



Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi

2023, 6(2): 279-292.

DOI: [10.26677/TR1010.2023.1183](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1183)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



ARAŞTIRMA MAKALESİ

Majör Depresif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu

Esra KARACA, Yüksek Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC, e-posta: psk.esrakaraca@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9343-3731>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta: meryem.karaaziz@neu.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Öz

Bu vakada, DSM-5 kriterlerince, duygu durum bozukluklarından olan 'Majör Depresif Bozukluk' semptomları gösteren 39 yaşında olan kadın danışana bilişsel davranışçı terapi teknikleri uygulanarak tedavi gerçekleştirilmiştir. Danışan ilk olarak kendisini büyüten ablasının evlenmesiyle, bozukluğun semptomlarını göstermeye başlamıştır. Sonrasında platonik aşkı evlendiği için intihar girişimi olmuştur. Ve psikiyatri servisine yatırılmıştır. Serviste gördüğü tedavi sonrası eski işlevsel yaşantısına dönmüştür. Ancak yaklaşık 8 aydır eşi ve kızı ile yaşadığı sorunlardan ötürü tekrar majör depresif bozukluk semptomları göstermeye başlamıştır. Eşi ve kızı ile yaşadığı problemlerin üstesinden gelmek için onlarla etkili iletişim kurmaya çalışmıştır. Ancak bir düzelme olmadığını düşündüğü için ne zaman üzgün hissetse yemek yeme davranışları göstermiştir. Danışan psikolojik destek için başvurduğunda ilk etapta psikoeğitim yapılmıştır. Sonrasında ise psikolojik test 'Tematik Algı Testi' ve bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılarak, danışanın bilişlerine ve davranışlarına müdahalede bulunulmuştur. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri, depresif bozukluklar üstünde oldukça işlevsel bir terapi yöntemidir. Bu sebeple majör depresif bozukluğu olan danışanın bilişsel davranışçı terapi teknikleri ile iyi oluşuna katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Majör Depresif Bozukluk, Tematik Algı Testi.

Makale Gönderme Tarihi: 29.12.2022

Makale Kabul Tarihi: 09.02.2023

Önerilen Atıf:

Karaca, E. ve Karaaziz, M. (2023). Majör Depresif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2): 279-292.



Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences

2023, 6(2): 279-292. DOI:[10.26677/TR1010.2023.1183](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1183)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



RESEARCH PAPER

Treatment of Major Depressive Disorder with Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report

Esra KARACA, MSc. Student, Yakın Doğu University, Institute of Social Sciences, Nicosia, TRNC,

e-mail: psk.esrakaraca@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9343-3731>

Associate Prof. Dr. Meryem KARAAZİZ, Yakın Doğu University, Faculty of Arts and Sciences,
Nicosia, TRNC, e-mail: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Abstract

In this case, a 39-year-old female client with symptoms of 'Major Depressive Disorder', which is one of the mood disorders, was treated by applying cognitive behavioral therapy techniques according to DSM-5 criteria. The client first started to show symptoms of the disorder with the marriage of her older sister. Afterwards, she attempted suicide because her platonic love got married and was admitted to the psychiatry service. She returned to her old functional life after the treatment she received in the service. However, due to the problems she had with her husband and daughter for about 8 months, she started to show symptoms of major depressive disorder again. She tried to communicate effectively with them to overcome the problems she had. However, she showed eating behaviors whenever she felt sad because she thought that there was no improvement. When the client applied for psychological support, psychoeducation was done in the first place. Afterwards, the cognitions and behaviors of the client were intervened by using the psychological test 'Thematic Perception Test' and cognitive behavioral therapy techniques. Cognitive behavioral therapy techniques are a highly functional therapy method on depressive disorders. For this reason, it is aimed to contribute to the well-being of the client with major depressive disorder with cognitive behavioral therapy techniques.

Keywords: Cognitive Behaviour Therapy, Major Depressive Disorder, Thematic Perception Test.

Received: 29.12.2022

Accepted: 09.02.2023

Suggested Citation:

Karaca, E. and Karaaziz, M. (2023). Treatment of Major Depressive Disorder with Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(2): 279-292.

GİRİŞ

Mutsuz hissetmek, hayatın olağan akışında insanların deneyimlediği olası bir durumdur. Ancak hissedilen mutsuzluk hali kısa süreli değilse, bireyin sürdürdüğü yaşam şartları ile orantısızsa veya bireyin kontrol edemediği bir boyuta ulaşmış ise mutsuz duygudurum ile ilgili belirtilerin varlığından söz edilebilir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Duygudurum bozuklukları arasında majör depresif bozukluk (MDB), toplumda nadir olarak gözlemlenmeyen, yaygınlık oranı diğer bozukluklara göre görece fazla olan bir bozukluktur (Aliyev, 2020). ‘Depresyon’ kavramı, bireyin pek çok alanda işlevselliğini etkileyen (iş, aile, arkadaşlık), çökkün bir duygudurum ve mutsuzluk kavramları ile açıklanabilir. Bireyin herhangi bir yaşam evresinde ortaya çıkabilir. Nüks etme oranı fazla olan bir duygudurum bozukluğudur (Özgüç, 2020).

Majör depresif bozukluğun, DSM-5 (psikolojik rahatsızlıklar tanı kitabı) ölçütlerine göre belirtileri; mutsuz duygudurum, bilişlerde bozulmalar, bireyin uyku süreçlerinde bozulmalar, öz kıyım fikirleri, günlük hayatında severek yaptığı aktivitelerden eskisi gibi mutlu olamama (anhedoni), değersizlik düşünceleri, iştahta bozulmalar (kilo alma-kilo verme), günlük hayatında yapacağı aktivitelere karşı enerji azlığı şeklindedir (APA, 2013). Bireylerin, majör depresif bozukluk tanısı almaları için sayılan belirtilerin 5’inin bireyde minimum 14 gün gözlemlenmesi ve aynı zamanda günlük hayatında severek yaptığı aktivitelerden eskisi gibi mutlu olamama (anhedoni) veya mutsuz duygudurum kriterlerinden 1’inin bulunması gerekmektedir. Birey tanı kriterlerinden, kendinde hangilerinin olduğu belirtebilmeli ya da bireyde var olan bu kriterler, bireyin çevresindeki kişiler tarafından gözlemlenebilmelidir (Eser, 2019).

YAYGINLIK

Depresif bozukluk, evrensel anlamda çok sık gözlemlenen bir bozukluktur (Mete, 2008). Dünya Sağlık Örgütü’nün, yürüttüğü bir araştırmada Türkiye’de depresif bozukluk tanısı almış kişilerin %4.4 oranında olduğunu saptamıştır. Majör depresif bozukluğun (MDB), evrensel boyutta cinsiyetler arası yaygınlık oranının değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, cinsiyetler arası majör depresif bozukluk tanısı alma sıklığını araştırdığı çalışmasında kadınların iki katı daha fazla MDB tanısı aldığını saptamıştır (Who, 2017).

Gelişmekte olan ülkelerde majör depresif bozukluğun yaygınlık oranının %9 olduğu saptanmıştır. Gelişmiş olan ülkelerde ise bu oran %18 olarak belirlenmiştir. Oranların farklılık göstermesinin sebebinin birden fazla faktör ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler; majör depresif bozukluk bağlamında düşünüldüğünde, bireylerin tanılanma sürecinin geçerliliğinin ülkeden ülkeye farklılık göstermesi, gen farklılıkları ve kültürel etkenlerdir (Gruje vd., akt. Aliyev, 2020).

ETİYOLOJİ

Depresif bozukluğun nedenlerini anlamak amacıyla yürütülen araştırmalar uzak bir geçmişe dayanmaktadır ve bu bağlamda pek çok çalışma yürütülmüştür. Ancak depresyonun nedenlerine ilişkin kesin bir sonuç bulunamamıştır (Torun, 2019). Literatür çalışmaları incelendiğinde majör depresif bozukluğun, bireyde oluşmasına birden fazla etmenin sebep olabildiği saptanmıştır. Söz konusu olan etmenler; genetik, biyolojik, psiko-sosyal etmenlerdir. Bu etmenler, bireyde gösterdikleri etki bağlamında aynı özellikleri göstermeseler de birbirlerinden ayrı olarak düşünülemezler. Farklı alanlardan bireylerin yaşamlarını şekillendirmektedirler (Coşar, 2005; akt. İmert, 2018). Bireylerde majör depresif bozukluğun oluşmasının biyolojik nedenleri ile alakalı yürütülen çalışmalarda, nörotransmitterler üstünde durulmuştur. Nörotransmitterlerin birbirileri ile iletişimlerinin ve işlevlerinin bozulması

kaynaklı olarak depresif bozukluğu tetikleyebileceğini gözlemlemişlerdir. Bu bağlamda serotonin üstünde en çok durulan nörotransmitterdir (Tamam ve Zeren, 2002). Yürütülen araştırmalarda tıpkı fizyolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi psikolojik rahatsızlıklarda da gen aktarımının etkin bir rolü vardır. Majör depresif bozukluğun bireylerde oluşmasının genetik rolüne bakıldığında depresif bozukluk ile tanılanmış hastanın, birinci kuşaktan akrabalarının da depresif bozukluk tanısı alma olasılığının toplumun geri kalanına kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır (Ünal ve Özcan, 2000). Aaron Beck'e göre çocukluk çağında edinilen tecrübeler sonucu şemalar oluşum göstermektedir. Oluşan bu şemalar inanış ve düşünüş şekillerinin temellenmesine sebep olmaktadır. Bireyler temelde, günlük yaşamlarında yaptıkları eylemlerin pek çoğuna var olan şemaları doğrultusunda yön verirler. Şemalara etki eden negatif etkenler majör depresif bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (İmert, 2018).

KURAMSAL BOYUT

Psikodinamik Kuram

Freud, depresyonun psikodinamik kuramı üstünde çalışmıştır. Bu kurama göre bebek doğumundan 1 yaşına kadar olan süreçte annesi ile düzenli etkileşim kuramazsa, hayatının ileri gelişim evrelerinde depresyon gibi bir patolojisinin olabileceğini ileri sürmüştür (Lusen vd., akt. Akgüç, 2013). Bireyin ileri gelişim evrelerinde karşı karşıya kalacağı kayıplar (kaybetme düşünceleri dahil) bireyde depresif belirtilerin gözlemlenmesine sebep olabilmektedir. Depresif bozukluğa eğilimli bireyler oral bağımlı bireylerdir ve sürekli olarak bu dürtülerini doyurmak isterler. Yaşamlarını sürdürdükleri sosyal çevrelerinde ilgi odağı olmadıklarında ya da sevgiyi yeterli şekilde hissetmediklerinde depresif belirtiler gösterebilmektedirler (Çevik ve Vokan, akt., Buturak, 2006).

Davranışçı Kuram

Martin Seligman, bireylerin depresif bozukluk geliştirmesini öğrenilmiş çaresizlik kuramı ile temellendirmiştir. Bu kurama göre, bireylerin erken yaşam dönemlerinden (bebeklik- çocukluk) süregelen çaresizlik hissi ile başa çıkma girişimlerinin olumsuz olarak sonuçlanması ve bu sonucun farkındalığında olmaları, bireylerin negatif durumlarla karşı karşıya geldiklerinde "Ne de olsa üstesinden gelemem" düşüncesi ile var olan durum ile başa çıkmayıp depresif belirtiler göstermeleridir (Lusen akt., Tosun, 2011).

Bilişsel Kuram

Beck'e göre, bireyin depresif bozukluk geliştirmesinde en etkin sorunlar, bilişlerdeki sorunlardır (Dykman akt., Aydın, 2018). Beck, depresif bozukluğu bilişsel kuramına göre üç başlıkta şekillendirmiştir. Bu başlıklardan ilki bilişsel üçlüdür. Buna göre bireyin benliği ile ilgili negatif bakışı, bireyin yaşamını sürdürdüğü ya da deneyimlediği durumları negatif bir şekilde özetlemesi ve aynı zamanda geleceğinde yaşayacağı durumlara negatif bir düşünce ile bakması olarak açıklanabilir. Bilişsel kurama göre ikinci başlık 'şemalardır'. Buna göre depresif bozukluğu olan kişinin yaşamında olumlu olarak değerlendirilebileceği olayların olmasına rağmen bireyin olayların zıttı şekilde değerlendirmesidir. Üçüncü başlık 'bilişsel hatalar'. Buna göre, depresyondaki bireyin düşünüş şeklinde sistematik yanlışların, aksi kanıtlar olmasına rağmen, bireyin negatif düşünceleri üstünde ısrarlı olmasıdır (Arkar akt. Torun, 2019).

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Majör depresif bozukluk, bireyde minimum 14 gün gözlemlenen; mutsuz duygudurum, bilişlerde bozulmalar, bireyin uyku süreçlerinde bozulmalar, öz kıyım fikirleri, günlük hayatında severek yaptığı aktivitelerden eskisi gibi mutlu olamama (anhedoni), değersizlik düşünceleri, iştahta bozulmalar (kilo alma-kilo verme), günlük hayatında yapacağı aktivitelere karşı enerji azlığı şeklinde olan semptomlar ile karakterizedir. Majör depresif bozukluk, bireylerde yeti yitimine de sebep olmaktadır. Yıkıcı bir bozukluktur (APA, 2013). Yaygınlık oranı yüksek olan ve tanımlanması uzak bir geçmişe dayanan bir duygudurum bozukluğudur (Karamustafaloğlu ve Yavuz, 2011).

Majör depresif bozukluk (MDB), depresif bozukluklar içinde en çok çalışma yapılan bozukluklardan biridir. Cinsiyetler arası karşılaştırmaya bakıldığında kadınların %10-25 erkeklerin ise % 5-12 oranında MDB'ye yakalanma riski olduğu bildirilmiştir (Köroğlu, 2004). Bireylerin iş, aile ve arkadaş çevresi ile olan etkileşiminde işlevselliğini etki edip, tüm bunlarla birlikte hayat kalitesini negatif anlamda değiştiren bir bozukluk olup maddi anlamda kayıplara neden olmaktadır. Maddi kayıpları en az indirmek için bireylerin hastalıktan kendilerini korumaları, eski işlevsel yaşantıya dönmek için bireye uygun tedavinin seçilmesi önemli olan bir noktadır (Tamam, Karaytuğ ve Namlı, 2012). Depresyonun tedavisinde, günümüzde çeşitli terapiler ve ilaçlar kullanılmaktadır. Bununla birlikte uygulanan bir başka yöntem Elektrokonvülsif tedavi de depresyonu tedavi etmekte uygulanan bir tedavi çeşididir. Depresyonun nedenleri, semptomların her bireyde aynı şekilde gözlemlenmemesi, bireylerin uygulanan tedavi yöntemlerine farklı yanıtlar vermesi bakımından uygulanan tek çeşit terapi yönteminin, bozukluğun semptomlarını hafifletmekte yeterli olmayacağı söylenebilir (Yılmaz, 2021). Psikoterapotik tedavilerde, kişiler arası ve psikodinamik terapiler, bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli terapi ekolleri kullanılmaktadır. Psikofarmakolojik açıdan tedavi yöntemlerinde ise çeşitli antidepresanlar kullanılmaktadır. Başarı oranı daha yüksek tedavi yöntemleri için çalışmalar yapılmaktadır (Aydın, 2013).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ve MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

1980'li yıllarda iki farklı alanda gelişme gösteren 'bilişsel terapi' ve 'davranışçı terapi' birbiri içine geçmeye başlamıştır. Bu hareketin öncüleri Albert Ellis ve Aaron Temkin Beck olmuştur. (Türkçapar, 2008). Bilişsel davranışçı terapinin temel varsayımı şu şekildedir: 'Düşünceler, duyguları oluşturur, duygular da davranışlarımızı şekillendirir. Tedavi yöntemleri; problem çözme becerilerini, bilişsel ve davranışsal teknikleri kapsar. (Özcan ve Çelik, 2017). BDT, depresyonun tedavisinde sıklıkla kullanılan terapi çeşididir (Gökdağ ve Sütcü, 2016). Beck, depresif bozukluk için yürüttüğü klinik çalışmalarında, bireylerin düşünce yapılarına odaklanıp, bu düşünce yapılarındaki çarpıklıkları revize ederek tedavi sağlanabileceğini öne sürmüştür (Özdel, 2015).

Bu olgu sunumunda, 39 yaşında olan, DSM-5 tanı kriterlerine (APA, 2013) göre Majör depresif bozukluk belirtileri gösteren kadın danışana, bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılarak her biri 40 dakika süren toplam 9 seans yapılmıştır. Tüm terapi süreci boyunca, uygulanan teknikler aracılığı ile danışanın eski işlevsel yaşantısına dönmeye hedeflenmiştir. Danışanın yaşadığı problemlerin sınırları içinde (Majör Depresif Bozukluk), yapılan müdahaleler, uygulanan test (Tematik Algı Testi 'T.A.T') ve formülasyonlar olgu sunumuna aktarılarak, bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ile süreci ayrıntılandırarak literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir. Danışanın kimlik bilgileri gizli tutulmuştur. Aktarımı yapılan bilgiler sadece literatüre katkı amacıyla ayrıntılandırılmıştır. Ayrıntılandırılan tüm bilgiler danışanın rızası dahilinde verilmiştir.

OLGU

Danışan (F.G), 39 yaşındadır. Plansız ve istenmeyen bir bebek olduğunu belirtmiştir. Annesinin, F.G'ye hamile olduğu süreçte, babasının doğumun gerçekleşmesini istemediğini ve annesine F.G'yi aldırması yönünde baskı kurduğunu belirtmiştir. Ancak kürtaj olunabilen süre geçtiğini için, F.G normal doğum ile dünyaya gelmiştir. F.G'nin annesi, hamilelik sürecinde fizyolojik ya da duygusal anlamda herhangi bir problem yaşamamıştır. F.G, 4 çocuklu bir ailenin son kız çocuğudur. İki ablası ve bir ağabeyi vardır. F.G, annesi, babası, kardeşleri ve babaannesi ile aynı evde yaşamıştır. Doğduğu günden itibaren aynı mahallede yaşamaktadır. F.G'nin bakımını annesi ve babası çalıştığı için ablası üstlenmiştir. . F.G, ana sınıfına gitmemiştir. Direkt olarak 1. sınıftan başlamıştır. İlkokul' a ilk başladığı zamanlar ailesinden ayrılmakta güçlük çekmemiştir. Sınıf ortamına çabuk uyum sağladığını belirtmiştir. F.G, ergenlik dönemini problemlili bir dönem olarak tanımlamıştır. F.G'nin ergenlik dönemini yaşadığı süreçte ergenlik ile alakalı ebeveynlerin bilgisiz oluşundan yakınmıştır. Bu yakınmanın sebebi ise ergenlik döneminde okulu bırakmış olmasıdır. Eğer ergenliğini günümüzde yaşamış olsaydı okulu asla bırakmayacağını düşünmektedir. F.G Anadolu Öğretmen Lisesini kazanmıştır. En büyük idealinin ise Edebiyat öğretmeni olmak veya hâkim olmak, olduğunu söylemiştir. Ancak ergenlik döneminde her şeyin alt üst olduğunu düşünmektedir. Bu süreçte F.G'yi büyüten ablası H.A, evlenip İstanbul'a taşınmıştır. Ablasının evlenip uzak bir şehre yerleşmesi F.G'nin yaşantısı olumsuz etkilemiştir. Kendini yalnız hissetmeye ilk bu zamanlarda başlamıştır. Liseye başladığı ilk zamanlar korktuğunu belirtmiştir. Okula gittiğinde gözlerinin hep ablasını aradığını, ona okulda bir şey olursa ablası H.A'nın, kendisi her şeyden ve herkesten koruyacağını düşündüğünü belirtmiştir. Artık ablam da yok diye düşünmeye başlamıştır. Bu sebepten ötürü yaklaşık 9 gün konuşamamıştır. Ailesi bu durumu inançları doğrultusunda yorumlamıştır ve F.G'ye faydalı olabileceğini düşündükleri için onu İmam'a götürmüşlerdir. F.G o günleri yorumladığında; 'Belki de beni o gün imama götürceklerine hastaneye götürselerdi bu durumda olmazdım.' yorumunu yapmıştır. F.G, 9 gün sonra konuşmaya başladığında artık okula gitmek istemediğini söylemiştir. Annesi, okula dönmesi için çok uğraşmıştır ancak F.G kararında ısrarcı olmuştur. Eğer devam ederse, herkesin kendisiyle alay edeceğini, derslerinde başarısız olursa annesiyle arasının açılacağını düşündüğü için devam etmek istememiştir. Hazırlık sınıfında okulu bırakmıştır. F.G, ilk aşkını platonik yaşadığını söylemiştir ve platonik aşkı nişanlandığı süreçte F.G'nin bir intihar girişimi olmuştur. Sonrasında psikiyatri servisine yatırılmıştır. Olaydan bir müddet zaman geçtikten sonra kendisini toparlaması gerektiğini düşünmeye başlamıştır. Bu süreçte görücü usulü ile şimdiki eşi olan T.G ile tanışmıştır. Tanıştıktan sonra yaklaşık 10 ay içinde evlenmişlerdir. İlk etapta istemediğini belirtse de T.G ile evlilik yolunda adım atmıştır. Evlilikten önceki süreçte eşini pek tanımadığını ve '20 yıllık eşim hala pek tanımıyorum, asla kimse aklımdan geçeni bilmez.' demiştir. Eşi T.G ile arasında 6 yaş vardır. F.G, eşinin de bu evliliği sırf yaşı geldiği için (evlenmiş olmak için) yaptığını düşünmektedir. Eşiyle tamamen zıt karakterler olduğunu belirtmiştir. Eşinin sohbet etmeyi sevmediğini, halledilecek bir problem olduğunda çok sorumluluk almadığını belirtmiştir. Problemleri nasıl çözdüğü sorulduğunda ise 'Problem çözme yeteneği yoktur.' cevabını vermiştir. Evlendikten bir yıl sonra bir kız çocukları olmuştur. F.G, çocuğu N.G'yi doğurduğu süreç içi tamamen bilinçsiz olduğunu söylemiş ve 'Şimdiki aklım olsa çocuk doğurmazdım ve bu evliliğin çocuğu hak ettiğine inanmazdım.' demiştir. F.G, eşiyile yoğun tartışmaları sonucu yoğun bir yemek yeme isteği olduğunu belirtmiştir. Aldığı kilolar sonrasında eskisi kadar dışarı çıkmak istemediğini, komşuları ile vakit geçirmeyi eskisi kadar sevmediğini belirtmiştir. Bunun sebebi olarak da herkesin aldığı kilolar sonucu onun hakkında konuştuğunu düşünmesidir. F.G'nin, evindeki huzursuz ortam uyku süreçlerinde de bozulmalara sebep olmuştur. Uykuya dalmakta güçlük çekmekte ve bu duruma paralel olarak gün içinde dikkatini toplamakta güçlük yaşamaktadır. Dikkatini toplamakta güçlük çektiği için önceden yapmayı çok sevdiği el işlerini yaparken sürekli hata yapıp baştan

başladığı için artık yapmayı bırakmıştır. Tartışmalar sık yaşandığı için kendini mutsuz hissettiği ve bu halin kızıyla olan iletişimine yansındığını düşünmektedir. Kızının isteklerine karşı duyarsız kalmadığını ancak kızı N.G'ye iyi bir anne olamadığını belirtmiştir. Bu durumu 'N.G, hareketli bir çocuk. Yaşı gereği yapmak istediği aktiviteler var. Ancak benim bu aktiviteleri yapacak havam çoğunlukla yok. Kızımla tabii ki vakit geçirmek istiyorum. Ama çoğunlukla bu gücü kendimde bulamıyorum.' olarak açıklamıştır

TEMATİK ALGI TESTİ (T.A.T)

Tematik Algı Testi, Murray ve Morgan'ın 1935 senesinde geliştirdiği projektif bir testtir. 1943 yılında Murray testin günümüzde kullanılan formunu yayınlamıştır. Güncel formda toplam 31 kart bulunmaktadır. Uygulayıcı testi uygulamadan önce kişiye, gördüğü kart ile ilgili hikaye kurması gerektiği yönergesini verir. Test uygulanan kişinin, kartlar ile ilgili oluşturduğu hikayeler kendi seçimidir. Test uygulanan kişiye, kartlar ile ilgili hikaye kurarken herhangi bir zaman kısıtlaması verilmez. Bu durumda test uygulanan kişi, kendi istekleri, ihtiyaçlarını, düşlerini kurduğu hikayelere yansıtmış olmaktadır (İkiz, 2011).

Uygulama

Toplam 31 karttan oluşan testin, 8 kartı kullanılmıştır. Danışan verilen kartlar, 2, 3GF, 4, 7GF, 8GF, 9GF, 10, 12F numaralı kartlardır.

Katılımcı Onam Formu

Tematik Algı Testi (T.A.T) uygulanmadan önce, danışana onam formu verilmiştir. Bu formda uygulanacak test ile ilgili bilgiler mevcuttur. Danışan, formu okuyup, imzaladıktan sonra Tematik Algı Testi danışana uygulanmıştır.

RAPOR

İzlenimler

F.G (danışan), ön görüşme sürecinde ve kartlar için hikâye kurarken istekli olmuştur. Yöneltilen ilk karttan son karta kadar olan süreçte, sıkıldığı gözlemlenmemiştir. Sadece bir karta (9GF) yanıt vermek istememiştir. Bazı kartları ayrıntılı inceleyip, bazılarını gözlerini kapatıp hikayeletirmiştir. F.G, kartlarla ilgili hikâye kurarken çoğunlukla kendini kartlarda gördüğü kişilerden biri ile özdeşleştirmiştir. Danışan, kartlarla ilgili kurduğu hikayelere, isteklerini, duygularını (pişmanlık, mutsuzluk), şu an hayatında olan olumsuz durumları (eşi ve kızı ile ilgili problemleri) yansıtmıştır. F.G'nin, kendisi ile özdeşim kurduğu kartların duygusal anlamda teması genellikle umutsuzluk, pişmanlık, mutsuzluk ve yalnızlık temaları olmuştur. Kahramanlarına isim vererek hikaye oluşturduğu kartlarda, her ne kadar kendisi ile direkt bir özdeşim kurmasa da yapılan görüşmeler sonucunda bu kartlarda oluşturduğu hikayelerin kendi hayatını doğrudan yansıttığı gözlemlenmiştir. F.G, oluşturduğu hikayelerde kahramanların çevresiyle olan iletişimini problemleri şeklinde kurmuştur. Kurduğu hikayelerdeki kahramanların, anne- çocuk, karı-koca, kayınvalide- gelin olduğu hikayelerde, genel olarak hakim tema bozulmuş iletişimdir. F.G'nin kurguladığı hikayelere bakıldığında, genel olarak yaşamını yansıttığı gözlemlenmiştir.

Uygulama Sonucu Elde Edilenler

Danışana (F.G) toplam 8 kart uygulanmıştır. F.G, dolaylı ya doğrudan özdeşim kurduğu kartları kurgularken, kahramanları etkileşimi zayıf, birbirlerine uzak ve iletişimi bozuk şekilde kurgulamıştır. Danışanın kurguladığı kartlara hakim duygular; mutsuzluk, pişmanlık, yalnızlık ve umutsuzluktur. Danışan genellikle kısa hikayeler kurmuştur ve kurguladığı hikayeler incelendiğinde anlamı kapalı olan bir hikaye olmamıştır. Hikayeler ve görüşmelerde elde edilen bilgiler örtüşmektedir. 2 numaralı kartı gördüğü zaman, kartı bir süre incelemiş, sonrasında gözlerini kapatıp hikaye kurmaya başlamıştır. 2 numaralı kartta, aile ilişkilerini yansıtmıştır ve ellerinde kitap olan kadın ile özdeşim kurmuştur. Kartta okul yıllarının umut dolu ve hayatın en güzel günleri olduğunu, anne ve babaların her zaman çocuklarının iyiliğini istediğinin kurgusunu yapmıştır. Karta, kızıyla yaşadığı problemleri yansıttığı ve geçmişe (okul yılları) özlem duyduğu düşünülmektedir. 3 GF kartı ile ilgili hikayenin içeriği depresif şekildedir. Kartın kahramanı kendisidir. Karanlık, umutsuzluk ve yorgunluk kavramlarını kullanmıştır. Geleceğe karşı umutsuzluk, karanlıkta olma isteği depresif belirtileri ile örtüşmektedir. 4 numaralı kart ile ilgili hikayesine başlarken kahramanlara isim vererek başlamıştır. Kartın ana teması kadın-erkek ilişkisidir. Eşlerin arasında farklı bakış açıları kaynaklı bir problem olduğunu aktarmıştır. Bu kartta eşi ile olan problemlerini karta yansıttığı düşünülmektedir. 7GF kartı ile ilgili hikayenin içeriği anne-kız ilişkisidir. Bu kartta da kartın kahramanlarına isim vermiştir. Kartın konusu, ergenlikte olan bir kız çocuğunun annesi ile çatışmasıdır. Tıpkı 2 numaralı kartta olduğu gibi 7GF kartında da kızı ile olan iletişimini yansıttığı düşünülmektedir. 8GF kartı ile ilgili hikayenin içeriği geçmiş günler, umut ve umutsuzluk kavramlarıdır. Hikayenin kahramanı kendisidir. Nikah defterine imza attığı günü hüznle hatırlayan ancak bunun tam tersi o günün mutlulukla hatırlanmasını isteyen bir hikaye kurgulamıştır. Bu kartta evliliğine olan bakışının olumsuz şekilde olduğu ve eşi ile olan problemlerinin evliliğin ilk günlerine dayandığı sonucu çıkarılmıştır. 9 GF kartı danışana yöneltilmiştir. Ancak danışan bu kart ile ilgili hikaye kurmak istememiştir. 9 GF kartı ile ilgili kurulan hikayelerin konusu genellikle paranoid özellikler, kıskançlık ya da kız kardeş veya anne- kız ilişkileri üstünedir. Testin uygulamasında cevaplanmayan kartlara karşı bir direncin söz konusu olabileceği düşünülmüştür. 10 numaralı kart ile ilgili hikayenin içeriği birbirini seven iki insandır. Hikayenin kahramanı kendisi değildir. Depresif bir hikaye kurmadığı tek kart 10 numaralı kart olmuştur. Kartı birbirini çok seven bir çift üstüne kurgulamıştır. Bu kartta danışanın sevilme ihtiyacını (eşi tarafından) vurguladığı düşünülmektedir. 12 F numaralı kartı ilk gördüğünde arkadaki figürü 'babaanne' diye nitelendirmiştir. Sonrasında hikâyeyi gelin-kayınvalide kahramanları üzerinden devam ettirmiştir. Hikayenin kahramanları iyi anlaşmamaktadır. Bu kartın kurgusu da, yapılan görüşmelere paralel şekilde kurgulanmıştır.

Danışanın (F.G) kurguladığı hikayeler incelendiğinde, pişmanlık, özlem ve sıklıkla umutsuzluk ve mutsuzluk temalarını kullandığı aynı zamanda kurguladığı bir hikaye hariç (10 numaralı kart, bu kartın kahramanı kendisi değil) diğer hikayelerin konusunun genellikle depresif kavramlarla ve olaylarla geçmesi bağlamında F. G'nin yoğun depresif belirtiler gösterdiği düşünülmektedir.

BULGULAR

Danışan ile toplam 9 seans yapılmıştır. Seansların her birinin süresi 40 dakikadır. Danışanın geçmişteki ve günümüzdeki problemlerini belirleyip, bu problemlerden liste oluşturmak için 3 seans yapılmıştır. Danışan ile yapılan görüşmeler sonucunda, durumlar\ olaylar aşağıda formülize edilerek verilmiştir.

Tablo 1. Öykünün Teknik Özetlemesi

ÖYKÜNÜN TEKNİK ÖZETLEMESİ	
Erken Yaşam Deneyimi	F.G'yi büyüten ablasının evlenmesi ve başka bir şehre taşınması – Platonik aşkın evlenmesi.
Temel İnanç	Yalnızım, artık güvende değilim.
İşlevselliği Bozan Varsayım	Eşim beni sevmiyor bu yüzden sürekli tartışıyoruz – Kızıma iyi bir anne olamıyorum.
Kritik Yaşam Olayı	Eşi ile tartışmaları sonucunda olan yeme ve uyku süreçlerinde bozulmalar ve bu durumun sebep olduğu enerjisizlik
Olumsuz Otomatik Düşünceler	'Kimse beni sevmiyor', 'Ben iyi bir anne değilim'
BELİRTİLER	
Somatik	Dikkat süreçlerinde bozulmalar.
Motivasyonel	Evde, tartışmalar kaynaklı olan huzursuzluk ortamının üstesinden gelebilmek için sağlıksız gıda tüketimi.
Bilişsel	Kızıma iyi bir anne olamıyorum.
Duygusal	Eşi ile olan tartışmaları ve kızına iyi bir anne olmadığı düşünceleri kaynaklı mutsuzluk ve umutsuzluk.
Davranışsal	Kendini kötü hissettiği zamanlar, bu durumun üstesinden gelebilmek için sağlıksız gıdalar tüketmesi

Danışan ile yürütülen görüşmelerde, tanışma ve problem listesi oluşturma seanslarından sonra danışana psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitimin içeriğinde, Majör depresif bozukluk (MDB) ile ilgili olarak hastalığın ne olduğu ve klinik tablosu ile ilgili bilgi verilmiştir. Majör depresif bozukluğu olan diğer kişilerin ortak yönleri anlatılmıştır. Danışan, geçmiş yaşam deneyimleri kaynaklı olarak hastalıkla ilgili bilgi sahibi olsa da hastalığı ile ilgili günümüzde yaşadığı semptomlar farklılık gösterdiği için danışandan var olan durumunu tekrar tanımlaması beklenmiştir.

F.G'nin otomatik olumsuz düşünceleri vardır. Terapi esnasında bu düşüncelerini anlamlandırabilmesine zemin hazırladıktan sonra 'Düşünce Kaydı Formu' verilmiştir. Bu form olumsuz düşünceleri sosyal çevresinde tespit edebilmesi amaçlı olarak F.G'ye verilmiştir. Bu form sayesinde F.G olumsuz otomatik düşüncelerini anlık olarak ayrıntıları ile kaydedebilmiştir.

F.G'ye aynı zamanda kendini değersiz ya da mutsuz hissettiğinde (genellikle eşi ve kızı ile tartıştıktan sonraki zamanlar) 'Düşünceyi Durdurma Tekniği' bilişsel bir müdahale olarak verilmiştir. Bu teknik, bireyde oluşan olumsuz otomatik düşüncelerin, bireye rahatsızlık verdiği zamanlarda, işlevsel olmayan düşüncelerin negatif etkisinden kurtulmak amacıyla, olumsuz otomatik düşüncelere 'DUR' komutunu vererek uygulanır.

F.G'ye aynı zamanda uyku düzenini rutine bindirmek adına davranışsal müdahale olarak ev ödevi verilmiştir. Ev ödevleri, danışanların terapi esnasında kaydettikleri ilerlemeleri, sosyal yaşantılarına aktarmaları bakımından önemli tekniklerden biridir.

VAKA FORMÜLASYONU

F.G'nin, yaşamına yön veren otomatik olumsuz düşünceleri vardır. Bu düşüncelere odaklanılarak F.G'nin eylemlerinde değişimler hedeflenmektedir. F.G' nin bilişlerine ve buna paralel olarak davranışlarına müdahalede bulunulacağı için 'Bilişsel Davranışçı Terapi' tekniklerinin uygulanması doğru bulunmuştur.

Bilişlere müdahale edilecek alanlar; F.G, eşiyile tartıştığı, etrafındaki insanlar tarafından anlaşılmadığını düşündüğünde, kızına yeterli şekilde annelik edemediğini düşündüğünde evde sürekli bulunan tatlı atıştırmalıkları yemektir. Davranış şekillerine müdahale edilecek alanlar;

F.G, uyku düzenini bir türlü rutine bindirememiştir. Bu sebeple dikkatini toplamakta güçlük çekmektedir. Günlük yaşantısında bu sebepten ötürü problemler yaşamaktadır.

Tablo 2. Vaka Formülasyonu

Durum/Olay	Düşünce	Duygu	Davranış
Eşyle tartışması	Sağlıksız atıştırma tüketmesinin kendisini mutlu hissettireceği düşüncesi	Mutsuzluk	Sağlıksız atıştırma tüketmesi (çikolata, bisküvi vs.)
Kızına iyi bir anne olmadığını düşüncesi	Sağlıksız atıştırma tüketmesinin kendisini mutlu hissettireceği düşüncesi	Mutsuzluk \ Yetersizlik Hissi	Sağlıksız atıştırma tüketmesi (çikolata, bisküvi vs.)
Dikkat süreçlerinde bozulmalar	Sağlıklı bir uyku düzeni olmadığı için eskiden yapmayı çok sevdiği işlerini yapmayı bırakmak.	Mutsuzluk \ Yetersizlik Hissi	El işi yapmayı tümüyle bırakma.
Günlük Aktivitede Azalma	Değişen beden algısı sonucu komşularına gitmeyi eskisi kadar istememesi.	Utanma	Komşularına daha az gitmesi

TEDAVİ PLANI

F.G'nin olumsuz otomatik düşüncelerinde, kızına iyi bir anne olmadığını düşüncesi mevcuttur. Aynı zamanda etrafındaki insanlarla olumsuz olarak etkileşime geçtiğinde, kendini değersiz hissedip sağlıksız seçeneklere yönelen yeme davranışları etkindir. F.G'nin bu negatif düşüncelerine itafen, olumsuz düşünceleri yoğun şekilde düşünmeye başladığı zamanlar için 'Düşünceyi Durdurma Tekniği' önerilmektedir. Kendini ne zaman değersiz, anlaşılabilir ve suçlu hissederse aklına gelen tüm olumsuz düşüncelerini 'DUR' komutu vererek, negatif düşüncelerini durdurması hedeflenir. Bu tekniğe ek olarak, kendini nitelendirdiği tüm negatif durumları, pozitif çevirmek adına, olumlu içsel konuşma tekniği önerilmektedir. Davranışı değiştirmeye yönelik teknikler ise F.G vakasında uyku problemlerine odaklanmaktadır. F.G'nin rutin akışına uygun bir uyku programı yapılarak, ev ödevi formatında F.G'ye uygulaması için yöneltilmiştir.

F.G'nin değersizlik, suçluluk düşüncelerine müdahale edildiği takdirde, sağlıksız yeme düzeninin ve uyku düzenine müdahale edildiği zaman ise dikkatini toplamakla olan problemlerinin değişim göstereceği düşünülmektedir.

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİ

Majör depresif bozukluk (MDB), yeti yitimine sebep olan yıkıcı bir duygudurum bozukluğudur. MDB'nin semptomları; mutsuz duygudurum, bilişlerde bozulmalar, bireyin uyku süreçlerinde bozulmalar, öz kıyım fikirleri, günlük hayatında severek yaptığı aktivitelerden eskisi gibi mutlu olamama (anhedoni), değersizlik düşünceleri, iştahta bozulmalar (kilo alma-kilo verme), günlük hayatında yapacağı aktivitelere karşı enerji azlığı şeklindedir (APA, 2013). Bireylerin, majör depresif bozukluk tanısı almaları için sayılan belirtilerin 5'nin bireyde minimum 14 gün gözlemlenmesi ve aynı zamanda günlük hayatında severek yaptığı aktivitelerden eskisi gibi mutlu olamama (anhedoni) veya mutsuz duygudurum kriterlerinden 1'inin bulunması gerekmektedir. Birey tanı kriterlerinden, kendinde hangilerinin olduğu belirtebilmeli ya da bireyde var olan bu kriterler, bireyin çevresindeki kişiler tarafından gözlemlenebilmelidir (Eser, 2019).

Sunumu yapılan olguda, danışanda (F.G) majör depresif bozukluk semptomlarından; 14 günlük süreyi geçen mutsuz duygudurum, uyku süreçlerinde bozulmalar, anhedoni, değersizlik

düşünceleri, iştahta bozulmalar, günlük hayatta yapacağı aktivitelere karşı enerji azlığı semptomları gözlemlenmiştir. Eşiyle ve kızı ile olan bozulmuş iletişimi kaynaklı mutsuz ve değersiz hissetmektedir. Tartışmaların sık yaşanıyor olması F.G'nin mutsuz hissetmesine sebep olup kızı ile olan iletişimde bozulmalara sebep olmaktadır. F.G, kızı N.G ile aktivite yapmak istediğini ancak bu gücü, enerjisinde azalma kaynaklı olarak yapamadığını söylemiştir. Eşi ile olan tartışmaları sonrası F.G sağlıklı yiyecekler tüketmeye başlamıştır. Yine bu tartışmalar sonucu uyku düzeni bozulmuştur. Bu sebeple dikkatini toplamakla ilgili problemler yaşamaktadır. Bu durum semptomları göstermeden önce ki yaşantısında severek yaptığı el işlerini artık yapamamasına sebep olmuştur. Tükettiği sağlıklı atıştırmalıklar sonucunda F.G kilo almıştır. F.G, kilo aldığı için eskisi gibi dışarı çıkmak istemediğini, komşuları ile vakit geçirmeyi eskisi kadar sevmediğini belirtmiştir. Bunun sebebi olarak da herkesin aldığı kilolar sonucu onun hakkında konuştuğunu düşünmesidir.

Literatür çalışmaları incelendiğinde, bireylerin aldığı sosyal desteğin olmaması, bağımlı kişiliklerinin olması, gelişimsel dönemlerinin ilk evrelerinde deneyimlenen negatif durumlar, güvensiz bağlanma, stres, kronikleşen fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, aile hikayesi, obsesif özellikler ve cinsiyet majör depresif bozukluğun risk faktörleridir (Ünal vd., 2002). Risk faktörlerine bakıldığında, bireyin tanılanma süreci için tek faktörün olması yeterli olmamaktadır. Bozukluğun (depresif bozukluk), risk faktörlerini saptamak için Ünal ve ark. tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada; cinsiyetler arası karşılaştırma yapıldığında psikolojik yardım almak için başvuran bireylerin 755'i erkek 1259'nun kadın olduğunu saptamışlardır. Aile hikayesine bakıldığında, çalışmaya katılım sağlayan bireylerin %17.5'inin ailesinde psikolojik rahatsızlık hikayesi olduğu bildirilmiştir. Geçirilen psikolojik hastalıklara bakıldığında, çalışmaya katılanların %35'nin depresif bozukluk ile tanılandığı bildirilmiştir. Deneyimlenen yaşam olaylarına bakıldığında %76 oranında hasta deneyimlediği olayları bildirmiştir. Hastaların yalnızca bir olay bildirme sınırı yoktur. Cinsiyetler arası karşılaştırma yapıldığında deneyimlenen yaşam olaylarını aktarma bağlamında öne çıkan bir fark saptanmamıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; erkeklerin daha çok mesleki alanda olan problemlerinin ve diğer bireyler ile olan ilişkilerindeki problemlerin öne çıktığı gözlemlenirken, kadınların kendine yakın olan birinin ölümü, karşı cinsiyet ile ilişkiler ve evlilik oranları istatistiksel analiz sonuçlarında anlamlı oranda yüksek olduğu bildirilmiştir.

İncelenen diğer bir çalışmada; beş kişiden birinin gelişimsel evrelerinin herhangi birinde depresyon geçirebileceği bildirmiştir. Her iki cinsiyet için karşılaştırma yapıldığında kadınların psikolojik yardım almak için başvurusunun ve depresyon tanısı almasının erkeklere kıyasla iki katı oranla fazla olduğu saptanmıştır. Depresif bozukluk tanısı alınan, yaş aralığı bakımından cinsiyetler arası karşılaştırmasına bakıldığında erkeklerin 55-70, kadınların ise en fazla 35-45 yaş aralığında tanılandığı bildirilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, bireyin cinsiyetin kadın olması, aile öyküsünde daha önce depresyon geçiren birinin olması ve yaşamını yalnız sürdürmenin depresyon için risk faktörü olduğu saptanmıştır (Mete, 2008).

Depresif bozukluk, yaygınlık oranının yüksek olması, yeti yitimine sebep olması ve hastalığın ileri evresinde öz kısıma sebebiyet vermesi bakımından ciddi bir psikolojik bozukluktur. İncelenen literatür araştırmalarında, bilişsel davranışçı terapi de kullanılan tedavi yöntem ve tekniklerinin majör depresif bozukluk vakalarında ortaya çıkan semptomları hafiflettiği gözlemlenmiştir. Bireysel yürütülen çalışmaların yanı sıra grup tedavilerinde de oldukça etkin olduğu gözlemlenmiştir. Depresif bozukluğun, bilişsel davranışçı terapi ile tedavisinin gerçekleştirildiği grup terapilerinde tedavinin uzun vadede ne kadar etkin olduğuna bakıldığında, tedavi yönteminin uzun süre etkin olduğu gözlemlenmiştir (Gül, 2022).

Sunulan olguda majör depresif bozukluk semptomları gösteren danışanın (F.G), bilişsel davranışçı terapi yöntem ve teknikleri kullanılarak iyi oluşuna katkı sağlamak amaçlanmıştır. İlk olarak F.G'nin olumsuz otomatik düşüncelerine müdahalede bulunulmuştur. F.G'nin, kızına iyi annelik yapamadığı, kızına yetemediği düşüncesi vardır. Aynı zamanda etrafındaki diğer bireylerle olumsuz yönde kurduğu iletişimlerin sonucu kendini değersiz hissetmektedir. F.G'nin bu negatif düşüncelerine ithafen, olumsuz düşünceleri yoğun şekilde düşünmeye başladığı zamanlar için 'Düşünceyi Durdurma Tekniği' önerilmektedir. Bu teknikle, olumsuz düşünceleri aklına geldiğinde 'DUR' komutu vermesini sağlayarak, negatif düşüncelerini durdurması hedeflenmiştir. Düşünceyi durdurma tekniğine ek olarak, kendini nitelendirdiği tüm negatif durumları, pozitif çevirmek adına, olumlu içsel konuşma tekniği önerilmiştir. Yapılan olgu sunumunda bilişlere yönelik müdahaleler belirtildiği gibidir. Davranışsal olarak da F.G'nin uyku düzenine odaklanılmıştır. F.G'nin rutin akışına uygun bir uyku programı yapılarak, ev ödevi formatında F.G'ye uygulaması için yöneltilmiştir. Uyku düzeni rutine bindiğinde, dikkatini daha kolay toplayabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda eskiden severek yaptığı aktiviteleri tekrardan yapabileceği ya da yeni aktiviteler yapabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda uyku problemleri kaynaklı yaşadığı enerji azlığı probleminin azalabileceği ve etrafındaki bireyler ile daha fazla vakit geçirebileceği düşünülmektedir.

Danışana (F.G), projektif testlerden biri olan Tematik Algı Testi (T.A.T) uygulanmıştır. Depresif semptomlar gösteren F.G'ye testin (T.A.T) uygulanma amacı, kartlar ile ilgili hikayeleri nasıl kurguladığı, kartlardaki hangi kahramanla kendini özdeşleştirdiği, kurguladığı hikayelerdeki olayların ve hakim duygunun ne olduğunu saptayabilmek amaçlıdır. Testin uygulanmasının amaçlarından diğeri ise yapılan görüşmelerin haricinde danışanın bilinçdışındaki verilere ulaşabilmektir. Test uygulanmadan önce F.G'nin kurgulayacağı hikayelerin içeriğinin depresif içerikler olabileceği gözlemlenmiştir. Yapılan uygulama sonucu F.G'nin kurguladığı hikayeler, yapılan görüşmelerdeki yaşadığı problemleriyle paralel bulunmuştur. F.G, kurguladığı hikayelerde, kahramanları kadın- erkek olan tüm hikayeleri, aralarında iletişimi bozulmuş ve problemleri olan bireyler şeklinde kurgulamıştır. Anne-kız olarak kurguladığı hikayelerde de yine aynı kurgu hakimdir. Kartlardaki ana duygu geçmişe özlem, pişmanlık, umutsuzluk ve mutsuzluk olmuştur. Yapılan test uygulaması sonucunda semptomlar ve kurgulanan hikayelerin örtüştüğü saptanmıştır.

Depresif bozukluk, evrensel boyutta yaygınlığı yüksek olan bir duygudurum bozukluğudur. Tedavi sağlanmadığı takdirde öz kıyımaya varan sonuçları olmaktadır. Psikolojik yardım için başvuran bireylerin doğru şekilde tanılanıp ardından tedavisi gerçekleştirilip eski işlevsel yaşantısına dönebilmesini sağlamak ana hedef olmalıdır. Paylaşılan olguda F.G'nin günlük yaşantısını, çevresindeki bireylerle olan iletişimini ve duygudurumu üzerinde etkili olan majör depresif bozukluğun birey üstündeki etkileri ve tedavi yöntemi sunulmuştur. Tedavi sürecinde bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılmıştır. Tedavi yönteminin hedefi, F.G'nin işlevselliğini yitirmesine neden olan negatif düşünce yapısına dikkat çekerek, eylemlerini revize edip iyi oluşuna katkı sağlamak amaçlanmıştır. Bu olguda F.G'ye kilo kontrolü için diyetisyene gitmesi önerilmektedir. Aynı zamanda eşi ve kızı ile yaşadığı problemler için (aldığı bireysel psikoterapi harici) aile danışmanından (eşi ve kızının rızası dahilinde) yardım almaları önerilmektedir. F.G'nin ailesi ile ilgili var olan problemleri çözüme ulaştığı zaman patolojisinde (Majör depresif bozukluk) var olan semptomların azalacağı ve F.G'nin eski işlevsel yaşantısına dönebileceği düşünülmektedir. İncelenen literatür çalışmalarında tematik algı testinin depresif bozukluk ile olan uygulamaları yetersiz görülmüştür. Bu bağlamda daha çok çalışma yürütülerek literatürün genişletilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgüç, L. (2013) *Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü Antidepresan Tedavinin Aleksitimi ile İlişkisi*. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Aliyev, V. (2020). *Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Farmakoterapinin Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi: Bir İzlem Çalışması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tam Ölçütleri Başvuru El kitabı*. E, Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, A. (2013). *Majör Depresif Bozuklukta Antidepresan Tedavilere Verilen Klinik Yanıt ile Bilişsel İşlevler Arasındaki İlişki*. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Aydın, M. İ. (2018). *Majör Depresif Bozuklukta İntihar Davranışı ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Buturak, V. (2006). *Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Psikiyatrik Eş tanılar ve Sosyodemografik Özellikler*. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Eser, B. (2019). *Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler*, Uzmanlık Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Gökdağ, C., ve Sütcü, S. (2016). *Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uzun Dönemdeki Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 23-38
- Gül, Ü. (2022). *Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İntihar Riski ve Sosyal İşlevselliğe Etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- İmert, M. E. (2018). *Dsm 5 Kriterine Göre Majör Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Bağlanma Stillerine Göre Öfkeyi İfade Etme Tarzlarındaki İlişkinin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- İkiz, T. (2011). *Tematik Algı Testi (TAT)*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Karamustafaloğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). *Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karamustafaloğlu, O., ve Yavuz, B. G. (2011). *Major depresif bozukluk tedavisinde yetersiz yanıtın yönetimi ve yeni tedavi seçenekleri*. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(sup1), 20-25.
- Köroğlu, E. (2004). *Psiknozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Mete, H. E. (2008). *Kronik hastalık ve depresyon*. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18
- Özcan, Ö., ve Çelik, G. G. (2017). *Bilişsel Davranışçı Terapi*. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özdel, K. (2015). *Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama*. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Özgüç, S. (2020). *Depresyon hastalarına verilen üstbiliş eğitiminin depresyon ve bilişsel çarpıtma düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Tamam, L., Karaytuğ, M.O. ve Namlı, Z. (2012). *Depresyonun ekonomik maliyeti*. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 5(2):103-106.
- Tamam, L., ve Zeren, T. (2002). *Depresyonda serotonerjik düzenekler*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 11-18.

Torun, Ö. D. (2019). *Majör Depresif Bozukluk Tanısı Almış Bir Grup Hastada Üstbilişsel İşlevlerin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.

Tosun, Ş. (2011). *Majör Depresif Bozuklukta Elektrokonvülsif Tedavi Sonrası Beyin Metabolizması Değişikliklerinin Proton Manyetik Rezonans Spektroskopisi ile Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Türkçapar, H. (2008). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulama*, 3. Baskı, Ankara. HYB yayıncılık.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., ve Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.

Ünal S., ve Özcan E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 1(1):41-8.

World Health Organization. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

Yılmaz, P. M. (2021) *Majör Depresif Bozukluk Tanısı Almış Bir Grup Hastada Erken Dönem Uyumsuz Şemaların İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.