

Depresyon

Tanımak, Anlamak, Yardım Etmek



Bavyera'daki göçmenler için çok dilli rehber



Das Gesundheitsprojekt
Mit Migranten
für Migranten

MiMi

**Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.**



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Gesund. Leben. Bayern.



Betriebskrankenkassen
Landesverband Bayern

Impressum

Depression – Erkennen, Verstehen, Helfen

**Mehrsprachiger Wegweiser für Migrantinnen und Migranten
in Bayern**

Herausgeber:

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6
30175 Hannover

Konzeption, Inhalt und Erstellung:

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Redaktion:

Ahmet Kimil, David Brinkmann, Martin Müller, Nadine
Norton-Erichsen, Ramazan Salman, Elena Kromm-Kostjuk

Übersetzung:

Dolmetscherdienst – Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Gestaltung und Satz: eindruck.net, Hannover

Bildquellen: Fotolia

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch die
Herausgeber.

Wenn in diesem Wegweiser Personengruppen benannt sind, wird
im Folgenden die männliche Schreibweise verwendet. Es sind aber
weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint. Dies
geschieht aus Gründen des besseren Leseflusses und ist nicht als
diskriminierend zu verstehen.

Dieser Wegweiser ist in folgenden Sprachen erhältlich:
Arabisch, Deutsch, Russisch, Türkisch.

Bestellung unter: www.mimi-bestellportal.de

Stand: Dezember 2016 (3. Auflage)

İçindekiler

Giriş	5
Depresyon nedir?.....	6
Depresyonun hangi türleri vardır?	8
Depresyon nasıl oluşur?	10
Depresyon belirtileri nelerdir ve nasıl tedavi edilir?	13
Depresyon hastaları, yakınları ve arkadaşları ne yapabilir?	18
Kavram dizini	21
Adresler	25
Ruh hali takvimi	32

Depresyonun birçok yüzü vardır. Neredeyse her insan zaman zaman üzüntü, moralsizlik veya irade yitimi gibi depresif hastalık belirtileri (*septom*) yaşar. Fakat tedavi gerektiren bir hastalık olarak depresyondan söz edebilmek için belirli ölçütlerin belirli bir yoğunlukta ve belirli bir süre boyunca yerine gelmesi gerekir.

Hayat boyunca depresif bir bozukluğa (depresyon) yakalanma riskinin dünya çapında %5 – %18 olduğu tahmin edilmektedir. Almanya’da her yıl yaklaşık olarak 5–6 milyon insan depresyon hastalığına yakalanmaktadır. Kadınlardaki hastalanma oranı erkeklerdeki oranın yaklaşık olarak iki katıdır. Depresif bozukluklar çoğu zaman yaşam kalitesinin düşmesine ve günlük hayata iştirak yeteneğinin azalmasına yol açmaktadır. Hastalığın aylar hatta yıllarca sürmesi sebebiyle depresif bozuklukların etkilerine katlanılması son derece zordur. En sık rastlanan belirtilere örnek olarak uyku sorunları, irade yitimi, mutsuzluk, konsantrasyon sorunları veya sosyal izolasyon verilebilir. Çalışma kayıpları, doğrudan veya dolaylı yoldan oluşan hastalık masrafları nedeniyle depresyon hastalığı, hastaların aileleri ile sosyal topluluğu da genel itibarıyla olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların akrabaları ve mesai arkadaşları bu yaygın ve ağır hastalığın üstesinden gelmekte çoğu zaman zorlandığından dolayı, uzmanlar tarafından tedavi görülmesi kaçınılmazdır. Hastanın yanı sıra aile bireyleri de, depresyon hastalığına somut yaklaşım yöntemleri hususunda desteğe ihtiyaç duymaktadır. Hasta yakınları çoğu zaman hastanın sorunlarını çözmeye çalışmakla birlikte bunu başaramamakta veya hastalığın hızla geçmesi beklentisi içerisinde gi-rerek hasta üzerinde ayrıca baskı oluşmasına yol açmaktadır. Depresyon hastaları bu baskıya kendilerini geri çekerek tepki verebilir, bu da mevcut sorunları genelde daha da kötüleştirir.

Psikososyal stres faktörlerinin depresif bozukluk oluşumu üzerindeki etkisi bilhassa, büyük sıkıntılar çeken insanlar veya gruplarda görülebilmektedir. Göçmenlerde bu sıkıntılara örnek olarak sosyal dislokasyon, ailevi ve sosyal ağların bozulması, yabancı bir dile ve kültüre uyum sağlamakta yaşanan sorunlar, zor ve sıkıntı verici çalışma koşulları veya işsizlik verilebilir. Depresif bozuklukların göçmenler arasında çok daha yaygın olduğuna işaret eden emareler mevcuttur. Kişisel, ailevi ve sosyal kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmak ve bunları güçlendirmek bu sebepten dolayı sadece depresyon hastaları için değil, aynı zamanda da sosyal toplum için son derece önemlidir. Bilhassa aile ile arkadaşların vereceği güçlü destek bu çerçevede değerlendirilmelidir.

Bu bilgilendirme rehberinin göçmen kökenli depresyon hastalarını, yakınlarını ve bu hususta genel olarak ilgi duyan kişileri konu hakkında bilgilendirmek, onlara hastalığı daha iyi anlama ve yardım arama imkanı sağlaması öngörülmektedir. Rehberin ilgili bölümlerinde “Depresyon nedir?” veya “Depresyon nasıl tedavi edilir?” gibi genel soruların cevapları sunulmaktadır. Ayrıca yararlı adreslerin yer aldığı bir liste ile önemli kavramların açıklandığı bir dizin mevcuttur. Bu kavramlar metinde eğik (italik) olarak yazılmıştır.

Depresyon

Depresyon nedir?

Depresyonlar en yaygın psikolojik bozukluklar arasında bulunmakta olup, duygusal hayatı etkileyen çeşitli hastalıklara (örn. *bipolar bozukluk*, *nörotik bozukluk* vs.) yönelik kapsayıcı bir kavram teşkil etmektedir. Depresyonların son derece yaygın olması sebebiyle halk hastalığından da söz edilmektedir. Tahminlere göre hâlihazırda Almanya'da nüfusun yaklaşık olarak %5'i depresyon hastası olup, yine nüfusun yaklaşık olarak %15–%20'si hayatlarında en az bir kez bu hastalığa yakalanmaktadır. Hastalık oranlarında artan bir eğilim görülmektedir. Kadınlara, erkeklere kıyasla çok daha sık bir şekilde depresyon teşhisi konulmaktadır.



Depresyon belirtileri olarak çoğu zaman hastalıklı bir moral bozukluğu ile derin bir ümitsizlik görülmektedir. İrade yitimi görülen hastalar, beden sağlığında bozulmalar ve konsantrasyon bozuklukları ile bağlantılı olarak *kronik* (yani uzun süreli ve sürekli) uykusuzluktan muzdariptir. Depresif safhada hastalar, sıyrılmadıkları son

derece olumsuz düşüncelere sahip olur. Bundan dolayı depresyon hastalarında sıklıkla intihar fikirleri görülmekte hatta intihar vakıaları yaşanmaktadır. Depresyon hastalarının yaklaşık olarak %10–%15'lik bir kısmının bu depresif safhada intihar ettiği varsayılmaktadır.

Depresyonun belirtileri (semptomlar) ve sebepleri insandan insana farklılık gösterebilir. Depresyonlar çoğu zaman ağır ruhsal sıkıntılar veya örneğin işsizlik veya bir aile bireyinin vefatı gibi kritik olaylardan sonra ortaya çıkmaktadır. Çalışma hayatında sürekli olarak strese maruz kalınması veya örneğin emekli biri olarak yalnızlık çekilmesi olası başka sebepler arasında yer almaktadır. Bazen depresyonlar felç, ağır bir kalp rahatsızlığı, *diyabet* veya tiroit hastalığı gibi fiziksel hastalıklarla bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Fakat depresyonlar, başta ağır vakıaları olmak üzere çoğu zaman haricen görülebilir sebeplere sahip olmaz. Ağır depresyon vakıalarında, *merkezi sinir sistemindeki* belirli kimyasal *nörotransmitterlerde* denge bozukluğu söz konusu olduğu günümüzde artık bilinmektedir.

Çok sayıdaki muhtelif tetikleyici ve sebepten dolayı depresyon vakıalarında, oluşum koşullarının ayrıntılı biçimde saptanabilmesi amacıyla her zaman bir doktor veya psikoterapi uzmanı vasıtasıyla profesyonel tetkik işlemine başvurulmalıdır.

Aşağıdaki şikâyetler, en az iki hafta boyunca devam etmeleri halinde depresyon hastalığına işaret eder:

- Sürekli hüznün, moral bozukluğu, çaresizlik, ümitsizlik veya manasızlık
- İlgisizlik, mutsuzluk, kendini geri çekme
- Cinsel dürtünün azalması
- Gerilme
- Baş ağrısı veya başka fiziksel ağrılar
- Göğüste basınç veya çarpıntı ile açıklanması mümkün olmayan belirsiz fiziksel şikâyetler
- İştahsızlık, kilo kaybı
- Uyku bozuklukları, yorgunluk
- İç huzursuzluk
- Konuşma ve hareketlerin yavaşlaması
- Kendine saygının azalması
- Konsantre olma zorluğu
- Karar verme zorluğu
- İntihar düşünceleri

Depresyonun ilk safhaları keyifsizlik veya geçici moral bozukluğuna benzeyebilir. Depresyon hastaları cesaretsiz olur ve büyük bir boşluk veya hüznün hissine kapılır. Önceleri yapmaktan zevk aldıkları şeyleri ihmal eder ve sadece yalnız kalmak isterler.

Moral bozukluğu veya keyifsizliğin birkaç gün veya hafta içerisinde geçmemesi halinde depresyon söz konusu olabilir. Tedavi edilmeyen bir depresyon genelde uzun bir süre boyunca devam eder. Çoğu zaman o kadar uzun bir geçmişe sahip olur ki, doğrudan sıkıntı verici bir olaya bağlanması mümkün olmaz. Bununla birlikte depresyon hastalığı harici bir olaydan bağımsız olarak da ortaya çıkabilir. Depresyon hastalarındaki keyifsizlik neredeyse bütün durumlarda devam eder. Arkadaş ziyaretleri, tatil ve başka etkinlikler hastanın moralini çoğu zaman düzeltmemekte, hatta daha da kötüleştirmektedir. Depresyondaki insanlar, arkadaşlarının sevincini paylaşamaz. Bu da morallerini daha da kötüleştirir. Bu sebeple hastalar kendilerini çoğu zaman giderek soyutlamakta ve başka insanlarla iletişim kurmaktan kaçınmaktadır.

Normal üzüntüden farklı olarak depresyon hastalarında gün içerisindeki saate bağlı olarak ruh halinde ani değişiklikler görülebilir: Örneğin hasta kişi, sabahları veya öğleden önce son derece sıkıntılı veya cesaretsiz ("sabah depresyonu") iken, öğleden sonraya doğru morali düzelir. Ancak hastanın moral durumundaki bu değişim ters istikamette de işleyebilir.

Depresyonun hangi türleri vardır?

Her depresyon aynı değildir. Belirtileri birbirine benzese de hastalık çeşitli türleri ve dolayısıyla da çeşitli kavramları bulunmaktadır. Doktorlar ve *psikoterapi uzmanları* çoğu zaman *duygudurum (affektif) bozuklukları* kavramını kullanır. Bu kavramla, bilhassa ruh halinde meydana gelen hastalıklı değişimlerin yaşandığı bir dizi psikolojik bozukluk kastedilmektedir. Affekt, yani duygudurumu ya depresyon istikametine bastırılmış ya da saplantı istikametine yükseltilmiş olabilir. Duygu durumundaki bu değişiklik ani ve süre bakımından sınırlı bir şekilde (akut), sürekli şekilde (kronik) veya tekrarlayan yahut aşamalı (epizodik) bir şekilde ortaya çıkabilir. Rehberin ilerleyen bölümlerinde depresyon hastalığının türleri ayrıntılı biçimde açıklanacaktır.

Ünipo lar depresyon lar ile **bipo lar depresyon lar** arasında fark gözetilmektedir. Ünipo lar depresyonun belirgin özelliği, manik safhaların mevcut olmayışıdır. En önemli belirtileri belirgin üzüntü, mutsuzluk ve intihar isteğine dahi yol açabilen ilgisizliktir.

Majör depresyon veya **depresif epizot** genelde periyodik olarak gelişir, yani ortaya çıkar ve akabinde tekrar kaybolur. Majör depresyon olarak ise, bir depresyonun tek bir dilimi nitelenir.

Depresif epizotların tekrarlaması halinde, **tekrarlayan depresif bozukluktan** söz edilir. Depresif epizodun şiddeti hafif, orta ve ağır depresif epizot olarak ayrılır. Birinci depresif safhayı başka hastalık safhaları izlemek zorunda değildir.

Distimik bozukluk, süreklilik arz eden bir duygudurum bozukluğudur. Bu bozukluğun belirgin özelliği, gerçek bir depresyon şiddetine ulaşmayan kronik (yıllarca devam eden) bir moral bozukluğudur.

Duygudurum (affektif) bozuklukları

Ünipo lar depresyon

**Majör depresyon
yahut depresif
epizot**

**Tekrarlayan
depresif
bozukluk**

**Distimik
bozukluk**

**Ayrıntılı
tanımlanmayan
bozukluk**

Bipo lar depresyon

**Bipo lar
bozukluk I**

**Bipo lar
bozukluk II**

**Siklotimik
bozukluk**

**Ayrıntılı
tanımlanmayan
bozukluk**

Bipolar bozuklukta/depresyonda depresif ve manik epizotlar birbirini izler. Bundan dolayı da hastalar eskiden “manik-depresif” olarak da adlandırılırdı. Bu tür safhalar arasında sıkıntısız epizotlar da olabilir. Manik safhada hasta kişi aşırı derecede heyecanlı olur, yapabileceklerini gözünde büyütür ve sinirli hatta saldırgan davranışlarda bulunur. Keza hastanın, mevcut durumla örtüşmeyen aşırı bir keyif haliyle de dikkat çektiği olabilir. Abartılı bir iyimserlik ve hastada görülen ve neredeyse dizginlenemeyen bir konuşma isteği de dikkat çekicidir. Manik safhada kadınlarda alışveriş bağımlılığı, erkeklerde ise kumar bağımlılığı veya iş yeri değişikliği ve gayrimenkul alımı gibi önemli kararlar mevcut sıkıntıları arttırabilir. Bundan dolayı da bu safhada önemli kararlar tek başına alınmamalıdır. Saplantı belirtileri çoğu zaman depresif safhanın belirtileriyle taban tabana çelişmektedir. Manik safhada hasta kişi kuruntulara kapılabilir veya halüsinasyon görebilir. Manik safhalar depresyon hastası insanların yaklaşık olarak sadece %10'luk bir kesiminde görülür.

Bipolar depresyonlar **bipolar I** ve **bipolar II** şeklinde sınıflandırılır. Bipolar I kavramıyla manik safha tanımlanır. Bu safhayı en az bir adet depresif safha izler. Bipolar II kavramıyla depresif safha tanımlanır. Bu safhayı en az bir adet Hipomani (saplantının hafif bir türü) izler.

Siklotimik bozukluk kavramıyla, birbirini izleyen hafif manik ve depresif belirtiler görülen kronik depresif bir moral bozukluğu kastedilmektedir.

Bunun yanında aşağıdaki depresif hastalıklar da söz konusudur:

- Mevsimsel depresyon (“sonbahar-kış depresyonu”)
- Harici etkenler sebebiyle oluşan depresyonlar (örn. *travmalar*)
- Hamilelik depresyonu ve lohusalık depresyonu
- *Somatize* depresyon (örtülü depresyon olarak da nitelendirilmektedir): Fiziksel şikâyetlerin belirgin olduğu ve depresyon belirtilerinin göze çarpmadığı depresyon türü. Hastalar genelde sırt ağrısından, baş ağrısından, göğüs bölgesinde sıkıttan, baş dönmesinden ve daha başka birçok şeyden şikâyetçidir.
- *Organik* depresyon: örneğin tiroit bezi fonksiyon bozukluğu, hipofiz hastalığı, böbreküstü bezi hastalığı veya *frontal lob bozukluğu* gibi fiziksel bir hastalıktan kaynaklanan depresyon türü.
- *Burn-out* kavramıyla başlı başına bir hastalık kastedilmemektedir. Burn-out daha ziyade, örneğin iş yerinde veya aile içerisinde uzun süredir devam eden bir stres halinde görülen bir belirtidir. Bu belirtiden muzdarip olan insanlar çoğu zaman kendi sınırlarını algılamaktan aciz olur ve “almak ile vermek” arasındaki dengeyi sağlayamadıklarını çok geç anlar.

Depresyon nasıl oluşur?

Depresyon hastası kişi, bu hastalığa neden yakalandığını açıklayamadığı durumlar da olabilir. Günümüzde uzmanlar, depresif bozukluğun oluşması için çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi sonucunda oluştuğunu var saymaktadır. Buna göre belirli fiziksel (ve kısmen de irsi) koşullar, erken dönemlerde (yani çocukluk ve gençlik yıllarında) yaşanan zararlı sosyal ve çevresel olaylar ve koşullar ile birlikte, zaman içerisinde olumsuz biyolojik, sosyal ve psikolojik etkiler sonucunda daha da artabilen bir kırılganlığa yol açmaktadır. Güncel araştırmalar ışığında aşağıdaki sebep, uyarıcı ve risk faktörlerinin depresyon oluşumuyla ilgili olduğu düşünülmektedir:

- Genetik yapı
- Cinsiyet
- Yaş
- Örn. işsizlik ve eğitim seviyesi düşüklüğü gibi sosyo-ekonomik faktörler
- Psiko-sosyal faktörler
- Nörobiyolojik faktörler
- Sonbahar ve kış mevsimlerinde yeterince gün ışığı alınamaması (mevsimsel depresyonlar)
- Kronik hastalıklar
- İlaç kullanımı
- Vücudun korku, suçluluk veya utanç duygularıyla ilgili durumlarda gösterdiği koruyucu reaksiyon (akut depresyon)
- *Komorbidite*

Komorbidite faktörleri aşağıda ayrıntılı biçimde izah edilecektir. Birden çok faktörün eşzamanlı olarak ortaya çıkabileceği ve karşılıklı etkileşim içerisine girebileceği hususu dikkate alınmalıdır. Ayrıca bu faktörlerin etkileri her insanı çok farklı biçimlerde etkiler.



Genetik yapı

Birinci derece akrabaların depresyon hastası olduğu vakialarda, bu hastalığa aile içerisinde daha sık rastlandığı bilimsel araştırmalarda kanıtlanabilmiştir. Ebeveynlerden birinin hasta olması halinde çocukların hastalanma riski %10–%20 arasındadır. Ebeveynlerden ikisinin de hasta olması halinde ise bu risk %60'a kadar çıkmaktadır.

Cinsiyet

Kadınların depresyon hastalığına yakalanma riski erkeklere göre daha yüksektir. Kadınların %15'inin ve erkeklerin %8'inin bir yıllık bir süre içerisinde depresif bir safhadan geçtikleri bilimsel araştırmalarda ortaya konulmuştur. Yani kadınların hastalanma riski erkeklerdeki hastalanma riskinin neredeyse iki katı yüksekliğindedir. Genç yetişkinlerdeki farklar çok daha belirgindir. Yaş ilerledikçe ise hastalanma riski eşitlenir.

Yaş

Depresyon hastalıkları her yaşta görülebilir. Fakat hastalanma sıklığı 30 ile 40 yaş arasında artar. Hastalığa yakalanan 18–25 yaş grubundaki genç yetişkinlerin sayısı da giderek artmaktadır.

Sosyo-ekonomik statü

Düşük bir sosyo-ekonomik statü (yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, işsizlik) ile depresyon hastalığının oluşumu arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bilhassa uzun süreli işsizlik ile yoksulluk bilinen risk faktörleri arasında bulunmaktadır. Öte yandan teşhis edilmemiş olan ve çalışabilme yeteneğinin düşmesine yol açan bir depresyon, hasta kişinin iş piyasasından dışlanmasına sebep olabilir.

Psiko-sosyal faktörler

Sosyal çevre, mesleki faaliyet ve yaşam alışkanlıkları depresyon oluşumunda önemli birer rol oynayabilir. Depresyon hastalığına yakalanma riski örneğin boşanma, ayrılık ve hayat arkadaşının vefatı gibi "kritik hayati olaylarda" artar. Ayrıca zor ailevi koşullar içerisinde bulunan veya sosyal mü-nasebetleri düşük olan kişiler bu hastalığa daha çok yakalanmaktadır.

Göç olgusu da böyle kritik bir hayati olay teşkil edebilir ve yoğun ruhsal sıkıntılara yol açabilir: ailevi yapılarda meydana gelen bozulmalar, sosyal ve kültürel köklerin yitirilmesi duygusu, göç edilen ülkede ayrımcılık ve ırkçılığa maruz kalınması veya savaş bölgelerinden kaçan mültecilerin yaşadıkları travmalar depresyon oluşumunu kolaylaştırabilir.

Düzenli bir hayat depresyonu önleyebilir. Fakat birçok insan vardiya sisteminde veya gece vardiyasında çalıştığı için dinlenme, uyku ve uyanıklık safhalarına her zaman riayet edemiyor. Ancak boş zamanlarda maruz kalınan stres halleri ve buradan kaynaklanan uyku eksikliği de depresyona yol açabilir.

Mevsimsel depresyonlar

Mevsimsel depresyonun belirtileri sadece sonbahar ve kış aylarında görülür (gün ışığından yoksun kalma). Almanya'da yaklaşık olarak 800.000 kişi mevsimsel depresyondan muzdariptir. Bu depresyon türünde bilhassa irade yitimi, mutsuzluk ve moral bozukluğu görülür. "Klasik" bir depresyondan farklı olarak hastalar ayrıca yoğun bir uyku isteği ile ani ve aşırı yemek yeme isteği hisseder.

Uyarıcı işlevi gören kronik hastalıklar

Çeşitli kronik hastalıklar depresyonlara yol açabilmektedir. Bu hastalıklara örnek olarak *Morbus Parkinson*, felç, epilepsi, kalp krizi, kanser ve *Diabetes mellitus*. Tiroit bezi işlev bozukluklarına yol açan hormonal sebepler de depresyonları tetikleyebilir.



İlaç kullanımı

Bazı ilaçlar (örn. *Glükokortikoid* veya *Nöroleptik ilaçlar*) yan etki olarak depresyonlara yol açabilir. Hastalığa yol açan etkenlerin tespit edilebilmesi bakımından doktorla yapılan daha ilk görüşmede, görüşmeden önce kullanılan ilaçların belirtilmesi bundan dolayı son derece önemlidir. Kullanılan ilacın değiştirilmesi bazı durumlarda depresyon belirtilerini azaltabilir.

Komorbidite

Depresif bozuklukların çoğu zaman başka ruhsal bozukluklar ve somatik hastalıklarla birlikte belirdiğini (=Komorbidite) ortaya koyan çok sayıda bilimsel araştırma mevcuttur. Depresif bir safhada bulunan hastaların yaklaşık olarak %60'lık bir kısmı eşzamanlı olarak en az başka bir ruhsal bozukluktan daha muzdariptir.

Bu ilave bozukluklara örnek olarak *korku bozuklukları* gibi ruhsal hastalıkların yanında *somatoform bozukluklar* (örn. ağrı bozukluğu) veya bağımlılıklar (örn. alkol bağımlılığı) verilebilir.

Fakat depresif bir bozukluk eşzamanlı olarak somatik bir hastalıkla da ortaya çıkabilir. Bu hastalıklara örnek olarak *nörolojik* veya *hormonel* hastalıklar, kalp-kan dolaşımı sistemi hastalıkları, kanser hastalıkları ve kronik ağrılar sayılabilir.

Tasvir edilen faktörlerin birbiriyle etkileşimini daha iyi anlayabilmek için, beynimizdeki bilgi akışının ne şekilde sağlandığını bilmek gerekir. Vücudumuzu kaplayan ve beynimizi meydana getiren sinir hücreleri kendi aralarında bilgi alışverişinde bulunur. Bu bilgiler örneğin bir resme bakarken veya müzik dinlerken olduğu şekilde duysal girdi olabilir. Ancak duygu ve düşünceler de söz konusu olabilir. Bu tür bilgilerin beyin hücreleri arasında iletilmesi, nörotransmitterlerin salgılanması sayesinde oluşur. Güncel bilimsel araştırmalara göre depresyon hastalığı süresince beyindeki bu metabolik etkinlikte aksama meydana gelmektedir. Bilhassa belirli nörotransmitterlerin (*serotonin* ve *noradrenalin*) dengesi bozulmaktadır. Bu metabolizma bozukluğu sebebiyle sevinç veya memnuniyet gibi duyguları hissetme yeteneği azalır; olumsuz duygular karşı konulamaz bir hal alır.

Böyle bir metabolizma bozukluğuna, yukarıda da belirtildiği üzere çeşitli faktörler yol açabilir. Bu faktörlere örnek olarak, farklı bir şehre taşınması verilebilir. Hayata dair sorunlar da böyle bir bozukluğa yol açabilir: Örneğin hayat arkadaşının vefatı, bir akrabanın ölmesi veya meslek hayatında sürekli bir stres hali. Fakat depresyon hastası

olup, herhangi bir sorunu yokmuş gibi görünen kişiler de vardır. Böyle kişilerin beyinlerindeki nörotransmitter dengesi, görünürde herhangi bir sebep olmaksızın bozulmaktadır.

Depresyon belirtileri nelerdir ve nasıl tedavi edilir?

Depresif bozukluğu olan bir insanın tedavisine başlanmadan önce ilk aşamada, depresif bozukluğun mevcut olup olmadığı açıklığa kavuşturulmalıdır (tercihen bir uzman tarafından).

Depresyon teşhisi konulabilmesi için aşağıdaki belirtilerden en az iki tanesi neredeyse her gün, bütün gün boyunca ve en az iki haftalık bir zaman dilimi süresince mevcut olmalıdır:

- Üzgün, umutsuz veya hüzünlü olma duygusu
- Daha önceleri insana mutluluk veren etkinliklere ilgi duymama
- İrade yitimi,
- Çabuk yorulma hali

Ayrıca ilgilide aşağıdaki belirtilerin en az ikisi mevcut olmalıdır:

- Konsantrasyon ve dikkat kaybı
- Kendine saygının ve özgüvenin azalması
- Suçluluk ve değersizlik duyguları
- Geleceğe olumsuz ve kötümser bir şekilde bakılması
- İntihar düşünceleri ve eylemleri
- Uyku bozuklukları
- İştahsızlık

Ayrıca depresif bozukluklar baş ağrısına veya başka ağrı hallerine, fiziksel şikâyetlere, sindirim sorunlarına, cinsel bozukluklara, ümitsizliğe, korku ve endişeye yol açabilir.

Depresyonlar bazen haftalar veya aylar sonra kendiliğinden geçer. Ancak bazen bir yıl veya daha uzun bir süre geçebilir. Ayrıca depresyonlar birden çok kez de tekrarlayabilir.

Depresyon hastalığı, hastalar ve yakınları için her zaman büyük sıkıntı ve zorluklara yol açmaktadır. Bundan dolayı tedavi ihtimali erkenden dikkate alınmalıdır. Zira artık depresyon hastalığına yönelik birçok etkili tedavi yöntemi mevcuttur.

Sağlık sorunlarında yapılması gereken ilk iş aile hekimine gitmek olmalıdır. Bununla birlikte depresyonlar çoğu zaman çok geç teşhis edilmektedir. Bu sebeple ayrıntılı teşhis konulabilmesi amacıyla aile hekiminin yanında her zaman uzman doktorlara da muayene olunmalıdır. Psikolojik rahatsızlıklarda öncelikle bir hekim, organik bir hastalığın mevcut olup olmadığını kontrol eder. Bunun ötesinde bir *nörolog* hastayı kas ve sinir sistemindeki olası hastalıklara yönelik olarak muayene edebilir. Organik bir sebep bulunamaması ve rahatsızlığın devam etmesi halinde aile hekimi hasta kişiyi bir *psikiyatr* veya *psikolojik psikoterapi uzmanına* sevk eder.

Kesin depresyon teşhisi konulmasından sonra hastalar psikoterapi görme hakkına sahip olmasına rağmen, uzun bekleme süreleriyle karşılaşılabileceği gerçeği dikkate alınmalıdır!

Hafif bir depresyon halinde, bağımsız çalışan bir psikiyatr veya psikoterapi uzmanının uygulayacağı ayakta tedavi yeterli olabilir. Ancak ağır depresyon vakıalarında tedavi, eşzamanlı olarak farklı düzlemlerde sürdürülmelidir; hem ilaç tedavisi hem de *psikoterapi* uygulanmalıdır. Bu şekilde depresyonun ilerlemesi yahut *kronikleşmesi* engellenmeye ve hastaların ağır ruhsal acıları hafifletilmeye çalışılır. Tedavi süreci, iyileşme hissi oluşmaya başlasa da alsa aniden kesilmemelidir.

Öncelikle, hangi tedavi yönteminin yarar sağlayabileceği tespit edilir ve hastanın motivasyonu sağlanır. Doktor konumundaki psikiyatr gerekli ilaçların yazılmasından sorumlu uzman iken, psikoterapi uzmanı hasta kişi ile birlikte, hastalık bakımından önem arz eden ve bilinçaltında gelişen olası ruhsal süreçlerin ortaya çıkarılması veya depresyon hastalığına yaklaşıma yönelik tedavi stratejileri geliştirir. Olağan şartlarda kişinin özel ve mesleki hayatı irdelenir ve güncel sorunları görüşülür.

Depresyon hastalığının derecesi ve sebebinden bağımsız olarak terapi seanslarında, hasta kişinin hayatının yeniden adım adım biçimlendirilmesi söz konusu olacaktır. Olumsuz ve kişinin kendisine zarar veren düşünce ve davranışlara yaklaşım da bu çerçevede ele alınır. Buna koşut olarak sosyal pedagoglar, sosyal hizmet uzmanları veya başka profesyonel uzmanlar tarafından özel ve mesleki hayatta çeşitli aktiviteler başlatılabilir. Bu bağlamda fiziksel ve sanatsal aktiviteler de önem kazanmaktadır. Bu tür çok yönlü profesyonel bir yardım ile psikoterapi seanslarının kombine edilmesi ve başka depresyon hastalarıyla iletişim kurulması, ruh hastalıkları kliniklerinde ve bilhassa

depresyon hastalıkları kliniğinde gerçekleştirilebilir.

İnsan ilişkilerini veya meslek hayatını ve böylece de yaşam kalitesini belirgin bir şekilde olumsuz anlamda etkileyen her depresyonda bir ihtisas hastanesinde yatılı tedavi görülmesi önerilir. İntihar fikirlerinin mevcut olduğu vakılarda yatılı tedavi görülmesi her durumda önerilir.

Psikoterapi yöntemi

Psikoterapi, çok sayıdaki tedavi yöntemini kapsayan bir üst kavramdır. Bu yöntemlerin ortak yönü hastalığın, hasta kişinin çözümüne yönelik bizzat katkıda bulunabileceği bir sorun olarak görülmesidir. Psikoterapi tedavisinin amacı hastalığın fiziksel olmayan sebeplerinin teşhis ve tedavi edilmesidir. Ayrıca psikoterapinin her zaman ilaç tedavisine eşlik etmesi uygun olur.

Depresyon tedavisinde şu üç terapi yönteminin bilhassa etkili olduğu görülmüştür: *derinlik psikolojisi tabanlı psikoterapi, analitik psikoterapi ve davranış terapisi*.

Derinlik psikolojisi tabanlı psikoterapi ve analitik psikoterapi

Terapi uzmanı bu iki tedavi yöntemi çerçevesinde hasta kişi ile birlikte ruhsal hastalığın oluşumu hakkında bilgi sahibi olmaya çalışır. Hasta kişi, ruhsal hastalığın derinlerdeki sebeplerin anlaşılmasına ("Uyku bozukluğumun, baş ağrısının ve ümitsizliğimin sebepleri nelerdir?") ve duygulara (Korku, üzüntü, öfke) müsaade edilmesine yardımcı olur. Bu çerçevede her insanın kişiliğinin eğitim, yaşam koşulları ve kültür tarafından biçimlendirildiği varsayımı esas alınmaktadır. İnsanın kendi menfaatlerini doğru biçimde savunmayı öğrenmesi ve kendini depresif ve değersiz olarak algılamaması için, istediğini yaptırmak yerine neden geri adım attığını (örneğin reddedilmeyi veya tartışmayı önlemek amacıyla) anlaması gerekir. Psikoterapi uzmanıyla birlikte hasta kişinin hayatında yer alan ve ruhsal rahatsızlığa yol açmış olma ihtimali olan olaylar ve ihtilaflar tanımlanır. Bu deneyimlerin çoğu zaman çocukluk yaşlarında yaşanmış olduğu tahmin edilir. Derinlik psikolojisi tabanlı psikoterapide güncel yaşam ön planda yer alırken, analitik psikoterapide hasta kişinin daha ziyade geçmişinde yaşanan olaylara odaklanılmaktadır. Ayrıca analitik psikoterapide tedavi süresi çok daha uzundur.

Davranış terapisi

Davranış terapisinin amacı, hastalığın oluşmasına katkı sağlamış olabilecek olan sorunlu davranış biçimlerinin (örn. aşırı şüphe veya son derece olumsuz düşünme tarzı) sohbetler, egzersizler ve yeni bakış açıları vasıtasıyla teşhis edilmesi ve değiştirilmesidir. Sorunlu düşünce biçimlerinin irdelenmesi ve değiştirilmesi ile davranış repertuarına eklemelerde bulunulması veya davranışların değiştirilmesi, tedavinin başlıca hedeflerini teşkil etmektedir.



Diğer anti depresif tedavi yöntemleri

Depresyon tedavisine destek olunmasına yönelik çok sayıda başka tedavi yöntemi mevcut olup, bunlar hastalar ve terapi uzmanı tarafından birlikte geliştirilebilir. Yeterli ölçüde fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sosyal ve mesleki sorunlarda başka kurumlardan alınabilecek danışmanlık hizmeti ile resmi makamlarla ilişkilerde destek alınması bunlara örnek olarak verilebilir. Sosyal aktivitelerin desteklenmesi veya rahatlama egzersizlerinin öğrenilmesi de yararlı olabilir.

Yatılı bir tedavi süreci boyunca sosyal hizmetler kurumu çeşitli bürokratik ve sosyal sorunlarda danışmanlık desteği verebilir. Işık terapisi ve uyku deprivasyonu da tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

İlaç kullanımı

Depresyonda merkezi sinir sistemimizdeki belirli nörotransmitterlerde dengesizlik oluşabilir. Nörotransmitter eksikliği yaşanır veya nörotransmitterler yeterince dengede olmaz. Anti depresif etkide bulunan ilaçlar nörotransmitter dengesini normalleştirir ve böylece hasta kişiye yardımcı olabilir. Maalesef bu ilaçlar başka ilaçlarda da olduğu gibi istenmeyen yan etkilere yol açabilir. Bundan dolayı da birçok insan, ilaçlara bağımlı hale gelmekten endişe ettikleri için bu ilaçları kullanmaktan korkar. Bununla birlikte günümüzde daha spesifik etkilerde bulunan yeni ilaçlar bulunmakta olup, bu sayede bağımlılık gibi bazı yan etkiler önlenilmektedir.

Uzman psikiyatri hekimleri bu alanda uzmanlaşmış olup, ilaçların nasıl bir etkide bulunacağını ve hangi yan etkilerin oluşabileceğini bilir. Hasta kişiler bu sebeple ilaç kullanımı hususunda her zaman bir psikiyatri uzmanına danışmalı ve böyle bir uzmandan tedavi görmelidir. İlaç kullanımını kesmek için, ilgili kişinin ruh hali bu sebepten dolayı kötüleşebileceği için de her zaman doktora danışılmalıdır. Birçok ilacın ayrıca bir *gecikme süresi* vardır. Bunun anlamı, ilacı kullanan kişinin bir etki hissedene kadar belirli zaman (bazı ilaçlarda dört ile altı hafta arasında) geçebileceğidir. İyileşme hissi hemen belirmese de, ilaç kullanımının o zamana kadar kesilmemesi son derece önemlidir.

Özellikle de ilaç kullanımının başında süreçte bir doktorun refakat etmesi son derece önemlidir. Bazı durumlarda hasta kişinin, moral durumunda henüz olumlu bir gelişme meydana gelmemesine rağmen fiziksel bakımdan daha aktif hale gelmesi mümkündür. Bu gelişmenin sonucunda intihar eğilimi artabileceğinden dolayı bu yöndeki belirtilere (örneğin kişinin kendini dikkat çekici biçimde soyutlaması, kendine karşı dikkat çekici ölçüde saldırgan tavırlar sergilemesi, intihar fantezi ve niyetlerine ilişkin ifadeler kullanması) mutlaka dikkat edilmelidir!

Tedavi sürecinde lisan ve kültürel anlayış

Bilhassa psikoterapilerde, terapi uzmanı ile hasta arasında iyi bir anlayış ve güven ilişkisinin mevcut olması son derece önemli olup, başarılı bir tedavinin temelini teşkil etmektedir. İletişimin sorunsuz bir şekilde sağlanabilmesi ve güven ortamının tesis edilebilmesi bakımından ortak bir lisan bu çerçevede çok önemli bir rol oynamaktadır.

Bilhassa psikolojik hastalıkların tedavisinde terapi uzmanının, hastanın kültürel arka planını (örneğin), göç geçmişini, ailevi yapısını ve yaşamsal çevresini belirli ölçüde anlamlandırabilmesi ayrıca önem arz etmektedir. Genel itibarıyla hastalık, özel itibarıyla da depresyon ile ilgili olarak farklı dinlerde farklı anlayışların söz konusu olabileceği veya bahse konu durumların farklı şekillerde nitelendirilebileceği için bu husus önemlidir. Psikolojik bozuklukların bazı toplumlarda ileri derecede tabulaştırıldığı ve hasta kişilerin ilk başlarda hastalıklarından söz etmekten çok korktuğu da olabilir. Öte yandan hastanın, terapi uzmanının söylediklerini doğru biçimde anlaması ve ona endişe ile ihtiyaçlarını bildirebilmesi tedavi süreci bakımından son derece önemlidir.

Terapi uzmanıyla Almanca iletişim kurulmasının mümkün olmaması veya sadece zor şartlar altında mümkün olması halinde, gereksiz yanlış anlaşılımların önlenmesi ve tedavi sürecinin tehlikeye atılmaması amacıyla tedavinin, hastanın anadilini konuşan bir terapi uzmanı tarafından yürütülmesi gerekli olabilir. Alternatif olarak, tedavi sürecine eşlik eden bir tercüman da kullanılabilir. Ancak bu tercümanın gerekli yeterliliklere sahip olması gerekir. Belirli konuların çatışma ve/veya utanma duygularına yol açabileceği ve bunun sonucunda tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebileceği için tercüman olarak mümkün mertebe bir akraba veya arkadaş kullanılmamalıdır.

Depresyon hastaları, yakınları ve arkadaşları ne yapabilir?

Hasta kişinin akraba ve arkadaşları depresyon hastasına destek olabilir. Ancak hasta kişiye ne zaman neyin yardımcı olup olmayacağını hemen anlayabilmek, bilhassa depresyon hastalığında her zaman kolay bir iş değildir.

Kararında destek vermek

Depresyon hastalığını doğru bir şekilde kategorize etmek hastanın ailesi ve arkadaş çevresi için çoğu zaman zordur. Bir kişinin keyifsiz ve isteksiz davranmasını, sevinç duymamasını, artık sadece yalnız kalmak istemesini veya sıklıkla saldırgan ve gergin tepkiler vermesini çoğu zaman anlamıyorlar. Bilhassa daha ziyade aile odaklı toplumlardan gelen insanlar çoğu zaman hastayla aralarında güçlü bir bağ olduğunu düşünür ve kendilerini, hastalığa yakalanan aile bireylerini desteklemekle yükümlü hisseder. Sık sık tekrarlanan ziyaretler veya kişinin "nihayet iyileşmesi" talebinin ifade edilmesi gibi davranış biçimleri bu hissiyatı ortaya koymaktadır. Ancak bu tür davranışlar, psikolojik rahatsızlığı bulunan kişiyi ayrıca baskı altına alabilir ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir. Depresyon hastalığının görünümü birçok kişi tarafından bilinmediği için aile fertlerinde endişe ve hatta reddetme duyguları-na yol açabilir.

Hasta yakını veya arkadaşı olarak hastalığa ilişkin bilgilendirme sürecine dâhil olun ve tanıdıklarınızla depresyon hususunda konuşun. Hastanın içerisinde bulunduğu durumu anlayışla karşılayın. Hastaya, hayatının aslında o kadar da kötü olmadığını veya durumları daha kötü olan başka insanların olduğunu izah etmeye çalışmayın.

Çoğu zaman iyi niyetle de olsa dile getirilen bu tür morallendirme girişimleri sadece hastanın başarısızlık ve hayatının üstesinden gelememe duygusunu güçlendirir.

Bir depresyon hastasıyla birlikte aynı hane içerisinde yaşamamız halinde ona, psikiyatr veya psikoterapi uzmanından profesyonel yardım almasını ölçülü biçimde tavsiye ediniz. Hasta kişinin zaten bir tedavi sürecinde bulunması halinde, ilaçlarını düzenli olarak kullanmasına, doktor ve psikoterapi uzmanı randevularına katılmasına dikkat ediniz. Fakat bu, arkadaş veya akrabanızı gözetlemeniz veya onu vesayet altına almanız gerektiği anlamına gelmez. Depresyon hastası kişiler, iyileşme ihtimaline inanmama eğilimi gösterir ve doktor randevularına katılmayı büyük bir yük olarak algılayabilir. Bu noktada arkadaş ve aile bireyleri hassas bir şekilde destek sağlayabilir. Hatta bazı durumlarda, hasta kişi ve terapi uzmanının da onayı alınmak suretiyle hasta yakınlarının da tedavi sürecine dahil edilmesi anlamlı olabilir.

Depresyon hastası, kendini herhangi bir etkinlikte bulunmak için motive etmekte genelde çok zorlanır. Sabahları yataktan kalkıp giyinilmesi dahi büyük bir sorun teşkil edebilir. Hasta kişinin yakınları ve arkadaşları, hastanın yeniden düzenli bir hayat sürmesine yardımcı olarak bu noktada da önemli destek olabilir. Ancak bu çerçevede verilen destek de vesayete veya kontrol ve kınamaya dönüşmemelidir. Örneğin birlikte yürüyüş yapmak için sabit bir saatin belirlenmesi bu yönde bir yardım imkânı teşkil edebilir.

Hasta yakınları ve arkadaşlarının vereceği destekte dikkate alınması gereken önemli bir kural, hasta kişiye fazla yüklenilmemesidir. Hastalığın bilhassa ilk safhalarında hasta kişi, kendini serbest bırakabilmeyi ve irade yitimini kabullenmeyi öğrenmelidir.

İntihar fikri ve niyetine yaklaşım şekli

Ağır depresyon vakıalarında intihar riski her zaman yüksektir. Hasta kişinin bu konuda imalarını her zaman ciddiye alınız. İntihar eyleminde bulunulacağı çoğu zaman önceden bildirilir. Depresyon hastasını intihar fikrinden caydırmaya çalışmayınız. Arkadaşınız veya akrabanız size karşı intihara ilişkin düşüncelerinden bahsetmeyi bıraksa da, bu düşünceler kısa süre içerisinde yeniden oluşabilir. Depresyon hastaları her zaman biriyle konuşabilme imkânına sahip olmalıdır. Bir depresyon hastalığı ve belirtileri, insanın kendi iradesiyle üstesinden gelebileceği bir şey değildir. Hastalığı tedavi eden doktoru, hastanın durumuyla ilgili olarak bilgilendiriniz. Hastaya, tedavi süreci çerçevesinde birlikte çözüm bulunabilmesi için intihar düşüncelerinden terapi uzmanına da bahsetmesinin son derece önemli olduğunu izah ediniz.

Kendini düşünmek

Hasta kişiye aşırı biçimde yüklenilmesinin yanında, hastaya yardımcı olan kişiye de aşırı biçimde yüklenilmesi sakıncalıdır. Psikolojik hastalığı bulunan bir kişiye arkadaş ve akraba olarak destek olmak isteyenler, omuzlarına binebilecek olan yükün bilincinde olmalı ve kendi sağlığını asla göz ardı etmemelidir. Depresyon hastası biriyle yapılan sohbet çoğu zaman sadece hastalıkla ilgili olur. Bu durum, hastaya yardımcı olmak isteyen arkadaş veya akraba için küçümsenmemesi gereken bir yük oluşturmaktadır. Bu yüzden kendinize, başka etkinliklerde bulunabileceğiniz boş alanlar yaratmalısınız. Başka hasta yakınlarıyla birlikte bir *kendi kendine yardım grubunda* bir araya gelip sohbet etme imkânı mevcut olup, bu yöntem bilhassa ağır depresyon vakıalarında önerilir. Bu gruplarla sohbet edilebilir, öneri ve fikir alışverişinde bulunulabilir.

Hastalar da bir şeyler yapabilir

Hastalar da, örneğin “moral durumu günlüğü” hazırlayarak bir şeyler yapabilir. Depresif insanlar her şeye kötümser yaklaşma eğiliminde olur. Günlük hayat içerisindeki bazı şeyler yolunda gitsen ve başka insanlar bir iyileşme eğilimi görse de, hasta kişiye yine her şey korkunç ve ümitsiz gelir. Böyle durumlarda hasta kendi durumunu günde birkaç kez değerlendirip, değerlendirme sonucunu not ederek kendisine yardımcı olabilir. Böyle bir moral durumu günlüğü tutarak hastalar aynada kendilerini izlemiş gibi olur. Bu günlük, geriye dönüp bakıldığında her şeyin olumsuz



olarak algılanmasının önüne geçer. Düzenli olarak tutulan böyle bir günlük aynı zamanda da doktorun tedavi sürecinde elde edilen gelişmeyi değerlendirmesini kolaylaştırır (Fikir vermesi bakımından örnek bir günlük bu rehberin ekinde sunulmuştur).

Bundan sonra ne yapılabilir?

Depresyon konusuna ilişkin en önemli ve temel bilgiler bu rehberde özetlenmiştir. Rehberin amacı konuya dikkat çekmenin yanında, kendileri veya yakınları hasta olduğu için veya başka bir sebepten dolayı konuya ilgi duydukları için depresyon konusuyla yüzleşmek isteyen insanlara bir başlangıç noktası sunmaktır. Fakat bu rehber asla bir uzmanın vereceği bilgilerin veya uygulayacağı tedavinin yerini tutmaz! Bundan dolayı hasta veya hasta yakını olarak profesyonel kurum veya uzmanlara başvurarak yardım almanız önem arz etmektedir. Bu çerçevede ilk etapta bu broşürün arka kısmında yer alan adreslerden yararlanabilirsiniz.

Kavram dizini

Aile hekimi

Kendi muayenehanesinde çalışan, sağlık sorunları bulunan kişilerin başvurduğu ilk mercii olan dâhiliye uzmanı veya pratisyen doktor.

Bipolar bozukluk

Birbiri ardına gerçekleşen depresyon ve ► *mani* safhaları. Depresif safhada irade yitimi ön plana çıkarken, manik safhada abartılı şekilde olumlu ruh hali belirleyici olur.

Burn-Out sendromu

Tükenmişlik sendromu olarak da bilinir. Mesleki ve/veya özel hayatta sürekli olarak aşırı derecede yük binmesi sebebiyle meydana gelen, performans düşüklüğünün de görüldüğü tükenmişlik hali.

Distimi (= nörotik depresyon)

En az iki yıl boyunca devam eden kronik bir moral bozukluğu distimi olarak adlandırılır.

Diyabet (= Diabetes mellitus)

Şeker hastalığı olarak da nitelendirilir. İnsülin (vücutta üretilen hormon) eksikliği nedeniyle kandaki şeker oranının kontrolsüz şekilde yükseldiği metabolizma hastalığı.

Dopamin

İlaç olarak da kullanılan bir ► *nörotransmitter*. İnsan vücudunda hareketlerin koordine edilmesinden ve korku ve sevinç gibi duygulardan sorumludur. Gündelik dilde “mutluluk hormonu” olarak da nitelendirilir.

Duygudurum (affektif) bozuklukları

Esas itibarıyla ruh halinde (affekt) meydana gelen hastalıklı değişimler ile nitelendirilmiş olan bir dizi psikolojik bozukluk.

Epilepsi

Örn. elektrik çarpması gibi açıkça tespit edilemeyen sebebi olmayan ve aniden ortaya çıkan kramp nöbetlerinin görüldüğü kronik ► *nörolojik* hastalık.

Frontal lob bozukluğu

Frontal lobun ön kısımlarının zarar gördüğü hallerde ortaya çıkan belirtiler. Sorun çözücü düşünme yetisinin zarar görmesi, duyguların düzenlenmesi veya irade yitimi bu belirtilere örnek olarak verilebilir.

Gecikme süresi

İlacın kullanıldığı an ile etkinin hissedilmesi arasında geçebilen süre.

Glükokortikoit

Gündelik dilde kortizon olarak da nitelendirilir. Glükokortikoitler böbreküstü bezi hormonu olarak üretilir bilhassa kalp-kan dolaşımı sistemini, metabolizmayı ve sinir sistemini etkiler. Ayrıca bu hormonun iltihap önleyici bir etkiye sahip olduğu ortaya konulmuştur

Hipofiz

Pitüiter bez olarak da adlandırılır. Hormon salgılaması nedeniyle vücudun önemli fonksiyonlarını düzenleyen organ.

Hipomani

► *Maninin* hafif bir türü. Hafif olması sebebiyle teşhis edilmesi zordur.

Kendi kendine yardım grubu

Kendi kendine yardım grupları, kronik hastalıklar gibi benzer koşullarda ve zorluklarla yaşamak durumunda kalan insanlardan oluşur. Grup buluşmalarında insanlar tecrübe alışverişinde bulunur, bilgi paylaşır ve birbirlerini cesaretlendirirler.

Komorbidite

Asıl hastalığa ilaveten ortaya çıkan ve bu hastalıkla ilişkili olabilen hastalıklar.

Korku bozuklukları

Akut veya sürekli bir korku duygusunun eşlik ettiği bir dizi bozukluğa verilen üst kavram. Bu korku belirli durum veya mekânlarla ilgili olabilir veya belirsiz olabilir.

Kronikleşme

Akut bir hastalığın kronik (sürekli) bir hastalığa dönüşme süreci.

Mani

Genelde safhalar şeklinde gelişen, yüksek bir moral durumu, iç huzursuzluk ve hatta gerçeklik kaybının görülebildiği duygudurum bozukluğu.

Manik-depresif hastalık/bozukluk

Bkz. ► *bipolar bozukluk*

Merkezi sinir sistemi

Sinir sisteminin, beyin ve omurilikten meydana gelen kısmı

Morbus Parkinson

► *Dopamin* üreten hücrelerin ölmesine yol açan kronik ► *nörolojik* hastalık. Hastalık sonucunda örneğin kontrol edilemeyen kas titremesi ve hareketlerde yavaşlama meydana gelir.

Noradrenalin

Merkezi sinir sistemi içerisinde yer alan ve canlı organizma içerisinde sinyal/bilgilerin iletilmesine yarayan maddeler.

Nöroleptik ilaçlar

Belirli psikolojik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar.

Nörolog

Gündelik dilde sinir doktoru olarak da adlandırılır. Nöroloji alanında uzmanlığı bulunan doktor. Sinir sistemi ve kas yapısında uzmandır.

Nörolojik

Sinirlerle ilgili

Nörotik depresyon

= Distimi

Nörotransmitter

Merkezi sinir sistemi içerisinde yer alan ve canlı organizma içerisinde sinyal/bilgilerin iletilmesine yarayan maddeler.

Organik

Organlar ile ilgili

Psikiyatr

Psikiyatri alanında eğitim almış olan uzman hekim. Bu doktorlar teşhis koymaya, ilaç tedavisi uygulamaya ve psikolojik hastalıkları incelemeye yetkilidir.

Psikoanaliz

Hastanın geçmişte yaşanan, çözümsüz kalan ve ruhsal bir yük teşkil eden sorunların bilincine varması. Psikoanaliz öğretisi ► *nörolog* Sigmund Freud tarafından 19. yüzyılın sonlarına doğru geliştirilmiştir.

Psikolog

Üniversitelerin psikoloji bölümünden mezun olan kişiler (► *Diplom-Psychologe* veya *Master of Science Psychologie*).

Psikoterapi

Ruhsal sorunların ilaç kullanmadan tedavi edilmesine yönelik çeşitli psikolojik terapi yöntemleri için kullanılan üst kavram.

Psikoterapi uzmanı

Psikolojik psikoterapi uzmanı = en az üç yıl süreli ilave terapi uzmanı eğitimi almış olan ► *psikolog*; sadece psikolojik tedavi yöntemleri kullanır.

Psikoterapi uzmanı doktor = en az üç yıl süreli ilave ► *psikoterapi* eğitimi almış olan doktor. Çocuk ve gençlere yönelik psikoterapi alanında, ilave eğitim almak suretiyle çocuk ve gençlere yönelik psikoterapi uzmanı unvanı alabilecek olan sosyal pedagog, sosyal hizmet uzmanı ve başka sosyal meslekler de mevcuttur.

Reküran

Tekrarlayan

Semptom (belirti)

Bir hastalığa veya yaralanmaya işaret eden belirti.

Serotonin

Serotonin bir ► *nörotransmitterdir*; bilhassa kalp kan dolaşımı sistemini, mide-bağırsak sistemini ve moral durumunu etkiler. Depresif ruh halleri çoğu zaman serotonin eksikliği ile açıklanabilir.

Somatoform bozukluk

Fiziksel rahatsızlıkların açıkça fiziksel bir hastalığa dayandırılmadığı, çeşitli psikolojik, sosyal veya biyolojik sebeplere sahip olduğu hastalık.

Stres faktörleri

Fiziksel ve psikolojik bir alarm durumuna (stres) sebep olan dahili ve harici faktörler.

Travma

Ruhsal bir yaralanmaya sebep olan ve psikolojik bozukluklara yol açabilen radikal ve çoğu zaman şiddet içerikli deneyim (örn. kaza, tecavüz veya doğal afet).

Ünipo1ar depresyon

Manik safhaları olmayan depresyon

**Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit und Pflege**

Haidenauplatz 1
81667 München
Tel.: 089 / 540233-0
E-posta: poststelle@stmgp.bayern.de
www.stmgp.bayern.de

**Bayerisches Zentrum für Prävention und
Gesundheitsförderung im
Bayerischen Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit**

Pfarrstraße 3
80538 München
Tel.: 09131 / 6808-4510
E-posta: ZPG@lgl.bayern.de
www.zpg-bayern.de

**Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten und der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089 / 515555-0
E-posta: info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Bayerischer Flüchtlingsrat

Büro München
Augsburger Straße 13
80337 München
Tel.: 089 / 76 22 34

Büro Nürnberg
Humboldtstraße 132
90459 Nürnberg
Tel.: 0911 / 99 44 59 46
E-posta: kontakt@fluechtlingsrat-bayern.de
www.fluechtlingsrat-bayern.de

**Bayerischer Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener e.V.**

Glückstraße 2
86153 Augsburg
Tel.: 0821 / 450 478 63
E-posta: kontakt@baype.info
www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de

**Bayerisches Zentrum für
Transkulturelle Medizin e.V.**

Landshuter Allee 21
80637 München
Tel.: 089 / 189378760
E-posta: info@bayzent.de
www.bayzent.de

**DTPPP – Dachverband der transkulturellen
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoso-
matik im deutschsprachigen Raum e.V.**

Dr. med. univ.
Solmaz Golsabahi-Broclawski
Postfach 2622
59016 Hamm
E-posta: sekretariat@dtppp.com
www.transkulturellepsychiatrie.de

**Deutsch-Russische-Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik e.V.**

c/o Prof. Hans-Jörg Assion
LWL-Klinik Dortmund
Marsbruchstraße 179
44287 Dortmund
E-Mail: hans-joerg.assion@wkp-lwl.org
www.drgppp.lwl.org

**Deutsch-Türkische Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
psychosoziale Gesundheit e.V.**

c/o PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
Psychiatrische Universitätsklinik der
Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Straße 5 – 11
10115 Berlin
Tel.: 030 / 2311-2123
E-posta: meryam.schouler-ocak@charite.de
www.dtgppp.de

**Deutsch-Türkische MedizinerGesellschaft
Bayern e.V.**

Allersberger Straße 81
90461 Nürnberg
Tel.: 0911 / 476363
www.dtm-bayern.de

**exilio – Hilfe für Flüchtlinge und
Folterüberlebende e.V.**

Reutinerstraße 5
88131 Lindau
Tel.: 08382 / 409450
E-posta: info@exilio.de
www.exilio.de

**Gesellschaft für türkischsprachige
Psychotherapie und psychosoziale
Beratung e.V.**

Hüseyin Yüksel
Humboldtstraße 13
58511 Lüdenscheid
E-posta: gtp@aktpt.de
www.gtp-aktpt.de

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Landesgeschäftsstelle**

Hausanschrift: Elsenheimerstraße 39
80687 München
Postanschrift: 80684 München
Tel.: 089 / 57093-0
E-posta: info@kvb.de
www.kvb.de

**Krisendienst Mittelfranken –
Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen**

Hessestraße 10
90443 Nürnberg
Tel.: 0911 / 42 48 55-0
E-posta: info@krisendienst-mittelfranken.de
www.krisendienst-mittelfranken.de

**Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt
Fachstelle Migration und Gesundheit**

Bayerstraße 28 a
80335 München
Tel.: 089 / 23347928
E-posta: fachstellen.rgu@muenchen.de
www.muenchen.de

**Landesverband Bayern der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.**

Pappenheimstraße 7
80335 München
Tel.: 089 / 51086325
E-posta: lvbayern_apk@t-online.de
www.lvbayern-apk.de

**Landeszentrale für Gesundheit
in Bayern e.V.**

Pfarrstraße 3
80538 München
Tel.: 089 / 68080-4500
E-posta: info@lzg-bayern.de
www.lzg-bayern.de

open.med

Geschäftsstelle München
Leopoldstraße 236
80807 München
Tel.: 089 / 4523081-0
E-posta: info@aerztederwelt.org
www.aerztederwelt.org

**Psychologischer Dienst für Ausländer
Caritasverband der Erzdiözese München
und Freising e.V.**

Bayerstraße 73, 2 OG
80335 München
Tel.: 089 / 231149-0
E-posta: pda@caritasmuenchen.de
www.czm-innenstadt.de

**Psychologischer Dienst
Beratungsdienste der Arbeiterwohlfahrt
München gemeinnützige GmbH**

Goethestraße 53
80336 München
Tel.: 089 / 544247-53
Tel.: 089 / 544247-62
E-posta: psych.migration@
awo-muenchen.de
www.awo-muenchen.de

REFUGIO München

Rosenheimer Straße 38
81669 München
Tel.: 089 / 9829570
E-posta: office@refugio-muenchen.de
www.refugio-muenchen.de

Yararlı internet adresleri

www.bitte-stoer-mich.de

www.deutsche-depressionshilfe.de

www.buendnis-depression.de

www.dgbs.de

Ruh hali takvimi

Tarih	Günün saati	Ruh halime ne neden oldu? (örn. hava, az veya kötü uyumak, çatışmalar, stres...)	Ruh halim					Ruh halimin değişmesi için, kendim ne yaptım? (örn. hareket, müzik, sohbet, ilaç...)
			Son derece kötü	Kötü	Bilmiyorum	İyi	Çok iyi	
	Sabah							
	Öğleyin							
	Öğleden sonra							
	Akşam							
	Geceleyin							

Notlar

Teşekkür

Bu kılavuzun oluşumunda uzmanlık bilgileriyle katkıda bulundukları için gönülden teşekkür ettiğimiz kişiler şunlardır:

Dr. med. Solmaz Golsabahi-Broclawski
Psikiyatri ve psikoterapi uzmanı

Sabine Kirschnick-Tänzer
Psikiyatri ve psikoterapi uzmanı

Prof. Dr. Jan İlhan Kizilhan
Psikoterapist

Prof. Dr. Armin Kuhr
Psikoterapist

Dr. Dipl.-Psych. Heribert Limm
Psikoterapist

Dr. med. Eva Renckly-Senel
Genel Tıp Uzmanı, Psikoterapi Uzmanı ve Sosyal Tıp Doktoru

Kılavuzun ilgili dillere çevrilmesi ve anadilli kontrol okuma işleminden aşağıdaki uzmanlar sorumluydu:

Rusça: **via text, Frankfurt am Main**

Türkçe: **Dr. Nezh Pala**

Arapça: **Dr. Abdul Nasser Al-Masri**

Depresyon

Tanımak, Anlamak, Yardım Etmek

Bu bilgilendirme rehberinin göçmen kökenli depresyon hastalarını, yakınlarını ve bu hususta genel olarak ilgi duyan kişileri konu hakkında bilgilendirmek, onlara hastalığı daha iyi anlama ve yardım arama imkanı sağlaması öngörülmektedir. Rehberin ilgili bölümlerinde “Depresyon nedir?” veya “Depresyon nasıl tedavi edilir?” gibi genel soruların cevapları sunulmaktadır. Ayrıca yararlı adreslerin yer aldığı bir liste ile önemli kavramların açıklandığı bir dizin mevcuttur.

Bu rehber „Göçmenlerle göçmenler için – Baviera’da kültürlerarası sağlık“ projesi kapsamında hazırlanmıştır. MiMi-Projesi ve Etno-Tıp Merkezi’nin diğer projeleri hakkında daha fazla bilgiye internetten ulaşabilirsiniz: www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Teslim eden: