
Depresyonun Klinik Belirtileri

Prof. Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ*

Depresif semptomatoloji sadece psikiyatri alanında değil genel tıpta da hekimlerin en sık karşılaştıkları belirtiler kümesidir. Bu belirtiler kümesi bazen tek başına bir hastalık tablosu oluştururken bazen de başka psikiyatrik ya da tıbbi hastalık tablolarına eşik eder. Bu bölümde depresif semptomatoloji öncelikle klinik tablonun şiddeti esas alınarak -orta ve ağır olmak üzere- iki bölümde tanımlanacak daha sonra da depresyonun bazı özel klinik formları üzerinde kısaca durulacaktır.

Orta şiddette depresyonda klinik görünüm

Orta şiddette bir depresyonun temel klinik belirtileri duygulanımda çökkünlük, yaşamdan zevk almama, genel bir isteksizlik hali ve enerji azlığıdır. Hasta neşesiz, keyifsiz ve karamsardır. Hastanın dış görünümü de tipik bir özellik gösterir. Kendine bakımı kötüleşmiştir. Giyimine ve kişisel hijyenine gösterdiği özen azalmıştır. Kaşlar çatık, ağız köşeleri aşağı sarkıktır. Göz kırpma sıklığı azalmıştır. Omuzlar düşüktür ve bakışlar aşağıda olacak şekilde baş öne doğru eğiktir. Jest ve mimikler azalmıştır. Nadiren bazı depresif hastaların yüzlerinde zoraki bir gülümseme ifadesi görülebilir.

Depresyondaki duygudurum çökkünlüğü sıradan günlük olayların ya da bir kaybın neden olduğu üzüntü ve yas halinden farklı bir durumdur. Olağan üzüntü ya da yas yaşayan insanlarda da duygudurum çökkünlüğü görülür ancak bu kişiler eğlenceli bir durum karşısında ya da iyi bir haber aldıklarında geçici de olsa zevk alabilirler, neşelenebilirler ve duruma uygun duygusal tepkiler verebilirler. Oysa depresif hastalarda bu mümkün değildir. Duygulanımları sürekli olarak çökkündür. Hastalar bu hissi tipik olarak "kahredici bir duygusal acı" ya da "karanlık bir bulut içerisinde olmak" gibi dramatik ifadelerle dile getirebilirler. Bu iki tablo arasındaki bir diğer fark da işevsellikle ilgidir. Olağan üzüntü ve yas durumu kişide hissedilir bir işlev kaybına neden olmazken, depresyondaki kişide belirgin işlev kaybı vardır.

Karamsarlıkla ilgili semptomlar üç döneme ait olabilir. Şimdiki zaman ile ilgili karamsarlığı nedeniyle hasta, yaşadığı her olayın "kötü ve olumsuz" tarafını görmeye eğilimidir. Her yaptığı işde başarısız olduğunu düşünür. Kendini beceriksiz ve işe yaramaz bulur. Başkalarının da kendisini böyle değerlendirdiğine inanır. Özgüvenini kaybetmiştir. Bir şey başardığında ise bu kendi becerisi sonucu değil tesadüfen olmuştur. Bu değerlendirmeler sonucunda benlik saygısı belirgin şekilde azalmıştır.

Gelecekle ilgili karamsarlığı nedeniyle hasta her

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

şeyin kötüye gideceğini düşünür. İş yaşamı, ekonomik durumu, aile ilişkileri, sağlık durumu giderek bozulacaktır. İleriye yönelik bu umutsuzluk ve çaresizlik hissine çoğu zaman hayatın yaşamaya değmeyeceği düşüncesi ve intihar eğilimi eşlik eder.

Depresif hastaların yaklaşık üçte ikisinde intihar düşüncesi vardır. İntihar sonucu ölüm oranı ise %10-15 kadardır. Bu nedenle depresif hastayı değerlendirirken intihar eğilimi olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Deneyimsiz hekimler hastanın aklında böyle bir fikir yokken oluşabileceği düşüncesi ile intihar eğilimlerinin olup olmadığını konuşmaktan kaçınırlar. Bu endişeyi haklı çıkarmak kanıtlar yoktur. Gerekli tedbirleri (hospitalizasyon, medikal tedavi, elektrokonvulzif tedavi vb) alabilmek için mutlaka hastanın intihar eğilimi olup olmadığı uygun bir yaklaşımla sorgulanmalıdır.

Geçmişle ilgili karamsarlık nedeniyle hasta geçmişindeki ufak tefek hatalarıyla ilgili olarak kendini suçlar. Yıllardır hatırlamadığı, unuttuğu pek çok ayrıntı birden önem kazanır. Geçmiş sanki sadece mutsuzluklarla doludur. Hoş yaşantılarını hatırlamaz. Hatırladıkları hep üzüntülü anıdır. Depresyon derinleştikçe bu tür anımsamalar da sıklaşır.

Depresif hastada, kendisi spontan olarak bildirmese de, dikkatli bir sorgulama ile isteksizlik, çevreye karşı ilgisizlik ve yaşamdan zevk almama (anhedoni) hali tespit edilir. Eskiden zevkle yaptığı işlere, hobilerine ve günlük yaşam olaylarına karşı ilgi ve isteği azalmıştır. Sosyal ilişkilerden uzak durur. Enerji azlığı çok tipik bir depresyon bulgusudur. Hasta letarjiktir. Ufak tefek işleri yaparken bile zorlanır. Herhangi bir işe başlamakta zorluk çeker. Başladığı işleri de çoğu kez bitiremez ve yarım bırakır. Örneğin çok becerikli bir ev kadını yatak düzeltmek, yemek yapmak, bulaşık yıkamak ve evini derleyip toparlamak gibi basit işleri bile yapamaz hale gelir. Hastaların çoğu bu enerji azlığını ve halsizliği bedensel bir hastalıkla açıklama eğilimi gösterirler (somatizasyon).

Psikomotor yavaşlama (retardasyon) depresyonun en sık görülen belirtilerindendir. Depresif hastada -başta yürüme olmak üzere- her türlü hareket yavaşlamıştır. Düşünce akışında da yavaşlama vardır. Konuşmanın tempo ve ritmi yavaşlamıştır.

Soru sorulduğunda gecikerek ve kısa cevaplar verir. Hastadaki bu yavaşlama hali, bazen birlikte yaşadığı sağlıklı bireyleri bunaltacak düzeyde olabilir.

Anksiyete, depresyona sıklıkla eşlik eden bir semptomdur. Daha çok hafif şiddetteki depresyonlarda görülür. Depresif hastalarda sık görülen bir diğer bulgu da irritabilitedir. Bu semptomu gösteren hastalar ufak tefek engellenmeler karşısında abartılı tepkiler gösterirler. Seyrek olarak bazı hastalarda psikomotor yavaşlama yerine tanıda karışıklığa neden olacak şekilde huzursuzluk ve ajitasyon hali gözlenebilir. Ajitasyon hasta tarafından dinmek bilmeyen bir huzursuzluk ve rahatlayamama durumu olarak, çevresindekiler tarafından ise süreklilik gösteren amaçsız bir aktivite şeklinde hissedilir. Ajite hasta yerinde duramaz, sakin bir şekilde oturamaz ve bulunduğu yerde volta atar gibi yürür.

Depresyonda biyolojik (fizyolojik) olarak nitelenen bir grup belirti büyük önem taşır. Bunlar uyku ve iştah bozuklukları, kilo kaybı, günlük mizaç değişiklikleri, kabızlık, libido kaybı ve amenoredir. Fizyolojik belirtiler hafif şiddetteki depresyonlardan ziyade orta ve ağır şiddetteki depresyonlarda sıktır. Bu belirtiler üzerinde ayrıntılı durmak gerekir.

Depresif hastalarda birkaç değişik türde uyku bozukluğu görülebilir. Bunların en tipik olanı erken sabah uykusuzluğudur. Bununla birlikte uykuya dalma güçlüğü ve/veya uyku bölünmesi de olabilir. Erken sabah uykusuzluğu gösteren hastalar her zaman uyandıkları saatten birkaç saat evvel uyanırlar ve bir daha uyuyamazlar. Sabah olana dek uyanık bir şekilde yataklarında yatarlar. Bu hastalar için günün en kötü zamanı bu saatlerdir. Çok şiddetli bir sıkıntı ve ajitasyon gösterirler. Önlerindeki günü nasıl geçirecekleri konusunda büyük bir endişe ve karamsarlık içindedirler. Geleceğe yönelik umutsuzluk ve çaresizlik geçmişe yönelik ise suçluluk duyguları yaşarlar. Tanı yönünden bu yönde edinilen anamnestik bilgi neredeyse patognomoniktir. Depresif hastaların pek çoğu intihar girişimlerini bu saatlerde gerçekleştirirler. Nadiren her zamankinden çok uyuduklarını (hipersomni) söyleyen hastalar olsa da bunlar da uykudan dinlenememiş olarak uyandıklarını ifade ederler.

Depresif hastalarda görülen kilo kaybı çoğu hasta-

da salt iştah azalması ile izah edilebilecek boyutların ötesinde gerçekleşir. Nadiren aşırı yiyen ve kilo artışı gösteren hastalar da olabilir. Bunlar yemek yemenin kısmen de olsa sıkıntılarını azalttığını ifade ederler.

Depresyondaki hastalarda fiziksel yakınmalar da çok sıktır. Bunların başında kabızlık, halsizlik ve vücudun değişik yerlerinde müphem ağrılar gelir. Daha önceden mevcut olan fiziksel hastalıklara ait yakınmaların yanısıra hipokondriyak uğraşlarda da artış olur.

Bütün bunların yanısıra depresif hastalarda başka bazı psikiyatrik semptomlar da görülebilir. Hastasına göre bunların biri ya da diğeri klinik tabloya hakim olabilir. Depresonalizasyon ve disosiasyonun yanısıra, obsesif-kompulsif, fobik ve konversif semptomlar ile bellek bozuklukları bunların arasında sayılabilir. Özellikle bellek bozuklukları hastalarda demans korkusu yarattığından önem taşır. Tipik olarak depresif hastalar da demanslı hastalar gibi yakın geçmişe ait bellek bozukluğu dile getirirler ve yeni şeyler öğrenemediklerinden yakınırlar. Bu durum gerçekte dikkat bozukluğu nedeni ile yeni bilgilerin kaydedilememesine bağlıdır. Hastalar demansiyel olduklarını düşünerek çok endişelenirler. Kendilerine bu konuda bilgi vererek endişelerini gidermeye çalışmak uygun olur. Yaşlı hastalarda görülen depresyonlar demansla karışabilir. Bu tabloya depresif psödodemans adı verilmektedir.

Ağır depresyonda klinik görünüm

Depresyon ağırlıktıkça yukarıda sözü edilen semptomların şiddeti artar. İlaveten sanrı ve varsanılar tabloya eşlik edebilir ki bu durumda psikotik depresyondan sözedilir.

Psikotik depresyonlarda görülen sanrıların temaları, çoğu kez, hafif ve orta şiddette depresif bozukluk gösteren hastaların düşünsel uğraşlarıyla benzerlik gösterir. Bu nedenle bunların mizaçla uyumlu oldukları söylenir. Bu temalar arasında en sık rastlananlar değersizlik, suçluluk, günahkarlık, hastalık ve yoksulluktur. Örneğin suçluluk sanrıları olan bir hasta vergi iadesinde yaptığı küçük bir hatanın tespit edilip en ağır şekilde cezalandırılacağını, aşağılanacağını ve bunu da hak ettiğini düşünür. Hipokondriyak sanrıları olan bir hasta kanser ya da AIDS olduğunu iddia eder. Yoksulluk

sanrısı olan bir hasta tüm parasını kaybettiğini kendisi ile birlikte ailesinin de geleceğini mahvettiğini, kendilerini sefil bir yaşantının beklediğini düşünür. Psikotik hastalarda referansiyel ve persekütif sanrılar da görülebilir. Hasta çevresindeki kişilerin kendisi hakkında aşağılayıcı bir eda ile dedikodu yaptıklarını, ona komplo hazırladıklarını, kendisine ve/veya ailesine kötülük yapılacağını düşünür.

Cotard Sendromu ağır depresif bozukluklarda görülen sanrılar için tipik bir örnektir. Bu tablo 1882 yılında Fransız psikiyatrist Cotard tarafından tarif edilmiştir. Abartılı nihilistik sanrılar bu tablounun en karakteristik özelliğini oluştururlar. Örneğin hasta barsaklarının çürüdüğünü ve bir daha asla büyük abdest yapamayacağını söyleyebilir. Bazı hastalar değişik iç organlarının olmadığını hatta tümüyle kendilerinin var olmadığını ifade edebilir.

Ağır depresif tablolarda yukarıdaki semptomlara varsanılar da eşlik edebilir. Bunlar da mizaçla uyumludurlar ve çoğu kez hastaya yönelik aşağılayıcı, suçlayıcı, tehditkar içerikli işitsel varsanılardır. Örneğin sesler hastaya günahkar olduğunu, yaşamaya hakkı olmadığını, kendi canına kıyması gerektiğini söyleyebilir. Çok nadir de olsa görsel varsanılar da olabilir. Bunlar da ölüm, eziyet görme, ya da felaket sahneleri gibi mizaçla uygun içerikli yaşantılardır.

DEPRESYONUN BAZI ÖZEL KLİNİK BİÇİMLERİ

Ajite depresyon

Ajitasyonun belirgin olduğu depresyonlar ajite depresyon olarak bilinir. Ajitasyon ağır depresif bozukluklarda zaten sık görülen bir semptomdur. Ajite depresyonda ise hastanın kliniğinde en çok dikkati çeken olgu ajitasyondur. Bu tür depresyonlar gençlerden çok, orta yaşlı ve yaşlı hastalarda görülür. Bununla birlikte depresyonun genel özellikleri bakımından ajite depresyonla diğer depresyonlar arasında bir fark yoktur.

Retarde depresyon

Bu terim psikomotor gerileme halinin çok belirgin olduğu depresyonlar için kullanılır. Psikomotor retardasyonu çok belirgin olan hastalar elektrokonvulzif tedaviye genellikle iyi yanıt verirler. Bununla birlikte ajite depresyonlu hastalar gibi bu grubun da depresyonun genel özellikleri bakımın-

dan ayrı bir klinik anitite oluşturdukları söylene-
mez. En ağır şekilde bu tablo stuporlu depresyon
ya da depresif stupor olarak bilinir.

Depresif stupor

Çok ağır depresyonlarda motor yavaşlama ve
konuşmada azalma o denli ileri boyutlarda olabilir
ki hasta tamamen hareketsiz ve sessiz kalabilir.
Günümüzde etkin tedavi yöntemleri olduğu için
böylesi depresif stupor tablolarına çok az rastlan-
maktadır. Kraepelin bu tabloyu şöyle tanımlamıştır:
"Depresif stuporlu hasta yatakta hemen hiç hareket
etmeden ve konuşmadan yatar. Sorulara cevap ver-
mez. Ağrılı fizik uyarılara ancak genel kaçınma
cevabı verebilir, amaca yönelik hareket etmez.
Önüne yemek konduğunda yemeden durur, fakat
birisinin kendisini kaşık kaşık beslemesine izin
verir". Kraepelin'e göre bu durumdaki yaşantılarına
karşı hastalar bazen bellek bozukluğu gösterebilir-
ler. Bununla beraber günümüzde hakim olan
görüşe göre hastalar stuporlu oldukları döneme ait
bellek bozukluğu göstermezler. Kraepelin'in hasta-
ların bellek bozukluğu gösterdikleri yolundaki
görüşünün yetersiz beslenme sonucunda ortaya
çıkın sıvı elektrolit dengesizliğine bağlı olarak
gelişen bilinç bozukluğuyla ilgili olması
muhtemeldir. Depresif stuporlu hastalar motor
alandaki katatoni hali gösterebilirler.

Maskeli depresyon

Bazen hasta depresif olduğu halde duygulanımında
depresif özellik kolayca farkedilemeyebilir. Maskeli
depresyon terimi bu tür depresyonlar için kul-
lanılan bir terimdir. Bu terimle bu hastaların ayrı
bir klinik anitite oluşturdukları değil, tanıda
atlanabileceğikleri ifade edilmektedir. Bu hastalar-
da depresyon tanısı ancak diğer belirtilerin dikkat-
le taranması sonucunda konabilir. Özellikle uyku
bozukluğu, gün boyunca (diurnal) mizaç değişikliği
ve depresif düşünce içeriği olup olmadığı dikkatle
sorgulanmalıdır. Konsantrasyon bozukluğu ve
yaşamdan zevk almama hali de tanı koydurucu
semptomlardandır. Maskeli depresyon daha çok
hafif ve orta dereceli depresyonlar için söz
konusudur. Ağır depresyonların maskeli olma
olasılığı çok düşüktür.

Atipik depresyon

Atipik depresyon terimi en çok depresyon için bek-
lenen biyolojik semptomların tersinin görüldüğü

durumlar için kullanılmaktadır. Bu terimi mizacı
değişken ve belirgin şekilde fobik anksiyetesi olan
depresif hastalar için kullananlar da vardır. Son yıl-
larda Amerika Birleşik Devletleri'nde Columbia
ekolü depresyonda atipiklik kriteri olarak "has-
tanın olumlu çevre koşullarında (neşeli ortamlarda)
uygun duygusal tepkiler verebilmesini" esas almak-
tadır. İlâveten bu hastalar aşırı yeme ve uyuma gibi
ters biyolojik semptomlar ve aşırı halsizlik göstere-
bilirler. Ayrıca bu hastaların yaşamları boyunca red-
dedilmeye karşı aşırı duyarlı oldukları da ileri
sürülmektedir (reddedilmeye duyarlılık). Atipik
depresyonlu hastaların trisiklik antidepressanlardan
ziyade klasik MAO inhibitörlerine ve SSRI grubu
ilaçlara cevap verdikleri bilinmektedir.

Kısa tekrarlayıcı depresyon

Bazı hastalar ortalama ayda bir kez tekrarlayan ve
süreleri birkaç günle sınırlı depresyon atakları
geçirirler. Kadın hastalarda bu dönemlerin menst-
ruasyon dönemleri ile ilişkisi gösterilememiştir.
Süre bakımından kısa da olsa bu ataklar, şiddet
bakımından uzun süren depresyon ataklarından
farklı değildir. Bu hastalarda manik atak olasılığı
çok azdır ve bu bakımdan hızlı döngülü bipolar
bozukluk olarak değerlendirilmeleri de mümkün
değildir.

Hafif depresif bozukluk

Hafif depresif bozuklukta ağır depresif ataklarda
görülen semptomların aynıyle fakat daha hafif şid-
dette görülmesi beklenir. Gerçekten de vakaların
bir bölümü için bu değerlendirme geçerlidir.
Bununla birlikte bu hastaların bir grubunda ağır
depresyonlarda rastlanmayan bazı semptomlar da
görülebilir. Bu semptomlar genel olarak nörotik
semptomlar olarak bilinir ve anksiyetenin yanısıra,
fobik, obsesif ve nadiren de dissosiyatif semptom-
lardan oluşur. Anksiyete, depresyonun her tür-
lüsünde tabloya eşlik eden bir semptom olabilir.
Depresif hastalarda anksiyetenin şiddeti depres-
yonun şiddetinden bağımsızdır. Hafif depresyon-
larda da pekala ağır depresyonlarda görülen
yoğunlukta anksiyete görülebilir. Bu özellikleri ile
hafif depresyonun sadece ağır depresyonun hafif
şekli olmayıp ayrı bir klinik anitite olduğu
görüşünde olanlar vardır. Bu tablo her ne kadar
yeni sınıflandırma sistemlerinde "hafif" ya da
"minör" depresyon olarak yer almaktaysa da klasik
olarak nörotik depresyon olarak bilinmektedir.

Hafif depresif durumlarda nörotik semptomatolojinin yanısıra anhedoni, depresif mizaç, ilgi ve enerji azlığı, irritabilite vb. gibi depresif semptomatoloji de bulunur. Uyku bozukluğu da olabilir fakat bu, ağır depresyonlarda olduğu gibi erken sabah uykusuzluğu şeklinde değil, uykuya dalma güçlüğü ve/veya uyku bölünmesi şeklinde kendini gösterir. Yine ağır depresyonlardan farklı olarak bu tabloda biyolojik semptomlar (iştahsızlık, kilo kaybı, libido azalması) yoktur. Günboya mizaç değişikliği de nörotik depresyonda ağır depresyondan farklı bir seyir gösterir. Hasta sabah görel olarak kendini iyi hissederken akşama doğru giderek kötüleşir. Görünüm olarak depresif değildir ve belirgin bir psikomotor yavaşlama hali göstermez.

Hafif depresyonların tanı ve sınıflandırılmaları tartışmalı bir konudur. Bunların çoğu stres yaratan bir yaşam olayının peşinden gelişirler ve bu olay yok olduğunda ya da kişi bir şekilde uyum sağladığında kaybolurlar. Nadiren böyle bir tablonun aylar hatta yıllarca sürdüğü olabilir. Bu tabloya

distimik bozukluk denmektedir. Distimik bozukluklu bir hastada zaman zaman ağır depresyon da gelişebilir ki bu takdirde çift depresyondan söz edilir (double depression).

Çocukluk ve ergenlikte depresyonun klinik görünümü

Okul korkusu ve ebeveyne aşırı bağımlılık çocuklarda depresyonun en tipik semptomlarıdır. Ergenlerde ise okul başarısının düşmesi, madde kullanımı, antisosyal davranışlar, seçkisiz cinsel ilişkilerde bulunma, okuldan ve evden kaçma depresyon belirtileri olabilir.

Yaşlılarda depresyonun klinik görünümü

Depresyonun yaşlılıkta görülme sıklığı genel nüfusa oranla daha fazladır. Değişik araştırmalar 65 yaş ve üzerinde depresyon prevalansının %25-50 arasında olduğuna işaret etmektedir. Bu çağda rastlanan depresyonların en önemli özelliği somatik yakınmaların çokluğudur. Belki de bu nedenle yaşlılarda depresyon sıklıkla atlanmakta ve tedavisiz kalmaktadır.

KAYNAKLAR

Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark. (1996) Mood disorders: Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford, Oxford University Press, s.197-245.

Jefferson JM, Greist JH (1994) Mood disorders: Textbook of Psychiatry, RE Hales, SC Yudofsky, JA Talbott (Ed), American Psychiatric Press, s.465-494.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Mood disorders: Synopsis of Psychiatry, Baltimore, Williams and Wilkins, s.516-570.

Sims A (1995) Affect and emotional disorders: Symptoms in the Mind, W.B. Saunders Company LTD, s.273-298.