

Depresif Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu **Approach to Depressive Patient: A Case Report**

Mustafa Tokdemir¹, Orhan Polat Örs², İpek Perçinel³, Sercan Belirgan⁴, Ceren Gökdağ⁵, Kurtuluş Öngel⁶, Saffet Gönül⁷

¹ Uzm.Dr., Karşıyaka 16 No.lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

² Yrd.Doç.Dr., İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³ Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

⁴ Uzm.Dr., Van Erciş Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Van, Türkiye

⁵ Arş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

⁶ Prof.Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁷ Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Bu olgu sunumunda multifaktöryel nedenlere bağlı olarak gelişen major depresyonun klinik bulguları ve tedavi yaklaşımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kırk üç yaşında evli, lise mezunu bayan hasta. 2000 yılında kendi isteği dışında iş yeri değişikliği sonrası; mutsuzluk, yaptığı işten zevk alamama, keyifsizlik gibi depresif şikayetlerinin ortaya çıktığını, bu yakınmalar için poliklinik başvurusu sonrası sekiz ay tedavi gördüğünü ve ilaç tedavisinden fayda görmediğini belirtti. Mevcut yakınmalarına, öz güvende azalma, yalnız kalma isteği, sinirlilik, uyku kalitesinde bozulma semptomları eklenen olgu, poliklinik başvurusu sonrası tedavisinin düzenlenmesi ve mevcut semptomlarının azaltılması amacıyla Psikiyatri Kliniği'ne yatırıldı. Klinisyen depresyon tanısı koyduğu bir hastayı, etkin bir şekilde tanımak istiyorsa hastanın depresif yakınmalarını tetikleyen tüm olayların hasta açısından niteliğini ve anlamını, hastanın bilinç alanında ve bilinç dışında yer alan çatışma ve düşüncelerini; hastalık öncesi döneme ait psikolojik değişkenleri ve yatkinlik oluşmasına yardım eden olayları empatiyle anlamak zorundadır. Bu sayede güçlü terapatik hasta-hekim ilişkisi kurulacağından hastanın tedaviye katılımı ve tedavide başarı oranı artacaktır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, özgüven, psikoloji

Abstract

In this case report, it was aimed to evaluate the clinical findings and management of major depression due to multifactorial causes. Described patient is at the age of forty-three, married, high school graduate and female. In 2000, after the change of work place; depression complaints such as unhappiness, lack of pleasure from work, lack of pleasure had begun. After the polyclinic application, she had medical treatment for 8 months but did not benefit from drug treatment. She was admitted to the Psychiatry Clinic for the purpose of reducing self-confidence, desire for loneliness, irritability, symptoms of deterioration in sleep quality, regulation of post-outpatient treatment. When the clinician diagnoses a depressive patient; he or she should be able to effectively identify the nature and meaning of the patient's depressive complaints in all aspects of the patient's depressive complaints, the patient's consciousness and conflicts outside the consciousness; the psychological variables of the pre-sickness turnover and the events which helped to create susceptibility. Since a strong therapeutic patient-physician relationship is established on this site, the patient's attendance on treatment and the success rate in treatment will increase.

Key words: Depression, self-confidence, psychology

Kabul Tarihi: 17.12.2017

Giriş

Depresyon psikiyatrik bozukluklar arasında en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Depresif hastaların önemli bir bölümü psikiyatristler dışındaki hekimlere, özellikle birinci basamak hekimlerine başvurmaktadır. Bu hastaların

birinci basamak hekimliğinde doğru ele alınmaları ve doğru yönlendirilmeleri özellikle toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır (1).

Klinik uygulamada hekimler sıklıkla belirti yada sendrom olarak depresyonla karşılaşmaktadır (2). Aile hekimliğine başvuruların büyük çoğunluğu

depresyonun ruhsal belirtileri ile değil başarısı ağrısı gibi somatik belirtileriyle olmakta ve buna paralel olarak düzenlenen tedavi, çoğu kez, depresyona değil depresyonda sık görülen, zayıflama, halsizlik, çeşitli bölgelerde ağrılar, uykusuzluk, gastrointestinal yakınmalar gibi somatik belirtilere yönelmektedir (3).

Doğrudan psikolojik belirtilerin ifade edilebilmesi durumunda depresyon tanısı koymak ve tedavi etmek güç değildir. Ancak hasta bedensel belirtilerle ya da var olan bedensel hastalığına sekonder depresif belirtilerle karşımıza gelebilir. Böyle durumlarda depresyon tanısını koymak biraz daha güçlük taşımakla birlikte, doğru olarak tanınıp tedavi edilmesi hem kişinin yaşam kalitesini artırır hem de varsa eşlik eden hastalığın seyrini olumlu yönde etkiler (2).

Depresyon; şiddeti, belirti tipleri ve hastalık seyri açısından değişkenlik gösteren geniş bir yelpaze içinde tanımlanan bir sendromdur. Bu nedenle hastalar normal üzüntü halinden şiddetli, psikotik belirtilerle seyreden farklı tablolarla karşımıza çıkabilmektedir.

Sık görülen, kronik ve yeti yitimine yol açan bir hastalık olarak depresyon; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bütün dünyadaki en acil dördüncü halk sağlığı sorunu olarak gösterilmiştir. Yeti yitimine yol açma açısından bakılınca majör depresyon birinci sırada yer almaktadır; onu demir eksikliği anemisi, düşmeler, alkol kullanımı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı izlemektedir (3).

Türkiye’de yapılan ruh sağlığı profili çalışmasında depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur. Depresyon kadınlarda sık görülmektedir; 18-44 yaşları arasında özellikle de 25 yaşından sonra yaygınlık artmaktadır. 45-65 yaş arasında cinsiyet farklılığı azalmakta ancak 65 yaşından sonra kadınlar aleyhine risk artmaktadır. Genel olarak hastane başvuruları özellikle 40-60 yaşlarında artış göstermektedir (4).

Depresyona yol açan etkenler netlik kazanmamakla beraber cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel

hastalık, sosyal destek azlığı gibi çeşitli risk etkenleri major depresyona öncüdür ve hastalığın sonucunu etkiler (3,5). Bu nedenle görüşme sırasında hastanın biyopsikososyal olarak detaylı irdelenmesi risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önem arz eder.

Somatik ve ruhsal belirtilerle ortaya çıkan depresyonda, Türk toplumunda sık olarak somatik yakınmalar ön plandadır. Depresyon çok çeşitli belirtileri olan bir hastalıktır; hiçbir depresyon belirtisi yalnızca depresyona özgü değildir. Bu nedenle günümüzde depresyon tanısı, patognomonik belirtiler aranarak değil, DSM-V tanı kriterlerine göre göreceli olarak depresyonda sık rastlanan ve betimlenmesi kolay birçok belirtinin en az iki hafta süreyle bir arada saptanması ile konur.

Bu belirtilerle beraber, kişinin ev işlerini yapmakta güçlük çekme, aile içinde çatışmalara girmesi, çocuklarını dövme, sinirlilik, iş veriminin azalması, kimseyle konuşmak istememe gibi günlük olağan işlevselliğinde azalmanın ortaya çıkmış olması da tanının doğrulanması için gereklidir.

Depresyon tanısı almış bir hastada tedavi iyi hasta-hekim ilişkisi kurabilme ve akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde tedaviyi yürütebilme temeline dayanmaktadır. Hekim, doğal olarak, yalnızca ilaç önermekle kalmayıp, destekleyici, anlayışlı, yargılayıcı olmayan bir tutum takınmalı ve gereken her durumda yardıma hazır olduğunu hastasına hissettirmelidir (3). Depresyonda kullanılan ilaçların etkinlik açısından birbirlerine üstünlükleri yoktur. Yan etkileri farklıdır. Bu nedenle ilaç seçiminde kişinin demografik özellikleri göz önünde tutulmalıdır. Verilecek tedavinin en az üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan, ortalama altı haftalık bir süre kullanılmalı ve bu süreden sonra tedavinin sonuçları değerlendirilerek gerekiyorsa başka bir ilaca geçilmelidir. Bu dönemde haftada bir hasta görüşmeye çağrılmalı kişinin tedaviye yanıtı yan etki gelişimi değerlendirilmelidir (6).

Bu yazıda etyolojisinde genetik ve psikodinamik nedenleri ön planda olan depresif bir hastanın tanısı, tedavi süreci ve izlemi aktarılmıştır.

Olgu

Kırk üç yaşında evli, halkla ilişkiler müdür yardımcısı lise mezunu erkek hasta. Şizofren bir annenin çocuğu olan olgu; anne ve babasının

erken yaşta ayrıldığı, anneannesi tarafından büyütüldüğünü ve çocukluk döneminde annesinden fiziksel şiddet gördüğünü belirtti. Çocukluktan itibaren annesinin rahatsızlığı nedeni ile eğitiminin kesintiye uğradığını, bu yüzden okul başarısının gittikçe azaldığını belirten olgu; çocukluk döneminde kendisine babasının öldüğünün söylendiğini, onsekiz yaşında babasının yaşadığını öğrendikten sonra babasıyla yakınlık kurmak istediğini ancak çabalarının sonuçsuz kaldığını, kendisine sahip çıkmadığı için babasından nefret ettiğini belirtti. Askerlik döneminde kendi öz dayısının anneannesinin mal varlığını üzerine geçirdiğini öğrendiğini, bu olayın kendisini çok üzdüğünü ve zayıf olan aile ilişkilerinin daha da kötüye gittiğini belirtti. 1995 yılında İzmir Büyükşehir Belediyesi'nde işe başladığını, 2000 yılında kendi isteği dışında iş yeri değişikliği sonrası; mutsuzluk, yaptığı işten zevk alamama, keyifsizlik gibi depresif şikayetlerinin ortaya çıktığını, bu yakınmalar için poliklinik başvurusu sonrası sekiz ay tedavi gördüğünü ve ilaç tedavisinden fayda görmediğini belirtti. Mevcut yakınmalarına, öz güvende azalma, yalnız kalma isteği, sinirlilik (öfke patlamaları), uyku kalitesinde bozulma semptomları eklenen olgu, poliklinik başvurusu sonrası tedavisinin düzenlenmesi ve mevcut semptomlarının azaltılması amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne yatırıldı. Yatışında yapılan fizik muayenesi olağandı. Psikiyatrik görüşmede aşırı hareketli görünen olgu uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk çektiğini belirtti. Olayları anlatırken sinirlilik veya öfke patlamaları gözlenen olgunun keyifsizlik isteksizlik yakınmaları belirgindi. Olgunun genel görünümü depresif (çökkün) duygu durumu ile örtüşüyordu. İştahsızlık, yorgunluk ve enerji kaybı, çevresine karşı kendini değersiz ve aşırı suçlu gören duyguları belirgindi, Dikkatini toplamada, yoğunlaşmada zorlanma, gün boyu devam eden gerginlik ve beraberinde olan baş ağrısı şikayeti mevcuttu. Olgu uzun süredir devam eden cinsel isteksizlik sorunu tarifliyordu. Olgunun öz geçmişinde beş yaşında akut romatizmal artrit (ARA) öyküsü mevcuttu, soy geçmişinde; annesi şizofreni hastası, iki dayısı alkol bağımlısıydı.

Öykü ve psikiyatrik muayene göz önüne alınarak majör depresif tanısı konulan hastaya venlafaksin 375 mg/gün başlandı. Günlük 30 dakikalık seslerle psikoterapi uygulandı. Günlük gözlemler not edildi. Yakınları ile görüşüldü ve

tedavinin içeriği nasıl bir sürecin işleyeceği kendilerine düşen görevler hakkında bilgi verildi. Alınan hemogram ve biyokimya tetkikleri normal sınırlarda gelen olgunun şikayetlerinin organik bir patoloji ile ilişkisini ekarte etmek amacıyla çekilen Beyin manyetik rezonans (MR) sonucu olağan olarak yorumlandı. Tedavisinin birinci haftasında şikayetlerinde değişiklik olmayan hastanın tedavisine aripiprazol 7,5mg/gün eklendi. Kombine tedavi sonrası ortaya çıkan uykusuzluk yakınması için nervium 5mg/gün başlanan olgunun izleminde tedaviye yanıtı yeterli değildi. Klinik olarak değerlendirilen olguya 11 seans elektrokonvulzif tedavi (EKT) uygulandı. EKT sonrası kısmi remisyona giren hasta tedavisi düzenlenip kontrole çağrılmak üzere taburcu edildi.

Sonuç

Olgunun yaşantısı bütün olarak değerlendirildiğinde; genetik yatkınlığın kolaylaştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıktığı aşikardır. Ancak beraberinde küçük yaşta annesi tarafından dövülmesi, sonrasında akrabalarından gördüğü kötü muamele, zayıf akraba ilişkileri ve en son işyerinde gördüğü mobbing gibi stresör olaylar şikayetlerinin ortaya çıkışında ve şiddetlenmesinde kolaylaştırıcı faktörlerdir.

Yaşanan her olay insan vücudunda fiziksel yada düşünsel bir etki bırakmaktadır. İnsan, biyo-psiko-sosyal bir bütündür ve bu bütünü oluşturan öğelerin her birinin teker teker olduğu kadar, iç ve dış etkenlere bağlı olarak birbirleriyle karşılıklı etkileşimde buldukları ve hastalığa yatkınlıkta ve hastalık oluşumunda bu etkileşim bütünlüğü içinde rol oynadıkları söylenebilir (7). Bu nedenle hekimler depresyon tanısı koyduğu bir hastayı, etkin bir şekilde tanımak ve verdiği tedavinin iyileşme sürecine katkı sağlamasını istiyorsa hastanın depresif yakınmalarını tetikleyen tüm olayların hasta açısından niteliğini ve anlamını, hastanın bilinç alanında ve bilinç dışında yer alan çatışma ve düşüncelerini; hastalık öncesi döneme ait psikolojik değişkenleri ve yatkınlık oluşmasına yardım eden olayları empatiyle anlamak zorundadır. Hasta bu çerçevede bir bütün olarak değerlendirilmeli riskler belirlenip çözüm yolları aranmalıdır. Bu sayede güçlü terapatik hasta-hekim ilişkisi kurulacağından hastanın tedaviye katılımı ve tedavide başarı oranı artacaktır (8).

Hastanın yakın çevresini ve bütün sosyal hayatını gözleme imkanına sahip olması ve hasta ile sürekli iletişim halinde olması nedeniyle aile hekimliği klinikleri psikiyatrik rahatsızlıkların farkındalığını arttırmaya adaydır. Böylelikle toplumda depresyon gibi sık karşılaşılan olguların tanınması ve tedavi edilmesi kolaylaşacaktır.

Kaynaklar

1. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998;1:5-12.
2. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi* 2003;10(2):79-88.
3. Yalçın M. Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. *Sted* 2004;13(2): 46-8.
4. Tezvaran Z, Akan H, İzbrak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Phsician* 2010;1(3):1-7.

5. Ünal S, Küey L, Güleç C ve ark. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:8-15.
6. Göğüş A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Hacettepe Tıp Dergisi* 1995;26(1):9-11.
7. Günsel İK. Psikodinamik açıdan depresyon. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999; 53-8.
8. Özmen M. Depresyonda dinamik nedenler. *Duygudurum Dizisi* 2001;6:283-7.

İletişim:

Uzm.Dr. Mustafa Tokdemir
Karşıyaka 16 no.lu Aile Sağlığı Merkezi
Karşıyaka, İzmir, Türkiye
Tel: +90.505.2165303
E-mail: mustafatokdemirr@hotmail.com