

**MAJÖR DEPRESYON VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN KİŞİLERDE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERHAN EKİN

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

**MAJÖR DEPRESYON VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN KİŞİLERDE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERHAN EKİN

IŞık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakóltesi, Psikoloji Bölümü, 2013

IŞık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji, Bölümü 2017

**Bu tez, IŞık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi için
sunulmuŐtur.**

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

IŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MAJOR DEPRESYON VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL
DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SERHAN EKİN

ONAYLAYANLAR:

Yrd.Doç.Dr. Hivren Özkol
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi

Prof.Dr. Ömer Saatçioğlu

Işık Üniversitesi

Doç.Dr. Aytül Hariri

Maltepe Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 07.08.2017

Assessment of Cognitive Emotion Regulation Strategies in People with Major Depression and Generalized Anxiety Disorder

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to examine the differences in the individuals at clinical settings with Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder according to their cognitive emotion regulation strategies and compare them with healthy individuals.

Method: This cross-sectional study included 62 people who applied to the psychiatry outpatient clinic in 2 different state hospitals between December 2016 and March 2017. The Sociodemographic Information Form, Cognitive Emotion Regulation Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Scale and Structured Clinical Interview Guideline for DSM-IV-TR Axis I Disorders were applied as researching tools. Collected data from the study were analyzed using SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows program. In the evaluation of the data, one way Anova test were used. The Tukey test was used as a complementary post-hoc analysis to determine the differences after the Anova test. Pearson correlation analysis were applied among the continuous variables of the study. The findings were evaluated at the 95% confidence interval and at the 5% significance level.

Results: As a result of the research, the cognitive emotion regulation strategies of those who had major depression or general anxiety in the clinical setting were found to be consistent with the previous studies in the literature.

Conclusion: Adaptive cognitive emotion regulation scores of the healthy group were found higher than the adaptive cognitive emotion regulation scores of the depression group and the adaptive cognitive emotion regulation scores of the anxiety group. The maladaptive cognitive emotion regulation scores of the depression and anxiety group were higher than maladaptive cognitive emotion regulation scores of the healthy group. The Tukey analysis of which cognitive emotion regulation strategies are used by the groups is revealed. According to the findings of the study, several suggestions have been made that may be useful for future studies.

Keywords: Major Depression, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Emotion Regulation, SCID, Hamilton

Majör Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişilerde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi

Özet

Amaç: Bu araştırmada, klinik ortamda, Majör Depresyon Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış bireylerin, bilişsel duygu düzenleme stratejilerine bakılarak, varsa farklılıkların incelenmesi ve sağlıklı bireyler ile karşılaştırarak farklılıklarına bakılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel bir çalışma olan bu araştırmanın örneklemini Aralık 2016-Mart 2017 tarihleri arasında, 2 farklı devlet hastanesindeki psikiyatri polikliniğine başvuran 62 kişi oluşturmuştur. Araştırma kapsamında veri toplama araçları olarak, Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme kılavuzu uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen bilgiler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Tukey testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonucunda, klinik ortamda majör depresyon veya yaygın anksiyete tanısı almış kişilerin, bilişsel duygu düzenleme stratejileri alanyazıdaki bilgiler ile tutarlı bulunmuştur.

Sonuç: Sağlıklı grubun uyumlu bilişsel duygu düzenleme puanları, depresyon grubunun ve anksiyete grubunun uyumlu bilişsel duygu düzenleme puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete grubunun uyumsuz bilişsel duygu düzenleme puanları, sağlıklı grubun uyumsuz bilişsel duygu düzenleme puanlarından yüksek bulunmuştur. Grupların hangi bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları regresyon analizi yapılarak ortaya konmuştur. Elde edilen bulgular ışığında, ileride yapılacak olan çalışmalar için faydalı olabilecek çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Majör Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Bilişsel Duygu Düzenleme, SCID, Hamilton

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim sırasında yıllarımı en iyi şekilde değerlendirmemi ve onları değerli kılmama yardımcı olan birçok insan var. İlk olarak, bana her daim yardımcı olmuş ve yapıcı fikir ve önerilerini esirgememiş bölüm koordinatörüm Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu'na teşekkür ederim. Yıllar boyunca kendisinin deneyimlerinden yararlanma şansı yakalamış olmak entelektüel olarak tatmin edici ve ileriye yönelik umut vericiydi. Bu araştırmanın geliştirilmesinde katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Hivren Özkol'a desteği için ayrıca teşekkür ederim. Araştırmama olanak sağladıkları için İzmir Kuzey ve İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği'ne ayrıca teşekkürlerimi sunarım. Araştırma verilerinin toplanması sırasında Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi ve Urla Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan psikiyatri uzmanlarına ne kadar teşekkür etsem azdır. Yüksek Lisans eğitimim süresince manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Ali Rıza Altay'a desteği için çok teşekkür ederim. Esas teşekkür etmek isteğim kişiler ise her zaman yanımda olarak beni cesaretlendiren ve desteklerini her zaman hissettiğim annem Sema ve babam Soner ile halam Dilek ve eniştem Cumhuriyet'e ne kadar teşekkür etsem azdır. Son olarak bu uzun yolculuk boyunca vermiş olduğu destek için nişanlım Gülsüm'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

Onay Sayfası.....	i
Abstract	ii
Özet	iii
Teşekkür	iv
İçindekiler Listesi.....	v
Tablolar Listesi.....	ix
Kısaltmalar Listesi.....	x

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ	1
1.1. Depresyon	2
1.1.1. Depresyon'un Tanımı	2
1.1.2. Depresyon'un Tarihçesi	3
1.1.3. Depresyon'un Epidemiyolojisi.....	4
1.1.4. Depresyon'un Etiyolojisi	5
1.1.4.1. Depresyon'un Biyolojik Nedenleri	5
1.1.4.1.1. Depresyon'a Neden Olan Genetik Faktörler	5
1.1.4.1.2. Depresyon'a Neden Olan Nörotransmitterler	6
1.1.4.1.3. Depresyon'a Neden Olan Fizyolojik Hastalıklar ve İlaçlar	6
1.1.4.2. Depresyon'un Psikolojik ve Sosyal Nedenleri	7
1.1.5. Depresyon'u Açıklayan Yaklaşımlar	8

1.1.5.1. Beck'in Bilişsel Kuramı.....	8
1.1.5.2. Ellis'in Düşünsel Duygulanımcı Terapi Yaklaşımı.....	9
1.1.5.3. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli.....	9
1.1.5.4. Umutsuzluk Kuramı	10
1.1.6. Depresyon'un Belirtileri	10
1.1.7. Depresyon Bozukluklarının Türleri	11
1.1.8. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-V Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	11
1.2. Anksiyete.....	12
1.2.1. Anksiyete'nin Tanımı	12
1.2.2. Anksiyete'nin Tarihçesi	13
1.2.3. Anksiyete'nin Epidemiyolojisi.....	13
1.2.4. Anksiyete'nin Etiyolojisi	15
1.2.4.1. Anksiyete'nin Biyolojik Nedenleri	15
1.2.4.2. Anksiyete'nin Psikolojik ve Sosyal Nedenleri	15
1.2.5. Anksiyete'yi Açıklayan Yaklaşımlar	16
1.2.6. Anksiyete'nin Belirtileri.....	17
1.2.7. Anksiyete Bozukluklarının Türleri	18
1.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımı ve Belirtileri.....	19
1.2.9. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-V Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	20
1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme	20
1.3.1. Duygu Düzenleme Kavramı	20
1.3.2. Biliş ve Duygu Düzenleme İlişkisi	23
1.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı ve Stratejileri	24

1.3.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi	26
--	----

BÖLÜM 2

2. YÖNTEM.....	32
2.1. Evren ve Örneklem	32
2.2. Veri Toplama Araçları.....	32
2.2.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu.....	33
2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)	33
2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D).....	34
2.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A).....	34
2.2.5. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)	35
2.3. Yöntem	35
2.4. Verilerin İstatiksel Analizi.....	36

BÖLÜM 3

3. BULGULAR.....	37
3.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular	37
3.2. Tanı Grupları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	41
3.3. Tanı Grupları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Arasındaki Analizlere Yönelik Bulgular	46

BÖLÜM 4

4. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	52
---------------------------	----

4.1. Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	52
4.2. Sonuç	62
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
4.4. Öneriler.....	63

5. KAYNAKLAR

6. EKLER

EK A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK B: Sosyodemografik Bilgi Formu

EK C: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

EK D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

EK E: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

EK F: Araştırma İzni (Çiğli)

EK G: Araştırma İzni (Urla)

7. ÖZGEÇMİŞ

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	37
Tablo 3.2. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	39
Tablo 3.3. Kendini Suçlamanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	41
Tablo 3.4. Kabulün Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları.....	41
Tablo 3.5. Ruminasyonun Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	41
Tablo 3.6. Plan Yapmaya Yeniden Odaklanmanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	42
Tablo 3.7. Olumlu Yeniden Değerlendirmenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	43
Tablo 3.8. Olayın Değerini Azaltmanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	43
Tablo 3.9. Felaketleştirmenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları.....	43
Tablo 3.10. Diğerlerini Suçlamanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları	44
Tablo 3.11. Uyumsuz Duygu Düzenlemenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları.	44
Tablo 3.12. Uyumlu Duygu Düzenlemenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları...	45
Tablo 3.13. Duygu Düzenleme ve Majör Depresyon Grubu Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	46
Tablo 3.14. Duygu Düzenleme ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Grubu Arasındaki Korelasyon İlişkisi	47
Tablo 3.15. Duygu Düzenleme ve Sağlıklı Grup Arasındaki Korelasyon İlişkisi.	48

KISALTMALAR LİSTESİ

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SCID: DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

APA: American Psikiyatri Birliği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Ekim 2015'te açıkladığı bildiriye göre; dünya üzerinde yaklaşık 300 milyon kişinin depresyonda olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2015). Bir duygu durum bozukluğu olan depresyon, kişinin günlük hayatını ve insanlarla olan ilişkisinin bozulmasına sebep olarak kişinin hayatını olumsuz yönde etkiler. Sözlük anlamı “kaygı, endişe, sıkıntı” olan anksiyete, kişinin bir durum ya da duyumu tehdit veya tehlike olarak anlamlandırması sonucu, kontrol edemediği duygu ve davranışlar olarak tanımlanabilir (Sungur, 2013). Literatür incelendiğinde duygu kavramı, fizyolojik ve bilişsel öğeleri olan ve bireyin davranışlarını etkileyen duyuşsal haller olarak adlandırılmaktadır (Morgan, 1993).

Kişilerin kaygılarını ve karşılaştıkları zorlukları idare etmede önemli bir rolü olan ve duygusal durumunu düzenlemeye yardımcı olan (Dempsey, 1996), duygu düzenleme; “bir duyguyu azaltmak, korumak veya çoğaltmak için kullanılan tüm stratejilerdir” (Gross, 1998; akt. Çelik, Kocabıyık, 2014). Lazarus'a göre kişiler; duygusal tepkiler geliştirmeden önce, karşılaşılan durumla ilgili öncelikle bilişsel öğeler geliştirdikten sonra, duygusal tepkiler vermektedir (Lazarus 1984). Bu teoriler ışığında ortaya çıkan bilişsel duygu düzenleme stratejileri ise, kişilerin stresli yaşam olayları ile karşılaştıktan sonra ortaya çıkan duygusal ve davranışsal problemlerin giderilmesinde büyük bir rol oynamakta ve deneyimlenen olumsuz olaylardan sonra kişilerin duygu yönetimine yardım etmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001).

Bu araştırmanın amacı, klinik ortamda Majör Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış kişilerin duygu düzenleme stratejilerinin saptanması, benzerlik ve farklılıkların incelenmesi, bu bulguların sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmasıdır.

Duygu düzenleme stratejileri, başa çıkma tutumları ile ilgili yapılmış olan teorilere dayanmaktadır (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001; Lazarus, 1999). Sıkıntı verici problem

ve duyguların ruhsal yollar kullanarak üstesinden gelme olarak tanımlanan Bilişsel Duygu Düzenleme (Ataman ve Dağ 2011; Garnefski ve ark. 2002), bireylerin kimi zamanlarda tehdit edici ya da stres veren yaşam olayları karşısında kullandığı başa çıkma yolları olarak karşımıza çıkmaktadır (Garnefski ve ark. (2001). Yapılan araştırmalara göre; uyumlu ve uyumsuz stratejiler olmak üzere ikiye ayrılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri her psikopatolojide farklılıklar göstererek, her psikopatolojinin işlevsel veya işlevsel olmayan kendine has bir duygu düzenleme stratejisi olduğunu ortaya çıkarmıştır (Ataman ve Dağ 2011; Garnefski ve ark. 2002). Örneğin; kendini suçlama ve düşünceye odaklanma (ruminasyon) depresyon ile yakından ilişkiliyken felaketleştirme çoğunlukla anksiyete bozukluklarında görülmektedir (Martin, Dahlen 2005). Kabullenmenin ise depresyon ve anksiyete semptomları ile negatif korelasyon halinde olduğu görülmüştür (Ataman ve Dağ 2011). Aynı şekilde pozitif yeniden odaklanma stratejilerini kullanan kişilerin daha az depresif belirtiler gösterdiği saptanırken, düşük anksiyete seviyesinin de plana yeniden odaklanma, bakış açısı yerleştirme, pozitif yeniden değerlendirme gibi stratejiler ile doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir (Tuna, 2012).

1.1. Depresyon

1.1.1. Depresyon'un Tanımı

Depresyon kelime anlamı olarak “çökkünlük” demektir ve dünyadaki en yaygın psikiyatrik bozukluktur (Özışık, 2009). Bireyin öz saygısının azalmasına ve ruhsal olarak çökkünlük yaşamasına sebep olur (Koroğlu, 2006).

Işık (1991) depresyonu kedere, üzüntüye benzer bir duygulanım durumu olarak açıklamıştır. Köknel'de (2005) depresyonu kederli duygu durum, karamsar ve kötümser bakış açısı, sıkıntı, umutsuzluk olarak Işık (1991) ile benzer bir şekilde ele almış buna ek olarak, mental ve davranışsal fonksiyonlardaki azalma ve yavaşlama gibi olumsuz etkilerine dikkat çekmiştir.

Depresyonun kabul edilen tek bir tanımı yoktur. Günümüze kadar pek çok araştırmacı depresyonu benzer bir şekilde ancak farklı açılardan ele alarak açıklamaya çalışmıştır. Depresyon, en genel tanımıyla bireyin sosyal etkinliğini ve günlük aktivitelerini

sınırlandıracak ve bozacak düzeyde sahip olunan keder, üzüntü ve melankoli durumudur (World Health Organization, 2004).

Depresyon, bireylerin çevresiyle olan etkileşimini ve bağlarını zayıflatan ve sınırlandıran bir rahatsızlıktır ve bu bağların kopmasına da sebep olabilir. Bireylerin verimini ve etkinliğini önemli ölçüde azaltır. Sosyal hayata ek olarak, bireyin iş hayatında da belirgin zorluklar yaşamasına sebep olur. Dolayısıyla, depresyon bireylerin pek çok alanda verimliliğini olumsuz etkileyen ve önemli sağlık sorunlarına sebebiyet veren; mesleki ve finansal kayıpları da beraberinde getirebilen psikiyatrik bir hastalıktır (Tezcan, 2011).

1.1.2. Depresyon'un Tarihçesi

Depresyon, “de primere” (aşağıya doğru çekmek) fiil köküne sahip Latince “depressus” kelimesinden doğmuştur (Jadhav, 2000). Kelime anlamı, bitkin ve durgun bir yapıya eşlik eden üzüntülü ve kederli ruh halini nitelendirmektedir (Köknel, 2005). Türkçe’ de ise ruhsal çöküntü olarak tanımlanabilir (Jadhav, 2000).

Depresyon ilk kez tıp literatürüne Hipokrat’ın tanımlaması ile geçmiştir. Antik Yunan doktoru Hipokrat, vücutta bulunan dört temel sıvıdan (kan, sarı safra, kara safra ve lenf sıvısı) bahsetmiş olup bunların insan duyguları ile olan ilişkisini açıklamıştır. Hipokrat’a göre bu sıvılardan kara safra ve lenf sıvısı mani, melankoli ve paranoyaya sebep olmaktadır (Tuğrul, 2015). Depresyonu vücutta kara safra miktarının artışı ile ilişkilendiren Hipokrat, hastalığın adını da “melankoli” olarak literatüre kazandırmıştır (Jadhav, 2000). Hipokrat sayesinde ilerleyen süreçlerde melankoli bir terim olarak Antik Roma’nın en önemli doktorlarından Galen tarafından da kullanılmıştır. Rönesans’a kadar dinin toplum üzerindeki etkisi nedeniyle, bilimin ilerleyişi duraksasa ve hastalıklar bilimden uzak bir şekilde ele alınsa da Rönesans ile birlikte, beyin ve vücudun işlevi, yapısı ve hastalıklar beraber ve ilişkili olarak ele alınmaya başlamıştır (Tuğrul, 2015).

Depresyon veya eski adıyla melankoliyi Hipokrat’ın argümanı temelinde, vücut sıvıları ile ilişki olarak ele alanlardan birisi de Timothy Bright’tır. 1856 yılında Melankoli isimli bir kitap yayınlayarak melankoliyi “doğal melankoli” ve “doğal olmayan melankoli” olarak ikiye ayırmış ve belirtilerini durgunluk, karamsar bakış açısı, endişeli davranışlar ve sıkıntılı ruh hali olarak açıklamıştır (Köknel, 2000).

1.1.3. Depresyon'un Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalıkların başında gelir; dünyada %13-20, ülkemizde ise %10 oranında yaygınlık göstermektedir (Köroğlu, 2009). Yapılan çalışmalar depresyonun görülme oranının her geçen yıl artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (Bilgel, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı güncel bilgiler doğrultusunda, dünya çapında 300 milyon depresyon hastası bulunmaktadır (www.who.int). Verilere göre, depresyon 1990 yılında dünyada en yaygın dördüncü hastalık olmasına rağmen, 2020 yılı itibariyle ikinci sıraya yükseleceği öngörülmüştür (Akalm, Cimili ve Kuzhan, 2002).

Depresyon her yaşta görülebilen bir rahatsızlıktır, ancak görülme oranı gençler ve orta yaş grubundaki bireylerde, çocuklar ve yaşlılara göre daha fazladır (Ören ve Gençdoğan, 2007). En çok görüldüğü yaş grubu 25-44 yaş aralığı iken, görülme riskinin en az olduğu yaş grubu 65 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan yaş aralığıdır. Boşanmış, gelir ve eğitim düzeyi düşük ve işsiz bireylerde daha sık görülür (Köroğlu, 2009).

Depresyonun görülme oranı cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir; kadınlarda bu oran %10-25 iken, erkeklerde %5-12 arasında olduğu öngörülmektedir (Köroğlu, 2009). Erkeklerde, kadınlara kıyasla depresyonun görülme sıklığı daha azdır, yapılan çalışmalarda, kadınların depresyona girme oranlarının erkeklere oranla iki kat daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur (Ören ve Gençdoğan, 2007). "Majör depresyon" tanısı alan aileler ile yapılan çalışmalarda da, hastaların birinci dereceden akrabalarında depresyon geçirme riski araştırılmış ve risk oranı erkeklerde %11 iken kadınlarda %18 olarak tespit edilmiştir (Rothschild, 1999).

Depresyon dünyada en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlık olmakla birlikte, hastaların sadece % 25'i depresyona yönelik tedavi almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nden elde edilen veriler, her yıl yaklaşık 850 bin bireyin depresyon nedeniyle intihara yöneldiğini ortaya koymaktadır (www.who.int).

Depresyon temelli intihar girişimi kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Diğer bir taraftan bakıldığında ise, erkeklerin daha ölümcül intihar yöntemlerini uygulaması nedeniyle, tamamlanmış intihar girişimleri açısından erkeklerin oranı kadınlara göre daha yüksektir. İntihar riski en yüksek grup ayrılık yaşayan kişiler (partnerinden ayrılmış veya partneri vefat etmiş), en düşük grup ise bekar ve evli bireylerdir (Köroğlu, 2009).

1.1.4. Depresyonun'un Etiyolojisi

Depresyon, kişinin hayatındaki davranışlarını pekiştiren önemli uyarının ya da uyarıların azalması, davranışsal yöntemlerinin zayıflaması ve kayıplar yaşaması gibi kritik durumlarda ortaya çıkabilmektedir (Seitz,1971).

Karayağız (2013) depresyonu karmaşık bir yapı olarak ele almıştır. Bunun temel sebebi ise, depresyonu tetikleyen veya bir bireyde depresyonun gelişmesine neden olan etmenlerin ve tedavi yöntemlerinin çok çeşitli ve fazla olmasıdır.

Depresyonun sebeplerini ele alırken, tek bir faktöre odaklanmak mümkün değildir. Depresyon sadece biyolojik koşullarla veya psikolojik temeller ile ele alınmamalıdır. Depresyonun sebepleri araştırılırken karşılıklı olarak etkileşime giren pek çok faktör olabileceği göz önünde bulundurularak hareket edilmelidir (Blackburn, 1996). Depresyon kapsamlı bir araştırma alanına sahiptir ve biyolojik, psikolojik ve sosyolojik temelleri bünyesinde barındıran bir duygudurum bozukluğudur (Alper,1999).

1.1.4.1. Depresyonun Biyolojik Nedenleri

Depresyona neden olan biyolojik faktörler üzerine yapılan çalışmalar son yıllarda giderek artmaktadır ve önemli çalışmalar literatüre kazandırılmıştır. Vücut ve beyin fonksiyonlarının depresyon üzerindeki etkilerine yönelik pek çok çalışma yapılmakta; çalışmalar gerek tahliller ve patolojik çalışmalar gerek görüntüleme yöntemleri ile desteklenmektedir. Bu yapılan çalışmalar, literatüre “depresyon ve biyolojik etmenler” hakkında önemli veriler sunmuştur ancak depresyona sebep olan faktörlere dair bilgiler hala yeterli değildir (Beck, 2008).

1.1.4.1.1. Depresyona Neden Olan Genetik Faktörler

Zorlayıcı durumlar ve stresli yaşam koşulları günümüz şartlarında pek çok bireyi etkilemektedir. Ancak, bu gibi durumlarla karşılaşan çoğu kişide depresif semptomlar gelişmez ve depresyon oluşmazken, genetik olarak yatkın kişilerde sıkıntılı ve zorlayıcı durumların depresyona zemin hazırladığı ve depresif semptomları tetiklediği düşünülmektedir (Ünal ve diğerleri, 2002).

Depresyon ve kalıtım ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan aile araştırmaları, duygudurum bozuklukları olan bireylerin birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin

önemli ölçüde yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Birinci derece akrabaların depresyon geliştirme riski, nüfusa göre iki-üç kat daha yüksek bulunmuştur (Öztürk, 1989).

Genetik yatkınlığın etkilerini araştırmak amacıyla evlat edinilen çocuklar ve biyolojik ebeveynlerinin dahil edildiği çalışmalar da yürütülmüştür. Araştırma sonuçları, biyolojik ebeveynlerin depresyon geçmişine sahip olması durumunda, çocuğun yetiştiği yani evlat edinildiği ailede depresyon geçmişi bulunmasa dahi risk altında olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda yapılan ikiz çalışmalarında da genetik faktörlerin etkileri ile ilgili önemli bulgular edinilmiştir; tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma riski %66, çift yumurta ikizlerinde %22'dir (İlhan, 2009). Çalışmalar, yetişkinlerdeki depresyonun %30-40 oranında genetik faktörler ile açıklanabileceğini ortaya koymuştur (Lau ve Eley, 2010).

Depresyon ve genetik nedenler araştırılırken, göz önünde bulundurulması gereken en önemli konu şudur: kalıtsal faktörler bireyin hastalığı geçirmesine sebep olmaz, bireyin hastalığa yakalanma riskini ve yatkınlığını arttırabilir (İlhan, 2009).

1.1.4.1.2. Depresyona Neden Olan Nörotransmitterler

Sinir hücrelerinin, yani nöronların uç kısımlarında sinirsel iletimi sağlamakla görevli “nörotransmitter” olarak belirtilen kimyasal maddeler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, depresyonun oluşmasında bu kimyasal maddelerin yani nörotransmitterlerin etkili olduğunu göstermektedir. Depresyonun gelişmesinde en etkili role sahip olan nörotransmitterler: serotonin, noradrenalin ve dopamindir (Tan, 2008). Bu kimyasal maddelerin etkinliğini yitirmesi ve azalması depresyonun oluşmasına sebep olur (Tan, 2009).

1.1.4.1.3. Depresyona Neden Olan Fizyolojik Hastalıklar ve İlaçlar

Beyin ve vücut fonksiyonlarını etkileyen hastalıklar bireylerde depresyona sebep olabilir. Epilepsi (sara), Parkinson, beyin damar hastalıkları (örn: beyin kanaması ve felç), beyin tümörü ve bunama depresyon riskini arttıran başlıca hastalıklardır (Tan, 2008).

Annagür (2008) kafa travmalarının, geçirilen ameliyatların, enfeksiyon ile ilişkili rahatsızlıkların ve hormonal değişikliklere sebep olan durumların da depresyona sebep olabileceğini belirtmiştir. Hormonel değişikliklerden depresyonun gelişmesine sebep olan başlıca durumlar ve hastalıklar: loğusalık, guatr ve böbrek üstü bezi hastalıklarıdır. Kanseri ve kalp-damar hastalıklarında da, bireylerde sıklıkla depresyon ile karşılaşılabilir (Tan, 2008).

1.1.4.2. Depresyonun Psikolojik ve Sosyal Nedenleri

Üzücü olaylar beyin fonksiyonlarını olumsuz olarak etkiler ve depresyonu tetikleyici rol üstlenir. Ölüm veya ayrılık gibi sevilen bir kişiyi kaybetmeyi içeren baş etmesi zor durumlar bireylerin depresyona girmesine sebep olabilir (Tan, 2008). Hayatımızda önemli bir yere sahip kişilerin, nesnelere veya durumların yitirilmesinin depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir rolü vardır. İş veya itibar kaybı, desteğin azalması veya sevgi bağı olan kişi ile uzaklaşmak ve ayrılmak depresyona yol açan örneklerdir (Demirer, 2009). Bu örnekler haricinde de, çok zor bir durum içermemesine rağmen stresli koşulların birikmesi dolayısıyla da bireylerde depresyon oluşabilir. Depresyon bireyin yatkınlığı ile ilişkili bir hastalıktır, bu nedenle kötü hadiseler veya stresli koşullar sebebiyle herkesin depresyon geliştirmesi beklenemez (Tan, 2008).

Yaşam olayları; “bağımlı” ve “bağımsız” olarak ikiye ayrılır. Bağımlı yaşam olayları; bireyin kontrolünde olan ve kişinin dahil olduğu olayları tanımlar iken, bağımsız yaşam olayları; bireyin kontrolü haricinde gelişen durumlardır. Bağımlı yaşam olaylarına ayrılma ve boşanma örnek verilebilir. Bağımsız yaşam olayları için de ölüm veya doğal afetler örnek oluşturabilir. Bağımlı ve bağımsız yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda, bağımlı yaşam olaylarının depresyon üzerinde yordayıcı bir rolünün olduğu bulunmuştur. Bağımsız yaşam olaylarının ise, yordayıcı gücünün bağımlı yaşam olaylarına göre daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (Kendler, Karkowski ve Prescott, 1999).

Kişilik özellikleri, depresyonun oluşumu üzerinde önemli bir role sahiptir. Benlik saygısı düşük, geleceğe yönelik umutsuz bakış açısına sahip bireyler zorlayıcı yaşam koşullarını olumsuz yorumlama eğiliminde oldukları için depresyona daha yatkındırlar (Haefffel ve Grigorenko, 2007). Öz-yeterlilik ve depresyon arasındaki ilişki de pek çok çalışmaya konu olmuştur. Öz-yeterliliği yüksek bireylerin depresyon düzeyleri daha düşük bulunurken, öz yeterliliği düşük bireylerde sahip olunan bu negatif algının depresyonu tetikleyici ve düzeyini arttırıcı bir faktör olduğu bulunmuştur (Blazer ve Hybels, 2005; Kayri ve Boysan, 2008).

Tan (2008); Aşırı sorumluluk alma eğilimi, kendinden ve başka insanlardan çok şey bekleme, kendine güvenmeme, başkalarına bağımlı olma, onaylanma ihtiyacı hissetme, titiz ve mükemmeliyetçi olma, şüpheli yaklaşımlar sergileme, çekingen olma, hep ya da hiç şeklinde uçlarda bir düşünce yapısına sahip olma, aşırı genelleme, durumları

kişiselleştirme gibi kişilik özelliklerine sahip olunması durumunda depresyon riskinin daha fazla olduğunu açıklamıştır.

Depresyona sebep olan faktörler incelenirken, aynı zamanda depresyon riskini azaltan bazı çalışmalarda yapılmıştır. Eğitimin başarılı bir iş hayatı sağlamaya ek olarak fiziksel ve ruhsal sağlık açısından avantaj sağladığı ve depresyon riskini azalttığı bulunmuştur (Ross ve Mirowsky, 2006). Çevresel faktörler de bireylerin depresyona karşı dayanıklılıklarını arttırmaktadır (Kaufman ve diğerleri, 2006b). Çevre tarafından sağlanan sosyal destek depresyona karşı koruyucu faktörlerden birisidir (Southwick ve Charney, 2012).

1.1.5. Depresyonu Açıklayan Yaklaşımlar

Bilişsel kuram, depresyondaki kişilerin kendilerini, çevresindekileri ve olayları, geleceği olumsuz olarak algıladıklarını ve yorumladıklarını belirtir. Depresyondaki bireyler, durumları değerlendirirken sürekli olarak sergiledikleri, hatalı ancak otomatik olarak oluşan davranış repertuarlarını kullanırlar (Tuğrul, 2015).

Depresyona yönelik kuramlar ele alındığında, en önemlileri Beck'in Bilişsel Kuramı, Ellis'in Düşünsel Duygulanımcı Terapi (Rational Emotive Therapy, RET) Yaklaşımı, ve Seligman, Abramson ve Teasdale'nin (1978) Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli (Learned Helplessness Model) olarak gösterilmektedir (Smith ve ark., 1994; Tobacyk ve Downs, 1986). Ellis 1955 senesinde Düşünsel Duygulanımcı Terapi'yi uygulamaya başlamıştır. Bu gelişme ile birlikte, 1960 ve 1970 yıllarında bilişsel yaklaşımlar ve bu alanda çalışan terapistler giderek artmıştır (Ellis, 2007).

1.1.5.1. Beck'in Bilişsel Kuramı

Depresyonun nedenlerini açıklamak ve tedavi sürecini hızlandırmaya yönelik olarak en çok kullanılan kuram Beck'in bilişsel kuramıdır (Beck, 1995; Freeman, 1992). Beck bilişsel kuramında, depresyonun zihinsel olarak oluştuğunu savunmaktadır ve yaptığı çalışmalarını bu temele dayandırmıştır (Beck, 1972).

Beck (2001)'e göre bireylerin duyguları ve ortaya koydukları davranışları, olayları değerlendirdikleri bakış açıları ve algıları ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Beck'in bilişsel modeline göre, düşünce örüntüleri “temel inançlar”, “ara inançlar” ve “otomatik düşünceler” olmak üzere üç temel başlıkta incelenmelidir (Altıntaş, 2014). Beck, depresyonu ele alırken depresif bireylerin temel inançlarını “sevilmezlik” ve “çaresizlik” olmak üzere iki başlıkta toplamıştır (Aktan, 2009). Ara inançlar, temel inançlardan etkilenirler; kurallar, beklentiler, tutumlar ve varsayımlar ara inançları oluşturur. Otomatik düşünceler ise,

bireylerin zihninde birden bire gün yüzüne çıkarak hem duyguları etkiler hem de davranışlara yön verir (Çakır, 2008).

Beck'e (1976) göre depresyonun temelinde erken gelişim döneminde öğrendiğimiz bazı inançlar, düşünce yapıları ve varsayımlar bulunur ve bunlar “şema” adı verilen yapıyı yani düşünce ve algılar bütünüümüzün temelini oluşturur. Depresyondaki bireylerin şemalarında “değersizlik hissi”, “yetersizlik algısı”, “sevilmeme hissi” ve “başarısızlık beklentisi ve korkusu” bulunur ve depresyonu tetikleyici otomatik düşüncelerin oluşmasına zemin hazırlar.

1.1.5.2. Ellis'in Düşünsel Duygulanımcı Terapi Yaklaşımı

Ellis ilk olarak 1955 yılında, Düşünsel Duygulanımcı Terapi (Rational Emotive Therapy-RET) isimli terapi tekniğini geliştirerek “mantık dışı biliş sistemi” kavramını açıklamıştır. Ellis depresyonun temelinde mantıksal olmayan inançların yattığını savunmaktadır. Ellis'e göre duygusal rahatsızlıkların temel ve en önemli sebebi “mantık dışı biliş sistemi”dir (Daly ve Burton, 1983). Düşünsel Duygulanımcı Terapi Modeli'ne göre depresyondaki bireyler mantıksal olmayan ve rasyonellikten uzak bir düşünce tarzına sahiptirler. Dolayısıyla, karşılaştıkları olayları ve durumları pozitif olarak algılamakta ve yorumlamakta başarılı değildirler (Doğan, 2001). Aynı zamanda, mantık dışı bu bilişler ve düşünceler bireylerin duygularını etkileyerek stres seviyesini arttırmakta ve stresin sürekliliğini korumasına sebep olmaktadır (Çakır, 2008).

Ellis, mantık dışı biliş sisteminin duygular ve davranışlar üzerindeki yansımalarının terapötik süreçler yardımıyla değişebileceğini savunmaktadır. Terapide hedeflenen; mantık dışı inanç ve düşüncelerin yok edilmesi, değiştirilmesi ve bireyin uyumluluğunun artırılmasıdır (Altıntaş, 2014).

1.1.5.3. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Seligman, Abramson, ve Teasdale (1978) tarafından geliştirilen bir modeldir (Hammen, 1988). Depresyonu açıklayan diğer kuramlara göre daha detaylı bir çalışma ve deneysel gözlem çerçevesinde temelleri atılmıştır. Yapılan çalışmalarda, üstesinden gelemeyecekleri zorlayıcı koşullara maruz bırakılan bireyler, tepkileri her ne olursa olsun verdikleri reaksiyonun kendilerine yarar sağlamayacağını öğrenirler (Alloy ve ark., 1984). Bu öğrenilen ve kabullenilen durum neticesiyle bireylerin motivasyonlarında azalma meydana gelirken, bilişsel ve duygusal olarak da olumsuz etkilenirler. Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre, bireyler erken dönemde maruz kaldıkları durumları içselleştirirler ve bunları

değiştiremeyecekleri düşüncesini ve inancını geliştirirler. Bu durum depresyonun temelini oluşturur (Abramson ve ark., 1978).

1.1.5.4. Umutsuzluk Kuramı

Seligman'ın (1978) öğrenilmiş çaresizlik modeline tutumları ilave eden Abramson ve arkadaşları (1990) umutsuzluk kuramını ortaya koymuşlardır. Umutsuzluk kuramına göre Abramson ve arkadaşları (1990), “kişilerin karşılaştığı olumsuz olaya statik, global ve içsel şekilde yüklemeler yapmasının kişilerde aynı yönde tutumlara sebep olduğunu ortaya koymaktadır” (Doğan, 2001.). Umutsuzluk kuramını göre bireyler karşılaştıkları olayları olumsuz olaylar olarak nitelendirdiğinde, algıları olumsuz bir şekilde tutumlarına da yansımakta ve bu durum sonucunda bireyler umutsuz hissetmekteve depresyona girmektedir (Kapçı 1998; aktaran Doğan, 2001).

1.1.6. Depresyon'un Belirtileri

Bireylerin psikolojik yapıları ve işlevsellikleri çevreden gelen uyaranlardan etkilenir ve uyarıcılara göre değişebilir. Dolayısıyla, bireylerin karşılaştıkları olaylar karşısındaki reaksiyonları da, yaşadıkları olayları kendi bireysel deneyimlerine ve algılarına göre yorumlamaları sebebiyle farklılık gösterir (Şenkal, 2013).

Depresyonun belirtileri ve bireyler üzerindeki etkileri kişiden kişiye ve kültürden kültüre farklılaşır (Budak, 2000). Belirtiler aynı zamanda, yaşla birlikte de farklılık gösterir (Köroğlu, 2006).

Depresyonun bir ruhsal bozukluk olarak nitelendirilmesi için uzun süre devamlılık göstermesi ve bireyin günlük aktivitelerini ve işlevselliğini önemli ölçüde zedelemesi gerekir (Budak, 2000). Depresif bireyler, yaşadıklarını “umutsuzluk” ve “çöküntü” olarak tanımlarlar. Depresyondaki bireylerin en önemli özellikleri, durumlara ve konulara yönelik ilgisiz bir tutum sergilemeleridir. Yeme bozuklukları, yetersizlik ve değersizlik hissi, dikkat ve konsantrasyon eksikliği, enerji düşüşü ve bunlara ek olarak ölüm ile ilişkili düşünceler depresyona eşlik eden ve bireylerin günlük hayatını ve işlevselliklerini olumsuz etkileyen belirtilerdir (Geçtan, 2006). Aynı zamanda, uyku bozuklukları; vücut ağırlığında değişiklikler ve cinsel isteksizlik de depresyonun belirtilerinden bazılarıdır (Geçtan, 2006).

Köroğlu (2006) depresyonun belirtilerini bedensel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler ve düşünsel belirtiler olmak üzere dört temel başlık altında toplamıştır. Uyku problemleri, yeme bozuklukları, cinsel istekte bozulmalar ve fizyolojik ağrılar “bedensel belirtiler”dir. Çaresizlik, umutsuzluk hissi, özgüvensizlik, değersizlik hissi, bireyin kendisini suçlaması, ajitasyon, huzursuz bir ruh hali ve daha önce bireyin uğraşları arasında yer alan keyifli aktivitelerden artık zevk almaması “duygusal belirtiler”dir. Bireyin görev ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanması veya getirememesi, öz bakım becerilerinde azalma ve çatışma eğilimi “davranışsal belirtiler”dir. Dikkati toparlamakta güçlük yaşanması ve karar alma kalitesindeki düşüş “düşünsel belirtiler”dir. Depresyon sebebiyle ortaya çıkan belirtiler, bireyin sosyal ve mesleki hayatına ek olarak özel hayatını, bireyin çevresindeki ve bakımından sorumlu kişileri de önemli ölçüde etkilemektedir (Akkaya, 2005).

1.1.7. Depresyon Bozukluklarının Türleri

DSM-V, depresyon bozukluklarını 8 ayrı türde sınıflandırmaktadır. Bunlar; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrual) disfori bozukluğu, maddenin / ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğudur (DSM-V).

1.1.8. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-V Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri

Aşağıda Yeğin Depresyon Bozukluğu belirtileri verilmiştir.

“Aşağıdaki belirtilerden en az beşinin bulunması gerekir, bu belirtiler, aynı iki haftalık dönem süresince, ya çökkün duygudurumu ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamayı (anhedoni) kapsamalıdır” (DSM-V).

Bunlar; günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama, çok kilo verme ya da kilo alma, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, psikodevinsel kıskırma (ajitasyon), bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması, değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları, odaklanmakta güçlük çekme, yineleyici ölüm ya da kendini öldürme (intihar) düşünceleridir (DSM-V).

1.2. ANKSİYETE

1.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, bireyin mevcut koşullar altında muhtemel bir tehdit algılaması veya hissetmesiyle oluşan ve bu tehditi uzaklaştırmak ve yok etmek amacıyla harekete geçmesini sağlayan biyolojik bir uyarıcı; tehdiye karşı geleceğe yönelik geliştirilen bir reaksiyondur. Kimi zaman bir kayıp sebebiyle, kimi zaman ise psikolojik bir iç çatışmadan kaynaklı olarak oluşabilir (Özer, 2006).

Anksiyete bireyde endişe, kaygı, korku, gergin ve huzursuz bir ruh hali yaratır. Bireyi ortamdaki uyaranlara karşı hazırlar ve yanıt vermesini sağlar. Spesifik bir uyaranla ilişkili veya ilişkisiz olarak ortaya çıkabilir (Eşel, 2003).

Anksiyetenin düzeyi bireyin işlevselliğini doğrudan etkilemektedir. Hafif düzeyli anksiyete; dikkat, cesaret ve hem bilişsel hem fizyolojik hız üzerinde pozitif bir etki yaratırken, anksiyete düzeyindeki artış, algılama ve karar alma gibi muhakemeye dayalı bilişsel süreçleri olumsuz olarak etkileyebilir (Akşit ve Cimete, 2001; Dilbaz, 2006; Doğan, 2002).

Anksiyete normal anksiyete ve patolojik anksiyete olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Normal anksiyete, bir tehlike veya tehdit hissedildiğinde kaçma veya savaşma davranışlarını gerçekleştirmek üzere ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve bilişsel reaksiyonların bütünüdür ve aynı zamanda organizmayı koruyan sistemin bir parçasıdır (Stanley ve Beck, 2000). Ancak, anksiyete her zaman bir tehdit veya tehlike algısı sonucu ortaya çıkmayabilir. Tehlike oluşturacak herhangi bir durum veya koşul olmaksızın ortaya çıkarak uzun soluklu bir duygu duruma sebep olabilir ve bireyin günlük hayatını, işlevselliğini ve kişiler-arası ilişkilerini önemli ölçüde zedeleyebilir. Bu durum, patolojik anksiyete olarak değerlendirilmelidir (Uzbay, 2002).

Spielberger (1972) anksiyete kavramını; geleceğe yönelik bir endişe içeren, hoş olmayan bir duygu durumu olan, insana üzüntü veren, sinir sisteminde gerginlik yaratan bir duygu-durum olarak açıklamıştır.

Spielberger aynı zamanda, anksiyeteyi açıklarken “sürekliliğin” önemini vurgulamış ve anksiyetenin sürekliliğine göre “durumsal anksiyete” ve “sürekli anksiyete” olmak üzere iki tür anksiyete tanımlamıştır.

Durumsal Anksiyete; bireyin bulunduğu ortamdaki koşullar ve stres ile ilişkili olarak ortaya çıkan, tehdit veya tehlike algısı sebebiyle oluşan tepkilerdir. Bireyde hoş olmayan bir duygulanıma sebep olur ve üzüntü verir. Sürekli Anksiyete ise; bireyin bulunduğu ortamdaki koşulları genellikle stresli olarak algılaması ve tehdit veya tehlike olarak yorumlaması durumudur. Sürekli anksiyete yaşayan bireylerde, anksiyetenin düzeyi ve yoğunluğu kişiden kişiye farklılık gösterir. Ancak, durumluk anksiyeteye göre daha stabil bir süreç takip eder.

1.2.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete Latince’de "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kelime kökünden türemiştir; Latince “anxietas” kelimesi İngilizce karşılığı olan “anxiety” kelimesinin oluşmasını sağlamıştır. Anxietas; üzüntü, keder, sıkıntı ve rahatsızlık anlamlarının karşılığı olarak kullanılmaktadır. Anksiyete kavramı Türkçe’de de benzer bir şekilde kaygı ve üzüntü kavramlarını karşılamaktadır (Alkın ve Onur, 2007; Marakoğlu ve ark., 2003; akt. Saatçioğlu, 2001).

Kraepelin 1896 yılında, psikiyatrik bozuklukları 13 kategoride ele almıştır. “Psikojenik nevroz” kategorisi anksiyete bozukluklarını sınıflandırmak için atılan ilk adımdır. Freud (1939), psikolojide “anksiyete” kavramını ilk kullanan ve tanımlamasını yapan kuramcıdır. Şiddetli ve kronik anksiyeteyi geliştirdiği “anksiyete nevrozu” kavramı ile ele almıştır. Bu kavram ile birlikte, anksiyete ilk kez bağımsız bir rahatsızlık olarak literatürde yer bulmuştur (Karakula, 1999).

1960 yılı itibariyle, anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda, 1980 yılında DSM III’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması yapılabilmektedir. 20. yüzyılın ikinci yarısı “Anksiyete Çağı” olarak anılmaktadır; bunun temel sebebi bu yılların kuramcılarının anksiyete kavramına fazlasıyla yoğunlaştığı ve üzerine çalışmalar yaptığı bir dönem olmasıdır (Karakula, 1999).

1.2.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, dünya genelinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar, anksiyete bozukluğu

sebebiyle kliniklere başvuran bireylerinin genel psikiyatrik tedaviye başvuranlara oranla daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum literatürde “buzdağı etkisi” olarak belirtilmektedir; Anksiyete bozukluklarının bireylerdeki yansımaları ve belirtileri bir buzdağının üst kısmı gibidir, dolayısıyla diğer psikiyatrik bozukluklara oranla daha hızlı tespit edilebilmektedir (Sürmeli,1997).

Anksiyete bozuklukları, yaşam boyunca % 4,1-6,6 oranında görülmektedir ve anksiyete şikayeti ile başvuran hastaların oranı diğer hastalıklardan 2 kat daha fazladır. Başlangıç belirtileri aşamalı olarak artış gösterir ve 20 yaş öncesi ilk ortaya çıkış dönemidir (Saatçioğlu, 2001; Kaplan ve Sadock, 1998; Rickels ve Schweizer, 1990)

Kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha fazladır; yaşam boyu erkeklerin %19'u kadınların ise %31'i anksiyete bozukluğu türleri nedeniyle tedavi olmaktadır (Kaplan ve Sadock, 1998).

1990 yılı itibariyle, anksiyete bozuklukları daha fazla araştırmaya konu olmaya başlanmıştır. Dünya genelinde pek çok ülkede yapılan çalışmalar sonucunda anksiyete bozukluğunun yaygınlığına dair benzer sonuçlar elde edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, popülasyondaki dört yetişkinden birinde anksiyete bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (Kaplan ve Sadock, 1998).

Anksiyete bozukluğu tedavisi için başvuran bireylerin yarısından fazlası belirtilerin çocukluk ya da ergenlik çağında başladığını belirtmiş olsalar da, hastalığın en sık görüldüğü dönem genç erişkinlik dönemidir. Biyolojik faktörleri araştırmak için yapılan çalışmalar, anksiyete bozukluğunun alt türlerinden olan “Yaygın Anksiyete Bozukluğu”nun nedenleri arasında genetik yatkınlığın bulunduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin akrabalarında, hastalığın görülme oranı diğer bireylere oranla 5 kat daha yüksektir (Kaplan ve Sadock, 1998).

Türkiye’de de hastalığın prevalansını belirlemek amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan ruh sağlığı profili çalışması sonuçlarına göre; 12 aylık yaygın anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Yaygın anksiyete bozukluğunda, intihar düşüncesi ve girişimi de olası olabilir; çalışmalar intihar girişim olasılığının % 17, düşüncesinin ise % 18 oranında olduğunu ortaya koymuştur (Koroğlu,2007).

1.2.4. Anksiyetenin Etiyolojisi

Pek çok psikiyatrik rahatsızlıkta olduğu gibi yaygın anksiyete bozukluğunu da tek bir sebebe bağlamak mümkün değildir. Belirli bir düzeye kadar işlevsel olan kaygı durumu, normal ve bireyin uyumlanmasına yönelik bir reaksiyon olduğu için normal anksiyeteyi patolojik anksiyeteden ayırt etmek zaman zaman güç olabilir. Aynı sebeple, anksiyeteyi değerlendirirken, biyolojik etkenleri psikososyal faktörlerden tamamen ayırt ederek ele almak da hastalığın tespiti ve tedavi süreci açısından işlevsel ve mümkün değildir. Biyolojik ve psikososyal faktörler bir etkileşim içerisindedir ve hastalığın seyrinde bu iki etken beraber ele alınmalıdır (Kaplan ve Sadock, 2005).

1.2.4.1. Anksiyetenin Biyolojik Nedenleri

Anksiyete bozukluklarının biyolojik sebeplerinin başında “genetik faktörler” gelmektedir. Anksiyetenin oluşum sebepleri araştırılırken, kalımsal faktörler pek çok araştırmaya konu olmuştur. Ancak, ikiz çalışmalarındaki sonuçlar farklılık göstermekte ve çelişkiye sebep olmaktadır (Bayraktar, 2016). Yapılan bir çalışmada, tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinin hastalanma oranı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Andrews ve ark., 1990), diğer taraftan farklı bir çalışma ise yaygın anksiyete bozukluğunun ikizlerdeki genetik geçiş oranını %30 olarak ortaya koymuştur (Kendler ve ark., 1992).

Anksiyete bozukluklarının biyolojik sebepleri arasında yer alan diğer bir faktör, nörotransmitterlerdir. Beynin en önemli inhibitör nörotransmitteri “Gamma-aminobütirik asit (GABA)”nın anksiyetenin oluşumda önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Kronik stres yaratılarak yapılan araştırmalarda, beynin frontal korteks, hipokampus ve hipotalamus bölümlerinde GABA reseptörlerinde azalma olduğu ve bunun da anksiyeteyi arttırdığı görülmüştür (Uzbay, 2002; Bayraktar, 2016; Eşel, 2003). Anksiyete bozukluklarına sebep olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter de “serotonin”dir. Serotonin düzeyindeki azalmanın hem anksiyete hem de agresyon ve impulsivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Goddard ve ark.,1997; Mann ve ark.,2001).

1.2.4.2. Anksiyetenin Psikolojik ve Sosyal Nedenleri

Anksiyete bozukluklarının psikolojik sebeplerini değerlendirirken bilişsel yaklaşımın açıklamalarından yararlanmak mümkündür. Bilişsel yaklaşıma göre, hastalar endişelenme ve kaygı hakkında olumsuz inançlara ve düşüncelere sahiptirler. Olası bir durum karşısında, “endişenin kontrol edilemeyebilirliği hakkındaki inançları” ve “endişelenmenin zihinsel,

fiziksel ve sosyal tehlikeleri hakkındaki inançları” nedeniyle uyarıcı olan veya olmayan ortamlarda anksiyete düzeylerinde artış olabilir (Well ve Carter, 1999). Davranışçı yaklaşım açısından ise, birey durumlara bir yanıt olarak anksiyeteyi geliştirir ve öğrenilmiş anksiyeteyi, geliştirdiği kaçınma davranışları ile sürdürür (Borkovec ve ark., 2004).

Anksiyete bozukluklarının psikososyal etkilerine genel çerçeveden bakıldığında, bireyin mevcut yaşam koşullarının radikal bir şekilde değişmesine sebep olan ve hayat kalitesini düşüren durumların anksiyete üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bireyin sosyal çevresi, çevresi ile olan etkileşim düzeyi ve şeklinin değişmesi (örneğin; işten ayrılma ve sosyal çevreyi tamamen kaybetme, aileden bir bireyi kaybetme), hazırlıksız yakalanılan sosyoekonomik değişimler (örneğin; bireyin bir anda aşırı düzeyde ekonomik sorumluluk alması veya sürekli bakım gerektiren kronik sağlık problemleri yaşaması) anksiyeteyi tetikleyici psikososyal etkenlerden yaygın olanlarıdır (Karakula, 1999; Mcfarland ve Thomas, 1991; akt. Tükel, 2000).

1.2.5. Anksiyeteyi Açıklayan Yaklaşımlar

Biyolojik kuram, psikanalitik kuram, davranışçı kuram ve bilişsel kuram anksiyeteyi açıklamak için kullanılan yaklaşımlardan en önemlileridir.

Psikanalitik yaklaşıma göre, bir savunma mekanizması olarak bastırmanın işlevselliğini yitirdiği durumlarda diğer savunma mekanizmaları da yeterli olamadığı takdirde, bireyde anksiyete düzeyi artmaktadır (Karakula, 1999).

Biyolojik kuram, genetik yapının önemini açıklamış ve mizaç özelliklerinin anksiyete üzerindeki etkilerini ortaya koymuştur (Barnard, Broman-Fulks, Michael, Webb, & Zawalinski, 2011).

Bilişsel kuramlar, çevredeki uyarıcıların bireyin algısını nasıl ve hangi şekilde etkilediğini ve bilgiyi işleme sürecini nasıl kısıtladığını ortaya koyar (Barnard, Broman-Fulks, Michael, Webb, & Zawalinski, 2011). Bu yaklaşıma göre, çeşitli bilişsel hatalar ve önceden oluşan şemalar sebebiyle anksiyete oluşur. Dolayısıyla, anksiyetenin temelinde değiştirilmesi gereken bilişsel hatalar bulunmaktadır (Sungur, 2006).

Davranışçı kuramlar ise, klasik koşullanma ve rol model alma gibi “öğrenme” temelli faktörlerin anksiyete üzerindeki etkilerini açıklar ve anksiyetenin öğrenilmişliğine vurgu

yapar (Sungur, 2006). Bu yaklaşıma göre spesifik davranışlar ve tepkiler anksiyeteyi ortaya çıkaran ve tetikleyen uyarıcıların ortadan kalkmasına yardımcı olur. Bu davranışların, kaygısını azalttığını hisseden birey bu tepkileri içselleştirerek yeni bir kaçınma repertuarı geliştirir. Bu repertuar bireyi anksiyeten koruduğu için veya anksiyetesinin azalmasını sağladığı için bir pekiştirme görevi görerek, hedeflenenin aksine anksiyetenin sürekliliğine sebep olur (Sungur, 2006).

Anksiyete üzerine ilk çalışmaları yapan Freud'a göre bireyler davranışlarını uyum sağlamak üzerine kurgularlar. Hiçbir davranış ve tepki sebepsiz ve rastlantı sonucu ortaya çıkmaz. Dolayısıyla, Freud anksiyeteyi çevreden gelen tehlikelere ve tehditlere karşı bireyi uyarıcı bir mekanizma olarak açıklamıştır. Bu mekanizma, bireyin uyum sağlamasını ve yaşamını devam ettirebilmesini sağlar; ve işlevseldir. Diğer bir taraftan anksiyete “nevrotik anksiyete” gibi mantık dışı ve kronik bir hal alırsa işlevsellik ve aynı zamanda uyum sağlama ortadan kalkar. Freud üç çeşit anksiyete olduğunu açıklamıştır. Bunlardan ilki, gerçeklik anksiyetesidir. Gerçeklik anksiyetesi; günlük hayatta, herkesin yaşadığı ve karşılaşılabileceği anksiyete türüdür, korku olarak da ifade edilir. Bu tür bir anksiyete, çevredeki dış uyarıcılardan kaynaklı olarak oluşur ve anksiyetenin düzeyi bireyin algıladığı tehlikenin büyüklüğü ile ilişkili olarak değişir. Bir diğer anksiyete çeşidi ise suçluluk anksiyetesidir. Suçluluk anksiyetesi; süperegonun “vicdan” açısından onaylamadığı ve egoda suçluluk ve utanma hissi oluşturan durumlarda ortaya çıkan anksiyetedir. Son olarak Nevrotik anksiyete ise tehlike veya tehdit durumunun “içgüdüsel” olarak algılanması sonucu ortaya çıkan korkudur. Freud nevrotik anksiyeteyi, içgüdülerle açıklamıştır, ancak daha sonraki kuramcılar kültürel ve toplumsal faktörlere daha fazla odaklanmışlardır.

1.2.6. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin belirtilerini, fizyolojik; bilişsel, davranışsal ve psikolojik olmak üzere dört başlık altında incelemek mümkündür.

Fizyolojik veya somatik belirtiler anksiyete ile ilişkili olarak ortaya çıkan vücut semptomlarıdır. Kalp çarpıntısı, nabızda artış, aşırı terleme, kas geriliminin artması ve gevşeyememe hali, somatik ağrılar (baş ve sırt ağrıları başta olmak üzere), irritabilite ve uyku problemleri anksiyete artışı sonucu bedenin verdiği reaksiyonların başında gelir. Sıcak ya da soğuk basması, ishal, sık idrara çıkma, ses titremesi de anksiyetenin fizyolojik yansımaları arasındadır. Anksiyete artışı ile birlikte “hiperventilasyon” yani hızlı nefes alıp verme durumu da oluşabilir. Bireyler, anksiyete düzeyini azaltmak için bu yola başvururlar. Ancak,

hiperventilasyon mevcut belirtilere ek olarak baş dönmesi, vücudun farklı bölgelerinde uyuşmalar ve kasılmalar vb. bazı somatik problemlerin oluşmasını da tetikler (Alkın ve Onur, 2007).

Anksiyete bozukluğunun temeli ve etiyolojisi fark etmeksizin birey “tehlike ve tehdit odaklı”, uyarıcı, anksiyeteyi arttıran düşüncelere sahiptir (Alkın ve Onur, 2007). Anksiyetenin artış göstermesi ile birlikte, bilişsel semptomlar da açığa çıkar. Bireyler, odaklanma sorunu yaşarlar ve dikkatlerini toplamakta güçlük çekerler. Problem çözme becerileri açısından performansları belirgin ölçüde azalır. Algılama ve muhakeme süreçlerinde yavaşlamalar söz konusu olur. Anksiyeteyi arttırıcı katastrofik düşünceler ve endişelere sahip olabilirler ve zaman zaman flashbackler ile anksiyete şiddeti artabilir (Akşit ve Cimete, 2001; Saatçioğlu, 2001).

Davranışsal belirtiler, duygusal tepkilerin dışa vuran yansımalarıdır. Anksiyetede, bireyler kendilerine öznel veya fizyolojik olarak huzursuzluk ve rahatsızlık yaratabilecek her türlü ortamdan ve durumdan kaçınma eğiliminde olurlar. Kimi zaman bu kaçma davranışının şiddeti o kadar fazla olur ki, birey kaçındığı durumda bulunmak veya zorla girmek durumunda kalırsa anksiyete atağı yaşama ihtimali oluşabilir. Davranışsal belirtilerin başında kaçınma ve uzak durma davranışı olmakla birlikte, motor huzursuzluk, güvenliği sağlamaya yönelik süregelen davranışlar, kompulsiyonlar ve yardım arama davranışları da sıkça görülür (Alkın ve Onur, 2007).

Psikolojik belirtiler ise, davranışsal bir yansıma veya bilişsel bir düşünce olarak da kendini gösterebilir. Birey inerganlık düzeyi artar, istemediği durum veya olay karşısında tedirgin ve güvensizdir; endişe duyar. Belirsizlik ve yetersizlik hissi yaşar. Anksiyete düzeyi arttıkça giderek daha fazla konuşma veya hiç konuşmama eğilimi gösterebilir (Akşit ve Cimete, 2001; Saatçioğlu, 2001).

1.2.7. Kaygı (Anksiyete) Bozukluklarının Türleri

DSM-V, anksiyete bozukluklarını 12 farklı türde sınıflandırmaktadır. Bunlar; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin / ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur (DSM-V).

1.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımı ve Belirtileri

Yaygın anksiyete bozukluğu, bireyin pek çok konu ve durum hakkında aşırı düzeyde kaygı ve endişe duymasına sebebiyet veren; kaygısını kontrol etmekte zorlanması veya kontrol edememesi sebebiyle yaşantısını ve işlevselliğini zedeleyen bir anksiyete bozukluğu türüdür (Işık ve Işık, 2006; APA, 2000; akt. Algulender ve ark., 2003). Kronik bir bozukluk olan Yaygın Anksiyete Bozukluğunun temel özelliği bireyin sürekli olarak aşırı heyecan, korku ve gerginlik içeren bir ruh hali içerisinde olmasıdır (Arkonaç, 1999). Birey, herhangi somut bir sebep olmadığı halde bir felaket olacaktıymış hissine sahiptir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Yaygın anksiyete bozukluğunun temel belirtisi olan kaygı, diğer anksiyete bozuklukları veya depresif bozukluklarda görülmektedir ancak yaygın anksiyete bozukluğunun tanımlayıcı özelliğidir. YAB'daki kaygıyı diğer bozukluklardan ayıran en önemli özelliği sürekliliği ve aynı zamanda çok daha yoğun ve kontrol edilemez bir şiddette yaşanmasıdır (Flannery-Schroeder, 2004). Aynı zamanda, YAB hastalarının büyük çoğunluğu, küçük veya önemsiz sorunlarda bile aşırı düzeyde kaygı yaşadıklarını onaylamışlardır (Sanderson ve Barlow, 1990). Bu aşırı yoğun ve kontrol edilemez yapısı nedeniyle YAB'deki kaygı normal olarak değil patolojik olarak kategorize edilmektedir (Barlow ve Wincze, 1998). Patolojik kaygı, gerek toplumsal gerek mesleki olarak bireyin işlevselliğini olumsuz etkilemekte ve hastaların ilişki dinamiklerinde ciddi ölçüde bozulmalara sebep olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Dolayısıyla, YAB bireyin yaşantısını oldukça sınırlandıran kronik bir bozukluktur (Ormel ve ark., 1994; Wittchen ve ark., 2000).

Yaygın anksiyete bozukluğunda, hastalar kötü bir durum ve olası bir felaket yaşayacaklarını hissettiklerini ancak çevrede bu hislerinin oluşmasına neden olacak bir uyarıcı bulunmadığını belirtmişlerdir. Nedensiz olarak ortaya çıkan bu kaygı, tedirginlik; huzursuzluk, endişeli ve sinirli yaklaşımlar olarak kendisini gösterir. Buna ek olarak, fizyolojik belirtiler de kaygıya eşlik eder ve çarpıntı, kasılma, terleme, nefes almada güçlük, vücutta karıncalanma veya uyuşma gibi semptomlar oluşabilir. Bireyler karşılarındaki kişi ile etkili bir iletişim kurmakta zorluk çekerler, iletişim tarzları da endişeli, gergin ve tedirgindir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.2.9 Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-V Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

Aşağıda Yaygın Anksiyete Bozukluğu belirtileri verilmiştir.

“En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, denetlemekte güçlük çekilen aşırı bir kaygı ve kuruntu duymanın yanı sıra aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olmasını gerektirir” (DSM-V).

Bunlar; dinginleşememe (huzursuzluk), kolay yorulmama, odaklanmakta güçlük çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğudur (DSM-V).

1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme

1.3.1. Duygu Düzenleme Kavramı

Bireylerin; gereksinimleri, amaçları ve ilgileri ile ilişkili olan bir durumun değerlendirme sürecinin sonucunda duygular ortaya çıkar (Frijda, 1986 akt; Ataman 2011). Morgan (1993)’a göre duygular, genellikle fizyolojik ve bilişsel öğelere sahip ve bireyin davranışlarını biçimlendiren duyumlardır. James (1884) ise duygular için, fiziksel uyarıcılara karşı kullanılan kişisel duyumlar ifadesini kullanmıştır.

Duygular kimi zaman işlevsel olabildiği gibi kimi zamanda kontrol edilemediği ya da uygun bir şekilde veya doğru bir zamanda düzgün bir şekilde ifade edilemediğinde; bireylerin hayatını olumsuz yönde etkileyen bir etkiye yol açabiliyorlar (Gross ve Thompson, 2006). Bu sebepler nedeni ile duyguları kontrol altına alabilme, yönetebilme ve düzenleyebilme becerileri, bireylerin psikolojik ve sosyal hayatları için vazgeçilmez bir hal alıyor. Buradan yola çıkan duygu düzenleme kavramı Thompson (1994) tarafından;” bireylerin amacına ulaşması için, özellikle yoğun ve geçici nitelikteki duygusal tepkileri gözleme, değerlendirme ve değiştirmekten sorumlu tüm içsel ve dışsal süreçler” olarak tanımlanıyor.

Duygu düzenleme süreci sadece olumlu duyguları değil aynı zamanda olumsuz duyguları da kapsamaktadır. Yeni bir duygusal tepkinin başlatılmasına veya mevcut duygusal tepkinin değişmesini içermesinin yanı sıra duygu düzenleme, duyguların yoğunluğunun artırılması ya da azaltılması şeklinde de gerçekleşmektedir (Gross ve Thompsons, 2006). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, duygu düzenleme stratejilerine dayanırken, duygu

düzenleme stratejileri ise (bilişsel) başa çıkma stratejilerine dayanmaktadır (Gross, 1999; Smith ve Lazarus, 1993, akt. Garnefski, 2001). Gross (1999) ise özellikle duygu odaklı başa çıkma stratejisinin, duygu düzenleme araştırmaları için bir temel olduğunu ifade etmiştir.

Lazarus (1991)'un tanımı ile (bilişsel) başa çıkma stratejileri; “Problem yaşanan bir birey-çevre ilişkisini kontrol altına almaya, azaltmaya ya da tolere etmeye yönelik bilişsel ve davranışsal çabalardır” (Lazarus ve Folkman, 1984, Lazarus, 1991). Bir diğer değişle, kişinin kendisinde strese neden olan olaylar ya da etkilere karşı direnç göstermesi ve yaşanan bu durumlara karşı dayanıklı olmak için geliştirdiği “bilişsel”, “duygusal” ve “davranışsal” tepkilerin hepsi şeklinde tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Başa çıkma stratejilerine bakıldığında, problem ve duygu odaklı yöntemler olmak üzere ikiye ayrıldığı görölmektedir.

Bunlardan ilki olan problem odaklı başa çıkma stratejileri, problemin esas kaynağına yönelik başa çıkma yöntemlerini kullanarak strese sebep olan sorunlar ile başa çıkmayı sağlarken, duygu odaklı başa çıkma stratejileri ise esas problemin sebep olduğu duygusal etki ile başa çıkma yöntemlerini içermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanan bireyler, problemi çözmek için ilk olarak olumsuz duygulara neden olan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışırlar (Lazarus ve Folkman, 1984). Folkman ve Lazarus (1980)' a göre bu yöntem; olumsuz duygulara neden olan durumun ortadan kaldırılmasına, etkisinin minimuma indirilmesine ya da kişinin, olumsuz duygulara neden olan durum ile ilişkisini değiştirmesine yönelik çabalardır. Problem odaklı başa çıkma stratejileri, olumsuz duygulara neden olan durumun fark edilmesi, aktif bir şekilde değerlendirilmesi, değiştirilebilecek olan seçeneğin belirlenmesi ve mevcut sorunu çözebilme doğrultusunda aktif olarak karar verilebilmesi gibi bilişsel ve davranışsal yöntemler barındırmaktadır (Ataman, 2011).

Duygu odaklı başa çıkma stratejileri ise olumsuz duygulara neden olan durumun, oluşturduğu duygular ile başa çıkmada ön plana çıkmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Folkman ve Lazarus (1980), duygu odaklı başa çıkma stratejisini, sorunu ya da olumsuz durumu değiştirmek yerine, olumsuz duruma yüklenen anlamı değiştirmek veya olumsuz durumun sebep olduğu duyguları değiştirmek olarak açıklamıştır. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri, olumsuz durumun sebep olduğu duyguları kontrol ederek bireyin kendi

duygularını anlamasına, olumsuz duruma yeni anlamlar vermesine yaşanan olumsuz durum ile ilgili duyguların düzenlenmesine ve azaltılmasına veya ortadan kaldırılmasına neden olabilmektedir (Ataman, 2011).

Başa çıkma stratejilerini temel alan duygu düzenlemenin genel kuramsal yöntemlerine bakıldığında; Dodge (1991), tarafından ortaya atılan ve sosyal bilgi süreç modeli olarak isimlendirdiği yöntemde, çocukların sosyal işaretleri yorumladığı ve daha sonra durumlara göre cevap verdiği anlaşılmıştır. Ardından Masters'ın (1991) yaptığı çalışma sonucunda, duygu düzenlemenin ailenin etkisiyle geliştiği, çocukların yaşamıyla bütünleştiği ve sonuçta dışa vurulduğunu keşfedilmiştir. Masters'ın araştırma sonucu, duygu düzenlemenin kültür ile olan ilişkisini akla getirmiştir.

Duygu düzenleme stratejileri ile ilgili gerçekleştirilen diğer araştırmalara bakıldığında, yapılan bu araştırmaların ağırlıklı olarak duyguların düzenlenmesinde bilişsel süreçlerin kullanımlarıyla alakalı olduğu görülmektedir. Dodge'nin (1991) literatüre kattığı sosyal bilgi süreç modelinin ardından Garber duygusal bileşenleri bu modele ekleyerek farklılıklar ortaya koymuştur. Garber modeldeki her bir basamağa duyguların düzenlenmesinde kullanılan bilişsel basamakları ekleyerek değişiklik yapmıştır. Garber'ın geliştirdiği bu yöntemde ilk adım, tanıma ya da algı adımıyla başlamaktadır (Dodge, Garber, 1991). Çalışmalar sonucunda elde etti bilgiler doğrultusunda Garber “bilgi sürecinin her bir basamağında yetenekli duygu düzenleme becerisinin gerektiğini” duygu düzenlemenin “bir ya da çeşitli bilgi süreci basamağı” olduğunu ortaya koymuştur (Dodge, Garber, 1991).

Duygu düzenlemenin en yaygın kabul gören modeli 1998 yılında Gross tarafından öne sürüldü. Gross (1998), duygunun, dışarıdan algılanan ipucunun ya da içeriden algılanan duygu ipucunun yorumlanması ile başladığını ileri sürmüştür. Ardından bu algılamanın, “davranışsal, yaşantısal, fizyolojik, duygusal tepki eğilimini düzenlemeye” yol açtığını iddia etmiş ve duygu düzenleme stratejileri “geçmiş odaklı (antecedent-focused) ve tepki odaklı (response-focused)” olarak iki ayrı açıdan incelemiştir (Gross, 1998).

Gross'a göre geçmiş odaklı stratejiler, “herhangi bir, duygu tepkisi tam olarak etkin hale gelmeden ve henüz davranışta herhangi bir değişikliğe neden olmadan önce yapılan düzenlemeleri ifade etmekteyken”, tepki-odaklı stratejiler ise “duyguyu tetikleyen tüm uyarıların değerlendirilmesi ve tepkilerin etkin hale gelmesinin ardından duygu ifade edilirken yapılan tüm düzenlemeleri kapsar” (Gross ve John, 2003; akt. Gross ve Thompson, 2006).

Yapılan araştırmalara göre, geçmiş odaklı stratejiler, tepki odaklı stratejilere göre daha uyumlu stratejiler olarak bulunmuştur (John ve Gross, 2006). Ortaya koyduğu iki ana stratejiyi 5 farklı duygu düzenleme stratejisi ile açıklayan Gross (1998), bu stratejileri “durum seçme”, “durum değiştirme”, “dikkatte yayılma”, “bilişsel değişim” ve “tepki düzenleme” olarak adlandırmıştır. Bu stratejilerden, “durum seçme”, “durum değiştirme”, “dikkatte yayılma” ve “bilişsel değişim” geçmiş odaklı stratejiler kategorisinde yer alırken “tepki düzenleme”, tepki odaklı stratejiler kategorisinde yer almıştır (Gross ve Thompson, 2006).

1.3.2. Biliş ve Duygu Düzenleme İlişkisi

Duyguların bilişsel olarak açıklanması, Arnold (1960)’ın araştırmalarında beri alanyazında yer bulmaktadır. Bilişler, bireyin duygularında büyük bir role sahiptir. Bilişsel yaklaşımlar duygu kavramını ele alırken, “bilişsel yeniden değerlendirme” kavramının, duygunun deneyimlenip deneyimlenmeyeceğini ve hangi duygunun deneyimleneceğini açıkladığını belirlemişlerdir. Bu açıklama doğrultusunda, bilişlerin hangi duyguların düzenleneceğini belirlemede öncelikli öneme sahip olduğuna karar verdiği söylenebilir (Joormann, Yoon ve Siemer, 2010). Yıllar boyunca, duyguların ortaya çıkarken bilişlere ihtiyaç olup olmadı tartışılmıştır (Parkinson, 2007; Siemer ve Reisenzein, 2007). Ancak yapılan son araştırmalar neticesinde, “dikkat, yorumlama, tutumlar ve anıların duyguların deneyimlenmesinde etkili olduğu” ve bilişsel süreçler ile duyguların ayrıştırılmasının çok zor olduğuna karar verilmiştir ve duygular ile bilişler arasında çift taraflı bir etkileşim olduğu tespit edilmiştir (Joorman, Yoon ve Siemer, 2010). Joorman ve arkadaşlarının (2010) bulduğu sonuçlar bireysel farkların, kişilerin duygu düzenleme stratejilerini etkileyebileceğini göstermiştir.

Duyguların hızlı bir şekilde ortaya çıkmasının nedeni bilişler ve duyguların otomatik süreçler olmasından kaynaklanmaktadır. Bu süreçlerin başlaması otomatik olabileceği gibi, aynı zamanda stratejik de olabilmektedir. Otomatik süreçler ele alındığında, duygu üretme ve düzenleme süreçlerinin çok hızlı olması, bu düşüncelerin bilinç düzeyine ulaşamaması ve yorumlanamamasına neden olabilmektedir (Mauss, Cook ve Gross, 2007).

Biliş, duygu ve duygu düzenleme kavramları arasındaki ilişki ele alındığında, bireyin, duygularını harekete geçiren olaylar karşısında, yaşadığı duygusal deneyimin önemini veya türünü değiştirmek amacı ile verdiği bilinçli veya bilinçdışı olan tepkilerine bilişsel duygu

düzenleme stratejileri denmektedir (Thompson, 1994; Garnefski ve ark., 2001; Zelazo ve Cunningham, 2006). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, “bilişler ya da bilişsel süreçler ile bireyin duygularını yönetmesini ya da düzenlemesini böylelikle de duygular üstünde kontrol sağlayarak bireyin özellikle tehdit edici ya da stres veren yaşantılardan sonra yaşayabileceği yoğun duyguların üstesinden gelmesine yardımcı olabilir” (Garnefski ve ark., 2001).

1.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı ve Stratejileri

Tanım olarak bakıldığında bilişsel duygu düzenleme stratejileri; bireylerin genel yaşam olayları yada sıkıntı verici yaşam olaylarında duygularını yönetmede kullandıkları başa çıkma stratejileri olarak açıklanmaktadır (Garnefski ve ark., 2001; Thompson, 1991). Genel anlamda bakıldığında bilişsel duygu düzenleme kavramı, daha önce tanımlanan duygu düzenleme kavramının bir alt başlığı olarak düşünülebilir ancak duygu düzenleme kavramı oldukça geniş bir kavram olduğu için Garnefski ve arkadaşları duygu düzenlemeyi bilişsel boyutu ile ele almış ve başa çıkmanın bilişsel yönlerine odaklanmışlardır. Öğrenciler ile yapılan çalışmalar sonucunda, bilişler veya düşünceler kullanılarak duyguların düzenlenmesinin, bireyin yaşadığı olumsuz duygularını kontrol etmesi ile alakalı olduğu anlaşılmıştır (Garnefski ve diğerleri, 2001; 2002).

Yaptıkları araştırma sonucunda, duygu düzenlemenin belli bir seviyede gerçekleşmesi durumunda kişilerin iyi olma durumunun arttığını ve bunun aksine belli bir düzeyde gerçekleşmeyen duygu düzenlemenin ise bireylerde fiziksel rahatsızlıklara yol açarak iyi olma durumunu azalttığını belirten Gross ve John (2003), bilişlerin, kişilerin duygularını yönetmesine yada düzenlemesine yardımcı olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Duyguları tanımak, duyguları kontrol etmek ve düzenlemek aşamasında kullanılan bilişsel süreçler, bilinçli ve bilinç dışı olmak üzere iki süreçten oluşmaktadır. Duyguları düzenleme aşamasında ise bilinçli bilişsel süreçler işlevsel olarak kullanılmaktadır (Altunbaş, 2014).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri uyumlu stratejiler ve uyumsuz stratejiler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Garnefski ve ark., 2001). Bu stratejilerden kimileri kişilerin yaşamındaki sosyal ve psikolojik işlevine katkı sağlayan uyumlu stratejilerken kimileri de uyumsuz ve kişilerin yaşamında işlevsel olmayan stratejilerdir (Aldao ve Nolen-Hoeksama, 2010). Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerin kabul etme, plana yeniden odaklanma, olumlu tekrar odaklanma, olumlu tekrar değerlendirme ve olayın değerini azaltma

oluştururken, uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ise, kendini suçlama, diğerlerini suçlama , ruminasyon ve felaketleştirme oluşturmaktadır (Garnefski ve ark., 2001, 2002; akt. Onat ve Otrar, 2010).

Alanyazında yapılan son araştırmalar, duyguları düzenlemede bilişsel süreçlerin büyük önemi olduğunu göstermiştir (Garnefski ve Kraaij, 2006; Bryant, Moulds ve Guthrie, 2001; Garnefski ve ark., 2002).

Garnefski ve arkadaşları (2001), tarafından ortaya konan bilişsel duygu düzenleme stratejileri dokuz adet bilişsel duygu düzenleme stratejisinden oluşmaktadır. Bu stratejiler; kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme ve diğerlerini suçlamadır (Garnefski ve arkadaşları, 2001). Geliştirilen bu stratejilerin içeriği aşağıda açıklanmıştır.

Kendini Suçlama: Bireyin karşılaştığı olumsuz bir olay sonucunda kendisini sorumlu yada suçlu olarak görmesidir. Yapılan araştırmalar kendini suçlamanın, depresyon ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Anderson, Miller, Riger, Dill ve Sedikides, 1994).

Kabul: Bireyin deneyimlediği olumsuz olayı kabul etmesi, ve yaşadığı olayın sonucuna kendini teslim etme düşüncesi olarak tanımlanabilir (Carver, Scheier ve Weintraub,1989). Kabul etme stratejisi benlik saygısı ile olumlu ilişkiler ortaya koymasına karşın anksiyete ile olumsuz bir ilişki sergilemektedir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

Ruminasyon: Bireyin yaşadığı olumsuz olay ile ilgili duygu ve düşüncelerinin tekrar tekrar olumsuz düşünceler olarak ortaya çıkmasıdır. Alanyazında ki çalışmalar ruminasyon ile yüksek depresyon arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Nolen-Hoeksema, Parker veLarson, 1994).

Olumlu Yeniden Odaklanma: Bireyin deneyimlediği olumsuz olayı düşünmek yerine daha iyi olayları düşünmeye odaklanması olarak tanımlanabilir. Garnefski ve arkadaşları (2001) olumlu yeniden odaklanma stratejisini, bireyin duygularını önceden yaşadığı iyi olaylara kanalize etmesi şeklinde açıklamaktadır.

Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma: Bireyin yaşadığı olumsuz olay ile ilgili olarak neler yapabileceği, olayı nasıl ele alacağı ve yaşadığı bu olay karşısında ortaya koyacağı önlemleri düşünmesini içermektedir Carver ve arkadaşları (1989), plan yapmaya yeniden odaklanma

stratejisini benlik saygısı ile olumlu bir strateji olarak derlendirirken, anksiyete ile ilişkisinin olumsuz yönde olduğunu belirtmiştir (Carver ve ark.,1989; Folkman ve Lazarus, 1980, akt: Garnefski ve ark., 2001).

Olumlu Yeniden Değerlendirme: Bireyin yaşadığı olumsuz olay ile ilgili olumlu tarafları araştırmaya ve odaklanmaya yönelik düşünceleri olması olarak tanımlanmaktadır (Garnefski ve diğerleri, 2001). Carver ve arkadaşları (1989), olumlu yeniden değerlendirme stratejisinin, kaygı ile olumsuz bir ilişki ortaya koyduğunu belirtmiştir (Carver ve ark., 1989).

Olayın Değerini Azaltma: Bireyin yaşadığı olumsuz olayın değerinin başka olaylarla karşılaştırarak önemsiz olduğunun düşünülmesi ya da azaltma yöntemini tercih etmesi olarak tanımlanabilmektedir(Garnefski ve ark. 2001). Sosyal karşılaştırmanın, psikoatolojide ortaya çıkma biçimi olarak değerlendirilmektedir (Allan ve Gilbert, 1995, akt: Garnefski ve ark. 2001).

Felaketleştirme: Bireyin yaşadığı olumsuz olayın olumsuz yönlerine belirgin bir şekilde daha fazla odaklanarak, başına gelebilecek en kötü olasılıkları düşünmesidir (Garnefski ve ark. 2001). Yapılan araştırmalar felaketleştirme stratejisi ile depresyon arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koymuştur (Kallay, Tıncaş ve Benga, 2009, akt: Ataman, 2011).

Diğerlerini Suçlama: Bireyin yaşadığı olayın sorumlusu olarak başkalarını suçlaması, başkalarını sorumlu görmesi olarak tanımlanmaktadır (Ataman, 2011).

1.3.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi

Bireyler, yaşadıkları çevreden aldıkları uyarılar neticesinde sürekli olarak fiziksel veya bilişsel, duygusal ya da davranışsal olarak etkilenmektedir (Gross ve Thompson, 2006). Bu etkileşimler strese neden olan yaşam olayları sonucunda ortaya çıkması halinde, kişilerde çeşitli psikolojik uyum sorunlarına neden olabilmektedir (Kessler,1997).

Strese neden olan yaşam olayları sonucunda karşılaşılan psikolojik sorunlarda, uyum göstermenin, bireylerin yaşadıkları olaylarla başa çıkmak için ortaya koyduğu bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili olduğu görülmüştür (Bryant, Moulds ve Guthrie, 2001; Garnefski ve diğerleri, 2002; Garnefski ve Kraaij, 2006). Yapılan son araştırmalara göre, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile bireylerin yaşadıkları duygusal sorunlar arasında

güçlü bir etkileşim vardır (Aldao ve Nolen-Hoeksama, 2010; akt. Ataman, 2011; Garnefski, Boon ve Kraaij, 2003; Garnefski ve diğ., 2001; Garnefski ve Kraaij, 2006; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt ve Kraaij, 2007; Garnefski, Koopman, Kraaij ve ten Cate, 2008).

Strese neden olan yaşam olaylarının sadece olumsuz yaşam olaylarını kapsadığı düşünülse de, evlilik ya da çocuk sahibi olmak gibi olumlu olarak nitelendirilen olaylarda strese neden olan yaşam olayları olarak kabul görmektedir (Sorias, 1982 akt. Ataman, 2011). Birçok çalışma bireylerin deneyimledikleri olaylar ile psikiyatrik problemler arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Faravelli ve Pallanti, (1989) yaptıkları araştırma sonucunda panik bozukluk tanısına sahip bireylerin %80'inin hastalıktan önceki bir senelik süre içerisinde en az bir stresli yaşam olayına maruz kaldığını ortaya koymuşlardır (Faravelli ve Pallanti, 1989). Bir diğer çalışmada ise bir veya birden çok olumsuz yaşam olayına maruz kalmanın yaygın anksiyete bozukluğu için bir risk teşkil ettiği bulunmuştur (Blazer, Hughes ve George, 1987). Bu bulguların yanı sıra bireylerde yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresyon gelişmesinde, olumsuz yaşam olaylarının rolünü ortaya koyan çeşitli çalışmalar alanyazında mevcuttur (Kendler ve ark., 2003). Depresyon tanısı konan bireyler ile gerçekleştirilen çalışmalar, bireylerin tanı konmadan önceki senede, önemli ya da olumsuz bir yaşam olayına maruz kaldığını ortaya koymuştur (Holahan ve Moos, 1987; Fergusson ve Horwood, 1984).

Çoğu psikiyatrik veya psikolojik bozukluk uyumsuz duygu düzenleme stratejileri barındırmaktadır. Sağlıklı bireyler ve klinik tanı alan bireyler ile gerçekleştirilen araştırmalar psikopatolojik süreçlerin gelişiminde ve bu süreçlerin tedavisinde duygu düzenlemenin önemini ortaya çıkarmıştır (Werner ve Gross, 2010). Psikolojik bozuklukların yapılarını anlama aşamasında duygu düzenleme stratejilerinin desteğini almak kaçınılmazdır. Örneğin yaygın anksiyete bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğunda dikkat dağıtmanın uyumsuz bir strateji olduğunu bilmek, tedavi aşamasında, uygun müdahale ve yaklaşımı oluşturmada yardımcı olacaktır (Werner ve Gross, 2010).

Bireylerin duygularını düzenlemekte yaşadıkları problemler sıkıntı bozuklukları olarak nitelendirilen depresyon ve anksiyetenin ortaya çıkmasının en büyük nedenlerindedir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007; Gross ve Munoz, 1995; Mennin, Holoway, Fresco, Moore ve Heimberg, 2007, akt. Daşçı, 2015).

Kişilerin sahip olduğu bilişsel süreçlerdeki bireysel farklılıklar yalnızca duygu düzenleme stratejilerini etkilememekte, aynı zamanda psikopatolojilerin başlamasında ve

devam etmesinde etkin bir rol oynamaktadır. Bu gerekçe ile psikopatolojiler değerlendirilirken, mevcut olaya uygun stratejileri seçmek ve bu stratejileri kullanmakta esnek olabilmek oldukça önemlidir (Joorman, Yoon ve Siemer,2010). Alanyazındaki birçok çalışma bu görüşleri desteklemektedir.

Kraaij ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışma sonucunda kısırlık tanısı almış ve çocuk sahibi olmayan bireylerin durum ile başa çıkabilme adına bilişsel duygu düzenleme stratejileri olarak kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden odaklanma'yı kullandığı bulunmuş ve bu stratejiler depresyon belirtileri ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir (Kraaij, Garnefski ve Vlietstra, 2008).

Garnefski ve arkadaşları (2002) tarafından öğrenciler ile yapılan bir çalışmada ergenlerin, yetişkinlere göre daha az bilişsel duygu düzenleme stratejisi kullandığı belirlenmiştir. Öte yandan, kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden odaklanmanın psikopatolojilerin oluşmasında kritik öneme sahip olduğu anlaşılmıştır. Araştırmanın sonucunda her iki grupta da bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Garnefski ve diğerleri, 2002).

Yapılan bir diğer çalışmada ise Kraaij ve arkadaşları (2007), tacize uğrayan kadın kurbanlardan, kendilerini suçlayan kadınların depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını geliştirmeye daha yatkın olduğunu ileri sürmüştür (Kraaij ve ark, 2007). Garnefski ve arkadaşlarının (2002) klinik ve klinik olmayan popülasyon ile yaptıkları bir diğer çalışmada ise kendini suçlama, felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerinin kullanımının, bu iki grup arasındaki en önemli fark olduğu anlaşılmıştır. Kendini suçlama ve felaketleştirme stratejileri klinik grup tarafından daha çok kullanılırken, olumlu yeniden değerlendirme stratejisi klinik olmayan grup tarafından daha çok kullanılmıştır.

Martin ve Dahlen (2005) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, üniversite öğrencilerinde bilişsel duygu düzenlemenin depresyon, kaygı, stres ve öfkenin oluşumundaki belirleyiciliği ele alınmıştır. Cinsiyetten bağımsız olarak bulunan sonuçlar doğrultusunda, kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini daha çok kullanan bireylerin, öfkelerini daha zor bir şekilde kontrol edebildiklerini saptamıştır (Martin ve Dahlen, 2005). Ülkemizde Çelik ve Kocabıyık (2014) tarafından öğrenciler ile gerçekleştirilen araştırma sonucunda, genç erkek bireylerin başkalarını suçlama stratejisi ile fiziksel saldırganlıkları arasında pozitif bir ilişki ortaya konmuştur. Bu bulgunun yanı sıra

genç erkek bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini az kullandıkları zaman fiziksel saldırganlıklarının arttığı tespit edilmiştir (Çelik ve Kocabıyık, 2014). Bu bulgular Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig ve Pinuelas'ın 1994 yılındaki bulgularını desteklemektedir. Eisenberg ve ark. (1994) öğrenciler ile yaptıkları çalışma sonucunda, duygu düzenleme becerisi ile saldırganlık düzeyi arasında negatif yönde ilişki bulmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak duygu düzenleme becerisi zayıf olan bireylerin, saldırganlık seviyelerinin yüksek olduğunu ileri sürmüşlerdir (Eisenber ve ark., 1994).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili alanyazında cinsiyet farklılıklarını belirleyebilmek için yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Garnefski ve arkadaşlarının (2004) cinsiyet farklılıklarının belirleyebilmek için yaptıkları çalışma sonucunda, kadınların erkeklere oranla felaketleştirme, olumlu yeniden odaklanma ve ruminasyon stratejilerini daha çok kullandığı bulunmuştur (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee & Kommer, 2004; Garnefski ve ark., 2002). Ülkemizde ise Öngen (2010), tarafından gerçekleştirilen çalışma, erkeklerin daha az ruminasyon kullandığı göstermiş ve olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma stratejilerini daha fazla kullandıklarını ortaya çıkarmıştır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan bir diğer bulgu ise “cinsiyetin bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında, depresyon ve kaygı düzeyini yordamadığı” olmuştur (Öngen, 2010).

Schroeve ve arkadaşları (2007) tarafından kanser hastaları ile yapılan araştırmada ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin, bireylerde olumsuz duygularla özdeşleştiğini tespit etmiştir. Bir diğer bulgu ise, kanser hastalarının olumlu yeniden odaklanma stratejisini kullanmasının, olumlu duyguları arttırdığını belirlemiştir.

Alanyazındaki çalışmalarda, depresyon ve anksiyete ile ilgili bilişsel duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında kendini suçlamanın, dış etkenlerden bağımsız bir içsel süreç sonucunda ortaya çıkan bir strateji olduğu anlaşılmaktadır (McGee, Wolfe ve Olson, 2001, akt. Daşçı, 2015). Yapılan araştırmalara göre kendini suçlama stratejisi, bireylerde daha çok depresyon ile birlikte görülmektedir (Anderson, Miller, Riger, Dill ve Sedikides, 1994; McGee ve diğerleri, 2001; Kubany, Haynes, Abueg, Manke, Brennan ve Stahura, 1996, akt. Daşçı, 2015). Bu araştırmalar doğrultusunda Garnefski ve arkadaşları (2002), bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden biri olarak kendini suçlamayı kabul etmişler ve gerçekleştirdikleri araştırmalar ile kendini suçlamanın psikopatoloji ile olan ilişkisini ortaya koymuşlardır (Kraaij, Garnefski ve Vlietstra, 2008; Kraaij, Arensman, Garnefski ve Kremers, 2007).

Kendini suçlama'dan sonra Garnefski ve arkadaşlarının (2001) bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasına aldığı bir diğer strateji ise depresyon ile iç içe olan ruminasyon'dur (Morrow ve Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991, 1993; Nolen Hoeksema, Parker ve Larson, 1994; Garnefski ve ark., 2002). Ruminasyon, depresyon ile ilişkilendirildiği kadar özellikleri nedeni ile anksiyete ile de ilişkili bulunmaktadır. Yapılan kapsamlı çalışmalar depresyon ve ruminatif tepki süreçlerine sahip olan bireylerin, 1 yıl sonra daha şiddetli ve uzun süreli depresif belirtiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bireylerin depresyon seviyelerindeki azalma daha az olmakla birlikte, kaygı belirtileri gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Nolen-Hoeksema,2000; Nolen-Hoeksema, Larson ve Grayson, 1999).

Bireyin yaşadığı olumsuz olayın, olumsuz tarafı üzerinde belirgin bir biçimde daha fazla durması ile ortaya çıkan felaketleştirme stratejisi, depresyon ile ilişkili bulunan bir başka uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejisidir (Sullivan, Bishop ve Pivik, 1995).

Genel anlamda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden “Kendini suçlama”, “Ruminasyon” ve “Felaketleştirme” ile depresyon ve kaygı arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır (Garnefski ve ark., 2002). Yapılan bazı çalışmalar diğerlerini suçlama stratejisini de uyumsuz olarak nitelendirmekte ve depresyon ile ilişkilendirmektedir (Garnefski ve ark., 2001, 2002; akt. Onat ve Otrar, 2010).

Bilişsel başa çıkma, bilişsel hatalar ve olumsuz bilişlerle ilgili yapılan ayırım sonucunda; bilişsel başa çıkmalar, bilişsel hatalar ve olumsuz bilişlerden farklı olarak hem uyumlu, hem de uyumsuz stratejiler olarak ayrılmışlardır (Legerstee ve diğerleri, 2011). Uyumsuz bilişsel başa çıkma stratejilerinden biri olan felaketleştirmenin de anksiyete düzeyini açıklıyor olması, felaketleştirmenin hangi kategoride ele alınırsa alınsın, uyumsuz bir kavram olduğunu göstermektedir.

İyimserlik kavramı, bireylerin gelecekle ilgili olarak olumlu beklentilerinin olması şeklinde tanımlanabilmektedir (Carver, Scheier ve Segerstrom, 2010). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden uyumlu olarak kabul edilen “Olumlu yeniden odaklanma”, “Olumlu yeniden değerlendirme”, “Kabul” ve “Plan yapmaya yeniden odaklanma” stratejilerini kullanmanın iyimserlik ve özsaygı ile olumlu yönde ilişkili olduğu düşünülürken, depresyon ve kaygı ile olumsuz yönde ilişkili olarak bulunmuştur (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989; Garnefski ve diğerleri, 2002; Garnefski ve Kraaij, 2007).

“Olumlu yeniden odaklanma”, bireyin deneyimlediği olumsuz olayı düşünmek yerine daha iyi olayları düşünmeye odaklanması olarak tanımlanabilir. Garnefski ve arkadaşları (2001) olumlu yeniden odaklanma stratejisini, bireyin duygularını önceden yaşadığı iyi olaylara kanalize etmesi şeklinde açıklamaktadır. Bu strateji kısa sürede uyumlu bir strateji olabileceği gibi, uzun vadede etkin bir uyumun gerçekleşmesini engelleyebilmektedir (Garnefski ve ark., 2001). Yapılan çalışmalar sonucunda, kaçınma odaklı başa çıkma, olumlu yeniden odaklanma stratejisi ile ilişkili bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2002). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, olumlu yeniden odaklanma, uyumlu bir strateji olarak görülebileceği gibi, bir kaçınma olarak da ele alınabilmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, zaman zaman duruma veya duygunun düzeyine ya da psikopatolojilere göre değişebilse de bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden; “Kendini suçlama”, “Ruminasyon”, “Diğerlerini suçlama” ve “Felaketleştirme” uyumsuz stratejiler olarak görülürken; “Kabul”, “Olumlu yeniden odaklanma”, “Plan yapmaya yeniden odaklanma”, “Olumlu yeniden değerlendirme”, “Olayın değerini azaltma” uyumlu stratejiler olarak değerlendirilmektedir (Garnefski ve ark., 2002).

Yapılan mevcut çalışmada da, alanyazın ile uygun olarak uyumlu olarak kabul edilen bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasında negatif yönde bir ilişki beklenirken, uyumsuz olarak kabul edilen bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında, pozitif yönde bir ilişki bulunulması öngörülmektedir.

BÖLÜM 2

2.YÖNTEM

2.1. Evren ve Örneklem

Kesitsel bir çalışma olan bu araştırmanın örneklemini, Aralık 2016 - Mart 2017 tarihleri arasında 18-65 yaş arası 30 sağlıklı birey ile; İzmir ilinde bulunan Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi ve Urla Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine ilk kez başvuran, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmayan ve gerekli şartları sağlayarak araştırmaya katılan; psikiyatrist tarafından majör depresyon tanısı konan ve ayakta tedavi gören 18-65 yaş arası 33 birey vepsikiyatrist tarafından yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konan ve ayakta tedavi gören 18-65 yaş arası 29 birey oluşturmaktadır. Araştırmada veriler eşlenmiş seçkisiz ardışık örnekleme yöntemi ile seçilen bireylerden elde edilmiştir.

“DSM-IV-TR Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzuna (SCID-I)”, göre daha önce psikiyatrik ve/ve ya psikolojik tedavi gören, önceden ve ya şuanda ilaç kullanan, madde kötüye kullanımı olan ve psikotik özellikler gösteren bireyler araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırmada depresyon ve anksiyete tanısı alan bireyler arasındaki eş tanıyı dışlamak için ortalama ± 2 *standart sapma değerleri hesaplanmış ve eş tanısı olan bireyler araştırmaya dâhil edilmemişlerdir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına uygun olduğunu belirlemek ve bilgi vermek için bilgilendirilmiş gönüllü “onam formu”; araştırmaya katılan örneklemin sosyodemografik ve kişisel bilgilerini tespit edebilmek için, “Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu”; duygu düzenleme stratejilerin belirlenmesini sağlamak için, “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (CERQ)”; Depresyon seviyesini ölçebilmek için,“Hamilton Depresyon Derecelendirme

Ölçeği (HAM-D)”; Anksiyete seviyesini görebilmek için, “Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)”; ve eş tanıları eleyebilmek için “DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme kılavuzu (SCID-I)” kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçme materyalleri hakkında bilgiler aşağıdaki gibidir.

2.2.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu (Ek B)

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formudur. Katılımcıların; sosyodemografik özelliklerini, kişisel ve klinik özgeçmişlerini anlamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Form, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, meslek, gelir algısı, yaşanan yer, alkol ve madde kullanımı, geçirilmiş rahatsızlık öyküsü olup olmadığı varsa eğer neler olduğu, gibi çeşitli 11 soru içermektedir.

2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) (Ek C)

Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) tarafından geliştirilen Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) olumsuz olaylar karşısında kişiler tarafından kullanılan stratejileri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Öz bildirim ölçeği olan BDDÖ, klinik ve normal popülasyonda kullanılabilir. Ölçek toplam 36 maddeden oluşmaktadır ve beş seçenekli “Likert tipi (1 = bana hiç uygun değil, 2= bana birazcık uygun, 3= bana kısmen uygun, 4= bana çok uygun, 5= bana tamamıyla uygun)” bir ölçüm sunmaktadır. “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği”, “*kendini suçlama*”, “*kabul etme*”, “*düşünceye odaklanma*”, “*olumlu tekrar odaklanma*”, “*plan yapmaya tekrar odaklanma*”, “*pozitif yeniden değerlendirme*”, “*bakış açısına yerleştirmek*”, “*felaketleştirme*” ve “*diğerlerini suçlama*” olmak üzere toplam dokuz alt ölçekten (her biri 4'er madde) oluşmaktadır.

Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa değerinin ,67 ile ,81 arasında değer aldığı bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2001). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Onat ve Otrar (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Onat ve Otrar'ın (2010) yaptıkları çalışmalar neticesinde iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha değeri $\alpha=,784$, test-r-test güvenilirlik katsayısı ise “ $r=1,00$ ” bulunmuştur. Ölçeğin geçerlilik çalışması

gerçekleştirilirken, “ölçüt bağımlı geçerlik yönteminden” yararlanılmıştır. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Olumsuz Duygudurum Ölçeği arasında ($r=-,572$) istatistiksel açıdan bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Onat, Otrar, 2010).

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin alt ölçeklerine bakıldığında; Kendini suçlama, bireyin yaşadığı olumsuz deneyim nedeni ile kendisinin suçlu olduğu düşüncesine sahip olduğunu gösterirken; kabul etme ise, bireyin, yaşadığı olayı kabullenme düşüncesine odaklanması ile ilgilidir. Düşünceye odaklanma bir diğer adı ile ruminasyon, bireyin, yaşadığı olumsuz olay ile ilgili duygu ve düşünceler üzerine tekrarlanan düşüncelerinin olduğunu işaret eder Olumlu yeniden odaklanma, bireyin, esas yaşadığı olumsuz deneyimi düşünmesi yerine, daha iyi, daha güzel konuları düşünmeye odaklanma girişimi olduğunu gösterir. Plan yapmaya yeniden odaklanma, yaşanan olumsuz deneyimin ne şekilde ele alınarak, konu hakkında nasıl önlemler alınabileceğinin düşünüldüğünü işaret eder. Pozitif yeniden değerlendirme, olumsuz deneyim ile alakalı olarak olumlu anlamlar ve düşünceler üretmeye çalışıldığını gösterirken; olayın değerini azaltma (bakış açısına yerleştirmek) ise, yaşanan olumsuz deneyimi diğer deneyimler ile kıyaslayarak, olayın önemini azaltılmaya çalışıldığını gösterir. Felaketleştirme (yıkım), bireyin, yaşadığı deneyimin olumsuz, kötü ve sıkıntı veren özellikleri üstünde düşünüldüğüne işaret eder. Diğerlerini suçlama'da ise, birey, tecrübe ettiği olumsuz olayın suçunun ya da sorumluluğunun, başka bir bireyde veya çevrede olduğuna inanır (Garnefski ve ark. 2002; akt. Onat, Otrar, 2010). Her alt ölçek toplamda 4 ile 20 arasında bir puan almaktadır. Değerlendirmeler alt ölçeklerden alınan puanlar ile gerçekleştirilmektedir.

2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek D)

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği bireylerin, mevcut depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. M. Hamilton tarafından geliştirilen ölçek; yine onun gözetiminde Williams (1978) tarafından yapılan çalışmalar neticesinde son halini almıştır. Depresif belirtileri olan kişilere klinisyenler tarafından uygulanan ölçek, toplamda 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0-4 puan arasındaki değerler ile puanlanır ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53'tür. Yapılan çalışmalar sonucunda; ölçek sonuçlarına göre, depresyon şiddeti derecelendirildiğinde, 8-13 arası düşük, 14-18 arası orta, 19 ve üstü şiddetli olarak değerlendirilmiştir (Kearns ve ark. 1982, Endicott ve ark. 1981). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırması “Akdemir ve arkadaşları” tarafından 1996 yılında

gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışma neticesinde Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=,75$ bulunmuştur. Test-r-test güvenilirlik katsayısı ise $r=.85$ olarak bulunmuştur (Akdemir ve ark., 1996).

2.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) (Ek E)

Hamilton Anksiyete Ölçeği kişilerde “anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek” için hazırlanmıştır. M. Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilen bu ölçek, hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeye sahiptir. Bu 14 maddeden 6 tanesi psişik, 8 tanesi ise somatik anksiyeteyi değerlendirmektedir. Değerlendirilen her bir belirti için, 0 (yok) ile 4 (çok şiddetli) arasında puan verilir ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 56’dır. Ölçekte maddelerin olup olmadığı ve yoğunluğu testi uygulayan kişi tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yazıcı ve ark., 1998). Yapılan çalışma sonucunda, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı ortalama 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe sürümünde kesme puanı hesaplanmamıştır (Yazıcı ve ark., 1998).

2.2.5. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV tanı kriterlerine uygun olarak geliştirilen SCID I, Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formudur. SCID I, birinci eksen tanılarından herhangi birinin her hangi bir zaman diliminde kişide olup olmadığını ve son 1 ay içinde bozukluk belirtilerinin varlığını ya da yokluğunu belirlemektedir. First ve arkadaşlarının geliştirdiği “DSM-IV” yapılandırılmış klinik görüşme formunun geçerlik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Türkçe’ye çevirisi uygulanmıştır.

2.3. Yöntem

Katılımcılara öncelikli olarak araştırmanın adı ve amacı anlatılmıştır. Daha sonra araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri halinde kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı ve ölçekleri doldurmanın yaklaşık ne kadar zaman alacağı söylenmiştir. Daha sonra her katılımcıdan öncelikle ıslak imzalı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu

alınmıştır. Ardından sosyo-demografik bilgi formu ve bilişsel duygu düzenleme ölçeği katılımcılar tarafından tamamlandıktan sonra, sırasıyla; Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ve Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Son olarak araştırmacı DSM-IV-TR Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzunu katılımcılara uygulayarak çalışmayı sonlandırmıştır. Her ölçek, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm gruplarda ki bireylere, doğrudan araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden, “sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ki kare testi” kullanılmıştır. “İkiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One way Anova)” testi kullanılmıştır. Anova testinin ardından farklılıkları belirlemek için tamamlayıcı “post-hoc” analizi olarak “Tukey” testi kullanılmıştır. Çalışmanın sürekli değişkenleri arasında “pearson korelasyon analizi” uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık seviyesinde yorumlanmıştır.

BÖLÜM 3

3.BULGULAR

Veri analizinden önce parametrik test yöntemlerine uygunluğu tespit etmek için“normallik sınaması” yapılmıştır. Araştırma değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım test sonuçları aşağıda verilmektedir.

Tablo 3.1. Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi

Değişkenler	N	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Kendini suçlama	92	1,176	0,124
Kabul	92	1,321	0,200
Ruminasyon	92	1,738	0,184
Plan yapmaya yeniden odaklanma	92	0,655	0,168
Olumlu yeniden değerlendirme	92	1,463	0,164
Olayın değerini azaltma	92	1,684	0,200
Felaketleştirme	92	1,839	0,185
Diğerlerini suçlama	92	1,844	0,076
Uyumsuz duygu düzenleme	92	0,813	0,173
Uyumlu duygu düzenleme	92	0,857	0,200
Depresyon	92	1,306	0,197
Anksiyete	92	1,217	0,176

Araştırma değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır($p<0,05$).

3.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Yaş açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 10'unun (%33,3) 20-30 yaş, 9'unun (%30,0) 31-40 yaş, 5'i (%16,7) 41-50 yaş, 2'si (%6,7) 51-60 yaş, 4'ünün (%13,3) 60 yaş üstü; depresyon grubunun 5'i (%14,8) 20-30 yaş, 6'si (%20,2) 31-40 yaş, 9'unun (%26,6) 41-50 yaş, 10'unun (%29,5) 51-60 yaş, 3'ünün (%8,9) 60 yaş üstü; anksiyete grubunun 9'unun (%31,9) 20-30 yaş, 10'i (%35,1) 31-40 yaş, 6'sının (%19,8) 41-50 yaş, 2'si (%6,7) 51-60 yaş, 2'si (%6,7) 60 yaş üstü olduğu görülmektedir. Sağlıklı grubun yaş ortalaması 39, Majör depresyon grubunun yaş ortalaması 45 ve yaygın anksiyete bozukluğu grubunun yaş ortalaması 36 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların genel yaş ortalaması ise 40'dır (Tablo 2).

Cinsiyet açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 18'i (%60,0) kadın, 12'si (%40,0) erkek; depresyon grubunun 18'unun (%56,9) kadın, 15'i (%43,1) erkek; anksiyete grubunun 16'si (%54,8) kadın, 13'ünün (%45,2) erkek olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Medeni Durum açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 14'ünün (%46,7) evli, 14'ünün (%46,7) bekar, 1'i (%3,3) boşanmış-ayrı, 1'i (%3,3) dul; depresyon grubunun 20'i (%61,1) evli, 8'i (%23,7) bekar, 4'ünün (%12,1) boşanmış-ayrı, 1'i (%3,1) dul; anksiyete grubunun 17'unun (%59,3) evli, 11'i (%36,5) bekar, 1'i (%4,2) boşanmış-ayrı olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Eğitim Seviyesi açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 3'ünün (%10,0) lise, 21'i (%70,0) Üniversite, 6'sının (%20,0) yüksek lisans; depresyon grubunun 4'ünün (%12,0) ilkokul, 5'i (%14,8) ortaokul, 10'i (%32,0) lise, 14'ünün (%41,3) Üniversite; anksiyete grubunun 2'si (%6,8) ilkokul, 1'i (%3,3) ortaokul, 11'si (%38,4) lise, 14'i (%48,2) Üniversite, 1'i (%3,3) yüksek lisans olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3.2. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Sağlıklı		Depresyon		Anksiyete		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	20-30 Yaş	10	%33,3	5	%14,8	9	%31,9	$X^2=12,428$ $p=0,128$
	31-40 Yaş	9	%30,0	6	%20,2	10	%35,1	
	41-50 Yaş	5	%16,7	9	%26,6	6	%19,8	
	51-60 Yaş	2	%6,7	10	%29,5	2	%6,7	
	60 Yaş üstü	4	%13,3	3	%8,9	2	%6,7	
Cinsiyet	Kadın	18	%60,0	18	%56,9	16	%54,8	$X^2=0,185$ $p=0,911$
	Erkek	12	%40,0	15	%43,1	13	%45,2	
Medeni Durum	Evli	14	%46,7	20	%61,1	17	%59,3	$X^2=6,523$ $p=0,336$
	Bekar	14	%46,7	8	%23,7	11	%36,5	
	Boşanmış-ayrı	1	%3,3	4	%12,1	1	%4,2	
	Dul	1	%3,3	1	%3,1	0	%0,0	
Eğitim Seviyesi	İlkokul	0	%0,0	4	%12,0	2	%6,8	$X^2=26,241$ $p=0,001$
	Ortaokul	0	%0,0	5	%14,8	1	%3,3	
	Lise	3	%10,0	10	%32,0	11	%38,4	
	Üniversite	21	%70,0	14	%41,3	14	%48,2	
	Yüksek Lisans	6	%20,0	0	%0,0	1	%3,3	
Yaşamın Geçirildiği Yer	Köy	0	%0,0	0	%0,0	1	%3,5	$X^2=5,264$ $p=0,349$
	İlçe	1	%3,3	1	%3,2	3	%10,2	
	Şehir	5	%16,7	9	%28,8	8	%26,5	
	Büyükşehir	24	%80,0	23	%67,9	17	%59,8	
Alkol Kullanımı	Evet	19	%63,3	11	%32,9	10	%35,5	$X^2=7,130$ $p=0,025$
	Hayır	11	%36,7	22	%67,1	19	%64,5	
Sigara Kullanımı	Evet	13	%43,3	13	%37,4	13	%45,2	$X^2=0,331$ $p=0,586$
	Hayır	17	%56,7	20	%62,6	16	%54,8	

Yaşamın Geçirildiği Yer açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 1'i (%3,3) ilçe, 5'i (%16,7) şehir, 24'ünün (%80,0) büyükşehir; depresyon grubunun 1'i (%3,2) ilçe, 9'unun (%28,8) şehir, 23'ünün (%67,9) büyükşehir; anksiyete grubunun 1'i (%3,5) köy, 3'ünün (%10,2) ilçe, 8'i (%26,5) şehir, 17'unun (%59,8) büyükşehir olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Alkol Kullanımı açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 19'unun (%63,3) evet, 11'i (%36,7) hayır; depresyon grubunun 11'i (%32,9) evet, 22'ünün (%67,1) hayır; anksiyete grubunun 10'i (%35,5) evet, 19'u (%64,5) hayır olduğu görülmektedir. Sigara Kullanımı açısından gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı grubun 13'ünün (%43,3) evet, 17'si (%56,7) hayır; depresyon grubunun 13'ünün (%37,4) evet,

20'i (%62,6) hayır; anksiyete grubunun 13'ünün (%45,2) evet, 16'si (%54,8) hayır olduğu görülmektedir (Tablo 2).

3.2. Tanı Grupları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Tablo 3.3. Kendini Suçlamanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
Kendini Suçlama	Sağlıklı	30	11,166		
	Depresyon	33	12,636	1,688	0.191
	Anksiyete	29	11,103		

Araştırmaya katılan hastaların kendini suçlama puanlarının ortalamalarında grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3.4. Kabulün Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
Kabul	Sağlıklı	30	12,000		
	Depresyon	33	10,909	1,118	0.331
	Anksiyete	29	10,793		

Araştırmaya katılan hastaların kabul puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3.5. Ruminasyonun Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
Ruminasyon	Sağlıklı	30	12,200		
	Depresyon	33	12,060	0,206	0.815
	Anksiyete	29	12,689		

Araştırmaya katılan hastaların ruminasyon puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 3.6. Plan Yapmaya Yeniden Odaklanmanın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
	Sağlıklı	30	14,766		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Depresyon	33	12,697	4,872	0.010*
	Anksiyete	29	12,241		

Araştırmaya katılan hastaların plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F(2,89)=4,872$; $p=0,010<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test sonucunda sağlıklı grubun plan yapmaya yeniden odaklanma puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun plan yapmaya yeniden odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Sağlıklı grubun plan yapmaya yeniden odaklanma puanları ($14,766\pm 2,674$), depresyon grubunun plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarından ($12,697\pm 3,778$) yüksek bulunmuştur. Sağlıklı grubun plan yapmaya yeniden odaklanma puanları ($14,766\pm 2,674$), anksiyete grubunun plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarından ($12,241\pm 3,419$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.7. Olumlu Yeniden Değerlendirmenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
	Sağlıklı	30	13,966		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Depresyon	33	10,151	15,779	0.000*
	Anksiyete	29	10,137		

Araştırmaya katılan hastaların olumlu yeniden değerlendirme puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen

“tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F(2,89)=15,779$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test sonucunda sağlıklı grubun olumlu yeniden değerlendirme puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun olumlu yeniden değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Sağlıklı grubun olumlu yeniden değerlendirme puanları ($13,966\pm3,326$), depresyon grubunun olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($10,151\pm3,103$) yüksek bulunmuştur. Sağlıklı grubun olumlu yeniden değerlendirme puanları ($13,966\pm3,326$), anksiyete grubunun olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($10,137\pm2,695$) yüksek bulunmuştur.

Tablo3.8. Olayın Değerini Azaltmanın Tam Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
Olayın Değerini Azaltma	Sağlıklı	30	12,766		
	Depresyon	33	11,242	2,903	0.060
	Anksiyete	29	10,827		

Araştırmaya katılan hastaların olayın değerini azaltma puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo3.9. Felaketleştirmenin Tam Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
Felaketleştirme	Sağlıklı	30	6,466		
	Depresyon	33	9,212	6,788	0.002*
	Anksiyete	29	9,137		

Araştırmaya katılan hastaların felaketleştirme puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F(2,89)=6,788$; $p=0,002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test

sonucunda sağlıklı grubun felaketleştirme odaklanma puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun felaketleştirme puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Depresyon grubunun felaketleştirme puanları (9,212±4,037), Sağlıklı grubun felaketleştirme puanlarından (6,466±2,029) yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubunun felaketleştirme puanları (9,137±3,450), Sağlıklı grubun felaketleştirme puanlarından (6,466±2,029) yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.10. Diğerlerini Suçlamamın Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
	Sağlıklı	30	7,966		
Diğerlerini Suçlama	Depresyon	33	11,454	6,172	0.003*
	Anksiyete	29	10,827		

Araştırmaya katılan hastaların diğerlerini suçlama puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(2,89)=6,172$; $p=0,003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test sonucunda sağlıklı grubun diğerlerini suçlama puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun diğerlerini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Depresyon grubunun diğerlerini suçlama puanları (11,454±4,925), Sağlıklı grubun diğerlerini suçlama puanlarından (7,966±2,326) yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubunun diğerlerini suçlama puanları (10,827±4,621), Sağlıklı grubun diğerlerini suçlama puanlarından (7,966±2,326) yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.11. Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenlemenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
	Sağlıklı	30	37,800		
Uyumsuz Duygu Düzenleme	Depresyon	33	45,363	6,169	0.003*
	Anksiyete	29	43,758		

Araştırmaya katılan hastaların uyumsuz duygu düzenleme puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur($F(2,89)=6,169$; $p=0,003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test sonucunda sağlıklı grubun uyumsuz bilişsel duygu düzenleme puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun uyumsuz bilişsel duygu düzenleme puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Depresyon grubunun uyumsuz duygu düzenleme puanları ($45,363\pm 7,257$), Sağlıklı grubun uyumsuz duygu düzenleme puanlarından ($37,800\pm 7,831$) yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubunun uyumsuz duygu düzenleme puanları ($43,758\pm 11,325$), Sağlıklı grubun uyumsuz duygu düzenleme puanlarından ($37,800\pm 7,831$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.12. Uyumlu Bilişsel Duygu Düzenlemenin Tanı Gruplarına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	F	p
	Sağlıklı	30	65,066		
Uyumlu Duygu Düzenleme	Depresyon	33	52,818	18,488	0.000*
	Anksiyete	29	52,241		

Araştırmaya katılan hastaların uyumlu duygu düzenleme puanlarının ortalamaları grup değişkenine göre farklarının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($F(2,89)=18,488$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi (Tukey testi) yapılmıştır. Yapılan test sonucunda sağlıklı grubun uyumlu bilişsel duygu düzenleme puanları ile depresyon ve anksiyete grubunun uyumlu bilişsel duygu düzenleme puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Sağlıklı grubun uyumlu duygu düzenleme puanları ($65,066\pm 9,450$), depresyon grubunun uyumlu duygu düzenleme puanlarından ($52,818\pm 9,094$) yüksek bulunmuştur. Sağlıklı grubun uyumlu duygu düzenleme puanları ($65,066\pm 9,450$), anksiyete grubunun uyumlu duygu düzenleme puanlarından ($52,241\pm 9,260$) yüksek bulunmuştur.

3.3. Tanı Grupları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Arasındaki Analizlere Yönelik Bulgular

Tablo 3.13. Duygu Düzenleme ve Majör Depresyon Grubu Arasındaki Korelasyon İlişkisi (n=33)

	Depresyon	Anksiyete	Kendini Suçlama	Kabul	Ruminasyon	Olumlu Yeniden Odaklanma	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Olumlu Yeniden Değerlendirme	Olayın Değerini Azaltma	Felaketleştirme	Diğerlerini Suçlama	Uyumsuz Duygu Düzenleme	Uyumlu Duygu Düzenleme
Depresyon	r												
	p												
Anksiyete	r	0,568**											
	p	0,001											
Kendini Suçlama	r	0,214	0,203										
	p	0,231	0,258										
Kabul	r	0,353*	0,334	0,106									
	p	0,044	0,057	0,556									
Ruminasyon	r	0,372*	0,239	0,009	0,571**								
	p	0,033	0,180	0,961	0,001								
Olumlu Yeniden Odaklanma	r	-0,276	-0,234	-0,201	-0,107	-0,273							
	p	0,119	0,189	0,262	0,553	0,124							
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	r	-0,076	-0,335**	-0,204	0,442	-0,082	0,513**						
	p	0,674	0,057	0,255	0,010	0,650	0,002						
Olumlu Yeniden Değerlendirme	r	-0,216	-0,296	-0,086	-0,403*	-0,222	0,363*	0,396*					
	p	0,227	0,095	0,635	0,020	0,215	0,038	0,023					
Olayın Değerini Azaltma	r	0,087	0,191	-0,167	0,150	0,123	0,290	0,340	0,093				
	p	0,631	0,286	0,353	0,404	0,494	0,101	0,053	0,608				
Felaketleştirme	r	0,007	0,132	-0,095	0,500**	0,417*	-0,135	0,399*	-0,489**	-0,293			
	p	0,969	0,462	0,600	0,003	0,016	0,454	0,021	0,004	0,098			
Diğerlerini Suçlama	r	-0,168	-0,192	-0,728**	-0,014	0,031	0,179	0,233	-0,001	0,305	0,046		
	p	0,351	0,285	0,000	0,937	0,863	0,318	0,193	0,998	0,084	0,800		
Uyumsuz Duygu Düzenleme	r	0,210	0,193	0,060	0,637**	0,792**	-0,220	-0,231	-0,442**	0,010	0,691**	0,232	
	p	0,241	0,282	0,742	0,000	0,000	0,219	0,197	0,010	0,957	0,000	0,194	
Uyumlu Duygu Düzenleme	r	-0,009	-0,098	-0,198	0,198	0,093	0,719**	0,658**	0,486**	0,719**	-0,279	0,266	-0,043
	p	0,959	0,588	0,270	0,270	0,605	0,000	0,000	0,004	0,000	0,116	0,134	0,810

Tablo 3.14. Duygu Düzenleme ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Grubu Arasındaki Korelasyon İlişkisi (n=29)

	Depresyon	Anksiyete	Kendini Suçlama	Kabul	Ruminasyon	Olumlu Yeniden Odaklanma	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Olumlu Yeniden Değerlendirme	Olayın Değerini Azaltma	Felaketleştirme	Diğerlerini Suçlama	Uyumsuz Duygu Düzenleme	Uyumlu Duygu Düzenleme
Depresyon	r												
	p												
Anksiyete	r	0,569**											
	p	0,001											
Kendini Suçlama	r	0,189	0,177										
	p	0,326	0,359										
Kabul	r	0,306	0,246	-0,171									
	p	0,106	0,199	0,376									
Ruminasyon	r	0,255	0,395*	0,147	0,443*								
	p	0,182	0,034	0,448	0,016								
Olumlu Yeniden Odaklanma	r	0,016	-0,063	0,286	0,097	-0,017							
	p	0,934	0,744	0,133	0,616	0,931							
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	r	0,026	0,208	0,297	-0,230	0,019	0,381*						
	p	0,894	0,280	0,117	0,231	0,923	0,041						
Olumlu Yeniden Değerlendirme	r	0,202	0,235	-0,124	0,059	-0,040	0,227	0,415*					
	p	0,293	0,219	0,520	0,763	0,835	0,237	0,025					
Olayın Değerini Azaltma	r	-0,068	0,155	0,092	0,524**	0,282	0,211	-0,079	0,289				
	p	0,726	0,424	0,635	0,003	0,139	0,271	0,684	0,129				
Felaketleştirme	r	0,357	0,362	0,410*	0,343	0,536**	0,155	0,015	-0,113	0,015			
	p	0,057	0,053	0,027	0,069	0,003	0,423	0,937	0,558	0,937			
Diğerlerini Suçlama	r	0,362	0,088	0,164	0,191	0,175	-0,075	0,041	-0,078	-0,120	0,423*		
	p	0,053	0,651	0,394	0,321	0,364	0,698	0,832	0,686	0,536	0,022		
Uyumsuz Duygu D�zenleme	r	0,423*	0,364	0,593**	0,301	0,684**	0,108	0,131	-0,125	0,100	0,832**	0,663**	
	p	0,022	0,052	0,001	0,113	0,000	0,579	0,499	0,517	0,606	0,000	0,000	
Uyumlu Duygu Düzenleme	r	0,176	0,280	0,120	0,550**	0,268	0,615**	0,482**	0,634**	0,673**	0,164	0,008	0,201
	p	0,362	0,141	0,536	0,002	0,160	0,000	0,008	0,000	0,000	0,394	0,968	0,295

Tablo 3.15. Duygu Düzenleme ve Sağlıklı Grup Arasındaki Korelasyon İlişkisi (n=30)

	Depresyon	Anksiyete	Kendini Suçlama	Kabul	Ruminasyon	Olumlu Yeniden Odaklanma	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Olumlu Yeniden Değerlendirme	Olayın Değerini Azaltma	Felaketleştirme	Diğerlerini Suçlama	Uyumsuz Duygu Düzenleme	Uyumlu Duygu Düzenleme
Depresyon	r												
	p												
Anksiyete	r	0,299											
	p	0,108											
Kendini Suçlama	r	-0,031	0,160										
	p	0,871	0,399										
Kabul	r	-0,036	0,027	0,613**									
	p	0,850	0,887	0,000									
Ruminasyon	r	0,034	0,125	0,540**	0,452*								
	p	0,858	0,511	0,002	0,012								
Olumlu Yeniden Odaklanma	r	0,097	-0,096	-0,213	0,098	0,018							
	p	0,609	0,613	0,258	0,607	0,926							
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	r	0,019	-0,032	0,208	0,400*	0,321	0,004						
	p	0,920	0,866	0,271	0,028	0,084	0,983						
Olumlu Yeniden Değerlendirme	r	0,301	0,016	0,034	0,313	0,101	0,594**	0,274					
	p	0,106	0,935	0,859	0,092	0,594	0,001	0,142					
Olayın Değerini Azaltma	r	0,037	0,073	0,057	0,314	0,186	0,152	0,225	0,260				
	p	0,847	0,700	0,765	0,091	0,324	0,424	0,232	0,165				
Felaketleştirme	r	0,093	0,391*	0,422*	0,113	0,294	-0,290	-0,030	-0,360	0,285			
	p	0,624	0,033	0,020	0,551	0,115	0,121	0,875	0,051	0,127			
Diğerlerini Suçlama	r	0,035	0,215	0,302	0,309	0,256	-0,046	-0,023	0,160	0,425*	0,296		
	p	0,854	0,254	0,105	0,097	0,171	0,810	0,902	0,398	0,019	0,113		
Uyumsuz Duygu Düzenleme	r	0,039	0,280	0,805*	0,548**	0,805**	-0,157	0,207	0,013	0,306	0,633**	0,600**	
	p	0,837	0,135	0,000	0,002	0,000	0,408	0,273	0,946	0,100	0,000	0,000	
Uyumlu Duygu Düzenleme	r	0,145	-0,004	0,186	0,626**	0,314	0,608**	0,561**	0,790**	0,612**	-0,106	0,256	0,259
	p	0,445	0,985	0,326	0,000	0,091	0,000	0,001	0,000	0,000	0,577	0,173	0,167

Duygu Düzenleme ve Depresyon Grubu Puanları Arasındaki Korelasyon İlişki

Anksiyete ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.568$; $p=0,001<0.01$). Kabul ve depresyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.353$; $p=0,044<0.05$). Ruminasyon ve depresyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.372$; $p=0,033<0.05$). Plan yapmaya yeniden odaklanma ve anksiyete arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.335$; $p=0,057<0.01$). Diğerlerini suçlama ve kendini suçlama arasında yüksek, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.728$; $p=0,000<0.01$).

Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.571$; $p=0,001<0.01$). Olumlu yeniden değerlendirme ve kabul arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.403$; $p=0,020<0.05$). Felaketleştirme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.500$; $p=0,003<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.637$; $p=0,000<0.01$). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.417$; $p=0,016<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.792$; $p=0,000<0.01$).

Plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.513$; $p=0,002<0.01$). Olumlu yeniden değerlendirme ve olumlu yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.363$; $p=0,038<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.719$; $p=0,000<0.01$).

Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.396$; $p=0,023<0.05$). Felaketleştirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.399$; $p=0,021<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.658$; $p=0,000<0.01$).

Felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.489$; $p=0,004<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.442$;

$p=0,010<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.486$; $p=0,004<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.719$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.691$; $p=0,000<0.01$).

Duygu Düzenleme ve Anksiyete Grubu Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Anksiyete ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.569$; $p=0,001<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.423$; $p=0,022<0.05$). Ruminasyon ve anksiyete arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.395$; $p=0,034<0.05$).

Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.410$; $p=0,027<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.593$; $p=0,001<0.01$). Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.443$; $p=0,016<0.05$). Olayın değerini azaltma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.524$; $p=0,003<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.550$; $p=0,002<0.01$).

Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.536$; $p=0,003<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.684$; $p=0,000<0.01$). Plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.381$; $p=0,041<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.615$; $p=0,000<0.01$).

Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.415$; $p=0,025<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.482$; $p=0,008<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayı yeniden değerlendirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.634$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.673$; $p=0,000<0.01$).

Diğerlerini suçlama ve felaketleştirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.423$; $p=0,022<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.832$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.663$; $p=0,000<0.01$).

Duygu Düzenleme ve Sağlıklı Grup Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Felaketleştirme ve anksiyete arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.391$; $p=0,033<0.05$). Kabul ve kendini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.613$; $p=0,000<0.01$). Ruminasyon ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.540$; $p=0,002<0.01$). Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.422$; $p=0,020<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kendini suçlama arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.805$; $p=0,000<0.01$).

Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.452$; $p=0,012<0.05$). Plan yapmaya yeniden odaklanma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.400$; $p=0,028<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.548$; $p=0,002<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.626$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.805$; $p=0,000<0.01$).

Olumlu yeniden değerlendirme ve olumlu yeniden odaklama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.594$; $p=0,001<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.608$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.561$; $p=0,001<0.01$).

Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.790$; $p=0,000<0.01$). Diğerlerini suçlama ve olayın değerini azaltma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.425$; $p=0,019<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.612$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki

bulunmaktadır($r=0.633$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı iliğki bulunmaktadır($r=0.600$; $p=0,000<0.01$).

BÖLÜM 4

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın amacı, klinik ortamda Majör Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış kişilerin duygu düzenleme stratejilerinin saptanması, benzerlik ve farklılıkların incelenmesi, bu bulguların sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmasıdır.

4.1. Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Kendini suçlama puanları açısından, 3 grup arasındaki farkları tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Depresyon grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Diğerlerini suçlama ve kendini suçlama arasında yüksek, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.728$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.410$; $p=0,027<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.593$; $p=0,001<0.01$). Sağlıklı grupta yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.540$; $p=0,002<0.01$). Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.422$; $p=0,020<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kendini suçlama arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.805$; $p=0,000<0.01$). Bu sonuç, yapılan diğer araştırmalar ile uyumlu değildir. Yapılan çalışmalarda, kendini suçlama stratejisinin, bireylerde daha çok depresyon ile birlikte görüldüğü bulunmuştur (Anderson, Miller, Riger, Dill ve Sedikides, 1994; McGee ve diğerleri, 2001; Kubany, Haynes, Abueg, Manke, Brennan ve Stahura, 1996, akt. Daşçı, 2015).

Alanyazındaki çalışmalarda, depresyon ve anksiyete ile ilgili bilişsel duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında kendini suçlamanın, dış etkenlerden bağımsız bir içsel süreç sonucunda ortaya çıkan bir strateji olduğu anlaşılmaktadır (McGee, Wolfe ve Olson, 2001, akt. Daşçı, 2015). Rey ve Extremera, (2012) tarafından genç yetişkin öğrencilerle gerçekleştirilen çalışmada, kendini suçlama ile ruminasyon stratejilerini kullanan bireylerin günlük yaşamda sözel ve fiziksel saldırganlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu davranışın nedeni olarak, kendini suçlamanın hayal kırıklığına yol açtığı ve bunun da bireylerin saldırgan davranışlar göstermelerine sebep olduğu tespit edilmiştir (Rey ve Extremera, 2012; akt. Çelik ve Kocabıyık, 2014). Mevcut çalışmada da, depresyon ile kendini suçlama arasındaki ilişki, bireylerin kendilerini suçlama sonucunda hissettikleri hayal kırıklığı ile ilişkili olabilir.

Ruminasyon puanları açısından, 3 grubun arasında ki farklar tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Depresyon grubunda yapılan korelasyon analizinde Ruminasyon ve depresyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.372$; $p=0,033<0.05$). Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.571$; $p=0,001<0.01$). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.417$; $p=0,016<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.792$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve anksiyete arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.395$; $p=0,034<0.05$). Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.443$; $p=0,016<0.05$). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.536$; $p=0,003<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.684$; $p=0,000<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.540$; $p=0,002<0.01$).

Depresyon ve anksiyete grubunun felaketleştirme puanları, sağlıklı grubun felaketleştirme puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Felaketleştirme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.500$; $p=0,003<0.01$). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.417$; $p=0,016<0.05$). Felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0.489$;

p=0,004<0.01). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.410; p=0,027<0.05). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.536; p=0,003<0.01). Diğerlerini suçlama ve felaketleştirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.423; p=0,022<0.05). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.832; p=0,000<0.01). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Felaketleştirme ve anksiyete arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.391; p=0,033<0.05). Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.422; p=0,020<0.05). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır(r=0.633; p=0,000<0.01). Araştırmanın bulguları ile tutarlı olarak, Zlomke ve Hahn (2005)'in üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, "Ruminasyon" ve "Felaketleştirme" stratejilerinin kullanımının, kaygı ve stres düzeyini yükselttiği görülmüştür. Felaketleştirme stratejisinde birey, yaşadığı olayın olumsuz yanı üzerinde belli bir şekilde düşünmeye yoğunlaşmaktadır (Sullivan, Bishop and Pivik, 1995). Bu durum sonucunda, "felaketleştirme" stratejisinin depresyon ve kaygı seviyesini arttırması beklenmektedir. Ruminasyon ise, özellikleri nedeni anksiyete ile yakından ilişkilidir. Yapılan kapsamlı çalışmalar depresyon ve ruminatif tepki süreçlerine sahip olan bireylerin, 1 yıl sonra daha şiddetli ve uzun süreli depresif belirtiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bireylerin depresyon seviyelerindeki azalma daha az olmakla birlikte, kaygı belirtileri gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Nolen-Hoeksema,2000; Nolen-Hoeksema, Larson ve Grayson, 1999). Yapılan çalışmada ise ruminasyon depresyonu etkilemezken anksiyeteyi arttıran bir strateji olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum ruminasyonun kültüre dayanan bir strateji olduğu şeklinde yorumlanabilir. Garnefski ve arkadaşları öğrenciler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise (2002) "Kendini suçlama", "Ruminasyon" ve "Felaketleştirme" ile depresyon ve kaygı arasında güçlü bir bağ bulunmuştur. Bu bulgu ise mevcut çalışma ile farklılık göstermektedir. Türk kültüründe felaketleştirmenin sadece anksiyete ile ilişkili çıkması bilişsel başa çıkma stratejilerinin, toplumdan topluma farklılık gösterebilmesinin bir sonucu olabilir. Stres veren yaşam olaylarında duygu düzenlemek için kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri, kültüre göre farklılık gösterebilmektedir, ancak bu konuda yapılan araştırmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Amerikalılar ve Asyalılar ile yapılan çalışmalar sonucunda bu stratejilerin kültüre duyarlılıkları tespit edilmiştir (Qu ve Telzer2017; Butler ve ark., 2007). Potthoff ve arkadaşları 2016 yılında bilişsel stratejilerin kullanımındaki kültürler arası farklılıkları araştırmak ve belirli stratejiler ile psikopatoloji

arasındaki ilişkinin ülkeler arasında değişip değişmediğini test etmek için altı Avrupa ülkesini karşılaştırmışlardır. Araştırmanın bulgularına göre; Kuzey Avrupa ülkeleri (Almanya ve Hollanda), uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini (ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama), Güney Avrupa ülkelerinden (İspanya, İtalya, Portekiz ve Macaristan) daha az kullanmaktadır.

Çeşitli araştırmalar felaketleştirmenin; depresyon ve kaygının bilişsel bir bileşeni olup olmadığını da tartışmışlardır (Borkovec, Ray ve Stöber, 1998; Beck, 1967). Bunun yanı sıra araştırmacılar, bilişsel başa çıkmaların bilişsel hatalar ve olumsuz bilişlerle büyük ölçüde benzerlik göstermesinden ve bu ayrımların çoğunlukla kavramsal olduğundan bahsetmişlerdir (Legerstee, Garnefski, Verhulst ve Elisabeth, 2011). Yapılan bir diğer çalışma sonucunda, durumları yorumlarken oluşan felaketleştirme ile aşırı genelleme ve kişiselleştirme gibi bilişsel hatalar ergen örnekleme de kaygı ile pozitif yönde ilişkili tespit edilmiştir (Weems, Costa, Watts, Taylor, ve Cannon, 2007). Öğrenciler ile yapılan bazı çalışmalar diğerlerini suçlama stratejisini de uyumsuz olarak nitelendirmiş ve depresyon ile ilişkilendirmiştir (Garnefski ve ark., 2001, 2002; akt. Onat ve Otrar, 2010). Yapılan araştırmanın bulguları, alanyazın ile paralellik göstermektedir. Felaketleştirme ve diğerlerini suçlama stratejilerinin depresyon ve anksiyete tanısı alan grupta daha fazla kullanılması ve uyumsuz stratejilerin depresyon ve anksiyete tanısı alan grupta daha belirginken, uyumlu stratejilerin sağlıklı grupta yüksek olması, birçok çalışmayı destekler niteliktedir.

Bulguların sadece kültüre göre değil, aynı zamanda yaşa göre de değişkenlik gösterebileceği unutulmamalıdır. Garnefski ve arkadaşları (2002) tarafından öğrenciler ile yapılan bir diğer çalışmada ergenlerin, yetişkinlere göre daha az bilişsel duygu düzenleme stratejisi kullandığı belirlenmiştir. Öte yandan, kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden odaklanmanın psikopatolojilerin oluşmasında kritik öneme sahip olduğu anlaşılmıştır. Araştırmanın sonucunda her iki grupta da bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Garnefski ve diğerleri, 2002).

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, bilişsel başa çıkma yollarından felaketleştirme, ve ruminasyon stratejilerinin kaygıyı açıkladığı görülmektedir. Bu bulgu, Garnefski ve arkadaşlarının (2002) ölçeği geliştirme sürecinde öne sürdüğü hipotezlerle paralel bulunmuştur. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ile yapılan çeşitli çalışmalar, ruminasyon ve felaketleştirmenin psikopatoloji semptomları ile ilgili olduğunu göstermiştir. Özellikle anksiyetenin açıklanmasında, bu iki stratejinin önemli bir etkisinin olduğu başka çalışmalarda

da bulunmuştur (Garnefski ve Kraaij, 2007; Kraaij, Garnefski ve Van Gerwen, 2003; Martin ve Dahlen, 2005).

Yetişkinlerle yapılan başka çalışmalarda da, ruminasyonun anksiyete semptomlarını arttırdığı tespit edilmiştir (Calmes ve Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000). Ruminasyon daha çok depresyonla ilişki olarak nitelendirilmiş olsa da, ilerleyen zamanlarda tekrarlayan düşünce özelliğinin anksiyete ile de ilgili olduğu tespit edilmiştir (Seegerstrom, Tsao, Alden ve Craske, 2000). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, anksiyete ve ruminasyonun hangi noktalarda örtüşükleri araştırılmıştır. Araştırma neticesinde anksiyete ve ruminasyonun ayrı yapılar olmasına rağmen yüksek düzeyde ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (Fresco, Heimberg, Menin ve Turk, 2002).

Kabul puanları açısından, 3 grubun arasında ki farkları tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Depresyon grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.571$; $p=0,001<0.01$). Olumlu yeniden değerlendirme ve kabul arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.403$; $p=0,020<0.05$). Felaketleştirme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.500$; $p=0,003<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.637$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.443$; $p=0,016<0.05$). Olayın değerini azaltma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.524$; $p=0,003<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.550$; $p=0,002<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.452$; $p=0,012<0.05$). Plan yapmaya yeniden odaklanma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.400$; $p=0,028<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.548$; $p=0,002<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.626$; $p=0,000<0.01$).

Mevcut çalışmada kabul stratejisinin anlamlı bulunmamasına karşın, Garnefski ve arkadaşları (2002), olumsuz olarak algılanan bir olay karşısında bu olayı kabullenebilmeye yönelik düşüncelerin olmasını “Kabul” stratejisi olarak nitelendirmiş ve kabulü uyumlu bir

strateji olarak sınıflandırmışlardır. Yapılan çalışmalar kabul stratejisinin, depresyon düzeyinin yanı sıra anksiyete düzeyini de açıkladığını gösterirken kabul düzeyinin düşmesinin anksiyete düzeyini arttırdığı tespit etmiştir. Bunun yanında, düşük kabul düzeyinin yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür (McLaughlin, Mennin, ve Farach, 2007; Roemer, Orsillo ve Salters-Pedneault, 2008; akt. Ataman, 2011). Kabul stratejisi ile ilgili Garnefski ve arkadaşlarına (2001), karşı çıkan bir çalışma Martin ve Dahlen (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Martin ve Dahlen (2005) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda, kabulün uyumlu yanlarını bulmalarına rağmen, aynı zamanda kabulü depresyon stres ve öfkenin bastırılmasıyla pozitif ilişkili bulmuşlardır (Martin ve Dahlen, 2005). Bu bulgular sonucunda kabulün uyumlu ya da uyumsuz bir strateji haline dönüşmesi, bireyin anlık ruhsal durumu ile ilişkili bulunmuştur (Martin ve Dahlen 2005). Ataman (2011) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, kabul stratejisinin, boyun eğici bir yaklaşım olarak değerlendirilebileceği ve bu neden ile depresyon ve anksiyete düzeyinin azalmasına yardımcı olabileceği ileri sürülmüştür. Bu değerlendirme sonucunda, kabul algısının Türk kültüründe, batılı kültürlerden farklı olarak değerlendirildiği, kabulün olumlu yanının aynı zamanda kadercı bir algı oluşturabileceği düşünülmüştür. Mevcut araştırmada göz önünde bulundurulduğunda, kabul stratejisinin uyumlu olduğu gibi uyumsuz bir strateji olarak da değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Olumlu yeniden odaklanma stratejisi bu çalışmada normallik testi sonucunda değerlendirme dışında bırakılmıştır. Olumlu yeniden odaklanma stratejisi, esas olayı düşünmek yerine, daha güzel konuları düşünmeye odaklanma olarak açıklanabilmektedir (Garnefski ve ark., 2001). Olumlu yeniden odaklanmanın kısa sürede uyumlu bir strateji olabileceği düşünülürken, uzun dönemde etkin bir uyumun gerçekleşmesini engelleyebileceği düşünülmektedir. Bunun nedeni olarak daha güzel olayları düşünmeye çalışmanın zaman zaman kaçınma yerine geçebileceği öngörülmektedir (Garnefski ve ark., 2001). Garnefski ve ark. (2002) ölçeği geliştirme sürecinde Endler ve Parker (1990) tarafından geliştirilen Stres Verici Olaylarla Başa Çıkma Envanteri ile BDDÖ arasındaki ilişkiyi incelemek için çeşitli çalışmalar yapmışlardır. Bu çalışmalar sonucunda, “Kaçınma Odaklı Başa Çıkma”nın en çok olumlu yeniden odaklanma ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2002).

“Olumlu yeniden odaklanma” stratejisinin özellikleri dikkate alındığında, bu stratejinin Gross ve Thompson (2006)’un duygu düzenleme süreçlerini sınıflamada öne sürdüğü “dikkatte yayılma” sürecinin bir parçası olabileceği düşünülebilir. Araştırmacılar, sürekli bir şekilde duygulara ve onların sonuçlarına odaklanmanın depresif semptomlar doğuran ruminasyonlara neden olmasının yanında, bu stratejiyi olumlu şekilde kullanmanın

da olabileceğini tespit etmişlerdir. Bu şekliyle “Olumlu yeniden odaklanma” stratejisinin kullanımının depresyon düzeyini azaltması, bu sürecin olumlu yönde kullanımına bir örnek olarak nitelendirilebilir. Mevcut çalışmanın sonucunda, depresyon düzeyi arttıkça, “olumlu yeniden odaklanma” stratejisinin kullanım düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu bulgu, daha önce öğrenciler ile yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir (Martin ve Dahlen, 2005; Zlomke ve Hahn, 2010).

Sağlıklı grubun plan yapmaya yeniden odaklanma puanları, depresyon ve anksiyete grubunun plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Plan yapmaya yeniden odaklanma ve anksiyete arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.335$; $p=0,057<0.01$). Plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.513$; $p=0,002<0.01$). Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.396$; $p=0,023<0.05$). Felaketleştirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.399$; $p=0,021<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.658$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizi sonucunda, Plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.381$; $p=0,041<0.05$). Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.415$; $p=0,025<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.482$; $p=0,008<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Plan yapmaya yeniden odaklanma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.400$; $p=0,028<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.561$; $p=0,001<0.01$).

Sağlıklı grubun olumlu yeniden değerlendirme puanları, depresyon ve anksiyete grubunun olumlu yeniden değerlendirme puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubunda yapılan korelasyon analizinde Olumlu yeniden değerlendirme ve kabul arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.403$; $p=0,020<0.05$). Olumlu yeniden değerlendirme ve olumlu yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.363$; $p=0,038<0.05$). Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.396$;

$p=0,023<0.05$). Anksiyete grubunda yapılan korelasyon analizinde, Olumlu yeniden değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.415$; $p=0,025<0.05$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Olumlu yeniden değerlendirme ve olumlu yeniden odaklama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.594$; $p=0,001<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.790$; $p=0,000<0.01$).

Mevcut çalışmanın bulgularından farklı olarak alanyazında, Martin ve Dahlen (2005) tarafın gerçekleştirilen bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde bilişsel duygu düzenlemenin depresyon, kaygı, stres ve öfkenin oluşumundaki belirleyiciliği ele alınmıştır. Cinsiyetten bağımsız olarak bulunan sonuçlar doğrultusunda, kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini daha çok kullanan bireylerin, öfkelerini daha zor bir şekilde kontrol edebildiklerini saptamıştır (Martin ve Dahlen, 2005). Ülkemizde Çelik ve Kocabıyık (2014) tarafından öğrenciler ile gerçekleştirilen araştırma sonucunda, genç erkek bireylerin başkalarını suçlama stratejisi ile fiziksel saldırganlıkları arasında pozitif bir ilişki ortaya konmuştur. Bu bulgunun yanı sıra genç erkek bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerini az kullandıkları zaman fiziksel saldırganlıklarının arttığı tespit edilmiştir (Çelik ve Kocabıyık, 2014).

Olayın değerini azaltma puanları açısından, 3 grubun arasında ki farkları tespit etmek için gerçekleştirilen “tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Depresyon grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.719$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Olayın değerini azaltma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.524$; $p=0,003<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Diğerlerini suçlama ve olayın değerini azaltma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.425$; $p=0,019<0.05$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.612$; $p=0,000<0.01$).

Depresyon ve anksiyete grubunun diğerlerini suçlama puanları, sağlıklı grubun diğerlerini suçlama puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubu ile yapılan korelasyon analizinde, Diğerlerini suçlama ve kendini suçlama arasında yüksek, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.728$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubu ile yapılan

korelasyon analizi sonucunda, Diğerlerini suçlama ve felaketleştirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.423$; $p=0,022<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.663$; $p=0,000<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Diğerlerini suçlama ve olayın değerini azaltma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.425$; $p=0,019<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.600$; $p=0,000<0.01$).

Depresyon ve anksiyete grubunun uyumsuz duygu düzenleme puanları, sağlıklı grubun uyumsuz duygu düzenleme puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.637$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.792$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=-0.442$; $p=0,010<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.691$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumsuz duygu düzenleme ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.423$; $p=0,022<0.05$). Uyumsuz duygu düzenleme ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.593$; $p=0,001<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.684$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.832$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.663$; $p=0,000<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumsuz duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.548$; $p=0,002<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve ruminasyon arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.805$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve felaketleştirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.633$; $p=0,000<0.01$). Uyumsuz duygu düzenleme ve diğerlerini suçlama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.600$; $p=0,000<0.01$).

Sağlıklı grubun uyumlu duygu düzenleme puanları, depresyon ve anksiyete grubunun uyumlu duygu düzenleme puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.719$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu

duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.658$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.486$; $p=0,004<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.719$; $p=0,000<0.01$). Anksiyete grubu ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.550$; $p=0,002<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.615$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.482$; $p=0,008<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayı yeniden değerlendirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.634$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olayın değerini azaltma arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.673$; $p=0,000<0.01$). Sağlıklı grup ile yapılan korelasyon analizi sonucunda, Uyumlu duygu düzenleme ve kabul arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.626$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve olumlu yeniden odaklama arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.608$; $p=0,000<0.01$). Uyumlu duygu düzenleme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.561$; $p=0,001<0.01$).

Yapılan mevcut çalışmada da, alanyazın ile uygun olarak uyumlu olarak kabul edilen bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresyon arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Uyumsuz olarak kabul edilen bilişsel duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında ise bu stratejilerin depresyonu etkilemediği ancak anksiyeteyi arttırdığı ortaya konmuştur. Mevcut çalışmada olduğu gibi Ataman (2011), öğrenciler ile yaptığı çalışma sonucuna, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve bilişsel başa çıkma tarzları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında negatif, uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve bilişsel başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulmuştur. Martin ve Dahlen 2005 yılında üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışma sonucunda; depresyon ile kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve kabul arasında negatif bir ilişki bulurken, depresyonun olumlu yeniden değerlendirmeyi azalttığını tespit etmişlerdir. Buldukları bu sonuçlar BDDÖ kullanan önceki araştırmalarla tutarlıdır (Garnefski ve ark., 2001; Kraaij ve ark., 2003; Garnefski ve ark., 2004).

Genel olarak değerlendirildiğinde, mevcut çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; duruma veya duygunun düzeyine ya da psikopatolojilere göre değişebileceği düşünülse de

bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden; “Kendini suçlama”, “Ruminasyon”, “Diğerlerini suçlama” ve “Felaketleştirme” uyumsuz stratejiler olarak görülürken; “Plan yapmaya yeniden odaklanma” ve “Olumlu yeniden değerlendirme” uyumlu stratejiler olarak bulunmuştur. Çalışmada, “Kabul” ve “Olayın değerini azaltma” altölçeklerinden anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Çalışmanın Türk literatüründe bir ilk olması, yapılacak olan benzer çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

4.2. Sonuç

Bireyler bilişsel duygu düzenleme stratejileri geliştirirken ve bu stratejileri kullanırken çeşitlilik gösterebilmektedir. Ortaya çıkan çeşitliliğin sebepleri incelendiğinde bu çeşitliliğe sebep olan ilk neden kişilerin “bireysel”, “duygusal”, “bilişsel” ve “sosyal” çeşitliliklere sahip olmalarıdır (Gross ve John, 2003). Bu sebeple duygu düzenleme stratejilerinin yalnızca deneyimlenen duygular sonucu düzenlenen davranışlar olmadığı, aynı zamanda toplumsal özelliklerin de etkilediği “amaçlanan davranışlar” olduğu ileri sürülmektedir (Eisenberg ve Spinard, 2004; Fischer ve Manstead, 2004). Alanyazında bu konuda çalışmalar bulunmasına rağmen, klinik alanda yapılan çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır. Bunun yanı sıra ülkemizde ise; başa çıkma stratejileri ile ilgili klinik çalışmalar bulunmasına karşın, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili klinik ortamda yapılan çalışma bulunmamaktadır, bu nedenle bu çalışma Türkiye’de yapılan çalışmalarda alanyazın için bir ilki oluşturmaktadır.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin psikopatolojiyle ilişkisi psikoterapötik müdahalelerin belirlenmesinde kullanılabilir. Terapist, depresyon veya anksiyete bozukluklarında hangi stratejiler ile çalışılması gerektiğini bilirse, vakayı formüle ederken bu stratejiler doğrultusunda bir tedavi planı oluşturarak daha çok verim sağlayabilir. Kişilerin sahip olduğu bilişsel süreçlerdeki bireysel farklılıklar yalnızca duygu düzenleme stratejilerini etkilememekte, aynı zamanda psikopatolojilerin başlamasında ve devam etmesinde etkin bir rol oynamaktadır. Bu gerekçe ile psikopatolojiler değerlendirilirken, mevcut olaya uygun stratejileri seçmek ve bu stratejileri kullanmakta esnek olabilmek oldukça önemlidir (Joorman, Yoon ve Siemer, 2010).

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında İzmir ve İstanbul illerinde bulunan ulaşılabilir sağlıklı ve klinik bireyleri ile sınırlandırılmış kesitsel bir

çalışmadır.Çalışmada yer alan katılımcı sayısının düşük olması bir sınırlılıktır. Çalışmanın yalnızca Türkiye'nin iki ilinde gerçekleştirilmesi bir sınırlılık oluşturmaktadır. Araştırmanın yalnızca iki klinik grubu kapsamı bu araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Eğitim seviyesindeki farklılık bir sınırlılık oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlandırılmasına ilişkin bulgular araştırmada kullanılan; “Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu”, “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)”, “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)”, “Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)” ve “DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)” ölçeklerinin ölçtüğü değerler ve bu ölçeklerden elde edilen veriler ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeklerden biri olan “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)”, kullanılan diğer ölçeklerin aksine, bir öz bildirim ölçeğidir ve katılımcıların yanıtlarken önyargılı davranmış olabileceği veya verdikleri cevapların gerçekleri yansıtmayabileceği bir sınırlılık olarak düşünülmektedir. Bu araştırmada bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, Majör Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile olan ilişkisine bakılmaktadır. Araştırma amacı ile sınırlıdır.

Gelecek çalışmalarda aşağıdaki önerilerden yararlanılabilir.

4.4. Öneriler

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alanyazında yeni bir kavram olduğu göz önünde tutulduğunda, araştırmanın benzer sosyodemografik özelliklerdeki kişilerde yinelenmesi anlamlı olacaktır. Diğer bir açıdan bakılacak olursa; çalışmanın kesitsel bir yapıda olması ve sadece İstanbul ve İzmir de gerçekleştirilmiş olması Türkiye'nin farklı bölgelerinde de sonuçların benzerlik gösterip göstermeyeceğini düşündürmektedir. Daha yüksek katılımcı sayıları ile yapılacak bir çalışmanın faydalı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın farklı illerde de gerçekleştirilebilir ve sonuçlar değerlendirilmelidir.

Farklı klinik gruplarda yapılacak çalışmalar, farklı bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olunmasına yardımcı olacaktır. Örneğin Travma sonrası stres bozukluğu tanısına sahip bireylerin, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Araştırma sırasında, yeterli düzeyde alanyazın bilgisinin olmaması dikkat çekmektedir. Özellikle bilişsel duygu düzenleme kavramını içeren yeni araştırmaların alanyazın için faydalı olacağı düşünülmektedir. Kabul ile ilgili yapılacak daha kapsamlı ve kültür odaklı çalışmaların, araştırmalar arasında ki ikilemi açıklamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Mevcut araştırmada göz önünde bulundurulduğunda, kabul stratejisinin uyumlu olduğu gibi uyumsuz bir strateji olarak da

değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Kabul stratejisinin özellikle kaçınma ile ilişkili olup olmadığı Türk örneklerde de çalışılabilir ve “kabul” ile oluşan iyilik halinin süresi ve niteliği ile ilgili araştırmalar düzenlenmesi bu stratejinin doğru kullanımının anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Psikoterapi yöntemleri ve kültür arasındaki ilişkilerin araştırılması, teröpotik müdahale aşamasında, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, daha etkin kullanılmasına neden olabilecektir. Psikoterapötik müdahalelerde, tedavi planı geliştirilirken kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran UK. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatr Dergisi* 2005; 6:221-226.
- Akalın, S., Cimili, C., ve Kuzhan, E., (2002). Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(2),8-62.
- Akdemir, A., Türkçapar, M. H., Örsel, S. D., Demirergi, N., Dag, I., & Özbay, M. H. (2001). Reliability and Validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 161-165.
- Akkaya, C (2005). Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin. *Yeni Symposium* 43(3).
- Akşit, S., Cimete, G. (2001). Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde, Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2):25-36.
- Aktan, Ö (2009). *Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar İle Depresyon Şikayeti Olmayan Kişilerin Kullandıkları Savunma Mekanizmalarının İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. ve Schweizer, S. (2010). Emotion Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 217– 237.

Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council of Anxiety (2003), WCA
Recommendations For The Long Term Treatment Of Generalized Anxiety Disorder.
CNS Spectrum, (8 Suppl 1):53–61.

Alkım T, Onur E. Anksiyete Kavramı Ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Ed:
Köroğlu, E,Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Basım, s.296-299, Hekimler Yayın
Birliği Basım Yayın, Ankara, 2007.

Alper, Y. (1999). Bütün Yönleriyle Depresyon. 1. Baskı, İstanbul: Gendaş Yayınları.

Altıntaş, S (2014). *Depresyon İle Dinsel Başa Çıkma Arasında İlişki Üzerine Bir Çalışma*.
Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd
ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *DSM-IV Tanı Ölçütleri El Kitabı*. (E. Köroğlu,Çev.), 4.
Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-V Tanı Ölçütleri El Kitabı*. (E. Köroğlu,Çev.),
Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Andrews G, Stewart G, Ailen R, Henderson AS. The Genetics Of Six Neurotic Disorders: A
Twin Study. *J Affect Disord* 1990; 19: 23–9.

Annagür, B. (2008). *Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı*. Çukurova
Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.

Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36–37

Aslan, A. A., Sarı, B. A., & Kuruoğlu, A. (2012). Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1).

Ataman, E., Dağ, İ. (2011). *Stres Veren Yaşam Olayları Karşısında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyini Belirlemedeki Rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.

Ataman-Temizel, E. & Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri*, 17:7-17.

Baker JP, Berenbaum H. Emotional Approach and Problem-Focused Coping: A Comparison Of Potentially Adaptive Strategies. *Cognition and Emotion* 2007; 21:95-118.

Barlow DH, Wincze J (1998) DSM-IV and Beyond: What is Generalized Anxiety Disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (Suppl 393): 23–29.

Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Aklın T, editors, *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları: 2006. p.469–508.

Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.

Beck, A. (2008). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*. İstanbul: Litera.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York-London: The Guilford Press.

Beck, J. S.(2001) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi, (çev. Nesrin H. Şahin), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.

Bilgel, N., (2003). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2(1), 17-24.

Birsöz S (1997) Türkiye'de Depresyonların Sosyokültürel Özellikleri. *Depresyon Dergisi*, 2(1): 3-8

Blackburn, I. M. (1996). Depresyon ve Başaçıkma Yolları. İkinci basım. Çeviren: Nesrin H. Şahin ve RN Rugancı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Blazer, D., Hughes. D ve George, L.K. (1987). Stressful Life Events and The Onset Of A Generalized Anxiety Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine*, 35(09), 1241-1252.

Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2003). Assessment Of Dysfunctional Beliefs in Borderline Personality Disorders. *Behavior Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240.

Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion Regulation and Culture: Are The Social Consequences Of Emotion Suppression Culture-Specific? *Emotion*,7(1), 30-48.

Ceylan M. E., Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri, 3.cilt, İstanbul; Altan Matbaacılık; 2000:1–205.

Charney, D. S., & Deutch, A. (1996). A Functional Neuroanatomy Of Anxiety And Fear: Implications For The Pathophysiology And Treatment Of Anxiety Disorders. *Critical Review in Neurobiology*, 10(3-4).

Cimilli C: Depresyonla İlişkileri Bağlamında Türkiye'nin Sosyal ve Kültürel Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:292-300

Çakır, S (2008). *Evli Bireylerin Evlilik Uyumlarının Ana-Babalarına Bağlanma Düzeyleri Ve Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Çelik, H., & Kocabıyık, O. O. (2014). Genç Yetişkinlerin Saldırganlık İfade Biçimlerinin Cinsiyet ve Bilişsel Duygu Düzenleme Tarzları Bağlamında İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 139-155.

Çorapçıoğlu A., Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. SCID'in Türkiye İçin Uyarlama ve Güvenirlilik Çalışması. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1999.

Daşcı, E. (2015). *Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Ebeveyn Kontrolü İle Akran İlişkileri Ve Akran Baskısı Arasındaki İlişkide Aracılık Rolünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara

- Demirer, E. (2009). *Reem Nöropsikiyatri Merkezi'nin Üç Şubesine Depresyon Şikayetiyle Başvuran Kadınların Çocukluk Çağı Travması Açısından Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Dempsey, M., T. (1996). *Coping and Emotional Regulation Strategies In Early Adolescence: Relationship to Behavioral Functioning*. Unpublished Doctor Dissertation. Texas University.
- Dilbaz, N. (2006). Anksiyete Bozukluğunda Son Gelişmeler 2005, Ankara, s:19-55.
- Dodge, K.A. (1991). *Emotion and social information processing*. In J. Garber ve K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp.159-181). New York: Cambridge University Press.
- Dodge, K.A., Garber, J. (1991). *Domains of emotion regulation*. In J. Garber& K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp.3-11). New York: Cambridge University Press.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 64-104.
- Doğan, O. (2002). Anksiyete Bozukluklarında Koruma ve Önleme, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:174-182.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65, 109–128.

Ellis, A (2007). General Semantics and Rational-Emotive Therapy: 1991 Alfred Korzybski Memorial Lecture. A Review of General Semantics 301-319.

Erdem M, Çelik C, Doruk A. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Başa Çıkma Tutumları. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*; 2:101-105.

Eşel E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13:78–87

Faravelli, C. ve Pallanti, S. (1989). Recent Life Events and Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 622-626.

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. ve ark., Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Washington DC: American Psychiatric Association 1997.

Flannery-Schroeder EC. Generalized anxiety disorder. In: Morris TL, March JS, editors. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press; 2004. p. 125–140.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping In a MiddleagedCommunity Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 9-239.

Folkman S. Personal Control and Stress and Coping Processes: a Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984; 46: 839-52.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986; 50: 571-9.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., Van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison Between A Clinical and A Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Kommer, T.V.D. & Teerds, J (2002). Cognitive Coping Strategies and Symptoms of Depression and Anxiety: A Comparison Between Adolescent and Adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267–276.
- Garnefski, N & Kraaij, V. (2006). Relationships Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: A Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garvey MJ, Noyes R Jr, Woodman C, Laukes C. The Association of Urinary Hydroxyindoleacetic Acid and Vanillylmandelic Acid In Patients with Generalized Anxiety. *Neuropsychobiology* 1995; 31: 6–9.

Geçtan, E. (2006). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Metis.

Gillette GM, Garbutt JC, Prange AJ. Anxiety and thyroid axis. In: Burrows GD, Roth M, Noyes Rjr (eds). Handbook of Anxiety, Vol.3. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1990.p. 365–79.

Gross, J. J., & Muñoz, R.F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.

Gross, J. J. (1998). Antecedent-and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.

Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

Gross, J. J. ve John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (1-49). New York: Guilford Press.

Goddard AW, Charney DS(1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 (suppl.2): 4-II.

Haefel, G. J., & Grigorenko, E. L. (2007). Cognitive vulnerability to depression: Exploring risk and resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 435-448.

Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States By Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56.

Işık, E (1991). Duygulanım Bozuklukları: Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.

İlhan, Ç (2009). *Ev Kadınlarında Sosyokültürel Özelliklere Bağlı Olarak Depresyon Düzeyi Ve Kişilik Özellikleri Arası İlişkilerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Jadhav, S. (2000). The cultural construction of Western depression. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, V Skultans, J Cox (Ed), London, Jessica Kingsley Publishers Ltd, s.41-65.

James, W. (1884). What is an Emotion?. *Mind*, 9, 34, 188-205.

Kaplan HI, Sadock BJ. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.pp. 623-28. 8th ed. Mass Publishing Company, Egyp , 1998.

Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry 9. Edition 'den Türkçe'ye çeviri editörleri Aydın H., Bozkurt A., Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, s: 238-42

Karayağız, Ş. (2013). *Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri.

Kaufman, J., Yang, B.-Z., Douglas-Palumberi, H., Grasso, D., Lipschitz, D., Houshyar, S., Gelernter, J. (2006b). Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological Psychiatry*, 59(8), 673-680.

Kayri, M., & Boysan, M. (2008). Bilişsel yatkınlık ile depresyon düzeyleri ilişkisinin sınıflandırma ve regresyon ağacı analizi ile incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(34).

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 267-72.

Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and The Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 837-841.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O. ve Prescott C.A. (2003). LifeEvent Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.

Kirmayer LJ. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001;62

Kirmayer LJ, Jarvis GE. Depression Across Culture, The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders , chapter 42, 611-630

Kleinman A, Good B. Culture and Depression. (in) Culture and Depression, Kleinman A and Good B (eds), University of California Pres, Los Angeles, p. 491-506, 1985

Kraaij V. Garnefski N. Maes S. The Joint Effects of Stress, Coping, and Coping Resources on Depressive Symptoms In Elderly. *Anxiety Stress Coping* 2002; 15: 163-74.

Köknel, O. (2000). Duygudurum bozukluklarının tarihçesi, Duygudurum Dizisi, 1, 5- 11.

Köknel, Ö. (2005). Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Köroğlu, E. (2006). Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IVTR, Cilt 1, 4.Baskı, Ankara S:43-53.

Köroğlu, E. (2009). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Planları ve Girişimleri. Ankara: HYB Yayıncılık

Küey L, Güleç C: Türkiye’de Depresyonun Klinik Görünümü. Türkiye’de Depresyonun Sosyodemografik Özellikleri ve Klinik Görünümü Sempozyumu, İstanbul, 1995

- Lau, J. Y., & Eley, T. C. (2010). The Genetics of Mood Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 313-337.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York:Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to The Emotions: A History of a Changing Outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Mann JJ, Brent DA, Arango V, The Neurobiology and Genetics of Suicide and Attempted Suicide: A focus on The Serotonergic System. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 467– 77.
- Martin, C. R., & Dahlen, R. E. (2005). Cognitive Emotion Regulation In The Prediction of Depression, Anxiety, Stress, and Anger. *Personality and Individual Differences* 39, 1249–1260.
- Masters, J. C. (1991). *Strategies and mechanisms for The personal and social control of emotion*. In J. Garber ve K.A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 182-207). New York: Cambridge University Press.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, Emotion Regulation, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 925–937.

Morgan, C. T. (1993). Psikolojiye Giriş. (Ed. Sirel Karakaş). Ankara: Meteksan

Neftci, N. B., & Barnow, S. (2016). One Size Does Not Fit All in Psychotherapy: Understanding Depression Among Patients of Turkish Origin in Europe. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 53(1), 72-79..

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on The Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. ve Larson, J. (1994). Ruminative Coping with Depressed Mood Following Loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. ve Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference In Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061–1072.

Nolen-Hoeksema. (2000). The Role of Rumination In Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. ve Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Onat, O. Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31, 123-143.

Ormel J, Von Korff M, Ustun B, et al. Common Mental Disorders and Disability Across Cultures: Results From the WHO Collaborative Study on Psychological Problems In General Health Care. *JAMA* 1994; 272: 1741–8.

Öngen, D. E. (2010). The Relationships Between Adaptive and Maladaptive Perfectionism and Aggression Among Turkish Adolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 20, 99-108.

Özer Ş. Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. In: R Tükel, T Aklın, editors, anksiyete bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınlar, 2006; 3-13.

Özışık Eyüboğlu, S. (2009). *Klinik Psikoloji Depresif Yakınmaları Olan Hastaların Depresyon İle Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., . . . Kraaij, V. (2016). Cognitive Emotion Regulation and Psychopathology Across Cultures: A Comparison Between Six European Countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218-224.

Rickels K, Schweizer E: The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 10(Suppl):101-110, 1990.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). Sex Differences in the Effect of Education on Depression: Resource Multiplication or Resource Substitution? *Social science & medicine*, 63(5), 1400-1413.

Rothschild, A.J. (1999). Mood disorders. *Harvard Guide to Psychiatry*, Nicholi Jr AM (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, 281-307.

Qu, Y., & Telzer, E. H. (2017). Cultural Differences and Similarities In Beliefs, Practices, and Neural Mechanisms of Emotion Regulation. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 23(1), 36-44.

Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* ;11:60-77.

Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800

Sanderson WC, Barlow DH. A Description of Patients Diagnosed with DSM-III-R Generalised Anxiety Disorder. *Journal of Nerv Mental Dis* 1990; 178: 588–91.

Sayar K. Kültür ve Psikopatoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(3): 176-180, 1998.

Schroevers, M., Kraaij, V. Ve Garnefski, N. (2007). Goal Disturbance, Cognitive Coping Strategies and Psychological Adjustment to Different Types of Stressful Life Event. *Personality and Individual Differences*, 43, 413-423.

Seitz, F. C. (1971). Behavior Modification Techniques for Treating Depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 8(2), 181.

Smits, J. A., Powers, M. B., Cho, Y., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of Change In Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: Evidence for The Fear Offear Mediation Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 646–652.

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The Science of Resilience: Implications for the Prevention and. *Biol. Psychiatry*, 71, 1068.

Stanley MA, Beck JG. Anxiety Disorders. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20: 731– 754.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. ve Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532.

Sungur MZ. Anksiyenin anlaşılmasında bilişsel-davranışçı kuramlar. In: R Tükel, T Aklın, editors, Anksiyete bozuklukları, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006, 27-37.

Sungur, M.Z.(2013). Anksiyete ya da Kaygı Nedir? Anksiyete Bozuklukları. Terakki Gelişim Dergisi

Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bakışlarına Temel Bir Bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.

Şenkal, İ. (2013). *Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Tan, O. (2008). Depresyon. İstanbul: Timaş.

Tan, O (2009). Depresyon. İstanbul: Timaş Yayınları.

Tezcan, AE. (2011). Depresyon. 1. Baskı Ankara: Elma Yayınevi.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme In Search Of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 25–52.
- Tuğrul, M. (2015). *Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Tuna, E. (2012). *Ruminative Processes As a Unifying Function Of Dysregulated Behaviors: An Exploration Of The Emotional Cascades*. Yüksek Lisans Tezi Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara
- Tükel, R. (2000). Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Yayınevi, Ankara, S:137-154.
- Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES ve ark. (1994) A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 29*: 31-39
- Uzbaş İ. Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002*; 5 (Ek Sayı:1): E5-E13.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırlı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri, 5*, 8-15.
- Yazıcı, M. K., Demir, B., & Tanrıverdi, N. (1998). Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği; Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 9*, 114-17.

- Yeşilbaş, D. (2008). *Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri*. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., & Eley, T. C. (2013). Genetic and Environmental Influences on Relationship Between Anxiety and Anxiety Subscales In Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 475-484.
- Weisman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA* 1996;276:293-299
- Wells A, Carter K. Preliminary Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37: 585–94.
- Werner, K. ve Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology. A. M. Kring ve D.M. Sloan (Eds), *Emotion Regulation and Psychopathology* (13-37). Newyork: Guilford Press.
- Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. Disabilities and Quality of Life in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression in a National Survey. *International Clinical Psychopharmacology* 2000; 15: 319–28.
- Wong, M. K. Y. (2009). *A Cultural Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies: Moderation of Cultural Values on Psychological Well-Being*. (Bachelor of Social Sciences in Psychology). City University of Hong Kong.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization, W. (2004). International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10. World Health Organization.

EK A.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KATILIMCI İÇİN BİLGİLER:Bu çalışmanın amacı, klinik ortamda depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin duygu düzenleme stratejilerinin incelenmesi, benzerlik ve farklılıkların araştırılması, bu bulguların sağlıklı bireyler ile karşılaştırılması ve bu kişilerin sosyodemografik değişkenlerinin incelemektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakm hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Bu bilgilendirme yazısını okuduktan sonra araştırmamıza **gönüllü** olarak katılmak istiyorsanız aşağıda bulunan onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

KATILIMCININ BEYANI: Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı dahilinde tez çalışması amacıyla yürütülen bu çalışma hakkında yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı ve araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını kabul ediyorum.

KATILIMCI:

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon:

İmza:

TANIK:

Adı Soyadı:

İmza:

ARAŞTIRMACI:

Psikolog Serhan EKİN

Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Adres : Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü

Tel: 0535 341 5220

İmza:

EK B.

Katılımcı Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:_____

2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış-Ayrılı () Dul ()

4. Eğitim seviyeniz:

- () İlkokul
- () Ortaokul
- () Lise
- () Üniversite
- () Yüksek lisans
- () Doktora

5. Mesleğiniz:

6. Kendinizi hangi gelir düzeyinde tanımlarsınız?

- Düşük ()
- Orta ()
- Yüksek ()
- Çok Yüksek ()

7. Yaşamınızın büyük kısmını nerede geçirdiniz?

- () Köy
- () Kasaba
- () İlçe
- () Şehir
- () Büyükşehir

8. Alkol, sigara, madde kullanım öykünüz var mı?

- Alkol
- Evet () Hayır ()

Evet ise, nedir, ne zaman ve ne kadar süre devam etti?

Sigara

Evet () Hayır ()

Evet ise, ne zaman ve ne kadar süre devam etti?

Madde kullanımı

Evet () Hayır ()

Evet ise, nedir, ne zaman ve ne kadar süre devam etti (halen devam ediyor mu)?

9. Daha önce hiç tedavi gerektiren bir psikolojik rahatsızlık geçirdiniz mi?

Evet () Hayır ()

Evet ise, nedir, ne zaman ve ne kadar süre devam etti?

10. Şu anda herhangi bir psikolojik rahatsızlık sebebiyle tedavi (danışmanlık, terapi vb.) görüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

11. Şu anda herhangi bir psikolojik rahatsızlık sebebiyle ilaç kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Evet ise, nedir? _____

EK C.

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Olaylarla nasıl başa çıkarsınız?

Herkesin başından istenmeyen veya tatsız birçok olay geçmiştir veya geçmektedir ve herkes bu duruma kendi yöntemleriyle karşılık vermektedir. İSTENMEYEN VEYA TATSIZ DURUMLARLA KARŞILAŞTIĞINIZDA genellikle ne şekilde düşündüğünüzü, aşağıda yer alan sorular aracılığıyla belirtmeniz istenmektedir.

1 (Neredeyse) Hiçbir zaman 2 Bazen 3 Düzenli olarak 4 Sık sık 5 (Neredeyse) Her zaman	Hiçbir zaman	Bazen	Düzenli olarak	Sık sık	Her zaman
1. Gerçekten olaydan dolayı kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
2. Bu olay yaşandı, gerçekleşen durumu bu şekilde kabullenmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadığım olayın bende uyandırdığı duyguları düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadığım tatsız olaydan daha iyi bir şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
5. Yapabileceğim en iyi hamleyi düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. Yaşanan tatsız olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Yaşananlar çok daha kötü bir şekilde de gerçekleşebilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Başımdan geçen olayın diğerlerinin başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Gerçekleşen olay karşısında başkalarını suçlarım.	1	2	3	4	5
10. Gerçekleşen olayın sorumlusu olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5
11. Yaşanan kötü olayı kabul etmem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5

12. Yaşanan olay karşısında ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olurum.	1	2	3	4	5
13. Bu olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Yaşananların bir sonucu olarak daha güçlü bir kişi haline dönüştüğümü düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğer insanların çok daha kötü deneyimler yaşayabileceklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Yaşadığım olayın ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Gerçekleşen olayda başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
19. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Yaşanan bu olayla ilgili değiştirebileceğim bir şey olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşanan olayın, üzerimde neden bu şekilde bir duygu yarattığını anlamak isterim.	1	2	3	4	5
22. Yaşanan bu kötü olayı düşünmek yerine güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Yaşanan kötü olayın aynı zamanda olumlu yönlerinin de bulunduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Diğer şeylerle karşılaştığımda bu olayın çok da kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Yaşadığım olayın, bir insanın başına gelebilecek en kötü olay olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Gerçekleşen olayda başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Yaşananların kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4	5

29. Bununla yaşamayı öğrenmek zorundayım diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Başımdan geçen kötü olayın, bende harekete geçirdiği duygular üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5
31. Beni mutlu eden başka olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim hamlelerle ilgili bir plan düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Durumun pozitif yönlerini ararım.	1	2	3	4	5
34. Kendi kendime hayatta daha kötü şeyler olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
35. Durumun ne kadar korkunç olduğunu sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Bu soruna temelde başkalarının neden olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK D.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) DUYGUDURUM	(0-4)	
2. İŞ VE ETKİNLİKLER (İLGİ)	(0-4)	
3. GENİTAL BELİRTİLER	(0-2)	
4. SOMATİK SEMPTOMLAR – GASTROİNTESTİNAL	(0-2)	
5. UYKUSUZLUK (DALMA)	(0-2)	
6. UYKUSUZLUK (SÜRDÜRME)	(0-2)	
7. UYKUSUZLUK (UYANMA)	(0-2)	
8. BEDENSEL BELİRTİLER (GENEL)	(0-2)	
9. SUÇLULUK DUYGULARI	(0-4)	
10. İNTİHAR	(0-4)	
11. RUHSAL ANKSİYETE	(0-4)	
12. SOMATİK (BEDENSEL) ANKSİYETE	(0-4)	
13. HİPOKONDRIYAZİS	(0-4)	
14. İÇGÖRÜ (KAYBI)	(0-2)	
15. YAVAŞLAMA (RETERDASYON)	(0-4)	
16. AJİTASYON (HUZURSUZLUK)	(0-4)	
17. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(0-3)	
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

EK E.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

EK F.



İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
03/01/2017 12:42 - 93796732 - 604.02 - E.45



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu

İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 93796732/604.02
Konu : Serhan EKİN' in Yüksek Lisans
Tez İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Serhan EKİN' in Yrd. Doç. Dr. Hivren ÖZKOL' un danışmanlığında "Duygu Yönetiminin Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kişilerdeki Farklılıkları" konulu Yüksek Lisans Araştırmasını Ocak 2017-Nisan 2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine başvuran hastaların onay vermesi durumunda uygulamak istemektedir. Çalışma Araştırma / Tez Başvuru Komisyonu tarafından incelenerek uygun bulunmuş olup,

Tensiplerinize arz ederim.

OLUR

.../.../2017

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr
Tel:4443501-1204 Fax:2469084

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ac214594-a44a-49f5-bad4-dbec0e1fdd0e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK G.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY
BÖLGESİ KHBGS TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
21/03/2017 13:23 - 23592379 - 772.02 - E.1437
00041749834

Sayı : 23592379-772.02
Konu : Serhan Ekin'in Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Serhan Ekin'in "Duygu Yönetiminin Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kişilerdeki Farklılıkları" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla Urla Devlet Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Aydın ER
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Dağıtım:
İzmir Urla Devlet Hastanesi
Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR

Bilgi için: Meltem SERTTAŞ

Faks No: 0232 2464344

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: meltem.serttas@saglik.gov.tr İnt. Adresi: <http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/>

Telefon No: 0232 232 32 32 / 2350

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ec3baef-5c85-431e-9103-370d89040de4 kodu ile eri ebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Serhan Ekin 1991 yılında İzmir’de doğdu. Lisans öğrenimini 2009-2013 yılları arasında Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji bölümünde tamamladı. Mezun olduktan sonra vatani görevini 12 ay boyunca Şanlıurfa 20. Zırhlı Tugay’ında psikolog olarak tamamladı. Askerlik vazifesi boyunca ruhsal rahatsızlığı olan ve ya uyum bozukluğu gösteren personellere yönelik çeşitli çalışmalarda bulundu. Vatani görevini tamamladığı yıl, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı’nda yüksek lisans programına başladı. Yüksek Lisans eğitimi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde uzmanlık stajını tamamlayarak çalışma hayatına başladı. Serhan Ekin şuan halen daha özel bir danışmanlık merkezinde çalışmalarını sürdürmektedir.

E-Mail: serhan_ekin@hotmail.com