

Depresyon Hakkında Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları

Prof. Dr. Hüray FİDANER*

Özet

Depresyon, sık görülen, temel özellikleri bilindiği takdirde kolay tanınan, yineleyebilen ve birinci basamakta sağaltımı mümkün olan bir bozukluktur. Bu yazıda konu hakkında sık sorulan bazı soruların yanıtları kolay akılda kalabilecek biçimde aktarılmaya çalışılmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1998;2:72-75

1. Depresyonun yedi sırrı nedir?

Depresyon, birinci basamakta en sık görülen 4-5 hastalık arasında yer alır. Yedi sırrı aşağıdadır:

1. Oldukça sık görülür.
2. Genellikle hekimlerin gözünden kaçmayı başarır.
3. Eğer hekim depresyonun temel özelliklerini bilirse tanı koymakta güçlük çekmez.
4. Çok sıradan bir rahatsızlık gibi algılanmasına karşın bazen çok ağır seyreder.
5. Yineleyebilir.
6. Birey ve toplum için masraflı bir hastalıktır.
7. Büyük ölçüde tedavi edilebilir.

2. Depresyon belirtileri nelerdir?

Bir depresyon epidozunun tüm belirtilerini hatırlamada kolay bir yöntem vardır: 'Doktor enerji kapsü-

lü önerir (Dr SIG: E CAPS)'

- D** Depresif duygudurum (15 gün, sürekli)
- S** (Sleep) Uykusuzluk veya aşırı uyku
- I** (Interest) İlgi ve haz almada azalma
- G** (Guilt) Suçluluk duyguları
- E** (Energy) Enerji kaybı, yorgunluk
- C** (Concentration) Konsantrasyonda bozulma
- A** (Appetite) İştah ve kiloda azalma veya artma
- P** (Psychomotor) Psikomotor ajitasyon veya retardasyon
- S** (Suicidality) İntihara eğilim

3. Fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon olur mu?

Hastanede sağaltımı gerektirecek düzeyde fiziksel hastalığı olanlarda saptanan depresyon (%20-33) birinci basamağa yapılan başvurularla saptanandan %5-20 daha siktir. Ancak hastane ortamında depresyon

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

belirtileri bedensel hastalığın belirtileri ile örtüştüğünden tanı konması daha güçtür. Fiziksel hastalıkla birlikte olan depresyon, fiziksel hastalığın gidişini:

1. Ağrıyla başa çıkma gücünü azaltarak,
2. Uygulanan sağaltımlara direnç oluşturarak,
3. İmmün sistemi bozarak, çoğunlukla olumsuz olarak etkiler.

Alzheimer hastalığı, hipotiroidizm, cushing hastalığı, koroner kalp hastalıkları, romatoid artrit, kronik enfeksiyonlar ve kanser ilk akla gelen fiziksel hastalıklardır.

4. Depresyon-intihar ilişkisi nedir?

Depresyondaki kişilerin %15 kadarı intihar yoluyla yaşamlarını yitirir. Depresyondaki intihar girişim oranları ise intihara bağlı ölümlerin on katıdır. Tüm intiharların %80 kadarı depresif bozukluklarla ilişkilidir.

5. Depresyondaki hastanın intihar riski taşıdığı nasıl anlaşılır? (Sadpersons)

Sex (Cinsiyet) - Erkek olmak

Age (yaş) - Orta yaş üzeri

D- Depresyon

Previous attempts - Daha önceye ait intihar girişimlerinin varlığı

Ethanol abuse - Alkol kötüye kullanımı

Rational thinkings lacks - Rasyonel düşünce yetersizliği

Social support lacking - Sosyal destek yetersizliği

Organized plan - İntihar planları yapmış olma

No spouse - Bekar, boşanmış, dul olma

Sickness - Bedensel hastalık varsa intihar riski yüksektir.

İntihara yol açan diğer risk etkenleri arasında yakın arkadaş yokluğu, yakınlarından uzak bulunma, çevrede yardım alabilecek kimseyi bulamama, utanç ve suçluluk duygularının varlığı sayılmıştır.

6. Bir kez depresyon geçiren kişide tablo yinelenir mi?

İlk ataktan sonra yinelenme riski %50'dir. Yinelenme, özellikle psikotik özellikli depresyonda sık bulunmuştur. Son zamanlarda antidepresanların kullanım süresi için iki - beş yıl gibi alışlagelmişinden çok daha

uzun süreler öngörülmektedir. Tedavide kullanılan antidepresan ilaç dozunun yarısı kadar dozla sürdürüm sağlandığında yinelenme oranı %70, tam dozla izlemede ise %30 bulunmuştur.

7. Depresyondaki kişi ne zaman birinci basamakta sağaltılır, ne zaman psikiyatrya başvurmak gerekir?

Hastanın birinci basamaktan psikiyatriste gönderilme endikasyonları şöyle sıralanabilir:

1. İntihar riski, psikotik bulgular, bipolar hastalık öyküsü varsa,
2. Hastaneye yatırılması gerekliyse,
3. Yeterli doz ve yeterli süre kullanılan antidepresana yanıt yoksa veya kronikleşme eğilimi görüldüyse,
4. İlaç yanısıra diğer yaklaşımlara kombine tedavi gerekliyse,
5. Hekim yaptığı sağaltım planını danışmak istiyorsa,
6. Hasta ve yakınlarının bu yönde talebi varsa,
7. Psikoterapi gerekiyorsa.
8. Hasta yemeyen, içmeyen negativist bir özellik gösteriyorsa,
9. Homisid riski varsa,
10. Çevresel destekler yeterli değilse.

8. "Doktorum bana boyuna ilaç veriyor, geçmişimi hiç sormadı, oysa ben depresyonu irademle yenmek istiyorum"

Depresyondaki bir hastadan iyi bir hastalık öyküsü almak gereklidir, fakat akut dönemde psikoterapilerin fazla bir katkısı yoktur. İki hafta devam etmiş olan depresyon belirtileri eğer yaşla ilgili değil ve kişinin günlük işlevlerini bozacak ölçüde ise ilaç sağaltımı gerekir. Ancak depresyon hiç sağaltılmazsa 6-24 ay devam edip, bazen sekel bırakabilir.

9. "Bu ilacı neye göre verdiniz?"

Antidepresanlar etkilerinden çok, yan etki profiline göre seçilen ilaçlardır (Uykusuzlukta sedatif etkili, letarjide SSRI, prostat hipertrofinde antikolinergik etkisi düşük olan ilaçların seçilmesi gibi). Daha önce bir atak geçirilmişse o dönemde iyi sonuç veren ilaç ve hastanın birinci derece akrabalarında iyi sonuç veren ilaç öncelikle tercih edilir.

10. Depresyonun diyetle ilişkisi var mı?

Bu alanda bazı çalışmalar vardır. Örneğin; depres-

yonu olan ve olmayan kişilerin diyet özelliklerinin izlenmesi sonucu depresif hastaların daha çok karbonhidrat, özellikle de şekerli gıdalar, depresif olmayanların ise protein ağırlıklı beslendikleri görülmüştür. Karbonhidrat tüketimine eğilimin depresyonla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak, depresyon sağlıtımı konusunda yardımcı bir diyet bilinmemektedir.

11. “Yaşlı depresif akrabam hiç evden çıkmıyor, çok kötümser, neden?”

Depresyondaki yaşlıların, depresyonu olmayan yaşlılara göre başa çıkma mekanizması olarak daha sık kaçma ve kaçınma davranışları kullandıkları ve daha sık olarak emosyonel patlama sergiledikleri gözlenmiştir. Depresyona yatkın kişilerin genellikle daha kötümser oldukları, kötümserliğin birinci derecede kendileri, ikinci derecede yakınlarının başına gelenler konusunda olduğu düşünülmüştür. Kendine odaklı kişilerde kötümserlik çevreye odaklı kişilerden daha da belirgin bulunmuştur. Bu gözlem bilişsel sağlıtım yöntemlerinin gelişmesine yol açmıştır.

12. “Hemen işe dönmek istiyorum depresyonum için hangi tedaviye vereceksiniz?”

Tedavi edilmeyen depresyonda işe gidememe oranları çok yüksek düzeyde (%70.2) bulunmuştur. Trisiklik antidepressanlar ile sağaltılan hastalar ise %57.7 ile ikinci sırayı almaktadır. Serotonin geri alım inhibitörü fluoksetin ile sağaltılanlarda ise %39.8 ile en kısa sürede işe dönüş sağlandığı bildirilmiştir. Yani iş görememe trisiklik kullanımında SSRI kullananlara göre 2.45 kez fazladır. Depresyon belirtileri, en çok gözlenen ve ölçülebilen iş performansı ile ilişkili bulunmuştur. Klinik düzeyde olmasa bile depresyon belirtilerinin iş görme yetisini etkilediği gösterilmiştir. Bu etki, diğer birçok stresörden (eşle uyum sorunları, sosyal yaşamla ilgili stresörler, vb.) daha önemli bulunmuştur. Bu özellikleri ve maliyeti açısından bakıldığında depresyonun epeyce pahalı bir klinik tablo olduğu görülür. Depresyondaki kişiye nadiren laboratuvar incelemesi gerekir. Psikoterapi ve yeni kuşak ilaçlar pahalıdır. Hastalığın şiddeti arttıkça maliyeti de artmaktadır. Hastalığın kendi maliyetinden ayrı olarak oluşumunda etken olduğu trafik kazaları, alkol ve madde kullanımı ile ilişkisi, tanı konmasındaki gecikmeler, yetersiz sağlıtım planı da fiyatı arttıran diğer nedenlerdir. Ancak antidepressan tedavinin başlamasından sonraki birkaç hafta içinde iş performansı ölçülebilir düzeyde artar. Bu nedenle tedaviye erken başlanmasının önemi büyüktür.

13. Depresyon insanı bu kadar pasif hale getirir mi?

Depresyon geçiren binlerce kişinin araştırılmasından çıkan sonuçlar şunlar: Depresyon geçirenlerin beşte birinde şiddetli derecede, yaklaşık yarısında ise orta ve daha az derecede işlev kaybı ortaya çıkmaktadır.

14. “Vitamin almalı mıyım?”

Vitamin eksikliği bir ruhsal bozukluktan çok beslenme bozukluğu ile ilişkili olabilir. Ancak folat eksikliğinin büyük ölçüde depresyona yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca SSRI grubu ilaçlara yanıt vermeyen depresyonlu kişilerde folat eksikliği saptanmıştır.

15. Yurt dışından getirilen yarı ilaç maddeler depresyonda işe yarar mı?

“Hipericum” adlı madde Avrupa ülkelerinde serbest olarak satılmaktadır. Depresyonda doğal ilaç olarak yararlarının olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. İnositol adı verilen maddenin de, başka bazı ruhsal bozukluklar yanısıra depresyonda da yarar sağladığına ilişkin bulgular vardır. Ancak hiçbirinin tek başına ilaç olarak önerilebileceğine ilişkin yayın bulunmamıştır.

16. Depresyonun stres ve yorgunlukla ilişkisi nedir?

Yorgunluk ve başa çıkılamayan stres, tüm memelilerde merkezi noradrenerjik aktiviteyi azaltır, plazma serbest serotoninini etkiler. Hipotalamo-pitüiter-adrenal ekseninde aktivite artışı olur. Ayrıca kronik stresin immün sistemi olumsuz etkilediği bilinir.

17. “Egzersiz, depresyonumu çözmeye yardımcı eder mi?”

Düzenli egzersiz yapanlarda depresyon riskinin azaldığına ilişkin yayımlar vardır. Ancak egzersizle depresyon oluşumu arasında bir bağlantı gösteren sağlıklı bir çalışma henüz yapılmamıştır.

18. Çocukta depresyon olur mu?

Depresyonun yaygınlığı ergenlik öncesi dönemde %2, ergenlik döneminde %5 olarak bildirilmiştir.

19. Depresyon kronikleşir veya çok uzun sürer mi?

Depresyon 24 aya kadar uzayabilir. Kronikleşmede en önemli etken fizik sağlık durumunun kötülüğü ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği olarak görülmektedir. Sayılan iki etkenin kronikleşmeye etkisi, geçirilen hastalığın şiddeti, aile öyküsü gibi etkenlerden daha önemli bulunmuştur.

20. Cinsel yaşam nasıl etkilenir?

Depresif hastalar %50-100 oranında cinsel işlev sorunları bildirirler. Ayrıca antidepresanların yan etkilerine bağlı olarak ta cinsel işlev bozuklukları olabilir. Bu etkiler çoğunlukla doza bağımlı, sık görülen, hafif şiddettedir ve sıklıkla trisikliklerde ağırlı ereksiyon, geç ejakülasyon, SSRI grubu ilaçlarda istek ve uyarılma yetersizliği olarak ortaya çıkar (Tip-A etki). Trazodon kullanımında görülen priapismus ise seyrek (1/1000-10000) görülen şiddetli ve acil müdahale gerektiren bir belirtidir (Tip-B etki).

21. Gebelik ve doğumla depresyon ilişkisi nedir?

Kadınlar erkeklere göre depresyona daha yatkın bulunmaktadır. Düşük, gebelik, infertilite, postpartum dönem kadının ruhsal sağlığını özellikle etkileyen dönemlerdir ve bu dönemlerde görülen depresyonda endokrin etkenler önemli bulunmuştur. Ancak gebelik ve postpartum dönemlerdeki depresyonda kadının iş yaşamının kısıtlılığı, doğum öncesi depresif durumu, çevresel stresörler ve kişisel psikiyatrik öykünün de tabloyu doğrudan etkilediği gösterilmiştir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

- Alpert JE, Fava M (1997) Nutrition and depression: the role of folate. *Nutr Rev*, 55:145-149.
- Amsterdam JD, Rohan MH (1996) Treatment algorithms in treatment resistant depression. *Psychiatric Clin North Am*, 19:371-387.
- Bernazzani O, Saucier JF, David H et al. (1997) Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in in postpartum women. *J Affect Disord*, 46:39-49.
- Bhui K, Puffet A, Herriot P (1995) A survey of sexual problems amongst psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,30:73-77.
- Boldwin DS (1995) Psychotropic drugs and sexual dysfunction. *Int Rev of Psych*, 7:261-273.
- Christiensen L, Somers S (1996) Comparison of nutrient intake among depressed and nondepressed individuals. *Int J Eat Disord*, 20:105-109.
- Derivan AT (1995) Antidepressants: can we determine how quickly they work? Issues from the literature. *Psychopharmacol Bull*, 31:23-28.
- Fawcett J (1994) Antidepressants: partial response in chronic depression. *Br J Psychiatry*, 26(Suppl):37-41.
- Flint AJ, Rifat SL (1998) Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry*, 155:178-183.
- Foster JM, Gallagher D (1986) An exploratory study comparing depressed and nondepressed elders' coping strategies. *J Gerontol*, 41:91-93.
- Hall RC, Wise MG (1995) The clinical and financial burden of mood disorders. Cost and outcome. *Psychosomatics*, 36:11-18.
- Hays JC, Krishnan KR, George LK et. al. (1997) Psychosocial correlates of chronic depression. *Psychiatry Res*, 72:149-159.
- Hu TW, Rush AJ (1995) Depressive disorders: treatment patterns and costs of treatment in the private sector of the United States: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:224-230.
- Hutto BR (1997) Folate and cobalamin in psychiatric illness. *Compr Psychiatry*, 38:305-314.
- Jacobson JL, Jacobson AM (1996) *Psychiatric Secrets*, Hanley & Belfus. Inc.
- Kaplan PM (1994) The use of serotonergic uptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Journal of Sex&Marital therapy*, 20:321-324.
- Kasper S (1997) Treatment of seasonal affective disorder (SAD) with hypericum extract. *Pharmacopsychiatry*, 2(Suppl):89-93.
- Lechin F, Van der Dijs B, Benaim M (1996) Stress versus depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 20:899-950.
- Leonhard B, Tollefson G (1994) Academic highlights: Focus on SSRI. *J Clin Psychiatry*, 55:10.
- Levine J (1997) Controlled trials of inositol in psychiatry. *Eur Neuropsychopharmacol*, 7:147-155.
- Lewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB (1997) Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 15:26-32.
- Maris RW (1997) Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 20:519-550.
- Martin JK, Blum TC, Beach SR et al. (1996) Subclinical depression and performance at work. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31:3-9.
- Mauskopf JA, Simeon GP, Miles MA et al. (1996) Functional status in depressed patients: the relationship to disease severity and disease resolution. *J Clin Psychiatry*, 57:588-592.
- Oral T (1997) *Psikiyatri ve Bağışıklık Sistemi: Psikiyatri Temel Kitabı*. C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayıncılık, 261-264.
- Pyszczynski T, Holt K, Greenberg J (1987) Depression, self-focused attention and expectancies for positive and negative future life events for self and others. *J Pers Soc Psychol*, 52:994-1001.
- Salazar WH (1996) Management of depression in the outpatient office: *Medical Clin North America*, 80:2, 431-455.
- Souetre E, Lozet H, Cimarosti I (1997) Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. *Eur J Epidemiol*, 13:87-93.
- Steingard RJ, DeMaso DR, Goldman SJ et al. (1995) Current perspectives on the pharmacotherapy of depressive disorders in children and adolescents. *Harv Rev Psychiatry*, 2:313-326.
- Volz HP (1997) Controlled clinical trials of hypericum extracts in depressed patients-an overview. *Pharmacopsychiatry*, 30(Suppl):72-76.
- Weyerer S, Kupfer B (1994) Physical exercise and psychological health. *Sports Med*,17:108-116.