

Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme

Doç. Dr. Levent KÜEY*

Özet

Depresyon psikiyatrik bozukluklar arasında en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Depresif hastaların önemli bir bölümü psikiyatristler dışındaki hekimlere, özellikle pratisyen hekimlere başvurmaktadır. Bu hastaların birinci basamak hekimliğinde doğru ele alınmaları ve doğru yönlendirilmeleri özellikle toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu yazıda depresyondaki bir hastanın birinci basamak hekimine başvurduktan sonra tanınıp tedavi edilmesi için gerekli aşamalar bir akış şeması çerçevesinde gözden geçirilmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1998;1:5-12

Çekirdek belirtileri açısından duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama; davranışlarda yavaşlama, giderek ketlenme; bilişsel alanda karamsarlık, değersizlik, suçluluk pişmanlık düşünceleri ve ayrıca uyku, iştah gibi psiko-fizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile karakterize depresif bozukluklar gerek ülkemizde, gerekse dünyada önemli bir sağlık / toplum sağlığı sorunu konumundadır.

Bir yandan yüksek prevalans oranları ve tedavi için başvuru oranının düşüklüğü, öte yandan tanı güçlükleri ve yetersiz sağaltım uygulamaları bu bozukluklarla ilgili kronikleşme riskini ve intihar davranışını arttırmaktadır. Oysa bu bozukluklara ilişkin göreceli etkin sağaltım yöntemleri bulunmaktadır. Dolayısıyla depresyonu olan hastaların birinci basamak hekimliğinde doğru ele alınmaları ve doğru yönlendirilmeleri özellikle toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Bu yazının amacı, birinci basamak hekiminin depresif bozukluk olduğunu düşündüğü bir hastayı ele alış ve yönlendirme basamaklarını özgün bir akış şeması çerçevesinde gözden geçirmektir. Ancak öncelikle, bu süreci etkileyebilecek depresyona özgü bazı konuların (depresif bozuklukların ülkemizdeki yaygınlıkları, depresyonla ilişkili risk etkenleri, halkın bu bozukluklara ilişkin tutum ve davranışları gibi) kısaca değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Depresif bozuklukların yaygınlığı

Ülkemizde değişik toplum kesimlerinde standart tanı ölçek ve ölçütleri kullanılarak yapılan kesitsel alan araştırmalarında elde edilen sonuçların ışığında depresif bozuklukların toplum içi görünümü Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ülkemizde, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında prevalans oranları olduğu görülmektedir. Depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu bozukluğun kronikleştiği de dik-

* Atatürk Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İZMİR

Tablo 1. Depresif belirti ve bozuklukların yaygınlığı

belirti / bozukluk	yaygınlık (%)
Depresyonun bedensel belirtileri	24
Basit depresyon belirtileri	21
Depresyonun özel belirtileri	10
Birincil depresyon	10
İkincil depresyon	5
Kronik depresyon	32
Yaşam boyu depresyon	20

kat çekmektedir. Birinci basamak hekimliği açısından bir diğer önemli nokta da, depresyonun klinik örüntüsünde bedensel belirti ve bulguların ön planda oluşudur: Bedenselleştirme, baş ağrısı, bitkinlik, psikomotor yavaşlama, çalışma verimsizliği, uykusuzluk gibi.

Depresif bozukluklarda risk etkenleri

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre, depresif bozukluklar açısından risk etkenleri 40 yaş ve üzerinde olma, kadın olma, dul olma, çekirdek aileden olma ve alt sosyo ekonomik gruba ait olmalıdır.

Depresif bozukluklara ilişkin tutum ve davranışlar

Herhangi bir sosyo-kültürel ortamda halkın hangi ruhsal değişimleri normal, hangilerini anormal kabul ettiği, ruhsal bozuklukların nedenlerine ilişkin inançları, bu bozuklukların tedavilerine ilişkin tutumları ve tüm bunlara koşut olarak ortaya çıkan çare arama davranışları o bozukluğun epidemiyolojik ve klinik özelliklerini etkilemektedir. Dolayısıyla, depresif bozuklukların birinci basamakta ele alınışını değerlendirirken halkın bu konudaki tutum ve davranışlarını da göz önünde bulundurmak gerekir. Ülkemizde, halkın genel olarak depresif bozukluklara "normalize edici" bir tutumla yaklaştığını; bu bozuklukları olağan bir yaşam biçimi olarak algıladığını ve sonuçta depresyonu tedavi gerektirir rahatsızlıklar içinde görmediğini söyleyebiliriz. Çare aranması gereken bir durum olarak algılandığında da, çoğunlukla tıp dışı geleneksel / dinsel çare kaynaklarına başvurulmaktadır.

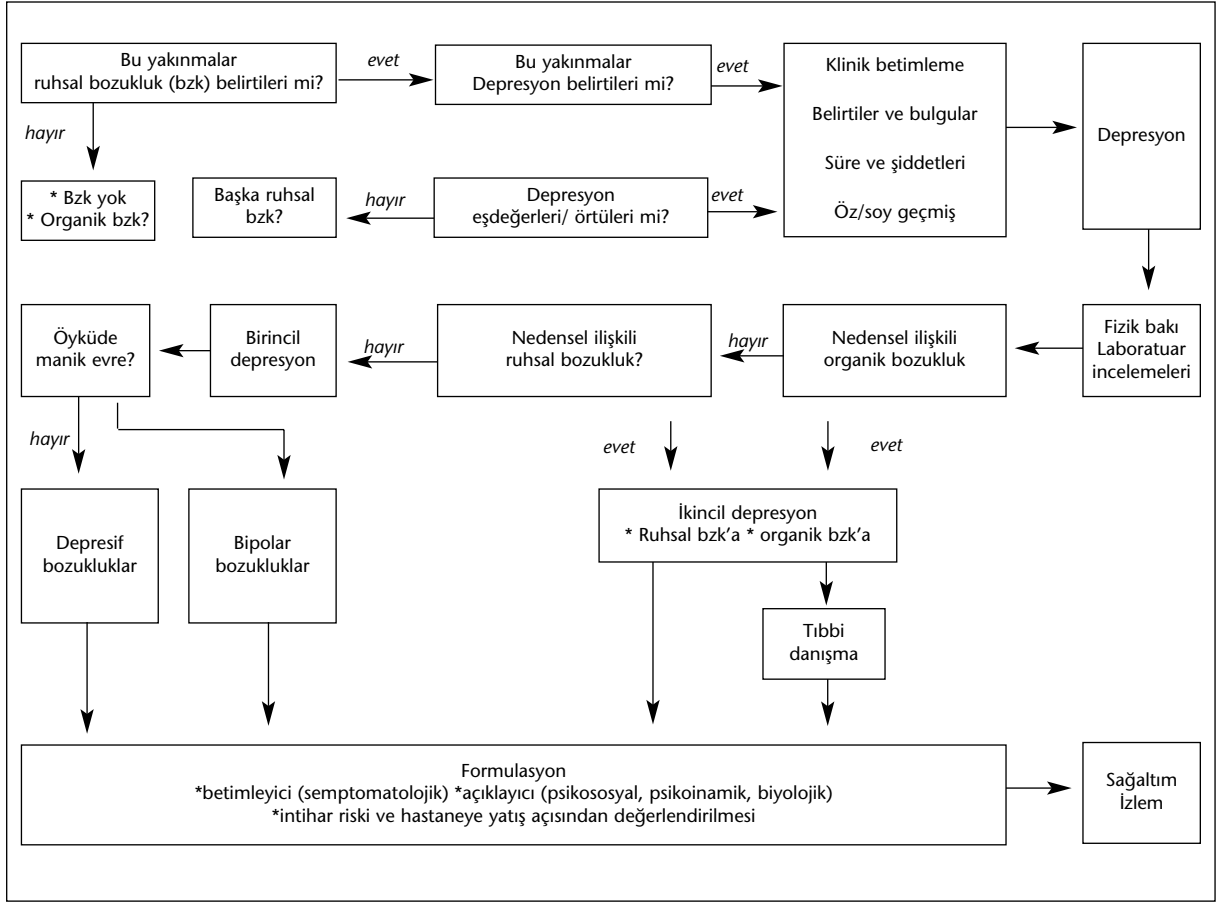
Birinci basamak hekimliğinin önemi

Genel sağlık sistemi zincirinin can alıcı halkası birincil sağlık hizmetinin yürütüldüğü birinci basamak

hekimliğidir. Bugünkü işleyiş gözden geçirildiğinde, bu basamakta tanımlanmış bir ruh sağlığı çalışmasının olmadığı görülmektedir. Oysa, birinci basamak hekiminin rol ve işlevi temel sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığı hizmeti açısından da önem taşımaktadır. Örneğin, depresif bozukluklar birinci basamakta yeterince tanınmamaktadır. Bunun bir yandan hekim ve sağlık sistemine bağlı nedenleri vardır: Birincisi, birçok eğitim çalışmasına rağmen, birinci basamak tedavi ekibinde depresyon ve psikiyatrik değerlendirme konusundaki bilgi ve beceri eksikliğidir; ikincisi, genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki muayene sürelerinin sınırlılığıdır; üçüncüsü, tedavi ekibinin genellikle, hastaların ifade ettikleri olumsuz yaşantı ve duyguları görmezden gelme eğilimidir; dördüncüsü ise, ruhsal sağlık hizmetlerinin birinci basamak hizmetleriyle sistematik biçimde bütünleştirilememiş olmasıdır. Öte yandan, depresif bozuklukların birinci basamakta yeterince tanınmamasının hastalığın doğasından ve hastadan gelen nedenleri vardır: Birincisi, halkın genel tutumu bu rahatsızlığı yok sayma / yadsıma yönündedir; ikincisi, hastalığın belirtileri arasında bulunan yoğun ümitsizlik, karamsarlık, çaresizlik duygu ve düşünceleri hastanın sorunlarını açıp yardım arama davranışına girmesini önleyebilmektedir; üçüncüsü ise, hasta yardım aradığında da çoğunlukla bedensel yakınmalar dile getirmekte, bu da doğru tanının konulamamasına yol açabilmektedir. Bu sorunların giderilmesi yönünde, ülkemiz koşullarını da dikkate alan "Tanıma, ele alma ve yönlendirme" modelleri geliştirilmelidir. Bu yazıda, bu düşüncelerden hareketle, depresif bozuklukların birinci basamakta ele alınması ve yönlendirilmesine ilişkin bir model tartışmaya sunulmaktadır.

Depresyonda tanıma, ele alma, yönlendirme basamakları

Birinci basamak hekiminin depresyon olduğunu düşünebileceği bir hastayla karşılaşmasında doğru tanı, uygun inceleme, doğru ayırıcı tanı, doğru formülasyon ve yeterli tedavi - izlem açısından dikkate alınması gereken aşamalar Şekil 1'de bir akış şeması çerçevesinde gösterilmiştir. Bu şemada: İlk sırada betimleyici yaklaşım; ikinci sırada açıklayıcı yaklaşım; son sırada ise, formülasyon ve tedavi-izlem yaklaşımı benimsenmiştir. Burada, hangi hekimin hangi hastayı hangi aşamaya kadar kendisinin tedaviye alacağı; hangi aşamada hangi uzmandan danışmanlık isteyeceği; izlem sürecinde nasıl bir yol izleyeceği gibi konular bir yandan hekimin çalışma koşullarına, bir yandan da konuyla ilgili bilgi ve becerisine bağlı olacaktır. Dolayısıyla, bu konuda her hekimin kendi durumunu değerlendirmesi önem taşımaktadır.



Şekil 1. Birinci basamak hekimliğinde depresyonun ele alınması ve yönlendirilmesi için akış şeması

Birinci basamakta depresyonu ele alma aşamaları

Betimleyici yaklaşım

1. Bu yakınmalar ruhsal bozukluk belirtileri mi?

Ruhsal bozukluk belirtileri temel olarak, bireyin duygusal, davranışsal ve bilişsel yaşantılarında değişimlerle karakterizedir. Ancak, bu değişimlerin dile getirilişi sıklıkla, özellikle de psikiyatrist dışı hekimlere başvuruda, bedensel yakınmalar biçimindedir (örneğin, baş ağrısı, sindirim, solunum, kas-iskelet sistemi yakınmaları gibi). Bu noktada, birçok organik kökenli hastalığın ruhsal değişimlere yol açabildiği ya da onlara eşlik edebildiği de (kafa travmaları, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi) akılda tutulmalıdır.

2. Bu belirtiler depresyon belirtileri mi? ya da depresyon eşdeğerleri / örtüleri olabilir mi?

En sık görülen tipik depresyon belirtileri Tablo 2'de özetlenmiştir. Bir rahatsızlık döneminde bu belirtilerin tümü aynı anda bulunmayabilir. Bazen depresyon belirtileri bu kadar açık olmayabilir; anti-sosyal davranışlar, impulsif cinsel davranışlar, kompulsif kumar oynama, ani öfke patlamaları, sado-mazohistik davranışlar, aşırı tahammülsüzlük, tehlikeli araba kullanma gibi yüksek riskli davranışlar, aşırı alkol ve madde kullanımı, yoğun bedensel yakınma ve ağrılar, ya da özellikle hastalığın ilk evrelerinde kendini yaşamın bir alanına adeta hapsedme, örneğin işe düşkünlük gibi değişimler de altta yatan bir depresyonun farklı dışa vurumlarına işaret edebilir. Ayrıca, belirli yaş dönemlerinde depresyon tablosuna bazı tipik olmayan belirtiler hakim olabilir. Örneğin, çocukluk ve ergenlik döneminde tedirginlik, huzursuzluk, saldırgan davranışlar ve madde kötüye kullanımı; yaşlılıkta unutkanlık, yönelim bozuklukları gibi demansı düşündürten bilişsel belirtiler ön planda olabilir.

Tablo 2. En sık görülen depresyon belirtileri

- Depresif duygudurum, üzüntü, keder, hüznün, çökkünlük, neşelenememe
- İlgî, istek, dürtü azalması; zevk alamama (anhedonia)
- Yorgunluk, enerjisizlik, bitkinlik, düşkünlük, halsizlik
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- Anksiyetenin psişik ya da otonom belirtileri
- Değersizlik, pişmanlık, suçluluk, kendini küçük görme duygusu ve düşünceleri
- Çaresizlik, karamsarlık, ümitsizlik duygusu ve düşünceleri
- Benlik saygısında düşüş, kendine güvenin azalması
- Dikkat yoğunlaşmada güçlük
- İştah değişimi, genellikle kaybı
- Uyku bozukluğu, genellikle uykusuzluk
- Cinsel isteksizlik, kadınlarda adet düzensizlikleri
- Özgül olmayan ağrı vb. bedensel yakınmalar
- Ölüm düşünceleri, kendine zarar verme düşünceleri, intihar girişimi

3. Klinik betimleme

Bu aşamada, başvuran kişide bulunan tüm belirti ve bulgular, süreleri ve o kişinin yaşamını etkileme düzeyini de içermek üzere ayrıntılı betimlenmelidir. Ayrıca, özgeçmiş ve soygeçmişte ruhsal bozukluk ve özellikle depresyon öyküsü bulunup bulunmadığı da ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Bu bilgiler bütüncül bir klinik değerlendirme için önem taşıdığı kadar hastanın tedavisine de ışık tutacak pratik bilgiler içerebilir.

4. Depresyon (depresif sendrom)

Bugün dünyada en yaygın olarak kullanılan psikiyatrik sınıflandırma ve tanı sistemlerine göre, klinik düzeyde tedavi gerektirir depresyon tanısı için gerekli ölçütler Tablo 3'te özetlenmiştir.

Açıklayıcı yaklaşım

5. Birincil / İkincil Depresyon

Başvuran kişide depresyon tanısı konduktan sonra, birinci basamak hekimliği açısından en önemli ilk nokta, bu bozukluğun birincil mi yoksa ikincil mi olduğuna karar verilmesidir. Bir bedensel/organik bozukluğa ya da diğer psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan depresyona ikincil depresyon denmektedir. Dolayısıyla, bu noktada depresyona yol açabilecek organik bozuklukların bilinmesi önem taşır (Tablo 4). Bu bilgiler ve görüşme sırasında dikkati çeken bedensel yakınmalar ışığında uygun fizik bakı, muayene ve laboratuvar incelemelerinin yapılması gerekmektedir. Örneğin, özellikle kadınlarda depresyonla ilişkili olabilecek fizik nedenler-

den anemi ve oral kontraseptif kullanımına sıklıkla rastlanmaktadır. Altta yatan bu tür bir bozukluk ya da durum saptandığında bunun tedavisi için ilgili uzmana danışılması gerekecektir. Ayrıca, depresyon dışı bazı ruhsal bozukluklar da ikincil olarak depresyona yol açabilmektedir. Örneğin, anksiyete bozukluklarının (özellikle, panik bozukluğun) ve kronik psikotik bozuklukların seyrinde ya da borderline kişilik bozukluğu zemininde depresyon tablosu sıklıkla gelişebilmektedir. Ayrıca, gerek organik bozukluklar ve

Tablo 3. Depresyon için tanı ölçütleri

A grubundan en az bir ve B grubundan en az dört belirti olmak üzere toplam beş belirti en az dört hafta süreyle olmalı; bunlar kişinin sosyal işlevselliklerini bozacak düzeyde hemen her gün, günbuyu sürmelidir

A

1. Çökkün ya da üzgün duygudurum
2. İlgî, istek azalması ve / veya zevk alamama

B

1. Yorgunluk veya enerji azalması
2. Dikkatin azalması ve dikkati toplayamama
3. Benlik saygısında düşüş ve kendine güvenin azalması
4. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
5. Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik
6. Kendine zarar verme ya da öz kıyım düşünceleri veya eylemleri
7. Uyku bozukluğu
8. İştah azalması ve kilo kaybı

Tablo 4. Depresyona neden olabilecek organik durumlar

İlaçlar	Reserpin, beta blokerler, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, alkol, benzodiazepinler
Nörolojik bozukluklar	Subdural hematoma, frontal tümörler, parkinson, serebrovasküler ataklar, epilepsi
Endokrin bozukluklar	Hipotiroidizm, hipertiroidizm, diabetes mellitus
Tümörler	Pankreas ve akciğer kanserleri
Enfeksiyonlar	SLE, enfeksiyöz mononükleoz, hepatit, influenza
Beslenme bozuklukları	B ₁₂ eksikliği
Toksik durumlar	Madde bağımlılıkları ve kesilme sendromları
Elektrolit bozuklukları	
Anemiler	

Depresyonda etiyoloji

Kalıtımsal yatkınlık	Özellikle bipolar bozuklukta daha belirgindir
Kişilik yatkınlığı	Kişilerarası ilişkilere aşırı bağımlılık; Aşırı vicdanlı, katı, hata kabul etmeyen, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri; Kendisinden ve çevresinden aşırı ve / veya uygunsuz beklentileri nedeniyle hayal kırıklıklarına dayanıksız olma
Psikososyal olaylar	Kayıplar, özellikle erken dönem kayıpları
Bedensel hastalık ya da özürllük	Bir bölümü doğrudan depresyona yol açabilir, bir bölümünde ise depresyon ikincil olarak gelişmiştir

Depresyonun oluşumunda psikodinamik açıklamalar

Klasik psikanalitik	Depresyona yatkın kişilik özellikleri Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki kayıp yaşantıları Çevredeki önem verilen kişilerin destek ve onaylarına aşırı ihtiyaç duyma İki değerlikli (ambivalan) duygular Kendine yönelen öfke
Kendilik psikolojisi	Benlik saygısı kavramı Benliğin gıdasız kalması (değer görme, beğenilme, sevilme ihtiyaçlarının giderilememesi)
Bilişsel/davranışsal kuram	Öğrenilmiş çaresizlik Kendine / dünyaya / geleceğe olumsuz bakma biçimindeki depresif bilişsel şemalar İşlevselliği olmayan tutumlar

Tablo 5. Depresif bozuklukların ayırıcı tanısı

Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu	Hastalık öyküsünden kişinin iş / sosyal işlev ve rollerini bozacak derecede aşırı ve sık alkol madde kullanım öyküsü
Demans	Bellek bozuklukları (özellikle yeni bilgi öğrenememe) Yaygın bilişsel bozukluklar Antidepresif tedavi ile bu belirtilerin düzelmemesi
Kronik psikoz / şizofreni	Varsanılar / sanrılar Davranış alanında dezorganizasyon Duygulanımda yüzeyellik ya da donukluk
Anksiyete bozukluğu	Anksiyetenin psişik belirtilerinin (endişe, kaygı, korku, bunaltı gibi) ve otonom belirtilerinin (çarpıntı, terleme, titreme, sersemlik, ağrılar, yerinde duramama gibi) baskın oluşu Sıklıkla depresyona eşlik eder
Bedenselleştirme	Özgül olmayan ve tıbbi nedenlere bağlanması olanaksız çeşitli ve çok sayıdaki bedensel yakınmalar Sıklıkla depresyona eşlik eder

gerekse başka ruhsal bozukluklar ile depresyonun birlikte bulunduğu eş tanıli durumların da yaygın oldukları unutulmamalıdır. Birinci basamak hekiminin böylesi durumlarda, bir psikiyatri uzmanına en azından danışması uygun olacaktır.

Hastasında depresyona neden olabilecek organik ya da başka bir ruhsal sorun saptanmadığında, birinci basamak hekiminin dikkatini yeniden yöneltmesi gereken nokta hastanın özgeçmiş özellikleridir. Geçmişinde manik bir evre (taşkınlık dönemi) geçirmiş olan hastada tanı, iki uçlu duygulanım bozukluğu (bipolar bozukluk) olacaktır. Bu da hastanın tedavisi ve izlemi açısından oldukça özel bir bilgi ve deneyim birikimi gerektirir. Dolayısıyla, yine bir psikiyatri uzmanının en azından danışmanlığına başvurulmalıdır.

6. Depresif belirtili diğer tablolar

İkincil depresyonlar ve bipolar bozukluklar dışlandıktan sonraki aşamada, hem depresif bozukluklar hem de depresif belirtilerle seyreden diğer tablolar arasında ayırıcı tanı yapılması gerekmektedir. Depresif bozuklukların ayırıcı tanısı için anahtar bilgiler Tablo 5'te; depresif belirtilerle seyreden diğer tablolar için anahtar bilgiler ise Tablo 6'da özetlenmiştir.

Formulasyon ve tedavi-izlem yaklaşımı

7. Formulasyon

Tüm bu aşamalardan sonra ve tedavi-izlem programı yapılmazdan önce, hastanın durumunun tümüyle özetlendiği bir formulasyon yapılması gereklidir. Bu formulasyon iki bölüm içermektedir: Birinci adımda, (betimleyici yaklaşım) hastanın tüm klinik

Tablo 6. Depresif belirtilerle seyreden diğer tablolar

Yas dönemleri	Son iki ay içinde önemli bir yakının kaybına bağlı ortaya çıkmıştır
Uyum bozuklukları	Ağır yaşam olayları ardından gelişebilen depresif belirtili uyum bozuklukları
Pseudodemans	Bilişsel bozukluk belirtilerinin ön planda olduğu depresyon tablosu

özellikleri betimlenir; ikinci adımda ise, açıklayıcı (etiolojik) bir yaklaşım ile, bu klinik tablo ile ilişkili olabilecek psikososyal formulasyon (süre giden yaşam olayları, akut yaşam krizleri, destek sistemleri), psikodinamik formulasyon (temel savunma düzeyleri, temel çatışmalar, bilişsel şemalar, kişilik örüntüsü) ve biyolojik özelliklerin formulasyonu (ai-lesel yüklülük) yapılır. Ardından tedavi-izlem için plan yapılacaktır.

Depresyon tanısı konan bir hastada formulasyon aşamasında unutulmaması gereken önemli bir nokta da, hastadaki intihar riskinin değerlendirilmesidir. İntihar riskini arttıran durumlar Tablo 7'de özetlenmiştir.

8. Tedavi-izlem

Hastanın tedavi ve izlemi açısından ilk önem taşıyan nokta hastaneye yatış önerilip önerilmeyeceğidir. Depresyonu olan bir hastanın hastaneye yatışının önerilmesini gerektiren özellikler Tablo 8'de özetlenmiştir. Bunlar dışındaki durumlarda hasta ayaktan

Tablo 7. Depresyonda intihar riskinin değerlendirilmesi

- Ölüm isteğinin sözel ifade edilişi, özellikle intihar tasarılarının bulunması
- Çok derin ümitsizlik ve düşük benlik saygısı
- Toplumsal geri çekilme
- Madde kötüye kullanımı
- Yaşamdan genel olarak tat alamama
- Öyküde intihar girişimi, kazaya yatkınlık, riskli davranışların sık olması
- Mesleki rollerde ağır işlev yitimleri
- Özel mülkiyetlerini dağıtma, işlerini devredip düzene sokma hazırlıkları
- 18 yaşından küçük çocuğunun bulunmaması
- Ağır fiziksel / kronik hastalık

tedaviye alınabilir. Ayaktan tedavide psikofarmakolojik tedavi ve psikoterapiler temel tedavi seçeneklerini oluşturur. Kuşkusuz birinci basamak hekiminden, depresyona özgü sorunları da ele alabileceği bir psikoterapi uygulaması beklenmemelidir. Ancak, hasta hekim ilişkisinin temel ilkelerini dikkate alan, hastaya saygılı, uygun ve destekleyici bir görüşme tarzı benimsenmelidir. Özellikle ilk görüşme ve formülasyon aşamasında hastaya rahatsızlığının ne olduğu, bu rahatsızlığın doğru bir tedavi ile düzelebilecek bir rahatsızlık olduğu, doğru tedavinin uygun ilaç, yeterli günlük doz, yeterli süre kullanım anlamına geldiği açıklanmalıdır. Ayrıca, yaklaşık 6-8 hafta sürecek akut tedavi döneminin ardından yine yaklaşık 6-12 aylık bir izlem döneminin gerekli olduğu eklenmelidir.

Tüm bu açıklamalar aşamasında hastanın da mevcut depresyona ilişkin düşünceleri ve nedenlerine ilişkin

Tablo 8. Depresyonda hastaneye yatış önerilmesi gerekli durumlar

İntihar riski	Israrlı intihar düşünceleri ya da tasarıları Ölüm üzerine yoğun düşünce uğraşları
Psikotik belirti	Depresif belirtilerin gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmaya yol açacak şiddette oluşu; örneğin suçluluk sanrıları gibi
Sosyal destek yoksunluğu	Günlük bakım ve tedavisini yürütmede yardımcı olabilecek sosyal desteklerden mahrum oluş ya da aşırı sosyal geri çekilme nedeniyle çevre kişilerden mutlak yalıtılmışlık

olası açıklamaları sorulmalıdır. Yani, hasta kendi rahatsızlığını nasıl formüle ettiğini açıklaması yönünde yöreklendirilmeli ve bu açıklamalar tartışılmalıdır. Böylesi bir uygulama, depresyon tedavisinin vazgeçilmez önkoşulu olan hasta ile hekim arasında sağlam bir işbirliğinin kurulmasına yardımcı olacaktır. Bu işbirliği, zaten hastalığının doğası gereği kendini genellikle güçsüz, bağımlı ve edilgen bir konumda hisseden hastaya tedaviye etkin biçimde katılma ve sürdürme yolunun kapısını açma olanağı sağlayabilecektir.

Bu yazının kapsamında, konuyla ilgili tüm ayrıntıları kapsayamayacağı ve eksik bilginin de yanlış yönlendirebileceği düşüncesiyle depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlara ilişkin bilgi verilmemektedir. Hekim, hastaya önerdiği ilaçtan beklenen etkileri, olası yan etkileri, gerektiğinde yapılabilecek değişiklikleri hem iyi bilmek hem de hastasına açıklamak durumundadır. Dolayısıyla antidepresif ilaçlara ilişkin klasik kitaplardan ayrıntılı ve derinlemesine bilgi edinilmesi uygun olacaktır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. (1993) Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults, APA, Washington DC.
2. Aydemir Ö, Özmen E, Demet MM, Küey L, Mete L, Kültür S. (1996) Major depresyon ve distiminin belirti örüntüleri açısından karşılaştırılması: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 4:171-175.
3. Blacker C, Clare A. (1987) Depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatry*, 150:737-751.
4. Grunhaus L. (1994) Major Depressive Disorder and Panic Disorder: The Syndrome and Its Characteristics. *Severe Depressive Disorders*. L Grunhaus, JF Greden (Eds), American Psychiatric Press, Washington DC, s:159-195.
5. Köknel Ö. (1989) Depresyon: Ruhsal Çöküntü. *Altın Kitaplar*, Ankara.
6. Köroğlu E. (1997) Major Depresif Bozukluk. *Temel Psikiyatri Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (eds), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.201-221.
7. Küey L. (1988) Temel sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığının bütünleştirilmesi. *Ruh Sağlığı Bülteni*, 1:6.
8. Küey L. (1990) Depresyon ve kadın. *Sendrom*, 2(2):49-51.
9. Küey L. (1995) Depresyonun Toplum İçi Görünümü. *Depresyon*. M Bekaroğlu (Ed), Karadeniz Ruh Sağlığı Yayınları-1, Trabzon, s:23-33.
10. Küey L. (1997) Psikiyatrik Epidemiyoloji. *Temel Psikiyatri Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (eds), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.201-221.

11. Küey L, Aksakoğlu G. (1989) Birincil sağlık hizmetinde ruh sağlığı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4(3):1-6.
12. Küey L, Aksakoğlu G, Amato Z. (1989) Affektif bozukluklara ilişkin tutumlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4(2):72-82.
13. Küey L, Aydemir Ö, Gülseren AŞ, Kültür S. (1996) Major depresyon, anksiyete bozukluğu ve eşanlı durumlarda ayrışan ve örtüşen özellikler - 1: Klinik belirtiler yönünden karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:257-265.
14. Küey L, Güleç C. (1987) Türkiye'de depresif bozukluklar epidemiyolojisi - Bir gözden geçirme çalışması. Hacettepe Tıp Dergisi, 20(3):207-218.
15. Küey L, Güleç C. (1993) Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi-2, E Köroğlu (Ed), Hekimler Yayın Birliğı, Ankara. s: 53-68.
16. Küey L, Kültür S, Girgin G. (1994) Birinci basamakta ruhsal sağlık ve bozukluklar. Kriz Dergisi, 2(1):205-208.
17. Küey L, Özmen E, Demet MM, Aydemir Ö, Gülseren AŞ, Kültür S. (1996) Depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının karşılaştırmalı fenomenolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:169-175.
18. Küey L, Üstün BT, Güleç C. (1987) Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim, 44:16-30.
19. Özmen E, Demet MM, Küey L, Kültür S. (1993) Depresif bozukluklu hastalarda görülen somatik belirtiler. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi, 1:6-10.
20. Özmen E, Demet MM, Küey L, Kültür S. (1992) Depresif bozuklukta belirti sıklığı -Kontrollü kesitsel bir sınıflandırma çalışması. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi, 3:435-440.
21. Uçku R, Küey L. (1992) Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-Yarı-kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel tanımlayıcı bir alan araştırması. Nöropsikiyatri Arşivi, 29(1):15-20.