

# DAHİLİ HASTALIKLARDA DEPRESYON

Salih Yaşar ÖZDEN (1)

Dahili hastalıklarda depresyon semptomları ve depresif sendromlara sık rastlanılır. Bazı hekimler semptomların dahili mi? yoksa psikiyatrik mi? olduğu konusunda karar vermede güçlük çekebilirler.

Hormonal bozukluklar, beslenme düzensizlikleri, elektrolit düzensizlikleri, endokrin bozukluklar, ilaç etkileri, sistemik ya da Merkez Sinir Sistemi hastalıkları dahili hastalıklarda görülen depresyonun oluşmasına katkıda bulunan biyolojik faktörlerden bazılarıdır.

Bu makalede, dahili hastalıklarda görülen depresyonun sıklığı, semptomatolojisi ve tedavisi konusunda bilgi verilmiştir.

**The depression symptoms and depressive syndromes are noted quite often in internal diseases. The physicians may find highly difficult to decide whether the symptoms are psychiatric or internal.**

**The hormonal endocrinological, electrolytic and nutrial disorders, side effects of medicines and systemic or Central Nervous System diseases are some of the biological factors leading to the depression development during the internal diseases.**

**In this article, the frequency, the symptomatology and the treatment of the depression observed in the internal diseases are discussed.**

Dahili hastalıklarda depresyon semptomları ve depresif sendromlara sık rastlanılır. Yeterli psikiyatrik nosyonu bulunmayan hekimler bu semptomları değerlendirmede güçlük çekebilirler. Aynı zamanda eğer semptomların psikiyatrik olabileceği akla gelmez ise önemli ve tedavisi mümkün bir psikiyatrik rahatsızlık atlanmış ve hastanın lüzumsuz yere ızdırap çekmesine sebep olunmuş olur. Bazen de hekimler semptomların dahili mi yoksa psikiyatrik mi olduğu konusunda karar vermekte büyük güçlük çekebilirler. Depresif semptomların, dahili hastalığa tepki olarak mı? ortaya çıktığı yoksa doğrudan depresyonun belirtisi mi? olduğu ya da psikolojik bir rahatsızlıkla birlikte olduğunu tesbit etmek oldukça güçtür. Son senelerde literatürde bu konuya çok dikkat çekilmektedir.

Dahili hastalıklarda görülen depresif semptomların, majör affektif hastalıklarda görülen depresyon semptomlarına göre sıklığı, depresyon ve dahili durumlar arasında özel bir ilişkinin olup olmadığı, dahili hastalıklarda depresyonun göstergesi olarak somatik semptomların teşhis değeri, depresyonun örtülü belirtilerine sahip dahili hastalıklarda depresyonun klinik görünümü ve dahili hastalıklardaki depresyonun tedavisindeki sorunlar henüz tam olarak aydınlanamamıştır.

Hormonal bozukluklar, beslenme düzensizlikleri, elektrolit dengesizlikleri, endokrin bozukluklar, ilaç etkileri, sistemik ya da merkez sinir sistemi hastalıkları dahili hastalıklarda görülen depresyonun gelişmesinde katkıda bulunan biyolojik faktörlerden bazılarıdır. Bunlara ilaveten air dahili hastalığın, bizzat kendisinin de beden imajını

bozarak, kendine güven duygusunu sarsarak, kimlik duygusu, iş, sosyal aile ve evlilik ilişkilerini sürdürmeyi olumsuz yönde etkileyerek yoğun bir psikolojik stersör olması mümkündür.

Dahili hastalık yüzünden bazı spesifik konfliktler şiddetlenebilir ve yatkınlık yüzünden depresif affekt gelişebilir. Mesela obje ve itibar kaybı duygusu ciddi bir hastalığa eşlik edebilir. Patolojik matem ve kayıp duygusunun depresyonun gelişmesindeki büyük önemi Freud, Abraham ve Spitz tarafından özellikle vurgulanmıştır. Azalmış güven duygusunun depresyonun dinamiğinde özel bir önemi vardır. Gerçekte pek çok psikolojik okul benlik duygusundaki bozukluğun bir çok psikiyatrik hastalığın gelişmesinde çok etkin olduğunu ileri sürmüşlerdir. Fiziksel hayat ve vücut bütünlüğü duygusu hem çocukluk, hem de yetişkin hayatta benlik duygusunun önemli bir komponentidir. Depresif affekt yalnız özel bir konflikt ile ilgili değildir. Aynı zamanda Brenner'in ileri sürdüğü gibi herhangi bir intrapsişik konfliktin hoş olmayan komponenti olarak da ortaya çıkabilir.

## DAHİLİ HASTALIKLARDA DEPRESYONUN PREVALANSI.

Dahili hastalıkda depresif affektin varlığı ya da yokluğu mutlaka patolojiyi göstermez. Depresyonun özel klinik tablolarında tanınması yoğun tedavi gereği yüzünden şarttır. Dahili hasta popülasyonunda depresyon çalışmalarının pek çoğunu yorumlamak güçtür. Çünkü,

1- Depresyonun teşhisi ile ilgili bilgiler eksiktir. Pek çok vakada depresyon için teşhis ölçüleri belirli değildir. Buna patolojik olarak depresyonda olmayan hastalar da dahildir.

2- Dahili hastaların standardize olmuş kontrol ölçüleri yoktur. Dahili hastalığın bizzat kendisinden kaynaklanan letarji, anorexia, kilo kaybı, uykusuzluk ve psikomotor retardasyon gibi depresyon semptomları yüzünden depresyon teşhisi karışabilir.

3- Depresyon prevalansı klinik popülasyonda yüksek tahmin edilmiştir.

4- Popülasyon heterojendir. Spesifik bir hastalık incelendiğinde organ sistemlerini etkileyen faktörler gibi mevcut metabolik anomaliler, rahatsızlık ve fonksiyon bozukluğunun derecesi tedavinin dozu ve tabiatı çok değişiktir.

5- Depresyon prevalansının arttığını bildiren pek çok çalışmada kontrol grubu bulunmamaktadır.

Depresyonu araştırmada metodolojisini standardize etme çalışmalarının cesaret verici sonuçlarına rağmen hâlâ teşhis kriterleri uygun tedavi, prognoz ve uygun tedbirler konusunda bazı çelişkiler bulunmaktadır. Bu araştırmaların bir çoğunda hastanın bulgularını kendisinin kayıt etmesi istenir. Bu durumda aşağıdaki mahsurlara yol açmaktadır.

1- Depresyonun iyileşme noktası olarak alınan kriterlerin değişik olması, her hasta tarafından değişik olarak değerlendirilmesi, hatalı negatif sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.

2- Şiddetli depresyon fazında bazı deprese hastalar depresyon bulgularını kayıt etmede isteksizlik ve yetersizlik göstermektedirler.

3- Depresif semptomların depresyonun teşhisinde teşhis kriteri olarak kullanılmasında bazı aksaklıklar bulunmaktadır. Şiddetli olduğu zaman bile depresif semptomlar depresif sendromu yansıtmayabilir. Çünkü bu semptomlar çeşitli normal ve anormal durumlarda görülür.

4- Depresif semptomlar 7-8 gün sonra yeniden değerlendirme yapıldığında genellikle ortadan kaybolurlar. Depresif semptomların bu geçici tabiatı da hep hatalı sonuçlara götürmektedir.

5- Hatalı negatif teşhis depresyonun kognitif ve affektif semptomlarından çok ağrı ve somatizasyon belirtileri göstermesindedir. Dahili hastalarda görülen somatik semptomlar genellikle dahili hastalığın bir belirtisi olarak görülür. Bu somatik belirtilerin bir psikiyatrik bozukluğunda belirtileri olabileceği akla gelmez. Bu durum hep hatalı sonuçlara götürür.

Depresyon teşhisi için yapılmış standard teşhis kriterleri kullanılması teşhiste bazı avantajlar sağlar. Mesela affektif hastalıklar ve şizofreni için geliştirilmiş, Present Sta-

te Examination ve Diagnostic Interview Schedule (DIS) ile yakın zamanda geliştirilmiş Feighner ve DSM-3-R ile Research Diagnostic Criteria gibi standardize edilmiş teşhis kriterleri depresyonun teşhisinde büyük kolaylıklar sağlar. Bununla birlikte bunların hiç birisi dahili hastalık popülasyonunda standardize edilmemiştir. Cavansough (1984), dahili hastalıklarda bunlardan en iyi DSM-3 kriterlerinin sonuç verdiğini bildirmiştir. Somatik semptomlar bir dahili hastalığın belirtisine göre çok şiddetli olduğu zaman akla depresyon gelmeli ve bu semptom depresyon lehine değerlendirilmelidir (4).

## GENEL DAHİLİ HASTALAR

Dahili hastalarda ayaktan yapılan depresyon çalışmalarında kullanılan metodlara göre değişmekle birlikte % 12-36 oranında depresyon semptomları bulunmuştur.

Dahili hastalıklar: Pek çok dahili hastalıkta depresif semptom ve sendromlar bildirilmiştir. Hall isimli araştırmacının hazırladığı dahili hastalıklar listesinde 25 dahili hastalıkta depresyon görüldüğü 61 hastalıkta ise depresyon semptomu tesbit edildiği bildirilmiştir. Koroner arter hastaları ile terminal safhadaki renal bozukluklarda depresyon özellikle sık görülür. Terminal safhadaki böbrek hastalarında depresif semptomların oranı % 11-40 arasında değiştiği tesbit edilmiştir. Diyaliz popülasyonunda DSM-3 kriterlerine göre % 22 major depresyon tesbit edilmiştir. Myokard enfarktüsü geçirenlerde enfarktüstten hemen sonra % 20-50 depresif mizaç tesbit edilmiştir. Bunların % 70'inde bir aydan uzun bir süre bu depresif mizacın devam ettiği görülmüştür. Koroner bypass ameliyatı geçirenlerin % 75'inden çoğunda depresyon ve psikiyatrik bozukluklar tesbit edilmiştir (9).

Kanser endokrin ve nörolojik rahatsızlıklarda depresyonun bu rahatsızlıklar ile özel bir ilgisi olduğu öne sürülmüştür. Kanserli hastaların % 43'ünde DSM-3 kriterlerine göre major depresyon tesbit edilmiştir. Meme tümörü olan kadınlarda depresyonun şiddeti tümörün malin olup olmamasına bağlı değildir (1,2,3).

Kanser ve depresyon arasında biyolojik ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Depresyon henüz tesbit edilmemiş bir beyin metaztasının veya metazta yapmamış bir kanserin belirtisi olabilmektedir. Kanser depresyona yatkın kişilerde immün bir fonksiyon bozukluğu yapabilir. Depresyon keza bir endokrin bozukluğun sonucunda ortaya çıkabilir. Depresyon immün yeteneğini azaltabilir, böylece neoplastik hücrelerin yaşama ve çoğalmasına sebep olabilir (5-11).

Nörolojik hastalıklar: Parahizi geçiren kişilerde depresyon sık görülür. Akut paralizi durumlarında % 50 oranında depresif semptomlar görülür. DSM-3 kriterlerine göre % 25 oranında major depresyon bulunur. Paraliziden 6 ay sonra hastaların 1/3'ünde major depresyon tesbit edilmiştir. Depresyon riski paraliziden iki sene sonraya kadar uzanmaktadır. Paralizinin nöroanatmik ve nörofizyolojik temeli ile depresyon arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Özellikle sol hemisfer paralizilerinde depres-



yonun daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir. Paraliziden sonraki ilk altı ayda depresyonun şiddeti ile fiziksel zararın şiddeti arasında bir paralellik bulunduğu dikkat çekilmiştir (13).

Depresyon nörolojide Amyotrofik lateral skleroz, Parkinson hastalığı, Temporal lob epilepsisi ve Multipl Skleroz gibi paraliziden başka hastalıklarda da yoğun bir şekilde araştırılmıştır. Parkinson hastalığında bulunan mevcut biyokimyasal bozukluğun hem Parkinson hastalığına, hem de deresyona katkıda bulunduğu ileri sürülmüştür. Multipl Sklerozda depresyon hastalığının hem başlangıcında, hem de seyirinde görülür. Multipl Skleroz, Temporal Lob Epilepsisi ve Amyotrofik Lateral Sklerozda depresyona daha sıklıkla rastlanır. Bu durum a, depresyona Multipl Sklerozda genetik yatkınlık, limbik sistemde demiyelinizasyonun, yapısal harabiyet ve Merkez Sinir Sistemindeki seçici monoamin metabolizması değişiklikleri yüzünden olduğu ileri sürülmüştür.

Endokrin hastalıklar: Depresyona has bulgular olmasına rağmen depresif şendromlarda nöro-endokrin bozukluklar bulunur. Bu değişiklikler hipofiz-adrenal ve troid fonksiyonlarındandır. Major depresyonlu hastalarda plazma kortizol seviyesinin dexamethason verilmesiyle suprese olmasına rağmen depresyonda yükselmiş plazma kortizol seviyesinin depresyonun bir sonucu olup olmadığı tartışmalıdır (8). Depresyonda uyku ve ağırlık gibi değişen faktörler hipotalamik-hipofiz-adrenal aksisindeki muhtemel değişikliklerdir.

Endokrin bozukluklar ile olan dahili hastalıklarda depresyon görülmektedir. Bu hastalıklar hipertroidizm, diyabet mellitus, hiperinsülinizm, Cushing hastalığı, adrenal kortikal hiperplazi ve Addison hastalığıdır.

Depresyonda spesifik etyolojik faktörler için yoğun çalışmalar yapılmasına rağmen endokrin bozukluk olarak henüz kesin bir bulgu tesbit edilmemiştir.

## DEPRESYONUN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Dahili hastalıktan muzdarip kişilerde depresif semptomlar ya tesadüfen bir arada bulunurlar, ya birlikte bulunduğu depresyonun semptomu olmaktan çok dahili hastalığın bir semptomu olurlar, ya da dahili hastalığa sekonder veya fonksiyonel reaksiyon olarak meydana gelirler. Pratikte bu ayırımı yapmak güçtür. Bu depresyonun dahili hastalığın semptomlarını taklit etmesinden değil, aynı zamanda dahili hastalığın semptomlarının da depresyonun vejetatif semptomları ile aynı olabilmesindedir (12-14-15).

Major depresyon: Bilindiği gibi dahili hastalıkta görülen depresyonun teşhisi pek çok güçlük arzeder. Dahili hastalığın tedavisine rağmen cevap vermeyen disfori ve anhedoninin varlığı major depresyonu düşündürmelidir. Psikomotor reterdasyon ve kilo kaybı, uykusuzluk, iştah kaybı, şiddetli ve tıbbi tedaviye cevap vermediği zaman depresyon teşhisi için kıymetli semptomlar olabilir. Aile-

de Major depresyon anamnezide dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte dahili hastalığın semptomlarının depresyondan ayırd edebilmek zor olabilir.

Distitik bozukluk (nörotik depresyon): Distimik bozukluk DSM-3-R'de major depresyon teşhisi için şiddet ve süre bakımından yetersiz birkaç gün veya birkaç haftadan daha uzun bir süre yetişkin için en az iki yıl, çocuklar için en az bir yıl devam eden kronik mizaç bozukluğunu göstermek için kullanılmıştır (17). Kronik seyirli dahili bir hastalık distimik bozukluğu hızlandırıcı faktörlerindendir. Bununla birlikte Major depresyonun dahili bir hastalıktan ayırd edilmesi güçtür. Psikomotor retardasyon ve letarji gibi ayırd edici semptomlar bizzat dahili hastalığın kendisi tarafından meydana getirilebilir.

Organik affektif sendrom: Bu teşhis DSM-3-R'de hakim semptomun en az iki hafta aralıksız devam ettiği, öteki organik beyin sendromlarının görülmediği, spesifik etyolojik organik bir faktörün bulunduğu durumları göstermek için kullanılmaktadır (4). Bu etyolojik ayırım tedavi için gereklidir. Bununla birlikte bir dereceye kadar tartışmalıdır. Çünkü depresif hastayı pek çok faktör etkiler ve hastalığı şiddetlendirebilir. Altta yatan dahili durumun tedavisi hemen yapılmalıdır. Bununla birlikte spesifik antidepressan tedavi ihmal edilmelidir.

## DEPRESYONUN ÖRTÜLÜ VE DOLAYLI BELİRTİLERİ

Depresyon, kognitif ve affektif semptomlardan çok, somatik şikayet ve davranış bozukluklarının hakim olduğu pek çok dahili hastalıkta görülür. Özel birtakım problemler yaratan böyle bir depresyonun çarpıcı olmayan belirtileri bu bölümde tartışılacaktır.

## SOMATİZASYON, AĞRI VE ANORMAL HASTALIK DAVRANIŞI

Depresyon ile birlikte meydana gelen somatik şikayetler oldukça iyi bilinir. Hastanın dikkat ve şikayetleri, affektif ve kognitif değişikliklerin inkarı ve taklidiyle birlikte mizaç bozukluğunun somatik belirtileri üzerine odaklanmıştır. Dahili hastalıklarda depresyon teşhisi, hekimlerin bütün fiziksel semptomları dahili hastalıklara atfetme veya dahili hastalıklarda depresyon belirtilerinin meydana gelebileceğini ve bunun önemini dikkate almamaları yüzünden ve somatik semptomlar mevcut olduğu zaman gözden kaçabilmektedir (7).

Genellikle tıbbi tedavi tavsiyelerine uymayan tedaviyi savsaklayan, ihmal eden hastalarda depresyondan şüphelenilmelidir (16).

Bütün somatik şikayetler arasında depresyonda görülebilen semptomlardan ağrı ısrarlı bir şekilde devam eder. Spesifik depresyon semptomlarından kronik ağrı % 83 gibi yüksek bir oranda görülür (14). Araştırmacılar bazıları depresyonda ağrı görülebileceğini savunurken, bazıları da ağrının ayrı bir nörofizyolojik durum olduğunu ileri

sürmektedirler. Antidepresanlar ağrının tedavisinde yardımcıdır. Fakat bunun faydasının mevcut fizyopatolojik hadiseyi düzeltmesinden mi? yoksa altta yatan depresyonu iyileştirmesinden mi? olduğu sorusunun cevabı henüz yoktur (6).

## DEMANS VE PSEUDODEMANS

Demansı düşündüran semptomların mizaç bozuklukları ile birlikte bulunması, dahili hastalıklarda depresyon ile kolayca karışır. Bilindiği gibi pseudodemans olarak belirtilen durumlarda, depresyon demansı taklit edebilir. Depresyon ile demans, depresyondaki hastanın hafıza ve kognitif fonksiyonlardaki bozukluğu abartması, konsantrasyon gücünün, konuşma bozukluğu, psikomotor inhibisyon ve uyku bozuklukları gibi klinik belirtilerin benzerliği yüzünden karışabilir. Bu özelliklerinden dolayı hatalı olarak demans olduğu zannedilen dahili hastalıklarda depresyon teşhisi atlanabilir. Depresyon keza Alzheimer hastalığında meydana gelen gerçek demans ile veya başka nörolojik durumlar ile birlikte bulunabilir.

## İNTİHAR GİRİŞİMİ VE TEDAVİNİN REDDİ

Dahili hastalıklarda pek çok araştırmacı intihar oranını yüksek bulmuşlardır. Diyaliz hastalarında intihar oranı normal populasyona göre 400 misli daha yüksektir. İntihar edenlerin % 51'inde, intihara teşebbüs edenlerin % 18'inde fiziksel sağlığın kötü olduğu tesbit edilmiştir. Dahili hastalıklarda intihar oranının yüksek bulunması beraberindeki depresyondan kaynaklanmaktadır. Hasta dahili hastalığın tedavisini reddettiği zaman tedavi edilebilir bir depresyonun varlığı daima düşünülmelidir.

## DAHİLİ HASTALIKLARDA DEPRESYONUN TEDAVİSİ

Depresyonun tedavisinde kullanılan psikolojik, sosyal ve biyolojik tedavi şekillerinin hepsi dahili hastalıklarda görülen depresyonun tedavisinde kullanılabilir. Dahili hastalıklarda görülen depresyonun tedavisinde izlenecek yol aşağıda gösterilmiştir.

1- Depresyon teşhisi için hasta tam bir psikiyatrik muayeneye tabi tutulmalıdır. İntihar riski araştırılmalıdır. Depresyon dışında psikiyatrik hastalıklar dışlanmalıdır. Hastanın psikiyatrik geçmişi mevcut bozukluğun tabiatına önemli katkıda bulunur.

2- Sosyal desteğin varlığı ya da yokluğu, iş ve aile fonksiyonlarındaki kusurlar, seksüel fonksiyon, beden imajı, kişi için hastalığın özel ya da sembolik anlamını içeren depresyonun gelişmesine katkıda bulunan psikolojik faktörler ile tanımalıdır. Uygun psikiyatrik girişim bu konuların iyi anlaşılmasına bağlı olacaktır.

3- Mevcut depresyona sebep olabilen dahili hastalık iyi araştırılmalıdır. Endokrin, metabolik bozukluklar, infeksiyonlar, Merkez Sinir Sistemi lezyonları, kanser ilaç intoksikasyonu ve başka durumlar buna dahildir. Altta ya-

tan dahili hastalık tedavi edildiği zaman mizaçta çarpıcı düzelme görülür.

4- Dahili hastalıklarda depresyon tedavisinin fayda ve risklerini de dikkate alınmalıdır.

Depresyon semptomları şiddetli, ısrarlı ve altta yatan dahili hastalık tedaviye dirençli, kısa psikoterapik yaklaşımlar faydalı sonuç vermez ise o zaman depresyonun biyolojik tedavisi düşünülmelidir. Trisiklik antidepresanlar böyle hastalarda kullanılacak seçkin ilaçlardır. Bununla birlikte özellikle yaşlı hastalarda yan etkilerinden dolayı dikkatle kullanılmalıdır. Dahili hastalıklarda doz önceden tahmin edilemez. Bazan 30 mg/gün dozda trisiklik antidepresan yeterli olabilir. İlaçların yan etkileri rahatsızlık verebilir. Mesela önceden gastroentestinal rahatsızlık geçirmiş olan hastalarda trisikliklerin antikolinergik etkisi olan ağız kuruması ve konstipasyon hastayı çok rahatsız edici olabilir. Böyle vakalarda yan etkisi düşük antidepresan kullanılmalıdır (6).

Antidepresif ilaçların kardiyotoksik etkileri bulunmakla birlikte geçmişte bu etkiler çok abartılmıştır. Kardiyak iletinin bozuk olduğu hastalarda muhakkak kullanılması gerekiyorsa pace maker kullanımı düşünülmelidir. Prematüre ventriküler kontraksiyon trisikliklerin kinidin benzeri etkileri ile aritmilerin sıklığını azaltabilir.

Doxepin, desipramin, trazodone, maprotilin, mianserin, zimelidine gibi antidepresiflerin az kardiyotoksik etkileri olduğu bildirilmişse de bu iddiaların hepsi kabul görmemiştir. Depresyonu olan dahili hastalıktan muzdarip kişilerde trisikliklerin etkileri çok araştırılmamış olmakla beraber yapılan az sayıdaki çalışma sonuçları cesaret vericidir. Metil fenidat ve Monoaminoksidaz inhibitörleri gibi psikostimulanlar bu hastaların tedavilerinde çok kullanılmıştır. Fakat yan etkilerinin çokluğu yüzünden kabul görmemişlerdir. Dahili hastalığa depresyonun eşlik ettiği durumlarda Elektro Konvülsif Tedavinin (EKT) kullanımı bir hayli araştırılmıştır. Kardiyak komplikasyonlu kişilerde riskin EKT ve trisiklik antidepresanlarla artıp artmadığı kesin değildir. Dahili hastalıklardaki depresyonun tedavisinde hekim depresyon tedavisinde kullanılan metodların ileri bir değerlendirmesini yapmalı, bilgi, görgü ve tecrübelerine göre karar vermelidir. Sıklıkla depresyonda olan dahili hastalıktan muzdarip kişilerde depresyonun mutlaka dahili hastalığa eşlik etmesi gerektiği ya da hastalarda depresyonun tedavisinin bulunmadığı düşüncesi terkedilmelidir. Böyle bir düşünce ile hastalar depresyon bakımından kaderine terkedilip tedavisiz bırakılmamalıdır.

## SONUÇ

Tecrübelerimize göre depresyon dahili hastalıklarda ya semptom olarak, ya da sendrom olarak sık görülür. Birlikte ya da ayrı olarak hastalığın fiziksel ya da psikolojik sonucu olarak gelişir. Çok sayıda biyopsikolojik faktörlerin etkileşimi yüzünden "biyopsikolojik ortak son yol" kavramı özellikle bu hasta popülasyonu ile ilgilidir. Da-



hili hastalıklarda mevcut depresyonun tedavisi sırasında tedavi edilebilir bir psikiyatrik bozukluğun varlığına inanırabilme ve böyle kişilerde psikiyatrik hastalığın anlatılması gibi durumlar ile karşı karşıya gelinir. Dahili hastalıklarda bir semptom veya klinik sendrom olarak depresyon arasında ayırım yapmak güçtür. Bu durumlarda normal ve patoloji arasındaki sınır kesin değildir. Depresyon semptomları ve dahili hastalığın semptomları birbiri üstüne binebilir. Mesela kilo kaybı kanserli hastada depresyon için az önemi olan bir bulgudur. Bununla birlikte bir başka dahili hastalık da çok önemli olabilir. Farklı dahili hastalıklarda depresyon için kesin teşhis kriterleri bugüne kadar tesbit edilememiştir. Depresyondaki hastalarda olduğu gibi dahili hastalıkta görülen depresyonun biyolojik mekanizması hakkında da çok az şey bilinmektedir. Merkez Sinir Sistemi fonksiyonlarındaki değişme, steroid metabolizması ve depresyona katkıda bulunan immün cevapsızlık gibi pek çok biyolojik bozukluk bu konuda rol oynamaktadır. DSM-3-R'deki organik affektif sendrom spesifik bir organik sebeple meydana gelmiş affektif hastalığı göstermek için kullanılmıştır. Bu teşhis grubu ile birlikte olan affektif bozukluğu düzeltmek için spesifik tıbbi tedavinin mümkün olduğunu göstermesi bakımından çok değerlidir. Pek çok klinik tablonun bu tek veya çok organik sebeple oluşan affektif bozukluğu göstermesi güçtür. Bir çok spesifik olmayan organik faktörlerin affektif bozukluğa yol açması mümkündür. Dahili hasta-

lıklarda görülen depresyon genelde pek çok faktörün etkileşimi sonucu meydana gelir. Dahili hastalıklar önemli stressör faktör olabilirler. Çünkü dahili hastalık sebebiyle iş kapasitesi, sosyal ve aile fonksiyonlarında, kendine güven duygusunda çeşitli derecelerde aksamalar meydana getirir. Kişilik gücü, savunma mekanizmaları ve sosyal faktörler özellikle sosyal desteğin kalitesini içeren kişisel faktörler depresyondan koruyucu olarak rol oynayabilir. Psikoterapötik yaklaşımlar, hasta ve hekim ilişkisi keza çaresizliği önleme ve iyimserlik duygusu ve geleceğe ümit ile bakma duygularının gelişmesine sebep olabilir.

Ön bilgilerimize göre dahili hastalıklardaki depresyonun tedavisinde antidepresanlar cesaret verici olmuştur. Daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. EKT bir başka tedavi metodudur. EKT'nin dahili hastalıklarda nisbi emniyeti trisikliklere göre henüz gösterilememiştir. Bütün bunlara göre depresif sendrom ve semptomlar dahili hastalıklarda siktir. Çeşitli klinik görünüşleri vardır. Bu popülasyonda depresyonun aşikar belirtileri somatizasyon, ağrı, anormal davranış, tıbbi tedaviyi reddetme gibi semptomlardır. Dahili hastalıklarda görülen depresif semptom ve sendromların doğru teşhisi pek çok kişinin hayatının kalitesinin düzelmesine ve rahatsızlığın iyileşmesine yol açacak ve kişiyi daha huzurlu, mutlu yaparak, dahili hastalığın düzelmesinde de üstün bir moral sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- 1- Brown J M, Pareskevas F: Cancer Presenting wit Depressiv Illness: an autoimmune disease? *Br J Psychiatry* 141: 227-232, 1982.
- 2- Cavanaugh S: Dagnosis depression in the hospitalized patients with chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*. 45:12-16, 1984.
- 3- Derogatis Lr, Morrow GR, Fetting J: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983.
- 4- DSM-3-R Diagnosis and Statistical Manuel of Mental Disorders: American Psychiatric Association. Washington OC 1987.
- 5- Evans NJR, Baldwin JA, Gath D: İncidence of cancer among in patients with affectiv disorders. *Br J Psychiatry*, 124: 518-525, 1974.
- 6- France RD, Maupt JL, Ellinwood EM: Threapautic effects of antidepressants in chronic pain. *Gen Hostp Psychiatry* 6:55-63, 1983.
- 7- Katon W: Depression: Relationship to somatization and chronic medical illness *J Clin Psychiatry* 45: 4-11, 1985.
- 8- Lipsey, JR, Robinson RG, Pearlson GD: The dexamethason suppression test and mood following stroke, *Am J Psychiatry* 142: 318-342, 1985.
- 9- Lloyd GG, Cawley Rm: Distress or illness? a study of psychiatry syptoms after myocardial infarction. *Br J Psychiatry*. 142: 120-125, 1983.
- 10- Mendler N: Depression caused by chronic pain. *J Clin Psychiatry* 45:30-36, 1984.
- 11- Massie MJ, Molland JC: Diagnosis and treatment of depression in the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 45: 25-28, 1984.
- 12- Moffic MS, Paykel ES: Depression in medical patients. *Br J Fyscihatry* 126: 146-153, 1975.
- 13- Robinson DG, Starr LB, Price TA: A two year longitudinal study of mood disorder following stroke: prevalence and duration at six months follow-up, *Br J Psychiatry*, 144: 256-262, 1984.
- 14- Roy MJ, Weinman ML, Mirabi M: Physical syptoms of depression. *Br. J Psychiatry* 139: 293-296, 1981.
- 15- Steward MA, Drake F, Winokur G: Depression among medically ill patients. *Dis Ner Syst* 26: 479-485, 1985.
- 16- Swanson DW: Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psychiatry* 141: 210-214, 1985.
- 17- Wittenborg JR, Buhler MS: Somatic discomforts among depressed woman *Arch Gen Psychiatry* 36: 465-471, 1979.