

# Psikolojiye Giriş

## Ders 18

### İşler Kötüye Gittiğinde Olanlar: Zihinsel Bozukluklar 1. Kısım

**Profesör Paul Bloom:** Bu dönemki derslerimizin dördüncü ve son misafir öğretim üyesini çağırmaktan oldukça mutluluk duyuyorum: Profesör Susan Nolen-Hoeksema. Susan, Psikoloji Bölümü'nde ve Lisansüstü Dersler Müdürlüğü'nde profesör olarak çalışmakta. Kendisi, klinik psikoloji özellikle de depresyon alanındaki çalışmalarıyla tanınır; depresyonun doğasını, kişilerin depresyona girme sebeplerini cinsiyet farklılıkları kapsamında araştırmaktadır. Bir insanın başarabileceği her şeyi başarmıştır. Birçok ödül kazanmış, bilimsel dergilerde yayınlanmış yığınla çalışması olan bir bilim insanıdır. Bir öğretim üyesi olarak da ödül kazanmıştır ve alanındaki bana göre en iyi ders kitabının yazarıdır. Dahası kendisi, klinik psikoloji alanındaki fikirlerin, mesajların ve teorilerin anlatıldığı, geniş kitlelere hitap eden, popüler ve ulaşımı kolay birçok kitap yazmış oldukça popüler bir yazardır. Kendisine dersimize hoş geldin demeden önce bir şeyden daha bahsetmek istiyorum, Susan önümüzdeki yıl burada oldukça ilgi çekici olmasıyla ünlü klinik psikoloji dersini verecek. Eğer bugün dinledikleriniz ilginizi çekerse ve daha fazlasını öğrenmek isterseniz, almanız gereken ders, o derstir. Şimdi, lütfen Dr. Susan Nolen-Hoeksema'ya hoş geldin diyelim. [alkışlar]

**Profesör Susan Nolen-Hoeksema:** Teşekkürler Paul. Herkes beni duyabiliyor mu? Tamam. Şimdi, bugün birlikte modern klinik psikolojinin zihinsel bozukluklara nasıl baktığına, zihinsel bozukluğa neden olduğunu düşündüğümüz bazı durumlara ve zihinsel bozukluklarda sıkça karşılaştığımız bazı tipik özelliklere dair kısa bir gözden geçirme yapacağız, sonrasında duygudurum bozuklukları, yani depresyon ve sizin daha çok manik-depresyon olarak bildiğiniz bipolar depresyon, örneğini kullanarak, belirli birtakım bozukluklar hakkında nasıl düşündüğümüze ve teorilerimizi araştırmak için kullandığımız bazı yöntemlere, bozuklukları açıklamak için geliştirilen farklı teorilere ve günümüzde kullanılan bazı önemli tedavi yöntemlerine değineceğim. Tamam? Öyleyse, oldukça yoğun bir ders vereceğim; ama bununla birlikte elimde size izletmek istediğim birçok video klip de var. O yüzden, konudan konuya dolaşılıyor olacağım ve konular sürekli değişiyor olacak.

Şimdi, klinik psikolojide ilk ve en temel soru şudur: Anormallik nedir? Normal, sağlıklı, tipik davranışlar ile anormal, tipik olmayan, sapmış, sağlıklı, adaptif olmayan denilebilecek zihinsel problemleri ayırmak için hangi noktada bir çizgi çekmeliyiz? Anormal ile neyi kastettiğimize dair hepimizin sezgisel bir hissi vardır ve buna inanmak isteriz - dersime giren birçok kişi şöyle der: "Elbette, yani bilirsin, siz bunu çözdünüz. O çizgiyi nerede çizmeniz gerektiğini biliyorsunuz. Bunun için kriterleriniz var. Kan testleriniz var mesela, değil mi? Hadi söyleyin, depresyonda

miyim, şizofren miyim, yoksa hakkında okumuş olduğum o diğer şeylerden biri miyim?” Fakat gerçek şu ki, bunlara sahip değiliz.

Her şeyden önce, bilinen herhangi bir zihinsel bozukluk için geliştirilmiş biyolojik bir test yok elimizde. Elimizde sadece, farklı zihinsel bozukluklara tanı koyabilmek için kullandığımız birtakım davranışsal kriterler var. Davranışsal kriterlerden kastım, kişilerin nasıl hissettiklerine, düşündüklerine, davranışlarına dair gözlemlere ve bunların tipik olur olmadığına dair semptomlardan oluşan setler. Yapmanız gereken iş, kişinin gösterdiği ya da söylediği semptomları almak ve elimizde olan farklı zihinsel bozukluklara dair kriterlerle bunları karşılaştırmak. Sonra sıra oldukça öznel bir şekilde kişinin oradaki kriterleri karşılayıp karşılamadığını muhakeme etmeye geliyor. Ne yazık ki, bu muhakeme, öznel olmasından kaynaklı, birçok faktörden etkileniyor. Bugün bu faktörlere çok fazla girme şansımız olmayacak; ama yine de birkaç tanesine değinmek istiyorum.

Bunlardan ilki toplumsal kurallar. Zihinsel bozukluk ya da probleminiz olduğuna dair nitelendirmeler, içinde bulunduğunuz toplumsal ve kültürel kurallarla oldukça ilgilidir. Mesela, Müslüman bir toplumda ya da kültürde peçe takıyor olmak tipik, hatta öngörülen bir davranıştır. Fakat Müslüman olmayan bir kültürde bir kadının peçe takması, ya da en azından yakın zamana kadar bu şekildeydi, atipik ya da anormal bir davranış olarak karşılanır.

Bir durumun normal ya da anormal olarak görülmesini etkileyen ikinci faktör, bahsi geçen kişinin belirli tipik özellikleridir. Bu kısımda, özellikle cinsiyet üzerinde duruyorum. Kadın ya da erkek olursunuz, tipik bir davranışın ne kadar sıra dışı olduğunu etkiler. Ağlamak, iyi bir örnek olacak burada. Bizim kültürümüzde bir erkeğin ağlaması oldukça sıra dışı olarak kabul edilir, kadının ağlaması ise daha az sıra dışıdır. Öte yandan, erkeğe kıyasla, kadının bir başkasını dövdüğünü görmek oldukça sıra dışı bir davranıştır. Yani, uygun, kabul edilebilir davranışları için cinsiyet stereotiplerimiz, cinsiyet rollerimiz var ve bir davranışın normal ya da anormal olduğuna dair muhakemelerimiz bu cinsiyet rollerinden etkileniyor.

Davranışın anormal olup olmadığını etkileyen üçüncü faktör söz konusu ortamdır. Burada size “paranoya” örneğini vereceğim. Eğer siz paranoid ve aşırı tetikte bir haldeyseniz ve Bağdat'ta bir çarşıda bir tehlike olduğunu düşünüyorsanız, bu, bugünlerde adaptif bir davranış olarak kabul edilir; çünkü yaralanmanızı ya da ölmenizi engelleyebilir. Fakat Connecticut'ın merkezinde küçük ve sessiz bir çiftlikte, aşırı paranoid bir halde birilerinin köşede sizi vurmak için beklediğini düşünüyorsanız, bu normal ya da kabul edilebilir veya adaptif bir davranış olarak düşünülmez. Demek ki, içinde bulunduğunuz ortam, başkalarının sergilediğiniz davranışı normal ya da anormal olarak nitelendirmesi üzerinde oldukça etkili bir faktör.

Klinik psikoloji alanında kestirme yollara benzer birtakım yöntemler kullanırız, davranışı anormal, sağlıksız ya da problemlilik olarak nitelendirmek için. Baktığımız karakteristik özelliklerden üç tanesi, üç-D olarak adlandırılır: “*distress*”, yani sıkıntı, “*dysfunction*”, yani işlev bozukluğu ve “*deviance*”, yani sapma. Bireye ve

çevresindekilere anlamlı bir şekilde sıkıntı veren davranışlar anormal ya da sağlıksız olarak nitelendirilir. Depresyon bunun başlıca örneğidir; karakteristik özelliklerinden bahsettiğimizde bunun nedenini siz de göreceksiniz. Varoluşun berbat bir halidir depresyon; mutsuzsunuzdur, üzgünsünüzdür, hatta o kadar kötü hissedersiniz ki kendinizi öldürmeyi bile isteyebilirsiniz. Bu çok, çok yüksek sıkıntı düzeyi, depresyonun zihinsel bir bozukluk olarak nitelendirilmesinin sebeplerinden biridir. Diğer zihinsel bozukluklar bireyde böylesi bir sıkıntıya yol açmazlar; ama bireyin çevresindeki diğer insanlara sıkıntı yaratabilirler.

Bunun bir örneği antisosyal kişilik bozukluğudur; birey, diğer insanların haklarını umursamaz, bir şeyi çalmak için, birinden bir şey çalmak ya da birine zarar vermek konusunda tereddüt etmez, başka insanların duygularına karşı empatileri ya da sempatileri yoktur, bu nedenle de çevrelerindeki insanlara oldukça zarar verirler ve bundan dolayı herhangi bir sıkıntı hissetmezler. Fakat bu durum diğer insanlar için sıkıntı yaratır, bu da antisosyal kişilik bozukluğunun anormal ya da akıl sağlığı problemi olmasının sebeplerinden biridir.

İkinci genel kriterimiz işlev bozukluğudur. Eğer birtakım davranışlar kişilerin gündelik yaşamındaki işlevlerini yerine getirmesini engelliyorsa, bunlar anormal ya da akıl sağlığı problemine yol açacak davranışlar olarak nitelendirilebilirler. Depresyon bir kez daha iyi bir örnek olacak bu noktada. Depresif kişiler genellikle tamamen işlevsiz hale gelirler. Uyanıp derse gidemezler, işe gidemezler, arkadaşlarıyla iletişim kuramazlar, kabuklarına çekilip sosyal anlamda izole ederler kendilerini. Bu nedenle işlerini kaybedebilirler, ya da okuldan atılabilirler. İşlevdeki bu büyük düşüş, depresyonu, kişiyi zayıflatan ve güçten düşüren bozukluklardan biri olarak kabul etmemizin en önemli sebeplerinden biridir.

Ve son olarak, sapma, yani davranışın ya da duyguların oldukça sıra dışı olması durumu. Üç karakteristik özellikten belki de en tartışmalı olanı sapmadır, çünkü toplumsal kurallardan oldukça etkilenir. Bir kültür için sapmış olan, diğer bir kültür için sapmış olmayabilir. Bununla birlikte eğer ki birtakım davranışlar söz konusu kültür için kabul edilemez ve oldukça sıra dışı ise, o davranışların anormal olarak nitelendirilmesi kuvvetle muhtemeldir.

Tamam. İyi de, bütün bunları nasıl toparlayacağız? Birleşik Devletler'de, klinik psikoloji ve psikiyatride tanı koymak için kullanılan bir kılavuz var, adı Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, ya da kısaca DSM ve şimdilerde dördüncü revizyonu kullanılıyor. Sanırım 1950'lerden beri kullanılmakta. 1950 ve 60'lardaki eski basımları oldukça öznel ve Freud'un teorilerine dayanan bir yapıdaydı. Fakat 1980'den beri kriterleri daha nesnel, kişiye tanı koyabilmek için gerekli olan davranış setlerini daha gözlemlenebilir, başka kişilerde de görülebilen ve kişilerin güvenilir biçimde rapor edebildikleri, dahası klinikçilerin üzerinde fikir birliğine varabilecekleri bir hale getirmek için oldukça çaba sarf edilmiştir. Yani DSM tanı koymak için gerekli olan semptomların bir listesini, o listedeki semptomların kaçının görülmesi gerektiğini, bu kriterlerde yer alan sapma, işlev bozukluğu ve sıkıntıya dair

eğilimi gösterir bize. Duygudurum bozukluklarını anlattığım zaman size bu kriterlere dair örnekler de vereceğim.

Evet, daha önce de söylediğim gibi, duygudurum bozukluklarını nasıl tanı koyulduğunu ve psikopatolojinin nasıl anlaşıldığını göstermekte örnek olarak kullanacağım; ama ayrıca şunu da açıklamak istiyorum ki duygudurum bozuklukları insanların en çok karşılaştığı problemlerden biridir. Neredeyse her dört kadından biri hayatının bir döneminde ciddi bir depresyon epizodu yaşıyor. Erkeklerin de %13'ü hayatlarında ciddi bir depresyon epizodu yaşıyor. Yani bunlar insanların oldukça sık deneyimlediği problemler, özellikle de sizin yaşlarınızda. Üniversite yılları genellikle depresyonun yeni başlamakta olduğu, o başlangıçta zirvede olduğu zamanlardır. Ayrıca geç ergenlik, 20li yaşların başı, bipolar depresyon yani manik-depresyon için başlangıç ve doruk zamanlarıdır.

Duygudurum bozuklukları, sadece depresyonun görüldüğü unipolar depresyon bozuklukları ve kişinin bir döngü halinde depresyon ve mani yaşadığı bipolar depresyon bozuklukları olmak üzere ikiye ayrılır. DSM'in depresyonun en şiddetli hallerinden biri olan majör depresyon için kriterleri şöyledir. Daha önce de söylediğim gibi DSM bize göreceli olarak gözlemlenebilir kriterler verir, bunlardan kaç tanesinin karşılanması gerektiğini ve hangilerinin tanı koyabilmek için mutlaka yer alması gerektiğini söyler. DSM'in majör depresyon için ilk kriteri, bireyin üzüntü içinde olması ya da anhedoni yaşaması, yani eskiden yaptığı etkinliklere ilgisinin kalmaması, bunlardan keyif almaması. İlk kriteri geçmek için bu iki durumdan en az birinin yaşanması gerekiyor. Yani üzgün ve hüzünlü olduğunuzu söylemeniz aslında depresif hissettiğiniz anlamına gelir. Bazı insanlar bu duyguyu çok güçlü hisseder. Diğerleri öyle gerçekten üzgün ya da hüzünlü hissetmezler; ama onlar da artık hiçbir şeye ilgilerinin kalmadığını söyleyebilirler. Bu hayatlarındaki bütün duyguların sökülüp atılması gibi bir şeydir. Daha önceden eğlenceli buldukları şeyler, artık onları neşelenmez. Arkadaşlarıyla görüşmek istemezler. Yemek yemek bile umurlarında olmaz. Hiçbir şey iyi, yolunda hissedilmiyordur artık.

Üzüntü ya da anhedoniden sonra, kişinin sonraki semptomlardan en az dört tanesini yaşıyor olması gerekir. Öncelikle, kişilerde anlamlı şekilde kilo ya da iştah değişikliği görülebilir. Yani yemeye karşı ilginizi tamamen kaybedebilir ve çok kilo kaybedebilirsiniz; ya da bazı kişiler aşırı yemek yemeye başlayabilir. Bir yıl boyunca depresyonda olan çok sevdiğim bir arkadaşım vardı ve 23 kilo aldı; çünkü yaptığı tek iş yemek yemektir. Özellikle de geceleri.

Uyku hastalıkları görülebilir; insomni, yani uyuyamama problemi ya da hipersomni, yani sürekli uyuma durumu. İnsomninin bir türü depresyonda sık görülür: gece uyuyabilirsiniz, ama sonra sabah 3-4 gibi uyanır ve bir daha uyuyamazsınız. Gecenin geri kalanında ayakta olursunuz. Bazı insanlar ise tüm gün uyumak isterler. Birazdan size izleteceğim klipte, bir kadın günün 20-22 saatini uyuyarak geçirdiğini, kalkıp biraz yemek yediğini, sonra hala yorgun hissettiği için tekrar yatağa gittiğini anlatıyor.

Üçüncü kriter psikomotor gerileme ya da ajitasyon görülmesidir. Gerileme kişinin hareketlerinin yavaşlaması anlamına gelir ve oldukça sık görülür. Daha yavaş yürürler. Tepki zamanları yavaşlar. Çok fazla yavaş hareket ettikleri için depresif kişiler genellikle çok daha fazla kaza yaparlar. Araba sürerken ya da karşıdan karşıya geçerken ve bir araba üstlerine doğru gelirken, göstermeleri gerektiği kadar hızlı tepki gösteremediklerinden, daha fazla kaza yaparlar. Konuşmaları bile yavaşlayabilir. O kadar yavaş konuşurlar ki, basit bir cümlenin bile ağızlarından çıkması için inanılmaz enerji harcamaları gerekebilir. Çok, çok az sayıda insan ise gerileme yerine ajitasyon gösterebilir. Bunlar kendilerin hiper, yerlerinde oturamayacak gibi hissederler; ama ajitasyon gerilemeye kıyasla çok daha nadir görülür. Kişiler kendilerini çok yorgun, tükenmiş, pili bitmiş gibi hissederler. Ayağa kalkamaz, hareket edemezler. Dediğim gibi, sürekli uyumak isterler.

Beşinci kriter değersiz ya da aşırı suçlu gibi hissetmektir. Her şey kendilerinin suçuymuş gibi hissedebilirler ve bu suçluluk ya da değersizlik hissi psikotik bir hal bile alabilir. Gerçeklikle olan bağları kopabilir. Depresyonda olan birinin gerçeklikle bağlarını yitirmesi, gerçekten depresif durumlar oluşturabiliyor. Şeytan olduklarına inanabilir, dünyadaki kötülüklerin kaynağı olduklarını düşündüklerinden intihar edebilirler. Rastgele olayların kendilerinin suçu olduklarını düşünebilirler, bilirsiniz işte, o sele kendilerinin sebep olduğuna inanabilirler. Dolayısıyla, değersizlik ve suçluluk hissi gerçekle bağları yitirmeye sebep olabilir, psikotik hale gelebilir. Genellikle bu hisler gerçekçi değildir. Olumsuz benlik değeri, kendinize kin tutmanız, aptal, değersiz, çirkin ve kötü hissetmenizdir.

Altıncı kriter konsantrasyonun zorlaşması ya da kararsızlıktır. Depresyonda olduğunuz zaman bir şeye dikkatinizi yoğunlaştırmak çok zor olur. Aynı paragrafı tekrar ve tekrar okumanız gerekebilir; ama yine de bir şey anlamazsınız. Derste konsantre olamazsınız ve bir süre sonra derse gitmek anlamsız olur. Ödev konunuzun ne olacağına karar vermeniz gerektiğinde, bu size dünyanın en zor, en devasa işi gibi gelir. Hiçbir şeye karar veremezsiniz, hiçbir şey düşünemezsiniz; çünkü düşünceleriniz çok kalabalıktır, ezici bir karmaşa vardır.

Sonra, intihar düşüncesi ya da davranışı gelir; bu intihar etmek ya da ölüm hakkında düşündüğünüz kısımdır. Bu insanlardan bir kısmı harekete geçer ve gerçekten kendilerini incitmeyi ya da öldürmeyi denerler. Bununla birlikte, intihar düşüncesinin ve girişiminin sadece depresyonda görülmediğini söylemek gerekir. Psikopatolojinin bütün türlerinde intihar düşüncesi ve girişimi görülebilir; fakat depresyonda daha sıkça rastlanır.

Şimdi, bu semptomlardan en az dört tanesini, ayrıca üzüntü ya da anhedoni göstermeniz gerekiyor; ama bunlar sadece kötü bir gün geçirdiğiniz için olmamalı. Tanı koyulabilmesi için bu semptomların en azından iki haftadır kalıcı bir şekilde yaşanıyor olması gerekiyor. Gerçeği söylemek gerekirse, majör depresyondaki epizodların çoğu iki haftadan çok daha uzun sürüyor. Hatta tedavi görülmediği takdirde, bir epizodun uzunluğu en az ortalama altı ay oluyor. Yani insanlar çok uzun



bir zaman bu berbat halde kalıyorlar; ama DSM'deki zaman kriteri minimum iki hafta sürmesi.

Pekala, şimdi size birçok depresyon epizodu yaşamış bir kadına ait kısa bir klip izletmek istiyorum. Neyse ki, kendisi çekim sırasında bir epizodun içinde değil. Ama bir epizodun ortasında olmanın nasıl bir şey olduğunu ve yaşadığı anlamlı semptomlardan bazılarını gayet açıkça anlatıyor. [video klip oynatılır]

Tamam. Kadının söylediği bir iki şey hakkında yorum yapmak istiyorum. Birincisi, her gün yaşadığımız üzümlük duygudurumu ve hepimizin deneyimlediği depresyon halleri ile bu kadının yaşadığı kişiyi güçsüzleştiren, ezici depresyon arasındaki farklılık. Şu bir gerçek ki, bir sınavda başarısız olmak, ya da kız arkadaşınızdan/erkek arkadaşınızdan ayrılmış olmak ya da buna benzer bir durum yüzünden ümitsizliğe kapılmış olmak ile bu kadının depresyondayken yaşadığında olduğu gibi tamamen işlevsiz, bitki gibi bir hale gelmek arasında bir süreklilik var. Hangi noktada bu normal, gündelik depresyonlar ile gerçekten bozukluk haline gelmiş depresyon arasına bir sınır çizgisi koyabileceğimizden emin olmamız gerçekten hoş olurdu. Fakat gerçek şu ki, koyabileceğimiz kesin bir sınır çizgisi yok. Tara'nın burada anlattığından çok daha ılımlı, orta karar depresyon hali yaşasalar da; tanı için gerekli kriterleri karşılayan ve semptomları yüzünden acı çeken insanlar da var. O yüzden sakın Tara'nın gibi korkunç bir durumda olmadığınız, depresyon sürekliliğinin uç noktasında yer almadığınız sürece, sizin için bir sorun olmadığı izlenimine kapılmayın; çünkü durum bu değil. Gerçekten yavaşlamış, işlevleri engellenen – hayatta gerçekten çok mutsuz hisseden—kişilerin problemleri vardır ve yardım edilebilirler, dikkat edilmeye ihtiyaçları vardır. Durum şudur, birçok ılımlı, orta karar depresyon hali, tedavi edilmedikleri takdirde daha ciddi hale dönüşürler. Yani, süreklilik vardır.

Yorumda bulunmak istediğim diğer şey, söz konusu kadının kendini düzetmeye çalışması ve kendini çok, gerçekten çok depresif hissetse bile günü tamamlamaya çalışması. Bu, birçok depresyon hastasında görülen, benim “yürüyen yaralı” dediğim karakteristik bir özelliktir. Kendilerini bütün bir gün ayakta tutmaya ve normallermiş gibi davranmaya, kimsenin onlarda bir sorun olduğunu anlamamasına, okullarını ya da işlerini devam ettirmeye çalışırlar. Ama gerçekte berbat bir haldedirler ve aslında normalde olabileceklerinden daha az işlevsel haldedirler. Ve bu, çok sıklıkla görülen bir durumdur; çünkü insanlar tedavi görmeleri gerekiyormuş gibi hissetmezler ya da tedavi görmekten veya yardım aramaktan utanırlar. O yüzden, üzgün bir durumda devam etmeye çalışırlar hayatlarına, bazen yıllar sürer bu, ta ki dağılana ve yardıma ihtiyaçları olduğunu anlayana kadar.

Pekâlâ. Duygudurum bozukluklarının bir diğer kategorisi de, daha önce de bahsettiğim gibi, bipolar bozukluklardır. Bipolar bozuklukta, depresyon semptomları ve periyodları görülür; ama sonra mani adı verilen, depresyonun karşıtı, farklı periyodlar görülür. Yani kişi güçsüzleştiren depresyonlar ile manik epizodlar döngüsünde gidip gelir. Bu nedenle, manik epizodları açıklamama müsaade edin.

İlk kriter, kötü, hüzünlü ya da depresif hissetmek yerine kişinin anormal ve kalıcı bir şekilde yüksek bir coşku ya da hırçınlık duygudurumu yaşamasıdır; bir kez daha, bu durum ödül kazandığınız ya da bir dersten A aldığınız güzel bir gün geçirmiş olmanızdan değil, en azından bir haftadır kalıcı bir halde sıra dışı bir şekilde olumlu, coşkulu bir duygudurum yaşamanızdan kaynaklanmalıdır. Sonrasında kişi, bahsedeceğim semptomlardan üç ya da daha fazlasını yaşamalıdır.

Birinci olarak, yükselmiş bir benlik değeri ve muhteşemlik. Birey kendini yeryüzündeki en akıllı, en yaratıcı, içgörülü, en güçlü insanı olarak hissedebilir ve bunu size söylemek onları inanılmaz mutlu eder. Tamam, benlik değeriyle ilgili bir problemimiz yok; çok teşekkürler. “Eğer bana ayak uyduramıyorsan, bu senin sorunun.” Uykuya daha az ihtiyaçları vardır; birkaç saatlik uyku onlara yeter ve gitmeye can atar bir şekilde uyanırlar. Normalde olduğundan daha fazla konuşurlar ve konuşmalarında gerçekten zorlama vardır. Cidden zorlama konuşurlar ve gerçekten çok, çok hızlı konuşurlar. Bu şekilde çok hızlı konuşmalarının sebebi zihinlerinde fikirlerin uçuşuyor olmasıdır. Fikirler zihnine doğru uçar halledir ve yine de hepsini söyleyebilecek kadar hızlı konuşamazlar. Ve eğer ki onları takip edemezsen, bu onları takip edebilecek kadar zeki olmamandan kaynaklanıyordur. Ama o kadar çok iyi fikirleri vardır ki, hepsini söylemeleri gerekiyordu.

Oldukça kolay dikkatleri dağılır. Bir de DSM’in “amaca yönelik hareket” dediği vardır tabi, bunda bir artış görülür. Muhteşemlikleri bir yana inanılmaz da planları vardır; ve genellikle çok zengin olmak adına olan bu planlarını ne kadar mantıksız olsa da büyük bir gayretle devam ettirirler. Aile banka hesaplarındaki bütün parayı çekmek, evlerini, arabalarını satmak, hatta çocuklarını satmak onlar için sıra dışı durumlar değildir, çünkü böylece muhteşem planlarını gerçekleştirecek ve finanse ettikleri parayla ertesi gün internet üzerinden zilyon dolar kazanabileceklerdir. Değil mi? Peki. Ve inanılmaz bir gayretle buna devam ederler.

Bu kişiler ayrıca, DSM’in “keyif veren ama tehlikeli” şeklinde nitelendirdiği her çeşit aktiviteye katılırlar. Rastgele cinsel ilişkide bulunma, madde kullanımı, dediğim gibi, gitmeler- gelmeler, kumar oynama, şimşek gibisinizdir, kimse sizi durduramaz. Bilirsiniz işte, siz çok zekisiniz ve şemanız, planınız var. Bunu gerçekleştireceksiniz. Doğru mu? Bu şekilde, kişi yüksek, coşkulu ve genellikle hırçın duygudurumun yanı sıra bahsettiğim üç ya da daha fazla semptomu taşımalıdır. Onlar sadece mutlu değildirler, bilirsiniz işte, iyimserlerdir de. Sadece birazcık sabırsızdırlar ve hırçın ve ateşe körükle giderler. Bazen de öfkeli olabilirler, çünkü onlar çok fazla ajite ve hırçındırlar.

Öyleyse, müsaadenizle size bir çift klip izletmek istiyorum. Bir tanesi gerçekten çok kısa. Yüksek kaliteli bir görüntü yok klipte; ama bir manik epizodun ortasındaki yaşlı bir kadına ait iyi, oldukça iyi bir örnek. Size ajitasyon halinin nasıl olduğunu, fikirlerin uçuşmasını ve yarışan düşünlerin nasıl görüldüğünü gösterecek. Sonra, diğer klip gelecek, onu oraya geldiğiniz, yani geldiğimiz zaman sunacağım. [video klip oynatılır]

Pekâlâ. Kadının kuafördeyken yaptığı konuşmalar, konuşmalarının nasıl zorlama olduğunu anlamanız açısından iyi bir örnek oldu. Kimse ona bunları anlatması gerektiğini söylememişti. Sadece bir kamerayla duruyorlardı ve kadın konuştu da konuştu. Ve sizin de fark ettiğiniz gibi, kadın hikâyesini anlattığı sürede gittikçe daha da çok ajite oldu, daha da hırçın oldu. Ve sonra ne oldu? Mani halindeyken bir anda depresif bir duruma geçti. Ve bu zavallı hanım, ne yazık ki, sabit bir nokta bulmakta zorluk çekiyor. Klipte lityum hakkında konuşuluyordu; ben de birazcık bahsedeceğim bu konudan, lityumun duygudurum değişikliklerini sabitleyici bir ilaç olarak kullanılmasından. Ama videonun bu kısmında, bahsi geçen kadın için işe yaramıyor. Duygudurumlar arasında gidip geliyor, orta nokta bulmakta zorlanıyor.

Şimdi size ikinci klipi izletmek istiyorum; bipolar bozukluk yaşayan bir adam hakkında, biraz daha uzun bir video. Çekim sırasında depresyon ya da mani epizodunda değil kendisi, ama yine, kendini içine soktuğu bazı durumları ve davranışlarına nasıl yansıdığını anlatıyor. [video klip oynatılır] Hipomani maninin daha hafif bir halidir, ama semptomları aynıdır. [video klip devam eder]

Pekâlâ. Bernie'nin anlattığı konular üzerine bir-iki yorum yapmak istiyorum. Birincisi, depresyonda olduğu gibi, manide de bir süreklilik söz konusudur. Göreceli olarak hafifken aşırı derece şiddetliye, hatta psikotike doğru gidebilir. Dolayısıyla, manisi olan bir kişi gerçekle olan bağıni yitirdiğinde, kendini şeytan sanmak ya da korkunç şeyler yaptığını düşünmek yerine, doğaüstü bir varlık olduklarını düşünürler. Mesih ya da Albert Einstein olduklarına inanabilirler, bilirsiniz işte, hayata geri dönmüşler gibi, ya da doğaüstü ya da ona benzer güçleri olduğuna da inanabilirler; yanlış inanışları, hezeyanları ve sanrıları, gerçek olmadıkları halde gördükleri ve duydukları her şey hep muhteşem olma eğilimindedir. Bernie'nin manisi sürekliliğinin bu diğer ucunda değil neyse ki, ama yine de ona problem yarattığını gördünüz.

Şimdi, bazı insanlar oldukça düşük düzeyde mani ve oldukça düşük düzeyde depresyonun yaşandığı bir döngüde gidip geliyorlar. Bazıları bu tip kronik, hafif düzeydeki maninin, özellikle de yaşayan kişi zekiye ya da özel bir yeteneği varsa, kişi için yararlı olabileceğini tartışıyorlar. Kay Jamison'ın yazdığı harika bir kitap var, ki kendisi Johns Hopkins'te bir profesördür, birçok ünlü yazar ve şairin ve müzisyenin, Robert Schumann ve Winston Churchill gibi birçok politikacının biyografilerini tarihi olarak sıralıyor ve görüyor ki bunlar hafif derecede bipolar bozukluğa sahip, manik epizodlarını olağandışı yetenek ve zekalarına yönlendirerek işe yarar hale getirmiş kişilerdir. Buna benzer başka tartışmalar da var, çok çok başarılı CEOların arasında da kronik olarak hafifçe manik olanların yer alması gibi. Akşamları birkaç saatlik uyku yetiyor onlara, ne kadar muhteşem ve özgüvenli oldukları da apaçık ortada ve orta karar bir mani ile başa çıkabiliyorlar, kontrol altında tutup işlerine yarayacak yerlere yönlendiriyorlar. Eğer kitap ilginizi çektiyse, bana bir mail atın, size kitapla ilgili bilgileri vermekten mutluluk duyarım.

Fakat çoğunlukla, mani insanın başına büyük belalar açabilir. Mesela dediğim gibi, rastgele cinsel ilişkide bulunmak cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma



riskini de beraberinde getiriyor. Uyuşturucu kullanabilirler. Tutuklanabilirler. İflas edebilirler ya da ailelerinin iflas etmesine sebep olabilirler. Maninin sebep olduğu bu tip olumsuz sonuçlar, genellikle insanları yardım almak konusunda motive eder; çünkü maniye sahip olmak artık tatmin edici olmaz. Ayrıca, depresyona girmek de kişiyi yardım istemek için motive eder; çünkü bir noktada maninin sonlanacağını ve güçsüzleştirilen depresyonun başlayacağını bilirler.

Bipolar bozukluk depresyona oranla daha az görülür. Kadınların yaklaşık %22'si, erkeklerin yaklaşık %13'ü hayatlarının bir döneminde ciddi bir depresyon epizodu yaşarlar. Bipolar bozukluk ise nüfusun sadece %1'inde görülür ve kadın ve erkekte aynı sıklıkta rastlanır. Anlaşılacağı üzere, depresyonun tek başına yaşandığı duruma göre oldukça farklı bir bozukluktur.

Depresyon hakkında birkaç istatistiksel bilgi daha vermek istiyorum; bu seferkiler sadece depresyon için. Depresyon yaygınlığında oldukça büyük yaş farklılıkları görülür. Bunlar, yaşları 15 ile 55 arasında değişen kişiler için ulusal düzeyde toplanmış veriler; bunlar da kişilerin yüzdeleri. Çalışmada binlerce kişi yer alıyor. Bunlar depresyon için tedavi arayan insanlar değil, toplumdan rastgele seçilmiş bir örneklem. Ve bu da geçtiğimiz ay içerisinde majör depresyon epizodu geçiren insanların yüzdesi. Gördüğümüz gibi, 15-24 yaş aralığında en yüksek oran görülürken, bir şekilde bu oran yaşla birlikte azalıyor; yine de 33-34 yaşın da oldukça yüksek bir orana sahip olduğu görülüyor. Birçok ulusal çalışmaya göre, yaşlılar için majör depresyon oranının düştüğünü öğrenmek sizi şaşırtabilir. Ve bu bilgi 80-85 yaşa kadar geçerlidir. Bu durumun nedenleri üzerine yapılan tartışmalar oldukça ilginç.

Bazı kişiler, insanların yaşlandıkça bilgeleştiğini; bu nedenle yaşlılarda depresyon oranının düşük olduğunu öne sürüyorlar. Kimileri ise şimdiki neslin, şu an genç olan neslin, yani sizin ve sizden biraz büyük olanların neslinin depresyona daha eğilimli olduğunu ve hayatınızın geri kalanında da nine ve dedelerinize oranla daha eğilimli olacağınızı, bunun da ulaşılabilen sosyal destek ve aile bağlarındaki tarihi değişimlerden ve diğer birçok tarihi kültürel değişiklikten kaynaklandığını tartışıyorlar. Tartışmanın bir diğer boyutu ise depresyonun fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkiliyor olmasından kaynaklanıyor- depresyon yüksek oranda kardiyovasküler hastalık, felç, bağışıklık sistemi hastalıkları ve insanların ölümüne sebep olan diğer bütün hastalıklarla ilişkilidir- gerçekte de, hayatı boyunca depresyon yaşayan kişiler daha erken yaşta ölürler; işte yaşlılarda göreceli olarak daha düşük oranda depresyon görülüyor olmasının sebebi de bu olabilir. Hangi açıklamanın doğru olduğunu henüz bilmiyoruz. Belki de her biri bir derecede doğrudur.

Depresyonda cinsiyet farklılıkları da görülür. Bu datalar çocuklar ve ergenlerde tamamıyla olgunlaşmamış; ama yine de depresyonun kademelerinin görüldüğü durumların öz-raporlama anketleri aracılığıyla araştırıldığı yüzlerce çalışmadan derlenmiştir. Büyük ihtimalle siz de Beck Depresyon Envanteri gibi, son bir ay içindeki hislerinizin sorulduğu bu anketlerden doldurmuşsunuzdur. Bunların bir de

çocuk versiyonu vardır, işte bu veriler binlerce çocuğa aittir. Ve gördüğümüz gibi, 13 yaşından önce, kızlar ve erkekler hemen hemen benzer depresyon seviyeleri gösteriyorlar. Fakat ergenlik döneminin başlangıcında, kızların depresyon oranı dramatik bir şekilde artıyor, erkeklerinki ise aynı kalıyor ya da biraz daha azalıyor. 18-20 yaşlarına geldiklerinde ise, depresif kızların oranı, depresif erkeklerin iki katı oluyor. Geri kalan yetişkinlik dönemi için de bu oran böyle kalıyor.

Bu durumun neden böyle olduğuna dair birçok hipotez vardır. Biyolojik hipotezler hormonlar üzerinde dururlar. Sosyolojik hipotezler ise kızların erkeklere göre maruz kaldıkları farklı stres unsurları, özellikle de istismar üzerinde dururlar. Nedenini tam olarak bilemiyoruz. Büyük ihtimalle birçok neden birleşip, söz konusu iki kat fazla oranına sebep oluyorlar.

Öyleyse biraz da duygudurum bozuklukları ile ilgili önemli teorilerin ve tedavi yöntemlerinin üzerinde duralım. Bilişsel davranışçı teori ve tedaviler ile kişilerarası teori ve tedaviler, bilinen önemli biyolojik teori ve tedavilerdir. Her ikisine de örnekler vereceğim.

Şimdi, öncelikle, genetik. Duygudurum bozukluklarında, özellikle de bipolar bozuklukta genetiğin etkisi olduğu oldukça açıktır. Bipolar bozukluk konusunda birçok kanıt bulunmuştur, bunu araştırmak için birçok yol vardır- hiç genetik çalışmaların nasıl yapıldığını işlediniz mi? Pekâlâ. Bu durumda mesela ikiz çalışmalarına ve aile tarihi çalışmalarına aşinasınız. Şimdi, bunlar gerçekte birkaç çalışmanın derlemesi. Burada da bazılarının, ikiz çalışmalarının, karşılaştırıldığını görüyorsunuz. Tek yumurta ikizlerinde, eğer sizin tıpatıp ikizinizde bipolar bozukluk varsa, sizin de bipolar bozukluk sahibi olma ihtimaliniz %60'dan fazladır. Öte yandan, bipolar bozukluğu olan birinin çift yumurta ikiziyseniz, bipolar bozukluk sahibi olma ihtimaliniz sadece %12'dir. Bu büyük farklılık, bipolar bozukluğun taşınmasında genetik etmenlerin etkili olduğunun güçlü bir kanıtıdır. Benzer bir şekilde, bipolar bozukluğu olan birine biyolojik akrabalığınız ne kadar uzaksa, aynı bozukluğu gösterme riskiniz o kadar azalıyor. İkinci dereceden akrabasının bipolar bozukluğu olması durumunda, kişinin de bipolar bozukluk yaşaması ihtimali sadece %2'dir. Bu oran, toplumun geneli için bipolar bozukluğun görünme oranından daha yüksektir; toplumda görülme ihtimali %1'dir. Sonuç olarak, bipolar bozuklukta genetik etmenlerin rol oynadığı oldukça açıktır.

Depresyonun tek başına yaşandığı durumda, majör depresyonda, bozukluğun bazı versiyonlarının diğerlerine oranla genetik etmenlerden çok daha fazla etkilendiği söylenebilir. Özellikle erken depresyon başlangıcı olan kişilerde, yani ilk epizodlarını çocukluklarında veya ergenliğin başlarında yaşamış olanlarda, depresyonun genetik etmenleri daha baskın bir türünün yaşandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, depresyonu travma ya da sevilen birinin ölümü gibi büyük bir olay sonucu tetiklenmiş kişilerde, genetik faktörlerin daha az etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Duygudurum bozukluklarında rol oynayan birçok sinir iletilici de vardır. Monoaminler bu alanda en çok araştırılan sinir iletilici türüdür. Eminim serotonin ve

depresyon arasındaki bağlantıyı duymuşsunuzdur; norepinefrin ve dopamin de duygudurum bozuklukları ile alakalı diğer iki monoamindir, hem bipolar bozuklukla hem depresyonla ilişkilidir. Eskiden depresyondaki kişilerin sistemlerinde, beyinlerinde yeteri kadar sinir iletimeye, özellikle de serotonine sahip olmadıkları, bu nedenle de işlevlerini normal bir şekilde gerçekleştiremedikleri düşünülürdü. Oysa artık sinir ileticilerin rolünün ve işlevinin daha çok sinir alıcıları ile ilgili olduğu fikri kabul ediliyor. Durum şu ki, serotonin gibi sinir ileticilerini hücreye kabul eden alıcılar yeterli derecede çalışmıyorlar. Yani, beyinde sinapslar için yeterli miktarda kimyasal olsa bile, sinir hücreleri bunları kullanamıyorlar; çünkü alıcıları uygun bir şekilde çalışmıyor. Bu nedenle, depresyonu azaltmak için kullanılan ilaçlar da aslında sinir ileticilerin işlevini arttırmaya çalışmaktadır.

Sürdürülmekte olan oldukça ilginç çizgiye sahip çalışmalar, sinir ileticilerin işleviyle ilgili genetik yatkınlık ile stres arasındaki bileşkeyi inceliyorlar. Dünyada bu konuda uzman isimlerden biri, Julia-Kim Cohen, burada, geçen yıl aramıza katıldı ve şu an Yale'de çalışıyor. Birçok yeni çalışma da söz konusu. Psikiyatrideki Joan Kaufman, çalışmalarının bir kısmını bu alanda yaptı. Bununla birlikte birçok yeni çalışmada, serotonin taşıyıcı genindeki belli bazı değişmelerin ya da çok biçimliliğin stresle karşılaşılması durumunda kimin depresif hale geleceğine dair öngörü sağladığı bulundu.

Avshalom Caspi ve ekibi yaptıkları artık klasikleşmiş olan çalışmalarında, serotonin taşıyıcı genlerinde bir ya da iki kısa alel bulunan insanların ki bu serotonin taşıyıcı genlerinin belirli bir çeşididir, stresli bir ortamda bulunmaları durumunda depresyon geliştirme ihtimallerinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Fakat bu tip şeyleri ayırıştırma işi oldukça önemlidir. Yani insanlarda- bu genlerin hangisine sahip olduğunuz aslında o kadar da önemli değil. Eğer hayatınızda büyük bir stres durumu ile karşılaşmazsanız, kötü muamele gibi mesela, stresle karşılaşmazsanız, ne çeşit bir serotonin genine sahip olursanız olun, fark etmez, depresyona girme ihtimaliniz artık o kadar yüksek değildir. Fakat diyelim ki Bu kısa alellerden birine ya da ikisine sahipsiniz ve çocukken kötü muamele ile karşılaştınız, hayatınızın bir noktasında depresyon yaşama ihtimaliniz çok daha yüksek bir ihtimal haline gelir. Başka büyük travmalar yaşayan başka örneklerde de aynı bulgular elde edilmiştir. Temel olarak hikâye şu, bazı insanların depresyon geliştirmesinde genetik yatkınlığın ve büyük stres kaynaklarının bileşkesi gereklidir. Bu bütün genetik yatkınlıklar ve depresyonun her çeşidi için geçerli olmayabilir tabi, fakat serotoninle ilgili bulgu şimdiden en azından dört farklı çalışmada daha tekrarlandı. Dolayısıyla, oldukça güvenilir bir etki gibi görünüyor. Tekrar ediyorum, genler bozukluğu belirlemezler, ama genlerin ve stresin bileşkesi bozukluğun gelişimi için büyük bir risk faktörüdür.

Duygudurum bozukluklarındaki düzensizlik ve işlev bozukluğu ile ilişkili birçok beyin alanı vardır. Prefrontal korteks, şimdiye kadar büyük ihtimalle işlemissinizdir bu konuyu, üst düzey karmaşık düşünme, problem çözme ve amaca yönelik davranışlarla oldukça ilgili bir alan. Depresyondaki insanlarda preforantal aktivitede

azalma görülmesi, konsantrasyonda, amaca yönelik davranışta, planlama ve problem çözmede ve duyguları düzenlemede zorluklar görülmesinde rol oynadığını gösterir.

Amigdala duygu ile ilgili bilgilerin işlendiği alandır. Duygudurum bozukluğu olan insanlarda duygu ile ilgili bilgiler söz konusu olduğunda amigdala aşırı aktivite görülür. Bu durum, hem bipolar bozukluk hem de depresyon için geçerlidir. Hipokampus hafıza ve konsantrasyon ile ilişkili alandır. Kronik depresyonu olan kişilerin hipokampuslerinde genellikle bir büzülme, daralma olduğunu görürsünüz; bu durum konsantrasyon ve dikkatle ilgili problemleriyle alakalı olabilir. Ve son olarak, ön singulat birçok aktiviteyle ilgilidir; ama duygudurum bozuklukları konusunda ilgili olarak, sıkıntı- stres durumlarında verilen tepkileri ve tercih etme davranışlarını düzenler. Bu durumda, kişilerin stres durumlarında uygun davranışları sergilemekte, doğru başa çıkma stratejilerini seçmekte ve işe yaramayan davranışlarını değiştirmekte zorlanmalarının sebebi ön singulatin düzensiz çalışması olabilir.

Tüm bu biyolojik kuramlardan geliştirilen birçok ilaç duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. En eski ilaçlardan ikisi *monoaminoksidaz inhibitörü* ve *trisiklik antidepresan*lardır. Trisiklikler günümüzde bir dereceye kadar hala kullanılırlar; göreceli olarak da etkililerdir. Trisiklikler, kullanan insanların %60'ında gayet işe yararlar; fakat birçok yan etkileri vardır ve aşırı doz durumunda ölüme sebep olabilirler. Bu nedenle alternatif ilaçlara yönelik çalışmalar devam etti- aslında hala ediyor. Piyasayı eline geçirmiş olan ilaçlar Seçici *Serotonin* Geri Alım İnhibitörleri, yani SSRI'lerdir. Bunlar Paxil, Prozac ve benzerleridir. Bunlar, aslında Prozac, 1987 yılında Birleşik Devletler'de piyasaya sunuldu ve depresyon, kaygı ve diğer birçok hastalığın tedavisinde kelimenin tam anlamıyla piyasayı egemenliği altına aldı. Eski tip antidepresanlardan çok daha etkili değil aslında; ama yan etkileri daha az olduğundan insanların katlanması daha kolay oluyor.

Son zamanlarda, Seçici *Serotonin* Geri Alım İnhibitörleri kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, bu arada bunlar serotoninin ya da serotonin ve norepinefrinin gönderici sinire geri alınmasını engelleyen ilaçlardır. Dolayısıyla, sinapsta olandan daha fazla sinir iletili yaratmış olurlar. Aslında oldukça etkili ilaçlardır, fakat yine de önemli miktarda insan bu ilaçlara cevap vermiyor, en azından kullanmaya başladıktan hemen sonra. Bu nedenle de, bu kişilerin işe yarayan ilacı bulana kadar birçok ilaç denemeleri gerekiyor.

Bipolar bozukluğun tedavisinde seçilebilecek ilaç lityumdur. Lityum sinir iletili sistemlerini dengeleme yoluyla duygudurum geçişlerini de dengelemekte işe yarıyor gibi görünüyor. Yine de lityum kullanmak oldukça sorunludur, çünkü çok büyük yan etkileri vardır. Hamile olan kadınların kullanması ayrıca sakıncalıdır, bebeğin gelişimi için tehlikelidir. Dolayısıyla, kullanıma devam edilmesi oldukça zor bir ilaçtır. Ayrıca mide ve bağırsak sorunlarına yol açan yan etkileri vardır. Ve lityum kullananlar aynı zamanda antidepresan da kullanır; çünkü lityum sadece manik bozukluğu etkiler, depresyon üzerine bir etkisi yoktur.

Son olarak, anti-psikotik ilaçlar gerçekte bağıını koparmış insanlara yardım etmekte kullanılır. Duygudurum bozukluğu sonucu gerçekte bağıını koparmış insanların tedavisi için de kullanılır.

Biraz da psikososyal tedaviler hakkında konuşacağız; çünkü onların da üzerinde durmak istiyorum. Bilişsel davranışçı tedaviler kökenlerini Aaron Beck'in olumsuz bilişsel depresyon tedavisinden alırlar. Aaron Beck alandaki çalışmalarını Pennsylvania Üniversitesi'nde gerçekleştirmiş bir psikiyatristtir. Beck'e göre, bu sadece depresyon için geçerli. Bipolar bozukluğa uymuyor açıkçası. Depresyondaki kişiler kendilerine, geleceğe ve dünyaya karşı olumsuz bir bakışa sahiptir; buna *olumsuz bilişsel üçlü* adı verilir. Bu olumsuz bilişsel üçlü belirli bilişsel hata ve çarpıtmalardan beslenirler. Bu nedenle, depresyondaki kişilerin düşüncelerinde bozulmalar meydana gelir. "Ya hep ya hiç tarzı düşünme" bir şeyin ya tamamen iyi ya da tamamen kötü olduğunu düşünmektir. İyi ile kötü arasındaki gri alanları göremezler. Duygusal muhakemede, örneğin kendimi bir ezik gibi hissediyorsam demek ki ben bir eziğim gibi düşünürüm. Aptal hissediyorsam, aptalımdır. Bireyselleştirme vardır bir de, depresyondaki insanlarda sıkça rastlanan kendini suçlama halidir. Kişilerin kendilerine karşı olumsuz, geleceğe karşı ise umutsuz bakış açıları, düşünce sisteminde oluşan işte bu tip bozulmalardan ve olayları yorumlamada kullanılan bozuk yöntemlerden beslenir.

Depresyondaki kişiler aynı zamanda olumsuz olaylar için kendilerine atıfta bulunurlar, yani kendilerini suçlarlar. Kötü durumların evrensel olduğunu ve sonsuza kadar devam edeceğini düşünürler. Kötü olayların hayatının her alanını etkilediğini düşünürler ve bu düşünce, bir kez daha, depresyonlarının ve hayatlarının korkunç olduğuna dair genel sanılarının güçlenmesine sebep olur. Bilişsel teorilerin ve olumsuz bilişsel tarzların depresyonu yordayabilmesi üzerine delil sunan çalışmalardan birisinde Temple Üniversitesi ve Wisconsin Üniversitesi'nden bilim adamları ortaklaşa çalışmış ve birinci sınıf üniversite öğrencilerini olumsuz bilişsel veya yükleme tarzına göre tanımlanmışlardır. Fakat bu insanlar daha önceden bir depresyon epizodu yaşamamıştır. Araştırmacılar sonraki iki yıl boyunca bu kişileri takip etmiştir. Buradaki sütunlar- kırmızı sütunlar olumsuz bilişsel tarza sahip, söz konusu iki buçuk yıl içinde majör depresyon epizodu yaşayan kişilerin yüzdesini gösteriyor; diğeri ise olumsuz bilişsel tarz göstermeyenlerin yüzdesi. Gördüğünüz gibi, ikisi arasında oldukça büyük bir fark var. Demek ki, söz konusu karakteristikler depresyon yaşama riskinizi yordayabiliyorlar.

Sonuç olarak, Beck'in bu teorisine dayanarak bilişsel davranışçı terapi geliştirilmiştir. Buradaki en önemli adımlar, kişinin olumsuz düşüncelerinin temasını ve bunları nelerin tetiklediğini tanımlamak ve kişiye yorumları için delili olup olmadığını sormak, söz konusu olaya başka bir açıdan bakmayı denemesini sağlamak, kötü bir olayla karşılaştığında kişinin nasıl başa çıkabileceğini anlatmak yoluyla da kişinin bu düşüncelere meydan okuması için yardım etmek. Bu bağlamda terapist hastasına olumsuz inanış ve sanılarını tanımasında yardım eder, sonra bunların gerçeklik değerini sorgulatır ve böylelikle depresif semptomlarla ilgili ortamın



görünüşünü değiştirtir. Yani, mantıklı düşünmeniz için mücadele ederler; ama aynı zamanda depresyondaki kişinin hayatında süregelmekte olan ciddi kötü olaylar varsa, buldukları ortamı değiştirebilmeleri için onlara aktif bir şekilde sorun çözme konusunda yardımcı olurlar. Aynı zamanda kişiye duygudurumunu kontrol altında tutması için teknikler öğretir ki böylece kişi depresyona girmez. Bilişsel davranışsal terapilerin oldukça etkili olduğu, hatta bazı bakımlardan ilaç tedavileri kadar etkili olduğu bulunmuştur.

Yakın zamanda yapılmış bu çalışmada majör depresif bozukluğu olan 240 hastaya dört ay boyunca akut olarak ya bilişsel davranışçı terapi ya da Paxil, yani bir SSRI tedavisi uygulanmıştır. Sekiz hafta boyunca—her bir de plasebo kontrol grubu var tabii, onlar da hap içmişler, daha doğrusu şeker hapi. Şu kırmızılar Paxil grubu, sarılar da BDT grubu, sekiz hafta sonunda gördüğümüz gibi gruplar neredeyse eşit görünüyor; gerçi Paxil grubu BDT grubunu birazcık geçmiş gibi. Fakat 16. haftanın sonunda, depresyonları tedavi edilmiş insanların yüzdelere baktığımızda, Paxil ve BDT gruplarının neredeyse eşit olduğunu görüyoruz. İki tedavi yöntemi de kişilerin depresyon semptomlarını geçirmekte %60 başarılı.

Bilişsel davranışçı terapi ile yapılan çalışmalarda defalarca kere kanıtlanmış bulgulardan biri de, BDT kişiye sadece içinde bulunduğu depresyon epizodunu atlatmasında değil, karşılaşılan yeni stres faktörleriyle mücadele etmekte kullanabileceği yeni başa çıkma yöntemlerini de öğretmek yoluyla gelecekte yaşanacak diğer epizodların önlenmesi konusunda da yardımcı olur. Bu nedenle, az önceki çalışmanın ardından, araştırmacılar aynı deneye bir 12 ay daha devam etmiştir. Bu sürede, Paxil grubundaki hastalar iki gruba ayrılmıştır: birinde, hastalar aynı dozda ilaç almaya devam etmiştir, böylece sadece ilaç kullanıyor olmanın depresyonu engelleyip engellemediği görülmek istenmiştir; diğer hastalara ise plasebo verilmeye başlanmıştır. Öncelikle plasebo grubuna bakalım.

Depresyonla ilgili üzücü haberler başlıyor. Eğer içinde bulunduğunuz bir epizoddan çıkmak için sadece ilaç kullanıyorsanız ve herhangi bir psikoterapi almadan ilaçları bırakırsanız, depresyonun tekrarlama olasılığı çok fazla oluyor. Mesela bu 240 kişilik gruptan, ilaç tedavisini bırakanların %80'i izleyen bir yıl içerisinde tekrardan depresyon yaşamıştır. Bir kez daha hatırlatayım, bu hastalar bilişsel davranışçı terapi almamıştır. Sadece Paxil tedavisi alan insanların %50'sinde depresyon tekrarlamıştır. Fakat bilişsel davranışçı terapi alanlardan sadece %35'inde tekrarlanma görülmüştür. Bilişsel davranışçı terapinin depresyonun tekrarlanması olasılığını büyük ölçüde azalttığı bulgusu başka çalışmalarda da tekrar ve tekrar kanıtlanmıştır.

Bilişsel davranışçı terapinin nasıl bir şey olduğunu göstermek istiyorum size. Elimde bir terapistin ait kısa bir klip var, hem de bu terapist Aaron Beck'in, hani şu bilişsel davranışçı terapiyi geliştiren adamın, kızı. Kendisi BDT uyguluyor. Gerçekte rol yapıyor bu klipte; ama bir beyefendinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişlerinin peşinden gidip onlara meydan okuduğu ciddi gerçekçi bir rol olmuş bu. Adam ise

yakın zamanda işini kaybetmiş ve bundan dolayı depresyona girmiş bir kişi rolünde.  
[video klip oynatılır]

Pekala. Burada duruyorum artık; çünkü zamanımızın sonuna geliyoruz. Fakat terapistin yapmakta olduğu iş hakkında birkaç yorum eklemek istiyorum. Evet, sizin de görmüş olduğunuz gibi terapist danışanından olumsuz bilişlerine karşı itirazlar geliştirmesini ve bunları yazmasını istiyor. Aslında bu BDT'nin bütün - daha doğrusu öncülük ettiği en önemli özelliklerinden biri, BDT sadece etkili bir terapi oturumundan ibaret değildir. Gerçekte, her ne kadar az miktarda da olsa, kişi iki terapi oturumu arasındaki zaman diliminde de bu konuda çalışmaya devam eder. Burada terapist kişiye, kendini cesaretsiz ya da çökmüş hissettiğinde kendine söyleyebileceği birkaç cümle geliştirmesi konusunda yardımcı oluyor. Aynı zamanda "öngörülü başa çıkma" denilen, olumsuz duyguları ve olumsuz düşünceleri tetikleyeceği öngörülen durumlarla karşılaşıldığında bunlarla mücadele etmesi için bazı yollar geliştirmesinde yardımcı oluyor.

Bilişsel davranışçı terapi kısa sürede iyileşme sağlamak için tasarlanmış, oldukça odaklı ve oldukça yapısal bir yöntemdir. Depresyon için uygulanan bir diğer önemli psikoterapi çeşidi kişilerarası terapidir. Kişilerarası terapi, kişinin kendisine yönelik olumsuz düşüncelerinin ve kendisi ve ilişkileri hakkındaki beklentilerinin bu tip olumsuz öz-bakışlardan beslendiği teorisine dayanır. Bu nedenle, yapmanız gereken hastalarınıza bu olumsuz öz-bakışlarını ve bunların geçmiş ilişkilerini nasıl yönlendirdiğini anlamaları konusunda yardım etmek oluyor. Kişilerarası terapi bilişsel davranışçı terapiye göre daha az yapısal nitelik taşır ve daha çok geçmişe odaklanır. BDT ise şimdiye ve şu an karşılaşmakta olduğunuz durumla mücadele etmenize ve bunun için gerekli olan başa çıkma tarzlarını geliştirmeye odaklanır.

Kişilerarası terapiyi BDT ile karşılaştıran çok az sayıda çalışma vardır; dahası KT üzerine BDT'ye kıyasla daha az çalışma yapılmıştır. Fakat yine de depresyonlarının sebebinin diğer insanlarla olan ilişkilerinde sürekli tekrarlanan olaylarla ilgili olduğunu düşünen insanlar için KT terapi için iyi bir alternatiftir.

Son olarak, depresyonla ilgili güzel haber, bu terapi alternatiflerinin olması. Elimizde, kontrollü çalışmaların oldukça yararlı olabileceğini gösterdiği birçok ilaç terapisi ve en azından iki çeşit psikoterapi yöntemi var. Böylelikle kişilerin depresyonda kalmasına gerek kalmadı; bunun yerine kendilerine en uygun ve en yararlı terapiyi arayıp seçme hakları var. Pekâlâ. Çok teşekkür ederim.