

---

# Bedenssel Hastalıklarda Depresyon

Uz. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ\*, Prof. Dr. Hayriye ELBİ METE\*

**B**edenssel hastalığı olanlarda depresyon morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendromdur (Cassem 1991, Sutor ve ark. 1998, Katon ve Ciechanowski 2002). Major depresif bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığı %3.7 ile %6.7 arasında değişmektedir (Robins ve ark. 1984). Bedenssel hastalığı olan yatan hastalar arasında major depresyon yaygınlığı %5-10, ayaktan takip edilenlerde %9-16, kanserli hastalarda ise %1.5-50'dir (Katon 1987, Katon ve Schulberg 1992, McDaniel ve ark. 1995, Silverstone ve ark. 1996). Bedenssel hastalığı olanların %41'inde olmayanlara göre ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirme riski vardır. Bu grup hastada özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları daha sık gözlenmektedir. Çoğu kişide yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmak depresyona neden olmaktadır. Diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi toplumda daha yaygın gözlenen bedenssel hastalıklarda duygudurum bozuklukları yaygınlığının arttığı gösterilmiştir. 10 kontrollü çalışmanın gözden geçirildiği bir derlemede, 9 çalışmada diyabetlilerde sağlıklı kontrollere göre depresif bozukluk ya da depresif semptomların belirgin olarak daha sık saptandığı ve bu hasta grubunda major depresyonun %10-15 oranında gözleendiği belirtilmiştir (Katon ve Ciechanowski 2002).

Kronik böbrek hastalıklarında major depresyon en sık gözlenen ruhsal hastalıktır ve morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, bu hasta grubunda major depresyon yaygınlığı %6.5, minör depresyon yaygınlığı ise %17.7 bulunmuştur (O'Donnell ve Chung 1997).

Koroner arter hastalığı olanlarda %19-23 oranında major depresyon gözleendiği belirtilmektedir. Bu hasta grubunda major depresyon için risk faktörleri, kadın olma, enfarktın büyük olması, fiziksel fonksiyonların belirgin olarak bozulması, sosyal ilişkilerin zayıf olması ve geçirilmiş depresyon öyküsü olarak tanımlanmıştır (Rouchell ve ark. 2002).

Depresyonun sıkça gözleendiği bedenssel hastalıklardan bir diğeri ise kanserdir. Kanser tipi, hasta popülasyonu ve tanı kriterlerine bağlı olarak bu grup hastada depresyon sıklığı farklılıklar göstermektedir. Kanser kliniği ve kemoterapötik ajanların yan etkileri depresif semptomlara benzer yakınmalara neden olmaktadır. Bu nedenle hastalığa ve tedavilere bağlı oluşan semptomları depresyondan ayırmak gerekir. McDaniel ve arkadaşları (1995), depresyon yaygınlığının pankreas kanserinde %50, orofarinks kanserinde %22-40, meme kanserinde %13-26 olduğunu belirtmişlerdir. Kanserli hastalarda depresyon için risk faktörleri, geçmiş depresyon öyküsü, alkolizm, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedenssel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanımınıdır. Bunların yanı sıra, sosyal izolasyon, eski kayıplar,

---

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

karamsarlık, sosyoekonomik durum ve geçmiş intihar girişimi ek risk yaratmaktadır (McDaniel ve ark. 1997).

Kronik ağrısı olan hastaların %43.2'sinde major depresyon öyküsü bulunmaktadır ve bu hastaların %40.5'inde alkol kötüye kullanımı gelişmektedir. Nörolojik hastalıklardan, inmelerden (strok) sonra da depresyon çok sık gözlenmektedir. Bu hasta grubunda inme sonrası depresyon yaygınlığının %30-50 olduğu belirtilmektedir. İnme hastalarının %26'sı hastaneye ilk başvurdıklarında major depresyon, %20'si ise minör depresyon tanısı almaktadır. Altı aylık izlem sonunda hastaların %60'ı depresif bozukluk tanısı almaktadır. "Zaten yürüyemiyor ve konuşmıyor" mantığı ile yola çıkan yaklaşımlarda, bu hastalarda gözlenen depresif semptomlar hastalığa karşı doğal bir tepki olarak kabul edildiğinden depresyon tanısı atlanmaktadır. Oysa pek çok çalışmada inme sonrası gelişen depresyonun tedavi edilmesi ile morbidite ve mortalitenin oldukça azaldığı belirtilmektedir (Rouchell ve ark. 2002).

Bedensel hastalığı olan bireylerde depresyon çok sık gözlenmesine rağmen, tanı ve tedavisi çoğu kez gözden kaçmaktadır (Hirschfeld ve ark. 1997). Bunun en sık nedeni bedensel hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar ile depresif semptomların birbiri üzerine örtüşmesidir. Özellikle somatik semptomların, yakınmaların büyük bir kısmını oluşturması alttaki depresyonun atlanmasını kolaylaştırmaktadır (Creed 1997). Bu hastalarda depresyonun atlanmasına neden olabilecek faktörler aşağıda belirtilmiştir.

1. Birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği sağlık ocaklarına başvuran hastalar genellikle ruhsal ve bilişsel semptomlarını inkar ederek, sadece somatik yakınmalarını dile getirirler. Bazı hastalar da hafif ya da spesifik olmayan depresif yakınmalarının olduğunu bildirirler.

2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin bir kısmı fiziksel bulgu ve semptomlara odaklanıp, hastalarını stigmatize etmekten çekindikleri için mümkün olduğunca psikiyatrik tanı koymaktan kaçınırlar (Docherty 1997).

3. Hekimler, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların, özellikle trisklik antidepresanların yan etkilerinin fazla olmasından dolayı bu ilaçları bedensel hastalığı olan hastalarda kullanmak istemedikleri için depresyon tanısını gözardı edebilmektedirler (Freedland ve ark. 1991).

4. Sağlık çalışanları tarafından bedensel hastalığı olanlarda gözlenen depresyonun çevresel koşullara bağlı (hastalık-ilişki sorunları gibi) olduğu, bu nedenle çok anlaşılabilir ve nedeni açıklanabilir bir durum olduğu düşünüldüğünden hastalık olarak kabul edilmemekte ve tedaviye gerek duyulmamaktadır.

5. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarında hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanan nedenlerden dolayı, doktorlar hastalarına yeterli süre ayıramadıkları için hastalardaki depresyonu atlayabilmektedirler.

6. Pratisyen hekimlerin major depresif bozukluk hakkında yetersiz eğitim almaları depresyon tanısını atlamalarına neden olabilmektedir.

#### **Depresyonun Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkileri**

Bedensel hastalığı olanlarda major ya da minör depresyonun morbidite ve mortalite üzerine belirgin etkileri olmaktadır (Rouchell ve ark. 2002). Yapılan bir çalışmada koroner arter hastalığı olanlarda major depresif bozukluğun, kardiyak kataterizasyondan sonraki 12 ay içerisinde, miyokard enfarktüsü, anjiyoplasti ve ölüm riskinin en iyi göstergesi olduğu belirtilmiştir (Carney ve ark. 1988). Ayrıca, depresyonu olan koroner arter hastalarında olmayanlara oranla 24 saatlik holter monitorizasyonunda 6 kat daha fazla ventriküler taşikardi epizodu gözlenmiştir (Carney ve ark. 1993). Başka çalışmalarda da miyokard enfarktüsü ya da kalp krizi geçiren hastaların 6 ve 18 aylık izlemlerinde major depresif bozukluğun mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Frasure-Smith ve ark. 1993, 1995). Bu grup hastada artmış mortalite riskini açıklayacak patofizyolojik mekanizmaların trombosit aktivasyonunda artma ve kalp hızı değişimlerinin olduğu belirtilmiştir (Musselman ve ark. 1996, 1998, Nemeroff ve ark. 1998). Morris ve arkadaşları (1993a) inme sonrası major ya da minör depresyonu olan hastaların, olmayanlara göre 10 yıllık izlem döneminde 3.4 kat daha fazla ölüm riski taşıdıklarını bildirmişlerdir. İnme sonrası depresyonu olan ve sosyal ilişkileri azalan hastaların %90'dan fazla ölüm riski taşıdıkları belirtilmiştir (Morris ve ark. 1993b).

Silverstone (1990) akut olarak yaşamı tehdit eden bedensel hastalığı olanlarda (miyokard enfarktüsü, subaraknoid kanama, pulmoner emboli, üst gastrointestinal sistem kanaması gibi) depresif duygudurur-

mun mortalite ve morbiditeye etkilerini araştırdığı çalışmasında, depresif hastaların %47'sinde lmcl komplikasyonların ya da ölümlerin olmasına rağmen, depresif olmayanlarda bu tür komplikasyon ya da ölümlerin %10 oranında gözlendiğini belirtmiştir. Diyalize giren hastalarda da depresif duygudurum ölüm riskini arttırmaktadır. Bu hastalarda depresif duygudurumun yanısıra, bedensel hastalığın semptomları ile daha fazla uğraşma, benlik saygısında azalma, ktmsellik, umutsuzluk sıklıca gözlenmektedir (Rouchell ve ark. 2002). Yüksek mortalite oranlarının yanı sıra kanserli hastalarda depresyon, yaşam kalitesini azaltmakta, bu hastaların tıbbi tedaviden daha az yakınmalarına neden olmakta ve hastanede yatış sürelerini uzatmaktadır (Newport ve Nemeroff 1998).

Bedensel hastalığı olanlarda artmış mortalite ve morbidite oranları muhtemelen nöroendokrin ve immun sistemdeki değişimlere bağlıdır. Depresyonda mitojen uyarısına azalmış lenfosit cevabı, öldürücü hücre (killer cell) aktivitesinde azalma ve nötrofil aktivitesinde bozukluk gözlenmiştir. Ayrıca immun-supresyon depresyonun Őiddeti ile yakından ilişkilidir. Biyolojik parametrelerin yanı sıra bedensel hastalığı olan depresif hastalarda morbidite ve mortalitenin artmasında depresif hastanın tıbbi tedaviye motivasyon ve kompliyansının azalması da katkıda bulunmaktadır. Bedensel hastalığı olanlarda depresyonun gözlenmesi ile bağlantılı olarak ortaya çıkan tedaviye uyum zorluğu, yeni komplikasyonların gelişmesi ve morbidite oranlarının artması, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Rouchell ve ark. 2002).

### **Bedensel Hastalıklarda Depresyonun Değerlendirilmesi**

Bedensel hastalıklarda depresyon, üzüntü gibi semptomatik bir yakınma ya da klinik bir sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatristler birincil olarak bu klinik sendromu belirlemeye zen gösterirler. Kathol ve arkadaşları (1990a) psikiyatristlerin antidepresan tedaviden faydalanacak depresif hastaları belirlemeleri gerektiğini önermişlerdir. Bununla birlikte, major depresyon tanısı koydurmaya yetmeyen depresif bulguların da bedensel hastalığın gidişini etkilediği yönünde birtakım kanıtlar vardır. Örneğin ilerlemiş koroner arter hastalığı ve depresif semptomların birlikteliği, tek başına hastalığın neden olacağı sosyal ve mesleki işlevsellik kaybının iki katına neden olmaktadır (Creed 1997).

Depresyon varlığını değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi-28, Hamilton Depresyon lği, Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon lği, Geriyatrik Depresyon lği, Hastane Anksiyete ve Depresyon lği ve DSM tanı sistemlerinden yararlanılmaktadır. DSM-III-R tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı koyarken bedensel hastalığa bağlı semptomlar dışlanmaktadır. DSM-IV tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı koymak için, bedensel hastalığın ya da madde kullanımının direkt fizyolojik etkilerine bağlı oluşan semptomlar dışlanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı DSM-IV'e göre depresyon tanısı koyarken klinisyene iki nokta sıkıntı yaratabilmektedir.

1. Bedensel hastalık ile depresyon arasında etiyolojik ya da neden-sonuç ilişkisinin var olup olmadığının tespiti,
2. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon tanısı koyduran kriterlerin sınırlandırılmış olması.

Bu nedenlerden dolayı sekonder depresyon terimi ortaya atılmıştır. Sekonder depresyondan kastedilen, daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireyde bedensel hastalıklara ya da yaşam olaylarına bağlı oluşan depresyondur. DSM-III-R'deki organik duygudurum bozuklukları, DSM-IV'deki genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozuklukları ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozuklukları, tanımları gereği sekonder depresyona uymaktadırlar. Genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu - depresif özellikler gösteren tanısı koymak için, depresif duygudurum, ilgi istek kaybı ya da anhedoni gibi az sayıda depresyon kriteri yeterlidir. Tanı koyma sistemlerinin yetersizliğine bağlı olarak konsültasyon liyezona psikiyatristleri bedensel hastalığı olanlarda depresif sendromları kategorize etmek amacıyla alternatif klinik yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Bu amaçla Cohen-Cole ve Stoudemire (1987) 4 farklı yaklaşım tanımlamışlardır.

**1. İleyici (inclusive) yaklaşım:** Bu yaklaşımda depresyona ait tüm semptomlar bedensel hastalıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığına bakılmaksızın değerlendirmeye alınmaktadır. Örneğin; halsizlik, bitkinlik, iştahsızlık, uyku bozukluğu gibi belirtilerin depresyondan mı yoksa bedensel hastalıktan mı kaynaklandığı sorgulanmamaktadır. Bu yaklaşım biçiminde **"yanlış pozitif"** sonuçlara varılması olasılığı yüksektir.

**2. Etiyolojik yaklaşım:** DSM-III-R ve DSM-IV yak-

laşımı kullanılarak depresyon tanısı konmaktadır. Bu yaklaşıma göre bedensel hastalığın etiyojide rol oynadığı depresyonlar dışlanmaktadır. Ancak semptomun bedensel hastalığa bağlı olmadığı kesinlik kazanmışsa ya da bedensel hastalık için olması gerekenden fazla ise depresyon belirtisi olarak kabul edilmektedir. Burada "**olması gerekenden**" ya da "**normalden fazla**"nın ifade ettiği anlam tartışmalıdır. Bir anlamda bedensel hastalıktan kaynaklanmayan semptomlar değerlendirmeye alınarak depresyon tanısı konmaktadır. Ayrıca bu yaklaşımla depresyon tanısı uzman kişilerin yakalayabileceği ince noktalardan yola çıkarak konabilmektedir. Bu yaklaşımın da geçerliliği düşüktür (Rouchell ve ark. 2002).

**3. Yedek koyma (substitutive) yaklaşımı:** Endicott (1984) bedensel hastalığı olanlarda depresyon tanısı koyabilmek amacıyla alternatif depresyon tanı kriterleri olan **Endicott Kriterleri**'ni geliştirmiştir. Bu yaklaşımda bedensel hastalığa bağlı olabileceği düşünülen yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk gibi somatik belirtilerin listeden çıkarılıp yerlerine, kararsızlık, ümitsizlik, kendine acıma, karamsarlık gibi depresyonun bilişsel yönüyle ilgili semptomların konması önerilmektedir.

**4. Dışlayıcı (exclusive) yaklaşım:** Bu yaklaşımda bedensel hastalığa ait olabileceği düşünülen yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk gibi tüm belirtiler dışlanarak geri kalan belirtilerle tanı konmaktadır. Bu yaklaşımın "**yanlış negatif**" sonuçlar verme olasılığı yüksektir.

Kathol ve arkadaşları (1990b) kanser hastalarında içleyici yaklaşım ve yedek koyma yaklaşımı ile benzer oranlarda depresyon yaygınlığının bulunduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmaların çoğunda bildirilen depresyon yaygınlıklarının farklı olmasının metodolojik farklılıklardan kaynaklandığını belirten Sharma ve arkadaşları (2002) yanlış pozitif sonuçları önlemek amacıyla bedensel hastalıklarda depresyon yaygınlığını saptamak amacıyla iki aşamada depresyonu değerlendirdikleri çalışmalarında, ilk aşamada Beck Depresyon Envanteri'nden 10'un üzerinde puan alan hasta (depresif hasta) oranlarını %32 bulmuşken, ikinci aşamada hastaları Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgesi (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ile değerlendirdiklerinde, depresyon oranlarının %17'ye düştüğünü bulmuşlardır.

Bedensel hastalığı olanlarda depresyon yaygınlığının

farklı bulunmasının nedenlerini kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

1. Bedensel hastalıklarda depresyon tanımının net olmaması,
2. Depresyon tanısı için farklı eşik değerlerinin kullanılması (Major depresyon, distimi, minör depresyon, uyum bozukluğu gibi),
3. Bedensel hastalıklarda uygulanmak üzere depresyon için geçerliliği gösterilmiş spesifik değerlendirme ölçümlerinin bulunmaması,
4. Tedavi merkezlerine göre değişen bedensel hastalığı olan hasta popülasyonunun seçiminde hataların (bias) olması,
5. Sosyodemografik değişkenlerin heterojen olması,
6. Uygun kontrol gruplarının olmaması.

## BEDENSEL HASTALIKLARDA DEPRESYONUN KLİNİK GÖRÜNÜMLERİ

### Major Depresyon

Bedensel hastalıklarda ortaya çıkan depresyonun primer major depresyondan farklılıkları vardır. Bedensel hastalığı olanlardaki depresyon geç yaşta ortaya çıkmakta, elektrokonvulziv terapiye daha iyi yanıt vermekte, taburculuğu takiben iyileşme daha hızlı olmakta, mental durum bakımında bilişsel semptomlar tabloya daha hakim olmakta, ailede daha az alkolizm ve depresyon öyküsü bulunmakta, intihar düşünceleri ve eylemi daha az gözlenmektedir (Rouchell ve ark. 2002).

Bedensel hastalığı olanlarda depresyon göstergelerinin genelde ölmüş olmayı dileme ya da intihar düşünceleri, suçluluk duyguları, disfori, distraktibilite, ümitsizlik, içe kapanma olduğu belirtilmektedir (Hinrichsen ve ark. 1989). Ghatovi ve arkadaşları (2002) depresif hastalar, bedensel hastalığı olanlar ve sağlıklı kontrollerde suçluluk duygularının olup olmasında ve suçluluk duygularının doğasını karşılaştırdıkları araştırmalarında, suçluluk duyguları, benlik saygısında azalma ve utanç duygularının, depresif kişileri diğerlerinden ayırt ettiğini bulmuşlardır.

### Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu-depresif duygudurumla giden ya da major depresif benzeri epizodla giden

Bedensel hastalığı olan hastalarda depresif yakınmaların bedensel hastalık ya da madde kullanımının doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğuna ilişkin kanıt-

lar varsa bu tanı konmaktadır. Rundell ve Wise (1989) DSM-III-R tanı kriterlerini kullanarak yaptıkları çalışmalarında, bedensel hastalığı olan depresif hastaların üçte birinde organik duygudurum bozukluğu olduğunu bulmuşlardır. Yates ve arkadaşları (1991) genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların %70'inde santral sinir sistemi lezyonu saptamışlardır. Genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı depresyon, standart tedavi rejimlerine cevap vermemesi, açıklanamayan kişilik değişiminin ortaya çıkması, kognitif bozukluğa işaret eden bulguların tabloya eklenmesi gibi atipik klinik görünüm sergilemesiyle primer major depresyondan ayrılmaktadır.

### Depresif Duygudurumla Giden Uyum Bozukluğu

Hastalık, hastaneye yatma ve uygulanan tedavilerin her biri hasta için birer stres kaynağıdır. Bu gibi durumlarda bireyde çaresizlik, umutsuzluk ve kayıp duyguları uyanabilmektedir. Başlangıçta hasta bu stresörlerle başa çıkma becerileri geliştirmeye gayret gösterir. Bu yeterli olmazsa ruhsal anlamda regresyon gelişir, olgunlaşmamış savunma mekanizmaları devreye girer ve öfke, güvensizlik ve aşırı bağımlılık özellikleri belirginleşir. Bu şekilde hastalığa, hastaneye yatışa tepki olarak ortaya çıkan depresif duygudurum uyum bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Bu tanı bedensel hastalığı olan bireylere major depresif bozukluk tanısı kadar sık konmaktadır. Özellikle bu bireylerin psikoterapiden oldukça faydalanacakları düşünülmektedir (Smith ve ark. 1998, Wise ve Rundell 1994). Bedensel hastalığı olanlarda uyum bozukluğunu depresyondan ayırt etmek oldukça güç olabilmektedir. Uyum bozukluğu tanısı koymak için distressin beklenenden daha fazla olduğuna ikna olmak gerekmektedir. Emosyonel cevabın beklenenden daha fazla olduğunu belirlemek ise oldukça güçtür. Bu nedenlerden dolayı depresif bozukluk ile uyum bozukluğu hastanın ruhsal tablosunu tanımlamada birbirlerinin yerine sıkça kullanılmaktadırlar.

### TANI KOYMA

Öncelikle hastanın tıbbi hastalık öyküsü alınmalı ardından mevcut hastalık öyküsü ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Kabaca yapılan fizik muayene sonrası ayrıntılı bir psikiyatrik bakı yapılmalıdır. Hastada depresyon tanısı düşünülüyorsa, depresyonun diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Depresyona neden olabilecek hipotroidi ve diğer endokrin sistem

hastalıkları, nörosifiliz, kardiyovasküler, karaciğer, böbrek ve sinir sistemi hastalıkları gibi organik nedenler ve madde kullanımı dışlanmalıdır. Antihipertansifler, antikonvülzanlar, betablokörler, steroidler, kanser kemoterapisi, levodopa, benzodiyazepinler depresyon yapabilmektedirler. Bu nedenle hastaya reçete edilen ya da edilmeyen tüm ilaçların kaydedilmesi oldukça faydalı olacaktır. Ağır major depresyonda %15 oranında intihar ederek ölmeye riski olmasından dolayı, depresyon tanısı koyduğumuz her hastada intihar riskinin olup olmadığı hastaya açık bir şekilde sorularak belirlenmelidir. Depresyon gelişiminde rol oynayabilecek psikososyal faktörlerin belirlenmesi hastayı daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirmemiz ve tedavi planı oluşturmamız için faydalı olacaktır (Solnek ve Seiter 2002).

Bedensel hastalığı olanlarda depresyon tanısını netleştirmeden önce hastalıklara bağlı oluşabilecek depresyonları dışlamak amacıyla laboratuvar incelemesi istenmelidir. Bu amaçla faydalı olabilecek laboratuvar tetkikleri tam kan sayımı, kan biyokimyası, tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon ve toksikoloji tahlilleridir.

### TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

#### 1. Psikofarmakolojik yaklaşımlar

a) **Trisiklik antidepressanlar (TSA):** Depresyon tedavisinde en etkin tedavi seçeneklerinden biri olmalarına karşın bu gruptaki ilaçların ağız kuruluğu, konstipasyon, idrar tutukluğu, görme bulanıklığı, taşikardi, konsantrasyon güçlüğü gibi antikolinergik etkilerinin olması, histamin reseptörlerinin blokajına bağlı sedasyon yapıcı etkilerinin olması ve alfa-1 adrenerjik reseptör blokajına bağlı ortostatik hipotansiyon yapıcı etkilerinin olması ve kinidin benzeri antiaritmik etkilerine bağlı QRS uzaması, Q-T ve P-R intervallerini uzatıcı etkilerinin olmasından dolayı bedensel hastalığı olan özellikle yaşlı hastalarda kullanımı kısıtlanmaktadır. Kullanıldıkları zaman düşük dozlarda ve yakın monitorizasyonla kullanılmalarda fayda vardır.

b) **Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ):** SSGİ'lerinin etki ve yan etki profilleri birbirlerinden çok az farklılık göstermektedir. Özellikle yanılma ömürleri ve aktif metabolitleri açısından aralarında farklılık bulunmaktadır. Kullanımları ile en sık gözlenen yan etkiler ağız kuruluğu, diyare, bulantı, sinirlilik, cinsel işlev bozuklukları ve uykusuzluktur. Yan etkilerinin az olması ve kolay tolere edilmesi ve

terapötik pencerelerinin geniş olmasından dolayı bedensel hastalığı olanlarda ilk tercih nedeni olacak ilaçlar olmuşturlardır. Bu ilaçlarla ilgili en büyük sorun sitokrom P450 sistemini, özellikle CYP2D6'yı inhibe etmeleridir. Fluoksetin, paroksetin, sertralin, sitalopram bu sistemi aynı derecede etkilerler. Bu nedenle bedensel hastalığı olanlarda SSGİ kullanımı bu hastaların kullandıkları ve sitokrom P450 ile metabolize olan ilaçların kanda birikmelerine neden olabilmektedir. Klinisyenin bu açıdan dikkatli olması gerekmektedir.

### c) Diğer antidepresanlar:

**Bupropion:** Özellikle psikomotor retardasyonu belirgin depresif hastalarda tercih edilebilir. Cinsel yan etki oluşturmaz ve uyku fizyolojisini bozmamaktadır. Yüksek dozlarda epileptik nöbet oluşturabilmektedir. Bu nedenle bölünmüş dozlarda verilmesi önerilmektedir.

**Venlafaksin:** Yan etki profili SSGİ'lerine benzemektedir. Özellikle ağrının eşlik ettiği depresyonda kullanımı yeğlenmektedir. Yüksek dozlarda ani tansiyon yükselmesine neden olabilmektedir.

**Mirtazapin:** Uyku bozukluğu ve anksiyetenin ön planda olduğu depresyonlarda tercih edilebilir. Kilo alma, sedasyon ve agranülositoz en önemli yan etkilere sahiptir. Cinsel yan etki daha az oluşturduğu belirtilmektedir.

**Nefazodon:** Kullanımında cinsel yan etkinin az gözlendiği belirtilmektedir. Özellikle uykusuzluk ve anksiyete yakınması ön planda olan depresif hastalarda tercih edilebilir.

**Monoamin oksidaz inhibitörleri:** Fazla uyuma ve iştah artışının eşlik ettiği atipik özellikler gösteren depresyonda tercih edilebilir. Yan etki profili dardır.

Gece alındığında uykusuzluk yapabileceğinden en geç akşamüzeri alınması gerekmektedir. TSA, SSGİ ve diğer antidepresanlarla birlikte alındığında serotonin sendromu açısından dikkatli olmak gerekir. Sempatometiklerle birlikte alındığında hipertansif krize neden olabilmektedir.

**Psikostimülanlar:** Hızlı etki profillerinin olması, yan etkilerinin az ve hastalar tarafından iyi tolere edilmeleri yanı sıra, yaşlı ve bedensel hastalığı olanlarda kullanımlarının güvenilir olmasından dolayı ağır depresif hastalarda antidepresan etki başlayana kadar tercih edilebilecek ilaçlardır. Bu amaçla kullanılan metilfenidat ve dekstroamfetamin arasında etki gücü açısından fark yoktur. İlaç alındıktan sonra 1-3 gün içinde antidepresan etkinin ortaya çıkması önemli avantajlarındandır.

**2. Elektrokonvulzif terapi (EKT):** Oldukça etkin bir tedavi seçeneği olan EKT ilaç tedavisine yanıtız hastalarda ikinci seçenek olarak yerini almıştır. Özellikle tedaviye dirençli olgularda denenmektedir.

**3. Psikoterapiler:** Bu amaçla kısa, soruna odaklı psikoterapi, bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapileri uygulanmaktadır. Psikoterapinin amaçları arasında hastanın düşük benlik saygısını artırmak, hastalıkla ilgili yanlış anlamaları düzeltmek, hastalığın neden olduğu kısıtlamaları hastanın kabul etmesine yardımcı olmak, hastanın izolasyonunu azaltmak, hastanın kayıp ve hastalıklı olma duygularıyla baş etmesinde onun yanında olmak, kaygı ve korkuların hasta tarafından ifade edilmesini yürekletirmek yer almaktadır. Özellikle kanser hastalarında grup terapileri destek sağlama, kişiler arası ilişkileri geliştirme, yalnızlık hissini azaltma ve hastada yaşamın bir anlamı olduğu duygusunu yeniden geliştirmesi açısından faydalıdır.

## KAYNAKLAR

Carney RM, Rich MW, Freedland KE ve ark. (1988) Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*, 50:627-633.

Carney RM, Freedland KE, Rich MW ve ark. (1993) Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease. *Am J Med*, 95:23-28.

Cassem NH (1991) Depression, in Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 3. Baskı, NH Cassem (Ed), St. Louis, MO, Mosby Year-Book, s.237-268.

Cohen-Cole SA, Stoudemire A (1987) Major depression and physical illness: special considerations in diagnosis and biologic treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 10:1-17.

Creed F (1997) Assessing depression in the context of physical illness. *Depression and Physical Illness, Perspectives in Psychiatry*, 6. Cilt, MM Robertson, CLE Katona (Ed), West Sussex, John Wiley and Sons Ltd, s.3-19.

Docherty JP (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*, 58(Suppl 1):5-10.

Endicott J (1984) Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53:2243-2248.

Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M (1993) Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*, 270:1819-1825.

- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M (1995) Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91:999-1005.
- Freeland KE, Lustman PJ, Carney RM ve ark. (1991) Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms. *Int J Psychiatry Med*, 22:221-229.
- Ghatavi K, Nicolson R, MacDonald C ve ark. (2002) Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *J Affect Disord*, 68:307-315.
- Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S ve ark. (1989) Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 30:284-289.
- Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S ve ark. (1997) The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 277:333-340.
- Kathol RG, Noyes R, Williams J ve ark. (1990a) Diagnosing depression in patients with medical illness. *Psychosomatics*, 31:434-440.
- Kathol RG, Mulgi A, Williams J ve ark. (1990b) Diagnosis of Major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry*, 147:1021-1024.
- Katon W (1987) The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med*, 17:93-112.
- Katon W, Ciechanowski P (2002) Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*, 53:859-863.
- Katon W, Schulberg H (1992) Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 14:237-247.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR ve ark. (1995) Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52:89-99.
- McDaniel JS, Musselman DL, Nemeroff CB (1997) Cancer and depression: theory and treatment. *Psychiatric Annals*, 27:360-364.
- Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P ve ark. (1993a) Association of depression with 10 year post-stroke mortality. *Am J Psychiatry*, 150:124-129.
- Morris PL, Robinson RG, Samuels J (1993b) Depression, introversion, and mortality following stroke. *Aust NZJ Psychiatry*, 27:443-449.
- Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK ve ark. (1996) Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry*, 153:1313-1317.
- Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB (1998) The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 55:580-592.
- Nemeroff CB, Musselman DL, Evans DL (1998) Depression and cardiac disease. *Depress Anxiety*, 8(Suppl 1):71-79.
- Newport DJ, Nemeroff CB (1998) Assessment and treatment of depression in cancer patient. *J Psychosom Res*, 45:215-237.
- O'Donnell K, Chung JY (1997) The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom*, 66:38-43.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:949-958.
- Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG (2002) Depression. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, 2. Baskı, 1. Cilt, MG Wise, JR Rundell (Ed), Washington DC American Psychiatric Publishing, Inc, s.307-338.
- Rundell JR, Wise MG (1989) Causes of organic mood disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1:398-400.
- Sharma P, Avasthi A, Chakrabarti S ve ark. (2002) Depression among hospitalised medically ill patients: a two stage screening study. *J Affect Disord*, 70:205-209.
- Silverstone PH (1990) Depression increases mortality and morbidity in acute life threatening medical illness. *J Psychosom Res*, 34:551-657.
- Silverstone PH, Lemay T, Elliott J ve ark. (1996) The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry*, 41:1101-1102.
- Smith GC, Clarke DM, Handrinios D ve ark. (1998) Consultation-liaison psychiatrists management of depression. *Psychosomatics*, 29:244-252.
- Solnek BL, Seiter T (2002) How to diagnose and treat depression. *Nurse Pract*, 27:12-23.
- Sutor B, Rummans TA, Jowsey SG ve ark. (1998) Major depression in medically ill patients. *Mayo Clin Proc*, 73:329-337.
- Wise MG, Rundell JR (1994) *Concise Guide to Consultation and Psychiatry*, 2. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, s.3.
- Yates WR, Wesner RB, Thompson R (1991) Organic mood disorders: a valid psychiatry consultation diagnosis? *J Affect Disord*, 22:37-42.