

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.11457600>

Accepted: 30.05.2024

Vaka Raporu Makalesi**Case Report Article****Pelinsu MERT**Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü
psikologpelinsumert@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6198-5933>**Meryem KARAAZİZ**Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>**Özet**

Ele alınan çalışma; "kişinin partnerinin kıskançlık sonucunda oluşan depresyonu" detaylı bir şekilde ele almasını" amaçlanmaktadır. Depresyon dünya genelinde en çok görülen ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır. Yayınlanan çalışmalarda bu rahatsızlığın ekonomik yükü devletler için problemere neden olduğunun altı çizilmiştir. Depresif ruh haline sahip bireylerde; yalnızlık hissi, kaygı, öfke, kuruntu, uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, uyanamama, odaklanamama, ortamlardan uzaklaşma, sosyal izolasyon, ilgi azalması hayattan zevk alamama gibi semptomlar göstermektedir. Birçok farklı tedavi yöntemi bulunan depresyon, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemi ile tedavi edilebilmektedir. Bu tedavi yönteminin depresyon üstündeki geçerliliği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi, Depresyon, Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Abstract

The study considered; It aims to "discuss in detail the depression that occurs as a result of one's partner's jealousy". Depression is among the most common mental disorders worldwide. Published studies have underlined that the economic burden of this disorder causes problems for states. In individuals with a depressed mood, the feeling of loneliness It shows symptoms such as anxiety, anger, delusion, insomnia, loss of appetite, fatigue, inability to wake up, inability to focus, withdrawal from environments, social isolation, loss of interest and inability to enjoy life. Depression, which has many different treatment methods, can be treated with the Cognitive

Behavioral Therapy (CBT) method. The validity of this treatment method on depression has been scientifically proven.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression, Depression, Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression

GİRİŞ

Kötü ruh sağlığı genel bir terimdir ve genellikle kişinin kendisi tarafından bildirilen endişe veya sıkıntı belirtilerinin yanı sıra kaygı ve depresyon gibi zihinsel bozuklukları da içerir (Çelik ve Hocaoglu, 2016: 51). Hafif zihinsel sağlık sorunları mutlaka hastalık ve tedaviyi göstermez, ancak elbette yine de refahı ve günlük yaşamı etkileyebilir. Bir zihinsel bozukluk, belirli tanı kriterlerini karşılayan kötü zihinsel sağlık belirtilerini temsil eder. Ruh sağlığı profesyonellerinin karşılaştığı en yaygın bozukluklardan biri olan depresyon son derece maliyetli bir rahatsızlıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyon nedeniyle üretken zaman kaybına (yani devamsızlık ve performans düşüşü) yılda tahmini 44 milyar dolar harcanmaktadır ve buna tedavi için izin veya sakatlık izni ile ilgili maliyetler dahil değildir. Dünya Sağlık Örgütü - Desteklenen Küresel Hastalık Yüklü Araştırması - depresyonun 2020 yılına kadar dünya çapında ikinci en önemli sakatlık nedeni olacağını ve gelişmekte olan bölgelerde ise önde gelen neden olacağını öngörmektedir (Uğuz ve Yurdagül, 2002: 25). Bu bozukluğun şiddeti ve artan yaygınlığı, yalnızca depresyon için etkili, kaliteli ve kültürel olarak uygun tedavilere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Depresyon tanısı ilk olarak 1980 yılında DSM'de konulmuştur (Özcan vd., 2013: 109). Bu, düşük ruh hali, enerji ve ilgi veya zevk kaybıyla karakterize edilen bir duygudurum/duygusal bozukluktur ve yaygın semptomlar; özgüven kaybı, suçluluk duygusu ve ölümle ilgili düşünceler, konsantrasyon bozukluğu, uyku ve iştah kaybıdır. Depresyon tekrarlayan bir bozukluk olma eğilimindedir; ancak daha hafif semptomlar yaşayanların prognozu daha iyidir. Yaygın olarak kullanılan DSM-IV kriterlerine göre klinik depresyon tanısı koymak için belirtilen dokuz semptomdan beşinin yanı sıra mesleki veya kişisel yaşam üzerinde bir etki gereklidir. Avrupa'daki farklı ülkeler arasında ve kendi içinde depresyon prevalansında önemli farklılıklar vardır ancak bu, her yaştan pek çok insanı etkileyen bir hastalıktır (Özcan vd., 2013: 110). İsveç'te yaşam boyu depresyon görülme sıklığı kadınlarda yaklaşık yüzde 36, erkeklerde ise yüzde 23'tür. Türkiye'de depresyon prevalansı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5.0, toplam %9.3 oranındadır (Açıkgöz vd., 2018: 132; Çelik ve Hocaoglu, 2016: 51; Costa vd., 2006: 42). Ergen erkeklerin yaklaşık yüzde ikisi ve kızların yüzde 7'si bir yıl boyunca klinik depresyon kriterlerini karşılamaktadır (Özge vd., 2001: 5). Depresyonun ergenlikte çocukluğa göre daha yaygın olduğu bulunmuş ve ortalama başlangıç yaşı 13'tür. Prevalans her iki cinsiyet için de yaşla birlikte artmaktadır. Yapılan araştırmaya göre ergenlikte çok daha fazla görülme olasılığı vardır. Kızların depresif belirtilere yakalanma riskinin erkeklerle göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Prevalans genç erişkinlik döneminde (25-34 yaş) zirveye ulaşır; bunun nedeni muhtemelen bu dönemin çoğu kişi için işlev bozukluklarının özellikle belirgin hale geldiği dönem olmasıdır (Uysal, 2007: 18). Depresyon oranlarının da azaldığı 40'lı ve 50'li yaşlarınızda, hayatınızı yönetme duygusu daha yaygın hale gelebilir. Depresyon'un farklı tedavi

yöntemleri mevcuttur. Bunlardan bir tanesi de bilişsel davranış terapisi (BDT). Spesifik, ölçülebilir ve ulaşılabilir tedavi hedeflerine odaklanmak, BDT'nin temel özellikleridir (Özcan ve Çelik, 2017: 16). Bu hedeflerin belirlenmesi hastayla işbirliğine dayalı bir tedavi planının oluşturulmasına yol açar. BDT'nin diğer temel bileşenleri arasında gündem belirleme, semptom değerlendirmesi, kullanılan müdahalelerin değerlendirilmesi de dahil olmak üzere spesifik tekniklerin uygulanması yer alır. Bu vaka çalışmasının amacı, depresyon tanılı kişinin BDT ile tedavisini sağlamak ve iyileşme sürecini gözlemlemektir (Özdel, 2015: 15).

Depresyon

Depresyon, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın gözden geçirilmiş metninin dördüncü baskısında duygudurum bozuklukları tanı kümesine aittir. DSM-I V-TR'de majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk dahil olmak üzere üç tip (tek kutuplu) depresyon mevcuttur (Açıkgöz vd., 2018: 130; Çelik ve Hocaoglu, 2016: 51; Costa vd., 2006: 41). Üç depresif bozukluk oldukça benzer semptomlara sahiptir. En dikkate değer olanı üzüntü, boşluk, endişe, umutsuzluk ve sinirlilik duygularını da içeren ruh halindeki rahatsızlıklardır (Savrun, 1999: 11). Diğer semptomlar arasında günlük aktivitelerin tamamında veya çoğunda kayıp veya azalan ilgi veya zevk, kilo kaybı, iştahsızlık, uykusuzluk veya kişisizlik, yorgunluk, enerji kaybı, değersizlik duygusu, aşırı veya uygunsuz suçluluk duygusu, konsantrasyon güçlüğü, düşünme yeteneğinde azalma yer alır. McPherson ve Armstrong göre, depresyon terimi ilk kez 1905'te Psychological Review dergisinde kullanılmıştır (Uysal, 2007: 18). Terim, ruh halini ve zihinsel sağlığı tanımlamak için profesyonel bir terim olarak kullanılmıştır. DSM sisteminin ilk yıllarında, psikiyatrik bir hastalık olarak depresyon bu kadar net bir şekilde alt kategorilere ayrılmamıştır. Majör depresyon ve distimi alt tipinin ilk kez resmi psikiyatrik tanı olarak ortaya çıkışı DSM-III'e kadar olmuştur. 1900'lerin başlarında depresyon hastalarının bakımında akıl hastanesinden toplum bakımına geçiş yaşanmıştır (Özge vd., 2001: 5). Her ne kadar bu değişim ruh sağlığı uzmanlarına, özellikle de toplum düzeyinde daha fazla fırsat sunsa da, aynı zamanda tehditleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle toplumdaki depresyon bakımı, depresyon tedavisinin pratisyen hekimler ve hemşireler gibi diğer meslekler tarafından sağlanabileceği konusunda tehdit oluşturmuştur. Psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan depresyon kategorilerinin oluşturulması, ruh sağlığı profesyonellerinin kendilerini diğer sağlık profesyonellerinden ayırmasının bir yolu da olabilir (Uğuz ve Yurdagül, 2002: 22).

Bilişsel-Davranışsal Tedavi

Beck'in öncülüğünü yaptığı psikolojik sıkıntının bilişsel modeli, insanların ruh hallerinin ve davranışlarının çevresel olaylara ilişkin öznel yorumlarından etkilendiğini varsayar (Özdel, 2015: 11). Çevresel olay ve durumlar insanların duygularını belirlemez; daha ziyade olay ve durumların subjektif olarak yorumlanması insanların nasıl hissettiğini etkiler. Dolayısıyla düşünme, bir olay ile duygusal tepki arasındaki ilişkilere aracılık eder (Özcan ve Çelik, 2017: 17). Depresyon yaşayan kişiler karşılaştıkları durumları olumsuz yorumlarlar. İnsanların durumlara ilişkin çarpık veya mantıksız yorumlarını belirleyerek, değerlendirerek ve değiştirerek, ruh halleri olumlu yönde

değişecektir. Bilişsel-davranışçı terapistler, akılcı olmayan inançların öğrenilebileceğine ve daha akılcı ve gerçekliğe dayalı yeni inançların yeniden öğrenilebileceğine inanırlar (Oud vd., 2019: 35). BDT, depresif kişilerin kendi yeteneklerini, çevrelerini ve geleceklerini yapılandırma yollarını düzeltmeyi amaçlayan bir dizi bilişsel ve davranışsal tekniği kapsayan çok yönlü bir tedavi yaklaşımıdır. En yaygın kullanılan tekniklerden bazıları arasında kendini izleme, mantıksız düşüncelerin belirlenmesi, mantıksız inançların test edilmesi ve bilişsel yeniden yapılandırma yer almaktadır. Tedavinin, depresyonla ilgili mantıksız inançları düzelterek depresif belirtileri (yani süreci) azalttığı ampirik destek almıştır (Karakaya ve Öztop, 2013: 13).

OLGU

Sağlık Öyküsü: Hasta; liseden mezun olana kadar annesiyle Balıkesir’de yaşamış. Üniversiteyi Manisa Celal Bayar’ı kazandıktan sonra orada ev tutmuş ve 4 sene orada yaşamış. Ardından hep İzmir’e gidip geldiğinden dolayı orada bir çevre oluşturmuş ve oraya taşınmış. 4-5 iş değiştirmiş. Mesleğini seviyor. Annesi de hep bu zamana kadar maddi ve manevi olarak destek olmuştur. Hasta, babası ile küçüklüğünden beri görüşmemektedir. Geçmişte bir tane ciddi ilişkisi olmuş dört sene kadar sürmüş fakat İ.S evlenmek istemesine rağmen erkek arkadaşı ile ortak bir payda da buluşmamışlar ve çocuğun Amerika’ya taşınmasıyla ilişkileri sonlanmıştır. Hastanın daha önce psikolojik bir rahatsızlığı olmadığı gibi ailesinde de ciddi bir hastalık öyküsü olan bir bireyde bulunmamaktadır.

Psikiyatrik Öykü: Hasta şikâyeti, 1 senedir birlikte olduğu ve aynı evi paylaştığı erkek arkadaşı ile ilgili. Hasta; ilişkide partnerinin kendisiyle çeliştiğinden, aklı ile kalbinin birbirine uymadığı düşüncesindedir. Kendisi bu ilişkide çok yoğun duygular beslediğini, mutsuz hissetse de, istemediği şeyler de olsa bu ilişkiyi sonlandırmak istemediğini; bazı zamanlar istese de bunu yapamadığını dile getirmiştir. Hasta bu durumlardan dolayı kuruntu yaptığı, en ufak bir durumda çok çabuk yorulduğunu da eklemiştir. Sürekli kavgaların olduğunu, en ufak bir şeyde alevlerin çok hızlı yükselip büyüdüğünü ve erkek arkadaşının çözmek için hevesli olmamakla birlikte daha da sorunların üzerine yıkıcı bir tutum sergilediğinden bahsetmiştir. Erkek arkadaşının çok kıskanç olduğu, işe giderken serviste bile kendisini görüntülü arayarak gösterdiğini de eklemiştir. Hasta kavgaların dozu günden güne yükselirken, hasta bu durumdan hem çok mutsuz hem de gündelik işlerini bile aksatır hale geldiğini belirtmiştir. Tüm bu sorunlar kaşısında hasta işe giderken, arkadaşları ile görüşürken keyif almadığını dile getirmiştir. Ek olarak hasta; kendisini düzenli olarak nasıl böyle olmaya başladı? İlişki ne ara bu hale geldi diye düşünürken bulduğundan da aktarmıştır. İlişkide erkek arkadaşı istediği şeyleri kendisine yaptırmaktadır. Ek olarak; hasta kendi sosyal çevresinden ayrılmış ve erkek arkadaşının çevresine yaklaşmıştır. Hasta bu durum karşısında; uyku uyuyamadığını, uyduğunda da yataktan çıkmak istemediğini, yemek yemediğini ve sürekli mutsuz bir ruh halinde olduğunu belirtmiştir. Önceki ilişkilerinde buna benzer sorunlar bu kadar yoğun olmasa da yalnızlaştırılmayı hep yaşamıştır. Yine uykusuzluk ve kilo alma/verme durumunu yaşamıştır.

Klinikte Gözlemele: Danışan; uyku problemi, yeme bozukluğu ve sürekli mutsuz hissetmesi belirtileri yaşadığı için depresyon tanısı konmuştur. Daha önce psikolog bir öyküsü yoktur.

BULGULAR

Danışanla, kırkbeş dakika süren dört seans gerçekleştirilmiştir. Hastanın tanımak için iki seans ayrılmış, geçen iki seans içerisinde hasta yakından tanınmıştır. Hastanın tedavisi yatışı yapılmadan ve ilaçsız olarak yapılmıştır. Hastanın tanıma sürecinde bir takım sorular sorulmuş ve hasta bu sorulara kısa cevaplar vermiştir. Hasta sandalyede gerginin bir şekilde oturuyor. Endişeli gözler ile bakıyordu. Hastaya soru sorulduğunda hemen cevap vermiyor önce biraz bekliyor, düşünüyor ve öyle cevap veriyordu. Hastanın yanında refakatçi yoktu.

Hasta ile birinci ve ikinci seansta danışanın ortama uyum sağlamaya çalıştığı gözlemlenmiştir. Uzman tarafından neler yapılacağını BDT'nin ne olduğunu ve BDT'nin başarı oranı hakkında bilgiler verilmiştir. Hasta ilk seansa gelmeden önce erkek arkadaşı ile sorun yaşamış evi dağıttığını belirtmiştir. Hasta ilk seansta kendi sorunları ile ilgili kesitler paylaşmıştır. Her paylaşımda hasta derinlere dalmıştır.

Üçüncü seansta hasta iyi uyduğunu; erkek arkadaşı ile herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Seansın ilerleyen sürecinde hastanın kendi anlattıklarından rahatsız olduğu gözlemlenmiştir. Hasta özellikle erkek arkadaşının kendisini görüntülü araması konusunda çok rahatsız olduğunu hem dile getirmiş hem de bunu davranışları ile belli etmiştir.

Dördüncü seansta hastada depresyon belirtileri artmıştır. Hasta ile yapılan sohbette anlamsız cümleler kurması dikkat çekicidir. Bazı durumlarda hastanın konuşmaları dağınıktır. Hasta bu seansta uyku uyuyamadığını, uyduğunda da yataktan çıkmak istemediğini, yemek yemediğini ve sürekli mutsuz bir ruh halinde olduğunu belirtmiştir. Ek olarak hasta; sürekli kendini yalnız hissetmesi sebebiyle ilişkilerinde hep yalnızlık çekeceğine dair kaygı duyduğunu, en az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapıldığını, kolay yorulduğunu, düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olduğunu, kas gerginliğinin olduğunu belirtmiştir. Ortalama her gün bitkin ve halsiz hissetme yada enerji kaybı, neredeyse her gün değersiz, suçlu yada yalnız hissetme, insomniya (uyuyamama) ya da hipersomniya (aşırı uyuma), yaşam ve günlük aktivitelerine karşı ilginin kaybolması, hiç zevk almama, dinlenememe, konsantrasyonun bozulması, ciddi oranda kilo kaybı veya kilo alımı; belirtileri olduğu için depresyon tanısı düşünülmüştür.

Tablo 1: Vakanın Teknik Özetlenmesi

| | |
|--------------------------------------|---|
| Erken Yaşantılar | <i>Erkek arkadaşı ile tanıştığı günden beri sürekli olarak bastırılması</i> |
| Temel İnançlar | <i>'öfke, çaresizlik, yalnızlık, kaygı, korku'</i> |
| İşlevsellik Olmayan Saygıtlar | <i>İlişki sürecinde bastırılmamış olsaydım; öfke, çaresizlik, yalnızlık, kaygı, korku hisslerine kapılmazdım.</i> |
| Kritik Olaylar | <i>Erkek arkadaşının onu sürekli arayıp sıkıştırması, durduk yere kıskançlık yapması</i> |
| Olumsuz Otomatik | <i>Yalnız kalma korkusu</i> |
| Düşünceler | |
| Somatik: | <i>kendine zarar verme isteği, kendi çevresinden uzaklaşma</i> |
| Belirtiler | Motivasyonel: <i>İlgi ve istek kaybı</i> Bilişsel: <i>öfke nöbetleri</i> |
| Duygusal: | <i>Korku</i> |
| Davranışsal: | <i>Sosyal ilişkilerde azalma, yalnız kalma isteğinin artması</i> |

914

Tablo 1'de görüldüğü gibi hasta geçmişinde herhangi bir zihinsel probsem yaşamamsına karşın erkek arkadaşının kendisini kıskanması ve baskılaması depresyona neden olmuştur.

TARTIŞMA- SONUÇ

Depresyon dünyanın her yerinde, her yaşta insanda görülen en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen ergenlikten erken erişkinliğe kadar en sık görülen başlangıç yaşıdır ve kadınlar erkeklere göre iki kat daha fazla etkilenir. Depresif bozukluklar, klinik

senaryoda, geçici küçük semptomlardan ciddi ve zayıflatıcı klinik durumlara kadar değişen, ciddi sosyal ve mesleki bozulmalara neden olan heterojen koşullar olarak ortaya çıkabilir. Genellikle bilişsel, duygusal, davranışsal, fizyolojik, kişilerarası, sosyal ve mesleki semptomların bir araya gelmesiyle ortaya çıkar. Hasta; sürekli kendini yalnız hissetmesi sebebiyle ilişkilerinde hep yalnızlık çekeceğine dair kaygı duyduğun, en az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapıldığını, kolay yorulduğunu, düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olduğunu, kas gerginliğinin olduğunu belirtmiştir. Ortalama her gün bitkin ve halsiz hissetme yada enerji kaybı, neredeyse her gün değersiz, suçlu yada yalnız hissetme, insomniya (uyuyamama) ya da hipersomniya (aşırı uyuma), yaşam ve günlük aktivitelerine karşı ilginin kaybolması, hiç zevk almama, dinlenememe, konsantrasyonun bozulması, ciddi oranda kilo kaybı veya kilo alımı; belirtileri olduğu için depresyon tanısı düşünülmüştür. Depresyon tedavisi için BDT uygun görülmüştür. BDT, depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluk ve madde kullanım bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan en kanıta dayalı psikolojik müdahalelerden biridir.

KAYNAKÇA

Çelik HF. ve Hocaoglu C. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, 6(1): 51-66. doi: 03180.

Costa EM, Antonio R, Soares MB, ve Moreno RA. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Braz J Psychiatr*, 28:40-43.

Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L...& Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European psychiatry*, 57, 33-45.

Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, S. C. ve Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3), 107-13.

Karakaya, E., ve Öztop, D. B. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 10-24.

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

Özge, A., Tot, Ş. ve Çömelekoğlu, Ü. (2001). Depresyonda Bir Biyolojik Belirteç Olarak Kantitatif EEG Analizi. *Düşünen Adam*, 1(40), 5.

Savrun, B.M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 11-12.

Uğuz, Ş., ve Yurdagül, E. (2002). Noradrenerjik Sistem ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 19-23.

Uysal S. (2007). *Grup Psikoterapisinde psikodrama yönteminin depresyon tedavisine katkısı*. Psikodrama Yeterlilik Tezi, Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Ankara.