

# DEPRESYON

---



HAZİRAN  
2020



# İÇİNDEKİLER



## 01

DEPRESYON NEDİR?

## 02

DEPRESYONUN  
BELİRTİLERİ

## 04

DEPRESYONUN  
NEDENLERİ

## 07

DEPRESYON TÜRLERİ

## 09

DEPRESYONDA TEDAVİ

## 12

ÖĞRETMENLER İÇİN  
İPUÇLARI

## 13

KAYNAKÇA

# DEPRESYON NEDİR?

Depresyon, DSM-V'e göre depresyon bozuklukları başlığında incelenmektedir ve birçok alt başlık içermektedir. Depresyonu genel anlamıyla tanımladıktan sonra diğer depresyon türlerine de değinilecektir. DSM-IV'e göre ise depresyon, duygudurum bozuklukları başlığında incelenmektedir.

Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan elemkeder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmektedir. Bu gibi duygular, olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilebilen bir tepki olarak izlenebilir. Ortaya çıkan her benzer duygu durumunu, depresyon olarak kabul etmemelidir. Depresyonda bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir. Yani depresyon, basit bir moral bozukluğu şeklinde tanımlanamayacak kadar geniş bir tabloya sahiptir.

Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında olan depresyon, hem ülkemizde, hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu konumundadır (Küey 1998). Depresyon halk sağlığını dünya ölçeğinde en çok tehdit eden sorunların başında gelmektedir.



# DEPRESYONUN BELİRTİLERİ

Depresyon, kişiyi hem duygusal hem bilişsel hem de fizyolojik alanda etkileyen bir bozukluktur. Dolayısıyla belirtileri de bu üç başlık altında incelenmelidir. Belirtilerden en az beş tanesi, iki hafta süreyle neredeyse her gün görülüyorsa depresyondan şüphelenilmelidir.

## DUYGU DURUM ALANINDAKİ BELİRTİLER

### Çökkün Duygu Durumu

Depresyonun temel özelliklerindendir. Depresif bozukluk tanısının konulabilmesi için depresif duygudurum ve ilgi kaybı/zevk alamama belirtilerinden en az birinin mevcut olması gereklidir. Çökkün duygudurumu (disfori) kendini kederli ve elemli hissetme, mutsuzluk, hüznün, moral bozukluğu, umutsuzluk, karamsarlık, kendini boşlukta hissetme, sıkıntı hissi ile karakterize olabilir ve devamlılık gösterir. Çökkün duygudurumu olan bir kişi günlerinin çoğunluğunda ve günün büyük bir bölümünde yukarıdaki belirtileri sergiler. Melankolik ve psikotik özellikli depresyonlarda çökkün duygudurumu daha ağırdır. Bazılarında öfkenin arttığı ve strese karşı toleransın azaldığı da gözlenebilir. Hastaların büyük bir kısmı da özellikle kendilerini sabahları çok karamsar, sıkıntılı ve çökkün hissederler. Depresyon ilerledikçe hastalar kendilerini günün tamamında kötü hissederler.

### İlgi Azlığı ve Anhedoni

Çökkün duygu durum ya da ilgi azlığından en az biri bulunmadıkça depresyondan söz edilemez. Hastanın çevresine ve işine olan ilgisi azalır, daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir.

### Anksiyete

Anksiyete depresyonun karakteristik bir özelliği olmamasına rağmen, klinik pratikte depresif duygudurumu ve ilgi azlığından sonra üçüncü sıklıkta izlenir. Bunaltı hissi, gerginlik, engellenmeye karşı tahammülsüzlük ve unutkanlık, sinirlilik artışı gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bunaltıya sıklıkla çarpıntı, ağız kuruluğu, terleme, karın ağrısı ve ishal gibi bedensel yakınmalar da eşlik eder. Bunaltılı hastalarda baş ağrısı ve dönmesi de sıklıkla izlenir. Ağır depresyonlardaki yoğun bunaltı kendini ajitasyon şeklinde gösterebilir ve klinik görünüme hakim olabilir. Anksiyetesi fazla olan depresif hastalarda tedavi yanıtı da düşük olmaktadır.

## FİZYOLOJİK ALANDAKİ BELİRTİLER

### Enerji Azlığı

Depresyonda sıklıkla enerji azlığı, yorgunluk, halsizlik görülür. Açıklanamayan yorgunluk başlangıç belirtisi de olabilir. Bu belirtiler tedaviye zor yanıt vermekte ve bazı hastalarda kalıntı belirtiler olarak sürebilmektedir.

### Aşırı Yemek Yeme veya İştahsızlık

Yaklaşık %85 olguda iştah azalması ve kilo kaybı izlenirken, bazı vakalarda ise iştah artışı ve kilo alımı izlenir. Yiyeceklerden tat alamaz ve açlık hissetmezler. Depresyonda mide-barsak hareketleri de azalır ve kabızlık sıkça izlenir.

### Uyku Düzensizlikleri

Depresyonda %90 oranında insomnia gözlenirken, %6-36 oranında hipersomnia bildirilmiştir.

### Cinsel İsteksizlik

Depresyon başlangıç dönemlerinde belirir ve en geç düzelen belirtilerdendir. Ayrıca antidepresan ilaçlar da benzeri tablolara yol açabilir

## Suçluluk ve Değersizlik Fikirleri

Depresyon hastalarının yarısından fazlasında gözlenebilir. Genellikle kendilerini suçlu hissedecekleri anılarını hatırlama eğilimindedirler. Bazı hastalarda suçluluk duyguları o denli yoğundur ki kendini cezalandırma amaçlı intihara kalkışabilirler. Benlik saygılarındaki azalma sonucu değersizlik ve yetersizlik duyguları yaşarlar. Özellikle ağır depresyonlarda bu düşünceler hezeyan şeklinde izlenebilir.

## Olumsuz Düşünceler

Depresif hastalarda dünyayı, çevreyi, kendini ve geleceği olumsuz görme şeklinde olumsuz düşünceler olabilir. Hastalar yaşadıklarını olumsuz olarak algılar, bilişsel çarpıtmalarla bu düşüncelerini desteklerler.

## Umutsuzluk

Depresif hastalarda bulundukları dönem, şartlar ve özellikle de gelecekle ilgili umutsuzluk düşünceleri izlenir.

## Kararsızlık

Depresyonda düşünce süreci yavaşlaması ve olumsuz düşünceler sebebiyle karar vermede zorluk ya da karar verememe gözlenir. Depresyon döneminde olumsuz düşünceler ve umutsuzluk ve karamsarlık gibi süreçler sonucu olaylara olumsuz yaklaşılır ve bu dönemde doğru karar verebilmek zorlaşır. Bu dönemde hastalara önemli kararlarını ertelemesi önerilir.

## Konsantrasyon Güçlüğü

Hastalar dikkatlerini odaklamada zorluk çekerler. Konsantrasyon güçlüğü düşünce yavaşlaması ve psikomotor yavaşlama nedeni ile olabileceği gibi bunlar bulunmadan da gözlenebilmektedir.

## Bellek Bozukluğu

Unutkanlık ve hatırlamada güçlükler depresyonda sıkça gözlenir. Bellek bozukluğu hastalık şiddetiyle orantılıdır ve özellikle psikotik ile melankolik depresyonlarda daha sıktır. Ağır depresyonlarda ve yaşlı hastalarda bellek bozukluğu demansla karışabilir.

## Algı Bozukluğu

Depresyonda nadiren de olsa sanrı ve varsanılar izlenebilir. Bunlar da genelde duygudurumla uyumludur ve suçlayıcı ya da intihara yönlendirici temalar içerir.

## Dikkat Bozukluğu

Depresyonda gerek istemli gerekse de istemsiz dikkat azalır.

## İntihar Düşünceleri ve Girişimleri

Depresif bozukluk intiharın en yüksek oranda görüldüğü psikiyatrik hastalıktır. Depresyonlu hastaların yaklaşık %75 inde pasif ölüm düşünceleri ve intihar düşüncesi bulunur. Tamamlanmış intihar otopsi sonuçlarında da %60 gibi depresif bozukluk belirtileri saptanmıştır. Özellikle melankolik depresyonlarda intihar oranı daha yüksektir. Depresif hastaların 1/3 ü girişimde bulunur ve %10 kadarı ölümle sonuçlanır. Kadınlarda intihar girişimi daha fazla iken erkeklerde tamamlanmış intihar oranı daha fazladır.



# DEPRESYONUN NEDENLERİ

Depresyon, diğer tüm psikopatolojik bozukluklar gibi birçok farklı alandaki nedene dayanabilir. Beyindeki herhangi bir kimyasalın bozulması ile ilgili olarak nörobiyolojik nedenler, depresyona sebep olabileceği gibi genlerden geçen kalıtsal faktörler de bir neden olarak karşımıza çıkabilir. Depresyona neden olabilecek ana başlıklar aşağıda açıklanacaktır.

## NÖROBİYOLOJİK NEDENLER

Birçok farklı etken biyolojik yakınlığı olan kişilerde depresyon gelişimine sebep olabilmektedir. Bireyin biyolojik yakınlığını, başta genetik faktörler olmak üzere, bir takım nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler belirler. Bunlar daha sonra, madde kullanımı, psikolojik stres ve travma gibi bir takım faktörlerden de etkilenirler.



NE eksiklik sendromu olarak tanımlanan ve teorik olarak ilgi azalması , konsantrasyon eksikliği, unutkanlık, deprese duygudurum, psikomotor retardasyon, yorgunluk ve halsizlik semptomları, depresyon ve hatta şizofreni ve Alzheimer hastalığına eşlik etmektedir. Ayrıca beta adrenenerjik reseptörleri duyarlılığında azalma olması ile klinikte elde edilen antidepresan yanıt arasında karşılıklı ilişkinin olması,depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolü olduğunu düşündüren önemli bir kanıttır.

Serotonerjik nöronlar depresyon etiolojisinde yeri belirlenmiş diğer nöronlardır. Serotonin ve dopamin nörotransmitterlerindeki bozulmalar veya azalmalar depresyona neden olan başka bir faktördür.

## GENETİK NEDENLER



Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi de kalıtsal faktörlerdir. İkiz araştırmalarını ele alan metaanalizlerde depresyonda genetik geçişin olduğu ve bu durumun bipolar bozukluğa bağlı depresyonda daha belirgin olduğu belirtilmiştir.

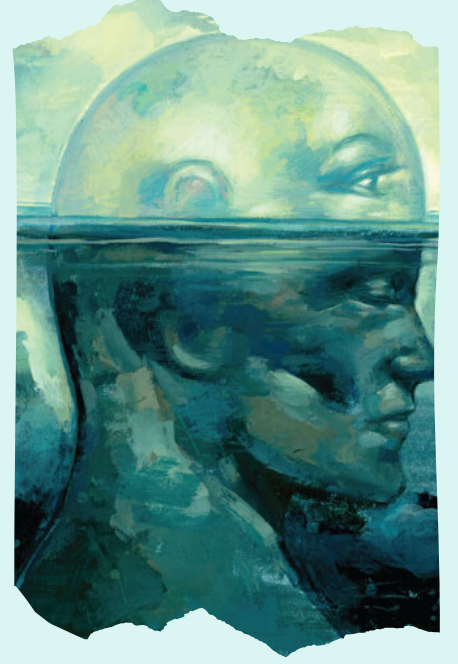
Yine yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında major depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Tek yumurta ikizinde depresyon riski %40 iken çift yumurta ikizlerinde ise %11 kadardır.

Birinci derece akrabasında depresyon olanlarda depresyon görülme riski yaklaşık 3 kat artar.

### Psikanalitik Kuram

Freud, “Yas ve Melankoli” başlığı altında depresyona ait ilk psikanalitik açıklamaları sunar ve bu iki süreci benzer kayıp yaşantısına farklı tepkilerin geliştirildiği birbirleriyle ilişkili durumlar olarak tanımlar. Depresyon, ya benlik değerinin tam çöküşü ya da bu çöküş olasılığını uyarı maksatlı bir kendilik değerinde azalmadır.

Depresyon sevilen bir nesnenin gerçek kaybına yanıt olarak gelişebilirse de çoğunlukla sevgi nesnesi reddi, hayal kırıklığı gibi temsili kayıplara yanıt olarak ortaya çıkar. Depresyonda süperegounun zalimliğine ve cezaya karşı aşırı bir beğendirici boyun eğme ya da başkaldırı eylemi olarak intihar görülebilir. Depresyon çocukluk çağındaki çaresizlik yaşantılarına primer fiksasyon sonucu azalmış öz güvenin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir.



### Bağlanma Kuramı

Birçok teorisyen yaşamın erken dönemindeki ilişki deneyimlerinin depresyona yatkınlıkta önemli etkileri olduğuna yönelik hemfikirlerdir. İstikrarlı ve güvenli bağlanma temsilleri geliştiren bireyler yaşamlarının ilk aylarında ve yıllarında ilk bağlanma figürlerinden sorumlu, tutarlı ve duyarlı bir bakım almış gibidirler. Bireylerin rahatlık, destek ve merak arzuları sıklıkla karşılanmış ve onlar bir biçimde ihtiyaç duyulduğu zamanlarda var olabilen, kabul edilen ve destekleyici olan ötekilere güvenilir biçimde bırakılmışlardır. Böylece bu kişiler değerli, sevebilir ve desteklenebilir bir kendilik geliştirmişlerdir.

Aksine, anksiyöz bağlanma temsilleri geliştiren bireyler, ihtiyaç duydukları destek ve duygusal bağın öncelikle bakım verenin arzuları tarafından belirlendiği tutarsız bakım yaşamışlardır. Bu tip erken deneyimlerle kişiler, ötekilerin eylemlerinin kendi ihtiyaçlarıyla uyumlu olmadığını öğrenmişler ve kendi çevreleri üzerindeki kontrol hissini kaybetmişlerdir. Ayrıca bakıcısının müsait olup olmadığıyla sürekli meşgul olan bireyler, yetkin bir kendilik geliştirmeyi başaramazlar; hayatlarındaki önemli ötekilerin taleplerinin doğrultusunda isteklerini ve arzularını bırakmaya meyillidirler. Böylece ötekilerin destek ve onayına bağımlı olurken kendi etkinlik ve değerleri üzerinde şüpheler geliştirirler.

### Davranışçı Kuram

Çocukluktan itibaren çaresizliği ve çaresizlik duygularını kontrol çabalarının işe yaramadığını öğrenmiş kişilerin, herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmaları halinde ‘nasıl olsa bunun da üstesinden gelemem’ duygusuyla kendilerini bırakmalarıyla depresyon oluşmaktadır. Yani davranışsal yollarla öğrenilen, öğrenilmiş çaresizlik depresyonda bir neden olarak görülmüştür. Fakat bu model günümüzde önemini oldukça yitirmiştir. Çünkü depresyonda dengeyi bozan uyarının sadece kendisi ya da niceliği değil, aynı zamanda bunu kişinin nasıl algıladığı ya da ne şekilde genelleştirdiği gibi noktalar önem kazanmaktadır.

## Bilişsel Kuram

Depresif hastalar genellikle iki biliş hali yaşarlar. Birincisi, belirli dış uyaranlara karşı gelişen, stereotipik olan ve sıklıkla uyaranla ilgisiz ya da ona tamamen uymayan bilişsel yanıtlar geliştirmesidir. Örneğin bir başkası için tamamı ile bir şey ifade etmeyen bir durum depresif bireyde kendini yıkıcı düşüncelerle sonuçlanabilir. İkinci bilişsel durum ise, depresyona yatkın bireyin zihninde depresif ruminasyonlar ya da serbest çağrışımların bir dış uyaran olmaksızın da gözlenebilmesidir. Bu depresif bilişlerin ortak özelliği “gerçeğin çarpıtılarak yorumlanmasıdır”. Depresif bilişlerin bir çarpıcı özelliği de belirgin bir ön veriden yoksun olması ve akıl yürütmeye dayanmaksızın otomatik olmasıdır. Aynı zamanda bu bilişler “istemsiz”dirler. Depresif bilişlerin bir başka önemli ortak özelliği de yatkın bireye bu düşüncelerin inandırıcı gelmesidir.

Yani depresyon, bu yaklaşıma göre tamamiyle bireyin zihninde oluşan olumsuz düşüncelerden ilerigeler.



## Kişilerarası Etkenler Kuramı

Bu yaklaşıma göre depresyon her zaman psikososyal ve kişiler arası zeminde gelişen bir hastalıktır. Depresyonun kendisi kişiler arası sorunlara yol açabileceği gibi, kişiler arası sorunlar da depresyon gelişimine katkıda bulunabilir. Yani depresyon kişilerarası zeminde gelişir ve depresyonla kişilerarası sorunlar arasında birbirini olumsuz etkileyen karşılıklı bir ilişki vardır

# DEPRESYON TÜRLERİ

DSM-V'e göre depresyon bozuklukları başlığı altında incelenen deprersyon türleri vardır. Aşağıda tanı kriterleri verilecektir.

## YEĞİN (MAJOR) DEPRESYON BOZUKLUĞU



Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sannsal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

## SÜREGİDEN DEPRESYON BOZUKLUĞU (DİSTİMİ)



En az iki yıl süreyle, çoğu gün, günün büyük bir bölümünde, kişinin söylediği ya da başkalarınca gözlemlendiği üzere, çökkün duygudurum vardır.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir ve süre en az bir yıl olmalıdır.

Depresyondayken aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Yeme isteğinde azalma ya da aşırı yemek yeme.
2. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku uyuma.
3. İçsel güçte (enerji düzeyinde) azalma ya da bitkinlik.
4. Benlik saygısında azalma.
5. Odaklanamama ya da karar vermekte güçlük çekme.
6. Umutsuzluk duyguları.

## AYBAŞI ÖNCESİ (PREMENSTRÜEL) DİSFORİ BOZUKLUĞU



Aybaşı (menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, ay- başlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

**A)** Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal değişkenlik (örn. duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).
2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.
4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve/ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

A tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).
2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.
3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.
4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duygumu.
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" duygumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

## MADDENİN/İLACIN YOL AÇTIĞI DEPRESYON BOZUKLUĞU

A. Klinik görünümüne belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.
2. Söz konusu madde/ilâç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.



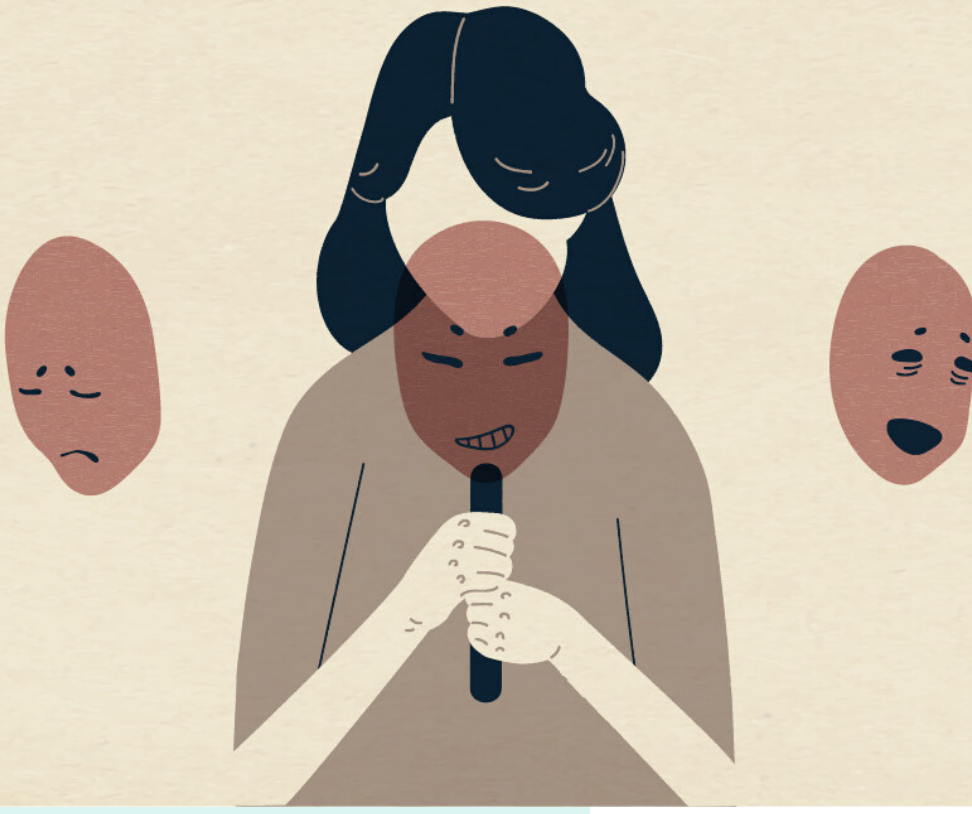
# DEPRESYONDA TEDAVİ

Depresyon belirtileri gösteren kişi, mutlaka bir psikiyatriste başvurmalıdır. Yapılacak gerekli tetkikler sonucunda depresyon tespit edilirse bundan sonrası için izlenecek yola doktor ve hasta beraberliğinde karar verilir. Kimi durumlarda **psikoterapi** kullanılırken, kimi durumlarda ise **ilaç tedavisine** başvurulur. Bazı vakalarda ise iki yöntem bir arada kullanılırken, ağır durumlarda, intihar riski olan hastalarda hastaneye yatış yapılır ve yoğun bireysel psikoterapi, gerekli durumlarda **eş/aile terapisi** ve yanında ilaç tedavileri uygulanır.

Depresyonu ele almak için doğru tanı koyulmalı, tedavi için kanıta dayalı prensipler doğrultusunda amaca yönelik müdahaleler yapılmalıdır. Eşlik eden tıbbi durumu saptamak ve tedavi etmek, hastayla terapötik uzlaşma sağlamak, uygun tedaviyi belirlemek, tedaviye yanıtı sağlamak ve nüksü engellemek üzere izlem yapmak temel prensiplerdir.

Tüm depresyon tedavisi sürecinde intihar riski mutlaka düzenli olarak değerlendirilmelidir. Umutsuzluk en önemli klinik ön belirleyicilerdendir. Her türlü intihar düşüncesinin anamnezi mutlaka dikkate alınmalıdır.





## FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç kullanımının ilk haftalarında bir miktar iyileşme olsa da asıl fayda iki yada üç ay sonrasında görülmeye başlar. Hasta, birkaç hafta sonrası iyileşme hissederse veya hissetmediği durumlara göre uzman doktor ilaçların dozajını arttırabildiği veya eksiltebildiği gibi ilaçları da değiştirebilir. Doktorlar, genel olarak semptomlar düzelmiş olsa bile altı ya da daha fazla ay boyunca ilaç kullanımına devam edilmesini önermektedir.

## PSİKOTERAPİ

Psikiyatrist ve hasta antidepresan kullanımı değil de psikoterapinin daha faydalı olduğunu düşünürse psikoterapi süreci başlatılır. Psikoterapi yaparken de farklı ekoller mevcuttur.

## EŞ/AİLE TERAPİSİ

Aile içi sorunlar depresif bozukluk sırasında yaygındır ve aile içi dinamikler, depresyonun ortaya çıkması ve devam ettirilmesinin ana nedeni olabilir.

Aile terapisi, birden fazla aile üyesinin görüldüğü, özellikle aile bireyleri arasındaki etkileşimleri değiştirmeye odaklanmış, bir birim olarak ailenin ya da ailenin alt sistemlerinin veya birey düzeyinde aile üyelerinin işlevselliğini iyileştirmeyi hedefleyen, bir psikoterapötik çaba olarak tanımlanmıştır. Aile bireyleri ile eş zamanlı görüşme yapılabilirdiği gibi, farkı seanslarda ayrı ayrı da değerlendirilebilirler. Aile terapisinde hedefler; psikiyatrik belirti yaratan durumları saptamak ya da mevcut sorunun devam etmesine neden olan tutum ve davranışların tanınip azaltılmasıdır.

## Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, kişinin nasıl düşünüyor olduğunu fark etmesine ve gevşeme teknikleri, sorun çözme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma, modelleme gibi yöntemlerle yeni düşünme yolları geliştirmesine ve uygulamasına yardımcı olur. BDT'nin amacı ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendileri, yaşam alanları ve gelecekleri ile ilgili olumsuz algılarını değiştirmek ve depresyona yatkınlığa neden olan davranışsal ve bilişsel tutumlarını ortadan kaldırmaktır.

Bilişsel davranışçı terapi yöntemleri arasında özdenetim (self-monitoring), kendini değerlendirme (self-evaluation), bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive reconstruction), kendini destekleme (self-reinforcement), gibi teknikler kullanılır. Özdenetim tekniğinde kişinin düşüncelerini ve duygularını kaydetmesi istenir. Bu yolla kişi hem değerlendirilmiş olur, hem de aynı zamanda kendi duygu ve düşüncelerinin daha fazla farkında olması ve arasındaki ilişkileri kurabilmesi yoluyla tedavi edici yönde bir müdahale anlamı taşır. Bilişsel davranışçı terapilerde bazı bilişsel hataların düzeltilmesi hedeflenir. Sık görülen bilişsel hatalar arasında “ya hep ya hiç düşüncesi”, “algıda seçicilik”, “büyüsel bağlantılar kurma”, “aşırı genelleme”, “en kötü olasılığa odaklanma”, vb. düşünce yöntemleri sayılabilir.

## Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapi terapötik ilişkinin kullanılması ve aktarım ve yorumlamanın kullanımı yoluyla bilinçdışı çatışmaları keşfetmek için kullanılır. Psikodinamik terapi depresyonu, bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan içselleştirilmiş öfke ve intrapsişik örüntü olarak açıklar. Bu nedenle terapi, bu tür çatışmalarla yansıtılan öyküdeki yaşantılara ve getirilen yorumlar ile hastanın içsel çatışmalarına ilişkin farkındalık düzeyinin artırılmasına odaklanır ve uzun sürelidir. Burada serbest çağrışım tekniği ve terapistin yorumları aracılığıyla bu çatışmalara ilişkin hastanın içgörü kazanması hedeflenir.



## Sorun Çözme Terapisi

Sorun çözme terapisi ruhsal bozuklukların tedavisinde son zamanlarda artarak uygulanan bir bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımıdır. Bu terapi türü kişi tarafından karşılaşılan güncel sorunlara ve bu sorunların değerlendirilmesi ile uygun çözümlerin gelişimine odaklanır. Sorun çözme terapisinin üç bileşeni vardır. Bunlar; kişinin karşılaştığı sorunlara işlevsel yaklaşım yaklaşmadığı, kişinin karşılaştığı problemler karşısında değişik çözüm seçenekleri üretip üretmediği, kişinin sorun durumla ilgili ürettiği çözüm seçeneklerini uygulayıp uygulayamadığı.

Depresyonda sorun çözme terapisinin en önemli unsurları şöyle ifade edilebilir; yaşamda ana amaçları belirleme, değiştirilemeyen durumları kabul etmeyi öğrenme ve sadece konularla ilgili sorunlar için enerjinin kullanılmasını hedefler.

# ÖĞRETMENLER İÇİN İPUÇLARI

- Duygu durum bozukluğu tanısı almış öğrenciniz hakkında doğru bilgileri toplayın.
- Bu öğrenciniz için öngürülebilir bir sınıf rutini oluşturun, rutinden kaynaklanan denge öğrenci için rahatlatıcı olabilir.
- Depresif bir öğrenciyi "neşelendirmek" için çalışmayın, davranışlarında önemli bir değişiklik gözlemlerseniz velisi ile görüşün.
- İntihar uyarılarının neler olduğunu iyi öğrenin ve öğrencinize karşı gözlemci olun.
- Verdiğiniz sorumluluklar konusunda yükünü azaltın ve esnek olun fakat sorumluluklarını yerine getirmedeği zaman depresyonu bir neden olarak kullanmasına izin vermeyin, ona biraz daha zaman tanıyarak yapıcı ve cesaretlendirici olun.
- Öğrencinin depresyonunu tetikleyici bir uyarıcı unsur varsa, sınıf ortamını ve faaliyetleri buna göre düzenleyin.
- Öğrencinize bir "çalışma arkadaşı" veya akran yönetici sağlayın.
- Sınıf aktivitelerine öğrencinizi de mutlaka katın ve onun değerli olduğunu ona hissettirin



# KAYNAKÇA

Çelik, F.H., Hoccoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66.

Herken, H. (2002). Depresyonun Etiyolojisinde Genetik Kanıtlar, Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 4, 5-10.

Alparslan, A.H., Erol, Y. (2016). Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Non-Farmakolojik Tedavisi, Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2(1).

Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 45(2), 65-74.

Albayrak, E. Ö., Ceylan, M. E. (2004). Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler, Düşünen Adam, 17(1), 27-33.

Kaya, B., Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış, J Clin Psy, 10(6), 3-10.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.