

KAYNAKLAR:

- 1- Adams, R.L.- boake, C.-Bias in neuropsychological test classification related to education I.O and ethnicity, Unpublished manuscript 1981
- 2- Adam, R.L., Trenton, S.L.-The Development of a paper and pen from the Halstead Category test Unpublished manuscript, 1980
- 3- Arkonaç, O.-Psikiyatrik semptomlar ve Sendromlar, 1980
- 4- Hutt, L.M. - The Hutt Adptation of the Bender Gestalt test - 1977
- 5- The British Journal of Psychiatry. Agus. Vol: 145.
- 6- Walker Eugene-Clinical Practice of Psychology, 1981. Pergamon Series.

KRONİK DEPRESYON

Dr. Fulya MANER*

ÖZET:

Bu yazıda kronik depresyonda psikiyatrik yaklaşımdan söz edilmiştir.

SUMMARY:

In this paper psychiatric management of chronic depression has been explained.

Kronik depresyon en az 6 ay devam eden ve ilgi kaybı, günlük aktivitelere karşı hoşnutsuzluk, suçluluk duygusu, benlik saygısının azalması, çaresizlik, umutsuzluk, vejetatif belirtiler (erken uyanma, düurnal mood varyasyonları, anoreksi, kilo kaybı), suisid düşünceleri ile birlikte giden disforik bir mood halidir. Depresyon sendromları şu bozuklukları içine alır.

- 1- Majör depresif bozukluk
- 2- Bipolar bozukluk geçmişte mani öyküsü olan depresyon
- 3- Siklotimik bozukluk -en az 2 yıl süren, yineleyici, bipolar bozukluk ya da majör depresyon kadar ağır olmayan depresyon ve hipomani nöbetleri
- 4- Distimik bozukluk- majör depresyon kriterlerini karşılayacak kadar ağır olmayan ve en az 2 yıl süren depresif semptomlar
- 5- Atipik affektif bozukluk- affektif bozukluklar sınıflamasında yer alan tiplere uymayan, birtakım artık tortu vakalardır.

Majör affektif bozukluk (primer depresyon) herhangi bir dahili, cerrahi ya da psikiyatrik hastalık ile ilişkili değildir, aksi halde sekonder depresyondan bahsedilir. Sekonder depresyon özellikle tiroid, hipofiz, adrenal, bezi hastalıkları, viral enfeksiyonlar, infeksiyöz mononükleoz, tümörler, metabolik bozukluklar (hiperkalsemi),

perniyöz anemi, sistemik lupus eritematosus, organik beyin sendromu, demans, operasyonları takiben, kronik ağrı, şizofreni gibi birçok başka hastalık ya da bozuklukta görülebilir. Antihipertansifler (reserpin, metildopa, spiranolakton), merkezi sinir sisteminde depresan etkileri droglar (barbitüratlar, minörtrankilizanlar), böbreküstü bezi steroidleri, ACTH, L-Dopa, propranolol, oral kontraseptifler, alkol, antibiyotikler (sulfonamidler, metenamin mandelat) depresyona yol açabilen droglardır. Merkezi sinir sistemini uyaran drogların kesilmesi de depresyona neden olabilir (3, 4)

1- Kronik depresyon düşünülen hastanın dahili yönden değerlendirilmesi yapılmalı, önceden kullanıldığı ilaçlar hakkında bilgi alınmalı, suisid riski taşıyıp taşımadığı araştırılmalı, ayrıntılı öykü alınmalı, mental durumu incelenmelidir. Bu şekilde kronik depresyon, ya majör affektif bozukluk ya da sekonder depresyon olarak ayrılır.

2- Majör affektif bozuklukta literatürde iyileştirici makul doz 150-350 mg/gün Laroksil, 200-350 mg/gün Tofranil, 8-12 ECT, makul süre ise 6-10 hafta olarak tayin edilmiştir. Bu süre içinde iyileşmemiş, majör affektif bozukluk tanısı konan hastalarda, hastanın kendisine verilen ilaçları muntazaman aldığı ve başka ilaç almadığı tesbit edildikten sonra, bipolar bozukluk depresif tip durumunda 6 hafta süreyle litium uygulanır. Litiuma yanıt vermeyen ve bipolar olmayan vaka da ise MAOI den fenalzin 30 mg/gün ile başlanır, doz yavaş yavaş artırılarak 90 mg/güne tavan dozuna çıkılarak 3 hafta devam edilir. Tedaviye cevap vermeyen vakalarda depresyon iyileştiren çeşitli ilaçların bir arada kullanılması da denenmiştir. Trisiklik ve sakinleştirici, trisiklik ve nörolep-

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

tik, trisiklik ve MAOI, trisiklik ve litium, trisiklik ve T3 birlikte, tedaviye cevap vermeyen vakalarda denenmelidir, fakat etkin bir tedavi yaklaşımı olduğu iddia edilemez. Trisiklik ilaç alanlarda MAOI bir ilacın da ilave edilmesi, eskiden düşünülen aksine, günümüzde sakınca görülmemektedir. Trisiklik ve MAOI ilaçların beraber uygulanması durumunda, her ilacın dozunun yavaş yavaş ve ayrı ayrı zamanlarda yükseltilmesi gerekir (1). Bu arada kısaca depresyonun somatik tedavisinden söz etmek yararlı olur. Somatik tedavi uygulanacak hastalara verilecek antidepresana hasta ya da ailesinden birisi geçmişte yanıt vermiş olmalıdır. Bununla birlikte kötü yanıt medikasyonun yanlış seçiminden ziyade yetersiz doza bağlıdır. Anksiyete ve insomniyanın belirgin olduğu depresyonlarda amitriptilin, trazodon gibi sedatif etkisi yüksek olan, retarde depresyonlarda ise protriptilin ya da maprotilin gibi aktive edici antidepresanlar tercih edilmelidir. Ağır deprese, suisid riski yüksek olan, antidepresanların kardiyovasküler yan etkilerini tolere edemeyen, 70 yaşın üzerinde ve geçmişte antidepresanlara değil de ECT ye yanıt veren hastalarda ECT ile tedavi başlamalıdır. Deprese hastaların %30'u uygun ve yeterli dozda verilen antidepresan tedaviye yanıt vermez. Yetersiz dozaj, tedaviyi düzenli uygulamama ve yanlış konulan tanı antidepresanlara rezistansın en sık nedenidir. Yaşın ileri olması, kronik semptomlar, delüzyonlar, anksiyete, yinelenen panik atakları, alkolizm trisikliklere rezistans eğilimini arttırır. Şizofreni, konfüzyon ve boşluk hissi primer depresyonu taklit edebilir, fakat antidepresanlara olumlu yanıt vermez. Bununla birlikte vejetatif belirtiler, suçluluk, benlik sayısının azalması belirgin olduğunda, bu hastalardaki sekonder depresyon uygun antidepresanlara yanıt verebilir. Bazı yazarlar antidepresanları değiştirmeyi önermektedir. Yani amitriptilin, trazodon gibi serotonerjik antidepresan yerine imipramin, maprotilin gibi noradrenerjik antidepresan denir ya da tersi uygulanır. Ayrıca MAOI, alprazolam, bupropion gibi yeni antidepresanlar ya da ağır vakalarda ECT önerilebilir. MAOI iştah artışı, kilo alma, hipersomnia, hipokondriak semptomlar, panik atakları vekronik ağrı ile birlikte olan depresif semptomlarda özellikle yararlıdır. Litium ya da düşük dozlarda T3 (25 mikrgr.) trisiklik ya da MAOI ne eklenebilir. Bazı deprese ve fiziksel hastalığı olan hastalarda kısa süreli metilfenidat ya da amfetamin uygulaması antidepresan ilaçlarla karıştırılmamak üzere yararlı olabilir (4). Delüzyonları olan hastalar ya da ajite depresyon özellikle klorpromazin, tiroidazın, tiotiksen gibi antipsikotik droglara, trisikliklerle beraber ya da tek başlarına kullanıldıklarında, tek başlarına uygulanan trisikliklerden daha iyi

yanıt verir.

İlaçlarla bu uygulamalar sürerken, hastanın destek psikoterapiye ya da ortam tedavisine tabii tutulması da yararlı olacaktır. Dinamik psikoterapi depresyonun devam etmesine neden olan emosyonel çatışmaları çözmek için gerekir. Üzerinde durulacak konular suçluluk, çaresizlik, olumsuz umutlar, bağımlılık, öfke ve hayal kırıklığıdır. Bazı hastalar davranışsal yaklaşımdan yararlanır, şöyle ki; depresif davranışlar terapist ve ailesi tarafından görmemezliğe gelirken, depresif olmayan davranışlar ödüllendirilir. Kognitif terapi hastayı negatif algılamalarının gerçek dışı niteliği ile yüz yüze getirerek hastaya yararlı olur.

Kognitif terapi kısa süreli psikoterapi olup, hem semptomlarda hafifleme hem de profilaksi sağlar. Aaron T. Beck ve David Burns tarafından geliştirilmiştir (5). Özellikleri şunlardır: Kognitif terapi hastayı aktif olarak tedavi sürecinin içinde yer aldırır. Ona düşüncelerini, davranışlarını organize etmesinde yardımcı olur, terapinin içeriği şimdi ve burada (here and now) üzerinde odaklanmıştır, çocukluk malzemelerine fazla önem verilmez. Terapi sırasında ve terapiler arasında hastanın düşünce ve duygularını açıklığa kavuşturmak önemlidir. Terapiler arasında hasta günlük ev ödevleri şeklinde yapacağı çeşitli egzersizlerle eğitilir. Bunların başarı ile uygulanması terapötik süreçte önemlidir. Davranış terapisinin tersine kognitif terapiye hastanın açık olarak yaptığı davranıştan ziyade içsel deneyimleri önemsenir. Bu içsel deneyimler, düşüncelerini, hislerini, arzularını, hayallerini, tutumlarını içerir. Hedef uyumsuz düşünce kalıplarını değiştirmektir. Depresyondaki düşünce bozukluğu Beck ve Burns tarafından çeşitli klinik incelemelerle gösterilmiştir. Depresifler şizofrenikler gibi, fakat daha hafif olmak üzere soyut düşünce kaybı göstermektedir.

Ya hep ya hiç şeklinde düşünmeye eğilimlidir, dünyayı ya siyah ya da beyaz görürler (dikotom biçiminde düşünce). Diğer düşünce hataları keyfi sonuç çıkarma, seçici soyutlama, aşırı genelleme, magnifikasyon-minimizasyon, personalizasyondur. Deprese kişinin distorsiyona uğramış (şekli bozulmuş) kognisyonlarına inancı fazla olduğu için, bu düşünceler duyguların da distorsiyona uğramasına ve uyumsuz davranışa yol açar. Kognitif terapi temelde depresif hastalığın kognitif distorsiyonlar, negatif affektif deneyimler ve uyumsuz davranışın karşılıklı olarak birbirini pekiştirdiği bozuk bir siklus olduğunu kabul eder. Kognitif terapi hastanın kendisini ve dünyayı görüş şekline, bakış açısına yönelir. Olumsuz kavramlar tanımlanır, hastanın onları düzeltmesine yardım edilir. Hasta daha gerçekçi düşünmeye çalıştırılır. Gerçeğe daha objektif olarak baktıkça kendisine ve çevresine daha geniş

açından baktığında semptomlarda düzelme olur. Amaç hastanın gerçeği değerlendirmesini (reality testing) geliştirmektir. Özet olarak kognitif terapinin amacı:

— Hastaya olumsuz düşüncesini tanımlamasına yardımcı olmak

— Kognisyonlarını incelemesini, aşırı genellemelerini, seçici soyutlamalarını ve abartmalarını belirlemesini sağlamak.

— Delilleri oyun haline getirmek.

— Deneyimlerini daha gerçekçi bir şekilde yeniden yorumlamasına yardım etmek.

Sekonder depresyon dahili ya da cerrahi hastalığa ya da kullanılan ilaca bağlı ise mevcut olan hastalığın tedavisi yapılır ya da medikasyon değiştirilir.

3- Eğer yoğun psikiyatrik tedavi ya da dahili, cerrahi tedavi etkili olmamışsa, semptomlar bir başka psikiyatrik bozukluğa bağlı olabilir. Bu, şizofreni, psikososyal sorun, kişilik bozukluğu, somatoform bozukluk olabilir. Bu olasılık boşluk, anlamsızlık hissi, gerçek dışı idealleştirme, değer kaybı, yoğun öfke, delüzyon ve halüsinasyonların varlığında kuvvetlenir.

4- Borderline, narsisistik, pasif-agresif ve anti-sosyal kişilik bozukluğunda depresyon sıklıkla hastalar tarafından tanımlanır. Dikkatli bir sorgulama genellikle primer depresyondaki üzüntüden farklı ve empati kurulması güç olan boşluk hissini ortaya çıkarır. Doktor-hasta ilişkisini de içine almak üzere kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar sıklıkla kişilik bozukluğu olan hastalarda depresyon yakınmalarına presipitasyon hazırlar. Aışkanlık yapan ya da depresyonu arttıran droglardan sakınmalıdır. Psikoterapi hastanın fantazilerinden ziyade hayatın gerçek sorunları üzerinde odaklanmalıdır. Tedavi olarak: İyileştirici toplum ve ortam tedavisi, aile tedavisi, ilaç tedavisi uygulanır. Tedavi edici toplumun görevi kişinin iç hislerini, çatışmalarını, toplumdaki rolünü daha iyi anlamasını sağlayarak iletişimi kolaylaştırmaktır. Bu şekilde hastaya değişik sapık davranışlarının ve duygusal sorunlarını farkına varması için ve bunların üstesinden gelmede uygun yollar geliştirmesi için yardım eder. Aile tedavisinde hasta ve eşi ve gerekirse ailesinin diğer bireyleri tedavi sürecinde beraber yer alır, beraberce tedavi edilir. İlk önce sorun davranışsal terimlerle tanımlanır, sonra da hasta yönlendirilir. Aile yapısı ve aile üyelerinin ilişkilerinin değiştirilmesi gerekebilir. Narsisistik ve hudut kişilik bozukluğunda duygulanımda istikrarsızlık olup, depresyon ya da hipomanik olarak görülebilen bu dalgalanmalar Litiyum ve düşük dozlarda nöroleptik uygulanması yararlıdır. Anti-sosyal kişilik bozukluğunda depresyon hemen hemen gözükmemekle birlikte, mevcut ise anti-depresif ilaçlar kullanılır. Pasif ag-

resif kişilik bozukluğunda da trisiklik anti-depresanlar olumlu sonuçlar verir.

5- Somatizasyon (birçok sistemlerde yineliyici ve değişken şikayetler) Hipokondriasis (ciddi fizik hastalığı olduğuna inanma ve korkma) ve psikojen ağrı bozukluğunda (sürekli non-organik ağrı) sıklıkla mutsuzluk ve boşluk hissi mevcuttur. Bu semptomlar bağımlılık hissi, yalnızlık ve emosyonel yoksunluk ile ilişkilidir. Somatoform bozuklukta tedavi (1)

— Bireysel psikoterapi- çoğu hasta bu tedavi teklifini reddetmekte ve etkisiz olduğuna inanmaktadır.

— Davranış tedavisi- henüz yeterli veri yoktur.

— Grup tedavisi.

— Somatik tedavi- ECT sürüp giden somatik şikayetlerin sayısını ve şiddetini azaltmaktadır. Largaktil ve libriumun dönüşümlü olarak 6 ay süre ile verilmesi yararlı olmaktadır.

Hipokondriasisde tedavi: (1)

— Psikoterapi- hakkında yeterli denetimli çalışmalar yoktur. Denetimsiz çalışmalar fizik muayene, açıklama, güven verme, eğitim içeren psikoterapinin yararlı olduğunu göstermektedir.

— İlaç tedavisi- anksiyete giderici, depresyon iyileştirici ilaçlar ve beta adrenoreseptör uyarılması ile ortaya çıkan somatik şikayetlerde dider faydalıdır.

Psikojen ağrı bozukluğunda tedavi: (1)

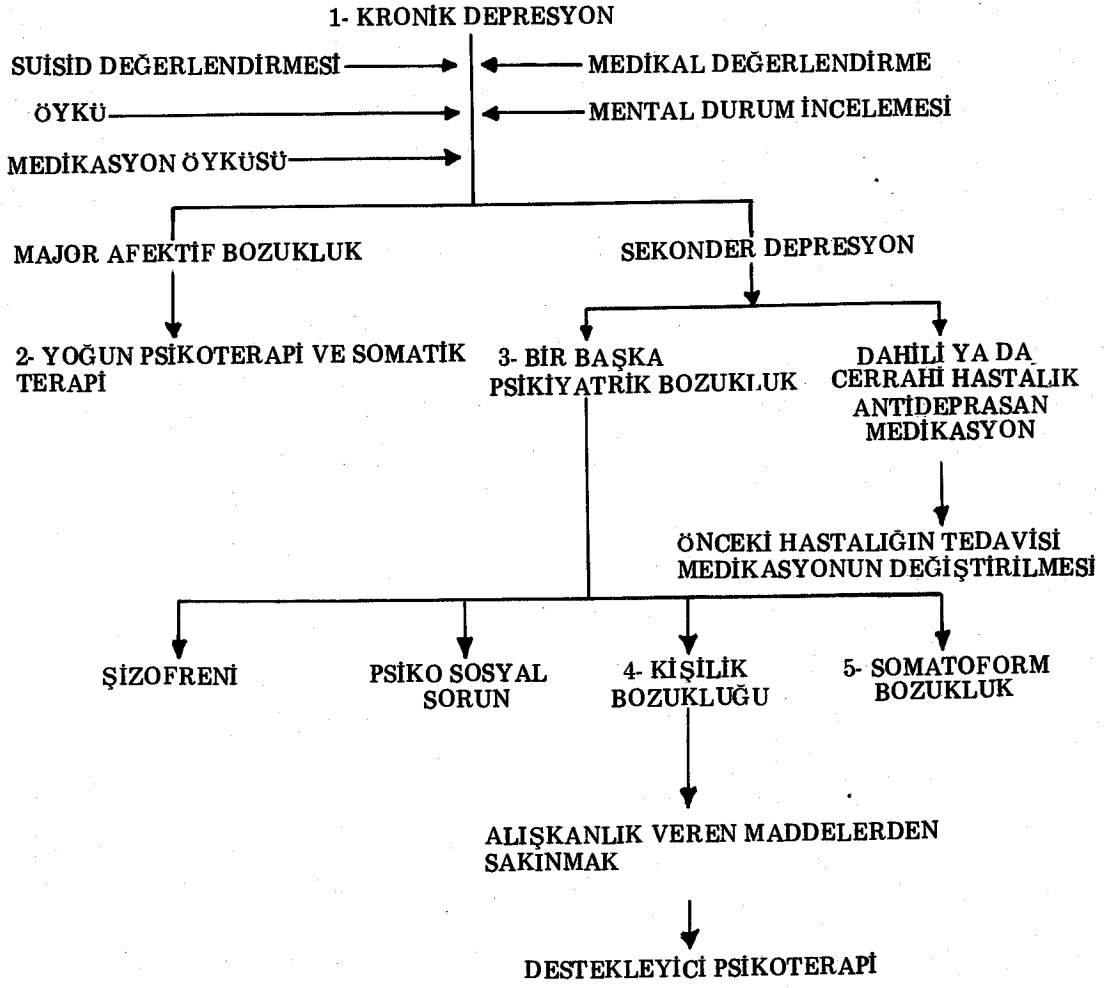
— Davranış tedavisi- hasta çok eksenli ağrı tedavi birimine yatırılarak uygulanır. 4-12 hafta süre ile burda kalıp bazı tedavi hedefleri seçilerek, bu hedeflere varmak için uygun girişimler tesbit edilip uygulamaya geçilir.

— Somatik tedavi- trisiklik antidepresanlar, ilaçla tedaviye cevap vermeyen hastalar için ECT uygulanır.

— Psikoterapi- çok eksenli tedavi yaklaşımı içinde ele alındığı zaman etkili bir tedavi aracıdır.

KAYNAKÇA:

- 1- ARKONAÇ O: Psikiyatrik Bozukluklar ve Tedavileri, 1986
- 2- Dubovsky S.L. FEIGER A. D. EISEMAN B: Psychiatric Decision Making. 46-47, 1984
- 3- KAPLAN H. I., FREEDMAN A. M. SADOCK B.J. Comprehensive Textbook of psychiatry. 2306-2309, 1980
- 4- KENNETH GRANVİ E. GROSSMAN. Recent Advances In Clinical psychiatry. 122-139. 1982
- 5- RUSH A. J. Diagnosis and Treatment of Affective Disorders. Vol 6, No: 1 March 105-125 1983.



NÖROLEPTİKLERE BAĞLI EKSTRAPİRAMİDAL SİSTEM YAN ETKİLERİ VE BETA BLOKERLERİN ROLÜ: VERİLER YETERLİ Mİ?

Uz. Dr. Hüray Fidaner*

ÖZET

Bu yazıda APS ve Beta Blokerler tartışılmıştır.

SUMMARY:

In this article, EPS and B Bloklers were reviewed.

Nöroleptik kullanan hastaların yaklaşık %40'ında parkinsonizm belirtileri ve bu ilaçların uzun süre kullanımıyla ilgili olarak da %0.5-40 oranında da geç diskinezi bulgularının geliştiği bilinmektedir (13)

*Bakırköy Sinir ve Ruh Hastalıkları Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği.