

DEPRESYON



DR. OĞUZ TAN
PSK. ZEHRA EROL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA



DEPRESYON

DR. OĞUZ TAN

PSK. ZEHRA EROL



HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA

DEPRESYON

DR. OĞUZ TAN
PSK. ZEHRA EROL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA

Bu kitap **Uğur İlyas CANBOLAT**' ın yayın yönetmenliğinde
yayına hazırlandı.

Kapak tasarımı ve iç sayfa dizaynı **Afife DEMİR** tarafından
yapıldı.

Basım Yeri : İmak Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti.
www.imakofset.com

2008 Haziran ayında yayımlandı.

ISBN: 978-605-0049-01-5

Yayın Sertifika No: 0108 - 34 - 009887



NP KİTAPLIĞI 3

HASTANE

Alemdağ Cd. Site Yolu No: 29 34768 Ümraniye - İST.
(TEM Yolu Ümraniye Kavşağı)

Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50

www.npistanbul.com • e-mail: bilgi@npistanbul.com

FENERYOLU KLİNİK

Bağdat Cd. No: 109 / A 34724 Feneryolu - İST.

Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Fax: 0216 418 15 30

www.mccaturk.com • e-mail: bilgi@mccaturk.com

ETİLER KLİNİK

Nispetiye Aydar Cd. Dilek Apt. No: 28 K:3 D: 9 Beşiktaş - İST.
(Beşiktaş Belediyesi Yanı)

Tel: 0212 270 12 92 Faks: 0212 270 13 35

E-posta: bilgi@noropsikiytri.com

DEPRESYON

DR. OĞUZ TAN
PSK. ZEHRA EROL

HAZIRLAYAN: FÜSUN SAKA



NP GRUP YAYINLARI
İstanbul 2008

1969 yılında İstanbul'da doğdu. 1994'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kütahya'da pratisyen hekim olarak çalıştı. Psikiyatri ihtisasını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Tıp yayıncılığıyla uğraştı. Çeşitli bilimsel yayınlara imza atmasının yanı sıra çok sayıda tıbbi makale ve kitabın Türkçe'ye kazandırılmasına çevirmen ve editör olarak katkıda bulundu. Halen Memory Center Nöropsikiyatri Merkezi'nde psikiyatri uzmanı olarak görev yapıyor. İngilizce biliyor. Bilim tarihi, edebiyat ve Türk müziğine ilgi duyuyor. Evli ve iki çocuk babası.



DR. OĞUZ TAN

oguztan@mcatürk.com

zerol@mcatürk.com

PSK. ZEHRA EROL



1971 yılında Trabzon'da doğdu. Çamlıca Kız Lisesinden sonra İÜ Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümüne girdi ve 1994 tarihinde mezun oldu.

1998 - 2000 yılları arasında Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümünde "Çalışan, Resmi Lise ve Endüstri Meslek Lisesine devam eden gençlerin Denetim Odakları ve Özsaygı Düzeylerinin karşılaştırılması" başlığını taşıyan tezini verdi.

Özel okullarda ve özel eğitime ihtiyacı olan çocuklarla çocuk ve ergen psikologu olarak başladığı meslek hayatına yetişkinlerle devam etti. Yetişkin ve çocuk psikologu olarak özel danışmanlık merkezlerinden çalışmıştır.

Klinik uzmanlığını Dinamik ve Bilişsel-Davranışçı olmak üzere iki farklı ekol temelinde almıştır. Ağırlıklı olarak ilişki problemleri, takıntılar, anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu), depresyon, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, işte ve okulda performans kaygısı alanlarında çalışmalarını sürdürmektedir. Halen Memory Center Nöropsikiyatri Merkezi'nde çalışan Zehra Erol erişkin ve ergen psikoterapisti olarak görev yapmaktadır.



ÖNSÖZ

7 - 8

DEPRESYON NEDİR?

9 - 12

- Depresif bozukluklar ne şekilde görülür?
- Distimi veya depresif nevrozu biraz açarsak neler söylenebilir?
- Nedenleri neler?
- Depresyon araştırmalarına ilişkin neler söyleyebilirsiniz?
- Manik depresif hastalık nedir?
- Depresyonun sebepleri nelerdir?

QEEG

12 - 21

- Depresyonda beyin ön bölgelerinde bozulmalar olur dediniz. Ne olur beynin o bölgelerinde?
- Nörotransmitter nedir, biraz daha açıklayabilir misiniz?
- Ne olur da beyinde bir bozukluk olur? Niye bazılarında bu maddeler azalır?
- Sadece beyin kimyası bozulanlarda mı görülür depresyon?
- Depresyon çok yaygın bir hastalık mı?
- Bu durumda dünya ile bizi kıyasladığımızda depresyonun eğitim, sosyal, ekonomik durumla bir ilgisi var mıdır?
- Türkiye'de depresyon sık görülüyor mu?
- Peki İsveç gibi ülkelerde intiharin yüksek olduğu söyleniyor? Bu nasıl açıklanabilir?
- Bir kişi doktora gitmeden kendinde hangi belirtileri görürse bu depresyon olabilir?
- Hangi tür rahatsızlıklar depresyona zemin hazırlar?
- Maskeli depresyon nedir?
- Depresyonun yol açtığı rahatsızlıklar var mı?
- Depresyonun psikolojik sebepleri nelerdir?
- Depresyondaki bir kişiye dışarıdan baktığımızda görüntü olarak nasıl tanımlıyoruz?
- Öğrenilmiş çaresizlik nedir?
- Kiş depresyonu veya bahar depresyonundan bahsedilir. Böyle bir şey var mıdır?
- Yaz ayında neden depresyon olur peki?
- Depresyon kimlerde görülür?
- Depresyon yaşlılıkta, çocuklukta, erişkinlikte en ağır biçimde nasıl seyreder?
- Depresyon fizyolojik hastalıkları tetikler mi?
- Depresyona kişiyi insanın hayat tarzı mı sürükler?

TEDAVİ SÜREÇLERİ

21 - 23

- Tedavide bilişsel-davranışçı terapinin yeri nedir?
- Tedavilerde yanlış ve doğru yaklaşımlar nasıl özetlenebilir?

MANYETİK UYARIM TEAVİSİ

24

PSİKOTERAPİ

25 - 28

- Psikoterapi Nedir?
- Psikoterapinin moral verici konuşmalardan ya da diğer rahatlatıcı şeylerden farkı nedir?
- Psikoterapi ortalama ne kadar sürer?
- Bu farklı yöntemlerin amaçları ya da hedefleri de farklı mı?
- Psikoterapi her zaman etkili mi ya da tek başına yeterli olabilir mi?



- Depresyon yineleyebilen bir rahatsızlık. Hasta psikoterapistine karşı bağımlılık geliştirebilir mi?
- Bu farklı yöntemlerin amaçları ya da hedefleri de farklı mı?
- Psikoterapi her zaman etkili mi ya da tek başına yeterli olabilir mi?
- Depresyon yineleyebilen bir rahatsızlık. Hasta psikoterapistine karşı bağımlılık geliştirebilir mi?

ANTİDEPRESANLAR _____ **28** – **30**

- İlaçların yan etkileri nelerdir?
- İlaç kullanımında nelere dikkat edilmelidir?
- İlaçlar bağımlılık yapar mı?
- Elektroşok tedavisi uygulamaları neye bağlıdır?

VAKALAR VE TEDAVİLER (HASTA ÖRNEKLERİ) _____ **30** – **33**

KİŞİLERARASI TERAPİLER _____ **33** – **34**

PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİLER _____ **34**

NEURO-BİOFEEDBACK VE DEPRESYON _____ **34** – **35**

REHACOM VE DEPRESYON _____ **35**

DEPRESYON VE EMDR _____ **35** – **36**

DEPRESYON HAKKINDA KISA BİLGİLER _____ **37** – **42**

QEEG _____ **43**

KURAMSAL VE GÖRGÜL AÇIDAN NEURO - BIOFEEDBACK _____ **44**

BİLGİSAYAR MODÜLLÜ ZİHİNSEL EĞİTİM (RehaCom) _____ **45**

KADROMUZ _____ **46**



ÖNSÖZ

DEPRESYON

Kendini üzgün, hüznü hissetmekten büyük bir suç işlemiş gibi umutsuz, en büyük cezaya çarptırılmaya layık hissetmeye kadar uzanan olumsuz duygu yelpazesi 'depresyon'u akla getirmelidir. 'Atipik depresyon' dediğimiz diğer bir yaygın depresyon grubu vardır ki, kişiler duygusal çökkünlüğü kısmen veya çok az hissederler; daha ziyade gezici ağrılar, yorgunluk, unutkanlık, uykusuzluk gibi organik belirtiler ön plandadır. 'Maskeli' veya 'örtülü' de denilen bu gizli depresyonu da sayarsak toplumun yarıya yakını bir şekilde depresyonla tanışmış durumda diyebiliriz.

Meslek hayatımın ilk yıllarında bir iç hastalıkları uzmanı doktor arkadaşım "Bize gelen poliklinik hastaların % 50 si psikiyatrik vaka" demişti. Bugün durum daha iyi değil.

Gerçekte depresyon bir beyin hastalığıdır. Serotonin, noradrenalin gibi kimyasalların azalması depresyona neden olur. Bu kimyasalların beyin omurilik sıvısındaki seviyesi kişinin ruh durumuyla paralellik gösterir. 1980'lerde normal biçimde ölenlerle intihar sonucu ölenlerin beyin omurilik sıvısında serotonin düzeyi karşılaştırıldığında, intiharla ölenlerde 15 misli daha az serotonin metaboliti tespit edildi. Daha sonra yapılan araştırmalar bu bilgiyi doğruladı.

İnsan beyninde bazı kimyasallar artar veya azalır, bu kimyasalın arttığı veya azaldığı bölge ve sinir bağlantılarına göre belirtiler ortaya çıkar. Sinir hücre bağlantılarının kimyasal ve elektriksel iletisini düzeltten ilaçlar depresyonu tedavi eder.

Depresyon tedavisinden sonra 'Evdeki taşların rengini fark edebildim, pencereden bakıp manzara ne güzelmiş diyebildim, artık halı sahada top oynama isteğim geldi' gibi canlanma sözlerini hastalarımızdan hep duyuyoruz.

Depresyonun nüksetmemesi, dirençli depresyonun iyi tedavisi için hastaların

Z

doğru bilgilenmesi çok önemlidir. Depresyonun acısını yaşamayan bilemez. Depresyonlu bir hasta kendi kendini tedavi edemez, ama kendi kendine yardım etmesi gerekir.

O

İşte elinize aldığınız bu kısa ve öz yazılmış kitapçık bu konuda size yardımcı olacaktır. Güzel çalışmalarını nedeniyle Psikiyatri Uzmanı Dr. Oğuz Tan'ı ve Uzman Psikolog Zehra Erol'u kutluyorum.

Y

Prof. Dr. Nevzat TARHAN

S

E

R

P

E

D



Depresyon nedir?

Depresyon; evet gerçekten de nedir depresyon? Artık herkes "Depresyondayım" diyor. Aslında depresyon, temel belirtileri isteksizlik, hayattan zevk alamamak, içinden hiçbir şey gelmemek olan bir hastalık halidir. Hastalığın üzerine basarak söylemek gerekirse, bir beyin bozukluğudur. Beynin ön alanlarında, alın ve şakak bölgelerinde ortaya çıkan bir hastalıktır.

Depresif bozukluk hem vücudu, hem düşünceleri, hem de duygu durumunu (mood) etkileyebilir. Kişinin yemek yemesinden uyumasına, fiziksel dayanıklılığında sağlıklı düşünce üretebilmesine kadar her şeyini bozabilir. Depresyon, kesinlikle "geçici üzüntü" ile aynı şey değildir. Kimi zaman kendimizi dibe vurmuş gibi hissedebiliriz, bu her zaman depresyonda olduğumuz anlamına gelmez. Depresyonda olan kişiler, kendilerini yalnızca hayatın akışına bırakarak iyileşemeyebilirler. 'Kendi kendine iyileşme' depresyon geçiren hastaların yarısında mümkündür. Ancak tedavi olunmadığında belirtiler (septomlar) haftalarca, aylarca, hatta yıllarca sürebilir. Oysa uygun tedavi, depresyondaki birçok insana yardımcı olabilir.

Depresyonda şiddetli üzüntü ya da umutsuzluk hissi vardır ve en az iki hafta sürer. Kişinin çalışmak, yemek yemek, uyumak gibi günlük hayat etkinlikleri bozulur. Depresif kişiler ümitsiz olmaya ve kimseden yardım göremeyeceklerine inanmaya eğilimlidirler. Böyle hissettikleri için de kendilerini suçlarlar. Sosyal etkinliklere katılmaktan kaçınırlar, aile ve arkadaşlarından uzaklaşırlar. Hatta kimi zaman ölümü ya da intiharı düşünebilirler.

• Depresif bozukluklar ne şekilde görülür?

Majör depresyon (yani büyük depresyon), depresif bozukluğun oldukça belirgin, çekene ileri derecede ıstırap veren türüdür. Depresif duygu durumu (yani üzüntü, karamsarlık, zevk almama), her şeye ilgisizlik, uyku ve iştah bozuklukları, psiko-motor ajitasyon (huzursuzluktan dolayı yerinde duramama) ya da psiko-motor yavaşlama (isteksizlikten dolayı külçe gibi yığılıp kalmışlık hali), huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik, sinirlilik, ağlama, beden ağrıları, suçluluk duyguları veya çevresini suçlu görme eğilimi, dikkat ve hafıza sorunları, cinsel isteksizlik, yorgunluk hemen hemen her gün ve neredeyse gün boyunca kişiye egemendir. Ağır depresyonlarda intihar düşüncesi de vardır. Majör depresyon teşhisi koyabilmek için hastalık belirtilerinin en az iki hafta sürmesi gerekir. Ayrıca kişinin hissettiği yakınmalar çalışma becerisini, çeşitli etkinliklere katılmasını (kısaca günlük yaşantısını) etkiliyor olmalıdır.

Ajite depresyonda aşırı öfke, hareketlilik, yerinde duramama vardır.

Apatik depresyonda ise kişi durgundur. Ağızdan kerpetenle laf çıkar, algısı yavaşlar. Melankolik depresyonda hüznün, keder ön plandadır. Psikotik depresyon depresyonlar içinde en ağırıdır. Hezeyan ve halüsinasyonların görüldüğü bir depresyon türüdür bu. Halüsinasyon olmayan şeyleri algılamak, yani nesnesiz algıdır (kulağa ses gelmesi, hayal görmek gibi). Hezeyan ise mantıklı tartışma ile düzeltilemeyen yanlış inanç demektir. Bunlar daha çok şizofrenide olur, ama psikotik depresyonda da görülür. Depresyon hastasının kulağına "Sen aşağılıksın, kötüsün" gibi suçlayan sesler gelir.



DEPRESYON

**Psikotik
depresyonda
olan kişi günahkâr
olduğuna inanır,
suçluluk içerikli
hezeyanlar
yaşar**

Günahkâr olduğuna inanır. Suçluluk içerikli hezeyanlar yaşar. Çürüme, yok olma hezeyanları çıkabilir ortaya. Bütün depresyon biçimleri en az iki hafta sürdüyse, günlük hayatı aksattıysa (veya aksatmasa bile belirgin derecede acı verdiyse) majör depresyonun türü olarak kabul edilirler. Majör depresyon kapsamına girmeyen önemli bir hastalık distimi veya depresif nevrozdur.

• **Distimi veya depresif nevrozu biraz açarsak neler söylenebilir?**

Distimi ya da depresif nevroz, büyük depresyon kadar şiddetli değildir. Ancak uzun sürer. Distimi, en az iki yıl devam ve büyük depresyondaki gibi kişinin günlük hayatını sürdürmesini engelleyecek boyutta olmasa da, kendisini iyi

hissetmesine mani olan bir tür depresif bozukluktur. Distimide de büyük depresyondakine benzer belirtiler görülür. Distimi teşhisi koyabilmek için kişinin iki yıl içinde depresyondan çıkabildiği dönemlerin iki ayı aşmaması gerekir. Birçok distimi hastası hayatlarının bir bölümünde büyük olasılıkla büyük depresyon dönemiyle de tanışır.

• **Manik depresif hastalık nedir?**

İki uçlu bozukluğun (ya da daha yaygın adıyla manik depresif bozukluğun) farkı, en az bir kere mani denen 'duygu durumunun yükselmesi' döneminin yaşanmasıdır. İki uçlu bozukluğu olanların çoğu zaman zaman depresyona da girerler. Buna iki uçlu depresyon denir. İki uçlu depresyonun belirtilerinin, diğer depresyon türlerinden farkı yoktur. Ancak mani döneminde abartılı bir kendine güven duygusu, büyüklük düşüncelerinin artması, uyku gereksiniminin azalması, enerji artışı, hızlı konuşma, dikkatin kolayca dağılması, psiko-motor ajitasyon, zevk alınan etkinlikleri abartılı biçimde yapma isteği gibi manik sendrom belirtileri sergiler. Bu belirtiler çoğu zaman kişinin toplumsal ve iş yaşantısını olumsuz etkiler. Duygu durumunun yükselmesi maninin temel özelliği olmakla birlikte, kişi engellenmeye çalışılırsa aşırı uyarılma ya da ani öfke gibi tepkiler bu iyimser duyguların yerini alabilir.

• **Depresyonun sebepleri nelerdir?**

Kimi zaman hiçbir çevresel etki olmadan, dışsal stres unsurları bulunmadan da depresyona giren insanların olduğunu biliyoruz. Eğer depresyon, yalnızca önemli bir olay ya da durum karşısında büyük üzüntülere, umutsuzluğa kapılmak olmadığına göre, o zaman nedir depresyona neden olan şeyler? Gerçekte kimi depresyon türlerinin kalıtsal ya da yapısal olduğu düşünülür. En azından biyolojik olarak depresyona



yatkınlığın anne babadan çocuklara geçebileceği tahmin edilmektedir. Eğer anne babanın her ikisi de depresyon geçirmişse bunların çocuklarının depresyon geçirme olasılıklarının % 50'den fazla olabileceği söylenmektedir. Bu tür savlarda genellikle başvurulan tek yumurta ikizleri, burada da en büyük kanıt olarak kullanılır. Yapılan çalışmalar tek yumurta ikizlerinden birinin depresyon geçirmesi durumunda diğerinin de geçirme olasılığının % 50 olduğunu, çift yumurta ikizleri ve kardeşlerdeyse bu oranın % 25 olduğunu gösterir.

Elbette depresyonun yalnızca genetik bir rahatsızlık olabileceğini bilmek yeterli değil; bunun sorumlusu olan gen konusunda henüz elimizde kesin bir bilgi yok. Kimi araştırmacılar, Ob adı verilen bir genden kuşkulanmaktadır. Kimi insanlarda, normalden 10 DNA harfi kadar eksik Ob geni bulunur ve bunun depresyonla ilişkili olduğu öne sürülür. Bir başka şüpheli gen için, yine genin uzunluğuyla depresyon arasında bağlantı kurulur. Bu genin kısa türüne sahip olanlar, sinir hücreleri arasında sinyal ileten serotonin adlı bir kimyasalı, diğer insanlardan daha az üretirler ve utangaç-kaygılı bir kişilik yapısına sahip olma olasılıkları yüksektir. Ancak yine de bu bulgulardan kesin bir sonuç çıkarmak mümkün değildir. Gerçi genler üzerinde yapılan çalışmaların hızı ve kat ettiği yol düşünülünce, depresyona yatkınlığı sağlayan genin ortaya çıkarılması pek de uzak bir olasılık gibi görünmemektedir.

Kendine güveni az olan, kendisine ve dünyaya karşı kötümser bir bakış açısına sahip, aşırı stresten bunalmış insanların depresyona yatkın olduğu söylenir. Ancak bunun, psikolojik bir yatkınlık mı olduğu, yoksa hastalığın erken evrelerini mi yansıttığı bilinmez.

Yakın bir geçmişte bilim adamları, vücuttaki fiziksel değişimlere düşünsel (mental) değişimlerin eşlik edebildiğini gösterdiler. Felç, kalp krizi, kanser, Parkinson hastalığı ya da hormonal bozukluklar da depresif hastalıklara neden olabiliyor.

• *Depresyon araştırmalarına ilişkin neler söyleyebilirsiniz?*

Henüz depresyonu saptamamızı sağlayacak bir DNA testi keşfedilmemiş olduğundan, bilim adamları depresyon konusunda başka fiziksel bulgular elde etme çabasındadırlar. Bunların başında da beyinde kimi bölgeler üzerinde yapılan araştırmalar geliyor. Beyinde hipokampus ve sol beyin yarım küresi kabuğunun bir kısmının depresyondaki hastalarda daha küçük olduğu iddia edilmektedir. Bir çalışmada depresyondaki kadınlarda hipokampusun diğer kadınlara oranla % 10 daha küçük olduğu saptandı. Hatta hasta ne kadar çok depresyon geçirirse hipokampus o kadar küçülür. Ancak, burada da başka bir ikileme karşılıyoruz: "Acaba, depresyon nöbetleri mi hipokampusun küçülmesine neden olur, yoksa hipokampus ne kadar küçükse depresyona yatkınlık o kadar mı artar?" Depresyonun hipokampusu küçülttüğünü düşünen bilim adamları bunun nasıl gerçekleştiğini bulmak konusundaki araştırmalarını sürdürmektedirler. Peki, beyindeki kimi bölgelerin boyutları dışında, acaba işlevlerde bir takım değişikliklerin depresyonla ilgisi var mı? Beyinde işler büyük oranda nöron denilen sinir hücreleri aracılığıyla yürüyor.



DEPRESYON

**Kendine güveni az
ve
dünyaya karşı
kötümser bakan
kişi
depresyona
yatkın olur**

Beyinde bulunan milyonlarca nöron konuştuğumuzda, hareket ettiğimizde, düşündüğümüzde ya da bir şeyler hissettiğimizde etkin hale gelir, aralarında elektrik sinyalleri geçmeye başlar. Beyinle ilgili birçok araştırmada nöronlar arasındaki bu elektrik alışverişi incelenir. Bunun için EEG (elektroensefalografi) ve PET (Pozitron Emisyon Tomografi) taramaları gibi yöntemlerden yararlanır. PET taramalarıyla gerçekleştirilen depresyonla ilgili araştırmalarda, depresyondaki kişilerde daha düşük beyin etkinlikleri gözlenmiştir. Bununla birlikte, birtakım başka bulgulara da rastlanmıştır. Örneğin, kaygı ve üzüntü anlarında aktif hale gelen beynin ilgili kısmı, depresyondaki kişilerde sağlıklı kişilerdekine oranla daha etkindir. Belirli bilişsel

görevleri ve duygusal etkinlikleri yerine getiren beynin başka bir bölümüyse depresyondaki insanlarda daha az etkindir.

• QEEG nedir?

Bazı hassas görüntüleme yöntemleri beyindeki bozukluğun şakak ve alın bölgelerinde olduğunu göstermiştir. PET (Positron emission tomography), SPECT (Single photon emission computed tomography), fMR (fonksiyonel manyetik rezonans) depresyon hastalarında beynin ön bölgelerinin iyi çalışmadığını göstermiştir.

Bu bahsedilen PET, SPECT, fMR tetkikleri uygulaması zor ve pahalı yöntemlerdir. Beyni görüntülemenin eski ve ucuz yöntemi halk arasında 'beyin elektrosu' olarak bilinen EEG'dir (Elektroensefalografi). Kafaya teller (ki aslında bunlar elektrottur) bağlanarak beynin yaydığı elektrik akımı kaydedilir. EEG sara hastalığının, beyin iltihaplarının, bunamaların (Mesela alzheimer hastalığı), uyku bozukluklarının teşhisinde kullanılır. Tomografi çıkmadan önce beyin tümörlerinin ve beyin damar hastalıklarının tanınmasında da işe yaradı.

EEG psikiyatrik hastaların önemli bir bölümünde de bozuktur. Bilhassa 'quantitative' (kantitatif okuyun) EEG (kısaca QEEG denir) depresyon hastalarının beyinlerinin ön bölgelerindeki bozulmayı on beş dakika içinde gösterir.

• Depresyonda beynin ön bölgelerinde bozulmalar olur dediniz. Ne olur beynin o bölgelerinde?

Depresyonda beynin ön bölgelerinin fonksiyonu bozular ve bir takım kimyasal maddeleri az üretmeye başlar. Vücut bir takım kimyasal maddeler salgılar. Mesela mide asit, karaciğer safra salgılar. Beyin işlevlerini yürüten kimyasal maddelere nörotransmitter



denir. Beynimiz serotonin, dopamin, adrenalin gibi nörotransmitterleri salgılar ki haz ve mutluluk veren maddelerdir. Bunlar duygu düşünce davranış için gereken ve bunları yöneten üç temel maddedir. Bu maddelerin içinde serotonin azalması depresyonda en büyük rolü oynar.

• **Nörotransmitter nedir, biraz daha açıklayabilir misiniz?**

Beynin kimyasıyla ilgili araştırmalarda hormon ya da sinyal iletici düzeyindeki farklılıklar da araştırılır. Sinyal ileticiler (nörotransmitter) genel olarak, nöronlar arasında sinaps denen çok küçük boşlukları doldurarak elektrik iletiminin sürekliliğini sağlarlar. Nörotransmitterlerde herhangi bir sorunun ortaya çıkması, beynin düzgün çalışmasını da etkiler.

Beyin birçok nörotransmitter salgılar, ama bunlardan yukarıda bahsettiğimiz serotonin, noradrenalin ve dopamin depresyonla en fazla ilgisi olduğu düşünülenlerdir. Serotonin, noradrenalin ve dopamin duygu durumu (yani hayattan zevk alma, neşe, istek), kaygı, korku, enerji, motivasyon, düşünce süreçleri, öğrenme, dikkat, hafıza, konsantrasyon, cinsellik, iştah, uyku, uyanıklık, ağrı gibi işlevlerde önemli görevler görürler. Ayrıca çeşitli iç organ (mesela kalp, damarlar, mide-bağırsak) faaliyetlerine de katılırlar. Serotonin yalnızca beyinde değil aynı zamanda kandaki pıhtılaşma hücrelerinde ve bağırsaklarda da bulunur.

Serotonin düzeyindeki değişimin ruh halini de etkilediği düşünülür. Yapılan bir testte gönüllülerin serotonin düzeyi düşürüldüğünde, ruh hallerinin depresyon şiddetinde olmasa da etkilediği görülmüştür. Serotonin düzeylerinin yükseltilmesiyle korku ve kızgınlık gibi olumsuz duyguları azaltabilirken, dışadönüklük ya da iyimserlik gibi olumlu duyguları artırır. Serotonin düzeyini çok çabuk yükselten antidepresan ilaçların etkisi en erken 2-3 haftada hissedilir.

• **Ne olur da beyinde bir bozukluk olur? Niye bazılarında bu maddeler azalır?**

Depresyona girenlerin üçte ikisinde sebep bulunmaz. Üçte birinde sebep bulunur. Bir kısmı kişilik özellikleri nedeniyle depresyona girer. Mükemmeliyetçi kişiler, hataya tahammül edemeyenler, şüpheli insanlar ve kendilikleriyle ilgili sorun yaşayan insanlarda daha çok görülür depresyon. Kendini beğenmeyen, sevmeyen insanların beyin kimyası bozulmaya daha yatkındır. Kadınlarda depresyon daha sıktır. Bazı ilaçlar da beynimizi depresyona yatkın hale getirebiliyor. Mesela alkol ve uyuşturucu kullanımı, sibutramin etken maddeli zayıflama ilacı, izotretinoin etken maddeli sivilce ilacı...

• **Sadece beyin kimyası bozulmalarda mı görülür depresyon?**

Temel etken beyin kimyasının bozulmasıdır tabii ki, ama bazı yaşantılar da buna zemin hazırlar. Üzücü, stresli hayat olayları beyin kimyasını bozarak depresyona yol açar. Depresyonda, üzüntü dışında da değişik duygular yaşanır. Haftalarca, hatta aylarca hiçbir şeyden zevk alamaz hale gelirsiniz, kimse sizi neşelendiremez.



DEPRESYON

**Depresyondaki
insan çok bitkindir,
içinden bir
şey yapmak
gelmez**

Depresyondaki insanın içinden bir şey yapmak gelmez. Uyku bozulur. Gece uyanmaları, sabah sıkıntıyla uyanmalar olur. Depresyona girenlerin yüzde 90'ında uyku azalır, yüzde 10'unda uyku artar. İştah ise hastaların yüzde 90'ında azalır, yüzde 10'unda artar. Depresyonda yorgunluk da olur. Unutkanlık gelişir, konsantrasyon bozulur. İşini sürdürmekte zorluk ortaya çıkar. Ağlama, sinirlilik, huzursuzluk ve gerginlik yaşanır.

• Depresyon çok yaygın bir hastalık mı? Çünkü çok fazla insan depresyonda olduğunu söylüyor. Teşisi mi kolay?

Teşisi kolay, ama yeterince teşhis edilmez. Bu kadar sık görülmesi çok yaygın olmasından

kaynaklanır. Her 6 kişiden biri hayatında en az bir kere depresyon geçirir. Bunların çoğu maalesef gözden kaçır, depresyon teşhisini almaz ve tedavissiz kalır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre depresyon, dünyadaki bir numaralı sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü hastalıkların önemini belirlerken 1-Sıklığını, 2-Yol açtığı yeti kaybını (yani maluliyeti veya sakatlığı), 3-Yol açtığı ölümleri hesaba katar. Depresyon çok sıktır ve genellikle genç yaşlarda ortaya çıkar. Dışarıdan bakıldığında sakatlığa yol açmıyor gibi görünür; ama kolu bacağı tutmayan, gözü görmeyen çoğu kişi, depresyon geçiren birine göre genellikle çok daha verimlidir. Trafik kazaları, kalp krizleri, kanserler en sık ölüm sebepleridir; ama intihar da 40 yaşın altında en sık ikinci veya üçüncü ölüm sebebidir. Dünyadaki en itibarlı tıp dergilerinden biri (The Lancet) 2008 ve 2009 yıllarını küresel ruh sağlığı konusuna ayırdı.

• Bu durumda dünya ile bizi kıyasladığınızda depresyonun eğitim, sosyal, ekonomik durumla bir ilgisi var mıdır?

Evet, ilişkisi vardır. Depresyon fakirlerde daha sık görülür ve seyri daha kötüdür. Yapacak iş bulamayan zenginler bunalıma girer düşüncesi doğru değildir. Kadınlarda erkeklere göre 1.5 - 2 kat daha sık görülüyor. Erkeklerde ise intihar sonucu ölüm sık görülür. Kadınlarda intihar girişimi çok, ama ölümle sonuçlanması erkeklere oranla azdır.

• Türkiye'de depresyon sık görülüyor mu?

Hiç az değil: 6'da 1. Yani her 6 kişiden biri hayatı boyunca en az bir kere depresyona girer.



• **Peki İsveç gibi ülkelerde intiharın yüksek olduğu söyleniyor? Bu nasıl açıklanabilir?**

Kuzey ülkelerinde intihar kesinlikle daha sık görülür, hayat-ölüm istatistikleri ortadadır. İntihara bağlı ölümlerin en sık görüldüğü ülkeler Baltık cumhuriyetleridir. Her yıl intihar edenler Baltık ülkelerinde 100.000 de 70 kişi, İngiltere'de 100.000 de 30 kişidir. Akdeniz'e kıyısı olanlar ülkelerde bu oran 100.000 de 7'lere düşer. Bizde ise büyük istatistik problemi var, bu yüzden kesin rakamları bilemiyoruz; ama acilde çalışan her hekim, intiharın yurdumuzda da ne kadar sık olduğuna hemen her gün şahit olur. İntiharın Kuzeyde sık görülmesinde ispat edilen iki etken vardır: genetik ve alkolün toksik etkileşimi! Bazı ailelerde geçiş genetikdir. Depresyon anne ve babada varsa evladına da geçecek diye kesin bir kural yoktur, ama bazı depresyon ailelerinin var olduğu da muhakkaktır. İntihar da bazı ailelerde fazladır. Kuzeyde güneşin olumsuz etkisinin olduğu da tahmin edilir, ama bu kesinlikle ispatlanmış değildir. Alkol kuzey ülkelerinde depresyonu tahrik eder. Aile bağları ve dini inanç etkilidir. Japonya'da dini inanç intihara engel olmak yerine körüklüyor, İslam ve Hıristiyanlıkta kendi canına kıymak en büyük günahlardan biridir.

• **Bir kişi doktora gitmeden kendinde hangi belirtileri görürse bu depresyon olabilir?**

En az iki hafta süreyle hayattan eskisi kadar zevk alamamak, bazen hiç tat alamamak. Yine en az iki hafta süreyle isteksizlik, içinden bir şey gelmemek. Uyku bozukluğu, genellikle uyku azlığı, bazen uyku fazlalığı.

İştahsızlık, bazen iştah artışı.

Yorgunluk, uyuduğu halde dinlenememe.

Unutkanlık, dikkatte azalma, konsantre olamama.

Cinsel zevk ve istekte azalma.

Huzursuzluk.

Sıkıntı.

Sinirlilik.

Gerginlik.

Ağlama.

Durduk yerde ölümle ilgili şeyler düşünmek.

Sonrasında kendini öldürme fikri gelebilir ama bu durum ağır depresyondadır. Depresyonda geniş getirme anlamında ruminasyon olur. Beynin geniş getirmesidir. Beyin sürekli olarak geçmişte yaşadığı olumsuz şeyleri hatırlar. Evliliği, çocukluğu ile ilgili yaşadığı sorunlar kendisinin işlediği günahlar, sorunlar aklına gelir. Bazen çok ufak şeylere takılır.

Bazen de geçmişle ilgili kaygılı düşünceler gelişir. Kendisinin hastalanacağı, çocuklarının eşinin öleceği ile ilgili kaygı duyar. Depresyona yüzde 90 kaygı eşlik eder. İş performansında düşme önemli belirtilerdir. İsrarla iki hafta diyorum çünkü bazen herkeste bu yakınmalar olabilir.



DEPRESYON

**Depresif kişinin
yüzü ters omegadır.
Alın çizgileri
aşağı iner,
kederli bir
görüntüsü
vardır**

• Hangi tür rahatsızlıklar depresyona zemin hazırlar?

Bunu ikiye ayırmak lazımdır. Biyolojik ve psikolojik faktörler söz konusudur. Biyolojik faktörler (mesela bazı hastalıklar) depresyona zemin hazırlar. Bunların başında beyin hastalıkları gelir.

Epilepsi (sara) hastalarında intihar oranı çok yüksektir, normal nüfusa göre 10 ila 20 kat daha fazla görülür. Epilepsi bir beyin hastalığıdır. Çocukluk çağında başlayıp yıllarca bunu yaşayan kişilerde zekâ problemi, bazen de davranış problemi ortaya çıkar. Bu epilepsinin beynin neresini etkilediğine bağlıdır. Bazen davranışla ilgili bölgeyi, bazen zekâ ile ilgili bölgeyi etkiler; duygularla ilgili bölgeyi de bozabilir. Beyin tümörleri de depresyonu yaratır.

Beynin ön bölge tümörleri buna neden olur mesela. Parkinson hastalığı ve bunamalar da depresyon sebepleri arasındadır.

Tiroit hastalıkları, bilhassa hipotiroidi (bir tür guatr, tiroit bezinin az çalışması) depresyona yol açar. Hipotiroidi hastası bezgin, bıkkın, hareketsiz bir insan haline gelir. Tiroit bezi fazla çalıştığında ise (hipertiroidi) sinirlilik ortaya çıkar, öfkesine hâkim olamaz kişi. Yani hipotiroidide apatik (durgun), hipertiroidide ajite depresyon gelişir. Böbrek üstü bezlerinin hastalıkları, pankreas kanseri depresyona yol açabilir. Anemi, kansızlık depresyon belirtilerine sebep olabilir. Depresyonla karşımıza gelenlerde bunlara bakarız. Âdet öncesi gerginlik kadınların yüzde 75'inde vardır, bu kadınlar depresyona sık girerler.

Sigaranın bırakılması depresyonu beraberinde getirebilir. Uyuşturucu ve alkol kullanımı ve bırakılması da depresyona yol açabilir. Kokain kullanımı da depresyonu getirebilir, çünkü bu madde büyük bir mutluluk enerji artımı yaratır ama bir süre sonra beyinde mutluluk hormonu depoları boşalır. Bir takım ilaçlar da (sibutramin etken maddeli zayıflama ilacı, izotretinoin etken maddeli sivilce ilacı) depresyona neden olabilir, hatta çok ağır depresyon gelişebilir. İnterferon depresyona yol açan ilaçlardan biri. Kortizon, bazı verem ilaçları da yine depresyonu beraberinde getirebilir.

• Maskeli depresyon nedir?

Bedensel belirtilerle ortaya çıkan depresyondur. 'Mutsuzum. Keyif almıyorum hayattan' demez kişi, ama doktor doktor dolaşır; nefes darlığı, çarpıntı, sıkıntı ile gezer durur. Strese bağlı bedensel belirtiler taşır. Histeriye benzer aslında. Bunu ayırt etmek önemlidir, çünkü tedavi yaklaşımları farklıdır. Karında şişkinlik, geçirme, gaz, bunlar bazı kişilerde depresyon belirtisidir.



• **Depresyonun yol açtığı rahatsızlıklar var mı?**

Depresyon birçok probleme yol açabilir. Maskeli depresyonda bahsettiğimiz bir dizi belirti depresyon sonucu oluşur. Psikosomatik hastalıklar ortaya çıkar. Tansiyon kontrolü zorlaşır, astım atakları sıklaşabilir. Sedef hastalığına zemin hazırlar depresyon. Kronik depresyonu olanlarda kalp damar hastalıkları, kanserler erken görülür. Çünkü beyin bozulduğunda tüm vücut etkilenir bundan. Uzun süren streste böbrek üstü bezi salgıyı artırır; bu da kanda yağ ve şeker dengesini, kan basıncı kontrolünü bozar, sonuçta kalp damar hastalıkları artar.

Serotonin azalmasında yeme bozuklukları da çıkar ortaya. Anoreksiya, bulimiya gibi. Zaten beyin elektrosu çekildiğinde ön bölgelerdeki bozulmalar anoreksiya ve bulimiya hastalarında da net olarak görülür (klasik elektro ile değil, QEEG ile).

• **Depresyonun psikolojik sebepleri nelerdir?**

Kişinin büyük bir üzüntü atlatması, geçmiş yaşamında yıkıcı olaylar yaşaması depresyon riskini artırır. 10 yaşından önce ebeveynini kaybeden çocuğun, 40 yaşında depresyona girme ihtimali dahi vardır.

Titiz, takıntılı insanlar daha sık depresyona girer. Onay görmek isteyen, başkalarına bağımlı insanlar; hayır diyemeyenler; herkes beni beğensin, takdir etsin, hakkımda olumsuz bir şey düşünmesin, kimseyi incitmeyeyim diyenler depresyona yatkındırlar. Sevilme ihtiyacı fazla olanlar, baskı altında yetişenler depresyona namzettirler. Kendini beğenmeyenler de daha sık depresyona girerler. Aşırı sorumluluk duygusu taşıyanlar, kendilerinden ve başkalarından beklentileri yüksek olanlar da depresyona eğilimlidirler. Şüpheli insanlar da depresyona girebilirler.

Kadınlarda depresyonun sık görülmesinin önemli sebeplerinden biri hormonlardır; ama kadınların baskı altında yetiştirilmeleri, duygusal-fiziksel-cinsel şiddete ve tacize daha fazla maruz kalmaları, eğitim ve iş hayatında erkeklere göre dezavantajlı konumda olmaları (daha az okutulmaları ve ekonomik durumlarının daha kötü olması), aileyle ilgili sorumluluklarının daha fazla olması (çocukların, yaşlanan anne-babaların, hasta akrabaların bakımı...) kadın depresyonunun sebepleri arasındadır.

• **Depresyondaki bir kişiye dışarıdan baktığımızda görüntü olarak nasıl tanımlıyoruz?**

Depresif kişinin yüzüyle ilgili bir tabir vardır: omega yüzü. Ağır depresyonda insanın yüzü ters omega şeklindedir. Bütün yüz kasları kederle kasılır, çizgileri belirginleşir. Burun kenarlarından dudaklara doğru bakıldığında bir omega harfi okunur. Büyük acı çektiği, yüzünden bile anlaşılır kişinin. Depresyon geçirenlerin ağlamaklı yüzleri vardır ve ses tonları kederlidir. Alçak sesle konuşurlar, düşüncelerini toparlayamazlar, bu yüzden rahatça ifade edemezler, sorulara uzun sürede cevap verirler, zihinleri yavaşlamıştır (hatta bazen durmuş gibidir). Reaksiyon zamanları uzamıştır. Hasta, depresyonu düzelince 10-20 yaş genç görünür.



DEPRESYON

**Depresyon
erkeklerde,
huzursuzluk ve
sinirlilik olarak
kendini
gösterir**

• **Öğrenilmiş çaresizlik nedir?**

Öğrenilmiş çaresizlik, depresyona yol açan nedenlerden biridir. Bunu en iyi anlatan deneylerden biri farelerle yapılmıştır. Fareyi labirente koyarlar, ama peynir koymazlar; bu mahrumiyet bir süre devam eder. En sonunda fareyle birlikte labirente peynir de konu; ama hayvan nasıl olsa zaten peynir yoktur diyerek aramaz ve kendini açlıktan öldürür. Hayatında bir süre üzücü, çözümsüz olay yaşayanlarda bu 'nasıl olsa çare yoktur' duygusu gelişir ve çözülecek olayları bile çözemezler.

• **Kış depresyonu veya bahar depresyonundan bahsedilir. Böyle bir şey var mıdır?**

Evet, 'mevsimsel depresyon' diye bir şey vardır. Bazı kişiler belirli mevsimlerde depresyona

girerler. Mevsimsel depresyon en sık olarak sonbahar ve kışın çıkar ortaya. Aşırı bitkinlik, fazla uyku, karbonhidrata aşerme görülür. Bu hastalık ilaçların yanı sıra fototerapi (ışık tedavisi) ile giderilebilir. Depresyonun etkili tedavilerinden biri de ışık tedavisidir. Hasta her gün yarım saat ultraviyole ışını alır. Depresyon tedavisinde oldukça etkili bir yöntemdir, ama bırakılınca depresyon tekrarlayabilir. Pahalı olmayan bir tedavidir.

Mevsimsel depresyon melatonin seviyesinin değişmesine bağlı olarak gelişir. Sadece karanlıkta salgılanan bir maddedir melatonin. Ve mevsimler değiştikçe salgılanma süresi, kandaki miktarı değişir. Bazı hayvanlar melatonin seviyesindeki değişikliğe göre uykuya dalar (kış uykusu) ve çiftleşir (hayvanlarda belli mevsimlerde cinsel arzu artışı, melatonin salgısındaki değişmeye bağlıdır).

• **Yaz ayında neden depresyon olur peki?**

Bazı insanlarda özellikle yazın depresyon görülür, ama sebebi çok bilinmez. Belki de bazı bünyelerin melatonine ters cevap vermesi olabilir bunun nedeni.

• **Depresyon kimlerde görülür?**

Daha önce de söylediğim gibi depresyon, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür. Menstrüel döngüde (âdet) değişimler, hamilelik, düşük yapma, doğum sonrası, erken menopoza ya da menopoza gibi hormonal etkenler kadınlarda depresyon oranının yüksek olmasında etkilidir. Ayrıca birçok kadın, hem işte hem de evde birçok sorumluluk yüklenmek, yalnız başlarına çocuk yetiştirmek ve yaşlı insanların bakımını üstlenmek gibi fazladan strese neden olabilecek şeyler de yaşarlar. Birçok kadın doğum sonrasında da aşırı hassas bir dönem geçirir. Hormonal ve fiziksel değişimlerin üstüne dünyaya yeni gelmiş bir bebeğin sorumluluğunun da binmesi,



kimi kadınlarda doğum sonrası depresyona neden olabilir. Birçok kadında doğumdan sonra mutsuzluk, kaygı, sinirlilik gibi belirtiler görülebilir, bunlar çoğu zaman geçicidir ve ciddi bir depresif durumu işaret etmeyebilir. Ancak depresif bir bozukluk durumunda tedavi gerekir. Tedaviye ilaveten aile bireyleri de anneye hem duygusal olarak, hem de fiziksel olarak destek olmalıdırlar.

Erkeklerdeyse, depresyon kadınlardan daha az görülmeyle birlikte, intihar oranı daha yüksektir. Depresyon erkeklerde genellikle alkol, kimi uyuşturucu haplar (drug) ya da toplumsal olarak kabullenilmiş fazla çalışma alışkanlıklarıyla maskelenir. Ayrıca depresyon erkeklerde umutsuzluk ya da karamsarlık hissinden çok huzursuzluk, sinirlilik ya da cesaret kırılması biçiminde kendisini hissettirir. Erkekler depresyonda olduklarını hissetseler bile, yardım arama çabaları kadınlara oranla çok düşük kalır. Yeni bir çalışma, her ne kadar depresyonun hem kadınlarda hem de erkeklerde kalp damar hastalıkları riskini artırdığını gösterse de, erkeklerde bu yüzden gerçekleşen ölüm oranının da daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Yaşlı insanlar ne yazık ki, duyguları konusunda konuşmakta gönülsüz oldukları için, yaşlılıkta rastlanan depresyon daha çok hastaların birtakım fiziksel şikâyetlerle doktora gitmeleriyle ortaya çıkar. Çoğu zaman bu durumun, başka bir rahatsızlık nedeniyle kullandıkları ilaçların yan etkisi olduğu ya da hastalıklarına eşlik eden başka bir rahatsızlık olduğu düşünülür. Uzmanlara göre, birçok yaşlı insan hayatı paylaşabileceği bir eşi, ailesi ya da arkadaşları bulunmadığından bu semptomları gösterir. Bu nedenle yaşlılar için psikoterapi, aslında etkili bir tedavi yöntemidir.

Özellikle gelişmiş ülkelerde erkeklerde intihar oranı 70'li yaşlardan sonra artış gösterir ve 85 yaşından sonra en yüksek düzeyine ulaşır. Bunun sebebi yaşlıların daha sık intihar girişiminde bulunmaları değil, genel sağlık durumları zaten bozuk olduğu için, intihar girişiminden sağ kurtulamamalarıdır.

Çocuklardaysa, neredeyse 70'li yılların sonuna kadar çoğu ebeveyn tarafından depresyon diye bir şeyin varlığı kabul edilmiyordu. Belki de "Minicik çocukta da depresyon olur muymuş?" düşüncesi yüzünden, çevremizdeki mutsuz çocukların rahatsızlığını hâlâ göremiyoruz. Ama çocuklarda da depresyon olabilir. Depresif çocuklar genellikle hastaymış gibi davranır, okula gitmeyi reddeder, anne babalarına sıkı sıkı sarılıp bırakmazlar, yakınlarının öleceğinden korkarlar. Yaşları biraz büyük çocuklarsa küserler, somurturlar, okulda huzursuzluk yaratırlar, sürekli şikâyet ederler, olumsuz tepkiler verirler ve anlaşılmadıklarını düşünürler. Gerçekte, normal davranışlar bile bir çocuktan diğerine değişebildiği için bunun çocukta geçici bir dönem mi olduğunu ya da depresyon mu olduğunu söylemek uzmanlar için her zaman kolay olmaz. Tedavinin gerekli görüldüğü durumlarda aileler özellikle olası yan etkileri nedeniyle ilaç kullanımı konusunda kaygılanırlar. Kimi ilaçların çocuklarda depresyona etkileri saptanmış olsa da tedavisiz bırakılmamaları gerekir. İlaç kullanımı kesinlikle doktorun düzenli takibi eşliğinde yapılacağından aileler müsterih olmalı ve sorularını mutlaka takip eden hekime yöneltmelidirler. Yapılan yaygın yanlışlardan birisi ilaç konusunda bazı ebeveynlerin "kulaktan dolma" bilgileri ve bazı haberleri dikkate alarak hekime



DEPRESYON

**Psikoterapide
tedaviye ailenin de
katılımı destekleyici
bir yaklaşımdır**

danışmadan ilacı kesmeleri ya da ilaç kullanma konusunda direnç göstermeleridir. İlaça başlanması ve kesilmesi kesinlikle hekim kontrolünde olmalıdır.

• **Depresyon yaşlılıkta, çocuklukta, erişkinlikte en ağır biçimde nasıl seyreder?**
Çocukluk, yaşlılık ve erişkinlikte aynıdır etkisi depresyonun. Depresyon her yaşta (çocukluk da dahil) çok görülür. Çocukta aşırı hareketlilik, huzursuzluk, ağlama, tutturma gibi belirtiler olabilir. Ders başarısında düşme, bedensel belirtiler olur. Karın ağrıları, baş ağrıları, sebebi bulunamayan ağrılar depresyona bağlı olarak gelişebilir. Mesela gece işemeleri genelde psikolojik etkenlerin sonucudur.

Yaşlılıkta yaşanan depresyonda bir farklılık vardır. Psödodemans gelişebilir, yalancı bunama da denir buna. Yaşlılarda depresyon bazen o kadar şiddetli unutkanlığa yol açar ki, "acaba bu insan bunama mı yaşıyor?" diye düşünür ve araştırırız. Depresyona bağlı bir unutkanlık varsa da 'bunamadan ehvendir' diye düşünüp seviniriz, çünkü tedavisi mümkündür. 20 yaşında yaşanan depresyon bile bazen bunamayı andırabilir. Depresyon beden sağlığını ciddi şekilde bozabilir ve hatta yaşlılarda kalp hastalıklarından ölümü artırabilir.

• **Depresyon fizyolojik hastalıkları tetikler mi?**

Kesinlikle tetikler. Yüksek tansiyon, diyabet, kanda yağ dengesinin bozulması ve bu üçünün bir arada bulunması kalp krizleri, felçler, cinsel sorunlara yol açabilir. Depresyon sigara tiryakiliğini, madde kullanımını artırır, bağışıklık sistemini geriletir, hatta kanseri bile kolaylaştırdığı söylenir. Bu konuda yapılan çok çalışmalar vardır. Meme kanserine yakalanmış kadınlar grup terapisine alınırlar. Bunların bir kısmı normal kanser tedavisi, bir kısmı ek olarak grup terapisi de görür. Grup terapisi görenlerde iki buçuk yıl sonra hayatta kalma oranı diğerlerine göre 6 kat fazla bulunur. Kalp krizi geçirip depresyona girenler arasında ölüm sık görülür. Dermatologlara gidenlerin önemli bölümü depresif hastalardır. Ayrıca, intihar girişimi sonrasında yaşlılarda ölüm oranı çok yüksektir. Yaşlı intihar etmez diye bir şey yoktur. Sadece küçüklerimize değil büyüklerimize de çok dikkat etmek gerekir. Yaşlılıkta problemler çok ağır seyredebilir.

• **Depresyona kişiyi insanın hayat tarzı mı sürükler?**

Depresyonu etkileyen en önemli faktörlerden biri hayat şartlarıdır. Hayatınızda sizleri nelerin mutsuz ettiğini, karamsarlaştırdığını görmeniz ve bunları değiştirme gücüne sahip olduğunuzun farkına varmanız çok faydalıdır. Bu da rahatsızlığın tekrarlamasını



önleyecektir. Dolayısıyla psikoterapi son derece önemlidir.

Psikoterapinin tedaviye diğer katkısı hastanın yakından takibini ve tanınmasını sağlaması, ilaç tedavisinin düzenlenmesini kolaylaştırması, danışanın tedaviye katkısını arttırmasıdır. Psikoterapiyle tedaviye ailenin de katılımı sağlanarak hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi sahibi olması, destekleyici yaklaşımı mümkün kılar. Son yıllarda yapılan tüm çalışmalar depresyonun tedavisinde psikoterapinin oldukça etkili olduğunu göstermiştir.

Depresyonun ortaya çıkmasında en önemli nedenlerden biri kişinin yaşadığı olayları algılayış şeklidir. Depresyonda kişinin kendisiyle, çevresindeki insanlarla ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceleri mevcuttur. Bu olumsuz veya çarpıtılmış düşünceler de olumsuz duygulara yol açtığından kişi sürekli mutsuzluk kısır döngüsünde hayatını sürdürmektedir. Bir danışanın iyileşme döneminde söylediği gibi: 'Kendimle ilgili ne kadar fazla kötü düşünceler doldurmuşum beynime, farkında değilmişim. Onların ben ne kadar çok üzüldüğünü fark edemedim bile...' Kişi mutsuzlukla ve olumsuz düşüncelerle öyle kuşatılmıştır ki bu kısır döngüyü aşmakta zorlanır. Çevresindeki kişilerle paylaşımları da gittikçe sınırlandığı için kimsenin kendisini anlamadığından yakınmaya başlar. Tedavide öncelikle hastaya terapinin ne olduğu, sürecin nasıl devam ettiği anlatılır. Teknoloji toplumu olmanın insanı yalnızlığa sürüklediği, topluma yabancılaştırdığı ve kendisini iyi hissetmesini engellediği konusunda birçok araştırma yayımlanmaktadır. 20. yüzyılın başlarında telefon, 1960'larda televizyon ve günümüzde de internet insanların yaşantıları üzerinde benzer etkileri olan iletişim araçlarıdır. Bunlar her ne kadar iletişim araçları olsalar da, özellikle aile içi iletişimi azalttıkları ve kişinin toplumsal çevresinin çapını daralttıkları bir gerçektir. Teknolojinin bizi mahkum ettiği bu yalnızlığın da depresyona yatkın kişilerde depresyonu tetikleyici etkide bulunduğunu çalışmalar göstermektedir.

Tedavi süreçleri

• *Tedavide bilişsel-davranışçı terapinin yeri nedir?*

Terapide bilişsel davranışçı yöntemler kullanılır. Biliş; olayları algılayış şeklimiz, inançlarımız, zihinsel tutumlarımızdır. Bu terapi 'nasıl düşünüyorsanız öyle hissedersiniz'i temel alan bir yaklaşımdır. Olumsuz düşüncelerin olumsuz duygulara neden olduğuna dayanır.

Bilişsel terapi ile amaçlanan depresyonun belirtilerinin ortadan kalkmasını, kişinin kendisini mutsuz eden nedenlerin farkına varmasını ve bunlarla başa çıkmak için etkili stratejiler geliştirmesini sağlamaktır. İlerde karşılaşılabileceği sorunlarla ilişkili etkili korunma yöntemleri geliştirmektir.

Depresyonda kişi kendisiyle ilgili, çevreyle ilgili ve gelecekleri ile ilgili olumsuz düşüncelere sahiptir. Kendini güçsüz, sevilmeyen, yetersiz biri olarak görür. Çevresindeki insanların kendisine destek olmadığına, onlar tarafından sevilmediğine inanır. Gelecekle ilgili de karamsar ve umutsuzdur. Sürekli olumsuz düşünme, olumsuz



DEPRESYON

**Psikoterapi,
hastalıkla
başa çıkmanın
yollarını
aramak
açısından
önemlidir**

duygularımızın nedenidir ve depresyona katkıda bulunur. Olumsuz düşünceler incelendiğinde bunların 'bilişsel çarpıtmalar' içermekte olduğu saptanmıştır. İlk başta bunu fark etmeyebiliriz, ancak bu düşünceler incelendiğinde mantıksız ve hatalı olduklarını görebiliriz. Bu şekildeki olumsuz düşüncelerin, çarpıtılmış düşünce şekillerinin hastanın duygularını nasıl etkilediğinin farkına varılması, bu aslı olmayan düşüncelerin nasıl otomatik olarak geldiğinin görülmesi önemlidir. Bu negatif otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar depresyonun devamını sağlar. Olumsuz düşünceleriniz, inançlarınızı etkiler; bu inançları sorgulamadan kabul ettiğinizde bilişsel hatalar doğar. Bu bilişsel hatalardan birkaç örnek verebiliriz: Sadece iki aylık bir staj ve bir aylık kısa iş

deneyimi istediği gibi gitmeyen ve bunlardan kendi isteği ile ayrılan bir kişinin 'Hiçbir işte başarılı olamıyorum' demesi. Bu şekilde bir yaklaşım sadece iki olaydan yola çıkarak yapılmış bir genellemedir. Genellemeler zihnin bilişsel çarpıtmalarıdır. Otomatik olarak ortaya çıkarlar bunlar ortadan kalkmadığı sürece kişiyi mutsuz ederler. Diğer bir örnek de olumlu olan şeyleri geçersiz kılmaktır. Örneğin sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayan ancak okul başarısı ve aile ilişkileri iyi olan Bayan X'in 'Okul başarısı ve aile ilişkileri herkesin iyidir. Önemli olan sosyal ilişkilerin iyi olmasıdır' şeklindeki yaklaşımı olumluyu geçersiz kılmaya örnektir. Bu olumsuz düşünceler 'otomatikleşmiş'tir. Kişi bunların farkında değildir, birden bire ortaya çıkarlar. Yaşadığımız olayları çarpıtılmış şekilde algıladığımızda, duygusal tepkilerimiz de üzüntülü olacaktır. Bu nedenle yaşadıklarımızı doğru algılayabilmek son derece önemlidir. Bu noktada bilişsel davranışçı tedavi devreye girer. Bilişsel davranışçı tedaviler özellikle depresyonda oldukça etkilidir. Tedavi süresi depresyonun ağırlığına bağlı olmakla birlikte hafif düzeyde depresyonda 12-16 terapi oturumunu kapsayan bir süreçtir. Orta ve ağır düzeyde depresyonda bu süreç uzamaktadır. İlaç tedavisi artık bilişsel davranışçı terapi oldukça işe yarayan bir yöntemdir.

• **Tedavilerde yanlış ve doğru yaklaşımlar nasıl özetlenebilir?**

"Topla artık kendini. Çık, dolaş kafanı dağıt biraz" türünden yaklaşımların ne kadar yüzeysel ve yetersiz kaldığı artık hemen herkesçe kabullenildi. Depresyon büyük oranda tedavi edilebilir bir hastalık ve tedavi edilmediği sürece yinelemesi ya da intihar gibi ağır sonuçlarla noktalanması muhtemeldir. İstatistiklere göre, hastaların



yaklaşık yüzde 70'inde iki ay içinde hastalık şiddeti yarı yarıya azalır. Tedavi gören hastaların dahi dörtte birinin bir yıl içinde, yarısının da on yıl içinde yeniden depresyon geçirme ihtimalleri vardır; ama en azından ağır depresyon durumunda hastaların bir uzman gözetiminde tedavi görüyor olmaları kötü sonuçların doğmasını önleyebilir.

Depresyondan kuşku duyulduğunda öncelikle, tedaviyi gerçekleştirecek olan uzmana kullanılmakta olan başka ilaçlar varsa bunlardan söz edilmelidir. Viral enfeksiyon ilaçları bile kimi zaman depresyon belirtilerine benzer etkiler doğurabilir. Ayrıca, alkol ya da kimi uyuşturucu ilaçlar da bu belirtilere benzer belirtilerin görülmesine neden olabilir. Depresyon tedavisi olarak uygulanan üç temel yöntem vardır: Psikoterapi, ilaç tedavisi ve elektroşok tedavisi. Bunlardan hangisinin uygulanacağına tedaviyi üstelene uzman, değerlendirme sonuçlarına göre karar verir. Hafif depresyon geçiren hastalar için yalnızca psikoterapi yeterli olabilirken, daha ağır durumdakiler antidepressan ilaç tedavisi de görmelidir. Antidepressanlar, kısa sürede etkili olabilirken, psikoterapi hastalıkla başa çıkmanın yollarını aramak açısından önemlidir.

Günümüzde kullanılan antidepressanların ilk örnekleri aslında rastlantısal olarak keşfedilmiş ilaçlardı. MAO (monoamino oksidaz) inhibitörleri ve trisiklik adı verilen antidepressanlar aslında tüberküloz ve parkinson gibi hastalıkların tedavilerinde kullanılırken, antidepressan etkileri fark edilmiş olan ilaçlardır. Son yıllarda adı neredeyse batılı toplumların adlarıyla birlikte anılır hale gelen Prozac (mutluluk hapı!) türü ilaçlar (SSRI-Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri) beyin sinir hücreleri boşluklarındaki normal serotonin emilimini bloke etmek için geliştirilmiştir.

Antidepressanların hastalık üzerinde olumlu etkileri kanıtlanmakla birlikte her grubun belirli birtakım yan etkileri vardır. MAO inhibitörleri mayalı gıdalarla (peynir, şarap, bira gibi) ya da salamura balıkla alındığında kan basıncının aniden yükselmesiyle yüksek tansiyona, hatta felce ve ölüme neden olabilir. MAO inhibitörleri Türkiye'de yoktur. Trisiklik antidepressanlar kabızlık, uykululuk, sersemlik, kafa karışıklığı gibi yan etkilere yol açabiliyor. Aşırı dozda alındığındaysa ölüme neden olabilir. SSRI'larsa ilk günlerde mide bulantısı, uykusuzluk, ajitasyon ve anksiyeteye sebebiyet verebilir. Ancak bütün bu yan etkiler herkeste görülmez.

Çok ağır depresyon geçiren ve bu nedenle hayatı tehlikede olan ya da antidepressanlara cevap vermeyen hastalarda elektroşok tedavisi (EKT) uygulanabilir. EKT, daha çok antidepressanların semptomlar üzerinde yeterli etkiyi sağlayamadığı durumlarda kullanılır. Gerçekte belki de yüzyıllardır kullanılmakta olan EKT, son yıllarda bilim adamlarının ve halkın güvenini yeniden kazanmaya başladı. EKT'de anesteziyle uyutulan hastaya kas gevşeticiler verilir ve oksijen maskesi desteği sağlanır. Daha sonra hastanın kafasında belirli yerlere yerleştirilen elektrotlar yardımıyla elektrik itmesi verilir. EKT'nin istenilen düzeyde etkili olabilmesi için en az birkaç hafta boyunca, haftada üç kez uygulanması gerekiyor.



DEPRESYON

Manyetik uyarım tedavisi Kanada'da, İsrail'de, Hollanda'da ve Avustralya'da standart tedaviler arasındadır

Manyetik uyarım tedavisi

Elektroşok tedavisinde beyne elektrik akımı verildiğini söylemiştik. Manyetik uyarım tedavisinde ise başka bir akım türü olan 'manyetik akım' verilir. Bir cihaz, elektrik akımını manyetik akıma çevirir, bu manyetik akım da 8 şeklinde bir mıknatıs ile sol şakak bölgesine tatbik edilir.

Manyetik akımın en büyük avantajı, vücutta uygulandığı noktadan en fazla 2 santimetre derine gidebilmesidir. Halbuki bilindiği gibi elektrik akımı açısından insan bedeni 'iletken'dir: Elektrik anında bütün vücuda yayılır (hatta elektrikleşmiş kişiye dokunan diğer vücutlara da yayılır). Manyetik akım ile vücudun sadece istenilen noktası uyarılır. Depresyonda uyarılması istenilen nokta beynin şakak

bölgesidir (genellikle de sol şakak).

Dolayısıyla manyetik uyarım tedavisinde yan etki çok azdır. Hastanede yatış şart değildir, anestezi gerekmez, unutkanlık olmaz (hatta dikkat ve hafızada artış bile sağlanabilir). Ancak beynin küçük bir bölgesinin uyarılması bile bazen sara nöbetine yol açabilir.

Manyetik uyarım tedavisi haftada beş gün yapılır, en az 15-20 seans sürer, günlük tedavi süresi 10 dakika kadardır. Seans sayısı 30'a çıkınca, hastaların daha büyük bir bölümünün düzeldiği görülür.

Manyetik uyarım tedavisi Kanada'da, İsrail'de, Hollanda'da ve Avustralya'da standart tedaviler arasında kabul edilmiştir. Amerika'da ve Avrupa'nın çoğu ülkesinde şimdilik sadece bilimsel çalışmalarda kullanılmaktadır.

1995'ten beri depresyonda kullanılan manyetik uyarım ile ilgili çalışmalara bakıldığında şunu görürüz: Diğer yöntemlerle düzelmeyen hastaların üçte ikisi manyetik uyarımdan yararlanır, kısmi veya tam düzelme gösterir. Bu hastaların diğer tedavilere dirençli hastalar olduğunu tekrar hatırlatalım.

Hatta bazı çalışmalarda manyetik uyarımın elektroşokla aynı derecede etkili olduğu bile ileri sürülmüştür. Ama başka çalışmalar hiç olmazsa ilk haftalarda elektroşokun daha üstün olduğunu ortaya koymuştur.

Bilimsel literatür manyetik uyarımın yararlarını desteklemekle birlikte, yeni bir tedavi yönteminin klinikte uygulanabilmesi için daha fazla veriye ihtiyaç duyulduğunu savunanlar çoğunluktadır.



Psikoterapi

• Psikoterapi Nedir?

Psikoterapi, geleneksel anlamda psikolojik sıkıntıları olan kişilere, sıkıntılarının ne olduğunu anlamalarına, kökenleri hakkında bir iç görü kazanmalarına ve bunlara uygun çözüm yollar bulmaları için öneriler getiren her türlü yöntem diyebiliriz. Psikoterapiye belli bir kuramın getirdiği, belli bir açıklama ve bu açıklamayla uyuşan bir çözümlene yolu olarak da bakabiliriz. Günümüzde çok farklı ve çok sayıda psikoterapiler kullanılır. Bunların birtakım ortak yönleri vardır ve bu ortak yönler de öncelikle kişinin problemini normalleştirmek, yani bu sıkıntıların başka insanlarda da bulunduğu ve bunlarla ilgili bilgi sahibi olduğu söylenerek kişiye umut aşılacak, bu problemi sistemli bir yaklaşımla anlamak ve tedavi etmek diyebiliriz.

• Psikoterapinin moral verici konuşmalardan ya da diğer rahatlatıcı şeylerden farkı nedir?

Aile ya da komşular da geçici rahatlamayı sağlayabilir; ama psikoterapiyi uygulayan psikoterapist her şeyden önce eğitilmiş biridir ve sorunu olan kişiyle bireysel bir yakınlığı olmadığı için tarafsız davranabilir. Ayrıca, kişiye getirdiği iç görüşler ve önerdiği çözüm yolları açısından da belli bir kuram ve araştırmalara dayalı etkin stratejileri uygulayabilir.

• Psikoterapi ortalama ne kadar sürer?

Bu, kişiden kişiye ve yaklaşımdan yaklaşıma değişir. Son yıllarda yapılan araştırma bulgularına göre, depresyon tedavilerinde en etkili psikoterapi yöntemi bilişsel-davranışsal terapilerdir. Bu terapilerin özelliği, depresyonun en yoğun olduğu, tedavinin başında haftada bir ya da iki kere hastayla psikoterapistin bir araya gelmesi ve görüşmeler arasında kalan zamanda da ev ödevlerinin uygulanmasıdır. Bunlara hasta ve terapist birlikte karar verdikleri için daha yaygın etkileri olabilir. Bu terapiler genellikle 14-20 hafta sürer. Bilişsel-davranışsal terapi hemen hemen en kısa sürede en etkin terapi yöntemidir. Diğer terapi yöntemleri daha uzun sürebilir. Birçok araştırmada bu terapilerin bazı durumlarda ilaç kadar etkili olduğu gözlenmiştir. Bu alanda çok net sonuçlara ulaşmak zor olsa da, bilişsel-davranışsal terapiler bittiği zaman ilaçlarla aynı etkiyi verir, fakat daha uzun süre etkisinin devam ettiği görülür. İlaç alırken vücutta kimyasal değişim sağlanabilir ama, bilişsel terapide kişi kendi düşünce sistemini, kalıplarını fark edebilme, sorgulama ve değiştirebilme fırsatı bulur. Kişinin belki çocukluğundan beri taşıdığı, örneğin yetersizlik duygusunu sorgulayarak değiştirebilmesi mümkündür. Ama dinamik oryantasyonlu dediğimiz, bilinçaltına itilmiş bazı anıların, düşüncelerin kişiyi rahatsız ettiği ve kişinin bunları fark edip çözümlemesi gerektiğini kabul eden yaklaşımlar çok daha uzun süren psikoterapi süreçleri gerektirir. Tekrar hatırlatırsak, günümüzde depresyon tedavisinde en yaygın olarak bilişsel-davranışsal psikoterapi kullanılmaktadır.



DEPRESYON

Modern anlayışa göre ilaç ve psikoterapi kombinasyonu en etkili yöntemdir

• Bu farklı yöntemlerin amaçları ya da hedefleri de farklı mı?

Psikoterapiler hemen hemen beş değişik düzey üzerinde çalışır. En üst düzeyde kişinin semptomlarını ya da çevreyi değiştirerek kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik; ikinci düzeyde, daha çok kişinin düşüncelerini değiştirmeye çalışarak iyileşmesini sağlayan; üçüncü düzeyde aileyi, sistemi değiştirmeye yönelik; daha alt düzeyde daha genel sistemler üzerine ve en alt düzeyde de derinde yatan çatışmaları çözmeye yönelik yöntemler olarak beş değişik düzeyde çalışır psikoterapiler. Bu nedenle süreleri de farklı olabilir.

• Psikoterapi her zaman etkili mi ya da tek başına yeterli olabilir mi?

Psikoterapi her zaman herkese uygun olmayabilir. Bilişsel-davranışsal terapilerin uygun olması için her şeyden önce kişinin motivasyonunun yüksek olması, terapistle iyi bir ilişkinin kurulabilmesi, bu modeli benimseyebilmesi ve içselleştirebilmesi, kendisini sözel olarak ifade edebilmesi gereklidir. Kişinin psikoterapiden beklentileri önemlidir. Bir de kişiye psikoterapi pahalı gelebilir. Devlet hastanelerinde çok fazla hasta olduğu için uzun uzun psikoterapi yapılamaz.

Depresyonda bizim en fazla üstünde durduğumuz şey, ölüm düşüncesi ve intihar riskidir. Eğer hastada intihar riski varsa, mutlaka tedaviye ilaçla başlamak gerekir. Semptomlar hafifleyip, kontrol altına alındıktan sonra ve dikkati toparlandığında hasta, psikoterapiden yararlanabilir.

• Depresyon yineleyebilen bir rahatsızlık. Hasta psikoterapistine karşı bağımlılık geliştirebilir mi?

Kişi bir psikoterapiden geçmişse, belli bir iç görü kazanmış olur. Hayatla başa çıkarken belli yaklaşımlarının onu depresyona götürebileceğini öğrenmiştir. Depresyona yatkınlığı olduğunu bildiği için, bir daha depresyona girme eşliğine geldiğinde kendisi bunun daha fazla farkına varabilir. Bilişsel terapiler aslında bir eğitim sürecidir, kişiye çok fazla bakış açısı ve strateji öğretiriz. Kişi kendi kendisine de onları uygulayabilir. Bu, ev ödevleriyle de pekiştirilen bir şeydir. Ayrıca, bilişsel terapilerde depresyonun yenilenmesinin önlenmesi için program yapılır. Diyelim kişi kendisini çok iyi hissediyor, testler de bunu doğruluyor. Biz o kişiye depresyonunuz geçti gidin demeyiz; alt ay sonra bir daha görüşelim deriz. Böylece kişi eğer nüks etmeye yatkınlık görürse, o zaman neler yapabileceği konusunda önceden hazırlanan bir program yaparız. Bunlara 'aşılama seansları' deriz (yani altı ay sonra bir daha görüşürüz hastayı). Terapi tamamen



• ***Bu farklı yöntemlerin amaçları ya da hedefleri de farklı mı?***

Psikoterapiler hemen hemen beş değişik düzey üzerinde çalışır. En üst düzeyde kişinin semptomlarını ya da çevreyi değiştirerek kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik; ikinci düzeyde, daha çok kişinin düşüncelerini değiştirmeye çalışarak iyileşmesini sağlayan; üçüncü düzeyde aileyi, sistemi değiştirmeye yönelik; daha alt düzeyde daha genel sistemler üzerine ve en alt düzeyde de derinde yatan çatışmaları çözmeye yönelik yöntemler olarak beş değişik düzeyde çalışır psikoterapiler. Bu nedenle süreleri de farklı olabilir.

• ***Psikoterapi her zaman etkili mi ya da tek başına yeterli olabilir mi?***

Psikoterapi her zaman herkese uygun olmayabilir. Bilişsel-davranışsal terapilerin uygun olması için her şeyden önce kişinin motivasyonunun yüksek olması, terapistle iyi bir ilişkinin kurulabilmesi, bu modeli benimseyebilmesi ve içselleştirebilmesi, kendisini sözel olarak ifade edebilmesi gereklidir. Kişinin psikoterapiden beklentileri önemlidir. Bir de kişiye psikoterapi pahalı gelebilir. Devlet hastanelerinde çok fazla hasta olduğu için uzun uzun psikoterapi yapılamaz.

Depresyonda bizim en fazla üstünde durduğumuz şey, ölüm düşüncesi ve intihar riskidir. Eğer hastada intihar riski varsa, mutlaka tedaviye ilaçla başlamak gerekir. Semptomlar hafifleyip, kontrol altına alındıktan sonra ve dikkati toparlandığında hasta, psikoterapiden yararlanabilir.

• ***Depresyon yineleyebilen bir rahatsızlık. Hasta psikoterapistine karşı bağımlılık geliştirebilir mi?***

Kişi bir psikoterapiden geçmişse, belli bir iç görü kazanmış olur. Hayatla başa çıkarken belli yaklaşımlarının onu depresyona götürebileceğini öğrenmiştir. Depresyona yatkınlığı olduğunu bildiği için, bir daha depresyona girme eşliğine geldiğinde kendisi bunun daha fazla farkına varabilir. Bilişsel terapiler aslında bir eğitim sürecidir, kişiye çok fazla bakış açısı ve strateji öğretiriz. Kişi kendi kendisine de onları uygulayabilir. Bu, ev ödevleriyle de pekiştirilen bir şeydir. Ayrıca, bilişsel terapilerde depresyonun yenilenmesinin önlenmesi için program yapılır. Diyelim kişi kendisini çok iyi hissediyor, testler de bunu doğruluyor. Biz o kişiye depresyonunuz geçti gidin demeyiz; alt ay sonra bir daha görüşelim deriz. Böylece kişi eğer nüks etmeye yatkınlık görürse, o zaman neler yapabileceği konusunda önceden hazırlanan bir program yaparız. Bunlara 'aşılama seansları' deriz (yani altı ay sonra bir daha görüşürüz hastayı). Terapi tamamen kesilmez, bir takip sürecine girilir.

Hasta eğer terapistine bağımlı hale gelmişse hem kötü bir terapi yapılmış, hem de terapi beklenen başarıya ulaşamamış diyebiliriz. Çünkü, depresyonda en önemli şeylerden biri bağımlı olmaya yatkınlıktır. İşbirliği ilkesi çok önemlidir modern terapilerde. Belirli amaçlarla verilen ve bu amaçların hastaya doğru bir biçimde anlatıldığı ev ödevleri de bu işbirliğini, ekip çalışmasını pekiştirir.

Depresyona yatkınlığı etkileyen risk faktörleri olduğunu biliyoruz. Örneğin, kadınların



DEPRESYON

**Depresyon
insana acı
verir ve yaşam
kalitesini bozar**

sosyalleşmeyle öğrendikleri başa çıkma stratejilerinin onları depresyona daha yatkın hale getirmesi ya da küçük yaşta anne baba kaybı, fakirlik gibi etkiler vardır. Dolayısıyla, önleyici toplumsal çalışmaların yapılması gerektiği bilincinin yerleşmesi gerekir. Bireyleri depresyona karşı dayanıklı hale getirebilmek için neler yapılabilir türünden geniş çaplı çalışmalar yapılmalıdır.

Antidepresanlar

Ortalama ömür süresi içinde, 18-65 yaş arasında insanların % 15-20'si tedaviyi gerektirecek düzeyde bir depresyon atağı geçirir. Belirli bir anda, belirli bir toplulukta 100 kişiden 2 veya

3'ünde ciddi ve tedavi gerektirecek bir depresyon durumuna rastlarız. Depresyon oldukça sık ve yaygın görülen bir ruhsal bozukluktur. Peki her depresyon belirtisi, depresyon hastalığına mı işaret eder? Hayır, depresyon belirtilerinin bir bölümü ortalama iki haftadan fazla sürüyorsa, kişinin günlük hayatının kalitesini bozuyorsa, verimliliğini, üretkenliğini etkiliyorsa ya da kişi kendisini ruh sağlığı anlamında iyi hissetmiyorsa ancak o zaman bir tedavi gerekebilir.

Depresyonu iki ana gruba ayırabiliriz: Yapısal, yani doğrudan kişinin çevresel sıkıntı ve streslerinden kaynaklanmayan, daha çok kendi genetik, fizyolojik ve psikolojik yapı sorunlarından kaynaklanan depresyon. Diğeriyse, reaktif dediğimiz ve stresli yaşam olaylarıyla baş etme sırasında yaşanan bir çökkünlük hali. Türü ne olursa olsun bunlar tedavi açısından pek fazla fark göstermezler. Elimizdeki en önemli tedavi edici araç antidepresanlar dediğimiz ilaçlardır. Bu ilaçlar konusunda çok büyük gelişmeler, atılımlar vardır. Değişik gruplara ayrılan antidepresanların da tedavi edici özellik açısından birbirlerine çok büyük bir üstünlükleri yoktur. Kabaca söylemek gerekirse, ilaçların başarısı % 65-70 gibidir. Değişik antidepresanlar denenmesine karşın, hastaların aşığı yukarı % 25-30'u bu ilaçlara cevap vermez. Modern anlayışta ilaç ve psikoterapi kombinasyonunun en etkili yöntem olduğuna inanırız. Sadece ilaçları verip, hastanın kendi halinde iyileşmesi beklenmez. Antidepresanları verirken hastayla çok olumlu bir hasta-hekim ilişkisinin kurulması, psikoterapi desteğinin sunulması tedavi başarısını çok artırır. Ancak, reaktif tür dediğimiz bazı depresyonlar antidepresan kullanmadan da psikoterapiyle tedavi edilebilir. Depresyonu doğuran olumsuz koşullar devam ettiği için bu türde, ilaç bu etkileri ortadan kaldıramaz. Yapısal depresyonlarda bile psikoterapi yararlı ve gereklidir, ancak zorunlu değildir.



• ***İlaçların yan etkileri nelerdir?***

Özellikle SSRI (Seçici Serotonin Geriahm İnhibitörleri) denen yeni ilaçların yan etkileri klasik antidepresanlara oranlara çok daha azdır. Günlük hayatı çok fazla etkilemeden, bozmadan, uyuşukluk ya da bilinç durumunda değişiklik yaratmadan depresif semptomları azaltmak ya da geriletmek mümkündür. Elbette su gibi, hiçbir yan etkileri yok denemez, ama terazinin bir kefesine depresyonla yaşamayı, diğerine bu ufak tefek yan etkileri koyduğumuzda depresyonla yaşamaktansa, ilaç tercih edilir. Antidepresanların dezavantajı, uzun süre kullanımın şart olmasıdır. Giderek azalan dozda olmak üzere en az altı ay kullanılmalıdır ilaçlar. Hatta bu süre bazen 1 ya da 2 yıla kadar uzatılır. Çok sayıda hasta ilk 1-2 ayda rahatlar ve ilacı bırakır. Bu da çoğunlukla hastalığın nüks etmesine yol açar. Zaten yeterli süre tedavi edilse bile, depresyonların tekrarlama olasılığı yüksektir. Nüks etmeyi ya da kronikleşmesini önlemek için ilaç kullanımı uzun tutulur.

• ***İlaç kullanımında nelere dikkat edilmelidir?***

Klasik tip dediğimiz trisiklik antidepresanlar, yüksek dozda alındığında depresyonda intihar eğilimi riski de yüksek olduğu için bazen ölümcül sonuçlara yol açabilir. Bu klasik ilaçların toksik (zehirleyici) etkisi yüksektir. Modern ilaçlarsa oldukça güvenlidir, çok yüksek dozda kullanılsa bile ölüm olaylarının görülmesi çok nadirdir.

• ***İlaçlar bağımlılık yapar mı?***

Hastaların ve yakınlarının en sık sorduğu soru budur. Klasik olarak bilinen şey antidepresanların fiziksel bağımlılık yapmadığıdır. Antidepresan kullanımı sırasında tolerans gelişmez. Tolerans gelişimi, size iyi gelen belli bir dozun bir süre sonra yeterli olmamasıdır. Antidepresanlar için bu söz konusu değildir. Tedavi edici bir doz uzun aylar boyunca artırılmadan hatta azaltılarak aynı etkiyi sürdürür. Ayrıca, yeterli süre kullandıktan sonra bu ilaçlar kesildiğinde yoksunluk belirtileri görülmez.

• ***Elektroşok tedavisi uygulamaları neye bağlıdır?***

Kolay kolay ilaca cevap vermeyen ya da intihar riski çok yüksek yapısal depresyonların bazı türlerinde elektroşok tedavisi (EKT) çok hızlı ve gayet etkin bir yöntemdir. Sıkıntılı ve zahmetli olduğu, hakkında birtakım önyargılar bulunduğu için hemen tercih edilen bir yöntem değildir elbette. Ama değişik tür antidepresanlara direnç gösteren hastalarda depresyonun şiddeti ağırsa ve intihar riski ya da hayati tehlike varsa EKT önemli bir tedavi aracıdır. Yan etkiler açısından da aslında ilaçlardan daha güvenlidir. Anestezi halinde, kaslar gevşetilerek verilen EKT'nin yan etkileri yok denecek kadar azdır. Her ne kadar EKT ile depresyon hızlı iyileşebilirse de, EKT depresyonun nüks etmesini önleyemez. EKT ile depresyon atağı atlatılabilir, ama yine ilaçla takibi gereklidir. Bir de depresyondan insanların öğrenebileceği çok şey olduğunu vurgulamak gerekir. Özellikle reaktif depresyonlar, insanların kişiliğini, uyum yeteneklerini, yaşam planlarını gözden geçirmelerine aracı olabilir. Depresyon geçirmiş olmak, ruh hastası olmak



DEPRESYON

Depresyon yaşayan kişilerde aile içi tartışmalar, baskıcı ve müdahaleci ebeveyn tutumları görülür

anlamına gelmez. Çökkünlük ve kaygı çok insani duygulardır, önemli olan bu duyguların belirli bir dönem şiddeti, yoğunluğu ve süresidir. Bunlar organizmanın bir çeşit alarmı da olabilir. Ben taşıyamayacağımdan daha fazla yük altındaysam ve bunun bilinçli olarak farkında değilsem organizmam bir karşılık verir adeta. İnsan bundan çok şey öğrenebilir. Depresyon içinde olmak insana acı verir, hayat kalitesini bozar; ama bu tüm duygularımızı etkileyen bir şey olduğu için kendi hakkımızda da çok şey öğretebilir bize. Ben nasıl yaşarsam, nasıl davranırsam, hayatımı nasıl planlarsam tekrarlayacak depresyonlardan kendimi koruyabileceğimi öğretir en azından.

Vakalar ve tedaviler Hasta örnekleri

Ağır depresyon türü

Bir hasta vardı. Muayenehaneye sedye ile getirildi. 48 yaşında bir erkekti. 170 cm boylarında, 42 kiloydu. Kemikleri derisine yapışmıştı. Eriyip gitmiş bir hastaydı. Başını bile sağdan sola çeviremiyordu. Göz kapaklarını açabiliyordu ama konuşamıyordu, nefes alıp verebiliyordu sadece. Hikâyesini çocukları anlattı: Sağlıklı ve mutlu bir hayat sürerken bir durgunluk, keyifsizlik hali baş göstermiş ve yatarak vakit geçirir olmuştu. 5 vakit namazı camide kılarken, evde kılmaya başlamıştı. 'Neyin var?' denildiğinde, 'Midem ağrıyor' diyor, sindirim sistemini rahatlatacak şeyler veriliyordu. Batın bölgesi tahlilleri iyi çıktığı halde, giderek bitkinleşmiş ve evden çıkamaz hale gelmişti. Tuvalete giderken bile nefes darlığı çekiyordu. Akciğerlerine bakılmış, onlar da sağlam çıkmıştı. Tüm tahlillerine bakıldığında sapasağlam olan bu hasta ne yazık ki, bir süre sonra yataktan çıkamaz hale gelmiş, giderek 80 kiloluk adam bir ayda 60 kiloya inmişti. Her tarafı ağrıyordu. 'Temiz hava iyi gelir' diye köyüne götürülmüş, ama orada iyice kötüleşmiş ve artık hiç konuşmaz hale gelmişti. Aile, hayatından umudu kesince son bir doktora götürmüştü. Bu hekim onlara, 'Babanızı sinir doktoruna götürün' demişti.

Sonra hasta bize geldi. Hasta yemek yiyemiyor, su içemiyor, tabii ilaç da alamıyordu. Damardan serumla besledik. Elektroşok yapıldı. Birinci haftanın sonunda gülümsemeye çalışıyordu. İkinci hafta belli belirsiz kelimelerle vermeye ve yemek yemeye çabalıyordu. Dördüncü haftanın sonunda sohbete başladı.

Bu kadar ağır depresyon bile elektroşokla iyileşti. Birkaç ay hiç hareket etmediği için



elleri katılmıştı hastanın. Egzersizlerle açıldı, ama eskisi gibi kullanamıyordu sol elini. Sonunda tamamen eski hayatına döndü.

Sık karşılaşılan bir örnek

27 yaşında bir bayandı. Diyordu ki, 'bir yıldır çok sinirliyim, insanları kırıyorum. Dış ortamlarda kendime hâkim olsam da anneme babama bağıyorum. Şefimle de geçinemiyorum. Büyük bir unutkanlığım var, dikkatimi toparlayamıyorum, arkadaşlarımla konuşmak istemiyorum, evden dışarı çıkmak istemiyorum. Çok bakımlı biriydim ama şimdi saçımı bile taramıyorum. Her sabah uyanıyorum, ama yataktan büyük bir zorlukla kalkıyorum. İşyeri benim için öğlene kadar işkence, öğleden sonra biraz rahatlıyorum. Kendime güvenim son derece azaldı, basit işleri bile yapamaz oldum. İş icabı sürekli yabancılarla konuştuğum halde, şimdi kimle konuşacak olsam büyük bir heyecana kapılıyorum. Yemek yaparken bile yaptığım işten emin olamıyorum. Kilo aldım.' Birkaç ay sonra yaşadığı şeylerin farkına varmıştı. Sonra biz kendisini tedaviye aldı ve çok hızlı bir gelişim gösterdi. Hatta 'Ne haldeymişim' diye şaşırıdı.

Tekrarlayan depresyona örnek

46 yaşında bir erkekti. Vücudunu bir ateş basıyordu, göğsü daralıyor, nefes alamıyordu, kafasında kötü düşünceler vardı. 'Fazla bir ömrüm kalmadı, çoluk çocuğum ne olacak' diyordu. İlk defa 10 yıl önce depresyon atağı geçirmiş ve bu durum 2 yılda bir tekrarlamıştı. Huzursuzdu, sabahları isteksizlik vardı. Sıkıntılıydı. 'Hastalığım sürekli tekrarlayacak mı?' diyordu.

Değersizlik hissi

46 yaşında 16 yıllık depresyon öyküsü olan kadın danışanımız vardı. Evliydi, 2 kız çocuk annesiydi. Ağlama, baş ağrısı, mutsuzluk, hayattan zevk alamama, unutkanlık belirtileri ile kliniğimize başvurmuştu. Önce psikiyatristimiz tarafından ilaç düzenlemesi yapılmış, sonrasında terapiye yönlendirilmişti. Daha öncesinde terapi öyküsü yoktu. 16 yıl içinde iki kez intihar girişiminde bulunmuştu. Ara ara kendisini iyi hissettiği dönemlerden bahsediyordu. Ancak tam olarak kendini mutlu hissettiği bir dönemden bahsetmiyordu. Kendisini hiçbir şeyin iyi hissettiremeyeceğini söylüyordu. Yetersizlik ve değersizlik duyguları vardı. Çevresindekilerin onu anlamadığından yakınıyordu. Eşini sinirli ve gergin biri olarak algılıyordu. Çocuklarının kendisine yardımcı olmadığını, bencil olduklarını söylüyordu. Evdeki tüm zamanını yatarak geçiriyordu. Kendi ailesinde problem olmadığını, evlendikten sonra dertlerinin başladığını anlattı. Eşinin ailesi ataerkil bir yapıya sahipti. Eşi ailenin en küçük çocuğuydu ve ailesiyle birlikte çalışıyordu. Bu nedenle de eşiyile evlendiği günden bu yana sorun yaşadığını anlatıyordu. Eşine, evliliğinin ilk yıllarında ailesine hayır diyemediği ve işlerine karıştırdığı için kızılıyordu. Bu süreçte kendisi de mesele çıkmasın diye eşine hiç hayır dememişti. Eşi ve çocukların çatıştığı durumlarda denge kurmaya çalışmıştı. Bir süre sonra artık her şeyin peşini, hatta kendisini de bırakmış, sürekli sorunlarla uğraşmaktan



DEPRESYON

Depresyonlu hastalarda suçluluk duyguları, kayba karşı tepkiler, öfkeyle baş etme zorlukları görülür

hayattan zevk alamaz hale gelmişti. Evdeki kimsenin kendisini anlayamayacağına inanıyordu. Söylediklerinin, yaptıklarının takdir edilmediğini ve karar alamadığını söylüyordu. Rahatsızlığı uzun süredir devam ettiği için de kendisine kimsenin yardım edemeyeceğini düşünüyordu. En ufak bir olumsuzluk durumunu hemen hastalığı ile birleştiriyor, hasta olarak ömrüne devam edeceğine işaret olarak görüyordu. Sürekli depresyonundan bahsediyordu. Uyanamamasından, iş yapamamasından, eşi ve çocukları ile sorunlarından söz açıyordu. Yaptığımız görüşmelerde, hastalık ön planda gözükse de daha derinde kişisel yetersizlik algısının yattığını gördük. Örneğin eşine, çocuklarına yemek hazırlamak, sofa

kurmak vb.. işleri yapa-biliyordu, az sayıda olsa da evde misafir kabul edebil,yordu; ancak eskiden beş çeşit yemek yaparken artık üç çeşit yemek yapıyor olmak hiçbir şey yapamıyor olmak anlamına geliyordu ona göre. Performansını mükemmel bulmadığı için kendini yetersiz görmekteydi (bilişsel çarpıtma; ya hep ya hiç düşüncesi). Böyle bir durumda çevresindeki kişiler tarafından onaylanmayacağı, başarısız olarak görüleceği düşüncesindeydi. Bu danışanın her şeyi mükemmel yapma ve en ufak bir olumsuzlukta kendini yetersiz görme düşüncesi kulağı tırmalamaktadır. Bunu bir arkadaş grubunda konuşuyor olsak ne kadar mantıksız diye tepki de gösterebiliriz. Oysa depresyondaki kişinin zihninde gerçekçi ve mantıklı olmayan düşünce biçimleri vardır ve kişi buna inanmaktadır. Bundan farklı bir düşünceyi kabul etmek kişi için oldukça zordur. Bu nedenle de bu çarpıtılmış düşünceler ile zihin meşguldür. Hasta çevresindeki kişileri de değersizlik duygularına farkında olmadan ortak etmeye çalışır. Seanslara da yetersiz hissettiği, başarısız olduğunu düşündüğü durumları sıklıkla getirir. Olumsuz kendilik algılamasına ortak olmamak için, yukarda örnek verdiğimiz çarpıtılmış düşünceleri sorguladık. Depresyondayken oluşan olumsuz düşüncelerinin yerine daha gerçekçi değerlendirmeler koymasına yardımcı olarak olayları daha gerçekçi düzeyde görmesini sağladık. Örneğin 'Misafirlerime 5 çeşit yemek yerine 3 çeşit yemek yaptım, yetersizim' yerine: 'Yapabildiğimde 5 çeşit yemek hazırlayabiliyorum, ama bunu her zaman yapmam mümkün değil.' Bir süre sonra hasta, eşi ve çocuklarını da algılayışındaki çarpıtmaları görmeye başladı. Çocuklarına yönelik aşırı koruyucu tutumlarının altında onları "çaresiz" olarak algılayışının yattığını gördü. Bir süre sonrada onlara yönelik aşırı koruyucu ebeveyn tutumlarını azalttı. Bu şekilde de çocukları ile iletişimde de rahatlamış oldu.

Bilişsel terapiyle birlikte kullanılan diğer bir yöntemde davranışçı terapi yöntemleridir.



Kişinin düşüncelerinde kısmen değişim sağlayabilmek için kayıt tutma yöntemleri, kişinin günlük aktivitelere katılımında oluşan isteksizliği azaltmak için kullanılan günlük aktivite programları oluşturulur. Bu programlar terapistle birlikte planlanır. Diğer bir yöntem de relaksasyon öğretmektir. Bu noktada hem bilişsel hem de davranışsal öğrenmeyi sağlayan NBF (Neuro-bioofedback) den bahsedebiliriz.

Kişilerarası Terapiler

Bu terapi yönteminde amaçlanan depresif belirtileri azaltmak ve kişinin sosyal işlevlerini düzenleyerek kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemleri azaltmaktır. Kişilerarası terapi, hastanın, depresyonun oluşumuna temel hazırlayan ya da hastalığı izleyen olayları, kişiler arası ilişkileri anlayıp bu durumlarla başa çıkma becerileri edinmesini sağlamak üzere tasarlanmış bir terapi yöntemidir. Bu sorunlar depresyon öncesinde olabildiği gibi depresyon sırasında da görülebilir. Depresyon öncesinde gelen sorunlara çocukluk döneminde rastlayabiliriz. Depresyon yaşayan erişkinlerin geçmiş yaşantıları incelendiğinde aile içi tartışmalar, baskıcı, müdahaleci ebeveyn tutumları sıklıkla görülür. Örneğin, iş yerindeki problemlerle kliniğimize baş vuran Bayan Y'nin terapi süreci başladıktan sonra eksik iletişim becerilerinin ve iş yerinde yaşadığı benlik saygısı ile ilgili problemlerin tetikleyici olduğu saptandı. Geçmişe dönük bir değerlendirme yapıldığında Bayan Y'nin çocukluğunda aşırı baskıcı ve otoriter bir babayla ilişki kurmakta zorlandığı görüldü. Babanın hiçbir yaptığını beğenmediğini, kendisini sürekli eleştirdiğini söyledi. Bayan Y başarılı bir muhasebeciydi; işyerinde para ile sorunlar yaşayan babasına yardım teklif ediyor, babası 'Sen anlamazsın' diyerek tersliyordu. Böyle bir durumda ne yapacağını bilemediğinden içine çekiliyor ve babasıyla bir süre konuşmamayı tercih ediyordu. Bu ilişki şekli çocukluğundan beri devam eden bir süreç halini almıştı.

Kişinin beklentileri ile muhatabının verebildikleri arasında belirgin bir fark olduğunda kişi çelişkiye düşer. Bu süreç devam ettikçe de sorun artar. Böyle bir sorunda kişiler arası terapide öncelikle amaçlanan kişinin tek yanlı beklentilerini anlamasına yardımcı olmaktır. Bu örnekte Bayan Y'nin babasından beklentileri incelendi. Babasının kendisi ile ilişkisinde onu bir yetişkin gibi görmesini, iş yaşamını paylaşmasını ve yaptıklarını onaylamasını beklediğini gördü. Sonra babasının kendisinden beklentileri üzerinde duruldu. Oysa babasında kızıyla iş yaşamının inceliklerine girme arzusu yoktu, kızının okumasını bile istememişti. Babası kızından beklentilerini geleneksel kadına ait sorumluluklarla sınırlamıştı. İyi bir evlilik ve torun istiyordu. Birbirlerinden beklentileri oldukça zıttı. Bayan Y kendi beklentilerini babasına dayatmadığı zaman ilişkinin düzelebildiğini fark edip bu şekilde iletişim kurmaya başlayınca ilişkide olumlu değişimler gözlemlendi. Bu örnekte olduğu gibi kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar ve bunlarla baş etme alanında kişilerarası terapi işe yaramaktadır. Bunun yanında çözülmemiş yas olayları, başkalarıyla olan çatışmalar, kişinin yaşamındaki rol değişimlerine (evlenmek, emekli olmak..) sonucunda oluşan sorunlarda da kişiler arası terapi uygulanır. Bu terapi yönteminde amaç depresyonun belirtilerinin ortaya çıkmasını



DEPRESYON

Majör depresyon tıpkı diğer hastalıklar gibi, tıbbi bir hastalıktır

önlemek, depresyonu tetikleyen koşulları anlamak, insanların kendilerini olumsuz etkileyen durumlarla başa çıkmalarını sağlayan becerileri geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Bu terapi yöntemi de yaklaşık 12-18 seansı kapsar. Görüşmeler haftada birdir.

Psikodinamik Psikoterapiler

Diğer bir tedavi yöntemi psikodinamik psikoterapidir. Bu yöntemde kişinin kendisine zarar veren, kendisinde sıkıntı yaratan duygu ve davranışlarını incelenir. Burada amaçlanan kişinin kendi istek ve arzuları ile çevresi arasında meydana gelen uyumsuzluğun sonunda oluşan çatışmaları çözümlyerek depresyonun tedavi edilmesini sağlamaktır. Bu yöntemde kişide mutsuzluk yaratan ilişkiler ve davranışların

köklerinin farkına varması amaçlanır. Bu nedenle de terapist hastanın çocukluğundan bu yana geçirdiği tüm yaşam deneyimlerini derinlemesine danışanla birlikte inceler. Bu şekilde hastanın kendisini tanıması sağlanır. Hasta, onu etkileyen yaşantıların farkına varır. Böylece, olayların üstesinden gelmesini engelleyen tutumlarını değiştirir. Amaçlanan, danışanın, kişiliğinde soruna neden olan yanların farkına varması ve çözüme yönelik sağlıklı değişiklikler sağlanmasıdır. Erken çocukluk deneyimlerinin yarattığı hayal kırıklıkları ve bunların yetişkin yaşam üzerine etkileri depresyon oluşumuna zemin hazırlar. Depresyonda kişinin bağımlılık, davranışları üzerinde kontrol sağlayamama, yakın ilişki kurma ile ilgili problemleri vardır. Bunların nedeni çocukluk çağında yaşanan duygusal problemlerdir. Hasta geçmişte kullandığı baş etme yöntemlerini terapiye getirir. Geçmişten bugüne kullanılan sorunlarla baş etme yöntemleri, savunmalar, yakın ilişkideki çatışmalar terapiye getirilir. Hastaya içgörü kazandırılarak uyumunu bozan örüntü tanımlanır, anlaması sağlanır. Depresyonlu hastalarda suçluluk duyguları, kayba karşı tepkiler, öfkeyle baş etme zorlukları, anne-baba-çocuk ilişki üçgeni sık işlenen konulardır. Terapi süreci içinde çözümlenmeye çalışılır. Dinamik psikoterapi süresi ile ilgili net bir yanıt vermek zordur. Kısa dönemli dinamik terapi en az 15-25 seanstr.

Neuro-biofeedback ve depresyon

Yoğun stres organizmada bir takım fizyolojik belirtilerin oluşmasına neden olur. Çarpıntı, kas gerginliği, baş ağrısı, nefes alış veriş düzensizlikleri gibi. Bunlara süreç içinde dikkat dağınıklığı ve unutkanlık da eklenir. Depresyonda da bu belirtilere sıklıkla rastlanır. Bu belirtiler kişinin iş ve özel yaşamını felç eder. Bu belirtilerin ortadan



kalkması stresin kontrol edilmesiyle mümkündür.

Neuro-biofeedback; Kişinin beyin dalgalarını bilgisayarda görmesiyle gerilimin azaltılmasına ve gevşemenin sağlanmasına yönelik bir yöntemdir. Bilgisayar ekranında beyin dalgalarının gözlenmesi ve bunları geri bildirim amacıyla kullanmasına dayalıdır. Kişi stresinin bedensel tepkilerini bilgisayar ekranında görür, bu belirtilerin farkına vararak kontrol etmeyi ve gevşemeyi öğrenir.

Bu tedavi için önce beynin biyoelektrik haritası çıkarılır, stresli çalışan alanlar belirlenir. Neuro-biofeedback aletinin elektrotları belirlenen alanlara takılır. Bilgisayar ekranında bu alandaki beyin dalgaları görüntülenir. Kişiyi görsel ve işitsel sinyallerle geri bildirim verilerek, kendini kontrol etmesi ve 'rahatlamış' beyin dalgaları üretmesi sağlanır. Neuro-biofeedback tekniğinde kişiyi rahatsızlığı ile ilgili farkındalık kazandırılır. Bireysel psikoterapide elde ettiği davranış değişikliklerinin, beyinde ne tür biyoelektriksel görünüm kazandığıyla ilgili geribildirim verilir. Yine bu yöntemle kas gerginliği ölçen aletler takılarak vücudun gerginliği ile ilgili görsel ve işitsel sinyaller bilgisayar ekranına yansıtılır. Bu sinyallerden alınan geri bildirimle vücut gevşetilerek kas gerginliğinin azaltılır. Bu şekilde stresin vücutta yarattığı bedensel tepkilerin azaltılması sağlanır.

RehaCom ve depresyon

Depresyonda unutkanlık, dalgınlık, anlamakta güçlük çekme ve dikkat sorunları sıklıkla görülür. Kişi söyleneni dinlemekte zorlandığını, yapılan günlük işlere yönelemediğini ifade eder. Kişinin dikkatini odaklama, hatırlamada zorlanma gibi problemlerinin çözümünde destekleyici olarak kullanılır. RehaCom bir zihin geliştirme programıdır. Bu program, alınan tanının tedavisine yönelik olup 30 dakika veya hastaya göre arttırılarak, azaltılarak bazen tek program, bazen de iki program birlikte uygulanır.

Depresyon ve EMDR

Depresyon çeşitlerinin birçoğunda geçmişle ilgili takıntılı düşünceler çoktur. Bu düşünceler kişinin etrafındaki insanlarla ilgili olabileceği gibi kendisi ile ilgili olan ve suçluluk içeren düşünceler de olmaktadır. Kişinin kendilik imajı bu yerleşik düşüncelerden ötürü olumsuz unsurlarla doludur. Kendilik imajı ile ilgili olumlu duygu ve düşünceler ise ön plana geçemez, kişi tarafından hatırlanamaz ya da hatırlansa da olumlu duygusal içerikleri ön plana geçemediğinden bir anlam ifade etmezler. Psikolojik sıkıntılıların birçoğunda görülen, geçmişte olmuş bitmiş olumsuz yaşantıların olumsuz duygusal etkilerinden kurtulamama ve mevcut olumlu duygu birikimlerimizden yararlanamama durumu, depresyonun birçok çeşidinde var olan bir haldir. Psikoterapide birkaç temel hedef vardır. Bunlardan ilki kişinin zihninin takılıp kaldığı olumsuz anıların olumsuz duygusal yüklerine karşı kişiyi duyarsızlaştırmaktır. Zira bu, aslında insan beyinin otomatik olarak yaptığı bir işlemdir. Depresyondaki kişinin beyni bu işlemi zamanında gerçekleştiremediği için olumsuz duygular işlenememiş ve biriken bir olumsuz duygu yükü ortaya çıkmıştır. Bu işleme ve duyarsızlaştırmayı



DEPRESYON

**Kadınlarda
depresyonun
görülme
sıklığı
erkeklerle göre
iki katıdır**

sağlamak "unut artık o günleri, hepsi geçmişte kaldı" gibi ve benzeri telkinlerle mümkün değildir. Kişinin olumsuz algılamalarına o kadar olumsuz duygular hâkimdir ki mantıklı telkinler yetersiz kalır. Psikoterapideki diğer hedef, kişinin içinde bulunduğu depresyon nedeni ile yeterince ya da hiç bağlantı kurmadığı olumlu duygusal hazinesi ile olan temasını güçlendirmektir. Hepimiz az ya da çok olumlu deneyimler yaşarız ve bunların sonucu olumlu duygu hazinemizin içi dolmaya başlar. Geçmişte yaşanmış olumsuzlukların etkisi ile oluşan duyguların işlenmesinde ve zaman içinde bu duygulara duyarsızlaşmada olduğu gibi, geçmiş olumlu deneyimlerin sonucu yaşanan olumlu duyguların insanın ilerideki yaşantısına transferi de otomatiktir. Beynimizde olumsuz duygular zaman

çinde etkilerini yitirirken, olumlu duygular canlılıklarını korurlar. Psikolojik anlamda sağlıklı bir beyinde işleyiş bu şekilde olur. Ancak psikolojik sıkıntılarımız varsa, özellikle depresyondaysak işleyiş tam tersine döner. Kişi geçmiş hayatında hiçbir iyi şey olmadığını iddia eder ya da yaşanmış güzel günlerin geride kaldığını, o günlerdeki gibi hissedemeyeceğini ifade eder. Depresyondaki kişinin zannı o olumlu duyguların beyinden silindiği şeklindedir. Olumlu duyguları beyin muhafaza ettiği gerçeğini bilmez, bilse de bunu algılayamaz ve hissedemez. Onun farkında olduğu ve hissettiği tek şey öznel deneyimdir; hayat onun için olumsuzluklardan ibarettir ve çok kötü hissediyordur. Olumlu duygusal hazine ile olan temasını güçlendirmek için depresyondaki kişiye sadece geçmişindeki olumlu deneyimleri ve güçlü yönlerini hatırlatmak yeterli olmaz. Hatırlamak bilişsel bir süreçtir ancak depresyondaki kişinin ihtiyacı olan, olumlu duygusal hazine ile duygusal bir temas kurmaktır. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) yöntemi sürekli geçmişiyile, suçluluklarıyla ve kırgınlıkları ile meşgul olan depresyondaki kişiye, bu olumsuz yaşantıların olumsuz duygusal etkilerine karşı duyarsızlaşmasında yardımcı olur. Beynin otomatik olarak yapması gereken ama olumsuz bir çevre, olumsuzluklara ve travmalara maruz kalınan yaşın küçüklüğü, içinde bulunan durumun ya da yaşanan olayın şiddeti gibi faktörlerden dolayı zamanında yapamadığı zihinsel işleme ve doğal iyileşme süreci psikoterapi ortamında EMDR yöntemiyle harekete geçirilir. Dünyada 20 yıla yakın bir süredir uygulamada olan bu yöntemi günümüzde on binlerce sertifikalı psikoterapist kullanmaktadır. Dünya genelindeki ve merkezimizdeki EMDR uygulamaları değerlendirildiğinde, psikolojik sorunların çözülmesinde son derece hızlı ve etkili sonuçlar veren bir yöntemle sahip olduğumuz görülmektedir.



Depresyon hakkında kısa bilgiler

TIBBİ BİR HASTALIK

Majör depresyon (klinik depresyon) tıpkı diğer hastalıklar gibi, örneğin kalp ya da mide ülseri gibi tıbbi bir hastalıktır ve özgül bir fizyolojik mekanizması vardır. Depresyonun umut verici yanı tedavi edilebilir olmasıdır. Fakat talihsiz yönü ise, depresyonda olan kişilerin çoğunun tıbbi yardım almayı düşünmemeleri ve bunun sonucunda da büyük bir acı çekmeleridir.

YAYGIN BİR HASTALIK

Klinik depresyonu olan çoğu kişi kendini yalnız hisseder. Kendilerinin bu hastalıktan dolayı acı çeken tek kişi olduklarını sanırlar. Aslında klinik depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır.

Yapılan araştırmalar aşağı yukarı her 5 kadından 1'inin ve her 10 erkekte 1'inin yaşamı boyunca bir kez depresyon geçirdiğini göstermiştir.

Klinik depresyon her yaş, ırk, milliyet ve meslekte kişiyi etkiler. Her öğrenim ve gelir düzeyindeki kişi de depresyondan etkilenebilir. Pek çok sağlıklı görünen ve üretken kişi de buna dahildir.

KADINLARDA DEPRESYON

Kadınlarda depresyonun görülme sıklığı erkeklerdekinin hemen hemen iki katıdır. Kadınlarda depresyonun daha sık görülmesinde, hormonal faktörler örneğin menstrüel siklus (âdet) değişiklikleri, hamilelik, düşük yapma, doğum sonrası dönem, menopoza öncesi ve menopoza rol oynayabilir. Pek çok kadın ayrıca hem evde hem de işteki sorumluluklar, tek ebeveyn olma, çocukların ve yaşlanan ebeveynlerinin bakımı gibi ek stres faktörleriyle karşı karşıyadır.

Kadınlar özellikle bir bebek dünyaya getirdikten sonraki dönemde depresyona duyarlıdır. Hormonal ve fiziksel değişiklikler, yeni bir canlının sorumluluklarıyla birleşince bazı kadınlarda doğum sonrası depresyona yol açabilir. Geçici "hüzün" yeni annelerde yaygın olmakla birlikte, klinik depresyon olağan bir durum değildir ve aktif müdahale gerektirir. Anne bir hekim tarafından izlenirken, ailenin de duygusal açıdan kendisine destek olması, kadının toparlanması ve kendine ve çocuğuna ilgi gösterebilmesi için çok önemlidir.

ERKEKLERDE DEPRESYON

Erkekler kadınlara göre daha az sıklıkta 'depresyon' nedeniyle tedavi için başvururlar. Depresyon erkeklerde tipik olarak umutsuzluk, çaresizlik olarak değil de aşırı sinirlilik, öfke, kendine güvensizlik şeklinde kendini gösterir. Bu nedenle de teşhis edilmesi güç olabilir. Bir erkek depresyonda olduğunu fark etse bile, bir kadına göre yardım alma konusunda daha isteksiz davranır. Erkeklerin depresyonu çoğunlukla alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı ile ya da sosyal açıdan daha kabul edilebilir olan aşırı



DEPRESYON

**Depresyonda
yorgunluk,
günlük aktivitelere
ilgisizlik, üzüntü,
ya da sinirlilik
görülür**

depresyona bağlı olarak kadınlarda intihar girişimi sıklığı daha yüksek olmakla birlikte, erkeklerde ölümlerle sonuçlanan intihar girişimi oranı kadınlardakinin dört katıdır. Depresyon ayrıca erkeklerde fiziksel sağlığı kadınlardan daha farklı biçimde etkiler. Yeni yapılan bir araştırma depresyonun kadın ve erkeklerin her ikisinde de kalp damar hastalığı riskini artırdığını, ancak yalnızca erkeklerde ölüm oranlarını artırdığını ortaya koymuştur.

Erkeklerin depresyona girmeleri durumunda, tedavi için başvurma noktasında aile üyelerinin cesaretlendirmesi ve desteği çok önem kazanmaktadır.

KLİNİK DEPRESYON BASİTÇE "HÜZÜN" DEĞİLDİR

Çoğu kişi depresyonu "üzüntülü" ya da "hüzünlü" olmakla eşdeğer görür. Depresyondaki çoğu kişi yoğun üzüntü duymakla beraber hastalık yalnızca üzüntü değildir. Gerçekte, çoğu kimsenin inandığının aksine üzüntü bir belirti olarak olabilir ya da olmayabilir. Depresyondaki çoğu kişi gerginlik, sinirlilik, çabuk öfkelenme, sabırsızlık, öfke patlamaları yaşar.

DEPRESYON CİDDİ BİR HASTALIKTIR

Depresyon gündelik yaşamınızı bozar ve çok yoğun, gereksiz acı ve ıstıraba yol açar. Klinik depresyon duygularınızı, aile ve arkadaşlarınızla ilişkinizi, işinizi ve hayata bakışınızı dramatik bir biçimde değiştirir. İhmal edilirse evliliği, arkadaşlıkları, mesleki kariyeri bozabilir. Tedavi edilmediği takdirde umutsuzluk ve hayatın yaşamaya değmediği duygusu uyandırabilir. Bazı hastalarda intihara dahi yol açabilir.

DEPRESYON KİMYASAL BİR DENGESİZLİKLE İLİŞKİLİDİR

Klinik depresyon tıbbi bir hastalıktır. Tıpkı diğer tıbbi hastalıklar gibi, örneğin yüksek tansiyon, mide ülseri gibi klinik depresyonun ortaya çıkışında da çeşitli faktörler rol oynayabilir. Bunlar genetik faktörler, yaşam olayları ve vücuttaki kimyasal değişikliklerdir. Klinik depresyon pek çok durumda beyindeki kimyasal bir düzensizlikle ilişkili görünmektedir. Beyinden diğer organ sistemlerine giden mesajlar (mesela kalp, akciğerler, mide) sinir hücreleri ile taşınır. Sinir yollarında bir sinir hücresinin diğer sinir hücresine ulaştığı yerde ince mikroskobik bir aralık vardır. Mesajlar yani sinir iletileri beyinde ve sinir yolları boyunca bu aralıktan kimyasal iletiler tarafından taşınırlar. Diğer sinir hücresine ulaştıklarında yollarına devam ederler. Klinik depresyon



yoğun çalışma temposu ile maskelenir. Oysa adındaki tıbbi hastalıkta, bu aralığı geçen kimyasal ileticilerin etkinliği bozulmuştur. Örneğin bu aralığı daha az sayıda iletili geçebilmektedir ve bunlar kimyasal iletiliyi diğer hücreye taşımada daha az etkindir. İşte bu bozulmanın klinik depresyonun çeşitli belirtilerinin ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Anımsanması gereken önemli nokta, klinik depresyonun özgül bir kimyasal bozulmayla ilişkili olan tıbbi bir hastalık olduğu ve tedavi edilebildiğidir.

TEŞHİS ÖZGÜL BELİRTİ VE BULGULARA GÖRE KONUR

Doktorunuz depresyon teşhisini size belirli sorular sorarak ve davranışlarınızı gözlemleyerek koyar. Doktorunuz bu sorgulamayı hastalıkla ilgili olduğu bilinen birtakım belirti ve bulguları gösterip göstermediğinizi anlamak için yapar. Klinik depresyonu olan kişiler ya süregelen bir mutsuzluk, ya gündelik aktivitelerde ilgi kaybı ya da her ikisini birden yaşarlar.

Belirtiler fiziksel örneğin uyku düzeninde değişme gibi olabilir. Depresif kişiler gece iyi uyuyamazlar ya da sabah çok erken saatte uyanabilirler ve yeniden uykuya dalamazlar. Bazı kişiler de aksine çok uyuyabilirler.

Diğer bir fiziksel belirti de kilo kaybı ya da alımına yol açan iştah değişikliğidir. Hastalar yeterince dinlenmelerine karşın her zaman bitkin hissedebilirler. Fiziksel aktiviteleri de artmış ya da azalmış olabilir.

Belirtiler zihinsel fonksiyonlarla da ilgili olabilir, örneğin konsantrasyon güçlüğü ya da karar vermekte güçlük gibi.

Duygularda da sorunlar olabilir, örneğin kendini değersiz ya da suçlu hissetme, intihara yol açabilecek umutsuzluk gibi.

Klinik depresyonla ilişkili olabilen başka belirtiler de vardır. Bazı depresif kişiler çoğu zaman gergin hissederler ya da gerginliklerini fiziksel belirtiler şeklinde yansıtabilirler, örneğin çarpıntı, terleme, titreme gibi. Bazıları da örneğin baş ağrısı, mide ağrısı, sırt ağrısı gibi süregelen ağrı hisseder.

KLİNİK DEPRESYON BİR ZAYIFLIK GÖSTERGESİ YA DA CEZA DEĞİLDİR

Ne yazık ki sağlık çalışanları dışında çoğu kişinin klinik depresyon hakkındaki bilgileri çok sınırlıdır. Bu sınırlılık hastalık hakkında pek çok mit ve yanlış anlamlandırmaların ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Aşağıda, duymuş olabileceğiniz bazı mitleri ve yanlış anlamlandırmaları düzeltmenize yardımcı olacak gerçeklere yer verilmiştir. Depresyonda olmak "çıldırılmış olduğunuz" anlamına gelmez. Depresyon kişisel ya da duygusal bir zayıflık göstergesi değildir. Depresyon yaşamlarını başarıyla sürdüren güçlü, sağlıklı insanlarda da görülebilir. Depresyon geçmişte yapmış olduğunuz bir yanıştan dolayı verilmiş ceza değildir. Depresyon kendi gücünüzle, bekleyerek, uygun bir tıbbi tedavi almadan geçmez. Depresyonu yalnızca stresi azaltarak, tatile çıkarak, beslenme şeklinizi değiştirerek, daha çok egzersiz yaparak ya da daha fazla vitamin alarak tedavi edemezsiniz.



DEPRESYON

İyileşebilmek için doktorunuzun önerilerine uymanız gereklidir

KLİNİK DEPRESYON TEDAVİ EDİLEBİLİR BİR TIBBİ HASTALIKTIR

Her 5 depresyon hastasının 4 ten fazlası başarıyla tedavi edilebilmektedir. Tedavi başlıca antidepresan ilaç uygulamasından bazen de ek olarak psikoterapiden oluşur. Depresyon hastalarının tedaviye verdikleri olumlu yanıtın yüksek oranlarda oluşu pek çok araştırmayla gösterilmiştir.

Klinik depresyona eşlik eden biyolojik değişiklikler olduğu için, genellikle tedaviye kimyasal dengesizliği düzeltmeye yönelik bir ilaçla başlamak en iyisidir. Bazı kişilere özellikle de ilaçla kısmen rahatladıktan sonra psikoterapi uygulanabilir. Çalışmalar klinik depresyonun tedavisinde antidepresan (AD) ilaç kullanımının en etkin yöntem olduğunu göstermiştir.

ANTİDEPRESANLAR KLİNİK DEPRESYONU TEDAVİ EDER

Antidepresan ilaçlar klinik depresyonla ilişkili kimyasal dengesizliği düzeltmek için uygun ilaçlardır. Antidepresanlar bunu beyin hücreleri arasındaki kimyasal ileticilerin hücreler arası mesafeyi geçişini kolaylaştırarak yapar. Depresyon ilaçları "mutluluk hapi" değildir. Bilimsel araştırmalar ve klinik deneyimlerin de gösterdiği gibi bağımlılık yapmazlar. İyileşebilmek için antidepresan kullanımıyla ilgili olarak doktorunuzun önerilerine uymanız gereklidir.

ANTİDEPRESAN İLAÇLAR KADEMELİ OLARAK KENDİNİZİ İYİ HİSSETMENİZİ SAĞLAYACAKTIR

Antidepresan ilaç tedavisi siz ve doktorunuz karar verdikten sonra en kısa sürede başlamalıdır. Antidepresan kullanmaya başladıktan sonra depresyon belirtileri birkaç hafta içinde ortadan kalkmaya başlayacaktır. Bu süre zarfında ilacınızı söylediği şekilde kullanmaya devam etmeli ve ilacın işe yaramadığını düşünmemelisiniz. İyileşmeniz kademeli olarak gerçekleşecektir. Bazen siz henüz fark etmeden arkadaşlarınız ya da aileniz düzelmeyi fark edecektir.

DOKTORUNUZ SÖYLEMEDEN ANTİDEPRESAN İLACINIZI KESMEYİNİZ

Çoğu hastanın düzeldikten sonra da 6 ay - 1 yıl ya da daha uzun bir süre antidepresan kullanması gerekmektedir. Tedavinin sonlanma kararını en iyi verecek kişi doktorunuzdur. Doktorunuzla konuşmadan ilaç almayı kesmemelisiniz. İlacın aniden ya da erken kesilmesi depresyonun yinelenmesine yol açabilir.



HASTALIĞINIZIN SEYRİNİN İZLENEBİLMESİ İÇİN DOKTORUNUZLA GÖRÜŞMEYİ SÜRDÜRMELİSİNİZ

İlaç kullandığınız dönemde doktorunuz durumunuzu izlemek ve gerektiğinde ilaçla ilgili değişiklik yapmak için düzenli olarak sizinle görüşmek isteyecektir. Diğer ilaçlarla olduğu gibi antidepresanlar da bazı kişilerde yan etkilere yol açabilir. Bu yan etkiler genellikle geçici ve tehlikesizdir. Siz yine de her yan etkiyi doktorunuza bildirmelisiniz. İyileştikten sonra eski belirtiler tekrar ortaya çıkarsa doktorunuzla temas kurmalısınız. Doktorunuz nelere dikkat etmeniz gerektiğini söyleyecektir. Klinik depresyon tıpkı ülser hastalığı gibi yineleyebilir. Yinelenmesi halinde de ilk seferinde olduğu gibi etkin bir şekilde tedavi edilebilir.

KENDİNİZİ İYİ HİSSEDİNCEYE KADAR

İlaçlar etkinliğini gösterene kadar klinik depresyonla birlikte yaşamak çok zor olabilir. Yorgunluk, üzüntü, aşırı sinirlilik ve diğer belirtiler bu tıbbi hastalıktan kaynaklanmaktadır. Durumu göğüslemeye çalışın ve önceden yapabildiğiniz her şeyi şimdi yapamadığınız için kendinizi suçlamayın. Depresyon ortadan kalktıktan sonra tekrar eski performansınızı yakalayabileceksiniz.

Sizi umutsuzluğa sürükleyen negatif düşüncelerin, bu tıbbi hastalığın belirtileri olduğunu ve tedavi etkisini göstermeye başladıktan sonra ortadan kalkacağını aklınızdan çıkarmamalısınız. Bu süre zarfında kendinizi daha iyi hissedinceye kadar işinizle ilgili değişiklik yapmak ya da birlikteliğinizi ya da evliliğinizi sonlandırmak gibi yaşamınızla ilgili önemli kararlar almaktan kaçının.

Yalnız kalmak istesenez bile, aileniz ya da arkadaşlarınızla birlikte hoşlandığınız birtakım aktivitelerin içinde olmak size iyi gelecektir. Eğer bu aktiviteler başlangıçta moralinizde belirgin bir farklılık yaratmazsa hayal kırıklığına kapılmayın.

UMUDU ASLA YİTİRMEYİN

Antidepresanlar klinik depresyonun belirtilerini yavaş yavaş ortadan kaldıracaktır. Tam olarak iyi hissetmeniz zaman alacaktır. Bazen en iyi yanıt almak için ilaçlarda ayarlama yapmak ya da değişiklik yapmak gerekebilir. Fakat unutmamalısınız ki depresyon tedavi edilebilir, tıbbi bir hastalıktır, hayattan kısa sürede yeniden zevk almaya başlayacaksınız.

Bu tıbbi hastalıkla ve tedavisiyle ilgili aklınıza takılan her şeyi çekinmeden doktorunuza sorabilirsiniz. Doktorunuz klinik depresyon ve tedavisi konusunda en güvenilir bilgi kaynağınızdır.

AİLE VE ARKADAŞLARA BİR NOT

Depresyonu olan kişilerin yorgunluk, günlük aktivitelere ilgisizlik, üzüntü, ya da sinirli oluşunun tıbbi bir temeli olduğunu unutmayın. Onu "kendisine yardım etmek istememekle" suçlamayın. Klinik depresyon yakınların yardımıyla silkinip atılamayacak tıbbi bir hastalıktır. Depresyonu olan bir kişi ilaç tedavisi etkisini göstermeye başladıktan



DEPRESYON

**Hastalık ve
tedavisiyle
ilgili aklınıza takılan
her şeyi çekinmeden
doktorunuza
sorunuz**

sonra aşamalı olarak daha iyi hissetmeye başlayacaktır.

Bu süre zarfında, antidepresan tedaviyle belirtiler yatışana dek, destekleyici ve anlayışlı bir tutumla hastaya yardımcı olabilirsiniz. Arkadaşınızı ya da yakınınızı bir zamanlar yapmaktan hoşlandığı rutin aktiviteleri (örneğin yemeğe çıkmak, sinemaya gitmek, yürüyüş, spor gibi) sizinle birlikte yapması için cesaretlendirin. Fakat hastanın bu aktivitelerden eskisi kadar zevk almayabileceği konusunda anlayışlı olmalısınız. Hastaya ayrıca doktoru ile randevularına düzenli gitmesi, herhangi bir sorunla karşılaştığında doktoru araması ve önerilen tedaviye tam olarak uyması konusunda da yardımcı olabilirsiniz.

QEEG nedir?

Saçlı deriden alınan beyin elektriksel aktivite kaydının analiz edilerek farklı frekanstaki dalgaların beyin üzerindeki dağılımını gösteren ve bu şekilde beyin çalışması hakkında dolaylı bilgi sağlayan bir tekniktir. CEEG, tedavi sonrasında da yinlendiğinde, tedavi ile sağlanan olumlu değişimi gösterebilmektedir. Örneklerdeki tedavi öncesi ve tedavi sonrasında elde edilen profillerden de anlaşılacağı gibi, tedavinin beyin kimyasındaki düzensizliği giderdiği biyoelektriksel aktivite kaydı ile gözlemlenebilmektedir.

Birçok ruhsal rahatsızlık beyin hastalığı olduğuna göre beyin işlevini anlamak ve izlemek etkin bir tedavi için önem taşımaktadır. Depresyon tedavisinde psikolojik veya sosyal boyutla birlikte biyolojik boyutun izlenmesi tedaviye dirençli durumlarda özellikle değerli ve önceliklidir.

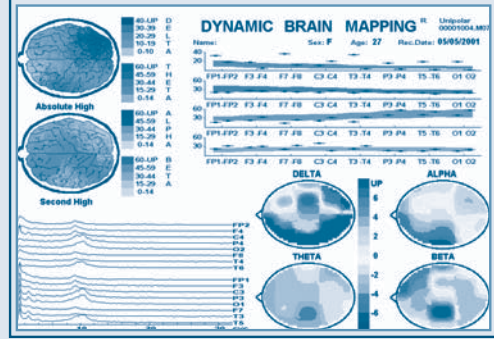
Erişkin, genç ve çocuklarda beyin işlevlerini ölçerek tedavi, psikiyatride özlenen ve hedeflenen bir amaçtır. Beyindeki biyolojik süreçlerin son ürünü olan biyoelektrik faaliyeti CEEG ile ölçmek mümkündür. Bu konuda çok sayıda geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Mevcut biyolojik göstergelerin içerisinde en kullanılabilir yöntemdir.

QEEG nerelerde kullanılır?

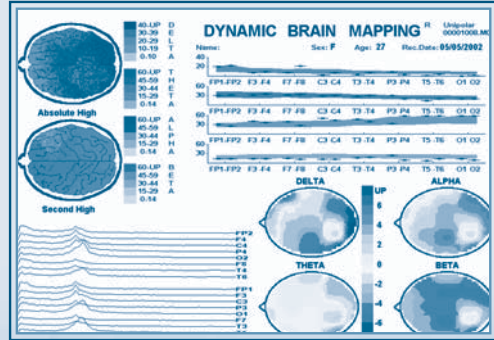
Depresyon ve panik bozukluk başta olmak üzere pek çok psikiyatrik hastalığın biyolojik boyutu bilimsel araştırmalar ile doğrulanmıştır. Beyinde bazı alanlarda biyokimyasal düzensizlikle bu hastalıklar arasındaki ilişki laboratuvar çalışmalarında gösterilmiştir. Ancak insan beyinin olağanüstü karmaşık yapısı ve "dokunulmazlığı" bu ilişkinin ayrıntılı biçimde çözümlenmesinin önünde güçlü bir engel oluşturmaktadır. İnsan beyni direkt olarak görülemediği, diğer organlarda

olduğu gibi bir parçası alınıp incelenmediği için araştırmacılar beyin çalışması hakkında "dolaylı" olarak bilgi verebilecek tekniklerden yararlanmaktadırlar.

TEDAVİDEN ÖNCE



TEDAVİDEN SONRA



KURAMSAL VE GÖRGÜL AÇIDAN NEURO - BIOFEEDBACK

Günümüz çağdaş psikoloji anlayışı içinde beyin ve davranış arasındaki nedensellik ilişkisini bir etki tepki mekanizması olarak açıklamak mümkün değildir. Gelişen bilgisayar teknolojisi ile yıllardır psikiyatri ve psikolojide en çok güçlük yaşanan görsellik boyutu yeni anlamlar ve imkanlar kazanmış ve kazanmaktadır.

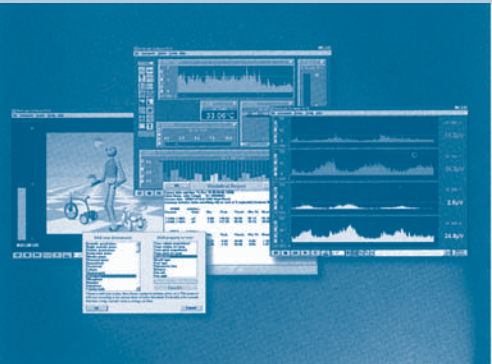
Bu sayede ortaya çıkan yeni teknolojiler psikiyatrik tedavide, tedavi ekibine kombine olabilmede kolaylık sağlamada, süreç içinde öngörü ve objektif geribildirimler verebilmekte dolayısıyla tedavi süreci ve planlamasında aksiyonel materyal olarak kullanılabilir. Neuro-biofeedback'in kullanım amacı; bireyin bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği, beyindeki normal ve normal dışı bioelektiriksel tepkilerin bir araç yardımı ile monitörize edilmesi yoluyla bilinçli duruma getirilerek bireye bilişsel ve davranışsal fizyolojisini kontrol etme yeteneğini kazandırmaktır.

Neuro-biofeedback eğitimi genel olarak üç aşama içerir:

- Biyolojik tepkinin uyumsuz olduğunun farkına varmak
- Neuro-biofeedback sinyallerinin yol göstericiliğinde biyolojik tepkiyi kontrol etmeyi öğrenmek

•Geliştirdiği kontrol mekanizmasını günlük yaşam alanlarına transfer etmeyi öğrenmek

Teknik olarak Neuro-biofeedback temelde bir EEG sistemidir. Fonksiyonel olarak bölgesel "training" amaçlıdır. QEEG' de belirlenen ve normalden farklı bioelektirik aktivite gösteren bölge tespit edilir. Bu bölgeye elektrotlar takılır. Bir pod sistemi yardımıyla tespit edilen bölgedeki bioelektirik aktivasyon monitörize edilir. Bilgisayar kontrollü bioelektirik veri kayıtları otomatik olarak filtre edilir.

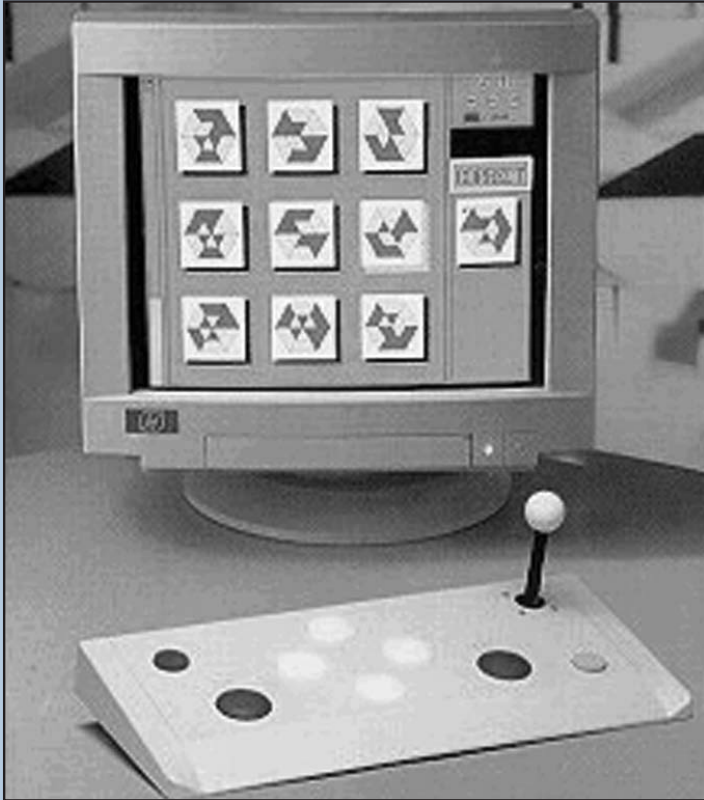


BİLGİSAYAR MODÜLLÜ ZİHİNSEL EĞİTİM (RehaCom)

Viyana Test Sistemi'nin bir parçası olan Zihinsel Rehabilitasyon Programı, "Bilgisayarlı Eğitim Modülleri"nden oluşur. RehaCom zihinsel süreçlerin etkin kullanılmasını sağlama amaçlı bir zihin geliştirme programıdır. Birey odaklı çalışmalar için tasarlanan bu program, alınan tanının tedavisine yönelik olup opsiyonel kullanım imkanı da sunmaktadır. Kişinin ihtiyaçlarına göre düzenlenen bir eğitim programı olması da hem terapist açısından hem de eğitime katılan kişi açısından geribildirim olanağı sunma, terapi aktivasyonunu kaybetmeme, süreci irdeleyebilme, tedavi hedef yönelimlerini takip ve planlama gibi bir çok karşılıklı avantaj sunmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinde terapiyi destekleyici iyi bir argüman işlevi görür. Beynin motor ritm öğrenme yetilerini desteklemeye yönelik bir egzersizdir. Kondisyon çalışması olarak kullanılabilmesi gibi öğrenme stillerini değiştirmeye ve otomatikleştirmeye odaklı da kullanılabilir.

Klinik kullanım içinde çalışmalarda; kişinin elinde olmayan bir hız ve düzeneğe doğru reaksiyon vermesi, anlık dikkat, zihinsel esneklik ve dikkati bir noktaya toplayabilme ile uyarılmış şartlar altında ayırım yapabilme yeteneğini geliştirmesi, dikkat ve uyanıklığın sağlamlaştırılması, görsel algı motor koordinasyon yeteneğinin geliştirilmesi, kısa dönemli hafıza ile orta dönemli hafıza arasında geçiş yapma, problem kurma ve çözümleme ayrıntılarını geliştirme, sözel ve sözel olmayan hafıza kapasitesini geliştirme gibi daha bir çok opsiyon olanağı ile detaylı çalışma olanağı sağlar.



KADROMUZ

- ◆ PROF. DR. NEVZAT TARHAN
- ◆ PROF. DR. OĞUZ TANRIDAĞ
- ◆ PROF. DR. TÜLİN TANRIDAĞ
- ◆ PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN
- ◆ DR. OĞUZ TAN
- ◆ DR. ADNAN ÇOBAN
- ◆ DR. SEMRA KAYA BARİPOĞLU
- ◆ DR. FUNDA GÜDÜCÜ SAĞIR
- ◆ DR. HASAN BASRİ İZGİ
- ◆ DR. GÖKBEN HIZLI
- ◆ DR. ÖZNUR ATEŞ
- ◆ DR. HÜSEYİN BULUT
- ◆ DR. EYLEM ÖZTEN
- ◆ DR. AHMET ÇEVİKASLAN
- ◆ DR. SERDAR ALPARSLAN
- ◆ DR. BAŞAR BİLGİÇ
- ◆ DR. SAADET PİLTEN
- ◆ DR. BORAY ERDİNÇ
- ◆ DR. AYŞE TÜRKÖZÜ
- ◆ DR. SÜMEYYA ÇEKMEGİL
- ◆ DR. FATMA CAN
- ◆ UZM. PSK. YILDIZ BURKOVİK
- ◆ UZM. PSK. ÇİĞDEM DEMİRSOY
- ◆ UZM. PSK. NEŞE ÖZKARSLI
- ◆ UZM. PSK. ZEHRA EROL
- ◆ UZM. PSK. AYNUR SAYIM
- ◆ UZM. PSK. HANDE SİNİRLİOĞLU ERTAŞ
- ◆ PSK. ORHAN GÜMÜŞEL
- ◆ UZM. PSK. LEYLA ARSLAN
- ◆ PSK. DR. ERCÜMENT DOĞAN
- ◆ PSK. DR. AYŞEGÜL ERAY
- ◆ DR. BENGİ BARAN
- ◆ UZM. PSK. NECMETTİN GÜRSOY
- ◆ UZM. PSK. EMİNE AYDEMİR
- ◆ UZM. PSK. ELİF KANDAZ
- ◆ UZM. PSK. KAMİL ERTEKİN
- ◆ UZM. PSK. SİNEM ÖZTEP
- ◆ UZM. PSK. YASEMİN KALKAVAN
- ◆ DİYETİSYEN SUAT YURDUMKULU

Toksit tarama nedir?

Toksikoloji laboratuvarında neler yapılıyor?
"NPISTANBUL HASTANESİ"nde kanda, idrarda ve saçta uyuşturucu taraması yapılmaktadır.

Bağımlılık hastalarında ve madde kullanım riski taşıyan hasta gruplarında **kanda, idrarda ve saç telinde** toksikolojik taramalar hastanemizde yapılabilmektedir. "NPISTANBUL HASTANESİ"nde sunulan temel biyokimyasal hizmetler ve toksikoloji çalışmaları uzmanlaşmış biyokimya teknik kadrosu ile yürütülmektedir.

Otoanalizörle antiepileptikler, opiat grubu, benzodiazepinler, barbituratlar, amfetamin, kokain metabolitleri, esrar ve ekstazi gibi parametrelere bakılmaktadır. Ayrıca kart testle idrar ve saçta uyuşturucu madde varlığı tesbit edilip ileri tetkik için otoanalizör kullanılmaktadır.

TOKSİKOLOJİ

- * Amfetamin /Ekstazi
- * Kokain
- * Barbiturat
- * Esrar
- * Benzodiazepin
- * Opiat
- * Etil Alkol
- * Ekstazi

Aynı gün sonuç verilmektedir.

İDRAR

- * Tam İdrar Tahlili
- * İdrarda Protein
- * İdrarda Şeker
- * VMA
- * 5-HIAA
- * Metanefrin
- * Kreatinin Klirensi (24 Saatlik)
- * Mikroalbuminüri(24 Saatlik)
- * Mikroalbuminüri(Spot)



NPISTANBUL

Nöropsikiyatri Hastanesi

ALEMDAĞ CAD. SİTE YOLU NO:29
(TEM Yolu Ümraniye Kavşağı)
34768 ÜMRANIYE / İSTANBUL

DANIŞMA HATTI

0216 633 0 633 - 418 15 00

e- posta: bilgi@npistanbul.com
www.npistanbul.com
e- posta: bilgi@mcatürk.com
www.mcatürk.com

İSTANBUL HASTANESİ

NÖROPSİKİYATRİ NEDİR ?



*Nöropsikiyatri: Depresyon'dan Bağımlılık'a, Otizm'den Şizofreni'ye, Başağrısı'ndan Alzheimer'a, Basit Korku'dan Panik'e, Uykusuzluk'tan Stres Bozukluğu'na, Öğrenme Güçlüğü'nden Hiperaktivite'ye, Sinir Krizi'nden Epilepsi'ye, Basit Uyuşma'dan Kas Hastalığı'na, Gerilim Başağrısı'ndan Migren'e... hastalık grupları ile ilgilenen bilim dalıdır.

Depresyon tedavisinden sonra evdeki taşların rengini fark edebildim, pencereden bakıp manzara ne güzelmiş diyebildim, artık halı sahada oynama isteğim geldi.



NP YAYINLARI
İstanbul 2008



ISBN: 978-605-0049-01-5
Yayın Sertifika No: 0108 - 34 - 009887