

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.10900355>

Accepted: 10.03.2024

## Depresyona Sahip Bireylerde Şema Terapinin Kullanılması Üzerine Sistemik Bir Derleme

### Schema Therapy in Individuals with Depression Systematic Review on its Use

**Esmâ KATIRCIÖĞLU**

Yakın Doğu Üniversitesi

psk.esmaktrcioglu@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8396-0435>**Meryem KARAAZİZ**

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

#### Özet

Bu sistemik derleme çalışmasının amacı Depresyona sahip bireylerde Şema terapisinin nasıl kullanıldığını incelemektir. Yapılan bu çalışmada sistemik derleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. İngilizce Türkçe dilinde ele alınan çalışmalar 2011-2024 yılları arasındadır. Bu çalışmalar araştırma makalelerinden oluşmaktadır. Bu derleme çalışması Şubat, 2024 ve Mayıs, 2024 olmak üzere iki aşamada gerçekleşmiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda 6 çalışma ele alınmıştır. Ele alınan bu 6 çalışma sonucunda Şema Terapinin iyileşmeye tedavide etkili olduğu, iyileşme sürecinde yardımcı olduğu görülmüştür. Depresyona sahip bireylerde Şema Terapi uygulandıktan sonra semptomların azaldığı ve iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple de Depresyon tedavisinde Şema Terapi etkili bir yöntemdir. Şema Terapinin Depresyon iyileştirmesinde etkili bir model olduğu sonucuna ulaşılmıştır, bu çıkarım sonucunda Depresyon tedavisinde kullanılabilir bir modeldir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Şema, Şema Terapi, Sistemik Derleme.

#### Abstract

The purpose of systematic review study is to examine how Schema therapy in individuals with depression. In this combination, the systematic combination method was used and no field work or any scale was used. The studies conducted in English and Turkish are between the years 2011-2024. It consists of research articles of these studies. This compilation study is being carried out in two stages, February, 2024 and May, 2024. As a result of the literature review, 6 studies were considered. As a result of these 6 studies, it has been seen that Schema Therapy is effective in healing therapy and helps in the healing process. It has been determined that after Schema Therapy

was applied to individuals with depression, there was a decrease and improvement in the number of individuals with depression. Therefore, Schema Therapy is an effective method in the treatment of depression. It has been concluded that Schema Therapy is an effective model in the treatment of Depression and as a result of this inference, it is a model that can be used in the treatment of Depression.

**Keywords:** Depression, Schema, Schema Therapy, Systematic Review.

## 1. GİRİŞ

Dünyada en yaygın rastlanan ruhsal bozukluklardan biri olan ve Psikiyatri tarafından ‘nezle’ olarak kabul edilen ( Adasal & Rasim, 1973) depresyonun ilk olarak açıklanması Hipokrat dönemine kadar uzanır ( Armaner & Neda, 1979 ). Depresyonun günümüzde ki karşılığına en yakın açıklaması ise Kreaplin tarafınca yapılmıştır ( Aşkın vd., 1981 ). Bu tanımlamaya göre; depresyon özetle bireyde genetik, kalıtsal, çevresel veya da hormonal bozukluklar ardından gelişen çökkün duygu-durum olarak tanımlanabilmektedir ( Atkinson vd., 1996 ). Depresyon, yoğun üzüntülü kimi zaman da hem bunalımlı duygu-durum ile beraber düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde aksama, bireyin durgunlaşması ve de bunlarla beraber değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsar olan duygu ve düşünceler ile belirli bir semptomdur. Depresyon bilişsel, duygusal ve fizyolojik belirtilerden oluşur. Hayattan zevk alamama, ilgi kaybı ya da azalması, konsantrasyon kaybı, suçluluk fikirleri, öz kırım düşünceleri, umutsuzluk ve bunalımlı sürecin yanı sıra uyku düzensizlikleri, yeme-içme düzensizlikleri, enerji kaybı, psiko-motor yavaşlama veya ajitasyon, cinsel dürtü ve istekte azalma şeklinde kendini göstermektedir. Majör depresif bozukluk teşhisinin konabilmesi adına depresif duygu-durum veya ilgi, istek kaybının ve de diğer semptomlardan en az dördünün bireyde en az iki hafta neredeyse her gün, gün boyunca var olması ve de bireyin işlevselliğinin kaybolması durumunun görülmesi zorunludur. Günlük uygulamalarda sık rastlanan depresyon yeti kaybına yol açan ve hayat standartlarını olumsuz etkilemekte olan ciddi bir bozukluk türüdür. Depresyonun psikiyatri kliniklerinde en fazla rastlanan teşhis kümesinde olması neticesinde, ülkemizde depresyon teşhisi almış hastalarla birçok çalışma yapılmıştır. Elde edilen bu çalışmalarda depresyon şiddetinin ve özelliklerinin belirlenebilmesi adına bir standart oluşturulabilmesi için klinisyenlerin değerlendirdiği ve ‘kendini değerlendirebilme’ ölçekleri geliştirilmiş ve kullanıma başlanmıştır. Türkiye’de kullanılmakta olan, güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış bazı ölçekler şu şekildedir; Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Montgomery-Asberg Derecelendirme Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, Geriyatrik Depresyon Ölçeği, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği. Tüm depresyon değerlendirme ölçeklerinin güçlü ve de zayıf tarafları bulunmakla beraber asıl oolan çalışmanın amacına ve de seçilen hasta kümesine yönelik en uygun ölçeği seçmektir. Psikiyatride hastalık ve bozuklukların bölümlendirilmesinde en yaygın kullanılan sistem Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilan edilen ve belirli aralıklarla yenilenen DSM’dir. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı). DSM-I ilk olarak 1952’de yayımlanmıştır. 2000’li senelerden bugüne kadar kullanılıyor olup bir önceki baskı DSM-IV-TR ile 2013 senesinde yayımlanan DSM-5 arasında duygu-durum bozuklukları çerçevesinden grup farklılıkları olmasa dahi, majör depresif bozukluk açıklamasında ve ölçütlerinde değişiklikler

olmuştur. Bu kümedeki bozuklukların geçerliliğini arttırmak amacıyla tanısız eşikleri değiştirilmiştir. DSM-5'te depresyonun ana belirtileri korunmakla beraber, ayırıcı ve dışlama ölçütlerinde farklılıklar söz konusu olmuştur. Majör depresif bozukluk içerisinde yas ise ayırıcı bir teşhis olmaktan çıkarılmıştır. Depresyon da psikotik grup içerisinde yer aldığından, depresyonda karışık semptom belirleyicisi bulundurulması uygun görülmüştür. Depresyon tanılı hastalarda tedavi yöntemi olarak çeşitli ekoller baz alınarak terapi uygulanmaktadır. Bu ekollerden biri de Şema Terapidir.

Şemalar doğumdan itibaren var olan mizaç ve çocukluk tecrübeleri bağlarındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkan, bireyin kendisini ve sosyal çevresini anlamlandırmada faydalı olan içsel modellerdir ( Bach & Bernstein, 2019 ). Şema terapi (ST), 1980'li yıllarda Jeffrey Young tarafınca, kişilik bozuklukları ve daha komplike, kronik hastalıkları bulunan kişileri tedavi edebilmek amacıyla ortaya çıkarılarak, geliştirilmiştir. ( Masley vd., 2012) Şema Terapi (ST): şemaların nasıl geliştiğine ve de sürekliliğine eşlik etmekte olan değişebilirler üzerinde yoğunlaşmaktadır. (Taylor, Bee ve Haddock, 2017; s.457). Bu çalışmada Şema Terapinin Depresyon üzerindeki iyileştirici etkisi ve nasıl ilerlediğini açıklamak ve anlatmak amaçlanmıştır.

### Depresyon Tanımı

Depresyon, depresif duygu durumu bıkkınlık, çökkünlük ve de bunalımlı ruh hali durumları ile kendini gösteren psikolojik bir rahatsızlıktır. Depresyon ciddi fizyolojik ve sosyal problemlere yol açan yaygın bir duygu-durum bozukluğudur. Bireylerde ortaya çıkan işlev bozukluklarıdır. ( Aydemir vd., 2009 ). En sık görülen semptomlar enerji kaybı, hareketlerde gündelik işlerde ajitasyon, ilgilerde ve zevk almalarında azalma, bireyin benlik saygısında azalma, karamsar ruh hallerine bürünme, suçluluk duygusuna kapılma, öz kısıyım düşüncelerinde bulunma ve de cinsel istek ve arzulanma da azalma şeklinde görülebilmektedir ( Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011 ). DSM-5'te (APA 2013) depresif bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar şu şekilde sınıflandırılmaktadır; yıkıcı duygu-durum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, kalıcı depresif bozukluk (distimi), regl öncesi dismorfik bozukluk, madde/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, depresif bozukluklar başka bir tıbbi duruma ve tanımlanmamış depresif bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. İlk depresyon atağı ise genellikle ekonomik sıkıntılar, işsizlik hali, boşanma durumu vb. psiko-sosyal yüklenmelerle tetiklenmektedir. Depresyon dünya çapında en sık görülen ruhsal bozukluk olmasıyla beraber erkek nüfusunun iki katı oranıyla kadınlar da daha fazla rastlanmaktadır ( World Health Organization, 2010 ). Depresyon için risk gruplandırmaları bulunmaktadır. Bu gruplar ise şu şekildedir; Cinsiyetin Kadın olması, Kadın için 35-45 yaş, erkek için >55 yaş, Stresli yaşam olayları, Sosyal desteğin olmaması, Depresyon öyküsü, Ailede depresyon ya da suiistimal, Eşlik eden hastalıklar (tıbbi komorbidite), Düşük sosyo-ekonomik düzey, Alkol/madde kullanımı, Postpartum dönem, Eşlik eden anksiyete. Depresyona yönelik iki ana tedavi yaklaşımı antidepresan ilaç tedavisi ve Psikoterapi depresyon tedavisinde önemli bir çare olarak gösterilmektedir. Bu tedavi ekolleri şu şekildedir ( Cuijpers vd., 2010 ); Etkinliğini gösteren araştırma çalışmaları yapılmıştır. Farkındalığa dayalı bilişsel terapi (Hofman ve ark. 2010), kabul ve kararlılığın zihinsel terapisi ( Forman vd., 2007 ), bilişsel davranışçı terapi ( Manber vd., 2008; Rahman vd., 2008 ), duygu odaklı terapi ( Rood vd., 2009 ), psikodinamik

terapi ( Leinchenring & Rabung 2008; Driessen vd., 2010) , sistemik tedavi terapisi ( Sydow vd., 2010 ), bilişsel terapi ( Forman vd., 2007; DeRubeis vd., 2008 ) ve depresif bozuklukta çözüm odaklı terapi (Kim ,2008; Gingerich ; Peterson, 2013 ) şeklindedir. Depresif bozuklukların tedavisinde kullanılan başka bir tedavi son yıllarda şema terapi olarak karşımıza çıkmaktadır ( Hawke & Provencher, 2011 ).

### **Depresyonun Etiyolojisi**

Depresyon ve depresif bozuklukların etiyolojisinde rol oynayan etkenler, biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak üçe ayrılrsa da bu üç faktör arasında bağlı ilişkiler var olması nedeniyle bu ayrımın çok realist olamayacağına dair fikirler bulunmaktadır.

### **Biyolojik Etkenler**

Depresyonda biyokimyasal mekanizmalarda görülen farklılıkların varlığı inkar edilemez; fakat bu farklılıkların sebep mi yoksa organizmanın strese karşı reaksiyonunu ayarlama sürecindeki moleküler seviyede işlevler mi varlığı daha uzun bir süre bir tartışma ortaya çıkaracak bir durumdur. Birincil bir endokrin bozuklukta hormon değişmelerine karşılık olarak ruhsal semptomlarında ortaya çıkması bilindiği üzere, ağır üzüntü ya da coşku hallerinde ikincil olarak hormon varyasyonlarına karşılık olarak ikincil olarak hormon değişimleri görülebileceği göz ardı edilmemelidir. Yapılan araştırmalar depresyonda serotonin, noradrenalin, dopamin gibi monoaminler, GABA (Gamma Amino Butirik Asit), P-maddesi, BDNF(Brain Derived Neurotrophic Factor),TRH(Thyrotropin Releasing Hormone),CRF(Corticotropin Releasing Factor), somatostatin, leptin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin etkin rolü olduğunu göstermektedir.

### **Sosyal Etkenler**

Depresyonda sosyal etkenler ele alındığında içinde olunan toplumun, ailenin kültürel olgu farklılıkları yadsınamaz bir durumdadır. Bireyin yaşam sürecinde erken erginlik dönemi öncesinde ebeveyn kayıpları, travmaya bağlı gelişim gösterebilecek stres bozuklukları vb. durumlar bireyin gelecekte depresyon geliştirebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayları örgüsüdür.

### **Psikososyal Etkenler**

Depresyon toplum sağlığını en çok etkileyen problemlerin başında işlenmektedir. Fazla oranda yaygınlıklara rastlanması, kronikleşme riski ve öz-kıyım girişimlerinin artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik düzey bulguları depresyon çalışmalarının önemini günden güne arttırmaktadır. (Küey, 1998; Goodwin ve ark. 2007). Bireyin çocuğunu, eşini, yakınını, işini, statüsünü ya da ekonomik düzeyini kaybetmesi sonucu depresyonun başlamasına, görülmesine sebebiyet verebilecek en önemli çevresel faktörler ve de stresörlerdir.

## Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dünyada en yaygın görülen psikiyatrik bir bozukluktur (Cimilli, 2001). Farklı araştırma verilerinde kadınlarda MDB riski erkek cinsiyetinin iki katı olarak gözlemlenmiştir (Kessler & Walters, 1998 ). Fakat insanların yaş ortalaması arttıkça, kadın ile erkek arasındaki bu farkın giderek azaldığı gözlemlenmektedir. Depresif bozukluklar hayatları boyunca erkeklerin %5-12'sini, kadınlarınsa %10-25'ini olumsuz biçimde etkilemektedir (Klose & Jacobi, 2004). Depresyonun kadın bireylerde erkeklerin iki katı oranla görülmesinin sebepleri olarak hormonal değişiklikler, içgüdüsel duyarlılık ya da MAO fazlalığı ve tirod hastalıkları, menstruasyon vb. biyolojik sebeplerin yanı sıra, çocukluk dönemlerinden bu yana psikolojik ve fizyolojik şiddete uğrama, sosyallik açısından bastırılma, kabullenici, aktif olmayan ve bağımlı kılınan kadına atfedilen kültürel roller ve kadın bireyden beklentiler (ev işi, çocuk doğumu ve bakımı, partner olan eşe bağımlılık, boyun eğme ve sorumluluklar), standart altı eğitim düzeyi ve gelir imkansızlıkları, işsiz olma, düşük sosyoekonomik statü, cinsiyet ayrımcılığına uğrama vb. riskler sunulmaktadır (McIntosh vd., 2010). Depresyonun ilk olarak açıklanması Hipokrat dönemine kadar uzanır ( Armaner & Neda, 1979 ). Depresyonun epidemiyolojisine bakıldığında depresyonun tarihin en eski dönemlerine kadar bulgulara rastlanmaktadır. Depresyonun günümüzde ki karşılığına en yakın açıklaması ise Kraplin tarafınca yapılmıştır (Aşkın vd., 1981). Bu tanımlamaya göre; depresyon özetle bireyde genetik, kalıtsal, çevresel veya da hormonal bozukluklar ardından gelişen çökkün duygu-durum olarak tanımlanabilmektedir (Atkinson vd., 1996 ). Eski Mısır'a ait M.Ö. 1550 yıllarında yazıldığı düşünülen Ebers aPapirüsünün bilinen en eski tıp bilgileri içeren yazmalardan biri olduğu bilinmektedir. Ebers Papirüsü en eski tıp bilgilerini içermekte olan el yazmalarından biridir. Bu yazında geçen hikâye ve efsanelerde depresyon semptomlarına benzeyen olgulara rastlanmıştır. M.Ö. 400'lü yıllardaysa depresyonun belirtilerine benzerlik göstermekte olan bir yazında Hipokrat'ın 4 sıvı olgusundan gelmektedir.

### **Bu sıvılar;**

**Sarı Safra:** kolay öfkelenen mizaçla alakalıdır. Safra kesesi ergen erişkinlik dönemi (çocuklukla) ilişkilendirilir.

**Kara Safra:** Melankoli ile alakalıdır. Dalak ve ileri seviye yaşla ilişkilendirilir. (Yaşlılık).

**Kan:** Coşkulu ve hiperaktif mizaçla alakalıdır. Kalp ve erken erişkinlik dönemi ile ilişkilendirilir. (Ergenlik).

**Balgam:** Soğuk ve alakasız mizaçla alakalıdır. Beyin ve olgunluk göstergeleriyle alakalıdır. Bu olguya göre vücut sıvıları kişinin mizacını belirlemektedir. Bu dört sıvının dengeli bir düzeyde olması ile birey sağlıklı bir hayat sürebilirken aksi bir dengesizlik olması durumunda bireyi hasta etmektedir. Depresyonun semptomları arasında sayılmış olan melankoli durumu o yıllarda, 'kara safra' sıvısında bulunan değişimlerle açıklanmış olduğu kaynaklarda belirtilmiştir.

1990 yılından 2006'ya dek yapılan çalışmalar ele alındığında depresyonun çalışmalarında DSMIII, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR ve ICD-10 tanı sistemleri ve buna dayanak hazırlanmış olan DIS, DIS-III-R, CIDI ve SCAN gibi tarama gereçlerinin aktif olarak kullanılıyor olduğu görülmektedir. Bu ölçeklerin yıllara dağılımıyla zamanla daha da kapsamlı yapılandırılmayı ve eşlik eden olguları ayırt edici hale geldiği ancak araçları kullanmanın aynı oranda zor ve karmaşıklaştığı gözlemlenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ) son zamanlarda ruhsal rahatsızlıkların hızla arttığı gözlemlenmektedir. Ruhsal rahatsızlıkların ölümcül olmadığı fakat kişinin sosyal ve bireysel hayatında büyük yitimlere sebebiyet verdiği vurgulanmıştır. Aile ve sosyal ilişkilerin zayıflaması, yaşamı tehdit etmekte olan açık ve gizli münakaşalar da bu duruma sebep veren toplumsal travmalardır. Bazı araştırmacılar 'toplumsal hayatta ki teknoloji temelli farklılıklar, hayatın ticarileşmesi, bireyin değer mekanizmasında giderek artan yozlaşma ve bozukluklar epidemiyolojisini açıklayabilir.' demektedir (Bruntland, 2000).

Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan bireylerde eş tanı görülme sıklığı bahsinde yapılan çalışmalarda, duygu-durum kliniklerinde anksiyete, anksiyete kliniklerinde duygu-durum bozukluğu görülme oranının yakın olduğu ve oranların %11-78 arasında değişkenlikler gösterdiği bildirilmiştir (Tucker vd., 1994). Anksiyete ve depresyonun ömür boyu görülme olasılıkları sırasıyla %15 ve %8 olarak bildirilmektedir. Her iki bozuklukta da yüksek oranda yineleme tehlikesi ve de kronikleşme eğilimi durumu vardır. Depresif bozukluğu olan bireylerde anksiyetenin var olması intiharı öngörücü olarak önem taşımaktadır. Ayriyeten tedavi seçiminde de oldukça önem arz etmektedir (Keller & Hanks, 1995 ). Anksiyete ve depresyon farklı şekillerde beraber rastlanabilmektedir. En fazla beraber görülme biçimi ise distimiyle yaygın anksiyete bozukluğunun beraber olmasıdır. Epidemiyolojik araştırmada çalışmalarında önce anksiyete bozukluğunun başladığı ardından depresyonun geliştiği bildirilmiştir (Guelfi, 1993). Bir diğer yandan anımsama zorlukları sebebiyle hastalardan elde edilen bilgilere istinaden hangi hastalığın önce görüldüğüne ilişkin bilgilerin güvenilir olamayabileceği bildirilmiştir (Moras & Barlow, 1992). Panik bozukluk ile depresyonun sırasıyla ile yer değiştirmiş olduğu yeni bir bozukluktan söz edilmektedir. (Ohayon ve ark. 2000), böyle bir grubun toplumda %14 oranında var olduğunu bildirmişlerdir. Depresyon ve anksiyetenin bir başka önemli faktörü ise, tedavi görme oranlarının oldukça düşük olduğu bilinmesidir. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığını (Angst 1992) %4.4- %19.6 ve (Kessler 1994) %17 olarak belirtmiştir. Depresyonda senede görülen yeni olgu (sıklık) erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir. Ömür boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak sonuca varılmıştır.

Major depresyonun kadınlarda, erkeklerin 2 katı olmasının sebepleri olarak; hormonal değişiklikler, genetik duyarlılık, tiroid hastalıkları, menstruasyon vb. biyolojik etmenler yanında; bireyin çocukluğundan içinde bulunduğu yaşına dek şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, kadına verilen toplumsal roller ve ondan beklentiler (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler gösterilmektedir.

## Depresyonun Kuramsal Temellerle Açıklanması

### A. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuram depresif bozuklukların, depresyonun eş, partner, ebeveyn, çocuk vb. sevgi duyulan birinin, bir sevgi kaynağının kaybı sonucunda geliştiğinden bahsetmektedir. Sigmund

Freud tanılı bireylerin problemlerinin fizyolojik nedenlerden değil psikolojik nedenlerden de ortaya çıkacağını ileri sürmüş ve bilinçdışıyla çalışmıştır (Yazgan-İnanç & Yerlikaya, 2012). Depresyon yas sürecinden bir noktada farklı olarak melankolide bu yitik duygusunun sebebiyet verdiği bireyin kendini önemsemesinde yaşadığı bir rahatsızlık vardır. Melankolinin en özgün yanı Freud'un bu tespitidir. Melankolini göstermiş olduğu semptomları 'derin bir şekilde acı vermekte olan hüznün, dış çevreyle var olan alakanın azalması ve de kopması, sevmeye yetisinin kaybı, kişinin kendini suçlaması ve sanrısız bir cezalandırma beklentileriyle sonuçlanması' olarak izah etmiştir. Sigmund Freud, kendi kuramsal yapısını oluşturduğu ilk dönemlerde depresyonun fizyolojik bir kuramını geliştirmek adına araştırmalar ve çalışmalar yapmıştır. Freud, 1890'lı dönemde yazmış olduğu metinlerde depresyonu çok az işlemiştir. Depresyonun yeterli olmayan cinsel uyarılma sonucuna bir etki olarak doğduğu öne sürülmüştür. Psikanalitik literatürde depresyon üzerine ve işlenmesine yönelik ilk faydalar Karl Abraham tarafınca geliştirilmiştir. Abraham İtalyan ressam 'Giovanni Segantini'nin biyografisi ve eserleri üzerinde araştırmalar yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmalar doğrultusunda iyi-kötü anne figürleri üzerinedir. Anne-çocuk ilişkisinde, anneye karşı duyulan öfke, kin düşmanca yaklaşımların bireyin kendine yönelmesi ve suçluluk duygusu olgularını açıklamıştır. Abraham 1912 yılında yapmış olduğu 'Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions' makalesi depresyon ve depresif bozukluklar üzerine yazılmış olan ilk kuramsal psikanalitik metin olarak kabul edilmiştir. Abraham 6 hastasını psikanalitik tedavi sürecinin ardından depresyona yönelik kendi kuramsal yapısını oluşturmuştur. 1927 yılındaki yazımındaysa depresyonun yöntemini "I cannot love people; I have to hate them" (Ben insanları sevmiyorum; onlardan nefret etmek zorundayım.) şeklinde tanımlamıştır. Abraham'a göre depresyondaki ana mekanizmanın yansıtma olduğunu ileri sürmüştür. Depresyonlu bireylerin sevmeye kapasitelerini sınırlayan nefret hissi temel gerekçedir. Var olan nefret duygusunun bastırılması sonucunda oluşan suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır.

## B. Davranışçı Yaklaşım

Depresyon sağaltımında kullanımına en sık rastlanan psikoterapi metotlarından birisi olan bilişsel davranışçı terapi (BDT)'dir (Thase, 1995; Beck, 2005 ). İlk kez 1964 yılında Beck tarafından yayımlanan bir makalede ortaya çıkan bilişsel terapi, seneler içerisinde davranışçı modelin de etkisiyle, BDT olarak isimlendirilmekle beraber, 1979'da Beck ve arkadaşlarının araştırmalarıyla depresyonda net bir görünümle kullanılabilir bir duruma gelmiştir. Yıllar ilerledikçe depresyondaki etkililiği çeşitli araştırmalarda ( Dobson 1989, Gloaguen vd., 1998; Cuijpers vd., 2014), kanıtlanmış; hatta Bilişsel Davranışçı Terapi'nin farmakoloji tedavisi kadar etkili olduğu belirtilmiştir ( DeRubeis vd., 1999).

1960'lı Dönemlerde Beck duygu-durum bozukluklarının iyileştirilmelerinde uygulanabileceğini öne sürdüğünü ve 'Bilişsel Terapiler' adını verdiği kuramı geliştirmiştir. ( Beck, 1976; Beck vd., 1987 ). Kişilerin gündelik yaşam dilimlerinde aşamadıkları güçlükler ve hayat sorunları ile karşı karşıya geldiklerinde, bu bireylere yardımcı olabilmek adına öğrenme kuramlarını uygulamaya koyan, 'sorun odaklı', 'şimdi ve burada' ile alakalı olan davranışçı psikolojik danışma kuramından baz alınarak genişletilmiş bir tedavi yöntemidir. (Demiralp ve Oflaz 2007). Beck'in ( Beck, 1976; Beck vd., 1987 ) bilişsel kuramına göre, çocukluk dönemindeki tecrübeler öğrenme seçeneği ile

birtakım temel fikir ve inanç düzenlerinin meydana gelmesine sebebiyet verir ve yapısal seviyede bunlar ‘şema’ olarak isimlendirilir. Yaşam fenomenleri sessiz ve durağan olan şemaların etkinlik olmasına ve ‘olumsuz oto fikirlerin’ ortaya çıkmasına ve de buna sebep olarak öfke, kaygı, suçluluk, hüzn vb. olumlu olmayan duygu-durumların oluşmasına katkı sağlamaktadır.

### C. Nesne İlişkileri Kuramı

Klein’in Nesne İlişkileri Teoremi özellikle genç erişkinlik döneminde ki bireyin (çocuğun) ilk 6 aylık yaşam sürecinde ki anne/çocuk arasındaki yoğun duygusal bağlamı vurgulamaktadır. Bebek/anne arasındaki var olan etkileşimi cinsellikten daha çok bilişsel ve sosyal faktörlerle açıklamaktadır. Bu kuramda henüz bebek iken bakım verenle etkileşimi, çocuğunun bağ kurduğu nesne ile sevgi bağı kuracağı ifade edilmiştir. Yaşanılan tecrübeler tatmin edici olmaz ise nefret ve kine yönelimli bir nesne olduğu anlaşılabilir. Çocuğun kendine ait ifadeleri ve obje ifadeleri birbirine paralel olarak gelişme gösterdiği için ilkel obje ifadelerini iyi ve kötü şekilde bir araya getirmektedir. Bu durum ise birtakım çelişmelere yol açabilmektedir. Bebek bakım veren ile kendi arasında ki etkileşimleri içselleştirir ve geri kalan bireyler ile nasıl bir etkileşim kuracağını belirler. (Arnold,1968).

### Depresyon DSM-V Sınıflandırması ve Tarihçesi

Duygu-durum bozuklukları, semptom ve araz gruplarından bir araya gelen, görülme sıklığı haftadan aylara dek uzayan, bireyin olağan normda ki işlevselliğinin belirgin ölçüde farklılaştığı, dönemsel ya da döngüsel şekilde yenilemeye yatkınlığı olan bozukluklardır (Rihmer vd., 2007). Depresyon depresif bozukluklar hakkındaki çalışmaların tarihine bakıldığında çok eski dönemlerden günümüze süregelen bir araştırma konusu olduğuna değinebiliriz. M.S.170’ li yıllarda Bergamalı bir tıp doktoru ve filozof olan Galen melankoliyi depresif bozukluklar ve korku duyma, diğer bireylere karşı duyulan nefret, bireyin hayat memnuniyetsizliği olarak tanımlamıştır. Üzerinde durduğu bir başka konu da çevresel ve genetik faktörlerdir. Galen tanımlayana dek melankoli daha çok geniş kapsamlı bir akıl hastalığı olarak tanımlanmıştır. Galen yanı sıra M.S. 1000’li yıllarda Türk-Arap dünyasında İbn-i Sina melankoli tanımı açısından fikirlerini beyan etmişlerdir. İbn-i Sina melankoliyi değişik duygu-durum olarak tanımlamakla beraber insan vücudunda ki farklı sıvıların değişkenlik gösteren oranlarla bir araya gelmesine neden olarak değişik depresif duygu-durumların ortaya çıktığını açıklamıştır. Bu fikri ile modern nörotransmitter ihtimalinin öncesi olduğu kabul edilmektedir. 1600’lü dönemlere gelindiğindeyse Robert Burton’un Melankolinin Anatomisi yazımında, melankoli ve duygu-durum bozukluğu geçmiş yıllara göre daha çok fizyolojik ağırlıklı ve günümüzde ki belirtilerine yakın anlamlarda tanımlamıştır. 1600’lü 20. y.y. başlarında ise Emil Kraepelin’le melankoli depresyonun belirtisi olarak tanımlayarak, depresyonun günümüzde ki tanımına oldukça yakın bir tanım yapmıştır. Kraepelin’e göre depresyon ana patolojinin duygu-durumda bıkkınlık, bilişsel ve fizyolojik süreçlerde yavaşlamasıdır. Kraepelin’in bu tanımında kadın bireyler için menopoz dönemi sonrası erkek bireyler içinse geç erişkinlik zamanı başlangıç dönemi olarak ele alınmıştır. 21. y.y.’a gelindiğindeyse teknolojik gelişmeler beraberinde *McLennan, Brodie, Shor, Alec Coppen* gibi bilim araştırmacılarının araştırmalarıyla monoaminler ile alakalı çalışmalarda artış oldukça



depresyonda ihtimaller ve varsayımlardan ileri olarak fizyolojik temellere ulaştırılmıştır. Ayrıca psikoloji çalışma alanında psikanalitik, davranışçı ve bilişsel bakış açıları da bu tanıma zenginlik katmışlardır. (Yetkin ve Özgen, 2007). ‘Depresyon’ kelimesi, çökkün olma, kederli olma hali, işlevsel ve eylemsel zamanların azalması vb. anlamlarda kullanılmakta olan elem-keder duygularını içermekte olan duygulanımsal bir yaşantıdır. Kelimenin kökeni olan “depress” kelimesiyse, Latince “depressus”tan, alçakta olmak, bastırmak’ anlamından gelmektedir. ‘1952’ senesinde ortaya çıkan ilk teşhis kriterleri başvuru el kitabı DSM-1’de depresyon dört başlık (manik-depresif tepki, psikotik depresif tepki, involusyonel psikotik tepki, psikonevrotik depresif tepki) grubunda incelendi, 1968 senesinde yayımlanan DSM-2’de involusyonel melankoli alt grubu eklenmiştir, 1980 senesinde yayımlanan DSM-3’teyse involusyonel melankoli kümeden çıkartılarak majör depresyon üç alt kümeye (psikotik tip, melankolik tip, melankolik olmayan tür) ayrılmıştır. Birtakım düzenlemeler üzerinde çalışılarak 1987 senesinde yayımlanan DSM-3 ‘R’de depresyon olgusunun alt alanına depresyona kıyasen seyrek bir biçimde seyir eden ancak süregelen zamanda ilerleyen üzüntü durumu olarak açıklanabilecek distimik bozukluk eklenmiştir. 2000 senesinde yayımlanan DSM- 4’te birtakım yenilikler üzerinde çalışılarak bireyin edindiği belirti derecesine göre depresyon derecesinin (hafif (1), orta (2), ağır (3)) öğrenilmesi ve bir yakın kaybı (yas döneminde) olan bireylerin tanılamayı alamayacağı ibaresi eklenmiştir. 2013 senesinde yayımlanan ve günümüzde de henüz geçerli olan DSM-5’teyse DSM4’te bahsedilen duygu durum bozuklukları konusu çıkarılarak, “depresif bozukluklar” ile “iki uçlu ve ilgili bozukluklar” halinde 2 farklı kısım eklendi. Bunun ile beraber bir yakın kaybı ( yas sürecinde) olan bireylerde majör depresyon teşhisi konabileceği ibaresi eklenmiştir (DSM, 1952; DSM-2, 1968; DSM3, 1980; DSM-4, 2000; DSM-5, 2013).

Depresyon son yıllardan tüm dünya kapsamında hızla artarak etkisini gösteren, değişik nedenlerden dolayı oldukça karışık bir duygu-durum rahatsızlığıdır. Depresif duygu-durum, çaresizlik, umutsuzluk, mutsuzluk, karamsar olma ve suçluluk hissiyatları, enerji kayıpları, iştah gözle görülen azalma farkı, enerjinin ve ilginin azalması vb. temel semptomları olan MDB (Majör Depresif Bozukluk) bireyde çevresel, toplumsal, mesleki ve sosyal problemlere neden olmaktadır. (APA 2001; Sadock & Sadock 2005; Friedman, 2011 ). Bu nedenle, psikiyatrinin nezle olarak adlandırdığı ( Aşkın, 1999 ) bu rahatsızlığın tedavi sonuçlandırılması önemli düzeyde bir çaba alanıdır. Depresyon; duygusal, eylemsel, bilişsel ve fizyolojik belirtiler ile seyir eden psikiyatrik bir rahatsızlıktır ( Cimilli, 1997; Sayar, 2001 ). Elde edilen bilimsel bulgular 20. yy. ikinci yarısında depresyon sıklığının ayırt edilebilir farkla arttığını göstermektedir ( Kaya, 2007 ). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporları incelendiğinde en sık rastlanan ve yeti yitimine sebebiyet veren bir ruhsal rahatsızlık olan depresyon sıklığının zamanla daha da artış göstereceği, kalp ve damar hastalıklarının ardından görülen en yaygın 2. rahatsızlık olacağı öngörülmektedir.

Depresyon semptomlarının birçoğu tüm insanların zaman zaman yaşayacağı semptomlardır. Depresyonu bir sendrom olarak diğerlerinden ayıran bu semptomların bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir.

#### **DSM-5’e göre depresyon tanı kriterleri şu şekildedir;**

A. İki haftalık bir süreç boyunca, daha önceki işlevsellik sınırında bir farklılık bulunması ile

beraber görülmüş olması gerekir Aşağıdaki semptomlardan en az 5'inin (ya da daha fazlasının) en az 15 gün süre ile beraber bulunması (1.ve de 2. kriter muhakkak bulunmalıdır.)

1. Depresif duygu-durum
2. Anhedoni, ilgi-istek azalması
3. İştah da azalma veya artma
4. Uyku düzeni bozukluğu veya azalma ya da artma
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Enerji azalması, yorgunluk
7. Suçluluk, değersizlik hissi
8. Konsantrasyon güçlüğü
9. Öz kıyım düşünceleri

- B. İşlevsel kayıplar vardır.
- C. Belirtiler bir madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.
- D. Bu durum başka tür bir ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.

**Yas durumunun dışlanması gerekir: DSM-V'te kaldırılmıştır.**

## Tanı Ölçütleri

### Klinik Görünüm;

Depresyonda görülen klinik belirtiler ile şu şekilde sınıflandırılmaktadır;

**Çökkün duygu-durumu:** Çökkün duygu-durumu depresyonun en temel semptomlarından biridir. Depresif Bozukluk tanısı konulabilmesi adına depresif duygu-durum ve ilgi kaybı/istek ve arzu kaybı, zevk alamama semptomlarından en az birinin bulunması gerekmektedir. Çökkün duygu-durumu bireyin kendini hüznü, kederli hissetmesi, mutsuzluk, moralsiz olma, umutsuzluğa kapılma, karamsarlık, boşluk hissi ve de sıkıntı hissi ile karakterize olup devamlılık gösterebilmektedir. Çökkün duygu-durumu olan birey vaktinin büyük bir kısmında yukarıda belirtilen semptomları sergilemektedir.

**İlgi azlığı(anhedoni):** Çökkün, bıkkın duygu-durum veya da ilgi kaybından en az biri bulunmadığı sürece depresyondan bahsedilemez. Bireyin sosyal çevresine ve eylemlerine karşı olan ilgisinde azalmalar vardır. Önceleri zevkle yaptığı eylemlerden zevk alamaz ve isteksiz hale gelmesi durumudur.

**Sıkıntı hissi ve bunalıtı (anksiyete):** Sıkıntı hissi ve bunalıtı (anksiyete) depresyonun karakteristik bir özelliği olmamasına karşın, klinik pratikte depresif duygu-durumu ile ilgi kaybının ardından 3. seçenekte gözlemlenir. Bunalıtı hissiyatı, öfke duymak, engellenmeye karşı tahammülsüz olmak ve unutkanlık vb. semptomlarla kendini gösterebilmektedir. Bunalıtıya genellikle çarpıntı, ağız kuruluğu, terleme, karın ağrısı, ishal vb. fizyolojik rahatsızlık ve yakınmalar da beraber

görülmektedir. Görülen ağır depresyonlardaki yoğun bunaltı kendini ajitasyon olarak gösterebilir ve klinik görünümüne hakim olabilir.

**Affektif anestezi:** Ağır depresif bireyler kendilerine fazla ağır ve acılı gelecek durumlar karşısında bile duygusal olarak tepkime gösteremez duruma gelebilirler.

**Bilişsel bozukluklar:** Akut dönemde ise özellikle dikkat dağınıklığı ve odaklanma da problem, hafıza, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozulmalara rastlanmaktadır.

**Düşünce süreci ve akışı:** Düşünce akışında ortalamanın altında kalan düzey sonucunda, yöneltilen sorulara yanıt vermede zorluk çekme veya da yanıtı bırakma gözlemlenebilir. Gözlenen bu zorluk hissi yorgunluk veya da odaklanmadaki problemlerden dolayı görülmektedir.

### Düşünce içeriği:

**Suçluluk-değersizlik düşünceleri:** Depresyon tanılı bireylerin büyük kısmında suçluluk-değersizlik düşünceleri görülebilmektedir. Çoğu zaman bireyler kendini suçlu hissettikleri zamanlarını hatırlama eğilimi göstermektedirler.

**Olumsuz düşünceler:** Depresif bireylerde hayatını, çevresini, kendini ve geleceğini olumsuz algılama şeklinde olumsuz fikirler gözlemlenmektedir. Bireyler yaşamış olduğu olayları olumsuz algılayarak, bilişsel çarpıtmalarla da bu fikirlerini desteklemektedirler.

**Umutsuzluk:** Depresif bireylerde içinde buldukları süreç, standartları ve de özellikle gelecek ile alakalı umutsuzluk fikirleri gözlemlenmektedir.

**Kararsızlık:** Depresyonda düşünce süreci yavaşlaması ile olumlu olmayan fikirler nedeniyle karar vermede zorluk çekme veya da karar verememe durumu söz konusudur. Depresyon döneminde olumsuz fikirler, umutsuz olma hali ve karamsarlık gibi süreçler sonucunda durumlara karşın olumlu olmayan bir hal ile yaklaşılır. Bu süreçte doğru karar verme olduğunda zorlaşmaktadır.

**Öz-kıyım fikirleri ve girişimleri:** Depresif bozukluk öz-kıyımın en fazla derecede rastlandığı psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Depresyonlu bireylerin büyük çoğunluğunda pasif olan ölüm fikirleri ve öz-kıyım düşünceleri görülmektedir. Özellikle melankoli bulunan depresyonlu bireylerde öz-kıyım oranı da daha fazladır.

**Konsantrasyon güçlüğü:** Bireylerde dikkat toplama ve odaklanma da zorluk görülmektedir. Konsantrasyon zorluğu, düşünce ağırlaşması ve psiko-motor yavaştır fakat bu semptomlar sebebiyle olabileceği gibi bu durumlar görülmeden de gözlenebilmektedir

**Bellek bozukluğu:** Unutkanlık ve hatırlamada zorluklara depresyonda fazlaca rastlanmaktadır. Bellek bozukluğu hastalık şiddetiyle eşit orantılıdır ve özellikle psikotik ile melankolik depresyonlarda daha sık görülmektedir. Ağır depresyonlarda ve yaşlı bireylerde bellek bozukluğu demans ile karıştırılabilmektedir. (psödodemans).

**Algı bozukluğu:** Depresyonda seyrek de olsa sanrı ve varsanılar gözlemlenebilmektedir. Bu durumlar da genel olarak duygu-durumla uyumlu şekilde ve de suçlayıcı ya da öz-kıyım itici temalar içermektedir.

**Dikkat bozukluğu:** Depresyonda bireyin isteği doğrultusunda ya da isteği dışında dikkat bozukluğuna rastlanmaktadır.

### **Depresyon Tedavi Yöntemleri;**

Depresyon tedavi sürecine başlamadan önce ilgili tanılı bireyin belirtilerine neden olabilecek farklı etmenler ve bunların olguya dahil olma derecelendirmelerini değerlendiren, buna dayandırılan bir olgu formülü dizimi oluşturulmalıdır ( Küey & Gülseren, 2008).

Ardından ilerleyen süreçlerde ki depresyon tedavisinde tanılı birey ile beraber iyi bir iş-birliği kurulması da önemli bir husustur ( Akdeniz, 2007 ). Bu sebeple tanı koyulmasının ardından tanılı bireye empatik yaklaşım ile tanısı ve tedavi süreci konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Depresyon tanısının semptomları, ilaç, ilaçların dozu, süresi, tedavi esnasında tanısıyla alakalı hissedeceği iniş-çıkışlar ve bireyin kendisini tamamen iyi tanımladığı süreçte dahi depresyonun tekrarına ve buna engel olmak amacı ile ilaç tedavisine devam etmesi gerektiği süre ile alakalı olarak, tanılı birey bilgilendirilmelidir (Akdeniz, 2007; Küey & Gülseren 2008). Psikiyatrist, Psikoterapist danışana, ilacın etkisi görülene dek geçecek sürenin ortalamasıyla alakalı olarak açıklamada bulunarak, bilgilendirmelidir. Bu danışanın ilaçla alakalı ‘kısa sürede iyileşme’ vb. unrealist beklentilerini ya da ilaç tedavisine başlar başlamaz kısa sürede iyileşmemenin ortaya çıkaracağı olası hayal kırıklığını önleyebilmektedir. Antidepresan ilaçların yanı sıra Psikoterapötik yaklaşım veya da özgün psikoterapi beraber uygulanmalıdır. Uygun psikoterapi ile beraber ele alındığında dahi depresyonun başlıca tedavisi farmakoterapidir (Akdeniz, 2007 ).

Eğer tanılı birey öz-kıyım planlarından ya da girişimlerinden bahsediyorsa bu durumla alakalı olarak deneyimleyip, yaşadıklarını açıkça dile getirebilmesi önemlidir. Öz-kıyımı açıklayabilmek dahi bireyi önemli ölçüde rahatlatır. İlaçlar ile yan etkisiyle, etki ve tedavi zamanlamaları ile alakalı bilgilendirme tanılı bireyin ilaç tedavisine uyum sürecini olumlu etkileyecektir (Kutcher & Chehil, 2007 ).

### **Şema Terapi Tanımı**

Şemalar doğumdan var olan mizaç ve çocukluk deneyimleri arasındaki etkileşimlerin sonuçlanmasında ortaya çıkan, bireyin kendini ve etrafını anlamlandırmasına yardımcı olan içsel modellerdir. (Bach ve Bernstein, 2019; s.41).

Şema kavramı bireylerin hayat tecrübelerini anlamlandırma ve düzenlemek adına kullanmakta oldukları genel organize etme ilkelerini dışa vurum şeklidir. (Young vd., 2021). Şemalar kökleşmiş bilişsel konstrüksiyonlardır ve işlevsel olmayan bilişler, duygulanımlar ve eylemler şemalardan kaynaklanmaktadır (Konukçu, Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013). Şemalar hayatın erken dönemlerinde ya da ilerleyen süreçlerinde biçimlendirilebilmektedir. Şema Terapi modeli,

özellikle hayatın erken süreçlerinde ortaya çıkmış şemaların bir sonraki yaşam tecrübelerini anlamlandırma ve sabit bir bakış açısı getirmede önemini vurgulamıştır (Young, 2018; Young vd., 2021). Beck'in Bilişsel terapisinde ve Young'ın Şema modelinde 'Şema' olgusu merkez alınmaktadır. Beck'in ve Young'ın şema kapsamaları daha önceden kodlanmış olan verilere dayalı olarak yeni verilerin işlendiğini vurgulamıştır. ( Riso vd., 2006 ).

ST (Şema Terapi), 1980'li yıllarda Jeffrey Young tarafından, kişilik bozuklukları ve daha da karışık kronik hastalıkları olan insanları tedavi edebilmek adına geliştirilmiştir. ( Masley vd., 2012 ). Şema Terapi; şemaların ne biçimde ortaya çıktığına, büyüdüğüne, geliştiğine ve beraberinde ortaya çıkan değişkenler üzerinde durmaktadır ( Taylor vd., 2017; ). Şema Terapi, bilişsel, davranışsal, deneyimsel ve psikanalitik terapi biçimlerini tek bir ekolde harmanlayan bütünleştiriciliği olan bir iyileştirme ( Van Dijk vd., 2020 ). Hem deneyimsel hem de bilişsel tekniklerden faydalanarak şema terapi, şema dengesinde işlevli olmayan şematik işlemede farklılık sağlamak adına daha donanımlı görünmektedir ( Renner vd.,2013 ). Şema terapinin ana maksadı, erken dönem uyumlu olmayan şemaların hakimiyeti olan şematik işlemeyi azaltmaktır ( Young vd., 2021 ). Şema Terapi ekolünde, uyumlu olmayan şemalarda daha uyum gösteren şemalara geçiş yapmak ve uyumsuz başa çıkma eylemlerinin değiştirilmesi amaçlanmıştır ( Renner vd., 2013 ).

### Şema Terapi Tarihçesi

Şema Terapi (ŞT) Jefferey E. Young tarafından geliştirilmiştir. Şema Terapi Modeli; erken dönem yaşantıların, yetişkinlik dönem yansımalarının keşfedilmesine ve değişimine odaklıdır.

Jeffery Young alışagelmış BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) ile yeteri kadar çözüm sağlanamamış kronik kişilik bozuklukları olan bireylere yardımcı olabilmek adına 1980'lerin ortalarında Şema Terapiyi geliştirme çalışmalarına başlamıştır. Çok çeşitli psikoterapötik yaklaşımlardan teknikler, olgular ve her birinin güçlü yanlarını baz alarak Şema Terapiyi birleştirici bir çerçeveye yerleştirmiştir. Şema Terapi modeli ciddi, uzun süren psikolojik problemleri tedavi etmek adına ortaya çıkarılmış; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), psikodinamik, kişilerarası, deneysel kuramlar ile beraber bağlanma ve nesne ilişkileri kuramlarını barındıran bütüncül bir kavramdır. ( Rafaeli vd. 2011; Young vd. 2003 ).

Şema Terapinin en temel olgusu erken dönem uyumsuz şemalardır. Young, erken dönem uyumsuz şemaları 'çocukluk ve ergenlik süreci boyunca gelişmekte olan belirli bir seviyeye dek işlevsizliğe sebep olan, hatıralar, duygular, bilişsel ve de fizyolojik duylardan var olan, bireyin kendisine ve ilişkilerine yönelik en sık görülen ve genel örüntüleri' olarak tanımlamaktadır. ( Young vd. 2003, ). Erken dönem uyumlu olan şemalar olduğu gibi, uyumsuz şemalarda çocukluk ya da genç erişkinlik dönemi boyunca erken dönemlerde oluşmaktadır ( Nordahl vd. 2005; Young vd. 2003 ). Bununla beraber Jefferey E. Young ve arkadaşlarına ( 2003 ) göre çoğunlukla ihmalin, istismarın ve kötü yorumların tekrar tekrar tecrübe edildiği veya da temel duygusal gereksinimlerin karşılanmadığı bir toplumda yetişen çocuklarda erken dönem uyumsuz şemalar görülmektedir. Jefferey Young çocuk bireyin erken dönem deneyimlerine bağlı şekilde ortaya çıkan 18 şemayı beş küme altında bir araya getirmiştir. (1) Kopukluk/Rededilmişlik, (2) Zedelenmiş otonomi ve kendini

ortaya koyma, (3) Zedelenmiş sınırlar, (4) Diğeri yönelimlilik, (5) Aşırı tetikte olmak/Bastırılmışlık ( Young vd. 2003 ). Şema Terapi Modeli birçok kuramdan gelen oldukça zengin öğeleri bir araya getirir ve içinde barındırır.

#### -Bilişsel Davranışçı

-**Bağlanma:** Bowlby'nin 'içsel çalışma modeli'

-**Geşalt:** Bazı yöntemleri, duygusal varyasyonlar ortaya çıkarmak adına kullanılır.

-**Nesne ilişkileri:** Çocuğun benliğini, dünyayı nasıl idrak ettiğini şekillendirmede çocukluk deneyimlerini baz alarak kişilerarası ilişkileri açıklaması.

-**Psikanalitik kuram:** Çocukluk dönemine inen kökenler, bilinçli ve bilinçdışı dönemler, aktarım ve karşı aktarım, travmanın duygusal düzeyde işlenmesi gerekliliği.

### Depresyonda Şema Terapi

Şema Terapiye göre şemalar bireylerin yaşamlarının başlaması ile çevrelerindeki diğer bireyler, yaşam alanları, hayatlarının ne şekilde ilerlediği negatif ve pozitif olarak edinen deneyimlerle alakalı olmakla beraber geçmişten gelmektedir. Her kişinin şeması farklılık göstermektedir, şemaları anlayabilmek adına bireylerin nelerden etkilendiği, verdiği tepkilere dikkat etmek oldukça önemli bir husustur. Şemaların amacı deneyimlerin, bireylere etki eden davranış ve tutumları algılayabilmektir. Literatür araştırmalarında genel olarak dört tip depresyon bulunmaktadır. (1) distimik bozukluk, (2) kronik majör depresif bozukluk (MDB), (3) çift depresyon (distimik bozukluğun üzerine bindirilmiş MDB) ve (4) tamamlanmamış tekrarlayan majör depresif bozukluk, epizotlar arasında işileşme ( Torpey & Klein, 2008 ). Psikoterapi depresyon tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır ( Cuijpers vd., 2010 ). Psikoerapinin etkinliğini ve etkisini gösteren bazı çalışmalar yapılmıştır, farkındalığa dayalı bilişsel terapi (Hofman vd., 2010 ), kabul ve kararlılık zihinsel terapi (Forman vd., 2007 ), bilişsel davranışçı terapi ( Manber vd., 2007 ), duygu odaklı terapi ( Rood vd., 2009 ), psikodinamik terapi ( Leinhsenring & Rabung, 2008; Driessen vd., 2010 ), sistematik tedavi (Sydow vd., 2010 ), bilişsel terapi ( Forman vd., 2007; DeRubeis vd., 2008 ) ve depresif bozukluklarda çözüm odaklı terapi ( Kim 2008; Gingerich & Peterson, 2013 ). Depresyon ve depresif bozuklukların tedavisinde kullanılan bir başka tedavi yöntemi son yıllarda Şema Terapi (ŞT) olarak karşımıza çıkmaktadır ( Hawke & Provencher, 2011).

Şema terapi, bilişsel, davranışsal, deneyimsel ve psikodinamik unsurlardır ( Young vd., 2003 ). Binaen, bu modele göre, erken dönem uyumsuz şemalar psikopatolojinin ana kaynağı olarak görülmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar, işlevsel olmayan temel inançlar olarak tanımlanır. Bireyin kendisi ve dış dünya hakkındaki yargıları da dâhil olmak üzere ısrarcı,

bireyin bebeklik ve de çocukluk sürecindeki olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklanmaktadır ( Young vd., 2003 ). Çocuğun fizyolojik ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmaması sonucu yerine tutarlı bir şekilde karşılandığında travmatik deneyimler ve sağlıklı ebeveyn tutumlarının uyumsuz şemaların ortaya çıkmasında önemli bir role sahiptir

( Renner vd., 2013 ). Uyumsuzluk ve şemalar yapı olarak Bilişsel Davranışçı Terapideki temel inanç kavramına benzer ve 18 uyumsuz şema ve 5 şema alanıyla benzer yapıyı daha geniş ve daha

spesifik bir şekilde tanımlamaktadır (James vd., 2004 ).

Bu uyumsuz şemalar şunları içerir; terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık, zarara veya hastalığa karşı savunmasızlık, iç içe geçme, başarısızlık, kendini kontrol edememe, boyun eğdirme, fedakarlık, onay arayışı, karamsarlık, duygusal engelleme, katı standartlar ve cezalandırma (Young vd., 2003).

Uyumsuz şemalar herhangi bir olay, durum tarafından tetikleninceye kadar gizli kalabilirler ya da ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki etkileşimler tetiklendiğinde duygularda güçlü olumsuzluklar yaratabilir (Wegener vd., 2013). Bireyler üç farklı şekilde tepki verirler. Bu üç uyumsuz reaksiyon mekanizmasını şema kaçınma olarak tanımlanmıştır; şema teslimi ve şema telafisi. Bu üç mekanizma şu şekilde görülmektedir: İşlevsel olmayan mekanizmalar, çünkü maluliyetin varlığını sürdürür ve güçlendirirler, daptif şemalar (Beck 1967, 1987) . İlk kez depresif bozuklukların ortaya çıkışı açıklanmıştır. Diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında, genel popülasyonda daha yaygın, olumsuz düşünceleri tanımlayarak kapsamlı bilişsel model temel inançlar ve benlik şeması kavramları modeli benimseyen terapistler tarafından incelenmiştir. Bu kavramlar üzerinden terapilerde değişiklik yaratmak hedeflenmiştir.

Bu modeli genişleten Young (1994) erken dönem uyumsuz şemaları tanımlamış ve şemaların değiştirilmesinin ancak terapötik sürece entegre edilmesiyle mümkün olabilir. Terapötik süreçteki bu uyumsuz şemalar, gestalt, nesne-ilişkisel ve psikodinamik modellerden unsurların bilişsel-davranışsal-deneyimsel çerçeve. Şema modeli depresif bozuklukların oluşumunu üç boyutta açıklamaktadır. Birinci boyutta erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri (ihmal, karşılanmamış gereksinimler, ebeveynlik stilleri vb.) İkinci boyutta ise uyumsuz şemalar yer almaktadır ve de bu şemaların tetikleyicileri. Üçüncü boyut ise işlevsel olmayan, kötü durumun devam etmesine yol açan başa çıkma mekanizmaları ve kişilerarası unsurlar uyarlanabilir şemalar ( Renner vd., 2013 ). Bireyde terk edilme şeması ortaya çıkabilmektedir. Çocukluk döneminde olumsuz ebeveyn davranışları yaşayan, istismara uğrayan ikili ilişkilerde duygusal ihtiyaçları karşılanmayanlar. Yetişkinlik döneminde herhangi bir tetikleyici bir olay (romantik bir partnerin ayrılması, sevilen birinin ölümü vb.) bunu tetikleyebilir. Şemaya bağlı olarak birey içinde yoğun depresif duygular yaşayabilir.

Depresif bozukluklarda birey, olumsuz duygulardan kaçınma ve kendini teslim etme eğiliminde olur ( Renner vd., 2013 ). Benzer şekilde başarısızlık şemasına sahip bir birey olumsuz çocukluk deneyimlerinin neden olduğu depresyona karşı daha savunmasız hale gelir. Tetikleyici bir durumun (işten ayrılma, akademik başarısızlık, maddi kaygılar, geçim sıkıntısı, akademik başarısızlık, vb.) bir sonucu olarak ortaya çıkan depresif duygular yetişkinlik döneminde ve işlevsiz başa çıkma mekanizmaları sergileme bu duygularla ilgili izlenimler uyumsuz şemayı daha da güçlendirmektedir. Şema Terapide depresif bozuklukların tedavisi üç aşamada tedavi edilir. Bunlar keşif, değişim ve nüksetmeyi önleme aşamaları (Young vd., 2003). Keşif aşamasında şema

kavramı danışanlara açıklanır ve gösterilir.

Onlara hangi şemalara sahip oldukları. Daha sonra mevcut durum arasındaki ilişkiye odaklanılır. Danışanların depresif duygular yaşamasına neden olan durum ve şemalar sonunda keşif aşamasında odak noktası, erken dönemdeki olumsuz yaşam deneyimleridir. Danışanın şemaları, danışanları şemaların yarattığı olumsuz duyguları hissetmeye teşvik eder. Şemalar ve geçmiş yaşam deneyimlerini hayal gücü ve görselleştirme yoluyla tanımlama. İçinde değişim aşaması, bilişsel, deneyimsel, davranışsal teknikler ve terapötik ittifak aynı anda kullanılmaktadır (Beck vd., 1979). Bilişsel tekniklerin amacı danışanları rasyonel bir yaklaşımda işlevsiz ve yanlış olan uyumsuz şemalarının farkına vardırılmaktır bu bağlamda deneyimsel teknikler ise danışanın duygusal düzeyde aynı kavramı hissetmesi için kullanılır. Kullanılan deneyimsel teknikler görselleştirme, hayal gücü, sandalye çalışması ve mod diyaloglardır. Deneyimsel tekniklerle danışanlar olumsuz duygularla baş edebilme, duyguları ifade edebilme yoluyla sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmek, eksik ihtiyaçlarını gidermeyi, işlevsel savunma mekanizmaları oluşturmayı ve yoğun duyguları ifade etmeyi öğrenmeyi öğrenir. Davranış teknikleri, diğer davranış ekollerine benzer şekilde rol oynamayı, ev ödevlerini ve davranışsal uygulamaları içermektedir. Burada amaç şemalara ilişkin bilişsel ve duygusal farkındalığa varımın uygulamasıdır. Terapötik ilişki bilişsel terapiyle karşılaştırıldığında daha önemlidir, şema terapide bu hususta oldukça önemlidir. Uyumsuzluk arasında güçlü ilişkiler olmasına karşın duygusal şemalar ve depresyon üzerine sınırlı sayıda çalışmalar yapılmıştır (Wegener vd., 2013).

## İlgili Araştırmalar

Carter vd., 2011 yılında 18 yaş üzerinde olan cinsiyeti tanımlanmamış 100 kişi üzerinde yaptıkları bu çalışmayı majör depresyon tanısı almış bireylere uygulamıştır. Uygulanan BDT'nin depresyon üzerinde ki etkinliği güçlü şekilde görülmesine ve desteklenmesine karşın bireylerin yüzde elliye yakın kısmı buna olumlu yanıt vermediği, bu sayının giderek artmasıyla yapılan araştırmaların Şemayı gösterdiği (ST), Şema Terapi zor ve köklü problemler için etkili bir tedavi yöntemi olarak kabul edildiği göz önünde bulundurulmuştur. Yapılan bu randomize klinik çalışmada BDT ve ST'nin karşılaştırmalı etkinliği incelenmiştir. Majör Depresyon tanısı alan 100 katılımcı haftalık seanslarla bilişsel davranışçı terapi ya da şema terapi almışlardır ve bu danışanlara 6ay boyunca terapi seansları uygulanmıştır. Temel sonuçlar karşılaştırmalardır, haftalık ve aylık terapi seansları boyunca remisyon ve iyileşme oranları ile beraber ek analizler kronik depresyon ve eşlik eden kişilik bozuklukları olan bireyler için incelenen sonuçlar doğrultusunda; Depresyon tedavisinde ST, BDT'den anlamlı derecede daha iyi (veya kötü) değildir. Terapiler tüm temel sonuçlar üzerinde karşılaştırılabilir etkililiğe sahiptir. Çalışma deney grubunda uygulanan terapiler sonucunda farklı bir tedavi etkisi görülmemiştir; kronik depresyon veya eşlik eden kişilik bozuklukları arasında. Bunun sonucunda Şema Terapinin etkili bir alternatif tedavi sağlayabileceğini göstermektedir ( Carter vd., 2013 ).

Renner vd., 2015 yılında yaptıkları bu çalışmada; 18 yaş üzerinde olan cinsiyeti tanımlanmamış 25 kişi üzerinde yaptıkları bu çalışmanın amacı; kronik depresyonlu hastalar için Şema Terapi'nin etkilerini test etmektir. Kronik majör depresyon tanılı 25 hastaya ilk olarak 6 ila 24 haftalık bir



terapi süreci aşaması vardır. Daha sonra hastalar 12 haftalık araştırma sürecinde semptomlar ve temel şemalar gözlemlenmiştir; bu aşama kontrol koşulu olarak işlev görmüştür. Daha sonrasında hastalara 65 seansa kadar bireysel Şema Terapi uygulanmıştır. Beck Depresyon Envanteri II (BDI-II) ve Hızlı Depresif Semptomatoloji Envanteri (QIDS) birincil sonuç ölçütlerine ulaşımda kullanılmıştır. BDI-II çalışmanın tüm aşamalarında haftada bir kez olmak kaydıyla değerlendirilmiştir, ortalama olarak katılımcı başına 100 kez tekrar eden değerlendirmeye sonuçlanmıştır (Karma Regresyon Analizi). Müdahale esnasında semptomlardaki farklılıkla semptomlarda ki değişiklikleri karşılaştırmak için kullanılmıştır. Temel hat ve arama kontrol aşamaları esnasında. Yapılan deneysel araştırma sonucunda; tedavi kontrol döneminde, müdahalenin depresif durum ve kronik majör depresyon üzerinde önemli ve büyük bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Ulaşılan bulgular sonucunda Şema Terapinin nin etkili bir tedavi yöntemi olabileceğine dair kanıt sunmaktadır (Renner vd., 2016).

Heilemann vd., 2011 yılında yaptıkları bu pilot çalışmada ABD doğumlu Latinler, ABD'deki yabancı uyruklu Latinlere göre önemli ölçüde daha fazla depresyon bildirdiğini açıklayarak bu kümede çalışmışlardır. Yapılan anketler sonucunda; Latin Amerikalı kadınlar, Latin erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon oranına sahiptir. Bu pilot çalışmanın amacı ise, ABD'deki düşük gelirli ikinci nesil Latinler arasında depresyonu azaltmak ve dayanıklılığı artırmak için Motivasyonel Görüşme (MI) teknikleriyle birleştirilmiş yenilikçi, kısa vadeli bir Şema Terapisi (ST) programının uygulanabilirliğini test etmektir. Dayanıklılığa odaklanarak ST ve MI stratejilerini harmanlamanın yanı sıra, işbirlikçi haritalama adı verilen yeni bir teknik de tedavide çok önemli bir stratejiydi. Seansların programlanması esnekti ve hastalar seanslar dışında terapistin sınırsız cep telefonu erişimine sahip olmasına karşın çok az kişi bu telefonu kullanmıştı. 2 saatlik sekiz seansın tümünü tamamlayan 8 kadının BDI-II skorları için karma doğrusal regresyon modeli, tedavinin, tedavi süresince BDI-II skorlarını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (p 1/4 0,0003); BDE-II puanlarındaki ortalama düşüş oranı ziyaret başına 2,8 puandı. Depresyon puanları tedavinin tamamlanmasından sonraki 12 ay boyunca eşğin altında kalmıştır. Dayanıklılık puanları tedavi tamamlandıktan sonra önemli ölçüde artmış ve 1 yıl boyunca tüm takip ziyaretlerinde yüksek kalmıştır (p < 0,01). Bu sebeple, bu kısa vadeli, özelleştirilmiş müdahale, bu örneklem için depresyonu önemli ölçüde azaltmada ve dayanıklılığı artırmada hem uygulanabilir hem de etkiliydi; etkileri tedaviden sonra bir yıl sürmüştür. Bu çalışma, terapistin ST ve MI'yı birleştiren ilk çalışmadır; bu, ABD'deki bu ciddi şekilde az çalışılmış, yetersiz hizmet alan düşük gelirli, ikinci kuşak Latin kökenliler için çekici, arzu edilen ve erişilebilir bir depresyon tedavisiyle sonuçlandı. Yapılan bu çalışma sonucunda; bu örneklem için depresyonu önemli ölçüde azalttığı ve depresyona karşın dayanıklılığı arttırmada hem uygulanabilir hem de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Heilemann vd., 2011 ).

Malogiannis vd., 2014 yılında kronik depresyon hastalarında uyguladıkları şema terapi: Tek vaka serisi çalışması olan bu çalışmada kronik depresyon tanılı hastalarda Şema Terapinin etkinliği test edilmiştir. 18 yaş üzeri 12 hastanın katıldığı bu çalışmaya tedavi protokolü, ilk olarak 55 seans haftada bir, son beş seans ise iki haftada bir olmak üzere toplam 60 seans oluşmaktaydı. 6 aylık takip süresine sahip bu tek vaka serisinde AeBeC tasarımı kullanılmıştır. Temel(A) 8 haftalık bir bekleme süresiydi. Temel çizgiyi kişisel olarak uyarlanmış 12 ile 16 seans uzunluğunda Şema

Terapiye giriş ve terapistle bağ kurma (faz B) takip etti, bunun ardından 60 seansa kadar (giriş olarak verilen seanslar da dahil olmak üzere) ilave ST sağlanmıştı (faz C). Hastalar başlangıçta, aşama B'nin sonunda üç kez, daha sonra tedavinin sonuna kadar her 12 haftada bir ve 6 aylık takipte Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. İkincil sonuç ölçütleri Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Young Şema Anketi'di. Yapılan çalışma sonucunda ST uygulanan 7 hasta yaklaşık olarak yüzde 60 oranında iyileşme göstermiş ve tatmin edici yanıt vermiştir. Etkiler büyük ve tedavinin kazanımları 6 aylık takipte de devam etmiştir. Yalnızca bir hasta tedavi ile alakalı olmayan sebeplerden dolayı çalışmayı bırakmıştır. Yapılan bu ön çalışmada ST'nin kronik depresyon için etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanımı desteklenmektedir (Malogiannis vd., 2014).

Kopf-Beck vd., 2024 yılında Almanya'da yaptıkları bu çalışmada Şema terapi (ST) depresif semptomları azalttığını fakat klinik çalışmalar, şiddetli depresyon türlerinden ve yüksek oranda beraberinde olan rahatsızlıklardan mustarip olan hastalar üzerindeki etkinliğine yetersiz geldiği için yapılmıştır. Bu çalışmanın amacıysa depresyon iyileştirmesinde ST'nin bireysel destekleyici terapiden (IST) daha tesirli olup olmadığını ve bilişsel davranışçı terapiye (BDT) kıyasla daha iyi (veya daha kötü) olup olmadığını açığa çıkartmaktır. Bu klinik deney için, farmakolojik iyileştirme gören hasta bireyler yatarak ve günlük klinik alanlarında değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma grubuna başlıca dâhil edilme ölçütleri en az 18, en fazla 75 yaş arasında olmaktı. Psikotik belirleyicilerin var olmadığı birincil depresyon teşhisi almaktı. Toplam 292 olan bu çalışma grubu ST, CBT veya IST'ye randomize edilmiştir. 7 haftalık psikoterapi (14 bireysel ve 14 grup seansına kadar) almışlardır. Birincil sonuç, Beck Depresyon Envanteri-II ile değerlendirilen iyileştirme ardından depresyon şiddetindeki farklılıktır. Etkililik adına birincil test ST'nin IST'ye üstün olmasıydı. İkincil test, BDT'yle karşılaştırıldığında ST'nin daha az iyileştirme sonuçlarında olmamasıydı. Çok seviyeli modelleme yapıldı. 6 aylık takip bulguları incelendi. Araştırma verileri sonucunda; İyileştirme süresince ST, IST'ten daha iyi değildi. İkincil sonuç verileri ve tamamlayıcı bulgular benzeri sonuçlar gösterdi. Bununla beraber ST, BDT ile kıyaslandığında klinik olarak anlamlı bir fark sağlamıştır. Çalışmanın sonucundaysa, psikiyatrik bakım programının bir parçası olarak depresyona yönelik ST, IST'ten daha iyi (daha kötü) olmamakla beraber, BDT'ye istinaden klinik olarak daha iyi (veya daha kötü) değildir. ST, depresyon tedavisine yönelik terapötik repertuvara potansiyel olarak yararlı bir katkıyı sembol etmektedir fakat uzun vadeli etkinliği de dâhil olmak üzere etkinliği daha fazla incelenmelidir (Kopf-Beck vd., 2024).

Kopf-Beck vd., 2020 yılında yaptıkları bu çalışmada; Yatan hasta ve günlük klinik alanlarında depresyon için şema terapisine karşı bilişsel davranışçı terapiye karşı bireysel destekleyici terapi: OPTIMA-RCT çalışma protokolü. Majör depresif bozukluk (MDB), sakatlık ve hastalık engelinin önemli bir sebebini ortaya koymayı amaçlamışlardır. Antidepresan ilaçların yanı sıra psikoterapi de tedavinin önemli bir iyileştirmesidir. Şema terapinin çeşitli ortamlarda ve hasta gruplarında başta kişilik bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında, yatan hasta veya günlük klinik ortamında MDB için etkinliğine dair hiçbir kanıt yoktur, böyle bir hedef grupta tedaviye yanıtı yönlendiren faktörler hakkında çok az veri bulunmaktadır. Mevcut protokolde, OPTIMA'nın (MAX Planck Enstitüsü'nde Optimize Edilmiş Tedavi Tanımlaması) ana hatlarını çizilmiş, yatan hasta ve günlük klinik ortamında MDB

için bir tedavi yaklaşımı olarak şema terapisinin tek merkezli, randomize kontrollü bir çalışması. 7 hafta boyunca şema terapiyi, bireysel ve grup seanslarında yürütülen ve eş zamanlı antidepresan tedavisiyle alakalı herhangi bir kısıtlama olmadan yürütülen BDT ve bireysel destek terapisiyle karşılaştırmışlardır. Yapılan bu çalışmaya; N=300 depresyon tanılı hasta dahil edilmiştir. Tüm çalışma terapistleri özel bir eğitim, denetimden geçerek terapiye bağlılıkları değerlendirilmiştir. Birincil sonuç, öz değerlendirme (BDE-II) olarak depresif semptom fazladır ve ikincil sonuçlar, MDB'nin klinik dereceleri (Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği), Münih-Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesine göre 7 hafta sonraki iyileşme oranlarıdır, genel psikopatoloji (KSE), küresel işleyiş (Dünya Sağlık Örgütü Engellilik Değerlendirme Programı) ve okulu bırakma oranları gibi klinik parametreler. Davranışsal, bilişsel, psikofizyolojik ve biyolojik düzeydeki diğer parametreler tedaviden önce, tedavi sırasında ve sonrasında ve tedavinin bitiminden 6 ve 24 ay sonra yapılan 2 takip değerlendirmesinde ölçülmektedir ( Kopf-Beck vd., 2020 ).

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, sistematik derleme yöntemi ile Depresyon yaşayan bireylerde Şema Terapi (ST) kullanılması hakkında alan yazın taraması ile inceleme yapmaktır.

### **Sınırlılıklar**

Araştırmada 2011'den 2024 yılına kadar olan Google Akademik veri tabanında Türkçe ve İngilizce yayımlanmış ilgili anahtar kelimelerle, özete ve tam metne ulaşılabilen makaleleri incelenmiştir.

## **2. YÖNTEM**

### **Araştırma Modeli**

Yapılan bu araştırmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Herhangi bir saha çalışması veya ölçek kullanılmamıştır. Sistematik derleme, bir araştırma sorusuna cevap kalitesinde, araştırma sorusuyla irtibatlı çalışmalarda, çerçevesi önceden sınırlanmış yayınların bir araya getirilerek sentezlenmesidir ( Yılmaz, 2020 ).

### **Tasarım**

Çalışma süresince makalelerin seçilmesi ve açıklanması gibi bütün veriler PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Ögeleri) talimatları yönünde yürütülmüştür ( Moher vd., 2009 ).

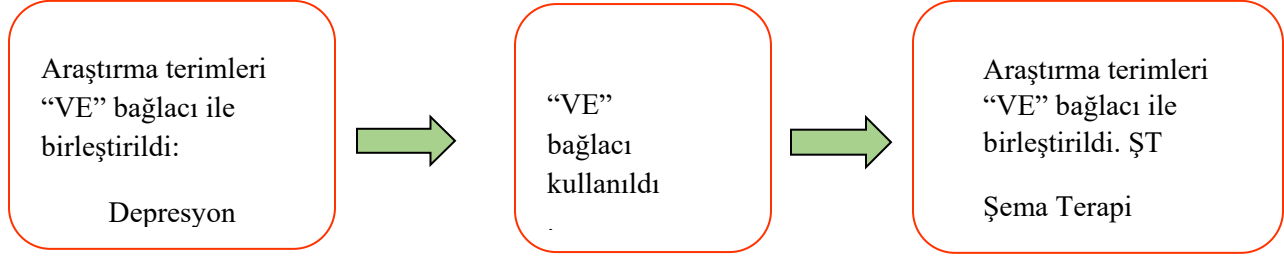
### **Literatür Araştırması**

Araştırmalar 2011'den 2024 yılına dek gelen Google Akademik veri tabanından Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanmış, alakalı anahtar sözcüklerle özet ve tam metnine ulaşılabilen araştırma ve derleme makaleleri incelenmiş, gözden geçirme süresinde tutarlılığı sağlayabilmek adına başlıktaki sözcüklere yönelik basit bir arama algoritması uygulanmıştır.

Araştırmacıdan kaynaklanabilecek yanılgıları en az düzeyde tutabilmek adına araştırmaların başlık

ve özet bölümleri uygunluk yönünden ilk olarak Şubat 2024 ve ikinci olarak Mayıs 2024’te sistemli bir şekilde incelenmiştir. Araştırma çalışmalarının özetinde ve başlığında yeterli bilginin olmadığı durumlarda, gerekli verilere tam metinden ulaşılmış ve incelenmiştir. Reddedilmiş araştırmalar ayrı ayrı kaydedilmiş, dışlanma sebepleri açıklanmıştır. İnceleme sürecinde kullanılmış olan arama terimleri şunlardır;

**Şekil 1.** İnceleme sürecinde kullanılan arama terimleri.

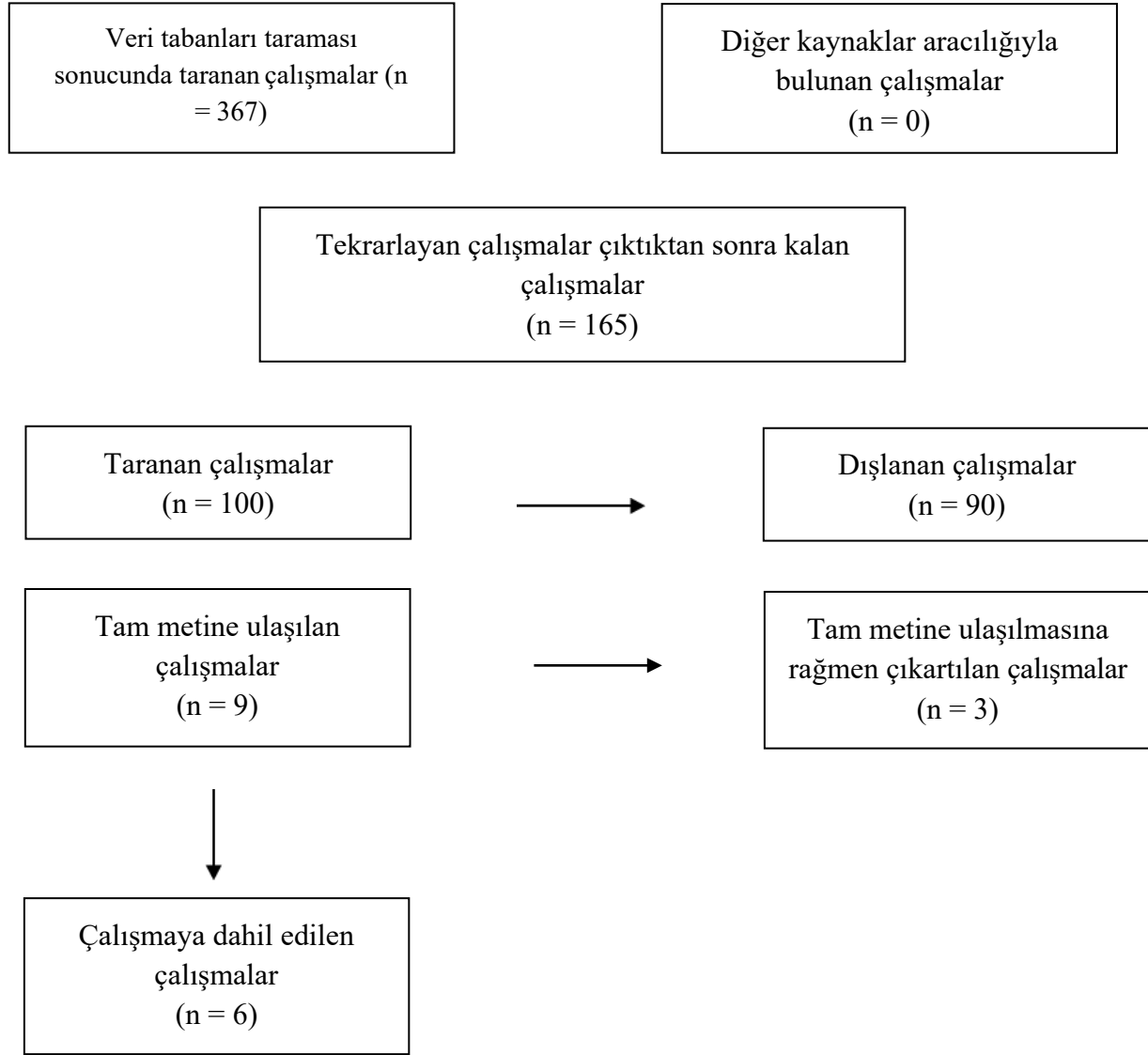


**Tablo 1.** Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

Dahil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
Depresyon ve ŞT ile ilgili konuları ele alan çalışmalar; Google Akademik veri tabanında kullanılan Türkçe ve İngilizce makaleler; Konuyla ilgili araştırma makaleleri.	Gri edebiyat, tezler, derleme makaleleri kohort tasarımına sahip el yazmaları; Çalışma protokolleri, kurumsal raporlar veya yerel veya endekslenmemiş dergilerden veya kitaplardan metinler, sistematik derleme.

### 3. BULGULAR

Çevrimiçi olarak, sadece Google Akademik veri tabanında yapılmış olan taramada, Depresyon ve Şema Terapisi başlığı ile toplam 367 çalışmaya ulaşılmış olup, bu çalışmalar arasında 10 tanesi taranmış ve içeriğe uygun olmayan çalışmalar dışlanmıştır. 2007-2024 yılları arasında uygun olan yalnızca 6 kesişen çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı Türkiye’de yapılmış olup bir kısmına yabancı kaynaklardan ulaşılmıştır. 6 kesişen çalışmanın içinde 2011, 2013, 2014, 2016, 2020, 2024 yıllarından birer tane çalışma bulunmuştur. Bu çalışmaların 2 tanesi Randomize Kontrollü Çalışma olup, geriye kalan 4 çalışma ise Şema Terapinin Depresyonu nasıl tedavi ettiği üzerinde durduğu deneysel çalışmalardır. Bu sistematik derleme içerisinde ele alınan vakalarda katılımcıların yaşları 18 yaş üzeridir. Çalışmalarda toplam olarak 737 kişi mevcuttur. Cinsiyetleri belirtilmemiştir ancak cinsiyet belirtilen bir çalışmada 8 kadın, bireyden oluşmaktadır. Şekil 2’de araştırmada yer verilen veriler PRISMA akış diyagramı biçiminde sunulmuştur. Çalışmada incelenen arama ölçütlerine uymayan, psikofarmakolojik çalışmalar, olgu sunumları ve takip araştırması olmayan çalışmalar tam metinlerine ulaşılmasına rağmen dışlanmıştır.



Şekil 2: Çalışmanın PRISMA akış diyagramı

2011 yılında 18 yaş üzerinde olan cinsiyeti tanımlanmamış 100 kişi üzerinde yapılan bu çalışmada majör depresyon tanısı almış bireylerde uygulanmıştır. Uygulanan BDT'nin depresyon üzerinde ki etkinliği güçlü şekilde görülmesine ve desteklenmesine karşın bireylerin yüzde elliye yakın kısmı buna olumlu yanıt vermemektedir. Bu sayının giderek artmasıyla yapılan araştırmaların Şemayı gösterdiği (ST), Şema Terapi zor ve köklü problemler için etkili bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Yapılan bu randomize klinik çalışmada BDT ve ST'nin karşılaştırmalı etkinliği incelenmiştir. Majör Depresyon tanısı alan 100 katılımcı haftalık seanslarla bilişsel davranışçı terapi ya da şema terapi almıştır. 6ay boyunca terapi seansları uygulanmıştır. Temel sonuçlar karşılaştırmalardır, haftalık ve aylık terapi seansları boyunca remisyon ve iyileşme oranları ile

beraber ek analizler kronik depresyon ve eşlik eden kişilik bozuklukları olan bireyler için incelenen sonuçlar doğrultusunda; Depresyon tedavisinde ST, BDT'den anlamlı derecede daha iyi (veya kötü) değildi. Terapiler tüm temel sonuçlar üzerinde karşılaştırılabilir etkililiğe sahipti. Çalışma deney grubunda uygulanan terapiler sonucunda farklı bir tedavi etkisi görülmemiştir.

Kronik depresyon veya eşlik eden kişilik bozuklukları arasında. Bunun sonucunda Şema Terapinin etkili bir alternatif tedavi sağlayabileceğini göstermektedir ( Carter vd., 2013 ).

2015 yılında 18 yaş üzerinde olan cinsiyeti tanımlanmamış 25 kişi üzerinde yapılan bu çalışmanın amacı Kronik depresyonlu hastalar için Şema Terapi'nin etkilerini test etmektir. Kronik majör depresyon tanılı 25 hastaya ilk olarak 6 ila 24 haftalık bir terapi süreci aşaması bulunmaktadır. Daha sonra hastalar 12 haftalık araştırma sürecinde semptomlar ve temel şemalar gözlemlenmiştir; bu aşama kontrol koşulu olarak işlev görmüştür. Daha sonrasında hastalara 65 seansa kadar bireysel Şema Terapi uygulanmıştır. Beck Depresyon Envanteri II (BDI-II) ve Hızlı Depresif Semptomatoloji Envanteri (QIDS) birincil sonuç ölçütlerine ulaşımda kullanılmıştır. BDI-II çalışmanın tüm aşamalarında haftada bir kez olmak kaydıyla değerlendirilmiştir, ortalama olarak katılımcı başına 100 kez tekrar eden değerlendirmeye sonuçlanmıştır (Karma Regresyon Analizi). Müdahale esnasında semptomlardaki farklılıkla semptomlarda ki değişiklikleri karşılaştırmak için kullanılmıştır. Temel hat ve arama kontrol aşamaları esnasında. Yapılan deneysel araştırma sonucunda; tedavi kontrol döneminde, müdahalenin depresif durum ve kronik majör depresyon üzerinde önemli ve büyük bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Ulaşılan bulgular sonucunda ST'nin etkili bir tedavi yöntemi olabileceğine dair kanıt sunmaktadır (Renner vd., 2016 ).

2011 yılında yapılan bu pilot çalışmada ABD doğumlu Latinler, ABD'deki yabancı uyruklu Latinlere göre önemli ölçüde daha fazla depresyon bildirmektedir. Latin Amerikalı kadınlar, Latin erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon oranına sahiptir. Bu pilot çalışmanın amacı ise, ABD'deki düşük gelirli ikinci nesil Latinler arasında depresyonu azaltmak ve dayanıklılığı artırmak için Motivasyonel Görüşme (MI) teknikleriyle birleştirilmiş yenilikçi, kısa vadeli bir Şema Terapisi (ST) programının uygulanabilirliğini test etmektir. Dayanıklılığa odaklanarak ST ve MI stratejilerini harmanlamanın yanı sıra, işbirlikçi haritalama adı verilen yeni bir teknik de tedavide çok önemli bir stratejiydi. Seansların programlanması esnetki ve hastalar seanslar dışında terapistle sınırsız cep telefonu erişimine sahip olmasına karşın çok az kişi bu telefonu kullanmıştı. 2 saatlik sekiz seansın tümünü tamamlayan 8 kadının BDI-II skorları için karma doğrusal regresyon modeli, tedavinin, tedavi süresince BDI-II skorlarını önemli ölçüde azalttığını gösterdi (p 1/4 0,0003); BDE-II puanlarındaki ortalama düşüş oranı ziyaret başına 2,8 puandı. Depresyon puanları tedavinin tamamlanmasından sonraki 12 ay boyunca eşğin altında kaldı. Dayanıklılık puanları tedavi tamamlandıktan sonra önemli ölçüde artmış ve 1 yıl boyunca tüm takip ziyaretlerinde yüksek verilerde olduğu gözlemlenmiştir. Sebebiyle, bu kısa vadeli, özelleştirilmiş müdahale, bu örneklem için depresyonu önemli ölçüde azaltmada ve dayanıklılığı artırmada hem uygulanabilir hem de etkiliydi; etkileri tedaviden sonra bir yıl sürdü. Bu çalışma, terapide ST ve MI'yı birleştiren ilk çalışmadır; bu, ABD'deki bu ciddi şekilde az çalışılmış, yetersiz hizmet alan düşük gelirli, ikinci kuşak Latin kökenliler için çekici, arzu edilen ve erişilebilir bir depresyon tedavisiyle sonuçlandı. Yapılan bu çalışma sonucunda; bu örneklem için depresyonu önemli ölçüde azalttığı ve depresyona

karşın dayanıklılığı arttırmada hem uygulanabilir hem de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Heilemann vd., 2011).

2014 yılında yapılan kronik depresyon hastalarında şema terapi: Tek vaka serisi çalışması olan bu araştırmada kronik depresyon tanılı hastalarda Şema Terapinin etkinliği test edilmiştir. 18 yaş üzeri 12 hastanın katıldığı bu çalışmaya tedavi protokolü, ilk olarak 55 seans haftada bir, son beş seans ise iki haftada bir olmak üzere toplam 60 seanstan oluşmaktaydı. 6 aylık takip süresine sahip bu tek vaka serisinde AeBeC tasarımı kullanılmıştır. Temel(A) 8 haftalık bir bekleme süresiydi. Temel çizgiyi kişisel olarak uyarlanmış 12 ile 16 seans uzunluğunda ST'ye giriş ve terapistle bağ kurma (faz B) takip etti, bunun ardından 60 seansa kadar (giriş olarak verilen seanslar da dahil olmak üzere) ilave ST sağlanmıştı (faz C). Hastalar başlangıçta, aşama B'nin sonunda üç kez, daha sonra tedavinin sonuna kadar her 12 haftada bir ve 6 aylık takipte Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. İkincil sonuç ölçütleri Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Young Şema Anketi'yd. Yapılan çalışma sonucunda ST uygulanan 7 hasta yaklaşık olarak yüzde 60 oranında iyileşme göstermiş ve tatmin edici yanıt vermiştir. Etkiler büyük ve tedavinin kazanımları 6 aylık takipte de devam etmiştir. Yalnızca bir hasta tedavi ile alakalı olmayan sebeplerden dolayı çalışmayı bırakmıştır. Yapılan bu ön çalışmada ST'nin kronik depresyon için etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanımı desteklenmektedir (Malogiannis vd., 2014 ).

2024 yılında Almanya'da yapılan bu çalışmada Şema terapi (ST) depresif semptomları azaltır ancak klinik çalışmalar, şiddetli depresyon türlerinden ve yüksek oranda eşlik eden hastalıklardan mustarip olan hastalar üzerindeki etkinliğini araştırmamıştır. Bu hasta grubuna yönelik tedavilerin araştırılması ve iyileştirilmesine yönelik yüksek söz konusudur. Bu çalışmanın amacı, depresyon tedavisinde ST'nin bireysel destekleyici terapiden (IST) daha etkili olup olmadığını ve bilişsel davranışçı terapiye (BDT) kıyasla daha aşağı olup olmadığını değerlendirmektir. Bu klinik deney için, ilaç tedavisi gören hastalar yatarak ve günlük klinik ortamlarında değerlendirmeye alındı. Çalışma grubuna başlıca dahil edilme kriterleri 18 ila 75 yaş arasında olmak ve psikotik belirtilerin olmadığı birincil depresyon tanısı almaktı.

Toplam 292 katılımcı ST, CBT veya IST'ye randomize edildi ve 7 haftalık psikoterapi (14 bireysel ve 14 grup seansına kadar) aldı. Birincil sonuç, Beck Depresyon Envanteri-II ile ölçülen tedavi sonrasında depresyon şiddetindeki değişiklikti. Etkililik için birincil test ST'nin IST'ye üstünlüğüydü. İkincil test, BDT ile karşılaştırıldığında ST'nin daha düşük iyileştirme sonuçlarında olmamasıydı. Çok düzeyli modelleme yapıldı. 6 aylık takip sonuçları araştırıldı. Araştırma sonucunda; Tedavi boyunca ST, IST'e üstün değildi. İkincil sonuç analizleri ve tamamlayıcı analizler benzer sonuçlar gösterdi. Bununla birlikte ST, BDT ile karşılaştırıldığında klinik olarak anlamlı bir fark gösterdi. Çalışmanın sonucunda ise, psikiyatrik bakım programının bir parçası olarak depresyona yönelik ST, IST'den üstün olmamakla birlikte, BDT'ye kıyasla klinik açıdan daha iyi (veya daha kötü) değildir. ST, depresyon tedavisine yönelik terapötik repertuvara potansiyel olarak yararlı bir katkıyı temsil etmektedir ancak uzun vadeli etkinliği de dahil olmak üzere etkinliği daha fazla değerlendirilmelidir ( Kopf-Beck vd., 2024 ).

2020 yılında yapılan bu çalışma; Yatan hasta ve günlük klinik ortamında depresyon için şema

terapisine karşı bilişsel davranışçı terapiye karşı bireysel destekleyici terapi: OPTIMA-RCT çalışma protokolü. Majör depresif bozukluk (MDB), sakatlık ve hastalık yükünün önemli bir sebebini ortaya koymaktadır. Antidepresan ilaçların yanı sıra psikoterapi de tedavinin önemli bir iyileştirmesidir. Şema terapinin çeşitli ortamlarda ve hasta gruplarında başta kişilik bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, yatan hasta veya günlük klinik ortamında MDB için etkinliğine dair hiçbir kanıt yoktur ve böyle bir hedef grupta tedaviye yanıtı yönlendiren faktörler hakkında çok az veri bulunmaktadır. Mevcut protokolde, OPTIMA'nın (MAX Planck Enstitüsü'nde Optimize Edilmiş Tedavi Tanımlaması) ana hatlarını çizilmiş, yatan hasta ve günlük klinik ortamında MDB için bir tedavi yaklaşımı olarak şema terapisinin tek merkezli, randomize kontrollü bir çalışması. 7 hafta boyunca şema terapiyi, bireysel ve grup seanslarında yürütülen ve eş zamanlı antidepresan tedavisiyle alakalı herhangi bir kısıtlama olmadan yürütülen BDT ve bireysel destek terapisiyle karşılaştırılmıştır. N=300 depresyon tanılı hasta dahil edilmiştir. Tüm çalışma terapistleri özel bir eğitimden ve denetimden geçerek terapiye bağlılıkları değerlendirilmiştir. Birincil sonuç, öz değerlendirme (BDE-II) olarak depresif semptom şiddetidir ve ikincil sonuçlar, MDB'nin klinik dereceleri (Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği), Münih-Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesine göre 7 hafta sonraki iyileşme oranlarıdır, genel psikopatoloji (Kısa Semptom Envanteri), küresel işleyiş (Dünya Sağlık Örgütü Engellilik Değerlendirme Programı) ve okulu bırakma oranları gibi klinik parametreler. Davranışsal, bilişsel, psikofizyolojik ve biyolojik düzeydeki diğer parametreler tedaviden önce, tedavi sırasında ve sonrasında ve tedavinin bitiminden 6 ve 24 ay sonra yapılan 2 takip değerlendirmesinde ölçülür (Kopf-Beck vd., 2020).

Yazar/Yıl/Ülke	Araştırma Tasarımı	Örneklem	Ölçekler	Müdahale	Sonuçlar
Carter J.D., McIntosh V.V., Jordan J., Porter J.R., Frampton C.M., Joyce P.R./2013/Yeni Zelanda	Deney-sel Çalışma	18 yaş üzeri 100 kişi	Beck Depresyon Ölçeği	6 ay boyunca seans ve ardından karşılaştırılmalı olarak tekrar haftalık terapi seansları.	Depresyon tedavisinde Şema Terapi, BDT'den daha iyi (veya daha kötü) değildir. Tüm sonuçlar üzerinde karşılaştırılabilir etkiye sahiptir.



Renner F., Arntz A., Peeters F.P. M. L., Lobbestael J., Huibers M.J.H./2016/Kanada	Deney-sel Çalışma	18 yaş üzeri 25 kişi	Beck Depresyon Ölçeği  -Hızlı Depresif Semptomoloji	6-24 Hafta-lık temel aşama daha sonra 12 haftalık araştır-ma ardından hastalara 65 seansa kadar ST uygulandı.	Şema Terapi'nin depresyon tedavisi üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir.
Heilemann M., Peters H.C., Kehoe P., Yong Q./2011/USA	Randomize Kontrollü Çalışma	18 yaş üzeri/ 8 Kadın	Karma doğrusal regresyon modeli/ BECK Dep. II	2 Saatlik, toplam 8 seans ST uygulanır.	Motivasyonel Görüşme (MI) birleştirilmiş kısa vadeli ST uygulanmıştır. ST ve MI ilk kez kullanılmış ve kısa sürede olumlu etkisini göstermiştir.

Malogiannis I.A., Arntz A., Spyropoulou A., Tsartsara E., Aggeli A., Karveli S., Vlavianou M., Pehlivanidis A., Papadimitriou G.N., Zervas I./2014/Kanada	Deney-sel Çalışma	18 yaş üzeri 12 kişi	Hamilton Depresyon Derecelendir-me Ölçeği	6 aylık takip süresine sahip bu tek vaka serisinde AeBeC tasarımı kullanılmıştır. Temel(A) 8 haftalık bir bekleme	Yapılan çalışma sonucunda etkiler büyük ve tedavinin kazanımları 6 aylık takipte de devam etmiştir. Yapılan bu ön çalışmada ST'nin kronik depresyon için etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanımı desteklenmektedir.
---	-------------------	-------------------------	---	---	--

				süresi, 12/16 seans uzunluğun da ST'ye giriş (faz B),  bunun ardından 60 seansa kadar (giriş olarak verilen seanslar da dahil olmak üzere) ilave ST sağlanmış- tır (faz C).	
Johannes Kopf-Beck, Celina L. Müller, Jeanette Tamm, Julia Fietz, Nils Rek, Leah Just, Zoe Ilona Spock, Katharina Weweck, Keisuke Takano, Martin Rein, Martin E. Keck, Samy Egli/ 2024/Almanya	Deney-sel Çalışma	18-75 yaş arası 292 katılımcı	Beck Depresyon Ölçeği-II	Toplam 292katılımcı ST, CBT/IST'e randomize edilen, 7hafta terapi aldı(14 bireysel/4 grup seansına kadar)	Psikiyatrik bakım programının bir parçası olarak depresyona yönelik ST, IST'den üstün olmamakla birlikte, BDT'ye kıyasla klinik açıdan aşağılık olmamıştır. ST, depresyon tedavisine yönelik terapötik repertuvara potansiyel olarak yararlı bir katkıyı temsil etmektedir ancak uzun vadeli etkinliği de dahil olmak üzere etkinliği daha fazla

					değerlendirilmelidir.
--	--	--	--	--	-----------------------

(Kopf-Beck J., Zimmermann P., Egli S., Rein M., Kappelmann N., Fietz J., Tamm J., Rek K., Lucae S., Brem A.K., Sämann P., Schilbach L., Keck M.E./Almanya/ 2020	Randomize Çalışma	18 yaş üzeri 300 kişi	-Beck Depresyon Envanteri-II  Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği  -Kısa Semptom Envanteri	7 hafta boyunca ST bireysel ve grup seansların da yürütülen, eş zamanlı antidepressan tedavisiyle alakalı herhangi kısıtlama olmadan yürütülen BDT ve bireysel destek terapisi ile karşılaştırılmıştır.	OPTIMA-Denemesi, MDB'de bir tedavi yaklaşımı olarak şema terapinin etkinliğini araştıran, değişim mekanizmalarını araştıran ve böyle bir yöntemi kullanarak yatarak tedavi ve gündüz kliniği ortamında tedavi yanıtının yordayıcılarını araştıran ilk çalışmadır. geniş parametre aralığı. OPTIMA'dan elde edilen bilgiler MDB psikoterapisinde daha bütüncü yaklaşım olanağ sağlayacaktır. Özellikle tedaviye yanıtın müdahaleye özgü belirteçlerinin belirlenmesi, tedaviyi
---	-------------------	-----------------------	--	---	---

					bireyselleştirmeye yönelik kanıt dayalı klinik kararları iyileştirebilir.
--	--	--	--	--	---

#### 4. TARTIŞMA

Yapılan bu Randomize Kontrollü çalışmada; Depresyon tanısı almış bireylerde Şema Terapinin (ST), etkilerini araştıran ve diğer tedavi yöntemleri ile sonuçlar arasında ki farklılıkları gözlemleyen, karşılaştıran Randomize Kontrollü çalışmalar ve deneysel dahil edilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Randomize Kontrollü çalışma yöntemi ile Depresyon yaşayan bireylerde Şema Terapinin (ST) kullanımını hakkında alan yazın taraması ve inceleme yapmaktır. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre Şema Terapinin; depresyon tanısını iyileştirmede diğer terapi ekolleri kadar etkili olduğu, bazı veri gruplarında ki karşılaştırmalarında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Uygulanan terapide şemaların depresyon tedavisinde uzun süreli etkililiği bulguları da yapılan bu Randomize Kontrollü Çalışma içerisinde mevcuttur. Şema Terapi depresyon tedavisinde genellikle kullanılmasına karşın; Tedavi sürecinde depresyon ile alakalı olan, olumlu olmayan (olumsuz) düşünce kalıp ve yargılarının bağlantılı olduğu şemalar belirlemektedir. Şemanın gelişiminde rol üstlenen, karşılanmamış duygusal ihtiyaçların karşılanması giderilmeye çalışılır. Şema Terapi davranışçı, bilişsel, psikodinamik ve olgusal faktörleri içinde barındıran bütünleştirici bir terapi modeli olarak tanımlanmıştır ( Young vd., 2003 ). Bu modele göre; erken periyot uyumlu olmayan şemalar psikopatolojinin ana kaynağı olarak görülmektedir. Erken periyot uyumlu olmayan şemalar kişinin bebeklik, çocukluk zamanlarında yaşamış olduğu negatif hayat tecrübeleri sonucunda ortaya çıkan, kişinin kendisi ve çevresi, yaşadığı dünya hakkındaki düşüncelerini içeren, devamlılığı ve daimi olan fonksiyonsuz esas inançlar olarak tarif edilmektedir ( Young vd.,2003 ). Çocuğun fizyolojik ve duygusal gereksinimlerinin daimi ve tutarlı bir biçimde giderilmemesi, travmatik olaylar ve sağlıklı olmayan ana-baba davranışları uyumlu olmayan şemaların ortaya çıkmasında önemli katkı sağlamaktadır.

( Renner vd., 2013 ). Uyumlu olmayan şemalar bilişsel terapidaki ana görüş kavramı ile yapısı gereği benzeri olmasıyla birlikte tanımlanmış 18 uyumlu olmayan şema ve beş şema alanı ile benzer konstrüksiyonu daha çaplı ve daha özgün bir biçimde anlatmaktadır ( James vd., 2004 ). Bu şemalar; terk edilme, duygusal yoksunluk, güven duyamama, kusurlu olma, sosyal izole, dayanıksız olma, bağımlı olma, iç-içelik, başarısız olma, haklılık, yeterli olmayan kişisel denetim, boyun eğicilik, kendini öne atma (feda etme), onay arayışı, karamsar ve buhranlı olma, hisleri bastırma, standart üzeri olma ve cezalandırıcı olma, olarak belirtilmiştir ( Young vd., 2003 ). Uyumlu olmayan şemalar; ergenlik ve yetişkinlik devirlerinde herhangi bir durum, olgu veya iletişim tarafından uyarılana kadar gizli olabilmekte ve uyarıldıklarında güçlü, olumlu olmayan duygulanımlar ortaya çıkarabilmektedir ( Wegener vd., 2013 ). Kişiler uyumlu olmayan şemaların ortaya çıkardığı duygulanımlara 3 farklı biçimde reaksiyon göstermektedir ( Young vd., 2003 ). Bu

3 uyumlu olmayan reaksiyon sistemini şema kaçınması, şema aşırı ve şema teslimi karşılması olarak tanımlamışlardır. Bu 3 sistem de uyumlu olmayan şemaların varlığını devam ettirdikleri ve onayladıkları için işlevi olmayan sistemler olarak kabul edilmiştir. Şema Terapinin (ST) Depresyon tanılı bireylerde etkili bir terapi yöntemi olduğu ve tedavilerde hastalarda iyileştirici etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Depresyon belirtilerinin tedavisi, psikolojik bozuklukların tedavisinde önemli konulardan biridir. Bu çalışma, Ahvaz Şehrindeki kadınlardan oluşan bir örnekleme grup şema terapisinin majör depresyon belirtilerini azaltmadaki etkinliğini araştırmayı amaçlamaktadır. Bu, iki kontrol ve tedavi grubuyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır. Bu amaçla kolayda örnekleme yöntemiyle Ahvaz'da 30 evli kadın seçilmiş ve 15'er kişilik iki tedavi ve kontrol grubuna dahil edilmiştir. Her iki gruba da ön test uygulandıktan sonra deney grubuna bir ay boyunca 10 oturumda şema terapi uygulandı; ancak kontrol grubuna herhangi bir eğitim verilmedi. Depresyonu değerlendirmek için kabul edilebilir güvenilirlik ve geçerliliğe sahip Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Son olarak test puanları kovaryans analizi ile analiz edildi. Sonuçlar grup şema terapi eğitiminin tedavi grubunda depresyon belirtilerini azaltmada  $P < 0,0001$  hata düzeyinde etkili olduğunu gösterdi. Buna göre grup şema terapisi eğitiminin ruh sağlığının geliştirilmesini etkilediği sonucuna varılabilir. Bu nedenle müdahale ruhsal yaralanmaların önlenmesinde etkili olabilir ( Hashemi & Darvishzadeh 2016 ).

ABD doğumlu Latinler, ABD'deki yabancı uyruklu Latinlere göre önemli ölçüde daha fazla depresyon bildiriyor ve Latin Amerikalılar, Latin erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon oranına sahip. Bu pilot çalışmanın amacı, ABD'deki düşük gelirli ikinci nesil Latinler arasında depresyonu azaltmak ve dayanıklılığı artırmak için Motivasyonel Görüşme (MI) teknikleriyle birleştirilmiş yenilikçi, kısa vadeli bir Şema Terapisi (ST) programının uygulanabilirliğini test etmektir. Dayanıklılığa odaklanarak ST ve MI stratejilerini harmanlamanın yanı sıra, işbirlikçi haritalama adı verilen yeni bir teknik de tedavide çok önemli bir stratejiydi. Seansların programlanması esnek ve hastalar seanslar dışında terapistle sınırsız cep telefonu erişimine sahipti, ancak çok az kişi bu telefonu kullanmıştı. 2 saatlik sekiz seansın tümünü tamamlayan 8 kadının BDI-II skorları için karma doğrusal regresyon modeli, tedavinin, tedavi süresince BDI-II skorlarını önemli ölçüde azalttığını gösterdi ( $p = 0,0003$ ); BDI-II puanlarındaki ortalama düşüş oranı ziyaret başına 2,8 puandı. Depresyon puanları tedavinin tamamlanmasından sonraki 12 ay boyunca eşinin altında kaldı. Dayanıklılık puanları tedavi tamamlandıktan sonra önemli ölçüde arttı ve 1 yıl boyunca tüm takip ziyaretlerinde yüksek olduğu öne sürülmüştür. Dolayısıyla, bu kısa vadeli, özelleştirilmiş müdahale, bu örneklem için depresyonu önemli ölçüde azaltmada ve dayanıklılığı arttırmada hem uygulanabilir hem de etkiliydi; etkileri tedaviden sonra bir yıl sürdü. Bu çalışma, terapistin ST ve MI'yı birleştiren ilk çalışmadır; bu, ABD'deki bu ciddi şekilde az çalışılmış, yetersiz hizmet alan düşük gelirli, ikinci kuşak Latin kökenliler için çekici, arzu edilen ve erişilebilir bir depresyon tedavisiyle sonuçlandı ( Heilemann vd., 2011 ).

Kronik depresyonu olan hastalarda şema terapinin (ST) etkinliğini test edildi. Kronik depresyon tanısı alan 12 hasta katıldı. Tedavi protokolü, ilk 55 seans haftada bir, son beş seans ise iki haftada bir olmak üzere 60 seanstan oluşuyordu. 6 aylık takip süresine sahip tek vaka serisi ABC tasarımı

kullanıldı. Temel (A) 8 haftalık bir bekleme süresiydi. Temel çizgiyi, bireysel olarak uyarlanmış 12-16 seans uzunluğunda ST'ye giriş ve terapistle bağ kurma (faz B) takip etti, ardından 60 seansa kadar (giriş olarak verilen seanslar dahil) ilave ST sağlandı (faz C). Hastalar başlangıçta, aşama B'nin sonunda üç kez, daha sonra tedavinin sonuna kadar her 12 haftada bir ve 6 aylık takipte Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. İkincil sonuç ölçütleri Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Young Şema Anketi idi. Tedavinin sonunda 7 hasta (yaklaşık %60) iyileşti veya tatmin edici yanıt verdi. Ortalama HRSD başlangıçta 21,07'den tedavi sonrasında 9,40'a ve takipte 10,75'e düştü. Etkiler büyüktü ve tedavinin kazanımları 6 aylık takipte de devam etti. Sadece bir hasta tedaviyle ilgili olmayan nedenlerden dolayı çalışmayı bıraktı. Kontrol grubunun olmayışı, örneklemin küçük olması ve çoklu temel vaka serisinin olmayışı. Bu ön çalışma, ST'nin kronik depresyon için etkili bir tedavi olarak kullanımını desteklemektedir ( Malogiannis vd., 2014 ).

Kronik depresyon hastalarında bireysel şema terapinin (ST) etkilerini test etmektir. Çoklu başlangıçlı tek vaka serisi tasarımı kullanılarak, kronik majör depresif bozukluğu olan hastalar (N = 25) ilk olarak 6-24 haftalık başlangıç aşamasına girdiler; bu aşama, tedavi uygulanmayan bir kontrol koşulu olarak işlev gördü. Daha sonra hastalar, semptomların ve altta yatan şemaların araştırıldığı 12 haftalık bir araştırma aşamasına başladı; bu aşama bir dikkat kontrol koşulu olarak işlev gördü. Daha sonra hastalara 65 seansa kadar bireysel ST uygulandı. Beck Depresyon Envanteri II (BDI-II) ve Hızlı Depresif Semptomatoloji Envanteri (QIDS) birincil sonuç ölçümleriydi. BDI-II, çalışmanın tüm aşamalarında haftada bir kez değerlendirilerek katılımcı başına ortalama 100 tekrarlanan değerlendirme elde edildi. Müdahale sırasındaki semptomlardaki değişikliği başlangıç ve araştırma kontrol aşamaları sırasındaki semptomlardaki değişikliklerle karşılaştırmak için karma regresyon analizi kullanıldı. Tedavi uygulanmayan kontrol dönemiyle karşılaştırıldığında, müdahalenin depresif belirtiler üzerinde anlamlı, büyük bir etkisi vardı (Cohen's d BDI-II = 1.30; Cohen's d QIDS = 1.22). İkincil sürekli sonuçlar üzerindeki etkiler orta ila büyük düzeydeydi. Bu bulgular sonucunda Şema Terapinin kronik depresyon hastalarında etkili bir tedavi olabileceğine dair kanıt sunmaktadır ( Renner vd., 2016 ).

Yürütülen bir inceleme araştırmasında değişkenler de dahil olmak üzere toplam 9 çalışmada şema terapinin genel etkililiği belirlendi. Psikolojik bozukluklar, depresyon ve kişilik bozukluklarıdır. Etkinliği psikolojik bozukluklarda şema terapi genel olarak incelenerek birkaç grup bozukluk bir arada araştırılmıştır. ( Bakos vd., 2015 )

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyona yönelik etkinliği güçlü bir şekilde desteklenmektedir, ancak bireylerin yüzde elliye yakını tam olarak yanıt vermemektedir. Giderek artan sayıda araştırma, Şema Terapinin (ST) zor ve köklü problemler için etkili bir tedavi olduğunu ve bu nedenle depresyon için de etkili bir terapi olabileceğini gösteriyor. Bu randomize klinik çalışmada BDT ve ST'nin depresyon üzerindeki karşılaştırmalı etkinliği incelenmiştir. Majör depresyonu olan 100 katılımcıya 6 ay boyunca haftalık bilişsel davranışçı terapi veya şema terapi seansları, ardından 6 ay boyunca aylık terapi seansları uygulandı. Temel sonuçlar, haftalık ve aylık terapi seanslarının yanı sıra remisyon ve iyileşme oranlarının karşılaştırılmasıydı. Ek analizler, kronik depresyon ve eşlik eden kişilik bozuklukları olanların sonuçlarını incelenmiştir. Depresyon

tedavisinde ST, BDT'den anlamlı derecede daha iyi (veya daha kötü) değildi. Terapiler tüm temel sonuçlar üzerinde karşılaştırılabilir etkinliğe sahipti. Kronik depresyonu ya da eşlik eden kişilik bozuklukları olanlar için farklı tedavi etkileri yoktu. Bu ön araştırma, Şema Terapinin depresyon için etkili bir alternatif tedavi sağlayabileceğini göstermektedir ( Carter vd., 2013 ).

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresyon bireyin hayattan zevk alma, mutlu olma, tatmin edici zevklerden geri kalma olarak yetilerini geçici olarak kaybettiği, duygu-durumu, bedeni, fikirleri, düşünceleri ve zihni hastalıklı bir duruma getiren psikiyatrik bozukluktur. Kelime anlamı çökkün-duygu durum, bıkkınlıktır. Mental durumun çöktüğünü ifade etmek için de bu kelime kullanılmaktadır. Majör Depresif Bozukluk ise depresyon ile aynı anlama gelmesine karşın depresif semptomların gün boyu sürdüğü, 2 haftayı aşkın bir süreç kadar devam ettiği ve bireyin işlevselliğini ileri seviyede azalttığı durumdur. Depresyon en yaygın ruhsal rahatsızlıklardan birisidir. Her yaş grubunda görülebilmektedir. En sık 25-44 yaş aralığında rastlanır. Depresyon şiddeti ve süreci kişiden kişiye farklılıklar gösterebileceği gibi kadınlarda daha sık rastlanan bir psikiyatrik bozukluktur. Depresyon/Majör Depresif Bozukluk 50 yaşın üzerinde görülme olasılığında ölüm riskini dört kat artırır. Toplum içerisinde yaklaşık olarak her 5 kişiden birinde terapi ve tedavi gerektiren düzeyde ruhsal bozukluklar saptanabilir olmakla beraber bu bozukluğun çoğu zaman depresyon olması; depresyonun yaygınlığı ile alakalı olarak en büyük bulgulardan birisidir. Depresyonun gündelik etkileri ilgi, arzu ve hevesle yapabilme ve yaşamdan tat almanın yerini üzüntü, mutsuzluk, isteksiz olma, karamsarlığa kapılma, umutsuz olma ve suçluluk duyma gibi duyguların yer almasıdır. Depresyonun önem arz etmesinin sebepleri ise şu şekilde sıralanmaktadır; Bireyde ekonomik, mesleki ve eğitim hayatında kayıplara yol açmada, kişiler arası iletişimin bozulmasına, alkol/madde kullanımına yönelik artış kişiyi sıklıkla depresyona sevk eder. Birincil depresyon atakları genellikle maddi problemler, işsizlik, işlevsiz hissetme, boşanma ya da kayıp sonu psikososyal değişimlerle tetiklenmektedir. Ülkemizde ruhsal problemler ilk olarak psikosomatik yakınmalarla açıklanır. Ruhsal problemleri olan hastaların birçoğu tedavi amacıyla ilk olarak birincil basamağa başvurmaktadır. Birincil basamakta tedavi edilmeden psikiyatri servisi/psikoloğa gitmesi önerisinde bulunulan her beş hastadan yalnızca birinin bu öneriyi dikkate aldığı gözlemlenmiştir. Depresyonda çevre, kültürel faktörler ve bir takım psikososyal etkenlerin etkileri dışında kalıtımsal etkenlerde oldukça önemli bir husustur. Ailede depresyon geçmişi ve ailevi yükümlülüğü olan bireylerde depresyon 1.5/3 kat daha fazla görülmektedir. Yaşlı nüfusta ise 65 yaş üzeri en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Yaşlı nüfusun %10-15'inde anlamlı şekilde depresif belirtiler vardır. Depresyonda intihar riski de oldukça yüksektir %15.

İntihar vakalarında % 40-50' gibi bir kümede, henüz tanı konmamış veya da yetersiz tedavi edilmiş depresif bozukluk bulgularına rastlanmaktadır. Bu oranlar göz önünde bulundurulduğunda genç yaş sınıflandırmasında intiharla sonuçlanma gittikçe artış gösterirken yaşlı ve kadın bireylerde paralel azalma göstermektedir. Öz-kıyım düşünceleri ve isteği epizodundan önce, bireylerin %50-60'ının birinci basamak hekimini ziyaret ettikleri tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalar sonucunda depresyonun tanı konma aşaması, tedaviye başlama süreci ve de

tedavi uygulama süreçlerinde erken tanı ve tedavi önemli bir husustur.

Depresyon tanısı almış ve yaşayan bireylerin tedavisinde hem psikolojik hem tedavinin hem de farmakolojik tedavinin etkili olduğu görülmüştür. Depresyon sıklıkla belirli yaş gruplarında görülmesine karşın yaşanan psikososyal değişiklikler ve kayıplar sonucunda her iki cinsiyet ile yaş gruplarında görülme oranı eş değer düzeyde olması göz önünde bulundurulmalıdır. Bu etkilerin iyileştirilmesi ve ortadan kaldırılabilmesi adına bir takım terapi ekolleri mevcuttur. Uygulanan Terapi yöntemlerinden birisi de Şema Terapidir (ST).

Şema terapi birçok gelişim modelini ve psikoterapi ekolünü işlevsel bir biçimde bir araya getirmiş olan bütüncül bir terapi modelidir. Bütüncül yapı içinde; davranışsal, bilişsel psikodinamik, bağlanma ve gestalt modelleridir (gestalt; bilişsel süreçler içerisinde özellikle ‘algı’ ve ‘algısal örgütlenme’ kavramlarında yoğunlaşmış psikoloji teoremi). Şema Terapi bireyin ve problemlerini anlamaya çalışan ve bu problemlere çözüm odaklı yaklaşan, çok geniş bir bakış açısı sunan bir terapi yöntemidir. Terapi sürecinde davranış ve düşünce sistemlerini hayati düzeyde kabul görür, ayrıca duygulanımsal değişimler, deneysel yöntemler ve terapi ilişkisine de aynı şekilde yoğunlaşmaktadır. Şema Terapi insani bir yaklaşım olmasının beraberinde psikiyatrik rahatsızlıkları patolojileştirmek yerine normalleştirmektedir. Ona göre her bireyin şeması (psikolojik problemlere alt yağı sağlayan yapısı), baş etme şekilleri (şemalarla baş etme yöntemleri) ve modları (pek çok şema ve başa çıkma sisteminden oluşan yapıları) mevcuttur. Şema Terapinin uygulanması iki aşamada incelenmektedir. Birincil aşamada danışana şema terapi hakkında bilgi verilir. İletişim, form veya da duygusal yöntemler aracılığı ile bireydeki şemalar ve bireyin bunlarla baş etme tekniği saptanır. İkincil aşamada ise bilişsel, eylemsel, duygulanımsal ve terapötik ilişkinin var olduğu yöntemler kullanılarak bireyde var olan şemalar uzun vade de incelenir. Bu süreçte bireyin şemaları terapist ile beraber sorgulanır ve önceden yaptığı hala da yapıyor olduğu fikir yanlışları üzerinde incelenir. Geçmiş ile bugün arasında birleştirme oluşturulur ve bireyin yeni veriler sonucunda geçmiş yaşamını anlamlandırması sağlanır. Bireyin farkındalığında artış oldukça, birey tecrübeleriyle alakalı olarak geçmişindeki benliği ile arasını düzelttikçe erken dönem uyum bozan şemaların etkisi azalmaktadır.

Bulunan 6 çalışmanın sonuçlarına bakıldığında Şema Terapinin (ST) depresyon semptomlarının azalmasında, ortadan kalkmasına ve iyileştirilmesinde etkili bir terapi yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır. Şema Terapinin semptomlarında, diğer yöntemler ile eş değer ve bazı çalışmalarda anlamlı bir farkla daha hızlı iyileştirme sağladığı düşünülmektedir. Ülkemizde Şema Terapi kullanımı yaygındır. Avrupa ülkelerinde ki çalışmalara baktığımızda ise depresyon ile alakalı çalışmalar, klinik gözlemlerle depresyon ile alakalı bozukluklar oldukça yaygındır. Literatüre bakıldığında Türkiye’de Depresyon ve Şema Terapi için yeterli sayıda ve geniş çapta çalışma yapılmadığı gözlemlenmiştir. Ülkemizde Şema Terapi ve Depresyon ile alakalı çalışmalar daha fazla incelenip, yapıp Şema Terapinin günümüzdeki kullanımından daha yaygın hale getirilebilir. Klisinyenler, psikoterapistlerde Şema Terapisini kullanarak hastalarda Depresyon semptomlarını, hızlı ve etkili bir şekilde iyileştirici etkisi olduğunu düşünebilmektedir.



**KAYNAKÇA**

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Adasal, Rasim, Modern Normal ve Medikal Psikolojik, A.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, No: 279, 2. baskı, Ankara 1973.

Akiskal HS., (2000). Mood disorders. Introduction and overview. In: BJ Sadock, VA Sadock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins 2000; 1284-98.

Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ... & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International journal of methods in psychiatric research, 12(1), 3-21.

Armaner, Neda, Din Psikolojisi, Ankara 1979.

Aşkın, R., Depresyon El Kitabı, Atlas Kitabevi, Konya 1994. Davidoff, Linda L, Introduction The Psychology, Second Edt., McGraw-Hill, Inc., London 1981.

Aydemir Ö., Ergün H., Soygür H., Kesebir S., Tulunay C. (2009) Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. Türk Psikiyatri Derg., 20205-2012.

Barrett M.S., Barber J.P., (2007) Interpersonal profiles in major depressive disorder. J. Clin Psychol, 63:247-266.

Beck A.T., (1964). Thinking and depression II: theory and therapy. Arch Gen Psychiatry, 10:561-571.

Beck A.T., (1967). Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York, Harper & Row.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.E., Emery G., (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford Press.

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

Beck A.T., (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry, 62:953-957.

Burke L., (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*, 15:243–255. Cain D.J., Seeman J., (2002). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington DC, American Psychological Association.

Carter J.D., McIntosh V.V., Jordan J., Porter R.J., Frampton C.M., Joyce P.R., (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*, 151:500-505

Cimilli C.,( 2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygu durumu bozuklukları-4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara; 157-68.*

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

Kaya B., Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):11-20.

Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.

Cooper M.J., Rose K.S., Turner H., (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *Int J., Eat Disord*, 38:60-64.

Corey M.S., Corey G., Corey C., (2013). *Groups: Process and Practice*. Boston, MA, Cengage Learning.

DeRubeis R.J., Gelfand L.A., Tang T.Z., Simons A.D., (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J. Psychiatry*, 166:1007-1013.

Egli S., Frieß E., Graf P., Höhn D., Kopf-Beck J., Rein M.L., et al. *Schematherapie bei Depressionen: ein Behandlungskonzept für das (teil) stationäre Setting*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2019.

Forman E.M., Herbert J.D., Moitra E., Yeomans P.D., Geller P.A., (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*, 31:772-799.

Gheisari M., (2016). The effectiveness of schema therapy integrated with neurological rehabilitation methods to improve executive functions in patients with chronic depression. *Health Science Journal*, 10:14.

Gingerich W.J., Peterson L.T., (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Res Soc Work Pract*, 23:266-283.

Hashemi R., Darvishzadeh K., (2016). Effectiveness of group schema therapy in reducing the symptoms of major depression in a sample of women. *Asian Soc Sci*, 12:232-238.

Heilemann M.V., Pieters H.C., Kehoe P., Yang Q., (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*, 42: 473-480.

Hofmann S.G., Sawyer A.T., Witt A.A., Oh D., (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A metaanalytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78:169-183.

James I.A., Southam L., Blackburn I.M., (2004). Schemas revisited. *Clin PsycholPsychother*, 11:369–377.

Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H., (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45:65-74.

Kaya B., Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):11-20.

Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.

Kim J.S., (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. *Res Soc Work Pract*, 18: 107-116. Leichsenring F., Rabung S., (2008).Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300:1551- 1565.

Klerman G.L., Dimascio A., Weissman M., Prusoff B., Paykel E.S., (1974). Interpersonal and social rhythm therapy: treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J. Psychiatry*, 131:186–191.

Malogiannis I.A., Arntz A., Spyropoulou A., Tsartsara E., Aggeli A., Karveli S. et al.,(2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *J. Behav Ther ExpPsychiatry*, 45:319-329.

Masley S.A., Gillanders D.T., Simpson S.G., Taylor M.A., (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cogn Behav Ther*, 41:185-202.

McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 33-43.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.

Öztürk M.O., Uluşahin A., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015.

Rahman A., Malik A., Sikander S., Roberts C., Creed F., (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 372:902- 909.

Rashidi Z., Rasooli A., (2015). Effectiveness of therapeutic schema on reducing the anxiety and depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5:279-285.

Renner F., Arntz A., Leeuw I., Huibers M., (2013).

Renner F., Lobbestael J., Peeters F., Arntz A., Huibers M., (2012).

Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*, 136:581–590.

Rihmer Z, Angst J. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi, 1575-1582.

Rogers J.C., (1994). Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety and depression? *Arch Fam Med*, 3:1093-1098.

Rudy D., Grusec J.E., (2006). Authoritarian parenting in individualist and collectivist groups: associations with maternal emotion and cognition and children's self-esteem. *J. Fam Psychol*, 20: 68-78.

Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P., Kaplan & Sadock, *Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. 11. baskı. Bozkurt A, editör. Ankara: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2016. 347– 349.

Sarasota F.L., Professional Resource Press. Young J.E., Klosko J., Weishaar M.E., (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY, Guilford Press Wegener I, Alfter S., Geiser F., Liedtke R., Conrad R., (2013). Schema change without schema therapy: The role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76:1-17.

Sayar K., Ak. İ. Depresyon ve Kültür. *İbni Sina Tıp Dergisi* 6. 2001:56-9.

Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *J. Behav Ther Exp. Psychiatry*, 51:66-73.

Shah R., Waller G., (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *J. Nerv Ment. Dis.*, 188:19-25.

Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20:166-180. Renner F., Arntz A., Peeters F.P., Lobbestael J., Huibers M.J., (2016).

Uher R., Payne J.L., Pavlova B., Perlis R.H., Major Depressive Disorder in DSM- 5: Implications for Clinical Practice and Research of Changes from DSM- 4. *Depression and Anxiety*. 2014;31(6):459-71.

Üstün T.B., Ayuso-Mateos J.L., Chatterji S., Mathers C., Murray C., Global Burden of Depressive Disorders in the Year, 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 2004;184.

Vreeswijk M.V., Spinhoven P., Eurelings-Bontekoe E.H.M., Broersen J., (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following

Short-term schema cognitive-behavioural group therapy: a naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clin Psychol Psychother*, 21:29-38.

Young J.E., (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL, Professional Resource Press.

Young J.E., Klosko J., Weishaar M.E., (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY, Guilford Press.