

Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler

Psychosocial Interventions in Depressive Disorders

Ceyda Başoğlu, Kadriye Buldukoğlu

Özet

Son on yıllarda depresyonun önlenmesi ve tedavisinde etkili psikososyal girişimlerdeki gelişmeler dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü major depresyonun yetişkin, yaşlı ve çocukları etkilediğini ve dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin önde gelen nedeni olduğunu belirtmiştir. Depresyon sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski, tekrarlanma durumu göz önüne alındığında sağlık çalışanları açısından önemle ele alınması gereken bir konudur. Bu derlemenin amacı; dünyada gittikçe yaygınlığı artan depresif bozukluklara yönelik psikososyal girişimler ve bu girişimlerin etkinliğine dikkat çekmektir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, psikososyal girişimler, hemşirelik.

Abstract

In the last ten years, improvements in effective psychosocial interventions for the prevention and treatment of depression are remarkable. The World Health Organization stated that major depression affects children, adults and the elderly and is the leading cause of approximately 12% of all disabilities around the world. If medical expenses, loss of workforce, suicide risk, the risk of relapse or recurrence are taken into account, depression is an issue that needs to be handled with utmost care for health care workers. The purpose of this literature review is to examine psychosocial interventions and effectiveness of these interventions for depressive disorders shows a gradual increase in prevalence worldwide.

Key words: Depression, psychosocial interventions, nursing.

DEPRESYON toplum sağlığını en çok tehdit eden sorunların başında gelmektedir. Yüksek yaygınlık oranları göstermesi, kronikleşme riski ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmaların önemini giderek arttırmaktadır (Küey 1998, Goodwin ve ark. 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2001 yılında yayınladığı raporda, 340 milyon kişinin klinik tanımlara uygun depresyon yaşadığını tahmin etmiştir (WHO 2001). Aynı raporda, 2020 yılına ulaşıldığında depresyonun çalışma yaşamını etkileyen rahatsızlıklar arasında birinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir.

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan major depresif bozukluk olmuştur. Major depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde major depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki

nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (Köroğlu 2004).

DSÖ (WHO 2012) tarafından 10 Ekim Ruh Sağlığı Günü nedeniyle hazırlanan ve ana teması "Küresel Bir Kriz Olarak Depresyon" olarak belirlenen raporda, Avrupa'da ruhsal bozukluklara bağlı ortaya çıkan hastalıkların %20'sinin depresyondan kaynaklandığı, bazı ülkelerde bu oranın yüzde 26'ya kadar çıktığı belirtilmiştir. DSÖ (WHO 2001) majör depresyon (MD)'ün yetişkin, yaşlı ve çocukları etkilediğini ve dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin önde gelen nedeni olduğunu belirtmiştir. Unipolar depresyon küresel hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturur ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir (WHO 2012). Depresyonun, her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) (DALY) nedeni olacağı beklenmektedir. Avrupa Beyin Komitesi tarafından yapılan bir değerlendirmede, depresyonun tahmin edilenden çok daha önce Avrupa Birliğinde en çok yeti yitimine yol açan bozukluk konumuna yükseldiği saptanmıştır (Spinney 2009). Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışmasında (Ünüvar ve ark. 2004), unipolar depresyonun, Türkiye'de ulusal düzeyde en fazla DALY'ye neden olan hastalıklar arasında genel popülasyonda %4.4 ile dördüncü sırada yer aldığı ve Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD: Years Lost due to Disability) nedeni olarak unipolar depresyonun kadınlarda ilk, erkeklerde ikinci sırayı aldığı belirtilmiştir.

Kişilerin sosyal uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen depresyon, işgücü kaybı ve tedavi giderleri nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Ekonomik kayıp oranını azaltmak için hastalıktan korunma, uygun tedavinin seçilip kişinin kısa sürede işlevselliğinin artırılması, hastanede yatış süresinin kısaltılması ve yıllık yatış sayısının azalması adına gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir (Küey 1998, Goodwin ve ark. 2007, Tamam ve ark. 2012).

Bu bağlamda, giderek yaygınlaşan depresyonda uygulanan psikososyal girişimler ruh sağlığı profesyonelleri için önem taşımaktadır. Bu bakış açısıyla bu yazıda depresif bozukluklara yönelik psikososyal girişimler, dayandıkları yaklaşımlar ve etkileri anlatılmaya çalışılacaktır.

Psikososyal Girişimler

Klinik rehberler depresyon tedavisinde farmakolojik ve psikososyal girişimlerin birlikte kullanımını önermektedir (NICE 2009, APA 2010, Mitchell ve ark. 2013). Psikososyal girişimler biyolojik faktörler yerine psikolojik veya sosyal faktörleri vurgulayan herhangi bir girişim olarak tanımlanmaktadır ve bu tanım sosyal destek ve sosyal ağ gibi sosyal yönere odaklanan sağlık eğitimi ve girişimini içerir (Ruddy ve House 2005). Depresyonda farmakolojik tedavinin yanında psikososyal girişimlerin etkinliği çalışmalarla saptanmıştır. Tedavi tekniklerine ilişkin yapılan eğitimler, tekrarlayan kronik olgulara hastaları cesaretlendirerek, farmakoterapiye uyumu artırarak, tekrarlamaları önleyebilir. Yapılan bilgilendirmelerle hastaların tedaviyi bırakması önlenir ve tedavinin devamı sağlanabilir (Sütçügil ve Özmenler 2007).

Bu psikososyal girişimler çok çeşitlidir. Bunlardan bazıları; *Psikodinamik Terapi*, *Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)*, *Bilişsel Davranışçı Terapi(BDT)*, *Aile ve Çift Terapisi*, *Hümanistik-Varoluşçu Terapi*, *Sorun Çözme Terapisi(SÇT)*, *Farkındalık Eğitimi ve Psiko-eğitim*'dir. Bu girişimlerin bazıları farklı kuram ve yaklaşımlara dayanırken, bazıları

birden çok yaklaşımı benimsemişlerdir. Klinik rehberler major ve orta düzeydeki depresif bozukluklar için BDT ve KİT'i ve hafif depresyon için danışmanlığı (hümanistik, psikodinamik ya da bilişsel davranışçı yaklaşımlar) ilk basamak tedavi olarak önermektedirler (NICE 2009, APA 2010).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"de üç düzeyde öneriler belirtilmektedir. Rehberde hafif-orta şiddette major depresif bozukluğu olan hastalar için; BDT (önemli klinik güvenle 1. derece), KİT (önemli klinik güvenle), psikodinamik terapi (orta klinik güvenle 2. derece) ve SÇT'nin (bireysel koşullara dayanarak 3. derece) kullanımı önerilmektedir. Ayrıca, birey (önemli klinik güvenle) ve grup (bireysel koşullara dayanarak) formatları ile depresyon odaklı yalnızca bir psikoterapi kullanımı ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir.

Terapiler

Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapi terapötik ilişkinin kullanılması ve aktarım ve yorumlamanın kullanımını yoluyla bilinçdışı çatışmaları keşfetmek ve çözmek için kullanılır (Cox ve ark. 2012). Genel olarak, bir psikodinamik yaklaşımın amacı, kişilik yapısı veya karakteri değiştirmektir ve basitçe, bilinçdışı çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkan belirtilerin yatıştırılması değildir. Zaman-sınırlı yaklaşımların çoğu, bir tek hedef konu veya "dinamik hedef" üzerine yoğunlaşırlar. Kısa süreli psikodinamik yaklaşımların birçoğu için belirli hasta seçim ölçütleri vardır. Bunlar; anksiyete ve engellenme toleransı, esneklik, değişim için istek ve anlamlı ilişkiler kapasitesini kapsamaktadır (Shea ve ark.1988). Depresyon tedavisinde psikoterapinin kullanılmasına psikanalitik modellerden yola çıkılarak başlanmıştır. Psikodinamik terapi depresyonu, bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan içselleştirilmiş öfke ve intrapsişik örüntü olarak açıklar. Bu nedenle terapi, bu tür çatışmalarla yansıtılan öyküdeki yaşantılara ve getirilen yorumlar ile hastanın içsel çatışmalarına ilişkin farkındalık düzeyinin artırılmasına odaklanır ve uzun sürelidir. Burada serbest çağrışım tekniği ve terapistin yorumları aracılığıyla bu çatışmalara ilişkin hastanın içgörüsü kazanması hedeflenir (Sütçügil ve Özmenler 2007).

Psikodinamik psikoterapilerin depresyon tedavisinde etkili olduğu çalışmalarla saptanmıştır (Leichsenring 2001, Leichsenring ve Rabung 2008). Psikanalitik yönelimli terapistlerin daha az yapılandırılmış ve daha spontan kültürünün olası etkisiyle, psikodinamik psikoterapistler etkinlik ve etkililiği deneysel olarak göstermeleri yönündeki baskıya yanıt vermekte gecikmiştir. Çalışmalar psikodinamik psikoterapinin depresyon tedavisinde etkili olduğunu ve aynı zamanda kişilik veya savunma mekanizmalarında da iyileşmeler gösterdiğini belirtmekte, ancak diğer psikoterapilerden üstün olmadığına işaret etmektedir. Daha şiddetli depresyonlarda ilaç tedavisi ile kombine psikoterapi gerekli görünmektedir (Bond 2006). Yetenekli ve iyi eğitilmiş hemşireler süpervizyon ile genel psikiyatri hizmetleri bağlamında etkili basit psikodinamik psikoterapi uygulayabilmektedirler (Kolatte ve ark. 2002).

Türkiye'nin ilk psikanaliz grubu olan "İstanbul Psikanaliz Grubu" 1994 yılında kurulmuştur. Grup gelişimini ve değişimini sürdürerek ülkemizin ilk psikanaliz derneği olan ve 2001 yılında kurulan İstanbul Psikanaliz Derneği'nin kuruluşuna öncülük etmiştir. İstanbul Psikanaliz Derneğinin kurucuları arasında bulunan dört psikanalistin

oluşturduğu grup, Ocak 2007'de Uluslararası Psikanaliz Birliği tarafından "Türk Psikanaliz Çalışma Grubu" olarak tanınmıştır (Tunaboğlu İkiz 2011).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

KİT zaman sınırlı bir psikoterapi olup, 1970'de Klerman, Weissman ve arkadaşları tarafından unipolar depresyon tedavisi için geliştirilmiştir. Depresyon kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olabilmektedir. Kişilerarası desteğin bireyi depresyondan koruyabildiği gösterilmiştir. Güvenli bir iletişim ortamında olma, depresif dönem geliştirme riskini azaltmaktadır. Sevilen birinin kaybı, ilişkilerde önemli zorlanmalar veya evlilik, boşanma gibi değişiklikler, fizik sağlığındaki önemli değişiklikler yakın bireylerde depresyon riskini artırmaktadır. Depresif dönemlerin başlaması ilişkilerde ve sosyal yaşamda bozulmaya neden olmaktadır (Klerman ve ark 1984, Sütçügil ve Özmenler 2007). Bir depresyonlu hastada; evlilik sorunları, sosyal sorunlar, yaşam değişiklikleri, çevre desteği azlığı, akran, yakın çevre ve iş ilişkilerinde sorunlar varsa KİT'in öncelikle yapılması gerektiği bildirilmektedir (Frank 1990). Diğer birçok terapinin aksine tek bir hastalık için geliştirilmiştir. Kontrollü çalışmalarla kısa ve uzun dönem depresyon tedavilerinde denenmiş, akut ve uzun dönemde koruma sağlamıştır. KİT'in yineleyen depresyonu olan hastalar için depresyonun akut (12-16 hafta) tedavisi olarak uzun süreli koruyucu strateji olduğu belirtilmiştir (Klerman ve ark. 1974, Frank 1990, Stuart ve O'Hara 1995). Mufson ve arkadaşları (1999) depresif ergenlerle yaptıkları çalışmalarında KİT ve klinik izlemin etkinliğini karşılaştırmışlar ve KİT'in depresif belirtiler, işlevsellik ve sosyal uyum açısından daha etkili olduğunu saptamışlardır.

KİT, depresyonu psikososyal ve kişilerarası durumlarla açıklamayı temel alır. "*Şimdi ve burada*"ya odaklanır ve depresif belirtilere neden olan kişilerarası ilişkiyi çözmeye çalışır (Klerman ve ark. 1974). KİT, Sullivan'ın ilişkiler kuramı, Bowlby'nin bağlanma kuramı ve sosyal rollerle ilgili çalışmalar üzerine temellenmiştir ve psikodinamik ve destekleyici psikoterapilerin birçok tekniğini benimsemektedir. KİT'in ilk aşamasında depresyon belirtilerini değerlendirme, belirtileri ilişkilerdeki sorunlarla ilişkilendirme, sağaltımın odağını seçme gerçekleştirilir. İkinci aşamada komplike yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birisine odaklanır. Son aşamada sağaltımın kazandırdıkları gözden geçirilir, hastanın güçlü yanları desteklenir (Alkan 2007). KİT'de üzerinde durulan 4 sorun alanı şunlardır (Klerman ve ark. 1974, Klerman ve ark. 1984):

1. *Keder*: Hastanın yaşamındaki önemli kişinin kaybı ve tamamlanmamış yas ile oluşur. Süreç normal insanlardaki süreyi ve sınırı geçmektedir. KİT'de yas sadece önemli bir kişinin kaybı değil iş, sağlık, fonksiyon kaybı gibi sembolik kayıplarla da oluşmaktadır. Kayıplar üzerine konuşularak bu kayıplarla nasıl başedileceği, adaptasyon sürecinin nasıl olacağı konusunda çalışılır. Hastanın kayıpları konusunda duyguları terapistle paylaşması sağlanır. Hastanın yeni ilişkiler kurması, çok daha gerçekçi hedefler geliştirmesi ve gelecekteki fırsatlar üzerinde durulur.
2. *Kişilerarası Rol Çatışmaları*: Kişiler arası ilişkilerde sorunlar genellikle karşılıklı çıkarlar çatıştığı zamanlarda çıkar. Bu çatışmaların çözümlenmesinde kişiye yardım edilir.
3. *Rol Değişiklikleri*: Rol değişikliği yaşamsal olarak büyük olaylardır. Bu kategori birçok stres etkenine göre sınıflandırılır; yeni bir iş, işten çıkarılma, mezu-

niyet, emeklilik, evlilik, boşanma, doğum vs... Süreğiden depresyon sosyal bağlarda kopmaya ve sosyoekonomik durumda zayıflamaya yol açabilir. Yaşam değişiklikleri rol değişikliği başlığı altında ele alınmaktadır.

4. *Kişilerarası İlişkilerde Yetersizlik*: Hastaların bu alandaki sorunları öykü alınırken fark edilir, bu hastaların ilişki sürdürmekteki yetersizlikleri atak gelişmesini daha da kolaylaştırabilir.

KİT'te özgül teknikler sorun alanlarından her biri için ayrı olarak düzenlenir. Teknikler şunlardır (Hirschfeld ve Shea 1989):

- a. *Açıklayıcı teknikler*: hastanın belirtileri ve problemleri konusunda bilgi toplama ve bilgi verme
- b. *Duygu cesaretlendirmesi*: acı veren duyguyu açıklamasına, tanımasına; duygularını kişilerarası ilişkide olumlu olarak kullanabilmesine yardım, bastırılmış duygularını açığa vurma için cesaretlendirme.
- c. *Açıklık kazandırma*: hastanın ilişkilerini yeniden yapılandırma ve geribildirim
- d. *İletişim incelenmesi*: maladaptif iletişim örüntülerinin belirlenmesi. Hastanın daha iyi iletişim kurmasına yardım etme
- e. *Terapötik ilişkinin kullanılması*: terapötik ilişkideki duygu ve davranışları inceleyerek başka ilişkilere örnek gösterme.
- f. *Davranış değiştirme teknikleri*: açıklamalar, yeni yollar gösterme, hastayı eğitme.

KİT'in terapötik ilişki özellikleri kısaca şöyle sıralanabilir: Terapist hastanın tarafındadır, yanındadır, tarafsız değildir. Terapistin temel rolü iyi ve yardımcı olmaktır. Terapist yönlendirici, önerici ve açıklayıcıdır. Terapötik ilişki transferans olarak yorumlanamaz. Öncelikle gerçekçi, problem çözümüne yönelik ancak hastayı daha bağımlı olmaktan ve gerilemekten koruyan bir tutum alır (Karasu 1990). Psikiyatri hemşireliğinde, kişilerarası etkileşim hemşirelik uygulamalarının çekirdeğini ve terapötik ilişki ruh sağlığı bakımının özünü oluşturur (Cleary ve ark. 1999, McCabe ve Priebe 2003) Bu bakımdan, hemşireler hastalarla geliştirdikleri terapötik etkileşim ile hastaların sorun alanlarını tanıma, analiz etme ve bakım planlamada yeterliklerinin yanında psikoterapi alanında da ilgili bilgi ve beceriyi eğitimle kazanarak hastalara bu süreçlerinde daha çok yardımcı olabilirler.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

1960'lı yıllarda Beck duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanılabileceğini ileri sürdüğü ve adını 'bilişsel terapiler' koyduğu yaklaşımı geliştirmiştir (Beck 1976, Beck ve ark. 1987). Bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulamaya, problem odaklı, 'şimdi ve burada' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir (Demiralp ve Oflaz 2007). Beck'in (Beck 1976, Beck ve ark. 1987) bilişsel kuramına göre, çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur ve yapısal düzeyde bunlar 'şema' olarak adlandırılır. Yaşam olayları sessiz durmakta olan şemaların aktive olmasına ve 'olumsuz otomatik düşüncelerin' ortaya çıkmasına ve sonuç olarak öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi hoş olmayan duyguların oluşmasına yol açar. Davranışçı terapilerle bilişsel terapilerin entegrasyonu, terapistlerin başvuranların korkuları, istek, açıklama ve algılama biçimleri ile daha ilgili olmalarını sağlamıştır (Sungur

1997). BDT davranış değişiklikleri, eğitim ve öğretim için bilişsel yeniden yapılandırmayı kullanır. BDT üç temel önermeye dayanmaktadır: bilişsel aktivite davranışı etkiler, bilişsel aktivite izlenebilir ve değişebilir, istenilen davranış değişikliği bilişsel değişim yoluyla sağlanabilir (Dobson 2001, Cox ve ark. 2012).

Birçok çalışma ve meta-analiz ile bilişsel terapinin depresyondaki etkinliği gösterilmiştir. Depresif belirtilerin azaltılması yönünden psikodinamik terapi, KİT ve destekleyici terapi ile karşılaştırıldığında BDT'nin en etkili terapi olduğu belirtilmektedir (Churchill ve ark. 2001, Bortolotti ve ark. 2008, Oei ve Dingle, 2008, Cuijpers ve ark. 2010).

Psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biri de BDT'dir. BDT'ler hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, BDT tekniklerini kullanabilir (Ünal ve Çam 2005, Turkington ve ark. 2006). BDT hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. BDT'de hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır. Bu özellikleriyle, hemşirelik bakımının terapötik etkinliğine önemli katkı yapabilir ve bireyin sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir (Stuart 2001, Demiralp ve Oflaz 2007).

Ülkemizde ilk defa başta Hacettepe Üniversitesi Psikoloji bölümü tarafından tanıtılan bilişsel terapi, daha sonra Kognitif Davranış Terapileri derneğinin çalışmalarıyla yaygınlaştı ve özellikle 2000'lerin başından itibaren akademisyen ve klinisyenlerin bilişsel terapiye olan ilgileri giderek arttı. 2010 yılında kurulan Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği (BDPD) ise bilişsel terapiyi ideal standartlarda ve uygun ortamlarda uygulanabilmesi ve bunun yanı sıra bilişsel terapistlerin yeterliklerinin belgelenmesi için çalışmalar yürüterek bilişsel terapiyi daha da yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır (Türkçapar ve Sargın 2012).

Aile ve Çift Terapisi

Aile ya da çift terapisi, tedavide birden fazla aile üyesinin görüldüğü, özellikle aile bireyleri arasındaki etkileşimleri değiştirmeye odaklanmış, bir birim olarak ailenin ya da ailenin alt sistemlerinin veya birey düzeyinde aile üyelerinin işlevselliğini iyileştirmeyi hedefleyen, bir psikoterapötik çaba olarak tanımlanmıştır. Aile bireyleri ile eş zamanlı görüşme yapılabildiği gibi, farkı seanslarda ayrı ayrı da değerlendirilebilirler (Gurman 2003). Hoffman, 1950 lerden başlayarak aile görüşmelerinde tek yönlü ayna kullanımının aile ilişkilerinin anlaşılmasında büyük bir değişiklik ortaya çıkarttığını vurgulamaktadır. Farklı bir biçimde görmek, farklı bir biçimde düşünmeyi beraberinde getirmiştir. Bu yeni düşünce biçimi doğrusal nedensellik yaklaşımından karşılıklı ilişkiler kavramına geçişi sağlamıştır (Hoffman 1990).

Aile terapisi 1968'li yıllarda Von Bertalanffy tarafından ortaya atılan Genel Sistem Teorisi üzerine kavramsallaştırılmıştır (Von Bertalanffy 1969). Minuchin tarafından 1970'li yıllarda geliştirilen Yapısal Aile Terapisi, bireyi sosyal çevresi içinde ele alır. Birey, farklı sosyal çevrelerin bir parçasıdır ve bu çevrelere karşı farklı biçimlerde tepkiler verir. Bu nedenle olgular, ilişkiler çerçevesinde ele alınmak zorundadır. Terapide

amaç geçmişi araştırmak ya da yorumlamak değil şimdikiyi değiştirmektir. Bu nedenle ailenin şimdiki organizasyon ve işlevleri ile ilgilenir (Minuchin ve Fishman 1981). Aile terapisinde hedefler; psikiyatrik belirti yaratan ya da sorunun devam etmesine neden olan davranışın azaltılması, çiftin iletişim, sorun çözme, baş etme becerilerinin artırılması, aile üyelerinin bireysel gelişimini destekleme kapasitesinin artırılması, çifte ait etkileşimin günlük yaşamdaki etkinliği ve bu gibi örüntülerin bireylerin psikolojik sağlığından ve tatmininden nasıl etkilendiğini anlamayı ve bu konular hakkındaki farkındalığı artırmaktır (Sütçügil ve Özmenler 2007).

Aile ve çift sorunları major depresif bozukluk sırasında yaygındır ve bu tür sorunlar evlilik veya aile terapisi kullanarak belirlenmeli ve ele alınmalıdır (APA 2010). Aile içi dinamikler, depresyonun oluşturulması ve devam ettirilmesinin ana nedeni olabilir. Bir diğer bakış açısıyla da depresyon önceden var olmayan aile problemlerinin oluşmasına neden olabilir (Samancı ve Ekici 1998, Ünal ve Özcan 2000). Depresyon yaşayan bireyler aile işlevselliğinin birçok alanında sorunlar yaşamaktadırlar, bu nedenle aile odaklı yaklaşım sağlayan aile terapisi veya aile terapisi ile bireysel psikoterapi ve farmakoterapinin birleşimi önerilmektedir (Keitner 2003). Ebeveynlerin depresyon yaşamaması ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkiler ve bu ailelerde yüksek stres ve aile içi çatışmalar yaygındır (Burke 2003). Epstein ve arkadaşları (1983) sorunlarını bir araya gelip çözebilen, birbirine duygusal olarak bağlı ve birbirlerinin özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili, herkesin kendi rolünü etkili bir biçimde yerine getirebildiği, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmadan kontrol eden ve aralarında açık ve dolaysız bir iletişim bulunan aileleri, işlevlerini yerine getirebilen, sağlıklı aileler olarak tanımlanmıştır.

Aile terapisinde birçok model vardır. Psikoeğitsel modeller hastaların hastalık hakkındaki olumsuz dayandırmalarını değiştirerek başa çıkma becerilerinin öğretimi ile hasta ve ailesine destek vermeye odaklanır. Davranışsal modeller öğrenme teorisi ve edimsel koşullanmaya dayanır ve bunlar genellikle ebeveyn ve ebeveyn- çocuk ilişkisine, davranışsal olasılıklar ve güçlendirme ile ilgili becerileri güçlendirmeye odaklanırlar (Diamond 2002). Nesne ilişkileri aile terapisi, psikanalitik bir tedavi şeklidir ve evlilik ve aile ilişkilerini içselleştirilmiş bebek-ebeveyn örüntülerinin yansımaları olarak ele alır (Cottrell 2002). Sistemik modeller işlevsel olmayan aile ilişkilerinin belirtilere neden olduğu ya da güçlendirdiği görüşündedirler. Sonuç olarak, sistem terapistleri *"ebeveyn biyerasişini yeniden kurma, ebeveyn çatışmalardan çocuğu ayrı tutma ve zayıf veya katı olan sınırları ayarlama"* gibi aile etkileşiminin uyumsuz kalıplarını yeniden yapılandırma üzerine çalışırlar (Cottrell 2002, Diamond 2002). Yapısal aile terapisinde sorunların, uygun olmayan aile yapısının sonuçlarından kaynaklandığı görüşü vardır. Terapist alt sistemler arasındaki sınırlar ile ilgilenir ve ailenin öneriler ve yönlendirmeleri amaçlı kullanımı konusunda sorumluluk alır. Çözüm odaklı aile terapisinde terapistin amacı, bireyin güçlü yönlerini, diğer sorunları çözme bilgisini geliştirmek ve eldeki sorunun çözümünü bu uygulama sürecine göre düzenlemektir (Cottrell 2002). Depresif ergenlerle yapılan bir çalışmada "bağlanma temelli aile terapisi" uygulanmış, ergenlerin yalnızca %19'unda Beck depresyon ölçeği puanlarında düşme saptanmış, ancak ergenlerin algıladığı aile içi çatışma düzeyinde azalma ve yine gencin anneye bağlanma algısı düzeylerinde artma saptanmıştır (Diamond ve ark. 2002).

Hemşirelik mevcut ve olası sorunlara karşı bireyin, ailenin, toplumun fizyolojik ve psikososyal tepkilerinin/gereksinimlerinin holistik (bütüncül) ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanması ve karşılanması ile ilgilenmektedir (Erdemir 1998). Hemşirelik

yönetmeliğine (2011) göre psikiyatri hemşiresinin eğitim ve danışmanlık görevi başlığı altında yapabileceği görevler arasında grup terapisi görüşmelerine katılma, hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlama ve uygulama yer almaktadır. Hastayı ailesi ile birlikte ele alan hemşirelik bakış açısı, terapi konusunda eğitim alarak gerekli yetkinlikleri kazanan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerini bu alanda çalışmaya yönlendirebilir.

Hümanistik-Varoluşçu Terapi

Hümanistik terapi, "destekleyici" terapi olarak tanımlanabilir ve direktif olmayan, yargısız, hasta merkezli ilkelere dayalı ve empatik bir yaklaşım sunar (Cox ve ark. 2012). Hümanistik psikolojik terapiler analitik ve davranışsal okullar ile karakterize tanı ve kuralcı yaklaşımlara karşı bir protesto olarak 1950'li yıllarda geliştirilmiştir (Thorne 2007). Hümanist yaklaşım olarak kabul edilen anahtar psikolojik terapiler; Gestalt terapi (Perls 1976), Varoluşsal terapi (van Deurzen 1997), Transaksiyonel Analiz (Berne 1961), Kişi Odaklı Terapi (Rogers 1951) ve Kişi Odaklı Terapi ve Duygu Odaklı Terapinin birleşiminden oluşan Süreç-Deneyimsel Terapi'dir (Greenberg 1998).

Bugüne kadar, Kişi Odaklı Terapi İngiltere'de sağlık hizmetleri ortamlarında en sık kullanılan psikoterapi yaklaşımıdır. Hümanistik terapiler "insanların potansiyellerini geliştirmeleri için var olan içsel bir eğilimle kendilerini gerçekleştirdikleri" önermesine dayanmaktadır (Rogers 1951, Maslow 1970). Hümanist terapilerin diğer belirleyici özellikleri şu inançlara dayanır: İnsan kendinin farkındadır, nasıl yaşayacağını seçmekte özgürdür, yaptıkları seçimlerden sorumludur ve bireysel deneyim ve özellikleri bağlamında anlaşılması gereken benzersiz varlıklardır (Cain 2002). Terapide, şimdi ve burada yaşanan ben-sen ilişkisi esastır. Terapist, danışanın şimdi nasıl davrandığına dikkat eder. O nedenle Perls (1976) terapide tekniklerin değil ilişkinin önemli olduğunu savunur. Uygulamalarda teknikler gerektiğinde ısınma, farkında olmayı artırmada amaçlı olarak kullanılabilir. Hem grup hem de bireysel olarak uygulanabilen terapi, temelde bireysel bir çalışma türüdür (Korkut 1992).

Varoluşsal hayal kırıklığı ve yaşamda amaç eksikliği depresyonla ilişkili bulunmuştur. Frankl'ın (1969) kuramlaştırması doğrultusunda varoluşsal perspektifte, depresyon yaşamda bir anlam krizi olarak kabul edilebilir (Crumbaugh ve Maholick 1964, Close 2000). Hümanistik hemşirelik; sorumlu inceleme, hemşirenin kendi ve diğer kişi hakkındaki varoluşsal farkındalığına dayanan, kavramsallaştırma gerektiren transaksiyonel ilişki olarak tanımlanır. Hemşirelik sanatı büyük dünyada birlikte var olan hasta ve hemşire arasında canlı bir diyalogdur. Hasta ve hemşire arasındaki ilişki evrenin merkezinde, aynı zamanda dış dünyadan etkilenen ve onun içinde, hasta gereksinimlerinin üstün tutulduğu, evrensel ve benzersiz bir etkileşimdir. Hasta ve hemşire arasındaki ilişkinin niteliği her birey için etkileşime bütünlük ve öznel bir deneyimdir (Patterson ve Zderad 1988, McCamant 2006).

Sorun Çözme Terapisi

Sorun çözme terapisi katılımcı tarafından karşılaşılan güncel sorunlara ve bu sorunların değerlendirilmesi ile uygun çözümlerin gelişimine odaklanır (Cox ve ark. 2012). Sorun çözme terapisi ruhsal sorunların sağaltımında son zamanlarda artarak uygulanan bir bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımıdır. Alışılmış BDT'ye göre üstünlüğü kısa süreli ve

yapılandırılmış olmasıdır. Yapılandırılmış olması sorun çözme terapisinin hem öğrenilmesini hem de öğretilmesini kolaylaştırmaktadır. Sorun çözme davranışının üç ayağının olduğundan bahsedilmektedir (Eskin 2007). Bunlar; kişinin karşılaştığı sorunlara işlevsel yaklaşım yaklaşmadığı, kişinin karşılaştığı problemler karşısında değişik çözüm seçenekleri üretip üretmediği, kişinin sorun durumu ilgili ürettiği çözüm seçeneklerini uygulayıp uygulamadığı.

Eskin ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları araştırmada bir lise ve iki üniversitede öğrenim gören ve depresyon tanısı konulan 46 öğrenci ile çalışılmıştır. Öğrencilerden 27'sine 6 seans ve haftada bir kez gerçekleşen sorun çözme terapisi uygulanmış, diğer öğrencilere uygulanmamıştır. Tüm öğrencilerin benlik saygısı, özgüven, intihar riskleri, problem çözme becerileri, insanlar arası ilişkiler durumları değerlendirilmiştir. Yapılan ölçümlerde, sorun çözme terapisi alan girişim grubunun, girişim öncesine göre girişim sonrası depresyon belirtileri ve intihar riskinin düştüğünü ve benlik saygısı, özgüveni, kişiler arası ilişkilerinin de arttığını belirlenmiştir. Bekleme sürecindeki öğrencilerin ise sorun çözme becerileri ve risk faktörleri değişmemiştir. Girişim grubundaki öğrencilerin %95'nin depresyondan kurtulduğu ve diğer grupta ise iyileşme oranının ancak %10'da kaldığı belirtilmiştir.

Cujipers ve arkadaşlarının (2007) sorun çözme terapisi ile ilgili yaptıkları meta-analizde 13 randomize kontrollü çalışmayı incelemişler, terapinin depresyon tedavisinde etkili olduğunu ancak olumlu etkileri gerçekleştiren durumların kavranması için daha çok çalışmanın gerekliliğini belirtmişlerdir. Bell ve D'Zurilla'nın (2009) 21 çalışmayı ele alarak yaptıkları meta-analizde sorun çözme terapisinin diğer psikososyal terapiler ve tıbbi tedavilerle aynı etkiye sahip olduğunu, herhangi bir girişimin yapılmadığı kontrol grubuna göre daha etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Depresyonda sorun çözme terapisinin çeşitli türleri vardır. İlk tür "Sosyal Sorun Çözme Terapisi (Social Problem-Solving Therapy-SPST)" 1980'lerde geliştirilmiş ve tipik olarak 10-12 oturum biçiminde yürütülmektedir. Bu terapi sorun çözme becerileri yanında sorun çözme ödevlerini kullanmayı engelleyen tutum ve inançları değiştirmeye odaklanmaktadır (D'Zurilla ve Nezu 1982, Nezu ve ark. 1989). İkinci tür "Birincil Bakım İçin Sorun Çözme Terapisi (PST for Primary Care (PST-PC))" 1990'larda geliştirilmiş ve bireysel olarak 6 oturum şeklinde düzenlenmiştir. Sorun çözmeye temel unsurlara odaklanmaktadır ve hemşireler tarafından uygulanabilmektedir (Mynors-Wallis ve ark. 1995). Üçüncü tür, "Kendi Kendine Yardım Terapisi (Self-Examination Therapy- SET)" yaşamda ana amaçları belirleme, değiştirilemeyen durumları kabul etmeyi öğrenme ve sadece konularla ilgili sorunlar için enerjinin kullanılmasını amaçlar. Sorun çözme becerileri bu yaklaşımda ana unsurlardır, bu terapidde bireysel ya da grup oturumlarıyla kendi kendine yardım formatı kullanılır (Bowman ve ark. 1996).

Farkındalık Eğitimi

Farkındalık, Budist içgörü meditasyonu türlerinden biridir. Asya'da uzun yıllardan beri uygulanmakta olan bazı psikoterapi ekolleri, farkındalık temelli terapilerle benzerlikler taşımaktadır (Çatak ve Ögel 2010, Ögel ve ark. 2014). Farkındalık kavramının Avrupa ve Amerika kıtasındaki psikoterapi yaklaşımlarında kullanılmaya başlaması ise yaklaşık 30 yıllık bir geçmişe dayanmaktadır. Farkındalık Batı'daki psikoterapi uygulamalarında yöntem olarak, ilk kez John Kabat-Zinn tarafından kullanılmıştır (Kabat-Zinn 1982). Farkındalık eğitimi yeni 'üçüncü dalga' BDT müdahalelerinin ortak bir özelliğidir ve

konsantrasyon ve katılım gerektiren, yargısız, müdahale sırasında yaşanan deneyimlere dayanan bir girişimdir (Cox ve ark. 2012). Farkındalık temelli terapiler, farkındalık düzeyini yükselten çeşitli terapi tekniklerinin ve alıştırmaların kullanıldığı terapi yaklaşımlarıdır. Bu terapiler, psikolojik olarak rahatsızlık veren deneyimlerin değiştirilmesini değil, kabullenilmesini önermektedir. Farkındalık temelli terapilerin yol haritasında, farkına varma ve kabullenme, değişimden önce hedeflenmektedir (Siegel ve ark. 2009).

Farkındalığı temel alan bir başka terapi yaklaşımı Segal ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (FTBT) (Mindfulness-based cognitive therapy-MBCT)'dir. FTBT özellikle daha önce depresyon geçirmiş kişiilerde, depresyonun tekrarını engellemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. FTBT, Stress Azaltımı Programına benzer şekilde, uzun süreli farkındalık meditasyonu alıştırmalarını içermekte ve grup terapisi olarak uygulanmaktadır. Terapide artan farkındalık becerileri sonucu, özellikle depresif duygudurumuna özgü ruminatif düşünme tarzının engellenmesi hedeflenmektedir.

Ma ve Teasdale'nin (2004) depresyon hastaları ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada girişim grubuna (37 kişi) FTBT uygulanmış ve kontrol grubuna (38 kişi) rutin tedavi uygulanmıştır. Girişim grubunda relaps oranı, üç ve daha fazla atağı olan 55 hastada %78'den %36'ya dşmştir.

Psikoeğitim

Psikoeğitim, psikoterapi ve eğitimsel girişimlerin birleştirildiği ve birbirini tamamladığı profesyonel olarak uygulanan tedavi yöntemidir. Psikososyal girişimlerin birçok formu fonksiyon bozukluğu, sorun, patoloji ve hastalığın tedavisine odaklanan geleneksel tıbbi modele dayanmaktadır. Psikoeğitim ise; işbirliği, baş etme, gclendirme ve sağlığı vurgulayan daha holistik ve yetkinlik bazlı yaklaşıma doğru değişen bir paradigma yansıtır (Lukens ve McFarlane 2004). Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikiyatrik hastalığı olan kişiilere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkindir. Bu sayede başlanıtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur. Hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitildiklerinde, hastaların kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdikleri ve bu konudaki yaşantılarını, yanlış fikirlerini ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığı grlmştir. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Alataş ve ark. 2007).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"de güvenli olarak değerlendirilen eğitim nerileri aşağıda verilmiştir:

1. Major depresif bozukluğun belirtileri ve tedavisi hakkında eğitim hastanın kolayca anlayabileceği dilde sağlanmalıdır.
2. Hastanın izni ile aile yeleri ve hastanın günlük yaşamında yer alan diğer kişiiler de; hastalık, işleyiş üzerindeki etkileri (aile ve diğer kişiilerarası ilişkiler dahil) ve tedavisini konu alan eğitimden yararlanabilir.
3. Antidepresanlar hakkında ortak yanlış anlamalar (rneğin, bağımlılığ yaptığı) açıklığa kavuşturulmalıdır.
4. Major depresif bozukluk hakkında eğitim tedavinin tüm süreci, relaps riski, tekrarlayan semptomların erken tanınması ve komplikasyon riski ya da major

depresyon epizotunun ilerlemesini azaltmak için mümkün olduğunca erken olası tedavi ihtiyacı ele alınmalıdır.

5. Hastalara yoksunluk belirtileri veya belirtilerin tekrarlanması riskini en aza indirmek için, antidepresanları hızlıca kesmek yerine dozlarını azaltarak kesilmesi gerektiği anlatılmalıdır.
6. Hasta eğitimi aynı zamanda egzersiz, iyi bir uyku hijyeni, iyi beslenme, sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımı azaltılması gibi sağlıklı davranışların genel tanıtımını içerir.
7. Kitaplar, broşürler ve güvenilir web siteleri gibi eğitim araçları yüz yüze verilen eğitimi güçlendirir.

Lewinsohn ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1989) Depresyon ile Başa Çıkma Kursu (The Coping with Depression Course-CWD) psikoeğitimsel bir grup programı olup yaygın unipolar depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. 24 çalışmayı içeren güncel bir meta-analiz CWD psikoeğitim programının depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Kühner 2003).

Depresyonun tekrarlama oranı yüksektir ve kişilerin üretkenlik oranını azalttığı için, ayrıca intihar ile ilişkili olduğu ve artan sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle toplumda ekonomik olarak önemli kayıplara neden olur (Greenberg ve ark. 2003). Bu tekrarlar aile eğitimi ile yakından ilgilidir. Aile psikoeğitimi hastayı kuşatan ailevi birçok sorunu çözmek için etkili bir önlem sunar ve böylece major depresyon relapsları azaltabilir (Mino ve ark. 2001). Shimazu ve arkadaşları (2011) yaptıkları bir randomize kontrollü çalışmada major depresyon tanısı alan hastaların ailelerine psikoeğitim uygulanmış ve depresyonun relaps durumuna etkisi incelenmiştir. Girişim grubunun yüksek duygu dışavurumu ile nasıl başa çıktıklarına odaklanarak sorun çözme ve depresyon hakkında didaktik derslerden oluşan 4 psikoeğitim oturumu uygulanmıştır. Hastalar psikoeğitime alınmamıştır. Aile psikoeğitiminin major depresyonu olan hastalarda relaps oranını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Hemşireler tarafından uygulanan psikoeğitimsel girişimlerin hafif ve orta düzeyde depresyon belirtilerini azalttığı (Dalgard ve ark. 2006, Casañas ve ark. 2012), bilişsel davranışsal tekniklerin kullanıldığı aile odaklı ve okul odaklı psikoeğitim çalışmalarının (Puskar ve ark. 2003, Sanford 2006, Lusk ve Melnyk 2013) depresyonun önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır. Dalgard ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada unipolar depresyonu olan hastalarla CWD programı kullanılmıştır. Uygulamayı hemşireler yürütmüştür. Haftalık olarak 8 oturum ve ek olarak 3 destekleyici oturum şeklinde planlanmıştır. Kursun terapi olmadığı ve olumlu düşünce, hoş aktiviteler ve sosyal becerileri destekleyen ve sosyal destek sağlamayı amaçlayan bir eğitim olduğu vurgulanmıştır. Oturumlar arasında katılımcı kişilerle iletişim kurulması, kursu sadece bilişsel/eğitim ilkelerine dayanan kurslardan farklılaştıran özelliğidir. Ev ödevleri kursun önemli bir parçasıdır ve el yazısının kullanılmasından yararlanılmıştır. Sonuç olarak çalışma unipolar depresyon tedavisinde bu programın etkili olduğunu ortaya koymaktadır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra psikiyatri klinikleri için de uygun olduğu belirtilmiştir.

Casañas ve arkadaşları (2012) hafif ve orta düzey depresyonu olan 232 hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında CWD programı kullanılmıştır ve oturumlar 12 hafta ve 1,5 saat süreli olarak 2 hemşire tarafından yürütülmüştür. Depresyon belirtileri ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Psikoeğitimsel girişimin hafif ve orta düzeyde-

ki depresyon belirtilerini azalttığı belirtilmiştir. Bu programda; hastalık hakkında sağlık eğitimi, belirtiler, diyet, fiziksel egzersiz, uyku, farmakolojik tedavi ve bağlılığı, nefes teknikleri, problem çözme, davranışsal aktivasyon ve bilişsel-davranışçı bakış aadışıyla depresyon, benlik saygısı ve benlik algısı, keyifli faaliyetler, sosyal beceriler ve atılđanlık konuları üzerinde çalışılır.

Sonuç

Dünyada ve ölkemizde en sık görölen psikiyatrik hastalık olan depresyon sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski, relaps durumu göz önüne alındığında sağlık çalışanları özellikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri aadışından önemle ele alınması gereken bir konudur. Depresyonda farmakolojik tedavinin yanında psikososyal girişimlerin etkinliği belirtilmiştir. Bu psikososyal girişimlerden bazıları bir kuram ve yaklaşıma dayanırken, bazı girişimler birden çok yaklaşımı benimsemişlerdir. Ölkemizde psikoterapiler daha çok özel klinikler, danışmanlık ve terapi merkezlerinde yapılmakla birlikte bazı üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde psikoterapistler tarafından eğitim aldıkları psikoterapi türlerinde danışanlara hizmet vermektedir. Ayrıca eğitimini tamamlamış akademisyenler tarafından psikoterapi ve psikoterapi tekniklerinin kullanıldığı bilimsel çalışmalar da yapılmaktadır. Psikoterapi uygulayabilmeye gereken yetkinlikleri kazanmak için ölkemizde kurslar düzenlenmektedir, ancak bu kurslar hem uzun süreli hem maliyetleri yüksektir. Psikoterapist sayısının az olması, sağlık güvencesinin psikoterapi masraflarını karşılamaması nedeniyle bu psikososyal girişimlerden yararlanan danışan sayısı azdır. Bu aadışı kapatmada ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri önemli bir noktadadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri terapi eğitimi olarak terapi ve psikoeğitimsel girişimler yapabilmekte ve bu girişimlerin etkinliği çalışmalarla kanıtlanmaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin depresyonun önlenmesi ve tedavisinde etkin olan terapi ve eğitimsel girişimler için gereken yetkinlikleri kazanması ve bu konuda kanıta dayalı çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Kaynaklar

- Alataş G, Kurt E, Alataş E, Bilgiç V, Karatepe H (2007) Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20:196-205.
- Alkan M (2007) Major depresyon ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(29):52-59.
- APA (2010) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association.
- Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1987) *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press.
- Bell AC, D'Zurilla TJ (2009) Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29:348-353.
- Berne E (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York, Grove Press.
- Bond M (2006) Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19:40-43.
- Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D (2008) Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*, 30:293-302.
- Bowman V, Ward LC, Bowman D, Scogin F (1996) Self-examination therapy as an adjunct treatment for depressive symptoms in substance abusing patients. *Addict Behav* 21:129-133.
- Burke L (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*, 15:243-255.
- Cain DJ, Seeman J (2002) *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington DC, American Psychological Association.
- Casañas R, Catalán R, Val JL, Real J, Valero S, Casas M (2012) Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12:230.

- Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A et al. (2001) A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess*, 5:1–173.
- Cleary M, Edwards C, Meehan T (1999) Factors influencing nurse patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 8:109–116.
- Close RE (2000) Logotherapy and adult major depression: psychotheological dimensions in diagnosing the disorder. *J Relig Gerontol*, 11:119–140.
- Cottrell D, Boston P (2002) Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 43:573–586.
- Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG et al. (2012) Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 11:CD008324.
- Crumbaugh JC, Maholick LT (1964) An experimental study in existentialism—the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol*, 20:200–207.
- Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G (2010) Efficacy of cognitive behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: a meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*, 196:173–178.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L (2007) Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 22:9–15.
- Çatak PD, Ögel K (2010) Bir terapi yöntemi olarak farkındalık. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47:69-73.
- D'Zurilla TJ, Nezu A (1982) Social problem solving in adults. In *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, Vol. 1. (Ed PC Kendall):202-274. New York, Academic Press.
- Dalgard OS (2006) A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2:15.
- Demiralp M, Oflaz F (2007) Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:132-139.
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L (2002) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1190-1196.
- Dobson KS (2001) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 2nd Edition. London, Guilford Press.
- Ebstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*, 9:171-180.
- Erdemir F (1998) Hemşirelerin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2:59-63.
- Eskin M (2007) İntiharda bilişsel davranışçı sağaltım (BDT) yaklaşımları. *Kriz Dergisi*, 15:15-33.
- Eskin M, Ertekin K, Demir S (2008) Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognit Ther Res*, 32:227-245.
- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG et al. (1990) Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47:1093–1099.
- Frankl V (1969) *Man's Search for Meaning*. New York, New American Library.
- Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU (2006) Epidemiology of mood disorders. In *Textbook of Mood Disorders* (Eds. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg):33-54. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Greenberg LS, Watson J (1998) Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychother Res*, 8:210–224.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA et al. (2003) The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*, 64:1465–1475.
- Gurman AS (2003) Brief integrative marital therapy. In *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 3rd ed (Eds AS Gurman, NS Jacobson):180. New York, Guilford.
- Hirschfeld RMA, Shea MT (1989) Mood disorders: psychosocial treatments. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5. Baskı. (Eds HI Kaplan, BJ Sadock):933-944. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Hoffman L (1990) Constructing realities: an art of lenses. *Fam Process*, 29:1-12.
- Kabat-Zinn J (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4:33-47.
- Karasu TB (1990) Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry*, 147:133-147.
- Keitner GI, Archambault R, Ryan CE (2003) Family therapy and chronic depression. *J Clin Psychol*, 59:873–884.
- Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES (1974) Interpersonal and social rhythm therapy: treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 131:186–191.

- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron E (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- Kolatte A, Venturini A, Rosset N (2002) Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression *Psychiatr Serv*, 53:585–590.
- Korkut F (1992) Gestalt yaklaşımina dayalı olarak yapılan bireysel danışmanın süreklı kaygı üzerindeki etkisi. *H. Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi* (7);151-152.
- Koroğlu E (2004) *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Küey L (1998) Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1:5-12.
- Kühner C (2003) Das gruppenprogramm "depression bewältigen" und seine varianten – eine aktualisierte metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13:254-262.
- Leichsenring F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, 21:401–419.
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300:1551–1565.
- Lewinsohn PM, Clark GN, Hoberman HM (1989) The coping with depression course: a review and future directions. *Can J Behav Sci*, 21:470-493.
- Lukens EP, McFarlane WR (2004) Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interv*, 4:205–225.
- Lusk P, Melnyk BM (2013) COPE for depressed and anxious teens: a brief cognitive-behavioral skills building intervention to increase access to timely, evidence-based treatment. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 26:23–31.
- Ma SH, Teasdale JD (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*, 72: 31–40.
- Maslow AH (1970) *Motivation and Personality*. New York, Harper & Row.
- McCabe R, Priebe S (2003) Are the relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? factors influencing patient rating. *Eur Psychiatry*, 18:220–225.
- McCament KL (2006) Humanistic nursing, interpersonal relations theory and the empathy-altruism hypothesis. *Nurs Sci Q*, 19:334-338.
- Mino Y, Shimodera S, Inoue S, Fujita H, Tanaka S, Kanazawa S (2001) Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *J Affect Disord*, 63:43–49.
- Minuchin S, Fishman CH (1981) *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Harvard University Press
- Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al. (2013) *Adult Depression in Primary Care Guideline*. Bloomington, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R (1999) Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 56:573-579.
- Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D (1995) Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ*, 310:441-445.
- Nezu AM, Nezu CM, Perri MG (1989) *Problem-Solving Therapy for Depression: Theory, Research and Clinical Guidelines*. New York, Wiley.
- NICE (2009) *Depression: Treatment Management of Depression in Adults, including Adults with a Chronic Physical Health Problem*. London, National Institute for Clinical Excellence.
- Oei TP, Dingle G (2008) The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*, 107: 5–21.
- Ögel K, Sarp N, Gürol DT, Ermağan E (2014) Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15:282-288.
- Patterson J, Zderad L (1988) *Humanistic Nursing*. New York, Wiley.
- Perls F (1976) *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York, Bantam Books.
- Puskar K, Sereika S, Tusaie-Mumford K (2003) Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 16:71-80.
- Rogers C (1951) *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London, Constable.
- Ruddy R, House A (2005) Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD005331.
- Samancı A, Ekici G (1998) Aile terapisi. *Düşünen Adam*, 11(3):45-51.
- Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E et al. (2006) A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45:386-395.

- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002) Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. New York, Guilford Press.
- Shea MT, Elkin I, Hirschfeld RMA (1988) Psychotherapeutic treatment of depression. In Psychiatry Update (Eds RE Hales, AJ Frances):235-255. Washington DC, The American Psychiatric Press.
- Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K et al. (2011) Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 198:385-390.
- Siegel RD, Germer CK, Olendzki A (2009) Mindfulness: what is it? where did it come from? In Clinical Handbook of Mindfulness (Ed F Didonna):17-35. New York, Springer Publishing.
- Spinney L (2009) European Brain Policy Forum 2009: depression and the european society. Eur Psychiatry, 24:550-551.
- Stuart GW (2001) Cognitive behavioral therapy. In Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 7th edition (Eds GW Stuart, MT Laraia):658-673. Philadelphia, Mosby.
- Stuart S, O'Hara MW (1995) Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. J Psychother Pract Res, 4:18-29.
- Sungur M (1997) Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. In Psikoterapiler El Kitabı (Ed A Güngör):50-66. İzmir, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.
- Sütçüçügil L, Özmenler N (2007) Major depresyonda psikososyal müdahaleler. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 3(47):46-50.
- Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z (2012) Depresyonun ekonomik maliyeti. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 5(2):103-106.
- Thorne B (2007) Person-centred therapy. In Dryden's Handbook of Individual Therapy, 5th Edition (ED W Dryden). London, Sage.
- Tunaboylu İkiz T (2011) Türkiye'de psikanalizin gelişimine kısa bir bakış. Sosyoloji Dergisi, 3(22):495-502.
- Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R (2006) Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. Br J Psychiatry, 189:36-40.
- Türkçapar MH, Sargın AE (2012) Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1:7-14.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı (2010) Hemşirelik Yönetmeliği. Resmî Gazete. Sayı: 27515
- Ünal G, Çam O (2005) Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21:175-187.
- Ünal S, Özcan ME (2000) Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1:41-48.
- Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N (2004) Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- van Deurzen E (1997) Everyday Mysteries: Existential Dimensions of Psychotherapy. London, Routledge.
- Von Bertalanffy L (1969) General System Theory. New York, George Braziller.
- WHO (2001) The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2012) World Mental Health Day: Depression: A Global Crisis. Geneva, World Health Organization.

Ceyda Başoğul, Arş.Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya; **Kadriye Buldukoğlu**, Prof.Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Ceyda Başoğul, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Turkey. E-mail: ceydak@hotmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article
Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol6/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 2 Nisan /April 2 2014 - **Çevrimiçi yayım/Published online** 26 Nisan/April 26, 2014