



Dr. Murat Yalçın*

Depresyon birinci basamak hekimliğinde sık rastlanan, ancak tanı, tedavi ve izleminde bazı sorunlar yaşanan bir hastalıktır. Depresyonla mücadele en etkili olarak birinci basamakta yapılabilir.

Kaynaklar:

- 1- Korf VM: Improving Depression Care. J Fam Prac 2001;50(6): 529-32.
- 2- www/Who.int/Whr2001/2001/main/en/chapter3/003dl
- 3- Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. J Gen Int Med 1999; 14: 569-80.
- 4- Soon JA, Levine M: Screening depression in patients in long term care facilities: a randomised controlled trial of physician response. J Am Geriatr Soc 2002; 50(6):1092-9.
- 5- Scott J, Thorn A, Horn P: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. BMJ 2002;325:951-4.
- 6- Gerrity MS, Williams JW, Dietrich AJ, Olson A: Identifying physicians likely to benefit from depression education: a challenge for health care organisations. Med Care 2001; 39(8):856-66.

Depresyon çeşitli yönleriyle birinci basamak hekimliğinde sık rastlanılan bir sorundur. Yapılan toplumsal çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %4.9 - 17.1 arası izlenirken, birinci basamakta yapılan kesitsel çalışmalarda sıklığı %4.8 - 8.6 arasında değişmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında, majör depresyonu dünyada en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak bildirirken, insan yaşamında ve işlevlerinde; iskemik kalp hastalığı ya da serebrovasküler olaylardan daha fazla bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir (2). DSÖ 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir.

Depresyonun Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) yıllık maliyetinin 43 milyar dolar olduğu ve bu rakamın yalnızca %30'unun medikal harcamalar olup, geri kalan miktarı işgücü kayıplarının oluşturduğu bilinmektedir. ABD'de depresyondaki hastaların %75'i yakınmaları için psikiyatristler yerine ilk önce bir birinci basamak hekimine başvurmaktadırlar (3). Ancak birinci basamakta depresif hastalıkların saptanarak, doğru tanı konulması oranı %30-50 arasındadır (4).

Tanıda Karşılaşılan Sorunlar

Birinci basamağa hastaların başvurusunda depresyonun klinik görünümü net olmayıp, alışılan belirtileri sergilenmeyebilir. Kişi bu aşamada hastalığını inkar edebileceği gibi, belirtileri umursamama ve önemsiz göstermeye yönelik davranışlar içinde olabilir. Bazı hastalar depresyonu bir hastalık olarak görmeyerek, normal yaşam akışının bir süreci olarak kabul ederler ya da depresyonun üstesinden kendi iradeleriyle gelebileceklerine inanıp, kişisel gizliliğin korunmasına karşı kaygı ve korku besleyebilirler (5). Bu gibi etmenler, hekimin normal pratiği sırasında depresyonu gözden kaçırmasına neden olabilir. Başka bir olasılık hekimin, bireydeki bu görüşe katılabilmesi ya da hastayla olan kişisel ilişkisinden dolayı birey konusundaki kaygılarından, beklentilerinden etkilenip tanıda nesnel olamamasıdır (6).

Birinci basamak hekimlerinde rastlanan en sık mesleki beceri eksikliğinin, hasta incelemesi sırasında kişisel iletişim eksikliği yaşamaları ve kişilere tek yönlü, yönlendirici sorular yönelmeleri olduğu bilinmektedir (7). Hekim hastayı sabırla dinlemeli ve derdini anlatmasına fırsat vermelidir. Psikiyatrik incelemenin önemli bir diğer ögesi olan görsel muayenenin içinde hastanın dış bakımında azalma, hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, alında çizgilerde artış, göz temasının kurulamaması ve ağlama gibi önemli depresyon belirtileri de dikkate alınmalıdır (8). Diğer taraftan birinci basamak hekimliği pratiğinde depresif belirtileri olan hastalar daha çok uyku bozukluğu, yorgunluk ve ağrı yakınmaları ile kliniğe başvurmaktadırlar. Yurt dışında yapılan çalışmalarda, birinci basamakta daha çok uykusuzluk yakınmalarından yola çıkarak depresyon tanısı konulduğu izlenmiştir (9).

Birinci basamakta depresyon yapabilecek barbitürat, benzodiazepin, simetidin, beta-bloker, steroid, indometazin, alfa-metildopa, oral kontraseptif, rezerpin ve sülfonamid gibi ilaç grupları ile birlikte depresyonun sık izlendiği diğer kronik hastalıklar da sorgulanmalıdır (10). Beraberinde depresyonun sık izlendiği kronik hastalıklar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tarama Testleri

Klinikte kullanılmak üzere Hamilton, Beck, Zung depresyon skalası gibi tarama testleri vardır. Klinikte depresif belirtileri olmayan hastalarda depresyon taraması yapmanın pratik yararı, "grup B önerisi" olarak değerlendirilmektedir (Grup B: Yapılan geniş çalışmalarla yararlılığı kanıtlanmamış, ancak önerilmesi için zayıf kanıtlar olan öneriler). Depresyon taramalarının hastaların daha iyi tedavi almalarını sağlayarak, depresif morbiditeyi azaltıp, hastalığı kronikleşmeyi önleyebileceğini gösterilmiştir (11). Hastalara bir depresyon tarama testi uygulanması konusunda yol göstermesi açısından, mod ve disfori hakkında şu iki soru önerilmektedir:

1- Önceki iki haftada, kendinizi bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiniz mi ?

7- Wittchen HU, Pitrow D: Prevalance, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. H Psychopharma 2002;17 Suppl:1-11.

8- Wittchen HU, Hofer M, Meister W: Prevalance and recognition of depressive syndromes in Germany primary care settings poorly recognized and treated. Int C Psychopharma 2001; 16(3):121-35.

9- Barret Jr: Treatment of Dstymia and minor depression in primary care. J Fam Prac; 2001;50(5):405-13.

10- Smith WT, Kendrick T: Diagnosing and treating depression. BMJ 2000;320: 1602-10.

11- USPSTF: Screening depression: recommendations and rationale. A Int Med 2002;136: 760-4.

12- Angst J, Merinkas K: The depressive spectrum: diagnostic classification and course. J Affect Dis Vol 45 2000; 1,2(8): 8-20.

13- Thomas C et al: Effects of a clinical-practice guideline and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet 2000;15:355 (9199):185-91.

14- Simon GE, Von Korff M, Rutter CM, Peterson I: Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. A Gen Psychiat 2001;58 (4):395-401.

15- Hickie IB: Choosing antidepressants drugs in general practice. Aust Fam Phys 2001;30 (7): 663-7.

2- Önceki iki hafta boyunca, daha önce yaptığınız şeylere karşı ilginizde ve aldığınız zevkte bir azalma oldu mu?

Bu iki soruya verilecek olumlu yanıtlarda tarama testi uygulanmasının anlamlı olduğu ileri sürülmektedir (11). Klinikte kullanılan tarama testlerinin hassasiyeti yüksek iken (%80-90), duyarlılıkları daha ortalamadır (%70-80) (10). Klinikte majör depresyon tanı ölçütlerini karşılamayan bir çok eşik altı depresyon tipi de, geçmiş yıllarda tanımlanmıştır (Tablo 2) (12). Taramada pozitif sonuç veren hastaların ancak %24-40'lık bir bölümü majör depresyona sahipken, yanlış pozitif sonuç veren hastaların büyük kısmı distimi ya da eşik altı depresif bozukluklara sahiptir. Bu taramalarda saptanan eşik altı depresyon hastaları ilaç tedavisinden oldukça yarar görmektedirler.

Tedavi Karşılaşılan Sorunlar

Duygu durum bozukluklarının tıbbi tedavisinde bazı genel yaklaşımlar bulunmaktadır (13). Depresyona yol açabilecek altta bir psikiyatrik ya da başka bir hastalık varsa ilk olarak kuşkulu hastalığın tedavisine öncelik verilmelidir. Alkol ve madde bağımlılığı gibi durumlar klinik durumu kötüleştirdiğinden, önceden belirlenmelidir.

Tedavi bireysel olmalıdır. Seçilen antidepresif ilaç en az üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan, ortalama altı haftalık bir süre için kullanılmalı ve bu süreden sonra tedavinin sonuçları değerlendirilerek gerekiyorsa başka bir ilaca geçilmelidir. Tablo 3'te bugün için klinikte kullanılan bazı antidepresiflerin etkin dozları ve yan etkileri gösterilmiştir (14). İlaç tedavisine ek olarak, yapılabiliriyorsa psikoterapi uygulanmalıdır.

Tablo 1. Beraberinde depresyon görülebilecek hastalıklar.

1. Romatolojik Hastalıklar - Sistemik Lupus Eritematozus - Romatoid Artrit 2. Kardiyak Hastalıklar - Mitral Valv Prolapsusu - Miyokard Enfarktüsü - Hipertansiyon 3. Gastrointestinal Sistem - Siroz, - Pankreatit - Enflamatuvar Bağırsak Hast. 4. Hematolojik Hastalıklar - Orak Hücreli Anemi	5. Endokrin Hastalıklar - Hiper/Hipotiroidizm - Diabetes Mellitus - Hiperkalsemi 6. Beslenme Yetersizlikleri - VitB12, Folat, Demir, Tiamin, Niasin Eksikliği 7. Nörolojik Hastalıklar - İnme, - Alzheimer - Huntington Hastalığı - Multiple Skleroz - Kontrolsüz Epilepsi	8. Enfeksiyöz Hastalıklar - Hepatit A, B, - İnfluenza - Enfeksiyöz Mononükleoz - Tüberküloz 9. Renal Hastalıklar - Üremi 10. Neoplastik Hastalıklar - Lökomi, - Pankreas Ca, - Lenfoma 11. Dermatolojik Hastalıklar - Psörisis, - Sarkoidoz
---	---	--

Tablo 2. Eşik altı depresyon sendromları ve tanı ölçütleri.

Minör Depresyon 1. DSM-IV-TR'nin majör depresyon ölçütlerinden üç ya da dört tanesinin varlığı 2. Klinik süre iki hafta ya da daha uzun 3. Majör depresyondan oldukça kısa Yineleyen Kısa Depresyon 1. DSM-IV-TR'nin majör depresyon ölçütlerinden beş tanesinin varlığı 2. Süre genellikle 1-3 gün 3. Ayda bir kez ortaya çıkan düzensiz yenileme 4. İşyeri sorunları	Nörotik Depresyon 1. Belirgin psikomotor bozulma olmadan depresyon 2. Psikotik özellikler yok 3. Birlikte nörotik sorunlar 4. Reaktif köken Karakteriyolojik Depresyon 1. 25 yaşından önce gizli başlangıç 2. En az 5 yıldır devam eden süre 3. Affektif olmayan psikiyatrik bozukluk yokluğu 4. Kronik bir fiziki durumun yokluğu
--	---

Tablo 3. Klinikte kullanılan bazı antidepresiflerin yan etkileri ve etkin doz miktarları.

	Anti-kolinerjik etki*	Uyuşukluk	Uykusuzluk	Ortostatik hipotansiyon	Kardiyak aritmi	GI distres	Kilo alma (>6 kg)	Töräpetik doz ağırlığı (mg)
Amiltriptilin	++++	++++	0	++++	+++	0	++++	75-300
Sertralin	0	0	++	0	0	+++	0	50-150
Fluoksetin	0	0	++	0	0	+++	0	10-40
Nortriptilin	+	+	0	++	++	0	+	40-200
Paroxetin	0	0	++	0	0	+++	0	20-50
Bupropion	0	0	++	0	+	+	0	225-450
MAO inhibitörleri	+	+	++	++	0	+	++	30-50

* Antikolinerjik etki: Ağız kuruluğu, bulanıklık, görme, üriner problemler (glob vezikal), kabızlık.

16- Hickie IB, Andrews G, Davenport TA: Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. MJA 2002; 177(4): 205-7.

17- Horgan D: Practical management of the suicidal patient. Aust Fam Phys 2002; 31 (9): 819-22.

18- Prezwasc L, Stankovic M, Jagsch R, Ackeil S, Putz C, Steltzer B et al: A longitudinal view of triggers and threshold of suicidal behavior in depression. J C Psych 2002;63(10):866-77.

19- Parsons J: Are doctors immune to depression. Aust Fam Phys 2001;30 (3): 225-31.

20- Altun I: Burnout and nurses' personal and professional values. Nurse Ethics 2002;9(3): 267-78.

21- Kalemoglu M, Keskin O: Acil servis çalışanlarında burnout sendromu ve stres etmenlerin değerlendirilmesi. Ulusal Travma Dergisi 2002;8(4): 215-9.

22- Miller NM, McGowen RK: The painful truth: physicians are not invincible. S Med J 2000;93(10):966-73.

23- Rollman BI et al: The electronic medical record. A randomized trial of its impact on primary care physicians' initial management of major depression (corrected). Arc Int Med 2001;161 (2):189-97.

24- Simon EG, Vonkorff M, Rutter C, Wagner E: Randomized trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ 2000;320:550-4.

25- Gögüş A: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Hacettepe Tıp Dergisi. 1995; 26:(1):9-11.

Kullanılan antidepresiflerin klinikte birbirlerine karşı önemli bir etkinlik farkları bulunmamaktadır. Birinci basamak hekimliğinde depresyon tedavisinde yapılan en sık hata kullanılan ilacın etkin dozda, etkin sürede kullanılmamasıdır (15). Bir diğer etmen hastanın terapiye olan uyumunun sağlanamaması olabilir. Bu konuda hastayı ilaç yan etkileri konusunda uyarmak ve birlikte tedavi planı oluşturmak tedavi sürekliliğini artıracaktır.

Hastaların Bir Üst Basamağa Sevki

Majör depresyon hastalarının bazı durumlarda yataklı bir psikiyatri kliniğine yönlendirilmeleri gerekebilir. Hastada özkıyım (intihar) riski düşünülüyorsa, günlük beslenme ya da yaşamı sürdürmeye engel olacak derecede ciddi bilişsel (kognitif) bozuklukta, psikotik belirtilerde, alkolizm ya da bipolar hastalık varlığında, bakım ve gözlem için sosyal ve aile desteği azsa, antidepresanlara yanıt alınamamışsa (beraberinde şiddetli nörovegetatif belirtilerin varlığında) ve elektrokonvülsiv tedavi (EKT) gerektiğinde düşünülüyor durumlarda uzman yardımı gerekmektedir (16).

Majör depresyon hastalarında özkıyım riskinin belirlenmesi oldukça önemsenmelidir. Bu konuda her hastaya açık uçlu sorular sorulmalıdır: "Yaşam hakkında ne düşünüyorsunuz ?", "Sizce hayat yaşamaya değer mi?", "Hiç hayatınıza kıyıp her şeye son vermeyi düşündünüz mü ?", "Bunun için bir plan yaptınız mı?" gibi giderek hedefe yönelen açık uçlu sorular kullanılmalıdır (17).

Hastalarda özkıyım riskinin arttığı bazı durumlar vardır: Risk erkeklerde 75, kadınlarda 55 yaşlarından sonra artmaktadır. Kadınlar daha sık, erkekler daha az ama ciddi özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Hastanın aldığı sosyal desteğin büyük önemi vardır. Kişiler boşanmış, dul, bekar, çocuksuz ya da işsizse risk yüksektir. Ciddi kronik hastalıklarda, alkol ya da başka bir madde bağımlılığı durumunda risk artmaktadır. Hastaların özgeçmişlerinde daha önceden başarısız özkıyım girişimleri ve varsa soygeçmişte ailede başarılı bir girişiminin olması önemlidir.

Kişi böyle bir durumda girişim için bu yıl dönümünü özkıyım zamanı olarak seçebileceği gibi, özkıyım yeri ve biçimi için bu olaydan esinlenebilir (18).

Sağlık Sistemi ile İlgili Sorunlar

Birinci basamak hekimi oldukça yoğun bir ortamda çalışırken kendisi de depresyonun etkileri ile karşılaşabilir (19). Yapılan çalışmalarda, hekimlerde bitkinlik, depersonalizasyon ve kişisel beceri azalması olarak tanımlanan tükenmişlik sendromuna daha sık rastlanmakta, boşanmalar, alkol ya da madde bağımlılığı ve özkıyımlar daha sık görülmektedir (20, 22). Ülkemizde birinci basamak hizmetlerinde hastanın kayıt ve izleminin düzenlenmesinde birçok eksiklik vardır. Yalnızca depresif hastalar değil, tüm sağlık sistemi bu durumdan etkilenmekte ve elektronik kayıt sistemlerine gereksinim duyulmaktadır (23). Depresif bir rahatsızlığın tedavisi iyi izlenmediği durumlarda kronikleşmekte, tedavi maliyetleri artarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Bir çalışmada antidepresif tedavi başlanan hastalarla sekizinci ve 16. haftalarda yapılan 10-15 dakikalık iki telefon görüşmesinden sonra, ayaktan izlenenlere oranla görüşülen hastaların ilaç uyumlarının daha iyi olduğu ve depresif belirtilerinde %50 azalma olduğu saptanmıştır (24).

Sonuçta ülkemizde depresyon hastalarının büyük bir kısmı birinci basamakta görülmektedir. Tıp eğitiminde psikiyatri anabilim dallarındaki rotasyonların birinci basamağa yönelik olması ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle desteklenmelerinin gerektiğini düşünmekteyiz (25).



Edward Munch, Ashes