

Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar

Depression in Medical Disorders: Diagnostic Problems

Mehmet Hamid Boztaş¹, Özden Arısoy¹

¹ Yrd. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZET

Depresyonla ilgili bulgular genel hastane başvurularında yaygındır ve hastane içi konsültasyonların en sık nedenidir. Tıbbi hastalıklar ve depresyon birlikteliği düşük gelirlili, eğitime ulaşımı sınırlı, sosyal güvence sorunu olan, işsiz, boşanmış zor sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanlarda siktir. Bu özellikler hastalıkla ilişkili grubu tanıma ve tedavide zorluklar içerir. Sağlık hizmetine ulaşımında zorluk olduğunda tıbbi hastalıkların oranları artabilir. Kişinin içerisinde bulunduğu depresif duygudurum sağlık hizmetine ulaşım istemini azaltabilir. Öte yandan bir biçimde tıbbi yardım arayan hastaların önemli bir kısmı sağlık çalışanları tarafından fark edilememektedir. Major depresyonu tıbbi hastalığı olan grupta değerlendirmek oldukça güçtür. Çünkü birincisi hasta olmak, hastanede yatmak, çalışmamak, işlev kaybı, sosyal rollerde bir değişim yapar ve bu yas sürecine benzer sorunlar ortaya koyar. Bu durumlardaki bulgular depresyondaki bulgulara çok benzer. İkincisi major depresyon tanısı koymak için kullanılan vejetatif ya da somatik bulgular fiziksel hastalığın sonucu olabilir. Bu tanısal karmaşa tıbbi hastalıklarda görülen depresyon çalışmalarına da yansımıştır. Örneğin böbrek hastalarında yapılan çalışmalarda depresyon oranları %0-100 arasında değişmektedir. Gerçekten de birçok kronik tıbbi durumlardaki bulgularla depresyon bulgularının örtüşmesi araştırmacılar için en önemli sorunlardan biri olarak görülmektedir. Literatürdeki tıbbi hastalıklarda depresyon oranlarındaki farklılıkların yukarıda sayılanlardan başka nedenleri de vardır. Tanı sistemlerinin yıllar boyunca değişimi, depresyon değerlendirmesi için farklı araçlar kullanılması, daha da önemlisi standardize edilmemiş topluluklarla çalışılması farklılık yaratabilir. Depresyonun sıklık oranları demografik özelliklerden, tıbbi hastalığın tipinden, ciddiyetinden, süregelenliğinden etkilenmiş olabilir. Tanı sıklıkları arasındaki büyük farklılık tanıların ve tanı koyma araçlarının güvenilirliği konusunda soru işaretleri ortaya çıkarmaktadır. Psikiyatride sınıflandırma sistemlerinin tanı aracı olarak kullanılması psikiyatrik tanıların standardize hale gelmesini sağlamıştır. Ancak tanı koyma yöntemlerinin getirdiği sorunlar tıbbi hastalıklar gibi özel gruplarda henüz çözümlenememiştir. Tartışmalar çalışmalarda tanıların hem geçerliliği hem de güvenilirliği sorununun sürdüğünü göstermektedir. Tıbbi hastalıklarda depresyon tanısı koymak için eşik altı belirtilerin klinik önemi, eşitani tartışmalarının tanısal sürece etkisi, genel tıbbi duruma bağlı depresyon kararı ve klinik olarak anlamlı derecede bozulma kararının klinisyenler arasında farklılık göstermesi gibi önemli noktaların araştırılması bu tanı grubu ile ilgili şüphelerin ortadan kalkmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, Tıbbi Hastalık, Eşitani, Sınıflandırma

ABSTRACT

Depressive symptoms are very common among referrals to general hospital and comprise the most frequent cause for psychiatric consultation. Comorbidity of medical and psychiatric disorders are common among uneducated, unemployed people with low income. These conditions make it difficult to recognize and treat such patient group. The prevalence of medical disorders increase when there is a difficulty in reaching health services. The depressive mood may decrease the person's willingness to access health service. Additionally, the problems in most of the people seeking for medical help are not recognized by the health providers. It is quiet difficult to diagnose depression in patients with medical disorders. Being sick, being in an hospital, inability to work, loss of functionality lead to a change in social roles which may cause mourning-like symptoms, symptoms quite similar to depression's. Besides, vegetative and somatic symptoms used for the diagnosis of depression can be direct consequences of the medical disorder itself. Thus such phenomenological signs and symptoms are suggested not to be considered as sufficient criteria for a diagnosis of depression among patients with medical disorder. This diagnostic complexity is also reflected in the studies searching for depression prevalence in medical disorders. For instance, the prevalence of depression ranges from 0% to %100 among renal patients. The physical signs and symptoms of medical conditions can overlap with the symptoms of depression and this overlap stands as one of the major diagnostic challenge for researchers. There are several other reasons that might explain the discrepancies in depression prevalence among patients with medical disorders such as changes in diagnostic criteria over time, use of different diagnostic scales for depression, and studying the prevalence of depression in non-standardized populations. Depression prevalence is affected from demographic variables, type, severity and chronicity of comorbid medical disorder. The differences in the prevalence rates brings questions about reliability and validity of diagnostic tools used. Though using DSM and ICD as diagnostic tools have standardized the psychiatric diagnosis in many ways, there still remains some difficulties for reaching valid psychiatric diagnosis among patients with medical disorders. Controversies and discussions about reliability and validity problem in this issue still continues. Subclinical depressive symptoms in medical disorders, effect of comorbidity on the diagnostic process and lower inter-observer agreement rates for the diagnosis of depression due to a general medical condition are among several factors that should be carefully investigated to overcome these problems.

Keywords: Depression, Medical disorder, Comorbidity, Classification

(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(3):318-332)

Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no3/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 29 Mart 2010 / March 29, 2010

Tıbbi hastalıklarla psikiyatrik hastalıkların etkileşimi çok boyutludur. Tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalıkların bulguları birbirine benzeyebilir, farklı tanıların biri diğerinin bulgularını ve öyküsünü maskeleyebilir.[1] Tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalıklar birbirlerinin sonuçlarını etkiler, hastalıklardan birinin bulgularından birini azaltmaya yönelik tedavi diğerinin bulgusunu artırabilir. Psikiyatrik hastalıkların uygun tedavisi, eşlik eden tıbbi hastalığın seyrine olumlu etkide bulunabilir, hastanın yaşamdan aldığı doyumunu artırır.[1-3]

Hastanelere yatan hastalar veya poliklinik hastalarının yaklaşık üçte biri ile dörtte birinde olağan kontrollerde dikkatlerden kaçabilen psikiyatrik bozukluklar bulunmaktadır. Depresyona benzer bulgular hastane içi başvurularda oldukça yaygındır ve hastane içi konsültasyonların en sık nedenidir.[3] Depresyon hastalarında tıbbi tedaviye uyumsuzluk sıklığı, hastanelerde tedavi maliyetlerini artırır ve yaşamı sürdürmek için zorunlu tedaviyi almama biçiminde ortaya çıkan örtülü özkıyım girişimleri olabilir.[4-6]

Depresyonla ilgili bulguların tam sıklığını saptamak oldukça zordur.[2,3] Epidemiyolojik çalışmalarda depresyon sıklığı yaklaşık olarak toplumsal örneklemlerde (%2-4), birinci basamakta (%5-10) ve yatan hastalarda (%6-14) şeklindedir.[1] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon ya da anksiyete bozukluklarının tanınma oranı neredeyse yarı yarıyadır.[7] Depresyon ve anksiyete bozuklukları genel hastanelerde en sık görülen mental hastalıklardır. Yeterince tanınmadıkları için yeterince tedavi edilememektedirler.[2,8] Depresyon sıklığı kullanılan değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak değişmektedir.[2,3] Özbildirim ölçekleriyle tıbbi hastalıklarda depresyon sıklığı %8-60 arasında değişirken, yapılandırılmış görüşmelerde %10.8-27 arasında değiştiği ifade edilmiştir.[2]

Tıbbi hastalıklar ve depresyon birlikteliği düşük gelirli, eğitime ulaşımı sınırlı, sosyal güvencesinde sorunlar olan, işsiz, boşanmış, zor sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanlarda sıklığıdır. Bu özellikler hasta grubunu tanıma ve tedavide zorluklar içerir. Sağlık hizmetine ulaşımında zorluk olduğunda tıbbi hastalıkların oranları artabilir. Kişinin içerisinde bulunduğu depresif duygu durumu sağlık hizmetine ulaşım istemini azaltabilir. Öte yandan bir biçimde tıbbi yardım arayan hastaların önemli bir kısmı sağlık çalışanları tarafından fark edilememektedir.[9]

Depresyon hastalarının bilişsel şemaları fiziksel belirtilere yönelik olarak farklılaşmış olabilir. Hastalar kas geriliminin artışına duyarlı olabilirler, otonom aktivitenin artması ve hipotalamopitüiter eksenin farklı çalışması gibi etkenlerin katkısıyla fiziksel belirtilerinin daha çok farkına varabilir.[10] Başka hastaların çok üzerinde durmadığı belirti ve bulgulara yönelik aşırı ilgi, kişinin ruhsal gerilimini dolayısıyla depresyon bulgularını ve fiziksel hastalık bulgularını artırabilir.[10]

Depresyonda kimi davranış değişiklikleri tıbbi hastalıkların sıklığını artırabilir. Örneğin depresyona bağlı isteksizlik sonucu tıbbi hastalıklarda önemli sonuçları olabilecek uyulması zorunlu olabilen tedavi rejimine uyumu bozabilir. Akciğer kanseri veya kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum yollarıyla ilişkili hastalıkları olan kişiler sigarayı kesmeleri zorunlu iken kesmezlerse hastalığın gidişi çok olumsuz etkilenebi-

lir. Diyabet hastaları diyetine dikkat etmeyebilir, ilaçlarını düzenli kullanmayabilir. Bu davranışlar tıbbi hastalıkların seyrini olumsuz etkiler.[10]

Kronik tıbbi hastalığı olan kimselerde normal kontrollere göre birkaç kat fazla depresyon bulunduğu görülmüştür.[11] Depresyon tıbbi hastalığın şiddetinden etkilenebilir. Tıbbi hastalığın şiddeti kontrol edildiğinde bile depresyon bulguları olan hastaların daha fazla tıbbi komplikasyon yaşadığı bulunmuştur.[10] Depresyon kendi başına yaşam kalitesi, çalışabilme becerisi, sağlıkla ilişkili masrafları artırma anlamında maliyeti yüksek bir hastalık iken kronik tıbbi bir hastalık ile komorbid olduğunda maliyet daha da artar. Böyle bir durum sağlık masraflarını yaklaşık %50- 75 oranında artırabilir.

Kronik tıbbi hastalıklardaki depresyonun morbidite ve mortaliteyi artırması sağlık göstergelerini birçok açıdan etkilemektedir.[12] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) depresyonun etkin bir tedavisi olmasına rağmen 2020 yılında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık işlevsel bozukluk yaratacak hastalık olduğunu düşünmektedir.[13] Öte yandan depresyonun tıbbi komplikasyonları artırmanın yanı sıra kendi başına birçok tıbbi hastalığa neden olabildiği belirtilmiştir.[14] Depresyonun tanınmasında başta hastaların tanısını koyarken güçlük yaşanırken, tıbbi tedavi sürecinin ileriki aşamalarında tedaviye ulaşma zorluğu yeterince etkin tedbirler alınmaması, damgalanma gibi etmenler sorun yaratmaktadır.[15]

Bu yazıda major depresyon özelinde psikiyatrik tanı süreçleri, tıbbi hastalıklarda psikiyatrik tanı koymada yaşanan güçlükler ve geçerli tanı koyma sistematikindeki bazı sorun alanları tartışılarak, psikiyatrik hastalıklara tanı koyarken genel hastanelerde ve tıbbi sınıflama içerisinde nasıl zorluklar yaşandığı ortaya konmaya çalışılacaktır.

Psikiyatride Tanı Koyma Süreçleri

Tibbin bir dalı olarak psikiyatri, Amerika, İngiltere ve Fransa'da zamansal süreçlerinde ufak farklılıklar olsa da yaklaşık olarak 1830'ların ortasında belirginleşmeye başlamıştır.[16] Başlardaki fenomenolojik yaklaşım zamanla Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ve DSÖ'nün ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) sistemlerine evrilmiş ve dünyanın önemli bir kısmında hakim paradigma haline gelmiştir.[17] Özellikle DSM-III ile oluşan temel yaklaşımlar günümüzde pek fazla değişmemiştir.[17] Son 20 yıldaki nörobiyolojik gelişmelerin olağanüstü bir hız kazanmış ve birçok yeni bilgi

oluşmuştur ancak DSM-V çalışmalarında sınıflandırma siteminde bir farklılık yaratacak bilgi oluşup oluşmadığı tartışmalıdır.[17]

Sınıflandırma sistemleri en başta tanımlayıcı öğeler içermektedirler.[17] Antik çağlardan beri doktorlar depresyon ya da konfüzyon gibi psikiyatrik tabloları isimlendirmişlerdir. Yunanlı hekim Galen'in sınıflandırmaları 18. yüzyılda daha gelişmiş olanları ortaya çıkana kadar kullanılmıştır. Carl von Linne 1742'de "Genera Morbrum" isimli kitabında temel psikiyatrik bozuklukları ayrı bir bölümde ele alarak değerlendirmiştir. Otuz yıl sonra William Cullen "Synopsis Nosologiae Methodicae" de psikiyatrik bozuklukları daha sonraları başka anlamlarda kullanılacak nevrozlar içinde sınıflandırmıştır. Daha sonraları Kant, Heinroth, Pinel, Grisenger 18. ve 19. yüzyılda arka planları ve odaklandıkları konuları farklı olan tanı sistemleri geliştirilmiştir. Krapelin 19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyıl başında hastalıkları bulgulara göre tanımlamış ve hastalıkların seyrini değerlendirmeye eklemiştir.[17-19]

1952'de DSM-I'in kullanıma girmesi psikiyatrik sınıflamalar açısından oldukça önemli bir gelişme olmuştur. DSM-I hastalıklara standart isimler vermiştir ve ayırıcı tanıda genel yollar önermiştir.[20] 1960'lar ve 1970'lerde tanı sistemlerinin mantığı antipsikiyatri akımları ve psikanalistler tarafından sert biçimde eleştirilmiştir.[21] Szasz ve Laing psikiyatrinin bilimselliği konusunda ciddi eleştirilerde bulunmuşlar, bazı araştırmacılar psikiyatrik tanıların geçerliliği ile ilgili bir tartışma sürdürmüşlerdir. Birçok psikoterapist tanı sistemlerinin her ne kadar iletişimi ve ortak dilde kullanılabilirliği sağlasa bile bireyin özgüllüğünü değerlendirmede yetersiz kaldığını ileri sürmektedirler.[21] Buna karşın birçok psikiyatrist ve ulusal sağlık otoriteleri tanı kategorilerinin gerekliliği konusunda ısrarlıdır.[17-19] Amerika'da psikanalizin ikinci dünya savaşı sonrası baskın rolüne tepki olarak neokrapelinizm de denilen tanımlayıcı tanı sistemlerine yeniden bir yönelim yaşanmıştır.[17-19] 1980'lerden sonra ise ICD-10 ve DSM-III psikiyatri alanında geniş kabul gören sınıflamalar olmuşlardır.[20,22]

Sınıflandırma sistemleri Batı Avrupa'nın kültürel özelliklerinden etkilenmiştir. Örneğin beden ruh ikiliği düşün sistemini başka kültürlerde batıda olduğu kadar etkilememiştir. Ayrıca borderline kişilik bozukluğu, anksiyete bozuklukları, cinsel sapkınlıklar ve anoreksiya nervosa kültürel olarak batı kültürlerindeki kadar önem kazanmamıştır. Kültürler arası farklılıklar ve yaşanan "sıkıntıları" ifade ve bulguları algılama biçimlerinin kültürel farklılığı, tanı ölçütlerinin geçerliliği konusunda sorular uyandırmaktadır.[17,23]

Psikiyatride Sınıflandırma

Genel tıpta ve psikiyatride tanı koyma ve sınıflandırmanın hedefi tanıda tedavi ve sonlanımla ilgili birikmiş deneyimleri kullanan daha gelişmiş bir yaklaşımı sağlamaktır.[24] Tanı, tedavi ve sonlanım genel tıpta psikiyatride daha standardizedir ancak bazen genel tıpta da az kesinliği az tanımlar kullanılır. Klinik pratikte ve bilimsel araştırmalarda karşılaştırılabilen tanı sistemleri olmadan çalışılması oldukça güçtür. Araştırmaların karşılaştırmalı gruplar olmadan anlamlı bir sonuç vermekten uzak kalacağı açıktır.[24]

Psikopatoloji araştırmaları olağan dışı yaşantılar, bilişsel durumlar ve davranışlarla ilgili sistemli çalışmalardır. Psikopatoloji teorik yapılar göre nedensel faktörlere atıflarda bulunan açıklayıcı öğeleri ve hasta tarafından belirtilen yaşantıları ya da gözlenen davranışları tam olarak tanımlayan ve gruplandıran deskriptif (tanımlayıcı) öğeleri içerir.[25] Hasta davranışlarını gözleme ve empatik bir biçimde yaşantılarını değerlendirme biçimindeki iki bileşen değerlendirmede önem kazanır. Tanımlayıcı fenomenoloji bir anlamda fenomenolojik psikopatolojiyle eş anlamlıdır. Amacı olağandışı psikolojik olayları, hastanın iç yaşantılarını ve buna ikincil davranışları gözleme, tanımlama ve sınıflandırmaktır.[25]

DSM-III tanı sistemi operasyoneldir. Bu, hastalıkların etiyolojilerinden bağımsız bir biçimde yoğunluk ve süreleri de içerecek şekilde tipik bulgulara göre tanımlanması (ateorik yaklaşım) anlamına gelir. Bir tanısal algoritma izlenir ve belli tanı ölçütleri o tanıyı koyma için zorunlu olarak bir araya gelmelidir. Belirtiler arasında da bir hiyerarşi vardır. Tanı koyma süreçlerinde depresyon anksiyetenin üzerinde, işitsel varsanların varlığı depresyonun üzerindedir. Ek olarak içirme ve dışlama ölçütleri de tanı koyarken akılda bulundurulmalıdır.[25,26]

Geleneksel olarak psikiyatristler tipolojiye dayanan tanımlar koyarlar ve kategorik tanımlar da tipik olgulara dayanırlar. Böylece klinisyenler karşılaştıkları olgulara temel olgulara prototipe ne kadar benzediğine bakarak tanı koyarlar. Bu biçimde tanı koyan hekimler kendi iç sistemlerine göre tanı koyduklarını ve hastalıkların kendi içlerinde bir farklılık taşıdıklarını bilmek zorundadırlar. DSM sistemi içerisinde klinik karar verirken tipolojik ve operasyonel tanı yaklaşımları farklı yollarda ilerler. Tipolojik tanımlar tipik olgulardan yola çıkarken, operasyonel tanımlar etiyolojilerini göz önünde bulundurmadan bulgu ve sendromlardan ilerler.[17,25]

Psikiyatrik hastalıklarda kategorik tanı sistemleri yukarıdan aşağı hiyerarşik bir ilişki içerisindeydiler, en üstte organik olgular varken, onu psikotik bozukluklar izler ve en altta da nevrotik bozukluklar yer alır.[17,25] Kategorik tanımlar birbirini dışlayan ve hastalık ile normal olanı açıkça birbi-

rinden ayıran tanı sistemleridir. Komorbidite (eştanı) kavramı devreye girdikten sonra psikiyatrik tanıları bu alt üst ilişkisinden kaçınmaya başlamışlardır. Komorbidite ortaya çıktıktan sonra hastalıklar eşit ağırlıkta değerlendirilmiştir.[17,25-27].

Uluslararası sınıflandırma psikofarmakolojik araştırmalar ve psikoterapötik yaklaşımlar için standart yaklaşımlar sunmaktadır. Bilimsel yayınlarda DSM ve ICD'ye göre yapılandırılmış standart görüşmeler büyük kolaylık sağlamaktadır. Psikiyatri alanında çalışan epidemiyologlara farklı kültürlerde hastalıkların sıklıklarını karşılaştırma şansını verecektir. Tanı sistemlerindeki avantajlar psikiyatrye ortak bilimsel bir dil sağlamaya çalışmaktadır.[23-25] Bu tanıları daha çok geleneksel olarak oluşturulmuş fikir birliğine göre konur. Aralarındaki bağlantının doğa bilimlerinin yasaları olmadığı unutulmamalıdır.[25]

Psikiyatrik Tanıların Geçerliliği

Tanı sistemleri, psikiyatrik morbidite, hizmetler, tedaviler ve sonuçlarını ortaya koyan istatistiksel bilgileri de içerecek şekilde daha iyi tanısal kabul sağlayan ve iletişimi düzelteren çoğu klinisyen tarafından kabul gören standart bir çerçeve sunmaktadır. Açık tanı ölçütlerine dayanan DSM ve ICD sistemi temelde psikiyatri pratiğini birkaç boyutta etkilemiştir. Araştırma normlarını düzenlemede daha kesin tanı ölçütleri ve araçlarının gelişimini sağlamıştır. Buna rağmen kullanılan tanı ölçütleri ampirik kanıtlarla farklılaşabilecek veya reddedilebilecek geçici ölçütler gibi durmaktadır.[2,23,26]

Araştırmalarda DSM ve ICD tanı sistemlerinin açık tanı ölçütleri devreye girdikten sonra en azından araştırma aşamasında yapılandırılmış klinik görüşmelerin kullanıldığı çalışmalarda güvenilirlik dramatik olarak düzelmıştır.[24,27,29] Güvenilirlik probleminin bu şekilde kısmen çözüme kavuşmasıyla dikkatler "geçerlilik" kavramına yönelmiştir.

Psikiyatrik hastalıklarda "geçerli" tanıları oluşturabilmek için Andreasen'in [28] Robin ve Gaze'den alıntılanarak aktardığı 5 ölçüt önemlidir;

1. Klinik tanılamalar (bulgu profili, demografik özellikler ve tipik pre-sipitan faktörleri de içerecek şekilde)
2. Laboratuvar çalışmaları (psikolojik testler, radyolojik tetkikler ve postmortem bulgular)
3. Diğer hastalıklardan ayıran etmenler (dışlama ölçütleri)
4. İzleme çalışmaları (tanısal stabiliteğin kanıtlarını içerecek şekilde)
5. Aile çalışmaları

DSM sisteminde şizofreni ve şizofreniform bozukluk birbirinden bu beş ölçüte dayanarak ayrılabilmiştir. Klinik görünümleri büyük oranda benzeşebilen iyi prognozlu şizofreni, şizofreniform bozukluk ve şizofrenin hafif formunun farklılığı ek ölçütler yoluyla ortaya konabilmiştir.[28]

Bu yaklaşım, Kendler'in ailesel birikim, premorbid kişilik özellikleri ve presipitan faktörleri gibi geçmişle ilgili geçerlik faktörleri (validator), psikolojik testler gibi o anda olan geçerlik faktörleri ve izlem süresi boyunca tanısal tutarlılık, tekrarlılık ve düzelme oranları, tedaviye yanıtı gibi yordayıcı geçerlik faktörlerinin ortaya koymasına dayanak oluşturmuştur. Bu şekilde genişleyen ölçütler kullanılarak duygudurum bozukluklarının bir alt tipi ya da şizofreninin hafif formundan paranoya (sanrısız bozukluk) ayrılabilmiştir.[28]

Andreasen her biri potansiyel olarak bulgularla ya da tanılarının nöral substratlarıyla bağlantılı olabilecek moleküler genetik, moleküler biyoloji, nörokimya, nöroanatomi, nörofizyoloji ve bilişsel nörobilimi ek geçerlik faktörleri olarak sıralamıştır.[28,29]

DSM sistemi normale hastalık sınırlarını ve bir hastalığı diğerlerinden ayırmak için oldukça özenli davranmıştır. Oluşturulan tanı ölçütleri araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Böylece bozukluklara yatkınlık sağlayan/yol açan genetik faktörlerin bulunacağı umulmuştur. Ancak bazı genler birden farklı bulgu kümeleriyle hatta ilişkisiz bozukluklarla ilişkili bulunmuştur.[28] İki ya da daha fazla farklı klinik antiteye yatkınlık sağladığı düşünülen birden fazla gen bulunmuştur. Örneğin bipolar bozukluğa yatkınlık sağladığı düşünülen 13, 18 ve 22. kromozomal bölgelerin şizofreniye de katkıda bulunduğu görülmüştür. Ek olarak velokardiyofasial sendroma yol açtığı düşünülen 22.kromozomun q11 bölgesindeki bir delesyonun mental retardasyon, şizofreni ve bipolar bozukluğa da yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir.[28]

Genetik çalışmalarda yaşanan karmaşa çevresel etmenlerin etkilediği bozukluklarda da yaşanmaktadır. Cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım, çocuklukta ihmal yaşantısının erişkin yaşamda hem anksiyete hem de depresyona yatkınlık sağlıyor gözükmektedir. Benzer şekilde çocukluk çağındaki cinsel kötüye kullanım bulimia, alkol ve madde bağımlılığına olan yatkınlığın artmasına neden olmaktadır.[28]

Psikiyatrik bozukluklara kategorik olarak yaklaşan ve birbirini tamamen dışladığını varsaymakla beraber psikiyatrik bozukluklardaki bulguların normal süreçlerle ve diğer bozukluklarla bir biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozuklukları yüzeydeki fenomenlere göre tanımlamak ne yazık ki yeterli ve güvenli bir biyolojik açıklama mekanizmasına yol açamamıştır.[28]

Down sendromu, Frajil X, Fenilketonuri, Huntington hastalığı ve Jacop-Creutzfeldt hastalığı gibi mental retardasyon ve demansa yol açan az sayıda psikiyatrik tanı kategorileri, geçerli tanı kategorileridir.[28] Bir tanı kategorisinin geçerli olabilmesi için yalnızca iki koşuldan birini karşılaması gereklidir. Eğer tanımlayıcı özellikleri bu bozukluğu sendrom olarak sınıflandırıyor ise bu sendrom bir varlık göstermelidir. Normalden ve komşu sendromlardan farklı olmalıdır. Öte yandan kategorik olarak tanımlanan özellikler daha temelse yani bu kategorinin fizyolojik, anatomik, histolojik, kromozomal ve moleküler bozukluğu açıksa bu biçimde tanımlanan diğer sendromlardan nitelik olarak farklıysa geçerli kabul edilir. Bu açıkça Down Sendromunda görülür. Etiyolojisi bilinmediği zamanlarda bile bu bozukluk ayrı bir antite olarak sınıflandırılabilmiştir.[28]

Sınıflandırma sistemlerine yönelik olarak birçok araştırmacı çeşitli eleştiri ve yorumlarda bulunmuşlardır. Cloninger temel sendromların doğal sınırlarını birbirinden ayıran herhangi bir ampirik kanıtı ulaşılamadığını ve bulguların çakışmasını engelleyecek herhangi bir bulgu kümesi, belirtiler veya testler bulunmadığı yorumlarını yapmıştır. Ginsburg ve arkadaşları DSM'nin de içerisinde bulunduğu geçerli tanı sistemlerinin genetik çalışmalardaki fenotipleri tanımlamadığını ifade etmişlerdir. Sullivan ve Kendler belirgin komorbidite gösteren major depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla bazı bağımlılık sendromların ayrı tanısız birimler olarak sınıflandırılmalarının geçerliliğini sorgulamışlardır. Ayrıca depresyon ya da şizofreni gibi tanılar farklı bulgu gruplarının bir araya gelmesiyle onlarca farklı görünümü oluşturabilecek heterojen hastalıklardır.[28] Ayrı bir tanı gibi sınıflandırılmış olan şizofreni ve duygudurum bozukluklarını bir kısmı fenomenolojik olarak oldukça güç ayrılmaktadır, benzer ilaçlarla tedavi edilmekte ve hastalıkların seyri benzer bir süreç izlemektedir.[21,22]

Günümüzde psikiyatri bir değişim içerisinde gözükmektedir. Özellikle sinirbilim ve genetik bilimindeki gelişmeler, mental bozuklukların nedenleri ve tanımlamalarını kökten değiştirmeye adaydır. Psikiyatrik tanı sistemleri, beyindeki yeni fonksiyonel sistemleri hedefleyen tedavilere katkısı olabilecek şekilde tanımlanmış sınıflandırmalara dönüşme potansiyeli taşımalarıdır. Ancak DSM-V ile ilgili tartışmaların yoğunlaştığı bugünlerde büyük bilgi birikimine rağmen sınıflandırma sistemleriyle ilgili temel değişiklik yaratacak düzeyde bir farklılık oluşmadığı ileri sürülmektedir. [21,22,24]

İç Hastalıklarında Depresyon Tanısının Geçerliliği

Major depresyonu tıbbi hastalığı olan grupta değerlendirmek oldukça güçtür. Çünkü ilk olarak hasta olmak, hastanede yatmak, çalışmamak, işlev kaybı, sosyal rollerde bir değişim yapar ve bu yas sürecine benzer sorunlar ortaya koyar. Bu durumlardaki bulgular depresyondaki bulgulara çok benzer. İkincisi major depresyon tanısı koymak için kullanılan vejetatif ya da somatik bulgular fiziksel hastalığın sonucu olabilir.[14,15] Holland ve arkadaşları ve Endicott kanser hastalarında, Cavanaugh tıbbi hastalarda fenomenolojik bulguların depresyon tanısı koymak için iyi bir araç olmadığını belirtmişlerdir.[2,3,29]

Tıbbi hastalıklarda depresyon oranlarındaki farklılıkların birkaç nedeni vardır; tanı sistemleri yıllar boyunca büyük değişimlere uğramışlardır, depresyon değerlendirmesi için farklı araçlar kullanılmıştır, daha da önemlisi standardize edilmemiş topluluklarla çalışılmıştır.[2] Depresyonun yaygınlığı demografik özelliklerden, tıbbi hastalığın tipinden, şiddetinden, süregelenliğinden etkilenmiş görünmektedir.[3]

Tıbbi hastalarda depresyonu değerlendirmek için dört farklı yaklaşım önerilmiştir: İçerme, etiyojik, yerine koyma ve dışlama yaklaşımları. Bazı çalışmalarda bu yaklaşımlar birarada da kullanılmıştır.[2,3,27]

Depresyon tanılarında da farklı eşikler vardır. Major depresyon, minör depresyon ve distimi DSM'de farklı eşikleri olan depresyon grubu hastalıklardandır.[26] Bu eşiklerin önemi tartışılmaktadır. Özellikle bazı hastalarda eşik altı depresyonların bile mortalite üzerine etkisi gösterildikten sonra bu tanılamaların önemi ve gerekliliği daha çok tartışılmaktadır.[2,30]

DSM'ye göre bir olguya major depresyon tanısını koyabilmek 5 ya da daha fazla depresyon bulgusunun bulunması gerekir.[28] İlk aşamada eğer bulunması zorunlu iki depresyon bulgusundan en az biri yoksa tanı konmaz. Yaklaşık olarak 3-4 bulgusu olduğu olduğu halde depresyon olarak değerlendirilmeyen hastaların bir kaç gün sonra yapılan değerlendirmesinde %30'nun depresyon tanısı aldığı görülmüştür. Tersine 5-6 bulgusu olan hastaların birkaç gün sonra yapılan değerlendirmesinde de %20'sinin depresyon ölçütlerini karşılamadığı görülmüştür.[31]

Akut myokard infarktı (MI) geçiren hastaların yaklaşık %15-20'sinde süreç içerisinde depresyon görülür.[32] MI sonrası gelişen depresyon hatta eşik altı depresyon bile önemli bir mortalite nedenidir. Depresyon, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, yaş ve daha önce geçirilmiş MI öyküsü kontrol edildikten sonra bu hastaların sonlanımında bağımsız bir yordayıcıdır.[33]

Bu tanısal karmaşa tıbbi hastalıklarda görülen depresyon çalışmalarına da yansımıştır. Böbrek hastalarında yapılan çalışmalarda depresyon oranları

%0 ile %100 arasında değişmektedir.[34] Bu durum tıbbi hastalıklarda depresyonu etkileyen birçok faktörün olduğunu tekrar hatırlatmaktadır.[35-37] Böbrek hastalarının psikopatolojisi psikodinamik olarak birçok kayıpla ilişkilidir. Bunun yanında tıbbi durum ve ilaçlar da depresyona neden olabilir veya yan etkileri depresyona benzeyebilir. Gerçekten birçok kronik tıbbi durumlardaki bulgularla depresyon bulgularının üst üste gelmesi araştırmacılar için en önemli sorunlardan biri olmaktadır. Ek olarak oranlar arasındaki bu farklılık tanıların ve tanı koyma araçlarının güvenilirliği konusunda soru işaretleri ortaya çıkarmaktadır. Depresyon belirtileri ve üremi belirtileri karışabilmekte ve bulgular farklı nedenlere bağlanabilmektedir. [36]

Diabet hastalarında da depresyon oldukça sık görülmektedir. Duygusal sorunlar genellikle tıbbi durumlar gibi stresli olaylarda herhangi başka özellik aranmaksızın da yüksek görülebilmektedir. Depresyon dönemleri diabetik hastaların sonlanımında önemli rol oynamaktadır. Bu hastaların yaklaşık %92'sinin 5 yıllık dönemde tekrarlayan depresyon dönemlerinden dolayı sıkıntı yaşadıkları, yaklaşık %64'ünün tekrarlayan depresyon sorunu olmasına rağmen tıbbi programlara başvurmadıkları ve tedavi almadıkları, yaklaşık %15'inin depresyona yönelik tedavilerden hiç faydalanmadıkları saptanmıştır.[38] Antidepresan tedavinin kesilmesini izleyen süreçte depresyon bulgularının tekrarlama olasılığının yüksek olduğu, tedavinin kesilmesini takiben ilk yılda yaklaşık %60 civarında bulunduğu bildirilmiştir. Hastalardaki depresyonun ek tıbbi hastalıklarda, yetersiz tıbbi tedavi ve glisemik kontrole paralel olarak arttığı vurgulanmaktadır.[3,38]

Tıbbi hastalıkları nedeniyle hastanede yatan hastalarda depresyon tanısı koymak oldukça zordur. Major depresyon tanısı koymak için tanı ölçütlerinin bir kısmı ya tıbbi hastalığın fizyolojik sonucu ya da tedavide kullanılan ilaçların etkisine bağlı değişikliklerdir. Örneğin kilo kaybı, anoreksiya, enerji kaybı ya da yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, hareketlerde genel yavaşlama (psikomotor retardasyon) en çok karışan belirtilerdir.[2,3,29]

Bu durum depresyonda olsun ya da olmasınlar hastaların kendilerini kötü hissetmelerine yol açar. DSM-III-R ve DSM-IV'ye göre depresyon tanısı konarken, hastaların bulgularını etiyolojik olarak genel tıbbi duruma ya da ilaç ve maddelerin doğrudan sonuçlarına bağlı olmaması gerekmektedir. Klinisyenin bulgunun tıbbi duruma ya da maddelerin ya da ilaçların etkilerine bağlı olup olmadığına karar vermesi gerekir. Bazı klinisyenler bulguları tıbbi duruma bağlı olarak (örneğin öksürüğe ya da nefeslerin süresinin kısalmasına bağlı uykusuzluk) değerlendirmezken, bazıları tıbbi durumun doğrudan etkilerine bağlamayı tercih edebilir. Bu durum DSM'nin B dışlama

ölçütüdür. Beklenildiği gibi karar vermede standart bir yöntem sağlamayan bu uygulama düşük bir güvenilirliğe sahiptir.

Holland'ın kanser grubunun savunduğu dışlama yaklaşımına göre 9 depresyon ölçütü basitçe yorgunluk ve kilo kaybı çıkarılarak 7'ye indirilmelidir. Bu yaklaşımda yanlış pozitif oranı duyarlılığı azaltma pahasına düşürülmektedir.[2,27]

Endicot'un savunduğu yerine koyma yaklaşımına göre tıbbi hastalıklarla karışabilecek kilo kaybı, yorgunluk, psikomotor yavaşlama ve konsantrasyon bozukluğu belirtileri tanı ölçütlerinden çıkarılmalıdır. Bu ölçütlerin yerine irritabilite, ağlamaya yatkınlık, suçluluk duyguları ve sosyal içe çekilme gibi bilişsel ya da duygudurumla ilgili belirti ve bulguların değerlendirildiği ölçütler konmalıdır. Bu yaklaşıma, bazı yönlerden doyurucu olmasına rağmen, yaygın kullanılan tanı ölçütlerinden farklı ölçütler önermesi ve buna bağlı olarak bu alandaki diğer çalışmalarla karşılaştırmasında güçlük yaratma olasılığı nedeniyle ihtiyatla yaklaşılmalıdır.[29,39-41]

Tıbbi hastalıklarda hangi yaklaşımın en iyi sonucu vereceği sorusunun yanıtı açık değildir. Klinisyenlerin karar verme yeteneklerini geliştirmeye çalışan yaklaşımlar bulunmasına karşın, tıbbi hastalıklarda psikiyatrik tanı koyma yöntemi üzerinde tartışmalar sürmektedir.[29]

Sonuç

Son yıllarda tıbbi hastalıklarda depresyonun biyolojik zemini konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Sempatik hiperaktivite, hiperkortizolemi, sitokinlerin aktivasyonu, hormonal değişiklikler, vitamin yetersizlikleri çok çalışılan konular gibi görünmektedir. Bu alanda yaşanabilecek bilimsel gelişmeler depresyon tıbbi hastalık birlikteliğinin fenomenolojisini daha çok anlamamıza yol açabilir. Ancak bu gözden geçirmede yukarıdaki etyopatolojik açıklamalara odaklanılmamıştır. Gözden geçirme bu sınırlılık içerisinde ele alınmalıdır.

Depresyonun kendi başına yarattığı sorunların yanında kimi durumlarda tıbbi hastalıkları tetikleme, tıbbi hastalıkların seyri olumsuz yönde etkilemesi, tedaviye uyumu bozması ancak bunun yanında daha tanısını koyarken kimi yapısal sorunlarla karşılaşılması hekimlerin tanıyı atlamamak ve gerekli tedavi yapabilmek için çok dikkatli olmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin gündeme gelmesiyle psikiyatrideki bilimsel çalışmalar alanında hızlı gelişmeler yaşanmıştır. Ancak sınıflandırma sistemleri bir ölçüde dil birliği sağlasa bile tıbbi hastalıklar gibi özel gruplarda tanı koyma yöntemlerinin getirdiği sorunlar henüz çözümlenememiştir.

Depresyon bulguları ve kimi tıbbi hastalıkların bulgularının birbirine karışması, hasta olmanın kişide yarattığı olağan ruhsal durum, kimi tıbbi hastalık belirtilerinin ruhsal durumu "nedensel olarak" etkilemesi, DSM sisteminin ateorik fenomenolojik yaklaşımın kimi durumlarda açıklayıcı olmanın çok uzak olması, tanı koyma sürecinde klinisyenden klinisyene değişen birçok etmenin kararları etkileyebilmesi tartışma yaratmaktadır. DSM-III le psikiyatrik tanılar ve tıbbi hastalıkların ilişkisini tanımlayan ve sınırlandıran kuramsal zorluklar DSM-V çalışmalarının hızlandığı şu günlerde henüz aşılmış gözükmemektedir. Mevcut durum, bu tanıların hem geçerliliği hem de güvenilirliği sorununu değerlendirecek yaklaşımların öncelikli araştırma konusu olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Kaynaklar

1. Sutor B, Rummons TA, Jowsey SG, Krahn, LE, Martin MM, O'Connor MK et al. Major depression in medically ill patients. *Mayo Clin Proc* 1998; 73:329-337.
2. Creed F. Assessing depression in the context of physical illness. In *Depression and Physical Illness*, 1st ed. (Eds MM Robertson, CLE Katona): 3-21. Chichester, England, Wiley, 1997.
3. Cavanaugh SVA, Depression in the medically ill. In *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry* (Eds FK Judd, GD Burrows, DR Lipsitt): 283-303. Netherlands, Elsevier, 1991.
4. Koenig HA, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Detection and treatment of major depression in older medically ill hospitalized patients. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18:17-31.
5. Ganzini L, Smith DM, Fenn DS, Lee, MA. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:307-312.
6. Stenn PG. Depression medically ill. *Can J Psychiatry* 1996; 41:65-66.
7. Lane R. The long term management of depression. *J Psychopharmacol* 1995; 9:191-198.
8. Perry SW, Cella DF. Overdiagnosis of depression in the medically ill. *Am J Psychiatry* 1987; 144:125-126.
9. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:421-429.
10. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:147-155.
11. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:409-416.
12. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54:216-226.
13. Michaud CM, Murray MC, Bloom BR. Burden of disease: Implications for future research. *JAMA* 2001; 285:535-539.

14. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: A major public health problem. *Biol Psychiatry* 2003; 54:177–180.
15. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR et al. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58:175–189.
16. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Psychological factors affecting medical condition. In Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 8th ed (Eds BJ. Sadock, HI Kaplan, VA. Sadock): 797-803. Baltimore, Lippincot Williams&Wilkins, 1998.
17. Möller HJ. Development of DSM-V and ICD- 11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63:595–612.
18. Kandel ER. New entellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155:457-469.
19. Pichot P. The history of the psychiatry as a medical speciality. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (Eds MG Gelder, JJ Lopez Ibor, NC Andreasen): 17-26. New York, Oxford University Press, 2003.
20. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv* 2006; 57:863-866.
21. Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the road to DSM-V and ICD- 11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258(Suppl 5):2–6.
22. First MB, Westen D. Classification for clinical practice: how to make ICD and DSM better able to serve clinicians. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19:473-481.
23. Eker D. Diagnosis of mental disorders among Turkish and American clinicians. *Int J Soc Psychiatry* 1985; 31:99-109.
24. Dilling H. Classification. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (Eds MG Gelder, JJ Lopez Ibor, NC Andreasen): 111-133. New York, Oxford University Press, 2003.
25. Cooper JE, Oates M. The principles of clinical assesment in general psychiatry. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (Eds MG Gelder, JJ Lopez Ibor, NC Andreasen): 71-86. New York, Oxford University Press, 2003.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
27. Koenig HG, George LK, Peterson BC, Pieper CP. Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1376–1383.
28. Andreasen NC. The validation of psychiatric diagnosis:new models and approaches. *Am J Psychiatry* 1995; 152:161-162.
29. Fava GA. The concept of psychosomatic disorder. *Psychother Psychosom* 1992; 58:1-12.
30. Karsteen J, Hartman CA, Ornell J, Nolen WA, Pennix BWJH. Subthreshold depression based on functional impairment better defined by symptom severity than by number of DSM –IV symptoms. *J Affect Disord* doi:10.1016/j.jad.2009.10.013.
31. Solomon A, Haaga DA, Arnow BA. Clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? a review of the continuity issue in depression research . *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:498 –506.
32. Rundell JR, Wise MG. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.

33. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H at al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001; 88:337-341.
34. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA, Olfson M, Tanelian T, Pincus HA. Understanding disability in medical and general medical conditions. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1485-1491.
35. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1989; 30:284-289.
36. Kimmel PL. Depression with renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002; 53:951- 956.
37. Terliun B, van Hout HP, van Marwick HW, Ader HJ, van der Meer K, de Haan M et al. Reliability and validity of the assesment of depression in general practice: The Short depression interview (SDI). *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:396-405.
38. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:138-143.
39. Endicott J. Measurement of depression in patient with cancer. *Cancer* 1984; 53:2243-2247.
40. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: An overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143:696-705.
41. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander RN. Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. *Am J Psychiatry* 1994; 151:537-540.