IBN HALDUN UNIVERSITY
SCHOOL OF GRADUATE STUDIES
DEPARTMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY

DOCTORAL THESIS

INVESTIGATING THE EFFECTIVENESS OF AN ONLINE RELIGIOUSLY-INTEGRATED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY-BASED INTERVENTION ON DEATH ANXIETY

BÜŞRA KAVLA

THESIS SUPERVISOR
ASSOC. PROF. BURCU UYSAL

ISTANBUL, 2025

IBN HALDUN UNIVERSITY
SCHOOL OF GRADUATE STUDIES
DEPARTMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY

DOCTORAL THESIS

INVESTIGATING THE EFFECTIVENESS OF AN ONLINE RELIGIOUSLY-INTGRATED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY-BASED INTERVENTION ON DEATH ANXIETY

by
BÜŞRA KAVLA

A thesis submitted to the School of Graduate Studies in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology

THESIS JURY MEMBERS
ASSOC. PROF. BURCU UYSAL (THESIS ADVISOR)
ASSOC. PROF. ŞEYDA ERUYAR
ASSIST. PROF. TAHA BURAK TOPRAK
PROF. MEDAİM YANIK
ASSIST. PROF. SAADET ÖZTÜRK

ISTANBUL, 2025

ACADEMIC HONESTY ATTESTATION

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Full Name: Büşra Kavla

Signature:

ÖZ

ÖLÜM KAYGISINA YÖNELİK ÇEVRİMİÇİ, DİNİ ENTEGRE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TABANLI MÜDAHALENİN ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Kavla, Büşra
Klinik Psikoloji Doktora Programı
Öğrenci Numarası: 214059013
Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0001-8743-9873
Ulusal Tez Merkezi Referans Numarası: 10601864

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burcu Uysal
Aralık 2025, 225 Sayfa

Ölüm kaygısı (ÖK) ölümle ilgili düşünce, korku ve duygulara eşlik eden sürekli ve mantık dışı bir kaygı durumudur. ÖK çeşitli kaygı bozukluklarının gelişiminin altında yatan bir mekanizma olarak tanımlanmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu ve dini inancın daha düşük ÖK düzeyleriyle ilişkili olduğu gösterilmiş olsa da dini entegre BDT'nin (DBDT) ÖK üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. DBDT, danışanın dindarlığının önemini kabul eder ve bu inançları kanıta dayalı BDT ilkeleri doğrultusunda terapötik sürece entegre etmeyi amaçlar. Bu bağlamda mevcut çalışma, anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde ÖK'ya yönelik yeni bir DBDT temelli müdahale geliştirmeyi ve bu müdahalenin etkinliğini klasik BDT ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi hedeflemektedir. Çalışma, ön-test, son-test ve üç aylık takip ölçümlü deneysel, randomize kontrollü bir çalışmadır. 42 katılımcı seçkisiz olarak DBDT grubuna (n = 21) veya BDT grubuna (n = 21) atanmıştır. BDT ve DBDT, komorbidite tanılara sahip klinik örneklemde ÖK, genel anksiyete ve depresyon düzeylerini anlamlı biçimde azaltmış; bu kazanımlar üç aylık takip ölçümünde de korunmuştur. Bulgular, DBDT'nin ÖK ve ilgili klinik semptomları azaltmada klasik BDT kadar etkili olduğunu ve dini veya manevi yönelimli ihtiyaçları olan bireyler için uygulanabilir bir alternatif tedavi yaklaşımı olarak kullanımını desteklediğini göstermektedir. Bu çalışma, klinik bir örneklemde ÖK'ya yönelik DBDT temelli bir müdahaleyi geliştirip

randomize kontrollü bir tasarımla değerlendiren ilk araştırma olmasının yanı sıra, eşzamanlı anksiyete bozukluğu semptomları üzerindeki etkilerini de inceleyen ilk çalışma niteliğindedir. Gelecekteki araştırmaların; iyi oluş, umut ve işlevsellik gibi pozitif psikolojik çıktıları, alt boyutlara özgü ölçüm araçları kapsaması, nitel yöntemler ve seans arası uygulamaların takibiyle hangi dini içeriğin daha etkili olduğunun ortaya konulması önerilmektedir. Böylelikle, dini entegre terapilerde katılım, tedaviye bağlılık ve tedavinin başarısı artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete Bozuklukları, Dini Entegre Bilişsel Davranışçı Terapi, Ölüm Kaygısı, Randomize Kontrollü Çalışma, Türk Yetişkinler.

ABSTRACT

INVESTIGATING THE EFFECTIVENESS OF AN ONLINE RELIGIOUSLY-INTEGRATED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY-BASED INTERVENTION ON DEATH ANXIETY

Kavla, Büşra
PhD in Clinical Psychology
Student ID: 214059013
Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0001-8743-9873
National Thesis Center Reference Number: 10601864

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Burcu Uysal
December 2025, 225 Pages

Death anxiety (DA) is a constant and illogical state of anxiety accompanied by thoughts, anxieties, and feelings related to death. DA was described as a mechanism underlying the development of various anxiety disorders. Although Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is successful in reducing anxiety, and religious beliefs correlated with lower levels of DA, no previous research has examined the impact of religiously integrated CBT (RCBT) on DA. RCBT recognizes the significance of the client's religiosity and aims to integrate these beliefs within the framework of evidence-based CBT. Therefore, the current study aimed to develop a novel RCBT-based intervention for DA in individuals who received a diagnosis of an anxiety disorder and to compare its effectiveness with CBT. This study is an experimental, randomized controlled trial with pre-test, post-test, and three-month follow-up measurements. 42 participants were randomly allocated to the RCBT group (n = 21) or the CBT group (n = 21). Both CBT and RCBT effectively reduced DA, general anxiety, and depression in a clinical sample with comorbid diagnoses; these gains were maintained at the three-month follow-up. The findings show that RCBT is as effective as classical CBT in reducing DA and related clinical symptoms, supporting its use as a viable alternative treatment approach for individuals with religious or spiritual needs. This is the first study to create and evaluate both an RCBT-based and a CBT-based intervention for DA using a randomized controlled trial in a clinical sample, and the

first to examine their effects on co-occurring clinical symptoms, including anxiety disorders. Future research is recommended to include measures specific to sub-dimensions of positive psychological outcomes, such as well-being, hope, and functioning, and to identify which religious content is most effective through qualitative methods and intersession follow-up. This can increase participation, treatment adherence, and treatment success in RCBT.

Keywords: Anxiety Disorders, Death Anxiety, Randomized Controlled Trial, Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy, Turkish Adults.

ACKNOWLEDGEMENT

I hope this study will make a meaningful contribution to those experiencing high levels of death anxiety and who draw strength from religious-based resources in their healing processes; I also thank all participants who participated in group therapy and shared their heartfelt thoughts, experiences.

I would like to thank my esteemed thesis advisor, Assoc. Prof. Burcu Uysal, whom I reached out to whenever I faced challenges throughout my doctoral journey. Her endless enthusiasm and meticulousness taught me so much at every stage of my academic work, and I have always felt fortunate to have her support and effort during the preparation of this thesis.

I would also like to thank Prof. Medaim Yanık, from whose knowledge and experience I learned so much during my doctoral studies. His emphasis on the cultural context of psychiatry strengthened our connection to our cultural roots, broadened our horizons, and encouraged us to develop innovative therapy methods.

I would like to thank Prof. Hakan Türkçapar for introducing me to Cognitive Behavioral Therapy (CBT), guiding me in developing my theoretical and practical skills, and answering all my questions throughout the training and supervision process. I would also like to express my gratitude to my esteemed mentor, Asst. Prof. Taha Burak Toprak has always guided the integration of evidence-based CBT principles with religious values and applied them to Muslim populations. He has also provided invaluable guidance on my dissertation committee.

I would like to thank my esteemed committee member, Assoc. Prof. Şeyda Eruyar, for carefully listening to my work at every committee, for making valuable methodological contributions that improved the quality of my research, and for always welcoming us with her supportive and friendly approach.

I would like to thank my committee member, Assist. Prof. Saadet Yapan, for her time and feedback during the thesis defense.

I would like to thank Prof. Vahdet Görmez, Assoc. Prof. Hasan Turan Karatepe and Clinical Psychologist Ayşenur Bayraktar for their valuable supervision and contribution to my clinical knowledge and experience.

I would like to express my gratitude to Ibn Haldun University and all faculty members of our department for providing us with invaluable academic and clinical training opportunities. I also extend my thanks to the valuable team at the Ibn Haldun University Psychotherapy and Research Centre, who made our work easier by consistently supporting us and lightening our burden throughout this demanding process. I would like to especially thank Tuğana Gültekin, Fatma Zehra Göçmüş, and Havva Kahraman for their efforts in participating as co-therapists in the group therapies of this study.

I would like to thank the Scientific and Technological Research Council of Türkiye (TÜBİTAK) for supporting my doctoral education within the scope of Scientist Support Programs (BİDEB 2211).

Thanks a lot to my dear friends, who have always offered me their endless support throughout this process.

I would like to express my deepest gratitude to my beloved mother and father, who have been my greatest supporters throughout my education, and my sister, Nur Uygun, whose unwavering support has paved the way for me and guided me through every challenge, making my education and every obstacle easier thanks to her sacrifices.

Special thanks to my loving husband, Dr. Yasin Kavla, for standing by me throughout my studies and offering unwavering support, love, and compassion. I am deeply grateful for his belief in me during my doctoral studies and for making any difficulties easier to bear.

I offer my gratitude and praise to Allah for His immeasurable blessings and mercy.

Büşra KAVLA

İSTANBUL, 2025

TABLE OF CONTENTS

ÖZ ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
ACKNOWLEDGEMENT ..... **viii**
TABLE OF CONTENTS ..... **x**
LIST OF TABLES ..... **xiii**
LIST OF FIGURES ..... **xiv**
LIST OF SYMBOLS AND ABBREVIATIONS ..... **xv**
CHAPTER I INTRODUCTION **1**
1.1. Statement of the Problem 4
1.2. Aim of the Research 8
1.3. Research Questions 8
1.4. Significance of the Research 8
1.5. Definitions 12
CHAPTER II LITERATURE REVIEW **13**
2.1. Definition and Assessment of Death Anxiety 13
2.2. The Development of Death Anxiety 15
2.3. The Relationship Between Death Anxiety and Psychopathology 16
2.4. The Relationship Between Death Anxiety and Religiousness 18
2.5. Approaches Regarding Death Anxiety 21
2.5.1. Psychodynamic Approach 22
2.5.2. Existential Approach 22
2.5.3. Terror Management Theory 25
2.5.4. Cognitive Behavioral Approach 26
2.6. Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy 27
2.6.1. Approaches to Death Anxiety in Islamic Thinkers' Perspectives 28
2.7. Studies on Death Anxiety 34
2.7.1. The Relationship Between Death Anxiety and Age 34
2.7.2. The Relationship Between Death Anxiety and Psychopathology 35
2.7.3. The Relationship Between Death Anxiety and Culture 37
2.7.4. The Relationship Between Death Anxiety and Religious Factors 38
2.8. Studies on Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy 38
2.9. Hypotheses of the Present Study 42

CHAPTER III METHOD 43
3.1. Research Design 43
3.2. Participant and Procedures 44
3.3. Measures 45
3.3.1. Socio-Demographic Form 46
3.3.2. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders Clinician Version 46
3.3.3. Patient Health Questionaire-9 46
3.3.4. Generalized Anxiety Disorder-7 47
3.3.5. Turkish Death Anxiety Scale 47
3.3.6. Belief in a Day of Judgment Scale 47
3.3.7. Muslim Practice and Belief Scale 48
3.4. Religiously Integrated Cognitive Behavioral-Based and Classical CBT-Based Interventions 48
3.4.1. Development of RCBT-Based and Classical CBT-Based Interventions 48
3.4.2. Content of RCBT-Based and Classical CBT-Based Interventions 51
3.5. Therapist 58
3.6. Data Analysis 58
CHAPTER IV RESULTS 59
4.1. Normality Analysis 59
4.2. Baseline Characteristics 59
4.3. Baseline Comparisons of Death Anxiety and Psychological Measures Across Ages 63
4.4. Intervention Effects on Outcome Variables 64
CHAPTER V DISCUSSION 73
5.1. Evaluation of Factors and Demographic Variables Correlated with Death Anxiety 73
5.2. Effects of RCBT and Classical CBT Interventions on General Anxiety and Depression 76
5.3. Effects of RCBT and Classical CBT Intervention on Death Anxiety 77
5.4. Culturally and Religiously Sensitive Interventions in Türkiye 81
5.5. Examining Participants' Feedback and Therapists' Observations 82
5.6. Limitations and Future Directions 84
CHAPTER VI CONCLUSION 86
REFERENCES 88

APPENDICES **114**
APPENDIX A Ethical Approval 114
APPENDIX B Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy-Based Protocol for Death Anxiety 115
APPENDIX C Classical Cognitive Behavioral Therapy-Based Protocol for Death Anxiety 173
CURRICULUM VITAE **224**

LIST OF TABLES

Table 3.1. Research Process 43
Table 3.2. Outline of the Classical CBT-Based Intervention 57
Table 3.3. Outline of the RCBT-Based Intervention 57
Table 4.1. Normality Analysis 59
Table 4.2. Baseline Characteristics 60
Table 4.3. Comparison of Clinical Diagnoses 62
Table 4.4. Comparing Groups Regarding Baseline for Outcome Variables 63
Table 4.5. Baseline Comparisons of Death Anxiety and Psychological Measures Across Ages 64
Table 4.6. Results of Pre-Test, Post-Test, and Follow-up Measures, and Effectiveness of RCBT Compared to CBT 70
Table 4.7. Results of Pre-Test and Post-Test Measures with Covariate Adjustment: Effectiveness of RCBT Compared to CBT 72
Table B.1. Ölüm ve Ölümden Sonraki Yaşam ile ilişkili Ayetler 132
Table B.2. Dini Kaynaklardan Yararlanarak Alternatif Düşünce Geliştirme Basamakları 135
Table B.3. Ahirete İman, Tevekkül ve Tövbe ile İlişkili Ayetler 142
Table B.4. Ahiret İnancı Bağlamında Belirsizliğin Yeniden Ele Alınması 145
Table B.5. Kaygı Yaratan Durumların Sıralanması 153
Table C.1. Alternatif Düşünce Geliştirme Basamakları 191
Table C.2. Endişe Karşısında Takip Edilecek Adımlar 198
Table C.3. Kaygı Yaratan Durumların Sıralanması 206

LIST OF FIGURES

Figure 3.1. Participant Flow Diagram 45
Figure 4.1. Comparing Conditions Over Time on GAD-7 67
Figure 4.2. Comparing Conditions Over Time on PHQ-9 67
Figure 4.3. Comparing Conditions Over Time on TDAS 67
Figure 4.4. Comparing Conditions Over Time on TDAS Ambiguity of Death 68
Figure 4.5. Comparing Conditions Over Time on TDAS Exposure to Death 69
Figure 4.6. Comparing Conditions Over Time on TDAS Agony of Death 69
Figure B.1. Ölüm Kaygısı Modeli 123
Figure C.1. Ölüm Kaygısı Modeli 181

LIST OF SYMBOLS AND ABBREVIATIONS

AG	Agoraphobia
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
DA	Death Anxiety
GAD	Generalized Anxiety Disorder
IAD	Illness Anxiety Disorder
MDD	Major Depressive Disorder
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OSAD	Other Specified Anxiety Disorder
PD	Panic Disorder
RCBT	Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy
RCT	Randomized Controlled Trial
RSIT	Religious Spiritual Integrated Therapy
SAD	Social Anxiety Disorder
SP	Specific Phobia

CHAPTER I

INTRODUCTION

Anxiety disorders are one of the most frequently observed mental disorders (Barry et al., 2023; Lepine, 2002; Pyszczynski, 2004). This widespread problem is also on the rise (Yang et al., 2021). In fact, almost 30 million cases were diagnosed in the general world in 2019 (Yang et al., 2021). Both the prevalence and the relapse rates are remarkable. Even after successful treatments, relapse rates range from 19% to 56% (Bruce et al., 2005; Lorimer et al., 2021; Scholten et al., 2016; Solis et al., 2021). All these increasing rates and relapses are alarming. Therefore, vital steps for treating anxiety disorders are necessary, such as a deep understanding of the nature of anxiety (Pittig et al., 2023).

At this point, death anxiety (DA) is pointed out as a fundamental fear that exists at the root of anxiety disorders and needs to be addressed (Blass, 2014; Zuccala et al., 2022). That is, all fears and phobias can be derived from a fear of death or a decrease in vitality, while all desires and wishes are oriented toward the gratification of love (Hall, 1915). Therefore, obtaining a more comprehensive understanding of DA and developing more effective treatments for DA is significant. DA is identified as a constant and illogical state of anxiety accompanied by thoughts, anxieties, and feelings related to the reality of death (Nia et al., 2020). Death is an unpredictable and unavoidable end to human existence, and individual attitudes regarding this reality show variation. Maladaptive coping patterns, which arise as a reaction to this threat, can lead to pathology (Karakuş et al., 2012; Neimeyer et al., 2004). Therefore, researchers indicate that DA is a core fear that drives the emergence and perseverance of several anxiety disorders (Zuccala et al., 2022). Besides, many interventions to treat anxiety disorders focus on addressing the client's perceptions of specific threats, such as assessing the likelihood of death if bitten by a spider or challenging the client's increasing anxiety about boarding a plane or what if the plane crashes (Menzies, 2012). However, these treatments may not adequately address concerns about the inevitable

nature of death. Furthermore, contrary to popular belief, DA is not exclusive to the elderly or individuals with chronic illnesses. Studies with different sample sizes have shown that rates of DA range from approximately 50% to 80% in various groups, including the general population, physicians, and mothers (Andrei et al., 2023; Bakhtiari-Dovvombaygi et al., 2024; Indacochea-Cáceda et al., 2021; Mani et al., 2022). Considering the association of DA with many psychopathologies and the fact that it is not exclusive to the elderly or chronic illnesses, it can be said that it is important for therapists to address this issue in therapy (Menzies et al., 2018). However, a review of the literature reveals that studies aimed at reducing DA in clinical samples are quite limited.

In the literature, intervention studies and protocol guidelines aimed at reducing death anxiety in clinical samples were examined within the scope of a systematic review (Kavla & Uysal, 2025). As a result of this review, it was determined that intervention studies on death anxiety in clinical samples are quite limited. Only five intervention studies were found, and these studies were found to have various methodological limitations. Two of these five interventions were pilot and main studies of the same Cognitive Behavioral Therapy (CBT) based protocol. In contrast, the other interventions were based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Davazdahemami et al., 2020), Religious-Spiritual Integrative Therapy (RSIT) (Dadfar et al., 2023), and Neuro-Linguistic Programming (NLP) (Ifdil et al., 2020). Only one intervention study design included a control group (Dadfar et al., 2023). The limitations of the studies included: the absence of a control group, limited sample size, failure to investigate specific psychopathologies, and lack of follow-up evaluations. Furthermore, the religious aspects of the RSIT intervention, particularly whether participants held religious beliefs and how assumptions about the afterlife, religious commitment, and behaviors were explained, remain unclear; this issue has not been comprehensively addressed, even in the only study that included a spiritual component of the intervention. Finally, it is unclear whether a reduction in DA leads to a corresponding reduction in psychopathology symptoms following DA-based interventions. Therefore, the investigation of religion and the concept of DA and the afterlife remains a critical but under researched area (Kavla & Uysal, 2025).

Religion provides people with purpose and hope in both life and death (Kökdemir & Yeniçeri, 2010). The concept of death acquires significance when viewed in the context of the afterlife. Without this perspective, even the most fundamental aspect of human existence remains devoid of purpose (Gashi, 2021). Therefore, there may be an association between beliefs in an afterlife and beliefs about the world. Belief in an afterlife can decrease the perceived threat of problems in life because it offers an eternal perspective that these issues are temporary (Bering, 2006). Therefore, the positive and negative contributions of belief in life after death should be taken into consideration in DA-based treatment protocols. Furthermore, despite common assumptions, the number of people worldwide with a religious commitment is high. In a recent study performed with the participation of 64 countries, 26.7 % of the participants defined their religious affiliation as Muslim. This rate was 98.0 % for Turkish participants. When asked whether you can say you are a religious person, 60.0 % of the participants defined themselves as religious people. This rate is 72.1 % in Brazil, 48.0 % in Germany, 36.5 % in Australia, 36.1 % in Canada, 69.9 % in Mexico, and 66.0 % in Tuürkiye (Haerpfer et al., 2022). That is, the rate of religiosity is high even in quite different samples (Jong et al., 2019). Therefore, the possible influence of these beliefs on human well-being is an important factor that should be considered in treatment protocols. One effective way to incorporate this is through Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), which has recently gained momentum (Hosseini et al., 2018; Koenig et al., 2015a, 2015b, 2016b; Subhas et al., 2021).

RCBT is a treatment model in which patients' religious beliefs or sources are included during the treatment process (Koenig, 2012). As seen in person-centered approaches, religious and spiritual considerations in mental health services improve therapeutic outcomes, particularly for patients with strong religious commitments. Research supports that RCBT fosters a stronger therapeutic alliance and optimism compared to standard CBT, proving more effective in reducing psychiatric symptoms (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023; Moshe-Cohen et al., 2022; Koenig et al., 2016b). However, no research has explored the effects of an RCBT-based intervention that incorporates the concept of life after death to mitigate DA in individuals with anxiety symptoms. This study aims to enrich the existing range of knowledge in this field of research.

1.1. Statement of the Problem

It is presumed that 33.7 % of the population will encounter an anxiety disorder at some stage (Freire & Nardi, 2023). Anxiety disorders can be successfully treated by CBT (Van Dis et al., 2019). However, anxiety disorders still show a relapse rate of 19.0 % to 56.0 % after treatment (Bruce et al., 2005; Lorimer et al., 2021; Johnco et al., 2024; Scholten et al., 2016; Solis et al., 2021). Research indicates that long-term recovery wanes over time, with only 51.0% showing improvement at the two-year mark and 26.0% at nine years (Solis et al., 2021). Another study was conducted on participants from the NESDA sample who had a background of anxiety disorders at a preliminary level (n=429), and it was revealed that 23.5% (n=101) experienced a relapse. Among these, only 67.3% experienced a relapse of the same anxiety disorder, while 32.7% developed a new anxiety disorder (Scholten, 2017). Additionally, it is predicted that nearly 40% of patients suffering from an anxiety disorder do not show improvement after CBT (Loerinc et al., 2015). These findings suggest a tendency for diagnostic switching, where anxiety disorders evolve (Menzies & Menzies, 2023). One possible cause is the inadequate consideration of comorbid emotional disorders by diagnosis-specific treatments (Kessler et al., 2005). Another reason for this has been that ongoing interventions for anxiety and related diseases target the cognitive restructuring of the patient's negative and exaggerated thoughts about a specific situation. So, it can result in the client's underlying fears of extinction not being addressed (Menzies & Menzies, 2023; Egan et al., 2011). This situation negatively impacts the mental health services landscape in two ways. First, it leads to poor long-term outcomes. Second, it can cause high relapse rates (Smit et al., 2006). All these outcomes highlight the need to improve the long-term effectiveness of CBT (Roscoe, 2019; Kim et al., 2023). Therefore, directly targeting DA and incorporating a treatment plan to address it may be a good way to overcome existing challenges in the treatment of anxiety disorders (Menzies et al., 2019). When DA is integrated into the treatment of anxiety disorders, its effectiveness may increase compared to existing treatments.

Human beings witness many events in daily life that remind them of death (Alparslan, 2022). This awareness causes the individual to feel anxious (Lehto & Stein, 2009; Pyszczynski, 2004). DA is conceptualized within the scope of several worries, including anxiety about one's own death, the mortality of loved family members, and

the end-of-life phase (Naderi & Hosseini, 2011; Zuccala et al., 2022). Furthermore, concerns about mortality can affect numerous aspects of an individual's life, including physical and mental health, and ultimately result in a decline in overall quality of life (Neel et al., 2015; Neimeyer et al., 2004; Lau et al., 2018). Furthermore, there is a common belief that DA is the source of all fears and phobias (Hall, 1915; Zuccala et al., 2022). Through this, it has been discovered that there is a connection between DA and different types of psychopathologies: Obsessive compulsive disorder (OCD) (Becker et al., 2023; Menzies et al., 2020; Vaccaro et al., 2010), panic disorder (Finch et al., 2016), generalized anxiety disorder (Chakraborty et al., 2022; Menzies et al., 2019), social phobia (Zuccala & Abbott, 2021), somatic symptoms (Abdel-Khalek & Lester, 2009), depression (Nobahar et al., 2021; Semenova & Stadtländer, 2016) and illness anxiety disorder (Birgit et al., 2018). Between alcohol use disorder, somatic symptom disorder, dysthymia, agoraphobia, and claustrophobia, and DA, there is also a negative correlation (Menzies et al., 2019). These results indicate the potential of DA as a transdiagnostic phenomenon that could influence several mental conditions (Iverach et al., 2014). Besides, a study carried out on 200 patients with varied psychiatric diagnoses who sought treatment discovered a correlation between DA and further dimensions of psychopathology, such as the overall calculation of diagnoses received, medication use, and previous hospitalizations (Menzies et al., 2019). All this information emphasizes the significance of addressing DA in the treatment of mental disorders. Among these mental health problems, anxiety disorders are associated with higher levels of DA, making the treatment of DA, in particular, more important (Abdel-Khalek, 2005). Therefore, the current study was conducted with individuals diagnosed with anxiety disorders and high levels of DA. Besides, individuals diagnosed with OCD were not included for two reasons. First, the current version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) classifies OCD as an independent diagnostic group, excluding anxiety disorders (APA, 2022). Second, studies have shown that only 7 of 32 individuals (21.88%) in the high DA group developed OCD as a primary diagnosis, while 26 of 33 individuals (78.89%) in the low DA group developed OCD as a primary diagnosis. These findings are consistent with the hypothesis that, as predicted, individuals with high DA are significantly more likely to develop other psychiatric disorders before being diagnosed with OCD (Menzies et al., 2020). Because anxiety disorders often precede the onset of other psychiatric disorders, this study aimed to investigate potential risk factors correlated

with anxiety disorders to develop more effective preventive treatment. Consequently, understanding and treating DA, particularly in individuals diagnosed with anxiety disorders, is critical. However, a scarcity of studies on this matter has been determined.

Previous DA-based treatment studies focus on the elderly (Heidari et al., 2016; Valizadeh & Ahmadi, 2021), the patients (Moradi et al., 2022), or health professionals who care for the terminally ill (İnci & Öz, 2009; Potash et al., 2014; Nia et al., 2016). Contrary to expectations, DA exceeds aging or physiological diseases (Çınar, 2016; Gesser et al., 1988). In a 1988 study, Gesser et al. delivered the Death Attitude Profile (DAP) to 50 participants divided according to their ages: youth (18-26), middle-aged (35-50), and older adults (60 and above). The findings showed that while DA was relatively high across younger participants, it reached its highest level in the midlife stage and was at its minimum level for the elderly. This decline in death-related cognitions and fears as individuals get older has been consistently demonstrated across various populations and age categories (Russac et al., 2007), although death remains a terrifying prospect for adolescents as well (Ens & Bond, 2005). A relatively recent systematic review of studies on psychosocial interventions aimed at reducing DA was conducted. Although 15 studies were identified, only a limited number of these included CBT techniques. While these five studies showed a tendency toward CBT, they were not fully integrated into the treatment process, such as cognitive restructuring, exposure, etc. Furthermore, none of the studies targeted a clinical sample (Menzies et al., 2018). Therefore, there remains a need to examine the effectiveness of a CBT-based intervention on DA and existing psychiatric symptoms in a clinical sample through randomized controlled trials (Menzies et al., 2018).

Previously published research has indicated that having a religious belief may be a protective factor against experiencing high levels of DA (Alparslan, 2022; Jong et al., 2018; Kandemir, 2020; Mansori et al., 2018; Solaimanizadeh et al., 2020; Wen, 2010). One reason for this is that people who believe in an afterlife see this worldly life as fairer and therefore experience fewer psychiatric symptoms (Flannelly et al., 2012). Another explanation is that belief in the afterlife facilitates the understanding that problems in this worldly life are temporary, which leads individuals to experience lower levels of stress and anxiety (Bering, 2006). Previous studies have had differing results. For example, some studies suggest that belief in the afterlife acts as a protective

factor against DA (Chaiwutikornwanich, 2015; Garrow & Walker, 2001). Other studies have examined the relationship between psychopathology and whether an individual's beliefs about the afterlife are optimistic or pessimistic, rather than whether they believe in it at all. It has been found that individuals with positive expectations about the afterlife exhibit lower symptoms compared to those with negative expectations (Flannelly et al., 2008). Another study observed that individuals who participated in church activities experienced lower levels of fear about what would happen after death (Silton et al., 2011). Similarly, it has been found that individuals with high spiritual well-being perceive life as more meaningful, thus leading to a decrease in negative attitudes towards death (Can & Avşin, 2023). Or, regarding grief, it has been found that if a person has religious beliefs, their level of grief is lower and their psychological maturity after grief is higher compared to those who do not (Feldman et al., 2016). Different research examined the influence of reminders of death on existing beliefs and beliefs in Gods from other religions through three experiments. Experiment 1 involved 26 Christian and 28 Atheist students, Experiment 2 included 40 Iranian Muslim students, and Experiment 3 comprised 28 Agnostic students. The results indicated that reminders of mortality were associated with escalated belief in one's God among Christians but did not affect atheists' beliefs. In Muslims, mortality reminders were associated with increased belief in God but also with the denial of other religious figures. Agnostic participants demonstrated increased belief in multiple supernatural beings when reminded of mortality (Vail et al., 2012). While the contemplation of death has been shown to reinforce religious beliefs among religious people, it often harms non-religious people (Alparslan, 2022). Therefore, there is a need for treatments that consider the assumption of life after death, religious commitment, and behavior.

Considering the heightened requirement for psychological health, traditional one-on-one therapy does not meet the need (Helgadottir et al., 2014). Many people who request psychological services are not provided with care due to the lack of cost-effectiveness of individual psychotherapy (Kazdin, 2017). As a result, alternative treatment approaches to individual psychotherapy are increasingly common, such as self-guided internet-based psychotherapy (Karyotaki et al., 2017) and group psychotherapy (Rosendahl et al., 2023). The efficacy of group psychotherapy in offering intervention for anxiety disorders was shown (Barkowski et al., 2020).

Besides, online CBT-based treatments did not differ from those delivered by therapists (Biagianti et al., 2023; Reger & Gahm, 2009). Therefore, an online RCBT-based treatment was developed and applied to individuals diagnosed with anxiety disorders in a group psychotherapy format in the current study.

Finally, randomized controlled trials (RCTs) are the best designs for evaluating the effects of applied treatments. However, there are many different RCT designs. For example, an experimental group and a control group can be compared, an experimental group can be compared to treatment as usual, or two separate treatment methods can be compared to each other (Guidi et al., 2018). Among these designs, RCTs that compare one drug or treatment method to another are more ethically acceptable because they offer treatment to all participants in the study (Bhide et al., 2018). Therefore, this study compared a novel RCBT-based intervention with a classical CBT-based intervention.

1.2. Aim of the Research

The objective of this research is to develop an RCBT-based intervention targeting DA among individuals diagnosed with anxiety disorders and to evaluate its effectiveness in comparison to a classical CBT-based intervention. Consequently, the current study assesses the influence of these interventions on both DA and anxiety and depression symptoms.

1.3. Research Questions

In this research, the following questions were addressed:

- Is RCBT-based intervention an effective intervention at the level of DA?
- Is RCBT-based intervention an effective intervention on the level of anxiety and depression symptoms in individuals diagnosed with anxiety disorders?

1.4. Significance of the Research

Despite its clinical relevance, DA has been understudied in clinical samples. Recently, a systematic review was carried out, and only five intervention studies were found,

including a CBT-based intervention (Menzies et al., 2021b; Menzies et al., 2023) and an ACT-based intervention (Davazdahemami et al., 2020), Religious Spiritual Integrated Therapy (RSIT) (Dadfar et al., 2023), and Neurolinguistic Programming (NLP) (Ifdil et al., 2020). These found interventions have major limitations. This CBT-based study has both strengths and limitations. Given the cost of individual therapy, the creation of an online platform for addressing the current issue has the capability to assist the implementation of therapy for several individuals who might otherwise be unable to participate. The study's clinical interview evaluation, self-reports on DA, and the measurement of the treatment's impact on anxiety and depression symptoms are among the study's most notable strengths. However, only 10 out of the 20 individuals completed the treatment, and a clinical reduction was seen in six of these ten individuals. The fluctuating results observed in both studies give rise to several questions. The therapeutic alliance was one of the most significant factors influencing the continuity and success of treatment (Beutler & Harwood, 2002). The formation of a therapeutic alliance represents a significant challenge in the context of online applications. The inability to establish a therapeutic bond may be a contributing factor in individuals' decisions to discontinue treatment. Besides, it is difficult to determine the extent to which individuals comprehend the application in an online context. Another limitation of the studies is the lack of a control group. Finally, this protocol did not contemplate the assumption of an afterlife (Menzies et al., 2023).

One study sample included eight women diagnosed with OCD, and these women received an ACT-based treatment. However, this study has several methodological weaknesses. First, as the authors suggest, the ACT intervention employed a classic ACT approach. It was not designed to address DA. Therefore, the impact of an ACT approach aimed at reducing DA on individual psychiatric symptoms remains unclear. Second, only five of the eight women initially enrolled in treatment continued treatment. The very small sample size led to weak statistical analysis. Furthermore, the lack of a control group and follow-up testing made it difficult to understand the true effectiveness and whether this effect persists (Davazdahemami et al., 2020).

Only one of the studies reviewed had a control group in its research design (Dadfar et al., 2023). Although the presence of a control group and being a randomized controlled trial provides a good opportunity to examine the effects of treatment, this study also

has some weaknesses. These limitations include the small sample size, like previous studies, and the lack of a follow-up test. Since the effect of the applied treatment on psychopathology was not examined, the effect of a DA-based treatment on existing psychopathology remains unclear. Furthermore, the treatment itself applied in this study seems ambiguous. As stated in the study, RSIT is a treatment with religious integrated points. However, whether the participants believe in life after death, or their level of religious commitment was not determined. Similarly, it is not clear what the religious components of the treatment are and how religion was integrated into the treatment. The authors stated that they prepared RSIT by revising the treatment applied by Khushnoud et al. (2014). However, Khushnoud et al. (2014) appear to have been designed to improve the functionality and adjustment of couples experiencing infertility. RSIT does not appear to be a specific intervention targeting DA. The role of religion in treatment remains unclear. Consequently, as the systematic review concluded, studies on DA conducted with clinical samples are extremely limited, and existing studies have various methodological and clinical weaknesses. Furthermore, no intervention has been designed based on religion and the afterlife. Therefore, intervention studies targeting DA should be designed with robust methodological designs, particularly those grounded in religion and belief in the afterlife, and their effects on psychopathology in clinical samples should be examined (Kavla & Uysal, 2025).

Because studies of interventions aimed at reducing DA in clinical samples are very limited, this systematic review examined not only intervention studies but also proposed protocol guidelines. While not all of these protocol guidelines have yet been tested in studies, they nonetheless provide guidance for researchers developing intervention components (Kavla & Uysal, 2025). The protocol guidelines contain a variety of frameworks, including CBT (Furer & Walker, 2008), a combination of cognitive, psychodynamic, and philosophical principles (Starcevic, 2005), and practices centered on meaning and attachment (Maunder & Hunter, 2004). It is noteworthy that a single case report (Furer & Walker, 2008) provides empirical evidence in support of these guidelines. The initial protocol was published by Furer and Walker in 2008. Furer and Walker (2008) suggested that it is necessary to address DA in treatment, as death-related events are common in everyday life. However, no previous studies have tested this model using randomized controlled trials. This current

study is the initial randomized controlled trial of a CBT-based intervention for reducing DA. Moreover, previous CBT-based DA interventions did not consider the assumption of an afterlife (Furer & Walker, 2008; Menzies & Menzies, 2023). Therefore, this study created a CBT-based treatment plan that considers this belief for the first time for reducing DA. Furthermore, this current study was the initial one to explore the efficacy of the initial RCBT-based program.

Another protocol that was not covered by the systematic review due to its format as a book, but which addresses DA, is the CBT-based health anxiety protocol developed by Willson and Veale in 2009. In their protocol, Willson and Veale (2009) explained DA as a common phenomenon in health anxiety disorder. This protocol is limited to making some suggestions for DA at the end of the health anxiety protocol. Some of these suggestions are to seek inspiration from role models who have accepted death gracefully, to create your will, to write your obituary or eulogy so that it reflects your wishes for your funeral, to discuss your funeral arrangements with someone you trust and write them down, to throw an anti-fear of death party, and to expose yourself to triggers that remind you of death, such as taking a route that passes a cemetery. Briefly, this protocol did not consider the assumption of an afterlife (Willson & Veale, 2009).

In summary, this was an initial study to develop an online RCBT-based intervention designed to address DA, based on the assumption of life after death, in individuals diagnosed with one of the anxiety disorders. To develop the RCBT-based intervention, previous intervention studies on DA in a clinical sample were examined (Kavla & Uysal, 2025). Building upon the framework of Furer and Walker's intervention protocol from 2008, the protocol was modified to align with beliefs in an afterlife, a concept appealing to the societal and religious values of the Turkish community. Besides, it was an initial study to evaluate the effectiveness of RCBT-based intervention on DA in anxiety disorders. No randomized controlled studies are comparing RCBT-based interventions and classical CBT-based interventions to reduce DA.

1.5. Definitions

Death Anxiety: A constant and illogical state of anxiety accompanied by thoughts, anxieties, and feelings related to the reality of death (Nia et al., 2020).

Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy (RCBT): A framework that acknowledges the significance of spirituality or religion in a client's overall functioning and strives to leverage these beliefs and practices constructively within the framework of evidence-based CBT (Koenig, 2012).

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

2.1. Definition and Assessment of Death Anxiety

The concept of death holds a significant place in human life (Abdel-Khalek, 2005). The discipline examining this concept was initially called thanatology. Thanatology emerged after World War II (Kastenbaum, 2000). Although, studies by Western researchers in this field date back to the late 1950s, taboos surrounding death and its philosophical implications have hindered the advancement and growth of research in this field. The study of death has progressed somewhat slowly within the framework of psychological research (Karaca, 2006). Nevertheless, death and the fear of death have been the subject of not only theoretical studies but also empirical studies. While these studies gained momentum in the 1950s, their true peak occurred in the 1970s. Today, DA continues to be studied with increasing momentum (Ayten, 2009; Postolica et al., 2019). In addition to the historical trajectory of Western researchers, there is evidence that many Islamic thinkers, such as Ibn Sina and Ghazali, addressed the fear of death in a multidimensional manner, and that psychological studies in this area began in the Islamic world before the West. These initiatives also led to the development of prescriptions for overcoming the fear of death (Saruhan, 2006). While the examination of DA initially occurred one-dimensional manner at the advent of modern thanatology, the growing interest in multidimensional approaches has garnered attention in recent years (Karaca, 2006). During these periods, many terminologies were utilized in the current literature to explain attitudes towards death, including death anxiety, fear of dying, death threat, death concern, death obsession, death depression, and death acceptance (Abdel-Khalek, 1998; Templer et al., 1990; Tomer, 1992). The term death anxiety (DA) was used in this current study. The term "death anxiety" is used because a differentiation is constructed between fear and anxiety. The fear of death is related to the fear of the real pain and psychological suffering that are frequent companions of the dying process. That is, DA is a constant

and illogical fear of dying, as well as thoughts, anxieties, and feelings about the terminal (Nia et al., 2020).

The presence and severity of DA can be assessed in two different ways. The first method involves asking individuals questions during clinical interviews. The second method involves using more objective measurement tools. In the literature regarding clinical interviews, no structured clinical interview was found. However, as recommended by Menzies and Veale (2022), the initial assessment phases of clinical sessions include probing the patient's discourse about death, asking about previous death-related losses, assessing memories related to these losses, and understanding the individual's areas of concern related to death. These concerns can often encompass a range of topics, including concerns about the death process itself, the death of relatives, and the uncertainty of the afterlife. Each concern requires a different cognitive approach to examine and reconstruct.

An array of assessment tools has been developed for the objective evaluation of DA for both clinical and non-clinical individuals. Recently, a review of assessment tools of DA was carried out. Twenty-one measures of DA were determined (Zuccala et al., 2022). When examining these scales in terms of their sub-dimensions, there are scales with single factors, such as Bugen's Coping with Death Scale (Bugen, 1981) and Lester Attitude Toward Death Scale (Lester, 1974). There are also scales with more than one factor, such as the Collett-Lester Fear of Death Scale (Lester, 1990), Death Anxiety Questionnaire (Conte et al., 1982), and Multi-dimensional Fear of Death Scale (Hoelter, 1979). These subscales are fear of ambiguity, personal extinction, death of own or relatives, etc. Some of these measures also provide information about beliefs about the afterlife through a variety of questions, including "I believe that my soul or spirit will continue to exist after I die", "The subject of life after death bothers me", and "I see death as a transition to an eternal and blessed place" (Hoelter, 1979; Leming, 1980, Mazor et al., 2004).

This review found no DA measure meeting both psychometric standards and clinical relevance. A robust measure tailored for mental health treatment is urgently needed, as existing ones lack clinical applicability. In conclusion, clinically relevant assessment tools are scarce (Zuccala et al., 2022). In response to this necessity, the

Death Anxiety Beliefs and Behavior Scale (DABBS) was developed. It is an eighteen-item questionnaire that measures unhelpful thoughts and behaviors associated with fear of death using three subscales: emotions/affect, beliefs, and behaviors. The cut-off score was determined as 55. Higher scores mean a higher level of DA. The first emotion/ affect subtype of the scale consists of a five-point Likert (1 = strongly disagree…5 = strongly agree) and four questions (ex. I feel anxious about death,). The second belief subtype consists of a five-point Likert (1 = never have the thought… 5 = always have the thought) and seven items (ex., It would be terrible to not have time to experience everything I want to). The third part, which measures behavioral avoidance related to death, consists of a five-point Likert (1 = never avoid…. 5 = always avoid) and seven items (ex., thinking about being diagnosed with a terminal illness, watching, or reading media stories about dying) (Menzies et al., 2022). This scale is the only CBT-based measurement tool developed to measure DA; however, it is not reliable for the Turkish population. However, there are several measures of DA for which Turkish validity and reliability studies have been completed and can be used (Bulut et al., 2017; Fadıloğlu & Aksu, 2013; Işık et al., 2009; Zorlu & Ünübol, 2018).

2.2. The Development of Death Anxiety

It is suggested that a detailed examination of children's early sensory experiences is necessary to understand at what age and how the perception of death develops in children. In this context, a study examined the responses of 299 children. This study concluded that children's first contact with death usually occurs in the event of the death of a relative. For the first time, the feeling of warmth is contrasted with the coldness of the deceased's body, or the lack of movement or reaction is contrasted with the stillness of the body. All these first experiences, the shroud, the coffin, the motionless body, are surprising and frightening for the child, being both unfamiliar and unprecedented. These experiences can manifest differently at different ages. Even if the emotional impact diminishes over time, the visual details of the event can remain in the mind. Details of the funeral and burial are often remembered in adulthood (Hall, 1915).

Another explanation is that people use different coping strategies in the face of the reality of death. Some use more functional coping strategies. Some of these strategies

include turning to areas in life where they have control, seeking meaning, developing meaningful relationships, and creating lasting legacies that will continue even after death. While DA does not develop in people who use such functional coping strategies, it can arise in people who use strategies such as avoidance and control (Burke et al., 2010; Yalom, 2021). In other words, those who effectively manage death-related concerns often exhibit certain behaviors and attitudes. These might involve participating in activities like attending funerals or discussing death openly. They may prioritize living life fully. However, some individuals experience distressing levels of DA. These can lead to avoidance of death-relevant contexts, excessive worry, and diminished life happiness (Furer & Walker, 2008). While some people can cope functionally with DA, the weakness to efficiently deal with the DA can lead to the exacerbation of the fear and the use of maladaptive coping mechanisms (Kastenbaum, 2000; Yalom, 2021).

2.3. The Relationship Between Death Anxiety and Psychopathology

There is a prevailing notion that DA is the root cause of various fears and phobias (Hall, 1915; Zuccala et al., 2022). This common belief has led to the discovery of a correlation between DA and several forms of psychopathology, particularly anxiety-related disorders. The first of these psychopathologies is panic disorder (Finch et al., 2016), generalized anxiety disorder (Chakraborty et al., 2022; Menzies et al., 2019), and social anxiety disorder (Zuccala & Abbott, 2021). The second of these psychopathologies, previously designated as "hypochondriasis," is now identified as Illness Anxiety Disorder (IAD) (APA, 2022). A positive correlation between DA and IAD was identified (Birgit et al., 2018; Hiebert et al., 2005; Noyes et al., 2002; Schütte et al., 2016). The third of these psychopathologies is OCD (Becker et al., 2023; Menzies et al., 2020; Vaccaro et al., 2010).

In addition to anxiety disorders, other psychopathologies and symptoms such as somatic symptoms (Abdel-Khalek & Lester, 2009; Menzies et al., 2019), postpartum depression (Andrei et al., 2023), and depressive symptoms (Ongider & Eyuboglu, 2013; Willis et al., 2019) were correlated with DA even in survivors with symptoms of traumatic stress (Chatard et al., 2012; Kesebir et al., 2011).

Furthermore, DA also negatively affects not only psychopathological symptoms but also the treatment process. For example, a study was conducted with 200 patients with various psychiatric diagnoses. Results showed that DA was correlated with the number of diagnoses received, medication use, and previous hospitalizations (Menzies et al., 2019). The results show the importance of addressing DA when treating psychiatric disorders (Iverach et al., 2014).

All data reinforce the hypothesis that DA is a transdiagnostic phenomenon associated with many psychopathologies (Arndt et al., 2005). Recently, transdiagnostic treatments have gained momentum, particularly as disorder- or diagnosis-specific treatment protocols have been criticized in many aspects (Craske & Barlow, 2014; Ramshaw et al., 2009). This need is especially evident for patients with comorbidities and those experiencing cross-diagnostic transitions (McManus et al., 2010; Menzies & Menzies, 2023). Furthermore, contrary to popular belief, cross-diagnostic transitions between anxiety disorders are also high. For example, a study was conducted with a group of patients with a history of anxiety disorders. It was found that 23.5% of the participants experienced relapses. Of these relapses, 67.3% were relapses of the same anxiety disorder, while 32.7% were relapses of a different anxiety disorder (Scholten, 2017). In light of all this data, it can be said that one of the reasons why symptoms persist even when individuals receive disorder-specific treatment may be the effect of transdiagnostic phenomena (Egan et al., 2011; Iverach et al., 2014). Including transdiagnostic phenomena in treatments offers several advantages. Firstly, because they are more effective for highly comorbid conditions, individuals will not need repeat treatment, which reduces the economic pressure on the healthcare system (Egan et al., 2011; Dozois et al., 2009), and secondly, individuals will be offered a more effective service covering all their problems (Barlow et al., 2017). For all these reasons, transdiagnostic treatments can also be effective in the treatment of anxiety disorders, which are frequently comorbid or have cross-diagnostic overlaps (Bullis et al., 2023). In this context, it is thought that preparing and implementing DA, which is indicated as a transdiagnostic phenomenon, as a transdiagnostic protocol in the treatment of anxiety disorders will make significant contributions to the field.

2.4. The Relationship Between Death Anxiety and Religiousness

Religion is important in human life and has an impact on many areas, such as coping with stressful life events (Mohammadzadeh & Najafi, 2020). And contrary to popular belief, the vast majority of the world's population actually consists of people with religious beliefs. In a recent study involving 64 countries, 60% of individuals identified themselves as religious. These rates varied from country to country; for example, Brazil 72.1%, Germany 48.0%, Australia 36.5%, Canada 36.1%, Mexico 69.9%, and Turkey 66.0% (Haerpfer et al., 2022). In another study, 78.2% of participants believed in the afterlife. Among the participants, 94.5% stated that they had a religious affiliation, with 60.8% being Catholic, 22.6% Protestant, and 4.6% atheist or having no religious affiliation. More than 70.4% of participants reported practicing their religion (Curcio & Moreira-Almeida, 2019). A study on Islam shows that 26.7% of participants identified their religious affiliation as Muslim, while this figure reached 98% among Turkish participants (Haerpfer et al., 2022). Such findings indicate a high prevalence of religious beliefs worldwide. Therefore, the potential contribution of religious affiliation to human psychological wellness should be considered when developing treatment protocols.

The relationship between religious belief and DA is multifaceted. According to several studies, religion have a negative impact on DA (Henrie & Patrick, 2014; Al-Sabwah & Abdel-Khalek, 2006; Soenke et al., 2013; Solaimanizadeh et al., 2020; Tanhan, 2007). For example, results of a study performed with 230 female gynecological cancer patients demonstrate that DA was correlated with the concept of spiritual well-being in patients suffering from severe illnesses (Mansori et al., 2018). In another example, church attendance, frequency of attendance, and belief in life after death were negatively associated with fear of the consequences of death. A similar negative correlation was observed between personal commitment to the afterlife belief and the fear of dying in pain (Larson & Larson, 2003; Silton et al., 2011). Besides, afterlife belief was positively correlated with psychological wellness, whereas negatively associated with depressive symptoms, GAD, SAD, OCD, and paranoia (Ellison et al., 2009; Flannelly et al., 2006; Garrow & Walker, 2001). Strongly religious people tend to hold beliefs in an afterlife than those with minimal or no religious affiliation. Those with strong religious commitments also report lower levels of DA than people with

lower levels of religiosity (Henrie & Patrick, 2014; Wen, 2010; Wortmann & Park, 2008). On the other hand, belief in an afterlife negatively correlates with DA (Chaiwutikornwanich, 2015; Curcio & Moreira-Almeida, 2019). Religious individuals experience higher anxiety about death than non-religious individuals (Yıldız, 2006). However, findings on the topic are mixed, with other research indicating that religious beliefs have a limited impact on reducing DA (Bachner et al., 2011; Saleem & Saleem, 2020). For example, one study found that while religious individuals did not show lower levels of death acceptance compared to non-religious individuals, they did report experiencing less grief following the mourning process and exhibiting higher levels of post-traumatic growth (Feldman et al., 2016).

When previous research is examined, it is seen that the effects of religiosity on the psychological functioning of the individual are not unidirectional. Some studies show that individuals exhibiting high levels of religious fervor experience DA to a lesser extent compared to those displaying more exoteric piety (Arrowood et al., 2018; Cohen et al., 2005; Hui & Fung, 2008). Conversely, it is noted that religious individuals who perceive God as an unreliable, punitive, or distant being report more intense grief and DA than those who do not hold such negative perceptions. Similarly, there are findings indicating that individuals who identify as religious but harbor negative and conflicting feelings toward God experience higher levels of DA compared to religious groups who do not hold such feelings (Feldman et al., 2016). Another point that may have an impact on this situation is the difference in the religious style of coping with the situation.

Religious coping can be classified not only as positive but also as negative. A secure relationship with spiritual forces and a charitable outlook is defined as positive religious coping. On the other hand, negative religious coping reflects spiritual conflicts. Religion provides resources for the management of stress, the reassessment of situations, and the enhancement of coping abilities. Religious coping encompasses a multitude of functions (e.g., meaning, intimacy, control), is multidimensional (e.g., behavior, emotions, relationships, cognition), is dynamic, and can cause positive and negative outcomes (Pargament et al., 2004). It has been suggested that individuals with more optimistic expectations about the afterlife also have more positive expectations about this life (Flannelly et al., 2012). Furthermore, individuals who utilize positive

religious coping techniques experience lower levels of anxiety and are therefore less likely to develop psychopathology. In short, positive religious coping techniques contribute positively to mental health by helping to reduce the stress of life events (Mohammadzadeh & Najafi, 2020).

Another reason for this situation may be related to the differing conceptions of life after death in different religions. Different religious traditions significantly influence how individuals understand death and how they emotionally respond to it. For example, in Jewish thought, death is often associated with the most severe form of punishment and treated as an intense experience of loss. In Christianity, it is accepted that humans consist of soul and body; the belief is that the body ends with death, while the soul continues to exist. In this context, death is interpreted not as the complete end of existence, but as the soul's transition to a different and higher form of existence. In Islamic thought, death is depicted as a process that begins with the separation of the soul from the body and involves a journey towards the presence of God (Hökelekli, 1992).

In a study examining how these different religious frameworks are reflected in emotional responses related to death, levels of fear of death and psychological symptoms were compared in groups consisting of Muslims, Yazidis, and Assyrians. The findings indicate that the highest level of fear of death was observed in Yazidis, and the lowest level in Assyrians. The high level of fear of death observed among the Yazidis has been linked to their belief in the transmigration of souls and their perception of death as a punishing experience. In contrast, the lower levels of fear of death among Assyrians and Muslims are suggested to be related to the emphasis on the forgivability of sins in the Bible and the Quran, and the framing of death as a new beginning rather than an absolute end. However, the relatively higher levels of fear of death found in the Muslim group compared to the Assyrians can be explained by nuances in the interpretation of religious teachings, worship practices, and perceptions of the afterlife (Erdoğdu & Özkan, 2007).

Another study linking afterlife beliefs to mental health supported the hypothesis that positive expectations about the afterlife are associated with better mental well-being. However, the negative effects of unpleasant or threatening afterlife beliefs on mental

health were not equally confirmed. Nevertheless, significant relationships were found between specific afterlife beliefs and levels of psychopathology; Reincarnation beliefs, in particular, have been reported to be strongly associated with anxiety, depression, obsessive-compulsive symptoms, paranoia, social anxiety, and somatization (Flannelly et al., 2008).

Despite mixed findings, incorporating religious elements into treatment protocols has been demonstrated to improve treatment efficacy, particularly for religious people. For example, a study was carried out to compare the levels of DA and grief experienced by religious believers and nonbelievers. Furthermore, the same study examined the relationships between specific religious beliefs and DA, as well as both painful grief reactions and grief-related growth. Participants who acknowledged a kind of religious faith, in comparison with individuals who did not, showed greater levels of embracing death, a lower level of bereavement, and more psychological maturity in grief reaction (Feldman et al., 2016). Another study found a nonlinear relationship between fear of death and religiosity. That is, fear of death increases as religiosity rises from low to moderate levels, while it decreases at higher levels of religiosity. This suggests that adolescents who superficially contemplate death experience greater fear of death, but contemplating death alleviates this fear (Testoni et al., 2020). In light of all this data, it can be said that therapists considering patients' belief systems and utilizing the positive power within them can increase the effectiveness of therapy (Feldman et al., 2016). However, studies show that these dimensions are not adequately addressed in therapies (Jafari, 2016). Therefore, integrating individuals' religious beliefs into the treatment process for DA is a pioneering contribution in the field.

2.5. Approaches Regarding Death Anxiety

DA is a universal human experience that has been lived in different forms across cultures and historical periods (Folk et al., 2018; Pandya et al., 2021). While extensive discussions on the phenomenon of death have been conducted in many fields such as religion, philosophy, art, literature, medicine, biology, and law, studies systematically addressing the psychological effects of death on the individual have developed relatively recently (Erdoğdu & Özkan, 2007). In this context, different theoretical frameworks have been proposed to explain DA, including psychodynamic, existential,

and CBT approaches, as well as Terror Management Theory (TMT). However, each of these approaches has certain limitations in explaining the multifaceted nature of DA. Therefore, this study aims to present a more comprehensive theoretical approach that integrates religious meaning systems into a psychotherapeutic framework by addressing DA from the perspective of religious and RCBT.

2.5.1. Psychodynamic Approach

Freud spoke of two fundamental instincts that guide human behavior. The first is the sexual drive, expressed by the concept of libido; the second is the death instinct, which he introduced to explain aggression and destructive tendencies. However, Freud did not consider the fear of death as the primary and direct source of anxiety. According to him, individuals turn to divine beings to protect themselves from the threatening aspects of nature and life; anxieties related to death often arise as a reflection of deeper and more underlying conflicts. Displaced forms of early conflicts, such as the fear of castration, were seen as the determining factors underlying the fear of death. Therefore, while acknowledging the existence of the experience of the fear of death, Freud argued that the primary determinant of anxiety is unresolved relational and experiential conflicts (Blass, 2014).

Generally, psychodynamic theories have addressed death-related themes through unconscious fears and defense mechanisms; however, they have not defined the fear of death as an independent and specific psychological structure. Instead, anxieties related to death have often been explained indirectly through symbolic representations such as loss, separation, or aggression. This indirect approach can be considered one of the main factors that make it difficult to directly observe and measure the fear of death. Therefore, these theoretical frameworks are limited in explaining how the fear of death is experienced in daily life, in what ways it is related to psychopathology, or how it can be addressed through psychotherapeutic interventions.

2.5.2. Existential Approach

The fear of death, although expressed in different forms across cultures and historical periods, is considered a universal dimension of human experience. The thought that

death could be the definitive end of existence often creates intense unease and a sense of threat in the individual. This anxiety is not limited to a temporary level of worry in some cases; on the contrary, it can reach an intensity that can contribute to the emergence or maintenance of psychopathological processes (Yalom, 2021, pp. 11-12). However, it is known that death-related anxiety is not a fixed and unchanging characteristic, but can fluctuate in different stages of life. Indeed, some findings show that death anxiety relatively decreases during adolescence, but can reappear in later adulthood (Yalom, 2021, p. 13-14).

Yalom, a pioneer of existential therapy, considered the fear of death as one of the fundamental existential obstacles limiting the human relationship with life, and largely built this approach on a framework drawing from Epicurus' philosophy. This framework rests on three fundamental assumptions. First, it is accepted that the soul is mortal; in this case, an understanding of the soul that ends with the body renders anxieties about life after death meaningless. Secondly, death is considered a state of ultimate nothingness, and from this perspective, it is argued that death has no meaning in terms of subjective experience. This idea is supported by the symmetry argument; it is assumed that the individual did not exist before birth, nor will they exist after death (Yalom, 2021, p. 74-77).

Yalom aims to make direct contact with the client's thoughts and feelings about death by incorporating these philosophical foundations into the psychotherapy process, especially in the early stages. During therapy, deaths witnessed in childhood, how these experiences are interpreted, and their long-term effects on the individual's life narrative are addressed; dreams are also considered an important area of expression in this process. Furthermore, personal experiences directly associated with death, events that made the client feel close to death, and experiences of physical illness are examined in detail. In this context, one of the fundamental questions Yalom frequently poses in sessions aims to direct the individual's attention directly to the concept of death, discovering which aspect of this concept triggers the most intense fear (Yalom, 2021, p. 138-141). He argues that confronting death is inherently an overwhelming experience, like looking directly into the sun. Therefore, various methods have been developed to alleviate the fear of death (Yalom, 2021, p. 14). One of these methods is a deep devotion to God. With a belief in God, DA is softened by the hope of eternal

life, and the feeling of loneliness is alleviated by the guidance offered for a meaningful life. However, while some of these methods are efficacious, others are not (Yalom, 2021, p. 105).

Yalom proposes several techniques for managing DA. The first technique is "surge," which involves leaving behind a legacy of one's life experiences. This technique may manifest as wisdom, guidance, or a quality transmitted to others (Yalom, 2021, p. 156). If a person thinks "it's too late," one technique for overcoming this is the "gratitude visit." This is a great way to strengthen the surge while one is alive. This area of research was first encountered in a workshop led by Martin Seligman, a leading figure in positive psychology. Seligman conducted an exercise with participants: Think of a person who is currently alive and to whom you have not yet expressed gratitude. Write a letter expressing your gratitude to this person. Once the letter is completed, it should be shared with the person's spouse, and the spouse should read the letter aloud. The next step could be to arrange a visit and read the letter aloud to them (Yalom, 2021, p. 122). He also suggests that a person's deep interpersonal connections and meaningful life experiences can alleviate DA (Yalom, 2021, p. 157). Yalom argues that confronting death can lead to feelings of anxiety but can also enrich the life experience (Yalom, 2021, p. 16). He also notes that such an awakening can lead to significant life changes (Yalom, 2021, p. 72). This awakening can be triggered by various factors such as catastrophic traumas, natural disasters, children leaving home, job loss or starting a new career, retirement, and having deep dreams that convey messages from one's deep self (Yalom, 2021, pp. 40–41). Yalom suggests that psychotherapy in combating DA aims to facilitate effective coping mechanisms for this unavoidable psychological phenomenon. Confronting death has been shown to alleviate anxiety and increase the meaningfulness and perceived value of life. The goal of this process is to mitigate, accept, and benefit from DA as an awakening experience (Yalom, 2021, p. 236).

In summary, in Yalom's treatment approach, explicitly addressing DA during the therapy process is a vital element in decreasing patients' anxiety on this matter. However, the efficacy of existential therapy is limited in its capacity to reduce DA for several reasons. First, although a book has been written in which he compiles cases in which he states that his DA has diminished (Yalom, 2002), the effectiveness of existential therapies in reducing DA is still not fully understood due to the scarcity of

randomized controlled trials (RCTs) investigating this question. Moreover, it is postulated that the subject of "mortality of the soul," which he presents to patients at the outset of therapy, and which is influenced by the philosophy of Epicurus, upon which he bases his entire framework, may not be fit for all clients. In his book on DA, Yalom emphasizes the avoidance of religious consolations due to the presence of challenging dilemmas. It has been proposed that the ideas presented in the book may be beneficial even for individuals with strong religious beliefs, and careful consideration has been given to ensure that no expressions are made that might lead them to deviate from their beliefs. It was highlighted that the study was based on a secular, existential perspective that eschewed supernatural religious beliefs. This perspective posited that life, including human life, resulted from random events, that humans are mortal, and that a person cannot rely on anyone other than themselves to provide a meaningful life plan. The argument was made that no predetermined destiny exists (Yalom, 2021, p. 163). It is postulated that these approaches may prove inadequate in addressing the fundamental DA in other societies with disparate religious traditions and cultures. Therefore, more comprehensive treatments are still needed, especially for people who believe in an afterlife.

2.5.3. Terror Management Theory

Ernest Becker approached human existence through two planes: the biological body and the symbolic mind. Through the capacity for symbolic thought, humans become beings capable of dreaming, creating meaning, and being self-aware; simultaneously, they realize the inevitable mortality of their physical bodies. According to Becker, this creates a fundamental existential tension that distinguishes humans from other living beings. This conflict between the biological drive to survive and the cognitive awareness of the inevitability of death forms the basis of the fear of death (Bassett, 2007).

Becker's approach later formed the theoretical foundation of Terror Management Theory (TMT) and paved the way for empirical studies aimed at explaining how death awareness is regulated at individual and societal levels. According to TMT, humans possess a fear system that enables rapid responses to threats at the biological level; however, cognitive abilities such as symbolic thought, self-awareness, and future

planning keep death as an abstract threat in the constant realm of the mind (Pyszczynski, 2004). When this awareness is not adequately regulated, it can lead to intense existential anxiety (Vail et al., 2010).

TMT argues that this anxiety is managed through cultural worldviews. Cultural values offer individuals a sense of meaningful and orderly life, while religious beliefs may provide a promise of real or symbolic immortality in the face of death. For these systems to function, the individual must experience themselves as a valuable and meaningful subject by conforming to cultural norms (Solomon, 2020). However, while TMT offers a strong explanation for the origins of the fear of death, it is not a clinically structured psychotherapy model and does not offer direct intervention strategies to reduce death anxiety.

2.5.4. Cognitive Behavioral Approach

The development of cognitive therapy in the early 1960s marked a significant turning point in the conceptualization and treatment of psychological distress. Developed by Aaron T. Beck, this structured and brief approach made it possible to scientifically address thought processes and subject them to psychotherapeutic intervention (Kırpınar et al., 2020). CBT is a structured treatment model that focuses primarily on the present moment, centering on dysfunctional thought patterns as a common element among different manifestations of psychopathology. These dysfunctional thoughts also affect an individual's emotional state and behavior. CBT aims to improve emotions and behaviors by helping individuals learn to evaluate their thoughts more realistically and adaptively. Beck initially developed CBT as an intervention method for depression. However, over time, the therapy has been revised to include other psychopathologies. Since then, CBT has been recognized as an evidence-based treatment demonstrating its effectiveness in various psychopathologies. Anxiety disorders are one such condition. The CBT anxiety model is built upon the premise that patients must evaluate the risk situations they fear more accurately, consider them in greater depth, and develop their internal and external resources. Additionally, they can reduce their avoidance and confront the situations they fear, thereby testing their catastrophic beliefs (Beck, 2020). As a result of the lack of specificity regarding DA within established anxiety disorder protocols, Furer and Walker proposed a new

approach. This approach, which is grounded in CBT, explains the therapeutic techniques used in the treatment of DA. For this protocol, restructuring techniques were added to CBT to enable dealing with and changing unhealthy thoughts and attitudes about death, as well as exposure to avoiding death-related things. The first section presents an explanation of the rationale behind the treatment, emphasizing the importance of directly addressing the fear of death. The treatment protocol primarily focuses on safety and avoidance behaviors. The third component of treatment is exposure. Clients are encouraged to confront their fears by writing about their own or a loved one's death, making funeral arrangements, or discussing past losses. The fourth component of treatment is cognitive restructuring, which involves challenging common, unrealistic beliefs about death and developing more balanced perspectives. Treatment then progresses by emphasizing life goals. The final component is relapse prevention (Furer & Walker, 2008). Despite the importance of the CBT protocol, the treatment's effectiveness is uncertain because it has not yet been tested in individual or group therapy formats with a therapist present. Its effectiveness has not been tested in a randomized controlled trial. Furthermore, the intervention is not based on an afterlife or the existence of an afterlife perspective. This is a factor that limits its applicability to individuals with different existential or belief systems.

2.6. Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy

According to the Pew Research Center (2015), 86.8% of the world's population will have a religious or spiritual orientation by 2050. The significant impact of religion and spirituality on mental health highlights the significance of incorporating these elements into mental health services, consistent with a person-centered approach (Stulp et al., 2019). This has increased clinical attention to the existential dimensions of human pain and clients' spiritual beliefs (Koenig et al., 2020). One of these treatments is RCBT.

Classical CBT protocols are changed by adding religious content from the patients, which makes the therapy more sensitive and person-centered (de Abreu Costa & Moreira-Almeida, 2022). There are many names: religion-adapted cognitive behavioral therapy (R-CBT, de Abreu Costa & Moreira-Almeida, 2022), religious-spiritual integrated therapy (RSIT, Dadfar et al., 2023), and religiously integrated

cognitive behavioral therapy (RCBT, Koenig et al., 2015a). RCBT is used for the current study. RCBT adapts Judith S. Beck's cognitive-behavioral model to include religious beliefs and motivations. RCBT, in addition to classical CBT techniques, particularly in cognitive restructuring and planning behavioral changes, draws upon the patient's religious resources (Aouchekian et al., 2017). RCBT therapists may suggest reading specific passages from sacred texts and reconsidering thoughts within the framework of these passages to help clients challenge and change their negative thoughts. Furthermore, RCBT integrates CBT skills into clients' daily spiritual practices (including prayer, worship, and sacred text reading) to support emotional regulation and thought review. Clients are also encouraged to seek support from religious and spiritual sources such as social groups, religious leaders, and community activities that contribute to mental health (Munawar et al., 2023; Pearce et al., 2015). Given that DA is deeply affected by core beliefs about death and the afterlife, it is crucial that the therapeutic content aligns with the client's beliefs. This alignment allows cognitive restructuring to effectively challenge the client's negative beliefs. In summary, adapting CBT protocols to cultural and religious values can enhance the effectiveness of therapy (Khan et al., 2019; Koenig et al., 2020). This approach can improve cultural competence by providing sensitive and personalized interventions consistent with clients' values. Educational programs and guidelines, particularly from an Islamic perspective, can optimize mental health outcomes by emphasizing the assessment of religious tendencies and the integration of religious coping skills (Koenig et al., 2020; Puchalski et al., 2001). Integrating religious beliefs and spirituality into therapy can lead to a better understanding of anxiety disorders. In this study, beliefs derived from Islamic values were used.

2.6.1. Approaches to Death Anxiety in Islamic Thinkers' Perspectives

The central question for thinkers is the path to happiness, and many of them have examined DA as an obstacle to happiness. Islamic thinkers proffer explanations for DA and its potential effects, and how to reduce it. Ya'kub b. İshak el-Kindi, Ebu Nasr El-Farabi, Abu Bakr Razi, Ibn Miskawayh, and Ibn Sina addressed this fear through rational analysis, encouraging reflection and reason to overcome these concerns (Saruhan, 2006).

Firstly, Ya'kub b. Ishaq al-Kindi wrote The Methods of Dispelling Sorrow to remove obstacles to human happiness. According to him, sorrow is a psychological disorder resulting from grief over relatives and the failure to fulfill desires. He claims that no one can satisfy all their desires or keep everything they love forever because our world is constantly changing (Kindi, 2018, pp. 295-296). Al-Kindi emphasizes the importance of mental health, asserting that since sorrow is a psychological disturbance, treating the soul's pain is of even greater significance than treating physical ailments. He posits that while the body perishes, the soul is eternal. Training the soul to adopt positive habits makes it easier to endure loss and find comfort in adversity (Kindi, 2018, pp. 298-299). He offers some prescriptions: "Think about what sadness is and divide it into sections," "Remember our sadness that we have overcome in the past, and the sadness that others have experienced and overcome, and the sadness that we have seen others experience and overcome, and make a comparison between their and our sadness and points of consolation," "Everything we have not received or lost, many others have not received or lost," “Allah has taken from us the least and the least valuable, and our bodies and spirits are eternal, so Allah has left the most and the most useful” (Kindi, 2018, pp. 300-304). There is an emphasis on continuing the soul's existence and eternal life after death. The true home, devoid of absences, longings, losses, and consequently, no worries and sorrows (Kindi, 2018, p. 309). Kindi argues that death is simply the completion of our nature as human beings. Without death, human beings would not exist, as they are defined as "thinking, living, mortal beings. " Mortality is an essential part of being human, so without it, there can be no humanity. Therefore, the condition that makes our existence possible is that death is not adverse. What is detrimental is the absence of existence. So, death is not something to be feared or seen as negative (Kindi, 2018, p. 310). Focusing on emotional and intellectual gains rather than dwelling on losses is advised, as this provides comfort in challenging times. Sickness of the soul is considered more dangerous than physical illness. Fear of death is said to arise from ignorance of life and death. According to Al-Kindi, this fear comes from not using reason effectively, and logic is the key to overcoming fear and anxiety and achieving happiness (Kindi, 2018, p. 312).

Secondly, like other philosophers, Farabi sought to identify the path to happiness. He put forth a proposal for a course of action to achieve happiness (Özcan, 2005, p. 161). The primary focus of this prescription is on the virtuous person. Farabi presents his

prescription by delineating the characteristics of a righteous person. The DA experienced by the virtuous person differs from that of an individual who fears death and believes it will cause them harm. The righteous person believes that the only thing lost through death is the ability to multiply the actions instrumental in increasing one's happiness after death. Consequently, he is motivated to prolong his existence to accumulate several virtuous actions that will contribute to his ultimate happiness (Özcan, 2005, p. 109). Even when he is unable to fulfill his obligations, death does not evoke fear in him (Özcan, 2005, p. 110). Those who lack knowledge worry about the loss of worldly possessions they leave behind, namely pleasurable experiences, wealth, status, and other material possessions. This leads them to fear death. Furthermore, some people believe that even though their physical bodies separate from their souls, they will gain wisdom through the separation of the soul from the body. Furthermore, they hypothesize that if the individual was wise before the soul's departure, the wisdom will be completed and perfected or become more perfect and more complete due to the departure of the soul from the body. Consequently, they regard death as a state of perfection and the separation of the soul from the body as a necessity, and thus, they are not afraid (Özcan, 2005, p. 111). Farabi's perspective on death is informed by a critique of ignorance. In his original approach to addressing the fear of death, he does not propose that people should wish to die as soon as possible. Instead, he encourages people to value life and engage in virtuous actions. He views life as a valuable phenomenon and suggests that the path to happiness lies in the pursuit of virtue (Saruhan, 2006).

Thirdly, like others, Abu Bakr Razi has tried to define the factors that prevent happiness. He believes the human soul has two fundamental forces: reason and desire. According to Razi, these two forces are entirely opposed to each other. All the good and virtues of man come from reason, while his evil comes from desire. At-Tibbu'r-Rûhânî generally discusses the struggle between reason and desire, the bad habits that arise from desire, and their elimination. One of the bad habits and customs that Razi claims originated from desire, also known as spiritual diseases, is the fear of death (al-havf mine'l-mewt) (Karaman, 2017, p. 58). The feeling of death is a natural and necessary one for man, and it increases and decreases under the influence of various side factors. It is also one of the fundamental causes of human fear (Karaman, 2017, p. 158). Abu Bakr al-Razi treats the fear of death (al-havf mine'l-mevt) as a mental

illness that causes various worries and depressions, thus making one restless and preventing one from achieving happiness, and that needs to be treated (Karaman, 2017, p. 161). In other words, he states that the fear of death causes a person to spend every day with delusions and worries about the future and that it puts them in a state of helplessness and discouragement (Karaman, 2017, p. 158). According to Razi, the fear of death, which is a difficult disease to eliminate, can only be eliminated by believing or being convinced that the life and destination after death will be better than the life in this world (Karaman, 2017, p. 159). At this point, he defines two groups of people: those who believe that the soul will be destroyed with the body and those who believe in the afterlife. He explains why neither group should fear death. The first group, that is, those who believe that the soul will be destroyed with the body, think that there is no place for it to go after death; that is, those who do not believe in the afterlife and consider death as annihilation, should not fear death. Because if the soul will also be destroyed with the body, then a person will not feel any pain at all since it will be destroyed with death. Because pain and suffering are only feelings and emotions that are relevant to living beings. According to him, since the state in which there is no pain is better than the state in which there is pain, the state of a person after death is better than the state in this world where there is pain. In this case, according to Razi, those who believe that the soul will perish along with the body should not fear death because they will be freed from all their troubles and the sadness they feel in this world with death (Karaman, 2017, p. 159). Razi thinks those who believe the soul will survive the body and that man has a soul should not fear death either. According to him, individuals who hold this belief can utilize their intellect deduce the superiority of life beyond death and the fact that death serves as a transition to this existence (Karaman, 2017, p. 159).

Regarding the second group of believers in religion, Razi says that virtuous people who believe that there is another life after death, that death is also a transition to this life, and who fully fulfill the principles set forth by the ash-shari'atul-muhiqah do not need to fear dying. The promise of salvation, comfort, and eternal happiness awaits them beyond death. Death is inevitable for everyone, so Razi says it is pointless to worry about an unavoidable hardship. Thinking about death causes anxiety, so try to forget it. This approach leads to peace and happiness; otherwise, each reminder brings new anxiety (Karaman, 2017, p. 160). According to Razi, "The way our soul lives

while it is in the body will be good (hamide) or bad (zemime) depending on our condition after we leave the body. In other words, he believes that a person's situation in both worlds is interrelated, and therefore the person's happiness or unhappiness in the hereafter will be determined by his condition in this world, and that happiness in this world can be achieved by controlling desires through reason and will and leading a moderate life, but that happiness in the hereafter is what should be preferred (Karaman, 2017, p. 118).

Fourthly, Ibn Sina proposed a set of recommendations for an individual he regarded as religious, entitled "Freedom from the Fear of Death" based on a synthesis of spiritual and religious elements. Ibn Sina believed that only those who do not understand death, the soul's destination after death, or the belief that the organism dissolves and the soul disappears can fear death. The individual's personality will also cease to exist, leading to the complete disappearance of the soul. In this state, the world will remain motionless, regardless of whether the individual persists in existence or not. In this context, Ibn Sina divided individuals who might experience fear of death into five categories. The first category includes individuals who lack knowledge about the essence and consequences of death. The second category includes those who experience uncertainty about their fate after death. The third category encompasses individuals who perceive death as a painful experience in addition to the suffering associated with the illness leading to death. The fourth category represents those who fear divine punishment after death. Finally, the fifth category includes individuals who experience distress due to the anticipated loss of worldly possessions and pleasures. A person experiences grief for their family, children, property, and earthly pleasures and enjoyments (Pajevic et al., 2021). Then a cognitive reconstruction specific to these types of fears was made. In this cognitive reconstruction, Ibn Sina used spiritual and religious-based materials. According to Pajevic, Ibn Sina's approach overlaps significantly with CBT in the context of modern psychotherapy. It is cognitive because it aims to help people develop suitable cognitive patterns and eliminate distorted thoughts that influence their emotions and behavior. It is behavioral because it transforms these core beliefs, leading them to self-knowledge, allowing them to distinguish between what is beneficial and what is harmful in this world and the next, and to act accordingly (Pajevic et al., 2021).

Finally, Ibn Miskawayh describes the fear of death as a condition experienced by those who are unaware of both the nature of the soul and life after death. He argues that this fear is common among those who believe death is annihilation, those who think they will be punished after death, or those who worry about losing their worldly gains. Therefore, ignorance is at the root of the fear of death. He states that this fear disappears when a person understands that the soul exists independently of the body (Aslan, 2011). Thus, overcoming this ignorance, that is, acquiring knowledge, is the remedy for the fear of death. According to Ibn Miskawayh, there are two types of death and life: "voluntary death" and "natural death." Voluntary death is the end of desire and pursuit. On the other hand, voluntary life can be understood as the individual's search for eternal happiness within the existing worldly context (Aslan, 2011). In conclusion, individuals can overcome the fear of death by understanding the nature of the soul. This understanding should lead to the realization that death is not an end, but eternal happiness and closeness to God for the soul (Aslan, 2011).

Ghazali uses an example to explain the concept of death. He suggests that a person, believing in the existence of certain things they see in their dreams while sleeping, does not doubt them during their dreams. However, upon waking, they realize that none of what they saw in their dreams was real, and that their life in the material world is like a state of sleep compared to the afterlife. Considering this, it can be argued that the life we are currently living is a dream. Consequently, it can be predicted that we will awaken from this dream state with death. Therefore, it can be argued that death represents an awakening to reality. He likens those who do not consider the possibility of death and therefore do not prepare for it to travelers who neglect to determine their destination while continuing their journey. In conclusion, he emphasizes the importance of regularly contemplating death. If this is an awakening to reality and something to be contemplated, then examining the causes of the fear of death reveals four fundamental factors: anxiety about separation from worldly pleasures, love of possessions stemming from the wealth and property to be left behind in this world, ignorance and lack of knowledge about what happens after death, and anxiety about being held accountable for bad and ugly deeds committed in this world. These four reasons are united by a common factor: ignorance. In addressing each type of fear, Ghazali proffers recommendations for its mitigation. To address the anxiety associated with the fourth reason, it is recommended to repent, abandon negative behaviors, and

adopt positive ones. Those who are saddened by the love of possessions caused by parting with worldly pleasures and the wealth and property they will leave behind should be aware that these earthly pleasures are of little value in comparison to the great blessings that will be bestowed upon them in the afterlife. In conclusion, he asserts that those who are fearful of death should prioritize the acquisition of knowledge (Hökelekli, 1991; Karaca, 2006).

Finally, an examination was carried out of the Quran and hadith regarding death, life after death, and DA to develop a protocol to address these issues (see Table 3.2.).

2.7. Studies on Death Anxiety

DA has been the subject of several studies, with an increasing trend. The extant research has been presented in this section.

2.7.1. The Relationship Between Death Anxiety and Age

The understanding of death varies significantly throughout life (Hökelekli, 2008). The DA rate was observed to range from 53.2% to 80% in various samples, including the general population, physicians, and mothers (Andrei et al., 2023; Indacochea-Cáceda et al., 2021). Even death is a terrifying prospect for adolescents (Ens & Bond, 2005). However, a literature review on the relationship between age and DA reveals a discrepancy between the findings of various studies. While some studies have indicated a correlation between age and DA, others have not. Templer (1970) has argued that age was not correlated with DA. For example, research done by Hökelekli and Yıldız revealed no significant differences between DA and age variables according to groups (Hökelekli, 1992; Yıldız, 1998). Different studies have yielded varying results regarding this relationship (Templer, 1970; Gesser et al., 1988). Most studies show that fear of death (HD) is at a lower level in older adults compared to adolescence and early adulthood. However, it would not be accurate to suggest that age alone is the sole factor determining the level of anxiety experienced. Many factors may be influential, including life history, health, financial well-being, and the ability to adapt to the aging process (Fortner et al., 2000; Kastenbaum, 2000). Another reason could be the level of maturity individuals gain with age. This maturity may allow individuals

to accept death more readily. Or, particularly in some countries, due to deteriorating health conditions associated with age, physical limitations, or social isolation, some older individuals may experience a higher level of fear of death. The findings of another study showed that fear of death decreased with age due to a higher level of social support (Chopik, 2017; Russac et al., 2007). Contrary to these findings, there are also studies showing that the perception of death is higher in the elderly (Suhail & Arkam, 2002; Taghiabadi et al., 2017). Therefore, it would be more useful to examine the level of DA according to age, taking into account not only age but also all factors in the location where the study is conducted. Subsequent to the age-related findings, studies examining the influence of gender on DA are also significant. For example, the DA score of women was found to be significantly higher than men (Bulut & Yıldız, 2017). In contrast, death-oriented cognitions were not correlated with gender (Chopik, 2017).

2.7.2. The Relationship Between Death Anxiety and Psychopathology

The associations between DA and psychopathology should be examined. For instance, A study of 66 individuals diagnosed with panic disorder, illness anxiety, somatic symptoms, or depressive disorder examined the effects of death reminders on anxiety-related behaviors. The findings showed an increase in body scanning behavior, particularly in individuals with excessive body scanning behavior, following these reminders. This behavior was accompanied by an increased tendency to seek medical help. Specifically, the mean DA scores among participants were above societal norms. These results highlight the significance of DA in worsening symptoms and health-related behaviors in individuals with scanning disorder (Menzies et al., 2021a). Another study aimed to identify the relationships between DA and a range of psychopathological symptoms in individuals diagnosed with mental disorders. The findings demonstrated that DA is a significant predictor of psychopathology, encompassing a range of factors including lifetime diagnosis, pharmacological intervention, hospitalization, distress and impairment, depression, anxiety, and stress. A significant association between the level of DA and the severity of symptoms associated with twelve different disorders was found (Menzies et al., 2019). Another research involved two groups: patients with anxiety disorders and a control group of healthy individuals. 60 patients and 105 controls participated. Results showed that

those with anxiety disorders had higher state and trait anxiety scores than the control. Among healthy participants, women scored higher on DA and uncertainty about death than men. Additionally, people with a family history of disorders and an anxiety disorder had higher scores on anxiety, uncertainty about death, and DA compared to those without such a family history (Yıldırım, 2018). In another research, anxiety sensitivity was positively correlated with DA during the pandemic and negatively associated with resilience. While resilience and anxiety sensitivity differed by gender, marital status, and employment status, no such difference was found for DA. Furthermore, no significant relationship was found between physical health and anxiety sensitivity, DA, or resilience (Çelik et al., 2023). The relationship between DA and sleep quality in the elderly was examined through a mindfulness and tolerance of ambiguity approach. Tolerance of ambiguity was negatively correlated not only with DA but also with sleep quality (Zamani & Zolfaghari, 2022). Finally, the effect of self-criticism, anger rumination, and death distress on mental well-being in the aftermath of a significant natural disaster was examined by involving 399 people from 56 cities across Türkiye. Individuals were classified as those who were directly affected (Group 1), those with non-immediate family members affected (Group 2), and those who were indirectly impacted through media exposure (Group 3). The study findings revealed that women had higher levels of DA and angry rumination compared to men, and consequently, lower levels of mental well-being. Group 1 exhibited lower mental well-being and higher DA compared to Groups 2 and 3. The findings showed that angry rumination and DA fully mediated the relationship between self-criticism and mental well-being (Bırni et al., 2024).

Studies in this area have increased even more during the pandemic. For example, a study examining the perception of proximity to death, illness anxiety, and DA in elderly individuals found that individuals had lower levels of DA when they perceived themselves as being far from death. It was also noted that individuals use various protective mechanisms to keep their awareness of mortality at a tolerable level (Ring et al., 2020). Another study focused on the relationship between DA, psychological distress, and the role of employment status during the ongoing pandemic. The results showed a more pronounced correlation between psychological distress and DA in unemployed individuals, and employment was indicated as a protective factor against DA (Shakil et al., 2022).

2.7.3. The Relationship Between Death Anxiety and Culture

Culture is also one of the factors influencing the level of DA. A study examined the fear of death among students in Kosovo and Türkiye, investigating its relationship with various demographic characteristics. The highest average scores were found for fear of World War III and fear of having a heart attack, while the lowest averages were observed for the following components: anxiety about life after death, dying in pain, and the rapid passage of time. Female students had significantly higher levels of fear of death than male students. The Kosovar sample was found to have a lower level of DA compared to the Turkish sample. The Kosovar sample, which had a higher perception of religiosity, showed lower anxiety levels, particularly in the areas of fear of death and surgery. These findings suggest that religion can serve as a tool to reduce the fear of death in certain contexts (Gashi, 2011). In another study, a Turkish sample was compared with a Jordanian sample. The findings showed that the sample, consisting of individuals in late adolescence and early adulthood, had above-average levels of fear of death. While students scored highly on the variable of the likelihood of dying in agony, their war anxiety levels were found to be relatively lower. Jordanian students had higher DA levels than Turkish students. Furthermore, female students had higher DA levels than male students, and late adolescents had higher DA levels than early adults. The study revealed that individuals who perceived their religiosity as high showed the lowest DA levels, while those who perceived their religiosity as low showed the highest DA levels (Ayten, 2009). In another study, 128 women were selected from two different populations: a non-clinical and a clinical population. Participants were asked to complete a series of tasks to assess their portion size estimates, body dissatisfaction, and intentions to consume a product. The results suggest that increased anxiety related to death may intensify disordered eating behaviors among women who use these behaviors as an ineffective coping strategy (Forrester et al., 2023). In a study of 765 participants from Egypt, the sample was divided into seven subgroups: non-clinical male and female participants, male and female patients diagnosed with anxiety disorders, male and female patients diagnosed with schizophrenia, and male substance abusers. The findings revealed that the highest mean DA scores were observed in two anxiety groups, and these groups differed significantly from each other and from the other five groups. Female schizophrenia patients had the second-highest mean DA score after the anxiety groups, while male

schizophrenia patients had the lowest DA score among all groups and differed significantly from the other six groups (Abdel-Khalek, 2005).

2.7.4. The Relationship Between Death Anxiety and Religious Factors

Another factor influencing DA levels is whether or not a person has religious affiliation or a belief in the afterlife. A recent study found a negative correlation between religiosity and DA (Kandemir, 2020). Another study with university students found a relationship between attending church and reducing DA and increasing belief in the afterlife. However, the data showed that women had higher DA levels than men, while there was no significant gender difference in belief in the afterlife. Those who were not affiliated with a church showed high DA levels and decreased belief in the afterlife. The study underlines the significant impact of religious practices, especially church attendance, on both DA and belief in the afterlife (Aday, 1985). Conversely, there is also a study that found that individuals using negative religious coping strategies did not have higher levels in any of the three variables (DA, death obsession, and death depression) compared to those using positive religious coping strategies (Mohammadzadeh & Najafi, 2020).

2.8. Studies on Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy

The integration of religious and spiritual beliefs into psychological treatment processes is compatible with patient-centered approaches, and there has been an increase in studies in this area recently (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023). One way to do this is through RCBT-based treatments, and this section summarizes the studies conducted so far on this subject.

Firstly, there is a systematic review of RCBT-based treatments conducted to date (de Abreu Costa & Moreira-Almeida, 2022). When this review is examined, it is seen that RCBT-based treatments are frequently aimed at individuals with medical conditions, and very few have been conducted with patients diagnosed with depressive disorder (Armento, 2011; Ebrahimi et al., 2013; Koenig et al., 2015b), generalized anxiety disorder (Razali et al., 2002; Zhang et al., 2002), and post-traumatic stress disorder (Bowland et al., 2012). Another study involving patients who underwent coronary

artery bypass graft surgery applied RCBT-based interventions. These included discussions on belief in God and its role in transforming unpleasant automatic negative thoughts, the concept of patience, trusting in God's power, and the human relationship with God through worship, praise, and prayer. The sessions also emphasized hope, trust in God, and belief in the afterlife (Hosseini et al., 2017). The results of another study showed that religiosity and spirituality contributed to coping mechanisms and conceptualization of trauma. Furthermore, these factors facilitated the participation of unaccompanied migrant children in treatment and were associated with a reduction in post-traumatic cognitive processes and symptoms (Fortuna et al., 2023). One of the RCBTs was developed as a method of treating depression in individuals with chronic medical conditions. This approach is designed for the five major world religions (Christianity, Judaism, Islam, Buddhism, and Hinduism). It aims to help patients develop thoughts and behaviors that can alleviate the experience of depression, drawing on their own belief traditions (Pearce et al., 2015). In these studies, the intervention duration ranged from eight to twelve sessions.

RCBT studies designed for Muslim samples were also demonstrated. For example, a study conducted with 18 students from Public Islamic Junior High School aimed to examine the effectiveness of group counseling using RCBT focused on Islamic beliefs, especially the Shirah Nabawiyah technique. The Shirah Nabawiyah technique employed in this study was grounded in the hadith that underscores the use of positive words and the avoidance of negative words, criticism, reprimand, and punishment (Yusoff, 2012). The results demonstrated that students who participated in the RCBT sessions exhibited notable enhancements in self-efficacy and self-regulation. The findings substantiate the efficacy of RCBT as an effective intervention for fostering self-efficacy and self-regulation among students (Machmudah et al., 2022). Another study of a 34-year-old man diagnosed with panic disorder and agoraphobia examined the efficacy of RCBT. Initial sessions focused on behavioral techniques using Islamic prayer, Quran recitation, breathing exercises, body scanning, and progressive muscle relaxation. Subsequent sessions integrated cognitive restructuring, addressing negative thoughts and cognitive distortions with techniques such as the vertical arrow and collaborative empiricism. Final sessions included interoceptive exposure and cognitive rehearsal. The client experienced a significant reduction in panic attacks and anxiety and an improved ability to engage in independent activities and religious practices

(Subhas et al., 2021). A study was conducted in which RCBT was adapted to incorporate the faith and practices of Muslim patients concerning the Quran and Hadith. This Islamic Integrated Cognitive Behavioral Therapy (IICBT) is a framework designed to help Muslim clients diagnosed with depression by fostering the development of thoughts and behaviors that are aligned with their Islamic beliefs and practices (Sabki et al., 2019). However, the efficacy of this protocol remains unanswered. Another recent study sought to review published experimental research of ICBT that had been adapted for use within a religious context. The findings showed that ICBT interventions can reduce symptoms and improve functioning among patients with mood and anxiety disorders who adhere to a religious tradition. The review encompassed seven experimental design studies (Azhar et al., 1994; Azhar & Varma, 1995a; Azhar & Varma, 1995b; Khan et al., 2019; Razali et al., 1998; Razali et al., 2002; Wahass & Kent, 1997) and two single-case design studies (Arip et al., 2018; Subhas et al., 2021). The application of these studies varies across different diagnostic groups, such as GAD (Azhar et al., 1994; Razali et al., 2002), dysthymic disorder (Azhar & Varma, 1995a), major depression (Azhar & Varma, 1995b; Razali et al., 2002), ADHD (Khan et al., 2019), OCD (Arip et al., 2018), and panic disorder (Subhas et al., 2021). The findings indicate that ICBT can facilitate the enhancement of mental well-being by modifying thoughts and behaviors (Munawar et al., 2023).

Finally, several studies have been conducted to compare RCBT and standard CBT. A recent review shows that RCBT showed greater efficacy than a waiting list in the treatment of depression and, in some cases, was more effective than control groups or pharmacotherapy. However, comparisons with standard CBT are inconclusive, with some studies finding no significant difference while others suggest that RCBT is only superior to a waiting list and uniquely effective in reducing irrational beliefs (de Abreu Costa & Moreira-Almeida, 2022). A study involved 132 participants (ages 18-85) to compare RCBT and CBT in increasing daily spiritual experiences (DSE) in major depressive disorder and chronic medical illness. Both treatments significantly increased DSE, with RCBT being particularly effective for those with low religiosity. Higher baseline DSE and increases in DSE predicted reductions in depressive symptoms. CBT's reduction in depressive symptoms in highly religious individuals may have stimulated spiritual experiences that are otherwise suppressed by depression. Interestingly, RCBT was especially successful in increasing DSE among participants

with low religiosity, even though the study required participants to be somewhat religious or spiritual. This sample placed less importance on religion than the general U.S. population, with only 47% finding religion significant, compared to 56% in a Pew Foundation survey (2007). Those with low religiosity had more room for improvement in DSE, and the activation of religious beliefs during RCBT may have contributed to the increase. Thus, RCBT may be more effective than CBT in improving DSE and decreasing depressive symptoms (Koenig et al., 2016a). A new meta-analysis was also conducted to compare the success of religious and spiritual (R & S) therapy with non-R & S treatments in mental healthcare. It demonstrated that R/S therapies were moderately more efficacious than usual care at post-treatment and follow-up for symptoms and similarly effective for overall functioning. The results highlight the benefits of R/S therapies for patients with strong religiosity (Bouwhuis-Van Keulen et al., 2023). It was examined whether RCBT and classical CBT made a difference in purpose in life among clients with major depression and chronic illness. While both treatments resulted in equal improvements in purpose in life, RCBT was more successful than classical CBT in increasing purpose in life, particularly among religious individuals. Furthermore, a positive correlation was found between religiosity and purpose in life (Daher et al., 2016). Another comparative study was conducted to examine the effects of RCBT, CBT, citalopram, and usual care in reducing depressive symptoms in women diagnosed with breast cancer. The findings indicated that all four methods were similarly effective in alleviating depressive symptoms. RCBT has not been proven superior to other treatment methods. However, the effects of participants' levels of religiosity were not examined in this study (Hosseini et al., 2018). Another study showed that compared to classical CBT, RCBT therapists were successful in establishing a good therapeutic alliance even with less time (Koenig et al., 2016b). A study was performed to ascertain the success of spiritually based intervention in comparison to classical CBT for GAD. The spiritually based therapy demonstrated a decrease in psychic and somatic symptoms of GAD and was as effective as CBT. Besides, an improvement in social functioning was observed. Therefore, it can be seen as an effective therapy option for GAD (Koszycki et al., 2010). Similarly, patients with GAD who were also religious were treated with religious psychotherapy as well as other kinds of psychotherapy and drugs to help with their anxiety. The group receiving religious psychotherapy got better much more

quickly in terms of anxiety symptoms than the group that received supportive psychotherapy and pharmacological treatment alone (Azhar et al., 1994).

2.9. Hypotheses of the Present Study

This research aims to develop an RCBT-based intervention on DA for a clinical sample and to examine the effectiveness of the intervention compared to the classical CBT-based intervention. It has not been investigated whether treatments focused on reducing DA would also reduce people's existing psychiatric symptoms in a clinical sample through an RCT (Menzies & Menzies, 2023). Therefore, the effectiveness of interventions was examined for both conditions regarding DA and anxiety and depression symptoms in the current study. This study aims to test the following hypotheses.

a) There will be a statistically significant difference between the pre-test and post-test of the RCBT group in the levels of DA in favor of the post-test.
b) There will be a statistically significant difference between the pre-test and post-test of the RCBT group in the levels of anxiety and depression symptoms in favor of the post-test.
c) There will be a statistically significant difference between the pre-test and post-test of the CBT group in the levels of DA in favor of the post-test.
d) There will be a statistically significant difference between the pre-test and post-test of the CBT group in the levels of anxiety and depression symptoms in favor of the post-test.
e) There will be no significant difference between RCBT-based intervention and CBT-based intervention in the levels of DA at the post-test.
f) There will be no significant difference between RCBT-based intervention and CBT-based intervention in the levels of DA at follow-up.
g) There will be no significant difference between RCBT-based intervention and CBT-based intervention in the levels of anxiety and depression symptoms at post-test.
h) There will be no significant difference between RCBT-based intervention and CBT-based intervention in the levels of anxiety and depression symptoms at follow-up.

CHAPTER III

METHOD

This study was a randomized controlled trial comparing RCBT and classical CBT. The trial was registered at ClinicalTrials.gov (NCT06876103). This study was approved by the Ethics Committee of Ibn Haldun University (decision number 2024/04-14). Written informed consent was received from all participants. The subsequent chapter delineates the research design, the sample, the data collection measures, and the analysis of these data.

3.1. Research Design

A randomized controlled trial with two arms in a 1:1 parallel-group design was conducted with pre-test, post-test, and three-month follow-up measurements. This trial followed the CONSORT guidelines (Schulz et al., 2010). The study aims to examine the effectiveness of RCBT-based interventions on DA in individuals diagnosed with an anxiety disorder. The following design was used in the research (see Table 3.1.).

Table 3.1. Research Process

	Pre-test	**Intervention**	**Post-test**	**Follow-up**
RCBT Group	T_1	X_1	T_2	T_3
CBT Group	T_1	X_2	T_2	T_3

T_1: Pre-test

T_2: Post-test

T_3: Three-month follow-up

X_1: RCBT-based intervention program (7 sessions)

X_2: CBT-based intervention program (7 sessions)

3.2. Participant and Procedures

The appropriate sample size was determined using G-Power 3.1.9.4 software (Faul et al., 2007). The conventional effect size values suggested by Cohen are automatically provided by the G*Power software (Kang, 2021). The significance level was provided as .05, the effect size as .25, and the power as .90 for a two-way mixed repeated measure ANOVA. The power analysis demonstrated that 36 participants (18 for each group) with a diagnosis of an anxiety disorder and a high level of DA are needed. In the current study, the sample comprised 42 adults (see Figure 3.1.).

Ethical approval was obtained from the Ibn Haldun University Ethics Committee. Participants were recruited through referrals from clinicians and self-referrals in response to advertisements on social media, announcing a DA-based intervention study to be conducted at the Ibn Haldun University Psychotherapy and Research Center (IPRC). The researcher then assessed the applications against the established inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: (a) aged 18-65; (b) a score of > 26 on the Turkish Death Anxiety Scale; (c) being diagnosed with one of the anxiety disorders; (d) believing in life after death. Exclusion criteria were: (a) diagnosed with schizophrenia spectrum disorders; (b) being in an active manic episode; (c) extreme symptoms of depression (score of > 20 on the PHQ-9); (d) currently receiving therapy.

After evaluation, approved applicants received detailed information about the confidentiality, significance, aims, content, potential advantages, and risks of participating in the research study. Then, the pre-tests (T1) were conducted on all participants. Then, participants were randomly assigned to one of the two groups: RCBT or CBT, using a computerized random selection process in SPSS (Arifin, 2012). Afterward, an RCBT-based and CBT-based intervention (each consisting of seven sessions) was applied. After that, post-tests (T2) were administered to the RCBT and CBT groups. Then, a follow-up (T3) was conducted three months after the intervention in the RCBT and CBT.

Group therapy sessions were conducted by therapists. Measurement tools were collected from participants via an anonymous online link created by the IPAM secretariat, independently of the therapists, to reduce potential assessment bias.

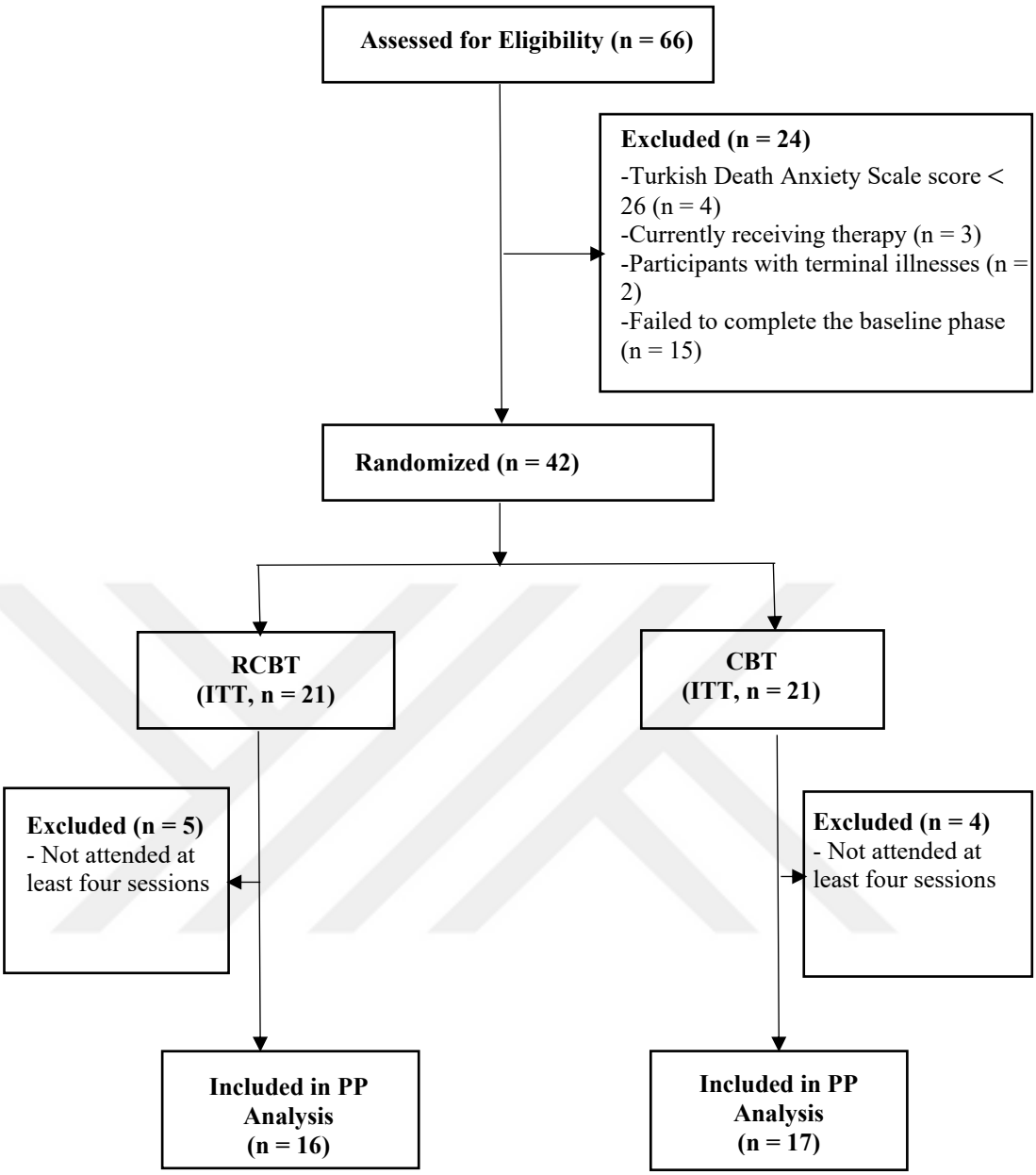


Figure 3.1. Participant Flow Diagram

RCBT = Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy, CBT = Cognitive Behavioral Therapy, ITT = Intention to Threat Analysis, PP = Per Protocol

3.3. Measures

Self-report measures were used to collect data.

3.3.1. Socio-Demographic Form

This form was designed to gather demographic data about the participants and responses to questions identified as crucial in the existing literature on the current research.

3.3.2. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders Clinician Version

In the current study, the diagnosis of anxiety disorder among participants was established using the Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID), administered by a trained clinical psychologist specializing in the field. The Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV; First et al., 2016) comprises ten modules. There are comprehensive diagnostic criteria in 32 diagnostic categories, with just exploratory questions featured in 17 diagnostic categories. The modules encompass a range of mental health conditions, including psychotic symptoms, psychotic disorders, mood disorders, substance use disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, related disorders, post-traumatic stress disorder, attention deficit and hyperactivity disorder, probing questions for other disorders, and adjustment disorder. The psychometric properties of the SCID-5/CV were evaluated in Turkish by Elbir et al. (2019).

3.3.3. Patient Health Questionaire-9

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) consists of a four-point Likert scale and nine items that screen depressive symptoms. Each of these items is rated on a scale of 0 (never) to 3 (almost every day). The highest score that can be attained is 27. A score range of 1-4 indicates low depressive symptoms, 5-9 indicates mild depressive symptoms, 10-14 indicates moderate depressive symptoms, 15-19 indicates moderately severe depressive symptoms, and 20-27 indicates severe depressive symptoms. The psychometric properties of the SCID-5/CV were evaluated in Turkish by Sarı et al. (2016) (Cronbach's alpha = .84). The scale includes the following example items: "*Little interest or pleasure in doing things*" and "*Feeling down, depressed, or hopeless*".

3.3.4. Generalized Anxiety Disorder-7

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) consists of a four-point Likert (0 = never to 3 = almost every day) and 7 items that assess anxiety symptoms. The highest score that can be attained is 21. A score range of 0-4 indicates mild anxiety, 5-9 indicates moderate anxiety, 10-14 indicates high anxiety, and 15-21 indicates severe anxiety. A cut-off point of 10 points was determined for the total score. The psychometric properties of the SCID-5/CV were evaluated in Turkish by Konkan et al. in 2013 (Cronbach's alpha = .85). The scale includes the following example items: "Feeling nervous, anxious, or on edge" and "Not being able to stop or control worrying".

3.3.5. Turkish Death Anxiety Scale

The Turkish Death Anxiety Scale (TDAS; Sarıkaya & Baloğlu, 2016) consists of 20 items that are divided into three subscales: (1) ambiguity of death, (2) exposure to death, and (3) agony of death. These subscales exhibit strong internal consistency, with Cronbach's alpha values of .91, .94, and .76, respectively, adding up to a total of .95. The scale consists of a five-point Likert (0 = Never to 4 = Always). Subscale scores are determined by summing the individual item scores, and the total scale score is determined by summing the subscale scores. Total scale scores can range from 0 to 80, with higher scores indicating a greater level of DA. A score range of 0-7 indicates very low-level DA, 8-25 indicates low-level DA, 26-44 indicates medium-level DA, 45-63 indicates high-level DA, and 64-80 indicates very high-level DA. The scale includes the following example items: "*Not knowing what death will be like worries me*" and "*The uncertainty of death worries me*".

3.3.6. Belief in a Day of Judgment Scale

The Belief in a Day of Judgment Scale (BDJS; Beshai & Lester, 2013) comprises 20 items with two subscales: (1) belief in a day of judgment and (2) bad behavior/actions toward others. It consists of a five-point Likert (1 = Strongly disagree to 5 = Strongly agree). The psychometric properties of the SCID-5/CV were evaluated in Turkish by Turan et al. in 2020 (Cronbach's alpha = .92). Higher scores indicate a stronger belief

in a day of judgment. The scale includes the following example items: "*Allah is the guide and judge of humanity*" and "*Only those who truly believe fear Allah*".

3.3.7. Muslim Practice and Belief Scale

The Muslim Practice and Belief Scale- Short Form (MPFS; Almarri et al., 2009) comprises nine items with two subscales: (1) social beliefs and prayers, and (2) individual beliefs and prayers. It consists of a five-point Likert (1 = Strongly Disagree to 5 = Strongly Agree). The psychometric properties of the SCID-5/CV were evaluated in Turkish by Akın and Yalnız in 2015 (Cronbach's alpha = .90). The subscales demonstrate good internal consistency, with Cronbach's alphas of. 86 and .91, respectively. Higher scores indicate a greater level of Muslim practice and belief. The scale includes the following example items: "*I pray five times a day*" and "*I read the Quran*".

3.4. Religiously Integrated Cognitive Behavioral-Based and Classical CBT-Based Interventions

3.4.1. Development of RCBT-Based and Classical CBT-Based Interventions

The content of the intervention encompasses the addressing of religious subjects particular to the patient, including the recital of surahs from the Holy Quran, the promotion of prayer for relaxation, and counsel on lifestyle modifications drawn from the life of the Prophet. The approach integrates psychotherapeutic techniques, such as Beck's cognitive model, with guidance from the Holy Quran and Hadiths (Munawar et al., 2023). A systematic and culturally sensitive perspective was used to design the current RCBT-based intervention. The treatment protocol development followed a five-step. The first step involved compiling existing intervention protocols and treatment trials aimed at reducing DA in clinical samples (Kavla & Uysal, 2025). In the first stage, all intervention studies and treatment protocol guidelines developed to reduce DA in a clinical sample were systematically reviewed. Initially, 3,918 studies were identified. After screening, only five intervention studies and three protocol guidelines targeting the reduction of DA in a clinical sample were found. Two of the identified intervention studies were found to be based on the same treatment protocol,

both CBT-based, but presented in an online web application format rather than with a therapist (Menzies et al., 2021, 2023). The existing literature did not contain any studies examining the effects of classical CBT or RCBT approaches, where the therapist is actively involved, on DA at the individual or group level. The review findings revealed that interventions for DA in a clinical sample are extremely limited, and existing studies have significant limitations in terms of both methodology and content. Despite these limitations, based on the findings of the review, existing CBT-based interventions were referenced, and a classical CBT-based group treatment protocol for DA, suitable for clinical practice and conducted with a therapist, was developed. Specifically, a unique classic CBT-based DA treatment protocol has been created, adapted for face-to-face and group formats, based on modules from two key studies: one a CBT-based DA protocol whose effectiveness has not yet been tested, and the other CBT-based content prepared for online application (Furer & Walker, 2008; Menzies et al., 2021; 2023). Building on the classical CBT-based intervention protocol, modifications were made to ensure alignment with the religious values of Turkish society, particularly the belief in an afterlife. The development of the RCBT-based treatment protocol followed the second, third, fourth, and fifth steps.

The second step, in particular, focused on developing the RCBT protocol. First, the fundamental concepts frequently used in the RCBT literature were identified, and a comprehensive literature review was conducted based on these concepts. The search was conducted in PubMed, Web of Science, and Scopus databases, without any year restrictions, using the keywords ("religiously integrated cognitive behavioral therapy" OR "religion-adapted cognitive behavioral therapy" OR "Islamically modified cognitive behavioral therapy" OR "RCBT"). A total of 142 studies were identified. However, after the selection process, it was observed that the majority of the 22 studies identified as relevant focused on the treatment of depression in individuals with medical conditions. Three RCBT intervention studies prepared for a clinical depression sample were examined in detail. Besides, two recently published review articles were identified: one specifically examining RCBT interventions and the other focusing on Islamically Integrated CBT (I-CBT).

The RCBT review conducted by de Abreu Costa and Moreira-Almeida (2022) identified 10 studies, only two of which targeted generalized anxiety disorder (GAD).

One of these interventions was based on Taoist Cognitive Therapy, and the other was conducted with a Muslim sample; the second study, in particular, was examined in detail in terms of protocol structure and intervention components (Koenig et al., 2016a). The review emphasizes that there are a limited number of RCBT and faith-integrated CBT (I-CBT) applications in anxiety disorders, but it offers important insights for developing faith-aligned therapies. In this context, RCBT is considered a form of classical CBT adapted in accordance with religious sources. The key difference is the use of religious beliefs and practices as active therapeutic resources in questioning irrational beliefs and strengthening functional behaviors (Pearce et al., 2015). Guidelines developed for five different religious traditions allow for the enrichment of psychoeducation, cognitive restructuring, and behavioral interventions with religious themes (e.g., gratitude, hope, surrender, trust in God). Practices such as prayer, contemplation, and worship, through forgiveness and value-based actions, aim to increase participation that is consistent with the client's belief system. In this study, a comprehensive review was conducted to identify religious resources to be used in the intervention (Saruhan, 2006).

At the third stage, Saruhan's (2006) study, DA, and its treatment of Islamic thinkers, which comprehensively examines the views of Islamic philosophers such as Ya'kub B. İshak el-Kindi, Ebu Nasr El-Farabi, Abu Bakr Razi, Ibn Miskawayh, and Ibn Sina was examined. Drawing on this review, primary texts authored by these scholars were studied in detail to integrate their insights into the protocol. These books include "*Ebu Bekir Razi'nin Ahlak Felsefesi*" (Karaman, 2017), "*Fârâbî'nin İki Eseri: Fusûlü'l-Medenî–Tenbîh Alâ Sebîli's-Sa'âde*" (Özcan, 2005), "*Kindi Felsefi Risaleler*" (Kindi, 2018), "*Ölüm Korkusu, Mahiyeti ve Nefsin Ölümden Sonraki Durumu*" (Miskeveyh, 2011), and "*Ölüm Korkusundan Kurtuluş Risalesi ve Namaz Risalesi"* (Sina, 1959).

At the fourth stage, the index of the Quran prepared by the Directorate of Religious Affairs was utilized in this process. The online index organizes the Quran into 20 main topics, each with multiple subtopics. One of these main topics is "Death and the Hereafter," under which Diyanet identifies 60 subtopics. These include themes such as *Faith in the Hereafter*, *Preparation for the Hereafter*, *The Terror of the Hereafter*, *There is No Doubt About the Occurrence of the Hereafter*, *All Secrets Will Be Revealed in the Hereafter*, *Command Belongs to Allah in the Hereafter*, *Everyone Will Be Fully*

Recompensed for Their Deeds in the Hereafter, and *Humans Are Immortal in the Hereafter*, among others. From these subtopics, specific verses related to *Faith in the Hereafter*, *Humans Are Immortal in the Hereafter*, *Predestined Time (Ecel)*, *Death*, and *Every Soul Shall Taste Death* were added into the intervention protocol.

At the final stage, the selection of Hadiths was conducted by utilizing the book Riyazü's Salihin by Imam An-Nawawi (2014). This book consists of 20 sections and 372 subtopics. From the first section, titled The Measures of Life that a True Muslim Aspires to Achieve in This World and the Hereafter, Hadiths under the subtopics Repentance (Tawbah), Trust in Allah (Tawakkul), and Remembering Death were selected. Additionally, from the fourteenth section, titled Praise and Gratitude to Allah, Hadiths related to Gratitude (Shukr) were chosen. Lastly, relevant Hadiths from the twentieth section, under the subtopics Seeking Forgiveness (Istighfar) and The Blessings Allah Has Prepared for Believers in Paradise, were included in the protocol. In selecting the verses and hadiths, preference was given to those with readily comprehensible and optimistic content, as the objective was to develop an intervention designed to reduce anxiety.

In the final stage of developing the DA-based interventions, expert opinions were sought from three academics specializing in psychotherapy. Based on these opinions, necessary revisions were made in terms of content and structure, and the final version of the protocol was created.

3.4.2. Content of RCBT-Based and Classical CBT-Based Interventions

The RCBT-based intervention was designed by integrating religious elements into a classical CBT framework to address DA. Both groups of therapy consisted of seven modules (see Table 3.2. and Table 3.3.).

Module 1: Both groups received psychoeducation on DA. Specifically, the CBT group received psychoeducation specific to CBT and anxiety psychoeducation; the RCBT group received psychoeducation specific to RCBT and anxiety psychoeducation. In both groups, negative automatic thoughts related to death, avoidance behaviors, and safety-seeking behaviors, along with their short- and long-term consequences, were

discussed. At the end of the session, both groups were given a "DA-based appointment time" worksheet.

Module 2: In the second module, both groups received psychoeducation on cognitive traps. Participants were asked to identify the cognitive traps they most commonly used in daily life, particularly in the context of DA. Specifically, the catastrophizing cognitive distortion, considered closely related to DA, was emphasized. Following this, negative automatic thoughts related to death (e.g., “If I lose my father, I won’t be able to bear the pain”) identified in the previous session were addressed, and cognitive restructuring exercises were conducted using evidence-counter-evidence techniques. The goal of this process was to develop more balanced and realistic alternative thoughts. In the RCBT group, the cognitive restructuring process was conducted with religious references, unlike in the CBT group. Specifically, verses and hadiths concerning faith in the afterlife and reliance on God were utilized. Based on the verses, “They are those who know with certainty that they will meet their Allah and that they will return to Him” (Al-Baqarah, 46) and “Allah will create the Hereafter as He created it” (Al-Ankabut, 20), participants were encouraged to re-evaluate their negative automatic thoughts within the framework of faith in the Hereafter and reliance on Allah. During this process, the focus was on how belief in the Hereafter can transform these thoughts and how more realistic, religiously based alternatives can be developed.

At the end of the session, the CBT group was given a standard thought recording form, while the RCBT group was given an adapted version of the same form as homework, including an additional cognitive assessment step aligned with the verses and hadiths.

Module 3: Both groups addressed the distinction between anxiety and worry, and evaluated positive and negative beliefs about worry. Through probability assessment and Socratic questioning, controllable situations and uncertainties beyond one's control were distinguished; within this framework, the concept of intolerance for uncertainty and the inherent uncertainty of death were discussed. It was emphasized that the uncertainty of death is a universal human experience and that the meanings attributed to this uncertainty can affect coping levels. The participants' core cognitive processes related to death were identified and addressed in a structured manner.

In the RCBT group, the same content was addressed within a religious framework. The past, present, and future of life; the unknowability of the time of death; and beliefs about life after death were discussed. It was emphasized that regrets about the past can be addressed through repentance and that behaviors consistent with values can be maintained in the present. Conversely, it was acknowledged that the uncertainty regarding both one's own fate and the lifespan of loved ones is uncontrollable. At this point, reliance on God, that is, leaving the outcome to God after doing everything within one's power, was considered a fundamental coping mechanism for dealing with uncertainty. Within the framework of belief in the afterlife, death was structured not as an end, but as a process involving transition and the hope of reunion. These themes were supported by relevant verses from the Quran, hadiths, and religious texts.

At the end of the session, the CBT group was given a standard worksheet summarizing steps for coping with anxiety; the RCBT group was given a worksheet adapted with religious content, focusing on re-evaluating uncertainty from the perspective of belief in the afterlife.

Module 4: The theoretical rationale for exposure was presented to both groups; it was discussed that avoidance and safety-seeking behaviors reduce death anxiety in the short term, but perpetuate and generalize it in the long term. Through Socratic questioning, the frequency, intensity, and scope of participants' death-related thoughts were assessed over time; the aim was to conclude that although these behaviors provide temporary relief, they contribute to the continuation of anxiety. The exposure approach was explained through two alternative hypotheses: the assumption that anxiety will continuously increase without safety behaviors, and the assumption that anxiety will spontaneously decrease over time without these behaviors. It was emphasized that these hypotheses can only be tested behaviorally, and exposure was introduced as the method for this test. Accordingly, it was stated that although exposure increases anxiety in the short term, it reduces it in the long term; individual anxiety hierarchies specific to death anxiety were created for each participant, and an exposure assignment was planned at the end of the session for a situation that evoked approximately 30 units of anxiety in the hierarchy.

Module 5: In-vivo exposure studies were conducted in both groups. Within this scope, the imaginative exposure technique targeting DA was introduced and applied. During the exposure process, participants were informed that the thoughts and feelings that arise during scenario visualization are expected and normal responses; it was emphasized that this study would not lead to the feared situations actually occurring. Imaginative exposure aimed to experimentally test whether anxiety decreases over time through repeated exposure to feared scenarios.

In the RCBT group, imaginative exposure studies were conducted by integrating religious content. Within this framework, the feared scenarios addressed during exposure were re-evaluated in the context of religious themes such as belief in the afterlife and reliance on God.

At the end of the session, both groups were given an exposure follow-up worksheet to monitor the exposure practices. The RCBT group's worksheet included an additional step, different from the CBT group's; in this step, participants were asked to evaluate whether the perspectives of belief in the afterlife, reliance on God, and repentance created a difference in their perception and emotional responses to the feared scenario.

Module 6: Participants distinguished between areas under their control and areas outside their control, and identified the core areas of life that are meaningful and valuable to them. Within this framework, value-oriented action plans were developed in line with these identified value areas. To enable participants to evaluate their life priorities within the context of a limited time perception, questions structured on the assumption that life is finite were used (e.g., “If you had only one day left to live, which actions would you prioritize?”).

In the RCBT group, value studies were conducted by integrating religious references. In this context, religious teachings regarding the balance between this world and the hereafter were discussed; the importance of an individual maintaining both worldly responsibilities and preparation for the hereafter in a balanced manner was debated. In particular, the hadith of the Prophet Muhammad (Bukhari) regarding the moment of judgment was used to emphasize that worldly and hereafter responsibilities are not mutually exclusive, but rather complementary.

In this process, participants assessed which valuable areas of life they had distanced themselves from over time while trying to cope with anxiety; structured inquiries were made about the life legacy they wished to leave behind in the context of interpersonal relationships, meaningful activities, and individual characteristics. The participants' desire to be remembered as a certain type of person in the long term and the core values they wish to live by were determined.

In the RCBT group, value-oriented studies were also addressed from the perspective of life after death, emphasizing that religious and spiritual life is a realm of values that holds meaning in both this world and the hereafter. In this context, religious and spiritual activities such as understanding and reading the Quran, visiting elderly family members, and maintaining individual worship practices were included in value-oriented planning.

Furthermore, in this module of the RCBT group, the concept of gratitude was addressed within the framework of the individual's areas of control. Gratitude was defined as recognizing the blessings one possesses, developing awareness of the source of these blessings, and responding with verbal or behavioral expressions. Based on religious sources and empirical findings, the positive effects of gratitude on psychological well-being, interpersonal relationships, and mental health were discussed. In this context, using religious references to gratitude, the discussion explored how gratitude provides a functional framework for confronting the reality of death and accepting the transience of life. For example, it is narrated from Anas ibn Malik that he said: The Messenger of Allah (peace and blessings be upon him) said: "Indeed, Allah is pleased with the servant who eats food and then praises Allah for it, and drinks water and then praises Allah for it." (Muslim, Dhikr 89(2734)).

At the end of the session, both groups were given a value-focused behavior tracking worksheet. This worksheet asked them to create concrete action plans for the first 24 hours, the first week, the first month, and the first year, in line with the identified value areas. Unlike the CBT group, the worksheet presented to the RCBT group included religious and spiritual life as a value area; participants were encouraged to define their values from the perspective of the existence of the hereafter.

Module 7: In the seventh module, relapse prevention studies were conducted. Within this scope, the gains achieved by participants in both groups during the therapy process were systematically reviewed; and which techniques were more effective individually were discussed. The non-linear nature of the recovery process was emphasized, and it was addressed within a psycho-educational framework that occasional increases in anxiety symptoms are normal and expected. Participants were reminded that anxieties related to death and illness are an inevitable part of life; and that the main goal during such periods is to reactivate learned coping skills. In this context, a recovery chart was used to demonstrate that recovery does not always show a continuous increase and that temporary setbacks are a natural component of the process. Then, a personal risk map was created for each participant. In this risk map, situations that could trigger anxiety in the future, such as thoughts related to death, perception of uncertainty, and loss of control, were identified, and structured action plans were prepared for these situations.

In the RCBT group, relapse prevention studies were conducted by integrating them with a religious framework. Within this framework, participants worked on their life line from past, present, and future time perspectives. Areas of regret and responsibility regarding past experiences were addressed within the framework of repentance; the opportunities available in the present life were evaluated from a perspective of gratitude. Furthermore, the concept of reliance on God (tawakkul) was considered as a fundamental coping mechanism in the face of uncertainties regarding the continuity of these opportunities. The entire process was restructured by integrating it with the hope and meaning of life after death.

At the end of the session, participants left with individual risk maps and action plans.

Table 3.2. Outline of the Classical CBT-Based Intervention

Module	Content
Module 1	Introduction to CBT, Psychoeducation, and Identifying Unhelpful Negative Automatic Cognitions
Module 2	Identifying Automatic Thoughts, Recognizing Cognitive Distortions, and Creating Alternative Thoughts
Module 3	Intolerance of Uncertainty
Module 4	Examining Avoidance and Safety Behaviors, Exposure Planning
Module 5	Exposure
Module 6	Values , and Value-Oriented Behaviors
Module 7	Relapse Prevention

Table 3.3. Outline of the RCBT-Based Intervention

Module	Content
Module 1	Introduction to RCBT, Psychoeducation, and Identifying Unhelpful Negative Automatic Cognitions
Module 2	Identifying Automatic Thoughts, Recognizing Cognitive Distortions, and Creating Alternative Thoughts Using Religious Resources
Module 3	Intolerance of Uncertainty and the Concept of Repentance in the Context of Trust and Belief in the Afterlife
Module 4	Examining Avoidance and Safety Behaviors, Exposure Planning
Module 5	Exposure
Module 6	Gratitude, Values , and Value-Oriented Behaviors
Module 7	Relapse Prevention

Each session follows a structured flow based on the classical CBT session format, consisting of seven components: Emotional and Behavioral Monitoring, Connection

to the Previous Session, Homework Review, Agenda Setting, Discussion of the Agenda, Assignment of Homework, and Session Summary.

3.5. Therapist

The interventions were delivered by one lead therapist, an experienced clinical psychologist with over six years of clinical experience, and three co-therapists, who are currently doctoral students with two years of clinical experience, all trained and experienced in CBT. The same lead therapist conducted both the RCBT and CBT groups to ensure consistency in intervention delivery. Co-therapists monitored each session, taking detailed notes and rating adherence to the prepared CBT and RCBT protocols. All therapy sessions were conducted strictly according to the manuals, ensuring fidelity to the established procedures. When participants raised religious issues during CBT sessions, the lead therapist gently redirected the discussion to secular topics, while in RCBT sessions, participants' religious beliefs were explicitly integrated into the intervention as outlined in the protocol.

3.6. Data Analysis

All statistical analyses were conducted in SPSS version 31. To assess baseline differences between the RCBT and CBT groups, independent sample t-tests were used for continuous variables and Pearson chi-squared tests for categorical variables. To this end, a two-way mixed repeated measures ANOVA was conducted to test for differences between pre-test, post-test, and follow-up in the RCBT and CBT groups on the outcome variables. In instances where pertinent, the magnitude of the effects was documented employing partial eta squared.

The primary analysis employed an intent-to-treat (ITT) analysis and a per-protocol analysis (PP). ITT encompasses all participants who were randomized. For missing data, these were substituted through a process of data imputation, which is the Last Observation Carried Forward (LOCF) method. Per protocol analysis was conducted by including participants who attended at least four sessions of the treatment (McCoy, 2017; Shao & Zhong, 2003).

CHAPTER IV

RESULTS

4.1. Normality Analysis

First, the suitability of the scales for parametric testing in the RCBT and CBT groups was examined. The normality of the continuous variables was examined using Q–Q plots and the Shapiro–Wilk test (when n < 50), and the homogeneity of the variances was assessed using Levene's test. (Büyüköztürk, 2017; see Table 4.1). All analyses were conducted using a parametric test.

Table 4.1. Normality Analysis

Scale	Group RCBT[1], CBT[2]	*M*	*SD*	Shapiro-Wilk Test	Skewness	Kurtosis
GAD-7	RCBT	11.050	3.570	.040	0.074	-0.875
	CBT	12.100	4.158	.510	0.027	-0.095
PHQ-9	RCBT	12.710	4.692	.397	0.488	-0.429
	CBT	12.240	4.516	.859	0.040	-0.615
TDAS	RCBT	49.570	16.351	.519	0.203	-0.913
	CBT	49.190	14.518	.167	-0.481	-0.917
MWBS	RCBT	34.520	5.335	.002	-1.393	5.476
	CBT	34.810	6.555	.157	-0.680	-0.066
BDJS	RCBT	92.190	6.720	<.001	-2.414	7.035
	CBT	89.240	8.148	.064	-0.446	-1.180

Note. $n^1 = 21$, $n^2 = 21$. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, TDAS = Turkish Death Anxiety Scale, MWBS = Muslim Worship and Belief Scale Short Form, BDJS = The Belief in a Day of Judgment Scale

4.2. Baseline Characteristics

The study involved a total of 42 participants, comprising 37 women and 5 men. Of these, 21 participants (20 women and 1 man) were randomly allocated to the RCBT

group, while 21 participants (17 women and 4 men) were assigned to the classical CBT group. There were no significant baseline differences between the RCBT and CBT groups in terms of feelings when not practicing worship, fear of going to hell, belief and perception in the life after death, frequency of thinking about death, or the extent to which death-related anxiety affected daily life ($p > .05$) (see Table 4.2.).

Table 4.2. Baseline Characteristics

		RCBT[1]		CBT[2]		*t (p)*
		M	*SD*	*M*	*SD*	
Age		30.950	8.078	28.480	7.782	1.012 (.318)
		n	*%*	*n*	*%*	*χ2 (p)*
Gender	Men	1	4.8	4	19.0	.343[F]
	Women	20	95.2	17	81.0	
Marital status	Married	11	52.4	8	38.1	.267[M]
	Single	8	38.1	13	61.9	
	Divorced	1	4.8	0	0	
	Widow	1	4.8	0	0	
Education	Primary school graduate	0	0	0	0	.226[M]
	Secondary school graduate	0	0	0	0	
	High school graduate	2	9.5	7	33.3	
	University graduate	10	47.6	8	38.1	
	Postgraduate	9	42.9	6	28.6	
	Undergraduate	0	0	0	0	
Previous request for mental health care	Yes	10	47.6	7	33.3	.889 (.346[χ2])
	No	11	52.4	14	66.7	
Previous request for psychotherapy	Yes	14	66.7	12	57.1	.404 (.525[χ2])
	No	7	33.3	9	42.9	
Presence of a diagnosed physical health condition	Yes	4	19.0	4	19.0	1.000[F]
	No	17	81.0	17	81.0	

Table 4.2. (cont.)

Frequency of religious practices	Every day regularly	16	76.2	13	61.9	.726[M]
	Several times a week	2	9.5	5	23.8	
	Several times a month	1	4.8	1	4.8	
	Only on special days	2	9.5	1	4.8	
	Never	0	0	1	4.8	
Feelings when not practicing worship	Guilt	4	19.0	7	33.3	.653[M]
	Restlessness	13	61.9	12	57.1	
	Fear	3	14.3	2	9.5	
	Anything	1	4.8	0	0	
The effect of the fear of going to hell when not practicing worship	Strongly affects	13	61.9	10	47.6	.547[M]
	Slightly affects	7	33.3	8	38.1	
	Does not affect	1	4.8	3	14.3	
Belief and perception in life after death	Heaven and hell	21	100	21	100	-
	Reincarnation	0	0	0	0	
	Nothingness	0	0	0	0	
	State of sleep only	0	0	0	0	
Frequency of thinking about death	Every day	13	61.9	11	52.4	.727[M]
	Several times a week	7	33.3	7	33.3	
	Several times a month	1	4.8	3	14.3	
Belief that death is a transition to an eternal and better life	Yes	15	71.4	17	81.0	.525 (.469[χ^2])
	No	6	28.6	4	19.0	

Note. $n^1 = 21$, $n^2 = 21$. M = Mean, SD = Standard Deviation, χ^2 =Pearson Chi-square Test, [F] = Fisher Exact Test, [M] = Monte Carlo Simulation, t = Independent Sample test

No significant differences between the RCBT and CBT groups were found in terms of clinical diagnoses ($p > .05$) (see Table 4.3.).

Table 4.3. Comparison of Clinical Diagnoses

Diagnosis	RCBT[1]		CBT[2]		*χ2 (p)*
	n	*%*	*n*	*%*	
GAD	3	14.3	2	9.5	.746[M]
SAD	1	4.8	1	4.8	
GAD + SP	6	28.6	2	9.5	
GAD + SAD	1	4.8	1	4.8	
GAD + OCD	1	4.8	1	4.8	
GAD + MDD	0	0	2	9.5	
GAD + SP + MDD	3	14.3	2	9.5	
GAD + PD + MDD	1	4.8	1	4.8	
GAD + SAD + MDD	0	0	3	14.3	
GAD + SAD + MDD + OCD	1	4.8	0	0	
GAD + A + SP + OCD	0	0	1	4.8	
GAD + SP + PD + A	1	4.8	0	0	
PD	0	0	0	0	
PD + MDD	0	0	1	4.8	
PD + A	0	0	1	4.8	
PD +OCD	0	0	1	4.8	
SP + MD	2	9.5)	1	4.8	
OSAD	1	4.8)	1	4.8	

Note. $n^1 = 21$, $n^2 = 21$. χ^2 =Pearson Chi-square Test. Diagnoses were established using SCID. GAD = Generalized Anxiety Disorder, SP = Specific Phobia, PB = Panic Disorder, OCD = Obsessive Compulsive Disorder, MDD = Major Depression Disorder, AG = Agoraphobia, SAD = Social Anxiety Disorder, OSAD = Other Specified Anxiety Disorder. The "+" symbol indicated comorbidity, showing when participants met criteria for more than one diagnosis.

There were no significant differences between groups at baseline concerning dependent variables (see Table 4.4.), which suggests that randomization was successful. No statistically significant differences were observed between the groups at the baseline concerning GAD-7 score, t (40) = -0.876, p = .386, PHQ-9 score, t (40) = 0.035, p = .739, TDAS score, t (40) = 0.080, p = .937, MWBS score, t (40) = -0.155, p = .878, and BDJS score, t (40) = -1.281, p = .208. Additionally, the internal consistency of the measures was found to be satisfactory to excellent, with Cronbach's α coefficients ranging from .80 (PHQ-9) to .92 (TDAS). This finding serves to substantiate the reliability of the instruments utilized in the present study.

Table 4.4. Comparing Groups Regarding Baseline for Outcome Variables

Scale	Cronbach's α	RCBT[1]		CBT[2]		*t (40)*	*p*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
GAD-7	.818	11.050	3.570	12.100	4.158	-0.876	.386
PHQ-9	.798	12.710	4.692	12.240	4.516	0.035	.739
TDAS	.923	49.570	16.351	49.190	14.518	0.080	.937
MWBS	.837	34.520	5.335	34.810	6.555	-0.155	.878
BDJS	.871	92.190	6.720	89.240	8.148	1.281	.208

Note. $n^1 = 21$, $n^2 = 21$. t = independent sample t test, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, TDAS = Turkish Death Anxiety Scale, MWBS = Muslim Worship and Belief Scale Short Form, BDJS = The Belief in a Day of Judgment Scale

4.3. Baseline Comparisons of Death Anxiety and Psychological Measures Across Ages

Several significant differences exist across the age groups. A significant difference in total scores on the TDAS was identified, F (2, 39) = 4.561, p = .017, η^2 = .190. Early midlife adults demonstrated the highest levels (M = 53.710, SD = 13.969), followed by young adults (M = 49.680, SD = 14.599), whereas late midlife adults showed markedly lower levels (M = 26.670, SD = 7.024). For one of the subscales of TDAS exposure to death score, significant group differences were identified, F (2, 39) = 3.471, p = .041, η^2 = .151. Early midlife adults demonstrated the highest mean scores (M = 16.790, SD = 5.632), while young adults exhibited intermediate levels (M = 13.760, SD = 7.726), and late midlife adults displayed substantially lower mean scores (M = 5.330, SD = 4.041). A similar pattern was identified in the other subscales of TDAS agony of death score, F (2, 39) = 4.054, p = .025, η^2 = .172, where early midlife (M = 8.570, SD = 2.503) and young adults (M = 7.880, SD = 3.180) reported higher levels than late midlife adults (M = 3.330, SD = 1.528). Furthermore, substantial discrepancies were identified in the BDJS, F (2, 39) = 4.526, p = .017, η^2 = .188. Early midlife adults demonstrated the highest mean scores (M = 93.290, SD = 4.340), followed by young adults (M = 90.560, SD = 8.140). In contrast, late midlife adults exhibited significantly lower levels of engagement (M = 80.000, SD = 5.000). In contrast, no significant age group differences emerged for the GAD-7, F (2, 39) = 0.213, p = .809, η^2 = .011, PHQ-9, F (2, 39) = 0.502, p = .609, η^2 = .025, the last subscales of TDAS ambiguity of death score, F (2, 39) = 2.009, p = .148, η^2 = .093,

and MWBS (F (2, 39) = 0.337, p = .716, η^2 = .017). The findings indicate that late midlife adults consistently reported lower levels of DA and religious belief in comparison with young and early midlife adults (see Table 4.5.).

Table 4.5. Baseline Comparisons of Death Anxiety and Psychological Measures Across Ages

	Young Adults[1]		Early Midlife[2]		Late Midlife[3]		F	p	n^2
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*(2,41)*		
GAD-7	11.880_a	3.972	11.210_a	4.003	10.670_a	3.055	0.213	.809	.011
PHQ-9	13.040_a	4.800	11.500_a	4.183	12.330_a	4.933	0.502	.609	.025
TDAS	49.680_a	14.599	53.710_a	13.969	26.670_b	7.024	4.561	.017	.190
Ambiguity of Death	28.040_a	8.571	28.360_a	8.854	18.000_a	2.646	2.009	.148	.093
Exposure to Death	13.760_a	7.726	16.790_a	5.632	5.330_b	4.041	3.471	.041	.151
Agony of Death	7.880_a	3.180	8.570_a	2.503	3.330_b	1.528	4.054	.025	.172
MWBS	34.600_a	6.788	34.210_a	4.388	37.330_a	4.933	0.337	.716	.017
BDJS	90.560_a	8.140	93.290_a	4.340	80.000_b	5.000	4.526	.017	.188

Note. n^1 = 25, n^2 = 14, n^3 = 3. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, TDAS = Turkish Death Anxiety Scale, MWBS = Muslim Worship and Belief Scale Short Form, BDJS = The Belief in a Day of Judgment Scale. Subscales of TDAS include Ambiguity of Death, Exposure to Death, and Agony of Death. p = One Way ANOVA. Ages were defined as 18–29 = young adults; 30–44 = early midlife; 45–59 = late midlife.

4.4. Intervention Effects on Outcome Variables

The Intention-to-Treat (ITT) analysis encompasses all randomized participants (RCBT = 21, CBT = 21), with missing post-test and follow-up data imputed using the Last Observation Carried Forward (LOCF) method. Then, a two-way mixed ANOVA was conducted to examine the effects of group (RCBT vs. CBT) and time (pre-test, post-test, follow-up) on the outcome variables. The findings revealed that the main effect of time on GAD-7 scores was significant, F (2, 80) = 24.617, p < .001, η^2 = .381, indicating that anxiety symptoms decreased across the measurements. GAD-7 scores in both the RCBT and CBT groups were higher at pre-test (RCBT: M = 11.050, SD = 3.570; CBT: M = 12.100, SD = 4.158) than at post-test (RCBT: M = 6.810, SD = 3.710; CBT: M = 9.290, SD = 3.977) and follow-up (RCBT: M = 7.760, SD = 2.791; CBT: M = 8.190, SD = 3.516). Meanwhile, the main effect of group was not significant, F (1,

40) = 2.147, p = .151, η^2 = .051. The Group × Time interaction also was not significant, F (2, 80) = 1.606, p = .207, η^2 = .039, suggesting that the change pattern over time was similar between groups. Pairwise comparisons indicated no baseline differences (p = .386) and no significant differences at follow-up (p = .664). However, post-test scores were lower in the RCBT group compared to the CBT group (p = .043). Post hoc Bonferroni tests confirmed significant reductions from pre- to post-test (RCBT: p < .001; CBT: p = .002) and from pre-test to follow-up (RCBT: p < .001; CBT: p < .001), but no significant difference between post-test and follow-up (RCBT: p = .853; CBT: p = .658) (see Table 4.6. and Figure 4.1.).

The findings demonstrated that the main effect of time on PHQ-9 scores was significant, F (2, 80) = 15.931, p < .001, η^2 = .285. PHQ-9 scores in both the RCBT and CBT groups were higher in the pre-test (RCBT: M = 12.710, SD = 4.692; CBT: M = 12.240, SD = 4.516) than in the post-test (RCBT: M = 8.050, SD = 6.168; CBT: M = 10.520, SD = 6.470) and follow-up (RCBT: M = 8.050, SD = 3.956; CBT: M = 9.430, SD = 5.887). In contrast, the main effect of the group was not significant, F (1, 40) = 0.617, p = 0.437, η^2 = 0.015. The Group × Time interaction was not significant, F (2, 80) = 2.177, p = .120, η^2 = .052, indicating that the pattern of change over time was similar across groups. Pairwise comparisons revealed no baseline differences (p = .739), post-test differences (p = .212), or follow-up differences (p = .378) between groups. Post hoc Bonferroni tests confirmed significant reductions from pre- to post-test (p < .001) and from pre-test to follow-up (p < .001), but no difference between post-test and follow-up (p = 1.000) for RCBT. For CBT, post hoc Bonferroni tests revealed no significant difference between pre- and post-test (p = .272) or between post-test and follow-up (p = .915), but a significant reduction from pre-test to follow-up (p = .021) (see Table 4.6. and Figure 4.2.).

The findings revealed that the main effect of time on TDAS score was significant, F (1.71, 68.53) = 39.793, p < .001, η^2 = .499, indicating reductions in DA symptoms across measurements. The TDAS scores in both the RCBT and CBT were higher in the pre-test (RCBT: M = 49.570, SD = 16.351; CBT: M = 49.190, SD = 14.518) than in the post-test (RCBT: M = 37.480, SD = 13.370; CBT: M = 35.950, SD = 16.675) and follow-up (RCBT: M = 32.710, SD = 15.653; CBT: M = 32.860, SD = 16.347). In contrast, the main effect of group was not significant, F (1, 40) = 0.019, p = .890, η^2 =

.000. The Group × Time interaction did not reach significance, F (1.71, 68.53) = 0.096, p = .881, η^2 = .002, suggesting that the pattern of change over time did not differ meaningfully between groups. Pairwise comparisons showed no baseline differences (p = .937), post-test (p = .746), and follow-up (p = .977) between groups. Post hoc Bonferroni comparisons confirmed significant reductions between pre- and post-test (RCBT: p < .001; CBT: p < .001) and between pre-test and follow-up (RCBT: p < .001; CBT: p < .001), but not between post-test and follow-up (RCBT: p = .090; CBT: p = .455) (see Table 4.6. and Figure 4.3.).

The findings demonstrated that the main effect of time on one of the subscales of TDAS, ambiguity of death score was significant, F (2, 80) = 35.369, p < .001, η^2 = .469. The TDAS ambiguity of death scores in both the RCBT and CBT were higher in the pre-test (RCBT: M = 27.480, SD = 9.212; CBT: M = 27.380, SD = 8.328) than in the post-test (RCBT: M = 21.670, SD = 8.363; CBT: M = 21.140, SD = 9.774) and follow-up (RCBT: M = 17.670, SD = 9.926; CBT: M = 19.240, SD = 9.343). In contrast, the main effect of group was not significant, F (1, 40) = 0.016, p = .901, η^2 = .000. The Group × Time interaction did not reach significance, F (2, 80) = 0.518, p = .598, η^2 = .013, suggesting that the pattern of change over time did not differ meaningfully between groups. Pairwise comparisons showed no baseline differences (p = .972), post-test (p = .853), and follow-up (p = .600) between groups. Post hoc Bonferroni comparisons confirmed significant reductions between pre- and post-test (p = .001), pre-test and follow-up (p < .001), and post-test and follow-up (p = .013) for RCBT. Post hoc Bonferroni comparisons showed significant reductions between pre- and post-test (p < .001), and between pre-test and follow-up (p < .001); but not post-test and follow-up (p = .475) for CBT (see Table 4.6. and Figure 4.4.).

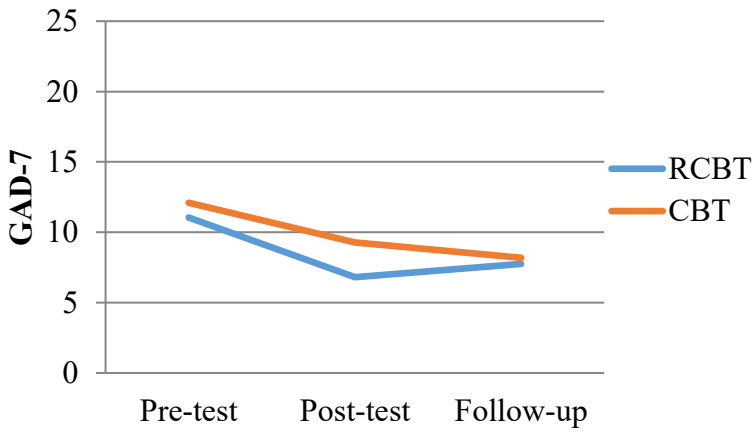


Figure 4.1. Comparing Conditions Over Time on GAD-7

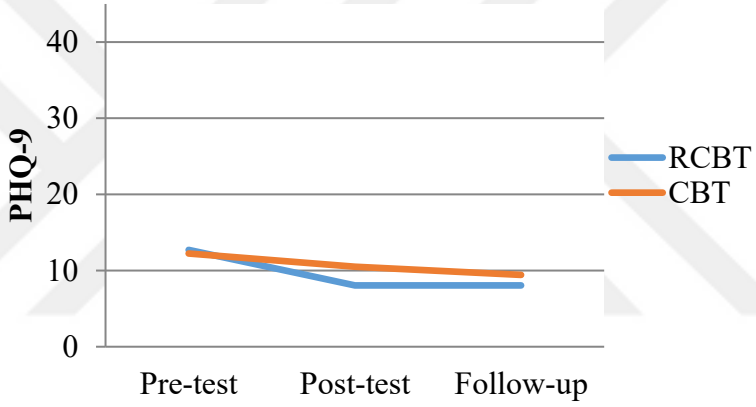


Figure 4.2. Comparing Conditions Over Time on PHQ-9

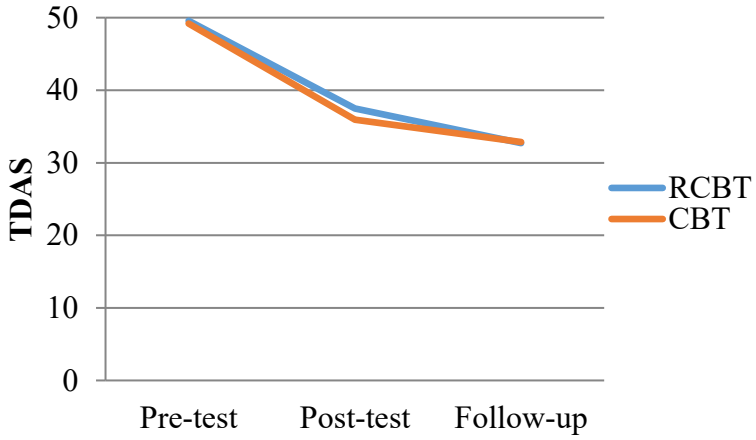


Figure 4.3. Comparing Conditions Over Time on TDAS

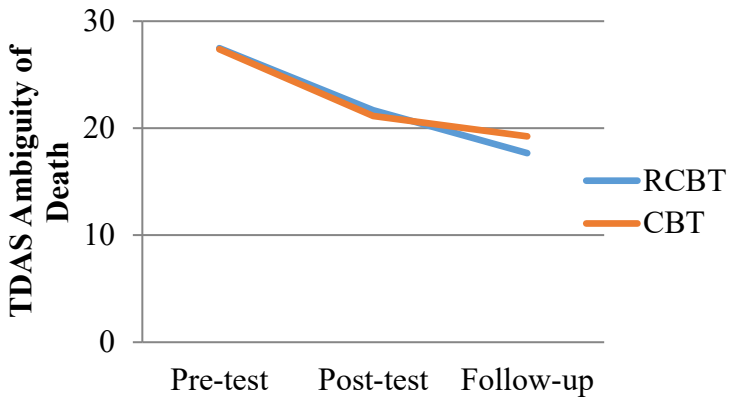


Figure 4.4. Comparing Conditions Over Time on TDAS Ambiguity of Death

The findings demonstrated that the main effect of time on the second subscale of TDAS, exposure to death score was significant, F (1.54, 61.67) = 20.176, $p < .001$, $\eta^2 = .335$. The TDAS exposure to death scores in both the RCBT and CBT were higher in the pre-test (RCBT: $M = 14.380$, $SD = 7.365$; CBT: $M = 13.950$, $SD = 7.500$) than in the post-test (RCBT: $M = 9.950$, $SD = 5.670$; CBT: $M = 9.190$, $SD = 5.887$) and follow-up (RCBT: $M = 9.860$, $SD = 6.460$; CBT: $M = 8.480$, $SD = 6.306$). In contrast, the main effect of group was not significant, F (1, 40) = 0.238, $p = .628$, $\eta^2 = .006$. The Group × Time interaction did not reach significance, F (1.54, 61.67) = 0.153, $p = .803$, $\eta^2 = .004$, suggesting that the pattern of change over time did not differ meaningfully between groups. Pairwise comparisons showed no baseline differences ($p = .853$), post-test ($p = .672$), and follow-up ($p = .487$) between groups. Post hoc Bonferroni comparisons confirmed significant reductions between pre- and post-test (RCBT: $p = .009$; CBT: $p = .005$) and between pre-test and follow-up (RCBT: $p = .007$; CBT: $p < .001$), but not between post-test and follow-up (RCBT: $p = 1.000$; CBT: $p = 1.000$) (see Table 4.6. and Figure 4.5.).

The findings demonstrated that the main effect of time on the third subscale of TDAS, agony of death score was significant, F (1.70, 67.85) = 21.387, $p < .001$, $\eta^2 = .348$ (see Table 4.6. and Figure 4.6.). The TDAS agony of death scores in both the RCBT and CBT were higher in the pre-test (RCBT: $M = 7.710$, $SD = 3.101$; CBT: $M = 7.860$, $SD = 3.198$) than in the post-test (RCBT: $M = 5.860$, $SD = 2.726$; CBT: $M = 5.620$, $SD = 3.626$) and follow-up (RCBT: $M = 5.190$, $SD = 2.977$; CBT: $M = 5.140$, $SD = 3.336$). In contrast, the main effect of group was not significant, F (1, 40) = 0.003, $p = .956$,

$\eta^2 = .000$. The Group × Time interaction did not reach significance, F (1.70, 67.85) = 0.102, $p = .872$, $\eta^2 = .003$, suggesting that the pattern of change over time did not differ meaningfully between groups. Pairwise comparisons showed no baseline differences ($p = .884$), post-test ($p = .811$), and follow-up ($p = .961$) between groups. Post hoc Bonferroni comparisons confirmed significant reductions between pre- and post-test (RCBT: $p = .028$; CBT: $p = .006$) and between pre-test and follow-up (RCBT: $p < .001$; CBT: $p < .001$), but not between post-test and follow-up test (RCBT: $p = .459$; CBT: $p = .913$) (see Table 4.6. and Figure 4.6.).

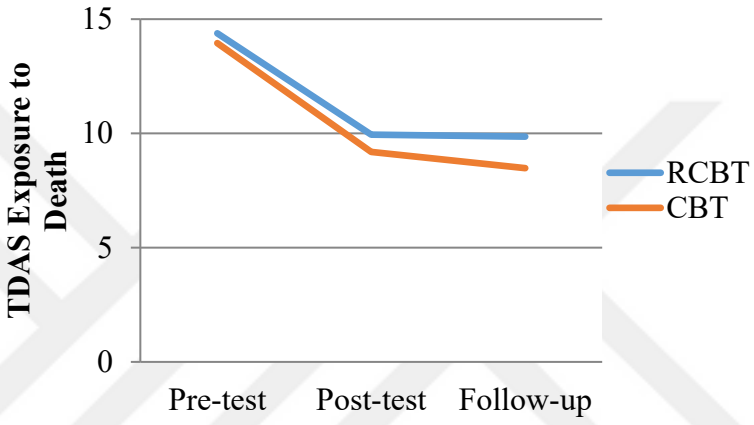


Figure 4.5. Comparing Conditions Over Time on TDAS Exposure to Death

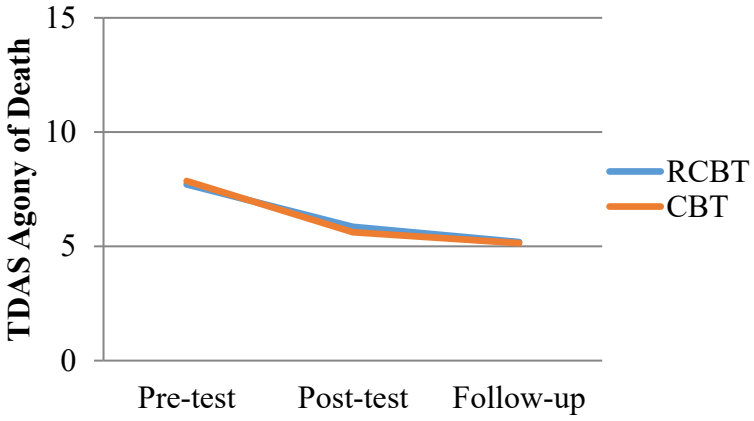


Figure 4.6. Comparing Conditions Over Time on TDAS Agony of Death

Table 4.6. Results of Pre-Test, Post-Test, and Follow-up Measures, and Effectiveness of RCBT Compared to CBT

Analysis	Scales and Groups:		Pre-test		Post-test		Follow-up		Group X Time interaction*			Other p-values	
			M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*p*	η^2	Group	Time
ITT Analysis	GAD-7	RCBT	11.050	3.570	6.810	3.710	7.760	2.791	1.606	.207	.039	.151	<.001
		CBT	12.100	4.158	9.290	3.977	8.190	3.516					
	PHQ-9	RCBT	12.710	4.692	8.050	6.168	8.050	3.956	2.177	.120	.052	.437	<.001
		CBT	12.240	4.516	10.520	6.470	9.430	5.887					
	TDAS	RCBT	49.570	16.351	37.480	13.370	32.710	15.653	0.096	.881	.002	.890	<.001
		CBT	49.190	14.518	35.950	16.675	32.860	16.347					
	Ambiguity of Death	RCBT	27.480	9.212	21.670	8.363	17.670	9.926	0.518	.598	.013	.901	<.001
		CBT	27.380	8.328	21.140	9.774	19.240	9.343					
	Exposure to Death	RCBT	14.380	7.365	9.950	5.670	9.860	6.460	0.153	.803	.004	.628	<.001
		CBT	13.950	7.500	9.190	5.887	8.480	6.306					
	Agony of Death	RCBT	7.710	3.101	5.860	2.726	5.190	2.977	0.102	.872	.003	.956	<.001
		CBT	7.860	3.198	5.620	3.626	5.140	3.336					

Table 4.6. (cont.)

Per-Protocol Analysis	GAD-7	RCBT	11.130	3.948	7.060	4.203	7.810	3.060	1.082	.345	.034	.226	<.001
		CBT	12.590	4.445	9.470	4.361	8.120	3.855					
	PHQ-9	RCBT	13.000	5.203	7.810	6.666	8.130	4.380	1.960	.150	.059	.447	<.001
		CBT	12.590	4.664	10.880	7.035	9.530	6.414					
	TDAS	RCBT	51.940	16.663	39.310	13.027	34.500	14.787	0.113	.849	.004	.412	<.001
		CBT	49.590	13.523	34.820	13.547	31.000	12.565					
	Ambiguity of Death	RCBT	28.310	8.979	23.190	7.867	18.620	9.344	0.482	.620	.015	.485	<.001
		CBT	27.060	7.709	20.120	7.729	17.760	6.572					
	Exposure to Death	RCBT	15.250	7.853	9.940	6.093	10.380	7.182	0.239	.713	.008	.670	<.001
		CBT	14.710	7.768	9.530	5.864	8.650	6.422					
	Agony of Death	RCBT	8.380	2.802	6.190	2.738	5.500	2.828	0.125	.882	.004	.323	<.001
		CBT	7.820	3.187	5.180	3.026	4.590	2.451					

Note. η^2 = effect size, df = Degrees of freedom, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, TDAS = Turkish Death Anxiety Scale, MWBS = Muslim Worship and Belief Scale Short Form, BDJS = The Belief in a Day of Judgment Scale. Subscales of TDAS include Ambiguity of Death, Exposure to Death, and Agony of Death. The Intention-to-Treat (ITT) analysis includes all randomized participants ($n_{RCBT} = 21$, $n_{CBT} = 21$), with missing post-test and follow-up data imputed using the Last Observation Carried Forward (LOCF) method. Per-protocol analysis includes participants who attend at least four therapy sessions. P values of group by time interaction obtained from two-way mixed repeated measure ANOVA. A Bonferroni adjustment was conducted for multiple comparisons.

An ANCOVA was conducted to compare post-test GAD-7 scores between the RCBT and CBT groups while controlling for MWBS and BDJS. Results showed that, after adjusting for covariates, there was a significant difference between the groups, F (1, 38) = 7.068, p = .011, η^2 = .157. Specifically, participants in the RCBT group reported lower post-test anxiety scores (M = 6.810, SD = 3.710) compared to those in the CBT group (M = 9.290, SD = 3.977). In contrast, the analysis for PHQ-9, TDAS, TDAS ambiguity of death, TDAS exposure to death, and TDAS agony of death revealed no significant group differences after covariate adjustment (relatively, p = .147, p = .964, p = .978, p = .876, p = 1.000) (see Table 4.7.).

Table 4.7. Results of Pre-Test and Post-Test Measures with Covariate Adjustment: Effectiveness of RCBT Compared to CBT

Covariant: MWBS and BDJS	Condition: RCBT[1], CBT[2]	Pre-test measures		Post-test measures				
		M	*SD*	*M*	*SD*	*F (1, 38)*	*p*	η^2
GAD-7	RCBT	11.050	3.570	6.810	3.710	7.068	.011	0.157
	CBT	12.100	4.158	9.290	3.977			
PHQ-9	RCBT	12.710	4.692	8.050	6.168	2.192	.147	0.055
	CBT	12.240	4.516	10.520	6.470			
TDAS	RCBT	49.570	16.351	37.480	13.370	0.002	.964	0.000
	CBT	49.190	14.518	35.950	16.675			
Ambiguity of Death	RCBT	27.480	9.212	21.670	8.363	0.001	.978	0.000
	CBT	27.380	8.328	21.140	9.774			
Exposure to Death	RCBT	14.380	7.365	9.950	5.670	0.025	.876	0.001
	CBT	13.950	7.500	9.190	5.887			
Agony of Death	RCBT	7.710	3.101	5.860	2.726	0.000	1.000	0.000
	CBT	7.860	3.198	5.620	3.626			

Note. η^2 = effect size, df = Degrees of freedom, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, TDAS = Turkish Death Anxiety Scale, MWBS = Muslim Worship and Belief Scale Short Form, BDJS = The Belief in a Day of Judgment Scale. Subscales of TDAS include Ambiguity of Death, Exposure to Death, and Agony of Death. Means are adjusted for baseline covariates, MWBS, and BDJS. P-values derived from ANCOVA.

CHAPTER V

DISCUSSION

This study aimed to develop an RCBT-based intervention targeting DA among individuals diagnosed with anxiety disorders, evaluate its effectiveness compared to a classical CBT-based intervention, and examine the effects of both treatments on DA as well as anxiety and depression symptoms. This trial offers a unique contribution to the field in several ways. First, it is the initial randomized controlled trial of a CBT-based intervention designed specifically to reduce DA, carried out in a structured group therapy format. Unlike earlier CBT interventions for DA, this is the first protocol to address beliefs about the afterlife within a CBT framework systematically. Second, and most importantly, this study is the first to develop and examine an RCBT-based protocol for DA, representing an innovation for both the DA and RCBT literature. It is also the first randomized controlled trial to directly compare a newly developed RCBT-based intervention with a classical CBT-based intervention for reducing DA, as well as anxiety and depression symptoms.

In this section, the research has been expanded and explored in relation to extant literature. Finally, the limitations of the current study are presented, along with suggestions for future research.

5.1. Evaluation of Factors and Demographic Variables Correlated with Death Anxiety

Current findings align with observations indicating that DA is not limited to older adults and may even be lower in this population (Cicirelli, 2001; Gesser et al., 1988; Ens & Bond, 2005; Russac et al., 2007). In the current sample, the lowest levels of DA were seen in the late midlife, especially regarding direct exposure to death and anticipated dying-related distress, while perceptions of the ambiguity of death remained consistent across age groups. This pattern likely reflects the difference

between general fear of death and the anticipatory nature of DA, with the latter being a more subtle, less tangible form of concern. Because adults have faced the death of loved ones numerous times throughout their lives or observed their own selves changing over the years, these factors may have helped them to accept death more fully. Consequently, they may be less anxious about the pain of death. However, studies in this area have shown mixed results. Some studies show that DA decreases with age (Suhail & Arkam, 2002; Taghiabadi et al., 2017), while others have not found any correlation between them (Hökelekli, 1992; Yıldız, 1998; Templer, 1970). There may be several reasons for this discrepancy in the literature. These reasons include differences in the samples, measurement tools used, or other cultural differences. Future research could conduct comparative studies using standardized measurement tools and including different samples of older adults for more definitive results. Culture can be an important determinant in this regard, as the economic status, healthcare systems, relationships between people, societies' perspectives on age stages, and expectations of adults in different cultures can influence how an adult perceives the approach to death (Chopik, 2017; Fortner et al., 2000). For example, in some collectivist societies, the strength of social ties towards older people, coupled with emotional support, may lead to lower DA. However, in some individualistic societies, when aging is accompanied by greater loneliness, this can also influence older people's thoughts about death. Or, while in some developed societies, aging is associated with exploring the world, resting, and traveling, in developing or underdeveloped societies, individuals may retire at an early age, withdrawing from society and productivity at an early age. They can be considered a sample of people who anticipate death at an earlier age. However, consistent with the current results, DA may actually decrease with aging, and DA may be higher in individuals at an earlier age compared to older adults (Kajbaf et al., 2016; Kashmari et al., 2024; Nejad-Ebrahim Soumee et al., 2024; Nozari et al., 2019). Therefore, DA is not unique to aging; specific intervention models that incorporate cultural factors that address the needs of older adults and other age groups are needed.

Another important sociodemographic factor besides age is gender. Because the current study included only five male participants, no conclusions can be reached as to whether DA levels differ directly based on gender. However, previous studies examining this issue, conducted in different countries, have reported that women report higher levels

of DA than men (Abdel-Khalek & Al-Kadari, 2007; Bulut & Yıldız, 2017; Robah, 2017; Zhang et al., 2025). In contrast, there is also one study reporting that gender makes no difference (Chopik, 2017). Considering all these results and the fact that only five male participants were present in the current study, the following interpretation can be made. In Türkiye, men are generally identified with power and are often encouraged to suppress their emotions. Therefore, participating in such group therapy and sharing their anxieties and vulnerabilities is not always easy. Conversely, women are more encouraged to express and share their feelings (Vovwinckel et al., 2019; Özateşler-Ülkücan, 2024). This difference may explain the greater participation of women, but the question of whether women experience higher levels of DA than men remains unanswered. Future studies with equal samples and considering cultural factors are needed.

Another important point to address is sample size and characteristics. A review of the literature revealed very few studies addressing Da in clinical samples, and even those studies had very small sample sizes. A recent systematic review identified only five clinical studies, with sample sizes ranging from 8 to 20. Due to the small number of participants, statistical results are presented only in percentages (Kavla & Uysal, 2025). The fact that the current study, conducted with 42 participants and a randomized controlled design, represents a pioneering study in this regard. Regarding the diagnostic sample, while the previous studies frequently include OCD, GAD, and IAD, the current study included participants with these and other anxiety disorders, such as AG, SP, and SAD, as well as comorbid MDD. This further added diagnostic richness to the study. Furthermore, DA is observed at high levels in many diagnostic groups, highlighting the importance of considering DA as a transdiagnostic concept.

When the current sample was examined in terms of clinical characteristics, 32 of the 42 participants were diagnosed with GAD. The finding is consistent with the literature. All these findings point to a high-level relationship between GAD and DA (Dursun et al., 2022; Fattah et al., 2021). Studies investigating what predicts this relationship suggest the following. For example, one study found that being younger and experiencing losses predicted higher levels of DA in those diagnosed with GAD (Mirhosseini et al., 2021). Another study found that resilience, or meaning in life, prevents people with GAD from developing DA, acting as a protective mechanism

(Dursun et al., 2022). However, another study found that the coexistence of GAD and DA poses a risk for PTSD or depression, particularly in at-risk groups or in crisis (Bergman et al., 2025). All these results point to the importance of treating DA in people with GAD; if DA is added to treatment, it may lead to higher levels of mental health (Loughan et al., 2020).

5.2. Effects of RCBT and Classical CBT Interventions on General Anxiety and Depression

Studies comparing RCBT and CBT generally show that these comparisons are conducted on individuals with depression or medical illnesses. These studies demonstrate that RCBT is as effective as CBT and may even be superior in some aspects. For example, one study showed that RCBT is as effective as CBT in reducing depression and suicidal thoughts (Ramos et al., 2017). Another study with patients who have had a bypass showed that both RCBT and CBT demonstrated the same level of effectiveness as differential therapy (Hosseini et al., 2017). Another study found that both therapies increased optimism to the same extent, but RCBT produced additional improvement, particularly for spiritual difficulties, which may increase treatment engagement, particularly for religious participants (Koening et al., 2015a, 2015b; Liu, 2022; Pearce & Koenig, 2016). All these findings suggest that RCBT is as effective as CBT and may even offer additional advantages, especially for religious participants. However, there are very limited studies comparing these two treatment methods for anxiety disorders. This study, for the first time, examined the effects of these treatments on DA.

The current study is the first to examine whether RCBT is as effective as CBR in reducing anxiety and depression, and to examine this effect by targeting DA. Achieving such success with just seven weeks of group therapy in a sample with high comorbidity, and the fact that the group therapy included DA, is particularly valuable. The findings are consistent with the literature. The current study found RCBT to be as effective as CBT and even identified some advantages over RCBT. For example, in pairwise comparisons, depression scores decreased for the RCBT group from both pretest to posttest and posttest to follow-up, while this decrease was only seen in the CBT group from pretest to follow-up. This difference suggests that RCBT provides

faster results in reducing depression compared to CBT. Rapid reduction is especially important in severe and critical depression situations. RCBT may be a better option in such situations. Furthermore, although the study focused solely on DA, the reduction in clinical anxiety and depression scores supports the literature. DA may be a transdiagnostic construct and, when addressed in different diagnostic groups, may reduce other anxiety and depression symptoms in individuals (Blass, 2014; Hall, 1915; Zuccala et al., 2022).

This study used the GAD-7 to measure anxiety symptoms. 32 of the 42 participants met the criteria for GAD diagnosis. One important and unanswered question in the literature was whether individuals receiving treatment only for DA would also reduce their clinical diagnoses. This decrease in the GAD-7 scores of the 32 individuals confirmed that their diagnostic symptoms also decrease as their DA decreases. However, because the study did not utilize a measurement tool specific to social anxiety disorder or panic disorder, it remains unanswered whether clinical symptoms decrease as DA decreases in these diagnostic groups. In the literature to date, only one study assessed the samples' clinical diagnosis, diagnosed OCD, and examined the reduction in DA along with the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). However, an examination of the protocol for this study reveals that the protocol was a classic ACT protocol, with no content specifically designed for DA (Davazdahemami et al., 2020). Therefore, this study was the first to examine whether DA-related content also alters individuals' diagnostic symptoms. This study highlights the importance of addressing DA, particularly when treating GAD, and may even shed light on the significance of addressing GAD relapses despite successful treatment or those who have received medication for years without benefit.

5.3. Effects of RCBT and Classical CBT Intervention on Death Anxiety

Although not in clinical samples, various treatment methods have been used to reduce DA in different samples and have been found effective, including narrative therapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), positive psychotherapy, and existential approach (Kashmari et al., 2024; Kajbaf et al., 2016; Nejad-Ebrahim Soumee et al., 2024; Nozari et al., 2019). However, since none of these studies were conducted in a clinical sample, no conclusion can be drawn directly as to which therapy method is

more effective in reducing DA in a clinical sample. A small number of studies have investigated the effects of CBT-based online programs, ACT-based interventions, and Religious or Spiritual Integrated Therapy (RSIT) on DA (Dadfar et al., 2023; Davazdahemami et al., 2020; Menzies et al., 2021b; Menzies et al., 2023). While interventions reported in the literature have yielded positive results, a significant portion of these studies are methodologically limited. In particular, the lack of control groups, relatively small sample sizes, and the limitation of assessments to specific diagnostic areas weaken the generalizability of the findings. Additionally, the absence of follow-up measures in most studies makes it difficult to comment on the lasting effects of the interventions. Furthermore, in RSIT studies, the lack of sufficiently clear details regarding how religious and spiritual components are structured makes it difficult to discern the specific contributions of religiously integrated approaches to anxiety symptoms (Dadfar et al., 2023). This current study, however, adopted a conscious methodological choice to address these limitations. Participants with DSM diagnoses confirmed through structured clinical interviews were studied, and a specific CBT protocol directly targeting anxiety disorders was applied. The therapeutic process was conducted with a therapist and co-therapists, maintaining a structure close to clinical practice. This preference seems particularly significant considering that anxiety disorders often follow a chronic course, have a high tendency towards relapse, and that transitions between diagnoses are frequent over time (Michael et al., 2007). These findings give rise to a significant question, including whether current treatments address individuals' fundamental existential fears, particularly DA. Consequently, the integration of DA-focused components into treatments may help to achieve more comprehensive and constant effects in anxiety disorders (Egan et al., 2011; Freire & Nardi, 2023; Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2009; Kim et al., 2023; Lorimer et al., 2021; Menzies et al., 2019; Menzies & Menzies, 2023; Roscoe, 2019; Scholten, 2017; Solis et al., 2021; Vervliet et al., 2013).

This study also examined, for the first time, the effects of treatment for DA with a three-month follow-up test. The results demonstrated that the treatments' effect persists even after three months. This is a significant contribution to the literature because, even if some momentary improvements are experienced, this well-being may not be maintained even after a successful treatment. Furthermore, because the sample was also equated with respect to religious beliefs, this study, for the first time,

precludes comparisons with the literature. In this current study, the sample receiving both treatments was equated with respect to religious parameters and randomized accordingly. The religious parameters included in the treatment were described in detail. The new RCBT-based treatment, with its samples' diagnosis and treatments' content clearly defined, and religious parameters, particularly those related to belief in the afterlife, were compared and examined in this study with CBT. With all these innovations, it makes a pioneering contribution to the literature.

When examining DA levels and their subdimensions, the present study fills a significant gap in the literature, as the effectiveness of RCBT for DA had not been previously investigated. Prior research on CBT for DA is extremely limited, with only two studies conducted via an online application; thus, the present study represents the first investigation of both CBT and RCBT delivered in a live therapeutic setting with the presence of a therapist. Both interventions led to a significant decrease in symptoms at post-test and three-month follow-up, highlighting the clinical relevance of these findings for both CBT and RCBT literature. Notably, this is also the first application of RCBT in a Muslim sample with a focus on beliefs about the afterlife. As hypothesized, the findings show that RCBT was as effective as CBT. This shows that incorporating religious components into classical treatments does not reduce treatment effectiveness. In fact, there are even subtle nuances favoring RCBT. One of these is that the RCBT group had significantly lower general anxiety scores in the post-test phase compared to the CBT group. Similarly, in pairwise comparisons, depression scores decreased in the RCBT group in the post-test phase, and this decrease was maintained in the follow-up. However, no decrease was observed in the CBT group in the post-test phase. RCBT may be a better option, especially in high-risk situations requiring rapid treatment for depression. Finally, particularly regarding the uncertainty of death, the significant decrease observed in the RCBT group in the post-test continued significantly in the follow-up test, while no significant decrease was detected between the post-test and follow-up test in the CBT group. All these nuances are preliminary contributions as they are not based on information previously presented in the literature.

However, examining the lack of major differences between the two treatments may have several causes. First, all participants shared the same religious background.

Although the CBT sessions did not explicitly include religious content, their Muslim background led them to spontaneously refer to religious concepts such as trust in Allah and belief in the afterlife when speaking or commenting. Even when such moments were quickly addressed without deepening by the therapist, this effect could not be completely eliminated, and the complete absence of religious mentions by participants could not be entirely controlled. Another reason is that the equal session durations (90 minutes each) provided sufficient time for the application and reinforcement of CBT techniques. Participants in the RCBT group positively evaluated the inclusion of religious resources in the therapy process; they consistently stated that they felt safer and understood. These findings suggest that CBT and RCBT are similarly effective in reducing DA, but the addition of religious elements may increase the meaning participants attribute to therapy and their engagement in the process without altering the statistical results. One possible reason for this is the difficulty in reliably assessing the extent to which religious components are internalized and incorporated into daily life. Concepts such as trust in God, gratitude, belief in the afterlife, and acceptance of divine destiny are inherently subjective and abstract experiences, making them difficult to directly observe or quantitatively measure. Although these principles were addressed in the sessions, it was not possible to systematically determine the extent to which participants adopted them for therapeutic purposes. However, the similar clinical outcomes obtained between CBT and RCBT indicate that the addition of religious elements to therapy does not reduce effectiveness. On the contrary, RCBT appears to be at least as effective as CBT. Furthermore, this approach has the potential to facilitate the help-seeking process for religious individuals who may be hesitant to seek psychotherapy, and offers a more culturally inclusive intervention framework (Koenig et al., 2015a; 2015b).

While the relationship between religiosity and mental health has been previously examined, particularly in the context of anxiety and depression, no study directly addresses its moderating role on GAD within the framework of CBT and RCBT. Current findings suggest that religiosity may serve a protective function against anxiety in some contexts (Mahamid et al., 2023; Saeidi & Hamidi, 2023; Sukeri et al., 2024; Ul Haq & Mariyati, 2024); however, negative religious coping styles or cultural pressures may reverse this effect (Li et al., 2024; Tan et al., 2020). In this study, when religiosity was included as a covariate in the model, a significant difference emerged

in GAD levels between RCBT and CBT, with results favoring RCBT. This finding suggests that integrating religious resources into the therapy process can enhance effectiveness, particularly in individuals with high levels of religiosity, by intervening more aligned with their belief system. In contrast, while classical CBT is effective, it does not directly activate these internal religious frameworks (Pearce et al., 2015; Sharifi et al., 2023).

A final point to consider when evaluating treatment effects is the analysis used. While randomized controlled trials (RCTs) are considered one of the most scientific methods, the analysis used in such a study is crucial (Grossman & Mackenzie, 2005). The reliability of results in RCT depends on maintaining the prognostic balance provided by randomization. McCoy (2017) emphasizes that this balance can only be maintained by analyzing all participants according to their initial assignment to the groups, using the ITT principle. Excluding participants who drop out, do not adhere to treatment, or do not complete follow-up measurement, as in per-protocol analysis, can cause systematic differences between groups and lead to biased results. Therefore, the type of analysis chosen in an RCT is vital for assessing the effect of the treatment. In the current study, the absences after randomization did not disrupt the prognostic balance, resulting in similar ITT and per protocol analyses. This was achieved thanks to the low dropout rate and good participant balance between RCBT and CBT. This also indicated that losses did not skew the results, which is also a strength of the study. Shao and Zhong (2003) examined the statistical effects of handling missing data using the LOCF method in studies and demonstrated that the LOCF approach is valid even in cases of dropouts, particularly in studies with two groups and equal sample sizes. Therefore, when both findings regarding the importance of the ITT principle and the results regarding the validity of LOCF in balanced two-group designs are considered together, it can be concluded that, despite missing follow-up data, the current study results maintained the balance achieved by randomization (Andrade, 2022; McCoy, 2017; Shao & Zhong, 2003).

5.4. Culturally and Religiously Sensitive Interventions in Türkiye

Studies on DA in Türkiye provide important insights into the psychological challenges faced by different groups, including those with chronic illnesses, healthcare workers,

and caregivers (Aydin & Fidan, 2021; Koca et al., 2019). However, this is the initial study in Türkiye to develop and examine a classical CBT and an RCBT-based intervention specifically aimed at DA in people with diagnosed anxiety disorders. While CBT interventions have been adapted in Türkiye to address various psychological issues, such as among earthquake survivors (Çınaroğlu, 2024), substance misuse (Ögel & Coskun, 2011), and trauma-affected Syrian refugee children (Gormez et al., 2017), DA has not previously been targeted by a CBT-based approach. Previous studies conducted in Turkey have been limited to describing the relationships between anxiety disorders and variables such as death awareness, insomnia, life satisfaction, and general mental health, and have not included direct therapeutic interventions (Aydin & Fidan, 2021; Çakmak et al., 2015; Çiftçi et al., 2024; Koç & Başgöl, 2022). The current study addresses this gap by presenting a religion-based cognitive behavioral therapy (RCBT) model aimed at reducing symptoms in individuals diagnosed with anxiety disorders. This approach not only contributes to the application of CBT in non-Western contexts but also provides a conceptual basis for adapting religiously integrated interventions to other mental health problems.

5.5. Examining Participants' Feedback and Therapists' Observations

Verbal feedback was collected from participants at the beginning and end of each session. In both the CBT and RCBT groups, the structured and understandable nature of the intervention was one of the most frequently cited positive aspects by participants. The clear presentation of the psychoeducational content, the ability to address questions within the session, and the individual applicability of the learned strategies supported participation and motivation. Participants also emphasized that the exercises conducted between sessions facilitated the transfer of skills to daily life and strengthened the sense of progress. The group format provided a supportive context, particularly for individuals experiencing social anxiety; sharing similar experiences reduced feelings of isolation and encouraged learning through peer modeling. Participants stated that observing others complete assignments increased their own participation.

Among the techniques used in the intervention, the "anxiety appointment" practice was found to be particularly functional by participants. This technique was reported to

reduce the spread of anxiety in daily life by allowing anxious thoughts to be addressed within a specific time and context (Daniel et al., 2025). It was stated that the metaphors used in the sessions reinforced the idea that it is not anxiety itself but the preventive measures taken that are protective, and contributed to the restructuring of dysfunctional beliefs. Over time, participants were able to generalize these approaches to other conditions besides death anxiety, such as fears related to flying, swimming, or enclosed spaces.

Participants in the RCBT group specifically stated that they found the integration of religious beliefs into the therapy process meaningful and supportive. Some participants who had previously been hesitant about therapy due to religious sensitivities stated that they felt safer and more understood with the inclusion of faith-based elements in the process. Practices such as prayer, contemplation, and meditation on religious texts were reported to provide a spiritual support in coping with death-related thoughts, and this effect was maintained in follow-up assessments.

Therapist observations showed that regular participation in homework assignments played a decisive role in reinforcing therapeutic gains (Dobson, 2021; Petrik & Kazantzis, 2015). However, the time and structural limitations of the group format made it difficult to address individual obstacles to completing assignments in detail. This suggests that in future implementations, participation could be encouraged through short follow-up intervals or weekday contacts.

During the sessions, group interaction contributed to reframing anxiety as a shareable and manageable experience. Participants reported that sharing similar experiences reduced feelings of loneliness and strengthened feelings of hope, normalization, and universality (Barbosa et al., 2008). While the sessions were conducted in a structured manner according to protocol, it is thought that allocating additional time for feedback and reflection at the end of sessions could enhance the therapeutic gains from this interaction.

Although this study did not primarily involve qualitative data collection, incorporating structured brief assessments into future interventions could allow for a clearer understanding of which sessions or components facilitated therapeutic change.

5.6. Limitations and Future Directions

Despite the study's methodological innovations and strengths, it also has some limitations. First, the current study sample consisted largely of women, making it difficult to generalize the results to male participants. Second, although only a three-month follow-up test indicated that the treatment effect persisted, the question of whether this effect would persist a year or more later remains unanswered. Third, verbal feedback was received from participants at the beginning of each session, at the end of each session, and throughout the treatment. This feedback suggests that participants who completed their homework benefited more. However, because the group therapy followed a structured protocol, although this protocol included homework checks and feedback, and the therapist provided some feedback to those who struggled with their homework, these were not sufficient to ensure that all participants completed their homework. Because homework was not included as a control variable, its impact on treatment success could not be examined. Future studies may consider that homework may be a determining factor in treatment success; homework completion status may be determined with a measurement tool; those who do homework may be compared with those who do not; and short 10-minute homework meetings may be planned for participants who have difficulty doing homework.

Fifth, while RCBT is a newly developed approach that has been shown to significantly increase treatment adherence, particularly among religious participants, its effectiveness needs to be measured more comprehensively using more detailed measurement tools. This study only measured domains such as depression, anxiety, and DA, and examined RCBT effectiveness. Including positive psychological constructs such as quality of life, well-being, functional behavior, hope, and meaning in life could have provided additional insights and revealed potential advantages of RCBT over classical CBT for addressing DA. Alternatively, process variables such as adherence and continuity to therapy could be directly measured to examine whether they differ compared to classical cognitive behavioral therapy. However, the relative reduction in time allocated to the application and reinforcement of cognitive behavioral techniques due to the addition of religious materials to the sessions may

have resulted in more limited practice opportunities for skill acquisition (de Abreu Costa and Moreira-Almeida, 2022; Pearce et al., 2015).

The use of a multidimensional scale that assesses the cognitive, emotional, and behavioral dimensions of death anxiety together (e.g., Death Anxiety Beliefs and Behaviors Scale) could have more clearly revealed in which specific areas CBT and RCBT were more effective (Menzies et al., 2022). However, the study's reliance on predominantly quantitative measurements limited a detailed understanding of which components caused change, particularly in a religiously integrated and innovative intervention. Future research could utilize structured qualitative methods to identify the religious and cognitive elements that create meaningful change in the intervention process. These qualitative data could be systematically examined.

In summary, while the current study raises important points about the effectiveness of a treatment based solely on DA in a clinical sample of individuals diagnosed with anxiety disorders, often with multiple comorbid anxiety disorders, it is important to consider these limitations when examining the current study findings and planning future research.

CHAPTER VI

CONCLUSION

This study was unique in several aspects. It was the first study to implement a DA-based CBT treatment with a therapist-guided approach to individuals diagnosed with anxiety disorders. It was the first to develop an RCBT protocol based on DA, considering belief in the afterlife. This study compared the effectiveness of RCBT and classical CBT in reducing DA for the first time. Furthermore, the current study examined not only the reduction in DA but also the reduction in clinical depressive and anxiety symptoms. The results indicated that a novel seven-week DA-based intervention significantly reduces DA, depressive, and anxiety symptoms. This significant reduction was maintained in a three-month follow-up. The findings demonstrated that RCBT is as effective as classical CBT and even leads to a more rapid post-test reduction in depressive symptoms compared to classical CBT. The reduction in depressive symptoms and general anxiety because of a treatment content targeting DA has shown that DA can be seen as a treatable transdiagnostic structure and that DA-based treatments can be used, especially in the treatment of anxiety disorders.

Although all participants in the study were diagnosed with an anxiety disorder, their benefit from death-based treatment provides a solid basis for future research to consider DA. While quantitative data from the study suggest that RCBT and classical CBT have similar effects, participant feedback indicated that the inclusion of religious concepts, particularly trust in God or belief in the afterlife, facilitated their understanding of the therapy and their sense of involvement and belonging in the therapy process. However, the current study included a pretest, posttest, and follow-up. Because no measurements were taken during the treatment period, it was not possible to determine which religious dimensions, such as trust in God, belief in the afterlife, gratitude, and repentance, contributed most specifically to anxiety reduction. Future research could incorporate structured qualitative methods and interim session-

based measurements to capture the dynamics of therapeutic change and determine which components exhibit the strongest effects. The findings of this study demonstrate the effectiveness of both classical CBT and RCBT in addressing DA. It also points to the need and importance of the continued development of culturally and religiously integrated psychotherapeutic models.

REFERENCES

Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. Personality and Individual Differences, 24, 159–165. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00144-X

Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. Death Studies, 29(3), 251-259. https://doi.org/10.1080/07481180590916371

Abdel-Khalek, A. M., & Al-Kandari, Y. Y. (2007). Death Anxiety in Kuwaiti Middle-Aged Personnel. Omega-International Journal of Management Science, 55(4), 297–310. https://doi.org/10.2190/OM.55.4.D

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. Psychological Reports, 105(2), 409-410. https://doi.org/10.2466/PR0.105.2.409-410

Aday, R. H. (1985). Belief in afterlife and death anxiety: Correlates and comparisons. OMEGA-Journal of Death and Dying, 15(1), 67-75. https://doi.org/10.2190/GYPP-VBG3-M3AY-1ML9

Akın, A., & Yalnız, A. (2015). Müslümanlık ibadet ve inanç ölçeği kısa formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 15(1), 235-242.

Almarri, T. S., Oei, T. P., & Al-Adawi, S. (2009). The development of the short Muslim practice and belief scale. Mental Health, Religion and Culture, 12(5), 415-426. https://doi.org/10.1080/13674670802637643

Alparslan, K. (2022). Ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. Dini Araştırmalar, 25(63), 529-552.https://doi.org/10.15745/da.1171650

Al-Sabwah, M. N., & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Religiosity and death distress in Arabic college students. Death studies, 30(4), 365-375. https://doi.org/10.1080/07481180600553435

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Andrade, C. (2022). Intent-to-treat (ITT) vs completer or per-protocol analysis in randomized controlled trials. Indian Journal of Psychological Medicine, 44(4), 416-418. https://doi.org/10.1177/02537176221101996

Andrei, A. M., Webb, R., & Enea, V. (2023). Health anxiety, death anxiety and coronaphobia: Predictors of postpartum depression symptomatology during the COVID-19 pandemic. Midwifery, 103747. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103747

Aouchekian, S., Karimi, R., Najafi, M., Shafiee, K., Maracy, M., & Almasi, A. (2017). Effect of religious cognitive behavioral therapy on religious obsessive-compulsive disorder (3 and 6 months follow-up). Advanced Biomedical Research, 6(1), 158. https://doi.org/10.4103/abr.abr_115_16

Arifin, W. N. (2012). Random sampling and allocation using SPSS. Education in Medicine Journal, 4(1). https://doi.org/10.5959/eimj.v4i1.4

Arip, A. A., Sharip, S., & Md Rosli, A. N. (2018). Islamic integrated exposure response therapy for mental pollution subtype of contamination obsessivecompulsive disorder: A case report and literature review. Mental Health, Religion & Culture, 21(2), 210–218. https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1436047

Armento, M. E. A. (2011). Behavioral activation of religious behaviors: treating depressed college students with a randomized controlled trial.

Arndt, J., Routledge, C., Cox, C. R., & Goldenberg, J. L. (2005). The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. Applied and Preventive Psychology, 11, 191–213. https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.002

Arrowood, R. B., Cox, C. R., Weinstock, M., & Hoffman, J. (2018). Intrinsic religiosity protects believers from the existential fear of a human Jesus. Mental Health, Religion & Culture, 21(5), 534-545. https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1512564

Aslan, İ. (2011). Ölüm korkusu, mahiyeti ve nefsin ölümden sonraki durumu. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 52(2), 327-332. https://doi.org/10.1501/Ilhfak_0000001091

Aydin, A. K., & Fidan, H. (2021). The Effect of Nurses' Death Anxiety on Life Satisfaction During the COVID-19 Pandemic in Turkey. Journal of Religion & Health, 1–16. https://doi.org/10.1007/S10943-021-01357-9

Ayten, A. (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 9(1), 85-108.

Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995a). Religious psychotherapy as management of bereavement. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91(4), 233–235. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09774.x

Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995b). Religious psychotherapy in depressive patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 63(3–4), 165–168. https://doi.org/10.1159/000288954

Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90(1), 1-3. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01545.x

Bachner, Y. G., O'Rourke, N., & Carmel, S. (2011). Fear of death, mortality communication, and psychological distress among secular and religiously observant family caregivers of terminal cancer patients. Death Studies, 35(2), 163-187. https://doi.org/10.1080/07481187.2010.535390

Bakhtiari-Dovvombaygi, H., Askari, M., Rahimkhani, M., Abdollahi, M., Baladastian, M., Alipour, A., & Namazinia, M. (2024). Prevalence of death anxiety and its related factors in the population of eastern Iran: a cross-sectional study in the era of COVID-19. Frontiers in Public Health, 12, 1427995. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427995

Barbosa, J. G., Luiz, A. M. A. G., Domingos, N. A. M., & Fernandes, L. F. B. (2008). A waiting list group in anxiety ambulatory. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4(2). https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080015

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychotherapy Research, 30(8), 965-982. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 74(9), 875-884. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Barry, M. J., Nicholson, W. K., Silverstein, M., Coker, T. R., Davidson, K. W., Davis, E. M., ... & US Preventive Services Task Force. (2023). Screening for anxiety disorders in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA.

Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and firestone's separation theory. Death Studies, 31(8), 727-750. https://doi.org/10.1080/07481180701490628

Beck, J. S. (2020). Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi (M. Şahin, Çev. Ed., 2. baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.

Becker, S., Lee-Grimm, S. I., Juckel, G., & Mavrogiorgou, P. (2023). Death Anxiety in Obsessive-Compulsive Disorders. Omega-Journal of Death and Dying, 302228231215521. https://doi.org/10.1177/00302228231215521

Bering, J. M. (2006). The cognitive psychology of belief in the supernatural: Belief in a deity or an afterlife could be an evolutionarily advantageous by-product of people's ability to reason about the minds of others. American Scientist, 94(2), 142-149. https://doi.org/10.1511/2006.58.142

Bergman, Y. S., Saar-Ashkenazy, R., Faran, Y., Klonover, E., & Palgi, Y. (2025). Associations between death anxiety and probable posttraumatic stress disorder and clinical depression and anxiety in older Israeli adults during wartime. Journal of Traumatic Stress. https://doi.org/10.1002/jts.23131

Beshai, J. A., & Lester, D. (2013). Belief in a day of judgment and death anxiety: A brief note. Psychological Reports, 112(1), 1–5. https://doi.org/10.2466/02.07.44.PR0.112.1.1-5

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? Journal of Contemporary Psychotherapy, 32(1), 25–33. https://doi.org/10.1023/A:1015579111666

Bhide, A., Shah, P. S., & Acharya, G. (2018). A simplified guide to randomized controlled trials. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 97(4), 380-387. https://doi.org/10.1111/aogs.13309

Biagianti, B., Foti, G., Di Liberto, A., Bressi, C., & Brambilla, P. (2023). CBT-informed psychological interventions for adult patients with anxiety and depression symptoms: A narrative review of digital treatment options. Journal of Affective Disorders. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.057

Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 115, 58-65. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.002

Bırni, G., Deniz, M. E., Karaağaç, Z. G., Erişen, Y., Kaya, Y., & Satıcı, S. A. (2024). Rebuilding wellbeing: understanding the role of self-criticism, anger rumination, and death distress after the February 6, 2023, Türkiye Earthquake. Death Studies, 48(5), 511-521. https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2241401

Blass, R. B. (2014). On ‘the fear of death’as the primary anxiety: How and why Klein differs from Freud. The International Journal of Psychoanalysis, 95(4), 613-627. https://doi.org/10.1111/1745-8315.12177

Bouwhuis-Van Keulen, A. J., Koelen, J., Eurelings-Bontekoe, L., Hoekstra-Oomen, C., & Glas, G. (2023). The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy Research, 1-14. https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626

Bowland, S., Edmond, T., & Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. Social Work, 57(1), 73-82.6. https://doi.org/10.1093/sw/swr001

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M.W., Eisen, J. L.,Weisberg, R. B., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. American Journal of Psychiatry, 162, 1179–1187. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179

Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of death education. OMEGA - Journal of Death and Dying, 11(2), 175–183. https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK

Bullis, J. R., Eustis, E. H., Curreri, A. J., Cardona, N. D., Woods, B. K., Rosellini, A. J., ... & Farchione, T. J. (2023). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. Journal of Mood & Anxiety Disorders, 3, 100024. https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100024

Bulut, M. B., & Yıldız, M. (2017). Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. Electronic Turkish Studies, 12(13).

Bulut, M. B., McDermott, M., & Mcewan, O. (2017). Çok boyutlu ölüm farkındalığı ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Journal of International Social Research, 10(49). https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1578

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. Personality and Social Psychology Review, 14(2), 155–195. https://doi.org/10.1177/1088868309352321

Büyüköztürk, Ş. (2017). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi. Ankara.

Çakmak, V. S., Seven, A., & Sarı, E. S. (2025). Death anxiety and death literacy among Turkish patients with chronic diseases: a cross-sectional study. BMC Psychiatry, 25(1). https://doi.org/10.1186/s12888-025-06761-z

Can, Ş., & Avçin, E. (2023). Yaşamın anlamı ve spiritüel iyi oluş ile ölüme karşı tutum arasındaki ilişki: Tanımlayıcı bir çalışma. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 15(2). https://doi.org/10.5336/nurses.2022-94199

Çelik, E., Biçener, E., & Makas, S. (2023). Relationship between anxiety sensitivity, death anxiety, and Resilience in the age of pandemics and lifelong learning. International Journal of Educational Research Review, 8(2), 289-302. https://doi.org/10.24331/ijere.1246833

Chaiwutikornwanich, A. (2015). Belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction of Buddhists and Christians in Thailand: Comparisons between different religiosity. Social Indicators Research, 124, 1015–1032. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0822-4

Chakraborty, S., Sinha, P., Pratap, A., Das, B., & Kumar, V. (2022). Impact of COVID-19 on death anxiety in patients with anxiety spectrum disorders: A case–control study. Archives of Mental Health, 23(2), 113–117. https://doi.org/10.4103/amh.amh_2_22

Chatard, A., Pyszczynski, T., Arndt, J., Selimbegovic, L., Konan, P.N., & Van der Linden, M. ´ (2012). Extent of trauma exposure and PTSD symptom severity as predictors of anxiety-buffer functioning. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4, 47–55. https://doi.org/10.1037/a0021085

Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: age differences in death-related thoughts and anxiety. Death. Stud. 41, 69–77. https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1206997

Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. Death Studies, 25(8), 663–683. https://doi.org/10.1080/713769896

Çiftci, N., Yıldız, M., & Uçar, M. (2024). Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Death Anxiety, and Insomnia in Adults After the Earthquake. Omega-Journal of Death and Dying, 302228241256267. https://doi.org/10.1177/00302228241256267

Çinar, M. (2016). Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. İlahiyat Tetkikleri Dergisi, (45), 313-338. https://doi.org/10.29288/ilted.304772

Çınaroğlu, M. (2024). CBT Intervention Post-2023 Southeast Türkiye Quake: A Case Study. Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (Ased). https://doi.org/10.38122/ased.1474770

Cohen, A. B., Pierce, J. D. Jr., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B., J., et al. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. Journal of Research in Personality 39, 307–324. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.005

Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety – Conceptual, psychometric, and factor-analystic aspects. Journal of Personality and Social Psychology, 43(4), 775–785. https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775

Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (5th ed.). New York, NY: Guilford Publications.

Curcio, C. S. S., & Moreira-Almeida, A. (2019). Who does believe in life after death? Brazilian data from clinical and non-clinical samples. Journal of Religion and Health, 58, 1217-1234. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0723-y

Dadfar, M., Atoofi, M. K., & Rezaei, A. (2023). Effectiveness of Religious Spiritual Integrated Therapy (RSIT) for Reduction of Death Distress in Iranian Outpatients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). Mankind Quarterly, 63(3). https://doi.org/10.46469/mq.2023.63.3.4

Daher, N., Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Berk, L. S., ... & King, M. B. (2016). Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on purpose in life in clients with major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy, 6(1), 16.

Daniel, K. E., Collins, A. C., Greene, K. L., Shaffer, K. M., & Chow, P. I. (2025). Medical Appointments are Associated with Same-Day Worry and Sleep Difficulties Among Cancer Survivors. https://doi.org/10.31234/osf.io/qw5bj_v1

Davazdahemami, M. H., Bayrami, A., Petersen, J. M., Twohig, M. P., Bakhtiyari, M., Noori, M., & Kheradmand, A. (2020). Preliminary evidence of the effectiveness of acceptance and commitment therapy for death anxiety in Iranian clients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. Bulletin of the Menninger Clinic, 84, 1-11. https://doi.org/10.1521/bumc.2020.84.suppA.1

de Abreu Costa, M., & Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-adapted cognitive behavioral therapy: A review and description of techniques. Journal of religion and health, 61(1), 443-466. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z

Dobson, K. S. (2021). A Commentary on the Science and Practice of Homework in Cognitive Behavioral Therapy. Cognitive Therapy and Research, 45(2), 303–309. https://doi.org/10.1007/S10608-021-10217-5

Dozois, D.J., Seeds, P.M., & Collins, K.A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy, 23, 44–59. https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.44

Dursun, P., Alyagut, P., & Yılmaz, I. (2022). Meaning in life, psychological hardiness and death anxiety: individuals with or without generalized anxiety disorder (GAD). Current Psychology, 41(6), 3299-3317. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02695-3

Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A., & Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Advanced Biomedical Research, 2, 53. https://doi.org/10.4103/2277-9175.114201

Egan, S.J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. Clinical Psychology Review, 31(2), 203–212. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009

Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., ... & Aydemir, Ö. (2019). Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. Türk Psikiyatri Dergisi, 30(1), 51. https://doi.org/10.5080/u23431

Ellison, C. G., Burdette, A. M., & Hill, T. D. (2009). Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. Social Science Research, 38(3), 656-667. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.02.002

Ens, C., & Bond Jr, J. B. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. Death Studies, 29(2), 171-178. https://doi.org/10.1080/07481180590906192

Erdogdu, M. Y., & Ozkan, M. (2007). The relationships between death anxiety with dispositional symptoms and socio-demographic variables of individuals from different religions.

Fadıloğlu, Ç. & Aksu, T. (2013). İyi ölüm ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 29(1), 1-15.

Fattah, A., Ebadi, A., Borumand, N., Saeedi, A., Darbani, M., Setayesh, S., Mohammadi, G., & Babakhanian, M. (2021). Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale and Templer's Death Anxiety Scale in Iranian Inpatients with COVID-19: Evaluation of Psychometric Properties and Diagnostic Accuracy. Middle East Journal of Rehabilitation and Health, 8(4). https://doi.org/10.5812/MEJRH.111377

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Feldman, D. B., Fischer, I. C., & Gressis, R. A. (2016). Does religious belief matter for grief and death anxiety? Experimental philosophy meets psychology of religion. Journal for the Scientific Study of Religion, 55(3), 531-539. https://doi.org/10.1111/jssr.12288

Finch, E. C., Iverach, L., Menzies, R. G., & Jones, M. (2016). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates attentional bias in social anxiety. Cognition & Emotion, 30(7), 1370–1379. https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1065794

First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. American Psychiatric Publishing, Inc.

Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Galek, K., & Koenig, H. G. (2008). Beliefs about life-after-death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology. Journal of Psychology & Theology, 36, 94–103. https://doi.org/10.1177/009164710803600202

Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Galek, K., & Silton, N. R. (2012). Belief in life after death, beliefs about the world, and psychiatric symptoms. Journal of Religion and Health, 51(3), 651–662. https://doi.org/10.1007/s10943-012-9608-7

Flannelly, K. J., Koenig, H. G., Ellison, C. G., Galek, K., & Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health: Findings from a national survey. The Journal of Nervous and Mental Disease, 194(7), 524-529. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000224876.63035.23

Folk, J. B., Loya, J. M., Alexoudis, E. A., Tangney, J. P., Wilson, J. S., & Barboza, S. E. (2018). Differences between inmates who attempt suicide and who die by suicide: Staff-identified psychological and treatment related risk factors. Psychological Services, 15(3), 349-356. https://doi.org/10.1037/ser0000228

Forrester, M., Menzies, R. E., & Sharpe, L. (2023). Starving off death: The effect of mortality salience on disordered eating in women. https://doi.org/10.31234/osf.io/by4px

Fortner, B. V., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications (pp. 95– 108). Brunner-Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315784489-6

Fortuna, L. R., Martinez, W., & Porche, M. V. (2023). Integrating spirituality and religious beliefs in a mindfulness based cognitive behavioral therapy for PTSD with Latinx unaccompanied immigrant children. Journal of Child & Adolescent Trauma, 16(3), 481-494. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00541-1

Freire, R. C., & Nardi, A. E. (2023). Is it possible to prevent relapse in panic disorder?. Expert Review of Neurotherapeutics, 1-3. https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2229955

Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. Journal of Cognitive Psychotherapy, 22(2), 167-182. https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167

Garrow, S., & Walker, J. A. (2001). Existential group therapy and death anxiety. Adultspan Journal, 3(2), 77-87. https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2001.tb00109.x

Gashi, F. (2011). Türk ve Kosovalı öğrencilerin ölüm kaygısı üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Balkan Araştırmaları Dergisi.

Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). OMEGA-Journal of Death and Dying, 18(2), 113-128. https://doi.org/10.2190/0DQB-7Q1E-2BER-H6YC

Gormez, V., Kılıç, H. N., Örengül, A. C., Demir, M. N., Mert, E. B., Makhlouta, B., Kinik, K., & Semerci, B. (2017). Evaluation of a school-based, teacher-delivered psychological intervention group program for trauma-affected Syrian refugee children in Istanbul, Turkey. Prehospital and Disaster Medicine, 27(2), 125–131. https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1304748

Grossman, J., & Mackenzie, F. J. (2005). The randomized controlled trial: gold standard, or merely standard?. Perspectives in biology and medicine, 48(4), 516-534. https://doi.org/10.1353/pbm.2005.0092

Guidi, J., Brakemeier, E. L., Bockting, C. L., Cosci, F., Cuijpers, P., Jarrett, R. B., ... & Fava, G. A. (2018). Methodological recommendations for trials of psychological interventions. Psychotherapy and psychosomatics, 87(5), 276-284. https://doi.org/10.1159/000490574

Haerpfer, C., Inglehart, R., Moreno, A., Welzel, C., Kizilova, K., Diez-Medrano J., M. Lagos, P. Norris, E. Ponarin & Puranen, B. (2022). World Values Survey: Round Seven - Country-Pooled Datafile Version 5.0. Madrid, Spain & Vienna, Austria: JD Systems Institute & WVSA Secretariat.

Hall, G. S. (1915). Thanatophobia and immortality. The American Journal of Psychology, 26(4), 550-613. https://doi.org/10.2307/1412814

Heidari, F., Amiri, A., & Amiri, Z. (2016). The effect of person-centered narrative therapy on happiness and death anxiety of elderly people. Asian Social Science, 12(10), 117-126. https://doi.org/10.5539/ass.v12n10p117

Helgadottir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2014). A standalone internet cognitive behaviour therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CBTpsych. Journal of Fluency Disorders, 41, 47-54. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.04.001

Henrie, J., & Patrick, J. H. (2014). Religiousness, religious doubt, and death anxiety. The International Journal of Aging and Human Development, 78(3), 203-227. https://doi.org/10.2190/AG.78.3.a

Hiebert, C., Furer, P., McPhail, C., & Walker, J.R. (2005). Death anxiety: A central feature of hypochondriasis. Depression and Anxiety, 22, 215–216.

Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 996–999. https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.996

Hökelekli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 3(3), 151-165.

Hökelekli, H. (1992). "Ölümle İlgili Tutumların Dini Davranışla İlişkisi Üzerine Bir Araştırma" U.Ü.İ.F., 4, 57-85.

Hökelekli, H. (2008). Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din, İstanbul: Dem Yayınları.

Hosseini, S. H., Rafiei, A., & Janbabai, G. (2018). Comparison of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) And Citalopram On Depression and Anxiety Among Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. Pharmacophore, 9(3-2018), 37-47.

Hosseini, S. H., Rafiei, A., Gaemian, A., Tirgari, A., Zakavi, A., Yazdani, J., ... & Vaezzadeh, N. (2017). Comparison of the effects of religious cognitive behavioral therapy (RCBT), cognitive behavioral therapy (CBT), and sertraline on depression and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery: Study protocol for a randomized controlled trial. Iranian journal of psychiatry, 12(3), 206. https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93135

Hui, V. K. Y., & Fung, H. H. (2008). Mortality anxiety as a function of intrinsic religiosity and perceived purpose in life. Death Studies, 33(1), 30-50. https://doi.org/10.1080/07481180802494099

Ifdil, I., Zola, N., Putri, Y. E., Zatrahadi, M. F., Darmawati, D., & Ardi, Z. (2020). Thanatophobia and its treatment using neurolinguistic programming. Addictive Disorders & Their Treatment, 19(2), 84-87. https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000186

İnci, F., & Öz, F. (2009). Ölüm egitiminin hemsirelerin ölüm kaygisi, ölüme iliskin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarina etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10(4), 253.

Indacochea-Cáceda, S., Torres-Malca, J. R., Vera-Ponce, V. J., Pérez, M. A., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2021). Fear and death anxiety among Latin American doctors during the Covid-19 pandemic. Medrxiv, 2021-02. https://doi.org/10.1101/2021.02.12.21251445

Işık, E., Fadıloğlu, Ç., & Demir, Y. (2009). Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 11(2).

Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review, 34(7), 580–593. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002

Jafari, S. (2016). Religion and spirituality within counselling/clinical psychology training programmes: A systematic review. British Journal of Guidance & Counselling, 44(3), 257-267. https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1153038

Johnco, C., Zagic, D., Rapee, R. M., Kangas, M., & Wuthrich, V. M. (2024). Long-term remission and relapse of anxiety and depression in older adults after Cognitive Behavioural Therapy (CBT): A 10-year follow-up of a randomised controlled trial. Journal of Affective Disorders. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.033

Jong, J., Halberstadt, J., Bluemke, M., Kavanagh, C., & Jackson, C. (2019). Death anxiety, exposure to death, mortuary preferences, and religiosity in five countries. Scientific Data, 6(1), 154. https://doi.org/10.1038/s41597-019-0163-x

Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. Religion, Brain & Behavior, 8(1), 4-20. https://doi.org/10.1080/2153599X.2016.1238844

Kajbaf, M. B., Ghasemiannejad, J. A., & Ahmadı, F. S. H. (2016). The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: A study based on the reports of people with death experience.

Kandemir, F. (2020). Bazı demografik değişkenler bağlamında COVID-19 pandemi neslinin dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma. Tokat İlmiyat Dergisi, 8(1), 99-129.

Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G* Power software. Journal of educational evaluation for health professions, 18. https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17

Karaca, F. (2006). Gazali ve İbn Sina ile ölüm korkusundan kurtuluş üzerine. Felsefe Dünyası, (43), 14-24.

Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21(1), 42-79.

Karaman, H. (2017). Ebu Bekir Razi'nin Ahlak Felsefesi. İz Yayıncılık, İstanbul.

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. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044

Kashmari, A., Shahabizadeh, F., Ahi, G., & Mahmoudi Rad, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Combined with Self-Compassion and Cognitive-Motor Activities Versus Cognitive-Motor Intervention Alone on Death Anxiety and Aging Perception in the Elderly. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD), 3(1), 86-99. https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.8

Kastenbaum, R. (2000). The psychology of death. Springer Publishing Company.

Kavla, B., & Uysal, B. (2025). Psychological protocol guidelines and intervention studies to reduce death anxiety in a clinical sample: A systematic review. Psychiatry and Behavioral Sciences. 15(4).

Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. Behaviour Research and Therapy, 88, 7-18. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.004

Kesebir, P., Luszczynska, A., Pyszczynski, T., & Benight, C. (2011). Posttraumatic stress disorder involves disrupted anxiety-buffer mechanisms. Journal of Social and Clinical Psychology, 30, 819– 841. https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.8.819

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 18(1), 23-33. https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Khan, S., Lovell, K., Lunat, F., Masood, Y., Shah, S., Tomenson, B., & Husain, N. (2019). Culturallyadapted cognitive behavioural therapy based intervention for maternal depression: A mixed-methods feasibility study. BMC Women's Health, 19(1), Article 21. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0712-7

Khoshnoud, Q.A., Lavasani, M.G.A., Hamdi, O. & Khoshnoud, A. (2014). Improving the quality of life and adaptation of infertile couples with spiritual and religious integrated therapy. Positive Psychology, 1(1), 1-12.

Kim, J., Han, C., Lee, M. S., Jeong, H. G., Kim, J. J., & Kim, S. H. (2023). Associations between pharmacological treatment patterns during the initial treatment period and the relapse or recurrence of anxiety disorders: A Nationwide retrospective cohort study. Life, 13(5), 1197. https://doi.org/10.3390/life13051197

Kindî, F. R. (2018). Kindi Felsefi Risaleler, Mahmut Kaya (çev.). Mahmut Kaya, Klasik Yayınları.

Kırpınar, İ., Ak, M., Atmaca, M., & Güler, Ö. (2020). Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi.

Koç, E. S., & Başgöl, Ş. (2022). Determining the relationship between death anxiety with depression, anxiety, and stress levels in women during the COVID-19 pandemic: A sample from Turkey. Population Medicine, 4, 1–8. https://doi.org/10.18332/popmed/157142

Koca, A., Başgül, Ş. S., & Yay, M. (2019). Comparison of death anxiety and state-trait anxiety levels in mothers of disabled children and non-disabled children. Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 32(1), 58–64. https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00008

Koenig, H. G. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. Depression Research and Treatment, 2012. https://doi.org/10.1155/2012/460419

Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. BJPsych Advances, 26(5), 262-272. https://doi.org/10.1192/bja.2019.81

Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Daher, N. (2015a). Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. Depression and Anxiety, 32(11), 835-842. https://doi.org/10.1002/da.22398

Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Erkanli, A. (2016a). Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. Journal of Religion and Health, 55, 1763-1777. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0270-3

Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J., Daher, N. S., Cohen, H. J., Berk, L. S., Bellinger, D. L., Pargament, K. I., Rosmarin, D. H., Vasegh, S., Kristeller, J., Juthani, N., Nies, D., & King, M. B. (2015b). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. The Journal of Nervous and Mental Disease 203(4), 243–251. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000273

Koenig, H. G., Pearce, M., Nelson, B., Shaw, S., Robins, C., Daher, N., ... & King, M. B. (2016b). Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. Psychotherapy Research, 26(3), 365-376. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1006156

Konkan, R., Senormanci, O., Guclu, O., Aydin, E., & Sungur, M. Z. (2013). Validity and reliability study for the Turkish adaptation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale. Archives of Neuropsychiatry, 50(1), 53-59. https://doi.org/10.4274/npa.y6308

Kökdemir, D., & Yeniçeri, Z. (2010). Terror management in a predominantly Muslim country: The effects of mortality salience on university identity and on preference for the development of international relations. European Psychologist, 15(3), 165-174. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000012

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwein, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial.

Journal of Clinical Psychology. 66,430–441. https://doi.org/10.1002/jclp.20663

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Larson, D. B., & Larson, S. S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of the quantitative research. Journal of Psychology & Theology, 31(1), 35-57. https://doi.org/10.1177/009164710303100104

Lau, B. H. P., Wong, D. F., Fung, Y. L., Zhou, J., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2018). Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes, and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer. Psycho-oncology, 27(8), 2045-2051. https://doi.org/10.1002/pon.4773

Lehto, R., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23

Leming, M. R. (1980). Religion and death: A test of Homan's thesis. OMEGA - Journal of Death and Dying, 10(4), 347–364. https://doi.org/10.2190/PPDF-DT3R-4J9N-QUV2

Lepine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. Journal of Clinical Psychiatry, 63(14), 4–8.

Lester, D. (1974). Lester Attitude Toward Death Scale. ETS m 1984.

Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. Death Studies, 14(5), 451–468. https://doi.org/10.1080/07481189008252385

Li, L., Liu, X., Wang, P., Qu, M., & Xiu, M. (2024). Correlations of religious beliefs with anxiety and depression of Chinese adolescents. Frontiers in Psychiatry. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1354922

Liu, P. (2022). Religiously Integrated Cognitive–Behavioural Therapy (pp. 273–280). Cambridge University Press eBooks. https://doi.org/10.1017/9781911623311.028

Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. Clinical Psychology Review, 42, 72–82. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004

Lorimer, B., Kellett, S., Nye, A., & Delgadillo, J. (2021). Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related

disorders: A systematic review. Cognitive Behavioural Therapy, 50, 1–18. https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1812709

Loughan, A. R., Aslanzadeh, F., Brechbiel, J., Rodin, G., Husain, M., Braun, S., Braun, S., Willis, K. D., & Lanoye, A. (2020). Death-related distress in adult primary brain tumor patients. Neuro-Oncology Practice, 7(5), 498–506. https://doi.org/10.1093/NOP/NPAA015

Machmudah, S., Sutoyo, A., & Purwanto, E. (2022). The Effectiveness Of Group Counseling With A Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy Approach To Improve Students' Self-Efficacy And Self-Regulation. Journal Bimbingan Konseling, 11(2), 94-101.

Mahamid, F. A., Chou, P., & Mansour, A. M. (2023). The Correlation Between Religiosity and Death Anxiety During the COVID-19 Pandemic in Palestine. Journal of Muslim Mental Health, 17(1). https://doi.org/10.3998/jmmh.1553

Mani, A., Fereidooni, R., Salehi-Marzijarani, M., Ardekani, A., Sasannia, S., Habibi, P., ... & Lankarani, K. B. (2022). The prevalence and risk factors of death anxiety and fear of COVID-19 in an Iranian community: a cross-sectional study. Health Science Reports, 5(4), e706. https://doi.org/10.1002/hsr2.706

Mansori, Y., Dolatian, M., Shams, J., & Nasiri, M., (2018). The relationship between death anxiety and spiritual well-being in patients with gynecologic cancer. Advances in Nursing & Midwifery, 27(3), 28–34.

Maunder, R., & Hunter, J. (2004). An integrated approach to the formulation and psychotherapy of medically unexplained symptoms: Meaning-and attachment-based intervention. American Journal of Psychotherapy, 58(1), 17-33. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.1.17

Mazor, K. M., Schwartz, C. E., & Rogers, H. (2004). Development and testing of a new instrument for measuring concerns about dying in health care providers. Assessment, 11(3), 230–237. https://doi.org/10.1177/1073191104267812

McCoy, C. E. (2017). Understanding the intention-to-treat principle in randomized controlled trials. Western Journal of Emergency Medicine, 18(6), 1075. https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.35985

McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? British Journal of Clinical Psychology, 49, 491–505. https://doi.org/10.1348/014466509X476567

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2021). Mortals: How the fear of death shaped human society. Allen & Unwin.

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2023). Death anxiety and mental health: Requiem for a dreamer. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 78, 101807. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101807

Menzies, R. E., & Veale, D. (2022). Creative approaches to treating the dread of death. In Existential concerns and cognitive-behavioral procedures: An integrative approach to mental health (pp. 75-92). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06932-1_5

Menzies, R. E., Julien, A., Sharpe, L., Menzies, R. G., Helgadóttir, F. D., & Dar-Nimrod, I. (2023). Overcoming death anxiety: a phase I trial of an online CBT program in a clinical sample. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 51(4), 374-379. https://doi.org/10.1017/S135246582300005X

Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. British Journal of Clinical Psychology, 58(4), 452–467. https://doi.org/10.1111/bjc.12229

Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2021a). The effect of mortality salience on bodily scanning behaviors in anxiety-related disorders. Journal of Abnormal Psychology, 130(2), 141. https://doi.org/10.1037/abn0000577

Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2022). The development and validation of the death anxiety beliefs and behaviours scale. British Journal of Clinical Psychology, 61(4), 1169-1187. https://doi.org/10.1111/bjc.12387

Menzies, R. E., Sharpe, L., Helgadóttir, F. D., & Dar-Nimrod, I. (2021b). Overcome death anxiety: The development of an online cognitive behaviour therapy programme for fears of death. Behaviour Change, 38(4), 235-249. https://doi.org/10.1017/bec.2021.14

Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: a meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. Journal of Anxiety Disorders, 59, 64–73. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004

Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2020). Subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relationship to death anxiety. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 27, 100572. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100572

Menzies, R.G. (2012). The dread of death and its role in psychopathology. Keynote Address, 35th National Conference of the Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy, Queensland, October 2012.

Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry, 6(4), 136-142. https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.01.007

Mirhosseini, S. M., Dadgari, A., Basirinezhad, M. H., Mohammadpourhodki, R., & Ebrahimi, H. (2021). The proportion of death anxiety and its related factors during the covid-19 pandemic in the iranian population. Family Medicine & Primary Care Review, 23(1), 36–40. https://doi.org/10.5114/FMPCR.2021.103154

Miskeveyh, İ., & Çev, A. İ. (2011). Ölüm korkusu, mahiyeti ve nefsin ölümden sonraki durumu. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 52(2), 327-332. https://doi.org/10.1501/Ilhfak_0000001091

Mohammadzadeh, A., & Najafi, M. (2020). The comparison of death anxiety, obsession, and depression between Muslim population with positive and negative religious coping. Journal of religion and health, 59, 1055-1064. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0679-y

Moradi, M., Akbari, M., & Alavi, M. (2022). The effect of cognitive-behavioral therapy on death anxiety and depression in patients with heart failure: A quasi-experimental study. Perspectives in Psychiatric Care, 58(4), 2791-2799. https://doi.org/10.1111/ppc.13125

Moshe-Cohen, R., Kivity, Y., Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2022). Agreement in patient-therapist alliance ratings and its relation to dropout and outcome in a large sample of cognitive behavioral therapy for panic disorder. Psychotherapy Research, 1–13. https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2124131

Munawar, K., Ravi, T., Jones, D., & Choudhry, F. R. (2023). Islamically modified cognitive behavioral therapy for Muslims with mental illness: A systematic review. Spirituality in Clinical Practice.

Naderi, F., & Hosseini, S. M. (2011). Relation between life expectancy and psychological hardiness among male and female students of Islamic Azad University, Gachsaran Branch. Journal of Women Sociology, 1(2), 123-141.

Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S., & Rodin, G. (2015). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. BMJ Supportive & Palliative Care, 5(4), 373-380. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000420

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies, 28, 309–340. https://doi.org/10.1080/07481180490432324

Nejad-Ebrahim Soumee, Z., Tajigharajeh, S., Mousavi, S. E., Nazarali, Z., Bakhshani, N. M., Nasrabadi, S., ... & Sarani Yaztappeh, J. (2024). Group training based on acceptance and commitment therapy for death anxiety and mental health in the older adults: A randomized clinical trial. Current Psychology, 43(42), 32651-32664.

Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 4(1), 2.

Nia, S. H., Pahlevan Sharif, S., Koocher, G. P., Yaghoobzadeh, A., Haghdoost, A. A., Mar Win, M. T., & Soleimani, M. A. (2020). Psychometric properties of the death anxiety scale-extended among patients with end-stage renal

disease. OMEGA-Journal of Death and Dying, 80(3), 380-396. https://doi.org/10.1177/0030222817733220

Nobahar, M., Talebi, E., Amaniyan, S., & Tarahomy, M. (2021). Depression, death anxiety, and the related factors in nurses caring for COVID-19 patients at Kosar Hospital, Semnan, Iran. International Journal of Health and Life Sciences, 7(2), e113242. https://doi.org/10.5812/ijhls.113242

Noyes, R., Stuart, S., Longley, S. L., Langbehn, D. R., & Happel, R. L. (2002). Hypochondriasis and fear of death. Journal of Nervous and Mental Disease, 190, 503–509. https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00002

Nozari, Z., Mo'tamedi, A., Eskandari, H., & Ahmadivand, Z. (2019). Narrative group therapy to improve aging perceptions and reduce thanatophobia (death anxiety) in older adults. Elderly Health Journal. https://doi.org/10.18502/ehj.v5i2.2158

Ögel, K., & Coskun, S. (2011). Cognitive Behavioral Therapy-Based Brief Intervention for Volatile Substance Misusers During Adolescence: A Follow-Up Study. Substance Use & Misuse, 46, 128–133. https://doi.org/10.3109/10826084.2011.580233

Ongider, N., & Eyuboglu, S. O. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. Journal of Clinical Psychiatry, 16, 34–46.

Özateşler-Ülkücan, G. (2024). Duygular sosyolojisi ve cinsiyet çalişmalari kesişiminde duygular ve erkeklik tesisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26(2), 526–556. https://doi.org/10.16953/deusosbil.1382388

Özcan, H. (2005). Fârâbî'nin İki Eseri: Fusûlü'l-Medenî–Tenbîh Alâ Sebîli's-Sa'âde. İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları.

Pajević, A., Pajević, I., Dedić, E., & Hasanović, M. (2021). A treatise of the islamic philosopher ibn sina (avicenna) on the fear of death and the treatment of anxiety caused by it. Psychiatria Danubina, 33(4), 889-894.

Pandya, A. K., & Kathuria, T. (2021). Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. Religions, 12(1), 61. https://doi.org/10.3390/rel12010061

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two year longitudinal study. Journal of Health Psychology, 9, 713–730. https://doi.org/10.1177/1359105304045366

Pearce, M. J., & Koenig, H. G. (2016). Spiritual Struggles and Religious Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Clinical Trial in Those with Depression and Chronic Medical Illness. Journal of Psychology and Theology, 44(1), 3–15. https://doi.org/10.1177/009164711604400101

Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J., & King, M. B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. Psychotherapy, 52(1), 56. https://doi.org/10.1037/a0036448

Petrik, A. M., & Kazantzis, N. (2015). Homework in Psychotherapy. 1–6. https://doi.org/10.1002/9781118625392.WBECP081

Pew Foundation. (2007). U.S. religious landscape survey: Beliefs and practices: Importance of religion. http://religions.pewforum.org/maps

Pew Research Centre. (2015). The future of world religions: Population growth projections, 2010-2050. Department Religion. https://www.pewresearch.org/religion/2015/04/02/religiousprojections-2010-2050/#fn-22652-1.

Pittig, A., Heinig, I., Goerigk, S., Richter, J., Hollandt, M., Lueken, U., ... & Wittchen, H. U. (2023). Change of threat expectancy as mechanism of exposure-based psychotherapy for anxiety disorders: Evidence from 8,484 exposure exercises of 605 patients. Clinical Psychological Science, 11(2), 199-217. https://doi.org/10.1177/21677026221101379

Postolica, R., Enea, V., Dafinoiu, I., Petrov, I., and Azoic ˘ ai, D. (2019). Association ˘ of sense of coherence and supernatural beliefs with death anxiety and death depression among Romanian cancer patients. Death Studies, 43, 9–19. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430083

Potash, J. S., Ho, A. H., Chan, F., Wang, X. L., & Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. International Journal of Palliative Nursing, 20(5), 233-240. https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233

Puchalski, C. M., Larson, D. B., & Lu, F. G. (2001). Spirituality in psychiatry residency training programs. International Review of Psychiatry, 13(2), 131–138. https://doi.org/10.1080/09540260124071

Pyszczynski, T. (2004). What are we so afraid of?: A terror management theory perspective on the politics of fear. Social Research: An International Quarterly, 71(4), 827-848. https://doi.org/10.1353/sor.2004.0012

Ramos, K., Erkanli, A., & Koenig, H. G. (2017). Effects of religious versus conventional cognitive–behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and chronic medical illness. Psychology of Religion and Spirituality, 10(1), 79. https://doi.org/10.1037/REL0000113

Ramsawh, H.J., Raffa, S.D., Edelen, M., Rende, R., & Keller, M.B. (2009). Anxiety in middle adulthood: Effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. Psychological Medicine, 39, 615–624. https://doi.org/10.1017/S0033291708003954

Razali, S. M., Aminah, K., & Khan, U. A. (2002). Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. Transcultural Psychiatry, 39(1), 130–136. https://doi.org/10.1177/136346150203900106

Razali, S. M., Hasanah, C. I., Aminah, K., & Subramaniam, M. (1998). Religious—Sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32(6), 867–872. https://doi.org/10.3109/00048679809073877

Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. Journal of Clinical Psychology, 65(1), 53-75. https://doi.org/10.1002/jclp.20536

Ring, L., Greenblatt-Kimron, L., & Palgi, Y. (2022). The moderating role of subjective nearness-to-death in the association between health worries and death anxieties from COVID-19. Death Studies, 46(7), 1762-1767. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821261

Robah, K. (2017). Determinants of existential death anxiety: a cross-sectional survey study on the effect of age, gender and religious affiliation on death anxiety. https://essay.utwente.nl/72696/

Roscoe, J. (2019). Has IAPT become a bit like Frankenstein's monster? CBT Today, 47(1), 16.

Rosendahl, J., Gawlytta, R., Ressel, E., Rodeck, J., Strauss, B., Mehnert-Theuerkauf, A., & Koranyi, S. (2023). Efficacy of group therapy to reduce mental distress in women with non-metastatic breast cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psycho-Oncology, 32(3), 331-341. https://doi.org/10.1002/pon.6082

Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. Death Studies, 31(6), 549–561. https://doi.org/10.1080/07481180701356936

Sabki, Z. A., Sa'ari, C. Z., Muhsin, S. B. S., Kheng, G. L., Sulaiman, A. H., & Koenig, H. G. (2019). Islamic integrated cognitive behavior therapy: a shari'ah-compliant intervention for muslims with depression. Malaysian Journal of Psychiatry, 28(1), 29-38.

Saeidi, S., & Hamidi, F. (2023). The relationship between religiosity and spirituality with death anxiety among nurses: A systematic review. https://doi.org/10.32598/jnrcp.23.108

Saleem, T., & Saleem, S. (2020). Religiosity and death anxiety: A study of Muslim dars attendees. Journal of religion and health, 59(1), 309-317. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00783-0

Sarı, Y. E., Kokoglu, B., Balcioglu, H., Bilge, U., Colak, E., & Unluoglu, I. (2016). Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. Biomedical Research-India, 27, S460-S462.

Sarıkaya, Y., & Baloğlu, M. (2016). The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale (TDAS). Death Studies, 40(7), 419-431. https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1158752

Saruhan, M. S. (2006). İslam filozof ve düşünürlerinde ölüm korkusu ve tedavisi. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 47(1), 18-36. https://doi.org/10.1501/Ilhfak_0000000044

Scholten, W. D. (2017). Waxing and waning of anxiety disorders: Relapse and relapse prevention. Vrije Universiteit Amsterdam.

Scholten, W.D., Batelaan, N.M., Penninx, B.W., van Balkom, A.J., Smit, J.H., Schoevers, R.A., & van Oppen, P. (2016). Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders. Journal of Affective Disorders, 195, 185-190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.025

Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics, 1(2), 100-107. https://doi.org/10.4103/0976-500X.72352

Schütte, K., Vocks, S., & Waldorf, M. (2016). Fears, coping styles, and health behaviors: A comparison of patients with hypochondriasis, panic disorder, and depression. The Journal of Nervous and Mental Disease, 204(10), 778-786. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000566

Semenova, V., & Stadtlander, L., (2016). Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. Journal of Social, Behavioral, Health Sciences. 10 (1), 34–48. https://doi.org/10.5590/JSBHS.2016.10.1.05

Shakil, M., Ashraf, F., Muazzam, A., Amjad, M., & Javed, S. (2022). Work status, DA and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory. Death Studies, 46(5), 1100-1105. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865479

Sharifi, M., Saeidi, S., Koenig, H. G., Dadfar, M., & Turan, Y. (2023). The Effect of Integrated Religious Cognitive Behavioral Therapy (IRCBT) on Psychological Symptoms of Women with Breast Cancer. Mankind Quarterly, 63(4), 617–635. https://doi.org/10.46469/mq.2023.63.4.4

Shao, J., & Zhong, B. (2003). Last observation carry-forward and last observation analysis. Statistics in medicine, 22(15), 2429-2441. https://doi.org/10.1002/sim.1519

Silton, F. J. (2011). The association between religious beliefs and practices and end-of-life fears among members of the Presbyterian Church (USA). Review of Religious Research, 53, 357-370. https://doi.org/10.1007/s13644-011-0015-4

Sina, İ. (1959). 1-Ölüm Korkusundan Kurtuluş Risalesi 2-Namaz Risalesi (Çev. M. HazmiTura).

Smit, H. F. E., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N. M., de Graaf, R., & Beekman, A. J. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 9(4), 193-200.

Soenke, M., Landau, M. J., & Greenberg, J. (2013). Sacred armor: Religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. https://doi.org/10.1037/14045-005

Solaimanizadeh, F., Mohammadinia, N., & Solaimanizadeh, L. (2020). The relationship between spiritual health and religious coping with death anxiety in the elderly. Journal of Religion and Health, 59(4), 1925-1932. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00906-7

Solis, E. C., van Hemert, A. M., Carlier, I. V., Wardenaar, K. J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., ... & Giltay, E. J. (2021). The 9-year clinical course of depressive and anxiety disorders: New NESDA findings. Journal of Affective Disorders, 295, 1269-1279. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.108

Solomon, S. (2020). The worm at the core: On the role of death in life. Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement, 23(1), 20-24.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. Journal of Contemporary Psychotherapy, 35, 227–237. https://doi.org/10.1007/s10879-005-4317-0

Stulp, H. P., Koelen, J., Schep-Akkerman, A., Glas, G. G., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2019). God representations and aspects of psychological functioning: A meta-analysis. Cogent Psychology, 6(1), 1647926. https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1647926

Subhas, N., Mukhtar, F., & Munawar, K. (2021). Adapting cognitive-behavioral therapy for a Malaysian Muslim. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 35(1). 213–223. https://doi.org/10.47176/mjiri.35.28

Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. Death Studies, 26(1), 39-50. https://doi.org/10.1080/07481180210146

Sukeri, N. S., Mazzuki, N. F. A., Abdullah, M. I., Jaffer, U., Kadri, N. M., & Nassir, C. M. N. C. M. (2024). Mental health, religiosity, and religious coping: a cross-

sectional study among medical and health sciences students. International Journal of Education, Psychology and Counseling, 9(56), 882–896. https://doi.org/10.35631/ijepc.956054

Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. Electronic Physician, 9(3), 3980. https://doi.org/10.19082/3980

Tan, C. H., Rashid, R. A., & Guan, N. C. (2020). Anxiety and Depression among Amphetamine-Type Stimulant Users: The Association with Religiosity and Religious Coping. The Malaysian Journal of Medical Sciences, 27(4), 51–63. https://doi.org/10.21315/MJMS2020.27.4.5

Tanhan F. (2007). Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Templer D. (1970). Construction of a death anxiety scale extended. Journal of Death and Dying, 53(3), 209-26. https://doi.org/10.2190/BQFP-9ULN-NULY-4JDR

Templer, D. I., Lavoie, M., Chalgujian, H., & Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. Journal of Clinical Psychology, 46, 834–839. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199011)46:6<834::AID-JCLP2270460623>3.0.CO;2-0

Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., ... & Zamperini, A. (2020). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. Death studies. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1528056

Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life—theoretical perspectives. Death Studies, 16(6), 475-506. https://doi.org/10.1080/07481189208252594

Turan, Y., Dadfar, M., Kar, S., Lester, D., & Bashai, J. A. (2020). A day of judgment: A study on Turkish Muslims students. Pastoral Psychology, 69, 119-133. https://doi.org/10.1007/s11089-020-00897-3

Ul Haq, I., & Mariyati, L. I. (2024). The Role of Religiosity and Social Support on Anxiety Facing Death in the Elderly. https://doi.org/10.21070/ups.6080

Vaccaro, L., Jones, M., Menzies, R., & St Clare, T. (2010). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive checkers: A comprehensive guide to treatment. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.

Vail, K. E., Arndt, J., & Abdollahi, A. (2012). Exploring the existential function of religion and supernatural agent beliefs among Christians, Muslims, Atheists, and Agnostics. Personality and Social Psychology Bulletin, 38(10), 1288-1300. https://doi.org/10.1177/0146167212449361

Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2010). A terror management analysis of the psychological functions of religion. Personality and Social Psychology Review, 14(1), 84-94. https://doi.org/10.1177/1088868309351165

Valizadeh, H., & Ahmadi, V. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the quality of life and death anxiety in the elderly. Aging Psychology, 7(2), 153- 166.

Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L., Van Den Heuvel, R. M., ... & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 77(3), 265-273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Vervliet, B., Craske, M. G., & Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. Annual Review of Clinical Psychology, 9(1), 215–248. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185542

Voswinckel, I., Spranz, S., Langguth, N., Stangier, U., Gawrilow, C., & Steil, R. (2019). Suppression, reappraisal, and acceptance of emotions: a comparison between Turkish immigrant and German adolescents. Journal of Cultural Cognitive Sciences, 3(1), 91–101. https://doi.org/10.1007/S41809-019-00031-7

Wahass, S., & Kent, G. (1997). The modification of psychological interventions for persistent auditory hallucinations to an Islamic culture. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25(4), 351–364. https://doi.org/10.1017/S1352465800018750

Wen, Y. H. (2010). Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning, 6, 31–37.

Willis, K. D., Nelson, T., & Moreno, O. (2019). Death anxiety, religious doubt, and depressive symptoms across race in older adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(19), 3645. https://doi.org/10.3390/ijerph16193645

Willson, R., & Veale, D. (2009). Overcoming health anxiety: A self-help guide using cognitive behavioural techniques. UK: Hachette.

Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2008). Religion and spirituality in adjustment following bereavement: An integrative review. Death Studies, 32(8), 703-736. https://doi.org/10.1080/07481180802289507

Yalom, I. (2021). Güneşe bakmak ölümle yüzleşmek (Z. Babayiğit Çev.). İstanbul: Pegasus.

Yalom, I. D. (2002). Aşkın celladı ve diğer psikoterapi öyküleri.(çev.: Handan Saraç). İstanbul: Remzi Kitabevi Yayınları.

Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., ... & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: Results from the global burden of disease study 2019. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30, e36. https://doi.org/10.1017/S2045796021000275

Yıldırım, E. A. (2018). Anksiyete bozukluğu bulgularında ölüm anksiyetesinin sıklığının incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Üsküdar Üniversitesi.

Yıldız, M. (1998). Dinî Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma (Doctoral dissertation, Dokuz Eylul Universitesi (Türkiye).

Yıldız, M. (2006), Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, İzmir İlahiyat Vakfı Yay. İzmir

Yusoff, W. M. W. (2012). The Impact of Prophet Muhammad Motivation Techniques on Students' Performance, Procedia - Social and Behavioral sciences, 69, 1700 – 1708. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.117

Zamani, S., & Zolfaghari, M. (2022). The Relationship between mindfulness and tolerance of ambiguity with death anxiety and improving sleep quality in the elderly. Aging Psychology, 8(3), 299-310.

Zhang, H., Xu, Z., Zhai, X., Hu, P., Song, Q., Li, H., & Fu, C. (2025). Sex differences in the prevalence and determinants of death anxiety among community-dwelling older adults in China: a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 25(1). https://doi.org/10.1186/s12877-025-06297-7

Zhang, Y., Young, D., Lee, S., Zhang, H., Xiao, Z., Hao, W., Feng, Y., Zhou, H., & Chang, D. F. (2002). Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. Transcultural Psychiatry, 39(1), 115–129. https://doi.org/10.1177/136346150203900105

Zorlu, F., & Ünübol, H. (2018). Ölüm ve ölmek ile ilgili çok yönlü değerlendirme envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19.

Zuccala, M., & Abbott, M. J. (2021). Social anxiety disorder and the fear of death: An empirical investigation of the terror management approach towards understanding clinical anxiety. Cognitive Therapy and Research, 1-14. https://doi.org/10.1007/s10608-020-10187-0

Zuccala, M., Menzies, R. E., Hunt, C. J., & Abbott, M. J. (2022). A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. Death Studies, 46(2), 257-279. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699203

APPENDICES

APPENDIX A

ETTICAL APPROVAL

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.05.2024-40370

T.C.
İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği
Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-71395021-050.04-40370 07.05.2024
Konu : Etik Kurul Kararı - Büşra KAVLA

İLGİLİ MAKAMA

Kurulumuza başvuran Büşra KAVLA'nın, "Investigating the Effectiveness of an Online Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention on Death Anxiety" isimli projesi; amaç, araştırma türü, veri toplama araçları, süreç ve işlemler, veri analizleri dikkate alınmak suretiyle 19.04.2024 tarihinde değerlendirilerek 2024/04-14 karar numarası ile etik açıdan uygun bulunmaktadır.

Bilgilerini ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Alev ERKİLET
Başkan

APPENDIX B

RELIGIOUSLY-INTEGRATED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY-BASED PROTOCOL FOR DEATH ANXIETY

MODÜL 1

DİNİ İÇERİKLİ BDT'YE GIRIŞ, PSIKOEĞITIM VE OTOMATIK DÜŞÜNCELERIN TESPIT EDILMESI

Modülün Amacı:

- Grup üyeleriyle tanışma, güven ortamı oluşturma, grup kuralarının belirlenmesi, tedavi hedeflerinin açıklanması
- Ölüm kaygısını ele almanın öneminin vurgulanması
- Ölüm kaygısı psikoeğitim (tanımı, nedenleri, ruh sağlığı ile ilişkisi, normalizasyon)
- Ölüm kaygısına yönelik BDT ve dini içeriğin entegre edildiği BDT'nin tanıtılması, dini içeriğin entegre edildiği BDT'nin ruh sağlığı üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirmenin yapılması

Modülün Uygulanması:

1) Tanışma:

Öncelikle hepiniz hoş geldiniz. Ölüm kaygısına yönelik hazırlamış olduğumuz bu grup çalışmasına göstermiş olduğunuz ilgi ve cesaret dolayısıyla her birinize tek tek teşekkür ediyorum. Bugün benim için de heyecan verici bir gün, hepiniz ile ayrı ayrı tanışmak isterim. Dilerseniz önce kendimi tanıtarak başlayayım. Birazdan sizlerden de kısaca kendinizi tanıtmanızı ve bu grup çalışmasından beklentilerinizi paylaşmanızı rica edeceğim. Elbette, paylaşmak istediğiniz kadarını aktarmanız yeterli. Ne kadar paylaşıp ne kadarını kendinize saklayacağınız tamamen size bağlı. (Terapist önce kendini tanıtır, sonra sırayla grup üyelerinin kendilerini tanıtmaları için onlara söz verir).

Evet keyifli bir tanışma oldu.

Şimdi de 7 haftalık grup sürecimiz hakkında sizleri biraz bilgilendirmek isterim.

2) Grup sürecinin, grup kuralları ve seans arası çalışma çerçevesinde yapılandırılması

Sizlerle yedi haftalık bir grup çalışması yolculuğunu deneyimleyeceğiz. Nasıl ki yola çıktığımız zaman yaptığımız bazı hazırlıklar, yoldayken uyduğumuz bazı kurallar var ise bu yolculukta da uymamız gereken bazı kurallar olacak. Şimdi birlikte bu kuralları oluşturalım. Bu kurallar güvenli bir şekilde yolculuğa devam etmek ve bu yolculuktan maksimum verimi alabilmemiz için çok önemli. Aynı zamanda tüm grup üyelerinin birbirine karşı sorumluluğu. Benim bazı önerilerim var, dilerseniz onlarla başlayalım.

Öncelikle eğer bu oturum yüz yüze gerçekleşmiş olsaydı bizler hep beraber bir odada olacaktık ve grup üyeleri dışında odada kimse olmayacaktı. Dolayısıyla ilk kuralımız bulunduğunuz odada yalnız olmamız. Oturumlara yalnız olduğumuz bir odadan katılmamız. Sanki yüz yüzeymişçesine birbirimizi dikkatlice dinlememiz, telefon ya da bilgisayar ekranında başka bir şeyle ilgilenmememiz çok önemli. Bir diğer önemli nokta gizlilik. Burada X kişi kendi deneyimlerinden bahsedecek ve paylaşım içinde olacağız. Dolayısıyla herhangi bir kayıt ya da ekran görüntüsü almayalım ya da gruba dair herhangi bir içeriği sosyal medyada paylaşmayalım. Ayrıca burada konuşulan her şey burada kalsın ne isim bilgisi ne de paylaşılan herhangi bir şeyi dışarıda biriyle paylaşmayalım. Biri konuşurken söylediklerini tamamlamadan araya girmeyelim, söyledikleriyle alay etmeyelim, hassas olalım. Arka planda ses veya cızırtı olmaması adına konuşmadığımız süre içerisinde mikrofonumuzu kapalı tutmaya özen gösterelim. Bir de kameralarımızı açık tutalım. Oturumlara tam katılım gösterelim ve zamanında gelelim.Tüm bu kurallar herkes içinde uygun mudur, eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Her oturumun bir gündemi olacak. Gündem belirlemek, oturum süresince sizin için en önemli konulara odaklanmamıza, zamanı verimli kullanmamıza ve ilerlememizi değerlendirmemize yardımcı olacak. Bu sayede oturumlar, ihtiyaçlarınıza uygun ve yapılandırılmış bir şekilde ilerleyecek. Her oturum başında o günkü gündemi sizlerle paylaşacağım ve oturum boyunca da o gündem üzerine çalışıyor olacağız.

Verimi arttırmanın, öğrendiklerimizi deneyimleyerek daha güçlü ve kalıcı bilgiler haline getirebilmenin bir diğer yolu da oturum aralarındaki uygulamaları yapmak olacak. Malum grup çalışması için yaklaşık 90 dakikamız var ama bir sonraki oturuma

kadar sizin kendi başınıza yapabileceğiniz uygulamalar ile bu grup çalışmasından alacağımızı verimi arttırmış olacağız. Her oturum sonunda bir sonraki haftaya kadar yapabileceğiniz minik egzersizler olacak.

Hadi bugünkü gündemimiz ile başlayalım.

3) Gündem Belirleme:

Bugünkü gündemimiz "ölüm kaygısını tanımak, ruh sağlığı ile ilişkisini anlamak ve nasıl azaltılacağı hakkında bilgi sahibi olmak"

4) Gündemin Ele Alınışı:

Ölüm kaygısı ile başlayalım. Bu konuda bilim insanları şunu söylüyor, insanlarda da hayvanlarda olduğu gibi hayatta kalmalarını sağlayan biyolojik bir sistem var. Bu sistemi bir grafik üzerinden anlatacağım. Evet bir tehlike algıladığımız zaman vücudumuzda neler olup bitiyor, birlikte bakalım. Mesela sabah evden çıktığınızı, kiminizin işe, okula markete gittiğini düşünelim. Evden çıktığınızda herhangi bir sıkıntınız yoktu. Tam karşıdan karşıya geçerken çok yüksek sesle bir korna duydunuz. Ve dönüp baktığınızda kocaman bir otobüsün selektör yakarak üzerinize geldiğini gördünüz. Tam o anda gözünüz ve kulağınız bir şey algılar ve bu mesajı beyne iletir. Ve beyin de der ki Ayşe-Ahmet tehlikedesin. İşte bu "tehlikedesin" mesajı beyne gittiğinde beynimiz otomatik olarak bir sistemi devreye sokar. Bu sistemin adı otonom sinir sistemi. Beyin bir tehlike algıladığı zaman bunu otomatik olarak devreye sokuyor. Bu sistem de kendi içinde ikiye ayrılıyor sempatik ve parasempatik olmak üzere.

Şimdi bakın omurga boyunca sempatik sistem iniyor ve bütün organlara dağılıyor ve hepsine saniyeler içerisinde adrenalin gidiyor. Mesela göz bebeğine gidiyor göz bebeği büyüyor, kalbe gidiyor kalbi hızlandırıyor, akciğere gidiyor akciğeri hızlandırıyor. İşte kaslara gidiyor kasılma sağlıyor, ter bezlerine gidiyor terleme sağlıyor. Hepsine saniyeler içerisinde adrenalin gidiyor ve hepsinde birtakım değişikliklere yol açıyor. Ve siz bunu işte çarpıntı, terleme, nefes darlığı olarak hissediyorsunuz. Sizce bu sistem neden var?

Olan biten tüm değişikliklere dikkat edin. Göz bebeği niye büyüdü tehlikeyi daha iyi görmeniz için, kalp niye hızlandı kanı daha çok pompalamak için. Akciğer niye hızlandı daha çok oksijen gitsin diye. Niye terledik herkes çok hızlı çalıştı toksinler

birikti onların atılması lazım. Dolayısıyla o sırada olan biten her şey kaç ya da savaş yanıtını ortaya çıkarıyor. Ve bu sayede otobüsü gördüğünüz anda kendinizi karşı kaldırıma atabiliyorsunuz. Bu sistem devreye girmeseydi ne olurdu?

Evet ölürdünüz tehlikeye bir yanıt veremediğiniz için ölürdünüz dolayısıyla iyi ki bu sistem var diyebilir miyiz? Tehlikeye bir yanıt vermemizi sağlıyor. Biz bu sisteme otonom sinir sistemi, ürettiği tepkiye de savaş-kaç tepkisi diyeceğiz. Tehlike mesajını alan beyin kendini koruyabilmek adına sistemi otomatik devreye sokuyor ve vücudumuzda bazı belirtiler ortaya çıkıyor. Yani bundan sonra vücudunuzda terleme, titreme, kalp atışlarının hızlanması gibi bir belirti yaşadığınızda beyninize tehlike mesajının gittiğini ve sizi korumak adına otomatik bir süreci başlattığını hatırlayalım. Buraya kadar sorusu olan var mı?

Peki sizce bu sistem hiç devreden çıkmasaydı ne olurdu? Düşünün yani kaldırıma attınız kendinizi tehlikeden kurtuldunuz ama böyle tık tık tık kalbiniz çarpıyor, nefes alamıyorsunuz çok sıkıntı bastı ne olurdu en sonunda? Bu sistem defalarca devreye girdi. Bir süre sonra tehlike devam etse bile beyin bu sefer de diyecek ki Ayşe-Ahmet çok hızlandın artık yavaşla ve yine otonom yani bizim kontrolümüz dışında olan sistemin bu sefer parasempatik dalını devreye sokacak. Ve parasempatik sistemde bütün omurga boyunca inecek. Ve bütün organlara dağılacak ve tekrar normal hızımıza dönmemizi sağlayacak. Bu mavi oklarda parasempatiği gösteriyor o da bütün omurga boyunca ilerliyor ve organlara bağlanıyor. Ve biz bu sayede hem tehlikeye yanıt vermiş oluyoruz hem de sonrasında tekrar normal fizyolojimize dönmüş oluyoruz. Ve bütün bunlar otonom yani bizim kontrolümüz dışında ve bizim hayatta kalmamızı sağlamak için var. Özetle, bu sistem sayesinde bir tehdit karşısında düşünmeye gerek kalmadan otomatik olarak hareket edebiliriz. Böylelikle, düşünme sürecinin zaman kaybettirici etkisi ortadan kalkar, tehlike durumunda refleksif olarak kaçınma veya korunma sağlanır. Çoğu zaman insanlar, vücutlarında hissettikleri kalp çarpıntısı, terleme ya da ani sıcak basması gibi belirtilerin nedenini doğru bir şekilde anlamlandıramazlar. Oysa bu fizyolojik tepkiler, beynimize gönderilen bir tehlike sinyaline yanıt olarak devreye giren savunma sistemimizin doğal bir sonucudur. Bu sistem, gerçek bir tehdit ile zararsız bir durumu ayırt etmeden çalışabilir; tıpkı bir duman alarmının, gerçek bir yangında olduğu gibi ocakta yanan yemeğin dumanına da aynı şekilde tepki vermesi gibi.

Şu ana kadar öğrendiğimiz şey, bu sistemin temel amacının hayatta kalmamızı sağlamak olduğudur. Ancak bu sistem, bir tehdidin gerçek olup olmadığını ayırt etmeksizin, yalnızca tehlike mesajını almasıyla devreye girer. Örneğin, evinizde otururken üzerinize doğru gelen bir otobüs yoktur, fakat zihninizden 'Ya başarısız olursam?' veya 'Ya çocuklarıma bir şey olursa?' gibi düşünceler geçtiğinde bile, beyniniz bunu bir tehdit olarak algılar ve aynı savunma sistemini harekete geçirir. Bunun sonucunda, tıpkı gerçek bir tehlikeyle karşı karşıya kaldığınızda olduğu gibi, kalp atışlarınız hızlanır, terlersiniz veya sıcak basması gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu, sistemin düşüncelerimize de fiziksel bir tepki verebilecek kadar hassas çalıştığını gösterir. Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey?

Ancak bilim insanları, insanın zamanla korku sisteminin ötesine geçen ve hayatta kalmayı destekleyen ek beceriler geliştirdiğini söylüyor. Düşünme, iletişimde semboller kullanma, hayal gücü ve öz farkındalık gibi beceriler bunlara örnek olarak verilebilir. Ancak bu ileri beceriler, bizi aynı zamanda biyolojik hayatta kalmamıza yardımcı olan korku sistemimize rağmen, ölümün kaçınılmaz olduğu gerçeğiyle yüzleşmeye de götürür. Yani bir yandan, tehlike anlarında beni harekete geçiren, kaçmamı ya da savaşmamı sağlayan bir biyolojik sistemin olduğunu biliriz; diğer yandan, bu sistem ne kadar etkili olursa olsun hem benim hem de sevdiklerimin ölümle yüzleşeceği gerçeğini zihnen kavrarız, ölüm kaçınılmaz bir sondur. Bu farkındalık, insanda derin bir dehşet uyandırabilir. İşte bu yoğun duygusal tepkiye 'ölüm kaygısı' diyoruz. Ayrıca sanılanın aksine ölüm kaygısı sadece yaşlılarda ya da kanser gibi fizyolojik hastalığı olan kişilerde görülmemektedir. Birçok bilimsel çalışma ölüm kaygısının farklı yaş gruplarında görülebileceğini ortaya koymuştur. Örneğin, üniversite öğrencileri, ergenler, hekimler, ya da herhangi bir hastalığı olmayan nüfusun genelinde. Yani ölüm kaygısının yaştan veya fizyolojik hastalığın olup olmamasından bağımsız bir şekilde tüm insanların deneyimleyebildiğini söyleyebiliriz. Ancak bu dehşet karşısında ortaya çıkan kaygıyla başa çıkarken bazılarımız uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanır ve bu durum aslında kişide çeşitli ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir.

Ölümün kaçınılmaz oluşu ve ne zaman ya da nasıl gerçekleşeceğinin belirsizliği, üzerinde kontrolümüzün sınırlı olduğu bir durum olarak kaygı uyandırabilir. Bu kaygı, günlük hayat kalitemizi düşürebilir ve bizi bu anda değerli olan davranışlardan

uzaklaştırabilir. Yapılan bilimsel çalışmalar da birçok ruh sağlığı sorununun temelinde ölüm kaygısının yattığını göstermektedir. Bu nedenle, ölüm kaygısının ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamanın ve bunu etkili bir şekilde ele almanın oldukça önemli olduğuna inanıyoruz. Bizde bu grup çalışmasında ölüm kaygısıyla etkili baş etmenin yollarını keşfedeceğiz.

Buraya kadar sormak ya da eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Peki ölüm kaygısı ile nasıl baş edeceğiz? Yine bilim insanları bu soru üzerine uzun yıllardır kafa yormuşlar ve çeşitli tedavi yöntemleri geliştirmişler. Biz de sizinle bu grup çalışmasında bilimsel olarak etkililiği kanıtlanmış bir tedavi olan Bilişsel Davranışçı Terapi uygulayacağız. Bu tedavide, kültür ve değerlere duyarlı bir şekilde hazırlanmış dini içerikli bilişsel davranışçı terapi uygulayacağız. Özellikle dini içerikli eklemelerin olmasının sebebi, yapılan bilimsel çalışmaların ölüm kaygısı ile çalışırken kişinin dini inançlarının, ölümden sonraki hayatla ilgili beklentilerinin tedaviye eklenmesinin olumlu katkıları olacağına işaret etmesidir.

İsterseniz önce Bilişsel Davranışçı Terapinin ne olduğu ile başlayalım.

Bilişsel davranışçı psikoterapi (BDT), psikoloji ve psikopatoloji (ruhsal rahatsızlıklar) alanındaki bilimsel bulgulara dayalı olarak geliştirilmiş, bilimsel ilkelerin, psikoterapi alanına uygulanmasıyla ortaya çıkmış bir psikoterapidir. Kişinin içinde bulunduğu çevre, yaşadığı olaylar, bu olayları algılama biçimimiz, duygusal tepkilerimiz ve davranışlarımızın birbiriyle etkileşim içinde olduğu gerçeği BDT'nin ana çıkış noktasıdır. BDT, sadece kişilerin güncel sorunlarını çözmez aynı zamanda bütün yaşamları süresince sorunlarını çözmekte kullanabilecekleri özel birtakım beceriler de öğretir.

İsterseniz bir örnek üzerinden bu terapinin nasıl işlediğine bakalım.
Örneğin, bir arkadaşınıza mesaj gönderdiğinizi ve saatler geçmesine rağmen cevap alamadığınızı düşünelim. Böyle bir olay karşısında ne hissedersiniz ne düşünürsünüz ne yaparsınız? (Terapist sokratik bir şekilde aşağıdaki örneklere benzer sonuçlara ulaşır).

- **Kişi 1:** Beni önemsemiyor, artık arkadaşlığımız eskisi gibi değil sanırım.
    - **Duygu:** Üzüntü
    - **Davranış:** Arkadaşa soğuk davranmak, mesajlarına dönmemek
- **Kişi 2:** Acaba yanlış bir şey mi söyledim?
    - **Duygu:** Kaygı
    - **Davranış:** Mesajı tekrar tekrar kontrol etmek, özür dileyici bir şekilde yeni mesaj yazmak
- **Kişi 3:** Belki çok yoğun veya bir işi var, sonra cevap verir.
    - **Duygu:** Sakinlik
    - **Davranış:** Yanıt beklemeden günlük işlere devam etmek
- **Kişi 4:** Telefonda bir sorun olabilir veya mesajı görmemiştir.
    - **Duygu:** Merak
    - **Davranış:** Durumu kontrol etmek için aramak veya başka bir mesaj göndermek

Bu örnekte olay/durum aynı olmasına rağmen duygularımızın ve davranışlarımızın farklılaşmasının sebebi ne olabilir. Evet olaylara atfettiğimiz anlamlar onları yorumlama şeklimiz yani düşüncelerimiz farklı. Yani özetle her olay karşısında duygularımız, davranışlarımız ve düşüncelerimiz vardır, bunlar çift yönlü etkileşim halindedirler. Düşüncelerimiz duygularımızı, duygularımız davranışlarımızı etkiler.

Anlaşılır olması için basit bir örnek vermiştim. Şimdide daha ölüm kaygısı temelli bir örnek konuşalım.

Durum: Diyelim ki bir yeriniz ağrıyor.

- **Kişi 1:** Galiba kanserim
    - **Duygu:** Korku
    - **Davranış:** İnternette hemen ağrıyı araştırmak
- **Kişi 2:** Belki bu sadece kas ağrısıdır, bir süre sonra geçer
    - **Duygu:** Rahatlık
    - **Davranış:** Ağrıyı pek umursamadan işlerine devam etmek
- **Kişi 3:** Bu ağrı belki kaslarım yüzünden. Ama ne olursa olsun, bu tür şeyler hep kötü sonuçlanabilir, kimse buna dikkat etmezse geç kalırım.
    - **Duygu:** Korku
    - **Davranış:** Sürekli ağrıyan yere dokunmak, onu gözlemlemek

Peki sizce bu düşünce-duygu-davranış üçlüsünden hangisini değiştirmek mümkün olabilir? Örneğin, davranışlarımızı değiştirebilir miyiz? Bir düşünelim. Önümde bir bardak olduğunu farz edelim. Şimdi 'Bu bardağı kaldır' diyorum ve kaldırıyorum. Duygularım ya da düşüncelerim bunu istemese bile, fiziksel olarak bardağı kaldırabiliyorum. Davranışlarımız, çoğu zaman, düşüncelerimiz ve duygularımızdan bağımsız olarak değiştirilebilir.

Peki düşüncelerimizi değiştirmek mümkün müdür? Düşüncelerimiz genellikle kontrolümüz dışında gelir. Bir düşünce, aniden zihnimize gelebilir ve bu durumu engellemek her zaman mümkün değildir. Örneğin, 'Ya ölürsem, ya çocuğumun başına kötü bir şey gelirse, annem ölürse yalnız ne yaparım' gibi bir düşünce aklımıza gelebilir. Bu düşüncenin zihnimize gelmesini durdurmak zordur. Ancak, bu düşüncenin içeriğini, ona yüklediğimiz anlamı değiştirmek veya ona verdiğimiz yanıtı değiştirmek mümkündür. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, düşüncenin gelip gelmemesini kontrol edememizdir.

Son olarak, peki sizce duygularımızı değiştirmek mümkün müdür?

Örneğin şuanda nasıl hissediyorsunuz?

Şuanda mutlu olabileceğiniz en yüksek düzeyde bir mutluluk hissedin desem hissedebilir misiniz?

Peki sizden sizi en mutlu edecek şeyi zihninizde canlandırmanızı söylesem

Ya da şuanda en yüksek düzeyde üzüntü hissedin desem hissedebilir misiniz?

Biraz sonra telefonunuza en sevdiğiniz kişinin kaza yaptığı mesajı gelecek desem

Fark ettiğiniz gibi duygularımız komutla değişmiyor, ancak zihnimizden geçen düşünceler farklılaştıkça duygular değişiyor.

Ya da aynı şekilde bize iyi gelen şeyleri yaptığımızda davranış değişiklikleri de duygularımızın değişmesini sağlar.

Örneğin çok sevdiğimiz birini aradıktan sonra mutlu hissetmek gibi, ya da melankolik bir müziği dinlendikten sonra üzgün hissetmemiz gibi.

Yani, duygularımızı dolaylı yoldan etkileyebiliriz. Bu dolaylı etki, genellikle düşüncelerimizi veya davranışlarımızı değiştirmekle mümkün hale gelir. Duygularımız, düşünce ve davranışlarımızla etkileşim halindedir. Düşüncelerimizi daha işlevsel hale getirdiğimizde ya da değerlerimiz doğrultusunda bir adım attığımızda, zamanla duygularımız da buna uyum sağlayabilir. Bu, duygularımızı dolaylı bir şekilde dönüştürmenin etkili bir yoludur.

Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey?

Tam bu noktada, dini içerikli Bilişsel Davranışçı Terapi, geleneksel BDT'nin tekniklerini, kişinin dini inançları ve değerleriyle uyumlu bir şekilde birleştiren bir yaklaşımıdır. Bu yöntem, kişinin dini inançlarını dikkate alarak, düşüncelerini ve davranışlarını daha sağlıklı bir şekilde şekillendirmesine yardımcı olur.

Bugün, ölümle ilgili düşüncelerimizi netleştirerek oturumu tamamlayalım. Bir sonraki görüşmemizde, bu düşünceler üzerinde çalışmaya başlayacağız. Bunu nasıl yapacağımızı ise haftaya konuşacağız.

Şimdi her birinizden önündeki kâğıda şu soruların cevabını yazmasını istiyorum.

Olay/Durum:

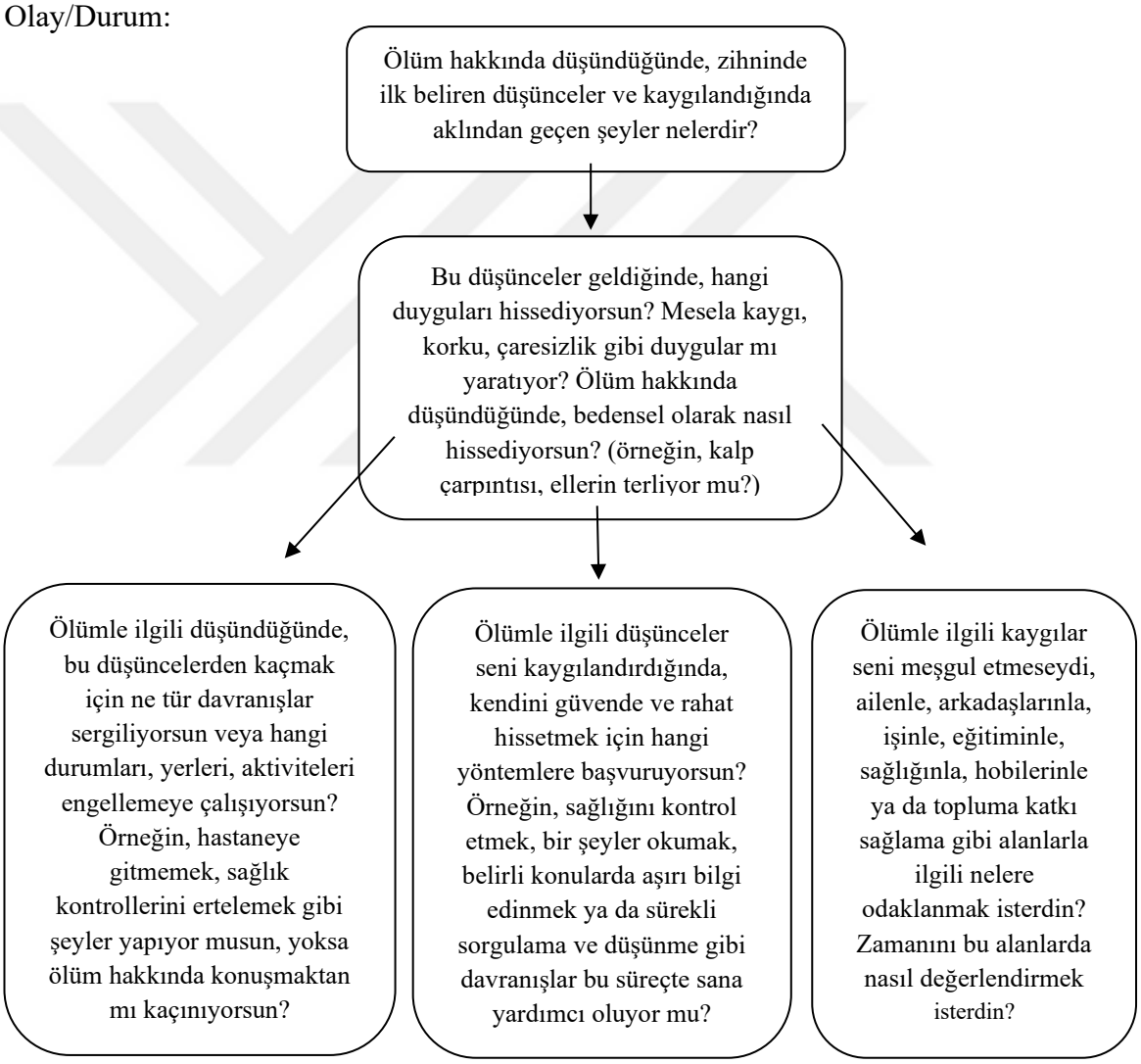


Figure B.1. Ölüm Kaygısı Modeli

Bu düşünceler, ölüm gibi büyük ve belirsiz bir konuyu düşündüğümüzde hepimizin yaşayabileceği türden şeyler. Ancak, bu düşünceleri fark etmek ve yeniden

değerlendirmek, ölüm kaygısını daha az zorlayıcı hale getirebilir. Bu, kaygının yönetilmesinde önemli bir adımdır.

5) Ev ödevinin verilmesi:

Biraz önce dediğimiz gibi, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı değiştirmek mümkündür. Düşüncelerimizi değiştirme stratejilerini oturumlarda birlikte deneyimleyeceğiz. Davranışlarımız için ise oturum aralarında uygulayabileceğiniz bazı stratejilerden bahsedeceğim. Böylelikle hem düşünce hem de davranış alanındaki değişikliklerle döngünün değişmesini hedefliyoruz. İlk davranış stratejimiz 'kaygı randevusu'. Bu, kaygılarınız için günlük belirli bir randevu saati ayarlamak anlamına geliyor. Gün boyunca ölümle ilgili kaygılar hissettiğinizde, o an için bu kaygıları bir kenara bırakmayı deneyin. Kaygı geldiğinde, 'Seninle belirlediğim randevuda görüşeceğiz' diyerek onu erteleyin. Bunu yapabilmek için o kaygıyı bir kâğıda ya da telefonunuzun not kısmına yazabilirsiniz ya da sadece direk erteleyebilirsiniz. Örneğin: 'Ya bir anda ölümle karşılaşırsam ve hazırlıklı olmazsam?', 'Ya hastalanırsam ve ölümüm çok yakınsa?', 'Ya sevdiklerimi kaybedersem?'. Bu kaygılarınızı, sadece günün belirlediğiniz saatinde ele alacaksınız. Örneğin, her akşam 22.00-22.30 kaygı randevunuz var. Randevu saatine kadar, kaygıya odaklanmak yerine kendinizi o anda meşgul olduğunuz işlere yönlendirebilirsiniz. Kaygıya odaklanmamak için bir farkındalık egzersizi yapabilirsiniz. Biz bu egzersize 5-4-3-2-1 kuralı diyoruz. Bu egzersiz, kaygıyı o an için ertelemenize ve kontrolü kaybetmeden başa çıkmanıza yardımcı olacaktır. Fark ettikten sonra, o anı nasıl geçirmek istediğinize karar verin. Sık sık düşündüğünüz kaygılarla mı meşgul olmak istersiniz, yoksa o an ne iş yapıyorsanız ona mı odaklanmak istersiniz? Randevu saati geldiğinde, kaygılarınızı ele almak için yazdığınız notlara geri döneceksiniz. Randevu saati dolana kadar dilediğiniz gibi düşüncelere odaklanabilirsiniz. Randevu saati dolduğunda ise tekrardan normalde yapacağınız diğer aktivitelere odaklanacaksınız. Uygulama ile ilgili herhangi bir sorusu olan var mı?

6) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu? (Terapist temiz boş bir ekran açar ve tek tek yazar, otonom sinir sistemi, sempatik ve parasempatik sistem, duygu-düşünce-davranış döngüsü, düşünce ve davranışın

değişebileceği, duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği, kaygı randevusu, 5-4-3-2-1 kuralı)
Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 1 UYGULAMASI

KAYGI RANDEVUSU

İlk davranış stratejimiz ‘kaygı randevusu’. Bu, zihninize gelen kaygı verici düşünceler için günlük belirli bir randevu saati ayarlamak anlamına gelir.

Öncelikle, her birey kendine gün içinde yalnız kalabildiği bir 30 dakika belirlemeli. Bu 30 dakika, her gün yalnızca o anki düşüncelerinizle baş başa kalacağınız, sadece o düşüncelerle ilgileneceğiniz özel bir zaman dilimi olacak. Örneğin, her akşam saat 22.00-22.30 arasında düşüncelerinizle baş başa kalacağınız bir randevunuz olabilir. Bu saati, yalnızca o anki düşüncelerinizle yüzleşmek ve onlara odaklanmak için ayıracaksınız.

Gün boyunca ölümle ilgili zihninize herhangi bir düşünce geldiğinde, o an için bu gelen düşünceleri ertelemeyi deneyin. Gelen düşünceye, “Seninle belirlediğim randevuda görüşeceğiz” diyerek onu erteleyin. Bunu yapabilmek için o düşünceyi bir kağıda ya da telefonunuzun not kısmına yazabilirsiniz ya da sadece direk erteleyebilirsiniz.
Gün boyunca zihninizde ölümle ilgili şu tür düşünceler belirebilir:

- “Ya bir anda ölümle karşılaşırsam ve hazırlıksız yakalanırsam?”
- “Ya ciddi bir hastalık geçirirsem ve ölümüm çok yakın olursa?”
- “Ya sevdiklerimi kaybedersem?”

Bu düşünceleri, sadece belirlediğiniz saatte ele alacaksınız. Randevu saatinize kadar, bu tür düşüncelere odaklanmamak için kendinizi o anda meşgul olduğunuz işlere yönlendirebilirsiniz. Örneğin:

- Yemek hazırlıyorsanız, yemeğin tadına, kokusuna ve hazırlık sürecine odaklanabilirsiniz.

- Çocuğunuzla oynuyorsanız, çocuğunuzun gülüşüne, sesine ve onunla geçirdiğiniz anın tadına varabilirsiniz.
- İş yerinde bir şeyler yapıyorsanız, yaptığınız işin kalitesine, detaylarına odaklanarak anın içinde kalabilirsiniz.

Düşüncelere odaklanmamak için bir farkındalık egzersizi de yapabilirsiniz.
Biz bu egzersize 5-4-3-2-1 kuralı diyoruz.
Bu egzersiz, gelen düşünceleri o an için ertelemenize ve kontrolü kaybetmeden başa çıkmanıza yardımcı olacaktır.
Rahat bir oturuş pozisyonu alın, dilerseniz gözlerinizi kapatabilir ya da sabit bir noktaya odaklanabilirsiniz.
Şimdi etrafınıza bakarak 5 şey fark edin: renkler, şekiller, nesneler...
Ardından bedeninizin temas ettiği 4 farklı fiziksel duyumu hissedin; oturduğunuz sandalye, ayağınızın yere
değmesi gibi.
Şimdi duyabildiğiniz 3 farklı sesi fark edin, bu odanın içinden veya dışından gelen sesler olabilir.
Sonrasında, burnunuza gelen 2 farklı kokuyu fark etmeye çalışın; belirgin ya da çok hafif olabilir.
Ve son olarak, ağzınızda şu anda fark edebileceğiniz 1 tadı düşünün.
Egzersiz boyunca sadece fark etmek ve yargılamadan gözlemlemek önemli. Hazır hissettiğinizde, bir derin nefes
alarak bulunduğunuz ana geri dönebilirsiniz

Fark ettikten sonra, o anı nasıl geçirmek istediğinize karar verin. Sık sık düşündüğünüz kaygılarla mı meşgul olmak istersiniz, yoksa o an ne iş yapıyorsanız ona mı odaklanmak istersiniz? Randevu saati geldiğinde, kaygılarınızı ele almak için yazdığınız notlara geri döneceksiniz. Randevu saati dolana kadar dilediğiniz gibi düşüncelere odaklanabilirsiniz. Randevu saati dolduğunda ise tekrardan normalde yapacağınız diğer aktivitelere odaklanacaksınız.

Randevu saati geldiğinde, eğer keyifle sürdürdüğünüz bir film, aktivite vs var ise düşüncelere odaklanmak zorunda değilsiniz.

MODÜL 2

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ BELİRLEME, BİLİŞSEL HATALARI TANIMA VE DİNİ KAYNAKLARI KULLANARAK ALTERNATİF DÜŞÜNCE OLUŞTURMA

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Kişiye özgü ölümle ilgili spesifik bilişlerin tespit edilmesi
- Bilişsel hataların tanıtılması
- Otomatik düşüncelerin kanıt inceleme yoluyla incelenmesi
- Otomatik düşüncelere dini kaynakları kullanarak alternatif düşünceler oluşturulması
- Ahiret inancının ölüm kaygısı üzerindeki yatıştırıcı etkisinin incelenmesi

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

Otonom sinir sistemi

Sempatik ve parasempatik sistem

Duygu-düşünce-davranış döngüsü

Düşünce ve davranışın değişebileceği

Duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği

Kaygı randevusu

5-4-3-2-1 kuralı

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

Kaygı randevusunu uygulamanın günlük yaşamınızda nasıl bir etkisi oldu?

Bu yöntemi tekrar kullanmak ister misiniz?

4)Gündem Belirleme:

Bu hafta odaklanacağımız konu, olumsuz otomatik düşüncelerin tespit edilmesi, yardımcı olmayan düşünce stillerinin tanıtılması ve yeniden yapılandırılması olacak.

5) Gündemin Ele Alınışı:

Otomatik düşünceler ile başlayalım. Geçen hafta olay karşısında duygu, düşünce ve davranışlarımızın olduğundan ve bunların da etkileşim halinde olduklarından bahsetmiştik. İşte olay anında ilk aklımızdan geçen, zihnimizde hızla beliren, genellikle farkında olmadan oluşan, kısa ve öz düşüncelere otomatik düşünce diyoruz. Bu düşünceler, olayları nasıl algıladığımızı ve onlara nasıl tepki verdiğimizi etkiler. Bazen hatalı veya abartılı olabilir, bu da gereksiz duygusal yükler yaratabilir. Çoğu zaman geçmiş deneyimlerimizden, inançlarımızdan ve duygularımızdan beslenirler.

Bilişsel hatalar ise, olayları gerçekte olduğundan daha olumsuz, katı veya çarpıtılmış bir şekilde yorumlamamıza neden olan düşünce biçimleridir. Hepimizin zihni bazen böyle tuzaklara düşebilir. Bunlar farkında olmadan otomatik bir şekilde zihnimizde belirir ve nasıl hissettiğimizi etkiler. Kişi sürekli olarak bu düşünce biçimlerini kullandığında, kendisinde büyük duygusal sıkıntıya yol açabilir. Nelerdir bu bilişsel hatalar örneklerle tanımaya çalışalım. (*Ekran paylaşımı yapılıp " Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış Yardımcı Olmayan Düşünceler çalışma kağıdı üzerinden bilişsel hatalar beyaz tahtada listelenir*).

Zihinsel Filtreleme: Bu bir "filtreleme" ve "elekten geçirme" işlemine benzetilebilir. Zihinsel filtreleme işlemini bir durumun sadece bir kısmına odaklanarak geri kalanını görmezden gelmek anlamında bir tür dar bakış açısı olarak da düşünebilirsiniz. Genellikle bu bakış, bir durumun olumsuz kısımlarına daha çok odaklanarak olumlu kısımları göz ardı etmek anlamına gelmektedir. Örneğin; Eşinizle baş başa bir akşam yemeği için dışarıya çıktınız. Yemekte maç sonuçlarını alabilmek için eşiniz telefonuna baktı. Telefonuna bakıp bakmama konusunda bir anlaşmazlığa düştünüz. Yemek dönüşü eve gidene kadar arabada bu anlaşmazlığınız devam etti. Bu örnekte, akşam boyunca ortaya çıkan birçok ayrıntıdan tek bir ayrıntı üzerinde durduğunuzu unutmayın. Üzerinde durduğunuz durumun negatif olduğuna dikkat edin. Genel durumun diğer ayrıntılarını dışarıda bıraktınız, yani gece boyunca yaşanan diğer tüm olumlu deneyimlerinizi hatırlamıyorsunuz. Bu negatif duruma odaklanırsanız,

muhtemelen onunla gelen olumsuz duyguları deneyimlemeye devam edersiniz. Sizce bu düşünme tarzının (zihinsel filtreleme) duygularınız üzerinde nasıl bir etkisi olacaktır?

Keyfi Çıkarsama: Başka birinin ne düşündüğünü bildiğimizi düşündüğümüzde (zihin okuması) ve gelecekte ne olacağına dair tahminler yaptığımızda (tahmine dayalı düşünme) keyfi çıkarsama yapabiliriz. Zihin Okuma Adından da anlaşılacağı gibi, başkalarının ne düşündüğünü bildiğimizi veya başkalarının davranışlarının ardındaki mantığı bildiğimizi varsayarak sonuca atlayabiliriz. Bu çok yaygın bir düşünme tarzıdır. Örneğin, birisiyle konuşuyorsunuz ve konuşma sırasında saatine bakıyor. Belki de "kesinlikle sıkıcı bir insan olduğumu düşünüyor" veya "burada benimle olmak istemiyor" diye düşünüyorsunuz. Bu sonuca, kişinin yakında önemli bir telefon görüşmesi beklemesi gibi tüm kanıtlara yakından bakmadan varırsanız, nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz? Daha mutlu mu yoksa daha sıkıntılı mı hissedersiniz? Örneğin, birisi sizden bir grup insana konuşma yapmanızı istediğinde, "konuşmaya başladığımda ne söylemem gerektiğini unutacağım, kafam karışacak ve korkunç olacak" gibi düşünceler zihninize gelebilir. Geçmişte birçok başarılı sunum yapmış olmanıza rağmen buna inanabilirsiniz. Bu gibi düşüncelere inandığınızda nasıl hissedersiniz?

Kişiselleştirme: Kişiselleştirme, kısmen sorumlu olduğunuz veya hiç sorumlu olmadığınız durumlarda yanlış giden veya yanlış gidebilecek her şey için kendinizi suçlamayı içerir. Çocuğunuz bir sınavda düşük bir not aldı ve onu daha fazla pratik yapmaya yönlendirmediğiniz için kendinizi suçlayabilirsiniz. Farkına varmadan, dışarıdaki olumsuz olayları yaptığınız veya yapmadığınız bir şeyle ilişkilendirebilirsiniz. Bir şeyi kişiselleştirdiğinizde, diğer önemli dış faktörleri göz ardı ederek ortaya çıkan sonuçlar için kendinizi sorumlu tutarsınız. Sonuç olarak, sorumluluğun kısmen sizde olduğu veya hiçbir sorumluluğunuzun olmadığı durumlarda bile yanlış giden veya yanlış gidebilecek her şey için kendinizi suçlayabilirsiniz.

Felaketleştirme: Felaketleştirme, durumları orantısız bir şekilde yorumladığımızda meydana gelir ve gerçekte sorun küçük olmasına rağmen olanı korkunç, berbat, dehşet verici ve rezil olarak görebiliriz. "Göğsümde bir ağrı var. Kalp krizi geçiriyor olabilirim", "Bu sınavdan 90 alamadım, ya sınıfta kalırsam", bir yakınıyla fikir ayrılığı

yaşayan kişinin “ya beni eskisi gibi sevmezse artık?” Tüm bu örnekler, kişinin durumu korkunç, berbat, ürkütücü veya dehşet verici olarak değerlendirdiği bu yararsız düşünme tarzının (felaketleştirmenin) özünü yansıtmaktadır.

Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünmek: Bu düşünme tarzı olaylara sadece tek taraflı bakmayı içerir. Yanlış ya da doğru, iyi ya da kötü, vb. Aralarda gri tonları yoktur. Örneğin, tüm derslerden A (ya da 5) alamayan ve bu nedenle kendilerini başarısız bulan öğrencileri düşünün. Belki siz de daha önce kendinize benzer bir şey söylediniz: “Annem/kardeşim ve ben her zaman aynı fikirde değiliz, o zaman kötü bir ilişkimiz var” veya “yaptığım işte en iyisi değilsem, değersizim demektir” gibi. Biz buna ya hep ya hiç tarzı düşünme ya da siyah beyaz düşünme diyoruz çünkü sadece iki ucu görme eğilimindesiniz. Bu düşünce tarzında haklı ya da haksızsınız, iyi ya da kötüsünüz; aralar, grinin tonları ve orta zemin yoktur.

Meli-malı: Bazen “yapmalıyım” veya “yapmaya mecburum” diyerek kendinize ve başkalarına mantıksız talepler veya baskılar uygulayabilirsiniz. Bu ifadeler her zaman yararsız olmasa da (örn. “kavga etmemeliyim ve yalan söylememeliyim”), bazen gerçekçi olmayan beklentiler oluşturmaktadır. Örneğin "işe zamanında gitmeliyim" diye düşünmek her zaman yararsız değildir. Ancak bu gereklilik veya zorunluluk ifadelerini kendinize ulaşılamaz hedefler koymak veya aşırı baskı uygulamak için kullandığınızda yararsız hale gelir. “Yaptığım şeyi daima doğru yapmalıyım”, “eşime asla kızmamalıyım” veya “her zaman çok güzel yemekler pişirmeliyim” diyebiliriz.
Birisinin bu tür ifadeleri tekrar tekrar dillendirdikten sonra nasıl hissedeceğini düşünüyorsunuz? Muhtemelen, kendilerini suçlu veya hayal kırıklığına uğramış hissedeceklerdir.

Aşırı Genelleme: Bir durumu aşırı genellediğimizde, geçmişten veya günümüzden bir örnek alırız ve bunu mevcut veya gelecekteki tüm durumlara uygularız. “O her zaman…” ya da “herkes…” ya da “ben asla…” dersek, muhtemelen aşırı genelleme yapıyoruzdur. “Benim için asla romantik bir şey yapmıyorsun”, “her zaman ekmeği benim almam gerekiyor”, “herkes benim üstüme geliyor” veya “her gece çocuklar ortalığı dağıtıyor” gibi cümleler söylemiş ve duymuş olabilirsiniz.

Etiketleme: Belirli durumlardaki davranışlara bakarak genel açıklamalar yaparsak kendimizi ve başkalarını etiketlemiş oluruz. Bu etiketle tutarlı olmayan birçok örnek olmasına rağmen bu etiketi kullanabiliriz. Masadan bir şey düşürdüğünüzde veya bulaşıkları yıkarken bir bardak kırdığınızda "ben çok aptalım!" diye düşünebilirsiniz. Kendimiz veya başkaları hakkında, belirli durumlarda tek bir davranıştan yola çıkarak genel açıklamalar yaptığımızda, etiketlemiş oluruz.

Duygusal Çıkarsama: Bu düşünme tarzı, sizin durumunuza ya da kendinize bakışınızı hislerinize dayandırmayı içerir. Örneğin, kötü bir şeyin olacağına dair tek kanıt, kötü bir şeyin olacağını hissediyor olmanızdır. Örneğin, sokakta yürüyorsunuz ve "endişeli hissediyorum, tehlikeli bir şeyin olacağını biliyorum" veya "çok depresif hissediyorum, burası çalışmak için en kötü yer olmalı" diye düşünüyor olabilirsiniz. Sanki kendimize, gerçek kanıtın ne olabileceğine bakmak yerine "hissediyorum, bu yüzden öyle" diyoruz. Tehlikeli bir şeyin olabileceğini veya çalışmak için en kötü yer olduğunu gösteren başka bir kanıt olmayabilir. Sahip olduğunuz tek kanıt nasıl hissettiğinizdir.

Büyütme veya Küçültme: Bu düşünme tarzında, diğer insanların olumlu niteliklerini büyütür, kendi olumlu niteliklerinizi en aza indirirsiniz. Sanki kendi olumlu özelliklerinizi veya başarılarınızı önemli değilmiş gibi açıklarsınız. Çoğu zaman, insanların dürbünün her iki ucundan da dünyaya bakması gibi, diğer insanların olumlu niteliklerini büyüttüğünüz (büyütme) ve kendi niteliklerinizi küçülttüğünüz (küçültme) anlamına gelir. Başarı için kendi niteliklerinizi yok saymanın olumsuz etkileri vardır. Kendi hayatınızda veya başkalarının hayatında "bu sefer şansım yaver gitti" veya "bunu söylemek istemediler, sadece kibar olmaya çalıştılar" dediğini duymuş olabileceğiniz zamanları düşünün. Bu şekilde olumlu deneyimlerin önemini azaltabilir ve hatta olumsuz deneyimlere dönüştürebilirsiniz.

Ya olursa: Kişinin sürekli kendisine ya olursa sorusunu sorması ve verdiği cevaplarla tatmin olmaması. "Ya sınavdan kalırsam", "ya araba kaza yaparsa", "ya ilaç yan etki yaparsa" vb.

Tüm bu konuştuklarımızdan nasıl bir sonuç çıkarabiliriz? Zihnimize gelen otomatik düşünceler hakkında ne söyleyebiliriz? Özetle, zihnimize gelen otomatik düşüncelerimiz, hatalı olabilir ve gerçeği yansıtmayabilir. Biz de o gelen düşünceleri

daha somut gerçekçi bir şekilde inceleyip, gerçeğe en uygun alternatif düşünceyi bularak duygu-davranış-düşünce döngüsünde değişiklik yaratmak istiyoruz.
Bunu nasıl yaptığımıza birlikte bakalım.

Geçen hafta ölümle ilgili zihninizde ilk beliren düşünceler ve kaygılandığınızda aklınızdan geçen şeyleri not etmiştiniz, onları sırasıyla yazalım (Ekran paylaşımı yapılıp düşünceler beyaz tahtada listelenir).

Şimdi doldurduğunuz tablodaki düşünceleri nasıl incelediğimiz üzerine çalışalım.

Bu olumsuz otomatik düşüncelere daha gerçeğe uygun alternatif düşünceler olarak yeniden bir de dini kaynaklardaki bilgilerden yararlanabiliyoruz. Nasıl yapacağımıza birlikte bakalım. (Kanıt inceleme tekniği kullanılarak düşünce incelenir.)

Dini inançlarımız, ölümle ilgili duygularımızı ve düşüncelerimizi etkileyebilir. Çünkü dini inançlar, ölümün anlamını, sonrasındaki süreci ve bu süreçteki rolümüzü nasıl gördüğümüzü etkileyebilir. Birlikte bazı ayetleri inceleyelim.

Table B.1. Ölüm ve Ölümden Sonraki Yaşam ile ilişkili Ayetler

Ele Alınan Konu	**İlgili Ayetler**
İman	Onlar, kesinlikle Rablerine kavuşacaklarını ve O'na döneceklerini düşünen ve bunu kabullenen kimselerdir (*Bakara: 46).* Şüphesiz iman edenler; Yahudilerden, Hristiyanlardan ve sâbiîlerden de Allah'a ve ahiret gününe inanıp sâlih amel işleyenler için Rableri katında mükâfatlar vardır. Onlar için herhangi bir korku yoktur onlar üzüntü çekmeyeceklerdir (*Bakara: 62).*
Ahirete hazırlık	Ey iman edenler! Rükû edin; secdeye kapanın, Rabbinize ibadet edin; hayır işleyin ki kurtuluşa eresiniz (*Hac: 77).*
Ahirette insan ölümsüzdür	İlk tattıkları ölüm dışında, orada artık ölüm tatmazlar. Ve Allah onları cehennem azabından korumuştur (sürekli hayata kavuşmuşlardır) (*Duhân: 56)*
Ecel	Geceleyin sizi öldüren (öldürür gibi uyutan), gündüzün de ne işlediğinizi bilen; sonra belirlenmiş ecel tamamlansın diye gündüzün sizi dirilten (uyandıran) O'dur. Sonra dönüşünüz yine O'nadır. Sonunda O, yaptıklarınızı size haber verecektir. (*En'âm: 60)* Her ümmetin bir eceli vardır. Ecelleri gelince ne bir an geri kalırlar ne de bir an ileri gidebilirler (*A'râf: 34).*

Table B.1. (cont.)

Ölüm	Her canlı ölümü tadacaktır. Ve ancak kıyamet günü yaptıklarınızın karşılığı size tastamam verilecektir. Kim cehennemden uzaklaştırılıp cennete konursa o, gerçekten kurtuluşa ermiştir. Bu dünya hayatı ise aldatma metâından başka bir şey değildir (*Âl-i İmrân: 185)* Her canlı, ölümü tadar. Bir deneme olarak sizi hayırla da şerle de imtihan ederiz. Ve siz, ancak bize döndürüleceksiniz (*Enbiyâ: 35)* (Resûlüm!) De ki: Eğer ölümden veya öldürülmekten kaçıyorsanız, kaçmanın size asla faydası olmaz! (Eceliniz gelmemiş ise) o takdirde de yaşatılacağınız süre çok değildir (*Ahzâb: 16)*
Ölüm ve hayat imtihan için verilmiştir	O ki, hanginizin daha güzel davranacağını sınamak için ölümü ve hayatı yaratmıştır. O, mutlak galiptir, çok bağışlayıcıdır (*Mülk: 2)*
Ölümden sonra tekrar dirilmek	De ki: Yeryüzünde gezip dolaşın da Allah ilk baştan nasıl yaratmış bir bakın. İşte Allah bundan sonra (aynı şekilde) ahiret hayatını da yaratacaktır. Gerçekten Allah her şeye kadirdir (*Ankebût: 20)* Kendilerine ilim ve iman verilenler şöyle derler: Andolsun ki siz, Allah'ın yazısında (hükmedildiği gibi) yeniden dirilme gününe kadar kaldınız. İşte bugün yeniden dirilme günüdür; fakat siz onu tanımıyordunuz (*Rûm: 56)*
Uhrevi mükafat	İman edip de güzel davranışlarda bulunanlar (bilmelidirler ki) biz, güzel işler yapanların ecrini zâyi etmeyiz (*Kehf: 30)* İşte onlara, alt taraflarından ırmaklar akan Adn cennetleri vardır. Onlar Adn cennetlerinde tahtlar üzerine kurularak orada altın bileziklerle bezenecekler; ince ve kalın dîbâdan yeşil elbiseler giyecekler. Ne güzel karşılık ve ne güzel kalma yeri! (*Kehf: 31).* Ancak tevbe eden, iman eden ve iyi davranışta bulunan kimseler hariçtir. Bunlar, hiçbir haksızlığa uğratılmaksızın cennete, çok merhametli olan Allah'ın, kullarına gıyaben vâdettiği Adn cennetlerine girecekler. Şüphesiz O'nun vâdi yerini bulacaktır (*Meryem: 60).* Ey âyetlerimize inanan ve müslüman olan kullarım! Bugün size korku yoktur. Sizler üzülmeyeceksiniz de (*Zuhruf: 68).* Şüphesiz (kötülüklerden) korunanlar Rablerinin kendilerine verdikleriyle sevinerek cennetlerde ve nimet içindedirler. (Zira) Rableri onları, cehennem azabından korumuştur (*Tûr: 17).*

İlk olarak, bu ayetler ışığında ölümle ilgili düşüncelere yeniden bakacak olursak ne söyleyebiliriz?

Sizce, ahiret inancınız ölümle ilgili kaygılarınızı nasıl etkiliyor?

Hatalarınızın bağışlanabileceğini düşündüğünüzde, bu düşünce sizi nasıl rahatlatıyor?

Ahiret, Allah ile kavuşma anı olarak düşünüldüğünde, bu size nasıl hissettirir?

Allah'ın rahmetine odaklandığınızda, ölüm korkunuzda nasıl bir değişim hissediyorsunuz?
Bu farkındalığı günlük yaşamınıza nasıl entegre edebilirsiniz?

6)Ev ödevinin verilmesi:

Bugün ele aldığımız ayetleri, ölümle ilgili olumsuz düşüncelerinizi daha gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirmede kullanacağız. Oturumda yaptığımız gibi diğer 2 düşüncenize formdaki adımları takip ederek meydan okumanızı bekliyorum. Bunu yaparken konuştuğumuz ayetleri temel alarak, olumsuz düşüncelerinize karşı alternatif düşünceler geliştirebilirsiniz.

7)Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle

MODÜL 2 UYGULAMASI

Table B.2. Dini Kaynaklardan Yararlanarak Alternatif Düşünce Geliştirme Basamakları

1.Adım **Olay / Tetikleyici**	**2.Adım** **İşlevsiz Düşünceler** **Bilişsel Hatalar**	**3.Adım** **Duyumlar** Duygular – (oran 0 – 100%) Fiziksel duyumlar	**4.Adım** **İşlevsiz düşünceyi destekleyen kanıtlar**	**5.Adım** **İşlevsiz düşünceyi desteklemeyen kanıtlar**	**6.Adım** **Alternatif, daha gerçekçi ve dengeli düşünce**	**7.Adım** **Sonuç Duyguyu tekrar puanlayın**	**8.Adım** **Otomatik düşüncem doğruysa**	**9.Adım** **Ahirete iman bağlamında düşüncenin yeniden ele alınması**
İlk olarak, sizin için zorlayıcı bir durumu ya da tetikleyiciyi düşünün. Olayın tam olarak ne olduğunu, ne zaman gerçekleştiğini, nerede bulunduğunuzu ve kimlerle birlikte olduğunuzu belirtin.	Şimdi, bu olay ya da tetikleyici sırasında aklınıza gelen düşünceleri yazın. Sizi rahatsız eden ve kaygı uyandıran düşünceler nedir? Bu düşünce herhangi bir bilişsel hataya benziyor mu?	Bu düşünceyi düşündüğünüzde hangi duyguları hissettiniz? Duygularınızın şiddetini 0 ile 100 arasında bir oranda belirtin. Bu duygular vücudunuzda nasıl bir etki yarattı? Hangi fiziksel belirtileri fark ettiniz?	Bu düşüncenin doğru olduğuna dair hangi kanıtlarınız var?	Bu düşüncenin doğru olmayabileceğini gösteren hangi kanıtlarınız var?	Bu noktada, alternatif bir düşünce geliştirin. Bu yeni düşünce, daha gerçekçi ve dengeleyici olmalı.	Alternatif düşünceyi benimsedikten sonra, başlangıçta hissettiğiniz duyguların şiddetini tekrar değerlendirin. Hangi duygular kaldı?	Eğer otomatik düşüncem doğruysa olabilecek en kötü sonuç ne? En iyi şey ne? En gerçekçi şey ne? Bu sonuçla baş edebilir miyim? Bu durumda ne yapabilirim? Bu durum önemsediğim bir arkadaşımın başına gelseydi, otomatik düşüncesi ile ilgili ona ne söylerdim?	Otomatik düşüncenizi ahirete iman, tövbe ve tevekkül bağlamında ele alındığınızda ne gibi farklar ortaya çıkmaktadır?

Table B.2. (cont.)

Evde yalnızken, telefonum çaldı ve sevdiğim birinin sağlık durumunun kötüleştiği haberini aldım	Sevdiklerim ölürse buna dayanamam Felaketleştirme Duygusal Çıkarsama	Üzüntü (%85) Mide bulantısı, ellerde titreme, baş ağrısı, hızlı kalp atışı	-Babam vefat ettiğinde kayıpla başa çıkmak çok zor oldu, o kadar büyük bir acı yaşadım ki. - Babam vefat ettiğinde sanki her şey anlamını yitirmiş gibi hissetmiştim -Çevremdeki bazı insanlar, sevdiklerini kaybettikten sonra derin bir acı ve boşluk yaşadılar.	-Daha önce sınav döneminde de çok zorlanmıştım ama başa çıkabilmiştim, zorluklarla baş edebilen bir sistemim var. -Babamın vefatıyla ilgili üzüntüm zaman içinde değişti, onu halen çok seviyor özlüyorum ancak günlük yaşantıma ilk günküne kıyasla daha iyi devam edebiliyorum. Arkadaşlarımla görüşüyor, işe gidiyor, gülüyorum. Bu da geçmiş kayıplarla başa çıkabildiğimi ve bunu yapabilme kapasitem olduğunu gösterir. -Birçok kişi sevdiğini kaybettikten sonra iyileşiyor, zamanla kaybın acısı azalıyor ve hayatlarına devam edebiliyorlar. -Psikolojik araştırmalar, kayıptan sonra insanların yas	Babamı kaybetmek büyük bir acı verdi, ancak zamanla bu acıyla başa çıkmayı öğrendim ve yaşamıma devam edebildim. Psikolojik araştırmalar da kayıplardan sonra insanların yas sürecini geçirerek duygusal iyileşmeye başladıklarını göstermektedir.	Üzüntü (%30)		

Table B.2. (cont.)

				süreci yaşadığını ve bu sürecin zamanla iyileşmeye yol açtığını göstermektedir. -Yas süreci, bireylerin acılarını atlatmalarına ve tekrar işlevsel bir şekilde hayatlarına devam etmelerine olanak tanır. -Bilimsel olarak insanlar, duygusal zorluklarla başa çıkma kapasitesine sahiptir. -Kayıp yaşayan kişilerin, sosyal destek gruplarına veya terapilere katılarak iyileşebileceği birçok bilimsel araştırmada vurgulanmıştır. Ailem, arkadaşlarım ve destek aldığım kişiler, bu süreçte yardımcı olabilir.				

Not. Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış "Düşünce İnceleme Formu" 7 sütunlu materyalden esinlenerek hazırlanmıştır.

MODÜL 3

TEVEKKÜL VE AHİRET İNANCI BAĞLAMINDA BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE TÖVBE KAVRAMI

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ele alınması
- Ölümün kaçınılmaz olduğuna dair kabulün geliştirilmesi
- Tevekkül kavramının (Allah'a güvenip O'na teslim olma) anksiyete üzerindeki etkileri üzerine konuşulması
- Tövbe kavramının ölüm kaygısıyla ilişkisinin değerlendirilmesi

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

Otomatik düşüncenin ve bilişsel hataların neler olduğunu öğrendik. Olay anından zihnimizden geçen ilk düşüncelerimiz her zaman gerçeğe uygun olmayabilir, olayları hatalı abartılmış algılamamıza sebep olabilir. Daha fazla bilgi edinip, kanıt topladığımızda olaylara atfettiğimiz anlamlar yani düşüncelerimiz değişebilir. İlk düşünce stratejimiz olan kanıt incelemeyi uyguladık.

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

Ölümle ilgili olumsuz düşüncelerinize formdaki 7 soruyu sorarak meydan okumanız ve konuştuğumuz ayetleri temel alarak alternatif düşünceler oluşturmanız gerekiyordu.

Bu süreç nasıl geçti?

Zorluk yaşadığınız ya da dikkat çeken bir şey oldu mu?

Alternatif düşünceler geliştirme kısmı nasıldı?

Hangi düşünceleri daha kolay dönüştürebildiniz?

Hangi durumlarda zorlandınız?
Bugün fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik var mı?

4) Gündem Belirleme:

Bugünkü oturumda endişe ve belirsizlik üzerine çalışacağız. Amacımız, ölümle ilgili düşüncelerinizi daha iyi anlamak, bu düşüncelerin sizde nasıl kaygı yarattığını fark etmek ve bu kaygıyı azaltmak için bazı yöntemler geliştirmek. Bunu yaparken de özellikle ahiret inancı, tevekkül ve tövbe gibi kavramlara da değineceğiz.

5) Gündemin Ele Alınışı:

İlk seansımızda tehlike mesajının beyne iletilmesiyle otomatik bir şekilde aktive olan savunma sistemimizden bahsetmiştik.

İşte kaygı, bedensel belirtilerle birlikte, daha derin bir duygusal ve fizyolojik tepkimiz iken; endişe zihinsel bir uğraştır, zihindeki bir düşünce veya tahmindir, kötü bir şey olacağına dair düşünceler silsilesidir. Ancak kötü bir şey olacağına inanmakla/düşünmekle kötü bir şeyin gerçekten olması birbiriyle ilgisizdir. Endişelenmenin yani zihnimizde senaryo kurmanın üzerine düşünüp durma halini inceleyelim. Daire sakinleri örneğini verilir *(Prof. Dr. Hakan Türkçapar tarafından verilen Bilişsel Davranışçı Terapi dersi kapsamında sunulmuş bir metafordur.)*

Soru şu, bu dört daire sakininden hangisinin evine hırsız girme olasılığı daha düşüktür?
Cevap üçüncü ve dördüncü daire sakini aynı
Peki sizce üçüncü ve dördüncü arasında çok büyük bir fark var mıdır?
Cevap yoktur
Peki o küçük fark için dördüncünün ödediği bedel nasıldır?
Çok yüksek, zaman, maddi, duygusal olarak da tükeniyor.
Peki daire 1 ile daire 2 arasında olasılık açısından bir fark var mı?
Cevap yok
Peki daire 1'in durumu mu daha iyi daire ikinin durumumu daha iyi?
Daire ikinin durumu daha iyi.
Neden, çünkü en azından daire ikinin kafası rahat.
Durumu en kötü olan daire 1 neden?
Hem sürekli bir endişeli bir hali var hem de hiç önlemi yok.

Ya da bir sınav öğrencisi düşünelim tüm yıl boyunca sınavı kazanıp kazanamayacağı ile ilgili endişelensin, her masaya oturduğunda ya sınavı kazanamazsam düşünceleriyle meşgul olsun. Sınav günü geldiğinde ÖSYM tüm yıl emek verdin seni direk geçirelim demez, sorulara verdiği yanıtlara yani somut davranışlara bakar
O zaman şöyle diyebilir miyiz?
Hayatta kötü şeyler olur ama bunların olup olmamasının bizim bunları düşünüp düşünmememizle ilgisi yoktur. Yani, endişe duymak değil önlem almak, davranışlar bizi korur.
Önlemlerimizi de daha gerçeğe uygun planlamamız gerekmektedir.
Belki hiç olmayacak şeyleri düşünerek zaman ve enerji harcamamamız gerekir.

Peki ya üzerinde kontrolümüzün az ya da hiç olmadığı meselelerle ilgili endişelenmenin nasıl bir işlevi vardır. (Beyaz tahta açılır, tahtanın tam ortasına belirsizlik, ölüm yazılır)

Belirsizlik gündelik yaşamın her yerinde karşımıza çıkar ve aslında hayatın doğal bir parçasıdır. Ancak bazılarımızın belirsizlik karşısında zorlanması daha fazladır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kişinin belirsiz durumlara karşı yüksek düzeyde rahatsızlık duyması ve bu durumlara dayanmakta zorlanması olarak tanımlanabilir. Örneğin, yarın hava nasıl olacak tam olarak bilemeyiz; tahminler yapsak da bu tahminlerin gerçekleşeceğine dair kesin bir garantimiz yoktur. İşe giderken trafikte bir gecikme olup olmayacağını öngöremesek de bu belirsizlik içinde hareket ederiz. Sağlıkla ilgili de benzer bir durum söz konusudur: Sabah uyandığımızda kendimizi iyi hissedeceğimizi ümit ederiz, ama bunun kesin bir garantisi yoktur. İkili ilişkilerde de karşımızdaki kişinin söylediklerimizi tam olarak nasıl algılayacağını bilemeyiz, ancak yine de iletişim kurmayı sürdürürüz. Bu tür belirsizlikler, yaşamın her alanında yer alır ve çoğu zaman farkında bile olmadan bunlarla başa çıkarız.

Benzer şekilde, kendi ölümümüz ya da sevdiklerimizin ölümü de bu hayatta belirsizdir. Hiçbirimiz ne zaman ya da nasıl öleceğimizi bilemeyiz.
Bu belirsizliği düşündüğünüzde hangi duyguları deneyimliyorsunuz?
Sizce ölümün ne zaman ve nasıl gerçekleşeceğini kontrol etmek mümkün mü?
Herhangi bir çabayla bu bilgiyi edinebilir miyiz?

O zaman ölüm için ne zaman, nasıl ve nerede gerçekleşeceği bizim kontrolümüzde olmayan bir şey diyebilir miyiz?
Bu sizin için ne anlam ifade ediyor?
Peki sizce bu belirsizlik herkes için aynı mı?
Ne zaman öleceğine dair kesin bir bilgi herhangi birine diğer kişilerden daha fazla verilmiş olabilir mi?
Yoksa bu belirsizlik hepimiz için eşit mi?
Eğer eşit ise diğer insanların da bu belirsizlikle yaşadığını düşününce sizce onlar nasıl başa çıkıyor olabilir?

Belirsizlik, özellikle ölüm gibi büyük ve kaçınılmaz bir konuda, insanların hayatında önemli bir yer tutar. Ancak herkes bu belirsizlikle başa çıkmak için farklı yollar bulur. Bu belirsizlik karşısında bizim yaptığımız şey endişelenmek, düşünüp durmak bu ifadeler kağıdın sol tarafına yazılır. Peki sizce insanlar bu belirsizliği daha az zorlayıcı hale getirmek için ne yapıyorlar? (Kimileri bu durumu düşünmemek için kendini meşgul eder; yoğun bir çalışma temposu ya da hobilerle zihnini bu düşüncelerden uzaklaştırır. Kimileri inanç sistemlerine yönelerek ölümden sonra ne olacağına dair bir anlam geliştirmeye çalışır. Bazıları ise bu gerçeği kabullenip, her anı dolu dolu yaşamaya odaklanır).

Onların başa çıkma yöntemlerini düşündüğünüzde, size ilham veren bir şey var mı?
Örneğin, belirsizlikle mücadelede size yakın gelen bir yöntem ya da düşündüğünüzde denemeye değer bir yaklaşım olabilir mi?

Ölümün belirsizliğiyle mücadele etmek yerine, bunu hayatınıza anlam katacak bir şekilde nasıl kullanabilirsiniz? Mesela, bu belirsizlik size şu anki yaşamınızla ilgili neyi hatırlatıyor olabilir?
Ölümün belirsizliği bana şu an neyin kıymetli olduğunu gösteriyor?
Kontrol edemediğim bu gerçeğe karşılık, yaşamım içinde kontrol edebileceğim şeyler neler?
Enerjimi, dikkatimi şuan da kontrol edebildiğim şeylere vermek nasıl olurdu? Örneğin çocuğum öldüğünde bununla baş edip edemeyeceğimle ilgili şuan da bir şey yapamıyorum, ama çocuğumla ilgili şuanda ne yapabilirim? Ya da duygusal dayanıklılığım için şuan da nasıl bir yatırım yapabilirim?

Şimdi ahirete iman ve tevekkül bağlamında bazı ayetler paylaşmak istiyorum.
Bu ayetler ışığında ölümün belirsizliğini nasıl yeniden çerçevelendirebiliriz?
Sizce bu ayetlerin verdiği mesaj, ölümle ilgili belirsizlik ve kaygı karşısında nasıl bir bakış açısı geliştirmemize yardımcı olabilir?

Table B.3. Ahirete İman, Tevekkül ve Tövbe ile İlişkili Ayetler

İlgili Konu	**Ayetler/Hadisler**
Ahirete İman	Onlar, kesinlikle Rablerine kavuşacaklarını ve O'na döneceklerini düşünen ve bunu kabullenen kimselerdir (*Bakara: 46).* Şüphesiz iman edenler; yahudilerden, hıristiyanlardan ve sâbiîlerden de Allah'a ve ahiret gününe inanıp sâlih amel işleyenler için Rableri katında mükâfatlar vardır. Onlar için herhangi bir korku yoktur onlar üzüntü çekmeyeceklerdir (*Bakara: 62).*
Tevekkül	Allah'a güven. Vekîl olarak Allah yeter (Ahzab, 3). Mü'minler ancak o kimselerdir ki; Allah anıldığı zaman kalpleri ürperir. Onun âyetleri kendilerine okunduğu zaman (bu) onların imanlarını artırır. Onlar sadece Rablerine tevekkül ederler (Enfâl: 2). Göklerin ve yerin gaybını bilmek Allah'a mahsustur. Bütün işler ona döndürülür. Öyle ise ona kulluk et ve ona tevekkül et. Rabbin yaptıklarınızdan habersiz değildir (Hûd: 123). Allah'a tevekkül et, vekil olarak Allah yeter (Ahzâb: 3) Ebu Hureyre (r.a.)'tan rivayet edildiğine göre Peygamber (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Cennete girecek birtakım topluluklar var ki; onların kalpleri (tevekkül ve Allah'a güvenme hususunda) kuşların kalpleri gibidir." (Müslim, Cennet 27 (2840). Ebu İmâre Berâ b. Azib (r.a.)'tan rivayet edildiğine göre Resulullah (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Ey filanca kişi! Yatağına girdiğinde: Allahım! Kendimi sana teslim ettim, yüzümü sana çevirdim, işimi sana ısmarladım, işimde sana güvendim, rızanı isteyerek, azabından korkarak sırtımı sana dayadım, sana sığındım, sana karşı yine senden başka sığınak yoktur. İndirdiğin kitaba ve gönderdiğin peygambere inandım. Eğer bu duayı yapıp yattığın gece ölürsen iman üzere ölürsün, ölmez de sabaha çıkarsan hayra kavuşursun) diye dua et." (Buhari, Vudu 75, Deavat 6, 7, 9, Müslim, Zikr 57-58 (2710).

Table B.3. (cont.)

Tövbe	Resulullah (s.a.)'in hizmetçisi olan Ebu Hamza Enes b. Mâlik el-Ensari (r.a.)'dan rivayet edildiğine göre Resulullah (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Kulunun tövbe etmesinden dolayı Allah'ın duyduğu memnuniyet sizden birinin ıssız bir çölde kaybettiği devesini bulduğu zamanki sevincinden daha çoktur." (Buhâri, Deavät 4; Müslim Tevbe 8 (2747). Mûsâ Abdullah b. Kays el-Eş'arî (r.a.)'dan rivayet edildiğine göre Peygamber (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Doğrusu Allah, gündüzün günah işleyenin tevbesini kabul etmek için gece leyin elini açar. Geceleyin günah işleyenin tevbesini kabul etmek için de gündüzün elini açar. Bu durum, ta güneş battığı yerden doğuncaya kadar devam eder." (Müslim, Tevbe 31 (2759). Ebu Abdurrahman Abdullah b. Ömer ibni'l-Hattab (r.a.)'dan rivayet edildiğine göre Resulullah (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Yüce Allah, kulunun, can boğaza gelmeden önce ettiği tövbeyi kabul eder." (Tirmizi, Deavât 99 (3537). Şeddâd b. Evs (r.a.)'tan rivayet edildiğine göre Peygamber (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "İstiğfârın en üstünü, kulun; "Allâhumme ente rabbî, lå ilâhe illâ ente, halak ltenî ve ene abduke, ve ene alâ ahdike ve va'dike mesteta'tu. Eûzu bike min şerri mâ sana'tu, ebûu leke bi-ni'metike aleyye, ve ebûu bi-zenbî, fe'ğfir li fe-innehû lå yağfiru'z-zunûbe illâ ente" (Allahım! Sen benim Rabbimsin. Kulluğa lâyık senden başka hiçbir ilah yoktur. Beni Sen yarattın. Ben Senin kulunum. Ezelde Sana verdiğim sözümde ve vaadimde hâlâ gücüm yettiğince durmaktayım. İşlediğim kusurların şerrinden Sana sığınırım. Bana lutfettiğin nimetleri yüce huzurunda minnetle anar, günahımı itiraf ederim. Beni affet; şüphe yok ki günahları Senden başka affedecek yoktur) diye dua etmesidir." Buna göre her kim, bu "seyyidu'l-istiğfâr" duasını (sevabına ve faziletine bütün kalbiyle) inanarak gündüz okur da o gün akşam olmadan ölürse cennetliklerden olur. Yine her kim, (sevabına ve faziletine gönülden) inanarak gece okur da sabah olmadan ölürse cennetliklerden olur." (Buhâri, Deavât 2, 16.) Enes b. Mâlik (r.a.)'tan rivayet edilmiştir: "Resulullah (s.a.)'i şöyle buyururken işittim: Yüce Allah şöyle buyurdu: Ey Âdemoğlu! Sen bana dua ettiğin ve benden affını umduğun sürece, işlediğin günahlar ne kadar çok olursa olsun, onların büyüklüğüne bakmadan seni bağışlarım. Ey Ádemoğlu! Günahların gökyüzünü kaplayacak kadar çok olsa, sonra da benden affını dilesen, seni affederim. Ey Âdemoğlu! Sen yeryüzünü dolduracak kadar günahla karşıma gelsen; fa- kat bana hiçbir şeyi ortak koşmamış olsan, şüphesiz ben de seni yeryüzü dolusu bağışla karşılarım." (Tirmizî, Deavât 99 (3540))

Ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak kabul etmek mümkün mü?

Eğer ölüm, ahiret inancına göre bir geçiş olarak görülseydi, ölümün anlamı nasıl değişirdi?
Ahirete inanan biri olarak, ölümün ardından ne olacağına dair inancınız size nasıl bir rahatlama veya güven verebilir?

Ölümü, bir son değil de bir yenilenme ya da başka bir yaşamın başlangıcı olarak kabul etmek sizi nasıl etkilerdi? Ahiret inancı, ölümün belirsizliğini daha kolay kabul etmenize yardımcı olabilir mi?
Ahiretteki yaşamın sorumluluğu, ölümü kabullenmek ve hayatı değerlerinizle yaşamak için size nasıl bir perspektif sunar?

6)Ev ödevinin verilmesi:

Önümüzdeki haftaya kadar belirlediğiniz bir gün ve saatte (herkesten bu zamanı netleştirmesi ve telefonlarına hatırlatma koymaları istenir), ahiret ve ölüm üzerine olumlu mesajlar içeren dini bir metni okumanızı ve bu metin üzerine düşünmenizi istiyorum.
Metni seçerken bugünkü oturumda ele aldığımız ayet veya hadislerden de faydalanabilirsiniz, ya da dilediğiniz herhangi bir başka metin de olabilir.
Metni belirledikten sonra size verdiğim formdaki adımları takip etmenizi rica ediyorum.
Okuduğunuz metinlerde sizin için öne çıkan, rahatlatıcı ya da anlamlı bulduğunuz bir kısmı not alın.
Ayrıca, bu metinleri okuyup formu doldurduğunuzda, ölümle ilgili düşünceleriniz ve duygularınızda nasıl bir değişim fark ettiğinizi gözlemleyin.
Bir sonraki seansımızda bu deneyimlerinizi ve formu birlikte ele alacağız.

7)Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 3 UYGULMASI

Table B.4. Ahiret İnancı Bağlamında Belirsizliğin Yeniden Ele Alınması

1. Ahiret ve kaderle ilgili bir Kur'an ayeti ya da hadis seçin: Belirsizlikle başa çıkmanızı kolaylaştırabilecek, ahiret inancını hatırlatan bir ayet, hadis ya da pasaj belirleyin. (Aşağıda yer alan metinlerden de yararlanabilirsiniz.)
2. Rahat bir pozisyon alın: Kendinizi fiziksel olarak rahat hissettiğiniz bir pozisyon bulun. Rahat nefes alabilmek için göğsünüzü açık tutun ve yavaşça nefes alıp vererek zihninizi sakinleştirin.
3. Ayeti veya hadisi yavaşça ve anlamını hissederek okuyun: Seçtiğiniz metni ağır ağır okuyun. Kelimeleri anlamaya, ahirete olan inancınızın bu dünyadaki belirsizliklere nasıl bir perspektif getirdiğini düşünmeye odaklanın.
4. Hayatınıza yansıtın: Okuduğunuz metni kendi hayatınızla ilişkilendirin. Belirsizlikler karşısında yaşadığınız zorluklar ahiret inancınız bağlamında nasıl anlam kazanıyor? Şu soruları kendinize sorabilirsiniz: Bu belirsizlik beni ahiret için nasıl hazırlıyor olabilir? Belirsiz bir durumun içinde ahirete inancım bana nasıl bir güven sağlayabilir? Bu durumun Allah'ın planının bir parçası olduğunu kabul etmek nasıl bir rahatlama getirebilir?
5. Sessizlik içinde yeniden okuyun: Seçtiğiniz metni bir kez daha okuyarak, kelimelerin içindeki derin anlamları ve Allah'a güven duygusunu hissetmeye odaklanın.
6. Düşüncelerinizi yazın: Belirsizlikler ve ahiret inancınızla ilgili olarak bu tefekkürün size ne hissettirdiğini yazın. Allah'a olan güveninizin ve ahiret inancınızın bu belirsizliklerle baş etme kapasitenizi nasıl artırabileceğine dair düşüncelerinizi not edin.
7. Harekete geçmeyi değerlendirin: Belirsizliklere karşı ahiret inancınızı hayatınıza daha fazla nasıl yansıtabilirsiniz? Örneğin, bir durum karşısında "Bu da geçer" diyerek kendinizi teskin etmek, düzenli olarak dua ederek Allah'a olan teslimiyetinizi pekiştirmek ya da ahiret için hayırlı bir adım atmaya odaklanmak gibi davranışları hayata geçirebilirsiniz.
8. Sessizlik ile sonlandırın: Tefekkürün sonunda birkaç dakikanızı sessiz bir şekilde geçirin. Allah'ın kontrolü altında olan bu dünyadaki belirsizlikleri ahiret perspektifiyle kabul etmenin getirdiği huzuru hissedin.

(Pearce vd. (2015)'ın Tefekkür Yönergeleri çalışmasından esinlenerek hazırlanmıştır.

MODÜL 4

KAÇINMA VE GÜVENLİK DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ, MARUZİYET PLANLAMASI

Modülün Amacı:

- Ölüm kaygısını artıran ve sürmesini sağlayan kontrol etme, kaçınma ve güvence arama gibi davranışları incelemek.
- Bu davranışların kaygı üzerindeki etkilerini anlamak.
- Kaygıyı daha sağlıklı bir şekilde yönetmek için alternatif başa çıkma yolları geliştirmek.
- Maruziyetin rasyonelini anlamak.
- Kaygı hiyerarşisi oluşturmak

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

Ödev ile başlayalım.

Ödevi yapmak sizin için nasıl bir deneyim oldu?

Okuduğunuz metin sizi nasıl etkiledi?

Metinde sizin için anlamlı veya rahatlatıcı bir bölüm var mıydı?

Bu bölüm ölümle ilgili düşünce ve duygularınızı nasıl etkiledi?

4) Gündem Belirleme:

Bugünkü oturumumuzda, ölüm kaygısını artıran ve sürmesini sağlayan bazı davranışlarımızı inceleyeceğiz.

Bu davranışlar, ölümle ilgili kontrol etme, kaçınma ya da sürekli güvence arama olabilir.

Bu davranışların kaygıyı nasıl etkilediğini anlamaya çalışacağız ve kaygıyı daha iyi yönetmek için alternatif yollar geliştireceğiz.

5) Gündemin Ele Alınışı:

İlk oturumumuzda, otonom sinir sistemimizin nasıl çalıştığını ve tehlike anında bizi korumak için devreye girdiğini konuşmuştuk, hatırlıyorsunuz değil mi?

Savaş ya da kaç tepkisinin, hayatta kalmamız açısından ne kadar önemli bir mekanizma olduğunu vurgulamıştık. Şimdi, ölüm kaygısı gibi tehdit algısıyla bu sistemin sizin günlük hayatınızda nasıl işlediğini birlikte inceleyelim. Bir düşünün, ölümle ilgili kaygılandığınızda vücudunuzda neler hissediyorsunuz?

Kalp atışlarınız hızlanıyor mu, nefes almak zorlaşıyor mu, ellerinizde titreme oluyor mu?

Bu tepkilerin, o algıladığınız tehlikeye verdiğimiz doğal yanıtlar olduğunu biliyoruz.

Gelin, bu tepkilerin sizin üzerinizdeki etkilerini daha yakından anlamaya çalışalım.

Peki, bir soru, tehlikenin aslında gerçek olmadığını, bu yalnızca zihninizdeki bir düşünce olduğu halde bu tepkilerin ortaya çıktığını fark ettiğinizde, vücudunuz da bu sistemin yavaşlamasına izin verebilir mi?

Şimdi şöyle bir şey olduğunu hayal etmenizi istiyorum.

Evde oturuyordunuz gayet sakin bir gündü.

Birden kapı çaldı ve içeri eli silahlı adamlar girdi.

Hayatta en çok sevdiğiniz kişi ya da kişiler kim?

Diyelim ki o kişileri rehin aldılar kafalarına da silahı dayadılar ve dediler ki.

Söyleyeceğimizi yapacaksın yoksa onları öldürürüz, ne yaparsınız?

Dediklerini yaparsınız?

Ve dediler ki haydi bakalım atla arabaya sizi mezarlığa götürdüklerini hayal edin.

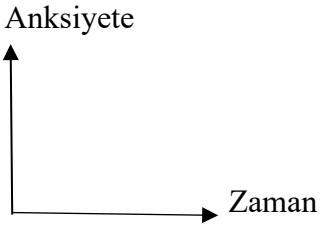
Hiç beklemediğiniz bir anda, kendinizi mezarlıkta buluyorsunuz.

O anda kalbinizin hızla çarptığını, tüm hayatınızın gözlerinizin önünden geçtiğini hayal edin.

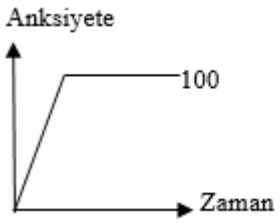
Şimdi, sevdiklerinizi kurtarmanın tek yolunun mezarlıkta birkaç saat yalnız kalmak olduğunu söyleseler, sevdiklerinize bir zarar gelmeyeceğini söylüyorlar, kamera ile sizi izleyecekler.

Mezarlıkta geçirmeniz gereken saat tamamlanınca evinize gidebileceksiniz, ne yaparsınız?

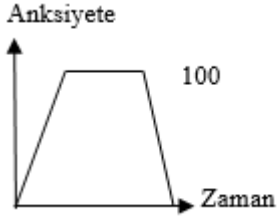
Ben mezarlıkta kalamam, mezarlık bana ölümü hatırlatıyor korkuyorum der misiniz, yoksa sevdikleriniz için birkaç saat mezarlıkta kalmayı kabul eder misiniz? (*Prof. Dr. Aslıhan Dönmez davranış deneyleri eğitimi kapsamında sunulmuş bir metafordur*.)
Şimdi şu zaman şu da anksiyete düzeyi olsun.



Bu durumda anksiyeteniz ne olurdu?
Muhtemelen 100'e kadar çıkar, değil mi?
Peki, bu yoğun anksiyete ne zamana kadar böyle devam ederdi sizce?
Mezarlıkta kaldığınız süre boyunca anksiyetenizin nasıl değişeceğini düşünüyorsunuz?
Sürekli aynı yoğunlukta mı kalır, yoksa bir süre sonra azalır mı?



Şu anki düşüncenize göre, anksiyete 100'e çıkacak ve orada sabit kalacak.
Ama benim öngörüm biraz farklı; diyorum ki, evet, başta anksiyeteniz 100'e kadar yükselebilir, ancak zamanla, siz orada mezarlıkta kalmaya devam etseniz bile, bu anksiyete kendi kendine azalacak.



Neden böyle bir hipotez kurdum sizce?
Evet belli bir süre sonra parasempatik sistem devreye giriyor.

Peki siz anksiyetenin kendiliğinden düşmesini hiç deneyimlediniz mi?

Hayır deneyimlemediniz, deneyimlememe sebebiniz ne olabilir?

Evet güvenlik ve kaçınma davranışları anksiyeteyi azaltır.

Parasempatik sistemin otomatik devreye girmesini deneyimlememize sebep olur.



Bugüne kadar baktığınızda grafik böyleydi, değil mi?

Yani ölümle ilgili kaygılarınızı sürekli olarak bir şekilde yatıştırmaya çalıştınız, kaçınarak ya da güvenlik davranışlarıyla rahatlama sağlamaya çalıştınız.

Ama bütün durumu değerlendirince, ölüm kaygınızın giderek arttığını söyleyebilir miyiz?

İlk başlarda bu kadar yoğun düşüncelerle karşılaşmıyordunuz, kaygınız bu kadar şiddetli ve sürekli değildi, değil mi?

Zamanla, ölüm kaygınız giderek arttı, daha fazla alana yayıldı, doğru mu?

Yani ölüm kaygınız giderek büyüdü ve daha çok alanı kapsadı (Soru cevap şeklinde, sokratik ilerlenir).

İşte kaçınma ve güvenlik davranışları, kişilerin kaygı ve korku gibi olumsuz duygulardan korunmaya çalışırken sergiledikleri davranışlardır. Bu tür davranışlar, genellikle kaygıyı geçici olarak hafifletmeye yardımcı olabilir, ancak uzun vadede bu davranışlar sorunun devam etmesine veya kötüleşmesine yol açabilir.

Özetle, güvenlik ve kaçınma davranışları kısa vadede bir rahatlama sağlasa bile uzun vadede sorunun hayatımızda artmasına yayılmasına sebep olur diyebilir miyiz?

Şimdiye kadar söylediklerimde bir sorunuz var mı?

Şimdi biz bilim insanları olsak, elimizde 2 hipotez var.

Birinci hipoteze göre anksiyete sonsuza kadar sürer.

Bir diğer hipotez de diyor ki hayır anksiyete belli bir süre devam eder daha sonra güvenlik ve kaçınma davranışı yapmasak bile kendiliğinden azalır.

Hangi hipotezin doğru olduğunu test etmemiz için ne yapmamız lazım?

Test etmemiz lazım.

Sizin bugüne kadar bulduğunuz yöntem şuydu (danışanın hipotez grafiğini gösterip) kısa vadede kaygıyı azaltıp rahatlamak ama uzun vadede sıkıntının artması, benim önerdiğim şimdi yeni denemenizi isteyeceğim yöntem şu olacak kısa vadede sıkıntı uzun vadede rahatlama.

Hangisi daha mantıklı geliyor size?

Şimdi şunu düşünün:

Bir korku filmini ilk kez izlediğinizde ne kadar korktuğunuzu hatırlayın.

Her ses, her an sizi tedirgin ediyordu, değil mi?

Ama aynı filmi ikinci, üçüncü kez izlediğinizde, bir süre sonra korkularınız azalır.

Çünkü artık ne olacağını biliyorsunuz ne zaman ne olacağını tahmin edebiliyorsunuz.

Filmdeki korkutucu anlar sizi eskisi kadar etkilemiyor.

Bu, bir tür alışma süreci, değil mi?

Aynı şekilde kaygıyla ilgili de benzer bir şey oluyor.

İlk başta, ölüm kaygısı gibi bir korkuyla karşılaştığınızda çok yoğun bir duygu hissedebilirsiniz.

Ancak, o korkuyla yüzleştikçe, üzerine gittikçe, kaygı seviyeniz azalır.

Bu, sizin kaygıyı "alışarak" yönetmeye başlamanızı sağlar.

İlk denemede kaygınız biraz daha yüksek olabilir, ancak her seferinde bu kaygıyı daha rahat hissedecek ve daha iyi başa çıkabileceksiniz.

Yani, tıpkı korku filmini defalarca izlediğinizde korkunuzun azalması gibi, kaygınızı da tekrarlayarak azaltabiliriz.

Biz bu deneye maruziyet diyoruz.

Bu haftadan itibaren sizinle bir maruziyet planı hazırlayacağız.

Maruziyet, sizi rahatsız eden düşüncelere, duygulara veya bedensel tepkilere bilinçli ve kontrollü bir şekilde yaklaşmayı ve zamanla bu durumlarla daha rahat başa çıkmayı öğrenmeyi hedefleyen bir yöntemdir.

Amaç, bu rahatsızlık verici deneyimlerden kaçınmak yerine, onlara kademeli olarak alışarak hayatınızı istediğiniz gibi yönlendirebilmenizi sağlamaktır.

Şimdi, maruziyetin zihinsel olarak ne anlama geldiğini en azından şu an için anladığınızı düşünüyorum, değil mi?

Şu ana kadar konuştuklarımızı birkaç cümle ile kendi anladığınız şekilde özetler misiniz?

Peki maruziyeti nasıl yapacağız.

Merak etmeyin bir anda en çok kaçındığınız şeyi deneyimlemeyeceksiniz.

Bir hiyerarşi oluşturacağız.
Bu, daha az kaygı yaratan durumlarla başlayıp, zamanla daha fazla kaygı uyandıran durumlara doğru ilerleyeceğimiz bir süreç olacak.
İlk başta, kaygıyı fazla tetiklemeyen bir durumla yüzleşmek, size kaygı karşısında nasıl adım atacağınızı gösterecek.
Bu aşamalı yüzleşmeler sayesinde, kaygılı düşüncelerle başa çıkma konusunda alışacak ve kaygı seviyeniz zamanla azalacak.
Bunu yaparak, kaygı uyandıran durumlara karşı daha az duyarlı hale geleceksiniz.
Bu şekilde, kaygınızla başa çıkabilme becerilerinizi geliştirecek ve bu tür durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabileceksiniz.
Size kendinizin ya da sevdiklerinizin ölümünü hatırlatan hangi durumlardan kaçınıyorsunuz?
Örneğin ölüm içerikli filmler ya da videolar izlemek, mezarlığa gitmek vs.
Şimdi ölümle ilgili düşündüğünüzde, en çok hangi düşünceler ya da senaryolar sizi kaygılandırıyor?
Bunlardan hangisi en çok korkutuyor?
Hangi düşünceler size daha az kaygı veriyor?
Kaygınızı 0 ile 100 arasında bir ölçekle değerlendirirseniz, en korkutucu düşünce ne kadar yüksek bir kaygı yaratır?
Eğer bu düşünceleri bir sıralama yapacak olsanız, hangi düşünce ya da senaryo sizi daha az kaygılandırır, hangisi daha fazla?
0 ne olurdu, 30, 40, 50, 70, 100 düzey kaygı ne olurdu?
Somut durumları not edelim.
Kaygı yaratan durumların sıralanması formu üzerine not edebiliriz.

6)Ev ödevinin verilmesi:

Bu hafta yapacağımız şey şu olacak. Size 30 düzeyinde kaygı yaratan ve sıklıkla kaçındığınız duruma deney yapacağız. Deneyde test edeceğimiz hipotezlerimiz
Hipotez 1: Anksiyete sonsuza kadar sürer, yani kaygı duygusu devam eder ve azalmaz.
Hipotez 2: Anksiyete, belli bir süre devam eder ve sonra kendiliğinden azalır.

Bu durumu örneğin sela dinlemek, gazetede ölüm ilanlarını okumak, ölüm ve kayıp ile ilgili edebi metinler okumak, ölüm temalı televizyon ve film programlarını izlemek,

vasiyet yazma, cenaze düzenlemeleri planlama ve aile üyelerine talimatlar bırakma, aile üyeleri veya arkadaşların mezarını ziyaret etme gibi herhangi bir güvenlik ya da kaçınma davranışı uygulamadan, eğer uygularsak test etmek istediğimiz hipotezi test edememiş oluruz, 30 dakika boyunca bu hafta 3 ayrı kez maruz kalacaksınız.
Her seferinde kaygı düzeyini 0-100 arasında puanlayarak, form üzerindeki uygun yere not edeceğiz.

7)Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 4 UYGULAMASI

Table B.5. Kaygı Yaratan Durumların Sıralanması

Sana kaygı veren tüm durumları aşağıya yaz, ardından bu durumları sana en fazla kaygı veren olandan en az kaygı verene doğru sıralayarak aşağıdaki tabloya ekle. Her bir durumu, sana ne kadar kaygı verdiğini 0 (hiç kaygı yok) ile 100 (maksimum kaygı) arasında puanlayarak belirt.

Durum	Normalde Kaçınma Evet- Hayır	Şu an ki Kaygı Düzeyi	Deneyin Birinci Günü Kaygı Düzeyi		Deneyin İkinci Günü Kaygı Düzeyi		Deneyin Üçüncü Günü Kaygı Düzeyi	
		0	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		10	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		20	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		30	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		40	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		50	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		60	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		70	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		80	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		90	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		100	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	

Bu hafta yapacağımız şey şu olacak. Size 30-50 düzeyinde kaygı yaratan ve sıklıkla kaçındığınız duruma deney yapacağız. Deneyde test edeceğimiz hipotezlerimiz

Hipotez 1: Anksiyete sonsuza kadar sürer, yani kaygı duygusu devam eder ve azalmaz.

Hipotez 2: Anksiyete, belli bir süre devam eder ve sonra kendiliğinden azalır.

Bu durumu örneğin sela dinlemek, gazetede ölüm ilanlarını okumak, ölüm ve kayıp ile ilgili edebi metinler okumak, ölüm temalı televizyon ve film programlarını izlemek, vasiyet yazma, cenaze düzenlemeleri planlama ve aile üyelerine talimatlar bırakma, aile üyeleri veya arkadaşların mezarını ziyaret etme gibi herhangi bir güvenlik ya da kaçınma davranışı uygulamadan, eğer uygularsak test etmek istediğimiz hipotezi test edememiş oluruz, 30 dakika boyunca bu hafta 3 ayrı kez maruz kalacaksınız.

Her seferinde kaygı düzeyini 0-100 arasında puanlayarak, form üzerindeki uygun yere not edeceğiz.

(Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış "Korku Hiyerarşisi" materyalinden esinlenerek hazırlanmıştır.)

MODÜL 5

MARUZİYET

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Seans içi maruziyet uygulaması
- Maruziyet sırasında kaygı seviyelerinin 0-100 arasında puanlanarak izlenmesi ve kaygının zaman içinde nasıl değiştiğinin gözlemlenmesi
- Korkulan senaryoyu ahirete iman bağlamında yeniden ele alınması

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2)Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

Bu hafta maruziyet yaptıktan sonra kaygı seviyenizde nasıl bir değişim oldu?

Kaygı ne kadar süreyle yüksek kaldı ve sonra ne gözlemlediniz?

Başlangıçta kaygı seviyesi beklediğinizden farklı mıydı, yoksa tahmin ettiğiniz gibi mi oldu?

Kaygının azaldığını hissettiğinizde, bu nasıl bir deneyim oldu?

30 düzeyindeki kaygınız için şu an ne söylersiniz?

4)Gündem Belirleme:

Bu hafta odaklanacağımız konu, ölüm kaygısı ile ilgili kaygı yaratan durumlara maruz kalacak ve bu süreç boyunca kaygıdaki değişimi gözlemleyeceğiz.

Neden Ölüm Korkusuyla Yüzleşmelisiniz?

Yıllar geçtikçe hepimizin karşılaştığı zorluklardan biri de ölüm gerçeğiyle yüzleşmektir. Ölüm konusundan kaçınmak çoğu insan için çoğu zaman işe yarıyor gibi görünebilir Ancak zaman zaman yoğun stres ya da ölüm ve hastalıkla ilgili zor deneyimler nedeniyle olağan başa çıkma yolları tehlikeye girer. İnsanlar kendilerini sürekli olarak ölüm, hastalık, kaza, yaralanma ve zarar görme korkularıyla meşgul bulabilirler. Bu korkular sıkıntı yaratır, yaşamdan alınan zevki ve memnuniyeti sınırlar, diğer insanlarla ilişkileri bozar, etkili bir şekilde çalışmaktan alıkoyar ve gereksiz enerji tüketir. Hastalık ve ölüm korkuları diğer birçok korkudan farklıdır. İnsanların korktuğu şeylerin çoğunun gerçekleşme olasılığı düşüktür. Örneğin uçmaktan korkan insanların bir uçak kazasında yaralanma veya ölme olasılığı son derece düşüktür. Köpeklerden korkan insanların bir köpek tarafından yaralanması pek olası değildir. Buna karşılık, birçoğumuz hayatımızın bir döneminde ciddi bir hastalıkla baş etmek zorunda kalacağız ve hepimiz öleceğiz. Yıllar geçtikçe bize yakın olan insanların hastalık ve ölümleriyle de uğraşmak zorunda kalacağız. Bazı insanlar ölüm korkularıyla o kadar meşguldür ki, bu korku dikkatlerinin ve enerjilerinin çoğunu tüketir. Yakında ölmeyeceklerinden emin olmadıkları sürece hiçbir şeyden zevk alamayacaklarını hissederler. Farkında olmadan, uzun yıllar boyunca gerçekleşmeyecek bir şey için endişelenerek yaşamın değerli günlerini tüketirler.

Mutlu bir şekilde geçirebilecekleri günleri mutsuz günlere dönüştürürler. Diğer insanlar ölüm gerçeğini kabul edebilir, bu fikirle biraz barışabilir ve karşılarına çıktığında bu durumlarla başa çıkabileceklerine güvenebilirler. Tatmin edici ve mutlu bir hayat yaşama görevine odaklanabilirler. Ölüm korkusuyla başa çıkmanın en güçlü yolu, ondan kaçınmak yerine korkuyla yüzleşmektir. İlk bakışta bu size tuhaf gelebilir. Her an ölümle meşgul olduğunuz için sıkıntılı olduğunuzu söyleyebilirsiniz. Bununla daha ne kadar yüzleşebilirsiniz? Bu kendinizi daha iyi hissetmenize nasıl yardımcı olacak? Ancak ölümle meşgul olmak ile ölümle yüzleşmek ve onu kabullenmek arasında bir fark vardır. Ölüm korkusu da dahil olmak üzere korkunun üstesinden gelmenin en iyi yolunun korkulan durumla yüzleşmek olduğunu öğrendik. Genellikle en iyisi korkuyla yavaş yavaş, her seferinde bir adım atarak yüzleşmektir (Furer vd., 2007, s. 151-152).

Bugün, ölümle ilgili kaygılarımız üzerine bir teknik denemek istiyorum. Bu teknik, hayal gücümüzü kullanarak bu korkularla yüzleşmemizi ve onları daha yakından tanımamızı sağlıyor. Buna *imajinatif (hayali) maruziyet* diyoruz. Amaç, ölüm korkularını bir senaryo haline getirerek onlarla yüzleşmek ve bu süreçte kaygıyı yönetebilmeyi öğrenmek. Bu senaryoyu canlandırırken, zihninizde oluşan düşünceler ve hissettikleriniz tamamen normal. Ama bunu yaparak korkularınızın sizi ne kadar etkilediğini ve bunlarla nasıl başa çıkabileceğinizi daha iyi anlayabiliriz. Bazıları bu çalışmada, senaryoyu canlandırmanın korkularının gerçekleşmesine neden olacağını düşünebiliyor. Bu konuda endişeleriniz var mı?

Bu çok anlaşılır bir kaygı.

Ancak, bir şeyi zihnimizde canlandırmak onun gerçekleşeceği anlamına gelmez.

Yani ölümle ilgili en çok korktuğunuz senaryoları keşfedeceğiz ve bu senaryolar üzerinde çalışacağız. Bu, korkularımızı yüzeye çıkararak onlarla başa çıkmamıza ve kaygının etkisini azaltmamıza yardımcı olabilir. Amacımız, bu senaryolarla tekrar tekrar maruz kalarak kaygı düzeyini düşürmek ve kaygının zamanla azalmasını sağlamak olacaktır.

Gözlerinizi kapatın ve birkaç derin nefes alın.

Nefesinize odaklanın; soğuk havanın burnunuzdan girişini ve göğüs kafesinizdeki hareketini hissedin.

Nefesinize müdahale etmeden sadece izleyin.

Şimdi de ölümle ilgili en korktuğunuz senaryoyu zihninizde canlandırmaya başlayın.

Ölümle ilgili en büyük korkunuz nedir?

Kendi ölümünüz mü?

Ölüm anı mı yoksa ölümden önceki ya da sonraki süreç mi sizi korkutuyor?

Sizi en çok korkutan senaryoya odaklanın, zihninize birden fazla seçenek gelirse onlardan en korkutucu olanı seçin ve ona odaklanın.

Şimdi seçtiğiniz o senaryoda biraz kalmanızı istiyorum.

Şimdi bu senaryoyu detaylandırarak zihninizde canlandırın.

Nerede bulunuyorsunuz?

Açık bir alan mı, kapalı bir alan mı?

Sanki bir film senaryosu çeker gibi o senaryonun tüm detaylarını dikkatlice zihninizde canlandırın.

Bulunduğunuz ortamı hayal edin.

Bu senaryoda kimler var?

Tanıdık birileri mi?

Yoksa yabancı kişiler mi?

Bu kişiler sizinle nasıl bir etkileşim içinde?

Konuşuyorlar mı, suskunlar mı?

Konuşuyorlarsa ne söylüyorlar?

Fark edin.

Bu senaryoyu zihninizde daha netleştirdiğinizde, bedensel duyumlarınızı fark edin.

Kalbiniz nasıl atıyor?

Hızlı mı, yavaş mı?

Ellerinizde bir titreme, ayaklarınızda bir ağırlık var mı?

Midenizde ya da göğsünüzde bir sıkışma hissediyor musunuz?

Fark edin.

Duygularınızı fark edin.

Korku, üzüntü, yalnızlık, çaresizlik gibi duygular hissediyor musunuz?

Hangi duygu daha baskın? Fark edin.

Bu senaryonun en korkutucu anı nedir? O anda ne oluyor?

Ne düşünüyorsunuz?

Ne yapmaya çalışıyorsunuz?

Tüm detaylarıyla senaryoyu canlandırın.

Nefesinize yeniden odaklanarak kaygının seviyesini bir süre gözlemleyin.

Kaygının en üst seviyede kaldığı noktayı fark edin.

Şimdi birkaç derin nefes alın.

Nefes alıp vermenizi izleyin.
Ellerinizin veya ayaklarınızın zemine temasını hissedin.
Çevrenizdeki sesleri dinleyin.
Rahat bir nefes alarak gözlerinizi açın.

Evet nasıl bir deneyimdi, neler fark ettiniz? Kim neler söylemek ister? Şimdi herkesten biraz önceki deneyim sırasındaki kaygısını 0-100 arasında puanlamasını istiyorum.
Şimdi tekrardan aynı senaryoyu zihnimizde canlandıracağımız bir uygulama yapacağız.

Gözlerinizi kapatın ve birkaç derin nefes alın.
Nefesinize odaklanın; soğuk havanın burnunuzdan girişini ve göğüs kafesinizdeki hareketi hissedin.
Nefesinize müdahale etmeden sadece izleyin.
Şimdi de ölümle ilgili en korktuğunuz biraz önceki senaryonuzu hatırlayın.
Ve tekrardan zihninizde canlandırın.
Nerede bulunuyorsunuz?
Açık bir alan mı, kapalı bir alan mı?
Sanki bir film senaryosu çeker gibi o senaryonun tüm detaylarını dikkatlice zihninizde canlandırın.
Bu senaryoda kimler var?
Tanıdık birileri mi?
Yoksa yabancı kişiler mi?
Bu kişiler sizinle nasıl bir etkileşim içinde?
Konuşuyorlar mı, suskunlar mı?
Konuşuyorlarsa ne söylüyorlar? Fark edin.
Bu senaryoyu zihninizde daha netleştirdiğinizde, bedensel duyumlarınızı fark edin.
Kalbiniz nasıl atıyor? Hızlı mı, yavaş mı?
Ellerinizde bir titreme, ayaklarınızda bir ağırlık var mı?
Midenizde ya da göğsünüzde bir sıkışma hissediyor musunuz? Fark edin.
Duygularınızı fark edin. Korku, üzüntü, yalnızlık, çaresizlik gibi duygular hissediyor musunuz? Hangi duygu daha baskın? Fark edin.
Bu senaryonun en korkutucu anı nedir? O anda ne oluyor?
Ne düşünüyorsunuz?

Ne yapmaya çalışıyorsunuz?
Nefesinize yeniden odaklanarak kaygının seviyesini bir süre gözlemleyin.
Kaygının en üst seviyede kaldığı noktayı fark edin.
Şimdi birkaç derin nefes alın. Nefes alıp vermenizi izleyin.
Ellerinizin veya ayaklarınızın zemine temasını hissedin.
Çevrenizdeki sesleri dinleyin. Rahat bir nefes alarak gözlerinizi açın.

Evet ikinci deneyiminiz nasıldı?
Kim ne söylemek ister?
Şimdi herkesten ikinci deneyim sırasındaki kaygısını 0-100 arasında puanlamasını istiyorum.
Her iki puan arasında bir farklılık var mı, varsa bunu nasıl açıklarız?
Bu farklılık bize ne söylüyor olabilir?
(Vakit kalırsa bir tur daha yapılabilir, ya da senaryo yazma kısmı seans içinde yapılabilir)

Peki ahiret inancınız bağlamında ve önceki oturumlarımızda konuştuğumuz ayetler bağlamında senaryoyu tekrardan ele alacak olursak, neler farklılaşır?
Bu senaryoya verdiğiniz tepkiyi ya da hissettiğiniz kaygıyı nasıl etkiler?
Ölümden sonra bir hayat olduğu inancı, senaryonuzu nasıl etkiler?

5) Ev ödevinin verilmesi:

Bu hafta, oturum esnasındaki seçtiğiniz senaryo dışındaki başka bir senaryoyu sessiz sakin olduğunuz bir anda oturumda yaptığımız gibi canlandırmanızı istiyorum. Ancak bu sefer gözleriniz açık olsun ve sanki bir senaryo metni hazırlar gibi zihninizde canlandırdıklarınızı bir kâğıda yazmanızı istiyorum. Detaylı bir şekilde yazmaya çalışın, sizi korkutan üzen detayları açıkça ifade edin. Daha sonra yazdığınız senaryoyu hafta boyunca toplamda üç kez sesli bir şekilde okuyun. Senaryoyu okuduktan sonra her seferinde kaygı düzeyinizi (0-100) not edin.

6)Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerinizi paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?
Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 5 UYGULAMASI

MARUZİYET PLANLAMASI VE AHİRETE İMAN BAĞLAMINDA KORKULAN SENARYONUN YENİDEN ELE ALINMASI

1. **Adım:** Korku hiyerarşinizden maruziyet için bir senaryo seçin
2. **Adım:** Bu senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
3. **Adım:** Kağıda sanki bir film sahnesini anlatır gibi, size korku veren senaryoyu tüm ayrıntılarıyla yazın.
4. **Adım:** Yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
5. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
6. **Adım:** Derin bir nefes alın, tekrar yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
7. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
8. **Adım:** Derin bir nefes alın, tekrar yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
9. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
10. **Adım:** Ahirete iman ediyor olmanız, tevekkül, tövbe, uhrevi mükafat bağlamında senaryonunuz tekrar gözden geçirin ve neyi biliyor olmak neyi hatırlıyor olmanın size bu senaryo karşısında yardımcı olacağını bulun.
11. **Adım:** Kaygınız 0-20'lere düşene kadar bu adımı farklı günlerde tekrar edin.

MODÜL 6

ŞÜKÜR, DEĞERLER VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞLAR

Modülün Amacı:

- Şükür kavramının tanıtılması
- Değerlerin netleştirilmesi
- Değer odaklı davranışların planlanması

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

Geçen hafta, seçtiğiniz bir senaryoyu detaylı bir şekilde yazıp sesli okumanızı ve kaygı düzeylerinizi not almanızı istemiştim. Bu süreç sizin için nasıldı? Yazarken veya okurken dikkatinizi çeken, sizi zorlayan ya da farkındalık yaratan bir şey oldu mu? Kaygı düzeyinizde bir değişim fark ettiniz mi, örneğin her okuyuşta azalma ya da artış gibi bir örüntü gözlemlediniz mi?

4) Gündem Belirleme:

Bugünkü oturumda, üç ana başlık üzerinde duracağız. Öncelikle, 'şükür' kavramını ele alarak bu kavramın yaşamımızdaki yerini ve anlamını birlikte keşfedeceğiz. Daha sonra, yaşamınızda sizin için önemli olan değerleri netleştirmek için bir çalışma yapacağız. Son olarak, belirlediğiniz bu değerlere yönelik olarak hayatta atabileceğiniz somut adımları, yani değer odaklı davranışları nasıl planlayabileceğimizi konuşacağız.

Şükür, yapılan iyiliğe karşı söz veya fiil ile yerine getirilen bir övgüdür, her türlü nimetin tek ve gerçek sahibinin Allah olduğunun şuuruna varmak ve bunu en derin saygıyla ve usulünce ifade etmektir. Yapılan çalışmalar şükretmenin, sağlığımız, ilişkilerimiz ve ruh halimiz üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Şükrün dini kaynaklardaki örneklerine kısacak bakacak olursak.

“Ebu Mûsâ el-Eş'arî (r.a.)'tan rivayet edildiğine göre Resulullah (s.a.) şöyle buyurmaktadır: "Bir kulun çocuğu öldüğü zaman Yüce Allah, meleklerine: 'Kulumun çocuğunun ruhunu mu kabzettiniz?' buyurur. Melekler: 'Evet' derler. Allah: 'Kulumun gönlünün meyvesini/ciğerparesini mi kopardınız?' buyurur. Melekler: 'Evet' derler Allah: '(Bu durum karşısında) kulum ne dedi?' buyurur. Melekler: 'Sana hamdetti ve "inna lillâhi ve innâ ileyhi râciûn" (Biz, Allah'tan geldik ve O'na döneceğiz dedi' derler. Bunun üzerine Allah: 'O halde kulum için cennette bir ev yapın ve adını da 'hamd evi' koyun' buyurur." (Tirmizî, Cenaiz 36 (1021).

Enes bin Malik'ten rivâyet olunduğuna göre, O şöyle buyurmuştur: Resûlullah (sallallahu aleyhi vesellem) şöyle buyurdu: "Doğrusu Yüce Allah, yemeği yiyip sonra da bundan dolayı Allah'a hamd eden suyu içip de bundan dolayı Allah'a hamd eden kuldan hoşnut olur." (Müslim, Zikir 89(2734)).”

Şükür, ölüm gerçeğiyle yüzleşmeye ve şuandaki hayatımızı şekillendirmemize nasıl yardımcı olabilir?
Şükür, hayatın geçiciliğini, ölümü kabulde bize nasıl yardımcı olabilir?
Birçok insan ölüm kaygısı nedeniyle hayatın değerini kaybedebilir.
Şükretmek, bu kaygıyı nasıl etkileyebilir ve hayatımıza nasıl daha derin bir anlam katabilir?
Bu bağlamda hayatınıza tekrar baktığınızda, şu anda şükrettiğiniz bir şey var mı?
Bu durum hakkında hissettikleriniz neler?
Neden şükrediyorsunuz?
Bu durumun, hayatınızdaki diğer şeylerle nasıl bir ilişkisi var?
Eğer bir zorlukla karşılaşırsanız, şükrü göz önünde bulundurarak nasıl bir yaklaşım benimseyebilirsiniz?
Ölüm kaygısı, yaşamın geçiciliğini fark ettiğimizde daha belirgin hale gelir.
Ancak bu farkındalık, değerlerimize daha sıkı bağlanmamız ve hayatımızı daha anlamlı kılmamız için bir fırsat da olabilir.
Değerler, hayatımızda neyin önemli olduğunu belirleyen, bizi motive eden ve yönlendiren prensiplerdir.
Onlar, dünyayla, diğer insanlarla ve kendimizle nasıl bir ilişki kurmak istediğimizi belirler.
*D*eğerler, nasıl bir insan olmak istediğimizin ve hayatta ne için mücadele etmek istediğimizin özüdür.
Değerler bir nevi, hayatımızda ne yapmak istediğimizin ve nasıl davranmak istediğimizin beyanlarıdır.
Akıp giden hayatın içerisinde bize rehberlik eden ve motive eden prensiplerdir.
Bu bağlamda, ölüm kaygısıyla yüzleşmek bizi değerlerimize daha fazla yönlendirebilir. Hayatın sınırlı olduğunu bilmek, onun kıymetini anlamamıza yardımcı olabilir**.**

Dünyadan ayrılmanıza bir gün kalsa ne yapardınız?

Bu bağlamda peygamber efendimizin “yarın kıyamet kopacağını bilseniz, yine de elinizdeki son fidanı dikiniz. (Buhari)” hadisini nasıl anlamalıyız?
Peygamberimiz, “Hiç ölmeyecekmiş gibi dünya için çalış, yarın ölecekmiş gibi ahirete hazırlan” buyurmuştur. Bu da bizlere dünya ve ahireti birbirine karıştırmamayı ve her ikisini dengede tutmayı öğütler.

Şimdi bir durup düşünelim:
Kaygıyla mücadele ederken bugün de bizim için kıymetli olan neleri feda etmiş oluyoruz? Belki sevdiklerimizle geçirebileceğimiz anlamlı anları, belki de bizi mutlu eden ve yaşamımıza neşe katan basit aktiviteleri… Ölüm kaygısıyla uğraşırken, bazen sadece 'başa çıkmaya' odaklanıyoruz ve bu süreçte değerlerimizle uyumlu olan davranışlardan uzaklaşıyoruz. Ancak kaygı her ne kadar zorlayıcı olsa da yaşamın anlamlı yönlerine odaklanmak ve değerlerimize uygun şekilde hareket etmek mümkündür.

Şimdi beraber bir uygulama yapalım.
Önünüzdeki kağıda bu sefer de olmak istediğiniz kişi gibi yaşadığınız bir ömrü tariflemenizi istiyorum. Yıllar geçti ve siz insan olarak taşımak istediğiniz özellikler doğrultusunda davranarak bu yıllarınızı geçirmiş olsanız bu özellikler neler olurdu. Bu hayattan ne olursa memnun ayrılmış olacaksınız. Örneğin, diğer insanlar sizin nasıl biri olduğunuz, neyi temsil ettiğiniz, onların hayatında nasıl bir yeriniz olduğu ve onlar için ne ifade ettiğiniz hakkında konuşuyor olsalar ne söylemelerini isterdiniz. Hayatınızı nasıl yaşadığınızla ilgili neler duymak isterdiniz.

Şimdi, önünüzdeki değerler listesinden size en anlamlı gelen birkaç değeri seçmenizi istiyorum. Bu değerler, sizin için hayatın hangi alanlarının önemli olduğunu gösterir. Değerlerinizi belirledikten sonra, bu değerleri günlük hayatınıza nasıl daha fazla entegre edebileceğinizi konuşacağız. Örneğin, eğer 'aile' bir değerse, bu hafta bir aile üyesiyle anlamlı bir vakit geçirmek üzerine bir adım atabilirsiniz. Eğer 'kişisel gelişim' sizin için önemliyse, uzun zamandır yapmak istediğiniz bir aktiviteye başlamayı deneyebilirsiniz (Değer odaklı adımları belirleme formu kullanılır.)

Eğer ölüm kaygısı sizin hayatınızı bu kadar etkilemeseydi, vaktinizi ve enerjinizi hangi alanlara odaklamak isterdiniz?

Ailenizle daha kaliteli zaman geçirmek, işinizde daha verimli olmak, sevdiklerinizle keyifli anlar paylaşmak ya da başka bir şey?
Şimdiye kadarki oturumlarda hayatınızda belirli hatırlatıcılar nedeniyle sık sık ölüm korkusu yaşadığınızı, bu korkuyla başa çıkmak için bazı önlemler aldığınızı; bazen de bazı durumlarda kaçınmayı tercih ettiğinizden bahsettik.
Ölümün bizim kontrolümüz dışında olduğunu kabul etsek bile, değerlerimize uygun bir hayat yaşayarak daha tatmin edici bir yaşam sürmek mümkün olabilir.
Sizce, değerlerinize uygun yaşamak sizin için ne anlama geliyor?
Yaşadığınız hayatın hakkını verebilmek dolu dolu yaşamak için ne yapmanız gerek?
Hayatınızı nasıl yaşarsanız, kendinizi daha huzurlu hissedersiniz?
Ölüm korkusuyla değil de hayatınızı anlamlı bir şekilde yaşama isteğiyle hareket etseydiniz neler farklı olurdu?
Ahiret hayatında nasıl bir karşılık almayı umut ediyorsunuz?
Bu karşılığı alabilmek için, bu dünyada ne tür davranışlarda bulunmanız gerektiğini düşünüyorsunuz?
Ahirette Allah'ın razı olduğu bir kul olarak karşılanmak için, bugün yapabileceğiniz en küçük eylem ne olabilir?
Bu davranış, ahiret inancınızla ne kadar uyumlu olurdu?
Bugünden başlayarak, Allah'ın rızasını kazanmaya yönelik her gün yapabileceğiniz küçük bir şey ne olabilir?
Bu davranışı alışkanlık haline getirmek, ahiret hayatınız için nasıl bir katkı sağlar?
Bu davranışı yapmanın, ölüm kaygınıza etkisi ne olurdu?
Bu oturumda, kaygıyla mücadele ederken değerlerimize ve yaşamın anlamına nasıl daha fazla bağlanabileceğimizi ele aldık. Unutmayın, kaygılar ne kadar yoğun olursa olsun, değerleriniz size yön gösterebilir. Önümüzdeki hafta, bu hafta atacağınız küçük adımları ve deneyimlerinizi konuşacağız. Değerlerinize uygun adımlar atarak hem bugününüzü hem de geleceğinizi daha anlamlı kılabilirsiniz

5)Ev ödevinin verilmesi:

Her gün, günün sonunda, üç şey yazın: O gün için şükrettiğiniz üç şey. Bu, küçük ya da büyük, anlamlı ya da sıradan olabilir. Örneğin, "Bugün hava güzeldi, sağlıklıyım ve ailemle vakit geçirdim, gibi. Bunu bir nevi şükür günlüğü gibi düşünebilirsiniz.

Belirlenen kısa vadeli değer odaklı davranışı yerine getirmek.

6)Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 6 UYGULAMASI

1. **Uygulama: Şükür Günlüğü**

Bir vakit belirleyin.
O vakti hatırlamak için telefonunuza alarm kurabilirsiniz.
Alarm her çaldığında o gün hayatınızda şükrettiğiniz üç şeyi sayın.
Dilerseniz, her gün şükrettiğiniz şeylerini not ederek de şükür günlüğü tutabilirsiniz.

2. **Uygulama: Değer Odaklı Davranış Planlama**

Aşağıdaki değer alanlarından birini belirleyin.
Ve belirlediğiniz değeriniz için tüm aşamaları tamamlayın.

i.Aşama: Üzerinde Çalışmayı Düşündüğüm Değer Alanlarım (Değerler)

Ahiret hazırlığına katkıda bulunacak bir veya iki alan seçin:
- **Dini ve manevi hayat** (namaz, oruç, dua, zikir, Allah'a yakınlaşma, tefekkür, sabır ve şükür)
- **Aile ilişkileri** (sıcakkanlı olmak, paylaşmak, hoşgörülü olmak)
- **Sosyal ilişkiler** (paylaşmak, katkıda bulunma)
- **Sağlık** (özbakım, dinç olmak, kıymet bilmek)
- **Eğitim ve kişisel gelişim** (ilim öğrenme, dini bilgileri artırma)
- **Çevre hassasiyeti** (emanet bilinciyle çevreyi koruma)

Örnek: Manevi hayatımı ve aile ilişkilerimi güçlendirmeye odaklanmak istiyorum.

Seçtiğiniz değer için aşağıdaki adımları tamamlayın

ÖRNEK

Değer: Sevgi dolu ve hoşgörülü bir eş olmak istiyorum

Değerlerinizi yaşamanızdan sizi alıkoyabilecek düşünce veya duygular: Kaygı, öfke, ben ona söylemeden önce onun bana beni sevdiğini söylemesi gerektiğiyle ilgili düşünceler.

Sizin için bir değeri yaşamanın anlamı ve bunu gerçekleştiremediğinizde sizin için ne anlama geldiği hakkında kısa bir paragraf yazınız: Bu değerimi yaşamak eşime daha çok bağlanmak anlamına gelir. Sıcak olmazsam bunun gerçekleşmesi zor gibi görünüyor. Bu değerimi yaşamamak eşimle aramda mesafe olduğunu hissetmeye devam etmek demek olacak…

ii.Aşama: Atacağım Adımların Altında Yatan Değerlerim

Seçilen alanlar için aşağıdaki kriterlere göre adımlar belirlenir:

- Somut: Eyleminizin ayrıntılarını planlayın—nerede ve nasıl hareket edeceksiniz, kimler eyleme dahil olacak.

Örneğin: "Daha fazla dua edeceğim" yerine, "Her gün sabah namazından sonra 15 dakika zikir yapacağım."

- Anlamlı: Adımınız katı kurallar yerine değerleriniz tarafından yönetiliyorsa, örneğin insanlara yardımcı olma veya acıdan biraz olsun kurtulmaya çalışma kişisel olarak anlamlıdır. Eğer anlamdan veya bir amaçtan yoksunsa, hedefinizin değerleriniz kılavuzluğunda olup olmadığını tekrar kontrol edin.

Adım Allah rızasına uygun ve ahiret bilincine dayalı mı? Örneğin: "Çocuklarıma zaman ayıracağım" yerine, "Her akşam çocuklarımla oturup Peygamberimizin ahlakıyla ilgili bir hadis okuyacağım."

- Uyarlanabilir: Adım günlük hayata entegre edilebilir mi? Örneğin: "Komşularıma yardım edeceğim" yerine, "Haftada bir ihtiyaç sahibi komşumun alışverişine destek olacağım."

- Gerçekçi: Sağlık, finansal durum ve zaman açısından uygulanabilir mi? Örneğin: "Her gün bir cüz Kuran okuyacağım" yerine, "Her gün 10 ayet meal ve tefsir okuyacağım."

- **Zaman Sınırlı:** Ne zaman, hangi gün ve saatte yapılacak? Örneğin: "Yardım edeceğim" yerine, "Cuma günü öğle namazından sonra ihtiyaç sahibi aileye yardım edeceğim."

iii.Aşama: Değer-Odaklı Adımlarım

1. Öncelikli Adımım (24 saat içinde yapılabilecek küçük, basit ve kolay bir şey):

- Bugün yatmadan önce Allah'tan af dileyerek 10 dakika dua edeceğim.

2. Kısa Dönemli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç gün ve haftada yapılabilecekler):

- Her sabah namazdan sonra 15 dakika tefekkür edeceğim.
- Hafta sonu ailemle birlikte sohbet ederek kahvaltı yapacağım.

3. Orta Vadeli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç hafta ve ayda yapılabilecekler):

- Ramazan ayında ihtiyaç sahibi bir aileye yardımda bulunacağım.
- Bir İslami kitabı okuyup her hafta ailemle paylaşacağım.

4. Uzun Vadeli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç ay ve yılda yapılabilecekler):

- Bu yıl Kuran'ı bir kez baştan sona okuyacağım.

(Bağlamsal Bilimler Derneği tarafından hazırlanmış "Değer Odaklı Hedefleri Belirleme" formu materyalinden esinlenerek hazırlanmıştır.).

MODÜL 7

NÜKS ÖNLEME

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, oturum arası çalışmanın gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Tedavi sürecindeki ilerlemelerin değerlendirilmesi
- Katılımcıların anksiyetelerini nasıl daha iyi yönettikleri üzerinde durulması
- Kazanılan becerilerin günlük yaşama entegre edilmesi için öneriler
- Acı veren duygu ve düşüncelere yer açarak değer odaklı davranışların sürdürülmesi
- Katılımcıların değerleri doğrultusunda değer odaklı adımlar atmaya devam etmeleri için cesaretlendirilmesi
- Katılımcıların grup sürecindeki deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak

Modülün Uygulanması:

1) Duygusal ve Davranışsal Takip:

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2)Önceki Seans ile Bağlantı:

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) Ev Ödevini Değerlendirme:

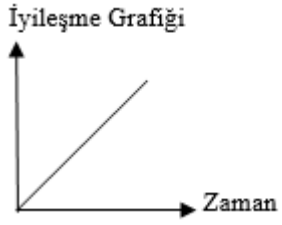
Geçen hafta, iki ödev planlamıştık. Bir tanesi şükür günlüğü tutacaktınız. Bir diğeri de seans içinde belirlediğimiz değer alanınız için ilk 24 saatlik ve ilk bir haftalık hedefleri tamamlayacaktınız. Nasıl bir deneyimdi sizin için, uygulamayı yaparken dikkatinizi çeken herhangi bir şey oldu mu?

4)Gündem Belirleme:

Bugün son oturumdayız. Bu oturumda, terapi boyunca neler öğrendiğinizi gözden geçireceğiz. Terapi sürecinde kazandığınız becerileri gözden geçirecek ve bu becerileri nasıl sürdürebileceğiniz konusunda bir plan oluşturacağız. Amacımız, öğrendiğiniz stratejiler ve becerilerle ilgili farkındalığınızı artırmak, bu becerilerin hayatınıza nasıl entegre edilebileceğini tartışmak ve gelecekte karşılaşabileceğiniz zorluklarla başa çıkmak için güçlü bir plan oluşturmanıza yardımcı olmaktır.

Öncelikle, her birimiz zaman zaman kaygılarla ve zorluklarla karşılaşıyoruz. Çoğu insan, ölüm kaygısıyla başa çıkmaya başladığında önemli bir ilerleme kaydettikten sonra bile zaman zaman belirtilerinin arttığını hissedebilir. Bu tür gerilemeler, ilerleme kaydettiğinizi düşündüğünüzde moral bozucu olabilir. Çabalarınızın boşa gittiğini hissedebilir ve başa çıkma stratejilerinize güveninizi kaybedebilirsiniz. Ancak unutmayın ki kaygı, hayatın doğal bir parçasıdır ve bu tür duygular, iyileşme sürecinin bir parçası olarak ortaya çıkabilir. Size şunu hatırlatmak isterim: Hastalık ve ölüm, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır ve zaman içinde bu tür zorluklarla sık sık karşılaşabiliriz. Dolayısıyla, hastalık veya ölüm hakkında kaygılanmak oldukça normaldir. Bu noktada önemli olan, öğrendiğiniz becerileri tekrar devreye sokarak endişelerle başa çıkabilmenizdir.

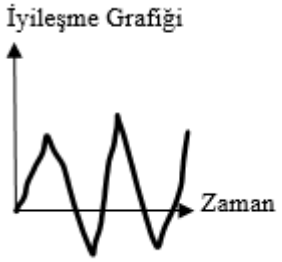
İnsanlar genellikle iyileşmenin hep artan bir çizgi olmasını bekler.



Aslında iyileşme, ara ara çeşitli yaşam olaylarıyla (kayıplar, sağlık sorunları vs.) düşen ama o düşüş anlarıyla etkili bir şekilde baş edip devam eden bir süreçtir.



Bizim istemediğimiz seyir şu şekildedir. Değilse bazen bir önceki güne göre daha kaygılı olmak, canımızın sıkkın olması ve böyle anlarda da daha önce öğrendiğimiz stratejileri kullanmamız yeterlidir.



İşte tam da üçüncü grafikteki gibi olmaması için hayatınızda herhangi bir tetikleyici olduğunda ne yaparsanız o tetikleyiciye etkili bir yanıt verirsiniz bunu şimdi birlikte planlayacağız.
Potansiyel olarak sizi zorlayabilecek durumları belirlemek ve bu durumlarla nasıl başa çıkacağınızı planlamak oldukça önemlidir.
Önce stratejilerimizi hatırlayalım.
(Tüm stratejiler beyaz tahtaya not edilir)

1-Seans: Otonom sinir sistemi, Duygu-Düşünce-Davranış döngüsü, düşünce ve davranışın değişebileceği, duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği, Kaygı randevusu, 5-4-3-2-1 egzersizi

2-Seans: Otomatik düşünce: Olay anında ilk aklımızdan geçen, zihnimizde hızla beliren, genellikle farkında olmadan oluşan, kısa ve öz düşüncelere otomatik düşünce diyoruz.

Bilişsel hatalar: Olayları gerçekte olduğundan daha olumsuz, katı veya çarpıtılmış bir şekilde yorumlamamıza neden olan düşünce biçimleridir.
Zihnimize gelen otomatik düşüncelerimiz, hatalı olabilir ve gerçeği yansıtmayabilir. Biz de o gelen düşünceleri daha somut gerçekçi bir şekilde inceleyip, gerçeğe en uygun alternatif düşünceyi bularak duygu-davranış-düşünce döngüsünde değişiklik yaratmak istiyoruz. Bunu da kanıt incelemeyle yapıyorduk.
Kanıt İnceleme (Olay- Otomatik düşünce- Bilişsel hatalar- Duygu/Duyum- İşlevsiz düşünceyi destekleyen/desteklemeyen kanıtlar, alternatif düşünce, eğer otomatik düşüncem doğruysa olabilecek en kötü sonuç ne? En iyi şey ne? En gerçekçi şey ne? Bu sonuçla baş edebilir miyim? Bu durumda ne yapabilirim? Bu durum önemsediğim bir arkadaşımın başına gelseydi, otomatik düşüncesi ile ilgili ona ne söylerdim? Ayetlerden bir ya da ikisini belirleyip bu çerçevede otomatik düşüncenizi tekrar incelediğinizde ne söyleyebilirsiniz, bu bilgileri kullanarak otomatik düşüncenizi yeniden revize etseniz ne olurdu?)

3. **Seans:** Ahirete iman ve tevekkül bağlamında ölümün belirsizliği üzerine konuşmuştuk. Kendimizin ya da sevdiklerimizin ölümü tüm insanlık için aynı derecede belirsiz bir durumdu. Ancak bu belirsizlik karşısında bazılarının daha iyi baş ettiğini söylemiştik. Belirsizliği kabul etmek, her şeyin kontrolünün bizde olmadığına dair bir kabul geliştirmenin öneminden bahsetmiştik. Enerjimizi belirsizliği kontrol etmek için değil de yaşamda kontrol edebileceklerimize ayırmamızın daha işlevsel olduğunu konuşmuştuk. Daire tipleri üzerinden endişe ile ilgili inançlarımızı çalışmıştık. Ve demiştik ki hayatta kötü şeyler olur ama bunların olup olmamasının bizim bunları düşünüp düşünmememizle ilgisi yoktur. Yani, endişe duymak değil önlem almak, davranışlar bizi korur. Önlemlerimizi de daha gerçeğe uygun planlamamız gerekmektedir.

4.-5. seans: Kaçınma ve güvenlik davranışları
Maruziyet, rahatsız eden düşüncelere, duygulara veya bedensel tepkilere bilinçli ve kontrollü bir şekilde yaklaşmayı ve zamanla bu durumlarla daha rahat başa çıkmayı öğrenmeyi hedefleyen bir yöntemdir. Amaç, bu rahatsızlık verici deneyimlerden kaçınmak yerine, onlara kademeli olarak alışarak hayatınızı istediğiniz gibi yönlendirebilmenizi sağlamaktır.
Kaygı hiyerarşisi, kademeli bir şekilde maruz kalmak

Senaryolar için hayali maruziyet

6 seans:

Şükür bağlamında yaşamı, ölümü konuşmuştuk.

Ölüm kaygısı bazı bireylerde yaşamın anlamını yitirmesine neden olabilir. Oysa şükretmek, dikkati yaşamda eksik olanlardan çok, hâlihazırda var olanlara yöneltir. Bu tutum, kaygıyı azaltır ve kişinin yaşam deneyimlerine daha fazla anlam yüklemesini sağlar, demiştik.

Peygamber efendimizin "yarın kıyamet kopacağını bilseniz, yine de elinizdeki son fidanı dikiniz. (Buhari)" hadisini nasıl anlamalıyız? Peygamberimiz, "Hiç ölmeyecekmiş gibi dünya için çalış, yarın ölecekmiş gibi ahirete hazırlan" buyurmuştur. Bu da bizlere dünya ve ahireti birbirine karıştırmamayı ve her ikisini dengede tutmayı öğütler.

Ölüm kaygısı yoğun olduğunda, kişi çoğu zaman dikkatini kendi değerlerinden uzaklaştırabilir. Oysa bu kaygı olmasaydı, belki de zaman ve enerjimizi ailemizle daha kaliteli ilişkiler kurmaya, işimizi daha verimli yapmaya ya da sevdiklerimizle daha çok anı biriktirmeye yönlendirebilirdik. Ölüm üzerinde kontrolümüz yok, ancak yaşamı hangi değerlerimiz doğrultusunda yaşayacağımız dolu dolu geçirip geçirmeyeceğimiz bizim kontrolümüzde demiştik.

Şimdi, sizden bir kağıt almanızı ve kağıdı ortadan bir çizgiyle ikiye ayırmanızı rica ediyorum. Bu çalışmada hem karşılaşabileceğiniz zorlukları fark etmeyi hem de bu zorluklarla başa çıkarken kullanabileceğiniz stratejileri ve dini inanç temelli kaynaklarınızı belirlemeyi amaçlıyoruz.

Sol Taraf: Risk Kartım (Zorluklarla Yüzleşme Alanı)

Bu kısımda gelecekte karşılaşabileceğiniz zorlukları belirleyerek bir tür "risk haritası" çıkaracağız. Lütfen şu sorular üzerine düşünerek cevaplarınızı bu bölüme yazınız:

- Gelecekte karşılaşabileceğim zorluklar nelerdir? (Ölümle ilgili düşünceler, belirsizlik, kontrol kaybı vb.)
- Hangi durumlar benim için yüksek riskli? Bu durumlar karşısında kaygım nasıl artıyor?

- Kontrolü kaybetmemek için şimdiye kadar nelerden kaçındım? Bu kaçınmalar bana nasıl zarar verdi?
- Hangi durumlar ya da düşünceler beni daha savunmasız yapıyor?

Sağ Taraf: Yaşam Rehberim / Hatırlama Kartım (Güç ve Umut Alanı vb isimler tercih edilebilir)

Bu bölümde ise öğrendiğiniz baş etme becerilerini, dini ve psikolojik kaynakları nasıl kullanabileceğinizi gözden geçireceğiz. Bu başlık altına şunları yazabilirsiniz:

- Terapide neler öğrendim?
- Benim için en faydalı olan beceri ve stratejiler nelerdi?
- Zorluklarla karşılaştığımda bu becerileri nasıl kullanabilirim?
- Bu becerileri günlük yaşamıma nasıl entegre edebilirim?
- Ölümle ilgili kaygılarımı yönetmek için hangi adımları daha rahat uygulayabiliyorum?
- Bu becerileri sürdürmek için neler yapmayı planlıyorum?
- Dini inancım bana hangi yönlerden güç veriyor? Hangi dua, ayet ya da dini içeriği hatırlamak ölüm kaygımda bana yardımcı olur?

Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey.

Bu grup terapisinde bana en iyi gelen iki şey ne oldu?

5) Ev ödevinin verilmesi:

Sizlere bir dosya ileteceğim tüm terapi süresince gördüğümüz stratejiler bu dosyada yer alacak.

6) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?

Son olarak, bugünkü oturumda öğrendiklerinizi gözden geçirdik ve gelecekte karşılaşabileceğiniz zorluklarla başa çıkmak için bir plan oluşturduk. Öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl entegre edebileceğinizi düşündük. Her biriniz, öğrendiklerinizi ve kazandığınız becerileri günlük yaşamınıza nasıl entegre edeceğiniz konusunda bir plan hazırladınız.

APPENDIX C

CLASSICAL COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY-BASED PROTOCOL FOR DEATH ANXIETY

MODÜL 1

BDT'YE GİRİŞ, PSİKOEĞİTİM VE OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN TESPİT EDİLMESİ

Modülün Amacı:

- Grup üyeleriyle tanışma, güven ortamı oluşturma, grup kuralarının belirlenmesi, tedavi hedeflerinin açıklanması
- Ölüm kaygısını ele almanın öneminin vurgulanması
- Ölüm kaygısı psikoeğitim (tanımı, nedenleri, ruh sağlığı ile ilişkisi, normalizasyon)
- Ölüm kaygısına yönelik BDT'nin tanıtılması

Modülün Uygulanması:

1) Tanışma:

Öncelikle hepiniz hoş geldiniz. Ölüm kaygısına yönelik hazırlamış olduğumuz bu grup çalışmasına göstermiş olduğunuz ilgi ve cesaret dolayısıyla her birinize tek tek teşekkür ediyorum. Bugün benim için de heyecan verici bir gün, hepiniz ile ayrı ayrı tanışmak isterim. Dilerseniz önce kendimi tanıtarak başlayayım. Birazdan sizlerden de kısaca kendinizi tanıtmanızı ve bu grup çalışmasından beklentilerinizi paylaşmanızı rica edeceğim. Elbette, paylaşmak istediğiniz kadarını aktarmanız yeterli. Ne kadar paylaşıp ne kadarını kendinize saklayacağınız tamamen size bağlı. (Terapist önce kendini tanıtır, sonra sırayla grup üyelerinin kendilerini tanıtmaları için onlara söz verir).

Evet keyifli bir tanışma oldu.

Şimdi de 7 haftalık grup sürecimiz hakkında sizleri biraz bilgilendirmek isterim.

2) Grup sürecinin, grup kuralları ve seans arası çalışma çerçevesinde yapılandırılması

Sizlerle yedi haftalık bir grup çalışması yolculuğunu deneyimleyeceğiz. Nasıl ki yola çıktığımız zaman yaptığımız bazı hazırlıklar, yoldayken uyduğumuz bazı kurallar var ise bu yolculukta da uymamız gereken bazı kurallar olacak. Şimdi birlikte bu kuralları oluşturalım. Bu kurallar güvenli bir şekilde yolculuğa devam etmek ve bu yolculuktan maksimum verimi alabilmemiz için çok önemli. Aynı zamanda tüm grup üyelerinin birbirine karşı sorumluluğu. Benim bazı önerilerim var, dilerseniz onlarla başlayalım.

Öncelikle eğer bu oturum yüz yüze gerçekleşmiş olsaydı bizler hep beraber bir odada olacaktık ve grup üyeleri dışında odada kimse olmayacaktı. Dolayısıyla ilk kuralımız bulunduğunuz odada yalnız olmamız. Oturumlara yalnız olduğumuz bir odadan katılmamız. Sanki yüz yüzeymişçesine birbirimizi dikkatlice dinlememiz, telefon ya da bilgisayar ekranında başka bir şeyle ilgilenmememiz çok önemli. Bir diğer önemli nokta gizlilik. Burada X kişi kendi deneyimlerinden bahsedecek ve paylaşım içinde olacağız. Dolayısıyla herhangi bir kayıt ya da ekran görüntüsü almayalım ya da gruba dair herhangi bir içeriği sosyal medyada paylaşmayalım. Ayrıca burada konuşulan her şey burada kalsın ne isim bilgisi ne de paylaşılan herhangi bir şeyi dışarıda biriyle paylaşmayalım. Biri konuşurken söylediklerini tamamlamadan araya girmeyelim, söyledikleriyle alay etmeyelim, hassas olalım. Arka planda ses veya cızırtı olmaması adına konuşmadığımız süre içerisinde mikrofonumuzu kapalı tutmaya özen gösterelim. Bir de kameralarımızı açık tutalım. Oturumlara tam katılım gösterelim ve zamanında gelelim. Tüm bu kurallar herkes içinde uygun mudur, eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Her oturumun bir gündemi olacak. Gündem belirlemek, oturum süresince sizin için en önemli konulara odaklanmamıza, zamanı verimli kullanmamıza ve ilerlememizi değerlendirmemize yardımcı olacak. Bu sayede oturumlar, ihtiyaçlarınıza uygun ve yapılandırılmış bir şekilde ilerleyecek. Her oturum başında o günkü gündemi sizlerle paylaşacağım ve oturum boyunca da o gündem üzerine çalışıyor olacağız.

Verimi arttırmanın, öğrendiklerimizi deneyimleyerek daha güçlü ve kalıcı bilgiler haline getirebilmenin bir diğer yolu da oturum aralarındaki uygulamaları yapmak olacak. Malum grup çalışması için yaklaşık 90 dakikamız var ama bir sonraki oturuma

kadar sizin kendi başınıza yapabileceğiniz uygulamalar ile bu grup çalışmasından alacağımızı verimi arttırmış olacağız. Her oturum sonunda bir sonraki haftaya kadar yapabileceğiniz minik egzersizler olacak.

Hadi bugünkü gündemimiz ile başlayalım.

3) Gündem Belirleme:

Bugünkü gündemimiz "ölüm kaygısını tanımak, ruh sağlığı ile ilişkisini anlamak ve nasıl azaltılacağı hakkında bilgi sahibi olmak"

4) Gündemin Ele Alınışı:

Ölüm kaygısı ile başlayalım. Bu konuda bilim insanları şunu söylüyor, insanlarda da hayvanlarda olduğu gibi hayatta kalmalarını sağlayan biyolojik bir sistem var. Bu sistemi bir grafik üzerinden anlatacağım. Evet bir tehlike algıladığımız zaman vücudumuzda neler olup bitiyor, birlikte bakalım. Mesela sabah evden çıktığınızı, kiminizin işe, okula markete gittiğini düşünelim. Evden çıktığınızda herhangi bir sıkıntınız yoktu. Tam karşıdan karşıya geçerken çok yüksek sesle bir korna duydunuz. Ve dönüp baktığınızda kocaman bir otobüsün selektör yakarak üzerinize geldiğini gördünüz. Tam o anda gözünüz ve kulağınız bir şey algılar ve bu mesajı beyne iletir. Ve beyin de der ki Ayşe-Ahmet tehlikedesin. İşte bu "tehlikedesin" mesajı beyne gittiğinde beynimiz otomatik olarak bir sistemi devreye sokar. Bu sistemin adı otonom sinir sistemi. Beyin bir tehlike algıladığı zaman bunu otomatik olarak devreye sokuyor. Bu sistem de kendi içinde ikiye ayrılıyor sempatik ve parasempatik olmak üzere.

Şimdi bakın omurga boyunca sempatik sistem iniyor ve bütün organlara dağılıyor ve hepsine saniyeler içerisinde adrenalin gidiyor. Mesela göz bebeğine gidiyor göz bebeği büyüyor, kalbe gidiyor kalbi hızlandırıyor, akciğere gidiyor akciğeri hızlandırıyor. İşte kaslara gidiyor kasılma sağlıyor, ter bezlerine gidiyor terleme sağlıyor. Hepsine saniyeler içerisinde adrenalin gidiyor ve hepsinde birtakım değişikliklere yol açıyor. Ve siz bunu işte çarpıntı, terleme, nefes darlığı olarak hissediyorsunuz. Sizce bu sistem neden var?

Olan biten tüm değişikliklere dikkat edin. Göz bebeği niye büyüdü tehlikeyi daha iyi görmeniz için, kalp niye hızlandı kanı daha çok pompalamak için. Akciğer niye

hızlandı daha çok oksijen gitsin diye. Niye terledik herkes çok hızlı çalıştı toksinler birikti onların atılması lazım. Dolayısıyla o sırada olan biten her şey kaç ya da savaş yanıtını ortaya çıkarıyor. Ve bu sayede otobüsü gördüğünüz anda kendinizi karşı kaldırıma atabiliyorsunuz. Bu sistem devreye girmeseydi ne olurdu?

Evet ölürdünüz tehlikeye bir yanıt veremediğiniz için ölürdünüz dolayısıyla iyi ki bu sistem var diyebilir miyiz? Tehlikeye bir yanıt vermemizi sağlıyor. Biz bu sisteme otonom sinir sistemi, ürettiği tepkiye de savaş-kaç tepkisi diyeceğiz. Tehlike mesajını alan beyin kendini koruyabilmek adına sistemi otomatik devreye sokuyor ve vücudumuzda bazı belirtiler ortaya çıkıyor. Yani bundan sonra vücudunuzda terleme, titreme, kalp atışlarının hızlanması gibi bir belirti yaşadığınızda beyninize tehlike mesajının gittiğini ve sizi korumak adına otomatik bir süreci başlattığını hatırlayalım. Buraya kadar sorusu olan var mı?

Peki sizce bu sistem hiç devreden çıkmasaydı ne olurdu? Düşünün yani kaldırıma attınız kendinizi tehlikeden kurtuldunuz ama böyle tık tık tık kalbiniz çarpıyor, nefes alamıyorsunuz çok sıkıntı bastı ne olurdu en sonunda? Bu sistem defalarca devreye girdi. Bir süre sonra tehlike devam etse bile beyin bu sefer de diyecek ki Ayşe-Ahmet çok hızlandın artık yavaşla ve yine otonom yani bizim kontrolümüz dışında olan sistemin bu sefer parasempatik dalını devreye sokacak. Ve parasempatik sistemde bütün omurga boyunca inecek. Ve bütün organlara dağılacak ve tekrar normal hızımıza dönmemizi sağlayacak. Bu mavi oklarda parasempatiği gösteriyor o da bütün omurga boyunca ilerliyor ve organlara bağlanıyor. Ve biz bu sayede hem tehlikeye yanıt vermiş oluyoruz hem de sonrasında tekrar normal fizyolojimize dönmüş oluyoruz. Ve bütün bunlar otonom yani bizim kontrolümüz dışında ve bizim hayatta kalmamızı sağlamak için var. Özetle, bu sistem sayesinde bir tehdit karşısında düşünmeye gerek kalmadan otomatik olarak hareket edebiliriz. Böylelikle, düşünme sürecinin zaman kaybettirici etkisi ortadan kalkar, tehlike durumunda refleksif olarak kaçınma veya korunma sağlanır. Çoğu zaman insanlar, vücutlarında hissettikleri kalp çarpıntısı, terleme ya da ani sıcak basması gibi belirtilerin nedenini doğru bir şekilde anlamlandıramazlar. Oysa bu fizyolojik tepkiler, beynimize gönderilen bir tehlike sinyaline yanıt olarak devreye giren savunma sistemimizin doğal bir sonucudur. Bu sistem, gerçek bir tehdit ile zararsız bir durumu ayırt etmeden çalışabilir; tıpkı bir

duman alarmının, gerçek bir yangında olduğu gibi ocakta yanan yemeğin dumanına da aynı şekilde tepki vermesi gibi.

Şu ana kadar öğrendiğimiz şey, bu sistemin temel amacının hayatta kalmamızı sağlamak olduğudur. Ancak bu sistem, bir tehdidin gerçek olup olmadığını ayırt etmeksizin, yalnızca tehlike mesajını almasıyla devreye girer. Örneğin, evinizde otururken üzerinize doğru gelen bir otobüs yoktur, fakat zihninizden 'Ya başarısız olursam?' veya 'Ya çocuklarıma bir şey olursa?' gibi düşünceler geçtiğinde bile, beyniniz bunu bir tehdit olarak algılar ve aynı savunma sistemini harekete geçirir. Bunun sonucunda, tıpkı gerçek bir tehlikeyle karşı karşıya kaldığınızda olduğu gibi, kalp atışlarınız hızlanır, terlersiniz veya sıcak basması gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu, sistemin düşüncelerimize de fiziksel bir tepki verebilecek kadar hassas çalıştığını gösterir. Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey?

Ancak bilim insanları, insanın zamanla korku sisteminin ötesine geçen ve hayatta kalmayı destekleyen ek beceriler geliştirdiğini söylüyor. Düşünme, iletişimde semboller kullanma, hayal gücü ve öz farkındalık gibi beceriler bunlara örnek olarak verilebilir. Ancak bu ileri beceriler, bizi aynı zamanda biyolojik hayatta kalmamıza yardımcı olan korku sistemimize rağmen, ölümün kaçınılmaz olduğu gerçeğiyle yüzleşmeye de götürür. Yani bir yandan, tehlike anlarında beni harekete geçiren, kaçmamı ya da savaşmamı sağlayan bir biyolojik sistemin olduğunu biliriz; diğer yandan, bu sistem ne kadar etkili olursa olsun hem benim hem de sevdiklerimin ölümle yüzleşeceği gerçeğini zihnen kavrarız, ölüm kaçınılmaz bir sondur. Bu farkındalık, insanda derin bir dehşet uyandırabilir. İşte bu yoğun duygusal tepkiye 'ölüm kaygısı' diyoruz. Ayrıca sanılanın aksine ölüm kaygısı sadece yaşlılarda ya da kanser gibi fizyolojik hastalığı olan kişilerde görülmemektedir. Birçok bilimsel çalışma ölüm kaygısının farklı yaş gruplarında görülebileceğini ortaya koymuştur. Örneğin, üniversite öğrencileri, ergenler, hekimler, ya da herhangi bir hastalığı olmayan nüfusun genelinde. Yani ölüm kaygısının yaştan veya fizyolojik hastalığın olup olmamasından bağımsız bir şekilde tüm insanların deneyimleyebildiğini söyleyebiliriz. Ancak bu dehşet karşısında ortaya çıkan kaygıyla başa çıkarken bazılarımız uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanır ve bu durum aslında kişide çeşitli ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir.

Ölümün kaçınılmaz oluşu ve ne zaman ya da nasıl gerçekleşeceğinin belirsizliği, üzerinde kontrolümüzün sınırlı olduğu bir durum olarak kaygı uyandırabilir. Bu kaygı,

günlük hayat kalitemizi düşürebilir ve bizi bu anda değerli olan davranışlardan uzaklaştırabilir. Yapılan bilimsel çalışmalar da birçok ruh sağlığı sorununun temelinde ölüm kaygısının yattığını göstermektedir. Bu nedenle, ölüm kaygısının ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamanın ve bunu etkili bir şekilde ele almanın oldukça önemli olduğuna inanıyoruz. Bizde bu grup çalışmasında ölüm kaygısıyla etkili baş etmenin yollarını keşfedeceğiz.

Buraya kadar sormak ya da eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Peki ölüm kaygısı ile nasıl baş edeceğiz? Yine bilim insanları bu soru üzerine uzun yıllardır kafa yormuşlar ve çeşitli tedavi yöntemleri geliştirmişler. Biz de sizinle bu grup çalışmasında bilimsel olarak etkililiği kanıtlanmış bir tedavi olan Bilişsel Davranışçı Terapi uygulayacağız.

İsterseniz önce Bilişsel Davranışçı Terapinin ne olduğu ile başlayalım.

Bilişsel davranışçı psikoterapi (BDT), psikoloji ve psikopatoloji (ruhsal rahatsızlıklar) alanındaki bilimsel bulgulara dayalı olarak geliştirilmiş, bilimsel ilkelerin, psikoterapi alanına uygulanmasıyla ortaya çıkmış bir psikoterapidir. Kişinin içinde bulunduğu çevre, yaşadığı olaylar, bu olayları algılama biçimimiz, duygusal tepkilerimiz ve davranışlarımızın birbiriyle etkileşim içinde olduğu gerçeği BDT'nin ana çıkış noktasıdır. BDT, sadece kişilerin güncel sorunlarını çözmez aynı zamanda bütün yaşamları süresince sorunlarını çözmekte kullanabilecekleri özel birtakım beceriler de öğretir.

İsterseniz bir örnek üzerinden bu terapinin nasıl işlediğine bakalım.
Örneğin, bir arkadaşınıza mesaj gönderdiğinizi ve saatler geçmesine rağmen cevap alamadığınızı düşünelim. Böyle bir olay karşısında ne hissedersiniz ne düşünürsünüz ne yaparsınız? (Terapist sokratik bir şekilde aşağıdaki örneklere benzer sonuçlara ulaşır).

- **Kişi 1:** Beni önemsemiyor, artık arkadaşlığımız eskisi gibi değil sanırım.
    - **Duygu:** Üzüntü
    - **Davranış:** Arkadaşa soğuk davranmak, mesajlarına dönmemek

- **Kişi 2:** Acaba yanlış bir şey mi söyledim?
    - **Duygu:** Kaygı
    - **Davranış:** Mesajı tekrar tekrar kontrol etmek, özür dileyici bir şekilde yeni mesaj yazmak
- **Kişi 3:** Belki çok yoğun veya bir işi var, sonra cevap verir.
    - **Duygu:** Sakinlik
    - **Davranış:** Yanıt beklemeden günlük işlere devam etmek
- **Kişi 4:** Telefonda bir sorun olabilir veya mesajı görmemiştir.
    - **Duygu:** Merak
    - **Davranış:** Durumu kontrol etmek için aramak veya başka bir mesaj göndermek

Bu örnekte olay/durum aynı olmasına rağmen duygularımızın ve davranışlarımızın farklılaşmasının sebebi ne olabilir. Evet olaylara atfettiğimiz anlamlar onları yorumlama şeklimiz yani düşüncelerimiz farklı. Yani özetle her olay karşısında duygularımız, davranışlarımız ve düşüncelerimiz vardır, bunlar çift yönlü etkileşim halindedirler. Düşüncelerimiz duygularımızı, duygularımız davranışlarımızı etkiler.

Anlaşılır olması için basit bir örnek vermiştim. Şimdide daha ölüm kaygısı temelli bir örnek konuşalım.

Durum: Diyelim ki bir yeriniz ağrıyor.

- **Kişi 1:** Galiba kanserim
    - **Duygu:** Korku
    - **Davranış:** İnternette hemen ağrıyı araştırmak
- **Kişi 2:** Belki bu sadece kas ağrısıdır, bir süre sonra geçer
    - **Duygu:** Rahatlık
    - **Davranış:** Ağrıyı pek umursamadan işlerine devam etmek
- **Kişi 3:** Bu ağrı belki kaslarım yüzünden. Ama ne olursa olsun, bu tür şeyler hep kötü sonuçlanabilir, kimse buna dikkat etmezse geç kalırım.
    - **Duygu:** Korku
    - **Davranış:** Sürekli ağrıyan yere dokunmak, onu gözlemlemek

Peki sizce bu düşünce-duygu-davranış üçlüsünden hangisini değiştirmek mümkün olabilir? Örneğin, davranışlarımızı değiştirebilir miyiz? Bir düşünelim. Önümde bir

bardak olduğunu farz edelim. Şimdi 'Bu bardağı kaldır' diyorum ve kaldırıyorum. Duygularım ya da düşüncelerim bunu istemese bile, fiziksel olarak bardağı kaldırabiliyorum. Davranışlarımız, çoğu zaman, düşüncelerimiz ve duygularımızdan bağımsız olarak değiştirilebilir.

Peki düşüncelerimizi değiştirmek mümkün müdür? Düşüncelerimiz genellikle kontrolümüz dışında gelir. Bir düşünce, aniden zihnimize gelebilir ve bu durumu engellemek her zaman mümkün değildir. Örneğin, 'Ya ölürsem, ya çocuğumun başına kötü bir şey gelirse, annem ölürse yalnız ne yaparım' gibi bir düşünce aklımıza gelebilir. Bu düşüncenin zihnimize gelmesini durdurmak zordur. Ancak, bu düşüncenin içeriğini, ona yüklediğimiz anlamı değiştirmek veya ona verdiğimiz yanıtı değiştirmek mümkündür. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, düşüncenin gelip gelmemesini kontrol edememezdir.

Son olarak, peki sizce duygularımızı değiştirmek mümkün müdür?

Örneğin şuanda nasıl hissediyorsunuz?

Şuanda mutlu olabileceğiniz en yüksek düzeyde bir mutluluk hissedin desem hissedebilir misiniz?

Peki sizden sizi en mutlu edecek şeyi zihninizde canlandırmanızı söylesem

Ya da şuanda en yüksek düzeyde üzüntü hissedin desem hissedebilir misiniz?

Biraz sonra telefonunuza en sevdiğiniz kişinin kaza yaptığı mesajı gelecek desem

Fark ettiğiniz gibi duygularımız komutla değişmiyor, ancak zihnimizden geçen düşünceler farklılaştıkça duygular değişiyor.

Ya da aynı şekilde bize iyi gelen şeyleri yaptığımızda davranış değişiklikleri de duygularımızın değişmesini sağlar.

Örneğin çok sevdiğimiz birini aradıktan sonra mutlu hissetmek gibi, ya da melankolik bir müziği dinlendikten sonra üzgün hissetmemiz gibi.

Yani, duygularımızı dolaylı yoldan etkileyebiliriz. Bu dolaylı etki, genellikle düşüncelerimizi veya davranışlarımızı değiştirmekle mümkün hale gelir. Duygularımız, düşünce ve davranışlarımızla etkileşim halindedir. Düşüncelerimizi daha işlevsel hale getirdiğimizde ya da değerlerimiz doğrultusunda bir adım attığımızda, zamanla duygularımız da buna uyum sağlayabilir. Bu, duygularımızı dolaylı bir şekilde dönüştürmenin etkili bir yoludur.

Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey?

Bugün, ölümle ilgili düşüncelerimizi netleştirerek oturumu tamamlayalım. Bir sonraki görüşmemizde, bu düşünceler üzerinde çalışmaya başlayacağız. Bunu nasıl yapacağımızı ise haftaya konuşacağız.

Şimdi her birinizden önündeki kâğıda şu soruların cevabını yazmasını istiyorum.

Olay/Durum:

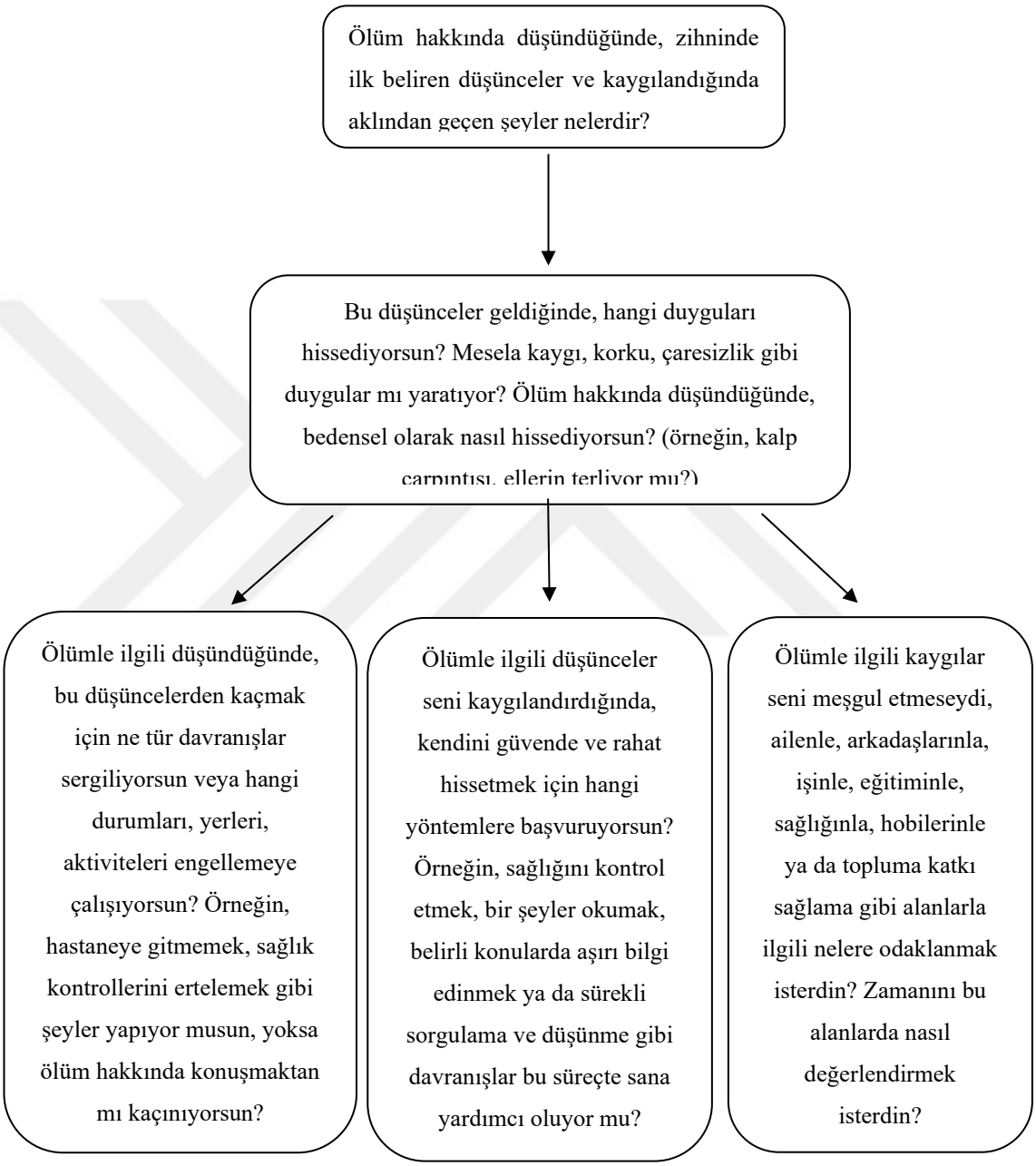


Figure C.1. Ölüm Kaygısı Modeli

Bu düşünceler, ölüm gibi büyük ve belirsiz bir konuyu düşündüğümüzde hepimizin yaşayabileceği türden şeyler. Ancak, bu düşünceleri fark etmek ve yeniden

değerlendirmek, ölüm kaygısını daha az zorlayıcı hale getirebilir. Bu, kaygının yönetilmesinde önemli bir adımdır.

5) Ev ödevinin verilmesi:

Biraz önce dediğimiz gibi, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı değiştirmek mümkündür. Düşüncelerimizi değiştirme stratejilerini oturumlarda birlikte deneyimleyeceğiz. Davranışlarımız için ise oturum aralarında uygulayabileceğiniz bazı stratejilerden bahsedeceğim. Böylelikle hem düşünce hem de davranış alanındaki değişikliklerle döngünün değişmesini hedefliyoruz. İlk davranış stratejimiz 'kaygı randevusu'. Bu, kaygılarınız için günlük belirli bir randevu saati ayarlamak anlamına geliyor. Gün boyunca ölümle ilgili kaygılar hissettiğinizde, o an için bu kaygıları bir kenara bırakmayı deneyin. Kaygı geldiğinde, 'Seninle belirlediğim randevuda görüşeceğiz' diyerek onu erteleyin. Bunu yapabilmek için o kaygıyı bir kâğıda ya da telefonunuzun not kısmına yazabilirsiniz ya da sadece direk erteleyebilirsiniz. Örneğin: 'Ya bir anda ölümle karşılaşırsam ve hazırlıklı olmazsam?', 'Ya hastalanırsam ve ölümüm çok yakınsa?', 'Ya sevdiklerimi kaybedersem?'. Bu kaygılarınızı, sadece günün belirlediğiniz saatinde ele alacaksınız. Örneğin, her akşam 22.00-22.30 kaygı randevunuz var. Randevu saatine kadar, kaygıya odaklanmak yerine kendinizi o anda meşgul olduğunuz işlere yönlendirebilirsiniz. Kaygıya odaklanmamak için bir farkındalık egzersizi yapabilirsiniz. Biz bu egzersize 5-4-3-2-1 kuralı diyoruz. Bu egzersiz, kaygıyı o an için ertelemenize ve kontrolü kaybetmeden başa çıkmanıza yardımcı olacaktır. Fark ettikten sonra, o anı nasıl geçirmek istediğinize karar verin. Sık sık düşündüğünüz kaygılarla mı meşgul olmak istersiniz, yoksa o an ne iş yapıyorsanız ona mı odaklanmak istersiniz? Randevu saati geldiğinde, kaygılarınızı ele almak için yazdığınız notlara geri döneceksiniz. Randevu saati dolana kadar dilediğiniz gibi düşüncelere odaklanabilirsiniz. Randevu saati dolduğunda ise tekrardan normalde yapacağınız diğer aktivitelere odaklanacaksınız. Uygulama ile ilgili herhangi bir sorusu olan var mı?

6) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu? (Terapist temiz boş bir ekran açar ve tek tek yazar, otonom sinir sistemi, sempatik ve parasempatik sistem, duygu-düşünce-davranış döngüsü, düşünce ve davranışın

değişebileceği, duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği, kaygı randevusu, 5-4-3-2-1 kuralı)
Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 1 UYGULAMASI

KAYGI RANDEVUSU

İlk davranış stratejimiz ‘kaygı randevusu’. Bu, zihninize gelen kaygı verici düşünceler için günlük belirli bir randevu saati ayarlamak anlamına gelir.

Öncelikle, her birey kendine gün içinde yalnız kalabildiği bir 30 dakika belirlemeli. Bu 30 dakika, her gün yalnızca o anki düşüncelerinizle baş başa kalacağınız, sadece o düşüncelerle ilgileneceğiniz özel bir zaman dilimi olacak. Örneğin, her akşam saat 22.00-22.30 arasında düşüncelerinizle baş başa kalacağınız bir randevunuz olabilir. Bu saati, yalnızca o anki düşüncelerinizle yüzleşmek ve onlara odaklanmak için ayıracaksınız.

Gün boyunca ölümle ilgili zihninize herhangi bir düşünce geldiğinde, o an için bu gelen düşünceleri ertelemeyi deneyin. Gelen düşünceye, “Seninle belirlediğim randevuda görüşeceğiz” diyerek onu erteleyin. Bunu yapabilmek için o düşünceyi bir kağıda ya da telefonunuzun not kısmına yazabilirsiniz ya da sadece direk erteleyebilirsiniz.
Gün boyunca zihninizde ölümle ilgili şu tür düşünceler belirebilir:

- “Ya bir anda ölümle karşılaşırsam ve hazırlıksız yakalanırsam?”
- “Ya ciddi bir hastalık geçirirsem ve ölümüm çok yakın olursa?”
- “Ya sevdiklerimi kaybedersem?”

Bu düşünceleri, sadece belirlediğiniz saatte ele alacaksınız. Randevu saatinize kadar, bu tür düşüncelere odaklanmamak için kendinizi o anda meşgul olduğunuz işlere yönlendirebilirsiniz. Örneğin:

- Yemek hazırlıyorsanız, yemeğin tadına, kokusuna ve hazırlık sürecine odaklanabilirsiniz.

- Çocuğunuzla oynuyorsanız, çocuğunuzun gülüşüne, sesine ve onunla geçirdiğiniz anın tadına varabilirsiniz.
- İş yerinde bir şeyler yapıyorsanız, yaptığınız işin kalitesine, detaylarına odaklanarak anın içinde kalabilirsiniz.

Düşüncelere odaklanmamak için bir farkındalık egzersizi de yapabilirsiniz.
Biz bu egzersize 5-4-3-2-1 kuralı diyoruz.
Bu egzersiz, gelen düşünceleri o an için ertelemenize ve kontrolü kaybetmeden başa çıkmanıza yardımcı olacaktır.
Rahat bir oturuş pozisyonu alın, dilerseniz gözlerinizi kapatabilir ya da sabit bir noktaya odaklanabilirsiniz.
Şimdi etrafınıza bakarak 5 şey fark edin: renkler, şekiller, nesneler...
Ardından bedeninizin temas ettiği 4 farklı fiziksel duyumu hissedin; oturduğunuz sandalye, ayağınızın yere
değmesi gibi.
Şimdi duyabildiğiniz 3 farklı sesi fark edin, bu odanın içinden veya dışından gelen sesler olabilir.
Sonrasında, burnunuza gelen 2 farklı kokuyu fark etmeye çalışın; belirgin ya da çok hafif olabilir.
Ve son olarak, ağzınızda şu anda fark edebileceğiniz 1 tadı düşünün.
Egzersiz boyunca sadece fark etmek ve yargılamadan gözlemlemek önemli. Hazır hissettiğinizde, bir derin nefes
alarak bulunduğunuz ana geri dönebilirsiniz

Fark ettikten sonra, o anı nasıl geçirmek istediğinize karar verin. Sık sık düşündüğünüz kaygılarla mı meşgul olmak istersiniz, yoksa o an ne iş yapıyorsanız ona mı odaklanmak istersiniz? Randevu saati geldiğinde, kaygılarınızı ele almak için yazdığınız notlara geri döneceksiniz. Randevu saati dolana kadar dilediğiniz gibi düşüncelere odaklanabilirsiniz. Randevu saati dolduğunda ise tekrardan normalde yapacağınız diğer aktivitelere odaklanacaksınız.

Randevu saati geldiğinde, eğer keyifle sürdürdüğünüz bir film, aktivite vs var ise düşüncelere odaklanmak zorunda değilsiniz.

MODÜL 2

OTOMATIK DÜŞÜNCELERI BELIRLEME, BILIŞSEL HATALARI TANIMA VE ALTERNATIF DÜŞÜNCE OLUŞTURMA

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Kişiye özgü ölümle ilgili spesifik bilişlerin tespit edilmesi
- Bilişsel hataların tanıtılması
- Otomatik düşüncelerin kanıt inceleme yoluyla incelenmesi

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?
Otonom sinir sistemi
Sempatik ve parasempatik sistem
Duygu-düşünce-davranış döngüsü
Düşünce ve davranışın değişebileceği
Duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği
Kaygı randevusu
5-4-3-2-1 kuralı

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

Kaygı randevusunu uygulamanın günlük yaşamınızda nasıl bir etkisi oldu?
Bu yöntemi tekrar kullanmak ister misiniz?

4) Gündem Belirleme:

Bu hafta odaklanacağımız konu, olumsuz otomatik düşüncelerin tespit edilmesi, yardımcı olmayan düşünce stillerinin tanıtılması ve yeniden yapılandırılması olacak.

5) Gündemin Ele Alınışı:

Otomatik düşünceler ile başlayalım. Geçen hafta olay karşısında duygu, düşünce ve davranışlarımızın olduğundan ve bunların da etkileşim halinde olduklarından bahsetmiştik. İşte olay anında ilk aklımızdan geçen, zihnimizde hızla beliren, genellikle farkında olmadan oluşan, kısa ve öz düşüncelere otomatik düşünce diyoruz. Bu düşünceler, olayları nasıl algıladığımızı ve onlara nasıl tepki verdiğimizi etkiler. Bazen hatalı veya abartılı olabilir, bu da gereksiz duygusal yükler yaratabilir. Çoğu zaman geçmiş deneyimlerimizden, inançlarımızdan ve duygularımızdan beslenirler.

Bilişsel hatalar ise, olayları gerçekte olduğundan daha olumsuz, katı veya çarpıtılmış bir şekilde yorumlamamıza neden olan düşünce biçimleridir. Hepimizin zihni bazen böyle tuzaklara düşebilir. Bunlar farkında olmadan otomatik bir şekilde zihnimizde belirir ve nasıl hissettiğimizi etkiler. Kişi sürekli olarak bu düşünce biçimlerini kullandığında, kendisinde büyük duygusal sıkıntıya yol açabilir. Nelerdir bu bilişsel hatalar örneklerle tanımaya çalışalım. (*Ekran paylaşımı yapılıp " Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış Yardımcı Olmayan Düşünceler çalışma kağıdı üzerinden bilişsel hatalar beyaz tahtada listelenir*).

Zihinsel Filtreleme: Bu bir "filtreleme" ve "elekten geçirme" işlemine benzetilebilir. Zihinsel filtreleme işlemini bir durumun sadece bir kısmına odaklanarak geri kalanını görmezden gelmek anlamında bir tür dar bakış açısı olarak da düşünebilirsiniz. Genellikle bu bakış, bir durumun olumsuz kısımlarına daha çok odaklanarak olumlu kısımları göz ardı etmek anlamına gelmektedir. Örneğin; Eşinizle baş başa bir akşam yemeği için dışarıya çıktınız. Yemekte maç sonuçlarını alabilmek için eşiniz telefonuna baktı. Telefonuna bakıp bakmama konusunda bir anlaşmazlığa düştünüz. Yemek dönüşü eve gidene kadar arabada bu anlaşmazlığınız devam etti. Bu örnekte, akşam boyunca ortaya çıkan birçok ayrıntıdan tek bir ayrıntı üzerinde durduğunuzu unutmayın. Üzerinde durduğunuz durumun negatif olduğuna dikkat edin. Genel durumun diğer ayrıntılarını dışarıda bıraktınız, yani gece boyunca yaşanan diğer tüm olumlu deneyimlerinizi hatırlamıyorsunuz. Bu negatif duruma odaklanırsanız,

muhtemelen onunla gelen olumsuz duyguları deneyimlemeye devam edersiniz. Sizce bu düşünme tarzının (zihinsel filtreleme) duygularınız üzerinde nasıl bir etkisi olacaktır?

Keyfi Çıkarsama: Başka birinin ne düşündüğünü bildiğimizi düşündüğümüzde (zihin okuması) ve gelecekte ne olacağına dair tahminler yaptığımızda (tahmine dayalı düşünme) keyfi çıkarsama yapabiliriz. Zihin Okuma Adından da anlaşılacağı gibi, başkalarının ne düşündüğünü bildiğimizi veya başkalarının davranışlarının ardındaki mantığı bildiğimizi varsayarak sonuca atlayabiliriz. Bu çok yaygın bir düşünme tarzıdır. Örneğin, birisiyle konuşuyorsunuz ve konuşma sırasında saatine bakıyor. Belki de "kesinlikle sıkıcı bir insan olduğumu düşünüyor" veya "burada benimle olmak istemiyor" diye düşünüyorsunuz. Bu sonuca, kişinin yakında önemli bir telefon görüşmesi beklemesi gibi tüm kanıtlara yakından bakmadan varırsanız, nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz? Daha mutlu mu yoksa daha sıkıntılı mı hissedersiniz? Örneğin, birisi sizden bir grup insana konuşma yapmanızı istediğinde, "konuşmaya başladığımda ne söylemem gerektiğini unutacağım, kafam karışacak ve korkunç olacak" gibi düşünceler zihninize gelebilir. Geçmişte birçok başarılı sunum yapmış olmanıza rağmen buna inanabilirsiniz. Bu gibi düşüncelere inandığınızda nasıl hissedersiniz?

Kişiselleştirme: Kişiselleştirme, kısmen sorumlu olduğunuz veya hiç sorumlu olmadığınız durumlarda yanlış giden veya yanlış gidebilecek her şey için kendinizi suçlamayı içerir. Çocuğunuz bir sınavda düşük bir not aldı ve onu daha fazla pratik yapmaya yönlendirmediğiniz için kendinizi suçlayabilirsiniz. Farkına varmadan, dışarıdaki olumsuz olayları yaptığınız veya yapmadığınız bir şeyle ilişkilendirebilirsiniz. Bir şeyi kişiselleştirdiğinizde, diğer önemli dış faktörleri göz ardı ederek ortaya çıkan sonuçlar için kendinizi sorumlu tutarsınız. Sonuç olarak, sorumluluğun kısmen sizde olduğu veya hiçbir sorumluluğunuzun olmadığı durumlarda bile yanlış giden veya yanlış gidebilecek her şey için kendinizi suçlayabilirsiniz.

Felaketleştirme: Felaketleştirme, durumları orantısız bir şekilde yorumladığımızda meydana gelir ve gerçekte sorun küçük olmasına rağmen olanı korkunç, berbat, dehşet verici ve rezil olarak görebiliriz. "Göğsümde bir ağrı var. Kalp krizi geçiriyor

olabilirim", "Bu sınavdan 90 alamadım, ya sınıfta kalırsam", bir yakınıyla fikir ayrılığı yaşayan kişinin "ya beni eskisi gibi sevmezse artık?" Tüm bu örnekler, kişinin durumu korkunç, berbat, ürkütücü veya dehşet verici olarak değerlendirdiği bu yararsız düşünme tarzının (felaketleştirmenin) özünü yansıtmaktadır.

Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünmek: Bu düşünme tarzı olaylara sadece tek taraflı bakmayı içerir. Yanlış ya da doğru, iyi ya da kötü, vb. Aralarda gri tonları yoktur. Örneğin, tüm derslerden A (ya da 5) alamayan ve bu nedenle kendilerini başarısız bulan öğrencileri düşünün. Belki siz de daha önce kendinize benzer bir şey söylediniz: "Annem/kardeşim ve ben her zaman aynı fikirde değiliz, o zaman kötü bir ilişkimiz var" veya "yaptığım işte en iyisi değilsem, değersizim demektir" gibi. Biz buna ya hep ya hiç tarzı düşünme ya da siyah beyaz düşünme diyoruz çünkü sadece iki ucu görme eğilimindesiniz. Bu düşünce tarzında haklı ya da haksızsınız, iyi ya da kötüsünüz; aralar, grinin tonları ve orta zemin yoktur.

Meli-malı: Bazen "yapmalıyım" veya "yapmaya mecburum" diyerek kendinize ve başkalarına mantıksız talepler veya baskılar uygulayabilirsiniz. Bu ifadeler her zaman yararsız olmasa da (örn. "kavga etmemeliyim ve yalan söylememeliyim"), bazen gerçekçi olmayan beklentiler oluşturmaktadır. Örneğin "işe zamanında gitmeliyim" diye düşünmek her zaman yararsız değildir. Ancak bu gereklilik veya zorunluluk ifadelerini kendinize ulaşılamaz hedefler koymak veya aşırı baskı uygulamak için kullandığınızda yararsız hale gelir. "Yaptığım şeyi daima doğru yapmalıyım", "eşime asla kızmamalıyım" veya "her zaman çok güzel yemekler pişirmeliyim" diyebiliriz.

Birisinin bu tür ifadeleri tekrar tekrar dillendirdikten sonra nasıl hissedeceğini düşünüyorsunuz? Muhtemelen, kendilerini suçlu veya hayal kırıklığına uğramış hissedeceklerdir.

Aşırı Genelleme: Bir durumu aşırı genellediğimizde, geçmişten veya günümüzden bir örnek alırız ve bunu mevcut veya gelecekteki tüm durumlara uygularız. "O her zaman…" ya da "herkes…" ya da "ben asla…" dersek, muhtemelen aşırı genelleme yapıyoruzdur. "Benim için asla romantik bir şey yapmıyorsun", "her zaman ekmeği benim almam gerekiyor", "herkes benim üstüme geliyor" veya "her gece çocuklar ortalığı dağıtıyor" gibi cümleler söylemiş ve duymuş olabilirsiniz.

Etiketleme: Belirli durumlardaki davranışlara bakarak genel açıklamalar yaparsak kendimizi ve başkalarını etiketlemiş oluruz. Bu etiketle tutarlı olmayan birçok örnek olmasına rağmen bu etiketi kullanabiliriz. Masadan bir şey düşürdüğünüzde veya bulaşıkları yıkarken bir bardak kırdığınızda "ben çok aptalım!" diye düşünebilirsiniz.

Kendimiz veya başkaları hakkında, belirli durumlarda tek bir davranıştan yola çıkarak genel açıklamalar yaptığımızda, etiketlemiş oluruz.

Duygusal Çıkarsama: Bu düşünme tarzı, sizin durumunuza ya da kendinize bakışınızı hislerinize dayandırmayı içerir. Örneğin, kötü bir şeyin olacağına dair tek kanıt, kötü bir şeyin olacağını hissediyor olmanızdır. Örneğin, sokakta yürüyorsunuz ve "endişeli hissediyorum, tehlikeli bir şeyin olacağını biliyorum" veya "çok depresif hissediyorum, burası çalışmak için en kötü yer olmalı" diye düşünüyor olabilirsiniz. Sanki kendimize, gerçek kanıtın ne olabileceğine bakmak yerine "hissediyorum, bu yüzden öyle" diyoruz. Tehlikeli bir şeyin olabileceğini veya çalışmak için en kötü yer olduğunu gösteren başka bir kanıt olmayabilir. Sahip olduğunuz tek kanıt nasıl hissettiğinizdir.

Büyütme veya Küçültme: Bu düşünme tarzında, diğer insanların olumlu niteliklerini büyütür, kendi olumlu niteliklerinizi en aza indirirsiniz. Sanki kendi olumlu özelliklerinizi veya başarılarınızı önemli değilmiş gibi açıklarsınız. Çoğu zaman, insanların dürbünün her iki ucundan da dünyaya bakması gibi, diğer insanların olumlu niteliklerini büyüttüğünüz (büyütme) ve kendi niteliklerinizi küçülttüğünüz (küçültme) anlamına gelir. Başarı için kendi niteliklerinizi yok saymanın olumsuz etkileri vardır. Kendi hayatınızda veya başkalarının hayatında "bu sefer şansım yaver gitti" veya "bunu söylemek istemediler, sadece kibar olmaya çalıştılar" dediğini duymuş olabileceğiniz zamanları düşünün. Bu şekilde olumlu deneyimlerin önemini azaltabilir ve hatta olumsuz deneyimlere dönüştürebilirsiniz.

Ya olursa: Kişinin sürekli kendisine ya olursa sorusunu sorması ve verdiği cevaplarla tatmin olmaması. "Ya sınavdan kalırsam", "ya araba kaza yaparsa", "ya ilaç yan etki yaparsa" vb.

Tüm bu konuştuklarımızdan nasıl bir sonuç çıkarabiliriz? Zihnimize gelen otomatik düşünceler hakkında ne söyleyebiliriz? Özetle, zihnimize gelen otomatik düşüncelerimiz, hatalı olabilir ve gerçeği yansıtmayabilir. Biz de o gelen düşünceleri daha somut gerçekçi bir şekilde inceleyip, gerçeğe en uygun alternatif düşünceyi bularak duygu-davranış-düşünce döngüsünde değişiklik yaratmak istiyoruz.
Bunu nasıl yaptığımıza birlikte bakalım.

Geçen hafta ölümle ilgili zihninizde ilk beliren düşünceler ve kaygılandığınızda aklınızdan geçen şeyleri not etmiştiniz, onları sırasıyla yazalım (Ekran paylaşımı yapılıp düşünceler beyaz tahtada listelenir).

Şimdi doldurduğunuz tablodaki düşünceleri nasıl incelediğimiz üzerine çalışalım (Kanıt inceleme tekniği kullanılır)

6) **Ev ödevinin verilmesi:**

Bugün ele aldığımız ayetleri, ölümle ilgili olumsuz düşüncelerinizi daha gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirmede kullanacağız. Oturumda yaptığımız gibi diğer 2 düşüncenize formdaki adımları takip ederek meydan okumanızı bekliyorum. Bunu yaparken konuştuğumuz ayetleri temel alarak, olumsuz düşüncelerinize karşı alternatif düşünceler geliştirebilirsiniz.

7) **Oturumun özetlenmesi:**

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle,

MODÜL 2 UYGULAMASI

Table C.1. Alternatif Düşünce Geliştirme Basamakları

1.Adım **Olay / Tetikleyici**	**2.Adım** **İşlevsiz Düşünceler** **Bilişsel Hatalar**	**3.Adım** **Duyumlar** Duygular – (oran 0 – 100%) Fiziksel duyumlar	**4.Adım** **İşlevsiz düşünceyi destekleyen kanıtlar**	**5.Adım** **İşlevsiz düşünceyi desteklemeyen kanıtlar**	**6.Adım** **Alternatif, daha gerçekçi ve dengeli düşünce**	**7.Adım** **Sonuç Duyguyu tekrar puanlayın**	**8.Adım** **Otomatik düşüncem doğruysa**
İlk olarak, sizin için zorlayıcı bir durumu ya da tetikleyiciyi düşünün. Olayın tam olarak ne olduğunu, ne zaman gerçekleştiğini, nerede bulunduğunuzu ve kimlerle birlikte olduğunuzu belirtin.	Şimdi, bu olay ya da tetikleyici sırasında aklınıza gelen düşünceleri yazın. Sizi rahatsız eden ve kaygı uyandıran düşünceler nedir? Bu düşünce herhangi bir bilişsel hataya benziyor mu?	Bu düşünceyi düşündüğünüzde hangi duyguları hissettiniz? Duygularınızın şiddetini 0 ile 100 arasında bir oranda belirtin. Bu duygular vücudunuzda nasıl bir etki yarattı? Hangi fiziksel belirtileri fark ettiniz?	Bu düşüncenin doğru olduğuna dair hangi kanıtlarınız var?	Bu düşüncenin doğru olmayabileceğini gösteren hangi kanıtlarınız var?	Bu noktada, alternatif bir düşünce geliştirin. Bu yeni düşünce, daha gerçekçi ve dengeleyici olmalı.	Alternatif düşünceyi benimsedikten sonra, başlangıçta hissettiğiniz duyguların şiddetini tekrar değerlendirin. Hangi duygular kaldı?	Eğer otomatik düşüncem doğruysa olabilecek en kötü sonuç ne? En iyi şey ne? En gerçekçi şey ne? Bu sonuçla baş edebilir miyim? Bu durumda ne yapabilirim? Bu durum önemsediğim bir arkadaşımın başına gelseydi, otomatik düşüncesi ile ilgili ona ne söylerdim?

Table C.1. (cont.)

Evde yalnızken, telefonum çaldı ve sevdiğim birinin sağlık durumunun kötüleştiği haberini aldım	Sevdiklerim ölürse buna dayanamam Felaketleştirme Duygusal Çıkarsama	Üzüntü (%85) Mide bulantısı, ellerde titreme, baş ağrısı, hızlı kalp atışı	-Babam vefat ettiğinde kayıpla başa çıkmak çok zor oldu, o kadar büyük bir acı yaşadım ki. - Babam vefat ettiğinde sanki her şey anlamını yitirmiş gibi hissetmiştim - Çevremdeki bazı insanlar, sevdiklerini kaybettikten sonra derin bir acı ve	-Daha önce sınav döneminde de çok zorlanmıştım ama başa çıkabilmiştim, zorluklarla baş edebilen bir sistemim var. -Babamın vefatıyla ilgili üzüntüm zaman içinde değişti, onu halen çok seviyor özlüyorum ancak günlük yaşantıma ilk günküne kıyasla daha iyi devam edebiliyorum. Arkadaşlarımla görüşüyor, işe gidiyor, gülüyorum. Bu da geçmiş kayıplarla başa çıkabildiğimi ve bunu yapabilme kapasitem olduğunu gösterir. -Birçok kişi sevdiğini kaybettikten sonra iyileşiyor, zamanla kaybın acısı azalıyor ve hayatlarına devam edebiliyorlar. -Psikolojik araştırmalar, kayıptan sonra insanların yas süreci yaşadığını ve bu	Babamı kaybetmek büyük bir acı verdi, ancak zamanla bu acıyla başa çıkmayı öğrendim ve yaşamıma devam edebildim. Psikolojik araştırmalar da kayıplardan sonra insanların yas sürecini geçirerek duygusal iyileşmeye başladıklarını göstermektedir.	Üzüntü (%30)	

Table C.1. (cont.)

			boşluk yaşadılar.	sürecin zamanla iyileşmeye yol açtığını göstermektedir. -Yas süreci, bireylerin acılarını atlatmalarına ve tekrar işlevsel bir şekilde hayatlarına devam etmelerine olanak tanır. -Bilimsel olarak insanlar, duygusal zorluklarla başa çıkma kapasitesine sahiptir. -Kayıp yaşayan kişilerin, sosyal destek gruplarına veya terapilere katılarak iyileşebileceği birçok bilimsel araştırmada vurgulanmıştır. Ailem, arkadaşlarım ve destek aldığım kişiler, bu süreçte yardımcı olabilir.			

Not. Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış "Düşünce İnceleme Formu" 7 sütunlu materyalden esinlenerek hazırlanmıştır.

MODÜL 3

BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN ELE ALINMASI

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ele alınması
- Ölümün kaçınılmaz olduğuna dair kabulün geliştirilmesi

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

Otomatik düşüncenin ve bilişsel hataların neler olduğunu öğrendik. Olay anından zihnimizden geçen ilk düşüncelerimiz her zaman gerçeğe uygun olmayabilir, olayları hatalı abartılmış algılamamıza sebep olabilir. Daha fazla bilgi edinip, kanıt topladığımızda olaylara atfettiğimiz anlamlar yani düşüncelerimiz değişebilir. İlk düşünce stratejimiz olan kanıt incelemeyi uyguladık.

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

Ölümle ilgili olumsuz düşüncelerinize formdaki 7 soruyu sorarak meydan okumanız ve konuştuğumuz ayetleri temel alarak alternatif düşünceler oluşturmanız gerekiyordu.

Bu süreç nasıl geçti?

Zorluk yaşadığınız ya da dikkat çeken bir şey oldu mu?

Alternatif düşünceler geliştirme kısmı nasıldı?

Hangi düşünceleri daha kolay dönüştürebildiniz?

Hangi durumlarda zorlandınız?

Bugün fark ettiğiniz herhangi bir değişiklik var mı?

4) Gündem Belirleme:

Bugünkü oturumda endişe ve belirsizlik üzerine çalışacağız. Amacımız, ölümle ilgili düşüncelerinizi daha iyi anlamak, bu düşüncelerin sizde nasıl kaygı yarattığını fark etmek ve bu kaygıyı azaltmak için bazı yöntemler geliştirmek.

5) Gündemin Ele Alınışı:

İlk seansımızda tehlike mesajının beyne iletilmesiyle otomatik bir şekilde aktive olan savunma sistemimizden bahsetmiştik.

İşte kaygı, bedensel belirtilerle birlikte, daha derin bir duygusal ve fizyolojik tepkimiz iken; endişe zihinsel bir uğraştır, zihindeki bir düşünce veya tahmindir, kötü bir şey olacağına dair düşünceler silsilesidir. Ancak kötü bir şey olacağına inanmakla/düşünmekle kötü bir şeyin gerçekten olması birbiriyle ilgisizdir. Endişelenmenin yani zihnimizde senaryo kurmanın üzerine düşünüp durma halini inceleyelim. Daire sakinleri örneğini verilir *(Prof. Dr. Hakan Türkçapar tarafından verilen Bilişsel Davranışçı Terapi dersi kapsamında sunulmuş bir metafordur.)*

Soru şu, bu dört daire sakininden hangisinin evine hırsız girme olasılığı daha düşüktür?

Cevap üçüncü ve dördüncü daire sakini aynı

Peki sizce üçüncü ve dördüncü arasında çok büyük bir fark var mıdır?

Cevap yoktur

Peki o küçük fark için dördüncünün ödediği bedel nasıldır?

Çok yüksek, zaman, maddi, duygusal olarak da tükeniyor.

Peki daire 1 ile daire 2 arasında olasılık açısından bir fark var mı?

Cevap yok

Peki daire 1'in durumu mu daha iyi daire ikinin durumumu daha iyi?

Daire ikinin durumu daha iyi.

Neden, çünkü en azından daire ikinin kafası rahat.

Durumu en kötü olan daire 1 neden?

Hem sürekli bir endişeli bir hali var hem de hiç önlemi yok.

Ya da bir sınav öğrencisi düşünelim tüm yıl boyunca sınavı kazanıp kazanamayacağı ile ilgili endişelensin, her masaya oturduğunda ya sınavı kazanamazsam düşünceleriyle meşgul olsun. Sınav günü geldiğinde ÖSYM tüm yıl emek verdin seni direk geçirelim demez, sorulara verdiği yanıtlara yani somut davranışlara bakar

O zaman şöyle diyebilir miyiz?

Hayatta kötü şeyler olur ama bunların olup olmamasının bizim bunları düşünüp düşünmememizle ilgisi yoktur. Yani, endişe duymak değil önlem almak, davranışlar bizi korur.
Önlemlerimizi de daha gerçeğe uygun planlamamız gerekmektedir.
Belki hiç olmayacak şeyleri düşünerek zaman ve enerji harcamamamız gerekir.

Peki ya üzerinde kontrolümüzün az ya da hiç olmadığı meselelerle ilgili endişelenmenin nasıl bir işlevi vardır. (Beyaz tahta açılır, tahtanın tam ortasına belirsizlik, ölüm yazılır)

Belirsizlik gündelik yaşamın her yerinde karşımıza çıkar ve aslında hayatın doğal bir parçasıdır. Ancak bazılarımızın belirsizlik karşısında zorlanması daha fazladır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, kişinin belirsiz durumlara karşı yüksek düzeyde rahatsızlık duyması ve bu durumlara dayanmakta zorlanması olarak tanımlanabilir. Örneğin, yarın hava nasıl olacak tam olarak bilemeyiz; tahminler yapsak da bu tahminlerin gerçekleşeceğine dair kesin bir garantimiz yoktur. İşe giderken trafikte bir gecikme olup olmayacağını öngöremesek de bu belirsizlik içinde hareket ederiz. Sağlıkla ilgili de benzer bir durum söz konusudur: Sabah uyandığımızda kendimizi iyi hissedeceğimizi ümit ederiz, ama bunun kesin bir garantisi yoktur. İkili ilişkilerde de karşımızdaki kişinin söylediklerimizi tam olarak nasıl algılayacağını bilemeyiz, ancak yine de iletişim kurmayı sürdürürüz. Bu tür belirsizlikler, yaşamın her alanında yer alır ve çoğu zaman farkında bile olmadan bunlarla başa çıkarız.

Benzer şekilde, kendi ölümümüz ya da sevdiklerimizin ölümü de bu hayatta belirsizdir. Hiçbirimiz ne zaman ya da nasıl öleceğimizi bilemeyiz.
Bu belirsizliği düşündüğünüzde hangi duyguları deneyimliyorsunuz?
Sizce ölümün ne zaman ve nasıl gerçekleşeceğini kontrol etmek mümkün mü?
Herhangi bir çabayla bu bilgiyi edinebilir miyiz?
O zaman ölüm için ne zaman, nasıl ve nerede gerçekleşeceği bizim kontrolümüzde olmayan bir şey diyebilir miyiz?
Bu sizin için ne anlam ifade ediyor?
Peki sizce bu belirsizlik herkes için aynı mı?
Ne zaman öleceğine dair kesin bir bilgi herhangi birine diğer kişilerden daha fazla verilmiş olabilir mi?

Yoksa bu belirsizlik hepimiz için eşit mi?
Eğer eşit ise diğer insanların da bu belirsizlikle yaşadığını düşününce sizce onlar nasıl başa çıkıyor olabilir?

Belirsizlik, özellikle ölüm gibi büyük ve kaçınılmaz bir konuda, insanların hayatında önemli bir yer tutar. Ancak herkes bu belirsizlikle başa çıkmak için farklı yollar bulur. Bu belirsizlik karşısında bizim yaptığımız şey endişelenmek, düşünüp durmak bu ifadeler kağıdın sol tarafına yazılır. Peki sizce insanlar bu belirsizliği daha az zorlayıcı hale getirmek için ne yapıyorlar? (Kimileri bu durumu düşünmemek için kendini meşgul eder; yoğun bir çalışma temposu ya da hobilerle zihnini bu düşüncelerden uzaklaştırır. Kimileri inanç sistemlerine yönelerek ölümden sonra ne olacağına dair bir anlam geliştirmeye çalışır. Bazıları ise bu gerçeği kabullenip, her anı dolu dolu yaşamaya odaklanır.

Onların başa çıkma yöntemlerini düşündüğünüzde, size ilham veren bir şey var mı?
Örneğin, belirsizlikle mücadelede size yakın gelen bir yöntem ya da düşündüğünüzde denemeye değer bir yaklaşım olabilir mi?

Ölümün belirsizliğiyle mücadele etmek yerine, bunu hayatınıza anlam katacak bir şekilde nasıl kullanabilirsiniz? Mesela, bu belirsizlik size şu anki yaşamınızla ilgili neyi hatırlatıyor olabilir?
Ölümün belirsizliği bana şu an neyin kıymetli olduğunu gösteriyor?
Kontrol edemediğim bu gerçeğe karşılık, yaşamım içinde kontrol edebileceğim şeyler neler?
Enerjimi, dikkatimi şuan da kontrol edebildiğim şeylere vermek nasıl olurdu? Örneğin çocuğum öldüğünde bununla baş edip edemeyeceğimle ilgili şuan da bir şey yapamıyorum, ama çocuğumla ilgili şuanda ne yapabilirim? Ya da duygusal dayanıklılığım için şuan da nasıl bir yatırım yapabilirim?

6) Ev ödevinin verilmesi:

Önümüzdeki haftaya kadar belirlediğiniz bir gün ve saatte (herkesten bu zamanı netleştirmesi ve telefonlarına hatırlatma koymaları istenir), ahiret ve ölüm üzerine olumlu mesajlar içeren dini bir metni okumanızı ve bu metin üzerine düşünmenizi istiyorum.

Metni seçerken bugünkü oturumda ele aldığımız ayet veya hadislerden de faydalanabilirsiniz, ya da dilediğiniz herhangi bir başka metin de olabilir.

Metni belirledikten sonra size verdiğim formdaki adımları takip etmenizi rica ediyorum.

Okuduğunuz metinlerde sizin için öne çıkan, rahatlatıcı ya da anlamlı bulduğunuz bir kısmı not alın.

Ayrıca, bu metinleri okuyup formu doldurduğunuzda, ölümle ilgili düşünceleriniz ve duygularınızda nasıl bir değişim fark ettiğinizi gözlemleyin.

Bir sonraki seansımızda bu deneyimlerinizi ve formu birlikte ele alacağız.

7) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 3 UYGULMASI

Table C.2. Endişe Karşısında Takip Edilecek Adımlar

<table>
<tr><td colspan="2">Adım 1: Şuanda tam olarak neyle ilgili endişeleniyorum?
(Şu anda endişelendiğiniz durum nedir? Endişenizin neyle ilgili olduğunu net bir şekilde belirleyin.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Adım 2: Endişelendiğim şeyle ilgili şuan yapabileceğim bir şey var mı?</td></tr>
<tr><td>Hayır, yapabileceğim bir şey yok: Endişelenme işine son ver, endişelendiğin konuyu sadece bir başlık olarak not et, randevu saatine ertele</td><td>Evet, yapabileceğim bir şey var: O zaman bu konuda 3. Adımla devam edin</td></tr>
<tr><td colspan="2">Adım 3: Ne yapabilirim?
Ne yapabileceğim ile ilgili kime danışabilirim?
Yapılabileceklerin listesini çıkartın ve netleştir</td></tr>
<tr><td colspan="2">Adım 4: Planlama ve Uygulama
Eğer yapılacak bir şey varsa:
Ne zaman bu adımı atacağınızı planlayın. Eğer şu anda adım atamıyorsanız, ne zaman harekete geçeceğinizi belirleyin ve bir plan oluşturun.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Adım 5: Belirsizliği Kabullenin
Eğer hala endişe duyduğunuz bir belirsizlik varsa, bu belirsizliği kabul edin. Bazı durumlarda, çözüm üretmek mümkün olmayabilir ve belirsizlikleri kabul etmek gerekebilir. Bu durumda belirsizliği kabul edin ve hayatın kontrolünüzde olan diğer yönlerine odaklanın.</td></tr>
</table>

MODÜL 4

KAÇINMA VE GÜVENLİK DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ, MARUZİYET PLANLAMASI

Modülün Amacı:

- Ölüm kaygısını artıran ve sürmesini sağlayan kontrol etme, kaçınma ve güvence arama gibi davranışları incelemek.
- Bu davranışların kaygı üzerindeki etkilerini anlamak.
- Kaygıyı daha sağlıklı bir şekilde yönetmek için alternatif başa çıkma yolları geliştirmek.
- Maruziyetin rasyonelini anlamak.
- Kaygı hiyerarşisi oluşturmak

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

Ödev ile başlayalım.
Ödevi yapmak sizin için nasıl bir deneyim oldu?
Okuduğunuz metin sizi nasıl etkiledi?
Metinde sizin için anlamlı veya rahatlatıcı bir bölüm var mıydı?
Bu bölüm ölümle ilgili düşünce ve duygularınızı nasıl etkiledi?

4) **Gündem Belirleme:**

Bugünkü oturumumuzda, ölüm kaygısını artıran ve sürmesini sağlayan bazı davranışlarımızı inceleyeceğiz.

Bu davranışlar, ölümle ilgili kontrol etme, kaçınma ya da sürekli güvence arama olabilir.

Bu davranışların kaygıyı nasıl etkilediğini anlamaya çalışacağız ve kaygıyı daha iyi yönetmek için alternatif yollar geliştireceğiz.

5) Gündemin Ele Alınışı:

İlk oturumumuzda, otonom sinir sistemimizin nasıl çalıştığını ve tehlike anında bizi korumak için devreye girdiğini konuşmuştuk, hatırlıyorsunuz değil mi?

Savaş ya da kaç tepkisinin, hayatta kalmamız açısından ne kadar önemli bir mekanizma olduğunu vurgulamıştık. Şimdi, ölüm kaygısı gibi tehdit algısıyla bu sistemin sizin günlük hayatınızda nasıl işlediğini birlikte inceleyelim. Bir düşünün, ölümle ilgili kaygılandığınızda vücudunuzda neler hissediyorsunuz?

Kalp atışlarınız hızlanıyor mu, nefes almak zorlaşıyor mu, ellerinizde titreme oluyor mu?

Bu tepkilerin, o algıladığınız tehlikeye verdiğimiz doğal yanıtlar olduğunu biliyoruz.

Gelin, bu tepkilerin sizin üzerinizdeki etkilerini daha yakından anlamaya çalışalım.

Peki, bir soru, tehlikenin aslında gerçek olmadığını, bu yalnızca zihninizdeki bir düşünce olduğu halde bu tepkilerin ortaya çıktığını fark ettiğinizde, vücudunuz da bu sistemin yavaşlamasına izin verebilir mi?

Şimdi şöyle bir şey olduğunu hayal etmenizi istiyorum.

Evde oturuyordunuz gayet sakin bir gündü.

Birden kapı çaldı ve içeri eli silahlı adamlar girdi.

Hayatta en çok sevdiğiniz kişi ya da kişiler kim?

Diyelim ki o kişileri rehin aldılar kafalarına da silahı dayadılar ve dediler ki.

Söyleyeceğimizi yapacaksın yoksa onları öldürürüz, ne yaparsınız?

Dediklerini yaparsınız?

Ve dediler ki haydi bakalım atla arabaya sizi mezarlığa götürdüklerini hayal edin.

Hiç beklemediğiniz bir anda, kendinizi mezarlıkta buluyorsunuz.

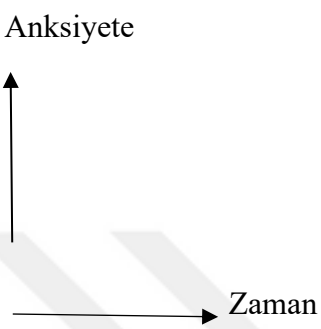
O anda kalbinizin hızla çarptığını, tüm hayatınızın gözlerinizin önünden geçtiğini hayal edin.

Şimdi, sevdiklerinizi kurtarmanın tek yolunun mezarlıkta birkaç saat yalnız kalmak olduğunu söyleseler, sevdiklerinize bir zarar gelmeyeceğini söylüyorlar, kamera ile sizi izleyecekler.

Mezarlıkta geçirmeniz gereken saat tamamlanınca evinize gidebileceksiniz, ne yaparsınız?

Ben mezarlıkta kalamam, mezarlık bana ölümü hatırlatıyor korkuyorum der misiniz, yoksa sevdikleriniz için birkaç saat mezarlıkta kalmayı kabul eder misiniz? (*Prof. Dr. Aslıhan Dönmez davranış deneyleri eğitimi kapsamında sunulmuş bir metafordur*.)

Şimdi şu zaman şu da anksiyete düzeyi olsun.



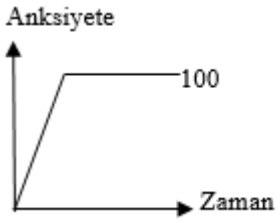
Bu durumda anksiyeteniz ne olurdu?

Muhtemelen 100'e kadar çıkar, değil mi?

Peki, bu yoğun anksiyete ne zamana kadar böyle devam ederdi sizce?

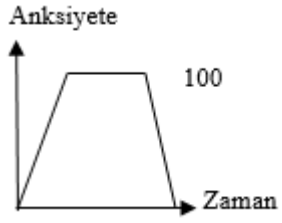
Mezarlıkta kaldığınız süre boyunca anksiyetenizin nasıl değişeceğini düşünüyorsunuz?

Sürekli aynı yoğunlukta mı kalır, yoksa bir süre sonra azalır mı?



Şu anki düşüncenize göre, anksiyete 100'e çıkacak ve orada sabit kalacak.

Ama benim öngörüm biraz farklı; diyorum ki, evet, başta anksiyeteniz 100'e kadar yükselebilir, ancak zamanla, siz orada mezarlıkta kalmaya devam etseniz bile, bu anksiyete kendi kendine azalacak.



Neden böyle bir hipotez kurdum sizce?

Evet belli bir süre sonra parasempatik sistem devreye giriyor.

Peki siz anksiyetenin kendiliğinden düşmesini hiç deneyimlediniz mi?

Hayır deneyimlemediniz, deneyimlememe sebebiniz ne olabilir?

Evet güvenlik ve kaçınma davranışları anksiyeteyi azaltır.

Parasempatik sistemin otomatik devreye girmesini deneyimlememizemize sebep olur.



Bugüne kadar baktığınızda grafik böyleydi, değil mi?

Yani ölümle ilgili kaygılarınızı sürekli olarak bir şekilde yatıştırmaya çalıştınız, kaçınarak ya da güvenlik davranışlarıyla rahatlama sağlamaya çalıştınız.

Ama bütün durumu değerlendirince, ölüm kaygınızın giderek arttığını söyleyebilir miyiz?

İlk başlarda bu kadar yoğun düşüncelerle karşılaşmıyordunuz, kaygınız bu kadar şiddetli ve sürekli değildi, değil mi?

Zamanla, ölüm kaygınız giderek arttı, daha fazla alana yayıldı, doğru mu?

Yani ölüm kaygınız giderek büyüdü ve daha çok alanı kapsadı (Soru cevap şeklinde, sokratik ilerlenir).

İşte kaçınma ve güvenlik davranışları, kişilerin kaygı ve korku gibi olumsuz duygulardan korunmaya çalışırken sergiledikleri davranışlardır. Bu tür davranışlar, genellikle kaygıyı geçici olarak hafifletmeye yardımcı olabilir, ancak uzun vadede bu davranışlar sorunun devam etmesine veya kötüleşmesine yol açabilir.

Özetle, güvenlik ve kaçınma davranışları kısa vadede bir rahatlama sağlasa bile uzun vadede sorunun hayatımızda artmasına yayılmasına sebep olur diyebilir miyiz?
Şimdiye kadar söylediklerimde bir sorunuz var mı?
Şimdi biz bilim insanları olsak, elimizde 2 hipotez var.
Birinci hipoteze göre anksiyete sonsuza kadar sürer.
Bir diğer hipotez de diyor ki hayır anksiyete belli bir süre devam eder daha sonra güvenlik ve kaçınma davranışı yapmasak bile kendiliğinden azalır.
Hangi hipotezin doğru olduğunu test etmemiz için ne yapmamız lazım?
Test etmemiz lazım.
Sizin bugüne kadar bulduğunuz yöntem şuydu (danışanın hipotez grafiğini gösterip) kısa vadede kaygıyı azaltıp rahatlamak ama uzun vadede sıkıntının artması, benim önerdiğim şimdi yeni denemenizi isteyeceğim yöntem şu olacak kısa vadede sıkıntı uzun vadede rahatlama.
Hangisi daha mantıklı geliyor size?
Şimdi şunu düşünün:
Bir korku filmini ilk kez izlediğinizde ne kadar korktuğunuzu hatırlayın.
Her ses, her an sizi tedirgin ediyordu, değil mi?
Ama aynı filmi ikinci, üçüncü kez izlediğinizde, bir süre sonra korkularınız azalır.
Çünkü artık ne olacağını biliyorsunuz ne zaman ne olacağını tahmin edebiliyorsunuz.
Filmdeki korkutucu anlar sizi eskisi kadar etkilemiyor.
Bu, bir tür alışma süreci, değil mi?
Aynı şekilde kaygıyla ilgili de benzer bir şey oluyor.
İlk başta, ölüm kaygısı gibi bir korkuyla karşılaştığınızda çok yoğun bir duygu hissedebilirsiniz.
Ancak, o korkuyla yüzleştikçe, üzerine gittikçe, kaygı seviyeniz azalır.
Bu, sizin kaygıyı "alışarak" yönetmeye başlamanızı sağlar.
İlk denemede kaygınız biraz daha yüksek olabilir, ancak her seferinde bu kaygıyı daha rahat hissedecek ve daha iyi başa çıkabileceksiniz.
Yani, tıpkı korku filmini defalarca izlediğinizde korkunuzun azalması gibi, kaygınızı da tekrarlayarak azaltabiliriz.
Biz bu deneye maruziyet diyoruz.
Bu haftadan itibaren sizinle bir maruziyet planı hazırlayacağız.

Maruziyet, sizi rahatsız eden düşüncelere, duygulara veya bedensel tepkilere bilinçli ve kontrollü bir şekilde yaklaşmayı ve zamanla bu durumlarla daha rahat başa çıkmayı öğrenmeyi hedefleyen bir yöntemdir.

Amaç, bu rahatsızlık verici deneyimlerden kaçınmak yerine, onlara kademeli olarak alışarak hayatınızı istediğiniz gibi yönlendirebilmenizi sağlamaktır.

Şimdi, maruziyetin zihinsel olarak ne anlama geldiğini en azından şu an için anladığınızı düşünüyorum, değil mi?

Şu ana kadar konuştuklarımızı birkaç cümle ile kendi anladığınız şekilde özetler misiniz?

Peki maruziyeti nasıl yapacağız.

Merak etmeyin bir anda en çok kaçındığınız şeyi deneyimlemeyeceksiniz.

Bir hiyerarşi oluşturacağız.

Bu, daha az kaygı yaratan durumlarla başlayıp, zamanla daha fazla kaygı uyandıran durumlara doğru ilerleyeceğimiz bir süreç olacak.

İlk başta, kaygıyı fazla tetiklemeyen bir durumla yüzleşmek, size kaygı karşısında nasıl adım atacağınızı gösterecek.

Bu aşamalı yüzleşmeler sayesinde, kaygılı düşüncelerle başa çıkma konusunda alışacak ve kaygı seviyeniz zamanla azalacak.

Bunu yaparak, kaygı uyandıran durumlara karşı daha az duyarlı hale geleceksiniz.

Bu şekilde, kaygınızla başa çıkabilme becerilerinizi geliştirecek ve bu tür durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabileceksiniz.

Size kendinizin ya da sevdiklerinizin ölümünü hatırlatan hangi durumlardan kaçınıyorsunuz?

Örneğin ölüm içerikli filmler ya da videolar izlemek, mezarlığa gitmek vs.

Şimdi ölümle ilgili düşündüğünüzde, en çok hangi düşünceler ya da senaryolar sizi kaygılandırıyor?

Bunlardan hangisi en çok korkutuyor?

Hangi düşünceler size daha az kaygı veriyor?

Kaygınızı 0 ile 100 arasında bir ölçekle değerlendirirseniz, en korkutucu düşünce ne kadar yüksek bir kaygı yaratır?

Eğer bu düşünceleri bir sıralama yapacak olsanız, hangi düşünce ya da senaryo sizi daha az kaygılandırır, hangisi daha fazla?

0 ne olurdu, 30, 40, 50, 70, 100 düzey kaygı ne olurdu?

Somut durumları not edelim.

Kaygı yaratan durumların sıralanması formu üzerine not edebiliriz.

6) **Ev ödevinin verilmesi:**

Bu hafta yapacağımız şey şu olacak. Size 30 düzeyinde kaygı yaratan ve sıklıkla kaçındığınız duruma deney yapacağız. Deneyde test edeceğimiz hipotezlerimiz

Hipotez 1: Anksiyete sonsuza kadar sürer, yani kaygı duygusu devam eder ve azalmaz.

Hipotez 2: Anksiyete, belli bir süre devam eder ve sonra kendiliğinden azalır.

Bu durumu örneğin sela dinlemek, gazetede ölüm ilanlarını okumak, ölüm ve kayıp ile ilgili edebi metinler okumak, ölüm temalı televizyon ve film programlarını izlemek, vasiyet yazma, cenaze düzenlemeleri planlama ve aile üyelerine talimatlar bırakma, aile üyeleri veya arkadaşların mezarını ziyaret etme gibi herhangi bir güvenlik ya da kaçınma davranışı uygulamadan, eğer uygularsak test etmek istediğimiz hipotezi test edememiş oluruz, 30 dakika boyunca bu hafta 3 ayrı kez maruz kalacaksınız.

Her seferinde kaygı düzeyini 0-100 arasında puanlayarak, form üzerindeki uygun yere not edeceğiz.

7) **Oturumun özetlenmesi:**

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Sizce bugün hangi konuları ele almak faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 4 UYGULAMASI

Table C.3. Kaygı Yaratan Durumların Sıralanması

Sana kaygı veren tüm durumları aşağıya yaz, ardından bu durumları sana en fazla kaygı veren olandan en az kaygı verene doğru sıralayarak aşağıdaki tabloya ekle. Her bir durumu, sana ne kadar kaygı verdiğini 0 (hiç kaygı yok) ile 100 (maksimum kaygı) arasında puanlayarak belirt.

Durum	Normalde Kaçınma Evet- Hayır	Şu an ki Kaygı Düzeyi	Deneyin Birinci Günü Kaygı Düzeyi		Deneyin İkinci Günü Kaygı Düzeyi		Deneyin Üçüncü Günü Kaygı Düzeyi	
		0	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		10	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		20	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		30	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		40	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		50	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		60	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		70	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		80	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		90	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	
		100	0.dk		0.dk		0.dk	
			10.dk		10.dk		10.dk	
			20.dk		20.dk		20.dk	
			30.dk		30.dk		30.dk	

Bu hafta yapacağımız şey şu olacak. Size 30-50 düzeyinde kaygı yaratan ve sıklıkla kaçındığınız duruma deney yapacağız. Deneyde test edeceğimiz hipotezlerimiz

Hipotez 1: Anksiyete sonsuza kadar sürer, yani kaygı duygusu devam eder ve azalmaz.

Hipotez 2: Anksiyete, belli bir süre devam eder ve sonra kendiliğinden azalır.

Bu durumu örneğin sela dinlemek, gazetede ölüm ilanlarını okumak, ölüm ve kayıp ile ilgili edebi metinler okumak, ölüm temalı televizyon ve film programlarını izlemek, vasiyet yazma, cenaze düzenlemeleri planlama ve aile üyelerine talimatlar bırakma, aile üyeleri veya arkadaşların mezarını ziyaret etme gibi herhangi bir güvenlik ya da kaçınma davranışı uygulamadan, eğer uygularsak test etmek istediğimiz hipotezi test edememiş oluruz, 30 dakika boyunca bu hafta 3 ayrı kez maruz kalacaksınız.

Her seferinde kaygı düzeyini 0-100 arasında puanlayarak, form üzerindeki uygun yere not edeceğiz.

(Bilişsel Davranışçı Terapiler Derneği tarafından hazırlanmış "Korku Hiyerarşisi" materyalinden esinlenerek hazırlanmıştır.)

MODÜL5

MARUZİYET

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, ev ödevinin gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Seans içi maruziyet uygulaması
- Maruziyet sırasında kaygı seviyelerinin 0-100 arasında puanlanarak izlenmesi ve kaygının zaman içinde nasıl değiştiğinin gözlemlenmesi

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

Bu hafta maruziyet yaptıktan sonra kaygı seviyenizde nasıl bir değişim oldu?
Kaygı ne kadar süreyle yüksek kaldı ve sonra ne gözlemlediniz?
Başlangıçta kaygı seviyesi beklediğinizden farklı mıydı, yoksa tahmin ettiğiniz gibi mi oldu?
Kaygının azaldığını hissettiğinizde, bu nasıl bir deneyim oldu?

4) **Gündem Belirleme:**

Bu hafta odaklanacağımız konu, ölüm kaygısı ile ilgili kaygı yaratan durumlara maruz kalacak ve bu süreç boyunca kaygıdaki değişimi gözlemleyeceğiz.

Neden Ölüm Korkusuyla Yüzleşmelisiniz?

Yıllar geçtikçe hepimizin karşılaştığı zorluklardan biri de ölüm gerçeğiyle yüzleşmektir. Ölüm konusundan kaçınmak çoğu insan için çoğu zaman işe yarıyor gibi görünebilir Ancak zaman zaman yoğun stres ya da ölüm ve hastalıkla ilgili zor deneyimler nedeniyle olağan başa çıkma yolları tehlikeye girer. İnsanlar kendilerini sürekli olarak ölüm, hastalık, kaza, yaralanma ve zarar görme korkularıyla meşgul bulabilirler. Bu korkular sıkıntı yaratır, yaşamdan alınan zevki ve memnuniyeti sınırlar, diğer insanlarla ilişkileri bozar, etkili bir şekilde çalışmaktan alıkoyar ve gereksiz enerji tüketir. Hastalık ve ölüm korkuları diğer birçok korkudan farklıdır. İnsanların korktuğu şeylerin çoğunun gerçekleşme olasılığı düşüktür. Örneğin uçmaktan korkan insanların bir uçak kazasında yaralanma veya ölme olasılığı son derece düşüktür. Köpeklerden korkan insanların bir köpek tarafından yaralanması pek olası değildir. Buna karşılık, birçoğumuz hayatımızın bir döneminde ciddi bir hastalıkla baş etmek zorunda kalacağız ve hepimiz öleceğiz. Yıllar geçtikçe bize yakın olan insanların hastalık ve ölümleriyle de uğraşmak zorunda kalacağız. Bazı insanlar ölüm korkularıyla o kadar meşguldür ki, bu korku dikkatlerinin ve enerjilerinin çoğunu tüketir. Yakında ölmeyeceklerinden emin olmadıkları sürece hiçbir şeyden zevk alamayacaklarını hissederler. Farkında olmadan, uzun yıllar boyunca gerçekleşmeyecek bir şey için endişelenerek yaşamın değerli günlerini tüketirler. Mutlu bir şekilde geçirebilecekleri günleri mutsuz günlere dönüştürürler. Diğer

insanlar ölüm gerçeğini kabul edebilir, bu fikirle biraz barışabilir ve karşılarına çıktığında bu durumlarla başa çıkabileceklerine güvenebilirler. Tatmin edici ve mutlu bir hayat yaşama görevine odaklanabilirler. Ölüm korkusuyla başa çıkmanın en güçlü yolu, ondan kaçınmak yerine korkuyla yüzleşmektir. İlk bakışta bu size tuhaf gelebilir. Her an ölümle meşgul olduğunuz için sıkıntılı olduğunuzu söyleyebilirsiniz. Bununla daha ne kadar yüzleşebilirsiniz? Bu kendinizi daha iyi hissetmenize nasıl yardımcı olacak? Ancak ölümle meşgul olmak ile ölümle yüzleşmek ve onu kabullenmek arasında bir fark vardır. Ölüm korkusu da dahil olmak üzere korkunun üstesinden gelmenin en iyi yolunun korkulan durumla yüzleşmek olduğunu öğrendik. Genellikle en iyisi korkuyla yavaş yavaş, her seferinde bir adım atarak yüzleşmektir (Furer vd., 2007, s. 151-152).

Bugün, ölümle ilgili kaygılarımız üzerine bir teknik denemek istiyorum. Bu teknik, hayal gücümüzü kullanarak bu korkularla yüzleşmemizi ve onları daha yakından tanımamızı sağlıyor. Buna *imajinatif (hayali) maruziyet* diyoruz. Amaç, ölüm korkularını bir senaryo haline getirerek onlarla yüzleşmek ve bu süreçte kaygıyı yönetebilmeyi öğrenmek. Bu senaryoyu canlandırırken, zihninizde oluşan düşünceler ve hissettikleriniz tamamen normal. Ama bunu yaparak korkularınızın sizi ne kadar etkilediğini ve bunlarla nasıl başa çıkabileceğinizi daha iyi anlayabiliriz. Bazıları bu çalışmada, senaryoyu canlandırmanın korkularının gerçekleşmesine neden olacağını düşünebiliyor. Bu konuda endişeleriniz var mı?
Bu çok anlaşılır bir kaygı.
Ancak, bir şeyi zihnimizde canlandırmak onun gerçekleşeceği anlamına gelmez.
Yani ölümle ilgili en çok korktuğunuz senaryoları keşfedeceğiz ve bu senaryolar üzerinde çalışacağız. Bu, korkularımızı yüzeye çıkararak onlarla başa çıkmamıza ve kaygının etkisini azaltmamıza yardımcı olabilir. Amacımız, bu senaryolarla tekrar tekrar maruz kalarak kaygı düzeyini düşürmek ve kaygının zamanla azalmasını sağlamak olacaktır.

Gözlerinizi kapatın ve birkaç derin nefes alın.
Nefesinize odaklanın; soğuk havanın burnunuzdan girişini ve göğüs kafesinizdeki hareketini hissedin.
Nefesinize müdahale etmeden sadece izleyin.
Şimdi de ölümle ilgili en korktuğunuz senaryoyu zihninizde canlandırmaya başlayın.

Ölümle ilgili en büyük korkunuz nedir?

Kendi ölümünüz mü?

Ölüm anı mı yoksa ölümden önceki ya da sonraki süreç mi sizi korkutuyor?

Sizi en çok korkutan senaryoya odaklanın, zihninize birden fazla seçenek gelirse onlardan en korkutucu olanı seçin ve ona odaklanın.

Şimdi seçtiğiniz o senaryoda biraz kalmanızı istiyorum.

Şimdi bu senaryoyu detaylandırarak zihninizde canlandırın.

Nerede bulunuyorsunuz?

Açık bir alan mı, kapalı bir alan mı?

Sanki bir film senaryosu çeker gibi o senaryonun tüm detaylarını dikkatlice zihninizde canlandırın.

Bulunduğunuz ortamı hayal edin.

Bu senaryoda kimler var?

Tanıdık birileri mi?

Yoksa yabancı kişiler mi?

Bu kişiler sizinle nasıl bir etkileşim içinde?

Konuşuyorlar mı, suskunlar mı?

Konuşuyorlarsa ne söylüyorlar?

Fark edin.

Bu senaryoyu zihninizde daha netleştirdiğinizde, bedensel duyumlarınızı fark edin.

Kalbiniz nasıl atıyor?

Hızlı mı, yavaş mı?

Ellerinizde bir titreme, ayaklarınızda bir ağırlık var mı?

Midenizde ya da göğsünüzde bir sıkışma hissediyor musunuz?

Fark edin.

Duygularınızı fark edin.

Korku, üzüntü, yalnızlık, çaresizlik gibi duygular hissediyor musunuz?

Hangi duygu daha baskın? Fark edin.

Bu senaryonun en korkutucu anı nedir? O anda ne oluyor?

Ne düşünüyorsunuz?

Ne yapmaya çalışıyorsunuz?

Tüm detaylarıyla senaryoyu canlandırın.

Nefesinize yeniden odaklanarak kaygının seviyesini bir süre gözlemleyin.

Kaygının en üst seviyede kaldığı noktayı fark edin.

Şimdi birkaç derin nefes alın.
Nefes alıp vermenizi izleyin.
Ellerinizin veya ayaklarınızın zemine temasını hissedin.
Çevrenizdeki sesleri dinleyin.
Rahat bir nefes alarak gözlerinizi açın.

Evet nasıl bir deneyimdi, neler fark ettiniz? Kim neler söylemek ister? Şimdi herkesten biraz önceki deneyim sırasındaki kaygısını 0-100 arasında puanlamasını istiyorum.

Şimdi tekrardan aynı senaryoyu zihnimizde canlandıracağımız bir uygulama yapacağız.

Gözlerinizi kapatın ve birkaç derin nefes alın.
Nefesinize odaklanın; soğuk havanın burnunuzdan girişini ve göğüs kafesinizdeki hareketi hissedin.
Nefesinize müdahale etmeden sadece izleyin.
Şimdi de ölümle ilgili en korktuğunuz biraz önceki senaryonuzu hatırlayın.
Ve tekrardan zihninizde canlandırın.
Nerede bulunuyorsunuz?
Açık bir alan mı, kapalı bir alan mı?
Sanki bir film senaryosu çeker gibi o senaryonun tüm detaylarını dikkatlice zihninizde canlandırın.
Bu senaryoda kimler var?
Tanıdık birileri mi?
Yoksa yabancı kişiler mi?
Bu kişiler sizinle nasıl bir etkileşim içinde?
Konuşuyorlar mı, suskunlar mı?
Konuşuyorlarsa ne söylüyorlar? Fark edin.
Bu senaryoyu zihninizde daha netleştirdiğinizde, bedensel duyumlarınızı fark edin.
Kalbiniz nasıl atıyor? Hızlı mı, yavaş mı?
Ellerinizde bir titreme, ayaklarınızda bir ağırlık var mı?
Midenizde ya da göğsünüzde bir sıkışma hissediyor musunuz? Fark edin.
Duygularınızı fark edin. Korku, üzüntü, yalnızlık, çaresizlik gibi duygular hissediyor musunuz? Hangi duygu daha baskın? Fark edin.

Bu senaryonun en korkutucu anı nedir? O anda ne oluyor?
Ne düşünüyorsunuz?
Ne yapmaya çalışıyorsunuz?
Nefesinize yeniden odaklanarak kaygının seviyesini bir süre gözlemleyin.
Kaygının en üst seviyede kaldığı noktayı fark edin.
Şimdi birkaç derin nefes alın. Nefes alıp vermenizi izleyin.
Ellerinizin veya ayaklarınızın zemine temasını hissedin.
Çevrenizdeki sesleri dinleyin. Rahat bir nefes alarak gözlerinizi açın.

Evet ikinci deneyiminiz nasıldı?
Kim ne söylemek ister?
Şimdi herkesten ikinci deneyim sırasındaki kaygısını 0-100 arasında puanlamasını istiyorum.
Her iki puan arasında bir farklılık var mı, varsa bunu nasıl açıklarız?
Bu farklılık bize ne söylüyor olabilir?
(Vakit kalırsa bir tur daha yapılabilir, ya da senaryo yazma kısmı seans içinde yapılabilir)

5) Ev ödevinin verilmesi:

Bu hafta, oturum esnasındaki seçtiğiniz senaryo dışındaki başka bir senaryoyu sessiz sakin olduğunuz bir anda oturumda yaptığımız gibi canlandırmanızı istiyorum. Ancak bu sefer gözleriniz açık olsun ve sanki bir senaryo metni hazırlar gibi zihninizde canlandırdıklarınızı bir kâğıda yazmanızı istiyorum. Detaylı bir şekilde yazmaya çalışın, sizi korkutan üzen detayları açıkça ifade edin. Daha sonra yazdığınız senaryoyu hafta boyunca toplamda üç kez sesli bir şekilde okuyun. Senaryoyu okuduktan sonra her seferinde kaygı düzeyinizi (0-100) not edin.

6) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerinizi paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 5 UYGULAMASI

MARUZİYET PLANLAMASI

1. **Adım:** Korku hiyerarşinizden maruziyet için bir senaryo seçin
2. **Adım:** Bu senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
3. **Adım:** Kağıda sanki bir film sahnesini anlatır gibi, size korku veren senaryoyu tüm ayrıntılarıyla yazın.
4. **Adım:** Yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
5. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
6. **Adım:** Derin bir nefes alın, tekrar yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
7. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
8. **Adım:** Derin bir nefes alın, tekrar yazdıklarınızı sakin bir şekilde, her bir cümlede kalarak, sesli bir şekilde okuyun.
9. **Adım:** Senaryonun size 0-100 arasında ne kadar kaygı verdiğini not edin.
10. **Adım:** Kaygınız 0-20'lere düşene kadar bu adımı farklı günlerde tekrar edin.

MODÜL 6

DEĞERLER VE DEĞER ODAKLI DAVRANIŞLAR

Modülün Amacı:

- Değerlerin netleştirilmesi
- Değer odaklı davranışların planlanması

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

Geçen hafta, seçtiğiniz bir senaryoyu detaylı bir şekilde yazıp sesli okumanızı ve kaygı düzeylerinizi not almanızı istemiştim. Bu süreç sizin için nasıldı? Yazarken veya okurken dikkatinizi çeken, sizi zorlayan ya da farkındalık yaratan bir şey oldu mu? Kaygı düzeyinizde bir değişim fark ettiniz mi, örneğin her okuyuşta azalma ya da artış gibi bir örüntü gözlemlediniz mi?

4) **Gündem Belirleme:**

Bugünkü oturumda, iki ana başlık üzerinde duracağız. Öncelikle, yaşamınızda sizin için önemli olan değerleri netleştirmek için bir çalışma yapacağız. Sonra belirlediğiniz bu değerlere yönelik olarak hayatta atabileceğiniz somut adımları, yani değer odaklı davranışları nasıl planlayabileceğimizi konuşacağız.

Ölüm kaygısı, yaşamın geçiciliğini fark ettiğimizde daha belirgin hale gelir.

Ancak bu farkındalık, değerlerimize daha sıkı bağlanmamız ve hayatımızı daha anlamlı kılmamız için bir fırsat da olabilir.

Değerler, hayatımızda neyin önemli olduğunu belirleyen, bizi motive eden ve yönlendiren prensiplerdir.

Onlar, dünyayla, diğer insanlarla ve kendimizle nasıl bir ilişki kurmak istediğimizi belirler.

*D*eğerler, nasıl bir insan olmak istediğimizin ve hayatta ne için mücadele etmek istediğimizin özüdür.

Değerler bir nevi, hayatımızda ne yapmak istediğimizin ve nasıl davranmak istediğimizin beyanlarıdır.

Akıp giden hayatın içerisinde bize rehberlik eden ve motive eden prensiplerdir.

Bu bağlamda, ölüm kaygısıyla yüzleşmek bizi değerlerimize daha fazla yönlendirebilir. Hayatın sınırlı olduğunu bilmek, onun kıymetini anlamamıza yardımcı olabilir**.**

Şimdi bir durup düşünelim:
Kaygıyla mücadele ederken bugün de bizim için kıymetli olan neleri feda etmiş oluyoruz? Belki sevdiklerimizle geçirebileceğimiz anlamlı anları, belki de bizi mutlu eden ve yaşamımıza neşe katan basit aktiviteleri… Ölüm kaygısıyla uğraşırken, bazen sadece 'başa çıkmaya' odaklanıyoruz ve bu süreçte değerlerimizle uyumlu olan davranışlardan uzaklaşıyoruz. Ancak kaygı her ne kadar zorlayıcı olsa da yaşamın anlamlı yönlerine odaklanmak ve değerlerimize uygun şekilde hareket etmek mümkündür.

Şimdi beraber bir uygulama yapalım.
Önünüzdeki kağıda bu sefer de olmak istediğiniz kişi gibi yaşadığınız bir ömrü tariflemenizi istiyorum. Yıllar geçti ve siz insan olarak taşımak istediğiniz özellikler doğrultusunda davranarak bu yıllarınızı geçirmiş olsanız bu özellikler neler olurdu. Bu hayattan ne olursa memnun ayrılmış olacaksınız. Örneğin, diğer insanlar sizin nasıl biri olduğunuz, neyi temsil ettiğiniz, onların hayatında nasıl bir yeriniz olduğu ve onlar için ne ifade ettiğiniz hakkında konuşuyor olsalar ne söylemelerini isterdiniz. Hayatınızı nasıl yaşadığınızla ilgili neler duymak isterdiniz.

Şimdi, önünüzdeki değerler listesinden size en anlamlı gelen birkaç değeri seçmenizi istiyorum. Bu değerler, sizin için hayatın hangi alanlarının önemli olduğunu gösterir. Değerlerinizi belirledikten sonra, bu değerleri günlük hayatınıza nasıl daha fazla entegre edebileceğinizi konuşacağız. Örneğin, eğer 'aile' bir değerse, bu hafta bir aile üyesiyle anlamlı bir vakit geçirmek üzerine bir adım atabilirsiniz. Eğer 'kişisel gelişim' sizin için önemliyse, uzun zamandır yapmak istediğiniz bir aktiviteye başlamayı deneyebilirsiniz.

Eğer ölüm kaygısı sizin hayatınızı bu kadar etkilemeseydi, vaktinizi ve enerjinizi hangi alanlara odaklamak isterdiniz?
Ailenizle daha kaliteli zaman geçirmek, işinizde daha verimli olmak, sevdiklerinizle keyifli anlar paylaşmak ya da başka bir şey?

Şimdiye kadarki oturumlarda hayatınızda belirli hatırlatıcılar nedeniyle sık sık ölüm korkusu yaşadığınızı, bu korkuyla başa çıkmak için bazı önlemler aldığınızı; bazen de bazı durumlarda kaçınmayı tercih ettiğinizden bahsettik.

Ölümün bizim kontrolümüz dışında olduğunu kabul etsek bile, değerlerimize uygun bir hayat yaşayarak daha tatmin edici bir yaşam sürmek mümkün olabilir.

Sizce, değerlerinize uygun yaşamak sizin için ne anlama geliyor?

Yaşadığınız hayatın hakkını verebilmek dolu dolu yaşamak için ne yapmanız gerek?

Hayatınızı nasıl yaşarsanız, kendinizi daha huzurlu hissedersiniz?

Ölüm korkusuyla değil de hayatınızı anlamlı bir şekilde yaşama isteğiyle hareket etseydiniz neler farklı olurdu?

Bu oturumda, kaygıyla mücadele ederken değerlerimize ve yaşamın anlamına nasıl daha fazla bağlanabileceğimizi ele aldık. Unutmayın, kaygılar ne kadar yoğun olursa olsun, değerleriniz size yön gösterebilir. Önümüzdeki hafta, bu hafta atacağınız küçük adımları ve deneyimlerinizi konuşacağız. Değerlerinize uygun adımlar atarak hem bugününüzü hem de geleceğinizi daha anlamlı kılabilirsiniz

5) Ev ödevinin verilmesi:

Belirlenen kısa vadeli değer odaklı davranışı yerine getirmek.

6) Oturumun özetlenmesi:

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?

Haftaya görüşmek dileğiyle.

MODÜL 6 UYGULAMASI

DEĞER ODAKLI DAVRANIŞ PLANLAMA

Aşama 1: Üzerinde Çalışmayı Düşündüğüm Değer Alanlarım (Değerler)

- **Aile ilişkileri** (sıcakkanlı olmak, paylaşmak, hoşgörülü olmak)
- **Sosyal ilişkiler** (paylaşmak, katkıda bulunma)
- **Sağlık** (özbakım, dinç olmak, kıymet bilmek)
- **Eğitim ve kişisel gelişim** (akademik bilgileri artırma)
- **Çevre hassasiyeti** (çevreyi koruma)

Örnek: sosyal ilişkiler ve aile ilişkilerimi güçlendirmeye odaklanmak istiyorum. Seçtiğiniz değer için aşağıdaki adımları tamamlayın

ÖRNEK
Değer: Sevgi dolu ve hoşgörülü bir eş olmak istiyorum

Değerlerinizi yaşamanızdan sizi alıkoyabilecek düşünce veya duygular: Kaygı, öfke, ben ona söylemeden önce onun bana beni sevdiğini söylemesi gerektiğiyle ilgili düşünceler.
Sizin için bir değeri yaşamanın anlamı ve bunu gerçekleştiremediğinizde sizin için ne anlama geldiği hakkında kısa bir paragraf yazınız: Bu değerimi yaşamak eşime daha çok bağlanmak anlamına gelir. Sıcak olmazsam bunun gerçekleşmesi zor gibi görünüyor. Bu değerimi yaşamamak eşimle aramda mesafe olduğunu hissetmeye devam etmek demek olacak…

AŞAMA 2: Atacağım Adımların Altında Yatan Değerlerim

Seçilen alanlar için aşağıdaki kriterlere göre adımlar belirlenir:
- Somut: Eyleminizin ayrıntılarını planlayın—nerede ve nasıl hareket edeceksiniz, kimler eyleme dahil olacak.
- Anlamlı: Adımınız katı kurallar yerine değerleriniz tarafından yönetiliyorsa, örneğin insanlara yardımcı olma veya acıdan biraz olsun kurtulmaya çalışma kişisel olarak anlamlıdır. Eğer anlamdan veya bir amaçtan yoksunsa, hedefinizin değerleriniz

kılavuzluğunda olup olmadığını tekrar kontrol edin.

- Uyarlanabilir: Adım günlük hayata entegre edilebilir mi?

- Gerçekçi: Sağlık, finansal durum ve zaman açısından uygulanabilir mi?

- **Zaman Sınırlı:** Ne zaman, hangi gün ve saatte yapılacak?

AŞAMA 3: Değer-Odaklı Adımlarım

1. Öncelikli Adımım (24 saat içinde yapılabilecek küçük, basit ve kolay bir şey):

2. Kısa Dönemli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç gün ve haftada yapılabilecekler):

3. Orta Vadeli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç hafta ve ayda yapılabilecekler):

4. Uzun Vadeli Adım(lar) (Önümüzdeki birkaç ay ve yılda yapılabilecekler):

(Bağlamsal Bilimler Derneği tarafından hazırlanmış "Değer Odaklı Hedefleri Belirleme" formu materyalinden esinlenerek hazırlanmıştır.).

MODÜL 7

NÜKS ÖNLEME

Modülün Amacı:

- Önceki oturumun özetlenmesi, oturum arası çalışmanın gözden geçirilmesi, gündemin belirlenmesi
- Tedavi sürecindeki ilerlemelerin değerlendirilmesi
- Katılımcıların anksiyetelerini nasıl daha iyi yönettikleri üzerinde durulması
- Kazanılan becerilerin günlük yaşama entegre edilmesi için öneriler
- Acı veren duygu ve düşüncelere yer açarak değer odaklı davranışların sürdürülmesi
- Katılımcıların değerleri doğrultusunda değer odaklı adımlar atmaya devam etmeleri için cesaretlendirilmesi
- Katılımcıların grup sürecindeki deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak

Modülün Uygulanması:

1) **Duygusal ve Davranışsal Takip:**

Bir önceki oturumumuzdan bu yana duygu durumunuzda ya da davranışlarınızda fark ettiğiniz bir değişiklik oldu mu?

2) **Önceki Seans ile Bağlantı:**

Geçen haftaki oturumumuzla ilgili neler hatırlıyorsunuz?

3) **Ev Ödevini Değerlendirme:**

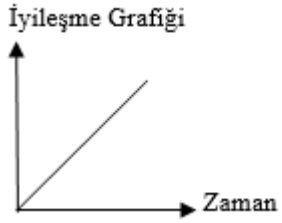
Geçen hafta, planladığımız ödev seans içinde belirlediğimiz değer alanınız için ilk 24 saatlik ve ilk bir haftalık hedefleri tamamlayacaktınız. Nasıl bir deneyimdi sizin için, uygulamayı yaparken dikkatinizi çeken herhangi bir şey oldu mu?

4) **Gündem Belirleme:**

Bugün son oturumdayız. Bu oturumda, terapi boyunca neler öğrendiğinizi gözden geçireceğiz. Terapi sürecinde kazandığınız becerileri gözden geçirecek ve bu becerileri nasıl sürdürebileceğiniz konusunda bir plan oluşturacağız. Amacımız, öğrendiğiniz stratejiler ve becerilerle ilgili farkındalığınızı artırmak, bu becerilerin hayatınıza nasıl entegre edilebileceğini tartışmak ve gelecekte karşılaşabileceğiniz zorluklarla başa çıkmak için güçlü bir plan oluşturmanıza yardımcı olmaktır.

Öncelikle, her birimiz zaman zaman kaygılarla ve zorluklarla karşılaşıyoruz. Çoğu insan, ölüm kaygısıyla başa çıkmaya başladığında önemli bir ilerleme kaydettikten sonra bile zaman zaman belirtilerinin arttığını hissedebilir. Bu tür gerilemeler, ilerleme kaydettiğinizi düşündüğünüzde moral bozucu olabilir. Çabalarınızın boşa gittiğini hissedebilir ve başa çıkma stratejilerinize güveninizi kaybedebilirsiniz. Ancak unutmayın ki kaygı, hayatın doğal bir parçasıdır ve bu tür duygular, iyileşme sürecinin bir parçası olarak ortaya çıkabilir. Size şunu hatırlatmak isterim: Hastalık ve ölüm, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır ve zaman içinde bu tür zorluklarla sık sık karşılaşabiliriz. Dolayısıyla, hastalık veya ölüm hakkında kaygılanmak oldukça normaldir. Bu noktada önemli olan, öğrendiğiniz becerileri tekrar devreye sokarak endişelerle başa çıkabilmenizdir.

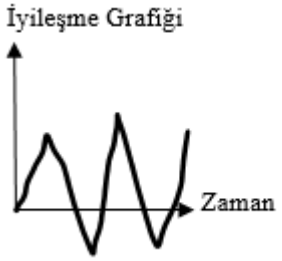
İnsanlar genellikle iyileşmenin hep artan bir çizgi olmasını bekler.



Aslında iyileşme, ara ara çeşitli yaşam olaylarıyla (kayıplar, sağlık sorunları vs.) düşen ama o düşüş anlarıyla etkili bir şekilde baş edip devam eden bir süreçtir.



Bizim istemediğimiz seyir şu şekildedir. Değilse bazen bir önceki güne göre daha kaygılı olmak, canımızın sıkkın olması ve böyle anlarda da daha önce öğrendiğimiz stratejileri kullanmamız yeterlidir.



İşte tam da üçüncü grafikteki gibi olmaması için hayatınızda herhangi bir tetikleyici olduğunda ne yaparsanız o tetikleyiciye etkili bir yanıt verirsiniz bunu şimdi birlikte planlayacağız.

Potansiyel olarak sizi zorlayabilecek durumları belirlemek ve bu durumlarla nasıl başa çıkacağınızı planlamak oldukça önemlidir.

Önce stratejilerimizi hatırlayalım.

(Tüm stratejiler beyaz tahtaya not edilir)

1-Seans: Otonom sinir sistemi, Duygu-Düşünce-Davranış döngüsü, düşünce ve davranışın değişebileceği, duygunun da bu değişime bağlı dolaylı değişebileceği, Kaygı randevusu, 5-4-3-2-1 egzersizi

2-Seans: Otomatik düşünce: Olay anında ilk aklımızdan geçen, zihnimizde hızla beliren, genellikle farkında olmadan oluşan, kısa ve öz düşüncelere otomatik düşünce diyoruz.
Bilişsel hatalar: Olayları gerçekte olduğundan daha olumsuz, katı veya çarpıtılmış bir şekilde yorumlamamıza neden olan düşünce biçimleridir.

Zihnimize gelen otomatik düşüncelerimiz, hatalı olabilir ve gerçeği yansıtmayabilir. Biz de o gelen düşünceleri daha somut gerçekçi bir şekilde inceleyip, gerçeğe en uygun alternatif düşünceyi bularak duygu-davranış-düşünce döngüsünde değişiklik yaratmak istiyoruz. Bunu da kanıt incelemeyle yapıyorduk.

Kanıt İnceleme (Olay- Otomatik düşünce- Bilişsel hatalar- Duygu/Duyum- İşlevsiz düşünceyi destekleyen/desteklemeyen kanıtlar, alternatif düşünce, eğer otomatik düşüncem doğruysa olabilecek en kötü sonuç ne? En iyi şey ne? En gerçekçi şey ne? Bu sonuçla baş edebilir miyim? Bu durumda ne yapabilirim? Bu durum önemsediğim bir arkadaşımın başına gelseydi, otomatik düşüncesi ile ilgili ona ne söylerdim?)

3. Seans: Endişe ve belirsizlik üzerine konuşmuştuk. Kendimizin ya da sevdiklerimizin ölümü tüm insanlık için aynı derecede belirsiz bir durumdu. Ancak bu belirsizlik karşısında bazılarının daha iyi baş ettiğini söylemiştik. Belirsizliği kabul etmek, her şeyin kontrolünün bizde olmadığına dair bir kabul geliştirmenin öneminden bahsetmiştik. Enerjimizi belirsizliği kontrol etmek için değil de yaşamda kontrol edebileceklerimize ayırmamızın daha işlevsel olduğunu konuşmuştuk. Daire tipleri üzerinden endişe ile ilgili inançlarımızı çalışmıştık. Ve demiştik ki hayatta kötü şeyler olur ama bunların olup olmamasının bizim bunları düşünüp düşünmememizle ilgisi yoktur. Yani, endişe duymak değil önlem almak, davranışlar bizi korur. Önlemlerimizi de daha gerçeğe uygun planlamamız gerekmektedir.

4.-5. seans: Kaçınma ve güvenlik davranışları

Maruziyet, rahatsız eden düşüncelere, duygulara veya bedensel tepkilere bilinçli ve kontrollü bir şekilde yaklaşmayı ve zamanla bu durumlarla daha rahat başa çıkmayı öğrenmeyi hedefleyen bir yöntemdir. Amaç, bu rahatsızlık verici deneyimlerden kaçınmak yerine, onlara kademeli olarak alışarak hayatınızı istediğiniz gibi yönlendirebilmenizi sağlamaktır.
Kaygı hiyerarşisi, kademeli bir şekilde maruz kalmak
Senaryolar için hayali maruziyet

6 seans: Ölüm kaygısı yoğun olduğunda, kişi çoğu zaman dikkatini kendi değerlerinden uzaklaştırabilir. Oysa bu kaygı olmasaydı, belki de zaman ve enerjimizi ailemizle daha kaliteli ilişkiler kurmaya, işimizi daha verimli yapmaya ya da sevdiklerimizle daha çok anı biriktirmeye yönlendirebilirdik. Ölüm üzerinde kontrolümüz yok, ancak yaşamı hangi değerlerimiz doğrultusunda yaşayacağımız dolu dolu geçirip geçirmeyeceğimiz bizim kontrolümüzde demiştik.

Şimdi, sizden bir kağıt almanızı ve kağıdı ortadan bir çizgiyle ikiye ayırmanızı rica ediyorum. Bu çalışmada hem karşılaşabileceğiniz zorlukları fark etmeyi hem de bu zorluklarla başa çıkarken kullanabileceğiniz stratejileri ve dini inanç temelli kaynaklarınızı belirlemeyi amaçlıyoruz.

Sol Taraf: Risk Kartım (Zorluklarla Yüzleşme Alanı)

Bu kısımda gelecekte karşılaşabileceğiniz zorlukları belirleyerek bir tür "risk haritası" çıkaracağız. Lütfen şu sorular üzerine düşünerek cevaplarınızı bu bölüme yazınız:

- Gelecekte karşılaşabileceğim zorluklar nelerdir? (Ölümle ilgili düşünceler, belirsizlik, kontrol kaybı vb.)
- Hangi durumlar benim için yüksek riskli? Bu durumlar karşısında kaygım nasıl artıyor?
- Kontrolü kaybetmemek için şimdiye kadar nelerden kaçındım? Bu kaçınmalar bana nasıl zarar verdi?
- Hangi durumlar ya da düşünceler beni daha savunmasız yapıyor?

Sağ Taraf: Yaşam Rehberim / Hatırlama Kartım (Güç ve Umut Alanı vb isimler tercih edilebilir)

Bu bölümde ise öğrendiğiniz baş etme becerilerini, dini ve psikolojik kaynakları nasıl kullanabileceğinizi gözden geçireceğiz. Bu başlık altına şunları yazabilirsiniz:

- Terapide neler öğrendim?
- Benim için en faydalı olan beceri ve stratejiler nelerdi?
- Zorluklarla karşılaştığımda bu becerileri nasıl kullanabilirim?
- Bu becerileri günlük yaşamıma nasıl entegre edebilirim?
- Ölümle ilgili kaygılarımı yönetmek için hangi adımları daha rahat uygulayabiliyorum?
- Bu becerileri sürdürmek için neler yapmayı planlıyorum?

Var mı sormak istediğiniz herhangi bir şey.

Bu grup terapisinde bana en iyi gelen iki şey ne oldu?

5) **Ev ödevinin verilmesi:**

Sizlere bir dosya ileteceğim tüm terapi süresince gördüğümüz stratejiler bu dosyada yer alacak.

6) **Oturumun özetlenmesi:**

Bugünkü oturumumuzu genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kısaca düşüncelerini paylaşmak isteyen var mı? Bugün hangi konuları ele almak size faydalı oldu?

Son olarak, bugünkü oturumda öğrendiklerinizi gözden geçirdik ve gelecekte karşılaşabileceğiniz zorluklarla başa çıkmak için bir plan oluşturduk. Öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl entegre edebileceğinizi düşündük. Her biriniz, öğrendiklerinizi ve kazandığınız becerileri günlük yaşamınıza nasıl entegre edeceğiniz konusunda bir plan hazırladınız.

CURRICULUM VITAE

Full Name:
Büşra Kavla

Education:

2012 – 2017	BA in Guidance and Psychological Counseling, Boğaziçi University, Türkiye
2019 – 2022	MA in Clinical Psychology, Ibn Haldun University, Türkiye
2022 – 2026	Ph.D. in Clinical Psychology, Ibn Haldun University, Türkiye

Work Experience:

2022 – 2025	Clinical Psychologist, Ibn Haldun University Research and Application Center (IPAM), Türkiye
2022 – 2024	Teaching Assistant in Department of Psychology, Ibn Haldun University, Türkiye

Publications:

1. Kavla, B., Kavla, Y., & Karatepe, H. T. (2025). Acceptance and commitment therapy can reduce emotional eating behavior in Turkish adults: A randomized controlled trial. Journal of Contextual Behavioral Science, 100943.

2. Kavla, B., & Uysal, B. (2025). Psychological Protocol Guidelines and Intervention Studies to Reduce Death Anxiety in a Clinical Sample: A Systematic Review. Psychiatry and Behavioral Sciences, 15(4), 0-0.

3. Dönmez, Ş., & Kavla, B. (2025). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Aracılık Rolü: Türkiye'de Covid-19 Kapanma Dönemi Örneği. Topkapı Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), 26-43.

4. Kavla, B., & Uysal, B. (2025). Psychological Protocol Guidelines and Intervention Studies to Reduce Death Anxiety in A Clinical Sample: A Systematic Review. 7th International Latin American Scientific Research Congress.

5. Uysal, B., Muftareviç, S., & Kavla, B. (2024). Türkiye'de Gençlere Yönelik Şiddet ve Saldırganlık Müdahaleleri: Sistematik Derleme için Bir Protokol. Şura Akademi, 47-56.

6. Kavla, B., & Uysal, B. (2024). Psychological interventions for self-harm behaviour and suicide attempts in borderline personality disorder: A systematic review. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 16(1), 88-101.

7. Kavla, B., & Karatepe, H.T. (2022). Kabul ve kararlılık terapisi temelli müdahalenin yetişkinlerdeki duygusal yeme davranışına etkisi. 2. Ispec Ulusal Bilimsel Araştırmalar Kongresi, 17-18 Ocak, 2022.

8. Harris, R. (2023). Engelleri Aşmak Değişimi Sürdürmek içinde (B. Kavla, Bölüm Çev.). Travma Odaklı ACT (Ed. Z. Çelik, C. Züleyha, A. Özdemir). Litera Yayıncılık.

9. Harris, R. (2023). Problemli Davranışı Azaltmak içinde (B. Kavla, Bölüm Çev.). Travma Odaklı ACT (Ed. Z. Çelik, C. Züleyha, A. Özdemir). Litera Yayıncılık.

10. Harris, R. (2023). İşe Yarayanı Yapmak içinde (B. Kavla, Bölüm Çev.). Travma Odaklı ACT (Ed. Z. Çelik, C. Züleyha, A. Özdemir). Litera Yayıncılık.

11. Barlow, D. H. (2023). Yeme bozuklukları içinde (B. Kavla, Bölüm Çev.). Psikolojik Bozuklukların Klinik Rehberi (Ed. B. Uysal, E. Morgül, A. Akkaya). Nobel Akademik Yayıncılık.