

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ÜZERİNE DERLEME

REVIEW ON MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Fulya ÖZÇİLOĞLU

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
psk.fulyaozciloglu@gmail.com
ORCID: 0009-0001-7779-9346

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
ORCID: 0000-0002-0085-612X

ÖZET

Bu derlemenin amacı, Majör Depresif Bozukluk yaşayan kişilerde Bilişsel Davranışçı Terapinin etkililiğini incelemektir. Bu araştırmada sistematik inceleme yöntemi kullanılmış, ayrıca alan çalışması veya herhangi bir ölçüm aracı da yer almamıştır. Bu çalışmalar, 2013 ile 2024 yılları arasında, Türkçe ve İngilizce dillerinde incelenmek amacıyla ele alınmıştır. Bu derleme çalışması, Şubat 2025 ve Mayıs 2025'te tamamlanması planlanarak iki aşamaya ayrılmıştır. Literatür taraması sonucunda 10 çalışma analiz edilmiştir. İncelenen bu 10 çalışmada, Bilişsel Davranışçı Terapinin Majör Depresif Bozukluğun tedavisinde eğitici olması ve kısa sürede etkili sonuçlara ulaşılabilmesi yönünden oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğu görülmüştür. Majör Depresif Bozukluk tanısına sahip kişilerde, Bilişsel Davranışçı Terapi modelinin kişilere uygulanmasının ardından belirtilerin önemli ölçüde azaldığı ve bazı durumlarda tamamen ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, Majör Depresif Bozukluğun tedavi edilmesinde Bilişsel Davranışçı Terapi modeli son derece etkili bir tedavi yöntemidir.

Anahtar kelimeler: depresyon, majör depresif bozukluk, bilişsel davranışçı terapi

ABSTARCT

The aim of this review is to examine the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in people with Major Depressive Disorder. This study used a systematic review method and did not include a field study or any measurement tool. These studies were reviewed in Turkish and English between 2013 and 2024. This review study was divided into two stages, planned to be completed in February 2025 and May 2025. As a result of the literature review, 10 studies were analyzed. In these 10 studies, it was seen that Cognitive Behavioral Therapy is a very effective treatment method in terms of being educational in the treatment of Major Depressive Disorder and achieving effective results in a short time.

It was observed that the symptoms were significantly reduced and in some cases completely eliminated after the Cognitive Behavioral Therapy model was applied to people diagnosed with Major Depressive Disorder. Therefore, the Cognitive Behavioral Therapy model is an extremely effective treatment method in the treatment of Major Depressive Disorder.

Keywords: depression, major depressive disorder, cognitive behavioral therapy

GİRİŞ

Depresif bozukluk, kişinin zihninde ve davranışlarında olumsuz etkiler yaratan, derin bir boşluk hissi ile kendini gösteren ruhsal bir rahatsızlıktır. Bu bozukluk, farklı türler içerir. Bunlar arasında Majör Depresif Bozukluk, Süregiden Depresyon Bozukluğu, Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği, Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Maddeden/İlaçtan Kaynaklanan Depresif Bozukluk gibi çeşitler bulunmaktadır. Aynı zamanda belirtilen veya belirtilmemiş diğer depresyon bozuklukları da mevcuttur.

Majör Depresif Bozukluk, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve geleceğe dair umutsuzluk yaratan bir duygudurum bozukluğudur. Depresyonun daha aşırı bir formu olarak tanımlanabilir. Depresyon terimi, birçok duygusal durumu kapsamaktadır. Bu durumlar arasında çöküntü hissi, keder duygusu ve yaşamda etkinlikte azalma gibi hisler yer almaktadır. “Depresyon” kelimesi, Latince “depressus” kelimesinden türemiştir ve “aşağıda kalmak, bastırmak” anlamına gelmektedir. (Işık vd., 2013). DSM-V kriterlerine göre, MDB tanısı konulabilmesi için belirtilerden beşinin çoğunlukla gün boyunca görülmesi, bu belirtilerden birinin çökkünlük hissi veya ilgi kaybı olması ve belirtilerin en az iki hafta devam etmesi gerekmektedir. Bu bozukluk genellikle 20’li yaşlar başlangıçlı ve özellikle orta yetişkinlik döneminde sıkça görülmektedir. Orta yaşlı kadınlarda bu rahatsızlık oranı, diğer gruplara göre daha yüksek görülmektedir. Tedavi yöntemleri arasında antidepresan ilaçlar ve farklı psikoterapi teknikleri bulunmaktadır. Tedavide ilaç kullanımıyla terapinin birlikte uygulanması en etkili yöntemdir fakat her tedavi, hastanın ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır. Bazı hastalarda psikoterapi yöntemlerinin de, tek başına uygulanan ilaç tedavisi kadar faydalı olabileceği bilinmektedir. Bu yöntemler arasında en etkili olarak öne çıkan, Bilişsel Davranışçı Terapi’dir. Burada hastaya, hastalığın ne olduğu, nasıl başa çıkabileceği ve gidişi hakkında bilgi vererek psikoeğitim verilmektedir. MDB tedavisinde iyileşmenin sağlanamadığı koşullarda ise intihar riski artmakta, tekrar eden ataklar yaşanmakta ve işlevsellikte bozulmalar geri döndürülemez hale gelebilmektedir (McIntyre, 2010).

Bu çalışmanın hedefi, Majör Depresif Bozukluğun tedavisinde BDT’nin etkilerini ve görevini ayrıntılı bir şekilde inceleyerek gelecekteki araştırmalara yol göstermektir. Çalışmada, MDB’nin tanımı, görülme sıklığı, insan hayatı üzerindeki etkileri, tedavi seçenekleri arasında BDT’nin önemli rolü, MDB tedavisinde BDT’nin nasıl kullanıldığı ve yöntemleri detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

Majör Depresif Bozukluğun Tanımı

Majör Depresif Bozukluk (MDB), ergenlik dönemi ve yetişkinlik yıllarında sık görülen, kişide hem sosyal hem bedensel hem de psikolojik açıdan yeti yitimine neden olan bir ruh sağlığı bozukluğudur (Üneri vd., 2019). Kişide ciddi yıkımlara neden olan bu bozukluk, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmekle birlikte çoğunlukla orta yetişkinlik başlangıçlıdır. Bu yıkıcı duygudurum bozukluğuna yaşam boyu yakalanma oranı ise yapılan araştırmalarda kadınlarda %10-25 olan oran erkeklerde %5-12 olarak bulunmuştur (Koroğlu, 2004). Toplumca en sık rastlanan belirtileri ise kişinin günlük hayatta yaptığı şeylerden zevk alamaması, günün büyük bir bölümünü çökkün hissederek geçirmesi ve intihar düşünceleridir.

Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi

Majör Depresif Bozukluğun oluşum nedeni yapılan çalışmalar sonucunda sadece bir tane risk faktörünün değil, birden fazla risk faktörünün rol aldığını göstermektedir (Altun vd., 2021). Çalışma ile incelenen bu nedenler temelde üç ana başlıkta toplanmıştır.

Bu nedenler; biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerdir. Bu faktörler haricinde ise risk faktörleri bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Diğer olası risk faktörleri ise şu şekilde sıralanabilir; stres, genetik faktörler, beyin kimyasındaki bozulmalar, daha önce geçirilmiş olan bir depresif atak, travma, yaşanan kayıplar, kadın olmak, kadınlarda görülen menopoza gibi hormonal değişimler, bağımlılık ve kullanılan bazı ilaçlar.

Biyolojik Etkenler

Bireyin depresif duyguduruma yatkınlığını artırarak yakalanma riskini de arttıran en önemli faktörler arasında biyolojik faktörler yer almaktadır. Aile içerisinde duygusal rahatsızlık geçmişinin bulunması, tiroid gibi bazı fizyolojik hastalıklar, erkeklerde görülen andropoz, kadınlarda görülen doğum ve menopoza gibi bazı risk faktörleri yatkınlığı arttıran biyolojik faktörler arasında önem teşkil etmektedirler. Yapılan bazı çalışmalar sonucu aileden gelen genetik aktarımın bireye yansıma oranları ise şu şekilde görülmüştür; Andreasen ve ekibi, aile incelemelerinden elde ettikleri verilere dayanarak, tek uçlu depresif bozukluk açısından birinci derece akrabaların hasta olma riskini % 14.3 ile % 28.4 arasında tespit etmişlerdir (Andreasen vd., 1987). Gershon ve ekibi ise çeşitli araştırmaların sonuçlarını bir araya getirerek, aile bireyleri için risk oranını % 5.1 ile % 17.5 arasında olduğu sonucuna varmışlardır (Gershon vd., 1982). Aileden gelen genetik aktarım en bilinenleri olsa da depresyona yatkınlık durumunda birçok biyolojik faktör rol oynamaktadır. Bunlar; çeşitli biyolojik aminler, serotonin, nöradrenalin, dopamin, glutamat sistemi, nöropeptitler ve nörotrofik maddeler gibi farklı hormonal etkenlerdir (Özpoyraz, 2002). Bunun yanında, depresyon yaşayan bireylerde bazı nöroanatomi işaretlerinin de gözlemlendiğini belirtmek gerekmektedir (Levinson, 2006).

Sosyal Etkenler

Majör Depresif Bozukluk özellikle sosyoekonomik düzeye göre bireylerde görülme oranı fazla olan bir ruhsal bozukluktur. Temelde yatkınlığı arttıran tetikleyicilerin bireyin kişilik özelliklerine göre değiştiğini görsek de yatkınlığı arttıran birkaç sosyal faktörü şu şekilde sıralayabiliriz; kadın olmak, bekar olmak, göç etmiş olmak, sosyoekonomik düzeyi düşük olmak, işsizlik, kültürel özellikler, kırsal kesimde bulunmak vb. Birçok alanda insanı konu alan incelemelerde çelişen bilgiler olduğu gibi bu alanda da sosyoekonomik düzeyi konu alan farklı çalışmalar yer almaktadır. Depresyonun sosyal faktörlerle bağlantısını araştıran ilk çalışmalar, toplumun yoksul kesimindeki çeşitli etnik ve kültürel gruplarda depresyonun doğru bir şekilde tanımlanmaması sonucunda, bu durumun yoksullarda daha nadir görüldüğü yönünde bir izlenim oluşturmuştur (Cimilli, 2001). Murphy ve diğerlerinin yaptığı çalışmada ise, depresyonun daha yüksek sosyoekonomik seviyelere ait bir hastalık olduğu iddia edilmiştir (Murphy vd., 1967). Yapılan başka bir çalışmada ise mesleki statü yükseldikçe depresyonun artma sıklığının, sınıf atlama sürecinde yaşanan stresin etkisinden kaynaklandığı açıklanmıştır (Bagley, 1973).

Psikolojik Etkenler

Yaşamın bir kısmında bireyin doğrudan ya da dolaylı olarak yaşamış olduğu stres ve travmatik olaylar başta olmak üzere, bireyin Majör Depresif Bozukluğa yatkınlığını arttıran birden çok psikolojik faktör sıralamak mümkündür. Temelde psikolojik faktörler arasında sayabileceğimiz stresin beyindeki kimyasal dengeyi bozarak geçirilen atak sayısında etkili olduğu ve yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Bildiğimiz gibi, depresyon neredeyse tüm psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili olabilir. Yetişkinlerde, özellikle de ilerleyen yaşlardan dolayı beceri kaybına neden olan psikiyatrik hastalıklar aynı zamanda depresyonu tetikleyebilmektedir. Psikiyatri hastanelerinde tedavi gören her beş hastadan ikisinin de ikincil depresyon teşhisi aldığı görülmektedir (Andreasen ve Winokur, 1979). Bunun yanı sıra bireyin daha önceden geçirmiş olduğu bir depresif atağın olması, yaşanan ayrılıklar ve kayıplar da verebileceğimiz örnekler arasındadır.

Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Hayatın her evresinde, her yaştan bireyde görülebilen Majör Depresif Bozukluk için birçok araştırma, başlangıç yaşını genellikle 20'li yaşların sonu olarak tespit etmiştir (McIntosh vd., 2010). Fakat toplumun birçok kesimince özellikle orta yetişkinlik başlangıçlı olup erkeklere göre kadınlarda iki kat daha fazla görüldüğü yaygın olarak düşünülmektedir. Genellikle sosyoekonomik düzeyi düşük, gelişmekte ve yarı gelişmekte olan ülkelerde, boşanmış ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde görülme oranı toplumun diğer kesimlerine göre oldukça fazladır. Yapılan bir araştırmaya göre, ülkemizde Majör Depresif Bozukluk en fazla düşük gelir grubundaki bireylerde, okuma yazma bilmeyenlerde ve ev hanımlarında gözlemlenmiştir (Doğan vd., 1995).

Majör Depresif Bozukluğun Belirtileri

Majör Depresif Bozukluk, diğer adıyla Yeğin Depresyon kişide en belirgin olarak dış görünüşte kendini belli eder. Kişide eskiye göre gözle görülür bir düzeyde öz bakımda azalma gözlemlenir. Kişi ya uykusuz kalmak ve uyuyamamaktan ya da günün büyük bir bölümünü uyuyarak geçirmekten sürekli yakını. Kişide eskiden yaptığı şeylere karşı yoğun bir isteksizlik gözlemlenir. Bu bozuklukta bireylerde en sık gözlemlenen şey ise psikomotor retardasyondur. Bireyde düşünce ve davranışlar o kadar yavaşlar ki, birey günlük aktivitelerini yerine getirmekte ve sağlıklı iletişim kurmakta oldukça zorluk çeker. DSM-V tanı kriterlerine göre ise bireyin Majör Depresif Bozukluk tanısı alabilmesi için belirtilerin en az iki hafta süresince bir günün yarısından fazlasında görülüyor olması, belirtilerden en az beş tanesinin bireyde bulunması ve bunlardan birinin mutlaka ilgi-istek kaybı ya da çökkün duygudurum olması gerekmektedir. Belirtiler ise şu şekildedir; konsantrasyon sorunları, iştah değişiklikleri, uyku problemleri, zevk kaybı, çökkünlük hissi, retardasyon ya da ajitasyon, suçluluk ve değersizlik hissi, enerji azlığı, tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri (APA, 2013). Tüm bu belirtilere ek olarak da kişide sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalar olduğu gözlenmelidir.

Majör Depresif Bozukluğun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik teoride depresyonun, değerli bir kişinin veya bir sevgi nesnesinin kaybı neticesinde ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu yaklaşıma yani psikanalize yön veren ve psikanalizin babası olarak bilinen Freud'un katkıları oldukça fazladır. Freud, "Yas ve Melankoli" başlıklı kitabında depresyonla ilgili ilk psikanalitik yorumlarını ortaya koyar ve bu iki durumu aynı kayıpların tecrübe edildiği fakat farklı yanıtların verildiği birbirine bağlı haller olarak tanımlar (Taylor ve Richardson, 2005). Yaptığı çalışmalarda da depresyona neden olan temel sebebin yetersiz cinsel uyarılma olduğunu vurgulamıştır. Psikanalitik bir bakış açısı, bireyin bilinçdışı süreçlerini, geçmişte yaşadığı deneyimleri, kişisel kalıplarını ve ilişkilere dair yapılarını öne çıkarmaktadır. Psikanalitik yaklaşımlı Majör Depresif Bozukluk tedavisinde ise amaç kişinin duygusal süreçlerini, savunma mekanizmalarını ve bilinçdışındaki çatışma dinamiklerini açığa çıkarmaktır (Aydın, 2023).

Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım bireyin duygusunu değil davranışlarını ele alan ve yaşanan bozukluğun nedenine değil sonucuna odaklanan bir yaklaşımdır. Bu bakış açısındaki düşünürler tarafından davranış, bireyin bir dizi uyarana karşı vermiş olduğu tepki olarak tanımlanmaktadır. Davranışçı yaklaşımın temel hedefi ise davranış ve tepki arasındaki dengeyi çözümlemektir. Bu yaklaşımın gelişiminde Ivan Pavlov, Joseph Wolpe, Skinner ve Albert Bandura'nın büyük rolleri olmuştur. Şimdi ve burada olana odaklanarak bireyin o anki deneyimlerini esas almış ve kendi bakış açılarıyla bireyin davranış ve öğrenme süreçlerini incelemişlerdir. Majör Depresif Bozukluk durumunda uygulanan davranışsal yaklaşımlar, hastanın depresif semptomlarını azaltmaya ve yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik birbirinden farklı yöntemleri kapsar. Bu yaklaşımlar sıklıkla Bilişsel Davranış Terapi (BDT) çerçevesinde gerçekleştirilir.

MDB tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi, diğer psikoterapi yöntemlerinden ayrılır; bunun nedeni, hasta ile terapist arasında sorun çözmeye yönelik bir eğitim süreci içermesi, gerçeği sorgulaması ve iş birliği odaklı olmasıdır (Freeman ve Dattilio, 1992).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri teorisinin ana hipotezlerinden biri, çocuklukta kurulan ilk ilişkilerin sonraki etkileşimlere yönelik bir zemin oluşturma eğiliminde olduğudur. Bu teorisinin perspektifine göre Majör Depresif Bozukluk, bireylerin sağlıklı ilişkilere dair temsiller yaratmada karşılaştıkları zorluklardan kaynaklanır. Birçok psikanalist, Majör Depresif Bozukluğun çocukluk dönemindeki ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkilerin bozulmasından kaynaklandığını savunmaktadır (McCluskey ve Winter, 2005). Depresyon, depresyon yaşayan kişilerin arzulanan nesnelerle duygusal bir bağlantı kurmaya çalışma çabalarının getirdiği sürekli bir savaşın sonucudur. Bu kuramın başlıca temellerini oluşturanlar ise Melanie Klein ve Otto Kernberg'dir. Klein, nesne ilişkilerini kuramının depresyonla bağını şu şekilde ifade etmiştir; "Depresyon, bireyin içsel dünyasında olumsuz nesnelerle olan sürekli bir çatışmanın sonucudur ve bu durum, kişinin dünya görüşündeki olumsuzlukları pekiştirir." (Klein, 1940).

Majör Depresif Bozukluğun DSM-V Sınıflandırması ve Tarihçesi

Depresif bozukluk, ilk olarak Antik çağlarda MÖ 400'lerde ortaya çıkarak ve çeşitli değişikliklerle gelişim göstererek günümüze kadar gelmiştir. Antik Yunan Hipokrat tarafından melankoli olarak adlandırılan bu depresif durum, Hipokratik tıpta vücutta bulunan dört sıvıdan biri olan kara safra ile ilişkilendirilerek açıklanmıştır (Fodor ve Hagedorn, 2016). Orta Çağ'da ise depresyon daha çok dini bir bakış açısıyla incelenmek üzere ele alınmıştır. 19. yüzyılın sona ermesiyle Emil Kraepelin, bu durumu dönemin farklı birçok yorumcusuna karşı daha sistemli bir şekilde incelemeye karar vermiştir. Kraepelin, depresif durumu manik-depresif durum olarak tanımlayarak o dönem için bunun biyolojik bir hastalık olduğunu ileri sürmüştür (Kraepelin, 1913). 20. Yüzyılın başlarına gelindiğinde ise Freud, "Melankoli ve Yas" adlı eserinde depresif duygudurumu zihinsel bir bozukluk olarak tanımlamış ve kayıpların bireylerin psikolojisinde derin etkiler yaratabileceğini belirtmiştir (Freud, 1917). 20. Yüzyılın ortalarına doğru depresif bozukluğun bir hastalık olduğu görüşüne varılmış ve bu doğrultuda tedavi için antidepresanlar keşfedilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumun hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği yönünde görüşleri atan kişi ise Joseph Schildkraut olmuştur (Schildkraut, 1965). Günümüze gelindiğinde ise Majör Depresif Bozukluk adı altında bu depresif duygudurumun biyolojik, psikolojik ve çevresel unsurların etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir rahatsızlık olduğu kabul edilmektedir. Depresif bozukluk, zaman içerisinde çeşitli tanı sistemlerinde tanımlanıp depresyon adı altında alt türlere ayrılarak günümüze kadar gelmiştir. Bu tanı sistemlerinden biri de Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayımlanan DSM, bir diğer adıyla Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sayımsal El Kitabıdır. DSM'in ilk versiyonu olan DSM-I, depresyonu reaktif bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bu yıllarda depresyon, dışsal stres faktörlerine bir yanıt olarak görülmüş, spesifik belirtilerle tanı koymak oldukça yaygın bir uygulama olmamıştır. Depresyon DSM-I'de "duygusal bozukluklar" başlığı altında incelenmiş ve genellikle çevresel etkenler tarafından tetiklenen bir durum olarak ele alınmıştır (APA, 1952). 1968 de yayımlanan DSM-II'de, depresyonun tanımında daha fazla ayırım yapılmasına olanak tanınmıştır. Bu versiyonda depresyon, "Manik Depresif Hastalıklar" ve "Duygusal Bozukluklar" gibi daha kapsamlı gruplar içinde değerlendirilmiştir. Depresyon, genellikle çevresel faktörler ve mental durumlar temel alınarak sınıflandırılmaya devam etmiş ancak psikolojik ve biyolojik unsurların etkisi üzerinde de düşünölmeye başlanmıştır (APA, 1968). 1980 yılına gelindiğinde ise yeni güncellemeler yapılarak DSM-III yayımlanmıştır. Bu baskıda ilk defa semptomlar ele alınarak tanıda değişikliğe gidilmiş ve Majör Depresif Bozukluk adı ilk defa tanı sistemlerinde görölmüştür. Tanıda yapılan bu değişiklik depresyonun daha sistematik ve klinik anlamda daha anlaşılır bir biçimde tanımlanmasına olanak tanımıştır (APA, 1980).

1987 yılında tanıda görülen birkaç açığın olması nedeniyle bu basım genişletilerek DSM-III-R olarak yeniden yayımlanmıştır. Yapılan güncellemeyle Majör Depresif Bozukluk tanımı daha kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve depresyonun klinik özellikleri daha derinlemesine açıklanmıştır. Bu süreçte, depresyonun atipik formları ile psikotik depresyon gibi çeşitli alt gruplar da bu basımda ilk defa literatüre girmiştir (APA, 1987). 1994 yılında ise farklı türde alt tiplerin varlığı görülüp yeni tanımlamalara ihtiyaç duyulmuş ve bunun üzerine yapılan güncellemelerle DSM-IV düzenlenmiş ve yayımlanmıştır. Bu yayın depresyon tanımını daha açık hale getirerek tanı kriterlerini detaylandırmıştır. Depresyonun biyolojik ve psikolojik etkileşimlerini dikkate alarak, tedavi yöntemlerinin çeşitlenmesine de katkıda bulunmuştur (APA, 1994). 2013 yılında yeni gelişmeler kaydedilerek DSM-V yayımlanmıştır. Bu gelişmelerle depresyonun komorbid hastalıklarla yani bir arada bulunan hastalıklarla bağlantısını ön plana çıkarmış ve depresyonun atipik formlarına daha fazla odaklanmayı teşvik etmiştir. Ayrıca, depresyonun bipolar bozukluk ile olan ilişkisi ve tedavi sürecinde kullanılan antidepresan ilaçların etkileşimleri daha kapsamlı olarak incelenmiştir. Bu baskı, depresyonun yalnızca biyolojik nedenlerden kaynaklanmadığına, aynı zamanda çevresel ve psikolojik nedenlerden de kaynaklanabileceğine dikkat çekmiştir (APA, 2013). Majör Depresif Bozukluk için DSM-V tanı kriterleri ise şöyledir:

A. Depresyon tanısı koymak için, aşağıda listelenen beş veya daha fazla belirtinin kişide görülmesi gereklidir ve bu belirtilerden biri 1 veya 2 olmalıdır:

1. Çökkün ruh hali
2. Zevk kaybı
3. Konsantrasyon sorunları
4. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
5. Enerji azlığı
6. Uyku bozukluğu
7. İştah değişiklikleri
8. Suçluluk ve değersizlik hissi
9. Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri ya da teşebbüsü

B. Bu belirtiler, bireyin sosyal, iş veya diğer önemli yaşam alanlarındaki işlevselliğini ciddi ölçüde etkilemelidir.

C. Bu durum, tıbbi bir rahatsızlık, madde bağımlılığı ya da başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi bir şekilde açıklanamaz.

D. Belirtiler, en az iki hafta boyunca devam etmelidir ve genellikle depresif ruh hali ya da ilgi kaybı gibi ana belirtilerle birlikte diğer semptomlar da gözlemlenir.

Majör Depresif Bozukluğun Tedavisi

Depresif bozuklukta tedavi yöntemini belirlemek ve doğru uygulama yapmak için ilk olarak hastanın hangi epizodda yer aldığını doğru tanımlamak gereklidir. Bireyde görülen temel epizodlar ise şu şekildedir; depresif semptomların görüldüğü depresif dönem, belirtilerin önemli ölçüde iyileştiği remisyon dönemi, ilk iki ay içinde depresyonun tekrar ortaya çıktığı nüks etme dönemi, sekiz haftadan fazla süren nüksün olmadığı iyileşme dönemi, iyileşen bireyin yeni bir depresif dönemle karşılaştığı yineleme dönemi ve depresyonun iki yılı aşan bir süre boyunca sürdüğü kronikleşme aşaması (Işık ve Uzbay, 2009). Majör Depresif Bozukluğun tedavisinde, önceleri bozukluğun ne olduğunun yeterli tanımlanamamasından dolayı daha ilkel yöntemler kullanılırken günümüze gelindiğinde birçok alternatif tedavi yönteminin keşfedilip kullanıldığı görülmektedir. Bu yöntemler arasında psikiyatrik ilaç kullanımı, Elektro Konvülsif Tedavi (EKT), çeşitli ekollerle yapılan psikolojik destek, GABA ve 5-HIAA seviyelerini artırarak glutamat ve aspartat düzeylerini düşüren vagus siniri stimülasyonu, yapay gün ışığı tedavisi ve uyku bozukluklarını iyileştirerek antidepresan etkisi olduğu düşünülen bazı bitkilerin kullanımı yer almaktadır (Işık ve Uzbay, 2009).

Hastalığın her bireyde etkisi ve yıkımı farklı olduğundan her zaman tedavi yöntemini kişiye göre belirlemek gereklidir fakat en etkili tedavi yöntemi de çoğunlukla ilaç ve psikoterapinin bir arada yürütülmesidir. Tüm bu tedavi yöntemleriyle hastaların %85'i iyileşebilirken, Majör Depresif Bozukluk tanısı olan bireylerin %15'i, depresyon döneminde intihar girişimde bulunup kısmen başarılı olmaktadırlar (Köroğlu, 2011).

Bilişsel Davranışçı Terapinin Tanımı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) modeli sorun odaklı, kısa süreli, şimdi ve burada olana odaklanan yapılandırılmış bir terapi modelidir. Aaron Beckin öncülüğünü ettiği bu terapi modeli, kişilerin negatif otomatik düşüncelerini tanımlarını, bu düşünceleri sorgulamayı ve daha işlevsel düşünme tarzları geliştirmeyi teşvik etmektedir (Beck, 1976). Bu yöntem, bireylerin stres, depresyon, kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi ruhsal sağlık kaynaklı problemleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir (Beck, 2011). Hızlı bir şekilde uygulanan ve sistematik bir yapıya sahip olan Bilişsel Davranışçı Terapi, genellikle belirli bir süre içinde sonuç elde etmeyi amaçlar ve terapi süresince danışanın aktif olarak yer alması sağlanmaktadır. Bu sistem, bireylerin edindikleri bilgileri günlük yaşamlarına dahil etmelerini kolaylaştırırken tedavinin etkinliğini de arttırmaktadır (Beck, 1995). Standart bir Bilişsel Terapi'nin temel dört aşaması şu şekildedir: Problemin analizi, problemin belirlenmesi, problemin tedavi edilmesi ve takip seansları. Bu aşamalardan ilki olan analiz, Bilişsel Terapi'de son derece kritik bir rol taşımaktadır (Doğan, 2001). Kirk'in yaptığı analiz çalışmalarına göre ise bilişsel analizin amaçları şu şekilde sıralanabilir: Problemin bilişsel ve davranışsal tanımını yapmak, bu tanım üzerinden bir tedavi stratejisi geliştirmek, hastayı bilişsel-davranışsal yöntem hakkında bilgilendirmek bir diğer deyişle psikoeğitim vermek, tedavi için hastanın uygunluğunu değerlendirmek (Kirk, 1989).

Bilişsel Davranışçı Terapinin Tarihçesi

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin gelişimini üç aşamada incelemek mümkündür. İlk başlarda Davranışçı Terapi'nin doğuşu ve gelişimi, sonrasında Bilişsel Terapi'nin doğuşu ve gelişimi ve iki terapi modelinin de entegre bir şekilde Bilişsel Davranışçı modeli oluşturması. Bu modelle ilgili ilk gelişmeler Milattan sonra 100 civarlarında, Roma'nın bir eyaleti olarak bilinen Anadolu'nun Frigya bölgesinde köle olarak yaşamaya başlayan Epiktetos tarafından olmuştur. Epiktetos'a göre, mutluluğun ve özgürlüğün kaynağı, neleri kontrol edebileceğimizi ve neleri kontrol edemeyeceğimizi bilmemizde yatar yani bilişsel süreçleri incelemeyi öne sürer. Ayrıca Epiktetos, insana zararı ancak kendi tutum ve davranışlarının verdiğini de öne sürmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2011). Davranışçı yaklaşım, 1960'lı yılların başına gelindiğinde Psikanalitik kurama bir tepki olarak varlığını göstermeye başlamıştır. Davranışçı Terapi'nin hedefi, olumsuz davranışları yok etmek ve bunların yerine daha olumlu davranışlar koymak olmuştur ve bununla ilgili birçok deneysel çalışmalar yapılmıştır. Davranışsal yaklaşım, insanların öğrenim süreçleri ve çevresel unsurların davranışları üzerindeki etkisini ön plana çıkarır. Bu konuda öne çıkan ilk önemli isimlerden biri Ivan Pavlov olmuştur (Pavlov, 1927). İlk başlarda tek başına varlığını sürdürürken depresyon, anksiyete ve fobi gibi hastalıkların tedavisinde yetersiz kalmasından dolayı 1970'li yıllara doğru Bilişsel Terapi'nin ortaya çıkmasıyla onun tedavi sürecine dahil olmuştur. Bu terapi yaklaşımı, ilk başlarda insanın davranışsal süreçlerine odaklanırken zamanla insanı ve davranışlarını anlamlandırmak için tek başına bunun yetersiz olduğunu kanıtlamış ve yapılan çalışmalarla insanın bilişsel süreçleri de bu modele sonradan dahil edilmiştir. Yine 1960'ların başlangıcında, Aaron Temkin Beck ve Albert Ellis gibi psikologlar, Bilişsel Terapi'nin temellerini atmışlardır. Beck, depresyonun nedeni olan olumsuz düşünce kalıplarının tedavi edilmesi gerektiğini ileri sürmüş ve bu bağlamda bilişsel bozukluklar terimini geliştirmiştir (Beck, 1976). 1900'lü yıllara gelindiğinde ise Davranışçı ve Bilişsel Terapi modelinin birleşmesi ihtiyaçlar doğrultusunda kaçınılmaz olmuştur.

Bu birleşim sonrası Beck ve arkadaşları, BDT'nin depresyon, anksiyete bozuklukları, TSSB ve diğer psikolojik rahatsızlıklar üzerinde etkili olduğunu gösteren önemli klinik araştırmalar yaparak BDT modelinin işlevselliğini de kanıtlamışlardır (Beck vd., 1990). Bilişsel Davranışçı Terapi'nin her zaman temel olarak iki dayanağı olmuştur: 1-Düşüncelerimiz, hislerimiz ve eylemlerimiz üzerinde etkilidir, 2-Eylemlerimiz, düşünüş biçimimizi ve hislerimizi etkiler.

En temel anlamıyla geçmişten günümüze Bilişsel Davranışçı Terapi, insanın duygu, düşünce ve eylemleri arasında sürekli bir etkileşimin varlığını savunmaktadır. Özellikle kısa sürede uygulanabilme kolaylığından ve birçok hastalığın tedavisinde etkili sonuç alınmasından dolayı günümüzde de en çok tercih edilen psikoterapi yaklaşımı olmuştur. Bu terapi yaklaşımı zamanla birçok kola ayrılıp farklı alanlarda gelişim göstererek günümüze kadar gelmiştir. Bu alanlar başlıca şu şekildedir: Bilişsel Terapi, Şema Odaklı Terapi, Rasyonel Duygu-Davranış Terapisi, Rasyonel Yaşam Terapisi, Diyalektik Davranış Terapisi.

Majör Depresif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Terapi, ilk defa 1964 yılında Aaron Temkin Beck tarafından yayımlanan bir yazıda tanıtılmıştır. Zamanla Davranışçı yaklaşımın etkisiyle birlikte Bilişsel Davranışçı Terapi terimi olarak kullanılmaya başlanmış ve 1979 yılında Beck ve ekibinin araştırmaları sayesinde başta Majör Depresif Bozukluk olmak üzere birçok depresyon türü için belirgin bir şekilde uygulanır hale gelmiştir (Gökdağ ve Sütcü, 2016). Bilişsel Davranışçı Terapi modeli, bireylerin işlevselliği olmayan ve yanıltıcı düşüncelerinin, psikolojik sıkıntılarının temelinde yattığını kabul etmektedir (Vurucu, 2023). Majör Depresif Bozuklukta bireyler geçmişle ilgili özellikle bilişsel süreçlerde dönen yoğun kaygı, suçluluk ve değersizlik hissi yaşamaktadırlar. Beckin Bilişsel Teorisi ışığında, depresyon yaşayan kişiler olayları çoğunlukla olumsuz bir perspektiften gözlemlemekte ve bu durum bireyde kendine güven eksikliği ve umutsuzluk gibi duygulara neden olmaktadır (Beck, 1976). Buna bağlı olarak “her şeyin suçlusu benim, bu benim hatam, sevmeyi ve sevilmeyi haketmiyorum” gibi belli başlı olumsuz düşünce kalıplarıyla fark etmeden yaşamlarının büyük bir çoğunluğunu devam ettirmektedirler. Bilişsel Davranışçı Terapi modeli her zaman, Majör Depresif Bozukluk başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun tedavisinde kişilerin olumsuz düşünce kalıplarını dönüştürmeyi amaçlayarak, bu kalıpların depresyon belirtilerini nasıl güçlendirdiğini kavramalarına destek olmayı hedeflemektedir (Beck, 1967). İşlevselliğe yaptığı tüm bu katkılardan dolayı özellikle son yıllarda Majör Depresif Bozukluğun tedavisinde bu terapi modelinin kullanımı ve tercih edilme sıklığı gözle görülür bir şekilde artış göstermektedir. Ortalama 8-10 seans süren ve kolay uygulanabilen bu terapi yaklaşımı, danışan ve terapistin eşit aktiflikte olduğu bir tedavi sürecini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra diğer tedavi yöntemlerinde de olduğu gibi tedavi planlaması ve kullanılan teknikler, seans sıklığı ve süresi hastanın ihtiyacına göre yani bir diğer deyişle bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Sokratik sorgulama, artı ve eksi yanları sıralama, yeniden yükleme, üç soruyla yaklaşım, işlevsel olmayan düşüncelerin kaydı, imgeleri kullanma, aşamalı maruz bırakma ve gevşeme stratejileri gibi yaklaşımların yer aldığı Majör Depresif Bozukluk tedavisinde, kişiye özgü bir tedavi planı oluşturularak iyileşme sağlanmakta ve hastalığın nüks etmesi engellenmektedir (Vurucu, 2023).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Majör Depresif Bozukluk, bireylerin yaşam standartlarını önemli ölçüde etkileyen ve işlevselliklerinde belirgin bir azalma meydana getiren, psikiyatri alanında en ciddi depresyon türlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu bozukluk, kişilerde yoğun bir çaresizlik duygusu, kendini değersiz hissetme, enerji eksikliği, uyku bozuklukları ve ağır durumlarda intihar düşünceleri veya girişimleri şeklinde kendini gösterebilmektedir. Özellikle intihar riski taşıyan bireylerin, acilen uzman bir psikiyatrist veya psikologdan yardım alması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, Majör Depresif Bozukluk için en etkili tedavi yönteminin ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan psikoterapi yöntemleri olduğu görülmektedir.

Bu kapsamda, psikoterapi modelleri arasında yer alan Bilişsel Davranışçı Terapi modelinin uygulanması oldukça işlevsel olmaktadır. BDT, bireylerin olumsuz inançlarını ve işlevsiz düşüncelerini yeniden şekillendirmeyi amaçlayarak, Majör Depresif Bozukluğun tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu terapi modeli, bireylerin yaşam kalitelerini artırırken, sosyal ve iş yaşamlarını yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktadır. Konu kapsamında yapılan incelemeler sonucunda ülkemizde Majör Depresif Bozukluk üzerindeki randomize kontrollü çalışmalara dair sayıların kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu tür araştırmaların daha fazla yapılması ve tedavi tekniklerinin etkilerinin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi oldukça önem taşımaktadır. Özellikle, Bilişsel Davranışçı Terapi modelinin Türk toplumunun kültürü ve psikososyal yapısı içinde nasıl verimli bir şekilde kullanılabileceği ve bu süreçte elde edilen bulgular üzerine daha yoğun çalışmalar gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (DSM-I)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (DSM-III-R)*. APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C., Rice, C., & Endicott, J. (1987). Familial rates of affective disorder: A report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Archives of General Psychiatry*, 44, 461-469.
- Andreasen, N. C., & Winokur, G. (1979). Secondary depression - familial, clinical and research perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 136, 62-66.
- Anber, T., Akar, T., & Altun, M. F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 99-103. <https://doi.org/10.54247/SOYD.2021.30>
- Aydın, N., & Karaaziz, M. (2023). Psikodinamik kurama göre majör depresyon bozukluğunda vaka sunumu. *Journal of Pure Social Sciences*, 4(6), 48-61. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8110438>
- Bagley, C. (1973). Occupational class and symptoms of depression. *Social Science & Medicine*, 7, 327-340.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (1990). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy: A form of psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 244-267). Wiley.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press.
- Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, 4, 157-168.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda bilişsel terapi yaklaşımı: Temel boyutlar ve açıklamalar.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoglu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., & Akyüz, G. (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. Dilek Matbaası.

- Fodor, M., & Hagedorn, W. (2016). History of depression: From ancient to modern times. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1992). Cognitive therapy in the year 2000. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 375-381). Plenum Press.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237-258). Hogarth Press.
- Gershon, E. S., Hamovit, C., Guroff, J. J., et al. (1982). A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1157-1167.
- Gökdağ, C., & Tekinsav Sütcü, S. (2016). Major depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(Suppl 1), 23-38. <https://doi.org/10.18863/pgy.37237>
- Hekim, Ö., Temtek Güner, S., Göker, Z., Sekmen, E., & Üneri, Ö. Ş. (2019). Major depresif bozukluk tanılı 350 ergen olgunun klinik özellikleri, hastalık şiddeti ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi: Retrospektif kesitsel bir çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2(2), 370-380. <https://doi.org/10.12956/tchd.579013>
- Işık, E., & Uzbay, T. (2009). *Güncel temel ve klinik psikofarmakoloji*. Asimetrik Paralel.
- Işık, E., Işık, U., & Taner, Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ziraat Grup Matbaacılık.
- Klein, M. (1940). *The psycho-analysis of children*. Hogarth Press.
- Koroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. HYB Yayıncılık.
- Koroğlu, E. (2011). *Psikiyatri elkitabı*. Hekimler Yayın Birliği.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatry: A textbook for students and physicians*.
- Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 21-37). Oxford University Press.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.
- McCluskey, U., & Winter, D. (2005). Early object relations and their role in the development of depression. *Psychoanalytic Studies*, 34(2), 145-160.
- McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 33-43.
- McIntyre, R. S. (2010). When should you move beyond first-line therapy for depression? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl 1), 16-20.
- Murphy, H. B. M., Wittkower, E., & Chance, N. et al. (1967). Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. *International Journal of Psychiatry*, 3, 6-15.
- Özpoyraz, N. (2002). Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 68-72.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Oxford University Press.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*.
- Taylor, D., & Richardson, P. (2005). The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. *Oxford Textbook of Psychotherapy*, 127-136.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2011). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*.
- Vurucu, S. (2023). Bilişsel davranışçı terapinin depresyon düzeyi yüksek olan bireylere etkisi. *XIII. Uluslararası Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri Konferansı*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8110438>