



Depresyon ve Kabul-Kararlılık Terapisinin Kullanılması Üzerine Bir Derleme

Ayşe Palancıoğlu

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1739-1509>, aysepalancioglu@icloud.com

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derlemenin amacı depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanımını incelemektir. Kabul ve kararlılık terapisinin üçüncü kuşak yaklaşımlardan olup etkili bir yaklaşımdır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada depresyon ve kabul kararlılık terapisinin bir çok faktörü ve alt başlıklarıyla tanımlanmıştır. Depresyonun dokuz tane türü, tanı kriterleri, tarihçesi, belirtileri, epidemiyolojisi, etiyolojisi, kuramsal yaklaşımları, DSM-5 boyunca gelişimi, DSM-5 tanı kriterleri ve tedavisi detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Kabul kararlılık terapisinin kavramsal temeller, teorik temelleri, tarihçesi, psikolojik esneklik modeli ve psikopatolojik modeliyle açıklanmıştır. Çalışmada taranan çalışmalardan alınan bilgilere göre depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanılması en az bilişsel davranışçı terapisinin kullanılması kadar etkilidir, iki terapi yöntemi arasında yapılan çalışmalarda bir fark saptanmamıştır. Kabul ve kararlılık terapisinin sadece depresyonda değil, kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı, travma, TSSB ve OKB gibi çeşitli alanlarda ve diğer psikolojik güçlüklerde de oldukça etkilidir. Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmıştır. Herhangi bir saha çalışması veya ölçek kullanılmamıştır. Çalışmanın sonucunda da depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanılmasından olumlu geri dönüş alınmıştır. Kabul ve kararlılık terapisinin depresyon ve çeşitli problemlerde kullanımı artırılmalı, bozuklukların tedavisinde kullanımına daha çok yer verilmelidir. Oldukça etkili bir terapi yöntemidir. Bu çalışmada kullanılan çalışmaların verdiği sonuçlar bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Anahtar kelimeler: kabul ve kararlılık terapisinin, depresyon, derleme

A Review on The Depression and Acceptance-Commitment Therapy

Abstract

The purpose of this review is to examine the use of acceptance and profitability therapy in individuals experiencing depression. Acceptance and commitment therapy is one of the third generation approaches and is an effective approach. For this purpose, depression and acceptance stability therapy were defined with many factors and subheadings in this study. Nine types of depression, diagnostic criteria, history, symptoms, epidemiology, etiology, theoretical approaches, development along DSM-5, DSM-5 diagnostic criteria and treatment are explained in detail. Acceptance stability therapy is explained with conceptual foundations, theoretical foundations, history, psychological flexibility model and psychopathological model. According to the information obtained from the studies screened in the study, the use of acceptance and commitment therapy in individuals with depression is at least as effective as the use of cognitive behavioral therapy, no difference was found between the two therapy methods. Acceptance and commitment therapy is highly effective not only in depression, but also in various areas such as anxiety disorders,

substance abuse, trauma, PTSD and OCD, and other psychological difficulties. In this study, review method was used.. As a result of all studies, positive feedback was obtained from the use of acceptance and commitment therapy in individuals experiencing depression. The use of acceptance and commitment therapy in depression and various problems should be increased, and its use in the treatment of disorders should be given more place. It is a very effective form of therapy. The results of the studies used in this study support this idea.

Keywords: acceptance and retention therapy, depression, review

1.Giriş

İnsan yaşamının yorucu hayat akışı içerisinde her bakımdan kendini geliştirebilmek için uğraşırken aynı anda çeşitli sıkıntılar ile de başa çıkmak durumundadır. İnsan bu yoğun çaba içerisindeyken her zaman ruh sağlığını dinamik tutamayabilir, kendini yetersiz hissedebilir. O an hayatında mutsuzluk ve üzüntü gibi olumsuz duygularını daha yoğun yaşayabilir. Bireylerin içinde bulunduğu bu ruh sağlığı problemleri içinde bulunduğumuz çağın da önemli bir ruhsal problemi olan depresyonu temsil etmektedir. Depresyon herkesin kabul ettiği önemli bir rahatsızlıktır. Her yaştan insanı etkiler ve etkileri oldukça olumsuzdur. Depresyon, bir kişinin hayatının her hangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Düşünceler, duygular, sosyal olan insanların ilişkileri, fiziksel sağlıkları ve yaşamları depresyondan muzdarip olarak bozulabilir (Aslan, 2018).

Depresyon, aşırı zevk almama, uzun süreli üzüntü veya aktiviteden kaçınma ile karakterize edilen bir duygudurum bozukluğudur. Çoğu insan doğal olarak üzüntü ve keder duyguları da dahil olmak üzere akut ruh hali dönemlerini yaşarken, klinik depresyon semptomlarının en az iki hafta sürmesi gerekir. Ölüm, kayıp veya hastalık nöbetlere neden olabilirken, depresyon genellikle net bir nedenden yoksun olabilir veya duygu yoğunluğu açısından mantıksız görünebilir (Öztürk, 2022).

Depresyon tedavi edilmezse yaşam kalitesi düşebilir, Kronik tıbbi durumlar ortaya çıkabilir ve intihar riski artar. Depresyonda olan bir bireyin ailesi ve arkadaşları üzerinde olumsuz etkilerde oluşur. Depresif belirtilerin tedavisinde yaşam kalitesini iyileştirmek kritik bir öneme sahiptir (Karaaziz ve Babayiğit, 2018).

Kabul ve Kararlılık Terapisi, kendinelik ve kabul odaklı işlemleri yansıtan bilişsel-davranışçı terapiler arasında yer almaktadır. İşlevsel bağlamlılık adı verilen bilimsel yaklaşıma ve davranışın dil ve biliş ile ilişkisini ortaya koyan ilişkişel çerçeve kuramına dayandırılan Kabul ve kararlılık terapisi, günümüzde giderek tanınan ve büyüyen bir ampirik veri birikimine sahip davranışçı bir psikoterapi modelidir. Kabul ve kararlılık terapisi, bireyin davranış şekillerini kendisini uzun

vadede değerleri doğrultusunda programlaması üstüne odaklar ve kabul edilmeyen içsel süreçlerin azaltılması, bitirilmesi ve çabalarının bunlara mani olduğunu ileri sürer (Yavuz, 2015).

1.1. Depresyon

Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları acil müdahale gerektiren ciddi problemlerdir. Yaklaşık on kişiden biri, normal bir yaşam sürmelerini engelleyen bir ruh hali bozukluğundan muzdariptir. Depresyon genellikle “akıl hastalığının soğuk algınlığı” olarak adlandırılır. Yaklaşık olarak her iki ailesinden birinin depresyondan mustarip bir üyesi vardır. Depresyon belirtileri yaşayan bireylerin yaklaşık yarısı fark edilmiyor ve daha da kötüsü tedavi edilmiyor. Depresyon, nasıl düşündüğünüzü, hissettiğinizi ve davrandığınızı etkileyen bir hastalıktır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM-5) en az iki haftalık bir süre boyunca, enerji düşüklüğü ve halsizlik gibi diğer önemli belirtilerle birlikte üzüntü hissettiğiniz bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Yetkin ve Özgen, 2007).

Depresyon, üzüntüden daha derin bir ruh sağlığı sorunudur; acı vericidir ve zayıflatıcı olabilmektedir. Kalp hastalığı veya diyabet gibi, depresyon da genetik ve biyolojik nedenleri olan meşru bir tıbbi hastalıktır. Depresyonun özellikleri arasında duygu, düşünce ve davranış bozuklukları; ve orta ile şiddetli arasında değişmektedir. Sadece hastayı değil, kişinin ailesini de etkileyebilmektedir. Bu rahatsızlığın sonuçları ciddi olabilir ve duygusal, davranışsal ve finansal sorunlara neden olabilir. Depresyon, diğer duygudurum bozuklukları türlerine benzer, çünkü bazı depresyon biçimleri yalnızca belirli bir grup tarafından deneyimlenirken, diğer türler herkes tarafından deneyimlenebilir (Öztürk, 2022).

Depresyon, başka bir akıl hastalığı veya fiziksel rahatsızlıkla bir arada bulunabilir. Bazı durumlarda, bir hastalık depresyondan önce gelirken, diğerlerinde depresyonun bir sonucudur. Birlikte ortaya çıkan bozuklukların tedavisine aşına olan akıl sağlığı merkezleri, bu sorunları ele almak için en uygun niteliklere sahiptir (Aslan, 2018).

Genellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif kompulsif anksiyete bozukluğu (OKB), panik bozukluğu, sosyal fobiler ve yaygın anksiyete bozuklukları gibi anksiyete bozuklukları depresyona eşlik eder. Kalp hastalığı, inme, kanser, HIV/AIDS, diyabet ve Parkinson hastalığı gibi fiziksel rahatsızlıklar da depresyonla birlikte ortaya çıkabilir. Çoğu zaman, depresyon ve başka bir

Depresyon ve Kabul-Kararlılık Terapisinin Kullanılması Üzerine Bir Derleme

fiziksel rahatsızlık yaşayan kişiler, bu tıbbi sorunla ilişkili daha şiddetli semptomlara maruz kalırlar. Depresyonu hastalık veya rahatsızlıkla birlikte tedavi etmek en iyi yaklaşımdır (Kesen, 2014).

Üzüntü hissettiren duygu durumu ve bununla beraber gözlenen fiziksel belirtiler vardır. Örneğin uyku ve iştah bozukluğu zevk ve mutluluk veren etkinliklerde ilgi kaybı, odaklanmada sıkıntı, yorgunluk, ümitsizlik, çaresizlik duyguları ile intihar eylem ve tasarıları gibi durumlarla beraber insanın hayatının zorunluluklarının bile yapılmaktan kaçınıldığı süreç olarak tanımlanmaktadır (Türkçapar, 2004).

Depresyon oldukça sık görülen, kronik bir problem olup, yeti yitimine sebebiyet veren bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütüne göre en kritik 4. Hastalık olarak nitelendirilir. Yeti yitimi hem sosyal hem bedensel hem de psikolojik alanlarda görülür. Dünya da %50-70 ara mortaliteler duygu durum bozukluğundan kaynaklanır (Öztürk, Uluşahin 2015).

Depresyon çok boyutlu ruhsal bir hastalıktır. Depresyonu tek bir tanımla açıklamak yanlış olacaktır. Depresyonun bir çok karşılık geldiği anlam vardır. Ancak depresyonun birden fazla tanımı bulunmaktadır. Bunlardan ilki; genel kullanım olarak depresyon ikincisi; ruhsal semptom durumu olarak depresyon üçüncüsü ise; psikiyatrik bir hastalık olarak depresyondur (Türkçapar, 2009).

Depresyon ne kadar psikolojik bir rahatsızlık olsa da beraberinde pek çok sıkıntıyı getirir, fiziksel sağlıkta değişimlere yol açar. Bunlardan en yaygın olanları yeme bozukluğu, uyku problemleri , enerji kaybı, kollarda ve bacaklarda ağrı hissi, cinsel isteksizlik durumu şeklinde tanımlanabilir (Köse, 2009).

Depresyonun üç boyutu vardır. Bunlar; hafif depresyon, orta derece depresyon ve ağır depresyondur. Uzun vadeli orta ve ağır depresyon ciddi bir sağlık problemine yol açabilir. Bireyin aile yaşantısında, okul gibi özgür bir ortamda veya iş yerinde sorumluluklarını, yaşamın öne sürdüğü işlevlerini yerine getirememesine neden olur. Diğerlerinden daha tehlikeli olarak nitelendirilen depresyon intihara yol açan depresyondur. Binlerce kişi depresyonla nasıl başa çıkacağını bilemeyip intihara başvurmaktadır (Öztürk, 2022).

1.1.1 Modern Depresyon Terimi

Klinik tanımlar ve teşhis kılavuzları (ICD 10) 6 ve Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı. 4. baskı (DSM-IV), esas olarak, bir dizi klinik özelliğin varlığıyla tanımlanan, ancak belirli bir etiyoloji gerektirmeyen ve bir şekilde Meyerian bir şekilde hem psikolojik hem de biyolojik nedensel faktörlerin olasılığını kabul eden bir klinik sendromdan biridir. DSM-IV semptomlarının "yasla daha iyi açıklandığı" durumları hariç tutar; kesin olmayan bir ölçüt, 2 aydan uzun sürmeme belirtileriyle genişletilir veya belirgin işlevsel bozukluk, değersizlikle marazi bir meşguliyet, intihar düşüncesi, psikotik ile karakterize edilir. Semptom çalışmalarından elde edilen kanıtlar, yas tutmama depresyonu ile önemli benzerlikler göstermektedir. Özellikle bazıları DSM-IV'te çok önemli olan 2 aylık döneme odaklanan daha ileri çalışmalara hala ihtiyaç vardır. Bu dönemdeki yas depresyonu tablosunun diğer depresyonlardan farklı olup olmadığını, bu süre dışında yatışıp azalmadığını veya devam edip etmediğini sorgulayan araştırmaları içerir (Çelik, Hocaoglu, 2015).

Depresyonun bu tanımı, esas olarak, tıbbın diğer alanlarındaki bir sendromunkine benzeyen, sendromik ve tıbbidir. Bu, birlikte ortaya çıkma eğiliminde olan, ortak bir patofizyolojiyi yansıttığı varsayılan, henüz anlaşılabilen ancak farklı vakalarda farklı etiyolojilere sahip olabilecek bir semptom ve bulgu kümesi anlamına gelir. Dahili tıptan örnekler arasında malabsorpsiyon sendromu ve konjestif kalp yetmezliği yer alır. Bu, tıbbi hastalık teorisinin bir yönüdür. Tıbbi konseptte her hastalık, spesifik, iyi tanımlanmış bir etiyolojiye, patolojiye, klinik tabloya ve sıklıkla spesifik bir tedaviye sahip olarak kabul edilir. Bireyleri doğru hastalığa atayabilmenin avantajları büyük olmuştur. Esasen, yıllar önce bir filozof CG Hempel'in işaret ettiği gibi, bilginin genelleştirilmesini içerirler. Bir hastaya doğru teşhis konulduktan sonra, altında yatan mekanizmalar, nedensellik, sonucun tahmini ve en iyi tedavi gibi yönler hakkında çok fazla ek bilgi mevcuttur (Gönül, 2012).

Yukarıda belirtilen düzeydeki bir sendrom, bir hastalığa tam olarak karşılık gelmez, çünkü bunun altında birden fazla neden ve dolayısıyla ayrı hastalıklar olabilir. Psikiyatride meseleler daha karmaşıktır ve çoğu zaman net değildir. Farklı sendromlar örtüşebilir ve birlikte ortaya çıkabilir. Saf hastalıkları etiyolojiye göre tanımlamak genellikle başarılı olamamıştır, çünkü tek bir vakada bile nedenler çoğu kez çoklu görünmektedir ve tüm etiyolojik faktörler bilinmemektedir. Bununla birlikte, uygun tedavinin atanması ve sonucun tahmin edilmesi dahil olmak üzere yukarıdaki avantajların çoğu sendromal tanımlar için geçerlidir. Psikiyatrik bozukluklarla ilgili genler

aydınlatıldıkça, altta yatan bozukluklara yansıyan endofenotiplerin ve genetik olarak tanımlanmış bozuklukların gerçek hastalıklara daha yakından karşılık gelmesi olasıdır (Tamam, Zeren, 2002).

Psikiyatri tarihinin çoğu için bir bozukluğu tanımlamanın klasik yöntemi, etkili psikiyatrin, kesin tanımlama veya yönteme dayalı araştırma için çok az girişimde bulunarak, kendi klinik deneyimine dayalı olarak bozuklukları ayırt etmesi ve tanımlamasıydı. Modern psikiyatrik nozolojide tanı koymanın ana yöntemi, bazen oldukça sınırlı ampirik araştırmalara dayanan komite anlaşması olmuştur. Teşhis kriterleri daha sonra teşhis için gerekli sayıyı, süreyi, diğer gereklilikleri ve istisnaları tanımlamak için belirli semptomları listeleyerek tanımlanır. DSM-IV'te, sekiz semptom majör depresyon için uygun olarak listelenmiştir ve iki temel semptomdan en az biri dahil olmak üzere en az beşinin mevcut olması gerekliliği ile birlikte 2 hafta veya daha uzun süreli, klinik olarak anlamlı sıkıntı veya işlev bozukluğunun varlığı, yokluğu ile birlikte sırasıyla karışık epizot, kötüye kullanılan bir ilacın, bir ilacın veya başka bir maddenin veya genel bir tıbbi durumun veya yasın doğrudan etkileri ve depresif bozukluk için, bipolar bozukluk veya diğer bazı psikotik tanılar. Distimi için daha az semptom gereklidir (Kaya, Kaya, 2007).

ICD-10 depresif dönem için klinik kriterlerdeki tanımlar kesin olarak belirtilmemiştir; ancak klinik kriterlerden daha kısıtlayıcı olma eğiliminde oldukları ayrı Araştırma Kriterlerinde iyi bir şekilde belirtilmiştir. Araştırma Kriterleri daha az kullanılmaktadır ve sınıflandırmada iki farklı kriter setinin varlığı bazı bariz sorunlara yol açmaktadır. Depresif dönem için uygun semptomlar DSM-IV'teki ile aynıdır, epizodun şiddetine bağlı olarak mevcut olması gereken semptom sayısı ile bir semptom daha, güven kaybı veya benlik saygısı kaybı ve üçüncü bir semptom, yorgunluk, diğer iki temel semptomla uygun olarak yerleştirilir (Çelik, Hocaoğlu, 2015).

1.1.2 Depresyonun Tarihçesi

İlk çalışmalar M.Ö.1400-1500 yıllarında yapılmıştır. Hipokrat (M.Ö. 460-377) depresyonu melankoli olarak adlandırmış ve vücut sıvıları ile açıklamaya çalışmıştır. Balgam; soğuk ve ilgisiz mizaçla ilgilidir. Beyin ve olgunlukla ilişkilendirilir. Bu dört sıvının dengede olması sağlıklı bir yaşamı ifade eder. Eksik ya da fazla olması ise kişiyi hasta eder (Kafes, 2021).

Aristoteles (M.Ö. 384-322) bedensel, hayvansal ve mantıksal üç ruh durumu tanımlamış ve melankoliyi insanın hayvansal ruh durumunun etkisi altında kalması ile açıklamıştır. Celsus (M.S. 100) ilk kez beyin ve merkezi sinir sistemi arasındaki yapısal yaklaşıma vurgu yapmıştır. İbni Sina

(M.S. 980-1037) en iyi açıklayan isimdir. Açıklamaları Hipokrat ile benzerlik göstermektedir. Kreapelin (M.S. 1856-1926) melankolinin belirtileri, gidiş ve sonlanışı tanımlamıştır. Freud (M.S.1865-1939) Yas ve Melankoli 20 yy ikinci yarısında DSM-I ile depresyon DSM tanı ölçütleri arasına girmiştir (Kara, 2016).

19. yüzyılın sonlarından önce, ayrıntılı sınıflandırma sistemleri bol olmasına rağmen, psikiyatrik nozolojinin ana sorunu, geniş ana bozuklukların oluşturulmasıydı. Melankoli, Hipokrat dönemi kadar erken bir tarihte fark edilmiş ve Galenik tıp ve orta çağ boyunca devam etmiştir. Terimin önceki çağrışımı çok geniştir ve her türlü sessiz deliliği içeriyordu. Hümorale nedensellik teorisiyle, özellikle de terimin de belirttiği gibi, kara safra ile bağlantılıydı (Türkçapar, 2009).

Psikiyatrik olarak söylenen terimlerin çoğu, tarihleri süresince anlam olarak değişkenlik göstermişlerdir ve her zaman bazı bazı dile bağımlıdır. Melankoli terimi ilerleyen zamanlarda daha modern melankoli ya da umutsuzluk fikriyle daha açık bir şekilde ilişkilendirildi, örnek gösterecek olursak İngiliz Rönesans yazarı Richard Burton'ın *The Anatomy of Melancholy*, [1 adlı klasik eserinde](#) ilk olarak 1621'de yayınlanmıştır. Günümüzde bipolar bozukluk veya manik-depresif bozukluk olarak adlandırılan hastalıkta melankoli ve maninin birbirini izlemesi, bazı açılardan Kapadokya'lı Arateus'un ve sonraki yazarların yazılarında önerilmiş olsa da, 1854'e kadar net bir şekilde tanımlanmamıştı. Fransız psikiyatrlar Falret ve Baillarger tarafından bağımsız olarak. Depresyon terimi de 19. yüzyılda bir üzüntü durumunu belirtmek için kullanılmaya başlanılmıştır. Bu yönlerin ve sonraki tarihin ayrıntılı açıklamaları Jackson ve Berrios'ta bulunabilir (Kesen, 2014).

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Kraepelin, seleflerinin çalışmalarını temel alarak ve onu psikiyatrik bozuklukların modern sınıflandırmasının temellerini çizecek şekilde basitleştirdiğinde, başlıca kategorilerinden biri manik-depresif delilik idi. Kraepelin'in klasik olarak tanımlanan ders kitabı, fikirlerinde bazı değişiklikler içeren art arda gelen baskılardan geçti. Başlangıçta başka bir sınıfta yer alan içe dönük melankoliyi ayırdı, fakat daha sonra yapılan baskılarda bunu manik-depresif kategorisine geri döndürdü. Sonucusu sadece münavebeli mani ve melankoli hastalarını değil, tüm mani hastalarını içeriyordu ve görünüşe göre bütün depresyonları kapsıyordu. Kraepelin'e göre psikiyatrik bozukluklar; spesifik, organik etiyojisi ve patolojisi olan, tıbbi, nörolojik bir modele dayanan hastalık varlıkları şeklinde görüyordu. Manik depresif deliliğin büyük oranda psikolojik stresten ayrı bir sebep olduğuna inanıyordu. Bu tür bir stres, bazı

saldırıların başlangıcından önce gelebilse de, gerçek neden olmayabilir, yalnızca bir tetik mekanizmasına benzer bir şey olabilir. Bununla birlikte, bazı patolojik depresyonların kökeni olarak psikojenik olduğunu kabul etti. Sınıflandırmasındaki konumları veya tesadüfi stresli manik-depresif hastalıklardan nasıl ayırt edilecekleri konusundaki görüşlerini tam olarak netleştirmese de, onları ayrı, ancak nispeten küçük ve önemsiz bir grup olarak görüyor gibi görünüyordu (Kaya, Kaya 2007).

Kraepelin ve diğerleri, tıbbi bir modele ve organik etiyojolojiye göre oluşturulan hastalık varlıkları şeklinde ilk olarak psikiyatrik bozuklukların genellikle kabul edilmiş bir sınıflandırma sistemi yaratırken, Avrupalı psikiyatrların genişleyen bir başka okulu çok daha farklı bir yaklaşım geliştiriyordu. Kraepelin ve onun gibi diğer düşünürlerin vaka araç gereçleri, kurumlardaki ağır olarak değerlendirilen vakalardan oluşuyordu. Psikanalitik olarak incelemeye alınan ilk depresif vakalar da ağır hastaydı. Bundan sonra, ilk olarak psikanalistler olmak üzere, daha hafif rahatsızlık şekillerine artan bir ilgi gösterilmeye başlandı. Psikolojik nedensellik teorileri, bu hastalıklar için daha geniş çapta onay gördü. Şimdi, bu teorilerin çok daha eski zamana dayanan organik nedensellik teorileriyle ne şekilde uzlaştırılacağına dair bir mesele ortaya çıktı. Johns Hopkins Üniversitesi'ndeki Henry Phipps Psikiyatri Kliniği'nin yeterince etki gösteren başkanı haline gelen İsviçreli olan psikiyatrist Adolf Meyer, kesin olarak değerlendirilen hastalık varlıkları düşüncesinden ayrıldı ve tüm psikiyatrik rahatsızlıkları reaksiyon türevleri veya organizmanın psikobiyolojik reaksiyonları şeklinde görüldü. Hem psikolojik hem de organik faktörlerin dikkate alınması gerekiyordu. Diğerleri, iki tür olarak sınıflandırılması gereken psikiyatrik rahatsızlığı ayırtıran bir düşünceyi korumayı kabul ettiler. Bir yanda akıl hastanesine yatırılmaya sebep verebilecek ve organik nedenlere sahip olan psikozlar, ağır hastalıklar vardı. Diğer taraftan, daha az semptom gösteren ve bir akıl hastanesine yatış gerek duyulmayan nevrozlar, daha çok psikolojik stresle ilişkili ve psikolojik tedaviye uygun kabul edildi. Artık aşama, sonraki yıllarda başka türlü alt sınıflarla ilgili tartışmalarda kuvvetli şekilde yer verilen ve zamanı geldiğinde gözden geçirilip depresyonun sınıflandırılmasına ilişkin iki rakip teori için hazırlanmıştır (Kafes, 2021).

1.1.3 Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun nedenleri ile ilgili birçok farklı çalışma vardır. Bu çalışmalara baktığımızda tek nedenle değil birçok nedenle ele alınması sonucu çıkmıştır. Depresif problemlerin net olarak

sebebi bilinmemekle birlikte genetik faktörler ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Kalıtım, etiyojinin büyük bir kısmını oluşturur, bunu $\frac{1}{2}$ şeklinde tanımlayabiliriz (geç başlangıçlı olarak değerlendirdiğimiz depresyonda bu oran daha azdır). Bu sebeple, depresyon hastalarının en yakın olarak bildiğimiz akrabalarında depresyon hali çok sık görülür ve tek yumurta ikizleri arasındaki uyum fazladır. Ayrıca, genetik faktörler olumsuz durumlara karşı depresif hareketlerin oluşumunu etkiler (Türkçapar, 2004).

Diğer teoriler, kolinerjik, katekolaminerjik (noradrenerjik veya dopaminerjik), glutamaterjik ve serotonerjik (5-hidroksitriptamin) nörotransmisyonun anormal şekillendirilmesi içinde bulunmak üzere nörotransmitter düzeylerindeki dalgalanmalara odaklanır. Nöroendokrin düzensizliği, özellikle 3 eksen üzerinde durularak bir faktör olabilir: hipotalamik-hipofiz-adrenal, hipotalamik-hipofiz-tiroid ve hipotalamik-hipofiz-büyüme hormonu vb. Psikososyal faktörlerin de bu durumların içinde olduğu görülmektedir. Büyük hayat kaygıları, özellikle sevilen kişiden ayrılma ve ölüm, genellikle büyük depresyon dönemlerinden önce gelir; ancak bu tür durumlar, duygudurum bozukluğuna daha açık bireyler dışında genellikle kalıcı, şiddetli depresyona neden olmazlar. Bir majör depresyon epizodu geçirmiş olan kişiler, sonraki epizodlar diğerlerine göre daha çok yaşamaktadırlar. Daha az esnek olan ve/veya endişeye meyilli olan kişilerin depresif bir bozukluk oluşturma ve yaşama riski daha çok olabilir. Bu tür bireyler çoğunlukla hayat baskılarına ve sıkıntılarıyla baş edebilecek sosyal becerileri geliştiremezler. Diğer ruhsal bozuklukların varlığı majör depresif bozukluk riskini artırır (World Health Organization, 2012).

1.1.3.1 Psikolojik Nedenler

Depresyon, insanların nasıl düşündüğünü, hissettiğini ve davrandığını etkiler. Depresyon günden güne yönetmeyi zorlaştırır ve ders çalışma, çalışma ve ilişkilere müdahale eder. Bir kişi, iki haftadan daha uzun bir süre boyunca çoğu zaman kendini üzgün, moralsiz veya perişan hissettiyse veya olağan etkinliklerinin çoğuna karşı ilgisini veya zevkini kaybettiyse ve ayrıca en az üç belirti ve semptomdan birkaçını yaşadıysa, depresyonda olabilir (Gönül, 2012). Aşağıdaki listedeki kategorilerden. Unutulmamalıdır ki, herkes bu semptomların bazılarını zaman zaman yaşar ve bu, kişinin depresyonda olduğu anlamına gelmeyebilir. Geliştirdiğimiz kişilik özelliklerimiz depresyon geliştirme oranımızda önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda bilişsel teoriler depresyon yaşayan kişilerin düşük benlik saygıları ve geleceğe dair umutsuz bakış açıları nedeniyle stresli

yaşam faaliyetlerini negatif yorumlamaya meyilli oldukları için bilişsel olarak depresyona karşı daha yatkın oldukları vurgulanmaktadır (Haeffel ve Grigorenko, 2007).

Benlik saygısı yüksek kişilerde depresyon düzeyi düşmektedir. Yani şu şekilde sonuçlandırabiliriz: bireyin kişilik yapısında sahip olduğu özellikler, bilişsel bozuklukları ve öz yeterliliğinin düşük yada yüksek olması bireyin depresyona yatkın olması yada dirençli olması konusunda önemlidir (Öztürk, 2022).

1.1.3.2 Biyolojik Nedenler

1960'lı yıllardan itibaren nörotransmitterlerin dengesindeki bozulmadan kaynaklanabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu nörotransmitterler monoamin sınıfından olan norepinefrin ve serotoninidir. Depresyonunda bu nörotransmitterlerin en az birinin yoksunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nörotransmitterler, davranışsal etkinliğin, stresin, duygusal ifadenin, iştah, uyku gibi işlevlerin düzenlenmesinden sorumludur. Depresyonun farmakolojik tedavisinde amaç bu sıkıntıları ortadan kaldırmaktır.

İnsanın yaşamında kalıtım çok önemlidir. Depresyonda genetik yatkınlığın varlığı kabul gören bir durumdur. Fakat farklı durumlarda genetik yatkınlık olmamasına rağmen çevresel faktörler depresyona sebep olabilir. Yani depresyon yaşayan her bireyde genetik faktörler bulunmak zorunda değildir. Aile araştırmalarına baktığımızda ise ağır depresyon yaşayan bireylerde, bireylerin akrabalık olarak en yakınlarında depresyon yaşadığımız toplumdaki bireylere göre iki hatta belki üç kat daha fazla yaşanmaktadır. Yine tek yumurta ikizlerinde ikizlerden bir tanesinin depresif durum yaşaması demek diğerinin de depresyona girme oranının % 50 olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalara baktığımızda depresyonda genetik yatkınlığın varlığını açıklamaktadır (Öztürk, Uluşahin 2015).

1.1.3.3 Sosyal Nedenler

Depresyon yalnızca biyolojik ve psikolojik faktörlerden meydana gelmemektedir. Depresyon sosyal risk faktörlerinden de etkilenir. İyi bir sosyal ortamda büyüme sosyal nedenlerin etkileri arasındadır. Ekonomik sorunların varlığı, ailevi sorunlar, iş yaşamındaki stres ortamı, iş kaybı, iflas durumu bir sevilen yakının kaybı, sağlığının bozulması, evlilik ve benzeri durumlar sosyal nedenler arasındadır. Bunların iyiliği ve kötü olma durumu kişinin psikolojisini etkiler. İstenmeyen yaşam olayları her zaman psikolojiyi kötü etkilemiştir. Belirtilerin durumların iyi olması durumu

bireyin depresyona yakalanma olasılığını düşürmektedir. Bazı durumlarda çevresel faktörlerin kişilerin depresyona karşı hassaslıklarına ket vurucu etkisi vardır. Yaşam olayları bağımlı ve bağımsız olarak ikiye ayrılır. Bağımlı yaşam olayları bireyin kendisinin de dahil olduğu yaşam olaylarıdır. Bu evlilik, boşanma gibi bir durum olabilir (Tamam, Zeren 2002).

Bağımsız yaşam olayları ise bireyin herhangi bir etkisinin olmadığı birey dışında gelişen durumlardır. Bağımlı yaşam olaylarının depresyonu yordama gücünün daha yüksektir. Sonuç olarak depresyonun sebepleri sosyo-ekonomik kaynaklar ya da hayatımızda olan mühim meseleler, bireyin yetiştirildiği ailenin olumlu olumsuz özellikleri, eğitim düzeyi ve cinsiyet gibi nedenlerle açıklanabilir (Türkçapar, 2004).

1.1.4 Depresyonun Epidemiyolojisi

1855’de Jarvis dolaylı olarak deliliğin ve aptallığın yaygınlığını araştırarak tarihteki ilk epidemiyolojik araştırmayı yapmıştır. Yaygınlıkla ilgili ilk çalışma 19. yüzyılın ortalarında Massachusetts'te yapılmıştır. Depresyon için yaygınlık oranları farklılık göstermektedir. Depresyonun birebir aynı semptomları cinsiyetler, ülkeler, sağlık sistem farklılığı, hekim farklılığı arası farklılık göstermektedir. Depresyon kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Yapılan çalışmalar bunu destekler niteliktedir (Hocoğlu ve Çelik, 2015).

Myres ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 9000 kişilik örnekleme yapılan çalışma bu hipotezi destekler niteliktedir. Depresyon çeşitleri arası da yaygınlık farklılıkları bulunmaktadır. Zürih çalışmasında majör depresyonun tekrar oluşma olasılığı kısa depresyonun tekrar oluşma olasılığından fazla çıkmıştır. Bireylerin obez olması, sigara kullanıyor olması yada zayıf olması depresyonla ilişkilidir. Bu etkenler kişiyi depresyona sürükleyebilir. Gelir düzeyi depresyon üzerinde etkili bir etkidir. Kişinin bekar, evli, dul, boşanmış, yalnız yaşıyor olması depresyonu tetikleyebilir (Köse, 2009).

1.1.5 Depresyonun Belirtileri

Depresyon, üzüntü, endişe, suçluluk ve değersiz hissetme, başkalarından uzaklaşma, uykuya dalmada zorluk, sık uyanma ya da aşırı uyuma, iştah kaybı ya da aşırı yemek yeme ve her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle karakterize bir duygu durum bozukluğudur.

Dikkati toplamak ve sürdürmek zor ve yorucu bir çabadır. Karşılıklı sohbette, yavaş şekilde konuşmak ve uzun duraksamalarla monoton bir ses tonuyla, az sözcük kullanarak konuşma içeriğini fakirleştirerek konuşurlar, yalnız oturup susmayı tercih ederler. Sürekli yorgun ve halsiz bir haldedirler Ajite bir haldedir. Problemlere çözüm bulmada da zorluk yaşarlar. Kafaları kendilerine yönelik suçlamalarla doludur, öz bakımlarını ve görünüşlerini ihmal ederler, Bu kişiler çoğu zaman keyifsiz, umutsuz, endişeli, kaygılı ve ümitsiz olabilmektedirler, düşünce, konuşma, devimin ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama olur. Uzun süreli orta düzey depresyonda ve ağır depresyon yaşayan bireylerde intihar düşünceleri mevcuttur (Öztürk, 2022).

1.1.6 Depresyon İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

1.1.6.1 Psikanalitik Yaklaşım

"Psikanalizin Babası" olarak da bilinen Sigmund Freud'un geliştirdiği 19. yüzyılın sonlarına doğru ortaya çıkan bir teoridir. Erken çocukluk deneyimlerine ve bilinçdışı süreçlere odaklanır. Freudun teorisine göre psikolojik rahatsızlıkların temelinde; çözülmemiş ve bilinçaltında bastırılmış çatışmalar vardır. Acı veren duygular, bilinçdışına itilmiş geçmiş olaylar bunlardan bazılarıdır (Candır ve Çelik, 2019).

Psikoanalizin temel amacı bu yitirdiğimiz, bilinç altına ittiğimiz, bastırdığımız duyguların konuşma yöntemiyle bilinç seviyesine çıkarılması bu şekilde bu duyguların yeniden yaşanması ve çözümlenmeye çalışılmasıdır. Duyguların açığa vurulması, ortaya çıkması önemlidir. Psikoanaliz bireyin doğrudan ulaşamadığı derinlerde olan ruhsal katmanlarda kalan psişik olaylardır. (Kesen,2014).

Freud psikoanalitik terapinin iki amacı olduğunu belirtmiştir: bunlardan ilkinin bilinçaltındaki duygu ve düşünceleri bilinç düzeyine çıkartmak ikincisini ise davranışın içgüdüsel tutkular ve gerek olmayan suçluluk duygusundan arındırılmak gerçeklik kapsamında hareket etmesi için egoyu güçlendirme çalışmalarıdır (Sağlık, 2019).

1.1.6.2 Hümanistik Yaklaşım

Psikolojide hümanist yaklaşım, 1960'larda ve 70'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde davranış teorisyenleri ve bilişsel psikologlar arasındaki süregelen mücadeleye bir yanıt olarak gelişmiştir. Hümanistler, psikoloji çalışmasının sadece bilişin tamamen mekanik yönlerine veya sadece çevrenin davranış üzerindeki etkisine odaklanmaması gerektiğine inanarak yeni bir bakış açısı getirmişlerdir, bunun yerine psikolojik çalışmanın vurgusunun ayrıntılar üzerinde olması gerektiğini hissetmişlerdir. Hümanist psikolog için psikolojik çalışmanın amacı, insan davranışını tam olarak anlamaktan çok, insanların yaşamla daha başarılı bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olma yeteneğidir. Bu anlamda, tamamen teorik olanın aksine, oldukça terapötik bir yaklaşımdır. Hümanist yaklaşımın kökleri varoluşçu felsefedir. 19. yüzyılın ikinci yarısı ve 20. yüzyılın ilk yarısı boyunca, Kierkegaard, Camus ve Sartre gibi filozoflar, insanın yeryüzündeki varoluş durumunu biraz "saçma" olarak görmeye başladılar. Giderek Hıristiyanlık sonrası bir Avrupa toplumunda, insanın nihayet, gerçekliğin dürüst bir değerlendirmesinin, evrenin ne hayırsever ne de kötü niyetli olduğu, bunun yerine insanlığın denemelerine ve sıkıntılarına tamamen kayıtsız olduğu izlenimini vereceği bir duruma ulaştığını hissetmişlerdir (Kafes, 2021).

İnsanı temel alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre bazı temel gereksinimler vardır ve bunlar ömür boyu sürer. Bunlar; açlık, susuzluk, cinsellik, saygı, sevgi ve kendini gerçekleştirme gibi durumlardır. Bu doyumlar sağlandığında gelişme kaydedilir. Hümanistik yaklaşım bireyi: doğuştan var olan iyilik hali, olumlu potansiyele sahip olmak, gelişme ve ilerleme gücünü kendisinde bulan ve sürekli değişim ve oluşum halinde bulunan bir varlık olarak ele alır. Hümanistik yaklaşıma göre tüm insanlar birbirinden farklıdır ve bir bütün olarak ele alınamaz. Bu yaklaşım Rogers'a göre insanların doğuştan iyi olduğuna ve olumlu koşulların olduğu ortamda gelişmek için belli bir potansiyele sahip olduklarını söyler. Ruh sağlığı bozulmamış kişiler doğal yaşam sürebilirler. Davranışlarıyla duyguları uyumlu bir şekilde devam eder. Hümanistik yaklaşım bireylere yeteri kadar özgürlük ve yeteri kadar duygusal destek verilmesiyle insanların kendilerini tamamladıklarını savunur. Rogers'a göre; benlik, olumlu ve olumsuz benlik, gerçek benlik, ideal benlik, ve benlik saygısı doğru algılanırsa gereksinimleri tamamlayabilir (Yetkin ve Özgen, 2007).

1.1.6.3 Gestalt Yaklaşım

Max Wertheimer'in çalışmasından kaynaklanan bu yaklaşım, bazı bazı Wilhelm Wundt'un yapısalcılığına bir cevap olarak oluşturulmuştur. Yapısalcılığın içerisinde yer alan bireyler psikolojik durumları mümkün olan en küçük parçalarına ayırmakla ilgilenirken, Gestalt psikologları bunun yerine zihin ve davranışın birlikteliğine bakmak istemişlerdir. Holizm ilkesinin rehberliğinde Wertheimer ve takipçileri, algının şeyleri ayırtılmış bileşenler olarak ele almanın doğru olduğunu değil, tam aksine bir bütün olarak görmenin daha doğru olduğunu düşündüler. Bu yaklaşım, bireyin zihin ve davranışına bir bütün olarak bakan bir düşünce kurumudur. Gestalt psikolojisi, etrafımızdaki dünya düzenini anlamaya çalışır. Bazı küçük detay ve bileşenlere odaklanmanın doğru olmadığını savunur. Bunu yapmak yerine, zihnimiz nesnelere daha karışık sistemlerin maddeleri olarak algılayabilme eğilimindedir.

Bireyin gelişimine bakış açısında ruh sağlığı, yaşananlara açık ve dürüst olma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Gestalt yaklaşımında kişinin farkındalığının yükseltilmesi, işlerin tamamlanması, bütünleşmenin sağlanması ve çalışmalarla kişinin bütün potansiyelini kullanabilir hale gelmesi amaçlanır. Başka bir söylemle bu yaklaşıma inananlar, hastalarının hem oldukları gibi davranmalarını hem de kendileri olarak davranmalarını ve başka bir kişi gibi olup, role girip kendilerinden uzaklaşmalarını sağlar. Bireyler durumlara verdiği tepki ve gözlemlerini paylaşımında bulunmaya istek duyarlar, kişisel hayat deneyimlerini, yaşam öykülerini ve bu hikayelerin oluşturduğu hislerini ve düşüncelerini en doğru şekilde aktarırlar, danışanları manipüle etmezler. Dahası, danışanlara nasıl tepki verdikleriyle ilişkili farkındalık sağlayıp onlara geri dönütlerde bulunurlar. Psikolog hastalarına karşı açık ve doğru olmalı ve hemen geri dönütlerde bulunarak danışanla yüzleşmeli ve danışanların endişelerini, kötü beklentilerini, engellerini ve dirençlerini keşfetmelidir (Candır ve Çelik, 2019).

1.1.6.4 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel terpi ilk olarak 1955 yılında Albert Ellis tarafından ortaya atılmıştır. Duygusal uyarılar yaşanan olaylar sonrası ortaya çıkar. Bu yaklaşımda önemli olan duygu ve davranışta bilişsel süreçlerin rolüdür. Her bireyin karşılaştığı olaya verdiği tepki farklıdır. Kişinin verdiği tepki olayı nasıl algıladığına ve yorumladığına bağlıdır. Duygusal tepkilerin belirleyicisi olaylar değil olayları değerlendirme, anlama yorumlama şekildir. Bu terapi yöntemi bireyin psikolojik problemlerini devam ettiren uygun olmayan düşünce ve davranışlarını değiştirmeyi iyileşme halini hedef gören

bir psikoterapi yaklaşımıdır. Temel amaç düşüncelerin belirleyiciliğine vurgu yapılır. Bastırılan duyguların farkında olmasına yardım edilir, kaçınılan ve acı veren duyguları kabullendirmeye yada tolere etmeye yardımcı olur. Kişi her türlü duyguyla yaşayabilmeyi öğrenir. Beck'e göre psikolojik sorunlar yanlış bilgi işlemenin sonucudur. Bilişsel terpi, bilişsel ve davranışsal terapileri birleştirir ve ruh hali ve kaygı bozukluklarının tedavisi için güçlü ampirik desteğe sahiptir. BDT'nin temel öncülü, duyguları doğrudan değiştirmenin zor olduğudur, bu nedenle BDT, rahatsız edici duygulara katkıda bulunan düşünce ve davranışları değiştirerek duyguları hedefler. Bilişsel terpi, bireyin düşünce ve duyguların farkında olmasını sağlayan bir dizi beceri oluşturur. Bunlar; durumların, düşüncelerin ve davranışların duyguları nasıl etkilediğini belirlemek ve işlevsiz düşünce ve davranışları değiştirerek duyguları iyileştirilmesidir. Bilişsel terpi beceri edinme süreci işbirlikçidir. Bilişsel terpi materyalinin sıkıştırılması ve ortalama 12-20 seansın dört ile sekiz seansa indirilmesidir (Vatan, 2016).

Albert Ellis'e göre çoğu duygusal rahatsızlığın merkezimde kendini suçlama yatar (Sungur, 2000).

1.1.7 DSM Boyunca Depresyon Gelişimi

1952 yılında ilk kez DSM yayınlandı. DSM-1 de ruhsal bozukluklardan bahsedilirken tepki şeklinde nitelendirildi. DSM-2 nin yayınlanmasında ABD ile Avrupa arasındaki farklılıklar azaldı. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile ilk kez, ruhsal bozuklukları tanı ve sınıflandırılmasında, araştırmalara dayandırılan tanı ölçütleri getirildi. Burada depresyon için bedensel nedene vurgu yapılmıştır. Melankolinin tanımlanma çabasının en önemli nedeni bedensel tedaviye cevap verip vermediğini saptamaktır. DSM-III de bunun saptanabileceği düşünülmüştü DSM-III tanı ölçütleri kullanılarak RDC tanı ölçütlerinin geliştirilmesi de amaçlanmıştır (Pazvantoğlu vd., 2004).

DSM-III tanı kriterlerine göre melankoli tanımlaması yapılabilmesi için ilgi kaybı ve tepkisizlik tanı ölçütlerinin birlikte bulunması ve tanı ölçütlerinden en az üç tanesinin bireyde yaşanıyor olması gerekmektedir. DSM-III 1987 yılında DSM-III'e yapılan eleştirilerin çokluğu ve yoğunluğu sebebiyle DSM-III-R olarak güncelleştirilmiştir. ve yoğunluğu sebebiyle DSM-III-R'de ilgi kaybı ve tepkisizliğin tanı için şart olması kriteri kaldırılmıştır. Ve yeni belirtiler eklenmiştir (Türkçapar, 2009).

Her şeye veya hemen her duruma karşın ilginin azalması veya zevk alamamak durumu; genellikle bireyin hoşuna gidecek durumlara karşı tepkisizlik göstermesi (bireyin iyi bir durum yaşadığında

geçici ve Ansal olarak bile olsa bile kişinin kendisini iyi hissetmemesi yani kötü hissetmesi; güne erken başlama durumu (her zamanki güne başlama saatinden en az iki saat önce uyanma); psikomotor yavaşlama yada ajite olmak bireyin önemli derecede iştahsız olması veya kilo kaybı yaşaması (bu kilo kaybının vücut ağırlığının bir ay içinde %5'inden fazlasının kaybı şeklinde olması gerekir); ilk major depresif ataktan önce ciddi kişilik problemlerinin yaşanmamış olması (APA 1987).

DSM-III-R tanı kriterlerinde melankolik tip depresyon tanısı konulabilemsi için bu belirtilerden en az beş tanesinin bireyde olması şartı kriter olarak konulmuştur. Bu kriterler tanı için son derece önemli bir yere sahiptir.

1994 yılında DSM-IV yayınlanmıştır. Burada 4 alt tip bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Melankolik
- katatonik
- ve postpartum başlangıçlı

DSM-IV 'de DSM-III tanı kriterlerinin doğruluğuna tekrar inanılıp bu kriterlere geri dönülmüştür. DSM-III 'den farklı olarak tanı için gereken ilgi kaybı ve tepkisizlik kriterlerinin ikisinin birden bulunması değil sadece bir tanesinin bulunması DSM-IV 'de yeterli görülmüştür (APA 1991). DSM-IV17 ana kategorik alanda200'ün üstünde ruhsal bozukluğu sınıflandırıyor. DSM-V 20 ana kategorik alanda 200'ün üstünde ruhsal bozukluğu sınıflandırıyor (APA 1994).

1.1.8 Depresyonda Tanı Kriterleri

En az birinin *DSM-V'te* olması gereken depresyonun temel belirtileri, depresif ruh hali ve ilgi veya zevk kaybıdır. *ICD-10'daki* diğer uygun semptom, azalmış enerji veya yorgunluktur, ancak iki temel semptomun mevcut olması gerektiğinden, aslında bu şemada da depresif ruh hali veya ilgi/zevk kaybı gereklidir. Çekirdeğe azalan enerjinin eklenmesinin nedeni net değildir. Bu temel belirtiler, depresif bozukluğun temelde bir ruh hali veya duygulanım bozukluğu olduğu görüşünü yansıtır. Kaynaklarda "duygu" kelimesinin gözlemlenebilir kısa vadeli durumlara veya durumlara ve "ruh hali"nin kalıcı veya içsel durumlara atıfta bulunması gerektiğini çeşitli şekillerde önermesine rağmen, bu iki terimle ilgili çok fazla kafa karışıklığı olmuştur. Pratikte uzun süredir

aşağı yukarı eşanlamli olarak kullanılmaktadırlar. "Depresyon" terimi, 19. yüzyılda, aslen moralin düşmesini tanımlamak için "zihinsel depresyon" olarak kullanılmaya başlandı ve bir teşhis olarak melankolinin yerini almıştır. İngilizce kelime gerçekten bir benzetme kullanır ve daha önceki ve aynı zamanda hala geçerli olan anlamı, bastırılmakla veya bastırılan bir şeyin bir alanıyla ilgilidir. Artık, meteorolojide kullanıldığı şekliyle, biri ekonomik diğeri barometrik olmak üzere, diğeri oldukça farklı alçaltma fenomenlerine de atıfta bulunabilir (Kafes 2021).

İlgi ve zevk kaybı için kullanılan modern kelime olan anhe donia, DSM-III ile birlikte resmi İngilizce konuşan psikiyatriye girmiştir. Bazı depresyonlarda, özellikle de daha şiddetli olanlarda, hazzın yokluğu ve bariz üzüntüden çok boşluk ve donukluk duygularının ortaya çıkması sık sık tarif edilmiştir. Bozuklukta ruh halini düşürmenin merkeziliğe atanması, bir dereceye kadar Batılı bir kavramdır ve daha yeni bir kavramdır. Davranış değişikliği gibi bozukluğun diğeri yönleri daha önce daha önemli görülüyordu. Diğeri kültürlerde, fiziksel ve diğeri rahatsızlıklar daha önemli görülebilir ve aynı rahatsızlık gibi görünen şeyleri tarif etmek için kullanılan terimlere yansıtılabilir. İki resmi şemada depresyon teşhisine katkıda bulunan ek semptomlar şunlardır: iştah veya kilo kaybı veya alımı; uykusuzluk veya hipersomnia; ajitasyon veya geciktirme; enerji kaybı veya yorgunluk (DSM-IV); güven veya benlik saygısı kaybı (ICD-10); değersizlik veya suçluluk; azaltılmış konsantrasyon veya kararsızlık; intihar düşünceleri veya intihar girişimi. İfadeler ve tanımlar, iki şemada her zaman aynı değildir. Diğeri fiziksel veya zihinsel bozukluklardan kaynaklanabilecekleri için bu semptomların bazıları spesifik değildir. Bazıları için, örneğin patolojik suçluluk, durum böyle değil ve yardımcı listeye alınmak, ruh hali bozukluğunun merkezi olduğu görüşünü daha çok yansıtıyor gibi görünmektedir. Özünde mevcut semptomların sayısını sayan kriterlerin kullanımına yansıyan teşhis kavramı, genellikle açıkça formüle edilmemiştir. Görünüşe göre, hastalık daha şiddetli hale geldikçe, beraberindeki semptomları ve rahatsızlıkları daha fazla emerek daha yaygın hale geliyor. Bu varsayımın geçerliliğine doğrudan bakan çok sayıda ampirik çalışma yoktur. Gizli özellik analizlerini kullanan çalışmalar, temel belirtiler listesine karşılık gelen bir boyut üretme eğiliminde olmuştur. Klinik olarak, depresyon daha şiddetli hale geldikçe, daha fazla semptomun varlığını da içermeye eğilimindedir. Teşhis edilmiş depresyonlarda mevcut semptomların sıklığını inceleyen bazı çalışmalar yapılmıştır. Bilişsel terapinin doğuşuna ve daha da yakın bir zamanda ünlü Beck Depresyon Envanteri'ne yol açan çalışmanın erken bir aşamasında, o ve meslektaşları, geniş bir psikiyatri hastası örneğinde semptomların sıklığını tabloştürmüşlardır. Depresif semptomları duygusal, bilişsel, motivasyonel,

fiziksel ve bitkisel ve sanrılar olarak ayırarak, depresyonun şiddetiyle birlikte hepsinin arttığını ve sanrılar dışında tümünün şiddetli depresyonda yaygın olduğunu göstermişlerdir (Gönül, 2012).

1.1.9 Depresyonun Türleri

Depresyonun çokça alt çeşitleri bulunmaktadır. Her depresyonunun kendine has ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Kişi de hangi belirtinin ne kadar olduğuna, ne zamandır var olduğuna, öne çıkan belirtiyeye bakılarak kişinin içinde bulunduğu depresyon durumu tanı kazanır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.9.1 Majör Depresyon

Bu depresyon çeşidinin tanı olarak konulabilmesi için bireyin daha önce bir psikolojik yada psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmaması gerekmektedir. Majör depresyon organik bozukluğa da bağlı olmamalıdır. Bütün depresyon çeşitleri arasında en sık görüleni majör depresyondur. Birçok insan yaşamının bir bölümünde majör depresyon etkisi altında kalır, bu depresyonu yaşar. Majör depresyon yaşamak için bazı önemli etkenler vardır bu etkenlere sahip olan bireylerin bu depresyonu yaşama olasılığı daha fazladır. Bu etkenleri; sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, ailede depresyon yaşamış bireylerin varlığı yani genetik yatkınlık şeklinde tanımlayabiliriz (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Belirtilerin varlığı, sayısı, sıklığına göre depresyonun ne aşamada olduğu(hafif,orta,ağır) belirlenir. Beş altı tane belirti hafif yedi sekiz tane belirti orta dokuz belirti ağır depresyonu temsil eder. Hafif depresyon geçiren birey halsiz, isteksiz melankolik haldedir ama kendini zorlayarak bir şekilde yaşamını sekteye uğratmadan yaşamaya devam eder. Orta halli depresyon geçiren birey sorumluluklarını aksatır isteksizdir. Ağır depresyon geçiren birey de ise tüm işler hayat bütünüyle sekteye uğrar (Kafes, 2021).

1.1.9.2 Distimi

Distimiyi uzun süreli hafif depresyon şeklinde tanımlayabiliriz. Distiminin süresi en az iki yıl sürmelidir. Günün önemli bir kısmında çökkün duygu durum varlığı şeklinde tanımlanabilir. Bakıldığında kişilerin duygu durumu çökkün veya dibe vurmuş şekildedir. Kısa dönemler halinde kişinin iyi hissettiği dönemler olabilir. Hayat performansını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürür. Belirtiler majör depresyonla benzerdir fakat bu majör depresyonda çok yoğun şekilde

hissedilirken distimi de daha azdır. Belirtilerin az ve yoğun yaşanmaması depresyonun süresini uzatır (Kesen, 2014).

1.1.9.3 Bipolar Bozukluk

Depresyon da depresif ruh hali yaşanır. Manide taşkınlık yaşanır. Bu ikisi depresyonda birbirini takip eden şekilde ilerler. Birey bu hastalıkta uçlarda yaşar. Bu duruma bipolar bozukluk , manik depresif bozukluk yada manik depresyon denir. Depresyonla başlayıp sonradan maniğe dönebilir. Manik depresyon başlangıçlı olursa manik mi depresyon mu ayırt etmek zorlaşır (Eroğlu ve Özpoçraz, 2010).

Manik depresif bozukluk da kişi çok hararetlidir, enerjiktir, ne konuşması ne davranışı durdurulamaz. Fikir uçuşmaları, yüksek riskli davranışlar (bunlar rastlantısal cinsel ilişkiler, hızlı araba kullanma, kavga etme eylemleri olabilir.) büyüklenmeci bir tavır vardır manik kişide ama gerçekçi değildir bu tavır, gerçekçi olmayan özgüveni vardır. Kişi öfkeli. Uyku da belirgin azalma vardır (Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017).

1.1.9.4 Atipik Depresyon

Atipik depresyon çeşitinde duygulanım diğer depresyon çeşitlerinden daha farklıdır. Sürekli olarak çökkün duygu durum yaşanmayabilir. Duygulanım dalgalı gider. Kişi neşeli bir ortamda bulunuyorsa neşeli şekilde olabilir, davranabilir. Diğer depresyon türlerinde iştah kaybı baskınken bu depresyon türünde iştah artabilir, kişi her zaman yediğinden daha fazla yemek yemek isteyebilir. Atipik depresyon hastalı ciddi derecede kişilik bozuklukları olan bireylerdir. Birey bu süreçte alkol,kumara yatkınlık gösterebilir (Koyuncu vd., 2013).

1.1.9.5 Maskeli Depresyon

Maskeli depresyonu örtülü depresyon şeklinde tanımlayabiliriz. Depresyon belirtileri vardır ancak açık şekilde değildir. Burada örtülü olan maskeli şekilde tabir edilen durum duygulanımdır. Duygulanım saklanır, gizlenir. Ancak bedensel ve bilişsel işlevler için durum aynı değildir. Bunlar ön planda bulunur bu depresyonda. Bu depresyon türünün tanısı ve tedavisi için uzun zaman gerekir. Hatta çoğu kez belirlenemez. Depresyon türlerinin geneli gibi bu depresyonda her yaşta görülebilir. Bu depresyon türünde birey depresyonda olduğunu anlamaz, bilmez. Depresyonun bilincinde değildir. Bireyin profesyonel yardıma başvurusunun sebebi olarak somatik şikayetleri

gösterebiliriz. Kişi sürekli başının ağrıdığını,halsiz olduğunu belirterek yada cinsel güçsüzlük sebebiyle gelebilir. Kişi mutlu gözükabilir. Bireyler psikolojik sorun yokmuş gibi davranır, sözünü geçirmez bundan bahsetmez. Profesyonel kişinin yapacağı kontrol hastadaki depresyonu ortaya çıkarabilir (Kesen,2014).

1.1.9.6 Perinatal Depresyon

Perinatal depresyon gebelik esnasında yada doğumdan sonrasındaki bir yıllık süreçte ortaya çıkabilir. Her 9 kadından biri perinatal depresyonu gebelik ve sonraki süreçte yaşar. Bir çeşit majör depresyondur. Perinatal depresyon sadece anneyi değil bebeği de etkiler. Anne bebek ilişkisi üzerinde durabilir. Anne bebeğe bakım vermek istemeyebilir, bu durumda bebek perinatal depresyondan etkilenir. Bu depresyon çeşidi yeterince tanınmaz ve bu yüzden gerekli tedavi sağlanamaz. Bu depresyon hafif seyirli depresyon olarak da kalabilir. Orta veya ağır depresyona da sürüklenebilir. Veya anksiyete mani, psikoza dönüşebilir. Bu depresyonun sebebinin fiziksel ve duygusal değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tanı konduğunda kişilerarası psikoterapi yöntemi ile çözülebilir (Altın, 2012).

1.1.9.7 Mevsimsel Afektif Bozukluk

Yılın bazı dönemlerinde mevsime göre ortaya çıkar. Kişi mevsim değişikliklerinde mevsimsel depresyon yaşar. Her yıl aynı dönemde başlar ve aynı dönemde bitiş gösterir. Genelde son baharda başlayıp kış boyu devam eder. Birey halsiz ve keyifsiz hisseder. Majör depresyon kadar yoğun hissedilir. Perdeleri çekip uyuma gibi davranışlar gösterilebilir. Birey sürekli karanlıkta kalmak isteyebilir.En çok sabah saatlerinde görülür. On insandan birinde mevsimsel depresyona rastlanır. Kıyafet seçimlerinde canlı renkler tercih etme, yaşanan ortamın parlak ve ışıklı olması, ortamda canlı çiçek bulundurma vb alternatif tedavilerle mevsimsel depresyonla baş edilebilir (Ekinci vd., 2004).

1.1.9.8 Kısa Süreli Tekrarlayan Depresif Bozukluk

Bu depresyon türünde işlevsellik korunur. Birey küçük ve hafif belirtilerle depresyon yaşar. Genç olarak nitelendirdiğimiz yaş grubunda görülme sıklığı daha fazladır. İki hafta ve iki haftadan daha kısa sürer (Aslan,2018).

1.1.9.9 Karışık Depresyon Ve Kaygı

Anksiyete psikolojik sorunlar ve somatik belirtilerin bir arada görülmesi durumudur (Kafes, 2021).

1.1.10. Depresyon Sınıflandırması

Depresif bozuklukların uzun süredir heterojen olduğu kabul edilmektedir. Alt sınıflandırmaları, psikiyatrideki herhangi bir tartışma kadar çok araştırma ve tartışma yaratmıştır. İki resmi program paraleldir, ancak aynı değildir ve hiçbiri tamamen tatmin edici değildir. 14 DSM-IV'da basit Başlıca kategorileri depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklardır. Her ikisinin de alt kategorileri vardır. Bu yazının ana konusu olan depresif bozukluklar (tek kutuplu depresyon) içinde, başlıca alt kategoriler majör depresif bozukluk (kendisi tek epizot ve tekrarlayan bozukluk olarak ayrılmıştır), distimik bozukluk ve herhangi bir resmi planı herkes için kapsamlı hale getirmek için gerekli olan her şeyi yakalamadır. En son epizod ayrıca bir dizi şiddet/psikotik/remisyon belirteci tarafından belirtilebilir; kronik olarak; katatonik özelliklere sahip; melankolik özelliklere sahiptir. Diğer duygudurum bozuklukları için, genel tıbbi durumlara bağlı duygudurum bozukluklarını ve madde kaynaklı duygudurum bozukluğunu içeren başka bir ana kategori daha vardır (Türkçapar, 2004).

ICD-10'da ana kategoriler manik dönemdir; Bipolar kişilik bozukluğu; depresif dönem; tekrarlayan depresif bozukluk; kalıcı ruh hali (duygusal) bozuklukları (distimi, siklotimi); diğer ruh hali (duygusal) bozuklukları; belirtilmemiş ruh hali (duygusal) bozukluğu. İki ana eksen gerçekten iki kutuplu-tek kutupludur ve tabiidir (tek bölüm, tekrarlayan, kalıcı). Herhangi bir depresif dönem içinde, tek veya yineleyici, şiddete göre alt kategoriler vardır (hafif, orta, şiddetli, psikotik belirtiler olmadan, psikotik belirtilerle birlikte, yineleyen bozukluklar için remisyonunda) ve somatik sendrom (melankoli) için ek bir belirleyici mevcuttur (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

DSM-III ve ICD-10, yapılandırılmış ölçütleri ve modern kavramları kullanmalarıyla selefleri DSM-II (tepki türlerinin psikanalitik ve Meyerci kavramlarına çok daha fazla dayanır) ve ICD-9'a göre oldukça büyük ilerlemeleri temsil etmekteydi. Yapılandırılmış kriterler özellikle DSM-III ve ardıllarında kullanılmıştır. ICD-10, iyi tanımlanmış Araştırma Kriterleri ve iyi tanımlanmamış klinik kriterler olmak üzere iki kriter seti ile bu açıdan belirsizdir. Her iki sınıflandırmanın da dezavantajları vardır. Aynı değildirler ve ulusal hassasiyetler bir yana, her birinin sahip olduğu

bazen farklı dezavantajlar olmadan, her birinin avantajları kullanılarak tek bir sınıflandırmada birleştirilmesi çok daha iyi olacaktır. Tek epizot ve tekrarlama şeklinde güçlü bir ayrım ampirik araştırma tarafından haklı gösterilmez ve ana bir ayrım olarak yararlı değildir: tekrarlayıcı hale gelen tüm bozukluklar ilk seferde tek epizottur. DSM tanımları daha iyidir. DSM-III'te tıbbi bozukluk ve madde kullanımıyla ilgili depresyonların belirtilmesi yardımcı değildir; çünkü bunların diğer depresyonlardan herhangi bir önemli yönden farklı olduğunu gösterecek çok az şey mevcuttur (Kaya ve Kaya, 2007).

1.1.10 Depresyonun Tedavisi

Depresyonun tedavisi için kullandığımız ve bildiğimiz bir çok terapi yöntemi vardır. Tüm terapilerin ortak temel amacı süregiden depresyonu en kısa zaman zarfında ortadan kaldırmaktır. Her terapi yönteminin kendine özgü bir tedavi planı bulunmaktadır. Bu tedavi planları ilaç kullanımıyla desteklenebilir. Depresyonun tedavi yöntemlerinden en sık tercih edileni psikoterapidir (Öztürk, 2022).

Terapist ve danışan arasında sürdürülen teröpatik ilişkinin bütünüdür psikoterapi. Hastalıkları tedavi eder, semptomları ortadan kaldırır, uyumsuz davranışları değiştirir ve kişisel gelişimi sağlar. Ruhsal yollarla yardım ve iyileştirme olarak da tanımlanır. Danışanın onu rahatsız eden duyguları ve davranışları psikolojik yöntemler kullanılarak değiştirilir yada kabul ettirilir. Tedavi yöntemlerinden birisi de bilişsel davranışçı terapidir. Depresyon tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı terapinin hedefi bireylere kabul görmeyen inanış ve düşüncelerini gösterme ve bu düşünceleri ve davranışları düzeltmelerine yardımcı olmak sebebiyle duygusal stres durumlarını en aza indirmeyi hedefler (Kafes, 2021).

Kişiler arası psikoterapiye göre depresyonun yoğunluğu veya geçmişi önemli değildir. Depresyon kişilerarası ilişkilerden, kayıplardan sosyal vb. durumlardan kaynaklanır. Kişilerarası psikoterapi uzun vadede bireyin sosyal işlevselliğini artırır. Aile psikoterapisi aile ile yapılan etkili iş birliği ile yapılan tedavidir. İlerlemeye katkı sağlar. Depresyonun üç durumu vardır. Hafif orta ve ağır depresyondur bunlar. Hafif depresyon belirtilerden beş veya altı tanesini, orta depresyon belirtilerden yedi veya sekiz tanesini ağır depresyon ise belirtilerden 9 tanesini gösterir. Bu depresyon türlerinde psikolojik yöntemlerden yanı sıra tıbbi yöntemlerde kullanılır. İki yöntemin de ortak noktası depresyon yaratan etkileri ortadan kaldırmaktır (Gönül, 2012).

1.2. Kabul Ve Kararlılık Terapisi İle İlgili Kavramsal Temeller

1.2.1 Kabul Ve Kararlılık Terapisi

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) temelinde kişinin sorunlarını kabul etmesi yatmaktadır (Harris 2017). Son 25 yılda, farkındalığı ve kabulü içeren davranışsal müdahaleler, bilişsel davranışçı psikoterapi geleneğinin bir evrimi olarak ortaya çıkmıştır. Bu yeni modalitelerden biri, acı, keder, kayıp, hayal kırıklığı, hastalık, korku ve kaygının insan yaşamının kaçınılmaz özellikleri olduğu şeklindeki temel anlayışla başlayan ACT'dir. ACT'nin amacı bu deneyimleri ortadan kaldırmak veya bastırmak değildir. Bunun yerine ACT, bu acı verici deneyimler karşısında yakın ilişkiler, anlamlı çalışma ve kişisel gelişim gibi değerli yaşam alanlarının ve yönlerinin peşinde koşmayı vurgular. Olumsuz düşünceler ve duygular veya diğer zorluklar yaşanırken bile anlamlı yaşam aktivitelerine artan katılım, ACT'de psikolojik esneklik geliştirilerek gerçekleştirilir.

Psikolojik esneklik, aşağıdaki altı temel beceriyi güçlendirerek ACT'de geliştirilir:

- 1) sıkıntılı deneyimler sırasında (şimdiki ile teması kaybetmeye karşı; dahil olmak üzere, düşüncelere, duygulara, bedensel duyumlara ve eylem potansiyellerine dikkat ederek şimdiki anda esnek ve amaçlı bir şekilde kalmak
- 2) düşünme ve hissetme konusunda dengeli ve geniş bir bakış açısına sahip olmak, öyle ki acı verici veya rahatsız edici düşünce ve duygular otomatik olarak uyumsuz kaçınma davranışlarını tetiklemez; zayıf bakış açısı alma becerilerine karşı
- 3) kişinin ailesinin yanında olması, anlamlı bir iş peşinde koşması vb. gibi temel umutları, değerleri ve hedefleri açıklığa kavuşturmak; en önemli şeylerden ve insanlardan kopuk olmak
- 4) belirlenen umutlar, değerler ve hedefler doğrultusunda bir şeyler yapma taahhüdünü geliştirmek; temel değerlere uygun olarak gerekli davranışsal adımları atmamaya karşı
- 5) zor eylemlerde bulunmanın kaçınılmaz olarak ortaya çıkardığı istenmeyen duyguları, özellikle hastaların umutları, değerleri ve hedefleriyle tutarlı olanları isteyerek kabul etme.

6) ayırıştırma veya değerli eylemlere müdahale eden düşüncelerden geri adım atmak ve onları oldukları gibi görmek.

ACT modelindeki kilit nokta aynı zamanda "çalışabilirlik"tir; kişinin davranışlarına ve bu davranışların sorunu etkili bir şekilde çözme ve kişiyi değerli amaçlara doğru ilerletme açısından "işe yarayıp yaramadığına" ilişkin daha fazla farkındalık geliştirmeye yardımcı olur. Örneğin, anksiyete durumunda, bir hastaya alkol kullanımının (veya başka herhangi bir kaçınma stratejisinin) uzun vadede anksiyete sorununu çözmede işe yarayıp yaramadığı sorulabilir ve bu stratejiyi değerli yaşam alanlarında uzun vadede kullanmanın maliyetlerini incelemek gibi. Daha da önemlisi, kısa vadeli semptomların giderilmesiyle motive edilen "işe yaramaz" davranış kalıplarının yargılayıcı olmayan bir şekilde tanımlanması, uzun vadeli değerli sonuçlarla uyumlu davranış değişikliklerini kolaylaştırmaya yardımcı olur (Uğur, 2018).

Bu yöntem sağlıklı ve yapıcı faaileyetlere bağlılığı artırır. Kabul ve kararlılık terapistlerine göre kabullenme arttıkça psikolojik esneklik artar. Kabul ve kararlılık terapisinin bilişsel davranışçı terapiden temel farkı bilişsel davranışçı terapide yapılan rahatsız edici duygu davranış ve dürtüleri ortadan kaldırmak yada en aza indirmektir (Dirik ve Yatsıbaş, 2019).

ACT tedavisinin süreci altı bileşen içerir bunlar kabul kararlılık terapisinin altıgeni olarak adlandırılır bunlardan ilki kabullenmedir. Bir diğeri ise bilişsel ayırıştırma. Bilişsel ayırıştırma; kendinizi içsel deneyimlerden ayırma süreci olarak nitelendirilebilir (Harris 2017).

1.2.2 Kabul Ve Kararlılık Terapisinin Tarihçesi

Bilişsel davranışçı terapilerin temelinde Albert Ellis'e ait olan ABCDE modeli yatmaktadır. ABCDE modelinde A:harakete geçiren bir olay veya durumu B: inanışları C: sonuçları D: insanlarda değişimin gerçekleştirilmesini E: rasyonel inanışları sembolize etmektedir (Dursun ve Akkaya, 2022). Bu modele göre insanlar rasyonel olarak isimlendirilen uyumlu davranış durumu, sağlıklı olmak ve işlevsel olmak yada irrasyonel olma yani uyumsuz, sağlıklı ve işlevsiz inançlara veya bilinçlere sahiptirler. Bilişsel davranışçı terapisinin sınırlamalarından olan Bilişsel nüfuz edilebilirlik insan tepkilerine bilişsel olarak nüfuz edebilmek anlamına gelir. Bazı insan tepkilerine bu yapılamayabilir; bazı temel davranışlar genetik olarak belirlenir. Bunlar Bilişsel davranışçı terapi alanında yer almaz (Uğur, 2018).

Psikoterapi yöntemleri uzunca bir süre birinci dalga ve ikinci dalga olarak devam etmiştir. Son dönemlerde üçüncü dalga terapi yöntemleri de varlığını oluşturmuştur. Bu psikoterapi yöntemi birinci kuşak ve ikinci kuşak terapi yönteminden farklı olarak içerikten çok oluşum sürecine önem vermektedir (Usta, 2017).

Daha açık bir dille bu psikoterapi yöntemi oluşan duruma değil oluşan durumun nasıl oluştuğuna dikkat etmektedir. Kabul ve kararlılık terapisi bireyi başta farkında olmasını hedefler daha sonra kabullendirmeye devam eder. Sahip olduğumuz olumsuz duyguları fark eder ve kabullenmeye çalışırız. İstemediğimiz olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçmak bireyin motivasyonu düşürür, işlevsellikte düşmeye sebep olur. Kabul ve kararlılık terapisi de bu konuyu çözümlenmek için vardır, istenmeyen duygu ve düşünceleri ortadan kaldırmamıza yardımcı olur (Yektaş, 2020).

1.2.3 Kabul Ve Kararlılık Terapisi Teorik Temelleri

Bu terapi davranış analizi temeline dayanır. Bilişsel düşüncelerin davranışlarla nedensel bağlantısı olduğu önermesi kabul ve kararlılık terapisi tarafınca reddedilmektedir (Yavuz, 2015). Literatüre bakıldığında; farklı zaman ve farklı kişiler tarafından farklı olarak yorumlandığı görülmektedir. Bu terim (Kabul ve kararlılık terapisi) ilk olarak kişinin kapsayıcı uzak durma olarak şekilde adlandırıldığı görülmektedir. Kabul ve kararlılık terapisi birinci kuşak veya ikinci kuşak terapilerinden değildir. Kabul ve kararlılık terapisi birinci ve ikinci kuşak terapilerin üstüne kurulmuş üçüncü kuşak terapi olarak adlandırılır (Kul ve Türk, 2020).

Kabul ve kararlılık terapisi psikolojik olayları psikolojik durumun bütünü ile farklı bağlamlar arasında süren bir takım etkileşimler ile açıklar. Kabul ve kararlılık terapisi davranışın gerçekleştiği ortamdan ayrılırsa problemin çözülemeyeceğini düşünür. İşlevsel bağlamsalcılığın amacı da bütünü bozmamaktır. İşlevsel bağlamsalcılık neyin doğru olduğunu bulmaya çalışmaz amacı bu değildir. Kabul ve kararlılık terapisinde tüm durumlara karşı açık olma ve kabul etme söz konusudur; özetleyecek olursak kişinin durumunu kabul etmesi sıkıntılardan daha kolay bir şekilde sıyrılmasına neden olmaktadır (Uğur, 2018).

Kabul ve kararlılık terapisine gelen danışan hasta veya sorunlu olarak görülmez tanımlanmaz. Kabul ve kararlılık terapisi ile daha yaşanışabilir, istenmeyen duygu ve düşüncelerin farkında varıldığı yada bunların kabullenildiği psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam hedeflenir (Razzaghi, 2022).

1.2.4 Kabul Ve Kararlılık Terapisinin Psikolojik Esneklik Modeli

Psikolojik esneklik kişinin geçmiş veya gelecekle olan bağından sıyrılmış süregiden zamanı takip eden an içinde bulunması bu şekilde davranmasıdır. Hayes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalara göre kabul kararlılık terapisinin asıl amacının psikolojik katılığı en aza indirgeyip psikolojik esnekliği arttırmak şeklinde tanımlamışlardır (Usta, 2017).

Psikolojik esneklik modeli kabullenme ile başlar anda olur ve davranışın şekillenmesi yönündedir. Bu model belirli aşamalardan oluşur, toplam altı aşama vardır. Deneyimsel kaçınmanın varlığı psikolojik katılığı artırırken deneyimsel kaçınma olmaması psikolojik esnekliğe yararlıdır (Dursun, ve Akkaya, 2022). Çocuklukta yaşadığımız iyi veya kötü olarak nitelendirilebilecek durumlar ile deneyimsel kaçınma arasında bağ vardır çocukluk yaşantıları, olan olaylar deneyimsel kaçınmaya bir noktaya kadar sebebiyet verebilir. Deneyimsel kaçınmanın yapılan araştırmalar sonucunda anksiyete, depresyon psikolojik sıkıntılarla ilişkisi olduğu kanısına varılmıştır. Deneyimsel kaçınmanın tam tersi kabullenmedir kabul kararlılık terapisinin temelinde kabullenme yatar deneyimsel kaçınma kabul kararlılık terapisine ters bir yaklaşımdır. Kabullenme de davranışı değiştirmek ortadan kaldırmak yerine davranışla yaşamayı öğrenmek aşılır. Kabullenme aktif bir başa çıkma yöntemi olarak tanımlanır. Psikolojik katılık amacı engeller. Psikolojik katılığı fazla gelişmiş yüksek düzeyde tutan birey amaca yönelik davranışta bulunamaz. Ayrışma bireyin sorun olarak gördüğü davranışlarından ve düşüncelerinden uzaklaşması anlamına gelmektedir (Gündüz ve Deniz, 2021).

Birey bunlarla mücadele etmek yerine onlardan uzaklaşır ve serbest bırakır. Birey bazen olumsuz düşüncelere kapılır ve bununla birlikte bazı şeyleri değiştirmek ister, bu düşüncelerin içine girer onlarla Yaşar bu duruma bilişsel kaynaşma denir. Bilişsel kaynaşma da anda olunmaz, an kaçırılır. Bilişsel kaynaşmanın zıttı olarak bilişsel ayrışmayı tanımlayabiliriz, birey bilişsel ayrışmada anda kalır, anı yaşar. Bilişsel ayrışma psikolojik esnekliği pozitif yönde etkiler. Anda olmak en basit tanımıyla şimdi şeklinde tanınabilir. Kabul ve kararlılık terapisinin için an da olmak çok önemli bir kavramdır. Anda olmak, ana odaklanmak işlevselliği artırır. Birey anda iken dış ve iç dünyasıyla iç içedir (Aslan ve Türk, 2022).

Bağlamsal benlik bireyin kendi benliği hakkında farklı durumlar ve koşullarda, yaşadığı olaylar esnasında ayırt edilmesidir. Değerlerimiz ise yaşamımızda sahip olduğumuz bize mutluluk veren ve hayatı yaşama sebebimiz olarak gördüğümüz kendimize neden yaşıyorum sorusunu

sorduğumuzda aldığımız cevaplar olarak bize dönen tanımlamalar şeklinde özetlenebilir. Değerler sonsuzdur, değerlerin sonu yoktur. Yaşam boyu değerler artarak çoğalır. Kararlı davranışlar ise oluşturduğunuz değerler yönünde hareket etmek şeklinde tanımlanabilir. Kararlı eylemler psikolojik esnekliği artırma yönünde hareket eder. Davranış yönlendirilir bu doğrultuda. Psikolojik esneklik modeli bu sırada ilerler. İlk sırada kabullene vardır, son sırada ise kararlı eylemlerle son bulur psikolojik esneklik modeli (Usta, 2017).

1.2.5 Kabul Ve Kararlılık Terapisi Psikopatolojik Modeli

Kabul kararlılık terapisine göre psikopatoloji psikolojik katılık şeklinde tanımlanmaktadır. Bu ekole göre patoloji oluşturan nedenin temelinde rahatsız edici kişisel durumların deneyimlenmesi yatmaktadır (Yavuz, 2015). Psikolojik katılık: Psikolojik katılık kişinin kendine karşı yargılayıcı olma durumudur. Birey içsel deneyimlerinden kaçınır, psikolojik tepkisel davranışlarına sahip olduğu değerleri veya anlamlı olan faaliyetlerinden daha çok önem verir. Bu durum psikolojik katılık olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel birleşme: sözel içeriklerin davranışları üstünde ki etkisi olarak belirtilebilir. Aslında bu durum patolojik olarak tanımlanmaz ama baskınlık ve yaygınlık artarsa kişi durumun farkına varamayabilir ve bu durum bireyin içine dahil olduğu olaya uygun tepki ve davranışı göstermesine ket vurabilir. Bilişsel ayrışma ise kendimizi içsel deneyimlerimizden ayırma sürecidir. Zihnimizin durumlara kattığı önemden ayrı bir bakış açısı geliştirmedir. Burada içeriğe müdahale edilmez. Ayrışma örneklerinden en bilineni anlam kaybolana kadar sürekli tekrarlamak, düşünceleri imaline etmek vs. Dir. Bu yöntemlerle düşünce içeriği değiştirilmeden davranış üzerindeki etkisi kırılabilir (Uğur, 2018).

Yaşantısal kaçınma birçok psikopatolojik ve klinik durum ile ilişki içerisindedir. Bu durumda duygu, his, bedensel belirtilerin sıklığı, yoğunluğu, biçimi değişir. Yaşantısal kaçınma kaçınma stratejisini geliştirir. Uzun vadede uyumlu bir davranış ortaya çıkarmaz. Bu yöntem esnek bir tutum takınır. Bilinçli istekli olmaktır. Kaçınılan olay artık kaçınılan olay olmaktan çıkar isteklenen olay haline dönüşür. Olumsuz içsel yaşantılar gündelik hayatta artık bulunmaz. Davranışın şekillendirilmesi istek doğrultusunda daha iyi şekilde yapılabilir. An ile temasın kaybolması durumun da geçmiş ve gelecekte bireyin yaşanan an için yer bırakmamasıdır. Kendinelik egzersizleri ve gündelik hayat içinde yapılan davranışlar, uğraşlar an işe temas becerisini artırır. Bu süreçte düşüncelerden uzak kalmalı ve yargısız olunmalıdır. Eğer geçmiş yaşantısı veya gelecek baskın şekilde düşünülürse an ile temas oluşmaz. Birey anı kaçırmaz,

kavrayamaz teki gösteremez. Esnek temas kavramı ise yaşanan anı kabul etmeyi amaçlar. Eğer bu iki deneyimden birinde takılı kalınmazsa esneklik oluşur (Razzaghi, 2022).

Kavramlaştırılmış benliğe bağlanma: Bireyler çoğu zaman kendileri ile ilgili eleştirel yorumlarda bulunabilirler. Bu eleştirel öyküler toplum tarafından onaylanır, pekiştirilir. Kişinin bu kendisiyle ilgili kendi yaptığı eleştirel yorumlara ve toplumun onaylama davranışına bağlılığı yüksek derecede ise birey davranışı üzerindeki ilişkisel bağlamın etkisi fazladır denektir. Ancak bu davranış uzun vadede frenleyici bir etki yaratabilir. Kabul ve kararlılık terapisi de bu bağlamda bu davranışın zayıflatılmasını amaçlar. Bu durumda davranış gözlemlenir. Kabul ve kararlılık terapisi bireylerin süregiden yaşamına kadar gördükleri içsel yaşantılarını değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya gerek duymamayı öğrenir. Yani kişi onay almadan yaşamayı öğrenir (Yektaş, 2020).

Değerlerden uzaklaşma: Kabul kararlılık terapisinde değerler vurgusu kişinin davranışının değerleri doğrultusunda olup olmadığı yönündedir. Diğer dört psikopatolojik durumda yaşantılara takılı kalmak sebebiyle değerlerden uzaklaşmak durumu yaşanır. Değerler diğer dört patolojinin varlık amacıdır. Kabul kararlılık terapisi açısından değerler kişinin seçtiği, kendine uygun gördüğü, sevilen, değişken, sürekli yaşam amaçlarıdır. (Yıldız, 2019)

Değerlerin sonu yoktur, değerler bitmez, tükenmez. Davranış var olduğu sürece değerlerde vardır. Bir bireyde psikolojik katılık yüksek ise o birey olumsuz olan içsel yaşantılarından kurtulmak için bu patolojiyi gösterir. Kişi kendin zarar verebilir, psikoaktif madde kullanabilir. Bunlar kaçınma davranışları içerisinde yer alır. Bu davranışlar zayıf yaşam biçimine geçilmesine sebep olur. Kabul ve kararlılık terapisi kaçma, kaçınma davranışlarını en aza indirmeye çalışırken aynı anda değerlerin çoğaltılmasını ve sürdürülmesini amaçlar. ACT olumsuz yaşantıları azaltmak değil onlara esinle bakış açısıyla bakmayı hedefler. Altı patolojik boyut bunun yapılmasını engeller. Bu patolojik boyutlar psikolojik katılığa sebep olur. Yada olumlu yönde olup psikolojik esneklik sağlarlar. Altı boyut birbiriyle iç içedir (Vatan, 2016).

1.2.6 Araştırmanın Amacı

Depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanılmasının etkisini incelemektir.

1.2.7 Konu İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatüre bakıldığında Kabul ve kararlılık terapisi yakın bir zamanda keşfedilmiştir. Yakın tarihli keşif ile ortaya çıkan bu terapi yöntemi dünya genelinde kabul görmüş ve hatırı sayılır çalışmaların ortaya konmasına neden olmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında bu yöntemin pek çok ruhsal hastalığı iyi geldiği sonucu dikkatlerden kaçmamaktadır. Ek olarak Kabul ve kararlılık terapisi Depresyon Yaşayan Bireylerde de olumlu sonuçların olduğunu bildiren pek çok çalışma mevcuttur (Yektaş,2020).

Hayes ve arkadaşlarının, 2004 yılında yayınladıkları çalışmada 38 depresyon tanılı ergeni denek olarak ele almışlardır. Yapılan çalışmanın sonucunda; ACT'nin klasik BDT'ye göre çok daha etkili olduğunu ve hastalarda hızı iyileşmelerin olduğunu bildirmişlerdir (Uğur, 2018).

Livheim ve arkadaşlarının, gerçekleştirdiği farklı ülkelerden alınan ve denek olarak kullanılan ergen bireylerde ACT uygulamasının depresif semptomlar ve stres semptomları üzerine etkililiğinin araştırıldığı okul alt tabanlı iki pilot çalışmada ise ACT'nin depresyonun tedavi ettiği sonucuna varılmıştır. Çalışmada kısa zamanlı tedavi yöntemi kullanılmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise ACT ve BDT'yi karşılaştırmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda; ACT ile tedavi gören grup, Klasik BDT gurubuna göre çık daha hızlı bir iyileşme gösterdiği görülmüştür (Yektaş, 2020).

Tartışma

Bu derlemede, depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanılması üzerindeki etkilerini araştıran gözden geçirme çalışmaları ve derleme makalesi kullanılmıştır. Bu derleme depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanılmasının etkisini incelemektir. Bu araştırmadan elde edilen kanıtlara göre, kabul ve kararlılık terapisi anksiyete, TSSB, OKB, depresyon, vb. ruhsal sorunlarda olumlu sonuçlar doğurduğudur. Çocuklarda ve ergenlerde kabul ve kararlılık terapisinin kullanımı olumlu sonuçlar bildirmektedir. Kabul ve kararlılık terapisinin çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda diğer tedavi yöntemleriyle benzer etkinlikte olduğu kanısına varılmıştır. Kabul ve kararlılık terapisinin depresyonda kullanımı düşünceleri veya duyguları değiştirmeye çalışmak yerine kabulü öngörür. ACT duyguları ve düşünceleri değil davranışları değiştirmeye odaklanır. Kabul ve kararlılık terapisinin hedefi bireyin kişisel değerleriyle bağ kurmasını ve bu değerlerle uyumlu, kararlı eylemlerde bulunmasını

sağlamaktır. Bu araştırmanın bulguları depresyonda kabul ve kararlılık terapisinin kullanılmasının bir alternatif olabileceğini desteklemektedir.

Ele aldığımız ilk çalışmada bu yöntemin; madde bağımlılığı, OKB, anksiyete, evlilik sorunu, anksiyete ve depresyon gibi insan hayatını olumsuz etkileyen rahatsızlıkların iyileştirilmesinde etkili olduğunun altı çoğu kez çizilmiştir. Yapılan çalışmaya göre kişilerde, psikolojik esneklik arttıkça; anksiyete ve depresyonun azaldığı bildirilmiştir. Çalışmada çıkartılacak sonuç psikolojik esneklik ile depresyon ve anksiyetenin ters orantılı olduğudur (Uğur, 2018).

Yapılan başka bir çalışma ise Kararlılık ve Kabul Terapisinin bireylerin psikolojik esneklik, travma sonrası gelişim ve yaşam kalitesi düzeylerini arttırdığı; depresyon, kaygı, stres, duygusal kontrol ve düşünceleri bastırmaya yönelik oluşturulan davranışları oluşturduğunu göz önüne sermektedir (Saraç, 2021). İki çalışmadan çıkan sonuç birbirini destekler niteliktedir.

Derleme makalesinde Çocuklarda ve ergenlerle yapılmış olan çalışmalarda ACT'nin birçok ruhsal hastalığa çare olduğu bilinmektedir. Derleme maklaede; özellikle ergen ve çocuklarda sıkça görülen; depresyon ve anksiyete sorunlarının belirli bir süre zarfında iyileştirildiğini bildirilmiştir. Bu çalışma içinde kullanılan bir çalışmada ACT uygulanan ergen bireylerde depresyon belirti sıklığı BDT grubuna göre gözle görülür bir şekilde azaldığı gözlemlenmiştir (Yektaş, 2020). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında BDT'nin depresyon belirtilerini azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede daha etkili olduğu kanısına varılmıştır (Aksan, 2021).

Yapılan diğer bir gözden geçirme çalışmasında ACT'ın çocuk ve ergenlerde bireylerde tedaviye olumlu cevap verdiği bildirilmiştir. Özellikle 10 ile 20 haftalık tedavi sonucunda; çocuk ve ergenlerde görülen anksiyete ve depresyon sorunlarında iyileşme görülmüştür. Çalışılan sistematik derlemede kullanılan bir çalışmaya göre farkındalık temelli müdahaleler ile BDT arasında anlamlı bir fark yoktur kanısına varılmıştır (Dirik ve Yastıbaş, 2018). İki çalışma birbirini destekler niteliktedir.

Sonuç

Bu çalışmanın bulgularında depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık terapisinin etkililiği incelenmiştir. Depresyon çok yaygın bir psikiyatrik problemdir. Çoğu insan hayatının bir bölümünde maruz kalır. Bu depresyonun sebebi birçok faktörden oluşabilir. Bu faktörler psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörler olabilirler. Kabul ve kararlılık terapisi duygusal

bozuklukların tedavisinde kullanılabilen yararlı bir tedavi olarak görülmektedir. Kabul ve kararlılık terapisi davranışçı terapi yöntemlerindedir, üçüncü kuşak terapi yöntemi olarak da adlandırılır. Bu terapi yöntemi kabul temelli müdahale ve öz farkındalık temelinde oluşur. Son zamanlarda sık kullanılan bir psikoterapi modelidir. Bu psikoterapi modeli için diğer modellerden farklı olarak rahatsız edilen problemler kabullenilir ve iyi hissettiren düşünceler bizimle kalır. Aynı zamanda bu psikoterapi modeliyle kişinin kendini tanıması, içsel tepkilerinin farkında olması sağlanır. Kişi tanıdığı içsel tepkilerini bastırmadan dışarıya verdiği tepkileri düzenler. Bu psikoterapi yöntemiyle kişinin psikolojik esneklik kazanması hedeflenir. Çalışmada kullandığımız üç kaynaktan çıkardığımız sonuçlara baktığımızda depresyon yaşayan bireylerde kabul ve kararlılık tedavisinin etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyon bozukluklarının tedavisinde kabul ve kararlılık terapisinin hızlı bir yöntem olduğu da düşünülmektedir. Çocuklarda ve ergenlerde yapılmış olan çalışmalarda kullanılan kabul ve kararlılık terapisinin depresyon, kaygı bozuklukları, TSSB, OKB, yıkıcı davranış bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi problemlerde olumlu sonuçlar elde ettiği bildirilmektedir. Kabul ve kararlılık terapisinin çocuk ve ergenlerde kullanımında, depresyon tedavisinde diğer tedavi yöntemleriyle benzer etkinlikte olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda kabul ve kararlılık terapisinin depresyonda kullanımı önemlidir. Kabul ve kararlılık terapisi günümüzde daha çok tanınıp depresyon tedavisinde daha çok kullanılabilir. Etkililiğinin diğer terapi yöntemlerinden farksız olduğu düşünülebilir. Kabul ve kararlılık terapisinin yaygınlığı arttırılmaktadır.

Kaynakça

Aksan, T.A. (2021). Meme kanserli kadınlarda bilişsel davranışçı terapilerin etkililiği: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 13(1), 1-15.

Altın, G.E. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 56-62.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1991). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.

Aslan, Ş., & Türk, F. (2022). Bilişsel esneklik ve psikolojik esneklik kavramlarının karşılaştırılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 14(3), 182-189.

Aslan, Ş. (2018). Tek atak ve tekrarlayan depresyon tanılı hastalarda total antioksidan seviyesi (TAS), total oksidan seviyesi (TOS) ve sitokin düzeylerinin karşılaştırılması ile ilaç etkisinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Babayiğit, A., & Karaaziz, M. (2018). "Tails of the Hard Times" A review study of depression. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 120-130.

Candır, Z., & Çelik, Y. (2019). Gestalt bakış açısıyla edebiyat eleştirisi: Bir uygulama: Servi, Sabahattin Ali. *DEÜ Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 7(4), 29-41.

Dirik, G., & Yastıbaş, C. (2018). Kanser ve farkındalık temelli müdahale programları: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 1-16.

Dursun, A., & Akkaya, M. (2022). Kabul ve kararlılık terapisi odaklı deneysel araştırmalar: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 14(2), 98-110.

Ekici, M., Okanlı, A., & Gözüağca, D. (2005). Mevsimsel depresyonlar ve baş etme yolları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 69-77.

Eroğlu, Z. M., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(3), 123-135.

Gönül, S.A. (2012). Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları. *Journal of Mood Disorders*, 2(1), 45-55.

Gündüz, M., & Deniz, E. (2021). Öz-anlayışın yordayıcıları olarak psikolojik katılık ve bilişsel esneklik. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 14(3), 145-159.

Haeffel, G. J., & Grigorenko, E. L. (2007). Cognitive vulnerability to depression: Exploring risk and resilience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 167-182.

Harris, R. (2017). *ACT'ı kolay öğrenmek: İlkeler ve ötesi için hızlı bir başlangıç* (Kollektif çev.). Litera Yayıncılık.

Helvacı Çelik, F.G., & Hocoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711. <https://doi.org/10.31832/smj.454535>

Kafes, A.Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective Journal of International Psychological Counseling and Guidance Researches*, 8(2), 112-118.

Kara, E. (2016). Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bağlanma stilleri ve bilinçli farkındalık ile ilişkisi: Öz kontrolün aracılık rolü (Yüksek lisans tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Kaya, M., & Kaya, B. (2007). 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 3(1), 45-56.

Kesen, F.N. (2014). Üniversite öğrencilerinin duygu stillerinin beş faktör kişilik özellikleri depresyon, anksiyete ve strese göre incelenmesi (Doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Koyuncu, A., Binbay, Z., Ertekin, E., & Sağır, S. (2013). Atipik depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(3), 143-151.

Köse, H. (2009). Dağcılar ve sedenterlerde öz bilinç ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Kul, A., & Türk, F. (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 16(29), 3773-3805.

Öztürk, M.O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E. (2022). Ergenlerde olumsuz yaşam olayları ile depresyon ve intihar ilişkisine duygu düzenleme, bilinçli farkındalık ve duysal işleme hassasiyetinin rolü (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Depresyon ve Kabul-Kararlılık Terapisinin Kullanılması Üzerine Bir Derleme

Pazvantoğlu, O., Okay, T., Dilbaz, N., Őengöl, C., & Bayam, G. (2004). Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği*, 12(2), 24-31.

Razzaghi, P. (2022). Kabul ve kararlılık yönelimli psiko-eğitim programlarının üniversite öğrencilerinin sosyal görünüş kaygı ve kabul ve eylem düzeylerine etkisi (Yüksek lisans tezi). Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

Tamam, L., & Zeren, T. (2002). Depresyonda serotoninerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 34-42.

Türkçapar, H. (2004). Melankolili depresyon. *SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği*, 6(3), 112-120.

Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. HYB Yayınları.

Uğur, E. (2018). Kabul ve kararlılık terapisi yönelimli psikoeğitim programının olumsuz değerlendirilme korkusu üzerindeki etkisi (Doktora tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Usta, F. (2017). Kabul ve kararlılık terapisi yönelimli psiko-eğitim programının ergenlerin sosyal görünüş kaygısı ve kabul ve eyleme geçme düzeyleri üzerindeki etkisi (Doktora tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(3), 1-12.

Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 7(1), 27-35.

World Health Organization. (2012). *Health statistics and health information systems*. World Health Organization.

Yektaş, Ç. (2020). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT). *Düzce Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*.

Yeloğlu, H.Ç., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(4), 149-158.

Yetkin, S., & Özgen, F. (2007). Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 12(3), 190-200.

Yıldız, E. (2019). Sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinde kabul ve kararlılık terapisinin (ACT) etkileri: Sistematik derleme. *İnönü Üniversitesi, Malatya*.