

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.12510765>

Accepted: 16.05.2024

Majör Depresif Bozukluk Ve BDT Terapisi Üzerine Derleme

A Review On Major Depressive Disorder And CBT Therapy

Erem ÇELİK

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Lefkoşa, KKTC
eremcelikk@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-8354-6186>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Lefkoşa, KKTC
meryemkaraaziz@neu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derleme çalışmasının amacı majör depresyon yaşayan bireylerde BDT terapisinin kullanımını ve etkinliğini incelemeyi amaçlamaktadır. Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Ele alınan çalışmalar sonucunda majör depresyonun tedavisinde BDT'nin etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelenmesi sonucunda, BDT'nin majör depresyon semptomlarını azaltmada etkili bir terapi yöntemi olduğu ve diğer tedavi yaklaşımlarıyla karşılaştırılabilir bir etkinliğe sahip olduğu görülmüştür. Majör depresyonun tedavisinde BDT'nin önemli bir rol oynadığını ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak için etkili bir seçenek olduğunu vurgulamaktadır. Majör depresyonun tedavisinde BDT'nin rolüne dair mevcut bilgilerin sentezlenmesi, klinik uygulamada etkili ve güvenilir bir terapi olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, majör depresyon, BDT

Abstract

The aim of this review study is to examine the use and effectiveness of CBT therapy in individuals with major depression. In this study, the review method was used and no field study or any scale was used. As a result of the examination of the studies evaluating the effectiveness of CBT in the treatment of major depression, it was found that CBT is an effective therapy method in reducing the symptoms of major depression and has an effectiveness comparable to other treatment approaches. It emphasises that CBT plays an important role in the treatment of major depression and is an effective option to improve the quality of life of individuals. Synthesising the available information on the role of CBT in the treatment of major depression shows that it can be an effective and reliable therapy in clinical practice.

Keywords: depression, major depression, CBT.

Giriş

Majör depresif bozukluk, dünya genelinde ciddi bir ruhsal sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. Depresyon, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, işlevselliğini düşüren ve hatta intihar riskini artıran ciddi bir ruhsal hastalıktır. Dolayısıyla, psikiyatrinin soğuk algınlığı olarak anılan (Aşkın, 1999) bu bozukluğun tedavi edilmesi önemli bir uğraş alanıdır. Bu nedenle, majör depresif bozukluğun etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve yönetilmesi büyük önem taşımaktadır.

Son zamanlarda dünya çapında hızla artış gösteren MDB, çeşitli sebeplere bağlı olarak meydana gelen son derece kompleks bir duygu durum bozukluğudur. Çökkün ruh hali, mutsuzluk, çaresizlik, suçluluk ve karamsarlık duyguları, enerji, ilgi ve zevk kaybı, iştah kaybı gibi temel semptomları olan majör depresif bozukluk (MDB), bireyde sosyal, mesleki ve kişilerarası problemlere yol açmaktadır (APA 2001, Sadock ve Sadock 2005, Friedman 2011). Majör depresif bozukluk, depresif bozukluklar arasında en yaygın görülen depresyon çeşididir. Majör depresif bozukluk, kişinin gündelik etkinliklere karşı aşırı ilgisizliği ve çökkünlüğü ile karakterize bir depresyon bozukluğudur (Bodur ve Üneri, 2008). Bilişsel davranışçı terapi (BDT) majör depresyon tedavisinde oldukça önemli bir yer kazanmıştır. BDT, bireylerin düşünce kalıplarını ve davranış biçimlerini değiştirerek depresyon belirtilerini azaltmayı ve hayat kalitesini artırmayı amaçlayan oldukça etkili bir terapi yöntemidir. Bu kapsamda BDT'nin majör depresyon üzerindeki etkileri ve mekanizmaları yoğun ve geniş kapsamlı olarak araştırılmaktadır.

Bu çalışma, majör depresyon tedavisinde BDT'nin etkinliğini ve etki mekanizmalarını incelemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmanın amacı, majör depresyonun tedavisinde BDT'nin rolünü ve etkinliğini daha iyi anlamak ve bu alandaki gelecekteki araştırmalar için bir temel oluşturmaktır. Majör depresyonun tedavisinde etkili ve güvenilir bir terapi seçeneği olarak BDT'nin rolü, bu çalışmada detaylı ve açık bir şekilde incelenmesi amaçlanmıştır.

Majör Depresif Bozukluğun Tanımı

DSM 5'te Majör Depresif Bozukluk; en az iki hafta boyunca sürekli olarak ve neredeyse gün boyu var olan bireyin günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur. Tanısal kriterler arasında, üzgün veya boş hissetme, ilgi ve istek kaybı, iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik hissi, çökkün duygudurum, suçluluk duyguları, hareketlilik azalması veya ajitasyon, intihar düşünceleri veya davranışları gibi belirtiler yer almaktadır. Bu semptomlar, kişinin sosyal, mesleki, sosyal ve kişisel işlevselliğini önemli ölçüde etkiler. Tanı, semptomların şiddeti, sürekliliği ve işlevsellik üzerindeki etkisi göz önüne alınarak uzman bir sağlık uzmanı tarafından konulur. Majör depresyon, toplumun her kesiminde sık görülen, kronik ve yineleyici seyir gösterebilen ayrıca yeti yitimine yol açan önemli bir halk sağlığı problemidir. Epidemiyolojik çalışmalarda bildirilen oranlar değişmekle birlikte birlikte ortak görüş sıklık ve yaygınlığın yüksek olduğu yönündedir (Kessler ve Bromet, 2011).

Majör depresyon, bireyin günlük aktivitelere olan ilgisini azaltarak yaşamını tamamen etkileyen ve duygusal çöküntülere neden olan bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon, üzüntü ve kederin ötesine geçen, kişinin düşünme, hissetme ve davranış biçimlerini olumsuz etkileyen bir hastalıktır (Lyubomirsky, S., 2008) Majör depresyon dünya çapında yaygın ve ciddi bir ruh sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu durum bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, işlevselliği azaltabilmekte ve intihar riskini artırabilmektedir.

Majör depresyon tedavisindeki ilerlemelere rağmen, nedenleri ve etkili tedavi yöntemleri hakkında hala tam olarak anlaşılamayan birçok soru vardır. Majör depresyon belirtileri çoğunlukla bireyin günlük yaşamında önemli bozulmalara neden olur. Bu semptomlar sosyal ilişkilerde ve işte zorluklara yol açabilir. Depresyon sadece duygusal belirtilerle sınırlı değildir; fiziksel sağlık üzerinde de olumsuz etkileri olabilmektedir. Yorgunluk, halsizlik, kas ağrıları ve sindirim sorunları gibi fiziksel semptomlar depresyonun bir parçası olabilir. Majör depresyonun şiddeti ve tekrarılma eğilimi yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir ve kişinin işlevselliğini etkileyebilir. Bu nedenle erken tanı ve etkili tedavi büyük önem taşımaktadır. Tedavi edilmediği takdirde majör depresyon uzun vadeli etkilere ve intihar riskinin artmasına yol açabilir. Bu nedenle, bireylerin ve sağlık profesyonellerinin majör depresyon belirtilerini nasıl tanıyacaklarını, tedaviye nasıl erişeceklerini ve destek sunacaklarını bilmeleri önemlidir.

Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiolojisinde rol oynayan faktörler, biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak üçe ayrılabilir de bunlar arasında sıkı ilişkiler bulunması sebebiyle bu ayrımın çok gerçekçi olamayacağına yönelik düşünceler mevcuttur (Hocaoğlu, 2016).

Biyolojik Etkenler

Majör depresyonun biyolojik faktörleri beyindeki karmaşık kimyasal ve yapısal değişikliklerle bağlantılıdır. Bu değişiklikler sinir iletimindeki dengesizliklerden kaynaklanır ve depresyon belirtilerine yol açabilir. Majör depresyon beyindeki nörotransmitterlerin (örn. serotonin, noradrenalin, dopamin) dengesizliği ile ilişkilidir. Bu nörotransmitterlerin eksikliği veya dengesizliği sinir hücreleri arasındaki iletişimde bozukluklara neden olabilir ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Depresyon ayrıca beyin yapıları ve işlevlerindeki değişikliklerle de ilişkilendirilmektedir. Özellikle hipokampusün küçülmesi, amigdala aktivasyonunun artması ve frontal korteks işlevinin bozulması depresyonla bağlantılı bulunmuştur. Hormonlar depresyon oluşumunda önemli bir rol oynayabilir. Özellikle stres hormonu kortizolün yüksek seviyeleri depresyon belirtilerinin şiddetlenmesine neden olabilir. Bunun yanında, tiroid hormonları ve cinsiyet hormonları da depresyon riskini etkileyebilir. Enflamasyon ve bağışıklık sistemi aktivasyonu depresyon oluşumunda etkili olabilir. Kronik inflamasyon depresyon semptomlarının alevlenmesine ve devam etmesine neden olabilir. Bu biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimi majör depresyon gelişme riskini artırabilir. Bununla birlikte, bu etki her bireyde farklı olabilir ve depresyonun etiolojisi genellikle birden fazla faktörün bir araya gelmesiyle açıklanır.

Genetik Etkenler

Depresyonun oluşum sürecinde etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi de kalıtsal faktörlerdir. İkiz araştırmalarını ele alan meta analizlerde depresyonda genetik geçişin olduğu ve bu durumun bipolar bozukluğa bağlı depresyonda daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Yine yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında MDB hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Monozigot ikizlerde depresyon riski dizigotlardan fazladır. Birinci derece yakınında unipolar depresyon olanlarda depresyon prevalansı yükselir. Aile öyküsü olanlarda erken başlangıç yaşı, çok sayıda depresif dönem ve aynı ailede farklı duygudurum hastalıklarının görülme sıklığında artış da bildirilmiştir. Birinci derece akrabasında depresyon olanlarda depresyon görülme riski yaklaşık 3 kat artmaktadır (Helvacı, 2016).

Psikososyal Faktörler

Bireyin yaşamındaki stres, travma, kayıp, ilişki sorunları gibi psikososyal faktörler, majör depresyon gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle çocuklukta yaşanan istismar veya ihmal gibi erken yaşam stresleri, depresyon riskini artırabilir. Freud, “Yas ve Melankoli” başlığı altında depresyona ait ilk psikoanalitik açıklamaları sunar ve bu iki süreci benzer kayıp yaşantılarına farklı tepkilerin geliştirildiği birbiriyle ilişkili durumlar olarak tanımlar (Taylor, D., Richardson, 2005). Depresyon ya benlik değerinin tamamen çöküşü ya da bu çöküş olasılığına karşı uyarı maksatlı bir kendilik değerinde azalmadır (Brenner C. 1991). Hedeflere ulaşmadaki yetersiz kendilik temsilcilerinin, çaresizlik ve güçsüzlük deneyimlerine saplanıp kalmaktan kaynaklandığını söyler. Burada artık depresif kişi, önceki gerçek ya da hayali çaresizlik duygularını yeniden harekete geçirecek her bir durumu başarıyla gerçekleştiremeyeceğine inanmaktadır (Taylor D. 2005).

Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Depresyon dünya çapında en yaygın psikiyatrik bozukluktur (Cimilli C., 2001). Her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha yaygın görülen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığını Angst (1992) %4,4-%19.6 ve Kessler (1994) %17 olarak belirtmiştir. Son dönemde yayınlanmış bir çalışmada ise depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak belirtilmiştir (Howland, R. H., 2013). Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı ise %8-20 olarak bulunmuştur (Özbek H, Akyüz G,1995). Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğudur. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır (Kessler, R. C., Walters, E. E. 1998). Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu farkta azalmaktadır. Depresif bozukluklar yaşam boyunca erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (Jacobi, F., 2004). MDB'nin kadınlarda erkeklerin 2 katı fazla olmasının nedenleri olarak hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık ya da monoamin oksidaz (MAO) yüksekliği ve tiroid hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik faktörler yanında, çocukluk çağından itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, kadına verilen toplumsal roller ve ondan beklentiler (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve düşük gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler örnek gösterilmektedir (Noble, R. E., 2005). MDB her yaşta görülebilir ve başlayabilmektedir. Bununla birlikte çoğu çalışmada başlangıç yaşı ortalaması birbirine benzer şekilde genelde 20'li yaşların sonları olarak saptanmaktadır (Schuster, P., 1999).ECA çalışmasında ortalama başlangıç yaşı 27.4 olarak saptanmışken, NEMESİS çalışmasında 29.9 olarak saptanmıştır (Kessler, R. C. 2003). Yineleyici tek uçlu majör depresif dönemin ortalama başlangıç yaşı genellikle 30-35'tir (Rihmer Z, Angst J., 2007). Özetle MDB'nin orta yaş hastalığı olduğu söylenebilir. Ayrıca MDB'nin başlangıç yaşı önemli olduğundan dolayı ilk depresyon döneminin erken yaşta başladığı kişilerde; sosyal ve mesleki işlevsellik belirgin bir şekilde bozulup yaşam kalitesini daha çok düşürmekte, eş tanımlı fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar ile intihar girişiminin artışı yanında, daha fazla sayıda depresif dönemler izlenmekte ve depresif belirtiler daha ağır olmaktadır (Işık U., Taner Y. 2013). MDB ve medeni durum arasında ilişki olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. MDB riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış bireylerde evli bireylerden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Gillanders, D., Rodgers, S., 2010). MDB riski hiç evlenmemiş bireylerde ise boşanmış ve dullara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Majör depresyonun epidemiyolojisi, bu hastalığın yaygınlığı, risk faktörleri ve dağılımını anlamamıza yardımcı olmaktadır. Bu bilgiler, depresyonun önlenmesi, doğru teşhisi ve tedavisi için stratejiler gelişmesinde çok önemlidir.

Majör Depresif Bozukluğunun Belirtileri

Majör depresif bozukluk, genellikle bir dizi belirtiliyle kendini gösteren ciddi bir ruhsal sağlık sorunudur. Tanısal kılavuzlar, majör depresyonu teşhis etmek için belirli tanı kriterleri belirlemiştir. Amerikan depresyon tanımına göre, çeşitli depresyon türleri kabul edilmektedir, bu türler arasında distimik bozukluk ve majör depresyon bulunmaktadır. Depresyonun nedenlerinin genetik, kimyasal, çevresel, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığı görülmektedir. Majör depresyon, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin belirlediği aşağıdaki belirtilerden en az beşini neredeyse her gün günün büyük çoğunluğunda aynı 2 haftalık dönem boyunca görülmesi olarak tanımlamaktadır. (American Psychiatric Association; 2000).

- Çökkün duygudurum
- Neredeyse gün boyu süren tüm aktivitelere karşı ilgi ya da zevkte belirgin azalma.
- Belirgin kilo kaybı ya da kilo alımı veya iştahta azalma veya artış.
- Uyku artışı veya uykusuzluk.
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon.
- Yorgunluk veya enerji kaybı.
- Değersizlik ya da uygunsuz suçluluk duyguları.
- Düşünme veya konsantrasyon olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık.
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölme korkusu değil), tekrarlayan intihar düşüncesi.

Bu semptomların kombinasyonlarının ataklar halinde ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bir atak yalnızca bir kez meydana gelebilir, ancak ataklar genellikle kişinin hayatı boyunca tekrar etmektedir. Depresyon, yaygınlığı ve yol açtığı hastalıklar nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Önemli sakatlık, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (Mathers C, Murray CJL ,2004).

Majör Depresif Bozukluğun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Kuram

Freud, "Yas ve Melankoli" başlığı altında depresyona ait ilk psikoanalitik açıklamaları sunar ve bu iki süreci benzer kayıp yaşantısına farklı tepkilerin geliştirildiği birbirleriyle bağlantılı durumlar olarak tanımlamaktadır (Taylor, D., Richardson, P. ,2005). Depresyon ya benlik değerinin tam çöküşü ya da bu çöküş olasılığının uyarı niteliğindeki bir kendilik değerindeki azalmadır (Brenner C., 1991). Depresyon sevilen bir nesnenin gerçek kaybına cevap olarak gelişebilir de çoğunlukla sevgi nesnesi reddi, hayal kırıklığı gibi temsili kayıplara cevap olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyonda içe atma, nesne yitimini iptal etmek için bir girişim olsa da dıştaki sevilen omnipotent nesneyle bir birleşme çabasıdır. Bu ambivalans sonucu olarak nesneyi birleşmeye zorlama arzusu, bu arzunun şiddeti nedeniyle kendini cezalandırma ile sonuçlanmaktadır. Böylece bağışlanma için yapılan çaba başlamış olur ve narsistik düzlemde sürerek süperegoyla ego arasında mücadele sürer (Brenner C., 1991). Önceden kaybedilen nesneye dönük olan sadizm depresyonda ise egoya yönelir. Aslında depresyondaki içe atma, gerçekte yansıtma mekanizmasının tam tersi gibi işlev görür. Böylece içe atılmanın etkisiyle hastanın egosunun bir kısmı nesne haline gelir yani objenin gölgesi egonun üzerine inmiş olur (Brenner C., 1991). Süperego, depresyona yatkınlık durumlarında daha yargılayıcı, sadistik ve yıkıcı olabilir (Bleichmar, H. B.,1996). Süperego tarafından baskılan ego ya isyan eder ya da boyun eğer. Depresyonda genellikle boyun eğerken isyankar tutum daha gizlidir. Bazen süperego baskısının yarattığı gerilim, ego için katlanılmaz bir hale gelir ve intihar gerçekleşebilir. Ego, kendini süperego tarafından terk edilmiş olarak görür ve öz-değer kaybı o kadar büyüktür ki kendini ölüme teslim eder. Depresyondaki bazı intihar eylemleri daha aktiftir ve süperegonun zayıflığına ve cezalandırılmasına karşı aşırı hayranlık uyandıran bir boyun eğme ya da isyan eylemi olarak görülebilmektedir (Brenner C., 1991).

Bilişsel Kuram

1960'lardan itibaren depresyonun bilişsel boyutu büyük önem kazanmıştır. Aaron (1967), biliş kavramını, yorumlama, öz yansıtma veya özeleştirme içeren düşünceleri veya sözlü olarak ifade edilen istekleri tanımlamak için kullanmıştır. Ona göre, depresyondaki bireyler genellikle iki farklı bilişsel durum yaşarlar. İlk olarak, belirli dış uyarıcılara karşı gelişen, genellikle uyarıcıya uygun olmayan veya tamamen uyumsuz olan bilişsel tepkiler geliştirebilirler. Örneğin, başka bir kişi için anlamsız olan bir durum, depresif bir bireyde yıkıcı düşüncelere yol açabilir. İkinci bilişsel durum ise, yatkın bireyin zihninde depresif düşüncelerin veya serbest çağrışımların dış uyarıcı olmaksızın da meydana gelebilecek olmasıdır. Bu depresif düşüncelerin ortak özelliği, "gerçeğin çarpıtılarak yorumlanmasıdır". Ayrıca, depresif düşüncelerin net bir ön belirteçten yoksun olması ve akıl yürütmeye dayanmaksızın otomatik olması da dikkat çekicidir. Bu düşünceler ayrıca istemsiz olarak ortaya çıkar. Depresif düşüncelerin bir diğer önemli özelliği ise, bireye bu düşüncelerin çok inandırıcı gelmesidir. Ayrıca, bir çarpıtılmış düşünceye cevap olarak ortaya çıkan güçlü duygu, çarpıtmaların inandırıcılığını da artırabilir. Depresif düşüncelerin bir diğer özelliği ise, ısrarcı olması ve yaşanan olayların birkaç stereotipik düşünceyle yorumlanmasıdır (Işık E., Taner Y.,2013). Depresif ruminasyon, depresyon kliniğinde en sık araştırılan tekrarlayıcı düşüncelerden biridir. Depresif ruminasyonun, bireyin duygusal çöküntüsüne yanıt olarak, kişinin geçmiş deneyimlerini, nedenleri, anlamları ve duygusal tepkileri analiz etmesi sonucunda ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Lyubomirsky S.,2008). Beck'e göre, bu düşünceler, eski deneyimler sonucu ortaya çıkan "otomatik şemalar" olarak adlandırılır. Bu düşünceler otomatiktir, yani farkına varmadan ani bir şekilde ortaya çıkarlar. Ayrıca, çarpıtılmıştır, yani gerçekleri tam olarak yansıtmazlar. Bu düşünceler aynı zamanda engelleyicidir, yani depresyonun devam etmesine neden olabilirler ve bazı duyguların değiştirilmesi için harekete geçmeyi engelleyebilir. Ayrıca, bu düşünceler sorgulanmazlar, yani gerçeklere uygun ve doğru gibi görünür. Bu düşünceler dirençlidir, yani akıldan atılmaları zordur (Işık U., Taner Y.,2013).

Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramcılar depresif semptomların gelişimini ve devamını tekrarlayan çaresizlik deneyimlerine bağlı olarak ortaya çıkan uyumsuz davranış biçimleriyle açıklamaya çalışmış ve başarıya ulaşmak için davranışların zorlanmasına vurgu yapmışlardır (Waters E, Wall S., 1978). Araştırmalar, tüm katılımcılarda olmasa da kontrol edilemeyen olayların çaresizlik duygularına yol açtığını göstermiştir. Abramson'a göre, kişinin negatif bir olayı öznel olarak değerlendirmesi hem çaresizlik tepkisini hem de bunu takip eden depresyonu açıklamaktadır. Davranışsal yaklaşıma göre, en küçük çevresel ve sosyal pekiştirmenin yoksunluğu sağlıklı uyum davranışlarının azalmasına ve depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir (Nolen-Hoeksema, S., Wisco, 2008). Depresyondaki bireyler sosyal ilişkilerinde azalan pekiştireçlere bağlanma eğilimi göstermekte, bu da negatif duyguların gelişimini kolaylaştırabilmektedir. Kısacası, Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeline göre, çocukluktan itibaren başarısızlık yaşayan kişiler, herhangi bir olumsuz durumla karşılaştıklarında depresyona meyilli hale gelebilir ve bunun üstesinden gelme umudu yerine çaresizlik duygusuyla baş başa kalabilirler. Ancak günümüzde depresyonda dengeyi bozan sadece uyaranların miktarı değil, bireyin bu durumu nasıl algıladığı ve genelleştirdiğidir.

Bağlanma Kuramı

Birçok kuramcı, yaşamın erken dönemlerindeki ilişki deneyimlerinin depresyona yatkınlık üzerinde önemli etkileri olduğunu belirtmektedir. Bowlby'ye göre, bebekler yaşamlarının ilk birkaç yılında birincil bakıcılarıyla tekrarlayan ilişkiler yoluyla bağlanma geliştirirler (Waters E, Wall S., 1978). Bowlby, bu deneyimlerin daha sonraki duygusal bozukluklar üzerinde etkili olabileceğini ve duygulanım psikolojisinin büyük ölçüde duygusal bağların psikolojisi ve patolojisi içinde yer aldığını öne sürmektedir (Dykman, B. M., 1998). İstikrarlı ve güvenli bağlanma temsilleri geliştiren bireyler, yaşamlarının ilk aylarında ve yıllarında düzenli ve duyarlı bir bakım almış gibi görünmektedir. İhtiyaçları sıklıkla karşılanmış ve desteklenmiş, böylece değer verilen, sevilen ve desteklenen bir benlik geliştirmişlerdir. Ancak, kaygılı bağlanma temsilleri geliştiren bireyler, ihtiyaçlarının belirlendiği ancak tutarsız olduğu bir bakım almış olabilirler. Bu tür deneyimler sayesinde bireyler başkalarının eylemlerinin kendi ihtiyaçlarıyla uyumlu olmadığını öğrenir ve kendi çevreleri üzerindeki kontrol hissini kaybedebilir. Buna ek olarak, başkalarının onayına olan bağımlılıkları kendi yeterliliklerine ve değerlerine olan güvensizliği artırabilir. Bowlby'ye göre bağlanma temsilleri, bebeğin talepleri sürekli olarak reddedildiğinde ortaya çıkar. Bu durumda bireyler kendi zor zamanlarında tek başlarına başa çıkmaya çalışırlar ve bu da "kendine yeterlilik" adı verilen benlik temsillerini geliştirir.

Ainsworth, anneden ayrılma sonrasında bebeğin kendisini sakinleştirmek için oluşturduğu bağlanmaları güvenli, kararsız ve kaçınan olarak sınıflandırır. Kararsız bağlanma, bazen uygun şekilde yanıt veren, bazen de reddedici ve ulaşılmaz davranan birincil bakıcının varlığında gelişir (Rothbaum, F., 2010). Bu tutarsızlık, istikrarlı ve uyumlu bir benlik geliştirmeyi zorlaştırır. Bu bireyler hayatlarının geri kalanında sürekli olarak öz-değerlerini oluşturmak için mücadele edebilirler (Hopko, D. R., 2011). Bu mücadele başarısızlık sonrası depresyon riskini artırabilir. Sonuç olarak, erken dönem deneyimlerinin dengesiz benlik temsillerine ve depresyon gelişimine yol açabileceği düşünülmektedir.

Davranışçı kuramcılar depresif belirtilerin gelişimini ve kalıcılığını, tekrarlanan çaresizlik deneyimleri nedeniyle ortaya çıkan uyumsuz davranışlarla açıklamaya çalışmış ve başarıya ulaşmak için davranışların zorlanmasına vurgu yapmışlardır (Waters E, Wall S., 1978). Çalışmalar, tüm katılımcılarda olmasa da kontrol edilemeyen olayların çaresizlik duygularına yol açtığını göstermiştir. Abramson'a göre, kişinin olumsuz bir olayı öznel olarak yorumlaması hem çaresizlik tepkisini hem de bunu takip eden depresyonu açıklamaktadır.

Davranışsal görüşe göre, en küçük çevresel ve sosyal pekiştirmenin yokluğu, sağlıklı uyum sağlayıcı davranışların azalmasına ve depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir (Nolen-Hoeksema, S., Wisco, 2008). Depresyondaki bireyler sosyal ilişkilerinde azalan pekiştireçlere bağlanma eğilimi göstermekte, bu da olumsuz duyguların gelişmesini kolaylaştırabilmektedir. Kısacası, Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeline göre, çocukluktan itibaren başarısızlık yaşayan bireyler, herhangi bir olumsuz durumla karşılaştıklarında depresyona yatkın hale gelebilir ve bunun üstesinden gelme umudu yerine çaresizlik duygusuyla baş başa kalabilirler. Ancak günümüzde depresyonda dengeyi bozan sadece uyaranların miktarı değil, bireyin bu durumu nasıl algıladığı ve genelleştirdiğidir.

Majör Depresif Bozukluğun DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Majör depresif bozukluk çökkün ruh hali, ilgi alanlarında azalma, bilişsel işlevler ve uykuda bozulma, iştah kaybı gibi vejetatif belirtilerle karakterize bir bozukluktur (Etkin A ve ark., 2016). Psikiyatride kaydedilen ilerlemelere rağmen, Hipokrat'ın zamanından bu yana ruhsal durumlar için tanısal isimlendirmeler çok az değişmiştir. İsa'dan önce 5. yüzyılda Hipokrat melankoli terimini kullanmıştır, tanı sınıflandırma sistemlerinde 2013 yılında yayımlanan DSM 5'e kadar Duygudurum Bozuklukları başlığı altında bipolar bozukluk ile birlikte bulunan majör depresif bozukluk, DSM 5 ile birlikte bu tanı başlığı altından çıkartılmış ve Depresyon Bozuklukları başlığı altından tanımlanmıştır (Schettler PJ ve ark., 2004).

DSM-IV'e göre Majör Depresyon, bir veya birden fazla depresif durumun varlığını içerir ve en az iki hafta boyunca gün boyu devam eder. Belirtileri arasında ilgi ve istek kaybı ile birlikte depresif semptomlar bulunur. Majör Depresyon tanısı için, danışanın iş ve çevresel yaşamında belirgin bozulmaların olması gerekmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). DSM-IV'te, depresyonun şiddeti hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayrılmış ve depresyonun alt tipleri tanımlanmıştır (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Tanı kriterleri içinde depresif duygudurumun teşhisini sağlayan depresif duygudurum tanı ölçütü, DSM-IV'te artık gerekli bir ölçüt olmaktan çıkarılmış ve tanılama için gerekli olan ölçütler arasına ilgi kaybı ve etkinliklere karşı zevk alamama gibi kriterler eklenmiştir (Kesebir, 2004).

DSM-III'te, Majör Depresyon Bozukluğu, psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin çok eksenli bir tanısal sistem içinde ele alındığı belirtilmiştir. Ancak, DSM-IV'te bu çok eksenli tanısal sistem kaldırılmış ve duygu durum bozuklukları başlığı altında yer almıştır (Yılmaz, 2017). DSM-5'te ise, Majör Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk iki ayrı kümeye ayrılmıştır. Majör Depresif Bozukluk, depresif bozukluklar alanında yer almış ve diğer tanılarının da eklenmiş olduğu görülmüştür.

DSM-V dizgesinde majör depresif bozukluk; tek ve tekrarlayıcı çökkünlük dönemleriyle ilişkili hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme gösteren, tam düzelme gösteren ve belirlenememiş şeklinde seyir ve şiddet özelliklerine göre gruplara ayrılmıştır. Ayrıca melankolik, atipik, mevsimsel, bunaltılı, karma, katatonik, duygudurumla uyumlu/uyumsuz psikotik özellikli ve peripartum başlangıçlı şeklinde çökkünlüğün nitelikleri açısından çeşitli belirleyicilere de yer verilmiştir (Köroğlu 2013).

MDB'nin DSM V'teki tanı ölçütleri ise;

A.Aynı iki haftalık dönemde aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) mevcut olup önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik meydana gelmiştir; bu semptomlardan en az biri ya depresif ruh hali ya da ilgi veya zevk alma kaybıdır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuyla ilişkili olan semptomlar dahil edilmemelidir.

1. Depresif ruh hali günün büyük bir kısmında, neredeyse gün boyunca mevcuttur ve kişinin kendisi tarafından bildirilir (örn. üzgün, boş ya da umutsuz hissetme) ya da başkaları tarafından gözlemlenir. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolayca sinirlenebilir).

2. Neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında, tüm ya da neredeyse her aktiviteye karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama (öznel tanımlama ya da gözlemlenir).

3. Kilo vermeye çalışmazken (diyet yapmazken) çok fazla kilo kaybı veya kilo alımı (bir ayda yüzde 5'ten fazla kilo değişimi) veya neredeyse her gün yemek yeme.

yeme isteğinde azalma veya artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının sağlanamaması dikkate alınmalıdır)

4. Uykusuzluk veya neredeyse her gün aşırı uyku

5. Neredeyse her gün ajitasyon veya yavaşlama (sadece öznel bir hareketsiz kalamama veya yavaşlama hissi olarak değil, başkaları tarafından da gözlemlenebilir).

6. Neredeyse her gün bitkinlik veya içsel güç eksikliği (düşük enerji)

7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız belki)

8. Neredeyse her gün düşünme ya da odaklanma güçlüğü ya da kararsızlık (öznel tanıma göre ya da başkaları tarafından gözlemlenen)

9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir eylem olmaksızın tekrarlayan kendini öldürme düşünceleri (intihar düşüncesi) veya kendini öldürme girişimi veya kendini öldürmek için belirli bir eylemin düşünülmesi.

B. Bu semptomlar klinik olarak ciddi sıkıntıya veya sosyal, işle ilgili veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu epizod bir başka maddenin ya da sağlık durumunun fizyolojik etkilerine dayandırılmaz. Not: A-C tanı kriterleri bir majör depresyon epizodunu oluşturur.

D. Majör depresif epizodun ortaya çıkması şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da psikozla seyreden tanımlanmış ya da tanımlanmamış başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

E. Daha önce hiç mani veya hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani veya hipomani benzeri ataklar madde kaynaklı ise veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine atfedilebiliyorsa bu istisna geçerli değildir (APA, 2013).

Majör Depresif Bozukluğunun Tedavisi

Antidepresan tedavi bugünlerde SSRI'lar, SNGI'lar, trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri, alfa-2 adreno reseptör antagonistleri, melatonin agonistleri gibi birçok ilaç türü ile major depresif bozukluk tedavisinde kullanılmaktadır (Öznur Özcan, 2013). Antidepresan ilaç türleri çok çeşitli kullanım alanları olan ve keşiflerinden bu yana kullanım oranları giderek yaygınlaşan bir ilaç türüdür (Einarson R. Tomas, 2002). Bununla birlikte psikoterapiler ile pek çok pozitif sonuç elde edilmektedir.

Elektrokonvülsif terapi, majör depresif bozukluk, manik ataklar ve diğer şiddetli ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan güvenli ve etkin metodlardan biridir. Yaşlı bireylerde görülen psikotik depresyonlarda özellikle elektrokonvülsif terapi ile verimli sonuç elde edilmektedir. Depresyon tedavisinde kullanılan etkili bir terapi yöntemi olan bilişsel terapi, Beck (1970) tarafından geliştirilmiş olan depresyon modelinden türetilmiştir. Beck'in modeline göre depresyon; duygu, kognisyon, motivasyon ve fiziksel yapı ile ilgili belirtileri kapsamaktadır. Ancak depresyonun bilişsel boyutunun sendromun tanımlanmasında önemli bir rol oynadığı öngörülmektedir. Depresif hastaların düşünme stiline bir "bilişsel üçlü" tarafından şekillendirildiği kabul edilmektedir. Bu üçluden ilki bireyin kendine ilişkin negatif düşünce biçimleri, ikincisi dünya (hastanın deneyimleri), ve üçüncüsü de gelecek olarak ifade edilmektedir (Robert Leahy, 2007). Bu hastalar, hastaya kabul görmüş gibi duran, ancak dışarıdan bakan bir gözlemci için rahatsız edici gibi görünse de düşünme ile mantık dışı bir biçimde açığa çıkan bir yığın "olumsuz otomatik düşünce" ile karşı karşıya kalırlar. Bu düşünceler bir tetikleyici olaydan sonra kendiliğinden uyarılmaktadır. Bu sebeple düşünceler bilinç tarafından fark edilmeden kendiliğinden akar. Ancak bu düşüncelerin bireyin algı dünyası ve bedeni üzerinde negatif bir etkisi bulunur. Beck, temelde varolan bu üç düşüncenin tetiklenene kadar saklı kaldığını ileri sürmektedir (Koroğlu, 2011). Bu üçlü bir araya geldikten sonra üzerinde durulmadığı ve düşünülmediği sürece depresyona neden olacağı öngörülmektedir. Bu tedavi metodunun en büyük hedefi, bireyin problemlerini tanımlayarak bu sorunların nasıl meydana geldiğini anlamasına yardımcı olmaktır. Ayrıca bireyin bu düşüncelerle nasıl baş edebileceğini öğrenmesini sağlayarak yeniden yapılandırmayı amaçlar. Problemlerin irdelenmesi basamağında, bireyin düşünce ve inanış biçimlerine "Sokratik" tarzdaki sorgulama ile yaklaşılması depresyon tedavisinde etkili bir yer tutmaktadır. Bireyin düşüncelerini realist bir biçimde değerlendirmesini sağlayan bu bakış açısı, olumsuz düşüncelerle baş edebilme becerilerini geliştirir.

BDT Tanımı

Albert Ellis'in "Rasyonel Duygusal Davranış Terapisi " mental problemlerin kökeni olarak kişinin mantıksız ve realist olmayan inançlarına yoğunlaşmaktadır. Aynı şekilde, Aaron Beck'in 1960'ların ilk yıllarında geliştirdiği "Bilişsel Terapi (BT)" depresyonun anlaşılabilir olmasında çok önemli bir rol oynamış ve düşüncenin ruhsal bozuklukların kavramlaştırılmasındaki yerini sağlamlaştırmıştır. 1980'lerin sonuna doğru, bilişsel terapinin davranışçı terapistler tarafından benimsenmesi neticesinde, davranışçı terapi ve bilişsel terapinin bir birleşimi olan "Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)" ortaya çıkmıştır (Türkçapar, 2018). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), düşüncelerin duygu ve davranışları belirlediğini savunan yapılandırılmış ve oldukça etkili bir terapi metodudur (Özcan ve Çelik, 2017).

BDT üç ana önermeye dayalıdır: "Bilişsel faaliyet davranışı etkiler", "Bilişsel faaliyet izlenebilir ve değiştirilebilir" ve "İstenen davranış değişikliği bilişsel değişiklik ile sağlanabilir" (Dobson ve ark., 2019). Bu terapi yöntemi, dengesiz düşüncelerin duygusal sıkıntının ve davranış problemlerinin sürdürülmesine nasıl yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır. Beck'in bilişsel modeline göre bu uyumsuz düşünceler, bireyin dünya, kendilik ve geleceğe ilişkin genel inançlarını veya şemalarını kapsamakta ve belirli koşullarda spesifik ve otomatik düşüncelere yol açmaktadır. BDT, bu dengesiz düşünceleri değiştirmeye dönük tedavi yöntemlerinin duygusal bunalım ve problemleri davranışlarda pozitif değişimler yaratacağı fikrine dayanmaktadır (Dobson ve Dozois, 2019). Türkçapar'a (2018) göre BDT, psikoeğitimsel bir modele dayanmaktadır ve kişinin düşünce içeriğini ve şeklini tekrar organize ederek duyguları ve davranışları üzerinde pozitif bir etki oluşturacağı varsayımına dayanmaktadır.

BDT, danışanların işlevsiz inanışlarını belirlemelerine ve bunları daha fonksiyonel ve pozitif düşüncelerle değiştirmelerine destek olur (Dobson & Dozois, 2019). Kişinin düşünce, duygu ve davranışlarını değiştirmek için birçok farklı yöntem kullanılır (Beck ve Beck, 2011). Bu metodlar arasında sokratik sorgulama, çekirdek inanç çalışma kağıtları, akılcı-duygusal rol oynama, inançların olumlu ve olumsuz taraflarını tespit etme, imgeleme, sorun çözüme, davranışsal denemeler, karar verme, dikkat dağıtma ve yeniden odaklanma, faaliyet izleme ve programlama, rahatlama teknikleri, aşamalı maruz bırakma, başa çıkma kartları, rol oynama, işlevsel-fonksiyonel karşılaştırmalar, "pasta" tekniği ve pozitif kendini ifade etme günlükleri yer almaktadır (Beck ve Beck, 2011; Türkçapar, 2018).

BDT Tarihçesi

Bilişsel davranışçı terapi çağının özelliklerine ve gereksinimlerine göre biçimlenmiştir (Thoma, Pilecki ve McKay, 2015). Psikanalizin hâkim ve etkili olduğu 1950'li yıllarda davranışçı yaklaşım klinik uygulamalarda yeteri kadar yer kazanamamıştır. Fakat 1950'lerden sonra insan ve hayvanlar üzerinde yapılan deneyler davranışı uyaran-tepki ilişkisi kapsamında açıklamış ve davranış değişikliği için klasik ve edimsel koşullanma prensiplerine dayanan yöntemler geliştirilmeye başlanmıştır (Brown ve Ballou, 1994; Özdel, 2015; Türkçapar ve Sargın, 2012). 1960'larda, yapılan laboratuvar çalışmalarıyla bilişsel etkenlerin aracılık rolünü ön plana çıkaran sonuçlar elde edilmiştir. İnsan davranışının sadece çevresel durumlar ve koşullarla açıklanamayacak kadar karışık olduğu görülmüştür (Sargın ve Sargın, 2015). Aynı dönemde bilimsel ilerlemeler ve bilgisayarın icadı insan zihninin karmaşık yapısına olan merakın artmasına neden olmuş ve terapi sürecinde insan zihninin bir bilgisayar gibi işlenmesi gerektiği ileri sürülmüştür (Türkçapar ve Sargın, 2012). Bu dönemde bilişsel süreçlere yoğunlaşan ABC sistematiği gibi terapötik yaklaşımlar geliştirilmiştir (Knapp & Beck, 2008; Özcan & Çelik, 2017). 1970'lerde ve özellikle 1980'lerde bilişsel davranışçı yaklaşımın doruk noktasına ulaştığı görülmektedir.

BDT, bilişsel ve davranışsal müdahalelerin bütünleştirilmesi psikoterapi tarihinde bir devrim niteliğindedir (Özdel, 2015; Türkçapar ve Sargın, 2012). Zaman içerisinde işlevsel olmayan düşünce ve davranışların değerlendirilmesine yoğunlaşan III. kuşak BDT yaklaşımları doğmuş ve içgörü, farkındalık ve kabul gibi kavramlara dayalı yeni yaklaşım teknikleri geliştirilmiştir (Hayes, 2004; Ruggiero, Spada, Caselli ve Sassaroli, 2018; Vatan, 2016). Bu bağlamda bilişsel davranışçı terapinin esnek, gelişimci ve değişimci bir özelliğe sahip olduğu görülmektedir. Beck, 1976 yılında BDT için önemli konuları gündeme getirerek, bu terapi sistemini değerlendirmek için kullanılabilir birtakım ölçütler de ortaya koymuştur. BDT, tekniklerin temelinde yer alan prensipleri destekleyen ampirik delillere dayanmalı ve etkinliği ampirik olarak desteklenmelidir. Bu ölçütler doğrultusunda, BDT çok çeşitli klinik ortamlarda, popülasyonlarda ampirik olarak desteklenmiştir (Beck, 1993). Bilişsel terapinin kurucusu Aaron Beck'e göre BDT'nin temel amacı, hatalı bilişlerde ve uyumsuz bilgi işleme becerilerinde pozitif değişiklikler meydana getirmektir.

BDT, danışanların düşüncelerini akılcı ve ampirik ölçütlerle uyumlu hale getirmeyi amaçlayan rasyonalist bir yöntemdir (Brewin, 2006). BDT sürecinde, terapist ve danışan problemleri tanımlamak ve anlamak için beraber çalışırlar. Şimdi ve burada olana odaklanılır. BDT, belirtileri direkt olarak belirleyerek sıkıntıyı azaltmayı hedefler ve danışanın kendi olanaklarını kullanarak sorunları çözmesini destekler (Leichsenring, Hiller, Weissberg ve Leibling, 2006).

Majör Depresif Bozuklukta BDT Terapisi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), pek çok psikiyatrik bozuklukta başarılı sonuçlar veren kanıt dayalı bir terapi yöntemidir. Majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve bedensel belirti bozuklukları gibi birçok rahatsızlıkta etkin olduğu bilinmektedir. Özellikle majör depresyon teşhisi konulan hastalarda BDT uygulandığında hastanın bilişsel çarpıtmalar ya da yanlış bilişler sebebiyle iyi olanı ve ilerlemeyi görmezden gelme eğilimi gösterdiği görülmektedir. Bu yüzden BDT ile ilerleme ve iyileşmenin bir profesyonel varlığında kayıt altına alınması ve hatırlatılması önemlidir (Gautam, Tripathi, Deshm ve Gaur, 2020). Buna ek olarak, 2019 yılında yayınlanan bir araştırmada, depresyon için ilaç tedavisi olarak SSRI'lar ve BDT kullanılarak iki ayrı grupta tedavi süreci gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, farmakolojik tedavinin beynin amigdala ve insula gibi bölgelerinde pozitif değişimlere yol açtığını, ancak belirtilerdeki azalmanın BDT grubuna göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Gorka ve ark., 2019). Majör depresif bozukluğu olan kişilere BDT uygulandığı zaman, bozukluğun nüksetme ihtimali düşük olmaktadır (Zhang, Zhang, Zhang, Jin ve Zheng, 2018). Son olarak, yeni yapılan bir araştırma sonucuna göre, 8 haftalık yoğun psikoterapi gören depresyon hastalarında kişilerarası etkileşimin kuvvetlendirilmesi, bilişlerde bir değişime sebep olmasa da depresif belirtiler üzerinde hafifletici bir etkiye sahiptir (Svenja ve ark., 2021).

Majör depresyonun tedavisi, iyileşmeyi hızlandırmada ve depresyonla bağlantılı belirtilerin oluşturduğu yükü azaltmada önemli bir rol üstlenmektedir. Geleneksel farmakoterapiye karşın hastaların ortalama %60'ı bu tedaviye yeterince cevap vermemektedir. Bu kapsamda, Bilişsel Davranış Terapisi (BDT) gibi psikolojik tedavilerin depresyon üzerinde etkin olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Fava ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülen altı yıllık bir takip araştırmasında, BDT alan bireylerde depresyon nüks oranının klinik destek alan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde, Li ve arkadaşları (2018) tedaviye direnç gösteren depresyon vakalarında BDT'nin etkili olduğunu ve uzun dönem prognozunu daha iyi olduğunu tespit etmiştir. Zakhour ve arkadaşları (2020), tedaviye dirençli depresyonu olan bireylerde BDT ile ilaç tedavisi kombinasyonunun depresif belirtileri azaltmada diğer tedavilerden daha fazla etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, BDT'nin depresyon tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu desteklemektedir.

İlgili Araştırmalar

Tarrier ve arkadaşları (2008), BDT'nin MD ve intihar davranışı üzerindeki etkilerini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında 28 makaleyi gözden geçirmiştir. BDT grubunun, standart tedavi alan gruba kıyasla yetişkinlerde ve ergenlerde intihar davranışını azaltmada oldukça etkili olduğunu bulmuşlardır.

Slee ve arkadaşları (2008), majör depresyonda intihar davranışını önlemek için kısa BDT'nin etkinliğini araştıran bir RKC'de, farmakoterapi+BDT ve sadece ilaç gruplarına 15-35 yaş arası toplam 90 intihar girişimcisini dahil etmiştir. Sadece ilaç tedavisi alan hastalarla karşılaştırıldığında, 12 seans BDT alan hastaların intihar düşüncelerinde, depresyon ve kaygı düzeylerinde belirgin bir azalma, benlik saygısında ve sorun çözme becerilerinde artış gözlenmiştir.

Stewart ve arkadaşları (2009) yüksek riskli bir nüfusta BDT, PÇT ve her zaman uygulanan tedaviyi karşılaştırdıkları bir RKC'ye toplam 33 hastayı almış ve tedavi öncesinde ve sonrasında gerekli ölçümleri yapmışlardır. BDT alan grupta hiç intihar girişimi görülmemiş ve standart tedavi alan gruba göre hem BDT hem de PÇT alan grupta intihar düşüncelerindeki azalma rapor edilmiştir.

Mewton ve Andrews (2015) intihar düşüncesini azaltmaya yönelik depresyon için internet temelli bilişsel davranışçı terapinin etkilerini araştırdıkları çalışmaya majör depresyonu bulunan 484 hastayı dahil etmiş ve 6 seans internet temelli BDT uygulanmıştır. İntihar düşüncesinin prevalansı başlangıçta %50 seviyesindeyken tedavi sonrasında %27'ye, depresyon seviyesinin prevalansı ise %70'ten %30'a gerilemiştir.

STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) araştırmasında, ilk etapta kullanılan antidepresanlarla 12 haftalık tedavi sonrasında hastaların sadece %50'sinde tedavi tepkisi gözlenmiştir (Trivedi ve ark., 2006). Diğer çalışmalara göre depresyonu olan kişilerin ortalama %60'ı tedaviye yanıt vermezken (Fava, 2003), yaklaşık %40'ı tedaviden kısmi ya da tam fayda sağlamaktadır (Ebmeier ve ark., 2006). Sınırlılıklara rağmen, majör depresyonun tanısı, nedenleri ve tedavisi ile ilgili gelişmeler sürmektedir.

Guille ve arkadaşları (2015), tıp stajlarında intihar düşüncelerini engellemek amacıyla Web tabanlı BDT'nin etkinliğini inceleyen bir RKC'de, toplam 199 tıp öğrencisi BDT ve kontrol gruplarına atanarak 4 hafta boyunca 30 dakikalık bir BDT modülüne tabi tutulmuş ve başlangıç, 3, 6, 9 ve 12. aylarda değerlendirme ölçümleri gerçekleştirilmiştir. BDT alan grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, BDT alan grupta kontrol grubuna kıyasla daha az intihar eğilimi gözlenmiştir.

Rudd ve arkadaşları (2015), intihar girişiminde bulunan askeri bir grupta tedavi sonrası kısa bilişsel davranışçı terapinin etkilerini araştırdıkları 2 yıllık takip RKC'ye toplam 152 hastayı dahil etmişlerdir. 12-16 seans BDT uygulanmış ve başlangıç, 3, 6, 12, 18 ve 24. aylarda değerlendirme ölçümleri yapılmıştır. İntihar düşüncesi ve çaresizlik, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri üzerindeki etkiler başlangıçtan 24 aylık takip ölçümüne kadar analiz edilmiştir. BDT grubundaki sekiz katılımcı (%13,8) ve kontrol grubundaki 18 katılımcı (%40,2) en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişiminin tekrarlanma oranının BDT grubunda %60 oranında azaldığı tespit edilmiştir. İntihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmanın yanı sıra TSS semptomlarında da azalma gözlenmiştir.

Götzsche ve Götzsche (2017), daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerde BDT'nin intihar girişimlerini düşürüp düşürmediğini incelemek için 10 RKC'nin (BDT'yi olağan bir tedaviyle karşılaştıran ve son altı ay içinde intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan hastaları içeren) meta analizinde, BDT'nin standart tedaviye kıyasla yeni bir intihar girişiminde bulunma riskini düşürdüğünü ifade etmiştir.

Yetişkinlerde intiharı engellemek ve intihar davranışını düşürmek için uygulanan farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerin incelendiği, 2011-2018 yılları arasında yayımlanmış 8 sistematik derleme ve 15 araştırma içeren bir meta-analizde, BDT ve DDT'nin standart tedavilere kıyasla intihar düşüncesini azaltmada, BDT'nin ise standart tedavilere kıyasla intihar girişimini azaltmada anlamlı düzeyde etkili olduğu bildirilmiştir (D'Anci vd., 2019).

Diefenbach ve arkadaşları (2021) intihar sebebiyle hastaneye yatışı yapılan hastalarda kısa BDT'nin etkisini araştırmak amacıyla altı hasta ile yürüttükleri çalışmada 10 seans BDT uygulamış, 3 aylık takipte hastalardan 2'si intihar düşüncesi bildirmiş ancak intihar girişimi bildirilmemiştir.

Wu ve diğerleri (2022) BDT'nin intihar üzerindeki etkisini inceleyen 9 sistematik derlemenin meta-analizinde BDT'nin intihar düşüncesini ve intihar girişimlerini düşürdüğünü bildirmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, derleme yöntemi ile MD yaşayan bireylerde BDT terapisinin kullanılması hakkında alan yazın taraması ile inceleme yapmaktır.

Sonuç ve Öneriler

Bu sistematik çalışma, majör depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliğini incelemektedir. Elde edilen sonuçlar, BDT'nin majör depresyon belirtilerini azaltmada oldukça etkili olduğunu ortaya koymaktadır. BDT, katılımcıların çoğu için depresyon belirtilerinde belirgin bir azalma ve işlevsellikte belirgin bir iyileşme ile sonuçlanmıştır. Bu sonuçlar, tedavi sürecinde majör depresyonun bilişsel ve davranışsal boyutlarının ele alınması gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. BDT, depresyonun temelinde yatan negatif düşünceleri tespit etmek ve bunları değiştirmek için kullanılan etkili bir araç olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra, BDT'nin problem çözme becerilerini geliştirmesi, duygu düzenleme becerilerini artırması ve pozitif davranışların güçlendirilmesi gibi stratejiler vasıtasıyla depresyon semptomlarını hafifletmeye katkıda bulunduğu görülmüştür. BDT, hastaların bilişsel yeniden yapılandırma aracılığıyla sahip oldukları negatif düşünce kalıplarını değiştirmelerine etkili bir biçimde destek olarak depresyon semptomlarını azaltmaktadır. Bu durum, BDT'nin otomatik negatif düşünme, tekrarlayan negatif düşünme ve savunmacı negatif düşünmeyi çözümedeki önemli rolünü ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, yüzeysel negatif düşünceyi değiştirmede kayda değer etkinliğine rağmen, BDT'nin başarısı hasta katılımından ve terapist becerilerinden etkilenmektedir, yani tedavinin başarısı yalnızca yöntemin kendisine değil, aynı zamanda hasta ve terapist etkileşimine de bağlıdır. Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) majör depresyon tedavisindeki etkinliğini, özellikle de negatif düşünceyi değiştirmedeki işlevini araştırmak, mevcut araştırmaların kısıtlılıklarını kabul eden ve gelecekteki araştırma yönelimlerini öngörebilecek eleştirel bir perspektif gerektirmektedir. BDT ile ilgili mevcut araştırmaların önemli bir sınırlılığı, bireysel farklılıkların yeteri kadar dikkate alınmamış olmasıdır. Çalışmalar sıklıkla BDT'nin etkinliğini farklı popülasyonlar arasında genelleştirmekte ve hastaların bilişsel tarzları, yaşam tecrübeleri ve tedavi beklentilerindeki farklılıkları yeteri kadar göz önünde bulundurmamaktadır. Bu göz ardı, BDT'nin etkinliği ve uygulanabilirliği konusunda çarpık bir algıya yol açabilmektedir. Mevcut araştırmaların zayıf kaldığı bir başka alan da derinlerde yatan duygusal problemlerin ve temel inançların irdelenmesidir. Çoğunlukla yüzeysel olumsuz düşüncelerin değiştirilmesine yoğunlaşmakta, potansiyel olarak depresyona neden olan altta yatan daha derin duygusal ve bilişsel kalıplar göz ardı edilmektedir. Bu boşluk, depresyonun bu daha derin yönlerini etkin bir biçimde ele alabilecek daha detaylı bir BDT yaklaşımına duyulan gereksinimi vurgulamaktadır. Buna ek

olarak, BDT'nin uzun dönemli etkileri ve sürdürülebilirliği konusunda yapılmış kapsamlı bir araştırma eksikliği bulunmaktadır.

Kısa dönemli yararları iyi bir şekilde belgelenmiş olsa da, BDT'nin uzun vadeli değişime nasıl katkıda bulunduğunu ve nüksü nasıl engellediğini anlamak, klinik alanlarda daha geniş çaplı uygulama açısından büyük önem taşımaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalar, daha kişiselleştirilmiş BDT yaklaşımlarının geliştirilmesine öncelik tanınmalıdır. Kişilerin özgün geçmişleri ve özel durumları göz önünde bulundurularak tedavinin kişisel ihtiyaçlara göre düzenlenmesi, tedavinin etkinliğini ve uygunluğunu artırabilir. BDT'nin diğer tedavi yöntemleriyle entegre edilmesi de bir başka umut verici yöndür.

BDT'nin farmakoterapi, psikodinamik terapi veya diğer terapötik yaklaşımlarla kombine edilmesi, depresyon tedavisi için daha kapsamlı bir tedavi yöntemi sağlayabilir ve daha geniş bir belirti yelpazesi ile altta yatan nedenleri ele alabilir. Son olarak, gelecekteki çalışmalar BDT'nin daha uzun süreli sonuçlarına odaklanmalıdır. BDT'nin hastaları uzun dönemler boyunca nasıl etkilediğini ve tedavi kazanımlarını sürdürme ve nüksü önlemedeki rolünü araştırmak, uzun vadeli etkinliğini belirlemek ve klinik uygulamaya yol göstermek için çok önemli olacaktır.

Kaynakça

- Amick H, Gartlehner G, Gaynes B, et al. Nonpharmacological versus pharmacological treatments for adult patients with major depressive disorder. Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
- Nakagawa A, Fujisawa D, Sado M, et al. Cognitive behavioral therapy pharmacotherapy resistant depression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2017; 78:8.
- Dunlop et al.: Predictors of remission in depression to individual and combined treatments (PRE-DICT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012 13:106.
- Ara J, Deeba F, Dobson KS. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Major Depression in Bangladesh. *Inter Jour of Cog Ther.* 2023; 16:222–36.
- Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, et al. Cognitive behavioral therapy vs. tai chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial. *Sleep.* 2014;37 (9):1543-1552.
- Chien HC, Chung YC, Yeh ML, Lee JF. Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *J Clin Nurs.* 2015;24(21-22):3206-3214.
- Gökdağ C, Sütcü S. Major depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiği: Sistemik bir gözden geçirme. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2016;8(ES 1):23-38.
- Helvacı Çelik, F., & Hocoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Ömer Aydemir (2011) Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21:sup1, S1-S9.
- Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014; 10:1–24.
- Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clin Psychol Sci.* 2016;4(4):596-619.
- Feng CY, Chu H, Chen CH, Chang YS, Chen TH, Chou YH, et al. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000– 2010. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2012;9(1):2-17.

- Berkol TD, Aytaç HM. Psychosocial triggers associated with major depressive episodes in women applying to psychiatric outpatient clinic. *Ortadogu Tıp Derg.* 2020;12(2):151-8.
- Kim, Y., & Hwang, S. (2020). The role of rumination in the effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 40, 51-63.
- Matthews, J. D. (2013). Cognitive behavioral therapy approach for suicidal thinking and behaviors in depression. *Mental Disorders-Theoretical Empirical Perspectives*, 24-43.
- Rihmer Z, Angst J. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi, 1575-1582.
- Altundal Duru, H., & Yılmaz, M. (2023). Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 131-146.
- Dobson KS (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 57:414-419.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- Köroğlu E. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 389-428.
- Köroğlu E, ed. (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri, 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 151-63.
- Cimilli C., (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi*, Ankara; 157-68.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 74(1), 5-13.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2002). Epidemiology of depression. *Handbook of depression*, 2, 5-22.
- Bremner, J. D., Narayan, M., Anderson, E. R., Staib, L. H., Miller, H. L., & Charney, D. S. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 115-118.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Mann, J. J. (1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21, 99S-105S.
- Schneider, B., & Prvulovic, D. (2013). Novel biomarkers in major depression. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 47-53.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49-74.
- Bowlby J., (1977). The making and breaking of affectional bonds. London, England: Tavistock Publication.
- Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.
- Işık E., Işık U., Taner Y. (2013), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Aşkın R (1999) Depresyon El Kitabı (2. Baskı). İstanbul: Roche.
- Sadock BJ, Sadock VA (2005) Klinik Psikiyatri (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Thimm, J. C., & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-9.
- Öngider, N. (2013). Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: Bir pilot çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 147-155.