

Kronik Hastalık ve Depresyon

Hayriye Elbi Mete¹

¹Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Hastalık kişinin dengesini sarsar, yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur. Bu sorunlar hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara dek değişebilir. Hastalar yukarıda sayılan özelliklerle değişen nitelik ve sürede yeni duruma uyum sağlarlar ve yeni bir yaşam akışı, yaşam planı oluştururlar. Uyum çabaları zaman zaman hastaların hastalıkla baş etmede çok işine yaramayan bir şekilde sonuçlanır. Bu düzeneklerden bazıları aşağıdaki gibidir:

Gerileme (regresyon):

Davranışların gelişme dönemlerinin geride bırakılmış aşamalarına dönmesidir. Hasta bir çocuk gibi davranabilir, sağlık personellerine aşırı bağlanabilir. Ailesinin yanından ayrılmamasını isteyebilir.

Yansıtma (projeksiyon):

Hastalığın verdiği korku, endişe abartılarak dışa yansıtılabilir. Yakınlarının çok endişeli olduğundan kendisi ile hiç ilgilenilmediğinden ya da aşırı üzerine düşüldüğünden yakınabilir.

Yadsıma (inkar):

Hasta tanıya inanmaz ya da hastalığın önemini yadsır. Hasta sağaltım önerilerine uymayabilir, kontrollere gelmez ilaç kullanmaz. Hastalığı vitamin-

ler, bazı yiyecekler, otlar, muskalarla yenebileceğini iddia eder.

Genel tıpta çalışan hekimlerin bu uyum mekanizmalarını ve ek olarak gelişen ruhsal bozuklukları tanımaları, sağaltmaları, gerekirse bir psikiyatri uzmanına göndermeleri sundukları hizmetin kalitesini arttırır, ayrıca hastaların yaşam kalitesini yükseltir ve diyabet, kanser, romatizmal hastalık gibi diğer hastalıkların sağaltımlarını kolaylaştırır.

Hekimlerin ciddi bir bedensel hastalığı olan kişilerdeki ruhsal sorunları 'normal' kabul edip ruhsal bir bozukluk ya da uyum güçlüğü açısından dikkate almama eğilimleri vardır. Herhangi bir nedenle izlediğiniz hastalarınızın;

- kendine zarar verici davranışları,
- açıklanamayan fiziksel belirtileri,
- madde kullanım bozukluğu,
- uygun olmayan hastalık davranışı,
- sağaltım önerilerine uymama

gibi davranışları varsa iyi bir psikiyatrik bakı ve yaklaşıma gereksinimi vardır. Psikiyatrik bozuklukların diğer hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalarda diyabet, kanser, kalp damar, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikiyatrik bozukluk risk oranı yüksek bulunmuştur. Özellikle nörolojik bozukluklar, kalp hastalıkları, süregen akciğer hastalıkları, kanser, sakatlıklar, artritler için risk diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 1. Hastalığa uyum çabaları ve tepkiler ile ilgili değişkenler

Hastalık özellikleri	Hastanın özellikleri	Sosyal çevre
Tanı	Yaş, cinsiyet, eğitim	Aile, arkadaş desteği
Genel durumu bozma	Kültürel yapı	Desteklerin ulaşılabilirliği
Yerleşim yeri	Kişilik yapısı	Rol işlevlerinde bozulma
Uygulanan sağaltımlar	Savunma düzenekleri	(eş, anne-baba, çalışan biri)
Ağrının varlığı	Hastalık öncesi uyum düzeyi	Bozulan işlevlerin yakınlarınca ne oranda tamamlanabildiği

Kronik Hastalık ve Depresyon

Depresyon çok yaygın bir hastalıktır. Her beş kişiden biri yaşamlarında bir dönem depresyon geçiriyor. Herhangi bir zamanda toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekte üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülüyor. Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalanıyor ya da depresyon için yardım istiyor. Kadınlar en çok 35-45, erkekler 55-70 yaşlarında depresyon geçiriyor. Ailede depresyon geçiren bir kişinin olması, kadın olmak, yalnız yaşamak, yoksul olmak depresyon geçirme riskini artırıyor.

Depresyon temel olarak bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığıdır. Kişiler hüznü, karamsar, isteksiz hisseder. Daha önce kolayca yapılan işler gözünde büyümeye, zor gelmeye başlar. Depresyonu olan kişinin kendine güveni azalır, dikkatini toparlamak, bir filmi baştan sona seyredebilmek, gazetede bir yazıyı okuyabilmek güçleşir. Unutkanlık, dalgınlık, basit kararları vermekte zorlanma olur. Hastalar güçlerinin, kuvvetlerinin eskisi gibi olmadığını, kendilerini cansız, enerjisiz hissettiklerini söylerler. Uyku sorunları uykuya dalamama, gece uyanma, sabah erken uyanma, sabahları dinlenmemiş uyanma ya da fazla uyuma biçimindedir. İştah genellikle azalır, kilo verilir bazen de sıkıntı ile fazla yeme görülebilir. Ölüm düşünceleri, ölen yakınlarını daha fazla düşünme, hastalıkla ilgili endişeler, ölüm korkusu olabilir. Depresyon döneminde bedensel sorunlar da artar. Düzenli giden tansiyon kontrol edilemez olur, kan şekeri iniş ve çıkışlar gösterir. Çoğu zaman kronik hastalıkların ilk çıkışı depresyon dönemlerindedir. Bir çok araştırma kalp krizi geçiren kişilerde depresyon tabloya eklendiğinde hastaların kalple ilgili sorunlarının, ikinci bir kriz geçirmenin riskinin arttığını göstermiştir.

Yani depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirmediği gibi kronik bir hastalık da depresyona neden olabilir.

Sağlığını yitirmek, hastalığın sınırlılıklarına katlanmak depresyona yol açabiliyor. Bazen de depresyon hastalıkla ilişkili nedenlerle oluyor. Örneğin, hipertiroidide olduğu gibi hastalığa neden olan hormonlar depresyona yol açabilir, ya da tansiyon yüksekliğinde kullanılan bazı ilaçlar depresyona neden olabilir. Bu konuda dikkat çeken bir başka durum ise depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların daha fazla görülmesi. Bu nedenle her iki gruptaki hekimler diğer hastalığı da çok fazla görüyor.

Depresif Bozuklukların Tanınması

Depresyonun tanınması her zaman kolay değildir. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, ağrılardan, çarpıntı yada bulantıdan yakılarak kederlerini, yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Hasta keder, isteksizlik duygularını tanıyamayabilir yada bunları söylemekten utandığı, bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı endişesi ile hekime bedensel yakınmalarla, çarpıntı, nefes alamama, uyuşma ve karıncalanmalar, yaygın ağrılar, bayılmalar, sindirim yapamama, gaz, bulantı gibi mide barsak sorunları ile başvurabilir. Depresyon belirtileri soyut olduğu için bazı hastalara gayret etmeme, yetersizlik yada tembellik gibi gelebilir. Yakınlarının bunlara inanmayacağını, küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade edebilirler. Alkol, hap, esrar ve ağrı kesici kullanımı altta yatan depresyonu gizleyebilir. Depresyonun tanınabilmesi için tıbbi disiplinler arası işbirliği ve bunu geliştirmek önemlidir (Couper 2003).



Öncelikle ciddi bir hastalıkta üzgün karamsar olma 'normal' kabul edilip hastanın yaşamını nasıl etkilediğine dikkat edilmez. Bazen hastanın 'moralini bozmamak' için üzgün duruşu görmezden gelinir, hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınılır. Bir başka güçlük ise depresyon belirtilerinin birincil hastalık (diyabet, hipertansiyon) ya da tedavi yan etkileri ile ilgili olup olmadığının ayırt edilmesidir. Uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik, tıbbi durum, tedavinin yan etkileri, kan biyokimyası değişikliklerini sonucu da ortaya çıkabilir ve depresyon belirtilerine benzer.

Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, yakınının yanından ayrılamama, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk gibi. Tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyon için risk etmenleri nevrotik özellikler, daha önce depresyon geçirme, ailede depresyon öyküsü, alkolizm, aile desteğinin olmayışı, ağrı, mutsuzluk, ilerlemiş hastalıktır (Brawman 2005).

Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, kolay kızma, işbirliği yapmama, öfke, anksiyete, uykusuzluk ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavisi ile düzelebilir (Covic 2002, Campbell 2004).

Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar girişimi öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakınının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk özkıyım girişimi için risk faktörleri olarak sayılabilir (Roelofs 2005).

Tanıda hangi depresyon belirtilerinin öncelik taşıyacağı tartışılabilir; somatik belirtilerden çok disforik mizaç, güven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, özkıyım düşünceleri ile tanı koyulması uygundur.

Araştırmalarda, kronik ağrılı hastalarda %20-80 gibi değişen oranlarda depresif belirtilere rastlanmaktadır. Bu değişken oran, hasta seçim yöntemi, çalışmanın yapıldığı hasta grubu ve kullanılan araştırma araçları ile ilgili olabilir. Örneğin, ağrı ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda bedensel yıkım ve iş gücü kaybı daha ağır olduğundan bu gruplarla yapılan araştırmalarda depresyon oranları, sağlık ocağına başvuranlarda yapılan araştırmalardakinden daha yüksek bulunacaktır (Edmondson 2000).

Depresyon bir belirtiler grubudur. İlk iki belirtiyeye giriş kriteri denir ve depresyon tanısı koyabilmek için bu ikisinden en az birinin olması ve bunlarla birlikte beş belirtinin en az iki hafta süre ile ve kişinin yaşamını etkileyecek kadar şiddetli ve zamanın önemli bir kısmında olması gerekir.

Depresyon belirtileri

- Mutsuzluk, hüzün, keder, ağlama,
- Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik,
- Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri,
- Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri,
- Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
- Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma,
- İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme,
- Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı,

Aşağıdaki durumlar kronik hastalıkla birlikte olan depresyonun tanınmasında engeller:

- Bedensel sorun gibi sunma,
- Hastalık belirtilerinden ayırt edememe,
- İlaç yan etkisinden ayırt edememe,
- Normalleştirme,
- Alkol, uyuşturucu kullanımı,
- Görmezden gelme.

Depresyon Tedavisi

Depresyon bedensel hastalığa normal bir yanıt değildir ve etkili bir şekilde tedavi edilmelidir. Depresyon belirtileri az önce anlatılan özellikleri taşıyorsa ve kişinin yaşamını belirgin olarak etkiliyorsa tedavi edilmelidir. Depresyon tedavisi ilaç tedavileri, psikoterapiler, elektro konvülsif tedavi ve ışık tedavisi olarak dört bölümde anlatılacaktır. Tedavi akut dönemde iyilik halinin sağlanması, sürdürme döneminde iyilik durumunun devamı, idame döneminde yeniden hastalanmanın engellenmesi amaçlıdır. Kronik hastalıkta depresyon tedavisi ilaç etkileşimleri, depresyon tedavisinin bedensel hastalığın gidişini etkileme riski yönünden bazı özellikler taşır, tedaviler anlatılırken bu noktalara da değinilecektir.

Depresyon tedavisinin aşamaları

- Doğru tanı koymak,
- Hastaya tanı ve tedavi bilgisini verip tedavi anlaşmasını yapmak,
- Tedavi biçimi, süresi, yan etkileri ve olası risklerini anlatmak,
- Hasta ile birlikte tedavi kararını vermek,
- Etkili bir tedaviyi en kısa sürede başlamak,
- Özkıym riskini dikkate almak,
- Gebelik, emzirme ile ilgili hastayı uyarmak,
- İlaç etkileşimlerini dikkate almak, yeni başlanabilecek ilaçlarla ilgili uyarmak,

Düzenli aralıklarla etkinlik ve yan etkileri izlemek, Bir araştırmada diyabet ve kalp yetmezliği olan 890 yetişkin telefonla aranarak depresif belirtiler

açısından taranmış ve %51 oranında anhedoni ve depresif mizaç pozitif bulunmuş daha sonra eczane kayıtları taranarak son 3 ay antidepresan reçetelenmesi araştırılmıştır, Araştırılan her dokuz kişiden ikisi depresif bulunmuştur (Ackermann 2005).

Antidepresan ilaç tedavisi

Tüm antidepresanlar etkili olup kullandığımız psikotropun yan etkileri ve ilaç etkileşimleri antidepresan seçiminde önemlidir. Tedavi etkisinin 3-4 hafta içinde başlayacağı ve ilk 7-10 gün bazı yan etkilerinin olabileceği hastaya anlatılmalıdır. Tedavi süresi hastanın iyileşme süresi, daha önce depresyon geçirip geçirmediği, geçirdiyse kaç depresyon epizodu olduğu ile değişir. En az 6 ay olmak üzere bu etmenlere göre bir tedavi süresi belirlenip hasta ile bir tedavi sözleşmesi yapılması ve bu konuların netleştirilmesi tedaviye uyum açısından önemlidir.

Trisiklik antidepresanlar nöropatik ağrı, fibromiyalji, irritabl barsak sendromu ve tıbbi olarak açıklanamayan ağrıda etkin bulunmuş (Jackson ve O'Malley 2000) ve bazı çalışmalarda serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) üstün bulunmuşlardır (Fishbain 2000, Lynch 2001). Trisiklik antidepresanların avantajları hepsinin etkinliğinin kanıtlanmış olması ve ucuz oluşlarıdır. Dezavantajları ise ağız kuruluğu, kabızlık, sersemlik, çarpıntı, hipotansiyon gibi yan etkileri, daha fazla ilaç etkileşimine açık olmaları, kalp iletimini, kan şekeri düzeyini etkilemeleridir. Kinidin benzeri etkileri nedeni ile kalp sorunları olan hastalarda kullanımları risklidir. Sindrup ve Jensen (1999) ağrıda %50 iyileşme için tedavi edilmesi gereken kişi sayısını trisiklikler için 1.4-2.6, SSRI'lar için 6.7 bulmuşlardır.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kronik hastalıkta görülen depresyon için daha fazla kullanılmaya başlanmıştır (Carter ve Sullivan 2002). Avantajları yan etkilerinin genellikle ilk bir hafta ile sınırlı oluşu, daha sık görülen yan etkilerin baş ağrısı, gerginlik, gaz gibi yaşamsal risk taşımayan yan etkiler oluşu ve ilaç etkileşiminin daha düşük oluşu ve depresyonda etkin olmalarıdır.

Triazolopiridinlerin (trazodon, nefazodon) avantajları az yan etkiye neden olmaları ve depresyonda etkili olmalarıdır. Kilo alma ve ani ayağa kalk-

malarda kan basıncında düşme açısından dikkatli olmak gerekir. Ne yazık ki trazodon için yeterli araştırma verisi ve nefazodon için kronik hastalıkta kontrollü çalışma yoktur.

Monoaminooksidaz inhibitörleri (MAOI) ekstra-hepatik glukoz alınmasını artırarak kan şekeri düzeylerini azaltırlar. Geri dönüşümlü bir MAOI olan moklobemid, fibromiyaljide etkisiz kronik yorgunluk sendromunda yorgunlukta etkili bulunmuştur (Hickie, 2000, Rao 2002, Salerno 2002).

Venlafaksin (selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörü-SNRI) ve mirtazapin (noradrenalin serotonin geri alım inhibitörü-NASSA) bedensel bir hastalığı olan kişilerdeki depresyonun tedavisinde etkili ve güvenli bulunmuştur. Antiadrenerjik ve antikolinergik yan etkileri ve kini-din benzeri etkileri yoktur, yüksek doz alındıklarında ölüme neden olmazlar. İki sistem üzerinden etki eden antidepresanların olumlu yönleri TSA'lara benzeyen geniş etki profilleri olmasıdır. Mirtazapinle kilo, venlafaksin ile kan basıncı dikkatle izlenmelidir.

St John's Wort depresyonda onaylanmış bir ilaç değildir, reçetesiz satılmaktadır. Orta hafif düzey depresyonda yararlı olduğuna ilişkin bazı veriler vardır (Stahl 2005).

Genel prensip olarak zorunlu olmadıkça çoklu ilaç kullanımından, özellikle kalp atım hızını ve elektrolit dengesini etkileyen ilaçlarla kombinasyondan kaçınılmalıdır. Bazı ilaçlardan özellikle uzak durmak gerekir, örneğin artık piyasada bulunmayan fakat bir dönem uyku ve sakinleşme için de sık kullanılmış olan tiyoridazin gibi. Yan etkileri gözleyebilme, riskler ortaya çıktığında erken önlem alabilme açısından düşük doz başlayıp yavaş arttırma prensibi anımsanmalıdır.

Elektrokonvülsif tedavi (EKT)

Antidepresanlar etkisini 3-4 haftada gösterirler. Bazı hastalarda ilaç tedavisine yanıtızsızlık olur. Tedavi sonucu için beklemenin riskli olduğu ya da diğer tedavilerin etkisiz olduğu durumlarda EKT (şok tedavisi) yaşam kurtarıcıdır. Öz kıyım riski yüksek, gıda reddi nedeni ile susuz kalmış (dehidratasyon), elektrolit dengesi bozulmuş hastalarda EKT etkinliği ve hızlılığı ile can kurtaran san-

dalı gibidir. Bu tedavi önlem alınmış bir ortamda hastaya grand mal epileptik nöbet geçirilmesidir. Kafa içi yer kaplayan oluşum olduğunda ve yeni kalp krizi geçirenlerde bu tedavi uygulanamaz. Nöbetle ilgili amnezi olduğu için hastalar bu dönemi anımsamaz, ağrı, acı hissetmezler. Daha önceleri anestezi yapıldığı için seyrek olarak çene ve omuz çıkıkları, kol ve bacak ağrıları görülebilirdi. Son dönemlerde bir çok merkez anestezi EKT uygulamasına geçmiştir. Kısa süreli anestezi altında yapılan EKT gerekli koşullar sağlandığında daha güvenli bir uygulamadır. EKT adrenalini, kortizol, büyüme hormonu salınmasını artırır ve insüline antagonist etki yapar, diyabette dikkatli kullanılmalıdır.

Işık tedavileri

Kış depresyonu geçiren bazı hastalarda parlak beyaz ışığın depresyon belirtilerine iyi geldiği gözlemi ile sabah yada akşamları 30 dakika ışık uygulaması tedavisidir. İlaç tedavisi ile olumsuz bir etkileşim saptanmamıştır.

Psikoterapiler

Depresyonda ilaç tedavileri ile birlikte psikoterapiler uygulanırsa tedavi başarısı artar.

Psikoterapötik yaklaşım:

Kronik hastalık ve depresyonda psikoterapötik yaklaşımlar yalnızca ruhsal sorunlara değil hastalıkla ilgili endişeler, hastalığın yol açtığı kısıtlamalar gibi sorunlara da odaklanmalıdır. Bilgilendirme programları kronik hastalıklarda hemen her zaman ilk adımdır. Tüm çalışmalar hastaların yeteri kadar bilgi alamamaktan yakındıkları yönündedir. Hastalıkları, tedaviler, beslenme, egzersiz programlarının tanıtımı hastaların uyumunu artırır, başa çıkmayı kolaylaştırıp hastayı edilgen rolden çıkartıp etkin konuma getirir. Hastalıkla ilgili sorumluluk almayı geliştirir. Hasta derneklerini desteklemek yardımlaşma şansını artırır. Bilgilendirme programlarına tıbbi gereksinimlere yönelik eğitimlerin yanı sıra depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal tabloların tanıtımı ve tedavisi de eklenmelidir. Kanseri, artrit, diyabet, hipertansiyon, sırt ağrısında denenmiş yararlı bulunmuştur (Keefe 2000).

Tablo 2. Kalp damar hastalıklarında antidepresan kullanımının riskleri

	Düşük risk	Ortalama risk	Yüksek risk
Antidepresanlar	SSRI'lar	Moklobemid	Trisiklikler
	Mirtazapin	Reboxetin	Venlafaksin
	Mianserin		
	Trazodon		

Bazire 2005'den adapte edilmiştir

Kısa Süreli Terapi:

Bir hedefe yönelik ve hastalık döneminde ve ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bir terapidir. Etkinlik ile ilgili yeterli kontrollü çalışma olmasına karşın hasta grubunun gereksinimlerine uyan bir modeldir.

Davranış Terapisi:

Davranış kuramı ve toplumsal öğrenme kuramını temel alarak geliştirilmiştir. Etkinlik çizelgesi oluşturma, özdenetim terapisi, toplumsal beceri eğitimi ve sorun çözme teknikleri kullanılabilir. Hafif ve orta düzey depresyonda ilaç tedavisi ile birlikte kullanıldıklarında etkili bulunmuştur.

Bilişsel Davranış Terapisi:

Kişinin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç ve tutumlarının değiştirilmesini hedefleyen bir terapi modelidir. Hafif orta düzey depresyonlarda ve belli bir düşünce biçiminin egemen olduğu hastalarda yararlı bulunmuştur. Kronik hastalıklarda görülen depresyonun psikoterapisinde bilişsel davranışçı yaklaşımları temel alan grup tedavileri daha çok tercih edilmektedir. Daha çok kişiye ulaşabilme, hastalar arası dayanışma ve paylaşmayı sağlama açısından yararlı bir yöntemdir. Davranışçı programların amacı, yetersizlik, mağdur olma durumunun değiştirilmesi, kişiyi tedavisinde etkin konuma getirme ve tedavisinin, günlük yaşamının sorumluluklarının üstlenmesinin sağlanması, hastanın işlevsel ve bağımsız duruma getirilmesidir. Sık kullanılan davranışçı teknikler, nefes egzersizleri, kas gevşemesi, aktivite planlaması, ailenin eğitimidir. Ayrıca biyolojik geri-bildirim, hipnoz, girişkenlik eğitimi, işlevsel davranış tedavisi, hastanın eğitimi, aile terapisi, psikodinamik psikoterapiler, stresle

baş etme, sosyal destek grupları ve iş-uğraş terapisi sayılabilir.

Evlilik Terapisi ve Aile Terapisi:

Evlilik ve aile ilişkilerine odaklanan bir terapi modelidir. Davranışçı yaklaşımlar, psikoeğitim, stratejik evlilik terapisi gibi teknikler kullanılır.

Grup Terapisi:

Özellikle kronik hastalığı olan kişilerin depresyon tedavisinde çok kullanılmıştır. Benzer sorunları olan kişilerin birbirine örnek oluşturması, destek olması gibi ek yararları vardır. Aynı zamanda daha ekonomik bir yöntemdir.

Kişilerarası Terapi:

Kişilerarası kayıplar, rol uyumsuzlukları, toplumsal beceri eksikliği gibi depresyona yol açan sorunları bulup değiştirmeyi hedefler.

Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz:

Erken dönemde sevgi yoksunluğu ve bağlanmanın gerçekleşmemesi sonucu yetersizliklerin oluşması, katı bir üstbenlik ve çocukluk isteklerine bağlı çatışmaların sonucu suçluluk duyguları ve kendini cezalandırma isteğinden söz edilir. Yüksek benlik ideallerine ulaşamayan kişinin hayal kırıklıkları ile ilgili bilinç dışı çatışmaların nedensel önemi vurgulanır. Derinlemesine yaklaşımla kişideki depresyona neden olan mekanizmalar anlaşılmalı ve değiştirilmeye çalışılır. Uzun süreli ve pahalı bir tedavi olmakla birlikte geniş bir kullanım alanı vardır. Kronik hastalığı olan kişilerin böyle tedavilere yönelimi genellikle düşüktür (Smith 1998, Smith 2000).

Kronik hastalıkta tedavi uyumu

Uzun süreli hastalıklarda tedavi uyumu hastalığın gidişini etkileyen ve hekimin tedavi başarısını belirleyen önemli bir konudur. Tedaviye uyumu sağlayabilmek için önce hastanın hipertansiyondan ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığa nasıl bir tepki verdiğini anlamak gerekir. Hekimin hastaya bilgi ve güven vermesi ve hastalığın yol açtığı sınırlılıklarla başa çıkmasında yardım etmesi gerekir. Her hasta durumunu ve hastalığını kişisel değerlendirmesini yaparak anlar. Bazen hastalığı bir ceza gibi görebilir, bazen çok korkutucu geldiği için yokmuş gibi davranarak inkar etmeye çalışır, bazen hekimden mucize bekler. Hastanın korkularını, planlarını ve beklentilerini anlamak, varsa hatalı inançlarını değiştirmek, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesinde yardım etmek gerekebilir. Bir kronik hastalık tanısı ile hasta yakınlarının da yaşamı değişir. Hastaya bakan, tedavisini yürütmesinde destek olan kişilerin endişe ve öfkelerini anlamak ve onlara da yardımcı olmak gerekebilir.

Hipertansiyon ve depresyon

Ahmet Bey

Ahmet bey görüşmeye çok isteksiz gelmişti. Kalp hastalıkları hekiminin ısrarı olmasa hiç aklına gelmezdi. Bir bankada yönetici konumunda çalışmak onu çok yoruyordu, 52 yaşında ve evli idi. Kilosundan rahatsızdı ama haftada 3-4 kez iş yemeğine gitmek zorunda olduğu için diyetine dikkat edemiyor, zayıflayamıyordu. Çok yoğun çalıştığı için bir türlü düzenli spor yapamamaktan yakınıyordu. Babasının ve amcasının yüksek tansiyon sorunları olduğunu bildiği için her yıl düzenli kontrollere gider, 20 yıl günde 1 paket sigara içmiş 40 yaşına girdiği gün sigarayı bırakmıştı. İlk dört yıl hiç sigara içmemişti ama son 8 yıldır akşamları içkili yemeklerde 2-3 sigara içerdi. Dört yıl önce tansiyonu yüksek bulunmuş, bir dönem izlendikten sonra tansiyon düşürücü ilaç tedavisine başlanmıştı. Bir yıl kadar idrar söktürücü ilaçlar kullandığını, daha sonra farklı ilaçları denediğini anlattı. Son bir yıldır artık tansiyonu oldukça düzenli giderken beş ay önce babasının kalp krizi ile ölümünden sonra bir türlü kendini toparlaya-

mamıştı. Evde gergin kızgın dolaşüyor, çocuklara bağıyor, olur olmaz her konuda eşi ile tartışıyor. İşe gitmek, toplantıları izlemek iyice zorlaşmıştı. Uykusu gelmiyor, gece yarısı sıkıntı ile uyanıp bir daha uyuyamıyordu. Sabaha karşı uyuyabildiği için kalkıp işe gitmek zorlaşmıştı. Hemen her gün 10:30 gibi işe gittiği için arkadaşlarından utanmaya, suçlu gibi hissetmeye başlamıştı. Böyle giderse istifa etmeye karar vermişti. Göğsünde ağrı, terleme, çarpıntı krizleri ile son iki ayda beş kez acil servise gitmişti, her gittiğinde tansiyonunu yüksek bulmuşlar ve bir gece izleyip doktoruna başvurmasını söylemişlerdi. Ayrıca dört yıldır izleyen doktorunun tansiyonunun kontrolde olduğunu, farklı bir kalp sorunu olmadığını söylemesine karşın krizlerin devam etmesi üzerine bir doktora daha danışmıştı. İkinci kardiyoloji hekimi muayene etmiş ve EKG, eforlu EKG, tetkiklerinden sonra bir şey bulamadığını ama babası kalp krizi geçirdiği için isterse anjiyo yapabileceklerini söylemişti. Ahmet Bey anjiyonun komplikasyonlarından korktuğu için yeniden ilk doktoruna gitmiş, tetkikleri gösterip yardım isteyince hekiminin önerisi ile psikiyatriye başvurmuştu.

Hipertansiyon

Yaygın bir sorundur. Kan basıncı yüksekliği ile birlikte yorgunluk, bitkinlik, enerjisizlik, depresif belirtiler ve endişe görülebilir. Bazı hastalarda geçici nörolojik kusurlar, geçici iskemik atak, yüksek kortikal işlevlerde bozulma gelişebilir. Gerek hastalık gerekse komplikasyonları açısından hipertansiyon önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Toplumun bilgilendirilmesi ve hipertansiyon için riskli grupta risk yükseltici davranışların (diyet, hareketsiz yaşam, sigara, çalışma, uyku düzeni) değiştirilmesi psikiyatri ve kardiyolojinin ortak bir çalışma alanıdır. Antihipertansiflerin bir çoğu depresyona neden olur. Bir tansiyon düşürücü ilaç ile depresyon görülürse başka bir grup antihipertansif verilmelidir. İlaç kesmekle depresyon düzelmeyorsa antidepresan sağaltıma geçilmelidir. Antidepresan başlanırsa antihipertansiflerle etkilebilecekleri, onların etkilerini potansiyalize edebilecekleri unutulmamalıdır. Antihipertansiflerin psikiyatrik yan etkileri konunun Tablo 3'te verilmiştir.

Ahmet bey

Yatkınlık alanları	
Genetik	Baba amca hipertansiyon, baba MI ölmüş.
Sosyal	Sigara, şişmanlık, stresli çalışma ortamı, egzersiz yapmama
Ruhsal	Stresli çalışma ortamı, hırslı anksiyöz Tip I kişilik özellikleri
Başlatıcı durumlar	Babanın kalp krizi ile ölümü,
Psikiyatrik tanı	Majör depresyon ve Panik Bozukluk
Bulgular	Depresif duygu durum, irritabilite, insomni, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik düşünceleri, anergi. nedensiz ve ani başlayan şiddetli anksiyete nöbetleri
Tedavi	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü, benzodiyazepin gurubu anksiyete giderici başlandı
Öneriler	Tetkikler bir kez birlikte gözden geçirildi. Panik Bozukluk ve Majör Depresyon konusunda bilgi verildi. İlgili kardiyologla konuşulup daha ileri tetkikler ve tetkik tekrarı durduruldu Antidepresan etki süresi ve olası yan etkileri anlatıldı Acil bir durum olduğunda psikiyatrinin aranması için hasta ile anlaşıldı.

Koroner arter hastalıkları

Koroner arter hastalıklarına karşı önlemler, toplumun bilgilendirilmesi, riskli davranışların değiştirilmesi çalışmaları son yıllarda oldukça önem kazanmıştır. Kan kolesterolünü ve kan basıncını düşürme, sigarayı bırakma, düzenli egzersiz yapma çeşitli basın ve yayın organları, toplantılar ile gündemde tutulmaya çalışılmaktadır. Riskli grupta davranış değişikliği sağlamak kolay ve çabuk elde edilen bir sonuç olmamakla birlikte konuya dikkat çeken programların sürdürülmesi ile yavaş da olsa bazı değişiklikler sağlanabilmektedir. Özellikle miyokard enfaktüsü sonrası kalp rehabilitasyon çalışmaları iyi sonuçlar vermekte uygun egzersiz programları ile işlev düzeyi yükseltilmeye çalışılmaktadır.

Eski dönemlerde önemli bir risk faktörü kabul edilen Tip A kişilik (hırslı, zamanla yarışan, başarı yönelimli) ile ilgili sonuçlar tartışmalıdır. Bir çok araştırmada Tip A kişilik ile koroner arter daralması arasında bir paralellik bulunamamıştır. Eşlik eden ruhsal sorunlar en sık bunaltı bozukluğu ve depresyondur.

Koroner kalp hastalığı olanlarda ruhsal bakı ve sağaltım gereksinimi yaratan durumlar:

- koroner hastalığın gidişini ve sağaltıma uyumu etkileyen sorunlar,
- koroner hastasında bunaltı bozukluğu, depresyon,
- tanı koyulamayan, uygun sağaltımla iyileşmeyen göğüs ağrısı,
- riskli davranışların ısrarla sürdürülmesi (sigara, alkol, diyet),
- tüm yaşam aktivitelerinden (günlük bakım, cinsel işlev) ısrarla kaçınma,

KVS hastalığı olanlarda psikotrop kullanımı

Herhangi bir psikotrop başlamadan ileri iletim kusuru olmadığından, kalp yetmezliği varsa denetim altında olduğundan ve elektrolit dengesizliği olmadığından emin olunmalıdır. Sağaltıma düşük doz başlanmalı EKG ve kan basıncı sık (ilk günlerde her gün sonra haftada 1-2) kontrol edilmelidir.

Trisiklik antidepresanlar kalp atım hızını artırır, iletim kusurlarına neden olabilir ve ortostatik hipotansiyon yaparlar. Atrio ventriküler blok olan, antihipertansif kullanan, hipotansif olan hastalarda mutlaka trisiklik verilecekse hastane koşullarında başlanmalı bu hastalarda kardiyak yan etkisi daha az

Tablo 3. Kardiovasküler sistem ilaçlarının psikiyatrik yan etkileri

İlaçlar	Yan Etkiler
Antiaritmikler	
Lidokain	Psikoz, bunaltı, ajitasyon, sersemlik, baş dönmesi,
Tokainid	Psikoz, bunaltı, ajitasyon, bilişsel bzk. konfüzyon, sersemlik, baş dönmesi, ender depresyon
Flesainid	Bunaltı, ajitasyon, sersemlik, baş dönmesi,
Fenitoin	Bilişsel bzk., konfüzyon
Mexiletine	Psikoz, bunaltı, ajitasyon, insomni, sersemlik, baş dönmesi,
Kinidin	Bunaltı, ajitasyon, bilişsel bzk. konfüzyon
Prokainamid	Çok ender psikoz, depresyon, bunaltı
Disopramid	Sersemlik, baş dönmesi, ender psikoz ve depresyon
Amiodaron	Sersemlik, baş dönmesi, çok ender depresyon, konfüzyon
Bretillum	Sersemlik, baş dönmesi, çok ender psikoz bunaltı ve konfüzyon
Verapamil	Çok ender sersemlik, baş dönmesi, depresyon
Dijital	Çok ender psikoz, depresyon, bunaltı, bilişsel bzk. konfüzyon, insomni
Antihipertansifler	
Metildopa	Depresyon, bilişsel bzk. konfüzyon, insomni, sersemlik, baş dönmesi, çok ender psikoz
Beta blokerler	Depresyon, insomni, çok ender psikoz ve bilişsel bozukluklar, konfüzyon
Reserpin	Psikoz, depresyon, çok ender bunaltı, insomni
Klonidin	Depresyon, insomni, çok ender psikoz, bunaltı, ajitasyon, bilişsel bzk. konfüzyon, sersemlik, baş dönmesi
Hidralazin	Çok ender psikoz, depresyon, bunaltı, bilişsel bzk. konfüzyon, sersemlik, baş dönmesi
Prazosin	Bilişsel bzk., konfüzyon, sersemlik, baş dönmesi, çok ender psikoz, depresyon
Guanetidın	Sersemlik, baş dönmesi, çok ender depresyon
Minoksidil	
Kaptopril	Ender psikoz, depresyon, çok ender bunaltı, bilişsel bzk. konfüzyon, insomni
Enalapril	Sersemlik, baş dönmesi, ender psikoz, depresyon, çok ender bunaltı, insomni
Sodyum nitroprusid	Çok ender bunaltı, ajitasyon, sersemlik, baş dönmesi
Diüretikler	Depresyon, bilişsel bzk., konfüzyon, sersemlik, baş dönmesi, çok ender bunaltı, ajitasyon
Antianjinaler	
Diltiazem	Psikoz, çok ender bunaltı, bilişsel bzk. konfüzyon, insomni
Nitratlar	Sersemlik, baş dönmesi
İnotroplar	
Amrinone	
L-Dopa	Psikoz, bunaltı, ajitasyon, depresyon, bilişsel bzk. konfüzyon, insomni, sersemlik, baş dönmesi,

olan ikinci nesil antidepressanlar ilk seçenek olarak düşünülmemelidir. Kardiyovasküler yan etkisi minimal olan, sedatif, antikolinergik yan etkisi olmayan, kardiyak glikozidler, diüretikler, antikoagülanlarla etkileşmeyen reversibl MAO inhibitörü moklobemid ve serotonin geri alım inhibitörleri fluoksetin, fluvoxamin, sertralin ve kardiyak yan etkisi az olan trazodon, mianserin yan etki profilleri ve depresyonun özelliklerine göre seçilebilir. Benzodiazepinler genellikle güvenle kullanılabilir. Antipsikotik kullanımı gerekirse hipotansiyona dikkat edilmeli antikolinergik yan etkisi düşük olan haloperidol yeğlenmelidir.

Anjina ve aritmilerde ortostatik hipotansiyona yol açarak anjinayı arttırabilecek, kalp atım sayısını yükselten ilaçlar kullanılmamalıdır. Trisiklikler ve trazodondan kaçınmakta yarar vardır (Stahl 2005, Bazire 2005).

Hipertansiyonun depresyon, alkol ve sigara arasında direkt ve dolaylı bir ilişki vardır. Depresif kişiler daha fazla sigara içer, sigarayı daha zor bırakır. Sigara ve alkol içme davranışı ve depresyon arasında bir bağlantı olabileceği gibi hastalar sigarayı kendilerini uyarmak yada yatıştırmak için kullanıyor olabilir. Koroner arter hastalığı olan depresif hastalarda ölümün ve diğer komplikasyonların fazla oluşu, sempatik aktivite artışı ve kalp atım sayısında artma nedeni ile olabilir, katekolamin düzey artışı konjestif kalp yetmezliği, aritmi ve ani ölüme neden olabilir.

Antihipertansif ilaçlar ve depresyon

Bazı antihipertansifler sempatik sistem üzerinden etki ederek depresyonu başlatabilir ağırlaştırabilir. Antihipertansif başlanmasından sonra depresyon başlamış, kişi daha önce depresyon geçirmemişse ve psikososyal bir stres gözlenmiyorsa antihipertansife bağlı depresyon düşünülebilir. Bu durumda bir başka gurup antihipertansife hastanın ilacı değiştirilir, değiştirmek mümkün değilse antidepressan tedavi eklenebilir.

Rezerpin ve metildopanin depresyon riskini arttırdığını destekleyen güçlü kanıtlar saptanmıştır. Reserpin beyindeki, adrenal medulladaki ve sempatik sinir uçlarındaki katekolamin depolarını boşaltır; 0.25 mg/gün dozunun üzerinde kullanıldığında norepinefrin azalmasına bağlı olarak

enerji azalması, ağlama krizleri, letarji ve uykusuzluk gibi depresyon belirtileri gelişir. Metildopa santral sempatik aktiviteyi azaltır ve sedasyona neden olur. Özellikle yüksek dozlarda %4-10 oranında depresyona neden olur. Daha önce depresyon geçiren ve yaşlı hastalarda bu etkilere daha kolay görülür.

Beta-blokerler ile yorgunluk, bitkinlik, uyku bozukluğu, kabuslar görülebilir, depresyon riski artar. Propranolol bir dönem depresyon tedavisinde yardımcı ilaç olarak kullanılmış olsa da yararlılığı gösterilememiştir. Kan-beyin engelini kolay geçmeyen hidrofilik beta blokerlerle (atenolol ve nadolol) diğerlerine göre daha az merkezi sinir sistemine ait yan etki ortaya çıkacağı bildirilmiştir. Klonidin HCl ile depresyon riski düşüktür ancak yorgunluk, uyku bozukluğu, kabuslar gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Bazı antidepressanlar hipertansiyona neden olabilir ya da kötüleştirebilir. Trisiklik antidepressanlar depresyonda ve fibromiyalji, migren ve ağrı tedavisinde de kullanılır. TCA'lar norepinefrin geri alınmasını merkezi olarak engeller ve yirmi hastadan birinde kan basıncında hafif artışa neden olduklarından trisiklik alan hastaların kan basınçlarının kontrol edilmesi gerekir. Trisikliklerin alfa-1 adrenerejik ve muskarinik reseptörler antagonist etkileri ile kan basıncı oynamaları ve kalp atım hızında hafif artış olur. Bu yan etkiler yaşlı ve antihipertansif alan hastalarda daha önemlidir. Kan basıncında ayağa kalkma ile hızlı düşme sonucu baş dönmeleri, bayılma, düşme ve kırık ciddi risktir. Bu risk amitriptilin ve imipramin gibi TCA'lar ve trazodon gibi atipik antidepressanlar ve amoksepin ve maprotilin gibi tetrasiklik antidepressanlarla daha belirgindir ve giderek daha az tercih edilmektedir. Bir çalışmada kalp krizi geçirmiş 588 kişi bir yıl izlenerek kalp krizi sonrası yeni başlayan depresyonun kardiyak mortalite ve morbidite ile bağlantılı olduğunu bildiren bu sonuç bildirilmiştir (Dickens 2008).

SSRI'larla kardiyovasküler ve hemodinamik yan etki TCA'lardan çok daha az ortaya çıkar. Hatta bu grupla yapılan bazı çalışmalarda kalp krizi sonrası kullanılan sertralin, sitalopram gibi ilaçların trombosit agregasyonunu azaltarak olumlu katkılarının yalnızca depresyon üzerine olmayıp kalple ilgili etmenleri de etkilediğini bildiren çalışmalar yayın-

lanmıştır. Bunların en bilineni SADHEARTH çalışmasıdır (Glassman 2002).

Mirtazapin histaminik, serotonin ve alfa-2 adrenerjik reseptörleri bloke eder ve MSS'de serotonin ve norepinefrin düzeylerini artırır. Mirtazapinle birlikte düşük doz amitriptilin kullanan hastalarda hipertansiyon ortaya çıktığı bildirilmiştir. Venlafaksin özellikle hipertansiyon öyküsü olan hastalarda kontrendikedir.

Hipertansif hastalar çoğunlukla birden fazla ilacı bir arada kullanmak zorunda kalırlar, bu nedenle ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olmak gerekir. Psikolojik etkenlerin hipertansiyon gelişiminde rol oynadığı ya da depresyonun hipertansiyona eşlik ettiği durumlarda antidepresan tedavi uygulanacaksa, ilaç etkileşimi az olan antidepresanlar seçilmelidir.

Hipertansiyon hastalarının çoğunlukla etkin bir iş yaşamı olan, başarılı, hırslı kişiler olduğu dikkate alındığında hekimleri ile ilişkileri hastalığı nasıl ele aldıkları ve ruhsal çatışmaları ile belirlenir. Bu çatışma, bazı hastalarda tedaviye yönelik kuşkucu ve olumsuz tutum biçimini alır. Tedaviye uyum göstermeyebilir ya da düzenli ilaç kullanmaz. Ancak eğer iyi bir hekim hasta ilişkisi kurulabilirse işbirliği sağlanabilir. Ayrıca yalnızca hasta değil tüm aile de tedaviye katılabilir. Aile diyet ve tedaviye uyum konusunda hasta ile birlikte düzenlemeler yapılabilir. Bazen de hekimin otoriter ve yönlendirici tutumu hastanın çatışmalarının artmasına, tedaviye uyumunun bozulmasına yol açabilir.

Davranışçı tedaviler çok uzun süredir psikosomatik hastalıkların gidişini etkilemede denenmiş, bazı başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Hipertansiyonda biyolojik geri bildirim ve gevşeme egzersizlerinin özel yeri vardır. Kişilere gevşeme yöntemi ile ve bir monitörden izleyerek ya da ses uyarısını dinleyerek kan basıncını düşürmek öğretilmeye çalışılır. Davranış değişiklikleri (diyeti değiştirme, kilo verme, sigarayı bırakma, egzersiz) ve sodyum kısıtlanması da davranışçı tedavilerle ele alınabilecek konulardır.

Davranışçı tedaviler öğrenme kuramlarına dayanır. Altta yatan nedenlere değil davranış ve belirtilere yönelinir ve hatalı davranış değiştirilmeye çalışılır. Anksiyetenin kaslar üzerindeki etkisinin fark

edilmesi ve giderilmesi hedeflenir. Kas grupları sırayla önce kasılıp sonra bırakılarak gevşetilir.

Hipertansiyon hastasının kendi ve hastalığı ile ilgili çarpık düşünceleri varsa ve bilişsel tedavilere yatkın ise bilişsel psikoterapiler bir seçenek olabilir. Kendisini ve dünyayı algılamasının sonucu gelişen düşünce hatalarına ve çarpıtmalarına odaklanılarak bilişsel yapı değiştirilmeye çalışılır. Örneğin, kişi kendisinde hipertansiyon saptanmasından sonra bilişsel yapısındaki çarpıtmalara bağlı olarak, "babam da benim yaşlarımda tansiyondan ölmüştü, bende böyle öleceğim" gibi bir düşünce geliştirebilir. Bu düşünceler ele alınarak hastanın hatalı düşünceleri değiştirilmeye çalışılır.

Önceleri gevşeme egzersizlerinin kan basıncına etkisine kuşku ile bakılmasına karşın bazı çalışmalarda orta derecede tansiyon düşmesi sağladığı görülmüştür. Genelde davranış tedavisi ilaç tedavisinden daha az etkili bulunmuştur. Davranışçı tedavilerin ilaç tedavisine ek olarak düzenlenebilecek tamamlayıcı tedavi nitelikleri daha kuvvetli ve ilaç dozunun azaltılmasını sağlayabilecek tedaviler olduğunu söyleyebiliriz. Bir meta-analizde 26 çalışma değerlendirilmiş, ilaç tedavisi ile karşılaştırılan bilişsel ve davranışçı tekniklerin yararının sınırlı olduğu ve farmakolojik tedavi ile birlikte kullanıldığında daha iyi sonuç alındığı bildirilmiştir (John Hopkins Kanıtı Dayalı Tıp Gurubu 2006). Stresle baş etme eğitimleri ile kan basıncının düşebileceği, ruhsal streslerin azaltılmasının ve öfke ile baş etme gücünün geliştirilmesinin kan basıncında uzun süreli düşmeyi sağlayabildiği bildirilmiştir. İlaça ve tedaviye uyum kan basıncı kontrolü için en önemli etmenlerdir. Depresyon öfke ve endişenin yanı sıra, tedaviye uyumu en çok bozan ruhsal sorundur. Depresyon belirtilerinin olması, tedaviye uyumu bozacağı düşünülen diğer birçok etkenden daha ciddi bir risk etmenidir. Bazı araştırmalarda psikopatoloji oranı düşük hastalarda tedaviye uyumun daha iyi olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalıklara eşlik eden ruhsal bozuklukların tedavisi ve hastaların özelliklerine uygun psikososyal tedavilerin ilaç tedavilerine eklenmesi hipertansiyon tedavisinin bütünleyici bir parçasıdır. Hastanın tıbbi hastalığını tedavi ederken, kişileri biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak ele almak, biyolojik boyutunun yanı sıra ruhsal ve sosyal yönlerinin de hastalık sürecine etkili

olduğunu anımsamak ve kapsamlı bir tedavi planı yapmak gerekir. Hastanın yaşam öyküsü ve çevre koşulları göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır.

Diyabet ve depresyon

Selin

Selin 27 yaşında 14 yıldır diyabet tanısı ile insülin kullanan bir gençti. Okulu bitireli 3 yıl olduğu halde çalışmıyor, halsiz ve yorgun olduğu için bütün gün evde oturuyor, yatıyor, diyetine uymakta zorluk çekiyordu. 13 yaşında Tip I diyabet tanısı konmuş insülin kullanmaya başlamıştı. Annesi, kız kardeşi diyabet olduğu ve tüm gençliği evde kardeşine uygun bir yeme düzeni oluşturmak çabaları içinde geçtiği için hastalık konusunda bilgili idi. Anne ve babası bundan sonra sürekli onunla ilgilenmeye başlamıştı, 2 yaş büyük ağabeyi adeta unutuluyor aile tüm dikkatini Selin'in korunmasına adıyordu. Anne kardeşinin yaşadığı böbrek sorunları nedeni ile çok endişeli idi ve kızının hayatını kolaylaştırmak için her şeyi yapıyor eve onun yemediği şeyler almıyordu. Kızını enfeksiyonlardan korumak için en ufak bir sorun olduğunda ya da Selin halsiz hissettiğinde onu okula göndermiyordu. Okula devamsızlığı çok olduğu için, Lise II'de bir yıl sınıfta kalmıştı. Gıda mühendisliğine girmiş, okulu 6 yılda bitirebilmişti. Sabahları erken uyanmadığı için işe girmeye cesaret edemiyordu. Hiç erkek arkadaşı olmamıştı. Bir gün o kadar yorgundu ki kapıyı açması gerektiğinde emekleyerek kapıya gitmişti. Bilgisayarda sohbet odalarına giriyor, gece 03 - 04:00 gibi yatıp 12:00'de uyanıyordu. Kahvaltı edip gazete okuyor, akşam üstü ailesi eve gelince onlarla biraz vakit geçirip akşam yemeği ve televizyon saatlerinden sonra ailesi yatınca bilgisayarda yazıyor, sohbet ediyor ve internette dolaşıyordu.

Son yıllarda yemek saatlerini düzenleyemediği için birkaç kez hipoglisemi atakları geçirmişti. Doktorlarının ve ailesinin tüm uyarılarına karşın düzenli bir yaşam kuramıyor, dışarı çıkmak, sabah erken kalkmak, egzersiz yapmak planları hep oluyor ama bir sabah kalksa ertesi gün çok yorgun olduğu için her şey aksıyordu.

Yaşam boyu süren bir hastalık olan, yeme içme biçimini sınırlayan, uzun dönemde böbrek, göz hastalıkları riskleri taşıyan diyabet yaşamın akışını bozar. Sağlığın kaybı ile yas, keder, isyan, inkar,

endişe, öfkeye neden olabilir. Bazen bu duygular hastanın başa çıkma düzeneklerinden daha güçlü olur, depresyon gelişebilir. Gerginlik ve anksiyete hem nöroendokrin mekanizmalarla hem de sağaltımın gereklilikleri, beslenme, egzersiz programlarına uymayı güçleştirerek hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Depresyon riski hastalık şiddeti ve hastalığın yol açtığı ek sorunlarla artar, sağlıklılık ve güçlülük duygusu bozulabilir. Kırılganlığı ve incinebilirliği ile karşılaşmak kişinin kendine ve yaşama olan güvenini sarsar. Hastanın duygu ve davranışları gelecek endişesi, yeterlilik kaybı, cinsellikle, üretkenlikle ve görünümle ilgili endişeler ve aşırı bağımlılık ile bağımlılık korkusu nedeni ile aşırı atak ve riskli davranışlar arasında gidip gelebilir. Ruhsal durum ve diyabet iki yönlü etkileşim içindedir. Ruhsal durum değişiklikleri kan şekeri, kan şekeri değişiklikleri ise davranış ve duyguları etkiler.

Diyabet hastanın ailesinde de krize neden olur. Dengeli ilişkilerin, iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rollerin belli olduğu ailelerde hastalığa uyum daha kolaydır. Aşırı koruyucu, endişeli, kontrol edici, yönlendirici tutumlar hastalığa uyumu bozar.

Diyabet - ruhsal durum etkileşimi

Diyabet tanısından sonra uyum güçlükleri ile sık karşılaşılır. Hastalıkla ilgili tepkiler hastalığın özelliklerine, hastanın kişilik özelliklerine, çevresel özelliklere göre değişir.

Kronik bir hastalıkla karşılaşma kendine güven duygusunu bozabilir. Öfke inkar, şaşkınlık, sevilme, beğenilmeme kaygısı günlük yaşamı sürdürmeyi güçleştirebilir. Daha hafif ruhsal sorunların çok daha sık görülmesi ile birlikte tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik bozukluklar diyabetli hastalarda yaklaşık %20 oranında görülür. Özellikle sık hipoglisemi atakları yaşayan hastalarda kan şekeri düşüklüğü ile bilişsel işlevler bozulabilir, baş ağrısı, bayılacak gibi olma, kızgınlık, gerginlik ve şaşkınlık görülebilir. Sık kan şekeri düşüklüğü yaşayan kişilerde uzun dönemde kişilik değişiklikleri, depresyon, bilişsel işlevlerde bozulma ve ender olarak psikotik belirtiler tanımlanmıştır. Kan şekeri ve ruhsal belirtiler birbirini etkiler. Yani anksiyete ve depresyon kan şekeri yükseltip insülin gereksinimini arttırabilir. Ayrıca

Selin

Yatkınlık alanları	
Genetik	Teyze diyabet
Sosyal	Diyete uymama, uyku düzensizliği, egzersiz yapmama
Ruhsal	Anksiyete
Başlatıcı durumlar	işe başlama zorunluluğu,
Psikiyatrik tanı	Major depresyon
Bulgular	Depresif duygu durum, iritabilite, insomni, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik düşünceleri, anergi, uzun süredir devam eden ve şiddetli halsizlik, güçsüzlük
Tedavi	Seçici Serotonin geri alım inhibitörü başlandı
Öneriler	Tıbbi durumu bir kez birlikte gözden geçirildi. Majör Depresyon konusunda bilgi verildi. İlgili endokrin hekimi ile konuşulup diyetisyenden randevu alındı Antidepresan etki süresi ve olası yan etkileri anlatıldı Acil bir durum olduğunda psikiyatrinin aranması için hasta ile anlaşıldı. Uyku hijyeni anlatıldı ve uyku düzenlemesi için uzun dönemli bir plan yapıldı.

depresyonu olan bir diyabet hastası, diyetle uyma, egzersiz yapma gibi hastalığı ile ilgili önlemleri yerine getirmekte güçlük çekeceği için hastalığın gidişini kötü etkiler (Friedman 1998).

Diyabet hastalarında depresyon toplumdaki sıklığının iki katı bulunmuştur. Hem hastalığın kontrolü hem de kişinin yaşam kalitesi açısından diyabet hastalarında depresyon ortaya çıktığında tanınıp hızla ve yeterli tedavi edilmesi önemlidir (Anderson 2001). Depresyonun yanı sıra diyabetik nöropati ağrıları için de antidepresan kullanmak gerekebilir. SSRI'ların diyabetik nöropatide de etkili olduğu bildirilmiştir. Antidepresan tedavisinde diyabet hastalarına özel bazı sorunlar vardır. Kilo alma ve kan şekeri dikkatle izlenmelidir. Serotonin geri alım inhibitörleri sitokrom P450(CYP)3A4 izoenzimini baskılayabileceklerinden bazı ağızdan alınan antidiyabetiklerin metabolizmasını etkileyebilirler (meglitidinler, repaglinid, nateglinid). Bu nedenle fluoksetin ve fluvoksaminin hipoglisemiye neden olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca fluoksetin, fluvoksamin ve sertralin ile CYP2C9 inhibisyonuna bağlı olarak, sülfanilüre tolbutamid ve glimepirid metabolizması etkilenebilir (Goodnick 1995, Lustman 1997). Yüksek doz sertralin (200

mg/g) tedavisine bağlı tolbutamid klirensinde azalma bildirilen bir olgu dışında bu ilaçla etkileşime ilişkin bulgu yoktur. Yeni antidepresanların 6 aydan uzun süre kullanımda kan şekeri düzeylerindeki etkileri henüz tam bilinmemektedir.

Diyabet hastalarında baş etme becerilerini arttırma, hipoglisemi korkusu ve zarar verici davranışları azaltma açısından bilişsel davranışçı teknikler yararlı bulunmuştur. Fazla anksiyetesi olan hastalarda gevşeme tekniklerinden yararlanılabilir.

Tiroid hastalıkları ve depresyon*Cemile hanım*

Koridordan gelen tartışma sesleri ile dışarı çıkmak zorunda kaldım. Cemile hanım randevusuna erken gelmiş, kendinden önceki hastaya önce onun muayene olması gerektiğini, zaten işinin çok uzun sürmeyeceğini, beklemesinin mümkün olmadığını söylüyordu. Ayağı ile yere vuruyor, bir iki adım gidip geri geliyordu. Hızlı hızlı konuşuyor elindeki sigara paketi ile oynayarak, parlak gözler canlı bakışlarla telaşlı telaşlı buradan çıkınca yapması gereken işlerin çokluğunu anlattı. Beklemesi gerektiğini söylediğimde gözleri doldu. Yorgun kenarda

Cemile hanım

Yatkınlık alanları	
Biyolojik	Yaşanılan yer
Sosyal	İyot yerine konması, tiroid hormonu kullanması
Ruhsal	Eşle sorunlar
Başlatan durumlar	Boşanma
Tanı	Organik depresif sendrom. Hipertiroidiye bağlı
Belirtiler	Depresif duygu durum, anhedoni, egzersiz intoleransı, artmış aktivite, kas yorgunluğu
Öneriler	Endokrin konsültasyonu istendi, tiroid hormon düzeyi normal sınırlara inene dek benzodiazepin gurubu anksiyete giderici başlandı. Üç hafta sonra kontrolü önerildi. Kontrolde tiroid hormonlarında düşme ile birlikte depresif sendromda gerileme gözlemlendi. Bir hafta daha anksiyete tedavisi sürdürüldü, ikinci kontrolde tümüyle düzelmiş olan hastanın anksiyete tedavisi durduruldu. Hipotiroidi ve hipertiroidide görülen ruhsal tablolar anlatıldı ve bu belirtileri gözlerse yeniden başvurması önerildi.

durmaya başladı, elleri titriyordu. Görüşmeye girdiğinde elimi sıktı 'kusura bakmayın ellerim terli, dışarıda biraz gergindim de ondan bekleyemedim' dedi. Dört ay önce boşanmıştı. İki üç aydır iştahlı olmasına karşın kilo vermekten, çok sinirli olduğundan, ev işlerini yaparken çok yorulduğu için sık dinlenmek zorunda kalmaktan yakındı. İşlerini yapmak, akşam yürüyüşe çıkmak istiyor ama iki adım atınca soluk soluğa kalıyordu. Bir yıl önce kocasının iş yerinden bir hanımla bir ilişkisi olduğunu anlamış oturdukları kasabadan İzmir'e taşınmıştı. 'Bizim oralarda guatr derdi çoktur, komşularım, çocukluk arkadaşlarımın neredeyse yarısı hap kullanır, iki sene önce bir yerlerden gelip baktılar. İyotumuz eksikmiş, iyot tuzunun alınması gerektiğini söylediler. Hepimiz kullandık. Geçen yıl çok yorgundum, elim kolum kalkmazdı. Önce ekleme hapi kullandım, sonra kocamla ilgili konular çıktı ortaya, buraya taşındım. İlk üç dört ay çok sıkıntılıydım. Yalnızlık, yeni komşular, işe de biraz zor alıştım. Küçük yerde herkesi tanırdım ama artık alışmıştım. Şimdi de 3 aydır böyle yerimde duramıyorum. Bir yemeğin başından sonuna masada oturamam. Ekmekti, suyu 10 kere kalkarım, her şey tamamsa bir mutfağa gidip bakarım. Çok da alıngan oldum. Biri yan baksa kalbim kırılıyor, geceleri de uyku tutmuyor. Artık arkadaşlarım zorla gönderdi.

Hipotiroidi psikiyatrik belirtilerin en sık görüldüğü endokrin bozukluktur. En sık 40-60 yaş arası kadın-

larda, oto immün tiroidite bağlı olarak ortaya çıkar. Depresyon, bilişsel bozukluklar, deliryum eşlik edebilir (Joffe 2006). Lityum kullanan hastalarda ve iyileşmeyen depresyonlarda hipotiroidi düşünülp araştırılmalıdır. Hipotiroidi saptanırsa depresyon sağaltımına tiroid hormonu eklenebilir. (Lojko 2007). Genellikle serum tiroid hormon düzeyi normale döndüğünde depresyon iyileşir. Serum düzeyleri normale döndüğü halde iyileşmeyen depresyonlarda antidepresan kullanmak gerekebilir. Ağır ve uzun sürmüş hipotiroidilerde geri dönüşümü olmayan demans gelişebilir.

Hipertiroidide en sık görülen psikiyatrik bozukluk hipotiroidide olduğu gibi depresyondur (Patten 2006). Fakat depresyon tipi farklıdır. Hipotiroidide davranışlarda yavaşlama ve genel durgunluk halinin egemen olduğu bir depresyon gözlenirken hipertiroidide sıkıntı ile yerinde duramama, huzursuzluk, fazla hareketlilikle giden ajite depresyon görülür. Bazen hipertiroidide manik sendromda görülebilir. Kişiler çok neşeli yada kolayca kızan, az uyuyan, kendine güvenleri, konuşkanlıkları artmış bir durum içindedirler. Genellikle tiroid hormonlarının normale inmesi ile ruhsal belirtiler düzeler ender olarak bunaltı giderici ya da trisiklik antidepresan gerekebilir. Trisikliklerden kaçınılması daha güvenli olur fakat zorunlu ise taşıkardi ve aritmiler yönünden dikkatli olunmalıdır.

Endokrin bozukluğu olan hastada psikiyatrik belir-

tiler gözlenirse, bu tablonun endokrin belirtilerin sonucu mu ortaya çıktığı (ikincil) yoksa hastada ek bir ruhsal hastalığın mı olduğu (birincil) ayırt edilmelidir. Ruhsal tabloların ilaca yada hormon değişikliklerine mi bağlı olduğunu ayırt etmede kesin olmamakla birlikte yol gösterici olabilecek bazı ipuçları vardır.

Birincil durumlar:

1. Psikiyatrik bozukluk öyküsü vardır,
2. Psikososyal stresörler (ailede, işte çatışma) olabilir,
3. Eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar (panik atak, agorafobi) olabilir,
4. Bozukluğun başlangıç yaşı söz konusu durum için beklenen gibidir.

İkincil durumlar:

1. Psikiyatrik belirtilerin ve endokrin durumun

ortaya çıkışı, alevlenmesi ya da bir ilaca başlanması, bırakılması, doz değiştirilmesi arasında zaman ilişkisi vardır.

2. Bellek, dikkat, yönelim gibi bilişsel işlevlerde bozukluklar saptanabilir,
3. Görsel halüsinasyonlar gibi organik nedenleri düşündüren belirtiler gözlenebilir,
4. Psikiyatrik belirtiler genellikle hızla gelişirler, çoğu olguda prodromal dönem saptanmaz ya da kısa sürelidir,
5. Uygun psikiyatrik tedaviye yanıtızsızlık sıktır.

Yazışma adresi: Dr. Hayriye Elbi Mete, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, hayriye.elbi@ege.edu.tr

KAYNAKLAR

Ackermann RT, Rosenman MB, Downs SM (2005) Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*, 27(5):338-343.

American Psychiatric Press (1990) *Review of Psychiatry. Consultation-Liaison Psychiatry*, 9. Cilt, 4. Bölüm, American Psychiatric Press, Washington DC, s.409-674.

Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (1994) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 4. Baskı (DSM-IV), 1994'ten çeviren E. Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1993) *Erişkinlerde görülen majör depresif bozukluk için uygulama kılavuzu*. Hekimler Yayın Birliği.

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE ve ark. (2001) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6):1069-1078.

Bazire S (2005) *Psychotropic Drug Directory*. Bath Pres. Bath.

Brawman-Mintzer O, Monnier J, Wolitzky KB ve ark. (2005) Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement. *J Psychiatr Pract*, 11(3):212-215.

Campbell LC, Clauw DJ, Kefe FJ (2003) Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry*, 54:399-409.

Carter GT, Sullivan MD (2002) Antidepressants in pain management. *Curr Opin Invest Drugs*, 3:454-458.

Couper J, Harari E (2004) Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australas Psychiatry*, 12(4):365-368.

Covic T, Adamson B, Howe G (2002) The role of passive coping and helplessness in rhomotoid arthritis, depression and pain. *J App Health Beh*, 4:31-35.

Dickens C, McGowan L, Percival C ve ark. (2008) New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. *Psychosom Med*, 70(4):450-455.

Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması*. Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992'den çevirenler Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Uluğ B, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, Ankara.

Edmondson JC (2001) *Chronic Pain and the Placebo Effect*. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s.1981-2001.

Fishbain DA (2000) Evidence based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med*, 325:305-316.

Friedman S, Vila G, Timsit J (1998) Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus patients (IDDM) population: relationship with glycaemic control and somatic complications. *Eur Psychiatry*, 5-302.

Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM ve ark. (2002) Sertraline antidepressant heart attack randomized trial SAD-HEART Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA*, 14:288(6):701-709.

Goodnick PJ, Henry JH, Buki VMV (1995) Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *J Clin Psychol*, 56(4):128-136.

Hickie IB, Wilson AJ, Wright MJ ve ark. (2000) A randomized controlled trial of moclobemide in patients with chronic fatigue syndrome. *J Clin Psychiatry*, 61:643-648.

- Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G ve ark. (2000) Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressants medications. A meta analysis. *Am J Med*, 108:65-72.
- Joffe RT (2006) Is the thyroid still important in major depression? *J Psychiatry Neurosci*, 31(6):367-368.
- John Hopkins Kanita Dayalı Tıp Gurubu (2006) Huffman Harv Review Psychiatry.
- Keefe FJ (2000) Can cognitive behavioral therapies succeed where medical therapies fail? Proceedings of the 9th World Congress on Pain. Progress in Pain Reseach on menagement. Devor M, Rowbotham M.C. Wiesenfeld -Hallin Z. (Ed), 16, Seattle, IASP Pres, s.1069-1084
- Lojko D, Rybakowski JK (2007) L-thyroxine augmentation of serotonergic antidepressants in female patients with refractory depression. *J Affect Disord*, 103(1-3):253-256.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE ve ark. (1997) Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosom Med*, 59:241-250.
- Lynch ME (2001) Antidepressants as analgezicks. A review of randomized clinical trials. *J Psychiatry Neurosci*, 26:30-36.
- Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon -Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul.
- Patten SB, Williams JV, Esposito E ve ark. (2006) Self-reported thyroid disease and mental disorder prevalence in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*, 28(6):503-508.
- Rao SG (2002) The neuropsychopharmacology of centrally acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheum. Dis Clin North Am*, 28:235-259.
- Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P (2005) The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis*, 193(8):508-514.
- Salerno SM, Browning R, Jackson JL (2002) The effect of antidepressant treatment on chronic back pain. A meta analysis. *Arch Intern Med*, 14:19-24.
- Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G ve ark. (1990) Psychological disorders in general medical settings. Hogrefe & Huber Publishers, Toronto.
- Sindrup SH, Jensen TS (1999) Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: An update and effect related to mechanisms of drug action. *Pain*, 83:389-400.
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D (1998) Consultation-liaison psychiatrists management of depression. *Psychosomatics*, 39(3):244-252.
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D (2000) Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 41(6):481-489.
- Stahl SM (2005) Essential Psychopharmacology; The Prescriber's Guide. Grady MM Ed. Cambridge University Pres, Cambridge.
- Yokogawa F, Kiuchi Y, Ishikawa Y (2002) Investigation of monoamine receptors involved in nociceptive effects of antidepressants. *Anesth Anal*, 95:163-168.