendimize dönebilmeli, acıyı kabul edici bir tutumla görebilmeliyiz ve ardından nezaketli bir tutum ile şefkati kendimize yansıtabiliriz (Germer ve Neff, 2020; Neff, 2021).

Öz-şefkatin bilinçli farkındalık bileşeni ruminasyonun yani kişinin zihnindeki sonu gelmeyen problem çözme üstüne kurgulanan zihinsel işeyişin önüne geçmektedir. Ruminasyon kaçınmanın aksine acıları dönüştürüp değiştirmeyi hedeflemek üzere uygulanmaktadır. Bilinçli farkındalık acıya karşın bir tepki olan aşırı özdeşleşmeye karşı koruyucu bir görevi üstlenmektedir.

Bilinçli farkındalık ile olumsuz deneyim ile onu yaşayan kendimizi ayırmayı başarırız aksi halde acı deneyimden bağımsız olmadığımızı düşünmek onunla özdeşleşmektir (Germer ve Neff, 2020; Selvili-Çarmıklı, 2018).

Öz-şefkatin bir parçası olarak içinde yer alan bilinçli farkındalık acı ve zorlanma yaratan deneyimden geçerken o deneyimin gerçekliğini görerek acı ile birlikte yüzleşmek olarak tanımlanabilir (Germer ve Neff, 2020).

Bilinçli farkındalık öz-şefkatin bir öncül koşulu olmaktadır, kişinin kendisine karşı nezaketle yaklaşım şefkati verebilmesinin ilk yolu bilinçli farkındalık ile acı deneyimin varlığını ele almaktan geçmektedir (Atalay, 2019; Germer ve Neff, 2020).

Bilinçli farkındalığın tek başına anlamı ve kapsamı öz-şefkatin içinde bir bileşen olduğu halinden daha geniş ve farklı olmaktadır (Atalay, 2019). Bilinçli farkındalık, hoşşa giden ya da gitmeyen, sıkıntı ve acı duyguları uyandıran veya uyandırmayan ayrımı olmadan yaşanan her deneyime karşı açık bir dikkati ve kabulü içermektedir (Atalay, 2019; Kabat-Zinn, 1994). Bilinçli farkındalığın öz-şefkatin bileşeni olarak deneyimlenmesi ise acı veren, hoşşa gitmeyen, kabullenmesi zor olan yaşantıların kabul edilmesi yolunda açık ve dengeli bir farkındalık anlamına gelmektedir (Atalay, 2019; Germer ve Neff, 2020; Neff, 2003).

Öz-şefkat ve bilinçli farkındalığın diğer bir ayırıcı özelliği ise odaklandıkları hedef kişilerinden gelmektedir. Öz-şefkat acı veren deneyimlerin gerçeğine açık ve dengeli bir farkındalık geliştirmenin yaşamın ve insanlığın gerçeği olarak değiştirilmez parçaları olduğunu vurgulamaktadır. Bu açıdan öz-şefkatin hedef noktası deneyimleyen kişi olmaktadır. Bilinçli farkındalık ise kişinin düşüncelerine, duygularına ve bedensel tüm duyumsamalarına bir diğer ifadeyle içsel deneyimlerine odaklanmaktadır (Atalay, 2019; Germer, 2019).

Öz-şefkatin içinde bulunan kabul kavramı oldukça önemlidir.

Kabul kelime kökeni olarak Arapçadan dilimize geçmiştir. “Direnmemek”, “yüzünü dönmek”, “misafir etmek” anlamlarında kullanılan fiilin mastarı olmaktadır. Bilinçli farkındalığın ve öz-şefkatin içinde bir beceri olarak yer edinen kabullenici tutum hoşnut olmadığımız, varlığını istediğimiz veya sıkıntı yaratan, acı duyguları uyandıran deneyimlere karşın gösterdiğimiz direnci ve mücadele etme halini

salıvermektir. Deneyimin tüm olumsuz sıfatlarından ayrılmış haline şimdiki an içinde her nasıl olduğuna bakabilmek şefkatli izin verici bir tutumdur. Kabul bunu ortaya çıkarır (Selvili-Çarmıklı, 2018).

Germer (2019) kabullenici tutumu kabul etmenin beş aşaması şeklinde aktarmaktadır.

1. *Kaçınmak*: Kişi ilk aşamada acısına karşın direnç göstermektedir. Çoğunlukla insan zihni acı deneyimden kaçınır, hoş olmayan duyguları görmezden gelmektedir. Kaçınma kendini rahatsız edici duyguyu yok etmek ondan kurtulmak adına tekrar tekrar düşünerek duyguyu nasıl hoş olanlarla değiştirebileceğini araştırmaktadır. Yani direnç her zaman görmezden gelmek duygudan kaçınmak değildir kimi zaman acı verici hoş olmayan duygulara karşı geliştirilen direnç onu dönüştürmek amacıyla durmaksızın düşünmektir.

2. *Merak göstermek*: Bir süre sonra acı veren duygulara karşı geliştirilen direnç metotlarının işe yaramadığı anlaşılınca yerini merak ve ilgi almaktadır. Duygunun adının ne olduğu, ne zamandan beri varlığını sürdürdüğü, ne gibi anlamları olduğu araştırılmaya başlanır.

3. *Hoşgörü göstermek*: Acı deneyimin ne olduğu anlaşıldıktan sonra acının sabit varlığının sürmesi halinde üçüncü aşama ortaya çıkmaktadır. Duygusal acının ve zorlanmanın katlanılabilir olduğu bilerek ele almak hoşgörü göstermektir. Ancak bu aşamada direnç halen daha yerini korumaktadır. Acı deneyimin bitmesi arzulanmaktadır.

4. *İzin vermek*: Direnme motivasyonu azaldıkça kişiler yavaş yavaş dördüncü aşamaya geçebilmektedir. İzin vermek sıkıntıya neden olan zorlayıcı duyguların doğal varlığına izin vermek anlamına karşılık gelmektedir. Zorlayıcı duyguların doğası gereği kendiliğinden gelip geçmesini izlemektir.

5. *Dost olmak*: Tüm bu aşamaların ardından hayatı tüm yaşanan deneyimleri ile algılayabildiğimizde anlamlı bütünlüğü kucaklayabilir hale ulaşırız. Dost olma hali ile çekilen acılara anlam verebilmeye başlarız.

2.15. Öz-Şefkatli Farkındalık Programı (Mindful Self-Compassion) (MSC)

Öz-Şefkatli Farkındalık Programı bireylerin öz-şefkat becerilerini öğrenmesi ve öz-şefkat düzeylerinin geliştirilmesi için genel popülasyonda kullanılmak üzere Kristin D. Neff ve Christopher K. Germer tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir.

Öz-Şefkatli Farkındalık (Mindful Self-Compassion (MSC)) programı bireylerin öz-şefkat geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla tasarlanmış her oturumu iki buçuk saat süren 8 haftalık bir eğitim programıdır. Programın içerisinde şefkatli nefes alma ve sevgi dolu şefkat gibi çeşitli meditasyonlar ve formal uygulamalar yer alırken günlük yaşama aktarılan örneğin yatıştırıcı dokunuş ve öz-şefkatli mektup yazma gibi informal uygulamaları da kapsamaktadır (Germer ve Neff, 2013).

Program katılımcıları 8 hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere iki buçuk saat süren oturumların yanında yarım günlük sessizlik inzivasına katılmaktadırlar. Öz-şefkatli olma deneyiminin öğretilmesinin amaçlandığı bu programda deneyimsel alıştırmalar aracılığı ile öz-şefkatin nasıl ortaya çıktığı ve bu becerinin geliştirilmesi adına destekleyici ev uygulamaları programa dahildir. Katılımcılar informal ve formal olan tüm pratikler için günlerinin 40 dakikasını ayırarak deneyimini zenginleştirir. Öz-şefkatli farkındalık programının uygulandığı grup müdahalelerinin katılımcı sayısı 10 ila 25 arasında grubun genişliğine göre değişmektedir. Bir veya iki eğitmen grubu yönetmektedir. Eğitmenlerin sorumlulukları arasında güvenli ve saygılı bir grup atmosferi sağlamaları ve gizlilik ilkelerine uymaları bulunmaktadır. Program süresince şefkat ve öz-şefkat somutlaştırılmak üzere örneklerle öğretilmeye çalışılır. Grup çalışması devam ederken katılımcıların rahatsız edici ve hoş olmayan duygularla karşılaşma riski olduğundan bunun klinik açıdan yönetilmesi adına eğitmenlerden en az birinin eğitilmiş bir ruh sağlığı uzmanı olması önerilmektedir. Öz-şefkatli farkındalık programının ana hedefi zorlayıcı ve duygusal yükü ağır olan yaşam deneyimlerine karşın güvenli bir başa çıkma ortamını meydana çıkaran öz-şefkati deneyimleme, öğrenme ve içselleştirmeye yardımcı olmaktır (Germer ve Neff, 2013).

Öz-Şefkatli Farkındalık (Mindful Self-Compassion (MSC)) programı güncel müdahale biçiminde bir eğitim programı olarak bireylerin duygusal dayanıklılığını ve psikolojik iyi oluş hallerini arttırmak üzere kullanılmaktadır. Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilen Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının işleyişine benzer bir içeriğe sahip oluşu ile Kristin Neff ve Christopher K. Germer (2013) tarafından Kabat-Zinn'in programının tamamlayıcısı olduğu belirtilmektedir. Öz-şefkat kavramının açıklanması ile başlayan program deneyimsel araştırmalar, çeşitli meditasyon pratikleri ve ev ödevleri ile oluşturulmuş haftalık içeriklere sahiptir (Germer ve Neff, 2013; Neff, 2021). Tüm bu pratikler ve deneyimsel uygulamalar zorlayıcı duygulardan geçerken kişinin kendisine nasıl yardımcı olacağını detaylandırmak için aktif bir biçimde kullanılmaktadır. Programın insanların yaşamlarında iyi oluşu ve refahı desteklemesi yönünde umut verici güçlü sonuçlar verdiğini ifade eden Neff (2021) ilerleyen yakın dönemde çeşitli araştırmalar ile Öz-Şefkatli Farkındalık (MSC) programının terapötik bir müdahale olarak kullanımını ve etkinliğini inceleyen verilerin sunulacağını belirtmektedir (Neff, 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. LİTERATÜR TARAMASI

3.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) Etkinliğine Dair Yapılan Çalışmalar

Kronik ve nükseden depresyonun tedavisinde yeni bir bakış açısı sunan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının (MBCT) kökeninde yer alan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) işleyişinin ve etkinliğinin incelendiği çalışmalar kanıta dayalı veriler ile sunulmuştur. Kabat-Zinn tarafından oluşturulan programın işleyiş mekanizması Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) içinde kullanılması ile önemli olmaktadır.

Kabat-Zinn (1982) çalışması ile ilerleyen yıllarda adı konulacak olan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) etkinliğini ilk çalışması ile sınamıştır.

Kabat-Zinn (1982) bilinçli farkındalık meditasyon pratiklerini (the practice of mindfulness meditation) 10 haftalık bir stres azaltma ve gevşeme programında (Stress Reduction and Relaxation Program) uygulayarak kronik ağrı hastaları ile çalıştı ve program boyunca hastalar kendini düzenleme konusunda eğitildi. Meditasyonun program içerisinde dikkatli duruşu kolaylaştıran bir özelliğe sahip olması ile belirgin bir işleve sahip olduğu görülmüştür (Kabat-Zinn, 1982). Bu program sonunda Kabat-Zinn (1982) geleneksel tıbbi bakımla iyileşmeyen 51 kronik ağrı hastası hakkında verileri sunmuştur. Verilere katılan baskın ağrı kategorileri ise bel, boyun, omuz ve baş ağrısı olarak belirlenmiştir. Yüz ağrısı, koroner olmayan göğüs ağrısı, anjina pektoris ve GI ağrısı da diğer ağrı kategorileri olmaktadır. Yapılan değerlendirmelere göre meditasyon pratikleri duygulanım açısından değerlendirici olan alarm tepkisinden ağrı deneyiminin duygusal boyutunun ayrışmasına neden olmaktadır ve bilişsel yeniden değerlendirme yolu ile acı çekme deneyimini azaltmaktadır. On haftalık program sonrasında hastaların %65'i ortalama toplam ağrı oran indeksinde %33 oranında bir azalma göstermiştir.

Rapor edilen tıbbi semptomların sayısında benzer düşüşler kaydedilmiştir. Duygudurum bozukluğunda ve psikiyatrik semptomatolojide anlamlı azalmalar bu değişimlere eşlik etmiştir. Semptomatoloji ve duygudurum bozukluğu yakınmaları yapılan takiplerde stabil olarak bildirilmiştir. Kabat-Zinn (1982) stres azaltma ve gevşeme programında (Stress Reduction and Relaxation Program) uygulanan meditasyon biçimlerinin kronik ağrı hastaları ile çalışırken öz-düzenleme stratejilerinde yer alabilen etkili bir davranışsal program için bir temel olarak kullanılabilir olduğunu 1982 yılındaki çalışması ile bildirmiştir.

Kabat-Zinn, Lipworth ve Burney (1985) yaptıkları çalışma ile doksan kronik ağrı hastasını 10 haftalık bir stres azaltma ve gevşeme programı (10-week Stress Reduction and Relaxation Program) aracılığı bilinçli farkındalık meditasyonu (mindfulness meditation) konusunda eğitti. On haftalık program sonrasında kronik ağrı ile savaşılan hastaların o anki ağrı seviyeleri, olumsuz beden imajı, ağrı nedeniyle aktivitelerinin engellenmesi, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere duygudurum bozukluğu açısından psikolojik semptomatoloji ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlediler. Program sonrasında katılımcılarda oluşan iyileşmenin takip edilmesiyle şu anda mevcut ağrı yakınmaları dışında gözlenen gelişmelerin 15 aya kadar korunduğu anlaşıldı. Katılımcıların yüksek bir çoğunluğu günlük yaşamlarının bir parçası olarak bilinçli farkındalık meditasyonlarını uygulamaya devam ettiklerini bildirdi. Hastaların programdan önce ve sonra doldurmuş oldukları öz bildirim ölçeklerine tutarlı olacak şekilde gözlenen ağrı ve ağrıya bağlı olan semptomlardaki azalmalar klinik gözleme paralel olmuştur. Kabat-Zinn ve arkadaşları (1985) çalışmaları ile bilinçli farkındalık meditasyonun kendini düzenlemeyi öğretmek adına kronik ağrıya karşı psikolojik bir müdahale olarak tavsiye edilen bir dizi benzersiz özelliği bulunan klinik bir yöntem olduğunu aktarmışlardır.

Kabat-Zinn ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir başka çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) etkisini ve işlevini incelemek adına 26-64 yaş aralığında bulunan katılımcılar ile bir çalışma yürütmüşlerdir.

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına (MBSR) dahil olan katılımcıların program sonrasında anksiyete ve depresyon puanlarında önemli düşüş olduğu saptanmıştır.

3.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) Kronik ve Nükseden Depresyon Müdahalesinde Kullanımına Dair Yapılan Çalışmalar

Teasdale, Segal ve Williams (1995) depresyon için yapılandırılmış psikolojik tedavilerin özellikle bu anlamda bilişsel terapinin ilk tedavi süresi tamamlandıktan sonra nüksü azaltabileceğine dair ümit verici kanıtlar olduğundan bahsetmektedir. Bununla birlikte Teasdale ve arkadaşları (1995) ötimik (çökkün veya taşkın olmayan normal duygudurum) duygudurumda olan iyileşmiş hastalar için profilaktik (koruyucu ve önleyici) psikolojik yaklaşımlara ihtiyaç olduğu vurgusunu yapmışlardır. Araştırmaları ile bilişsel terapinin koruyucu ve önleyici etkilerini inceleyen Teasdale arkadaşları (1995) depresif hastalara bakım ve nüksetmeye ilişkin analizler yapmışlardır. Araştırmalarının bulgularına göre bilişsel terapinin koruyucu ve önleyici özelliklerine benzer etkilerinin bilinçli farkındalık meditasyonlarının öğretildiği beceri ve dikkat kontrolüne dayalı stres azaltma programı ile elde edebileceği ileri sürülmektedir. Yaptıkları analizlere dayalı olarak bilişsel terapi ve bilinçli farkındalık eğitimlerinin (mindfulness training) özelliklerini bütünleştiren ve iyileşmiş depresif hastalara uygulanabilen özelliği ile nüksetmeyi önlemeye yönelik bir yaklaşım olarak dikkati odaklamaya dayanan eğitimlerin geliştirilmesinin önemine vurgu yapmışlardır. Böylelikle nükseden depresyon için yeni bir yaklaşımın temelleri bu çalışma ile atılmıştır.

Teasdale ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışma ile majör depresyon tedavisinde geleneksel farmakolojik tedaviler karşısında Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) dikkate değer önemini aktarmışlardır. Özellikle ilaç tedavisinin uygulanamadığı durumlarda örneğin depresyon epizodu içerisinde olan hamile hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) modelinin bir seçenek olarak görülmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu araştırmanın vurguladığı önemli bir nokta ise majör depresyon tedavisinin farmakolojik protokolüne uyulmaması halinde ilaçlarını erken dönemde kesen hastalarda ortaya çıkan nüks

durumunun tetiklenmesidir. Bu noktada Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) majör depresyonun nüksünün önlenmesinde farmakolojik tedaviye gereksinim olmadan kullanılabilir olduğu aktarılmıştır. Teasdale ve arkadaşları (2000) yaptıkları bu çalışma ile iyileşmiş tekrarlayan depresif hastalarda görülen nüksleme durumuna aracılık edebilen disfori (rahatsızlık yaratabilen herhangi bir tetikleyici ile meydana gelebilen derin bir huzursuzluk) ile aktive olabilen depresif düşünceden ayrılmaları için tasarlanan grup müdahalesi şeklinde gerçekleşen Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliğini değerlendirmek istemişlerdir. Çalışmaya iyileşen ve ardından tekrarlayan depresyon ile mücadele eden 145 depresif hasta katılmıştır. Hastalar tedavilerine her zamanki şekilde olağan ilaç tedavisi (TAU) veya ek olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) alacak şekilde gruplara randomize bir şekilde atanmıştır. Majör depresyonda nüksleme durumunu değerlendirmek için hastalar 60 hafta boyunca izlenmiştir. Örneklemin %72'sini oluşturan daha önce üç veya daha fazla depresyon atak öyküsü bulunan hastalara Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanmasının nüks riskini önemli ölçüde azaltmış olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan anlaşıldığı gibi Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) önceki depresyon öyküsü bulunan iyileşmiş ancak depresif yeni bir atak açısından nüks risk taşıyan bireylere umut vadeden ve etkili, önleyici bir yaklaşım olmaktadır.

Williams, Teasdale, Segal ve Soulsby (2000) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliğini depresyon öyküsü bulunan hastalarda ortaya çıkan otobiyografik bellek sorunları üzerinde inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Depresyon öyküsü bulunan aynı zamanda intihara meyilli olan hastalar ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanlar üzerinde yapılan önceki araştırmaların verileri bu bireylerin geçmiş anılarının yer aldığı belleklerinin aşırı genel olduğunu ve belirli özel olaylardan ziyade genelleşmiş bir özet halinde geçmişi hatırladıklarını göstermiştir (Williams ve arkadaşları, 2000). Bu araştırmalardan yola çıkan Williams ve arkadaşları (2000) çalışmaları ile otobiyografik belleğin psikolojik müdahalelerden etkilenip etkilenmediğini incelemiştir. Geçmişte depresyon epizodu bulunan iyileşmiş depresif duyguduruma sahip hastalar yalnızca olağan tedaviyi (her zamanki ilaç tedavisi/TAU) ya da majör depresyonun nüks riskini

azaltmak için tasarlanmış tedavi (Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi/MBCT) ile birlikte olağan tedaviyi (her zamanki ilaç tedavisi/TAU) almak üzere randomize bir şekilde gruplara ayrılıp atanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bireyler geri çağrılan anıların özgünleşmesi konusunda hiçbir değişiklik göstermemiştir. Deney grubunda yer alıp iki tür tedavi biçimine dahil olan bireylerin ise genel anılarının sayısında önemli ölçüde azalma gözlenmiştir. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) hali hazırda remisyon döneminde olan bireylerde gelecekte olabilecek olan depresif atak riskini önlemek (nüksü önleme) için tasarlandığından bireylerin duygudurum semptomlarında belirli bir azalma öngörülme ve semptomların değişip değişmediğinin izlenmediği bu çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) bellek performansı üzerinde bir etkisi olduğu anlaşılmıştır.

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) bireyleri deneyimlerinin unsurlarını fark etmeye ve bunu yargısız bir şekilde yapmaya teşvik eden bir tutum ortaya çıkarır ve deneyimden kaçınmanın önüne geçmek ister. Kaçınma tutumu ile geçmiş olayların bellekte genelleşmiş kodlanmasının önüne geçmek isteyen bilinçli farkındalık yaklaşımı aynı zamanda deneyimlerin spesifik olarak ele alınmasına dair bir bakış sunar (Williams ve arkadaşları, 2000). Çalışmaları ile otobiyografik bellekteki aşırı genelleme sorununun iyileştirilmiş bir tedavi protokolü ile bilinçli farkındalık temelinden faydalanılarak değiştirilebilir olduğunu belirten Williams ve arkadaşları (2000) bu sonuçların umut verici olduğunu aktarmışlardır.

Ma ve Teasdale (2004) yaptıkları çalışma ile üç veya daha fazla depresyon epizodu yaşamış ve majör depresyon tanısı alan 55 hastaya Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulamışlardır. Bu çalışmanın sonuçları ile görülmüştür ki Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) depresyon semptomlarının ortadan kalkmasına yardımcı olmakta ve yapılan analizlere göre depresyon nüksünü %36 ile %78 oranında azaltmaktadır. Buna göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) üç veya daha fazla sayıda önceki depresif epizod öyküsü bulunan iyileşmiş depresif hastalarda nüksü önleme açısından etkili bir yol olmaktadır.

Kenny ve Williams (2007) tarafından yapılan çalışmanın örneklemini 17 ile 61 yaş aralığında bulunan 20 erkek 59 kadından oluşan majör depresyon tanısı almış ve hastaneye yatırılmış 79 hasta ile oluşturulmuştur. Hastalar iki buçuk yıllık bir süre boyunca ardışık olarak yürütülen 8 ardışık Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programına dahil olmuşlardır. Terapi programına katılan bireylerin depresyon seviyelerinin anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır. Hastane tedavisi gören majör depresyon tanılı hastaların ön-test son-test bulgularına göre depresif semptomlarında %20 oranında düşüş görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanan katılımcı grubu için kabul edilebilir bir yaklaşım olmuş ve hastaların önemli bir bölümünün normal veya normale yakın duygudurum seviyelerine geri dönmeleri ile depresyon puanlarında iyileşme gözlenmiştir.

Williams ve arkadaşları (2008) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) bipolar bozukluğu tanısı almış olan bireyler üzerinde nasıl bir etki yaratacağına dair bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırmanın örneklemini 18 ile 65 yaş aralığında olup majör depresyon epizodu yaşamış ciddi intihar düşüncelerine sahip bireylerden oluşturulmuştur. Araştırmacıların ortaya attığı hipotez ise bipolar epizodları arasında anksiyete ve depresif belirtilerin iyileşeceği yönünde olmuştur. Deney ve kontrol grubu olarak katılımcılar ikiye ayrılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre terapi programı uygulanan bipolar grupta yer alan katılımcıların anksiyete seviyelerinin düştüğü gözlenmiştir. Bipolar (çift kutuplu) veya unipolar (tek kutuplu) bozukluğu olan katılımcılar epizodlar sırasında yaşadıkları ve sonrasında görülen kalıntı depresyon semptomlarında müdahale uygulandıktan sonra gerileme olduğu yönünde sonuç alınmıştır.

Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, Barrett, Byng, Evans, Mullan ve Teasdale (2008) gibi isimlerin bulunduğu bir araştırmacı grubu tekrarlayan depresyonda nüksetmeyi önlemek için Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının etkinliğini inceledikleri bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada antidepresan ilaç tedavisi gören tekrarlayan depresyonu olan hastalar arasında Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) depresif nüksetmeyi önleme, temel ikincil sonuçlar açısından

değerlendirilmiş ve antidepresan ilaç tedavisi ile karşılaştırılabilir olup olmadığı sorusuna cevap aranmıştır. Karşılaştırmalı randomize kontrollü bir şekilde iki grup halinde tasarlanan çalışma sonrasında hastalar takibe alınmıştır. 15 aylık takiplerde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) alan hastalarda nüks ve nüks riski oranı %47 bulunurken antidepresan tedavisi alan hastalarda bu oran %60 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) kalıntı depresif belirtilerin ve psikiyatrik komorbiditenin azaltılması noktasında ve ayrıca fiziksel alanlar dahil olmak üzere psikolojik bağlamda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından klasik antidepresan tedaviden daha etkili bulunmuştur. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programına dahil olan katılımcıların ilerleyen takip sürecinde antidepresan kullanım oranlarının önemli ölçüde azaldığı ve katılımcıların %75'ini oluşturan 46 hastanın antidepresan kullanımını tamamen bırakmış olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma ile Kuyken ve arkadaşları (2008) antidepresan ile tedavi görmüş olan tekrarlayan depresyon ile mücadele eden hastalar için Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının kullanımının nüksün önlenmesi adına alternatif işlevsel bir yaklaşım sağlayabildiğini savunmaktadırlar.

Eisendrath, Delucchi, Bitner, Fenimore, Smit ve McLane (2008) tedaviye dirençli depresyon için Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliğine dair incelemede bulunarak pilot bir çalışmanın raporunu sunmuşlardır. Tedaviye dirençli depresyon için yenilikçi ek tedavilere ihtiyaç olduğunu savunan Eisendrath ve arkadaşları (2008) Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) farklı bir odağı olarak nitelendirdikleri Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) faydalı olabileceğini söylemektedir. Bu pilot çalışma ile tedaviye dirençli olan ve halen daha depresyonda olan hastalar için uygulanan psikoterapi ve ilaç tedavisinin Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ile güçlendirilmesi test edilmiştir. Çalışma randomize olmayan tek bölgeyi açık bir şekilde kurgulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm depresyon hastaları yetişkin psikiyatri kliniğinde yatmakta olan ve en az iki antidepresan tedavisi almış ancak buna rağmen remisyon gözlenmemiş bireylerden oluşmaktadır. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanmadan hemen önce depresyon puanları alınmış olan tüm

katılımcıların gösterdiği semptomatoloji DSM-IV tanı kriterleri ile uyuşmaktadır. Hastalar 7 ila 12 üye arasında değişen 6 MBCT grubuna dahil edildi. Tedavi haftada iki saat süren 8 seanstan oluşturulmuş ve gruplar bir psikiyatrist ile yardımcı terapist tarafından yönetilmiştir. Bir güçlendirme müdahalesi olarak uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanırken klinisyenlerin görüşüne bağlı olarak mevcut depresyonları ile semptom gösteren grup üyelerine antidepresan dozları verilmeye devam edilmiştir. Tüm katılımcıların terapi müdahalesinden önce ve sonra birincil sonuç ölçütü olarak alınmak üzere anksiyete düzeyleri ve ruminatif tepki ölçümleri alınmıştır. Ayrıca bilinçli farkındalık (mindfulness) düzeyleri yine müdahale öncesi ve sonrası için alınmıştır. Çalışma ile yapılan analizler sonucunda grup müdahalesini tamamlayan tedaviye dirençli depresyon hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalmanın bulunduğu anlaşılmaktadır. Artan bilinçli farkındalık (mindfulness) azalan depresyon puanları ile ilişkili bulunmuştur. Ruminasyon ve anksiyete düzeylerindeki azalmalar yine depresyon seviyelerindeki düşüş eğilimi ile ilişkili bulunmuştur. Eisendrath ve arkadaşları (2008) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) eşzamanlı olarak gözlenen anksiyete ve ruminatif düşünce kalıplarını azalttığını bu yolla tedaviye dirençli depresyonu iyileştirmek için faydalı olabileceğini ifade etmektedir.

Bu çalışmadan alınan önemli bir diğer sonuç ise depresyon hastalarının oluşturduğu katılımcılar içerisinde daha şiddetli depresif semptomlar gösteren hastaların Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiyi (MBCT) öğrenmek ve uygulamakta sorun yaşadıklarına dair hiçbir kanıtın bulunmayışı olmuştur. Bu bilgiye dayanarak Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) ağır depresyonda uygulanabilir olduğu söylenebilir (Eisendrath ve arkadaşları, 2008).

Williams ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışma ile Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) yoğun ölüm düşüncelerinin varlığı ile intihar riski bulunan kronik majör depresyon hastaları üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışmalarında farkındalık meditasyonları ile depresyonun bilişsel terapisini birleştiren Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) bilişsel bir tedavi şekli olan Bilişsel Psiko-Eğitim (CPE) ve bilinçli farkındalık uygulamaların dahil olmadığı her zamanki tedavinin (TAU/treatment as usual) karşılaştırılmasını

amaçladıklarını ifade etmişlerdir. Tekrarlayan depresyon ile nüks riskine sahip ve nüks eden intihar öyküsü olan depresif hastalarda intihar semptomlarını azaltıp azaltmadığının anlaşılması için katılımcılar Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ile her zamanki tedavi (TAU), Bilişsel Psiko-Eğitim (CPE) ile her zamanki tedavi (TAU) ve yalnızca her zamanki tedavi (TAU) ile mevcut antidepresan kullanımı ve intihar düşünce ve davranışının varlığı ile üç ayrı tedavi protokolüne randomize olarak atanmışlardır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulandıktan sonra depresif semptomlarda belirgin azalma görüldüğü anlaşılmaktadır. Alınan diğer sonuca göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) şiddetli tekrarlayan depresyonu olan bireyler için Bilişsel Psiko-Eğitimden (CPE) daha etkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın ana amacının intihar düşüncesi ve davranışı dahil olmak üzere birden fazla depresyon atağı ile mücadele eden kişilerde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) etkinliğinin incelenmesi olduğunu vurgulayan araştırmacılar intihara meyilli depresyonun tekrarlayan kronik depresyon yaşayan her bireyin yaşayabildiği mühim ve sorgulanması şart bir gerçek olduğunu belirtmişlerdir. Ancak görülen o ki hem majör depresyon epizodları hem de takip süresi boyunca intihar düşüncesinin tekrarlama araştırmanın önemli bir ikincil sonucu olmuştur. Sonuç olarak bu araştırma ile tekrar altı çizilen nokta tekrarlayan depresyonun yaygın bir problem olduğu ve depresyondayken intihara meyilli olan bireyler için nüks durumunun artan morbidite ve mortalite riskine yol açtığıdır.

Hofmann, Sawyer, Witt ve Oh (2010) depresyon, yaygın anksiyete dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik bozukluk ve tıbbi durumları içeren koşul için 1.140 katılımcıyı kapsayan 39 araştırmaya dayalı meta-analiz araştırması ile bilinçli farkındalık temelli terapinin (mindfulness-based therapy) etkinliği incelemişlerdir. Meta-analiz sonuçlarına göre Hofmann ve arkadaşları (2010) bilinçli farkındalık temelli terapinin (mindfulness-based therapy) klinik popülasyonda anksiyete ve depresyon bozukluklarının tedavisi adına umut verici bir müdahale olduğunu aktarmıştır.

Geschwind, Peeters, Drukker, van Os ve Wichers (2011) tekrarlayan depresyon ile mücadele eden hastalar üzerinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliğine dair bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın örneklemini yaşam boyu depresyon öyküsü bulunan ve mevcut olarak kalıntı depresif semptomlar gösteren yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Randomize kontrollü bir şekilde yapılan çalışmada deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının uygulanması ile deney grubunda yer alan bireylerde kontrol grubuna kıyasla pozitif duygulanımın yüksek olduğu anlaşılmıştır. Aynı zamanda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanan grupta günlük hayata dair algılanan memnuniyetin daha yüksek olarak ifade edilmesi şeklinde bir diğer bulgu ortaya çıkarmıştır.

Keune, Bostanov, Hautzinger ve Kotchoubey (2011) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) tekrarlayan majör depresyon ile mücadele eden risk grubundaki hastalar üzerindeki etkisini bilişsel stilleri ile birlikte incelemiştir. Deney ve kontrol grubuna göre ayrılan bireylerin depresyon semptomlarındaki değişimin incelenmesi amaçlanmış ve oluşan değişimlerin gözlenmesi için elektroensefalografi (EEG Çekimi) görüntüleri aracılığı ile alfa dalgalarının beyin bölgelerinde nasıl yer aldığına bakılmıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde deney grubunda yer alan hastalarda depresyon semptomlarında anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda yer alanlarda ise bir değişim bulunmamıştır. Keune ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bu çalışma Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) depresyon üzerindeki biyolojik etkisini inceleyip biyopsikoloji bakış açısını yansıtan bir çalışma olarak önemli olmaktadır.

Piet ve Hougaard (2011) tekrarlayan majör depresif bozuklukta nüksün önlenmesinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkisini inceleyen çalışmaların sistematik bir gözden geçirmesi ile bir meta-analiz çalışması yürütmüşlerdir. Çalışmaları ile majör depresif bozukluğun nüksetmesini ve tekrarlamasını azaltmak için tasarlanan grup tabanlı bir klinik müdahale programı olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarda nüks ve nüksün önlenmesi üzerindeki etkisini meta-analiz yoluyla değerlendirmişlerdir.

Meta-analize toplamda 593 katılımcı içeren altı adet randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) olağan tedavi veya plasebo kontrollerine kıyasla 0.66 risk oranı ile majör depresyon için nüks ve nüks riskin önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. Bu oran %34'lük nispi bir risk azalmasına karşılık gelmektedir. Daha önce üç veya daha fazla depresyon epizodu bulunan kişilerin nispi risk azalması %43 bulunurken daha önce yalnızca iki depresyon epizodu bulunan kişilerde risk azalması bulunamamıştır. Meta-analizden alınan bir diğer önemli sonuç ise şu olmuştur; meta-analize dahil olan iki çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) en az antidepresan ilaçları kadar etkili olduğu saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar ışığında anlaşılmaktadır ki Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) remisyon döneminde tekrarlayan majör depresif bozukluk tanısı olan hastalar açısından en az üç veya daha fazla depresyon atağı geçmişi olması halinde nüks önlemede etkili bir müdahaledir.

Literatürde depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ve önemi kabul edilmiş bilinen bir yöntem olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliklerinin kıyaslandığı çalışmalar mevcuttur.

Manicavasgar, Parker ve Perich (2011) melankolik olmayan depresyon tedavisinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) müdahalelerinin etkinliğini karşılaştırmalı olarak inceledikleri bir çalışma yapmışlardır. Çalışma mevcut bir majör depresif bozukluk epizodu için ölçütleri karşılayan 45 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcılar randomize bir şekilde 8 haftalık Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) veya Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) grup terapi modeline atanmıştır. Tüm katılımcılar tedavi öncesi ve sonrasında 8 hafta ile 6 ve 12 aylık takip değerlendirmesinden geçmiştir. Çalışmanın bulgularına göre her iki tedavi koşulunda grup terapisi müdahalesinden önce ve sonra katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark gözlenmediği görülmüştür. Öte yandan iki tedavi koşulunda katılımcılar geçmişte dört veya daha fazla depresyon atağı öyküsü bulunanlar ve dörtten az atak geçmişi olanlar diye ikiye ayrıldığında önemli

farklılıklar görülmüştür. BDT koşuluna dahil olan önceki dört veya daha fazla depresyon atağı bulunan katılımcılar dört ataktan daha az depresyon geçmişi olanlara kıyasla daha fazla iyileşme belirtisi göstermiştir. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) koşulunda yer alanlarda ise böyle bir farklılık bulunmamıştır. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) önceki depresyon ataklarının sayısından bağımsız olarak etkili görünmüştür. Müdahale sonrası yapılan 6 ve 12 aylık takiplerde ise iki tedavi koşulunda depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmanın tüm sonuçları açısından Manicavasgar ve arkadaşları (2011) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) mevcut depresyon tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kadar etkili görüldüğü belirtmektedirler.

Chesin ve arkadaşları (2016) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliğini yüksek intihar riski taşıyan ve ayakta tedavi gören hastalar ile çalışarak sınımışlardır. Altı ay süre içerisinde intihar girişimi geçmişi veya aktif intihar düşüncelerinin varlığı bulunan 10 hastaya dokuz hafta süresince grup çalışması bazlı Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulamış ve çeşitli ölçümler ile tedavi öncesi ve sonrası hastaların işlevlerindeki (yönetici dikkat gibi) değişikliklerin istatistiksel analizleri yapılmıştır. Ruminasyon, bilinçli farkındalık (mindfulness), depresif düşünce içeriği üzerine öz-bildirim ölçekleri ile değerlendirmeler yapılmıştır. Tedavi sırasında hastaların bilişsel işlevselliğindeki değişimler ile depresyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişki incelenmiş bunun için korelasyon hesaplamaları yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında ise Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) alan yüksek intihar riskine sahip hastaların yönetici dikkat seviyelerinin artmış olduğu, bilinçli farkındalık becerilerinin artmış olduğunu, öz bildirim ölçeklerine göre ruminasyon ve intihara meyilli olma ile umutsuzluğa karşı bilişsel reaktivitenin azalmış olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) majör depresyon hastalarında bulunan intihara yönelim ve intihar düşüncelerini oluşturan bilişsel hataların iyileştirilmesi adına kullanılabilecek bir yöntem olarak kabul görebilir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliklerinin kıyaslandığı çalışmalardan biri Tovote ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan deneysel çalışmadır.

Tovote ve arkadaşları (2017) iki terapi modelinin karşılaştırılması adına yaptıkları bu çalışmanın örneklemini tip 1 ve tip 2 diyabet tanısı bulunan ve komorbid bir şekilde depresif semptomlar gösteren 91 yetişkin oluşturmuşlardır. Katılımcılar 8 haftalık süre ile planlanmış olan iki ayrı terapi programına randomize bir şekilde atanmışlardır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında ise iki terapi biçiminin depresif semptomları ortadan kaldırma açısından birbirleri arasında belirgin bir üstünlüğün bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışma diyabetli popülasyonda depresif semptomları iyileştirmek için hem Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) hem de Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkili müdahaleler olduğunu aktarması ile önemli görünmektedir.

3.3. Türk Alan Yazınında Yer Alan Bilinçli Farkındalık ve Depresyon İlişkisi ile Çeşitli Müdahalelerin Kullanımı

Ülkemizde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin kullanımına ilişkin yer alan çalışmalar ise sınırlı olmakla beraber aşağıda kronolojik sıra ile verilmiştir.

Demir (2014) yaptığı çalışma ile bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının 18-29 yaş aralığında olan kadınlarda depresyon ve stres düzeyleri üzerindeki etkinliğini incelemiştir. Yarı deneysel yöntemle yapılan çalışma kontrol grubu olmadan katılımcılara ön test son test uygulanmıştır. Deney grubuna 8 haftalık oturumdan oluşan ve her bir oturumu 75 dakika süren bir program uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda yapılan analizlerden alınan verilere dayalı olarak bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının katılımcıların depresyon ve stres puanlarını anlamlı düzeyde azaltmış olduğu gözlenmiştir. Program sonrasında ise yapılan izleme ölçümünde ise depresyon ve stres puanlarında gözlenen iyileşmenin on hafta süresince devam ettiği anlaşılmıştır.

Demir (2015) yaptığı bir diğer çalışma ile bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmacı terapi programının uygulanmasının bireylerin depresyon seviyelerinde azalmaya neden olup olmayacağını sınamak amacıyla depresif belirti düzeylerini azaltmaya yönelik zamansal açıdan sınırlı olan bir program hazırlamıştır. Araştırmacının hipotezi terapi programına katılan bireylerin depresyon puan ortalamaların düşeceği yönünde olmuştur. Bu çalışmada tek grup ön test son test kontrol grubu olmaksızın deney deseni kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini 19-26 yaş aralığında bulunan ve çalışmaya katılım kriteri olarak Beck Depresyon Envanteri puanları değerlendirildiğinde “orta” ve “şiddetli” düzeyde sonuç alınan 31 birey oluşturmaktadır. Katılımcılar 8 oturum şeklinde planlanan ve her bir oturumun 90 dakika sürdüğü terapi programına dahil olmuşlardır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde terapi programına dahil olan bireylerin program öncesi ve program sonrası depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmektedir. Buna göre bireylerin depresyon seviyelerini azaltmada bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

Can (2017) yaptığı çalışma ile bilinçli farkındalık temelli beceri programının (BFBP) depresif belirtiler, algılanan stres düzeyi, öznel iyi oluşun duygusal boyutu, duygu düzenlemede yaşanan güçlükler, üst-bilişsel inançlar ve bilme hissi kararları üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Deney grubu depresif belirti gösteren 16 üniversite öğrencisi ile oluşturulmuştur. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı bulunmayan 16 üniversite öğrencisi ise kontrol grubuna dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre bilinçli farkındalık temelli beceri programına katılan deney grubu katılımcılarının beceri programı bitimi ile depresif belirtileri ve algılanan stres düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir.

Ayhan (2019) yaptığı çalışma ile depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İlişkisel tanımlayıcı araştırma deseni kullanılmış çalışmanın örnekleme psikiyatri kliniğinde tedavi görmekte olan 151 yetişkin depresyon hastası ile oluşturulmuştur. Veriler Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (OODÖ) aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde depresyon hastalarının bilinçli farkındalık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması ile olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Bu bulguya göre depresyon hastalarının bilinçli farkındalık düzeyi azaldıkça olumsuz otomatik düşüncelerinde artış olduğu anlaşılmaktadır.

Depresyonun ortaya çıkışında ve seyrinde önemli olmakta olan olumsuz otomatik düşüncelerin bilinçli farkındalığı arttıran yöntemler ile değiştirilip yerine işlevsel olan düşüncelerin koyulması ve bu yolla depresyonun kronikleşmesinin önüne geçilebilmesi dikkate değer görülmektedir (Ayhan, 2019).

3.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) Etkinliğine Dair Yapılan Çalışmalar

Literatürde Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) etkinliğini incelemek adına yapılan çalışmaların yer aldığı görülmektedir.

Schulling ve arkadaşları 2016, 2018 ve 2020 yıllarında olmak üzere üç çalışma ile Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) etkinliğini sınımlamışlardır.

Schulling ve arkadaşları (2016) daha önce Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiye (MBCT) katılmış olan tekrarlayan depresyonu olan hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) kalıntı depresif semptomları azaltmadaki etkinliğini incelemiştir. Randomize kontrollü bir desen ile yapılan çalışmada geçmişte Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiye (MBCL) katılmış ve tekrarlayan depresif ataklardan ötürü problem yaşayanlar hastalar yalnızca her zamanki tedavi biçimini aldıkları (TAU) veya her zamanki tedaviye ek olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam (MBCL) koşullarına

atanmıştır. Değerlendirmeler Beck Depresyon Envanteri-II (BDI-II) ile ölçülen depresif belirtilerin şiddeti, depresif bozukluğun varlığı veya yokluğu, ruminasyon, öz-şefkat, bilinçli farkındalık becerileri, deneyimsel kaçınma, öz-şefkat korkusu, olumlu duygulanım ve yaşam kalitesi üzerine alınan ölçümler ile yapılmıştır. Tedavinin başlangıcında ve tedavi bitiminden sonra altı aylık takip yapılarak değişimler değerlendirilmeler sunulmuştur. Ancak bu çalışmadan müdahalenin etkinliğine dair ölçülebilir bir sonuç alınmamıştır. Bu çalışmanın literatüre katkısı tekrarlayan depresyonu olan hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) sonrasında şefkat eğitiminin etkinliğini inceleyen ilk çalışmadır.

Schulling ve arkadaşları (2018) tekrarlayan depresyonu olan erişkinlerde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiyi (MBCT) takip eden bir müdahale olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) uygulanabilirliği, kabul edilebilirliğini ve ön etkinliğini incelemiştir. İki grup ile yürütülen çalışma tekrarlayan depresyonu olan 17 hasta ile kontrolsüz bir modelle yapılmıştır. Birinci grup şefkat eğitimine yeni başlayan katılımcılardan oluşturulmuştur. İkinci grup ise daha önce bilinçli farkındalığa dair grup deneyimi olan katılımcıların da dahil olduğu bir dizayn ile oluşturulmuştur. Her iki grup müdahale sonrasında niteliksel olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara müdahale öncesi ve sonrasında depresif belirtilerinin, endişe düzeylerinin, bilinçli farkındalık becerilerinin ve öz-şefkatlerinin ölçüldüğü öz-bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Müdahale içerisinde duygu düzenleme sistemlerinin teorik bilgisi verilmiş, öz-şefkat deneyimsel olarak tanıtılmıştır ve şefkatli tutum somutlaştırılarak açıklanmıştır. Ön sonuçlara göre ikinci grubun katılımcılarında depresif belirtilerde azalma olduğu gözlenirken birinci grupta bu azalma oranları gözlenmemiştir. Her iki grubun katılımcılarında öz-şefkat düzeylerinde artış olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuçlara göre Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) tekrarlayan depresif semptomlardan yakınan hastalar için kabul edilebilir ve uygulanabilir bir müdahale olabilir.

Schulling ve arkadaşları (2020) tekrarlayan veya kronik depresyonu olan hasta grubunda Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) etkinliğini önceki çalışmanın (Schulling ve arkadaşları, 2016) takibi olarak yaptıkları çalışmanın verilerini sunmuşlardır. Katılımcılar her zamanki tedavi biçimini alanlar (TAU) ve her zamanki tedavi biçimine ek olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programına (MBCL) dahil olanlar olmak üzere randomize kontrollü çalışma içinde gruplara atanmıştır. Sonuçlara göre programa dahil olanlar yalnızca her zamanki tedaviyi alanlara kıyasla depresif semptomlarda önemli bir azalma göstermişlerdir. Altı aylık takip sonucunda depresif belirtilerde sürekli bir iyileşme olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgulara göre Schulling ve arkadaşları (2020) Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programının (MBCL) şiddetli ve uzun süreli olan, kronikleşen veya tekrarlayan depresif semptomlardan yakınan klinik popülasyonlarda etkili olduğunun anlaşıldığını vurgulayarak sıralı bir tedavi yörüngesini en uygun hale getirmek adına çalışmanın ileriye dönük ardışık deneme ile tekrarlanması gerektiğini ifade etmektedir.

Günümüz dünyasının ihtiyaçlarının değişmesi ile çevrimiçi terapi ve grup tabanlı müdahale biçimlerine ilgi artmıştır (Oktay, Merdan-Yıldız, Karaca-Dinç ve Erden, 2021). Özellikle COVID-19 pandemisi ile çoğu insan internet üzerinden uzman desteğine başvurmuştur (Wind, Rijkeboer, Andersson ve Riper, 2020). Psikolojik desteğin herkes için erişebilir olması oldukça önemlidir ve bu gerçek günden güne daha iyi anlaşılmaktadır.

Ondrejková, Halamová ve Strnádelová (2020) klinik olmayan popülasyonda Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam (MBCL) müdahalesinin kısa süreli olan çevrimiçi versiyonunun öz-eleştiri ve öz-şefkat düzeyleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Katılımcılar randomize bir biçimde deney ve kontrol grubuna dahil edilmiştir. Müdahale içeriğinde deney grubuna devam eden 15 gün boyunca çeşitli pratikleri tamamlamaları adına talimatlar içeren günlük e-postlar gönderilmiştir. Kontrol grubu katılımcıları ise herhangi bir talimat almamıştır. Çalışmanın verileri müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında ayrıca iki ay sonra olmak üzere üç defa uygulanan öz-eleştiri ve öz-şefkat düzeylerinden alınan çevrimiçi anket ölçümlerden elde edilmiştir. Yapılan analizlere göre müdahale bitiminde öz-eleştiri düzeylerinde

önemli ölçüde düşüş gözlenirken öz-şefkat düzeylerinde önemli artış gözlenmiştir ve yapılan takiplerde aynı olumlu sonuçların devam ettiği anlaşılmıştır. Buna göre anlaşılmaktadır ki Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı (MBCL) çevrimiçi bir şekilde uygulanabilir ve bu yolla öz-şefkat üzerinde kalıcı bir etkiyi ortaya çıkarabilir.

3.5. Öz-Şefkatin Koruyucu ve Önleyici Etkisine Dair Yapılan Çalışmalar

Neff, Rude ve Kirkpatrick (2007) öz-şefkati pozitif psikolojik sağlıkla olan ilişkisi açısından incelemiştir. Çalışmanın örneklemini 177 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. İlişkisel bir tasarım kullanılan bu çalışmada öz-şefkatin bireyin bildirdiği mutluluk, iyimserlik, olumlu düşünce, kişisel inisiyatif, dışa dönüklük, uyumluluk, merak ve keşif duygusu, bilgelik ve vicdanlılık ile anlamlı bir pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öte yandan öz-şefkatin nörotisizm ve olumsuz duygulanım ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın bir diğer çıktısı ise yine Neff (2003) tarafından açıklanan öz-şefkatin kendini olumsuz yargılamanın, yalıtmanın ve ruminatif düşünmenin bir olumsuz sonucu olarak gözlenen depresyona karşı koruyucu olan duygusal açıdan destekleyici olumlu bir öz-tutum olarak işlev gördüğünün kanıtı dayalı veriler ile sunulmasıdır. Sonuçlarda görüldüğü gibi öz-şefkat depresyon, anksiyete ve ruminasyon gibi uyumsuz belirteçler ile anlamlı negatif bir ilişki içindedir bu açıdan öz-şefkat psikolojik sağlığın ve pozitif iyi oluşun önemli bir yordayıcısıdır (Neff, 2003; Neff ve arkadaşları 2007).

Neff, Kirkpatrick ve Rude (2007) ekibinin yaptıkları bir diğer çalışma öz-şefkatin anksiyete karşısında koruyucu olduğunu ortaya koymuşlardır. Öz-şefkat düzeyinin artışı ile bireylerin anksiyete ve depresyon seviyelerinin düştüğünü gören Neff ve arkadaşları (2007) öz-şefkat düzeyinin artması ile psikolojik olarak mutluluk ve iyi hissetmeye dair ifadelerin daha çok gözlendiğini aktarmışlardır.

Neff ve McGehee (2010) ergenler ve genç yetişkinlerde öz-şefkati depresyon, kaygı, bağıllık, anne desteği, aile işleyişi, bağlanma stili ve kişisel anlatı gibi faktörler ile incelemiştir. Sekiz yordayıcı değişkenin regresyon analizlerinin yapıldığı çalışmada öz-şefkatin iyi oluşa katkıda bulunup bulunmayacağı belirlenmek istenmiştir. Yapılan analizler sonucunda öz-şefkatin iyi oluşa katkıda bulunduğu ve

depresyon, anksiyete, olumsuz bağlanma stilleri (güvensiz ve kaçınan bağlanma) ile negatif yönde ilişki olduğu anlaşılmıştır. Öz-şefkat ile pozitif yönde ilişkili olduğu anlaşılan faktörler ise anne desteği, güvenli bağlanma, aile işleyişi ve bağlılık olmuştur.

Pauley ve McPherson (2010) yaptıkları çalışma ile depresyonu ve anksiyetesi olan bireylerde şefkat ve öz-şefkat deneyiminin anlamlarını araştırmışlardır. Çalışmanın örneklemini oluşturan 10 katılımcı DSM-4 tanı kriterlerine dayalı olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerden meydana gelmiştir. Katılımcılar öz-şefkate dayalı sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış bir saat süren görüşmeyi tamamladıktan sonra görüşmelerden alınan veriler IPA metodolojisi kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılardan alınan yanıtlara göre öz-şefkatin iki ana özelliğinin ön plana çıktığı görülmüştür. Bu iki özelliğin nezaket ve eylem olduğu anlaşılmıştır. Katılımcılar şefkati tanımlarken şefkat içeren davranışları bildirmiştir. Genel olarak öz-şefkati düşünmediklerini ancak diğer insanlara karşı şefkatli oldukları halde kendilerine karşı bu şefkati yeterli derecede göstermediklerini bildirmişlerdir. Öz-şefkat ise katılımcılar tarafından nezaket içeren eylemler ile eşleştirilmiştir. Öz-şefkate dair olumlu yöndeki algıları araştırmacılar tarafından bireylerin öz-şefkat kavramı ile anlamlı bir ilişki kurabileceği ve bundan yarar sağlanabileceği yönünde bir klinik görüşü ortaya çıkarmıştır. Bu araştırmadan edinilen önemli bir diğer sonuç ise bireylerin kendi kendine şefkat göstermekten çekinmelerinin bir diğer deyişle öz-şefkate dair olumsuz önyargıda bulunup, öz-şefkatli olmaktan korkmasının nedeninin depresyon ve anksiyete ile mücadele eden bireyler tarafından cevaplanması ile olmuştur. Depresyon veya anksiyete ile olan ilişkilerinde kendilerine karşı acımasız davranmanın aslında şefkatli davranmaktan daha kolay olduğunu, depresyonun ve anksiyetenin ortaya çıkardığı ikincil sorunlarla baş etmenin kendilerine karşı nezaketi ve anlayışı zorlaştırdığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların çoğu ise kendilerine karşı nezaketli davranma kavramını hatalarını affetmeyi öğrenebilmek ve kendilerini oldukları kişi olarak kabul edebilmek açısından faydalı bir kavram olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanında hayatlarında mutlu olmanın bir yolu olarak kendilerine karşı nezaket gösterebilmenin bir seçenek olduğu belirtmişlerdir. Öz-şefkatin ve kişinin kendisine nazik

olabilmesinin yaşantılarında deneyimledikleri depresyon ve anksiyetenin peşi sıra gelen eksik ve azalmış hissettikleri duygusuna karşı hafifletici ve değişimi başlatan bir yanı olduğunu belirten katılımcılar depresyonları ve anksiyeteleri ile mücadele ederken bunun yardımcı olacağını ifade etmişlerdir.

Raes (2010) öz-şefkat ve depresyon arasındaki ilişki ile öz-şefkat ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemiş ve bu incelemeyi yaparken depresif ruminasyon ile anksiyöz endişenin aracı etkilerini saptamayı hedeflemiştir. Çalışmanın örneklemini klinik olmayan bir popülasyondan gelen 271 üniversite öğrencisinden oluşturulmuştur. Katılımcıların öz-şefkat, ruminasyon, endişe, anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Edinilen sonuçlara göre öz-şefkat ile depresyon arasındaki ilişkide ruminasyonun anlamlı bir aracı değişken olduğu anlaşılmaktadır. Anksiyete için ise yine ruminasyon aracı etki olarak dursa da anksiyöz endişenin aracılık etkisi ruminasyondan daha önemli görülmektedir. Bu sonuçlara göre öz-şefkatin depresyon ve anksiyete üzerindeki kapsayıcı etkisinin ve negatif yönlü ilişkisinin işlevsel olmayan ruminasyon aracılığı ile olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışma işlevsel olmayan tekrarlayan düşünme olarak açıklanabilen ruminasyonun öz-şefkat ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye aracılık ettiği hipotezini doğrudan test eden ve kanıt sağlayan ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır (Raes, 2010).

Raes (2011) klinik olmayan bir örnekleme öz-şefkatin depresyon belirtilerinin gelişimine dair etkisini incelemiştir. Öz-şefkatin ya da bir diğer ifadeyle acı çekerken kendini nazikçe kabul etme yeteneğinin önemli ve büyüyen bir bilimsel ilgi konusu olduğunu ifade eden Raes (2011) geçmişte yapılan çalışmalarda öz-şefkatin eş zamanlı olarak depresyonla ilişkili olduğunu gösterdiğini ancak şimdiye kadar öz-şefkatin ileriye dönük olarak depresyon belirtilerini yordayıp yordamadığının test edilmediğini belirterek çalışmasının arka planını açıklamıştır. Çalışmanın örneklemini 17-36 yaş aralığında bulunan 347 psikoloji öğrencisi oluşturmuştur. Katılımcıların beş aylık bir döneme yayılmış iki değerlendirme ile öz-şefkat düzeyleri ve depresyon belirtileri ölçülmüştür. Çalışmadan alınan verilere göre sonuçlar öz-şefkatin depresyon belirtilerindeki değişiklikleri önemli ölçüde

öngördüğünü göstermiştir. Öyle ki yapılan analizlere göre başlangıçta ölçülen daha yüksek öz-şefkat düzeyleri beş aylık aralık boyunca depresif belirtilerde daha büyük azalmalar ya da daha küçük artışlar ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Tüm bu bulgulara göre Raes (2011) öz-şefkatin depresyon gibi duygusal yükü ağır problemler için potansiyel olarak önemli bir koruyucu faktörü temsil edişi fikri ile tutarlı olduğunu belirtmiştir.

Van Dam, Sheppard, Forsyth ve Earleywine (2011) kaygı ve sıkıntıdan yakınan kendine yardım arayan geniş bir topluluk örneklemini üzerinde öz-şefkat ve bilinçli farkındalık düzeylerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından yordayıcı olup olmadığını incelemiştir. Çalışmanın örnekleminin neredeyse tamamı (%90,5) yaşamlarının bir noktasında ruh sağlığı hizmetine başvurmuş ve %82'sine psikiyatrik tanı konmuştur. Örneklemini oluşturan 504 bireyin %49,7'si psikiyatrik ilaç kullanmaya devam etmekte olduğunu ve %46,4'ü tedavi görmeye devam ettiğini bildirmiştir. Çalışmaya katılmadan önce uygulanan Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri ölçümlerine göre katılımcıların %61,8'i orta şiddetli anksiyete ve depresyon yaşamakta iken %34'ü şiddetli anksiyete ve depresyon yaşamaktadır. Yapılan çok değişkenli ve tek değişkenli analizler öz-şefkatin depresyon ve anksiyete semptom şiddetinin ve yaşam kalitesinin güçlü bir yordayıcısı olduğunu ve daha da önemlisi bilinçli farkındalıktan 10 kat daha fazla oranda bir yordayıcı olduğunu göstermiştir. Bu bulgular ile öz-şefkatin bilinçli farkındalığın önemli bir bileşeni olarak depresyon ve anksiyete açısından psikolojik sağlığın güçlü bir yordayıcısı olduğunun bir göstergesi olmaktadır.

Neff ve Germer (2013) bireylerin daha öz-şefkatli olmaları adına eğitilmesi için tasarlanmış 8 haftalık bir atölye çalışması olan Öz-Şefkatli Farkındalık (Mindful Self-Compassion (MSC)) programının etkinliğini değerlendirmek üzere iki çalışma yürütmüşlerdir. Birinci çalışma, toplumdaki yetişkinler arasında öz-şefkat, bilinçli farkındalık ve iyi oluş açısından ortaya çıkan değişim puanlarının incelendiği bir pilot çalışması olmuştur. İkinci çalışma ise bir tedavi grubunu bir bekleme listesinde yer alan kontrol grubu ile karşılaştıran randomize kontrollü bir çalışma olmuştur. Birinci çalışmadan alınan sonuçlara göre bireylerin ön ölçüm/son ölçüm puanlarına bakıldığında öz-şefkatli farkındalık programı sonrasında iyi oluş, bilinçli farkındalık

ve öz-şefkate dair kazanımların oluştuğu anlaşılmıştır. İkinci çalışmanın sonuçları incelendiğinde ise tedavi grubunda yer alan bireylerin müdahale sonrasında öz-şefkat, bilinçli farkındalık ve iyi oluş düzeylerinde önemli ölçüde anlamlı daha büyük artışlar bildirdiği gözlenmiştir. Program sonrası kazanımların ise 6 aylık ve bir yıllık takiplerde korunduğu bildirilmiştir. Katılımcıların Öz-Şefkatli Farkındalık Programını (MSC) tamamladıktan sonra önemli ölçüde artış ile gözlenen yaşam doyumu ve mutluluk düzeylerinin yanı sıra daha düşük düzeyde depresyon, kaygı ve stres yakınması bildirdiği bu yolla psikolojik iyi oluş halinin iyileştiği bulunmuştur. Bu ise öz-şefkatin genel yaşam kalitesini arttırdığının bir göstergesi olmaktadır. Tüm sonuçlar ele alındığında ise Neff ve Germer (2013) tarafından Öz-Şefkatli Farkındalık (Mindful Self-Compassion (MSC)) programının öz-şefkati, bilinçli farkındalığı ve iyi oluşu arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir.

Johnson ve O'Brien (2013) öz-şefkat ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek adına iki çalışma yürütmüşlerdir. Birinci çalışmaları için belirledikleri 335 üniversite öğrencisinden oluşan örnekleme öz-şefkat ile depresif semptomlar arasında güçlü bir negatif ilişki olduğu saptamışlardır ve bu negatif ilişkiye potansiyel olarak aracılık eden dört olumsuz değişkeni (dört tehdit belirteci) değerlendirmişlerdir. Uygulanan çoklu aracılık testinden alınan sonuçlar ruminasyon, benlik saygısı ile utancın önemli bir aracı olduğunu göstermiştir. İkinci çalışmalarında ise örneklem içinde yer alan üniversite öğrencileri arasında utanmaya meyilli olan öğrenciler seçilmiştir. Seçilen öğrencilerden utanç verici bir deneyimlerini hatırlamaları istenmiştir ve sonrasında öğrenciler üç gruba ayrılmıştır. Bir gruptan anımsadıkları bu utanç hikayesi hakkında ne hissediyorlarsa yazmaları istenmiştir. Bir diğer gruptan ise anımsadıkları hikayelerini öz-şefkatli bir biçimde yazmaları istenmiştir. Kontrol grubunda kalan öğrencilere ise bir şey yapmamaları üzerine görevlendirilmiştir. Katılımcılar bu göreve bir hafta süresince üç defa yapacak şekilde uymuşlardır. Öz-şefkatli bir biçimde deneyimini kaleme alması istenen katılımcılar ne hissediyorlarsa öyle yazmaları söylenen katılımcılara kıyasla daha az utanç ve daha az olumsuz duygu ifadesi bildirmişlerdir. İki haftalık takibe göre katılımcılar arasında öz-şefkatli yazma deneyimine dahil olanların utanç eğiliminde olma ve depresif belirti düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir.

Bu sonuçlara göre öz-şefkatin, tehdit sistemi aktivasyonunu ve depresif semptomları azaltan yatıştırıcı bir mekanizması olduğu söylenebilir.

Krieger, Baetting, Doering ve Holtforth (2013) literatürde öz-şefkat ile klinik depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran kısıtlı çalışma olduğu vurgusunu yaparak kendi çalışmaları ile klinik olarak depresif semptomlar gösteren hastalarla hiç depresif belirti göstermeyen katılımcıların öz-şefkat düzeylerini karşılaştırmayı amaçlamışlardır. Çalışmaları ile belirledikleri ikincil amaç ise öz-şefkatin depresyonda görülen bilişsel davranışçı kaçınma stratejileri ve ruminasyon ile olan ilişkisini incelemek olmuştur. Öz-şefkat ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin aracılığı olarak kaçınma ve ruminasyon ele alınmıştır. Çalışmanın örneklemini 142 bireyin oluşturduğu ayakta tedavi gören klinik depresyon hastası ve yaşamlarında hiç depresyon öyküsü bulunmayan 120 sağlıklı birey ile oluşturulmuştur. Çalışmadan elde edilen verilere bakıldığında klinik depresyon hastalarının hiç depresif semptom göstermeyenlere göre daha düşük düzeyde öz-şefkatli olduğunun saptandığı görülmektedir. Klinik depresyon hastalarının öz-şefkat düzeylerinin ise depresif belirtiler, bilişsel davranışçı kaçınma ve semptom odaklı ruminasyon ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Öte yandan öz-şefkat ile depresif belirtiler arasındaki negatif yönlü ilişkiye bilişsel davranışçı kaçınmanın ve semptom odaklı ruminasyonun aracılık ettiği bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmaları ile klinik depresyon hastaları için öz-şefkatin önemini vurgulamaktadırlar. Bu çalışmanın sonuçları ile öz-şefkat eksikliğinin depresif belirtilerin gelişimini daha da artırabileceğini öne sürülmektedir. Klinik depresyon hastalarının öz-şefkatli bir tutumu benimsemekte güçlük çekmekte olduklarının altını çizen Krieger ve arkadaşları (2013) bu alanda çalışan psikoterapistler tarafından depresyon hastalarının kendilerine karşı nasıl davrandıklarının ele alınmasının öneminden bahsetmişlerdir. Öz-şefkati teşvik eden müdahalelerin Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gibi yerleşik ve sık kullanılan tedavilere eklenmesi ile depresif yinelemenin önlenip, nüks riskinin düşmesi ile tekrarlayan atakların sayısını azaltılabileceği yönünde klinik bir görüş bildirmişlerdir.

Literatürde öz-şefkatin depresyona karşı koruyucu etkisini depresyonun komorbiditesi açısından ele alan ve depresyonun eşlik etme oranlarının en sık görüldüğü hasta popülasyonlarından olan kanser hastaları ve kronik hastalık tanısı olanlar örnekleme ile inceleyen çalışmalar mevcuttur.

Pinto-Gouveia, Duarte, Matos ve Frágus (2013) kanser hastalığı ile mücadele eden, kronik hastalık tanısı olan ve sağlıklı olan katılımcılar ile öz-şefkatin tıbbi problemler bağlamında nasıl ilişkili olabileceğine dair bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırmacılar kanser hastalarının psikolojik uyumunda öz-şefkatin rolüne dair bir inceleme yapmayı amaçlamışlardır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında kanser ile mücadele eden bireyler ve kronik hastalığa sahip olan bireyler daha fazla oranda stres, anksiyete ve depresyon yakınmaları bildirmişlerdir. Yapılan korelasyon analizlerine göre hasta örnekleminde düşük öz-şefkat düzeyi artan depresif belirtiler, yüksek stres seviyesi ve yaşam kalitesi ölçek boyutlarından alınan düşük puanlar ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Sağlıklı bireylerin bulunduğu örneklemden alınan veriler ile yapılan analizler bu korelasyonun zayıf olduğunu göstermiştir. Kanser hastaları ve kronik rahatsızlığa sahip bireylerin öz-şefkat düzeyleri ölçüldüğünde depresyon semptomları ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Öz-şefkat düzeylerinin yükselmesinin kanser hastaları ve kronik hastalık tanısı olan bireyler için daha yüksek psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesini yordadığı saptanmıştır. Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda zorlu tıbbi durumlar karşısında özellikle kanser ile mücadelede bireylerin kendileriyle olan ilişkilerinde nazik, şefkatli ve ilgili bir tutum beslemelerinin önemine dair klinik bir görüş dikkate değer görülmektedir.

Literatürde öz-şefkatin depresyona karşın koruyucu bir duygu düzenleme stratejisi olduğuna ilişkin kanıt sunan çalışmalar mevcuttur.

Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller ve Berking (2014) yaptıkları çalışma ile öz-şefkati majör depresif bozuklukta bir duygu düzenleme stratejisi olarak ele almışlardır. Depresyonda bilişsel yeniden değerlendirme (bilişsel yeniden yapılandırma) ve kabulün iki uyarlanabilir duygu düzenleme stratejisi olduğunu ifade eden Diedrich ve arkadaşları (2014) son zamanlarda öz-şefkatin depresyon ile başa çıkmada potansiyel olarak etkili olan başka bir strateji olarak tartışıldığını

aktarmışlardır. Diedrich ve arkadaşları (2014) yürütmüş oldukları çalışmalarında öz-şefkatin etkinliğini bekleme koşulu, bilişsel yeniden yapılandırma ve kabul ile klinik olarak depresif olan bir örnekte karşılaştırmışlardır. Depresif duygudurum yoğunluğunun bu stratejilerin farklı etkinliklerini azaltacağı hipotezinin test edildiği bu çalışma deneysel bir tasarım ile planlanmıştır. Majör depresif bozukluk ölçütlerini karşılayan 48 katılımcıya zamana yayılan bir şekilde laboratuvar ortamında depresif ruh hali indüklenmiştir. İndüksiyonlardan sonra katılımcılara beklentileri, durumu yeniden değerlendirmeleri (bilişsel yeniden yapılandırma/değerlendirme), olumsuzluk yüklü duyguları kabul etmeleri ya da depresif ruh halini düzenlemek adına öz-şefkati deneyimlemeleri talimatı verilmiştir. Buna ek olarak katılımcılardan her duygudurum düzenleme aşamasından önce ve sonra olmak üzere depresif ruh hallerini kendilerine göre derecelendirmeleri istenmiştir. Sonuçlar ise depresif duygudurumdaki azalmanın öz-şefkati deneyimleme koşulunda bekleme koşuluna kıyasla önemli ölçüde fazla olduğunu göstermiştir. Katılımcıların depresif duygudurumlarını kendilerine göre derecelendirmelerinde öz-şefkat ile bilişsel yeniden yapılandırma ve öz-şefkat ile kabul koşullarında anlamlı bir fark ise gözlenmemiştir. Ancak başlangıçta kendi kendilerine değerlendirilmesi istenen depresif duygudurum yoğunluğunun öz-şefkat deneyimi ile yapıldığında bilişsel yeniden değerlendirmeden (bilişsel yeniden yapılandırma) daha etkili olduğu ve yüksek depresif ruh halinde işe yaradığı anlaşılmıştır. Tüm bu bulgulardan yola çıkarak Diedrich ve arkadaşları (2014) majör depresif bozukluğu olup özellikle yüksek düzeyde depresif duygudurumdan ötürü acı çeken bireyler için diğer bir uyarlanabilir yöntem olarak öz-şefkatin duygu düzenlemede baş etme stratejisi olabileceğini görüşünü desteklemektedirler.

Diedrich, Hofmann, Cuijpers ve Berking (2016) öz-şefkatin majör depresif bozukluğu olan bireylerde bir duygu düzenleme stratejisi olarak bilişsel yeniden değerlendirmenin (bilişsel yeniden yapılandırma) etkinliğini arttırdığını gösteren bir çalışma yürütmüşlerdir. Bilişsel yeniden değerlendirmenin (bilişsel yeniden yapılandırma) sağlıklı ve hafiflemiş depresif semptomlara sahip bireylerde depresif ruh halini düzenlemede etkili bir strateji olduğunun gösterildiğini vurgulayan araştırmacılar bununla birlikte klinik depresyondan ötürü acı çeken bireylerin bu

stratejiyi kullanmakta sıklıkla zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (Diedrich ve arkadaşları, 2016). Bu açıdan bu çalışmada majör depresif bozuklukta bilişsel yeniden yapılandırmanın etkinliğinin hazırlık stratejileri olarak öz-şefkat ve duygu odaklı kabul kullanımı yoluyla artırılıp artırılamayacağı incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini majör depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 54 katılımcı ile oluşturulmuştur. Deneysel yöntem ile kurgulanan çalışmada zamana yayılarak depresif ruh hali indüklenmiştir. Her depresif ruh hali indüksiyonundan sonra katılımcı bireylerden depresif ruh hallerini düzenlemek adına ya bekleme ya da öz-şefkat, kabul veya bilişsel yeniden değerlendirme (bilişsel yeniden yapılandırma) ile düzenleme stratejilerini kullanmaları talimatı verilmiştir. Depresif duygudurum her duygudurum indüksiyonu ve düzenleme periyodundan önce ve sonra araştırmacılar tarafından görsel bir analog skalada değerlendirilmiştir. Sonuçlar ise bir hazırlık stratejisi olarak öz-şefkati deneyimleyen bireylerin yeniden değerlendirme öncesi bekleme talimatı verilenlere göre yeniden değerlendirme sırasında depresif duygudurumda önemli ölçüde daha fazla oranda azalma yaşadıklarını göstermiştir. Depresif duygudurumda gözlenen bu azalma oranı ise kabulü bir hazırlık stratejisi olarak kullanan bireylerde sonraki yeniden değerlendirme sırasında bekleme koşulundakilere kıyasla yaşanmamıştır. Tüm bu bulgular bilişsel yeniden değerlendirmenin (bilişsel yeniden yapılandırma) etkinliğinin diğer duygu düzenleme yolları ile arttığına dair kanıt sağlamaktadır. Diedrich ve arkadaşları (2016) depresif bireylerde bilişsel yeniden değerlendirmenin (bilişsel yeniden yapılandırma) kullanımından önce işlevselliğini arttırmak adına öz-şefkatin deneyimlendiği uygulamaların kullanımının yarar sağlayacağını öne sürmektedirler.

Yaşlı nüfusta gözlenen intihar girişimlerinin arka planında depresyon öyküsü bulunduğu bildirilmektedir (Eker ve Noyan, 2004). Ruminatif düşüncenin depresyon ile olan ilişkisi göz önüne alındığından öz-şefkatin yaşlı popülasyon üstündeki koruyucu etkisi dikkate değerdir. Bu açıdan Imtiaz ve Kamal (2016) tarafından yapılan çalışma örnek verilebilir. Imtiaz ve Kamal (2016) Pakistan’da yaşayan yaşlı popülasyonunda ruminasyon, iyimserlik, psikolojik iyi oluş açısından öz-şefkatin yordayıcı rolünü araştırmıştır. Çalışmanın örneklemini 60-90 yaş aralığında bulunan

209 yaşlı birey ile oluşturulmuştur. Örnekleme oluşturan bireylerin öz-şefkat düzeyleri, ruminatif tepkileri ve psikolojik iyi oluşları ölçekler yardımı ile belirlenmiştir. Çalışmadan alınan veriler öz-şefkatin iyimserliği önemli ölçüde yordadığını göstermiştir. Kendine şefkat gösterebilmenin yaşlı insanlarda ruminatif eğilimler ile başa çıkmada önemli bir faktör olduğunu ifade eden bu çalışma öz-şefkatin psikolojik iyi oluşa katkı sağladığını göstermektedir.

Krieger, Berger ve Holtforth (2016) önceki kesitsel çalışmaların, öz-şefkat ve depresif semptomların sürekli olarak negatif yönde ilişkili olduğunu gösterdiğini ve öz-şefkat eksikliğinin depresif semptomlardan önce geldiğini örtük olarak varsayıldığını ancak şimdiye kadar çalışmalarda öz-şefkat eksikliğinin depresif semptomların bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu olduğunu veya her ikisi olup olmadığını test etmediğinin belirterek çalışmalarının arka planındaki amacı açıklamışlardır. Bu karşılıklı etkileri incelemek için ayaktan tedavi gören 125 depresyon hastasına sınırlı bir bilişsel davranışçı psikoterapi uygulamışlardır. Psikoterapi sürecinin hemen ardından katılımcı bireylerin öz-şefkat düzeyleri ve depresif semptomları öz-bildirim ölçümleri ile alınmıştır. Bunun yanında takip ölçümleri yapılmıştır. Takiplere göre 6 ve 12 ay sonra majör depresif bir epizodun varlığını değerlendirmişlerdir. Çalışmadan elde edilen veriler çapraz gecikmeli panel analizleri ile değerlendirilmiş ve öz-şefkat eksikliğinin otoregresif etkileri kontrol ederken sonraki depresif semptomları önemli ölçüde öngördüğünü buna karşın depresif semptomların sonraki öz-şefkat düzeylerini öngörmediğini saptamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre öz-şefkatin depresyonu yordadığı depresyonun ise öz-şefkati yordamadığı görülmüştür. Bu sonuçların aynı zamanda öz-şefkat ile majör depresif epizodun varlığı arasındaki ilişki için geçerli olduğu bulunmuştur. Çalışmalarının sınırlılıkları ile sonuçlardan nedensellik çıkarılamayacağını belirten araştırmacılar bu sonuçlara rağmen depresif belirtiler ile öz-şefkat ilişkisinde üçüncü bir değişken ortaya konulduğunda negatif ilişkinin daha net açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları öz-şefkat eksikliğinin depresyon için bir kırılganlık faktörü olarak rol oynayabileceğini göstermektedir. Krieger ve arkadaşları (2016) öz-şefkati geliştirmenin depresyon önlem programlarında ve tedavi protokollerinde odaklanılmayı hak eden değerli bir müdahale olduğu fikrini

destelemektedir. Mevcut bulgular ışığında Krieger ve arkadaşları (2016) ağırlaştırıcı koşullara rağmen depresyondaki bireylerin kendilerini destekleyici özelliği bulunan tedavilere katılmaları depresyon tedavisinin iyileştirilmesi ve nüksün önlenmesi için değerli bir aday olabileceğinden öz-şefkatin gelecekte yapılacak olan depresyon araştırmalarında özel bir ilgiye layık olduğunu dile getirmişlerdir.

3.6. Türk Alan Yazınında Yer Alan Öz-Şefkat ve Depresyon İlişkisinin İncelendiği Çalışmalar

Deniz ve Sümer (2010) farklı öz-şefkat düzeylerine sahip olan üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek adına bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın örneklemini 523 üniversite öğrencisi ile oluşturulmuştur. Çalışmanın sonuçları ile öz-şefkat seviyeleri yükseldikçe bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşmekte olduğu saptanmıştır. Yüksek öz-şefkat seviyesine sahip üniversite öğrencileri düşük öz-şefkat düzeyine sahip olanlara göre stresi ve depresyonu daha az deneyimledikleri gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen diğer bir bulguya göre yüksek öz-şefkat düzeyi ile anksiyete arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

Bayramoğlu (2011) öz-şefkatinin psikopatoloji ile olan ilişkisini incelemiştir. Çalışmada psikopatoloji olarak depresyon ve anksiyete ele alınmıştır. Psikopatolojileri açısından olumsuz ilişki içinde olması beklenen depresyon, anksiyete ve öz-şefkat kavramı ile hipotez oluşturulmuştur. Bu ilişkinin incelenmesi sırasında aracı değişkenlerin rolünü saptamaya çalışan araştırmacı yaşantısal kaçınma ve üst-bilişi aracı değişkenler olarak belirlemiştir. Çalışma 419 üniversite öğrencisinden oluşan örneklem ile yürütülmüştür. Çalışmanın sonuçları ile öz-şefkatin depresyon ve anksiyete ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öz-şefkatin depresyon ve anksiyete ile olan negatif ilişkisinde yaşantısal kaçınmanın tam aracı değişken olduğu görülmüştür. Üst-bilişin ise yaşantısal kaçınma kadar güçlü bir aracı olmamakla beraber öz-şefkatin depresyon ve anksiyete ile olan ilişkisine aracılık ettiği saptanmıştır.

Özyeşil ve Akbağ (2013) yaptıkları ampirik çalışma ile öz-şefkat depresyon, anksiyete ve stres üzerindeki yordayıcı gücünü incelemiştir. İlişkisel araştırma modeli ile tasarlanan bu çalışmada örnekleme 522 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler katılımcıların öz-şefkat, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek adına yapılan öz bildirim ölçeklerinden alınmıştır. Yapılan korelasyon analizine göre bireylerin öz-şefkat düzeyleri depresyon, anksiyete ve stres puanları ile negatif yönde ilişki göstermektedir. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre ise öz-şefkat düzeylerinin depresyon puanlarındaki toplam varyansın %18'ini, anksiyete puanlarındaki toplam varyansın %14'ünü ve stres puanlarındaki toplam varyansın %21'ini açıkladığı bulunmuştur. Yapılan tüm analizlere göre bu çalışma öz-şefkatın depresyon, anksiyete ve stresin yordayıcı faktörü olarak rol oynadığını vurgulamıştır.

Kıcalı (2015) öz-şefkat ve tekrarlayıcı olumsuz düşünmenin depresyon ve olumsuz duygulanımla olan ilişkilerini incelemiştir. Aracı değişkenli regresyon analizi ile kurgulanan çalışma 250 üniversite öğrencisinden oluşan örneklemden alınan veriler ile yürütülmüştür. Çalışmanın sonuçları ile öz-şefkatın depresyon ve olumsuz duygulanım ile istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Tekrarlayıcı olumsuz düşünmenin ise depresyon ve olumsuz duygulanım ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdiği anlaşılmıştır. Öz-şefkatın depresyon ve olumsuz duygulanım ile olan negatif ilişkisinde tekrarlayıcı olumsuz düşünmenin kısmi rollü bir aracı değişken olduğu ise çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç olmaktadır.

3.7. Bilinçli Farkındalık Uygulamalarının Koruyuculuğuna ve Müdahalelerin İyileştirici Mekanizmalarına Dair Yapılan Çalışmalar: Öz-Şefkat Vurgusu

Carmody ve Baer (2007) çalışmaları ile Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programını 174 yetişkinden oluşan bir örnekleme uygulamıştır. Evde bilinçli farkındalık meditasyon egzersizleri (mindfulness meditation exercises) uygulanması ile bilinçli farkındalık düzeyleri, tıbbi ve psikolojik semptomlar, algılanan stres düzeyleri ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesini amaçlayan bu çalışmada stres ile ilgili problemler yaşayan, hastalık tanısına sahip,

anksiyete ve kronik ağrı yakınmaları olan bireyler 8 oturumdan oluşan grup müdahalesine dahil edilmiştir. Medikal ve psikolojik semptomlar ise somatizasyon, obsesyon, kompulsiyon, anksiyete, fobik kaygı, paranoya ve depresyon olarak belirlenmiştir. Katılımcılar grup müdahalesinden önce ve sonra olmak üzere bilinçli farkındalık, algılanan stres, yakındıkları semptomları ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi adına çeşitli ölçümleri tamamlamıştır. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının bitimi ile bilinçli farkındalık ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde artışlar gözlenirken tıbbi ve psikolojik semptomlarda azalma olduğu anlaşılmıştır. Formal meditasyon egzersizleri (beden taraması, oturma meditasyonu ve yoga) ile bu egzersizleri uygulamak adına kullanılan sürenin, bilinçli farkındalığın birçok yönünün çeşitli tıbbi ve psikolojik semptomların ve iyi oluş hali ölçümlerinde iyileşmenin boyutları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu görünmüştür. Carmody ve Bear (2007) çalışmaları ile bilinçli farkındalık meditasyon uygulamalarının bilinçli farkındalık düzeyinde artışa yol açtığını ve bu yolla tıbbi ve psikolojik semptomların azalmasına, psikolojik iyi oluştaki iyileşmenin meydana gelmesine yol açtığını ifade etmektedirler.

Williams (2008) bilinçli farkındalık (mindfulness), depresyon ve zihin modları adlı makalesinde mükemmeliyetçilik, ruminasyon, kendini olumsuz görme ve kendini yalıtmanın bilinçli farkındalık uygulamaları ile kontrol altına alınabildiğini bu yolla depresif semptomlara karşı bir başa çıkma metodu sağladığından bahsetmektedir.

Literatürde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının öz-şefkat ile olan ilişkisinin incelendiği bir çalışma 2010 yılında yayınlanmıştır. Birnie, Speca ve Carlson (2010) tarafından yürütülen çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programına katılan katılımcıların müdahale bitiminden sonra öz-şefkatlerinin belirgin bir düzeyde gelişmiş olduğu görülmüştür. Birnie ve arkadaşları (2010) öz-şefkatin Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının temel unsuru olan bilinçli farkındalık ile teorik bağlantıları olduğunu belirterek çalışmalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının öz-şefkat üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Bunun yanında bu çalışmada müdahaleden önce ve sonra katılımcılardan alınan ölçümler ile stres

belirtileri, duygudurum bozukluğu semptomları, bilinçli farkındalık, empati ve maneviyat üzerinde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının etkileri incelenmiştir. Programa katılımdan sonra katılımcıların stres belirtilerinde ve duygudurum bozukluğuna dair semptomlarında önemli ölçüde azalmalar gözlenmiştir. Bilinçli farkındalık düzeylerinin program sonrasında arttığı gözlenmiştir. Empati açısından ise perspektif almada önemli bir artış ve kişisel sıkıntıda önemli azalma gözlenmiştir. Maneviyat duygusunun ise artışı gözlenmiştir. Alınan bir diğer sonuç ise Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programı öz-şefkati belirgin ölçüde arttırdığı yönünde olmuştur. Öz-şefkat düzeylerindeki değişimlerin bilinçli farkındalık düzeylerindeki değişiklikler tarafından yordandığı anlaşılmıştır.

Kuyken, Watkins, Holden, White, Taylor, Byford, Evans, Radford, Teasdale ve Dalgleish (2010) isimlerinin yer aldığı bir araştırma grubu Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının değişim mekanizmalarını ele alarak bu müdahalenin iyileştirici etkisinin nasıl bir yol ile olduğunu incelemişlerdir. Bu çalışma ile Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının tedavi edici etkilerine tedavi boyunca bilinçli farkındalığın ve öz-şefkatin artırılmasının ve tedavi sonrasında bilişsel reaktivitedeki değişikliklerin aracılık edip etmediği sorusuna yanıt aranmıştır. Bu çalışmanın verileri Kuyken ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen tekrarlayan depresyonda nüksetmeyi önlemek adına Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programını antidepresan tedavisi ile karşılaştıran randomize kontrollü çalışmaya dahil edilmiştir. Bilinçli farkındalık ve öz-şefkat düzeyleri Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) müdahalesinden önce ve sonra değerlendirilmiştir. Geçmiş öyküsünde üç depresif epizodu bulunan ve antidepresan ile tedavi edilen 123 hasta antidepresan ilaç tedavisi grubuna ya da müdahale grubuna randomize bir şekilde atanmıştır. Terapi programına dahil olan katılımcıların deney koşulunda antidepresan tedavinin kesilmesini gerektiren biçimde müdahale uygulanmıştır. Antidepresan tedavisi koşulunda yer alan katılımcılarda ise takip süresi boyunca ilaç dozları sürdürülmüştür. On beş aylık takip süreci boyunca bireylerin depresif semptomları ve nüks ile nüks riskleri değerlendirilmiştir. Bilişsel reaktivite veya tepkisellik

laboratuvar ruh hali indüksiyonu ile incelenmiştir. Terapi müdahalesi ile bilişsel reaktivite ile sonuç ve düşümsel çıkarımlar arasındaki ilişkinin doğasının değişmiş olduğu ve depresif düşüncelerin yerini işlevsel olan düşüncelerin aldığı gözlenmiştir. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının ortaya çıkardığı iyileştirici etkilerine tedavi boyunca bilinçli farkındalığın ve öz-şefkatin artırılmasının aracılık ettiği anlaşılmaktadır. Sonuçlar ışığında Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının tedavi edici ve iyileştirmede rol oynayan değişim mekanizmalarının depresif düşüncenin tepkisel oluşu ile olumsuz çıkarımlar arasındaki ilişkinin ayrıştırılmasıyla birlikte artan öz-şefkat ve bilinçli farkındalık düzeylerinin aracı rolü olduğu söylenmektedir. Kuyken ve arkadaşları (2010) bu ayrışmanın tedavi boyunca devam eden öz-şefkat gelişimi ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Gu, Strauss, Bond ve Cavanagh (2015) Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının zihinsel sağlık ve iyi oluş üstünde nasıl bir iyileştirici rol oynadığı noktasında literatürde yer alan arabuluculuk çalışmalarının (mediationstudies) sistematik bir incelemesini içeren bir meta-analiz yürütmüşlerdir. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin altında yatan potansiyel psikolojik mekanizmaları belirlemek ve araştırma bulgularının tutarlılığını değerlendirme amacı güden bu meta-analizde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin klinik sonuçlar üzerindeki etkiye aracılık edip etmediği incelenmiştir. Meta-analiz çalışmasında iki aşamalı meta-analitik yapısal eşitlik modellemesi ile nicel sentez kullanılmıştır. Meta-analiz sonuçları ile bilişsel ve duygusal tepkisellik için güçlü ve tutarlı kanıtlar, bilinçli farkındalık, ruminasyon ve endişe için orta ve tutarlı kanıtlar bulunmuştur. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin altında yatan mekanizmalar incelendiğinde ise öz-şefkat ve psikolojik esneklik ön kanıtlar olarak belirlenmiştir. Ancak bu ön kanıtların yeterliliği tartışılabilir olarak ifade edilmiştir. Çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programlarının yararlı etkileri ile arkasında yatan olası mekanizmalar bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin teorik alt yapısı ve çalışma biçimlerine dayalı olarak ele alınmıştır. Çalışmanın tüm verileri incelendiğinde bu olası mekanizmaların

bilinçli farkındalık (mindfulness), tekrarlayan olumsuz düşünme, ruminatif düşünme, yeniden algılama, kaçınma, tepkisellik gibi bir dizi değişkene dair iyileştirmeleri içerdiği görülmüştür. Öz farkındalık, öz-düzenleme, psikolojik esneklik, dikkat kontrolü, dikkatin düzenlenmesi, içsel değerlerin farkına varılması, beden farkındalığı, zihin ve bedenin bir bütün olarak ele alınması, gevşeme, duygu düzenleme, şefkat, öz-şefkat ve iç görü üzerine olan uygulamaların bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin işlevsel mekanizmaları olduğu anlaşılmıştır.

Schroevers, Tovote, Snippe ve Fleer (2016) yaptıkları pilot randomize kontrollü çalışma ile bir veya birden daha fazla kronik somatik hastalığı bulunan depresif belirtilerden yakınan hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının bireysel ve grup ile uygulanan versiyonlarının depresif belirtiler üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışmaları ile aynı zamanda anksiyete, pozitif iyi oluş, bilinçli farkındalık ve öz şefkat gibi ikincil sonuçlar üzerinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkilerini incelemişlerdir. Çalışmanın katılımcı grubunu 18-70 yaş aralığında bulunan 56 birey oluşturmuştur. Katılımcılar randomize bir şekilde bireysel terapi programına ve grup ile uygulanan programa atanmıştır. Çalışmadan edinilen veriler müdahale öncesi ve müdahale sonrası olmak üzere 3 aylık bir takip şeklinde ayrı zamanlarda toplanmıştır. Çalışma sonuçları incelendiğinde Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) bireysel veya grup ile uygulandığında depresif belirtileri azaltmaktadır. İki farklı uygulama biçimi bedensel hastalığı olup depresif yakınmaları bulunan hastalar için anlamlı sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Çalışmanın ikincil sonuçlarına gelindiğinde ise pozitif iyi oluş, bilinçli farkındalık ve öz-şefkat düzeyleri müdahale uygulanması ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki gösterirken anksiyete düzeyinde belirgin azalma saptanmıştır. Bu sonuçlara göre Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) bireysel ve grup uygulamalarının somatik belirtili bir rahatsızlığı olan bireylerde depresif belirtileri ve anksiyete düzeyleri açısından azaltıcı bir etki yaratırken bilinçli farkındalık ve öz şefkat düzeylerinde artışa neden olarak pozitif iyi oluşa katkı sağladığı söylenebilir.

Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere bilinçli farkındalık temelli programlar öz-şefkat düzeyini arttırıcı bir etki ortaya çıkarmaktadır ve bu bilgi bilinçli farkındalığın ve öz-şefkatin birbirini destekleyici olduğunu gösterir nitelikte değer taşımaktadır.

Goldberg, Tucker, Greene, Davidson, Wampold, Kearney ve Simpson (2018) psikiyatrik bozukluklar için bilinçli farkındalık temelli müdahaleleri inceleyen araştırmalara dair sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasını yürütmüşlerdir. Klinik popülasyonlar için bilinçli farkındalığa dayalı müdahalelerin (mindfulness-based interventions) bozukluğa özgü semptomlar üzerindeki etkinliğini inceleyen bu çalışmada göreceli etkinliklerine göre müdahalelerin değerlendirilmesi adına karşılaştırma grubu olarak beş kategori oluşturulmuştur. Bu kategoriler tedavi yapılmayan, minimal tedavi, spesifik olmayan aktif kontrol, spesifik aktif kontrol ve kanıta dayalı tedavi olarak belirlenmiştir. Meta-analize toplamda 142 araştırmadan 12.005 katılımcı dahil edilmiştir. Yapılan analizlere göre tedavi sonrasında bilinçli farkındalık temelli müdahaleler tedavi yapılmayan, minimal tedavi, spesifik olmayan aktif kontrol ve spesifik olan aktif kontrol koşullarına göre daha üstün bulunmuştur. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin etkinliği ise kanıta dayalı diğer tedavilerden farklı bulunmamıştır. Spesifik bozukluk alt grupları üzerinde bilinçli farkındalığa dayalı müdahalelerin etkinliği incelendiğinde ise depresyon, ağrı durumları, sigara içme ve bağımlılık bozuklukları açısından tutarlı destekleyici kanıtlar elde edilmiştir. Araştırmacılar bu meta-analizin sonuçları ile bilinçli farkındalığın depresyon için kullanımına ilişkin en net kanıtları elde ettiklerini ifade etmektedir. Goldberg ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmanın sonuçlarının bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin (mindfulness-based interventions) kanıta dayalı tedaviler olarak umut vaat ettiği fikrini desteklediğini belirtmişlerdir.

Querstret, Morison, Dickinson, Copley ve John (2020) iyi oluş ve psikolojik sağlık açısından Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) etkinliklerini incelemek amacı güderek 2006 ve 2019 yılları arasında klinik olmayan örneklemeler ele alınarak yürütülen 49 araştırmanın sistematik inceleme ile meta-analiz çalışmasını gerçekleştirmişlerdir.

Meta-analizden alınan sonuçlara göre bilinçli farkındalık temelli programların her ikisi depresyon ve anksiyete semptomlarını belirgin ölçüde azaltmaktadır. Alınan diğer sonuçlara göre bilinçli farkındalık temelli programlara katılan bireylerin algılanan stres seviyelerinde önemli ölçüde düşüş gözlenmiş ve bunun yanında ruminasyon belirtileri azalmıştır. Meta-analiz bulgularına göre anlaşılmaktadır ki bilinçli farkındalık temelli programlar (MBSR ve MBCT) bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyini arttırmakta ve böylelikle yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki göstermektedir.

Klinik olmayan örneklem üzerinde gerçekleştiren bir başka çalışma Sado ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın katılımcıları belli bir kritere göre çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kritere göre 20 ile 65 yaş aralığında bulunan bireylere Yaşam Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Ölçekten 25 puan ve daha düşük puan alan bireyler deney ve kontrol grubuna randomize olarak dağıtılmıştır. Çalışmanın deney grubunda yer alan katılımcılara Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcılar ise bekleme listesinde kalmış terapi programına dahil olmamışlardır. Sonuçlar incelendiğinde müdahale programlarına dahil olmayan kontrol grubuna kıyasla Bilinçli Farkındalık Temelli Terapi (MBCT) programı uygulanan bireyler Yaşam Doyum Ölçeği'nden aldıkları başlangıç skorlarına kıyasla psikolojik dayanıklılık, öz saygı, yaşam doyumu, bilinçli farkındalık ve şefkat gibi değişkenlerden aldıkları müdahale sonrası yeni skorlarında anlamlı düzeyde yükselme olduğu görülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu çalışma ile bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin majör depresyonun tedavisinde kullanımını ele alınmış ve depresyonun hangi aşamasında müdahalelerin hangi mekanizmalar ile işlediği üzerinde durulmuştur. Bu amaçla literatür içinde nükseden ve kronikleşen depresyona karşı etki mekanizması ile öne çıkan bir müdahale biçimi olan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ele alınmıştır. Bilinçli farkındalığın kuramsal yapısını pratik bir müdahale biçimine dönüştürmesi ve tıbbi tedavilere eklenebilen yöntemiyle psikoloji alanına yeni bir bakış açısı getiren Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn aslında tüm bilinçli farkındalık yaklaşımlarının öncüsü olmuştur. Bunu dikkate alarak bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların ilk çıkışı olan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) etkinliğini inceleyen ana çalışmalar öncelikli olarak derlenmiştir. Literatür taramasının devamında ise Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının daha önce depresyon yaşamış fakat tekrarlayan ataklar ile depresyon döngüsüne tekrar dönmüş olan bireylerin antidepresan tedavisine ya da bilinen diğer terapi yöntemlerinden olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) veya psikoeğitim yöntemleri yerine iyilik hallerini yerine koymak için nasıl bir etkisi olduğunu araştıran çalışmalar derlenmiştir. Bilinçli farkındalık müdahalelerin bir bileşeni olan ve müdahaleler içinde gelişmesinin umulduğu bir kavram bulunmaktadır. İşte bu kavram öz-şefkat olmaktadır. Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin işleyiş mekanizmalarından birinin öz-şefkat olduğu literatürde yer alan çalışmalarda gözlenmiş ve üzerinde durulmuştur. Literatür taraması bu açılardan bilinçli farkındalık uygulamalarının iyi oluşa yaptığı katkıların ve öz-şefkatin öneminin vurgulandığı çalışmaların derlenmesi ile devam etmiştir. Öz-Şefkatli Farkındalık (MSC) programının kişilerin öz-şefkat düzeyini geliştirmesi açısından önemi literatürde görülmektedir. Şefkat kavramını bilinçli farkındalık ile birleştiren bir başka müdahale biçimi ise Bilinçli Farkındalık Temelli Şefkatli Yaşam Programı

(MBCL) olmaktadır. Henüz son yıllarda yapılmış olan sınırlı sayıda olan çalışmalar ile dikkat çeken bu program bilinçli farkındalık programlarının ardından gelen ek bir destek programı olarak değerlendirilebilir. Bu müdahale biçiminin çevrimiçi versiyonun dahi umut veren sonuçlar ile etkisi gözlenmiştir. Bu ise günümüz dünyasına adapte olabilen bir müdahale olması ile dikkat çekicidir.

Klinik psikoloji literatüründe görece yeni olarak kabul edilen bilinçli farkındalık, şefkat, öz-şefkat ve kabul kavramlarının önemi ve etkileri açısından gündün güne tartışılmaya başlanmış ve yıllar içinde araştırmalar artmaya başlamıştır. Yabancı literatür bu anlamda çalışmaların yapıldığı yıllara bakılacak olursa daha eski bir geçmişe sahip görünmekte ve çalışma sayısı açısından yoğun olmaktadır. Türk literatürü içerisinde sınırlı sayıda çalışma olması ile birlikte 2010'lu yıllardan itibaren bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ve öz-şefkat kavramına ilginin arttığı görülmektedir.

Literatür Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) programlarının depresyon ile mücadele eden, başka rahatsızlıkların yanında eşlik eden depresif yakınmaları bulunan (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn ve ark., 1985; Kabat-Zinn ve ark., 1992) veya depresyonun tekrar edici atakları tarafından hayatlarının belli aralıklarından tekrar ziyaret edilen hastalarda (Teasdale ve ark., 1995; Teasdale ve ark., 2000; Williams ve ark., 2000; Ma ve Teasdale, 2004; Kenny ve Williams, 2007; Williams ve ark., 2008; Kuyken ve ark., 2008; Eisendrath ve ark., 2008; Williams ve ark., 2010; Hoffmann ve ark., 2010; Geschwind ve ark., 2011; Keune ve ark., 2011; Piet ve Hougard, 2011) etkinliğini göstermektedir. Klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmaların yanında Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) klinik olmayan popülasyon açısından faydalarının gözlemlendiği çalışmalar alan yazınında karşımıza çıkmaktadır (Querstret ve ark., 2020; Sado ve ark., 2020). Bu çalışmalardan yola çıkarak söylenebilir ki bilinçli farkındalık temelli uygulamalar koruyucu ruh sağlığında değerli görülebilir ve önleme stratejisi olarak toplum sağlığında etkili olabilirler.

Majör depresyon tanısı birey açısından zorlu sonuçlar doğuran yeti yitimine yol açan ciddi bir sağlık problemidir (Aydemir, 2011). Tüm sonuçları ile değerlendirilmesi gereken depresyonun toplum sağlığı için özenle dikkate alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Derlemesi yapılan çalışmalar dikkate alındığında anlaşılmaktadır ki majör depresyonun akut tedavisinin yanında sonradan yapılacak destekleyici girişimler kişilerin yaşam kalitesini arttırabilir ve nüksün önüne geçebilir.

Depresyon tedavisinde kabul gören ve etkinliği kanıtlanan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) etkinlikleri literatürde çeşitli çalışmalar ile kıyaslanmış ve iki terapi uygulamasının benzer etkinlik ile uygulanabilir olduğu gözlenmiştir (Manicavasgar ve ark., 2011; Tovote ve ark., 2017)

Üçüncü kuşak terapi uygulamalarının etkinlikleri ile kanıtlanmış bilimsel temelleri alan yazınında çoğu kez tartışılmıştır. Depresyonun nüksünün önlenmesi ve koruyucu ruh sağlığı müdahalesi olarak bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar klinik müdahale ve psikoterapi süreçlerinde önemini ortaya koymaktadır. Öz-şefkat iyileşmenin sağlanmasında önemli bir bileşen olmaktadır. Bilinçli farkındalık ve öz-şefkat günümüz dünyasınca insanın acılarına karşı farkındalık dolu bir duruş geliştirmesi, her insanın yaşam deneyiminin özel oluşu ve kendi içinde değerler ile bezenmiş olması gerçeğine vurgu yapabilir. Şefkatli bir duruş ile acı ile mücadele edip yıpranmanın değil onu olduğu gibi ele alıp hayatında iyileşmenin mümkün kılınabileceğini göstermesi açısından bilinçli farkındalık ve öz-şefkat insanın acılarına ve yaşamdaki anlam arayışına verilen bir yanıt olabilir.

Öz-şefkat öğretilen bir beceridir (Neff ve Germer, 2013). Bu becerinin bireylere kazandırılması baş etme biçimlerinin ve iyi oluş hallerinin kendi deneyimleri ile olan ilişkilerinin yeniden ele alınması açısından destekleyici olabilir. Öz-şefkat depresyon nüksünde kişiyi korumaya dönük bir işlev gösterirken iyileşmeyi desteklemektedir. Koruyucu ve önleyici girişimlerin içinde bireylerin öz-şefkat seviyelerinin geliştirilmesi yönünde bilinen terapötik yaklaşımlara ek olarak psikoterapistler tarafından öz-şefkati ortaya çıkaran, kişilerin bu kavram ile yakın bir ilişki içinde olmalarını sağlayan pratikler uygulanabilir.

Önceki yaşam dönemlerinde depresyon yaşamış ve nüks riski taşıyan bireylerde öz-şefkat eğitimi, öz-şefkat becerisini artırma yolunda diğer girişimlerin uygulanması toplum sağlığı için önleyici olabilir.

Depresyon ağır psikolojik, sosyal ve toplumsal sonuçları bulunan nihayet noktasında intihar ile sonuçlanabilen çok ciddiye alınması gereken bir sağlık sorunudur. Nükseden depresyon ise bireyler tarafından çok alışagelmış acıların, bilişsel kalıpların yeniden ortaya çıkışı ile çaresizlik düşüncelerini eskisinden yani depresyonun ilk yaşandığı evreden çok daha kolay çok daha hızlı bir şekilde yeniden gün yüzüne çıkarmaktadır. Depresyonun yanında kişilerde duygusal yönden ağır yük oluşturan düşünceler, acı verici duygular öz-şefkat deneyimi ile alındığında bilinçli farkındalık ile açık, yargısız tutum ile görüldüğünde acı ile olan ilişki biçimi değişebilir.

Birnie ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına (MBSR) katılan bireylerin müdahale sonrasında öz-şefkat düzeylerinin belirgin ölçüde arttığı görülmüştür. Bu çalışma ile öz-şefkati geliştirmeye yönelik olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) gerek teorik alt yapısının getirileri açısından gerekse bilinçli farkındalık ile öz-şefkatin birbirleri ile olan yakın ilişkisi açısından tercih edilebilir bir müdahale programı olduğunu göstermektedir.

Krieger ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışma depresyona karşı önleyici bir müdahale olarak öz-şefkati arttıran girişimlerin uygulandığı psikoterapilerin koruyucu ruh sağlığı açısından değerli olduğunun ve önem gösterildiğinde alınacak sonuçların yararlı olabileceği konusundaki klinik görüşü ortaya çıkarması ile dikkat çekmektedir.

4.1. ÖZ-ŞEFKATİN ÖNEMİ

Araştırma bulguları öz-şefkatın psikolojik gelişim ve azalmış psikopatoloji ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Germer ve Neff, 2013).

Öz-şefkat kişinin kendisine ve yaşam deneyimlerine karşılama biçimini değiştirmesi ile kişiye yeni bir iç görüş kazandırmaktadır. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireyler kendilerine karşı anlayışlı yaklaşarak nezaketli davranabilmeleri sayesinde ruminatif düşüncelerin kısır döngüsüne odaklanmak yerine alternatif düşünceleri üreterek bilişsel yeniden yapılandırma sürecine daha yatkın olabilmektedirler (Kurtoğlu ve Başgöl, 2020). Bilişsel müdahaleler aracılığı ile öz-şefkatın öneminin vurgulanması ve öz-şefkat geliştirilmesi adına uygulamalardan yararlanılması bireylere duyguları regüle etme becerileri kazandırması, acı deneyimler ile olan baş etme stratejilerini geliştirmesi ve bilişsel esneklik sağlanması açısından önemli ve dikkate değer görülmektedir (Uyanık ve Çevik, 2020).

4.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN VE ÖZ-ŞEFKATİN İYİLEŞTİRİCİ UNSURLARI

Öz-şefkat ve bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin içinde vurgulanan iyileştirici unsurlar şunlardır: Psikolojik esneklik sağlanması, psikolojik dayanıklılığı arttırması, ruminatif düşüncelerden kurtulma, bakım verme ve yatıştırma mekanizmasının içsel olarak düzenlenmesi duyguları düzenleme yollarını öğretmesi, açık bir farkındalık ile kabul etme becerisini geliştirmesi.

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler duyguları düzenleme yolu ile iyileştirici etkisini ortaya çıkartmaktadır (Ameli, 2016). Williams ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışma Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin (MBCT) ağır depresyon ile mücadele edip deneyimleri ve anıları vasıtasıyla acı çeken bireylerin deneyimi her ne olursa olsun onu ele alış tarzının değiştirilmesinin önemli olduğunu göstermişlerdir.

4.3. ÖNERİLER

Literatürde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerinin altında yatan değişim mekanizması ve iyileştirici unsur olarak ifade edilen öz-şefkat vurgusu dikkate değer görülmektedir (Kuyken ve ark., 2010; Gu ve ark., 2015).

Kuyken ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış olan çalışma Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının tekrarlayan depresyon tedavisinde nüksün ve nüks riskinin önüne geçmesi ve bireylerin hayatlarında işlevselliklerini geri kazanarak iyileşmelerinde tedavi sürecinde nasıl bir aracı ile değişimin ortaya çıktığını ve terapi müdahalesinin iyileşmedeki rolünü göstermesi adına kıymetlidir. Bu çalışma ile görülmektedir ki öz-şefkat gelişiminin desteklenmesi Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) programının ayrılmaz bir parçasıdır. Öz-şefkatin Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) müdahalesindeki iyileştirici, katkı sağlayıcı rolünün anlaşılması ve değişim mekanizması olarak adlandırılması açısından sunduğu kanıtlar ile Kuyken ve arkadaşlarının (2010) çalışması gelecekte yapılacak araştırmalar ve terapistlerin müdahale biçimleri adına önemli olmaktadır.

Bilinçli farkındalık müdahalelerin özü kabul etme üzerine temellenmektedir. Kabul deneyiminin iyileştirici rol görebilmesi kişinin kendine karşı anlayışlı, nezaket duygularını içeren açık ve şefkatli bir tutum geliştirmesine bağlı olmaktadır. Öz-şefkat kişinin kendisi ile olan ilişkisini değiştirmesi olarak ele alınabilir. Bilinçli farkındalık tutumları ile yaşantısına ve deneyimlediklerine karşı açık olabilmek ancak kendine açık olabilmek ile mümkün olacaktır. Kendine şefkat ve bakım verebilmek ise dayandığı bilimsel temeller göz önüne alındığında kişiyi yatıştırarak bir etki ortaya çıkaracaktır. Depresyonun zihinde ortaya çıkardığı ruminatif çıkmaz düşünceler karşısında kişinin kendisine şefkat verebilmesi, öz-şefkati deneyimsel olarak anlayabilmesi oldukça önemli olacaktır. Bu anlamda öz-şefkat öğretilbilir ve geliştirilebilir bir beceri oluşu ile tüm insanlar için depresyonun ortaya çıkardığı birincil acılara ve bu acılardan ötürü acıyı duyumsamamak istememek ile ortaya çıkan ikincil acılara karşın bir önleme ve koruma yolu olabilir.

Depresif nüksetmeyi meydana çıkaran bilişsel reaktivite ürünü olan negatif yükü ağır bilişsel kalıpların fark edilmesi ve bunların yönetilmesi yolunda duyguları düzenlemesi açısından bilinçli farkındalık tutumlarının kullanılması ve öz-şefkatin koruyucu etkisi ile oluşan değişim ve iyileştirici mekanizmanın psikoterapi süreçlerine dahil edilmesi ve deneysel çalışmalar ile test edilmesi gelecekte yapılacak olan çalışmalar adına önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. ve Teasdale, J. D.** (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Ak, M., Kırpınar, İ., Atmaca, M., Yüce, E. Y., Güler, Ö., Kesici, Ş. Ve Kumsar, A. N.** (2020). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi*. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ak, M., Özmenler, K. N. ve Bozkurt, A.** (2006). Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. *Kriz Dergisi*, 14(3), 1-7.
- Alloy, L. B., Peterson, C, Abramson, L. Y. Ve Seligman, M. E. P.** (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 681-687.
- Altunbaş, G., Ercan, S., Davutoğlu, V., Ünal, A. ve Bülbül, F.** (2012). Kardiyovasküler hastalık ve depresyon ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 2(2), 84-90.
- Ameli, R.** (2016). *25 Farkındalık Dersi*, (Çev. Z. Atalay ve K. Ögel). Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan*, (Çev. E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, C. A., Horowitz, L. M. ve French, R. deS.** (1983). Attributional style of lonely and depressed people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 127-136.
- Annagür, B. B. ve Tamam, L.** (2010). Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 4(2), 111-117.
- Arkar, H.** (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Aslan, A. A., Sarı, B. A. ve Kuruoğlu, A.** (2012). Depresif duygudurumdan majör depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri*, 15, 56-64.

- Aslan, S. ve Demir, E. Y.** (2008). Yineleyici ve tek dönem majör depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 11, 61-71.
- Atalay, Z.** (2019). *Şefkat: zorlayıcı duygu ve durumlarla yaşayabilme sanatı*, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.
- Atalay, Z.** (2020). *Bilinçli farkındalık (mindfulness): farkındalıkla anda kalabilme sanatı*, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.
- Atay, İ. M. ve Gündoğar, D.** (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 12(3), 39-52.
- Aydemir, Ö.** (2011). Majör depresif bozuklukta tedavi hedefleri ve tedavinin izlenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1), 1-9.
- Aydın, O., Deveci, A. ve Danacı-Esen, A.** (2012). Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir? *Üroonkoloji Bülteni*, 11(4), 311-315.
- Ayhan, M. O.** (2019). *Depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Bag, B.** (2014). Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 186-198.
- Bakır, V.** (2021). Farkındalık temelli bilişsel terapi: Temel felsefesi, kavramlar, terapötik süreç, eleştiriler ve katkılar. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(1), 21-27.
- Bayramoğlu, A.** (2011). *Self-compassion in relation to psychopathology*. Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Beck, A. T.** (1972). Measuring depression: The depression inventory. In T. A. Williams, M. M. Katz, J. A. Shields (Eds), *Recent Advances in The Psychobiology of The Depressive Illnesses*, National Institute of Mental Health (U.S.), Washington, DHEW Publication.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F. ve Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manuel (The Guilford clinical psychology and psychotherapy series)*, New York, Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. ve Garbin, M. G.** (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, J. S.** (2020). Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi (Çev. M. Şahin ve I. T. Cömert). Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

- Bilgen, İ.** (2021). *Terapide psikolojik esneklik - Kabul ve adanmışlık terapisi*, İstanbul, Epsilon Yayınevi.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B. K., Şar, V., Taycan, O. ve Ulaş, H.** (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264-81.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A. ve Kaufman, J.** (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1575-1583.
- Birnie, K., Speca, M. ve Carlson, L. E.** (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26. 359. 10.1002/smi.1305.
- Bishop, S.** (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. ve Devins, G.** (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Brown, K. W. ve Ryan, R. M. (2003).** The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. ve Creswell, J. D.** (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Burns, D.** (2020). *İyi hissetmek* (Çev. E. Tuncer, Ö. Mestçioğlu, İ. E. Atak ve G. Acar). İstanbul, Psikonet Yayınları.
- Can, E. N.** (2017). *Effects of mindfulness-based skills program on psychological and metacognitive processes in depressive symptoms*. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul.
- Carmody, J ve Baer, R. A.** (2009). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 627-638.

- Carmody, J. ve Baer, R. A.** (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- Chesin, M. S., Benjamin-Phillips, A., Keilp, J., Fertuck, E. A., Brodsky, B.S. ve Stanley, B.** (2016). Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: Preliminary findings. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(8), 642-649.
- Coryell, W., Endicott, J., Andreasen, N. C., Keller, M. B., Clayton, P. J., Hirschfeld, R. M. A., Scheftner, W. A. ve Winokur, G.** (1988). Depression and Panic Attacks: The significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *American Journal of Psychiatry*, 145(3), 293-300.
- Çatak, P. D. ve Ögel, K.** (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri*, 13, 85-91.
- Çelik, F. H. ve Hocaoğlu, Ç.** (2016). Majör depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Demir, V.** (2014). *Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Demir, V.** (2015). Bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi programının bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerine etkisi. *Psikoloji Çalışmaları*, 35(1), 15-26.
- Deng, Y-Q, Li, S. ve Tang, Y-Y.** (2014). The relationship between wandering mind, depression and mindfulness. *Mindfulness*, 5, 124-128.
- Deniz, M. E. ve Sümer, A. S.** (2010). The evaluation of depression, anxiety and stress in university students with different self-compassion levels. *Education and Science*, 35(158), 115-127.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W. ve Berking, M.** (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P. ve Berking, M.** (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1-10.

- Dilbaz, N. ve Çavuş, S. Y.** (2010). Depresyon tedavisinde yetersiz yanıt durumunda güçlendirme tedavileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20(1), 4-14.
- Dilbaz, N. ve Seber, G.** (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138.
- Doğan, S.** (1995). Akılcı-duygusal terapi: Kuramsal bir inceleme. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(6), 29-36.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M. ve McLane, M.** (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 319-320.
- Eker, E. ve Noyan, A.** (2004). Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 2, 75-83.
- Elder, B. L. ve Mosack, V.** (2011). Genetics of depression: An overview of the current science. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 192-202.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. ve Simon, K. M.** (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York, Plenum Press.
- Germer, C. K.** (2019). *Öz şefkatli farkındalık tahrip edici duygularla başa çıkabilmek*, (Çev. H. Ü. Haktanır). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Germer, C. K. ve Neff, K.** (2020). *Öz Şefkatli Farkındalık Uygulama Rehberi*, (Çev. F. T. Altun). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Germer, C. K. Ve Neff, K. D.** (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 1-12.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. ve Fulton, P. R.** (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, Guilford Press.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J. ve Wichers, M.** (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 618-628.
- Gilbert, P.** (2005). *Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach*. In P. Gilbert (Ed) *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, London, Routledge.
- Gilbert, P.** (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.

- Gilbert, P. ve Procter, S.** (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greena, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J. ve Simpson, T. L.** (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60.
- Goldstein, J.** (2002). *One dharma: The emerging Western Buddhism*. San Francisco, HarperSanFrancisco.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. ve Cavanagh, K.** (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Haran, S. ve Aydın, O.** (1995). Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1), 218-222.
- Hayes, S. C.** (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hiçdurmaz, D. ve Öz, F.** (2011). Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 68-78.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. ve Oh, D.** (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Holmans, P., Weissman, M. M., Zubenko, G. S., Scheftner, W. A., Crowe, R. R., DePaulo, J. R., Knowles, J. A., Zubenko, W. N., Murphy-Eberenz, K., Marta, D. H., Boutelle, S., McInnis, M. G., Adams, P., Gladis, M., Steele, J., Miller, E. B., Potash, J. B., MacKinnon, D. F. ve Levinson, D. F.** (2007). Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): Final genome scan report. *American Journal of Psychiatry*, 164, 248-258.
- Hovardaoğlu, S.** (2017). Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon: Yükleme biçimi ölçeği ve beck depresyon ölçeğiyle yapılan bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 33(1-2), 221-230.

- Imtiaz, S. ve Kamal, A.** (2016). Rumination, optimism, and psychological well-being among the elderly: self-compassion as a predictor. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(1), 32-50.
- İbiloğlu, A. O. ve Çayköylü, A.** (2011). Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrıışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 159-165.
- Johnson, E. A. ve O'Brien, K. A.** (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939-963.
- Kabat-Zinn J.** (1994). *Wherever you go there you are*, New York, Piatkus.
- Kabat-Zinn, J.** (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J.** (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J.** (2019). *Yeni Başlayanlar İçin Farkındalık*, (Çev. S. S. Tezcan). İstanbul, Pegasus Yayınları.
- Kabat-Zinn, J.** (2021). *Mindfulness'in İyileştirici Gücü*, (Çev. F. T. Altun, G. Demirci). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. ve Burney, R.** (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. Ve Santorelli, S. K.** (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kara, H., Ağargün, M. Y., Bilgin, H. ve Kınır, F.** (1994). Panik bozukluklarda majör depresyon prevalansı ve majör depresyonun eşlik ettiği hastaların klinik özellikleri. *Düşünen Adam*, 7(4), 23-29.
- Karamustafahoğlu, K. O. ve Karamustafahoğlu, N.** (2000). Obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 10, 26-31.

- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H.** (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kaya, B.** (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Kaya, B. ve Kaya, M.** (2007). 1960'lerden günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 3-10.
- Kenny, M. A. ve Williams, J. M. G.** (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Keune, P. M., Bostanov, V., Hautzinger, M. ve Kotchoubey, B.** (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological Psychology*, 88, 243-252.
- Kıcalı, Ü. Ö.** (2015). *Öz-şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Kırpınar, İ.** (2018). *Genç psikiyatristin el kitabı-psikiyatrik muayene ve semiyoloji*, İstanbul, Psikonet Yayınları.
- Kırpınar, İ.** (2019). *Bilişsel psikoloji kognitif yetiler*, İstanbul, Psikonet Yayınları.
- Killingsworth, M. A. ve Gilbert D. T.** (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330, 932.
- Klein, D. N.** (2010). Chronic depression: Diagnosis and classification. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 96-100.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baetting, I., Doerig, N. ve Holtforth, M. G.** (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44, 501-513.
- Krieger, T., Berger, T. ve Holtforth, M. G.** (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39-45.
- Kul, A. ve Türk, F.** (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16, 3773-3805.

- Kurtoğlu, M. ve Başgöl, Ş. S.** (2020). Koruyucu faktör olarak öz-şefkat üzerine bir derleme çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 56-65.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. ve Teasdale, J. D.** (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D. ve Dalglish, T.** (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Levenson, J. L., Hamer, R., Silverman, J. J. ve Rossiter, L. F.** (1986). Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay: A pilot study. *Int'L. J. Psychiatry in Medicine*, 16(3), 231-236.
- Ma, S. H. ve Teasdale, J. D.** (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- MacBeth, A. ve Gumley, A.** (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Maddock, R. J. ve Blacker, K. H.** (1991). Response to treatment in panic disorder with associated depression. *Psychopathology*, 24, 1-6.
- Manicavasgar, V., Parker, G. ve Perich, T.** (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as an treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 130, 138-144.
- Nalbantoğlu, D.** (2015). Ruh sağlığında görünmeyen-ödenmeyen kadın emeği. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 57, 10-12.
- Nas, E. ve Sak, R.** (2020). Merhamet ve merhamet odaklı terapi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 64-84.
- Neff, K.** (2021). *Öz Şefkat: Kendine Nazik Olmanın Kanıtlanmış Gücü*, (Çev. E. Güldemler). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Neff, K. D.** (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

- Neff, K. D. ve Germer, C. K.** (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*,69(1), 28-44.
- Neff, K. D. ve McGehee, P.** (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. ve Rude, S. S.** (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S. ve Kirkpatrick, K. L.** (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B. ve Coryell, W. A.** (1990). Outcome of panic disorder relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 809-818.
- Oktay, S., Merdan-Yıldız, E. D., Karaca-Dinç, P. ve Erden, G.** (2021). Çevrimiçi psikoterapi yöntemlerinin farklı gruplar (yetişkin, çocuk, ergen ve aile) temelinde incelenmesi. *Klinik Psikoloji Dergisi*, doi.org/10.5455/kpd.26024438m000046.
- Ondrejková, N., Halamová, J. ve Strnádelová, B.** (2020) Effect of the intervention mindfulness based compassionate living on the level of self-criticism and self-compassion. *Current Psychology*, doi.org/10.1007/s12144-020-00799-w.
- Öncü, B.** (2006). İntihar eğilimi olan hastaya acil müdahale. *Kriz Dergisi*, 14(2), 31-37.
- Özcan, Ö. ve Çelik, G. G.** (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-120.
- Özer, D., Kocabıyık, A., Girgin, V. ve Demiraslan, P.** (2002). Ergenlerde depresyon: Epidemiyoloji, klinik görünüm, komorbidite, seyir, komplikasyonlar. *Düşünen Adam*, 15(2), 90-96.
- Öztürk, M. O. Ve Uluşahin** (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- Özyeşil, Z. ve Akbağ, M.** (2013). Self-compassion as a protective factor for depression, anxiety and stress: A research on Turkish sample.
- Özyeşil, Z., Arslan, C, Kesici, Ş. ve Deniz, M. E.** (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.

- Pauley, G. ve McPherson, S.** (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice*, 83, 129-143.
- Pazvantoğlu, O., Okay, T., Dilbaz, N., Şengül, C. ve Bayam, G.** (2004). Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 153-160.
- Perker, A.** (2020). *Epiktetos-kendisinin efendisi olmayan hiç kimse özgür değildir*, İstanbul, Destek Yayınları.
- Peterson, C. Ve Seligman, M. E. P.** (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55(2), 237-265.
- Piet, J. ve Hougaard, E.** (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. ve Frágus, S.** (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1838.
- Purser, R. E. ve Milillo, J.** (2015). Mindfulness revisited: A Buddhist-based conceptualization. *Journal of Management Inquiry*, 24(1), 3-24.
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Croypley, M. ve John, M.** (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and wellbeing in non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication. DOI: 10.1037/str0000165
- 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.** (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Rosenthal, M., Lynch, T., & Linehan, M.** (2005). Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder and substance use disorders. *Clinical textbook of addictive disorders*, 615-636.

- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H. U., Ustun, B., Walters, E. E. ve Kessler, R. C.** (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M. E., Lavori, P. W., Lebowitz, B. D., McGrath, P. J., Rosenbaum, J. F., Sackeim, H. A., Kupfer, D. J., Luther, J. ve Fava, M.** (2006). Outpatients requiring one or several treatment steps: A star*d report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.
- Sabancıoğulları, S., Avcı, D., Doğan, S., Kelleci, M. ve Ata, E.** (2015). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 164-172.
- Sado, M., Kosugi, T., Ninomiya, A., Nagaoka, M., Park, S., Fujisawa, D., Shirahase, J. ve Mimura, M.** (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for improving subjective well-being among healthy individuals: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 9(5), 1-12.
- Sargın, M. ve Sargın, A. E.** (2015). “Yaşamaya değer bir hayat” için: Diyalektik davranışçı terapinin gelişimi ve temel ilkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 64-70.
- Schroeveres, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E. ve Fler, J.** (2016). Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7, 1339-1346.
- Schulling, R., Huijbers, M. J., Van Ravesteijn, H., Donders, R., Kuyken, W. ve Speckens, A. E. M.** (2016). A parallel-group, randomized controlled trial into the effectiveness of mindfulness-based compassionate living (MBCL) compared to treatment-as-usual in recurrent depression: Trial design and protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 50, 77-83.
- Schulling, R., Huijbers, M. J., Van Ravesteijn, H., Donders, R., Cillesen, L., Kuyken, W. ve Speckens, A. E. M.** (2020). Recovery from recurrent depression: Randomized controlled trial of the efficacy of mindfulness-based compassionate living compared with treatment-as-usual on depressive symptoms and its consolidation at longer term follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 273, 265-273.

- Schulling, R., Huijbers, M., Jansen, H., Metzemaekers, R., Van Den Brink, E., Koster, F., Van Ravesteijn, H. ve Speckens, A.** (2018). The co-creation and feasibility of a compassion training as a follow-up to mindfulness-based cognitive therapy in patients with recurrent depression. *Mindfulness*, 9, 412-422.
- Selvili-Çarmıklı, Z.** (2018). *Pembe fili düşünme*, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.
- Sertöz, Ö. Ö. ve Mete, H. E.** (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2, 63-69.
- Siegel, D. J.** (2019). Akılgözü. (Çev. L. Arda). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Şahin, E., Şenyurt, M., Babaoğlu, B., Uzun, S. U., Nalbantoğlu, D. ve Zencir, M.** (2016). Denizli ili Honaz ilçesinde yaşayan mavi yakalı kadınlar ile ev kadınlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(1), 29-37.
- Şimşek, T. T., Yümin, E. T., Sertel, M., Öztürk, A. ve Yümin, M.** (2010). Kadın ve erkek yaşlı bireylerde depresyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24(3), 147-153.
- Tanhan, F.** (2014). Öğretmenlerde irrasyonel inançlar ile cinsiyet ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 55-73.
- Teasdale, J. D.** (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2(3), 247-274.
- Teasdale, J. D.** (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research Therapy*, 31(4), 339-354.
- Teasdale, J. D. ve Chaskalson, M.** (2011). How does mindfulness transform suffering? II: The transformation of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 103-124.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. ve Lau, M. A.** (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. Ve Williams, M. G.** (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39.

- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T.** (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
- Torun, F.** (2020). *Depresyon: bilişsel davranışçı terapi ışığında kendine yardım kılavuzu*, İstanbul, Psikonet Yayınları.
- Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Emmelkamp, P.M.G., Links, T.P., Sanderman, R., Fleer, J.** (2017). What works best for whom? Cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms in patients with diabetes. *PLoS ONE*, 12(6), 1-12.
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., Norquist, G., Howland, R. H., Lebowitz, B., McGrath, P. J., Wilson-Shores, K., Biggs, M. M., Balasubramani, G. K. ve Fava, M.** (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in star*d: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163, 28-40.
- Türk Dil Kurumu.** (2021). <https://sozluk.gov.tr>
- Türkçapar, M. H.** (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Türkçapar, M. H.** (2018). *Bilişsel davranışçı terapi: temel ilkeler ve uygulama*, İstanbul, Epsilon Yayınevi.
- Türkçapar, M. H.** (2019). *Fark et, düşün, hisset, yaşa kendi kendine psikoterapi rehberi*, İstanbul, Epsilon Yayınevi.
- Türkçapar, M. H.** (2020). *Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi-depresyon*, İstanbul, Epsilon Yayınevi.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E.** (2011). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Uyamık, N. ve Çevik, Ö.** (2020). Öz-şefkat gelişiminde bilişsel formülasyonun rolü. *International Journal of Current Approaches in Language, Education and Social Sciences*, 2(2), 660-674.
- Uzun, B. ve Kral, T.** (2021). Fark et, anda kal; namıdiğer mindfulness: Farkandalık uygulamalarının dünü, bugünü ve kültüre duyarlılığı. *International Journal of Science and Education*, 4(1), 16-27.
- Ünal, S. ve Özcan, E.** (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-47.

- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P. ve Earleywine, M.** (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Van den Brink, E., Koster, F. ve Atalay, Z.** (2021). *Şefkat Korkaklara Göre Değil*, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J. ve Schurink, G.** (2019). *Mindfulness ve Şema Terapi Uygulama Rehberi*, (Çev. B. Alımcı, S. Çamkıran, B. H. Demir, F. S. G. Alkan). İstanbul, Psikonet Yayınları.
- Vatan, S.** (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Vollrath, M. ve Angst, J.** (1989). Outcome of panic and depression in a seven-year follow-up: Result of the Zurich study. *Acta Psychiatr Scand*, 80, 591-596.
- Williams, J. M. G.** (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.
- Williams, J. M. G., Alatig, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S. ve Goodwin, G.M.** (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Williams, J. M. G., Russell, I. T., Crane, C., Russel, D., Whitaker, C. J., Duggan, D. S., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Crane, R. ve Silverton, S.** (2010). Staying well after depression: Trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 10, 1-10.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. ve Soulsby, J.** (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 150-155.
- Williams, M. ve Penman, D.** (2020). *Mindfulness*, (Çev. B. S. Haktanır). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. ve Kabat-Zinn, J.** (2020). *İyi Hissetme Sanatı*, (Çev. H. Ü. Haktanır). İstanbul, Diyojen Yayıncılık.

- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. ve Riper, H.** (2020). The covid-19 pandemic: The “black swan” for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317 .
- World Health Organization.** (2021). https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- World Health Organization.** (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization.** (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G. ve Günel, B.** (2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 28-34.
- Yavuz, K. F.** (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Yazıcı, O.** (1999). Tedaviye dirençli depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(2), 68-77.
- Yüksel, N.** (1998). Dirençli depresyonların tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 2, 115-119.
- Zisook, S., Lesser, I, Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., Gilmer, W. S., Dresselhaus, T. R., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Trivedi, M. H. ve Rush, A. J.** (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1539-1546.
- Zümbül, S.** (2021). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi: Bir inceleme çalışması. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 155-194.