

Şema Terapinin Depresif Bozuklukların Tedavisindeki Etkililiği: Bir Meta-Analiz

Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis

Serdar Körük, Nilüfer Özabacı

Öz

Bu meta-analiz çalışması, şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğini incelemek üzere yapılmıştır. Araştırma kapsamında, seçilen veri tabanları kullanılarak yapılan literatür taraması sonucunda, 2007-2017 yılları arasında yürütülmüş ve 7 tanesi meta-analize dahil edilen toplam 35 araştırmaya ulaşılmıştır. Söz konusu 7 deneysel araştırma için araştırmanın gerçekleştirildiği ülke (kültür), depresyon grubu, hastalık türü, deney grubundaki birey sayısı, uygulanan seans sayısı, uygulanan seans türü (bireysel ve grup), seans süresi (dakika) ve seans süreci (hafta) hipotez moderatör değişkenler olarak belirlenmiştir. Rassal etki modeli kullanılarak yapılan analiz sonuçları, şema terapinin depresif bozuklukların tedavisinde yüksek düzeyde etkisinin olduğunu göstermiştir. Belirlenen moderatör değişkenlerden hiç birisinin moderatörlük işlevi göstermediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Şema terapi, depresyon, meta-analiz.

Abstract

The effectiveness of schema therapy in the treatment of depressive disorders was examined in this meta-analysis study. As a result of the literature review using various databases, a total of 35 studies which were carried out in 2007-2017 were reached, 7 of which included in this meta-analysis. For these 7 experimental studies, the country (culture), the type of depressive disorder, the number of participants, the number of sessions, the type of session (individual or group), the duration of the session (minute), and the whole session process (week) were determined as hypothetical moderator variables. The results of the analysis using the random effect model showed that schema therapy had a high level of efficacy in the treatment of depressive disorders. It had been determined that none of the hypothetical moderator variables had moderator functions.

Key words: Schema therapy, depression, meta-analysis

DEPRESYON sık görülen, bireylerde ciddi fiziksel ve sosyal işlev kaybına neden olan bir duygudurum bozukluğudur (Aydemir ve ark. 2009). Depresyonda en çok görülen belirtiler; çökkün duygulanım, enerji azlığı, hareketlerde agitasyon, ilginin ve zevkin azalması, özgüvenin düşmesi, karamsarlık ve suçluluk duyuları, kendine zarar verme düşünceleri, uyku düzeninde ve iştahta değişiklikler ve libidoda azalmadır (Karamustafaloğlu ve Yumurçak 2011). DSM-5'te (APA 2013) depresif bozukluklar bipolar ve

ilişkili bozukluklardan ayrılarak şu şekilde sınıflandırılmıştır; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresyon, distimi, premenstrüel disfori bozukluğu, madde-nin/ilacın yol açtığı depresyon, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon ve tanımlanmamış depresyondur.

Psikoterapinin depresyon tedavisinde önemli bir iyileştirici unsur olduğu belirtilmektedir (Cuijpers ve ark. 2010). Farkındalık temelli bilişsel terapinin (Hofman ve ark. 2010), kabul ve kararlılık terapisinin (Forman ve ark. 2007), bilişsel davranışçı terapinin (Manber ve ark. 2008, Rahman ve ark. 2008), duyu odaklı terapinin (Rood ve ark. 2009), psikodinamik terapinin (Leinchenring ve Rabung 2008, Driessen ve ark. 2010), sistemik terapinin (Sydow ve ark. 2010), bilişsel terapinin (Forman ve ark. 2007, De-Rubeis ve ark. 2008) ve çözüm odaklı terapinin (Kim 2008, Gingerich ve Peterson 2013) depresyon bozuklukları üzerindeki etkililiğini ortaya koyan çalışmalar yürütülmüştür. Son yıllarda depresif bozuklukların tedavisinde kullanılmaya başlanan bir başka terapi yöntemi de şema terapidir (Hawke ve Provencher 2011).

Şema terapi bilişsel, davranışçı, yaşantısal ve psikodinamik unsurları içinde bulunan bütünleşik bir terapi modeli olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark. 2003). Bu modele göre erken dönem uyumsuz şemalar psikopatolojinin temel kaynağı olarak görülmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar bireyin bebeklik ve çocukluk dönemlerinde yaşadığı olumsuz yaşam deneyimleri sonucu oluşan, bireyin kendisi ve dış dünya hakkındaki yargılarını içeren, sürekliliği ve kalıcılığı olan işlevsiz temel inançlar olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark. 2003). Çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının sürekli ve tutarlı bir şekilde karşılanmaması, travmatik yaşantılar ve sağlıksız ebeveyn tutumları uyumsuz şemaların oluşmasında önemli rol oynamaktadır (Renner ve ark. 2013). Uyumsuz şemalar bilişsel terapidaki temel inanç kavramıyla yapısı itibarıyla benzerlik göstermekle beraber tanımlanan 18 uyumsuz şema ve beş şema alanıyla benzer yapıyı daha geniş ve daha özgül bir şekilde açıklamaktadır (James ve ark. 2004). Bu şemalar; terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, kusurluluk, sosyal izolasyon, bağımlılık, dayanıksızlık, iç içelik, başarısızlık, haklılık, yetersiz öz-denetim, boyun eğicilik, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık olarak belirtilmiştir (Young ve ark. 2003). Uyumsuz şemalar; ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde herhangi bir olay, durum veya etkileşim tarafından tetiklenene kadar gizli kalabilmekte ve tetiklendiklerinde güçlü olumsuz duygulanımlar yaratabilmektedirler (Wegener ve ark. 2013). Bireyler uyumsuz şemaların yarattığı olumsuz duygulanımlara üç farklı şekilde tepki vermektedir. Young ve ark. (2003) bu üç uyumsuz tepki mekanizmasını şema kaçınması, şema teslimi ve şema aşırı telafisi olarak tanımlamışlardır. Bu üç mekanizma da uyumsuz şemaların varlığını sürdürdükleri ve pekiştirdikleri için işlevsiz mekanizmalar olarak görülmektedir.

Genel popülasyondaki sıklığı diğer ruhsal rahatsızlıklara oranla daha yüksek olan depresif bozuklukların ortaya çıkış sürecini ilk olarak Beck (1967,1987) kapsamlı bir bilişsel modelle açıklayarak olumsuz otomatik düşünceler, olumsuz temel inançlar ve öz-şema kavramlarını tanımlamıştır ve modeli benimseyen terapistler, terapilerde bu kavramlar üzerinden değişimler yaratmaya odaklanmışlardır. Bu modeli genişleten Young (1994) erken dönem uyumsuz şemaları tanımlamış ve terapotik süreçte bu uyumsuz şemaların değiştirilmesinin, gestalt, nesne-ilişkileri ve psikodinamik modellerden aldığı unsurları bilişsel-davranışçı-yaşantısal bir çerçevede bütünleştirerek mümkün olabileceğini açıklamıştır.

Şema modeli depresif bozuklukların oluşumunu üç boyutta açıklamaktadır. Birinci boyutta erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri (İhmal, karşılanmayan ihtiyaçlar, ebeveynlik tarzları vb.) yer almaktadır. İkinci boyutta uyumsuz şemalar ve bu şemaları tetikleyen durumlar bulunmaktadır. Üçüncü boyut ise uyumsuz şemaların devamlılığını sağlayan işlevsiz baş etme mekanizmalarını ve kişilerarası unsurları kapsamaktadır (Renner ve ark. 2013). Çocukluk döneminde olumsuz ebeveyn davranışlarına, istismara uğrayan ve duygusal ihtiyaçları karşılanmayan bir bireyde terkedilme şeması oluşabilmektedir. Yetişkinlik döneminde her hangi bir tetikleyici olay (Romantik partnerin ayrılması, sevilen birisinin ölümü vb.) bu şemayı tetikleyebilmekte ve bunun sonucunda birey yoğun depresif duygular yaşayabilmektedir. Depresif bozukluklarda birey olumsuz duygulardan kaçınma ve bu duygulara teslim olma eğilimi göstermektedir (Renner ve ark. 2013). Benzer şekilde çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantılarının sonucunda başarısızlık şeması oluşan bir birey, yetişkinlik döneminde tetikleyici bir durum sonucunda (İşten ayrılma, akademik başarısızlık, maddi sıkıntı yaşama vb.) depresif duyguları daha yoğun yaşamaya eğilimli hale dönüşmektedir ve bu duygularla işlevsiz baş etme mekanizmaları sergilemesi uyumsuz şemayı daha da güçlendirmektedir.

Şema terapide depresif bozuklukların tedavisi üç aşamada ele alınmaktadır. Bunlar; keşfetme, değişim ve nüks önlemedir (Young ve ark. 2003). Keşfetme aşamasında danışanlara şema kavramı tanıtılmakta ve onlara hangi şemalara sahip oldukları gösterilmektedir. Daha sonra danışanların depresif duygular yaşamalarına sebep olan mevcut durumlarla şemaları arasındaki ilişkilere odaklanılmaktadır. Keşfetme aşamasının son bölümünde ise danışanların şemalarını oluşturan erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerine odaklanılarak, danışanların şemalarının yarattıkları olumsuz duyguları hissetmeleri, görselleme çalışmalarıyla geçmiş yaşam deneyimlerini anlatmaları sağlanmaktadır. Değişim aşamasında bilişsel, yaşantısal, davranışçı teknikler ile terapötik ittifak eş zamanlı olarak kullanılmaktadır. Bilişsel teknikler bilişsel terapide kullanılan tekniklerden oluşmaktadır (Beck ve ark. 1979). Bilişsel tekniklerdeki amaç danışanların uyumsuz şemalarını devam ettirmelerinin rasyonel bağlamda işlevsiz ve yanlış olduğunun bilişsel düzeyde onlara fark ettirilmesidir. Yaşantısal teknikler ise aynı olguyu danışanlara duygusal düzeyde hissettirebilmek için kullanılmaktadır. Görselleştirme/imeleme, hayal ettirme, sandalye konuşturmaları ve mod diyalogları kullanılan yaşantısal tekniklerdendir. Yaşantısal tekniklerle danışanlar, olumsuz duygularla başa çıkabilmeyi, eksik bırakılmış ihtiyaçlarını ifade edebilmeyi, işlevsel savunma mekanizmaları oluşturabilmeyi ve öfke, nefret ve hayal kırıklığı gibi yoğun duyguları açıklayabilmeyi öğrenerek sağlıklı yetişkin modlarını güçlendirmektedirler. Davranışçı teknikler ise diğer davranışçı ekollerdekilere benzer olarak rol oynamayı, ev ödevlerini ve davranışa yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Buradaki amaç şemalarla ilgili kazanılan bilişsel ve duygusal farkındalıkları pratik olarak uygulamaktır. Terapötik ilişki bilişsel terapiye kıyasla şema terapide daha fazla önem arz etmektedir. Danışanlar bazı durumlarda modlarına göre terapist ebeveyn rolünü yükleyebilmektedirler. Bu durumlarda terapistlerin empatik bir anlayışla durumu danışana fark ettirmeleri ve karşılanmayan ihtiyaçları açıklamaları gerekmektedir.

Uyumsuz şemalarla depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar yürütülmüştür. Halvorsen ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen araştırmada depresyon tanısı alan bireyler tanı almayan bireylere oranla 12 uyumsuz şemada daha yüksek puanlar almışlardır. Benzer şekilde Shah ve Waller (2000) tarafından yapılan çalışmada 16,

Cooper ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada 9 uyumsuz şemanın seviyesi depresyonda olan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Başarısızlık, duygusal yoksunluk ve terk edilme gibi bazı uyumsuz şemaların depresyonda daha fazla etkili olduğu ileri sürülmektedir (Renner ve ark. 2012). Uyumsuz şemalar ile depresyon arasında güçlü ilişkiler görülmesine rağmen şema terapinin depresyondaki etkililiği üzerine sınırlı sayıda çalışma yürütülmüştür (Wegener ve ark. 2013). Renner ve arkadaşları (2016) tarafından 25 kronik depresyon tanısı almış birey üzerinde yürütülen çalışmada şema terapinin depresif semptomları önemli düzeyde azalttığı, Malogiannis ve arkadaşları (2014) tarafından kronik depresyon tanısı almış 12 birey üzerine uygulanan şema terapi sürecinin sonunda 7 bireyin depresyon seviyesinin anlamlı düzeyde azaldığı, Heileman ve arkadaşları (2011) tarafından şema terapinin düşük sosyoekonomik düzeyde bulunan 8 kadın üzerinde uygulandığı çalışmada kadınların depresyon düzeylerinin terapi süreci sonunda anlamlı düzeyde gerileme gösterdiği, Carter ve arkadaşları (2013) tarafından 100 major depresif bozukluk tanısı almış birey üzerinde yapılan ve bilişsel terapiyle şema terapinin etkililiğinin karşılaştırıldığı çalışmada iki terapi yöntemi arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığı, Gheisari (2016) tarafından kronik depresyon tanısı almış 6 birey üzerinde yapılan çalışmada şema terapinin depresyon düzeylerini azalttığı ve bilişsel işlevleri geliştirdiği, Hashemi ve Darvishzadeh (2016) tarafından majör depresif bozukluk belirtileri gösteren 30 evli kadın üzerinde yürütülen grup şema terapi sürecinin sonucunda grup şema terapinin semptomları anlamlı düzeyde azalttığı bulgularına ulaşılmıştır. Şema terapinin psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki genel etkililiğini inceleyen araştırmalara bakıldığında ise, Masley ve arkadaşları (2012) tarafından şema terapinin sınır kişilik bozukluğu, çocukluk dönemi travmalarına ilişkin bozukluklar, madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu ve agorafobiyi kapsayan toplam 12 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışması yürütülmüştür. Bakos ve arkadaşları (2015) tarafından şema terapinin çeşitli psikolojik rahatsızlıklar, depresyon ve kişilik bozuklukları olmak üzere toplam 9 çalışma, üzerindeki genel etkililiğini belirlemeye yönelik bir derleme çalışması yapılmıştır. Şema terapinin ruh sağlığı problemleri üzerindeki etkililiği genel olarak birkaç rahatsızlık grubu bir arada incelenerek araştırılmıştır.

Bu çalışmada ise şema terapinin depresif bozuklukların tedavisinde etkililik derecesi araştırılmıştır. Ayrıca çalışmada elde edilen ortalama etki büyüklüğünü etkileyeceğini düşündüğümüz i) araştırmanın gerçekleştirildiği ülke (kültür), ii) depresyon grubu hastalık türü, iii) deney grubundaki birey sayısı, iv) uygulanan seans sayısı, v) uygulanan seans türü (bireysel ve grup), vi) seans süresi (dakika) ve vii) seans süreci (hafta) moderatör değişkenler belirlenmiştir. Bütün bu değişkenlerle birlikte aşağıdaki hipotezler test edilmeye çalışılmıştır:

H1 Şema terapi depresif bozuklukların tedavisinde etkili olmaktadır.

H2 Araştırmanın gerçekleştirildiği ülke (kültür) şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H3 Depresyon grubuna bağlı olan hastalığın türü şema terapinin depresif bozukluklarının tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H4 Deney grubundaki birey sayısı şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H5 Deney grubuna uygulanan seans sayısı şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H6 Deney grubuna uygulanan seans türü (bireysel ve grup) şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H7 Uygulanan seansın süresi (dakika) şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

H8 Seansların toplam süreci (hafta) şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğinde moderatördür.

Tablo 1. Meta-analize dâhil edilen çalışmaların özellikleri

Yazarlar ve yıl	Ülke	Tanı	Kişi sayısı	Seans sayısı	Seans türü	Seans süresi	Seans süreci	Ön-son-test farkı(p)
Hashemi ve Darvishzadeh (2016)	İran	Major depresyon	15	10	Grup	90 dakika	8 hafta	.000
Heilemann ve ark. (2011)	ABD	Major ve minör depresyon	8	8	Bireysel	120 dakika	8 hafta	.000
Malogiannis ve ark. (2014)	Yunanistan	Distimi	12	60	Bireysel	50 dakika	80 hafta	.032
Renner ve ark. (2016)	Hollanda	Distimi	25	75	Bireysel	50 dakika	80 hafta	.008
Wegener ve ark. (2013)	Almanya	Major depresyon	47	40	Grup ve bireysel	90 dakika	8 hafta	.001
Gheisari (2016)	İran	Distimi	6	12	Bireysel	60 dakika	15 hafta	.028
Rashidi ve Rasooli (2015)	İran	Major depresyon	20	12	Bireysel	45 dakika	12 hafta	.001

Yöntem

Çalışma Deseni

Bu çalışmanın amacı şema terapinin depresyon bozuklukları üzerindeki etkililiğinin meta-analiz yöntemi ile belirlenmesidir. Meta-analiz, belirli bir şablonda yürütülen farklı çalışmalardan elde edilen sonuçların birleştirilerek genel bir sonuç elde edilmesi için yapılan analizi ifade etmektedir (Dinçer, 2014).

Tarama Stratejisi ve Dahil Etme/Çıkarma Kriterleri

Meta-analize alınacak çalışmaların belirlenmesinde EBSCO, ProQuest, Science-Direct ve Scopus veri tabanlarına literatür taraması uygulanmıştır. Çalışmaların taranmasında şema terapi ve depresyon terimleri çalışmaların başlık bölümünde aranarak listelenen deneysel çalışmalar meta-analize dahil edilmiştir. Çalışmaların yayın aralıkları 2007-2017 olarak belirlenmiştir ve bu tarihler arasında yapılan çalışmalar araştırmaya eklenmiştir. Yapılan literatür taramasının sonucuna göre başlıklarında şema terapi ve depresyon terimlerini içeren toplam 35 çalışma ilk etapta listelenerek incelemeye tabi tutulmuştur. Yapılan inceleme sonuçlarına göre belirlenen kriterleri sağlamamalarından dolayı (ilişkisel bir çalışma olma veya yeterli istatistiki bilginin bulunmaması) 28 çalışma

araştırma dışında bırakılarak 7 çalışma son olarak meta-analize alınmıştır. Söz konusu 7 çalışmaya ilişkin betimsel istatistikler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 2. Şema terapinin depresif bozukluklarının tedavisindeki etkililiği

Değişken	k	N	Ort.Fark	CI (Güven Aralığı)		Q	Q _b
				Alt Limit	Üst Limit		
Şema terapi	7	133	.67**	.49	.85	7.29	
[Ülke]							.82
Kolektivist	3	41	.78**	.48	1.08		
Bireyci	4	92	.61**	.38	.84		
[Tanı]							4.54
Distimi	3	43	.68**	.35	1.02		
Major depresyon	3	82	.62**	.41	.84		
Major ve minör depresyon	1	8	1.91**	.75	3.08		
[Deney grubu kişi sayısı]							7.29
6 birey	1	6	1.25*	.18	2.31		
8 birey	1	8	1.91**	.75	3.08		
12 birey	1	12	.71*	.08	1.34		
15 birey	1	15	.67**	.27	1.06		
20 birey	1	20	.87**	.35	1.38		
25 birey	1	25	.58**	.16	1.02		
47 birey	1	47	.51**	.21	.82		
[Seans sayısı]							6.89
8 seans	1	8	1.91**	.75	3.08		
10 seans	1	15	.67**	.27	1.06		
12 seans	2	26	.94**	.48	1.40		
40 seans	1	47	.51**	.21	.82		
60 seans	1	12	.71**	.08	1.34		
75 seans	1	25	.58**	.16	1.00		
[Seans türü]							1.91
Bireysel	5	71	.80**	.53	1.07		
Grup	1	15	.67**	.27	1.06		
Bireysel ve grup	1	47	.51**	.21	.82		
[Seans süresi]							6.81
45 dakika	1	20	.87**	.35	1.38		
50 dakika	2	37	.62**	.27	.97		
60 dakika	1	6	1.25*	.18	2.32		
90 dakika	2	62	.57**	.33	.81		
120 dakika	1	8	1.91**	.75	3.08		
[Seans süreci]							1.92
8 hafta	3	70	.63**	.39	.86		
12 hafta	1	20	.87**	.35	1.38		
15 hafta	1	6	1.25*	.18	2.32		
80 hafta	2	37	.62**	.27	.97		

*p<.01, **p<.05

Meta-analize dâhil olmada belirlenen kriterler şu şekilde belirlenmiştir;

1. Şema terapinin terapötik olarak depresif bozuklukların tedavisinde uygulandığı deneysel bir çalışma olması
2. Bir deney grubunun olması (kontrol grubu kriter olarak alınmamıştır bunun yerine deney grubu posttest-pretest puanları arasındaki iyileşmeye bakılmıştır)
3. Seans sayısı, seans süresi ve seans sürecinin belirtilmiş olması
4. Şema terapi sürecinin deney grubu üzerinde etkililiğinin (deney grubu ön-test son-test farkı, p değeri) belirtilmiş olması.

Kodlama İşlemi

Kodlama işlemi temelde bir veri ayıklama işlemi olup, araştırmalardaki karmaşık bilgilerin içinden daha net ve çalışmaya uygun verilerin çıkarılmasıdır. Bu bağlamda bu çalışmada istatistiksel analize geçilmeden önce bir kodlama formu oluşturulmuştur ve kodlamalar bu forma uygun bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın kodlama formu yazarlar ve yıl, ülke, tanı, deney grubu kişi sayısı, seans sayısı, seans türü, seans süreci, deney grubu ön test-son test fark değerini (p) içeren başlıklardan oluşmaktadır.

Moderatör Değişkenler

Bu çalışmada moderatörler arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlılığına bakılmak istendiğinden sadece Q_b değerleri kullanılmıştır. Çalışmada ortalama etki büyüklüğünde rol oynayacağını düşündüğümüz yedi moderatör değişken belirlenmiştir.

Bulgular

Şema terapinin depresif bozuklukların tedavisindeki etkililiğini gösteren meta-analiz bulguları Tablo 2'de sunulmuştur. Şema terapinin depresif bozukluklarının tedavisinde etki değeri .67 olarak ($p < .01$) belirlenmiştir. Şema terapi tedavisi alan depresif bozukluklara sahip bireyler terapi süreci sonucunda depresyon belirtilerinde genel olarak .67 puanlık düşüş göstermektedirler. Bu bulgu H1 hipotezini doğrulamaktadır. Şema terapinin depresif bozuklukların tedavisinde yüksek düzeyde etkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın gerçekleştirildiği ülkeler boyutunda İran kolektivist ülke olarak, ABD, Yunanistan, Hollanda ve Almanya ise bireyci ülkeler olarak sınıflanmıştır. Kolektivist kültürdeki şema terapinin etkililiği depresyon puanlarında .78 azalma olarak ($p < .01$), bireyci kültürdeki etkililiği ise .61 azalma ($p < .01$) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı farklılaşma gözlenmemiştir ($Q_b = .82, p > .05$). H2 hipotezi geçerli olmamıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği kültür moderatör değişkeni olarak işlev görmemektedir. Şema terapinin tedavi amaçlı uygulandığı depresif bozuklukları tanı grubunda distimide (kronik depresyon) genel olarak .68 puan azalma ($p < .01$), majör depresyonda .62 puan azalma ($p < .01$) ve majör ve minör depresyonda 1.91 puan azalma ($p < .01$) bulunmuştur. Tanı grubunda gruplar arası anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir ($Q_b = 4.54, p > .05$). H3 hipotezi geçerli olmamıştır. Şema terapinin uygulandığı hastalık grubu moderatör değişkeni olarak işlev görmemektedir.

Şema terapinin uygulandığı deney gruplarının toplam kişi sayısı incelendiğinde düşük gruplu bireylerde depresyon puanlarında daha çok düşüş belirlenmiştir (6 birey-1.25 puan, $p < .05$; 8 birey-1.91 puan, $p < .01$). Deney grubundaki birey sayısının artması genel olarak depresyon puanlarındaki düşüşü azaltmaktadır. Gruplar arası bir fark oluşmamıştır ($Q_b = 7.29, p > .05$). H4 hipotezi geçerli olmamıştır. Deney grubundaki

birey sayısı moderatör değişken olarak işlev görmemektedir.

Şema terapinin seans sayılarına bakıldığında etkililiği en yüksek seans sayısı sırasıyla 8 seans (MD= 1.91, $p < .01$), 12 seans (MD= .94, $p < .01$) ve 60 seans (MD= .71, $p < .01$) olarak belirlenmiştir. Seans sayıları arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır ($Q_b = 6.89$, $p > .05$). H5 hipotezi doğrulanamamıştır. Şema terapinin seans sayıları moderatör değişken olarak işlev görmemektedir.

Şema terapinin depresif bozuklukların tedavisinde bireysel ve grup olarak uygulanması boyutunda bireysel olarak sunulan şema terapinin (MD=.80, $p < .01$) gruba oranla (MD=.67, $p < .01$) depresyon puanlarında daha fazla düşüşe yol açtığı, hem bireysel hem de grup olarak uygulanan şema terapinin ise depresyon puanlarında en az düşüşü sağladığı (MD= .51, $p < .01$) ancak seans türü bakımından anlamlı bir farklılık oluşmadığı ($Q_b = 1.91$, $p > .05$) bulgularına ulaşılmıştır. H6 hipotezi doğrulanamamıştır. Deney grubuna uygulanan seans türü moderatör değişken olarak işlev görmemektedir.

Şema terapinin seans süreleri kapsamında etkililiği en yüksek ve depresyon puanlarında en çok azalmayı sağlayan süreler 120 dakika (MD=1.91, $p < .01$) ve 60 dakika (MD=1.25, $p < .05$) olarak bulunmuştur ancak seans süreleri arasında etkililik bakımından anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ($Q_b=6.81$, $p > .05$). H7 hipotezi geçerli olmamıştır. Uygulanan seansın süresi şema terapinin depresyon bozukluklarının tedavisindeki etkililiğinde moderatör değişken olarak işlev görmemektedir.

Şema terapinin toplam seans süreçleri incelendiğinde depresyon puanları üzerinde etkililiği en yüksek süreç 15 hafta (MD=1.25, $p < .05$), etkililiği en düşük süreç ise 80 hafta (MD=.62, $p < .01$) olarak bulunmuştur. Seans süreçleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($Q_b = 1.92$, $p > .05$). H8 hipotezi gerçekleşmemiştir. Seansların toplam süreci moderatör değişken olarak işlev görmemektedir.

Tartışma

Bu meta-analiz çalışmasında şema terapinin depresif bozukluklarda belirtilerin azaltılmasında önemli ölçüde etkili olduğu belirlenmiştir. Şema terapinin depresif bozuklukların tedavisinde yeni ve etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Heilemann 2011, Carter ve ark. 2013, Malogiannis 2014). Bakos ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan derleme çalışmasında şema terapinin kronik depresyon tedavisinde etkili bir terapi yöntemi olduğu belirtilmiştir. Bu meta-analiz bulgusu daha önce yapılan deneysel çalışmalarını bütünsel olarak doğrulamaktadır.

Şema terapi depresif bozuklukları üç aşamalı bir modelde ele almaktadır (Renner ve ark. 2016). Bunlar; erken dönem olumsuz yaşantılar, bunlara bağlı oluşan uyumsuz şemalar ve bu şemalarla baş etme mekanizmalarıdır. Depresif hastalarda en çok görülen sosyal yalıtılmışlık, agıtasyon(gerileme) ve günlük işlevselliğin düşmesi gibi belirtiler uyumsuz şemalara teslim olma, onlardan kaçınma veya onları telafi etme eğiliminin sonucuna göre oluşabilmektedir (Barret ve Barber, 2007, Renner ve ark. 2012). Depresif bozuklukları işlevsiz baş etme mekanizmalarının bir sonucu olarak görülmektedir. Müdahale aşamasında yaşantısal tekniklerle danışanların işlevsiz baş etme mekanizmaları aşarak, uyumsuz şemaları değiştirilmeye çalışılmaktadır.

Kolektivist ve bireyci ülkeler arasında şema terapinin depresif bozukluklar üzerindeki iyileştirici etkisinde anlamlı bir fark bulunmamakla beraber kolektivist ülkelerde genel depresyon puanı düşüşü daha fazla bulunmuştur. Ülkemizin de içinde bulunduğu kolektivist kültürlerde otoriter ebeveynlik tarzı daha yaygın görülmekte olup (Rudy ve

Grusec 2006), bireylerin bebeklikten yetişkinliğe kadar olan süreçlerinde özerklikleri fazla desteklenmemekte, maruz kalınan ebeveynlik tarzları dolayısıyla kişiler daha fazla psikolojik belirti ve uyumsuz şema geliştirebilmektedirler (Varela ve ark. 2009). Aynı zamanda, toplumsal yapı, kişilerarası ilişkilerin önemi ve cinsiyet rolleri gibi etmenler, bireylerin bu uyumsuz şemaları daha fazla telafi etmelerine, şemalara daha fazla teslim olmalarına veya şemalardan daha fazla kaçınmalarına neden olabilmektedir. Sahip olunan uyumsuz şemalar uyumsuz baş etme mekanizmalarını da beraberinde getirebilmektedir. Bu unsurlardan dolayı kolektivist kültürlerde psikolojik belirtilerin oluşmasında erken dönem uyumsuz şemaların daha fazla rol oynadığı ve buna bağlı olarak şema terapi süreçlerinin sonunda depresyon puanlarında daha fazla düşüş olduğu düşünülmektedir.

Bireysel şema terapi ve grup şema terapi süreçleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir fakat bireysel uygulanan şema terapi, depresif bozukluklarda daha fazla puan düşüşünü sağlamıştır. Farrell ve arkadaşları (2009) tarafından yürütülen ve şema terapinin sınır kişilik bozukluğu tedavisindeki etkililiğinin incelendiği çalışmada da bu bulguya zıt olarak grup şema terapisindeki bireylerde daha fazla iyileşme görülmüştür. Şema terapi, danışanın erken dönem yaşam deneyimlerinin, olumsuz yaşantılarının derinlemesine ve yaşantısal tekniklerle incelendiği, mod çalışmalarının yapıldığı uzun süreli bir terapi modeli olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark. 2003). Grup terapilerinin de bireysel terapilere oranla bazı avantajları mevcuttur. Bunların en önemlileri, grubun birey üzerindeki iyileştirici etkisi ve bireyin kendi sorunlarını paylaşan diğer bireylerle beraber olma duygusudur (Corey ve Corey 2013).

Şema terapinin toplam seans süreçlerine bakıldığında depresyon puanları üzerinde en fazla düşüşü 15 haftalık şema terapi, en az düşüşü ise 80 haftalık şema terapi sağlamaktadır ancak gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Van Vresswijk ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen araştırmada kısa süreli şema terapinin duyu durum ve kaygı bozukluklarında daha belirgin iyileşmeler sağlayabileceği açıklanmıştır. Bu bulgular depresyon puanlarındaki düşüşün kalıcılığı hakkında bilgi vermemektedir. Kısa zaman diliminde şema terapi akut iyileşmeler sağlayabilmekle beraber, uzun süreli şema terapinin kazanımlarının daha kalıcı olabileceği düşünülmektedir. Meta-analize dâhil edilen çalışma sayısının yedi olması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır. Bu sınırlılığın ortaya çıkmasında, belirtilen tarih aralığında belirtilen veri tabanlarında ulaşılabilen deneysel çalışma sayısının az olması ve şema terapinin deneysel olarak daha çok kişilik bozuklukları ve ilişkili bozukluklar üzerinde uygulanması rol oynamıştır. Yapılacak benzer meta-analiz çalışmalarında yayın aralığının daha geniş tutulması, daha çok veri tabanının araştırmaya dâhil edilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C (2009) Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 20 205-2012.
- Bakos DS, Gallo AE, Wainer R (2015) Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemp Behav Health Care*, 1:doi 10.15761/CBHC.1000104.
- Barrett MS, Barber JP (2007) Interpersonal profiles in major depressive disorder. *J Clin Psychol*, 63:247-266.
- Beck AT (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York, Harper & Row.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY, Guilford Press.

- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR (2013) Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*, 151:500-505.
- Cooper MJ, Rose KS, 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 MS, Corey G, Corey C (2013) *Groups: Process and Practice*. Boston, MA, Cengage Learning.
- Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G (2010) Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*, 196:173-178.
- DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD (2008) Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 9:788-796.
- Diğer S (2014). Eğitim Bilimlerinde Uygulamalı Meta-Analiz. Ankara, Pegem Akademi.
- Diessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ (2010) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30:25-36.
- Farrell JM, Shaw IA, Webber MA (2009) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40:317-328.
- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA (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 WJ, Peterson LT (2013) Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Res Soc Work Pract*, 23:266-283.
- Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M et al. (2009) Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother*, 16:394-407.
- 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.
- Hawke LD, Provencher MD (2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *J Cogn Psychother*, 25: 257-276.
- Heilemann MV, Pieters HC, 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 SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78:169-183.
- James IA, Southam L, Blackburn IM (2004) Schemas revisited. *Clin Psychol Psychother*, 11:369-377.
- Karamustafaloğlu O, Yumrukal H (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45:65-74.
- Kim JS (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.
- Malogiannis IA, 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 Exp Psychiatry*, 45:319-329.
- Manber R, Edinger JD, Gress JL, Pedro-Salcedo MGS, Kuo TF, Kalista T (2008) Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31:489-495.
- Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA (2012) A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cogn Behav Ther*, 41:185-202.
- 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) Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20:166-180.
- Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbstaal J, Huibers MJ (2016) Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 51:66-73.
- Renner F, Lobbstaal 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.

- Rood L, Roelofs J, Bögels SM, Nolen-Hoeksema S, Schouten E (2009) The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 29: 607-616.
- Rudy D, Grusec, JE (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.
- Shah R, Waller G (2000) Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis*, 188:19-25.
- Varela RE, Sanchez-Sosa JJ, Biggs BK, Luis TM (2009) Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. *J Anxiety Disord*, 23:609-616.
- von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. (2010) The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Fam Process*, 49:457-485.
- Vreeswijk MV, Spinhoven P, Eurelings-Bontekoe EHM, 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.
- 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.
- Young JE (1994) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL, Professional Resource Press.
- Young JE, Klosko J, Weishaar ME (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY, Guilford Press.

Serdar Körük, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir; **Nilüfer Özabacı**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serdar Körük, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Eskişehir, Turkey. E-mail: serdarkoruk1989@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

Geliş tarihi/Submission date: 4 Aralık/December 4, 2017 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 19 Ocak/January 19, 2018
