



Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı

Depression and Community Mental Health

Tunahan Anber¹ 

Tuba Akar¹ 

M. Furkan Altun¹ 

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Öz

Depresyon; insan yaşamını hem ruhsal hem de fiziksel anlamda olumsuz etkileyen, kişilerarası uyumun bozulmasına, ekonomik ve mesleki kayıplara, yaşam kalitesinin azalmasına hatta kişinin özkıyımına yol açabilen bir sağlık sorunudur. Dünyada ve ülkemizde sık görülmektedir. Etiyolojisinde biyolojik sebeplerden, psikososyal faktörlere birçok farklı etmen rol almaktadır. Doğru tanınıp tedavi edildiğinde kişiye ve topluma olumsuz etkilerinin önüne geçilebilmektedir. Bu derlemede depresyonun tanımı, etyolojisi, epidemiyolojisi, toplum ruh sağlığı açısından depresyona bakış ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinden bahsedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Klinik, Etiyoloji, Epidemiyoloji, Toplum Ruh Sağlığı.

Abstract

Depression is a health problem that affects adversely human life both mentally and physically, causing deterioration of interpersonal harmony, professional and economic losses, decreased quality of life, and even suicide. It is common in the world and our country. Many different factors from biological reasons to psychosocial factors play a role in its etiology. When properly diagnosed and treated, its negative effects on the person and society can be prevented. In this review, the definition, etiology, epidemiology of depression, perspective on depression in terms of community mental health, and community mental health services are mentioned.

Keywords: Depression, Clinic, Etiology, Epidemiology, Community Mental Health.

Alıntı Şekli: Anber T, Akar T, Altun F. Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. SOYD. 2021;2(2):99-103

Sorumlu Yazar:
Tunahan Anber, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
E-mail: tunahan.anber@gazi.edu.tr

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı tanımlarken sağlığın sadece hastalığın veya sakatlığın yokluğu değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olduğunu ifade eder. Depresyon ve anksiyete bozuklukları; temelde ruh sağlığı sorunları gibi gözükken, doğurduğu sonuçlar açısından ruhsal açıdan iyilik halinin bozulmasının yanında, fiziksel sonuçları da gözlemlenebilen, sosyal açıdan iyilik halinin korunamadığı böylece her üç açıdan sağlığı bozan bir grup hastalığı temsil eder.

Duygulanım (affect), bireyin olaylara, durumlara, anılara duygusal tepki gösterebilme yetisini ifade eder. (öfkelenme, üzülme, neşelenme...) Duygudurum (mood) ise, bireyin değişen derecelerde artan ya da azalan şekilde belli bir duygulanım içerisinde olmasını ifade eder.

Depresyon kelimesinin latince kökeni olan “depressus” aşağı doğru bastırmak, aşağı çekmek anlamlarına gelir. Tıbbi literatürde temel olarak çökkün bir duygudurum halini ifade eder. Tarihte çökkün duygudurumunu anlama çabası antikçağda Hipokrat tarafından siyah safranin (melankoli) tanımlanmasıyla başlamıştır. Günümüzde çökkün duygudurumu ifade için en çok kabul gören tanımlama ve sınıflandırma, güncel versiyonu olan DSM-V’te değiştirilmeyen sınıflandırmasıyla Amerikan Psikiyatri Birliği’nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)’tür. Buna göre çökkün duygudurum (depresyon) bozuklukları şu alt gruplarda değerlendirilmelidir (Köroğlu, 2000):

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- Bipolar duygudurum bozukluğu, depresif dönem
- Genel tıbbi duruma bağlı depresyon
- Depresyonlu uyum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Minör depresif bozukluk
- Yineleyen kısa depresif bozukluk

Major Depresif Bozuklukta Klinik Görünüm

Major Depresif Bozukluk; çökkün duygudurum, ilgisizlik, keyif alamama, sıkıntıda hissetmek, bunaltı, his kayıpları, farkındalık bozuklukları, düşünmede yavaşlama, konsantrasyon güçlüğü, hafıza/bellek bozukluğu, algı bozukluğu, dikkat bozukluğu gibi klinik belirtilerle kendini gösterir. Depresyon hastalarının düşünce içeriğinde; suçluluk-değersizlik fikirleri, kendisi ve çevresi hakkında olumlu düşünememe, umudunu yitirme, karar verememe, hipokondriyak uğraşlar, tekrarlayıcı takıntılar ve korkular,

kendi canına kıyma planları olabilir. İntihar girişimleri görülebilir. Ayrıca yaşam içerisindeki aktivitelerini gerçekleştirecek yeterli enerjiyi bulamama, yemek yeme isteğinde azalma veya artma, normalden fazla kilo vermek veya almak, cinsel ilişki isteğinde azalma, uyku bozuklukları, sirkadiyen ritm bozuklukları gibi bedensel belirtiler; psikomotor gecikme ve psikomotor ajitasyon gibi davranışsal belirtiler de görülebilir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Major Depresif Bozuklukta Etyoloji

Yapılan çalışmalar çökkün bir duygudurum olan depresyonun oluşmasında sadece bir tane risk etmeninin değil, birden fazla risk etmeninin rol aldığını göstermektedir. Genomik yapının çevresel etmenlerle olumsuz etkileşiminin ve bu etkileşimin zamanlamasının önemli olduğu ortaya koyulmuştur. Depresyona sebep olan asıl risk etmenleri; çeşitli ailevi problemler, depresyona yatkın kişiliğin olması, kadın cinsiyette olmak, yeterli seviyede eğitim almamış veya alamamış olmak, günlük yaşamda yer alan olaylar, iletişim halinde olunan insanlarla yakın ilişki kuramamaktan kaynaklı yalnızlık, var olan fiziksel hastalıklar ve bunlara yönelik alınan tedaviler, yetenek kaybına sebep olan psikolojik bozukluklardır (Taylor ve Richardson, 2005).

Yaşlı popülasyonda da sık karşılaşılan psikolojik sorunların başında depresyon yer alır ve yine yaşlı popülasyonda görülen depresyon sıklıkla diğer çeşitli medikal hastalıklara eşlik etmektedir. Yaşlı insanlarda depresyona erken tanı konulduğunda kişilerin gündelik yaşantısında yaptıkları aktiviteleri daha bağımsız yapma düzeyleri artmakta ve bu kişilerin hayat kaliteleri yükselmektedir. Depresyon, kişilerin hayat kalitesi ve üretkenliği üstündeki negatif etkisinden başka, kalp damar rahatsızlıklarının da içinde bulunduğu diğer sağlık problemlerine dolaylı olarak sebep olabilen veya kronik hastalıkların kötüye gitmesine ve ekonomik zarara sebep olabilen bir sağlık sorunudur (Işık ve ark., 2013).

Depresyonda biyolojik aminler, serotonin, nöradrenalin, dopamin, glutamerjik sistem, nöropeptitler, nörotrofinler, Hipotalamik–Pitüiter– Adrenal Eksen, Hipotalamik – Pitüiter – Tiroid Ekseni, Hipotalamik – Hipofizer – Gonadal Eksen, Hipotalamik – Hipofizer – Growth Hormon Ekseni gibi bazı hormonal etmenler ve bazı genetik etmenler de rol almaktadır. Ayrıca depresyonda olan kişilerde bazı nöroanatomik bulgular da görülmektedir (Özpoyraz, 2002), (Levinson, 2006). Freud’dan bugüne gelen çeşitli psikososyal kuramlar da etyoloji içerisinde yerlerini almışlardır. Bağlanma kuramı, davranışçı kuram, bilişsel kuram ve kişiler arası etkenler kuramı bunlardan bazılarıdır (Dykman, 1998).

Major Depresif Bozukluk ve Diğer Alt Gruplarda Epidemiyoloji

Ülkemizde depresif bozukluklara ilişkin 2000 yılı sonrası yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar Tablo 1’de özetlenmiştir (Binbay ve ark., 2014). Depresyon ve ilgili spektrumdaki diğer hastalıklar tüm dünyada en fazla karşılaşılan ruhsal hastalıklardır (Cimilli, 2001). Depresyonun insan yaşamına olumsuz etkilerinin hipertansiyon, diabetes mellitus, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi hastalıklardan daha fazla, kardiyovasküler sistem hastalıklarıyla yakın oranda etkilediği 1989’da yapılan bir çalışmayla gösterilmiştir (Wells ve ark., 1989). Angst’in 1992 yılında yaptığı bir çalışmaya göre majör depresyonun yaşam boyu sıklığı %19,6, Kessler’in 1994 yılında yaptığı başka bir çalışmaya göre ise aynı sıklık %17 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde bu sıklık %8-20 arasında bulunmuştur (Doğan ve ark., 1995). Hayatın her döneminde, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilen majör depresif bozukluk için birçok çalışma başlangıç yaşını benzer olarak 20’li yaşların sonu olarak belirlemiştir (McIntosh ve ark., 2010). Tekrarlayıcı nitelikteki, tek uçlu majör depresif dönemin başlangıç yaşı 30-35 olarak tespit edilmiştir (Rihmer ve Angst, 2007). Bu bakımdan majör depresif bozukluğun orta yaşlarda daha sık görülen bir hastalık olduğu görülmektedir. Bu hastalarda hastalığın başlangıç yaşı düştükçe, işlevsellikte bozulma artmakta, yaşam kalitesi daha fazla düşmekte, beraberinde diğer fiziksel ve ruhsal hastalıkların görülme sıklığı artmakta, intihar girişimi, depresif dönem uzunluğu ve depresyonun diğer birçok bulgusunda artış görülmektedir (Işık ve ark., 2013).

Majör depresyon sıklığının cinsiyetlerdeki dağılımını gösteren çalışmaların ortak çıkarımı kadınlarda daha sık görüldüğüdür. Bu farklılığın nedenleri arasında hormonal ve genetik farklılıklar, tiroid hastalıklarının kadınlarda daha sık görülüyor olması, menstrüel döngü gibi fizyolojik süreçler, toplumsal ve aile baskısına kadınların daha fazla uğruyor olması, ev işleri, çocuk doğurma gibi biçilen rollerin oluşturduğu psikososyal stres, erkeklere göre daha yüksek oranda işsizlik ve daha düşük sosyoekonomik durum öne sürülebilir. Bir çalışma cinsiyetler arasındaki bu farkı “psikososyal sebepler” olarak özetlemiştir (Kristenson ve ark., 2004).

Depresyon ve spektrumdaki diğer hastalıklar açısından medeni durumun etkili olduğu gösterilmiştir. Majör depresyon bekar kişilerde, boşanmış bireylerde ve dullarda evli kişilere göre daha sık görülmektedir (Erol ve ark., 1998).

Majör depresif bozukluk düşük gelir düzeyli kişilerde, daha yüksek gelir düzeyindeki kişilere göre daha sık görülmektedir (Horwath ve ark., 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluğun en sık olarak, düşük gelir düzeyli olanlar, okuma-yazma bilmeyenler ve ev kadınlarında görülmüştür (Doğan ve ark., 1995). Sağlık bakanlığının yapmış olduğu bir çalışma okuma-yazma bilmeyen kişilerde depresyon görülme sıklığında artışı ortaya koymuştur (Kaya ve Kaya, 2007).

Bölge-Şehir, Kaynak	Örneklem, Yaş, Yaygınlık	Örneklem Büyüklüğü	Tarama Aracı	Sonuç	Notlar
Erzurum, (Kırpınar ve ark. 2010)	Nokta yaygınlık	479	E-PNDÖ	%17,7 (1. hafta); %14 (6. hafta)	Doğum Sonrası dönem
Erzurum, (Kırpınar ve ark. 2012)	Sıklık	479	E-PNDÖ, SCID	%14 (özbildirim), %6 (klinik görüşme)	Saptanan sıklık genel toplumdaki farklılık göstermediği için DSD’nin özgüllüğünün sorgulanması önerilmiş
Ankara, (Karacam ve Aancel 2009)	Ayaktan başvuran gebe	1039	-	%27,9	Risk etmenleri belirlenmiş
Elazığ, (Deveci ve ark. 2010)	Menopoz sonrası	519	BDÖ>17	%42,2	Risk etmenleri belirlenmiş
Sivrihisar-Eskişehir, (Unsal ve ark. 2011)	Menopoz sonrası, 45-65 yaş	744	BDÖ	%24,7	Risk etmenleri belirlenmiş
Manisa-kırsal, (Cengiz Özyurt ve Deveci 2011)	15-49 yaş arası kadın	225	BDÖ>17	%14,7	Aile içi şiddete maruz kalanlarda, kronik hastalığı olanlarda daha yüksek
İstanbul-Fatih, (Demir ve ark. 2011)	Üç ilköğretim okulunda 4-8. sınıf öğrencileri	1802	ÇDÖ - Çocuk SADS	%4,2 tüm; %1,5 MDB; %1,7 distimik bozukluk	Risk etmenleri belirlenmiş

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, PNDÖ: Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, MDB: Majör Depresif Bozukluk, DSD: Doğum Sonrası Depresyon, ÇDÖ: Çocukluk Depresyon Ölçeği, SADS: Affektif Bozukluklar ve Şizofreni için Görüşme Çizelgesi, SCID: DSM-IV için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği

Özetle epidemiyolojik olarak major depresif bozukluk ve ilgili spektrum için psikiyatrik açıdan en sık görülen hastalık grubu olduğu, kadın cinsiyette sıklığının daha fazla olduğu, daha çok orta yaşlarda başladığı, erken yaşlarda başlangıcın kötü bir prognostik faktör olduğu, düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel durumun bir risk faktörü olarak tanımlanabileceği, medeni durumun hastalık sıklığı açısından önem teşkil ettiği söylenebilir.

Toplum Ruh Sağlığı Açısından Depresif Bozukluklara Bakış ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplumda ve bireyde birçok probleme yol açmasına rağmen diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında depresif bozukluklara ön yargıyla yaklaşılmaktadır. Depresif bozukluk veya psikiyatrik hastalık tanısı alan bireyler toplumda “damgalanma” anlamına gelen “stigmatizasyon” problemleriyle karşı karşıya kalmakta, yaşadığı problemi kabul etmekte zorlanmaktadır ve bunun sonucunda hastaneye başvurmaya ve tedavi almaya çekinmektedir. (Göktaş ve ark., 2018) Toplumda depresif bozukluklarda kullanılan antidepresan ilaç tedavilerine karşı oluşmuş önyargılar da (bağımlılık yapıcı, uyuşturucu etkilerinin olduğunun düşünülmesi) çekincelere yol açmaktadır (Çam ve Bilge, 2013).

Depresif bozukluklar için toplum ruh sağlığı hizmetleri geliştirilmiş ve hala geliştirilmeye devam etmektedir. Ruh sağlığı hizmetleri diğer sağlık hizmetleri gibi tedavi edici, iyileştirici ve koruyucu olmak üzere üç alt başlıkta toplanabilir (Songur ve ark., 2017).

Geleneksel anlamıyla psikiyatrik hizmetler, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin hastanede tedavi edilmesi görüşüne dayanır. Ruhsal bozukluğa sahip olan birey gerekirse hastanede yatırılıp tedavi edilir. Tedavi edildikten sonra, kendi yaşadığı toplumsal çevresine geri döner. Kullandığı ilaçlar poliklinik hizmetleriyle takip edilir ve düzenlenir. Bu durumda yeterli ruhsal-toplumsal hizmet verilememiş olur. Ruhsal bozukluğun yapısı sonucunda tedaviye uyumsuzluk, kontrol için polikliniğe gelmeme, tedaviyi yarıda bırakma, bireyin olumsuz etkileşimde bulunduğu toplumsal çevreye geri dönmesi gibi çeşitli sebeplerle bireyin hastalık belirtilerinde tekrar artma gözlenir ve tekrar hastaneye yatırılır. Zamanla bu olaylar silsilesi kısır döngüye dönüşür. Literatürde bu durum “döner kapı sendromu (revolving door syndrome)” şeklinde adlandırılmıştır (Doğan, 2016). Ruhsal bozuklukların bu yöntemle tedavi edilmesi yeterli ve uygun olmadığı görülür. Güncel yaklaşımda ruh sağlığı hizmetleri hastane temelli, toplum temelli, toplum ve hastane dengeli model olarak üç model ile verilmektedir (Songur

ve ark., 2017). DSÖ, toplum temelli ruh sağlığı modelini önermektedir (DSÖ, 2001). Toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulanması amacıyla ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavilerinin hastanede değil kendi yaşamları içerisinde sürdürülebilmesi için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmuştur (Elboğa ve ark., 2019). Ruhsal hastalıklar için çeşitli ruhsal toplumsal tedaviler geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları; grup terapisi, toplumsal beceri eğitimi, bilişsel rehabilitasyon, aile tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, olgu yönetimi, mesleki rehabilitasyondur (Yıldız, 2009). Antidepresan ilaç tedavisinin yanında bu psikososyal destek tedavilerin uygulanması tedaviye uyumu arttırmakta, hastalığın tekrarlama riskinin azalmasına, hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine ve sosyal bilişsel işlevselliklerinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Elboğa ve ark., 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Major depresif bozukluk, toplumda en sık görülen psikiyatrik hastalık olması nedeniyle toplum ruh sağlığının tesisi için önem arz etmektedir. Tanının erken konabilmesi, tanıdan sonra etkin tedavinin verilmesi işlevsellik kaybını azaltacaktır. Bununla beraber koruyucu ve akılcı hekimlik açısından hastalık ortaya çıkmadan önce risk gruplarının belirlenmesi, orta ve yüksek riskli bireylerin veya toplulukların yakın izlem altına alınması, bu kişileri çökkün duyudurumuna iten önlenabilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması major depresif bozukluk sıklığını, bu hastalığa bağlı morbidite ve mortaliteyi, hastalığın ve tedavinin oluşturduğu ekonomik yükü azaltıcı etki gösterecektir. Bu bağlamda toplumsal yaşamda ruhsal bozuklukları etkileyen ve zamanla değişen faktörler belirlenmeli, bu faktörler göz önünde bulundurularak bunlara yönelik önlemler alınmalı, depresif bozukluğu olan bireyler daha efektif yöntemlerle tespit edilmeli ve tedavi takiplerinin daha dikkatli ve kontrollü yapılması gerekmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar belirli standartlara göre belirlenmiş zaman aralıklarıyla tekrarlanmalı, değişen sonuçlara göre toplumsal ruhsal hizmetler kapsamında yeni stratejiler geliştirilmelidir. Sosyal psikiyatri uygulamaları güçlendirilmeli, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye aktif katılımının sağlanması amacıyla yeni uygulamalar geliştirilmelidir. Toplumda psikiyatrik hastalıklar ve depresif bozukluklar ile ilgili önyargıların engellenmesi için topluma bu konularda etkili eğitimler verilmelidir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin yanında, devlet destekli ve tüm toplumun ulaşabileceği yeni uygulamalar planlanmalıdır. Depresyon bir toplum sağlığı problemi olarak ele alınmalıdır. Depresif bozukluğu olan bireylerin işlevselliğinin artırılarak topluma katılması bireye faydalı olmasının yanında topluma da sosyal ve ekonomik yönden faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR / REFERENCES

- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... Ulaş, H. (2014). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 25(4):264-81.
- Cimilli, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları- 4. Çizgi Tıp yayınevi, Ankara, 157-68.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):91-101.
- Çelik, H. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1): 51-66.
- Doğan, O. (2016). Düünden bugüne Türkiye'de Sosyal Psikiyatri Uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 17(2): 136-142.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G., (1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas.
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goalorientation approach. *Journal of Personality and Social psychology*, 74(1), 139-158.
- Elboğa, G., Şahin, Ş., Altındağ, A. (2019). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Beceri Eğitimlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bilişsel Fonksiyonlara Katkısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 11(1): 1-8.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Eksen Tanıtım, Ankara.
- Göktaş, S., Işıklı, B., Metintaş, S. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 3(2):68-75.
- Horwath, E., Cohen, R., Weissman, M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 389-426.
- Işık, E., Işık, U., Taner, Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
- Kaya, B., Kaya, M. (2007). 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6):3-10
- Köroğlu, E., ed. (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV Tanı Ölçütleri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Kristenson, M ve ark. (2004). Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine*, 58(8):1511-1522.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry*, 60(2), 84-92.
- McIntosh, E., Gillanders, D., Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*. 17(1), 33-43
- Özpoyraz, N. (2002). Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri*, 4:68-72.
- Rihmer, Z., Angst, J. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın, H., Bozkurt, A., (çev. eds). *Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry*. Öncü Basımevi, Ankara. 1575-1582
- Songur, C., Saylavcı, E., Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*. 3(4): 276-289.
- Taylor, D. & Richardson, P. (2005). The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. *Oxford textbook of psychotherapy*, 127-136.
- World Health Organization (2001), *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2(2): 52-56.