



DEPRESYONUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: SON 10 YILIN BULGULARI

Dr. Murat KAN¹ , Klinik Psikoloji ABD

Öz

Depresyon, dünya genelinde yaygın olarak görülen ve bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir ruhsal bozukluktur. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyonun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, yapılandırılmış ve kısa süreli bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bu literatür taraması, son on yıl içerisinde (2014-2024) depresyonun BDT ile tedavisinin etkinliğine ilişkin yayımlanmış bilimsel bulguları derlemeyi ve analiz etmeyi amaçlamaktadır. Taramada, yetişkinlerde majör depresif bozukluk başta olmak üzere, ergenler, yaşlılar, kronik hastalığı olan bireyler ve doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar gibi farklı popülasyonlarda BDT'nin etkinliği incelenmiştir. Ayrıca, bireysel, grup, internet tabanlı ve kısa süreli BDT gibi farklı uygulama biçimlerinin etkinlikleri karşılaştırılmış; BDT'nin farmakoterapi ve diğer psikoterapi yaklaşımlarıyla mukayesesi ele alınmıştır. Bulgular, BDT'nin depresyon semptomlarının azaltılmasında, nüksün önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Terapötik ilişki, hasta özellikleri ve tedaviye uyum gibi faktörlerin BDT'nin etkinliğini etkileyebileceği belirtilmiştir. İnternet tabanlı BDT uygulamalarının da umut verici sonuçlar sunduğu ve erişilebilirliği artırdığı görülmektedir. Bu derleme, BDT'nin depresyon tedavisindeki güncel yerini ve önemini vurgulamakta, klinik uygulamalar için önemli çıkarımlar sunmakta ve gelecekteki araştırma alanlarına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler

Depresyon
Bilişsel Davranışçı Terapi
Psikoterapi

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi : 12/10/2024
Kabul Tarihi : 11/12/2024
E-Yayın Tarihi : 31/12/2024

Kaynakça Gösterimi: KAN, M. (2024). DEPRESYONUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: SON 10 YILIN BULGULARI. İnteraktif Bilim: Disiplinlerarası Araştırma Ve İncelemeler Dergisi, 4(-), 2158–2195. <https://doi.org/10.61749/JIRAS-11.2158-2195>

¹ PhD on Clinical Psychology. <https://orcid.org/0009-0000-3023-0454>



THE EFFICACY OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN TREATING DEPRESSION: FINDINGS FROM THE LAST 10 YEARS

Murat KAN(PhD), Department of Clinical Psychology

Abstract

Depression is a prevalent mental disorder worldwide that significantly impairs individuals' quality of life. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a structured, short-term psychotherapy approach with proven efficacy in the treatment of depression. This literature review aims to compile and analyze scientific findings published within the last ten years (2014-2024) regarding the efficacy of CBT in treating depression. The review examines the efficacy of CBT in various populations, including adults with major depressive disorder, adolescents, the elderly, individuals with chronic illnesses, and women experiencing postpartum depression. Furthermore, the efficacy of different CBT delivery formats, such as individual, group, internet-based, and brief CBT, is compared; and CBT is contrasted with pharmacotherapy and other psychotherapeutic approaches. Findings indicate that CBT has a strong effect on reducing depressive symptoms, preventing relapse, and improving quality of life. Factors such as the therapeutic alliance, patient characteristics, and treatment adherence are noted to potentially influence CBT's efficacy. Internet-based CBT applications also present promising results and increase accessibility. This review highlights the current position and importance of CBT in depression treatment, offers significant implications for clinical practice, and points towards future research directions.

Keywords

Depression
Cognitive Behavioral Therapy
Psychotherapy

Article Info

Research Article

Received : October 12, 2024.
Accepted : December 11, 2024
Online Published : December 31, 2024

Citation Information: KAN, M. (2024). DEPRESYONUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: SON 10 YILIN BULGULARI. İnteraktif Bilim: Disiplinlerarası Araştırma Ve İncelemeler Dergisi, 4(-), 2158–2195. <https://doi.org/10.61749/JIRAS-11.2158-2195>



1. GİRİŞ

1.1. Depresyonun Tanımı, Yaygınlığı ve Toplumsal Yükü

Depresyon, duygudurum bozuklukları spektrumunda yer alan, bireyin duygusal, bilişsel, davranışsal ve bedensel işlevlerinde belirgin bozulmalara yol açan karmaşık bir ruhsal rahatsızlıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel düzeyde yeti yitiminin önde gelen nedenlerinden biri olarak tanımlanan depresyon, çökkün duygudurum, ilgi ve haz kaybı (anhedoni), enerji azlığı, uyku ve iştah değişiklikleri, değersizlik ve suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü ve tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri gibi çeşitli semptomlarla karakterizedir (Önder & Utkan, 2018). Bu semptomların şiddeti ve süresi, bireyin günlük yaşam aktivitelerini, mesleki işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini ciddi biçimde etkileyebilmektedir (Ak vd., 2013; (Akın & Berkem, 2012). Depresyonun etiolojisi çok faktörlü olup, genetik yatkınlık, nörobiyolojik değişiklikler, psikososyal stresörler, erken dönem travmatik yaşantılar ve kişilik özellikleri gibi biyopsikososyal etmenlerin karmaşık etkileşimini içermektedir (KARATAŞ & Uçar, 2023).

Depresyonun küresel yaygınlığı endişe verici boyutlardadır. DSÖ verilerine göre, dünya genelinde 280 milyondan fazla insanın depresyondan etkilendiği tahmin edilmektedir (Sarıtış, 2020). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar, bu tablonun daha da ağırlaşmasına neden olmaktadır (Bayramoğlu & Gümrükçü, 2021). Depresyon, her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde başlangıç gösterme eğilimindedir (ARSLAN, 2018), ve kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha sık rastlanmaktadır (Soytürk & Hocaoglu, 2020). Pandemi gibi küresel krizlerin, depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansında önemli artışlara yol açtığı da son dönemdeki araştırmalarla desteklenmektedir (Uytun vd., 2016). Bu yaygınlık oranları, depresyonun yalnızca bireysel bir sorun olmanın ötesinde, önemli bir halk sağlığı meselesi olduğunu ortaya koymaktadır (ÖZTUNA & Işık, 2023).

Depresyonun toplumsal yükü, bireysel düzeydeki ızdırabın yanı sıra, önemli ekonomik ve sosyal maliyetleri de beraberinde getirmektedir. İş gücü kaybı, üretkenlikte azalma, sağlık hizmetlerinin artan kullanımı ve sosyal destek sistemleri üzerindeki baskı, depresyonun ekonomik etkilerinin başlıca göstergeleridir (Akın & Berkem, 2012). Ayrıca, depresyonun intihar riskini artırması, bu bozukluğun en trajik sonuçlarından biridir ve toplum sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Dinç vd., 2020). Depresyonla ilişkili damgalanma (stigma), bireylerin yardım arama davranışlarını olumsuz etkileyerek tedaviye erişimi geciktirebilmekte ve sosyal izolasyonu derinleştirebilmektedir (Zincir vd., 2014). Bu nedenle, depresyonun erken tanısı, etkin tedavisi ve önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi, toplumsal refahın artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir (Kılıç vd., 2019).

Son on yılda, depresyonun anlaşılması ve tedavisine yönelik bilimsel araştırmalarda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Özellikle kanıta dayalı psikoterapi yaklaşımlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, depresyonla mücadelede umut verici gelişmeler sunmaktadır (Fındık vd., 2019). Bu yaklaşımlar arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), etkinliği çok sayıda randomize kontrollü araştırma ve meta-analiz ile desteklenmiş, uluslararası tedavi kılavuzlarında birinci basamak tedavi seçenekleri arasında yer alan bir yöntemdir (Özsoylu

vd., 2019). Depresyonun birey ve toplum üzerindeki derin etkileri göz önüne alındığında, BDT gibi etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin son dönemdeki bulgular ışığında değerlendirilmesi, klinik uygulamaların optimize edilmesi ve ruh sağlığı politikalarının şekillendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Çetintaş & Sut, 2023).

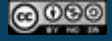
1.2. Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) Temel İlkeleri ve Depresyon Modelinin Tanıtımı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon modeli ve temel ilkeleri ile yapılandırılmış, amaca yönelik ve kısa süreli bir yaklaşım sunmaktadır. Aaron T. Beck tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilen bu terapi modeli, günümüzde anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli ruhsal sorunların tedavisinde etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Demirci & Erden, 2016). Beck'e göre, bireylerin duygusal tepkeleri ve davranışları, olayların kendisinden ziyade bu olaylara ilişkin sahip oldukları düşünceler ve yorumlar tarafından şekillendirilir. Bu noktada, işlevsel olmayan düşünce kalıplarını yeniden değerlendirmek üzerine inşa edilmiş bir terapötik yaklaşım geliştirilmiştir (AKTÜRK vd., 2023).

Bilişsel Davranışçı Terapi, olumsuz düşünceler ile depresyon arasında karmaşık bir etkileşim olduğunu öne sürer. Beck'in bilişsel üçlemesi, depresif bireylerin kendileri, çevreleri ve gelecekleri hakkında olumsuz ve çarpıtılmış düşünceler geliştirme eğiliminde olduklarını belirtir (AKSAKALLI & Karaaziz, 2023). Örneğin, bireyler "Ben yetersizim" gibi kendilikle ilgili olumsuz düşünceler, "Kimse beni sevmiyor" gibi dünya ile ilgili olumsuz düşünceler ve "Hiçbir şey düzelmeyecek" gibi gelecek ile ilgili olumsuz düşünceleri içselleştirirler. Bu olumsuz otomatik düşünceler, daha derinlerde yatan işlevsel olmayan ara inançlardan ve temel inançlardan kaynaklanır; dolayısıyla BDT, bilişsel çarpıtmaları tanımlayarak daha gerçekçi düşünce biçimlerinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Pamuk vd., 2024).

BDT'nin odaklandığı bir diğer önemli alan davranışsal bileşendir. Depresyon yaşayan bireyler sıklıkla kaçınma davranışları gösterir, sosyal geri çekilme yaşar ve aktivite düzeyleri düşer. Bu durum, bireylerin zevk aldıkları veya başarı duygusu yaşadıkları aktivitelerden uzaklaşmalarına yol açarak olumsuz pekiştiricilerin azalmasına ve depresif semptomların kötüleşmesine neden olur (Vatan, 2016). BDT içerisinde kullanılan davranışsal teknikler arasında davranışsal aktivasyon, etkinlik planlama ve problem çözme becerileri eğitimi yer alır. Davranışsal aktivasyon, bireyleri keyif verici ve anlamlı aktivitelere yönlendirerek olumlu deneyimlerin artırılmasını hedefler (AYDIN & Aydın, 2017). Bu süreçte ev ödevleri, terapinin önemli bir parçası olarak, seanslarda öğrenilen becerilerin günlük yaşama aktarılmasını ve genellenmesini sağlar (Bulut & Karaaziz, 2024).

BDT'nin etkinliği, sağlam ampirik kanıtlarla desteklenmektedir. Terapinin yapılandırılmış yapısı, hedeflerinin net olması ve kullanılan tekniklerin somutluğu hem terapistler hem de danışanlar için anlaşılır bir çerçeve sunar (Aydın, 2023). Son yıllarda BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin ve farklı popülasyonlara uyarlanmış versiyonlarının geliştirilmesi, terapinin erişilebilirliğini artırmıştır (Candemir & ULUSOY, 2024). Örneğin, grup terapileri ve internet tabanlı terapilerin uygulanması, BDT'nin geniş bir yelpazede fayda sağlamasına olanak tanımaktadır (Tarım & Aktan, 2024). Hem bireysel hem de grup terapisi üzerine yapılan



çalışmalar, depresyon tedavisinde BDT'nin neden bu kadar başarılı olduğuna dair sağlam bir zemin oluşturmaktadır (AYDEMİR vd., 2024).

BDT'nin temel ilkeleri ve depresyon modeli hem klinik uygulamalar hem de araştırmalar açısından önem taşıyan, bireylerin duygusal ve davranışsal işlevselliğini artırmayı hedefleyen etkili bir rehber niteliğindedir. Bilişsel Davranışçı Terapi, geçen on yıllar boyunca depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun tedavisinde referans niteliğinde bir yöntem olarak öne çıkmış ve bu konu üzerindeki araştırmalar, terapinin geçerliliğini ve etkinliğini pekiştirmeye devam etmektedir (Vezir & Karaaziz, 2023; Kul & Türk, 2020).

1.3. Literatür Taramasının Amacı ve Kapsamı

Bu literatür taramasının temel amacı, son on yıllık (2014-2024) dönemde yayımlanmış bilimsel araştırmalar ışığında, Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyon tedavisindeki etkinliğini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek ve sentezlemektir. Depresyonun yaygınlığı ve birey ile toplum üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, kanıta dayalı tedavi yöntemlerinin güncel etkinlik düzeylerinin belirlenmesi, klinik uygulamalar ve ruh sağlığı politikaları açısından büyük önem arz etmektedir. BDT, depresyon tedavisinde uzun yıllardır altın standart olarak kabul edilen yaklaşımlardan biri olmasına rağmen, bilimsel bilgi birikimi sürekli olarak güncellenmekte, yeni araştırma bulguları terapinin farklı yönlerini aydınlatmakta ve uygulama biçimlerini zenginleştirmektedir. Bu nedenle, son on yıllık literatürün sistematik bir biçimde incelenmesi, BDT'nin depresyon tedavisindeki mevcut konumunu, güçlü yönlerini ve potansiyel gelişim alanlarını ortaya koyacaktır.

Bu tarama, özellikle Klinik Psikoloji perspektifinden hareketle, BDT'nin etkinliğine dair kanıtları derinlemesine inceleyecektir. Bu kapsamda, öncelikle yetişkinlerde majör depresif bozukluk tanısı almış bireylerde BDT'nin etkinliğini gösteren randomize kontrollü araştırmalar ve bu araştırmaları sentezleyen meta-analizler ile sistematik derlemeler ele alınacaktır. Terapinin akut dönemdeki semptom azaltıcı etkisinin yanı sıra, uzun vadeli izlem sonuçları ve nüks önlemedeki rolü de önemli bir odak noktası olacaktır. Depresyonun heterojen bir bozukluk olması ve farklı demografik grupları etkilemesi nedeniyle, BDT'nin ergenler, yaşlılar, kronik fiziksel hastalığı olan bireyler ve doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar gibi özgül popülasyonlardaki etkinliği de ayrıntılı olarak incelenecektir. Bu alt gruplara yönelik BDT uyarlamalarının ve etkinlik düzeylerinin anlaşılması, tedavi yaklaşımlarının kişiselleştirilmesi açısından kritik değere sahiptir.

Literatür taraması ayrıca, BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin (bireysel, grup, internet tabanlı, kısa süreli) etkinlik karşılaştırmalarına da odaklanacaktır. Özellikle son yıllarda teknoloji destekli ruh sağlığı müdahalelerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, internet tabanlı BDT (iCBT) uygulamalarının etkinliği, maliyet-etkililiği ve erişilebilirliği önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir. Bu tarama, iCBT ve diğer dijital BDT formatlarının geleneksel yüz yüze terapiyle karşılaştırıldığında ne tür sonuçlar verdiğini ve hangi durumlarda tercih edilebileceğini değerlendirecektir. Bununla birlikte, BDT'nin farmakoterapi ve kişilerarası terapi (IPT), psikodinamik terapi gibi diğer psikoterapi yaklaşımlarıyla karşılaştırıldığı araştırmaların bulguları da sentezlenecek, kombine tedavilerin (BDT + farmakoterapi) etkinliği de irdelenecektir. Son olarak, BDT'nin etkinliğini etkileyebilecek moderatör faktörler

(örneğin, terapötik ilişki, hasta özellikleri, tedaviye uyum) ele alınarak, terapinin kimler için ve hangi koşullarda daha etkili olabileceğine dair bir anlayış geliştirilmeye çalışılacaktır. Bu kapsamlı değerlendirme, BDT'nin depresyon tedavisindeki rolüne dair güncel ve bütüncül bir bakış açısı sunmayı hedeflemektedir.

2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN DEPRESYON TEDAVİSİNDEKİ ETKİNLİĞİ: SON 10 YILIN BULGULARI

2.1. Yetişkinlerde Majör Depresif Bozukluk Tedavisinde BDT'nin Etkinliği

Yetişkinlerde majör depresif bozukluk (MDB), bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşüren, işlevselliği bozan ve önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil eden yaygın bir ruhsal rahatsızlıktır. Toplumda depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme oranı sırasıyla %19 ve %17'dir. Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %17 olarak tespit edilmiştir (Demirel & ADAK, 2022). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), MDB tedavisinde etkinliği en fazla araştırılmış ve kanıtlanmış psikoterapi yaklaşımlarından biridir. Son on yıllık dönemde gerçekleştirilen çok sayıda bilimsel araştırma, BDT'nin MDB semptomlarının azaltılmasında, iyileşme oranlarının artırılmasında ve nüksün önlenmesinde önemli bir rol oynadığını tutarlı bir şekilde göstermektedir (Sözeri-Varma, 2014). Bu bulgular, BDT'nin uluslararası tedavi kılavuzlarında MDB için birinci basamak tedavi seçeneği olarak önerilmesini desteklemektedir (örn., American Psychiatric Association, 2010; NICE, 2022).

BDT'nin etkinliği hem akut tedavi döneminde hem de uzun vadeli izlemde ortaya konmuş olup, farklı şiddet derecelerindeki depresyon vakalarında fayda sağladığı belirtilmektedir (Güney vd., 2017). Özellikle BDT'nin temel mekanizması, bireyin işlevsel olmayan düşünce kalıplarını ve uyumsuz davranışlarını hedef alarak daha sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olmaktır (Aydın vd., 2014). Depresif bireylerin kendileri, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz otomatik düşünceleri (bilişsel üçleme) BDT seanslarında tanımlanır, sorgulanır ve yeniden yapılandırılır (Gündüz & Gündoğmuş, 2019). Örneğin, "hiçbir şeyi doğru yapamıyorum" gibi bir düşünce, kanıtlar ve karşı kanıtlar incelenerek, daha dengeli ve gerçekçi bir alternatif düşünceyle (örneğin, "bazı şeylerde zorlansam da birçok şeyi başarıyla yapabiliyorum") değiştirilmeye çalışılır (Şarlak & Öztürk, 2019). Davranışsal teknikler, özellikle davranışsal aktivasyon, bireyin keyif aldığı ve anlam bulduğu aktivitelere katılımını artırarak, olumlu pekiştireçlerin çoğalmasını ve depresif duygudurumun azalmasını hedefler (Yılmaz & İkizer, 2022). Bu bilişsel ve davranışsal müdahalelerin entegrasyonu, MDB'nin sürdürülmesinde rol oynayan kısır döngülerin kırılmasına yardımcı olur (SARI, 2023).

Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin etkinliğinin sadece semptom azaltmasıyla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesinde, sosyal işlevselliğinde ve genel iyilik halinde de önemli iyileşmeler sağladığını göstermektedir. Örneğin, Driessen ve meslektaşları (2017) tarafından yürütülen bir meta-analiz, BDT'nin MDB'li yetişkinlerde hem depresif semptomları azalttığını hem de yaşam kalitesini artırdığını bulmuştur (KURTARAN vd., 2019). Ayrıca, BDT'nin tedavi sonrasında kazanılan becerilerin kalıcılığı sayesinde, farmakoterapiye kıyasla daha düşük nüks oranlarıyla ilişkili olabileceğine dair kanıtlar da bulunmaktadır (Ölçücü, 2015). Bu durum, BDT'nin sadece semptomları gidermekle kalmayıp,



aynı zamanda bireylere gelecekteki stresörlerle başa çıkma ve depresif epizotları önleme konusunda da donanım kazandırdığını düşündürmektedir (Çin vd., 2023). Dolayısıyla, MDB tedavisinde BDT, hem akut dönemde etkili bir müdahale hem de uzun vadeli iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir araç olarak kabul edilmektedir (İnce & Günüşen, 2022).

2.1.1. Randomize Kontrollü Araştırmalardan Elde Edilen Kanıtlar

Randomize kontrollü araştırmalar (RKA'lar), bir tedavinin etkinliğini değerlendirmede altın standart olarak kabul edilir ve bilişsel davranışçı terapinin (BDT) majör depresif bozukluk (MDB) tedavisindeki etkinliğine dair en güçlü kanıtları sunar (Rubin-Falcone vd., 2018). Son on yıl içerisinde yayımlanan çok sayıda RKA, BDT'nin MDB'li yetişkinlerde plasebo, bekleme listesi kontrol grupları ve diğer aktif tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında üstün veya eşdeğer etkinlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Örneğin, Dunlop ve meslektaşları (2019) tarafından yürütülen bir RKA, tedaviye yetersiz yanıt veren yetişkinlerde BDT'nin antidepresan ilaç tedavisi kadar etkili olduğunu ve tedavi sonrasında nüks oranlarının BDT grubunda daha düşük olduğunu bildirmiştir (Dunlop vd., 2019). Bu tür bulgular, BDT'nin farmakoterapiye güçlü bir alternatif veya tamamlayıcı bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Zhou ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir RKA, tedaviye dirençli depresyonu olan bireylerde standart tedaviye eklenen BDT'nin, sadece standart tedavi alan gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla iyileşme sağladığını göstermiştir (Zhou vd., 2017). Bu, BDT'nin daha karmaşık ve tedaviye yanıt vermeyen depresyon vakalarında bile faydalı olabileceğine işaret etmektedir.

Son dönem RKA'ları, BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin ve yoğunluklarının etkinliğini de araştırmıştır. Örneğin, bazı araştırmalar kısa süreli BDT'nin (örneğin, 8-12 seans) standart süreli BDT (örneğin, 16-20 seans) kadar etkili olabileceğini öne sürmüştür, bu da tedaviye erişimi ve maliyet etkinliğini artırma potansiyeli taşımaktadır (Winter vd., 2020). Ancak, depresyonun şiddeti ve kronisitesi gibi faktörlerin, optimal seans sayısını etkileyebileceği unutulmamalıdır (Chuang vd., 2016). Ayrıca, RKA'lar, BDT'nin etkinliğinin sadece semptom skorlarındaki düşüşle değil, aynı zamanda işlevsellikteki iyileşme, yaşam kalitesindeki artış ve olumsuz bilişlerin azalması gibi daha geniş kapsamlı sonuçlarla da ilişkili olduğunu göstermiştir (Yang vd., 2018). Bu araştırmalar, BDT'nin MDB üzerindeki çok boyutlu etkilerini vurgulamaktadır.

Bununla birlikte, RKA'lardan elde edilen bulguların yorumlanmasında bazı sınırlılıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. RKA'lar genellikle yüksek düzeyde seçilmiş örneklemelerle (örneğin, komorbiditesi düşük, motivasyonu yüksek bireyler) yürütülür ve bu durum, bulguların rutin klinik uygulamalardaki daha heterojen hasta popülasyonlarına genellenebilirliğini kısıtlayabilir (Berk vd., 2023). Ayrıca, RKA'larda kullanılan terapistlerin genellikle iyi eğitilmiş ve deneyimli olması, BDT'nin etkinliğinin terapist faktöründen ne ölçüde etkilendiği sorusunu gündeme getirmektedir (Kröger vd., 2015). Bu sınırlılıklara rağmen, son on yılda yayımlanan RKA'lar, BDT'nin MDB tedavisindeki etkinliğine dair güçlü ve tutarlı kanıtlar sunmaya devam etmiş, terapinin bilimsel temelini daha da sağlamlaştırmıştır. Gelecekteki RKA'ların, BDT'nin etkinliğini farklı alt gruplarda, farklı kültürel bağlamlarda ve farklı komorbidite örüntülerinde daha ayrıntılı olarak incelemesi, tedavi yaklaşımlarının daha da kişiselleştirilmesine katkı sağlayacaktır (Akil vd., 2018; Bernal vd., 2019)..

2.1.2. Meta-Analizler ve Sistematiik Derlemelerin Sonuçları

Meta-analizler ve sistematiik derlemeler, belirli bir konuda yapılmış çok sayıda bireysel araştırmanın bulgularını bir araya getirerek daha güçlü ve genellenebilir sonuçlar elde etmeyi amaçlar. Son on yıl içerisinde, BDT'nin (Bilişsel Davranışçı Terapi) MDB (Majör Depresif Bozukluk) tedavisindeki etkinliğini değerlendiren çok sayıda meta-analiz ve sistematiik derleme yayımlanmıştır. Bu kapsamlı analizler, BDT'nin MDB semptomlarını azaltmada, iyileşme oranlarını artırmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili bir müdahale olduğunu tutarlı bir şekilde desteklemektedir (Bozkurt vd., 2019).

Örneğin, Güven ve Gökçe (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada, BDT'nin MDB tedavisinde etkili olduğunu ve farmakoterapi ile benzer etkinlik düzeylerine sahip olabileceği gösterilmiştir Güven & Gökçe, 2018). Bu tür bulgular, BDT'nin MDB için kanıtla dayalı bir tedavi seçeneği olarak konumunu pekiştirmektedir.

Son dönem meta-analizleri, BDT'nin etkinliğini farklı kontrol gruplarıyla (rneğin, bekleme listesi, plasebo, diğer aktif tedaviler) karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Genel olarak, BDT'nin bekleme listesi ve plasebo kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha üstün olduğu bulunmuştur (Duru & Yılmaz, 2023). Diğer aktif tedavi yöntemleriyle (rneğin, diğer psikoterapiler, farmakoterapi) karşılaştırıldığında ise, BDT'nin genellikle benzer etkinlik düzeyleri sergilediği veya bazı durumlarda belirli avantajlara sahip olabileceği (rneğin, daha düşük nüks oranları) belirtilmektedir (Bozkurt vd., 2019), Güven & Gökçe, 2018). Johnsen ve Friborg (2015) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin uzun vadeli etkilerinin zamanla azalmadığını, hatta bazı durumlarda arttığını ne srmştir, bu sonuç BDT'nin kalıcı beceriler kazandırdığına dair bir kanıt olarak yorumlanmıştır (Aytemur, 2017).

Meta-analizler ayrıca, BDT'nin etkinliğini etkileyebilecek potansiyel moderatör faktörleri de araştırmıştır. Depresyonun başlangıç şiddeti, komorbidite durumu, tedavi süresi ve terapist deneyimi gibi faktörlerin BDT'nin sonuçları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (TUĞTEPE & Koç, 2020). Bazı meta-analizler, BDT'nin daha şiddetli depresyon vakalarında daha belirgin bir etki büyüklüğüne sahip olabileceğini öne srmştir (Kılıç & alıyurt, 2019). Ancak, bu konuda bulgular her zaman tutarlı değildir ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Terapötik ittifakın kalitesinin BDT'nin etkinliğinde önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Duru & Yılmaz, 2023). Sistematiik derlemeler ve meta-analizler, BDT'nin MDB tedavisindeki genel etkinliğini doğrulamakla kalmamış, aynı zamanda terapisinin hangi koşullarda ve kimler için daha faydalı olabileceğine dair önemli ipuçları sunmuştur (Soylu, 2014). Bu tür kapsamlı analizler, klinik karar verme süreçlerini desteklemekte ve gelecekteki araştırma gündemlerini şekillendirmektedir (Bozkurt vd., 2019).

2.1.3. Uzun Vadeli İzlem Bulguları ve Nüks nlemedeki Rolü

Majör depresif bozukluğun (MDB) tedavisinde akut dönemdeki semptom iyileşmesi kadar önemli bir diğer hedef de uzun vadede bu iyilik halinin sürdürülmesi ve nkslerin önlenmesidir. Depresyon, tekrarlayıcı bir doğaya sahip olabilen bir bozukluktur ve tedavi sonrasında nüks riski önemli bir endişe kaynağıdır (Ay & Kılınel, 2020). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylere işlevsel olmayan düşünce ve davranış kalıplarını değiştirme becerileri



kazandırarak, sadece mevcut depresif epizodu tedavi etmekle kalmayıp, aynı zamanda gelecekteki nökslere karşı da koruyucu bir etki sağlamayı hedefler (Yücel & Karaaziz, 2023). Son on yılda yapılan uzun vadeli izlem araştırmaları ve meta-analizler, BDT'nin bu konuda umut verici sonuçlar sunduğunu göstermektedir (Kökdağ & Sütçü, 2016).

Birçok araştırma, BDT'nin farmakoterapi sonlandırıldıktan sonra gözlenen nöks oranlarına kıyasla daha düşük nöks oranlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Say, 2020). Örneğin, Hollon ve meslektaşları tarafından yürütülen ve daha sonraki analizlerle desteklenen klasik bir araştırma, BDT'nin akut tedavi sonrasında devam tedavisi olarak antidepresan kullanımına kıyasla benzer veya daha iyi nöks önleme oranları sağladığını bulmuştur (Karaca & Karaaziz, 2023). Bu bulgu, BDT'nin "kalıcı etki" hipotezini desteklemektedir; yani, BDT ile öğrenilen beceriler, terapi sonlandıktan sonra da bireyler tarafından kullanılmaya devam ederek nöks riskini azaltır (Sözeri-Varma, 2014). Son on yıldaki izlem araştırmaları da bu hipotezi destekler niteliktedir (Yenilmez vd., 2019). Örneğin, Bockting ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin nöksü önlemede etkili olduğunu ve bu etkinin özellikle daha önce birden fazla depresif epizot geçirmiş bireylerde daha belirgin olabileceğini göstermiştir (Kökdağ & Sütçü, 2016).

BDT'nin nöks önlemedeki etkinliği, terapinin temel mekanizmalarıyla yakından ilişkilidir (Ünlü vd., 2014). BDT, bireylerin kendi düşünce ve duygularını daha iyi anlamalarını, erken uyarı işaretlerini tanımalarını ve depresif semptomlar yeniden ortaya çıkmaya başladığında proaktif başa çıkma stratejileri uygulamalarını sağlar (Mermerkaya vd., 2021). Bu "kendi kendine terapi" becerileri, bireylerin gelecekteki stresörler ve zorluklar karşısında daha dirençli olmalarına yardımcı olur (Çolpan vd., 2013). Ayrıca, BDT'nin bir parçası olarak geliştirilen nöks önleme planları, bireylerin potansiyel tetikleyicileri belirlemelerini ve bunlarla başa çıkmak için özgül stratejiler geliştirmelerini içerir (Sözeri-Varma, 2014). Son dönemdeki bazı araştırmalar, BDT'ye eklenen farkındalık (mindfulness) temelli bileşenlerin (MBCT - Mindfulness-Based Cognitive Therapy) nöks önlemede özellikle etkili olabileceğini göstermektedir (Bayrak vd., 2022).

Uzun vadeli izlem bulguları, BDT'nin MDB tedavisinde sadece akut semptomları gidermekle kalmayıp, aynı zamanda sürdürülebilir bir iyilik hali ve nökslere karşı koruma sağlama potansiyeline sahip olduğunu güçlü bir şekilde desteklemektedir (Karaca & Karaaziz, 2023). Ancak, tüm bireylerin BDT'den aynı düzeyde fayda görmediği ve bazı bireylerin nöks riskinin devam ettiği de bir gerçektir (Üstündağ vd., 2019). Bu nedenle, nöks riski yüksek olan bireyler için idame BDT seansları veya güçlendirici (booster) seansların gerekliliği ve etkinliği de araştırılmaya devam etmektedir (Kökdağ & Sütçü, 2016). Gelecekteki araştırmaların, hangi bireylerin BDT'nin uzun vadeli koruyucu etkilerinden daha fazla yararlandığını ve nöks önleme stratejilerinin nasıl daha da optimize edilebileceğini belirlemesi, MDB'nin kronikleşmesinin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir (Yenilmez vd., 2019).

2.2. Farklı Popülasyonlarda BDT'nin Depresyon Tedavisindeki Etkinliği

Depresyon, farklı yaş gruplarını, cinsiyetleri ve sosyokültürel geçmişleri olan bireyleri etkileyen heterojen bir bozukluktur. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), temel ilkeleri itibarıyla esnek bir yaklaşım olup, farklı popülasyonların özgül ihtiyaçlarına ve özelliklerine göre uyarlanabilmektedir. Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin yetişkinlerdeki majör depresif bozukluk tedavisindeki etkinliğinin yanı sıra, ergenler, yaşlılar, kronik fiziksel hastalığı olan bireyler ve doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar gibi çeşitli alt gruplarda da umut verici sonuçlar verdiğini göstermektedir. Bu popülasyonlarda depresyonun görünümü, tetikleyicileri ve tedaviye yanıtı farklılık gösterebildiğinden, BDT'nin bu gruplara özgül uyarlamalarının geliştirilmesi ve etkinliklerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Farklı popülasyonlarda BDT'nin uygulanması, terapinin içeriğinin, sunum şeklinin ve terapötik sürecin bazı modifikasyonlarını gerektirebilir. Örneğin, ergenlerle çalışırken, gelişimsel düzeylerine uygun dil ve örnekler kullanmak, aile katılımını sağlamak ve akran ilişkileri gibi ergenliğe özgül stresörleri ele almak önemlidir (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004). Yaşlı bireylerde ise, bilişsel işlevlerdeki olası değişiklikler, kronik hastalıkların varlığı, kayıp ve yas süreçleri gibi faktörler dikkate alınmalı, terapinin hızı ve içeriği buna göre ayarlanmalıdır (Kiosses, Leon, & Areán, 2011). Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon sıklıkla komorbid olarak görülür ve bu durumda BDT hem depresif semptomları hem de hastalığa uyum ve başa çıkma becerilerini hedef alacak şekilde entegre edilebilir (Beltman, Oude Voshaar, & Speckens, 2010). Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlarda ise, annelik rolüne adaptasyon, bebek bakımıyla ilgili kaygılar ve hormonal değişiklikler gibi özgül faktörler BDT müdahalelerinde göz önünde bulundurulur (O'Hara & McCabe, 2013).

Son on yıldaki literatür, bu farklı popülasyonlara uyarlanmış BDT programlarının etkinliğini destekleyen kanıtlar sunmaktadır. Bu uyarlamalar, genellikle standart BDT protokollerine ek modüller, özelleştirilmiş materyaller veya farklı sunum formatları (örneğin, grup terapisi, ev ziyareti) içerebilir. Örneğin, ergen depresyonu için geliştirilen BDT programları, sıklıkla problem çözme, sosyal beceri eğitimi ve duygusal düzenleme becerilerine odaklanır (David-Ferdon & Kaslow, 2008). Yaşlılarda BDT, yaşamın gözden geçirilmesi ve anlam bulma gibi temaları içerebilir (Serfaty vd., 2009). Bu uyarlamaların amacı, BDT'nin temel ilkelerini koruyarak, her bir popülasyonun özgül ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek ve terapinin kabul edilebilirliğini ve etkinliğini artırmaktır. Farklı popülasyonlarda BDT'nin etkinliğine dair bulguların incelenmesi, bu terapötik yaklaşımın geniş bir yelpazedeki bireylere nasıl yardımcı olabileceğine dair önemli bilgiler sunmaktadır.

2.2.1. Ergenlerde Depresyon ve BDT

Ergenlik dönemi, hormonal, bilişsel ve sosyal değişimlerin yoğun yaşandığı, ruhsal bozukluklar açısından riskli bir gelişim evresidir. Depresyon, ergenlerde sık görülen ve akademik başarıda düşüş, sosyal ilişkilerde bozulma, madde kullanımı ve intihar riski gibi ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilen bir sorundur (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), ergen depresyonunun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış önde gelen psikoterapi yaklaşımlarından biridir. Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin ergenlerde depresif semptomları azaltmada, işlevselliği artırmada ve nüksü önlemede önemli



faydalar sağladığını tutarlı bir şekilde göstermektedir. Uluslararası tedavi kılavuzları, ergen depresyonunda BDT'yi, özellikle hafif ve orta şiddetteki vakalarda, ilk basamak tedavi seçeneği olarak önermektedir (NICE, 2019; Kennard vd., 2009).

Ergenlere yönelik BDT, yetişkin BDT'sinin temel ilkelerine dayanmakla birlikte, ergenlerin gelişimsel özelliklerini ve ihtiyaçlarını dikkate alacak şekilde uyarlanır. Terapide, ergenlerin olumsuz düşünce kalıplarını (örneğin, okul başarısızlığı, akran reddi, beden imajı ile ilgili olumsuz düşünceler) tanımlamaları, sorgulamaları ve daha gerçekçi alternatiflerle değiştirmeleri hedeflenir. Davranışsal teknikler arasında, keyif verici ve başarı duygusu sağlayan aktivitelere katılımı artırmaya yönelik davranışsal aktivasyon, problem çözme becerileri eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve duygusal düzenleme stratejilerinin öğretilmesi yer alır (Curry vd., 2000). Aile katılımı, ergen BDT'sinde önemli bir bileşen olabilir; ebeveynlere yönelik psiko-eğitim ve iletişim becerileri eğitimi, tedavinin etkinliğini artırabilir (Brent vd., 1997). Son yıllarda, okul temelli BDT programları ve grup BDT uygulamaları da ergen depresyonunun önlenmesi ve tedavisi için umut verici yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır (Merry vd., 2012).

Son on yılda yayımlanan meta-analizler ve sistematik derlemeler, BDT'nin ergen depresyonu tedavisindeki etkinliğini güçlü bir şekilde desteklemektedir. Örneğin, Oud ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin ergenlerde depresif semptomları azaltmada plasebo ve bekleme listesi kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Zhou ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen bir başka meta-analiz, BDT'nin hem bireysel hem de grup formatlarında ergen depresyonu için etkili olduğunu ve bu etkinin tedavi sonrasında da devam ettiğini göstermiştir. İnternet tabanlı BDT (iCBT) uygulamalarının da ergen depresyonunda umut verici sonuçlar verdiği ve tedaviye erişimi kolaylaştırabileceği belirtilmektedir (Ebert vd., 2015). Ancak, ergen BDT'sinin etkinliği konusunda bazı tartışmalar da mevcuttur. Bazı araştırmalar, BDT'nin ergenlerdeki etki büyüklüğünün yetişkinlere kıyasla daha mütevazı olabileceğini öne sürmektedir (Weersing, Jeffreys, Doza, Schwartz, & Bolano, 2017). Bu durum, ergenlerin bilişsel ve duygusal gelişim düzeyleri, motivasyon farklılıkları ve aile dinamikleri gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Gelecekteki araştırmaların, ergen BDT'sinin etkinliğini optimize etmek için hangi bileşenlerin daha önemli olduğunu, hangi ergenlerin bu tedaviden daha fazla fayda gördüğünü ve uzun vadeli nüks önleme stratejilerini nasıl geliştirebileceğimizi daha ayrıntılı olarak incelemesi gerekmektedir.

2.2.2. Yaşlılarda Depresyon ve BDT

Yaşlılık dönemi, fiziksel sağlık sorunlarının artması, sosyal kayıpların yaşanması, bilişsel işlevlerde değişiklikler ve yaşam sonucuyla ilgili kaygılar gibi çeşitli zorlukları beraberinde getirebilir. Bu faktörler, yaşlı bireylerde depresyon riskini artırabilmektedir. Yaşlılarda depresyon, sıklıkla atipik semptomlarla (örneğin, bedensel yakınmalar, bilişsel bozulma) seyredebilir, bu da tanıyı zorlaştırabilir ve tedaviye erişimi geciktirebilir (Alexopoulos, 2005). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), yaşlılarda depresyon tedavisinde etkinliği gösterilmiş, uyarlanabilir bir psikoterapi yaklaşımıdır. Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin yaşlı bireylerde depresif semptomları azaltmada, yaşam kalitesini artırmada ve sosyal işlevselliği iyileştirmede önemli faydalar sağladığını desteklemektedir.

Yaşlılara yönelik BDT, standart BDT ilkelerini korumakla birlikte, bu popülasyonun özgül ihtiyaçlarını ve özelliklerini dikkate alacak şekilde modifiye edilir. Terapide, yaşlı bireylerin kayıp, yas, yalnızlık, sağlık sorunları ve gelecekle ilgili endişeler gibi temalara ilişkin olumsuz düşünceleri ele alınır. Bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, yaşlıların deneyimlerine ve bilişsel kapasitelerine uygun bir şekilde uygulanır. Davranışsal aktivasyon, yaşlıların ilgi alanlarına ve fiziksel kapasitelerine uygun, keyif verici ve anlamlı aktivitelere katılımlarını teşvik etmeyi hedefler (Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin, & Gallagher-Thompson, 2003). Terapinin hızı, seans süresi ve materyallerin sunumu, yaşlı bireylerin olası duyuşsal (görme, işitme) ve bilişsel kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak ayarlanabilir. Ayrıca, kronik hastalık yönetimi, uyku hijyeni ve problem çözme becerileri gibi konular da BDT seanslarına entegre edilebilir.

Son on yılda yayımlanan meta-analizler ve sistematik derlemeler, BDT'nin yaşlılarda depresyon tedavisindeki etkinliğini doğrulamaktadır. Örneğin, Huang ve meslektaşları (2015) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin yaşlılarda depresif semptomları azaltmada kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu ve bu etkinin hem kısa hem de uzun vadede sürdüğünü göstermiştir. Benzer şekilde, Orgeta, Qazi, Spector ve Orrell (2014) tarafından yürütülen bir Cochrane derlemesi, BDT'nin yaşlılarda depresyon tedavisinde etkili bir seçenek olduğunu ve farmakoterapi ile benzer etkinlik düzeylerine sahip olabileceğini belirtmiştir. Grup BDT'si ve ev temelli BDT uygulamalarının da yaşlılarda depresyon tedavisinde umut verici sonuçlar verdiği ve tedaviye erişimi kolaylaştırabileceği rapor edilmiştir (Pinquart & Duberstein, 2010). Ancak, yaşlılarda BDT'nin etkinliği konusunda bazı zorluklar da bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin psikoterapiye yönelik tutumları, bilişsel bozulma varlığı ve komorbid fiziksel hastalıklar, tedaviye katılımı ve yanıtı etkileyebilir. Gelecekteki araştırmaların, yaşlılarda BDT'nin etkinliğini artırmak için hangi uyarlamaların daha faydalı olduğunu, farklı alt gruplardaki (örneğin, demans riski olanlar, bakım evinde yaşayanlar) etkinliğini ve teknoloji destekli BDT uygulamalarının potansiyelini daha ayrıntılı olarak incelemesi, bu önemli popülasyona yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

2.2.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Komorbid Depresyon ve BDT

Kronik fiziksel hastalıklar (örneğin, diyabet, kanser, kalp hastalıkları, kronik ağrı) ve depresyon arasında karmaşık ve çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon görülme sıklığı, genel popülasyona kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (Moussavi vd., 2007). Depresyon, kronik hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir, tedaviye uyumu azaltabilir, yaşam kalitesini düşürebilir ve sağlık harcamalarını artırabilir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan bireylerde komorbid depresyonun etkin bir şekilde tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bu popülasyonda hem depresif semptomları hem de hastalığa uyum ve başa çıkma becerilerini hedef alabilen esnek bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylere yönelik BDT, standart BDT tekniklerini (bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon) içerirken, aynı zamanda hastalığa özgü stresörleri ve zorlukları da ele alır. Terapide, bireylerin hastalıkları, tedavi süreçleri, fiziksel kısıtlılıkları ve gelecekle ilgili belirsizlikler hakkındaki olumsuz düşünceleri ve inançları sorgulanır. Örneğin,



"Bu hastalık yüzünden hayatım bitti" gibi bir düşünce, daha gerçekçi ve uyumlu bir bakış açısıyla (örneğin, "Hastalığım bazı zorluklar getirirse de, hala keyif alabileceğim ve anlam bulabileceğim şeyler var") değiştirilmeye çalışılır. Davranışsal müdahaleler, ağrı yönetimi stratejileri, enerji koruma teknikleri, hastalıkla ilgili problem çözme becerileri ve tedaviye uyumu artırmaya yönelik stratejiler içerebilir (Safren, O'Leirigh, Bullis, Otto, & Pauk, 2012). Ayrıca, gevşeme egzersizleri ve stres yönetimi teknikleri de BDT seanslarına entegre edilebilir.

Son on yılda yapılan araştırmalar ve meta-analizler, BDT'nin kronik hastalığı olan bireylerde komorbid depresyonun tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, Beltman, Oude Voshaar ve Speckens (2010) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin çeşitli kronik hastalıklara (örneğin, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet) eşlik eden depresyonun tedavisinde anlamlı bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Uphoff ve meslektaşları (2020) tarafından yürütülen bir Cochrane derlemesi, koroner kalp hastalığı olan bireylerde BDT'nin depresif semptomları azalttığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir. Kanser hastalarında yapılan araştırmalar da BDT'nin depresyon, anksiyete ve yorgunluk gibi semptomları azaltmada faydalı olabileceğini ortaya koymuştur (Osborn, Demoncada, & Feuerstein, 2006). İnternet tabanlı BDT (iCBT) uygulamalarının da kronik hastalığı olan bireylerde depresyon tedavisinde umut verici sonuçlar verdiği ve tedaviye erişimi kolaylaştırabileceği belirtilmektedir (Bendelin vd., 2011). Ancak, bu popülasyonda BDT'nin etkinliği, hastalığın türü ve şiddeti, bireyin başa çıkma tarzı ve sosyal destek düzeyi gibi faktörlerden etkilenebilir. Gelecekteki araştırmaların, farklı kronik hastalıklara özgü BDT uyarlamalarının etkinliğini karşılaştırmalı olarak incelemesi, tedaviye yanıtı öngören faktörleri belirlemesi ve BDT'nin fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı olarak araştırması, bu zorlu popülasyona yönelik bütüncül bakım yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

2.2.4. Doğum Sonrası Depresyon ve BDT

Doğum sonrası dönem (postpartum), kadınlar için hem sevinçli hem de zorlayıcı olabilen, önemli hormonal, fiziksel ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir. Doğum sonrası depresyon (DSD), bu dönemde ortaya çıkan ve annenin duygusal, bilişsel ve davranışsal işlevlerini olumsuz etkileyen yaygın bir duygudurum bozukluğudur. DSD, annenin kendisi, bebeği ve ailesi üzerinde ciddi olumsuz etkilere yol açabilir; anne-bebek bağlanmasını bozabilir, bebeğin gelişimini olumsuz etkileyebilir ve aile içi ilişkilerde sorunlara neden olabilir (O'Hara & Swain, 1996). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), DSD'nin tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, kısa süreli ve hedefe yönelik bir psikoterapi yaklaşımıdır. Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin DSD semptomlarını azaltmada, annelik işlevselliğini artırmada ve nüksü önlemede önemli faydalar sağladığını göstermektedir.

Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlara yönelik BDT, standart BDT ilkelerini temel almakla birlikte, bu döneme özgü stresörleri ve zorlukları ele alacak şekilde uyarlanır. Terapide, annelerin annelik rolü, bebek bakımı, kendi yeterlilikleri, eşleriyle ilişkileri ve gelecekle ilgili kaygıları hakkındaki olumsuz düşünceleri ve inançları hedeflenir. Örneğin, "İyi bir anne değilim" veya "Bebetime yeterince iyi bakamıyorum" gibi düşünceler, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleriyle sorgulanır ve daha gerçekçi alternatiflerle değiştirilmeye çalışılır. Davranışsal müdahaleler arasında, keyif verici aktivitelere katılımı artırmaya yönelik

davranışsal aktivasyon, problem çözme becerileri eğitimi, iletişim becerileri eğitimi (özellikle eşle iletişim), gevşeme egzersizleri ve uyku hijyeni stratejileri yer alır (Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil, & Martin, 2005). Partner katılımı veya grup BDT formatları da DSD tedavisinde faydalı olabilir, çünkü sosyal destek ve paylaşılan deneyimler annelerin iyileşme sürecini olumlu etkileyebilir.

Son on yılda yayımlanan meta-analizler ve sistematik derlemeler, BDT'nin DSD tedavisindeki etkinliğini güçlü bir şekilde desteklemektedir. Örneğin, Sockol, Epperson ve Barber (2011) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin DSD semptomlarını azaltmada kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu ve bu etkinin hem bireysel hem de grup formatlarında geçerli olduğunu bulmuştur. Daha güncel bir meta-analiz olan Cuijpers ve meslektaşları (2021) tarafından yürütülen çalışma da, BDT'nin DSD için etkili bir psikoterapi olduğunu ve diğer psikoterapilerle benzer etkinlik düzeylerine sahip olduğunu doğrulamıştır. İnternet tabanlı BDT (iCBT) uygulamalarının da DSD tedavisinde umut verici sonuçlar verdiği ve özellikle coğrafi veya zaman kısıtlamaları olan anneler için tedaviye erişimi kolaylaştırabileceği belirtilmektedir (O'Mahen vd., 2013). Ancak, DSD tedavisinde BDT'nin etkinliği, depresyonun şiddeti, komorbid anksiyete varlığı, sosyal destek düzeyi ve annenin tedaviye katılımı gibi faktörlerden etkilenebilir. Gelecekteki araştırmaların, DSD için BDT'nin önleyici müdahalelerdeki rolünü, farklı sunum formatlarının (örneğin, telefonla BDT, ev ziyareti temelli BDT) etkinliğini ve uzun vadeli nüks önleme stratejilerini daha ayrıntılı olarak incelemesi, anne ve bebek sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

2.3. BDT Uygulama Biçimlerinin Etkinlik Karşılaştırmaları

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon tedavisinde esnekliği ve uyarlanabilirliği ile bilinen bir yaklaşımdır. Temel ilkeleri korunmak kaydıyla, BDT farklı uygulama biçimlerinde sunulabilmekte, bu da terapinin erişilebilirliğini, kabul edilebilirliğini ve maliyet etkinliğini artırma potansiyeli taşımaktadır. Son on yılda, BDT'nin geleneksel bireysel formatının yanı sıra, grup terapisi, internet tabanlı müdahaleler (iCBT) ve kısa süreli BDT gibi çeşitli uygulama biçimlerinin etkinliği yoğun bir şekilde araştırılmıştır. Bu araştırmalar, farklı uygulama biçimlerinin birbirleriyle ve diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında ne tür sonuçlar verdiğini, hangi durumlarda ve hangi bireyler için daha uygun olabileceğini anlamamıza yardımcı olmaktadır. BDT'nin farklı formatlarda sunulabilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında önemli bir avantaj sağlamakta, daha fazla sayıda bireyin kanıta dayalı tedaviye ulaşmasına olanak tanımaktadır.

BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin karşılaştırılması, genellikle etkinlik, maliyet, danışan tercihi ve tedaviye uyum gibi çeşitli ölçütler üzerinden yapılır. Bireysel BDT, genellikle en yoğun ve kişiselleştirilmiş tedavi formatı olarak kabul edilirken, grup BDT'si sosyal destek ve paylaşılan deneyimler gibi ek faydalar sunabilir. İnternet tabanlı BDT (iCBT), coğrafi engelleri ortadan kaldırarak ve anonimlik sağlayarak tedaviye erişimi önemli ölçüde artırabilir, ancak terapötik ittifakın kurulması ve sürdürülmesi konusunda bazı zorluklar içerebilir. Kısa süreli BDT ise, daha az seansla benzer etkinlik düzeyleri sunarak kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak tanıyabilir, ancak daha karmaşık veya kronik vakalar için yeterli olmayabilir. Bu farklı uygulama biçimlerinin birbirlerine göre avantaj ve dezavantajları



bulunmaktadır ve en uygun formatın seçimi, bireyin ihtiyaçları, tercihleri, depresyonun şiddeti ve mevcut kaynaklar gibi birçok faktöre bağlıdır.

Son on yıldaki literatür, BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin depresyon tedavisinde genel olarak etkili olduğunu göstermekle birlikte, etkinlik düzeyleri arasında bazı farklılıklar olabileceğine de işaret etmektedir. Örneğin, bazı meta-analizler, bireysel BDT'nin grup BDT'sine veya iCBT'ye kıyasla biraz daha yüksek etki büyüklüklerine sahip olabileceğini öne sürmektedir (Cuijpers, Karyotaki, vd., 2019). Ancak, bu farklılıklar genellikle küçüktür ve klinik anlamlılıkları tartışmalıdır. Önemli olan, her bir uygulama biçiminin belirli bağlamlarda ve belirli bireyler için değerli bir seçenek olabileceğidir. Ruh sağlığı hizmetlerinin çeşitlendirilmesi ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi açısından, BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin etkinliklerinin ve uygulanabilirliklerinin anlaşılması kritik bir öneme sahiptir.

2.3.1. Bireysel BDT ve Grup BDT'si

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon tedavisinde hem bireysel hem de grup formatlarında yaygın olarak uygulanmaktadır. Bireysel BDT, terapistin danışanla bire bir çalıştığı, tedavinin danışanın özgül ihtiyaçlarına ve hedeflerine göre tamamen kişiselleştirilebildiği bir formattır. Bu format, derinlemesine keşif ve yoğun terapötik çalışma için uygun bir zemin sunar. Grup BDT'si ise, genellikle 6-12 kişilik gruplar halinde, bir veya iki terapist tarafından yönetilen, yapılandırılmış seanslardan oluşur. Grup formatı, bireylerin benzer sorunları yaşayan diğer kişilerle etkileşimde bulunmasına, sosyal destek almasına, yalnızlık duygularının azalmasına ve başkalarının deneyimlerinden öğrenmesine olanak tanır (McDermut, Miller, & Brown, 2001). Her iki formatın da kendine özgü avantajları ve potansiyel sınırlılıkları bulunmaktadır.

Son on yılda yapılan araştırmalar ve meta-analizler hem bireysel BDT'nin hem de grup BDT'sinin depresyon tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. Etkinlik düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, bulgular genellikle bireysel BDT'nin grup BDT'sine kıyasla biraz daha üstün olabileceğine işaret etmekle birlikte, bu farkın her zaman istatistiksel olarak anlamlı veya klinik olarak büyük olmadığı belirtilmektedir. Örneğin, Cuijpers ve meslektaşları (2008) tarafından yapılan erken bir meta-analiz, bireysel terapilerin grup terapilerine göre biraz daha etkili olduğunu bulmuştur. Ancak, daha güncel bazı analizler, iyi yapılandırılmış ve yetkin terapistler tarafından yürütülen grup BDT'sinin, bireysel BDT ile benzer etkinlik düzeylerine ulaşabileceğini öne sürmektedir (Huntley, Araya, & Salisbury, 2012). Grup BDT'sinin maliyet etkinliği açısından önemli bir avantaj sunduğu da unutulmamalıdır; aynı terapist kaynağıyla daha fazla sayıda bireye hizmet ulaştırılabilir.

Grup BDT'sinin etkinliği, grup dinamikleri, grup üyelerinin homojenliği, terapistin grup yönetimi becerileri ve terapötik ittifakın kalitesi gibi faktörlerden etkilenebilir. Grup ortamı, bazı bireyler için destekleyici ve motive edici olabilirken, bazıları için (örneğin, sosyal anksiyetesi yüksek olanlar) daha zorlayıcı olabilir. Bireysel BDT ise, daha fazla gizlilik ve kişisel dikkat sunar, bu da bazı danışanlar için tercih edilebilir bir seçenek olabilir. Danışan tercihleri, tedaviye katılım ve sonuçlar üzerinde önemli bir rol oynayabilir. Bu nedenle, tedavi formatının seçiminde bireyin ihtiyaçları, tercihleri, kişilik özellikleri ve depresyonun şiddeti

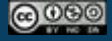
gibi faktörlerin dikkate alınması önemlidir. Hem bireysel BDT hem de grup BDT'si, depresyon tedavisinde değerli ve kanıta dayalı seçeneklerdir. Klinik uygulamada, bu iki format birbirinin alternatifi olabileceği gibi, bazı durumlarda birbirini tamamlayıcı şekilde de kullanılabilir (örneğin, bireysel terapiye ek olarak destekleyici grup terapisi).

2.3.2. İnternet Tabanlı BDT (iCBT) ve Diğer Teknoloji Destekli Uygulamalar

Son on yılda, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda teknoloji destekli müdahaleler, özellikle de internet tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi (iCBT), önemli bir ilgi ve yaygınlık kazanmıştır. iCBT, BDT ilkelerine dayanan yapılandırılmış terapi programlarının internet aracılığıyla (web siteleri, mobil uygulamalar) sunulmasıdır. Bu programlar, genellikle metin, video, ses kayıtları, interaktif egzersizler ve ilerleme takibi gibi çeşitli bileşenleri içerir. iCBT, rehberli (terapist veya teknik destek personeli tarafından minimal destek sağlanan) veya rehbersiz (tamamen kendi kendine yardım formatında) olabilir. Teknoloji destekli BDT uygulamalarının temel avantajları arasında, tedaviye erişimin artırılması (özellikle coğrafi engelleri olan veya ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bireyler için), maliyet etkinliği, anonimlik ve esneklik (bireylerin kendi hızlarında ve uygun zamanlarda programı tamamlayabilmesi) yer almaktadır (Andersson & Titov, 2014).

Çok sayıda randomize kontrollü araştırma ve meta-analiz, iCBT'nin depresyon tedavisinde etkili bir müdahale olduğunu göstermiştir. Özellikle rehberli iCBT programlarının, yüz yüze BDT ile benzer etkinlik düzeylerine sahip olabileceği ve bekleme listesi veya plasebo kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha üstün olduğu bulunmuştur (Karyotaki vd., 2017; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). Örneğin, Karyotaki ve meslektaşları (2021) tarafından yürütülen kapsamlı bir bireysel katılımcı verisi meta-analizi, rehberli iCBT'nin majör depresif bozukluk için etkili bir tedavi olduğunu ve yüz yüze BDT'ye iyi bir alternatif olabileceğini doğrulamıştır. Rehbersiz iCBT programlarının etkinliği ise genellikle daha mütevazı olmakla birlikte, yine de bazı bireyler için faydalı olabileceği ve halk sağlığı düzeyinde geniş kitlelere ulaştırılabilme potansiyeli taşıdığı belirtilmektedir (Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010).

iCBT'nin yanı sıra, sanal gerçeklik (VR) destekli BDT, mobil sağlık (mHealth) uygulamaları ve yapay zekâ tabanlı sohbet botları gibi diğer teknoloji destekli BDT uygulamaları da geliştirilmekte ve etkinlikleri araştırılmaktadır. VR, özellikle maruziyet terapisi gibi BDT tekniklerinin uygulanmasında yeni olanaklar sunarken, mobil uygulamalar günlük duygu ve davranış takibini kolaylaştırabilir ve anlık müdahaleler sağlayabilir (Freeman vd., 2017; Firth vd., 2017). Ancak, bu yeni teknolojilerin etkinliği, kullanılabilirliği ve etik boyutları konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Teknoloji destekli BDT uygulamalarının yaygınlaşması, ruh sağlığı hizmetlerinin geleceği açısından önemli bir potansiyel sunmakla birlikte, terapötik ittifakın kalitesi, veri güvenliği, dijital uçurum (herkesin teknolojiye eşit erişimi olmaması) ve tedaviye uyum gibi konularda dikkatli olunması gereken zorlukları da beraberinde getirmektedir. Gelecekteki araştırmaların, hangi bireylerin teknoloji destekli BDT'den daha fazla fayda gördüğünü, farklı destek düzeylerinin etkinliğini ve bu müdahalelerin geleneksel tedavi yöntemleriyle nasıl entegre edilebileceğini daha ayrıntılı olarak incelemesi, bu alandaki gelişmelerin optimize edilmesine yardımcı olacaktır.



2.3.3. Kısa Süreli BDT ve Standart Süreli BDT

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyon tedavisindeki etkinliği iyi bir şekilde kanıtlanmış olsa da tedavinin optimal süresi ve seans sayısı konusunda tartışmalar devam etmektedir. Standart BDT protokolleri genellikle 12 ila 20 seans arasında değişirken, kısa süreli BDT (KB-BDT) yaklaşımları daha az sayıda seansla (örneğin, 4 ila 8 seans) benzer terapötik hedeflere ulaşmayı amaçlar. Kısa süreli BDT'nin potansiyel avantajları arasında, tedavi maliyetlerinin azalması, danışanların tedaviye bağlılığının artması ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaşması yer almaktadır (Bond & Dryden, 2002). Bu format, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri gibi kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda veya daha hafif şiddetteki depresyon vakalarında cazip bir seçenek olabilir.

Son on yılda yapılan araştırmalar, kısa süreli BDT'nin depresyon tedavisinde etkili olabileceğini, ancak etkinliğinin standart süreli BDT ile karşılaştırıldığında nasıl bir performans sergilediği konusunda bulguların karışık olduğunu göstermektedir. Bazı meta-analizler ve sistematik derlemeler, kısa süreli BDT'nin bekleme listesi veya olağan bakıma kıyasla anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu, ancak standart süreli BDT kadar güçlü bir etki yaratmayabileceğini öne sürmektedir (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010; Churchill vd., 2010). Örneğin, Lynch ve meslektaşları (2011) tarafından yapılan bir meta-analiz, daha fazla seans sayısının genellikle daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğunu, ancak belirli bir noktadan sonra ek seansların marjinal faydasının azalabileceğini belirtmiştir. Bu, tedavi süresinin bireyin ihtiyaçlarına ve depresyonun özelliklerine göre esnek bir şekilde ayarlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Kısa süreli BDT'nin etkinliği, terapinin odaklılığına, kullanılan tekniklerin yoğunluğuna ve danışanın motivasyonuna bağlı olabilir. Bu formatta, genellikle daha spesifik hedefler belirlenir ve temel BDT becerilerinin (örneğin, olumsuz otomatik düşünceleri tanıma ve sorgulama, davranışsal aktivasyon) hızlı bir şekilde öğretilmesine odaklanılır. Ev ödevleri ve seans dışı pratikler, kısa süreli BDT'nin başarısında kritik bir rol oynar. Ancak, daha karmaşık veya kronik depresyon vakalarında, altta yatan temel inançların ve kişilik özelliklerinin ele alınması için daha uzun süreli bir terapi gerekebilir. Ayrıca, kısa süreli BDT'nin uzun vadeli etkileri ve nüks önlemedeki rolü konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç olarak, kısa süreli BDT, belirli koşullar altında ve belirli bireyler için etkili bir seçenek olabilir, ancak standart süreli BDT'nin yerini tamamen alması beklenmemelidir. Tedavi süresinin belirlenmesinde, kanıta dayalı kılavuzların yanı sıra, klinik yargı ve danışanın bireysel özellikleri de dikkate alınmalıdır.

2.4. BDT'nin Diğer Tedavi Yöntemleriyle Karşılaştırılması

Depresyon tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaygın olarak kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış bir yaklaşım olmakla birlikte, tek tedavi seçeneği değildir. Farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve diğer psikoterapi yaklaşımları (örneğin, Kişilerarası Terapi (IPT), Psikodinamik Terapi, Davranışsal Aktivasyon Terapisi) da depresyon tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Son on yılda yapılan çok sayıda araştırma, BDT'nin bu alternatif tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında ne tür etkinlik profilleri sergilediğini, hangi durumlarda birbirlerine üstünlükleri olabileceğini ve kombine tedavilerin potansiyel faydalarını

incelemiştir. Bu karşılaştırmalı etkinlik araştırmaları, klinisyenlere ve politika yapıcılara tedavi seçiminde rehberlik etmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

BDT'nin diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırılması, genellikle akut dönemdeki semptom azalması, iyileşme oranları, tedaviye yanıt verme hızı, yan etkiler, maliyet etkinlik, uzun vadeli nüks oranları ve danışan tercihleri gibi çeşitli ölçütler üzerinden yapılır. Her bir tedavi yönteminin kendine özgü etki mekanizmaları, avantajları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneğin, farmakoterapinin etki başlangıcı bazı durumlarda psikoterapiden daha hızlı olabilirken, psikoterapilerin (BDT dahil) uzun vadede daha kalıcı etkiler sunduğu ve nüksü önlemede daha başarılı olabileceği düşünülmektedir (Hollon vd., 2005). Diğer psikoterapi yaklaşımları ise, farklı teorik temellere dayanarak depresyonun farklı yönlerini hedef alabilirler (örneğin, IPT kişilerarası ilişkilere odaklanırken, psikodinamik terapi bilinçdışı çatışmalara odaklanabilir).

Son on yıldaki literatür, BDT'nin depresyon tedavisinde genellikle farmakoterapi ve diğer kanıta dayalı psikoterapilerle benzer etkinlik düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, bazı durumlarda ve bazı alt gruplarda belirli farklılıklar gözlenebilir. Örneğin, şiddetli depresyon vakalarında kombine tedavinin (BDT + farmakoterapi) tek başına tedavilerden daha etkili olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Cuijpers, Sijbrandij, vd., 2013). Danışan tercihleri de tedavi seçiminde önemli bir faktördür; bazı bireyler ilaç kullanmaktan kaçınırken, bazıları psikoterapiye daha az yatkın olabilir. Bu nedenle, tedavi kararları bireyselleştirilmeli ve danışanın tercihleri, depresyonun özellikleri ve mevcut kaynaklar dikkate alınarak verilmelidir. BDT'nin diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırılması, depresyon tedavisinde "tek beden herkese uyar" bir yaklaşımın olmadığını, aksine farklı bireyler için farklı tedavi stratejilerinin daha uygun olabileceğini vurgulamaktadır.

2.4.1. BDT ve Farmakoterapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve farmakoterapi (genellikle antidepresan ilaçlar), majör depresif bozukluğun (MDB) tedavisinde en yaygın olarak kullanılan ve etkinlikleri en fazla araştırılmış iki temel yaklaşımdır. Son on yılda yapılan çok sayıda randomize kontrollü araştırma ve meta-analiz, bu iki tedavi yönteminin etkinliklerini, avantajlarını, sınırlılıklarını ve birbirleriyle karşılaştırıldığında ne tür sonuçlar verdiklerini ayrıntılı bir şekilde incelemiştir. Bu karşılaştırmalar, klinisyenlerin tedavi planlamasında bilinçli kararlar vermelerine ve hastalar için en uygun tedavi stratejisini belirlemelerine yardımcı olmaktadır.

Genel olarak, akut MDB tedavisinde BDT ve antidepresan ilaçların benzer etkinlik düzeylerine sahip olduğu kabul edilmektedir, özellikle hafif ve orta şiddetteki depresyon vakalarında (Cuijpers, Karyotaki, vd., 2020; Gartlehner vd., 2017). Örneğin, DeRubeis ve meslektaşları (2005) tarafından yürütülen ve daha sonraki araştırmalarla desteklenen önemli bir çalışma, orta ve şiddetli MDB'si olan hastalarda BDT'nin, yaygın olarak kullanılan bir antidepresan olan paroksetin kadar etkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, birçok meta-analiz, BDT ve farmakoterapinin yanıt ve remisyon oranları açısından anlamlı bir fark göstermediğini bildirmiştir (NICE, 2022). Ancak, etki başlangıç hızı açısından bazı farklılıklar olabilir; farmakoterapinin etkisi bazen daha hızlı başlayabilirken, BDT'nin etkileri daha kademeli olarak ortaya çıkabilir.



Uzun vadeli sonuçlar ve nüks önleme açısından bakıldığında, BDT'nin farmakoterapiye göre bazı avantajları olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. BDT'nin, tedavi sonlandırıldıktan sonra bile devam eden koruyucu bir etkiye sahip olduğu ve nüks riskini azaltmada farmakoterapiden (özellikle ilaç kesildikten sonra) daha etkili olabileceği öne sürülmektedir (Hollon vd., 2005; Vittengl vd., 2007). Bu durum, BDT'nin bireylere kalıcı başa çıkma becerileri kazandırmasıyla açıklanmaktadır. Yan etki profilleri açısından da önemli farklılıklar vardır; antidepresan ilaçlar çeşitli fiziksel ve cinsel yan etkilere neden olabilirken, BDT'nin bu tür yan etkileri bulunmamaktadır, ancak zaman ve çaba gerektiren bir süreçtir. Danışan tercihleri de önemli bir faktördür; bazı bireyler ilaç kullanmaktan kaçınırken, bazıları psikoterapiye daha az istekli olabilir. Şiddetli depresyon vakalarında veya psikotik özellikli depresyonda, farmakoterapinin genellikle ilk basamak tedavi olarak önerildiği veya BDT ile kombine edildiği unutulmamalıdır. Sonuç olarak, BDT ve farmakoterapi, MDB tedavisinde değerli ve etkili seçeneklerdir. Tedavi seçimi, depresyonun şiddeti, hastanın tercihleri, komorbid durumlar, önceki tedavi deneyimleri ve yan etki toleransı gibi birçok faktör dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.

2.4.2. BDT ve Diğer Psikoterapi Yaklaşımları

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon tedavisinde etkinliği en fazla araştırılmış psikoterapi yaklaşımlarından biri olmakla birlikte, Kişilerarası Terapi (IPT), Psikodinamik Terapi, Davranışsal Aktivasyon (BA) Terapisi ve Problem Çözme Terapisi (PÇT) gibi diğer psikoterapi türleri de depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Son on yılda yapılan karşılaştırmalı etkinlik araştırmaları ve meta-analizler, BDT'nin bu diğer psikoterapi yaklaşımlarıyla kıyaslandığında ne tür bir etkinlik profili sergilediğini anlamamıza yardımcı olmuştur. Bu tür karşılaştırmalar, farklı psikoterapi okullarının göreceli etkinliklerini değerlendirmek ve belirli hasta grupları için en uygun terapi türünü belirlemek açısından önemlidir.

Genel olarak, kanıta dayalı psikoterapiler arasında etkinlik açısından büyük ve tutarlı farklılıklar bulunmadığı yönünde bir görüş birliği oluşmaktadır; bu durum "Dodo kuşu hükmü" (Dodo bird verdict) olarak da bilinir (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Son on yılda yapılan birçok meta-analiz, BDT'nin IPT, BA ve PÇT gibi diğer aktif psikoterapilerle karşılaştırıldığında benzer etkinlik düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Barth vd., 2013). Örneğin, Cuijpers ve meslektaşları (2011) tarafından yürütülen bir meta-analiz, BDT ve IPT'nin depresyon tedavisinde benzer şekilde etkili olduğunu bulmuştur. Davranışsal Aktivasyon (BA), BDT'nin davranışsal bileşenlerine odaklanan daha basit bir terapi olmasına rağmen, özellikle son yıllarda depresyon tedavisinde BDT kadar etkili olabileceğine dair güçlü kanıtlar sunmuştur (Dimidjian vd., 2006; Ekers, Webster, Van Straten, Cuijpers, Richards, & Gilbody, 2014).

Psikodinamik terapilerle karşılaştırıldığında ise bulgular biraz daha karmaşıktır. Geleneksel olarak, uzun süreli psikodinamik terapilerin etkinliğini değerlendiren yüksek kaliteli randomize kontrollü araştırmaların sayısı daha azdı. Ancak, son yıllarda kısa süreli psikodinamik terapilerin (örneğin, 16-20 seans) depresyon tedavisindeki etkinliğini inceleyen daha fazla araştırma yapılmıştır. Bazı meta-analizler, kısa süreli psikodinamik terapilerin de depresyon tedavisinde etkili olabileceğini, ancak BDT gibi daha yapılandırılmış terapilere

kıyasla etki büyüklüklerinin biraz daha düşük olabileceğini veya etkinliğin ortaya çıkmasının daha uzun sürebileceğini öne sürmektedir (Driessen vd., 2010; Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004). Ancak, bu alandaki araştırmalar devam etmektedir ve farklı psikodinamik yaklaşımların etkinliği değişkenlik gösterebilir. Sonuç olarak, BDT, depresyon tedavisinde güçlü bir kanıt temeline sahip olmakla birlikte, IPT ve BA gibi diğer bazı psikoterapi yaklaşımları da benzer etkinlik düzeyleri sunabilmektedir. Terapi seçiminde, terapinin teorik çerçevesi, danışanın tercihleri, terapistin uzmanlığı ve mevcut kanıtlar dikkate alınmalıdır.

2.4.3. Kombine Tedavilerin (BDT + Farmakoterapi) Etkinliği

Depresyon tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve farmakoterapinin (antidepresan ilaçlar) ayrı ayrı etkinlikleri iyi bir şekilde kanıtlanmış olsa da bu iki tedavi yönteminin bir arada kullanılmasının (kombine tedavi) tek başına tedavilere kıyasla daha üstün sonuçlar verip vermediği önemli bir araştırma konusudur. Kombine tedavi, BDT'nin psikososyal beceri kazandırma ve nüks önleme potansiyelini, farmakoterapinin ise biyolojik temelli semptom azaltma etkisiyle birleştirmeyi hedefler. Son on yılda yapılan çok sayıda araştırma ve meta-analiz, kombine tedavinin etkinliğini, özellikle belirli hasta alt gruplarında ve depresyonun farklı şiddet derecelerinde incelemiştir.

Genel olarak, hafif ve orta şiddetteki majör depresif bozukluk (MDB) vakalarında, kombine tedavinin tek başına BDT veya tek başına farmakoterapiye kıyasla belirgin bir üstünlük sağlamadığı yönünde bir eğilim bulunmaktadır (Cuijpers, Sijbrandij, vd., 2013; NICE, 2022). Bu hasta grubunda, BDT veya farmakoterapi genellikle yeterli düzeyde etkinlik göstermektedir ve kombine tedaviye geçiş, ek maliyet ve potansiyel yan etkiler nedeniyle her zaman gerekli olmayabilir. Ancak, danışan tercihleri veya tek bir tedaviye yetersiz yanıt durumunda kombine tedavi bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

Buna karşılık, şiddetli, kronik veya tedaviye dirençli MDB vakalarında kombine tedavinin tek başına tedavilere göre daha etkili olabileceğine dair daha güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin, Cuijpers ve meslektaşları (2014) tarafından yürütülen bir meta-analiz, şiddetli depresyonu olan hastalarda kombine tedavinin (BDT + antidepresan) tek başına antidepresan tedavisine kıyasla daha yüksek yanıt ve remisyon oranları sağladığını bulmuştur. Benzer şekilde, tedaviye dirençli depresyonu olan (yani, en az iki farklı antidepresan tedavisine yeterli yanıt vermemiş) bireylerde, mevcut farmakoterapiye BDT eklenmesinin, sadece farmakoterapiye devam etmekten daha etkili olduğu gösterilmiştir (Thase vd., 2011; Wiles vd., 2013). Bu bulgular, daha karmaşık ve tedaviye zor yanıt veren depresyon tablolarında kombine bir yaklaşımın sinerjistik faydalar sunabileceğini düşündürmektedir. BDT, ilaç tedavisine uyumu artırabilir, ilaçların yan etkileriyle başa çıkmaya yardımcı olabilir ve ilaç tedavisi sonlandırıldıktan sonra nüks riskini azaltabilir. Farmakoterapi ise, BDT'ye katılımı ve terapidan faydalanmayı zorlaştırabilecek şiddetli depresif semptomların (örneğin, aşırı motivasyon kaybı, konsantrasyon güçlüğü) daha hızlı bir şekilde hafifletilmesine yardımcı olabilir. Sonuç olarak, kombine tedavi, özellikle şiddetli, kronik veya tedaviye dirençli depresyon vakalarında değerli bir strateji olabilir. Ancak, kombine tedavi kararının bireyselleştirilmesi, potansiyel fayda ve risklerin dikkatlice değerlendirilmesi ve danışanla iş birliği içinde verilmesi önemlidir.



2.5. BDT'nin Etkinliğini Etkileyen Faktörler ve Moderatörler

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon tedavisinde genel olarak etkili bir yaklaşım olarak kabul edilmekle birlikte, tüm bireylerin bu tedaviden aynı düzeyde fayda görmediği bilinmektedir. BDT'nin etkinliği, çeşitli faktörler tarafından etkilenebilir veya farklı bireyler için farklı düzeylerde olabilir. Bu faktörler, terapinin kendisiyle (örneğin, terapötik ilişkinin kalitesi), danışanla (örneğin, demografik özellikler, depresyonun şiddeti, komorbidite, beklentiler) veya tedavi süreciyle (örneğin, tedaviye uyum, ev ödevlerinin yapılması) ilgili olabilir. Bu etkileyen faktörlerin (moderatörlerin ve mediyatörlerin) anlaşılması, BDT'nin kimler için ve hangi koşullarda daha etkili olabileceğini belirlemek, tedavi yaklaşımlarını kişiselleştirmek ve terapinin etkinliğini optimize etmek açısından kritik öneme sahiptir.

Son on yılda yapılan araştırmalar, BDT'nin etkinliğini etkileyebilecek potansiyel moderatör ve mediyatör faktörleri daha iyi anlamamıza yardımcı olmuştur. Moderatörler, bir tedavinin etkinliğinin hangi alt gruplarda (örneğin, farklı yaş grupları, farklı depresyon şiddetleri) değiştiğini gösteren değişkenlerdir. Mediyatörler ise, bir tedavinin neden veya nasıl işe yaradığını açıklayan, tedavi ile sonuç arasındaki aracı mekanizmalardır (örneğin, BDT'de bilişsel değişim veya davranışsal aktivasyonun artması). Bu faktörlerin belirlenmesi, BDT'nin teorik modelini daha da geliştirmemize ve terapötik müdahaleleri daha hedefe yönelik hale getirmemize olanak tanır.

BDT'nin etkinliğini etkileyen faktörler üzerine yapılan araştırmalar, genellikle karmaşık ve bazen çelişkili sonuçlar vermektedir. Bunun nedeni, bu faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olması ve farklı araştırma tasarımları ve örneklem özelliklerinin farklı sonuçlara yol açabilmesidir. Ancak, bazı faktörlerin BDT'nin sonuçları üzerinde tutarlı bir şekilde etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin, terapötik ilişkinin kalitesi, danışanın tedaviye aktif katılımı ve ev ödevlerini düzenli olarak yapması gibi faktörler, genellikle daha iyi tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Depresyonun başlangıç şiddeti, kronisitesi ve komorbid anksiyete bozukluklarının varlığı gibi faktörler ise, tedaviye yanıt olumsuz etkileyebilecek potansiyel risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Bu faktörlerin anlaşılması, klinisyenlerin tedavi sürecini daha iyi yönetmelerine ve olası zorluklara karşı proaktif önlemler almalarına yardımcı olabilir.

2.5.1. Terapötik İlişkinin Rolü

Terapötik ilişki (veya terapötik ittifak), danışan ve terapist arasında kurulan işbirlikçi, güvene dayalı ve amaç odaklı bağ olarak tanımlanır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gibi yapılandırılmış ve teknik odaklı bir terapide bile, terapötik ilişkinin kalitesinin tedavi sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Beck, 2011). Terapötik ilişki, genellikle üç temel bileşenden oluşur: (1) danışan ve terapist arasındaki duygusal bağ (örneğin, güven, empati, saygı), (2) tedavi hedefleri üzerinde anlaşma ve (3) tedavi görevleri (terapide yapılacaklar) üzerinde anlaşma (Bordin, 1979). Son on yılda yapılan çok sayıda araştırma ve meta-analiz, güçlü bir terapötik ilişkinin BDT dahil olmak üzere çeşitli psikoterapilerde daha iyi tedavi sonuçlarıyla tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir.

BDT bağlamında, terapötik ilişki, terapinin tekniklerinin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli olan zemini oluşturur. Danışan, terapistine güvendiğinde ve onun tarafından anlaşıldığını hissettiğinde, zorlayıcı düşünce ve davranışlarını keşfetmeye, yeni beceriler öğrenmeye ve risk almaya daha istekli olur. Terapist, empatik, destekleyici ve işbirlikçi bir tutum sergileyerek, danışanın motivasyonunu artırabilir ve tedaviye katılımını teşvik edebilir. BDT'nin "işbirlikçi ampirizm" (collaborative empiricism) ilkesi, terapist ve danışanın birlikte bir ekip gibi çalışarak danışanın düşüncelerini ve inançlarını birer hipotez gibi test etmelerini içerir; bu süreç, güçlü bir terapötik ittifak gerektirir (Kazantzis, Dattilio, & Dobson, 2017).

Son on yılda yayımlanan meta-analizler, terapötik ilişkinin BDT'nin depresyon tedavisindeki etkinliğinde önemli bir mediyatör veya moderatör rol oynadığını desteklemektedir. Örneğin, Baier, Kline ve Feeny (2020) tarafından yürütülen bir meta-analiz, BDT'de terapötik ittifakın hem erken dönemde hem de tedavi süresince semptom azalmasıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Flückiger, Del Re, Wampold ve Horvath (2018) tarafından yapılan daha geniş kapsamlı bir meta-analiz, terapötik ittifakın genel olarak psikoterapilerde tedavi sonuçlarının önemli bir yordayıcısı olduğunu ve bu etkinin farklı teorik yönelimlerde (BDT dahil) geçerli olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, BDT uygulayıcılarının terapinin teknik yönlerine odaklanmanın yanı sıra, danışanla güçlü ve olumlu bir terapötik ilişki kurmaya ve sürdürmeye de özel bir önem vermeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Terapötik ilişkinin zayıf olduğu veya koptuğu durumlarda, tedavi sonuçları olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle, terapistlerin ilişkiyi onarma becerilerine sahip olmaları ve danışan geri bildirimlerine duyarlı olmaları da önemlidir.

2.5.2. Hasta Özellikleri (Danışan Özellikleri)

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyon tedavisindeki etkinliği, çeşitli hasta (veya danışan) özelliklerinden etkilenebilir. Bu özellikler, demografik faktörleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum), klinik faktörleri (depresyonun şiddeti, süresi, tekrarlayıcı olup olmaması, komorbid psikiyatrik veya fiziksel hastalıklar) ve psikososyal faktörleri (kişilik özellikleri, başa çıkma tarzları, sosyal destek, tedavi beklentileri) içerebilir. Son on yılda yapılan araştırmalar, bu özelliklerin BDT'ye yanıtı nasıl etkilediğini (modere ettiğini) anlamaya çalışmış, ancak bulgular her zaman tutarlı olmamıştır. Bununla birlikte, bazı danışan özelliklerinin BDT sonuçları üzerinde daha belirgin bir etkiye sahip olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır.

Depresyonun başlangıç şiddeti, BDT'ye yanıtı etkileyebilecek önemli bir faktör olarak kabul edilir. Bazı araştırmalar, BDT'nin hafif ve orta şiddetteki depresyonda daha etkili olabileceğini, şiddetli depresyonda ise farmakoterapi veya kombine tedavinin daha uygun olabileceğini öne sürmektedir (NICE, 2022). Ancak, diğer araştırmalar BDT'nin şiddetli depresyonda da etkili olabileceğini, hatta bazı durumlarda farmakoterapi kadar iyi sonuçlar verebileceğini göstermiştir (DeRubeis vd., 2005). Depresyonun kronisitesi (uzun süredir devam etmesi) ve tekrarlayıcı doğası da tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebilir. Kronik veya tekrarlayıcı depresyonu olan bireyler, BDT'den fayda görseler bile, daha uzun süreli veya daha yoğun bir tedaviye ihtiyaç duyabilirler (Bockting vd., 2015).



Komorbid psikiyatrik bozuklukların (örneğin, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları) varlığı, BDT'nin etkinliğini karmaşıkleştirebilir. Özellikle komorbid kişilik bozuklukları, terapötik ilişkiyi zorlaştırebilir ve tedaviye uyumu azaltabilir (Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006). Ancak, BDT'nin bu komorbid durumları da hedef alacak şekilde uyarlanmasıyla olumlu sonuçlar elde edilebilir. Danışanın tedaviye yönelik beklentileri ve motivasyonu da önemli bir rol oynar. Tedaviden fayda göreceğine inanan ve aktif olarak katılım gösteren danışanların daha iyi sonuçlar elde etme olasılığı daha yüksektir (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011). Sosyal destek sistemlerinin varlığı ve kalitesi de BDT sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Güçlü bir sosyal destek ağı, danışanın tedavi sürecinde karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasına ve öğrendiği becerileri günlük yaşamına aktarmasına yardımcı olabilir. Sonuç olarak, BDT'nin etkinliği tek bir faktöre bağlı değildir; danışanın bireysel özellikleri, klinik tablosu ve psikososyal bağlamı, tedaviye yanıtı şekillendiren karmaşık bir etkileşim ağı oluşturur. Klinisyenlerin bu faktörleri dikkate alarak tedavi planını bireyselleştirmesi, BDT'nin etkinliğini artırmada kritik öneme sahiptir.

2.5.3. Tedaviye Uyum ve Ev Ödevlerinin Etkisi

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) etkinliğinde, danışanın tedavi sürecine aktif katılımı ve tedavi bileşenlerine uyumu kritik bir rol oynamaktadır. Tedaviye uyum, seanslara düzenli katılımı, terapist tarafından önerilen stratejileri uygulamayı ve özellikle BDT'nin ayrılmaz bir parçası olan ev ödevlerini yerine getirmeyi içerir. Ev ödevleri, seanslarda öğrenilen bilişsel ve davranışsal becerilerin günlük yaşamda pratik edilmesini, pekiştirilmesini ve genellenmesini amaçlar. Son on yılda yapılan araştırmalar, tedaviye uyumun ve ev ödevlerinin düzenli olarak yapılmasının, BDT'nin depresyon tedavisindeki başarısıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu tutarlı bir şekilde göstermektedir.

Ev ödevleri, BDT'de çeşitli formlarda olabilir; örneğin, düşünce kayıtları tutma, davranışsal aktivasyon planları yapma ve uygulama, gevşeme egzersizleri yapma, problem çözme stratejileri geliştirme gibi. Bu ödevler, danışanın kendi düşünce, duygu ve davranışlarını daha iyi anlamasına, işlevsel olmayan kalıpları fark etmesine ve yeni başa çıkma becerileri geliştirmesine yardımcı olur (Kazantzis, Whittington, & Dattilio, 2010). Ev ödevlerinin yapılması, danışanın terapi sürecinin aktif bir katılımcısı olmasını sağlar ve terapinin etkisini seans odasının dışına taşır. Araştırmalar, ev ödevlerini düzenli olarak tamamlayan danışanların, tamamlamayanlara kıyasla daha fazla semptom azalması ve daha iyi tedavi sonuçları elde ettiğini göstermektedir (Burns & Spangler, 2000; Mausbach vd., 2010).

Tedaviye uyumu ve ev ödevi tamamlama oranını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Terapötik ilişkinin kalitesi, danışanın ev ödevlerinin mantığını ve faydasını anlaması, ödevlerin danışanın yaşamına ve yeteneklerine uygun olması, terapistin ödevleri net bir şekilde açıklaması ve takip etmesi bu faktörler arasında sayılabilir (Helbig-Lang, Knaevelsrud, & KOWCA-Study Group, 2016). Danışanın motivasyon düzeyi, depresyonun şiddeti ve bilişsel işlevlerdeki bozulmalar da ev ödevi yapma kapasitesini etkileyebilir. Terapistler, danışanların ev ödevleriyle ilgili olası engelleri (örneğin, zaman kısıtlamaları, motivasyon eksikliği, ödevi anlamama) belirlemelerine ve bu engelleri aşmak için stratejiler geliştirmelerine yardımcı olmalıdır. Ev ödevlerinin işbirlikçi bir şekilde planlanması ve danışanın geri bildirimlerinin dikkate alınması, uyumu artırabilir. Sonuç olarak, tedaviye

uyum ve özellikle ev ödevlerinin düzenli olarak yapılması, BDT'nin depresyon tedavisindeki etkinliğinin önemli bir bileşenidir. Klinisyenlerin, danışanları bu konuda teşvik etmesi, desteklemesi ve olası zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olması, tedavi başarısını artırmada kritik bir rol oynamaktadır.

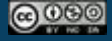
3. TARTIŞMA

3.1. Temel Bulguların Özetlenmesi ve Yorumlanması

Çalışmamızda, son on yıllık (2014-2024) dönemde yayımlanmış bilimsel araştırmalar ışığında, Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyon tedavisindeki etkinliğini kapsamlı bir şekilde değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, BDT'nin yetişkinlerde majör depresif bozukluk (MDB) başta olmak üzere, ergenler, yaşlılar, kronik fiziksel hastalığı olan bireyler ve doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar gibi farklı popülasyonlarda depresif semptomların azaltılmasında, işlevselliğin artırılmasında ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde güçlü ve tutarlı bir etkinliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Randomize kontrollü araştırmalar ve bu araştırmaları sentezleyen çok sayıda meta-analiz, BDT'nin plasebo ve bekleme listesi kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde üstün olduğunu ve farmakoterapi gibi diğer aktif tedavi yöntemleriyle benzer etkinlik düzeyleri sergilediğini göstermektedir. Özellikle uzun vadeli izlem bulguları, BDT'nin tedavi sonrasında kazanılan becerilerin kalıcılığı sayesinde nüksü önlemede farmakoterapiye kıyasla potansiyel avantajlar sunabileceğine işaret etmektedir (Hollon vd., 2005; Johnsen & Friberg, 2015).

BDT'nin farklı uygulama biçimlerinin (bireysel, grup, internet tabanlı, kısa süreli) etkinlik karşılaştırmaları, her bir formatın belirli avantajlar ve sınırlılıklar sunduğunu göstermiştir. Bireysel BDT en yoğun ve kişiselleştirilmiş format olarak kabul edilirken, grup BDT'si maliyet etkinliği ve sosyal destek gibi faydalar sunmaktadır. Son yıllarda büyük ilgi gören internet tabanlı BDT (iCBT) uygulamaları, özellikle rehberli formatlarda, yüz yüze BDT ile benzer etkinlik düzeylerine ulaşabilmekte ve tedaviye erişimi önemli ölçüde artırmaktadır (Karyotaki vd., 2021). Kısa süreli BDT ise, belirli durumlarda ve daha hafif vakalarda etkili bir seçenek olabilmektedir. BDT'nin diğer psikoterapi yaklaşımlarıyla (örneğin, IPT, BA) karşılaştırıldığı araştırmalar, genellikle "Dodo kuşu hükmü"nü destekler nitelikte olup, kanıta dayalı farklı psikoterapilerin benzer etkinlik düzeyleri sergileyebileceğini göstermektedir (Barth vd., 2013). Kombine tedavilerin (BDT + farmakoterapi) etkinliği incelendiğinde ise, özellikle şiddetli, kronik veya tedaviye dirençli depresyon vakalarında tek başına tedavilere kıyasla üstünlük sağlayabileceği görülmektedir (Cuijpers vd., 2014).

BDT'nin etkinliğini etkileyen faktörler arasında terapötik ilişkinin kalitesi, danışan özellikleri (depresyonun şiddeti, komorbidite, beklentiler) ve tedaviye uyum (özellikle ev ödevlerinin yapılması) öne çıkmaktadır. Güçlü bir terapötik ittifakın ve danışanın tedaviye aktif katılımının daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (Baier vd., 2020; Kazantzis vd., 2010). Bu bulgular, BDT'nin sadece teknik bir uygulama olmanın ötesinde, terapötik sürecin ve danışan faktörlerinin de önemli olduğu bütüncül bir yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır. Son on yıldaki literatür, BDT'nin depresyon tedavisindeki merkezi rolünü pekiştirmiş, uygulama alanlarını genişletmiş ve etkinliğini artıran faktörler hakkında daha derin bir anlayış sağlamıştır. Ancak, BDT'nin etki mekanizmalarının daha iyi anlaşılması,



tedaviye yanıt vermeyen bireyler için alternatif stratejilerin geliştirilmesi ve terapinin farklı kültürel bağlamlara uyarlanması gibi konularda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

3.2. Bulguların Klinik Uygulamalar Açısından Önemi

Araştırmamızda sentezlenen bulgular, depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile tedavisine yönelik klinik uygulamalar için önemli çıkarımlar sunmaktadır. Öncelikle, BDT'nin majör depresif bozukluk başta olmak üzere farklı popülasyonlarda ve çeşitli şiddet derecelerindeki depresyon tablolarında etkin bir tedavi seçeneği olduğu gerçeği, klinisyenlerin bu terapiyi güvenle önermelerini ve uygulamalarını desteklemektedir. Uluslararası tedavi kılavuzlarının da BDT'yi birinci basamak tedavi seçenekleri arasında göstermesi, bu yaklaşımın bilimsel temellerinin sağlamlığını pekiştirmektedir (NICE, 2022). Klinisyenler, danışanların ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre BDT'yi bireysel, grup veya teknoloji destekli formatlarda sunma esnekliğine sahiptir. Özellikle internet tabanlı BDT (iCBT) uygulamalarının artan kanıt temeli, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kısıtlı olan veya anonimliği tercih eden bireyler için değerli bir alternatif sunmaktadır. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetleri ve uzmanlaşmış ruh sağlığı merkezleri arasında kademeli bir bakım modeli oluşturulmasına olanak tanıyabilir.

Klinik uygulamada, BDT'nin etkinliğini optimize etmek için terapötik ilişkinin kalitesine özel bir önem verilmesi gerekmektedir. Empatik, işbirlikçi ve güvene dayalı bir terapötik ittifak, danışanın tedaviye katılımını ve motivasyonunu artırarak daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkı sağlar. Klinisyenlerin, danışanların tedaviye yönelik beklentilerini anlamaları, tedavi hedeflerini ortaklaşa belirlemeleri ve tedavi sürecine aktif katılımlarını teşvik etmeleri önemlidir. Ev ödevlerinin düzenli olarak yapılması, BDT'nin başarısında kritik bir rol oynadığından, klinisyenlerin ev ödevlerinin mantığını açıklamaları, danışanların olası engellerini belirlemelerine yardımcı olmaları ve ödevleri işbirlikçi bir şekilde planlamaları gerekmektedir. Ayrıca, danışan özelliklerinin (örneğin, depresyonun şiddeti, komorbidite, kişilik özellikleri) tedaviye yanıtı etkileyebileceği göz önünde bulundurularak, tedavi planının bireyselleştirilmesi ve gerektiğinde esnek ayarlamalar yapılması önemlidir.

BDT'nin nüks önlemedeki potansiyel avantajları, klinik uygulamada bu terapiye özel bir önem atfedilmesini gerektirmektedir. Klinisyenler, BDT aracılığıyla danışanlara sadece mevcut depresif epizodu atlatmaları için değil, aynı zamanda gelecekteki olası nükslere karşı da koruyucu beceriler kazandırmayı hedeflemelidir. Nüks önleme planlarının oluşturulması ve idame BDT seanslarının (booster sessions) gerekliliğinin değerlendirilmesi, uzun vadeli iyilik halinin sürdürülmesine yardımcı olabilir. Farklı popülasyonlara (ergenler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, doğum sonrası depresyon yaşayanlar) yönelik BDT uyarlamalarının etkinliğine dair artan kanıtlar, klinisyenlerin bu grupların özgül ihtiyaçlarına duyarlı, kültürel olarak yetkin ve gelişimsel olarak uygun müdahaleler sunmalarını teşvik etmelidir. Son olarak, klinisyenlerin BDT alanındaki güncel araştırmaları ve en iyi uygulama kılavuzlarını takip etmeleri, mesleki gelişimlerini sürdürmeleri ve kanıta dayalı uygulamaları benimsemeleri, depresyon tedavisinin kalitesini artırmada kritik öneme sahiptir.

3.3. Literatürdeki Sınırlılıklar ve Gelecekteki Araştırma Yönelimleri

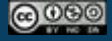
Araştırmamız, son on yılda Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) depresyon tedavisindeki etkinliğine dair önemli bulguları bir araya getirmiş olsa da, mevcut literatürde bazı sınırlılıklar ve gelecekteki araştırmalar için önemli yönelimler bulunmaktadır. Öncelikle, BDT'nin etkinliğini inceleyen araştırmaların çoğu, iyi tanımlanmış, komorbiditesi düşük ve motivasyonu yüksek örneklemelerle yürütülmektedir. Bu durum, bulguların rutin klinik uygulamalardaki daha heterojen ve karmaşık hasta popülasyonlarına genellenebilirliğini kısıtlayabilmektedir (Westen vd., 2004). Gelecekteki araştırmaların, BDT'nin "gerçek dünya" koşullarında, farklı sosyokültürel bağlamlarda ve daha çeşitli komorbidite örüntülerine sahip bireylerdeki etkinliğini ve uygulanabilirliğini daha fazla incelemesi gerekmektedir. Özellikle, kültürel olarak uyarlanmış BDT programlarının geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi, terapinin farklı etnik ve kültürel gruplara daha iyi hizmet etmesini sağlayacaktır.

BDT'nin etki mekanizmalarının (mediyatörlerinin) daha iyi anlaşılması, gelecekteki araştırmalar için önemli bir alandır. BDT'nin bilişsel değişim, davranışsal aktivasyon, duygusal düzenleme becerileri veya kişilerarası işlevsellikteki iyileşmeler gibi hangi özgül süreçler aracılığıyla etki gösterdiğinin belirlenmesi, terapinin daha hedefe yönelik ve etkili hale getirilmesine yardımcı olabilir. Nörobilim araştırmaları (örneğin, beyin görüntüleme teknikleri) BDT'nin beyin fonksiyonları ve yapıları üzerindeki etkilerinin incelenmesi, bu mekanizmaların anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca, BDT'ye yanıt vermeyen veya kısmi yanıt veren bireyler için alternatif veya güçlendirici stratejilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin araştırılması da kritik bir ihtiyaçtır. Hangi danışan özelliklerinin (biyomarkerler dahil) BDT'ye daha iyi yanıt vereceğini öngören (prediktör) faktörlerin belirlenmesi, tedavi seçimini kişiselleştirmede önemli bir adım olacaktır.

Teknoloji destekli BDT uygulamalarının (iCBT, mobil uygulamalar, sanal gerçeklik) hızla geliştiği bu dönemde, bu müdahalelerin uzun vadeli etkinliği, maliyet etkinliği, kullanıcı kabulü, veri güvenliği ve etik boyutları konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Farklı destek düzeylerinin (rehberli vs. rehbersiz iCBT) ve farklı teknolojik platformların karşılaştırmalı etkinliğinin incelenmesi, bu alandaki uygulamaların optimize edilmesine yardımcı olacaktır. BDT'nin nüks önlemedeki rolünü daha da güçlendirmek için, idame BDT stratejilerinin, güçlendirici seansların ve farkındalık temelli BDT (MBCT) gibi yaklaşımların etkinliğinin ve optimal uygulama biçimlerinin araştırılması önemlidir. Son olarak, BDT'nin farklı yaş gruplarındaki (özellikle çocuklar ve çok yaşlı bireyler) ve özel popülasyonlardaki (örneğin, travma sonrası stres bozukluğu ile komorbid depresyonu olanlar) etkinliğine dair daha fazla yüksek kaliteli araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu araştırma yönelimleri, BDT'nin depresyon tedavisindeki potansiyelini daha da artıracak ve ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir.

SONUÇ

Depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile tedavisinin etkinliğine ilişkin son on yıllık (2014-2024) bulguların incelendiği bu literatür taraması, BDT'nin depresyonla mücadelede güçlü, kanıta dayalı ve çok yönlü bir psikoterapi yaklaşımı olduğunu bir kez daha teyit



etmektedir. Yetişkinlerde majör depresif bozukluktan ergen ve yaşlı depresyonuna, kronik hastalığa eşlik eden depresyondan doğum sonrası depresyona kadar geniş bir yelpazede BDT'nin semptomları azalttığı, işlevselliği artırdığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği görülmektedir. Terapinin bireysel, grup, internet tabanlı ve kısa süreli gibi farklı uygulama biçimlerinin de etkinlik göstermesi, BDT'nin esnekliğini ve erişilebilirliğini artırmaktadır. Özellikle internet tabanlı BDT'nin (iCBT) yükselişi, ruh sağlığı hizmetlerinin geleceği açısından umut verici bir gelişme olarak değerlendirilmelidir.

BDT'nin farmakoterapi ve diğer kanıta dayalı psikoterapilerle karşılaştırıldığında benzer etkinlik düzeyleri sergilemesi, klinisyenlere ve danışanlara tedavi seçiminde çeşitli seçenekler sunmaktadır. Uzun vadeli nüks önleme potansiyeli, BDT'nin önemli bir avantajı olarak öne çıkmaktadır. Ancak, BDT'nin etkinliği, terapötik ilişkinin kalitesi, danışan özellikleri ve tedaviye uyum gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlerin anlaşılması, tedavi sürecinin kişiselleştirilmesi ve optimize edilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Literatürdeki bazı sınırlılıklara ve gelecekteki araştırma ihtiyaçlarına rağmen, son on yılda elde edilen bulgular, BDT'nin depresyon tedavisindeki bilimsel temelini daha da sağlamlaştırmış ve uygulama alanlarını genişletmiştir. Depresyonun birey ve toplum üzerindeki yaygın ve yıkıcı etkileri göz önüne alındığında, BDT gibi etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin yaygınlaştırılması, erişilebilirliğinin artırılması ve klinik uygulamada en iyi şekilde kullanılması, halk sağlığı açısından büyük bir öncelik olmaya devam etmektedir. Bu derleme, BDT'nin depresyon tedavisindeki güncel ve önemli rolünü vurgulayarak, bu alandaki bilgi birikimine katkıda bulunmayı amaçlamıştır.



KAYNAKÇA

- [1] Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. doi:10.1016/S0140-6736(05)66665-2
- [2] American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- [3] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- [4] Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. doi:10.1002/wps.20083
- [5] Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- [6] Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101921. doi:10.1016/j.cpr.2020.101921
- [7] Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- [8] Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press. (Orijinal yayın tarihi 1979, bu atıf genellikle güncel baskılara veya temel esere yapılır)
- [9] Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- [10] Beltman, M. W., Oude Voshaar, R. C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 11–19. doi:10.1192/bjp.bp.109.066508
- [11] Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Nelson, K. Z., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 11, 107. doi:10.1186/1471-244X-11-107
- [12] Bockting, C. L. H., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16–26. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.003
- [13] Bond, F. W., & Dryden, W. (Eds.). (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- [14] Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- [15] Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., ... & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877–885. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210091012
- [16] Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to



doing more homework? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46–56. doi:10.1037/0022-006X.68.1.46

[17] Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 8, 38. doi:10.1186/1741-7015-8-38

[18] Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160. doi:10.1002/wps.20128

[19] Churchill, R., Davies, P., Caldwell, D., Moore, T. H. M., Jones, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2010). Cognitive behavioural therapy and psycho-dynamic psychotherapy for depression: An updated meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4), 284–295. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01581.x

[20] Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Psychotherapy*, 48(3), 200–211. doi:10.1037/a0022352

[21] Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

[22] COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7

[23] Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help effective for depression? A meta-analysis of comparative trials. *Psychological Medicine*, 40(9), 1443–1457. doi:10.1017/S003329170999200X

[24] Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Ebert, D. D., ... & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 297–312. doi:10.1037/ccp0000476

[25] Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., & Reynolds III, C. F. (2019). Comparative efficacy of psychotherapies for adult depression: A network meta-analysis. *World Psychiatry*, 18(3), 350–351. doi:10.1002/wps.20666

[26] Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 18(1), 97–107. doi:10.1002/wps.20601

[27] Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 12(1), 56–67. doi:10.1002/wps.20009

[28] Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2014). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 13(2), 137–148. doi:10.1002/wps.20115

[29] Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075

[30] Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.003

- [31] Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., & Barbui, C. (2021). Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(5), 496–502. doi:10.1097/YCO.0000000000000724
- [32] Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., ... & March, J. (2000). Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1427–1439. doi:10.1097/01.chi.0000242245.11250.ff
- [33] David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 62–104. doi:10.1080/15374410701817865
- [34] DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416. doi:10.1001/archpsyc.62.4.409
- [35] DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2016). Cognitive therapy for depression: A new look at an old therapy. *Nature Reviews Psychology*, 1(1), 1-2.
- [36] Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- [37] Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., ... & Cuijpers, P. (2017). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.004
- [38] Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1041–1050. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09070945
- [39] Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, 10(3), e0119895. doi:10.1371/journal.pone.0119895
- [40] Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS ONE*, 9(6), e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100
- [41] Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sinyor, M. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 16(3), 287–298. doi:10.1002/wps.20472
- [42] Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. doi:10.1037/pst0000172



[43] Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393–2400. doi:10.1017/S003329171700040X

[44] Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Kien, C., Klerings, I., & Dobrescu, A. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews. *BMJ Open*, 7(6), e014912. doi:10.1136/bmjopen-2016-014912

[45] Hammen, C. (2018). Risk and resilience in major depression. *Current Directions in Psychological Science*, 27(5), 323–329. doi:10.1177/0963721417752842

[46] Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2). *Psychological Medicine*, 43(1), 39–49. doi:10.1017/S003329171200094X

[47] Helbig-Lang, S., Knaevelsrud, C., & KOWCA-Study Group. (2016). Does the working alliance in online-based CBT for depression predict outcome? Results from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 1007–1013. doi:10.1037/ccp0000130

[48] Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1

[49] Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375–391. doi:10.1037/a0035259

[50] Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–422. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417

[51] Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39–77. doi:10.1111/1529-1006.00008

[52] Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261–273. doi:10.1016/j.jagp.2014.06.005

[53] Huntley, A., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 184–190. doi:10.1192/bjp.bp.110.087637

[54] Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. doi:10.1037/bul0000015

[55] Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., BERPohl, F. M. G., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Riper, H. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361–371. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364

[56] Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the

Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0044

[57] Kazantzis, N., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2017). *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.

[58] Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144–156. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x

[59] Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 857–867. doi:10.1037/0022-006X.72.5.857

[60] Kennard, B. D., Silva, S. G., Tonev, S., Rohde, P., Hughes, J. L., Vitiello, B., ... & March, J. S. (2009). Remission and recovery in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Acute and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 186–195. doi:10.1097/CHI.0b013e31819176f8

[61] Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409

[62] Kiosses, D. N., Leon, A. C., & Areán, P. A. (2011). Psychosocial interventions for late-life major depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 68(1), 25–36. doi:10.1001/jamapsychiatry.2010.100

[63] Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076

[64] Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

[65] Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208–1216. doi:10.1001/archpsyc.61.12.1208

[66] Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004

[67] Luppá, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 174, 301–315. doi:10.1016/j.jad.2014.11.039

[68] Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2011). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9–23. doi:10.1017/S003329170900590X

[69] Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY: W. W. Norton & Company.

[70] Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429–438. doi:10.1007/s10608-010-9293-5



[71] McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 98–116. doi:10.1093/clipsy.8.1.98

[72] Merry, S. N., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. (2012). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1040–1048. doi:10.1016/j.jaac.2012.07.002

[73] Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, K., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 529–542. doi:10.1348/014466505X35765

[74] Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9

[75] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Depression in children and young people: Identification and management* (NICE Guideline NG134). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

[76] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management* (NICE Guideline NG222). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

[77] Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13–20. doi:10.1192/bjp.188.1.13

[78] O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

[79] O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. doi:10.3109/09540269609037816

[80] O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Richards, D. A., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2013). Internet-based behavioral activation—treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 814–822. doi:10.1016/j.jad.2013.02.014

[81] Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD009125. doi:10.1002/14651858.CD009125.pub2

[82] Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13–34. doi:10.2190/EUFN-U22X-4L2V-892X

[83] Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., ... & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 1–11. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.008

[84] Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797–1810. doi:10.1017/S003329170999228X

- [85] Safren, S. A., O'Cleirigh, C., Bullis, J. R., Otto, M. W., & Pauk, J. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404–415. doi:10.1037/a0027472
- [86] Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332–1340. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.165
- [87] Simons, A. D., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Rhew, I. C., Emslie, G. J., & Clarke, G. N. (2010). Remission and recurrence of depression in the Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(7), 675–684. doi:10.1016/j.jaac.2010.04.003
- [88] Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 839–849. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.009
- [89] Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
- [90] Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- [91] Thase, M. E., Friedman, E. S., Biggs, M. M., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Luther, J. F., ... & Rush, A. J. (2007). Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: A STARD report. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 739–752. doi:10.1176/ajp.2007.164.5.739
- [92] Thase, M. E., Jindal, R., Howland, R. H., Friedman, E. S., Berman, S. R., & Fasiczka, A. L. (2015). A placebo-controlled, randomized clinical trial of a new formulation of L-methylfolate as adjunctive therapy in adults with major depressive disorder who are inadequate responders to SSRIs. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(9-10), 17–27.
- [93] Thase, M. E., Wright, J. H., Eells, T. D., Barrett, M. S., & Ciraulo, D. A. (2011). Improving the efficiency of psychotherapy for depression: Computer-assisted versus standard CBT. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1174–1182. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101481
- [94] Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- [95] Uphoff, E., Ekers, D., Robertson, L., Dawson, S., Sanger, K., South, E., ... & Churchill, R. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD013305. doi:10.1002/14651858.CD013305.pub2
- [96] van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatments for depression in primary care: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(5), 721–731. doi:10.1017/S0033291709990954
- [97] Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475–488. doi:10.1037/0022-006X.75.3.475



- [98] Weersing, V. R., Jeffreys, M., Doza, N., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43. doi:10.1080/15374416.2016.1220320
- [99] Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- [100] Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9864), 375–384. doi:10.1016/S0140-6736(12)61552-9
- [101] Wiles, N. J., Thomas, L. J., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., ... & Lewis, G. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: Follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 137–144. doi:10.1016/S2215-0366(15)00495-0
- [102] World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- [103] World Health Organization. (2023). *Mental disorders*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [104] Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207–222. doi:10.1002/wps.20217

EXTENDED ABSTRACT

Depression stands as a pervasive and debilitating mental health condition globally, imposing a substantial burden on individuals, healthcare systems, and society. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has long been recognized as a leading, empirically supported psychotherapeutic intervention for this disorder.

This literature review systematically synthesizes and evaluates the empirical evidence published over the past decade (2014-2024) concerning the efficacy of CBT in the treatment of depression across diverse populations, delivery formats, and comparative contexts. The findings from numerous randomized controlled trials (RCTs) and meta-analyses consistently affirm the robust efficacy of CBT in significantly reducing acute depressive symptomatology in adults diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD), with effect sizes often comparable to those achieved with antidepressant medications. A critical aspect highlighted in recent literature is CBT's enduring prophylactic effect, demonstrating a notable capacity to reduce rates of relapse and recurrence, particularly when compared to the discontinuation of pharmacotherapy, suggesting the acquisition of lasting coping skills. The review further elucidates that CBT, often with specific adaptations to address unique developmental, contextual, or clinical needs, demonstrates significant efficacy in various specific populations.

These include adolescents, where CBT addresses age-specific stressors and cognitive patterns; older adults, for whom interventions are often modified to account for comorbid physical health issues and life-stage concerns; individuals contending with chronic physical illnesses, where CBT can target both depressive symptoms and illness-related adjustment difficulties; and women experiencing postpartum depression, with interventions tailored to the perinatal context. Investigations into different CBT delivery modalities reveal a landscape of effective options.

While individual CBT remains a highly effective and personalized approach, group CBT has proven to be a cost-effective alternative that also provides the therapeutic benefits of shared experience and social support. The most significant development in the last decade has been the proliferation and validation of Internet-based CBT (iCBT). Guided iCBT, in particular, has demonstrated efficacy comparable to traditional face-to-face therapy, substantially improving treatment accessibility and overcoming geographical and stigma-related barriers. Brief CBT formats (e.g., 4-8 sessions) have also shown promise, especially for milder depression or in settings with limited resources, although standard-length CBT (e.g., 12-20 sessions) may be more advantageous for more severe or complex presentations. When compared with other active treatment modalities, CBT generally exhibits similar levels of efficacy to other established psychotherapies, such as Interpersonal Therapy (IPT) and Behavioral Activation (BA), and to pharmacotherapy for mild to moderate depression.

The combination of CBT and pharmacotherapy is increasingly supported by evidence, particularly for individuals with severe, chronic, or treatment-resistant depression, where a synergistic effect may lead to superior outcomes compared to monotherapy. The therapeutic success of CBT is not uniform and is influenced by several key factors. The quality of the therapeutic alliance consistently emerges as a strong predictor of positive outcomes,



underscoring the importance of the therapist-client relationship even in structured therapies. Patient characteristics, including the initial severity and chronicity of depression, the presence of comorbid psychiatric or medical conditions, and individual expectations and motivation, can also moderate treatment response.

Furthermore, adherence to the treatment protocol, most notably the consistent completion of between-session homework assignments, is significantly correlated with enhanced therapeutic gains and skill acquisition. In conclusion, the comprehensive body of research from the past ten years unequivocally reinforces CBT's status as a cornerstone, evidence-based treatment for depression. Its demonstrated efficacy across a wide spectrum of individuals and its adaptability to various delivery formats, including innovative technological platforms, underscore its clinical versatility and public health significance. The findings emphasize the critical roles of a robust therapeutic relationship and active patient engagement in maximizing treatment benefits.

Despite the substantial evidence base, future research should continue to refine understanding of CBT's mechanisms of change, develop and test strategies for non-responders, enhance cultural adaptations to ensure broader applicability, and further investigate the long-term effectiveness and cost-effectiveness of different CBT modalities, especially within diverse real-world clinical settings.

This review provides a contemporary synthesis that supports the continued dissemination and optimized implementation of CBT in clinical practice and informs ongoing efforts to alleviate the global impact of depression.



Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı

Bu makalenin yazarı olarak, “Depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavisinin Etkinliği: Son 10 Yılın Bulguları” başlıklı araştırmanın planlanmasından raporlanmasına kadar olan tüm süreçlerinde, ulusal ve uluslararası bilimsel etik ilkelerine bağlı kaldığımı beyan ederim.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında:

- Araştırmanın bütün aşamalarında bilimsel nesnellik ve dürüstlük prensiplerine uyulmuştur.
- Toplanan verilerde hiçbir şekilde değiştirme, yanıltıcı raporlama, sahtecilik veya intihal yapılmamıştır.
- Kullanılan tüm kaynaklara ve çalışmalara uygun biçimde atıf yapılmış, önceki araştırmalara gereken bilimsel saygı gösterilmiştir.
- Üçüncü taraflara ait materyal ve içeriklerin kullanımında gerekli yasal izinler alınmış ve telif haklarına uygun davranılmıştır.
- Etik ilkelere aykırı bir duruma kesinlikle yer verilmemiştir.

Bu beyanı kabul ve taahhüt ediyor; olası etik ihlallerde gerekli düzeltmeleri yapmayı ve sorumluluğu üstlenmeyi açıkça bildiriyorum.

Yazar Katkı Beyanı

Bu çalışma yalnızca yazar tarafından yürütülmüştür. Araştırmanın tüm aşamalarında—konunun belirlenmesi, literatürün incelenmesi, verilerin analiz edilmesi ve makalenin yazılması—yazarın bireysel katkısı söz konusudur. Makaleye katkı oranı %100’dür.

Çıkar Çatışması Beyanı

“Depresyonun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavisinin Etkinliği: Son 10 Yılın Bulguları” başlıklı bu çalışmanın hazırlanmasında ve yayımlanmasında, yazarın herhangi bir kişi, kurum veya kuruluş ile çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma hiçbir dış destek veya ticari kaygı olmadan, bağımsız ve objektif olarak gerçekleştirilmiştir..