

CEP ÜNİVERSİTESİ

Depresyon

HENRI LÔO / PIERRE LÔO

İletişim Yayınları • PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

CEP ÜNİVERSİTESİ

Depresyon

La dépression

HENRI LÔO / PIERRE LÔO

Çeviren
ALİ ÖZ

İletişim Yayınları • PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

İletişim Yayınları
CEP ÜNİVERSİTESİ

İletişim Yayıncılık A.Ş. adına sahibi: Murat Belge
Genel Yayın Yönetmeni: Fahri Aral
Yayın Yönetmeni: Erkan Kayılı
Yayın Danışmanı: Ahmet İnsel
Yayın Kurulu:
Fahri Aral, Murat Belge, Tanıl Bora, Murat Güllekingil,
Ahmet İnsel, Erkan Kayılı, Ümit Kıvanç
Tuğrul Paşaoğlu, Mete Tunçay
Görsel Tasarım: Ümit Kıvanç
Kapak İllüstrasyonu: Gürcan Özkan
Dizgi: Maraton Dizgievi
Sayfa Düzeni: Hüsnü Abbas
Baskı: Şefik Matbaası (iç) / Ayhan Matbaası (kapak)
İletişim Yayıncılık A.Ş. • Cep Üniversitesi 118 • ISBN 975-470-298-5
1. Basım: İletişim Yayınları, Nisan 1993
Nisan 1991 tarihli 1. baskısından çevrilmiştir.

© Quesais-je? Presses Universitaires de France, 1991
108, Boulevard Saint-Germain, 75006, Paris France
© İletişim Yayıncılık A.Ş., 1993
Klodfarer Cad. İletişim Han No.7 34400
Cağaloğlu İstanbul. Tel. 516 22 60 - 61 - 62

Önsöz

Günümüzde bilgi bir yandan en önemli değer haline gelirken diğer yandan da artan bir hızla gelişiyor, çeşitleniyor. Ama katlanarak büyüyen bilgi üretiminden yararlanmak, özellikle gündelik yaşam kaygılarının baskısı altında, zorlaşıyor. Her şeye rağmen bilgiye ulaşma çabasını sürdürenler için de imkânlar pek fazla değil.

Ayrıca, özellikle Türkiye gibi ülkelerde bir konuda kendini geliştirmek ya da sırf merakını gidermek için herhangi bir konuyu öğrenmek isteyenlerin şansı çok az. Üniversitelerimiz, toplumumuzun yetişkin bölümüne katkıda bulunmak için gerekli imkânlardan yoksun.

Cep Üniversitesi kitapları işte bu olumsuz ortamda, evlerinde kendilerini yetiştirmek, otobüste, vapurda, trende harcanan zamandan kendileri için yararlanmak isteyenlere sunulmak üzere hazırlandı.

20. yüzyıl Fransız kültür hayatının en önemli ürünlerinden olan, bugün yaklaşık 3000 kitaplık dev bir dizi oluşturan "Que sais-je" (Ne Biliyorum) dizisini İletişim Yayınları Türkçe'ye kazandırıyor.

İletişim'in Cep Üniversitesi, bu büyük diziden seçilmiş , Türkiyeli okurlar için özellikle ilgi çekici olabilecek eserlerin yanısıra, Avrupa'nın başka yayınevlerinin benzer bir çerçevede yayımladığı kitapları da içeriyor.

Ayrıca Türkiye'nin siyaset, kültür, ekonomi hayatıyla ilgili konularda özel olarak bu dizi için yazılmış telif eserler "üniversite"nin "öğrenim programı"nı tamamlayacak.

Cep Üniversitesi'nin her kitabı alanının öndegelen bir uzmanı tarafından yazıldı. Kitaplar, hem konuya ilk kez eğilen kişilere hem de bilgisini derinleştirmek isteyenlere seslenebilecek bir kapsam ve derinlikte. Bilginin yeterli ve anlaşılır olması, temel kıstas. Cep Üniversitesi kitaplarını lise ve üniversite öğrencileri yardımcı ders kitabı olarak kullanabilecek; öğretmenler, öğretim üyeleri ve araştırmacılar bu kitaplardan kaynak olarak yararlanabilecek; gazeteciler yoğun iş temposu içinde çabuk bilgilenme ihtiyaçlarını Cep Üniversitesi'nden karşılayabilecek; çalıştığı meslek dalında bilgisini geliştirmek isteyen, evinde, kendi programlayabileceği bir mesleki eğitim imkânına kavuşacak; ayrıca, herhangi bir nedenle bir konuyu merak eden herkes, kolay okunur, kolay taşınır, ucuz bir kaynağı Cep Üniversitesi'nden temin edebilecek.

Cep Üniversitesi kitapları sık aralıklarla yayımlandıkça, benzersiz bir genel kültür kitaplığı oluşturacak. İnsan Hakları'ndan Genetik'e, Kanser'den Ortak Pazar'a, Alkolizm'den Kapitalizm'e, İstatistik'den Cinsellik'e kadar uzanan geniş bir bilgi alanında hem zahmetsiz hem verimli bir gezinti için ideal "mekân", Cep Üniversitesi.

İLETİŞİM YAYINLARI

İçindekiler

ÖNSÖZ 7
GİRİŞ 9
Özgeçmişi 9
Depresyon Kavramı 10
Depresyon: Sık Rastlanan Bir Hastalık 11
I. BÖLÜM
Depresyon Nedir?
Veya Depresyonun Tanımı 13
Depresyon Teriminin Semantik Türevi 13
Depresyonun Tıbbi Tanımı 13
Ruhsal Fonksiyonlar 14
Patolojik Hipertimi Kavramı 15
Depresyon: Psikoz ve Nevroz 17
Depresyonların Çokbiçimliliği 21
Gerçek Örneklerle Depresyonun
Çeşitli Tiplerinin Klinik Açıklaması 22
II. BÖLÜM
Depresyon Kendini Nasıl Belli Eder?
Ya da Depresyonun Semiyolojisi 28
Depresyonların Klasik Tablosu 28
Tanımlar ve Depresyon Tipleri 33
Depresyonun Diğer Görünüş Biçimleri 34
Depresyonlarla İntihar 45

III. BÖLÜM
Depresyonların Sınıflandırılması ve Değerlendirilmesi ... 47
Depresyonların Resmî Sınıflamaları ... 48
Manik-Depresif Psikozun Kategorileri ... 49
Depresyonların Modern Tanı Kriterleri ... 51
Depresyonu Değerlendirme Çizelgeleri ... 55
IV. BÖLÜM
Depresyon Kimi Yakalar? Ya Da Epidemiyolojik Veriler ... 59
Epidemiyolojideki Bazı Kavramlar ... 59
Depresif Morbidite Üzerine Veriler ... 60
Mortalite Üzerine Epidemiyolojik Veriler ... 61
Hastalık Riski ... 62
Depresyonlu Kişilerin Nüfusa Bağlı Sosyal Özellikleri ... 63
V. BÖLÜM
Nasıl Oluşur? Depresyonların Etyolojik Hipotezleri ... 66
Depresyonların Genetik Teorileri ... 67
Depresyonların Biyolojik Teorileri ... 71
Çevresel Teoriler: Etkileyen Faktörler ve Harekete Geçirici Faktörler ... 79
Psikanalitik Teoriler ... 80
Tanımlamaya İlişkin Teoriler ... 83
VI. BÖLÜM
Depresyon Nasıl İyileştirilir? Ya da Tedaviler ... 86
İyileştirici Tedaviler ... 86
Tekrarı Önleyici Tedaviler ... 99
SONUÇ ... 105
BİBLİYOGRAFYA ... 106

ÖNSÖZ

"Kalbimin düştüğü uçurumun karanlık derinliğinden!" Umutsuz bir itiraf, yakınma, belki de bir çağrı... İşte depresyon.

Genellikle anlaşılamayan, bazen abartılı ve düzelmez olarak değerlendirilmiş olan bu olgu bugün de tartışma konusudur. Geleneksel klinik titiz deneyimleri ve bilgi birikimleri pek çok kuşağın zengin oluşum süreci ile genel yapıyı kurdu; değişik ağırlık noktalarını ve bakışları belirledi.

Zaman zaman yenilikçiliği ve gelişmeyi birbirine karıştıran modernist akım yeni tekniklerle orijinal bir analiz yapmıştır.

Politikada olduğu gibi, bu alanda da tutucular ve yenilikçilere rastlanır. Bunlardan birincilerin bir psikiyatrik "fast-food"u, Amerikan hacılarının coşkusu, alaycı yaklaşımları, güç ve değerli çalışmaları dışlayan bir çeşit robotlaşmaya karşıdır.

Yenilikçiler, eski klinisyenlerin dolambaçlı yollarını terkederek hızlı bir yöntem izlediler: Kriterler, sınıflandırmalar, değerlendirme ölçüleri, özeleştiri çizelgeleri, soru dizinleri ve testler doğrudan amaca yöneliyordu. Çabukluk (ilaçların etkisini kısa bir sürede değerlendirebilmek) ve etki arayışı (psişik bozukluğu sınıflandırmak hatta miktarını belirlemek için), olumsuz olarak nitelenecek bir eğilim değildi, çünkü hastalar bu yöntemlerin doğal yapısı karşısında öznelliklerini ifade edebiliyorlardı.

Verim kaygısıyla hareketlenen bu yeni düşünce, hümanizme zarar verme riskine rağmen tüm tıbba ve çeşitli bilim dallarına yayıldı.

Fakat günümüzde, gelecek, köklerini geçmişte bulduğu gizli kalmış potansiyeli gerçekleştiriyor. Rastlantılar

yepyeni açılımlar ortaya çıkarabiliyor.

İnceleme ne herhangi bir kültürel bağıntıyı küçümsemeli, ne de Manikeizm ikilemine ("hafızadan yoksun bir geçmiş ve hayalden yoksun bir gelecek", A. Frossard) saplanıp kalmalıdır.

Karışık sular (geleneksel klinik, parıldayan eski ırmak; taşkın, yeni akımlar) bilgiyi genişletmek, tüm değerleri zenginleştirmek için, depresyonun yıkımında insanın sıkıntısına daha etkili yöntemlerle kesin bir biçimde cevap vermelidir.

"Dünyayı döllemek için düşünce tohumları" (M. Yourcenar).

GİRİŞ

"Uzaktan cevap veren uzun yankılar gibi" hüzünlü veya umutsuz ağıtlar, zaman içinde, insanın dayanıksızlığını ve sıkıntısını açıkça yansıtırlar. "Güçsüz ve acı çeken" insan, psişik dengesinin değişimlerine ve bazen zayıflıklarına (yılgınlıktan karamsarlığa, ümitsizlikten intihara) katlanır.

İşte depresyon. Ruhun karanlık bir hali, şiddeti ve yoğunluğu zamana göre değişen üzüntülü bir "yaşanmışlık" *tonu*. *Normal* ve *patolojik* arasındaki sınırda belirsizlik. Yeni bir terim olan depresyon, sanıldığı gibi, varoluş problemleri veya sıkıcı bir toplum sonucu oluşan bir modern zamanlar hastalığı değildir.

Her türlü sosyal ortamda ve değişik kültürlerde ortaya çıkabilir. Güney Amerikalı bir çiftçiyi, Magrepli bir köylüyü, zengin bir işadamını, mutlu bir yuvanın annesini, işsiz kalmış bir emekliyi, ünlü bir yıldızı yakalayabilir.

"Louvre'un duvarlarını bekleyen muhafız kralları savunmaz" (Malherbe).

Bazı depresyonlar psikozdan değil, nevrozdan kaynaklanır. Nevrotik depresyon, ifade biçimi, doğası ve yapısı ile psikotik depresyondan çok daha farklıdır.

Özgeçmişi

Depresyon eski zamanlardan beri tanınmaktadır.

Hipokrat olaya klinik tanımlar getirmiş, hastalığa neden olarak da "kara öfke"yi göstermiştir.

Bu uzak öğreti popüler deyimlerde yaşamıyor mu: "Se faire de la bile" (üzülmek, kaygılanmak).

"Kara öfke"nin Yunancadan gelen edebi çevirisi bize melankoli sözcüğünü verir. Bugün bu terim depresyonun

bazı biçimlerini tanımlar.

Hipokrat'ın bu mizahi teorisi, ortaçağdaki gerilemeden sonra hâlâ sürer, depresyon ve akıl hastalıkları, engizisyonun gözünde cinlerle, perilerle ilinti şüphesi yaratır.

Melankoli kavramı çağları aşmıştır; her zaman otantik melankoliyi yansıtmayan, belirsiz ve değişken ifadelerle anlatılmıştır.

19. yüzyılda Esquiro tarafından lipemani adı verilen "kısmi üzüntülü taşkınlıkları" vakaları, taşkınlıklar grubundan ayrılmıştır.

Daha sonra, maniak eksitasyon veya mani olarak adlandırılan öforik eksitasyon (coşkun bir şekilde mutlu olma) ve bunu izleyen depresyon dönemleri, dönüşsel çılgınlık (Falret) ve iki dönemli çılgınlık (Baillargel) kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Gerçi bu yazarlar her ikisi birbirine zıt klinik tablonun bilinçli ya da bilinçsiz zaman aralıkları ile birbirini izlediğini saptamışlardı:

- Bir yandan depresif melankolik atak;
- Diğer yandan öforik eksitasyon atağı.

Bir aynı hastalık, bir yanda üzüntü ve içe kapanma, diğer yanda aktif coşkunluk gibi, zıt iki psikolojik bozukluk ile ortaya çıkar. Bu birbirini izleyen dönemler bir döngüyle oluştuğundan, döngüsel psikoz, dönem dönem oluşan psikoz, çift karakterli psikoz olarak isimlendirilirken, günümüzde Kraeplin tarafından verilen manik depresif psikoz ismi kullanılır hale gelmiştir. Fakat manik-depresif olguların depresif formları tüm depresyonlarda aynı değildir. Sadece bir alt grup oluştururlar.

Depresyon Kavramı

19. yüzyılda, Baillarger tarafından kullanılan depresyon kavramı, Kraeplin'in manik-depresif psikoz tanımını bitkinlik ve üzüntü dönemleri ve bunu izleyen coşkunluk ve mutluluk dönemlerini sistemli olarak tanımlamak üzere kullanması sonucu kesin olarak benimsenmiştir. Bu, melankolik depresyondur. Depresyon kelimesi, daha sonra, bu çerçeveyi aşmış ve kişinin yaşamı ve davranışlarını bozarak, psişik canlılığı azalttığı tüm üzüntü dö-

nemlerini ifade etmeye başlamıştır.

Üzüntü duygusu, depresyon değildir, fakat depresyon, kaçınılmaz olarak üzüntüyü de içerir ki, bunun şiddeti günlük yaşamı, aktiviteyi, kendini değerlendirmeyi, yargıyı ve yatma, yemek yeme gibi temel fonksiyonları etkiler.

Normal üzüntü ile patolojik olanı arasındaki sınırı belirlemek zordur. Aralarındaki fark şiddet miktarına, başka bir biçimde ortaya çıksalar bile üzüntüye eklenen ve birlikte bulunan semptomların niteliğine bağlıdır.

Büyük acı duygusu olan üzüntü, belki de üzücü bir olaya karşı doğru bir cevaptır, ama bunun şiddeti ve süresi acıya kıyasla çok fazla olduğunda, özellikle de belli bir nedene bağlı olarak oluşmadığında patolojiktir.

Aşırı veya nedensiz üzüntü depresyon çerçevesine girer ve gizemli yapısıyla risk faktörleri olan hassas yapı, depresyona eğilim, özel faktörler ile ortaya çıkar. Bunlar genetik, psikolojik, yapısal, biyolojik olabilir.

Depresyon: Sık Rastlanan Bir Hastalık

Evrensellik ve sıklık depresyonun iki özelliğidir, üçüncüsü ise tehlikeli olmasıdır.

Depresyon her zaman açıkça belli değildir: "Sağır edici iniltili görünmez nehir". Maskeleri, değişik biçimleri, karanlık yapıtaşları vardır. Bir neşe halinin, hareketin, ağırbaşlı bir soğukkanlılığın, hatta bir gülüşün altına gizlenmiş olabilir: "Görünmez gözyaşlarına boğulmuş".

Birçok vakanın gözden kaçmasına rağmen istatistiksel sıklık görülmektedir. Dünyada binlerce kişinin yaşamdan kopmasına yolaçmıştır. Bazı incelemelere göre vakaların dörtte biri yaşamları boyunca buna elverişlidir.

Fakat en önemli tehlike, bu tiplerde intihar eğilimi olmasıdır. Fransa'da yılda 13.000 intihar, 120.000'den fazla intihar girişimi sayılmıştır. Bu vakaların tümü depresyona bağlı olmasa da en azından yarısı bundandır.

Ayrıca, epidemiyoloji göstermiştir ki depresif bozukluklar, intihar dışındaki genel ölüm oranının büyük bir kısmına da eşlik etmektedir. Depresyonun tehlikesi, kişinin kendisi veya çevresi tarafından kolayca anlaşılama-

masından ileri gelir. Bu kişi içine kapalılığına, ilgisizliğine, boyun eğmişliğine gömülmüş olduğundan, başkaları tarafından yanlış algılanmış ruh halini pek anlatamaz. Basite indirgenir birçok belirti bulunmasına rağmen, aile, bir intihar veya intihar girişimine kadar, tam bir körlük içinde, bunları yorgunluk, tembellik, kapris, değişiklik olarak yorumlar.

Alınacak başlıca önlem, önce bilgilendirmek olacaktır. Topluma sunulmuş birçok yapıtın amacı da budur: Pierre Daninos'un 36. Dessous, Pierre Deniker'in La Déprimé: Fin du Tunnel (Depresyonlu: Tünelin Sonu), Henry Cuche ve Alain Gérard'ın Je Vais Craquer (Çekeceğim), J. M. Vanelle'in Comment Vivre Avec un Déprimé? (Bir Depresyonlu İle Nasıl Yaşanır?).

Bu eserler hastalığın gerçekliğinin gösterilmesine ve kaçınılması gereken yanlışların bildirilmesine yardımcı olurlar.

Depresyon, ortaya çıkış biçimleri korkunç olmakla birlikte, modern psikolojik tedaviler, ilaç tedavileri ve ağır vakalarda, bilgisizlik veya yanlış inançla olumsuz bakılan, aslında zararsız elektroşok tedavisiyle kolaydır.

İyi tedavi edilmiş bir melankolik depresyon, birkaç haftada iyileşmeye başlar. Eskiden depresyonun kendi kendine iyileşmesi beklenirdi. Bu süre bazen aylarca hatta bir veya iki yıl sürerdi ki, bu sürede kaşeksi veya intihardan ölüm olmasa da, anksiyete stresi, nörovegetatif değişimler, endokrin ve biyolojik değişimlerin sonucu olan ani ölümler görülürdü.

Tedavinin etkisi kesindir, aksi halde tanıyı gözden geçirmek ve sıklıkla gizli bir organik hastalık veya özellikle zararlı olumsuz koşullara bağlı tedaviyi başarısız kılan faktörleri aramak gerekir.

Fakat depresyonlu kişinin kötümserliği tüm umudunu kırar. Sürekli olarak tedavinin yararından şüphelenir. Sıklıkla iradesini yitirmiş ve yazgısına boyun eğmiş bir durumda iyileşemeyeceğini düşünürken, iyileşmeyi istemekten de vazgeçmiş görünür; bazen hayal kırıklığı veya korkunç bir umut... ölümü "yeni bir güneş gibi süzülerek" (Baudelaire) getirir.

BİRİNCİ BÖLÜM
DEPRESYON NEDİR? VEYA DEPRESYONUN TANIMLARI

Depresyon Teriminin Semantik Türevi

Kelime, gerçek anlamından ayrılarak, halk dilinde, tüm psikolojik sapmaları, karakterin veya mizacın önemli değişiklikleri ile görülen psikiyatrik bozuklukları tanımlar.

"Depresyon" terimi, "delilik"i getiren olguları bayağılaştırmak için olduğu gibi belki de yüceltmek için asıl çerçevesinin *dışına* taşarak bir çeşit *anlam zenginliği* kazanmıştır: Coşku durumları, taşkınlıklar, şizofreni, değişik entelektüel bozukluklar ya da tam tersine yaşamda gölgede kalmış durumları dramatize etme: iç bunaltısı, nostalji, varoluş sıkıntıları, duygusal yıkımlar, mesleki problemler vb. "Flaubert'in varoluş sıkıntısı olarak adlandırdığı ruhi çöküntüler" (B. H. Lévy).

Böylece yaygın olarak kullanılan "depresyon", "çöküntü" kelimeleri, daha ağır ve daha önemsiz bir çift yönlü yayılım göstererek, terimin gerçek anlam değerini bozar. Terimin popüler anlamı, tüm psikiyatriyi ve psikiyatriye bağlı olan tüm psikolojik durumları genelleyen bir kavramda birleşir. Depresyonlar, psikiyatrinin büyük bir bölümünü kaplarlar. Mizaç bozuklukları ile sınırlanmış olmasına rağmen bu geniş kategori halen aşağı yukarı aynı kalmıştır. Tanımları netleştirmek ve özellikle depresyonun içiçe girdiği iki ayrı alanı, psikoz ve nevrozu iyi ayırmak önemlidir.

Depresyonun Tıbbi Tanımı

Tıpta "depresyon" kavramı, karakteristik, belirgin semptomları ile her biri birlikte bulunan diğer ek bozuk-

luklar arasından hemen belli olan özel bir hastalığı tanımlar. Hastalığın anlatım biçimi değişmiş, tehlikeli oluşu, kaynağı ve çeşitliliği (depresif hastalıklar), çoğul biçimde kullanımını daha uygun kılmıştır. Bu hastalıklar, herhangi biri kendi başına açıklayıcı olmayan iyi tanımlanmış belirtiler birliği (semptomlar) ile sınırlanmış olarak kalmışlardır. Gerçekte bu belirtiler (şaşkınlık, üzüntü, karamsarlık) depresif hastalığa bağlı olmayan depresif reaksiyonlardır. Bunlar olaya veya yapıya bağlı olarak oluşan doğal depresyonlardır.

Kesin bir tıbbi anlatıma göre, depresyon bir mizaç veya timik fonksiyon hastalığıdır. Modern incelemeler aynı zamanda entelektüel gelişmelerin de etkili olduğunu düşündürmektedir.

Ruhsal Fonksiyonlar

Ruhsal fonksiyonlar, klasik olarak iyice belirlenmiştir, fakat depresyonluların kişiliklerindeki problemlere ikincil olarak katılır. "Her insan bir diğerine lazımdır ve her harekette tüm insanlık bulunur" (Jules Simon).

Ruhsal yaşamda belli fonksiyonların birçok bölümü tanımlanmıştır:

- Beyin düşünür ve yargılar;
- İrade davranış biçimine karar verir;
- Duyarlık veya duygu yetisi, arzu edileni veya hissedileni dile getirir;
- Tabii ki içgüdüler de karışırlar. İlişkileri oldukça sıkı olup, tüm ruhsal olaylarda değişik ölçülerde katkıda bulunurlar.

Önce sınırlı bir bölgede başlayan mantal hastalık daha sonra tüm ruhsal yapıya yayılır, fakat kendi özellikleri olaya hakimdir. Demanslar, entelektüel yetenekleri bozarlar. Çılgınlıklar, yargı (yorum) bozukluğu ya da algı bozukluğuna (halüsinasyonlar) neden olurlar. Şizofreni önceleri bir sevgi bozukluğuna benzer, fakat daha sonra duyarsızlığa doğru gider. Depresyon mizaç bozukluklarının dönem dönem entelektüel ve tanıma duraksamalarının yaygın olduğu bir afeksiyon bozukluğudur.

Dikkat Fonksiyonu - Etkisi, derin uykudan uyanıklık haline, değişkendir. Dış dünyaya ilgiyi ve tanıma fonksiyonlarının (algılama, bilgilerin değerlendirilmesi, yargılama, sentez, tutum belirleme, fiili ve davranışsal uyumlu cevaplar) kalitesini yönlendirir.

Timik Fonksiyon ya da Mizaç - Timik kavramı, erişkin yaşta kaybolan bir salgı bezi olan timüsü, mizacın kaynağı olarak gören eski bir düşünceye dayanır. "Tüm duyusal ve güdüsel isteklerle zengin" mizaç, entelektüel hareketleri yönlendirir, kişiyi neşeli ya da neşesiz, üzgün ya da sevinçli yapabilir.

"İki uç kutup, mutluluk ve acı arasında sallanarak" (Jean Delay).

Çekirdek fonksiyon, algı ve anlamının tanınmasına olanak sağlar, timik fonksiyon ise ona bir öz rezonans verir. Bu iki fonksiyon birbirini tamamlar ve objektif ve subjektif gibi birbiriyle birleşir. Mizaç, afektiflik alanında ya da bu alandaki duyguların bütünü üzerinde yeralır, zira bunlardan bağımsız değildir (anne sevgisi). Mizaç, bizim ruhi durumlarımız, iyi ya da kötü zamanlarımız, subjektif deneyim yanımızdır. Mizaç afektifliği coşturabilir, bozabilir ve hatta depresyon içinde yokedebilir.

Mizaç bazen içgüdüleri açığa çıkarır (manide) ya da inhibe eder (depresyonda).

Afektif durum, aşktaki, ihtirasta ya da kıskançlık kaygısından doğan acılarda olduğu gibi, mizaç üzerine de etkir. Sonuç olarak, afektiflik ve mizaç arasında sürekli ortaklık olduğu gibi, bir de karşıtlık vardır.

Normal bir insan, mizaç değişimleri gösterir; sözkonusu değişimler siklotimik denilen yapıya sahip vakalarda çok daha belirgindir. Mizaç değişmelerinin çokça görüldüğünde patolojik genel eğilim üzerinde yargı kontrolü görülmez, bu manik depresif psikozdur.

Patolojik Hipertimi Kavramı

"Zevklerin ve acıların ardarda gelişi varoluşun ahengidir" (Jean Guitton).

Mizaç değişimlerinin abarması hipertimik bir düzen-

sizlik oluşturur. Bu düzensizlik iki zıt yönde ortaya çıkabilir:

- İdealaştırmanın ve psikomotris etkinliğin abarması ile neşe kutbuna doğru: bu manidir;
- Üzüntü, karamsarlık, devinimsizlik kutbuna doğru: bu depresyondur.

Hipertiminin tam tersi olan hipotimi, kişinin kendine kapanmasıyla, duyumsal etkinliğin düşüşünden doğan pasiflik, duyarsızlıktır.

Hipertimide, mizaç abartılı olarak ortaya çıkarken, hipotimide zayıflar (şizofreni).

Hipertimi, negatif "değer"i ile (Porot) üzüntünün hakimiyetidir. "Kara düşünceler"den oluşan ve umutsuzluğu da beraberinde getiren korteji, tanımlama fonksiyonunda düzensizlik yaratarak depresyonu oluşturur. Ama, semptomların birleşimine göre, bazı kara düşüncelerin baskınlığı farklı tablolar çizer ve birçok depresif hastalık tipinin ortaya çıkmasına neden olur. Üzüntü, tüm depresyonların temel tuvalidir. Depresyon, normalden patolojiğe, şüpheden umutsuzluğa, tembellikten devinimsizliğe, iç sıkıntısından kaygıya, ilgisizlikten ölüm isteğine, hırçınlıktan intihara, gecenin alacakaranlığındaki farklı gölgeler gibi bir ruh halidir.

Bu düşünceler operasyonu çağrıştırır, ama Jean-Marc Bormart'ın 14-18 savaşında öldürülen umutsuz kahramanın De Profondis'deki sözlerinin doğruluğunu anımsatır:

"Umuttan öylesine yoksunuz
ve barış hâlâ öylesine uzak ki,
görevimizin ne olduğunu bile
ancak kestirebiliyoruz."

Diğerleri, özellikle de etkinliği engelleyen ve gerçekliği deforme eden, derece, süre, neden eksikliğiyle belirlenen patolojik bozukluklardır.

Bu noktada, sözkonusu düşüncelerin yoğunluğunu, özellikle de içtenliğini değerlendirmek güçtür! Romantik duyumun şüpheliliği, sahte kahramanlığa kadar uzanır: "Ey ölüm, tanrısal kurtarıcı seni selamlıyorum!" Ama gerçek bir acıyı ifade edebilir; bu Gerard de Nerval'in

"yaldızlı şiirin melankolinin kara uykusunu taşıdığı", "karanlık, avutulmamış dul"udur. Üzüntü zevkten çok işlenmiş bir duygudur, hiç şüphesiz insan için daha otantik ve daha süreklidir.

Depresyon: Psikoz ve Nevroz

Nevrozda, gerçek duygusu ve kişilik bozulmamıştır. Semptomlar hastada rahatsız edici bir etki bırakır ve medikal yardım gerektirir.

Psikozda ise, bu durumun tam aksine, kişilik, kendi patolojisinin bilincinde olmayan hastanın, afektifliğindeki ve dış dünya ile ilişkilerindeki değişiklikleri de beraberinde getiren, düşünce biçiminden doğan taşkın fantazmalarından oluşan yeni bir gerçeklikle altüst olur.

Psikoz ve nevrozun değişik varoluş biçimleri vardır. Psikoz yıkıcı bir süreçtir. Çılgın-dahi mitinin hiçbir gerçek temeli yoktur. Deha hiçbir zaman çılgınlığın nedeni olamaz ve onu engellemediği gibi ortaya da çıkarmaz. Psikoz, başlangıçta "bazı istekleri ortaya çıkarır. Bu ortaya çıkarış bir meydana getirme değil, bir serbest bırakmadır" (Jean Delay).

En çok korkulması gereken depresyonlar, psikotik veya melankolik depresyonlardır. Nevrotik depresyon farklıdır ve onu ayırdedebilmek için nevrozluların özel kişilik yapılarını iyi tanımak gerekir.

Nevroz bir depresyon değildir, fakat depresyonla sonuçlanabilir.

Nevrotik depresyon bazı kırılgan kişilerde oluşur. Depresyonun, bilincin değişimine neden olmayan bu formu bir zihinsel ya da psikoz bozulma değildir.

Buna karşılık, bazı melankoliler, kişilikteki derin değişimler, gerçeklik duygusunun yitimi ve taşkın düşüncelerin oluşumuyla, bir kategorisini oluşturdukları psikozlar çerçevesine girerler. Bu psikotik operasyonlar özellikle de primordial mizaç bozukluklarının görüldüğü manik depresif psikozun gelişiminde ortaya çıkarlar.

Mizaç bozuklukları ya da timik olmayan bozuklukların (halüsinasyonlu psikozlar, paranoik psikozlar, şizofre-

nik psikozlar) dışında, diğer psikozlardan ayrı olarak ele alınmalıdır; ama bazen, nevrozun gelişimi sırasında, bu nevroza depresif ya da coşku elemanlarının da eklendiği olur.

Nevrozlar - Nevrozları şöyle ayırmak doğru ve klasik olacaktır:

- Biçimlenmiş nevrozlar: fobik, sıkıntı, obsesyon, histerik;

- Nevrotik durumlar: Daha sık olarak görülürler ve ortaya çıkarılmasında pratisyen hekimlerin payı büyüktür, zira fizik bozuklukları, psikolojik durumların nevroza dönüşümüne ilk tanık olan onlardır. Nevroz, "ruhun organik dili", afektif bir durumun organik ifadesidir.

Üzüntü içinde yalvaran, bazen kinci bir bilgi, istekler içinde bulunan bir narsisizmin hem yakınma, hem de doyumsuzluk olarak ortaya çıkan nevroz karakteristikleri, nevrotik depresyona özel bir klinik renklendirme verirler.

Nevrotik durumlar, sapkınlıklarıyla, onları karanlık bir dil aracılığıyla teşhis eden bir hekimi şaşırtırlar. Bu karanlık dil: nörotonik, nörovejetatif, distoni nörovejetatif. Diğerleri onları "hayali hastalar" olarak kabul ederler.

Bazıları onu nörasteni içine yerleştirir. Bu eski ve anlaşılmaz, organik zararı olmayan tüm şikâyetlerin belirsiz sentezi olan bir terimdir. Vakalar hasta olduklarını kabul ederler ve bazıları intihar eğilimindedir: nörasteniyi, değişik hipokondri formlarını, depresyonu ve bazı yazarlar için ise psikasteniyi içine alır:

Nevrozları saptamak ve onları karmaşıklaştırabilecek olan depresyonlardan ayırdetmek gereklidir.

Psikosomatik Hastalıklar - Nevrotik durumlar psikosomatik hastalıklarla karıştırılmamalıdır.

Ortak bir psikolojik nedeni vardır: heyecanın dinamiği. Heyecanın bir etkisi olabilir:

- Lezyonel: Yıkıcı olmasından şüphe edilen, stresin biyolojik değişimleri tarafından biçimlendirilen psikosomatik hastalıklar; heyecan bankasındaki değişim oranı bazen yüksektir!

- Fonksiyonel: Nevrotik durumlar.

Fonksiyonel bozukluklar neden olabilir: baş ağrıları,

baş dönmesi, güçten düşme, vb. histeriye dönüşme durumunda belirgin olarak yaşanır: kasılma, ses yitimi, felç, vb.

Nevrozun heyecana cevabı olarak ortaya çıkan değişik fonksiyonel bozukluklar, "ben"in kendini koruma yollarından biri olarak kabul edilir; depresif çöküşlerden etkilenebilecek olan kişiliğin afektif gerilemesine ilişkindir.

Heyecanın düzenlenmesi yollarından olan nevrotik reaksiyonlar, fonksiyonel bozukluklar doğurur, bunları dışa vurur, bazen teatral olabilecek bir dışavurum aracılığıyla dinamiği sağlar. Buna karşılık, oto-kontrol, nevrotik reaksiyonları da kapsar; değişik psikosomatik hastalıkları ya da depresif çöküşü katalize eden bir yıkıcı stres uyandırıcı ajan haline gelir. Aynı kaynaktan doğması mümkün olan psikosomatik hastalıklar ve depresif çöküşler arasındaki benzerlikler ortaya çıkarılmıştır.

Nevrozların ve Nevrotik Depresyonun Anlamı - Nevrotik dili anlamak, semptomun anlamını ve kaynağını araştırmak önemlidir. Gerçekte, nevroz sıklıkla üstü kapalı olarak geçmişe referans verir.

Psikanalistlere göre, bugünün çözümünü içine saklayan, çocukluktan gelen afektif uyuşmazlıklara dayanır. Bununla birlikte, nevrozlar hastanın üzerine alabileceği olayların sonucudur; zira hem yetişkin hem de psikanalize edilmiş insan kırılgandır. "Büyük insanlar yoktur" der Malraux.

Nevrotik depresyon, sıklıkla, sistematik olarak araştırılması gereken çatışmalı bir durumun sonucudur: "Çelişik duyguların birarada bulunması"ndan (Dostoyevski) doğması nedeniyle özellikle belirsizdir. Ara durumlar karşıt isteklerden ileri gelir: Genç kız evliliği ayırır, geçirmiş olduğu çocuklukla hâlâ ulaşamadığı ergenlik arasında tereddüt eder.

Depresyon, karşıtlı ve afektif belirsizlik durumlarında kaçınılmaz olabilir. Depresyonu yok saymak, nevrozu yüceltme ve böylece süreğenliği teşvik etmek tehlikelidir; hekim kendini yanıltır, psikanalist ısrar eder, hasta ise kendini hazırlar! Yanıltılmış olan hekim, sıklıkla, tanık olduğu bozuklukların depresif doğasını göremez. Böylece

hasta, cerrahi çözümlere kadar varabilecek bir ilaç, analiz, uzman hekim gezisine başlar. Nevroz trajik kaderini hazırlar.

Nevrotik Depresyon - Depresyon, mizaç ve aktivite bozuklukları biçimlenmiş nevrozlar içinde de ortaya çıkabilir; alışılageldiği üzere özelliklerini korur. Nevrotik durumlarda sıklıkla rastlanır.

Rastlantılar, bazen önemsiz rastlantılar tarafından aniden ya da kademeli olarak karartılan kişilik, zayıflık meydana gelir, üzüntüler ortaya çıkar... Nevrotik depresyonun nerede başladığını ve sınırlarını belirlemek güçtür... Bunlar hekime göre değişir, bazı hastalar belirtileri dramatize etme, abartma eğilimindedirler; sıradan çarpıntılar bir kalp krizi olarak, asteni, birazcık üzüntü bir "depresyon" olarak düşünülür.

Hekim, bazen, çalışmamayı "depresyon"la açıklamak için olan bu abartılı değerlendirmeyi kabul eder.

Nevrotik depresyon psikojen olarak adlandırılırken, melankoli yapısal kabul edilir. Nevrozların depresyonu, "ben"in baskın olduğu, değerinden fazla yitirmediği alt kişilikle ayırdedilir. Melankolinin tersine, intihar eğilimi daha belirgindir.

Depresyonun iki formunda, farklı derecelerde ve farklı sonuçlarla görülen bir ortak çizgi vardır, o da üzüntüdür: Depresif çöküşlerde, nevrozda, yaşam sevinci kaybedilirken psikozda yaşama tadı yitirilir...

Nevrotik depresyonlardaki üzüntü, umutsuzluktan doğan hırçınlıktan ileri gelir, fakat değişik şekillerde yönlenebilir: kaygı, karamsarlık, hipokondri, hiçbir zaman aşırı olmadığı girişimlerin başarısızlığıyla meşruiyet kazanan, tatmin edici olmayan bir varoluşun acısı, cesaretsizlik, yorgunluk, güçten düşme, zira psikomotris inhibisyon, aşılamayacak bir blokaj görünümüne bürünen bir yorgunluk sabittir. Nevrotik depresyon büyük bir acı imajı sunar. Bazen agresiflik patlıları görülür: Surat asma, sabırsızlık, kıskançlık. Ama, aldatmak, alarma geçirmek ve özellikle de zaman çalmak için büyük bir sanat kullanılır.

Nevrotik depresyon, merhamet stratejisiyle, şantaj

ve keşifleriyle, şaşkınlık fonu üzerindeki bir tür narsist destandır: ikincil çıkarlar.

Entelektüel fonksiyonlar bozulmamıştır; hatta ahşılmış anksiyete bile gerçek duygusunu saptırmaz.

Nevrotik depresyon, kişilik yörüngesinde olsa da olmasa da, psikotik depresyonda da olduğu gibi, aniden yıkılan bir kişilik içindeki kırılmadır.

Nevrotik-psikojen ve psikotik-yapısal depresyonun ikincil kavramı gitgide daha çok sözkonusu edilmektedir. Tüm semiyolojik aracılar, iki düzenlemenin açık tabloları arasında üstüste bulunur: Nevrotik çöküşler açıklanamamış gibi görünür ve psikotik depresyonlar travmatik olayların yerini alır. Bazı klinik tablolar, karma maskeler izlerler.

Depresyonların Çokbiçimliliği

Depresyonların değişik ifadesi, doğası, farklı yoğunluğu, kaynağı, vakanın kişiliği depresyonun çokbiçimliliğini yaratır.

Depresyon, manik-depresif psikoz (MDP) çerçevesine girebilir. Diğerleri, bir olay ya da bir fizik bitkinliğinin devamı olabilir; bunlar reaksiyonel depresyonlardır.

Depresyon, beynin yaşlanması gibi bir organik hastalıktan doğduğunda, semptomatik sözcüğüyle tanımlanır, zira bir başka afeksiyonu haber vermektedir.

Depresyonun değişik formları dört bölümde toplanabilir:

- Psikotik depresyonlar, ya da özü bakımından manik-depresif psikoza (MDP) ait olan, yapısal denilen, yanlış kanıyla dış olaylardan fazla etkilenmediği düşünülen melankoli;
- Kişiliğin önemli bir rol oynadığı, psikojen denilen, nevrotik depresyonlar;
- Bir olaya (yaş, emeklilik, taşınma vb.) tepki olarak gelişen reaksiyonel depresyonlar;
- Semptomatik depresyonlar.

Depresyonların çeşitliliği, Platon'un enigmatik (J. Guitton) "bir ve birçok" formülünü hatırlatır ama, "daha

yüksek bir birlik" içindeki çeşitlilik, bir mizaç düzensizliğidir.

Bir basitleşme ve özellikle de başarılı olma kaygısı taşıyan Amerikan psikiyatrisi farklı bir yaklaşıma sahiptir. Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM 3 ve yeniden elden geçirilmiş versiyonu) tarafından hazırlanmış olan zihinsel hastalıkların diagnostik ve istatistik el kitabı, semptomların doğası ya da nedenini gözönünde bulundurmayarak tanımsal görünümünü tasarlar.

Depresif bozukluklar, bir yandan "majör" yani "distimik", diğer yandan daha kronik ve zayıf depresif görünümler olarak ayrılır. Bazı yazarlar, depresif hastalıkların doğmasındaki birliği savunurlar ve psikojen-yapısal diktominin yanlışlığını ortaya koyarlar. Bu iki form, aynı bozukluğun, ılımlı ya da ağır, iki biçimidir.

Gerçek Örneklerle Depresyonun Çeşitli Tiplerinin Klinik Açıklaması

Bir Manik-Depresif Psikoz - Bay Andre S... 55 yaşında, mutlu bir yaşam sürerken, son bir aydır davranış değişimi nedeniyle başvurmuş. İyi uyuyamıyor, erken uyanıyor, iştahını kaybetmiş ve zayıflamış. Tutkuları olan, golf, çocukları ve evi artık onu ilgilendirmiyor.

Sıkıntılı ve kaygılı, çünkü "kötü değerlendirilmiş kontratlar ve kötü giden işler" nedeniyle, "senetlerinin olduğu gibi, işçilerinin parasını da ödeyemeyecek ve iflası kaçınılmaz."

Bu kaçınılmaz felaketin sorumlusu yalnızca onun yeteneksizliği.

İntihar etmeyi istemiş miydi? Tedirgin bir tonla "mutsuzluktan kurtulmak için" bunu düşündüğünü, fakat "cesareti olmadığını" açıklıyor. Karısına göre, o sağlıklı ve yaşanmış olanlar alışılagelmiş olaylardı. Kadının verdiği güvence Bay S...'yi kuşku altında bırakıyor ve çevresindekilerin onu anlamaması durumunun sürmesine neden oluyor. Hasta, ertesi gün "bir kontrol için" hastaneye yatırılmayı kabul ediyordu, "çünkü o hasta değildi".

İncelemeler, özel bir konsültasyona ihtiyaç duyulmamış olan iki eski krizi açığa çıkardı. Beş yıl önce, yorgun olan Bay S... zayıflamış, kendini kötü hissetmeye başlamıştı. Bir kanserden şüpheleniyordu. Alışılageldiği üzere oldukça coşkulu yaşanmış olan mesleki hayatı sıkıcı bir hal almıştı. Golf oynamayı kesmiş ve daha önceleri arkadaşlarıyla olmaktan zevk almasına rağmen, tüm davetleri reddetmeye başlamıştı. Doktor, kuvvetlendiriciler tavsiye etmişti.

Üç ila dört ayda iyileşmişti. Buna karşılık, iki sene önce, B. S... "son derece formlu" bir dönem yaşamış, uyku saatleri kısalmıştı. B. S... erken kalkıyor, herkese karşı sıcak ve neşeli davranıyordu. Mesleki etkinlikleri olduğu gibi, iş dışı etkinliklerini de artırmıştı. İş vekillerinin tavsiyelerine rağmen, işini büyütmeye karar vermişti.

Sürekli konuşması, aşırı hareketliliği, sürekli olarak davetler vermesi Bayan S...'yi endişelendirmişti. B. S... iki ay sonra yatıştı.

B. S...'nin babaannesi de, birçok kez psikiyatri kliniklerine yatmıştı ve 55 yaşında Toussaint'de kendini boğarak öldürmüştü.

B. S...'nin hastaneye yatırılmasından bir gece önce, Bayan S... bir gürültü ile uyandı, kocasını boğazında bir sabahlık kemeri sarılı olarak yerde yatarken buldu ve derhal hastaneye kaldırdı.

Bu dönem, çöküntü, iyileşemeyeceği duygusu ve bazı biyolojik bozukluklarla beraber gelişen bir melankolik depresyon dönemiydi. Sözkonusu bozukluklar şunlardı: Uykusuzluk, iştah kaybı, zayıflama.

Kendini asma girişimi, melankolilerdeki intihara ilişkin eğilimin önceden kestirilemezliğini ve sürekliliğini göstermektedir.

Beş yıl önceki kriz, bir melankolik dönemi ortaya koyar: İnhibisyon, güç kaybı, iyileşmeme (kanserden) inancının sınırında olma kaygısı.

Bir önceki dönem ise (hipomani) gizli bir mani dönemini gösterir: etkinliklerin artırılması, birçok girişim, iyimserlik ve aşırı dinamizm. B. S... üç nöbetle, bir siklotimik manik-depresif psikoz geçirmiştir. PMD'nin ailevi

görünümü alışılageldiği gibidir: Muhtemelen babaanne de depresyonlar ve bir intihar yaşamıştır, zira Toussaint'de denize girme istisnai bir durum teşkil eder.

Bir Nevrotik Depresyon - Bayan Dorothee W... 36 yaşında. İlgili bir koca ve sevgi dolu iki çocuk sahibi. "Anksiyetesi" için verilmiş sakinleştiricileri yuttuktan sonra hastaneye yatırılmış. Aslında yıllardan beri, sağlığı ciddi sorunlar kaynağı. Özellikle sabahları yorgun, başağrısı, kulak çınlamaları, çarpıntılar, iştahsızlık, uyku bozukluklarından şikâyet ediyor. Uğraşları acıyla ve yavaş olarak gerçekleştiriyor, "enerjisi yok ve dikkatini veremiyor". Kendini "hassas, anksiyeteli ve duygulu" olarak tanımlıyor, çeşitli fizik, biyolojik, radyolojik incelemeler onu ikna etmiyor. Kocasına teklif edilen bir terfi bir hafta evden uzaklaşmasını gerektiriyor. Bayan W... evlilik yaşantısının rahatından ve kocasının ilgisinden yoksun kalmamak için bu projeye itiraz ediyor. Ek olarak, bir yalnızlık ve yorgunluktan korkuyor. Biraz tereddüt ettikten sonra bu teklifi kabul ediyor.

Hastalık başlangıcı yaklaşırken Bayan W... "üzgün, bitkin, umutsuz" hale gelir. Aileden sıkılma ve bıkma daha somut hale gelirken, gözyaşları ve yakınmalar daha sıklaşır. Gergin, bitkin, kızgın hali ile evin ve çocukların ağırlığını yüklenemez. "Buna ne isteği ne de gücü vardır". Uyku güçlükleri daha da kötüleşir ve kusmalar bir beslenme kısıtlanmasına neden olur. Bayan W... mutsuz, bitmiş, ağlamaklı, "hiçbir şeyden zevk almaz" durumdadır. Kocasının gidişinden bir gün önce, bir kutu sakinleştirici içer. Ertesi gün kocası onu derin bir uykuda bulur. Daha sonra psikiyatrik olarak da onu aydınlatacak bir reanimasyon merkezine götürür.

Koca, görevini ertelemek zorunda kalır.

Bayan W... nevrotik depresyonun bir örneğidir. Nevrotik kişiliğinin özelliklerini gösterir: çabuk heyecanlanır, çevreden kopuktur, sağlığı ve çeşitli fonksiyonel bozuklukları ile aşırı ilgili, yoksunluklara dayanıksız ve bencildir. "Hastalık" çocuklarını ve kocasını yönetmek, onların ilgisini elde etmek ve günlük acılardan kaçmak için bilinçsiz bir oyalamadır.

Kocasının, işinden vazgeçmeyi reddederek gitmesi Bayan W... için dayanılmaz bir yokluk duygusu ve benliği için derin bir yaradır, çünkü işteki ilerleme onun sağlığına tercih edilmiştir. Depresif bir kalıtım (üzüntü, sıkıntı, hoşnutsuzluk) etkisini artırarak nevrotik semptomlara eklenir. İntihar girişimi tasarlanmış değildir, fakat Bayan W... "ne yapacağını bilmemekte, hiç düşünmemek ve uyumamak istemektedir."

İntihar burada melankolide olduğu gibi belirgin bir ölüm isteği değildir, fakat bir çıkmaza girildiğinde tek kurtuluş yoludur. Karmaşa ve ortamın kabul edilemezliğinin bir belirtisidir. Afektif bunalım ve çevre içinde hissettiği suçluluk duygusu arasında intihar girişimi, aynı zamanda bir agresif reaksiyon, uğradığı yoksunluklara karşı gözü kapalı yapılan bir intikam hareketidir. Nevrotik depresyonun intihar belirtileri ve biçimleri belirsizliklerle çevrilidir. Bir umutsuzluk hareketi olduğu kadar bir küsmedir.

Bir Tepkisel Depresyon - Bay Jean B... 42 yaşında. İş yaşamındaki bir düşkırıklığı sonucu oluşan bozukluklar nedeniyle eşi tarafından getirilmiş. Bay B... ticari mühendis. 25 yıldır bir inşaat şirketinde çalışıyor. Orada yönetici sekreteri olan eşini tanımış ve sorumluluk gerektiren bir görev üstlenmiş. İki çocuk sahibi. İşten çıkarılması, Bay M... tarafından bir haksızlık ve korkunç bir yıkım olarak algılanmıştır. Bundan sonra iştahını kaybetmiş, sürekli olarak bu olayı kurmakta, sıkıntılı ve gergin. Büroda ve son bir ayını geçirdiği evde hemen hemen hiç konuşmuyor. Genel olarak ailesine gösterdiği ilgi, işten atılma dramının ardından yokolmuş. En küçük bir olayda gözyaşları ortaya çıkıyor. Mesleki etkinlikler acı veren bir hale gelmiş ve yavaşlıkla yapılmakta. Eşinin evlilikleri ve gelecekte kazanacağı başarılar hakkında rahatlatıcı sözlerine rağmen umutsuzluk içinde. Hiçbir sebep Bay M...'nin derin üzüntüsünü hafifletmeye yetmemektedir. Görevinin bitiminden sonra evde kalır, ilgisiz bir biçimde televizyon seyreder, telefonlara cevap vermeyi ve iş arama tekliflerini reddeder. Eşinin onu bu ilgisizlik ve üzüntüsünden kurtarmak için başvurduğu tüm oyunlar boşa

gider. Bir sabah bunlara son vermesi olanağını değerlendirir.

Böylece Bayan B..., onun "hasta olduğunu" anlar. Bay B...'nin depresyon ve psikolojik karakteri ile hiçbir kişisel ya da ailevi ilişkisi yoktur ve bir risk durumu düşünülmez. Yaralayıcı olan olay, yani işten atılma, depresyonun ortaya çıkışının nedeni olarak görülmektedir. Bu olayın tepkisel ya da ikincil olarak adlandırılması, bir değişimi izlemesi nedeniyledir.

Bir Semptomatik Depresyon - Bayan Juliette C... 70 yaşında mutlu bir emekliydi. 73 yaşındaki kocası onunla çok ilgili ve onun desteğiydi. Çocukları ve torunları onlara bağlıydı. Bununla birlikte, bir yıldır aldatıcı biçimde Bayan C...'nin davranış ve karakteri değişir. Seçkin bir ahçı olan ve bundan gurur duyan Bayan C... gitgide mutfak zevkini kaybeder ve hatta daha önce nefret ettiği konservelere katlanır. Artık "gücü ve direnci olmadığını" söyler. Televizyondaki dramlara, bulmacalara ve öğleden sonraları iki arkadaşıyla geçirdiği çay saatlerine olan ilgisi zamanla söner. Coşkusunu ve girişkenliğini kaybetmiştir. Günler acıyla geçer. Gelecek onu ilgilendirmemekte, geçmişi nostaljiyle anımsamaktadır. Kolay ağlar, "Nereden bilmiyorum" üzgün? "Pek değil ama neşeli değilim".

"Bu acıların en kötüsü, nedenini bilmemek.

Aşksız ve kinsiz, kalbin ne çok acısı var..." (Verlaine).

İntiharı arzulamış mıydı? "Pek değil ama artık hayattan beklediği pek bir şey yok".

"İştahsız" bir biçimde yiyor ve sabahları yola çıkmakta güçlük duyuyor. "Biraz tembelleştim" diyor. Kocasına, ailesine ya da durumuna hiçbir sitem dile getirmez, hatta onlara bazı ayrıcalıklar tanır.

Bu ilgisizlik, duyarsızlık ve psikomotor yavaşlama ile birlikte olan bir depresyon tablosudur. Üzüntü birinci planda değildir ve intihar düşünceleri yoktur. Fakat dış dünya ve ilgi alanları eski çekiciliğini yitirirler. Her şey anlamsız ve bıktırıcı görülür. Doktoru onu psikiyatriye yollar ve bir antidepresan tedavi iki ay içinde belirgin bir iyileşme sağlar. Eğer hayatında güzel bir değişiklik olur-

sa da, Bayan C... zihinsel konsantrasyon güçlüğünden, okuma güçlüğünden, televizyondaki hikâyeleri takip edememekten, hafıza zayıflamasından yakınır. Klinik araştırmalar ve testler Alzheimer hastalığı tipini amınsatacak şekilde, entelektüel kapasitenin büyük ölçüde bozulduğunu gösterirler. Daha sonraki değişim tanıyı doğrulayacaktır. Depresyon, entelektüel yıpranmanın semiyolojisini başlatır ve entelektüel bozukluklardan önce gelir. Timik fonksiyonun iflası tanısal süreçten önce gelir. O halde, depresyon, yıpranma sürecinin ilk semptomu olarak ortaya çıkar. Bu depresyon semptomatiktir.

Bu örnekler dört değişik depresyon tipinin klinik türlerini, başlatıcı faktörlerini ve gelişimlerini anlatır.

Üstelik gerçek yapısal farklılıklarını ortaya koyar: Bazıları genetik bir yapı göstererek yapısal olarak nitelenirken, diğerleri dış olaylar karşısında bir kişilik hassasiyeti gösterir ve ekzojen adım alırlar.

Her depresyonun yapısına göre semptomatik tanımı vardır. Ailevi ve kişisel geçmiş, koşullar, başlangıç biçimi, özellikle de gelişim, depresyonu ait olduğu kategoriye yerleştirme olanağı sağlar.

İKİNCİ BÖLÜM
DEPRESYON KENDİNİ NASIL BELLİ EDER? YA DA DEPRESYONUN SEMİYOLOJİSİ

Depresyonun klinik biçimleri birçok belirtinin değişen şiddet ve etkiyle birleşimi sonucu sonsuz çeşitlilik gösterir. Tablonun taslağı hafif bir üzüntü perdesi, coşkunun kaybından, ağır bir ümitsizlik, ölüm çekiciliğine kadar değişen biçimlerle çizilebilir.

Bazı semptomlar sürekli bulunur ve varlıkları depresyonun klasik imajını biçimlendirir. Tipik formlarının yanında, yanıltıcı formlar, hafif formlar ve bir ya da iki semptomla sınırlı formlar da vardır.

I. Depresyonların Klasik Tablosu

Tüm depresyonlar entelektüel ya da motor aktiviteyi bozan, anksiyeteyi ortaya çıkaran ve sezgisel fonksiyonları tahrip eden bir timik ya da duygulanım bozukluğu içerir.

1. Timik Bozukluk ya da Depresif Mizaç - Mizaç bozukluğu sinsi bir biçimde ya da birdenbire ortaya çıkabilir. Belirsiz bir sıkıntı, hırçınlık duygusu daha büyük bir üzüntünün ön belirtisi olabilir. Kişiyi nostalji, bıkkınlık, umutsuzluk, değerlerini yitirmişlik, kendini önemsiz hissetme gibi bir yığın duyguyla ortaya çıkan mutsuzluk verici bir karamsarlık kaplar. Karamsarlık kişinin kendine (değerini yitirmişlik, bazen suçluluk duygusu) ve hayata bakış açısını bozar. Nesneler ve diğer insanlar artık anlamını yitirmiştir. Eski ilgi odakları bozulur. Depresyonlu kişi, artık motivasyon ve sevinç hissetmez. Yani depresyonda, acı veren duygular (hipertimi) ve dış dünyaya karşı ilgisizlik (duygusal anestezi) biraradadır.

Depresyonda, iç dünyanın sürekli duygusal değişimleri ve bunların dış dünyaya yansıyan talepleri acı veren bir üzüntü ve bıkkınlık yapısı içinde yokolur gider. Geç-

miş, şimdiki ve gelecek zamanlar, pişmanlık, özlem ve endişe duyguları tarafından istila edilir.

Bir gelecek tasarlama ve projeler hazırlama yeteneğinin yokolması, depresyon için çok karakteristiktir. Depresyonlu kişiler, az ya da çok belli olan şu duyguları dile getirir:

- Üzüntü, umutsuzluk;
- Tüm aktiviteler ve boş zamanlar için sıkıntı hissi;
- Motivasyon eksikliği;
- Özellikle psikotik depresyonda, yetersizlik ve kendini değersiz hissetme duyguları;
- Gizli ya da açıkça dile getirilen, bazen ölüm isteğine yolaçan, yaşama karşı bir ilgi kaybı;
- Bulunduğu durumun geleceği kötü etkileyeceği düşüncesi ile gelecek hakkında karamsarlık.

Acı veren üzüntü duygusu, bazen tüm düşünceyi felç ederek, tüm duyguları uyuşturarak, dayanılmaz bir hal alır. Bu durum, depresyona özgü intihar için güçlü bir etken olan ruhsal mutsuzluk durumudur.

2. Psikomotor İnhibisyon - Bu yaşam coşkusunun kaybıdır. Tüm psikomotor ve entelektüel aktiviteler yavaşlamıştır. Girişim duygusu ortadan kaybolmuş görünür. Tüm aktiviteler, yavaşlıkla ve güçlükle gerçekleştirilir ve hepsi bir yorgunluk kaynağı gibi hissedilir. Gerçekten de yorgunluk ve ilgisizlik, motor ve psişik eylemleri yavaşlatmak ya da onları imkânsız kılmak için birleşmiş gibidir. Mimikler yavaştır ve sima donuktur (hipomimi). Yüzün ifadesi genellikle üzüntülüdür. Ses donuk, belirsiz, tekdüzedir. Hareket yavaştır ve sıklıkla tamamlanmaz (bradikinezi). Yürüyüş hantaldır.

Hareket bozukluklarına psikolojik bir durgunluk eşlik eder. Düşünce oluşumu azalmış (bradipsişi), sözcükler canlılık ve çabukluktan yoksun, tekdüze, bazen de ağlamaklıdır. Konuşma donuk, basit, içeriksizdir. Cevaplar zorlukla ve eksik verilir.

Bilgi birikimi azalmış gibidir: düşünce depresif bir yapıya sahip bir fikre odaklanır.

Düşüncelerin birleştirilme yetisi vasatlaşır ve anlama yetisi azalır. Depresyonlu kişi, ağır cevap verir. Hatı-

ralar belirsiz ve hatırlanması güçtür. Dış dünyaya karşı duyulan doğal dikkat ilgisizliğinin doğal sonucu olarak bozulmuş dikkat ise acıyla cevap bulur. Yargılama yetisi, mizaç bozukluğunun etkisiyle tamamen kötü yöndeki bir değişime uğrar. Her şey güçlükle kavranır ve karışık bakış açılarıyla yorumlanır. Melankolik depresyonlu sessiz ve içine kapanıktır; buna karşılık, nevrotik depresyonlu diğerlerine karşı istem ve talepler sunar. Bazen konuşmalar gereksiz gibi görünür; bazı depresyonlarda düşünce biçiminin zenginleşmesi, psikomotor inhibisyonun yerini aldığından, mimikler anlamlı ve dokunaklıdır. Fakat bu görüntünün ardından her mimik bir yorgunluğa neden olur.

Psikolojik ve hareketsel tutukluk şu tanımlarla ifade edilebilir: "enerji, tat, tonus, neşe, canlılık, dinamizm eksikliği, yorgunluk, bıkkınlık, bitkinlik, verimsizlik, hiçlik duygusu."

Acı veren üzüntü ve yaşamsal tonus kaybı, depresyonun iki temel yapıtaşıdır.

3. Anksiyete ve Karakter Bozuklukları - Anksiyete, depresif açıdan farklı olarak, her zaman, depresyona eşlik eder. Bazen bu iki bozukluğu, birbirine benzer birçok ortak çizgileri olduğundan dolayı ayırdetmek güçtür.

Anksiyete dayanılmaz bir kaygı ve korku duygusudur. Olası kötülüklerden sürekli korkulur ki depresif ve özellikle melankolik karamsarlık için felaketler sürekli olarak vardır ve kaçınılmazdır.

Depresyon sırasındaki anksiyete nicel değişimler gösterir. Bu duygu doruğa ulaştığı bir dönemde hissedilen sıkıntıdan kurtulmak için gerçekleştirilen bir intihara neden olabilir.

Bir öfke hali, agresif tavırlar, bazen ajitasyonla da ifade edilebilir. Nevrotik depresyonda belirgin ve tanımlanmıştır, melankolide ise şiddeti değişkendir. Dayanılmaz olduğu bir dönemde intihar ya da duyarlığını yitirme nedeni olabilir. Tablo, titreme, ağız kuruluğu, göğüs sıkışması, ateş, çeşitli kasılmalar gibi fizik belirtilerle zenginleşir.

4. Fizik Belirtiler - Sıklıkla görülürler. Bazıları da-

ha az spesifik, bazıları daha anlamlıdır. Semptomları maskeleyerek birçok tıbbi araştırmayı etkisiz kılarlar. Çeşitli bozukluklar, hastalığın yapısına ve kişilere göre değişik biçimlerde bulunurlar.

A) Uyku Bozuklukları - Değişmez belirtidir. Uykusuzluk başta olmak üzere değişik tipler gözlenebilir:

- Sabaha doğru 3, 4 sıralarında erkenden uyanma, sıkıntı, iç karartıcı düşünceler, başlayacak günün kaygısı ile birlikte olan uykusuzluk, özellikle içte bulunan depresyonu ortaya çıkarır.
- Sıkıcı ve engellenemeyen saplantılarla birlikte, uyuklama tarzındaki uykusuzluk, anksiyeteli tipte görülür.
- Bazen her iki tip birlikte bulunur.
- Gece içinde sık sık uyanma, uykudaki azalmayı artırırlar: Bu durum, depresyonlu kişi için, bir yorgunluk haline yolaçar ve uyku yorgunluğu gideremez.

Aksine, bazı formlarda, uyku zamanı uzamıştır (hipersomni), fakat bunlar da kendilerini hiçbir zaman sağlıklı hissetmezler.

B) Sindirim Bozuklukları - Özellikle de anoreksi (iştahsızlık) her zaman görülür. Yemeklerden tiksinme genel bir kuraldır. İştah kaybolmuştur ve yemekler yavan gelir. Bu tad kaybı mutluluk duymaya engeldir.

Anoreksi sonucu zayıflama bazı yapısal depresyonların belirgin özelliğidir. Depresyonlu kişiler, sıklıkla mide bulantısı, kabızlık ya da ishal, mide spazmı ve hazımsızlıktan şikâyetçidirler.

Bazen, bu durumun aksine, engellenemez bir iştahla çok fazla yeme ihtiyacı görülür. Bu açgözlülük, daha önce belirtilen kaygıya tepkidir.

C) Seksüel Bozukluklar - Az ya da çok ifade edilebilen, kadınlarda frijidite, erkeklerde iktidarsızlık olarak ortaya çıkan seks yaşamına karşı ilgisizlik değişen şiddetlerde vardır. Fakat seksüel sorunlar genellikle hemen ortaya çıkmadığı için eş kuşkulanmaz.

D) Diğer Bedensel Bozukluklar- Organik kaynağı olmayan, fonksiyonel olarak: Çarpıntı, baş dönmesi, titremeler, kasılmalar, "boğazda yumruk hissi", "boğazın sa-

rılması", "göğüs sıkışması", özellikle de ensede ve omurlar bizasında ağrılar, duyu bozuklukları, gözde sinek uçuşması, bulanık görme, kulak çınlaması.

Depresyonun tüm formlarında görülür. Nevrotik depresyonlarda daha açıktır, fakat anksiyeteli vakalarda da rastlanır.

Çeşitli etkiler yaratarak tedaviyi güçleştirebilir. Nevrozlarda ve nevrotik olgularda, daha sık olarak, daha önce oluşan depresyonu ortaya çıkarırlar ya da aniden artırırlar.

5. İntihar İsteği - Ölüm eğilimi tüm depresif gruplarda vardır. İntihar isteği her zaman hissedilmez ya da ifade edilmez, bazen de bilinçli olarak saklanır. Şiddeti depresyonun tipine ve zamanına göre değişir. Depresyonlu kişi, bir akşam kendini öldürme eğilimi hissetmezken, ertesi sabah buna engellenemez bir ihtiyaç duyabilir.

Gün içindeki bu değişimler bazen iç depresyonlarda olduğu gibi görünür. Bir neden olmaksızın, psikojen depresyonlarda olduğu gibi dış olaylara bağlıdır. Fakat tamamı önceden tahmin edilemez.

İntihar girişimi, depresyonlu kişi tarafından planlanmış olabilir, fakat çevredeki insanlar buna safça inanmazlar. Bazen "cesareti olmayacaktır" diye düşündürecek biçimde dolaylı olarak doktora gizini açar. Bazı vakalar, kendilerini öldürme arzularını inkâr ederler. Bunu utançtan ya da engellenmek istemediklerinden yaparlar. Bazen, iç depresyonda intihar önceden tasarlanmış ve titizlikle saklanmıştır. Fakat "intihar atağı" adı verilen, anksiyetenin neden olduğu, aniden yüzeye çıkan intihar duygusu da vardır. Bastırılmış depresyonlarda, psikomotor bozukluklar, eyleme geçişe bir engel oluşturabilir, fakat geçici olarak ortadan kaybolabileceği gibi (baskının ortadan kalkması) eyleme izin verebilir: İç depresyonlarda daha çok olan intihar riskini tahmin etmek çok zordur. Tüm değerlendirmeler, titiz gelişim aygıtlarına (gelişim çizelgeleri) rağmen boşunadır, çünkü hastalık bazen bir dakikadan diğerine değişkendir.

II. Tanımlar ve Depresyon Tipleri

Bir depresyonun klinik profili psikojen, semptomatik ve doğal yapısına göre değişir. Değişik semptomların varlığı düşünülebilir, fakat hiçbiri spesifik değildir: Gruplanması anımsatıcı hale gelir.

Bir depresyonun yapısını belirlemek için ailesel ve kişisel geçmişi, başlangıç zamanı, hastalıktan önceki karakteri, neden olabilecek olaylar ve problemlerin araştırılması gerekir. Görünür hiçbir neden olmaksızın aniden ortaya çıkan, ailesinde bu tür olgular olan bir vaka, muhtemelen yapısal depresyondur. Hassas, tam olgunlaşmamış, mızmız bir kişide acı bir olayı izleyen depresyonun nevrotik depresyon olma ihtimali yüksektir.

Fakat bir depresyonun yapısı karmaşıktır, çünkü nevrozlarda ve bir olaya karşılık doğan reaksiyonlarda doğal melankoliler de vardır.

1. Yapısal Depresyon - Tipik olarak şu özelliklere sahiptir: Dış dünyaya duygusal olarak ilgisiz (duygusal anestezi) olmasına rağmen, belli bir ruhsal acı, derin bir karamsarlık, belirgin bir tutukluk, kendini değersiz görme ve kendini suçlama, delirme, mahvolma, yıkım, düzeltilmez düşünceler, erken uyanma ile birlikte uykusuzluk, zayıflama ile beraber bir iştahsızlık, yaşamdan bıkkınlık. Yapısal depresyonlarda semptomların gün içindeki değişimi spesifiktir: sabah çok belirgin, gün bitimine doğru azalmaya eğilimlidir. Melankolik depresyon durumunun patolojik yapısını anlayamaz ve gereksiz olduğuna inandığı tüm tıbbi yardımları reddeder.

2. Nevrotik ya da Psikojen Depresyon - Anksiyete, öfkelilik, birçok organ şikâyeti, saçma düşüncelerin yokluğu ve yardım isteği belirtileri ile daha kolay tanımlanabilir.

Kendini suçlamanın yerini kendine acıma alır. Melankolik depresyonludan farklı olarak nevrotik depresyonlu kişi durumunu oluşturan olayları ve çevresindekileri suçlar ve iyileşmesini sağlayacak stratejileri ortaya çıkarır.

Yapısal depresyonun aksine, sabah güçsüzlüğü,

üzüntü ve sıkıntı, akşama doğru artma eğilimi gösterir. Uykuya dalma problemleri de sıktır.

3. Semptomatik Depresyon - Bu tanım, arka plandaki bir hastalığın belirtisi olarak ortaya çıkan depresyonlar için kullanılır. Yorgunluk ve psikomotor durgunluk sık görülür. Sinir sistemine bağlı ağrılar ise altta yatan hastalığa bağlı olabilir.

Bununla beraber, edinsel depresyon, ağır ve yıpratıcı hastalıklar ve bazı endokrin salgı bezi hastalıkları (hipertrofi ya da Basedow hastalığında olduğu gibi) sırasında sıkça görülür.

Depresyon hangi kategoride olursa olsun, üzüntü ilgisizlik, durgunlaşma, anksiyete üçlüsü temel olarak vardır ve tanıyı koydurur. Diğer semptomlar, depresyonun yapısını ve ağırlığını tanımlar.

III. DepresyonunDiğer Görünüş Biçimleri

Depresyon şu durumlarda da ortaya çıkabilir:

- Depresif yapının açıkça belli olmadığı gerçek psikiyatrik tablolar (ajitasyon, sayıklama, bunalım),
- Depresifyapıyı gizleyebilen, düşündürmeyen, önemsiz, tüm belirgin olmayan semptomlar (bedensel belirtiler, uykusuzluk, özel seksüel sorunlar vb.),
- Diğerlerini baskılayan ve ön plana çıkaran, bir başka patolojiyi düşündüren bir ya da iki belirti (anksiyete, nevroz).

1. Melankolinin Klinik Çeşitleri - Bazı melankoliler atipiktir ve karakteristik depresif temel, başka yapıları andıran belirtiler arasında kaybolur.

A) *Stuporlu melankolide* (derin uyku hali, donukluk), hasta, hareketsiz, dilsiz, inisyatif kullanamayan, dünyanın dışında, acıdan taşlaşmış gibidir.

Motris şaşkınlık arkasına gizli manevi acı, bazen sağır inlemelerle ortaya çıkar.

Stuporlu melankoli şu durumlarda oluşan stuporlarla karıştırılabilir:

- Şiddetli bir travmadan sonra oluşan heyecanlar;
- Nörolojik bulguların negatif olduğu beyin lezyonları

(ensefalit);

- Hastanın şaşkın, hayret içinde, acı içinde olmaktan çok dalgın olduğu bir bunama durumu.

B) *Saplantılı melankolilerde* depresyon tedavisinden farklı yaklaşır. Eğer yargılama, karamsarlık tarafından bozulursa tüm melankoliler saplantılı olarak ortaya çıkar. Saplantılı melankoli tanımı, saplantının üzüntü ve baskılanma duygusunu örttüğü depresyonlara ilişkindir. Saplantı konuları genellikle melankolik grup içinde yeralır: Suçluluk, mahvolma, mutsuzluk, lanetlenmiş olma saplantıları. İçerikleri depresyona ait olduklarını düşündürür. Bu saplantı konuları "mizaca tam uygun" olarak nitelendirilir. Halisünasyonlar ile birlikte olan melankoliler, halüsinasyonlu psikozlar ile karıştırılabilir. Melankolik kişi, sıkıntı içinde geçirdiği bekleyişin sonunda, hayali tasvirlerden ibaret olan kendine hakaret edildiği, ölümle tehdit edildiği sanrılarını duyduğunu iddia eder. Cezalandırılmak, öldürülmek istendiğini söyler, suçlu olduğunu söyleyen sesler duyduğunu düşünür. Bir melankolik, kendisi hakkında görüşülen bir mahkemenin seslerini algıladığını ve kendisinin yargılanarak, aynı anda, işkence, kurşuna dizilme ve asılma ile cezalandırıldığını söylemişti.

Acılı melankoliler çok yanıltıcı olabilir: Kaygı, paranoik taşkınlıkla ortaya çıkan bir inanışla biçimlenebilir. Zaten, etkilenme düşüncesi (telepatiyle, düşünce ve davranış seviyesinde dışarıdan birileri tarafından etkileniyor olma duygusu) geçici bir taşkınlık durumunu düşündürebilir. Acılı taşkınlıklar ve etkilenmeden doğan taşkınlıklar bir depresyondan daha az karakteristik olmakla birlikte, daha eski, bazen ansızın ortaya çıkan, eğilim belirtileri göstermeyen bir durumdur. Bir depresyondan şüphe edilmesini ve taşkınlığın arkasında gizli diğer izlerin aranmasını gerektirir.

C) Bazı melankoliler zihinsel karışıklık görünümüne bürünürler. Vaka, sıkıntılı bir şekilde, zaman ve mekân içinde yönünü kaybetmiş, kaybolmuş, düşünemez duruma gelmiş gibi görünür.

D) İfade edilen bir üzüntü bulunmadığı halde dile getirilen bir entelektüel yavaşlama, entelektüel yıpranma

yaşayan yaşlı vakalarda görülebilir. Bu, depresif psödodemans'dır.

2. Edinsel Depresyonlar - Üzüntü ve durgunlaşmanın yanında anksiyete, depresyon tablosunun temelini oluşturur. Baskın bir belirti oluşu, diğer belirtileri maskeleyerek, patolojinin sadece anksiyete olduğunu düşündüren bir biçime yönlendirebilir.

Baskın olan anksiyete ve diğer fonksiyonel bozukluklar, gerçek neden olan depresif sendromu gizleyebilir.

Anksiyete ve depresyonu belirlemek önemlidir, çünkü tedavi biçimleri değişiktir. Bazı semptomlar, anksiyeteden çok depresyonu düşündürür:

- Zayıflama ile birlikte iştahsızlık;
- Erken uyanma ile birlikte görülen uykusuzluk;
- Psikomotor durgunluk;
- Problemlerin sabahları daha belirgin olması (baskılama ve anksiyete);
- Genel bir isteksizlik duygusu.

Anksiyete ve depresyon birbirine karışan, yanyana ve sıkı bağlar nedeniyle beraber sözedilen iki patolojik kavramdır.

Depresyon, anksiyeteyi ortaya çıkarabilir ve anksiyete de depresyona eğilim oluşturabilir.

Bir P. Hardy, A. Feline ve arkadaşlarının çalışması göstermiştir ki, büyük depresyonların yarısı ani sıkıntı krizleri (panik atakları) ile beraberdir.

3. Hipokondriak (Hastalık Hastası) Formdaki Depresyon - Somatik problemler ve hipokondriak ağrılar depresif belirtilerin ön planında olabilir ve onları maskelemeye katkıda bulunabilirler. Özellikle bazı saplantılı hipokondriak vakalar, bir melankoliyi düşündürürler: Kansere ya da tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa yakalandığı inancı, sindirim borusunun hiç çalışmadığı hissi. Cotard saplantısı adı verilen, organlarını inkâr etme saplantısı, saplantılı melankoli için karakteristiktir. Hasta çoktan ölmüş olduğu inancındadır, sonsuzluk için hayatta kalma düşüncesi karşısında acı çekmektedir. Bu kişide ölüm sembolik olarak hayalde gerçekleşmiş olduğundan, intihar riski azdır. Depresyon tedavisi,

açıkça depresif olan tüm semptomların dışında, bir kanı olarak ifade edilen baskın senestezik-fonksiyon bozuklukları sırasında daha zordur. Hatalı olarak dizgeleşmiş ve sabit olmayan birçok fizik bozukluk depresyon yaratabilir.

Buna karşılık, odaksallaşmış ve sabitlenmiş bir semptom, depresyonu yansıtmayabilir.

Elli yaşlarında bir adam, depresif nöbet sırasında, başağrıları ve bulantılar yaşar. Ardarda şüphe edilen birçok bedensel teşhis sonuç vermez. Titizlikle yapılan bir konuşma sonrasında, hastanın, fiziksel bozukluklarının mantıklı bir sonucu olarak yorumladığı, erken saatlerde duyulan iç sıkıntısı ve büyük bir entelektüel yorgunluk, depresyonun, üçüncü krizde teşhis edilmesini sağlar. Bir antidepresan tedavisi vasıtasıyla iyileşme, bir anlamda teşhisin kanıtı olur. Yanıltıcı semptom ya da semptomlar arkasına gizlenmiş bu biçimler, özellikle bedensel olanlar, "maskeli depresyonlar"ı, yani gizli depresyonları tanımlar.

4. Maskeli Depresyonlar - Maskeli depresyon kavramı bundan yirmi yıl önce doğdu. Depresif semptomların belirgin olmadığı, yanıltıcı ve tam belli olmayan belirtilerin ardında saklanmış formları tanımlar.

Bu semptomların antidepresan tedavi ile kaybolması depresyon lehine bir durumdur, fakat bu kesin bir veri sayılmaz, çünkü antidepresanların başka tedavi edici aktiviteleri de vardır. Örneğin, bazı antidepresanlar ağrı kesici özellikler sunarlar ve migreni iyileştirebilirler. Diğer bazı antidepresan moleküller, anksiyete ya da yorgunluğa karşı etkilidirler.

Maskeli depresyonların yapısal ya da psikojen depresyonlarla bağları açıkça belli değildir, fakat her iki durumda da bulunmaları olasıdır. Bununla beraber, bu kavramı ortaya atan Kielholz, yapısal depresyonları bir yana ayırarak, "bu durumda, depresif düzensizliğin somatik semptomlarla örtüldüğünü ve maskelendiğini" söylemiştir.

Somatik semptomlarla beraber ortaya çıkan maskeli depresyonlar en sık rastlanılanlardır. Bunların semptomlar arasında en çok görülenleri ise, baş ağrıları, sindirim bozuklukları, çarpıntılar, solunum darlığı, genital

ve üriner ağrılar, kramplar, vücutta karıncalanma hissi (parestezi)'dir.

Bazı depresyonlar uyku, yemek ya da seksüel bozukluklar gibi bir belirtinin arkasına gizlenmişlerdir.

Bazen sabırsızlık, surat asma, çabuk öfkelenme, aşırı heyecanlılık, agresiflik gibi bozukluklar, depresif aysbergin su içindeki bölümünü oluştururlar. Depresyonu maskeleyen değişik semptomların iki karakteristiği vardır:

- Bilinen kişilik üzerinde, sanki eklenmiş gibi yeni ve alışılmadıktır. Bu yapısıyla, özellikle depresif derin bir patolojik yapı oluşturur.

- Titiz incelemeler sonucu ortaya çıkarılabilen depresyon belirtilerinin küçük bozuklukları ile birlikte bulunabilirler; bunlar, sabah sıkıntısı, entelektüel yorgunluk, neşe yoksunluğu, coşku kaybıdır.

5. Benzer Depresifler - Bunlar izole depresif bozukluklardır ve depresif bir sürece şunlarla bağlıdırlar:

- Ortaya konulabilir bir başka neden olmayışı;

- Son zamanlarda ortaya çıkışı ve yaşam biçiminde bir kopukluk yaratması;

- Antidepresan tedaviye olumlu yanıt vermesi.

Fiziksel bozukluklar da şunlardır: Alkolizm ya da uyuşturucu alışkanlığı, her tipte nevrotik belirtiler (anksiyeteli, fobik, histerik, obsesyonlu), çeşitli ağrılı semptomlar, seksüel yaşamda, beslenme ya da uyumada izole bozukluklar, bir başka spesifik belirti olmadığı durumda karakter bozuklukları.

6. Yaşa Göre Depresyonlar - Depresyonun ortaya çıkış yaşı tercihli klinik olgulara göre belirlenmiştir:

A) *Çocukta* - Depresyon görülür iki sakıncanın önlenmesi yerinde olacaktır:

- Anlaşılamaması, çünkü çocukta sözcük kapasitesi az olduğundan, genellikle karakterindeki ya da davranışlarındaki belirtiler bu durumu gösterir.

- Tanı çokluğu, çünkü maskeli depresyon olgusu oldukça yaygındır, fakat belki de başka yapıdaki bozukluklar karşısında depresyon düşünülmektedir. Ayrıca, gelişme esnasında, özellikle 7-8 yaş civarında, çocuk, ölümün kaçınılmazlığını öğrendiğinde, psikolojik depresyonlu dö-

nemler olması normaldir.

Gelişimin bu normal dönemlerini depresif hastalıktan ayırmak gerekir.

Süt çocuğunun anneden yoksunluğu (normal bir ilişkiden sonra annenin kaybolması) depresif dengesizlik (analitik depresyon) düşündüren bir tablo oluşturur. Başlangıçta, ağlamalar, çığlıklar, zıtlaşma, uyku ve yeme bozuklukları gerçek bir protesto dönemi oluşturur; daha sonraları ise davranış ve mimik anlatım azlığı, hatta psikomotor gelişmenin yavaşlamasıyla beraber görülen pasif dönem görülür. Anne ile ilişkinin yeniden kurulmaması durumunda, yetişkin çağda, en küçük bir yoksunluk durumunda depresif bozukluğa elverişli, zayıf bir kişilik yapısına yolaçar.

Çocukta klinik anlatım, çocuğun kendini anlatabilme seviyesine bağlıdır. Acı veren üzüntü 8 yaşından önce pek belirlenemez.

Okul öncesi çağda, ağlamalarla birlikte ortaya çıkan davranış bozuklukları, oyunlara ilgisizlik, uyku bozuklukları, dışkılama bozuklukları ve besinleri reddetme, bir depresyon yaratabilir.

Okul çağında, anksiyete belirtileri (gece korkuları), beceriksizlik, konuşmama, okul veriminde düşme, bazen okulu reddetme gibi belirtilerle, tablo daha net olabilir. Fakat anlatım daha hafif de olabilir: içe çekilme eğilimi, ilişkilerin azalması, okul aktivitelerine ya da oyuna ilgisizlik, çabuk ağlama.

Bir enürezi (uykuda istemsiz işeme) ve enkoprezinin (istemsiz dışkılama) ortaya çıkması oldukça düşündürücüdür. İntihar girişimleri nadirdir.

Misès izole olmanın baskın olduğu depresif sendromları bir başlıkta toplayarak "baskılama-depresyon" adını vermiştir.

Daha sonra, Golse ve Messerschmitt, çocuklarda ve ergenlerde depresif semptomları belirlemiştir:

	Psişik semptomlar	Fiziksel semptomlar
Küçük yaşta ve okul öncesi çağdaki çocuklar	Oyun oynama güçlüğü Huzursuzluk	Ağlama ve bağırma krizleri Altına kaçırma Uykusuzluk Fazla konuşma Beslenme bozuklukları
Okul çağı çocukları	Sinirlilik Güven eksikliği Oyun oynama güçlüğü Öğrenme güçlüğü	Gece işemesi Dışkı kaçırma Gece korkuları Genital organla aşırı oynama Ağlama ve bağırma krizleri
Ergenlik öncesi ve ergenler	Saplantılar İntihar güdüleri Aşağılık kompleksi Bitkinlik	Başağrıları

B) *Ergenlerde* - Bu çağda depresyon nadir değildir, erişkinlerde olduğu gibi, kadınlarda daha fazladır, yüzde 8 oranında görülmektedir.

a) *Ergendeki depresyon anlatımı* az çok erişkinlerdekine yakındır: sıkıntı, güçsüzlük ve değerini yitirmişlik duygusu dile getirilir. Bazen depresif belirtilerle beraber olan ya da onları maskeleyen, daha önemsiz belirtiler vardır: çeşitli fiziksel bozukluklar, beslenme (iştahsızlık ya da fazla yeme), kaçış gibi davranış bozuklukları, alkol ya da uyuşturuculara başvurma. Son zamanlardaki belirtileri günlük alışılmış yaşam biçiminin kesilerek, keskin bir değişim oluşması şeklindedir. Ergen depresyonları bir olaydan sonra ortaya çıkabilir ya da nevrotik bir yapı üzerinde yeralır. Fakat bazı manik-depresif psikozlar ergenlikte ortaya çıkar. Ergen depresyonlarında intihar düşünceleri ve girişimleri sıktır. Ryan ve arkadaşlarının çalışmalarını düzenleyen Chabrol, incelediği ağır depresyonlu ergenlerin yüzde 34'ünün bir ya da birçok defa intihar girişiminde bulunduklarını yayınlamıştır. "İntihar gi-

rişimleri ve düşünceleri, umutsuzluk ve sıkıntı etkilerine, sinirlilik ve tepkiciliğe ve antisosyal davranışlara sıkıca bağlıydı."

b) P. Male tarafından tanımlanan *hırçınlık sendromu*, depresif hastalık değildir. Ergende çocukluk hayallerini terkederek erişkin yaşın gereklerini kabullenme zorunluluğunun oluşturduğu geçici bir psikolojik yapıdır. Hırçınlık sendromu çocuğun mutluluk anlayışından, erişkin gerçeklik anlayışına geçişin acısına psikolojik bir tepkidir.

Ergen ilgisizlik, sıkıntı, projeler oluşturma, bir etkinliğe başlamada güçlükler hisseder. Fakat acı veren bir üzüntü içinde değildir. Gelecek için planlar tasarlayabilir, fakat bunları gerçekleştirmek için girişim ve coşku eksiktir. Bu dönem geçişin normal bir değişim reaksiyonudur.

c) *Atipik depresyon* maskeli depresyon değildir. Atipik sıfatı, depresif belirtilerin yanında alışık olmadığı belirtileri içerir ve timik bozukluklardan çok başka bir patolojinin varlığını düşündürür. Bir depresyonu "atipik" olarak nitelemek, onun daha sonra bir şizofrenik psikoza dönüşme ihtimali olduğunu gösterir.

Atipik depresyonlar, genellikle ergenlerde ve genç erişkinlerde görülür. Depresif belirtilerin yanında bedensel bütünlük hakkından endişeli sorgulamalar (kişiliğini kaybetme kaygısı), bir çeşit duyumsal soğukluk, sakinleşme şeklinde değil de ilgisizlik şeklinde bir kopukluk, yaşamı açıklamak için soyut ve belirsiz savlar ortaya çıkar. Kişinin yetenekli olduğu konular ise depresif yapıya uygun değil gibidir. Bunlar, garip, anlaşılmaz, kötümserlik ya da yetersizlik olarak değerlendirilemeyecek oluşumlardır.

Tüm atipik depresyonlar, mutlaka bir şizofrenik değişime yolaçmazlar, fakat uzun süreli bir gözetim gerektirirler.

C) Elli Yaş Depresyonu - Elli yaş grubu kadınlarda, erkekte varlığı tartışmalı olan bir menapoz dönemi belirlenir. Bu yaşta, daha önce timik rahatsızlık geçirmemiş bir kişide depresyon ortaya çıkması "değişim depres-

yonu" olarak adlandırılır. Klasik olarak, anksiyeteye yakın bir melankolik havaya bürünür ya da suçluluk duygusu, hipokondriak acılar, ruhi acılara yakalanır. Değişim depresyonları, en uzun gelişimi gösteren ve depresyon tedavilerine dirençli olgulardır. Bazı yazarların değişim depresyonlarını yanlış tanımlaması, bunların gecikmiş depresyonlar ve beyin yaşlanması olduğunu ileri sürmeleri yaygın bir durumdur.

D) Üçüncü Yaş - Depresyonun 70 ila 80 yaş arası yaşlı hastalarda daha sık görüldüğü kabul ediliyordu. Bu olgu, bugün tartışmahdır. Entelektüel kapasite, düşünce zenginliği, telaffuz üretimi, canlılık ve anlatım güçlüğü, kişiden kişiye değişmesine rağmen yokolur. Bu değişim yaşlı olguların depresyonlarının özel semiyolojisini gösterir. Psikomotor yavaşlama sık görülür ve bu durum bazen Parkinson hastalığına (donuk yüz, yavaş hareketler, küçük adımlarla yürüme, monoton ses) benzer ya da gerçek bir bitkinliktir. Çevreye karşı ilgisizlik genellikle çok derindir. Hipokondriak ağrılar alışılagelmiştir ve sık sık tekrarlanır. Yaşlı vakada "hipokondriak" depresyon sık görülür ve depresyonun varlığı somatik ağrılarla maskelenmiş olabilir:

- Entelektüel yetilerin kaybı vasıtasıyla bunamayı teşvik eden, ama bir antidepresan tedavisiyle tamamıyla iyileşen psödo-demansiyel depresyonlar:

-ve timik bozukluğun gerilemesinin entelektüel kaybı düzenlemediği bir bozulma ile görülen semptomatik depresyonlar.

7. Depresyonlar ve Etnokültürel Faktörler - Depresyonların belirtisi, Batı ülkelerinde gelişen ortak incelemelerden doğmuştur. Etnik mensubiyet ve sosyokültürel gelenekler semptomatik orijinalliğini ortaya çıkarır. Laponyalı bir depresyonlunun hastalığının görünümü bir Sicilyalınınkiyle aynı değildir ama, ortak noktaları diyagnostik benzerlik kurulmasına olanak sağlar. Bazı örnekler diğer kavimler içinde yanıltıcı depresif tablolar yaratabilir.

Magrepli bir depresyonlu, bir değer yitimi ve/veya kendini suçlama ya da yetersizlik temalarından nadiren

şikâyet eder. Depresyon, semptomatik bozukluklar ve sıkıntı, ya da acı temalarının nadiren timik düzensizlikten doğduğu bir taşkınlık durumu görünümüne bürünebilir.

Depresyonun görünümü, bazen, işitsel halüsinasyonlar, etki sendromu (düşüncenin ve davranışların bir dış güç tarafından zorla benimsetildiği duygusu), acının baskın olduğu değişik taşkınlık temaları ile birlikte olan bir taşkınlık dalgası gibidir. Anamnez soruları, geçmiş, depresyona eşlik eden bazı depresif belirtiler teşhiste yapılacak bir hatanın önlenmesine olanak sağlar, çünkü bir taşkınlık dalgasının tedavisi, bir depresyon tedavisinden farklıdır.

Siyah Afrika'da görülen depresyonlardaki semptomlar bütünüyle değişiktir: üzüntü, ilgi ve zevk kaybı ve değer yitimi belirgin değildir.

Bu depresyonlar, tipik olarak, sıkıntı duygusu, büyücülük temaları ile birlikte olan acı, cinlenme, büyü, yorgunluk ve çevrelenmişlik düşüncesini kapsarlar.

Bedensel şikâyetler, sıklıkla depresif semptomları görünmez kılar.

Ama depresyonların başka "maskeleri" de vardır:

- Histerik gelişme belirtileri: nevrotik görünümler;
- Manik öfori ve yön karıştırma olmayan agrasif sıkıntı dönemleri ya da psişik ve devinimsel uyuşukluk tabloları: davranışsal görünümler.

Depresyonların Karşılaştırılması Tablosu

	Fransa klinik verileri	Afrika klinik verileri
A. Ruhi bozukluklar		
Patolojik sıkıntı	evet	bazen
Manevi acı	evet	bazen
Öfkelilik	evet	evet
Sıkıntı hissi	evet	evet
Anedoni	evet	hastalar tarafından nadiren ifade edilir
İlgisizlik	evet	bazen

	Fransa klinik verileri	Afrika klinik verileri
B. Düşünce bozuklukları		
Değer yitimi (aşağılık duygusu, yeteneksizlik duygusu)	evet	istisnai
Kendini suçlamadan ileri gelen suçluluk duygusu	evet	nadir
Anlaşılmama şikâyeti	evet	hayır
Acı	nadir	evet +++
Kötümserlik, çaresizlik hissi	evet	nadir
Halüsinasyon semptomları	hayır	evet +++
C. Psikomotris tutukluk		
Şiddetli yorgunluk	evet	evet
Devindirici güçte azalma	evet	evet
Konuşmada yavaşlama	evet	bazen
Hareketlerde yavaşlama	evet	bazen
Psişik ağırlaşma (dikkat, hafıza bozuklukları)	evet	açıkdeğil
D. Psişik bozukluklar		
Uykusuzluk	evet	evet
Erken uyanma	evet	evet
Anoreksi	evet	az ya da çok
Libido azalması (seksüel bozukluklar)	evet	açıkdeğil
Ağız kuruluğu, kolik	bazen	evet
Kabızlık, tansiyon düşüklüğü	bazen	bazen
Başağrıları	bazen	evet
Baş dönmesi	bazen	bazen
Kronik polialgies	bazen	evet +++
Nefes darlığı	bazen	evet +++

- Etki, halüsinasyonlar, bütünüyle biçimlenmemiş saçma temalar sendromlarının varlığıyla belirlenen şizofreni ya da şiddetli saçma sayıklamalar semptomları: psikotik görünümler;

- Zihinsel yeteneklerin çöküşü, sıkıntıya bağlı şaşkınlık, zamanı ve mekânı şaşırma, bütünsel psişik yavaşlama ile beraber görülen bunalım sendromu: organik görünüm.

Fransa ve Fransızca siyah Afrika'daki depresyonlar arasındaki benzerlikler ve farklılıkları ortaya koyabilmek için bazı yazarlar, depresyonun "beyaz görünümler" ve "siyah görünümler"ini tanımlarlar. B. D. Damba bu kar-

şılaştırmayı sonuçlandırmıştır.

Afrika'dan Fransa'ya göçün hatırsayılır oluşu belirtibilimsel uyumsuzluklara rağmen depresyonların üzerinde durulmasını gerektirir: depresyonlar, gerçekte, bazen yer değiştirme efektif yalıtım ve materyal olanaksızlıklara bağlıdır.

IV. Depresyonlarda İntihar

İntihar, depresif sendromların ağırlığının ölçüsüdür. Bu öze ilişkin öldürücü risktir. Ama intihar ya da intihar girişimi depresyonla aynı anlama gelmez. Rovillon'un alıntılar yaptığı Avery ve Winokur'un çalışmalarına göre, intihar girişimlerinin yüzde 45 ila 70'i depresyona bağlanabilir. Depresyonlu kişilerin yüzde 15'i intihar eder ve intihar girişimlerinin yüzde 10'unda, daha sonraki on yıl içinde ölümle sonuçlanan bir intihar görülür. Rovillon: "Tedavi görmemiş depresyonlu hastalarda, bir yıl boyunca gözlenen intihar baskınlığı, yazarlara göre, genel toplumun yıllık oranından 100 ila 500 kez fazla olarak, yüzde 1,5 ila 5 arasındadır. İntihar girişimleri ve intiharlar ilk gençlikte ve ileriki yaşlarda daha çok görülür. Ama intihar sonucu ölüm oranı ileri yaştaki hastalarda daha yüksektir.

İntiharın türüne, depresyonun tipi, depresyonlu hastanın cinsiyeti ve yaşı etki eder. İlaçla zehirlenme en çok kullanılan metoddur. Genelde, bir nevrotik depresyondaki çift yönlü intihar isteği sonucu ilaç alma çaresine başvurmaya sürüklerken, melankolik intihar eğiliminin varlığı çok daha radikal yollara teşvik eder. Kendini asma, boğulma ateşli silahlar. Ama şema indirgendir ve diğer faktörler de hesaba katılacaktır. Buna göre, kırsal kesimdeki depresyonlu kişi kendini asarken ya da boğarken, şehirdeki gaz zehirlenmesi yolunu seçer. Kullanılan yollar gözönünde bulundurulur.

Bazı intiharlar, bazen çok küçük bir olaya bir tepki olarak gerçekleştirilir. Çevre koşullarına karşı tepki duyan nevrotik depresyonlu kişi, ankisiyetenin en yüksek noktasında şiddet dolu intihar biçimlerine başvurabilir.

Depresif intihar oranı, en çok materyal koşullarda yaşayan, yalnız kişiler arasında yüksektir.

Bazı depresif semptomlar yüksek bir riskin belirtisidir. Anksiyete, ajitasyon, erken uyanma. Depresyonlu kişinin intihar düşüncesini dile getiriş biçimi ne olursa olsun dikkate alınmalıdır. Bazı yazarlar, kendi içine kapanma ve agresifliğin gözle görünür şekilde kaybolma gibi, intihar öncesi bir sendromu ortaya koyduklarına inanmışlardır.

Gerçekte, depresyonlarda reaksiyon sıklıkla önceden kestirilemez, ama süreklidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DEPRESYONLARIN SINIFLANDIRILMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Depresyonlar geleneksel olarak şöyle ayrılır: psikotik, endojen, nevrotik, ekzojen, reaksiyonel, septomatik depresyonlar birçok klinik özellik ortaya koymakla beraber hepsini ifade etmez.

Vakaların çeşitliliğine cevap vermek için gerçekleştirilen birçok inceleme çerçeveyi genişletmiş, psişik düzensizliği nicelendirmek üzere daha gelişmiş diagnostik kriterler tanımlanmış, hatta değerlendirme ölçümleri önerilmiştir.

Resmî kuruluşlar, tanınmış kişiler, yazılanları ve bilimleri derleyerek psikiyatriye yeni bir bakış açısı getirmişlerdir.

Bu sınıflamalar, kriterler ve çizelgeler, Amerikan düşünceleriyle de zenginleşerek dünün geçerliğini yitirmiş yapısını değiştirmişlerdir. Fakat yarın bugünkülere ne söylenecektir?

Bununla beraber, "yenilikçiler" bakış açılarıyla, eğilimleriyle gelişirken, ne ilgiden ne de lurstan yoksundular. Klinik vakaların çeşitliliğine cevap vermek, terminolojide, tanı sınıflamalarında ve hatta tedavide bir tür uluslararası standartlaşma oluşturmak amaçlarıdır.

Ayrıca, verimli olma kaygısı ve yanılgılardan korunmak için uzun ve ayrıntılı tanımlamalardan çok daha hızlı biçimde başarılı teknikler ve yöntemlerle psikolojik tabloyu bir fotoğraf enstantanesi gibi yakalamak amaçlanır.

Özel bir yetenek, bilgi istemeyen, kolay uygulanabilir bir teknik!

Herkes tarafından kabul edilen ve herkese uygulanan klasik sistemler belirgin bir yaygınlığa ulaşmamışlardır.

I. Depresyonların Resmî Sınıflamaları

Depresyonların iki resmî sınıflaması, psikotik depresyon ve nevrotik depresyon arasındaki ayırımı ortaya koyar.

1. Fransa Uluslararası Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Enstitüsü (INSERM)'nün sınıflaması, zihin bozukluklarının tanı kategorisini ortaya koymuştur ki, bunlardan birçoğuna depresyonlar da eşlik eder:

- Maniak ve depresif psikozlar;
- Kronik şizofreni bir alt kategori sunar: "timik bozukluklarla beraber olan kronik şizofreniler. Atipik eksitasyon ve depresyon vakalarıdır";
- Fizik bir hastalığı taşıyan ya da ortadan kaldıran semptomatik depresyonlar;
- Depresif kişilikler "kişilik ve patolojik karakterler" başlığı altında incelenirler;
* Nevrotik tip depresyon vakası. Nevrotik depresyon.
* Psikotik olmayan tepkisel depresyonlar.

INSERM sınıflaması, çeşitli depresyonları açıklar. Fakat birbirinden bağımsız kategoriler, tanı kriterlerini taşımaz. Hekimin karar vermesi için, kendi yöntemleri ve deneyimleri üzerinde hiçbir kural yoktur.

2. Dünya Sağlık Örgütü'nün hastalıkların uluslararası sınıflamasının dokuzunun düzenlenmesindeki (CIM 9) sınıflama açıklayıcı tanımlamalar getirir. İçinde depresif olgulardan bahsedilen kategoriler şunlardır:

296. "Afektif psikozlar" birçok başlık içerirler:
296.0 Manik-depresif psikoz-manik form
296.1 Manik-depresif psikoz-depresif form
296.2 Manik-depresif psikoz-dönüşümlü manik periodlu form
296.3 Manik-depresif psikoz-dönüşümlü depresif periodlu form
296.4 Manik-depresif psikoz-karışık dönüşümlü form, vb.

CIM 9, manik-depresif psikozun değişen görünüşlerini sergiler. Ünipolar (296.0 ve 296.1) ve bipolar (dönü-

şümlü formlar) formları ayırır.

Depresif olguların diğer kategorileri şunlardır:

- "Organik olmayan diğer psikozlar": "Depresif formlar".

CIM 9 sınıflaması MDP dışındaki psikotik depresyonların varlığını tanımlar.

- "Nevrotik bozukluklar" bir bölümdür: "Nevrotik depresyonlar".

- "Kişilik bozuklukları" "distimik (afektif) kişilik", depresif kişiliği tanımlar gibidir.

- "Çok üzüntü verici ortamlarda keskin tepkisel olgular"da önce bir başlık görülür. "Duygulanımın bozulma eğilimi". Bu alt kategori tepkisel depresyonları anlatır.

- "Uyum bozuklukları" kategorisinde ilk iki alt grup şunlardır:

* Kısa depresif reaksiyon,

* Uzamış depresif reaksiyon.

- Bir diğer kategori de "çocukluk ve ergenliğin spesifik afeksiyon bozuklukları"nı tanımlar.

Böylece CIM 9 psikotik, nevrotik ve tepkisel depresyonların farklarını anlatır. Klasik görüş açısı ile afektif psikozlar ya da MDP'yi psikojen depresyonların karşıtı olarak gösterir.

Buna karşılık, semptomatik depresyon vakaları görmezden gelir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yeni bir sınıflaması CIM 10 hazırlık aşamasındadır.

II. Manik-Depresif Psikozun Kategorileri

Karma ara formlar depresyonların psikojen kutuptan yapısal kutuba değişik ağırlıkta, tek bir tip hastalık olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber, yazarlar bu iki kutup arasındaki nitelik farkını, bazı benzerliklere ve karışımlara rağmen, ortaya çıkarmışlardır. Yapısal depresyon, genellikle MDP'nin bir anlatım biçimidir. Buna kesin bir sınır getirilememiş ve değişik görünüşleri, ailevi geçmiş ve aynı tedaviye değişik yanıtlar vermesi dolayısı ile kategorilere ayrılmıştır.

1. MDP'nin Bipolar ve Ünipolar Formları - Birbirleri ile bir ara dönemle ayrılmış depresyon atakları ve öforik eksitasyon dönemleri, bipolar formu oluşturur. Ünipolar formda tek tip bir atak sürekli tekrarlanır.

Bu olguların tekrarı, sayı olarak ve süre olarak değişkendir. Özel olarak belirgin olan bir depresyonun ve ondan birara dönemle ayrılmış olan bir maninin düzenli olarak birbirini takip etmesidir. Fakat bazı vakalarda, manik dönem yerine birçok depresyon atağı ya da bunun tam tersi görülür. Bunlardan birincilerde, ilk ataklar düzenliyken, diğerlerinde düzensizdir. MDP'nin çok çeşitli biçimleri vardır. Bir hasta, 30 yıl süren hastalığı boyunca yirmi depresyon atağından sonra ilk mani atağını göstermiştir. Başlangıçta ünipolar kabul edilmekle birlikte, aslında bipolar bir rahatsızlık geçirmişti. Demek ki araştırmalar ve analizler tesadüfiydi.

Monopolar bir formu, zaman içinde diğer belirtilerini gösterebilecek bir bipolar formdan başlangıçta nasıl ayırdetmeli? Bourgeois ve arkadaşlarına göre, antidepresan tedavinin etkisi altında, ünipolar depresyonların yüzde 9'u bipolar depresyona dönüşmektedir.

Bazı yapısal timik bozukluklar, bir dış olaya, rastlantılara, mevsim değişikliklerine genetik yapı kadar bağlıdır:

Yapısal depresyonlar çerçevesi içinde, Rosenthal ve arkadaşları, sonbaharda ortaya çıkan mevsime bağlı depresyonları ayırmışlardır. Bu depresyonlardan bazıları ilkbaharda az ya da çok şiddetli bir mani geçirirler. Bazı yazarlar ayırımı savunarak, bazı özelliklerinden dolayı ünipolar ve bipolar formları farklı yapılar olarak değerlendirirler:

- Bipolar olanlarda, sıklıkla ailevi geçmiş:
- Bipolar depresyonlarda baskılanmış semiyoloji ve monopolar depresyonlarda anksiyete ve taşkınlık eğilimi,
- Bipolar olanlar için erken başlangıç (30 yaş altı), monopolar olanlar için ise 30 ve 50 yaş arası;
- Lityum, tekrarları önleme açısından bipolar olanlarda monopolar formlara göre daha etkilidir;
- Normal dönemlerde, bipolar olanlar daha uyumludur, monopolarlar ise sıkıntılı, nevrotik belirtiler gösterirler;

Maniak ünipolar formlar nadir görülür.

2. MDP'de Atak Sıklığı ve Süresi - Atakların sıklığı çok değişkendir. Yaşam boyu bir kereden bir yıl içinde birçok atağa değişir.

Ara dönemlerin varlığı ya da yokluğu, atakların sıklığı ve süresi, hastalığın dış görünümünü belirler. Ayrıca, ataklar arasında ara dönemler olması: aralıklı form; atakların birbirini takip etmesi: sürekli formdur.

Bazı afeksiyonlar, ara dönem olmaksızın, kısa süreli (bir günden bir aya), diğerleri ise, ara dönemi ile birlikte, uzun sürelidir.

3. Hızlı Dönemli MDP - 1974 yılında, Dunnar ve Fieve, bipolar formların iki alt grubunu ayırmışlardır: Bir yıl içinde en az dört dönemi olan ve "hızlı dönemli" olarak adlandırılan form ve dönem sıklığı daha az olanlar.

Bu iki alt grup, önleyici tedavilere aynı yanıtı vermezler. Hızlı dönemler lityuma dirençlidir.

III. Depresyonların Modern Tanı Kriterleri

Depresyonların resmî sınıflamaları, klinik, gelişim ve patolojik verilere dayanır. Yapısal-psikojen ayırımı, temel olarak önemli bir faktöre dayanır.

Bu klinik elemanların (depresyonların görüntüsü) ve teorik kaynakçaların (yapısal ya da psikojen) birbirine karşıt oluşu, sınıflamalardaki çok faktörlü yaklaşımı ve çeşitli depresyonların sınıflandırılmasının zorluğunu açıklar.

Sadece betimlemeye dayanan ve kesin olan tanı kriter sistemleri, depresyon tiplerini tanımlamaya ve onları birbirinden ayırdetmeye uygun görünmektedir. Bu somut yaklaşım tüm soyut kavramları çürütmüştür. Depresyonun belirli bir zaman dilimi içindeki belirtilerinin toplamı, depresyonun bir sınıfa ait olmasını belirlemektedir. Bu sınıflardan her biri kapsayıcı ya da dışlayıcı kriterler taşır. Böylece tanımlanan depresyonlar az çok sınırlanmış klinik tablolara yerleştirilir. Birçok modern sınıflama, bu kavramdan esinlenmiştir, fakat bir başlık oluşturmaya bunlardan iki tanesi uygundur:

1. Saint-Louis Okulunun Sınıflaması- Depresyonları iki karşıt kategoriye ayırır. Hiçbir depresyon bağımsız değildir:

- *Birincil depresyonlar:* Burada vaka, hiçbir fizik bozukluk (mizaç bozukluğu geçmişi hariç) geçmişi ve buna bağlı fizik hastalık göstermez;

- *İkincil depresyonlar:* Burada vakanın psişik geçmişi vardır (alkolizm, nevroz, timik olmayan psikoz ya da birbirini izleyen somatik afeksiyonlar).

Sınıflamanın kriteri, geçmişi değerlendirmektir, diğer sınıfın biçimleri kullanılmaz. Pichot, Guelfi ve Pull, yerinde bir saptama yapmışlardır: "birincil-ikincil ayırımı diğer tüm ikilemlerden bağımsızdır ("nevrotik" bir depresyon mükemmel bir birincil depresyon olabilir. Fakat bir alkolikteki tipik bipolar, manik depresif psikoz ikincil bir depresyondur)."

2. "Zihin Bozukluklarının İstatistiği ve Tanı Elkitabı" ya da DSM 3 - *DSM 3* ve Amerikan Psikiyatri Birliği (Association Americaine de Psychiatrie (APA)) tarafından gözden geçirilmiş olan çevirisi, günümüzde en çok kullanılan tanı sistemidir.

* *Prensip*

Zihinsel bozuklukların sınıflandırılması beş eksen etrafında toplanır.

I. Eksen, değişik zihin bozukluklarının semptomlarını kapsar: burada tüm tanılar yeralır.

II. Eksen, düzensizlikleri ve gelişim bozukluklarını gözönünde bulundurur.

III. Eksen, somatik hastalıkları, zihin bozukluklarını da kapsayacak şekilde yeniden gruplandırır.

IV. Eksen, zihin bozukluğuna eşlik edebilecek tüm psikososyal stresleri numaralandırır.

V. Eksen, önceki yıl içinde, maksimum psikososyal adaptasyon seviyesini ölçer ve değerlendirir.

Bir depresyona eksene göre tanı konacaktır. Depresyon patolojik bir kişilik üzerine yerleşmişse, I. ve II. eksenler üzerine oturur. Bir organik hastalık ya da psikososyal stres varolduğu durumda, depresyon, III. ya da IV. eksene yerleşir.

DSM 3'e göre olan depresyon kategorilerinin tanı kriterlerinin okunuşu, somut ve çok çeşitli tanımlamalarla, pratik bir biçimde formüle edilmesi ile iyi bir kullanım sağlar. Kriterlerin anlatımının açıklığı, anlam belirsizliğinin sakıncalarını önlemiş ve depresyonların belli bir çerçeve içine yerleştirilmesine olanak sağlamıştır. DSM 3'ün amacı, depresyonları teorik kavramlar (yapısal/psikojen) üzerine dayandırmak değil, hastalıkları tanımlamaktır. DSM 3'ün sınıflaması, temel olarak, semptomların yapı, şiddet ve süresine göre belirlenir. DSM 3'ün I. eksenine göre olan afektif bozukluklar için üç temel kategori belirlenmiştir:

a) *Majör afektif bozukluklar:*

- Mani atağı;
- Majör depresif dönem. Bu dönem bağımsız, tekrarlayan veya bir ya da birçok mani dönemleri varsa bipolar bozukluk içine girmiş olabilir.

b) Tam olmayan bir afektif sendrom ve iki yıldan daha fazla süren sürekli ya da aralıklı mizaç bozukluğu dönemi ile belirlenen diğer *spesifik afektif* bozukluklar. Bunlar iki tiptedir:

- *Siklotimik bozukluk*, iki yıldan uzun bir süredir depresif ve majör depresif ya da mani dönemleri olarak değerlendirilecek, şiddetli olmayan hipomani dönemlerini kapsayan bir mizaç bozukluğudur.
- "Depresif nevroz" olarak da adlandırılan *distimik bozukluk*, bazı semptomlarını paylaştığı majör depresif dönemi oluşturacak şiddette olmayan kronik bir mizaç bozukluğudur; distimik bozukluk depresif kişiliklere ilişkindir.

c) *Atipik afektif* bozukluklar, daha önceki kategoriye girmeyen tüm diğer mizaç bozukluklarını (bipolar, şizofreni sırasındaki, kısa depresyon) içerir.

* *Majör depresif bir dönemin tanı kriterleri*

Bu kriterler, belirlenmiş depresyonların semiyolojisini biraraya getirirler. "Majör" sıfatı, depresyon döneminin belli olduğunu gösterir. Bu kriterler şunlardır:

a) Mutsuz bir mizaç veya geçmişteki ve güncel etkinliklerin tümüne ya da çoğuna ilginin ve sevginin kaybol-

ması. Mutsuz mizaç, bazı özel semptomlarla vasıflanmaktadır: üzüntülü, yıkılmış, bezgin, umutsuz, çabuk öfkelenen, bitkin. Mizaç bozukluğunun açıkça belli, nispeten sürekli olması, fakat baskın semptom olmaması gerekir. Disforik mizaçtan diğer bir mizaca ani geçişleri kapsamaz, örneğin depresyon ve öfkeye geçişi kapsamayacaktır.

b) İştahsızlık ya da kilo kaybı veya iştah artması ya da belirgin bir kilo alma, uyku bozuklukları, ilgi ve mutluluk duygusunun kaybı, enerji kaybı, yorgunluk vs. gibi sekiz belirtinin yeraldığı listeden, en az iki haftalık bir süre için, hemen her gün en aşağı dört belirtinin bulunması gerekir (6 yaşından küçük çocuklar için ilk dört belirtiden en az üçü).

Majör depresif dönemin birçok alt kategorisi, ağırlığına göre tanımlanmıştır:

- Remisyon: semptomlar yokolduğunda ya da majör dönem tanısı koymak için yetersiz olduğunda;
- Melankoli olmadığında;
- İştahsızlık, kilo kaybı, sabahları erken uyanma gibi biyolojik depresyon belirtileri adı verilen semptomlar ve mutluluk kaybı gibi semiyolojik belirtilerle vasıflanan melankoli.
- Psikotik karakterler, bir gerçeği algılama bozukluğu, çılgın düşünceler ve/veya mizaca uygun (suçluluk, ölüm, hakedilmiş ceza... konuları) ya da mizaca uygun olmayan (şiddet, dış etki konuları) halüsinasyonlar varsa sözkonusudur.

Majör depresif dönem ve alt kategorilerinin kriterleri, semiyolojik olarak, az çok homojen gruplar oluşturur.

* *Siklotimik bir bozukluğun tanı kriterleri:*

a) Son iki yıl boyunca hem depresif, hem de maniak sendromların karakteristik belirtilerinin bulunduğu birçok dönem vardır. Fakat bunların ağırlığı ve süreleri majör depresif ya da maniak döneme cevap veren kriterler olmak için yetersizdir.

b) Depresif ve hipomaniak dönemler birbirinden normotimik dönemlerle ayrılır ve aylarca karışık ya da birbirini izler biçimde sürebilir.

c) Ayrıca, depresif dönemleri tanımlayan değişik

semptomlardan da bahsedilmiştir.

3. Diğer Tanı Kriterleri - Değişik birçok yazar, çeşitli teorik ve klinik yaklaşımlarla değişik tanı kriter sistemleri ortaya atmışlardır.

"Depresyon için kriterlerin değerlendirilerek sınıflandırıldığı liste" (LICET-D) birçok tanı kriter sistemini karşılaştırır. Bu, tanıya çokboyutlu yaklaşımdır. Araştırma çalışmaları kesindir ve yardımcıdır.

IV. Depresyonu Değerlendirme Çizelgeleri

Hekim tarafından oluşturulmak istenen semiyolojinin değerlendirme çizelgeleri ve hasta tarafından doldurulacak çeşitli "semptom listeleri" ya da soru dizinlerinin birçok amacı vardır:

- Depresyonun miktarını ölçmek, yani ağırlığını saptamak;
- Tedavi altındaki değişimini izlemek;
- Bir yandan tedavi seçimini belirlerken, genel yapı içindeki temel semptomların önemini değerlendirmek (anksiyete, yavaşlama, fizik bozukluklar, intihar düşünceleri).

Bu tür yöntemlerin kullanılması, tedavilerin etkisinin değerlendirilmesini kesin kılar.

1. Depresyonun Semptomlarının Kendi Kendine Sorgulanması - Prensip, hastaya cümleler ya da anormal psişik durumları o anki durumuyla betimleyen sıfatlar aracılığıyla sorular sormaktır.

Zung'un depresyon değerlendirme çizelgesinde, hasta durumu ile ilgili 20 soruya şu yanıtlarla cevap verir: pek değil, nadiren, bazen, sıklıkla ya da genellikle.

P. Pichot'nun QD2 soru dizini şu tiptedir:

	Doğru	Yanlış
Şu anda yaşamım bana boş geliyor.		
Kafamdan geçen kötü düşünceler beni sıkıyor ve kendimi kötü hissediyorum.		

	Doğru	Yanlış
Enerjim yok.		
En küçük bir şey karşısında kendimi tutuk ve engellenmiş hissediyorum.		
Kendimi beğenmiyor ve hayal kırıklığına uğratıyorum.		
Herhangi bir şeyi yapmak için kendimi zorlamak zorunda kalıyorum.		
Her zaman yaptığım şeyleri yapmakta güçlük çekiyorum.		
Şu an üzgünüm.		
Zihnim her zamankinden daha az açık.		
Daha önce hoşlandığım ya da ilgi duyduğum şeyleri daha az seviyorum.		
Hafızam bana her zamankinden daha zayıf geliyor.		
Gelecek hakkında bir düşüncem yok.		
Şu an kendimi diğer insanlardan daha az mutlu hissediyorum.		

Hasta bu soru dizinini kendi kendine doldurur. Her "doğru" cevabı puandır. "Doğru" cevaplarının sayısı 0'dan 13'e değişir. "7 ya da daha fazla bir değer, klinik olarak, anlamlı bir depresif semiyolojinin varlığını gösterir."

2. Depresyonun Değerlendirme Çizelgeleri - Bu değerlendirme araçları, hekim tarafından çizelgede bulunan tüm unsurlar ele alınarak, bir söyleşi sonucu doldurulur.

- Hamilton'un depresyon değerlendirme çizelgesi en tanınmışıdır. Birçok çeşitlemesi vardır. 1967 çeşitlemesi 1'den 3'e ya da 1'den 5'e eki olan 25 soru içerir.

Bu ekli sorularda belirlenenler: depresif mizaç, suçluluk duygusu, gecenin başlangıcındaki uykusuzluk, geceyarısı uykusuzluk, sabah uykusuzluğu, iş ve aktiviteler, yavaşlama, ajitasyon, psişik anksiyete, somatik anksiyete, genel somatik semptomlar, genital semptomlar, hipokondri, hastanın kilo kaybettiğini söylemesi, tartı ile doğ-

rulanmış kilo kaybı, bilinç durumu, belirtilerin gün içinideki değişkenliği, kişilik kaybı ve gerçek duygusu kaybı, saplantılı fikirler, obsesyon ve kompülsiyon düşünceleri, güçsüzlük hissi, düşüncesinin olmadığı hissi, kendini değersiz hissetme.

Her derece, bir soru altında bir cümle ya da kelime ile belirlenmiştir.

"Depresif mizaç" başlığı altındaki bölüm şunları kapsar:

Üzüntü, düşüncesinin olmadığı hissi, kendini güçsüz ve değersiz hissetme:

- Yok.
- Bu afektif olaylar sadece sorulduğunda belirtiliyor.
- Kişi bu afektif olayları sözcüklerle değil, başka biçimlerde açıklıyor.
- Örneğin yüz ifadesi, tavırları, sesi ve ağlama eğilimi ile.
- Kişi bu afektif olayları sadece ani sözlü ya da sözsüz iletişimlerinde açığa vurur.
- Montgomery ve Asberg çizelgesi (MADRS) en çok kullanılan çizelgedir. 10 bölüm ve gittikçe artan (0, 2, 4, 6) 6 şiddet derecesi ve tanımlayıcı ara puanlar içerir. Her bölümün kısa bir tanımı vardır. Örneğin birinci bölüm şu şekilde belirtilir:

1. Görünen üzüntü.

Konuşma, mimik ve duruşla yansıtılmış umutsuzluk ve depresyona, bezginliğe denk düşer. Derinliğine ve neşelenme yetersizliğine göre numaralandırılır:

0 Üzüntü yok.
1
2 Bezgin görünüyor, fakat zorlamayla neşelenebiliyor.
3
4 Zamanın büyük bir bölümünde üzgün ve mutsuz görünüyor.
5
6 Her zaman mutsuz görünüyor. Son derece bezgin.

MADRS çizelgesinin diğer başlıkları şunlardır:

2 Belirtilen üzüntü
3 İçe kapanma
4 Uyku azalması
5 İştah azalması
6 Konsantrasyon bozuklukları
7 Bıkkınlık
8 Duygulanım yetersizliği
9 Karamsar düşünceler
10 İntihar fikri

Bu tür çizelgelerde hangi notun üzerinde depresyon kabul edileceği ya da hangi notun altında depresyonun olmadığına karar verileceği kesin olarak belirlenmemiştir.

Çizelgeler, hastada inceleme sırasında bir alt sınır belirleyerek tedavi girişimlerinde bulunmak için kullanılır. Gelişimin miktarının objektif bir biçimle izlenmesini sağlarlar.

Çeşitli sınıflamalar ve değerlendirme çizelgeleri, tanı kriterlerinin gittikçe daha yaygın kullanımı, depresyonun sınıflandırılması ve birleştirilmesi üzerindeki tartışmalara açıklık getirememiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DEPRESYON KİMİ YAKALAR? YA DA EPİDEMİYOLOJİK VERİLER

Epidemiyoloji depresyonun meydana gelmesini sağlayan koşulları, depresyonun dağılımını ve önemini inceler.

Bu inceleme, önleyici tedbirler uyarlanabilmesi için risk faktörlerini ortaya koyar.

I. Epidemiyolojideki Bazı Kavramlar

Tanımlayıcı epidemiyoloji bir hastalığın nicel önemini ortaya koyabileçek belirtileri kullanır.

1. Mortalite ve Morbidite - Mortalite bir hastalığa bağlı ölümlerin, belirli bir zaman diliminde yüzdelik sıklığını tanımlar. Depresyondaki ölümler sıklıkla, başarıyla sonuçlanmış intiharlara bağlıdır: "İntihara değgin mortalite". Ama depresyonda "intihara bağlanamayacak bir mortalite de vardır.

Morbidite iki indisin temel alındığı farklı yaklaşımlara göre hastalığın topluluk arasında rastlanma sıklığını yansıtan verilerin toplamıdır. Bu iki indis şunlardır: İnsidans ve prevalans.

2. İnsidans ve Prevalans - İnsidans, verili belirli bir zaman dilimi zarfında (sıklıkla bir yıl) bir topluluk içinde yeni hastalara rastlanma sıklığıdır.

Prevalans, hastalık yüzdesinin nüfusa oranıdır (genel ya da özel: Belirlenen bir alan, bölge):

- Verilen bir anda: nokta prevalansı
- Belirlenmiş bir zaman dilimi zarfında: 6 ay ya da bir yıl.
- Bütün yaşam zarfında: Prevalans, verilen bir zamanda hasta olanların daha önce hasta olmuş olanlara oranıdır. Bu iki eleman birleştirilir ve incelenen topluluğa aktarılır.

Depresyon üzerine yapılan epidemiyolojik incelemeler özü bakımından prevalansı ele alır.

3. Depresyonun Epidemiyolojik Yaklaşımlarında Karşılaşılan Güçlükler - Esas güçlük, depresyonun tanımında yeralır, zira kriterleri birden fazladır ve sonuçlar her zaman için homojen olmaz. Muhtemelen bazı yöntembilimsel teknikler depresyon hastalığının morbiditesini artırma ve bazıları ise azaltma eğilimi gösterirler. Bununla birlikte, DSM 3'ünkülerden oluşan kriterler daha az heterojen rakkamlar verir.

Sistematik anketler için referans alınan topluluk, depresyonun ortaya çıkarılabileceği genel topluluklardan seçilmelidir. Epidemiyoloji, yalnızca ve yalnızca incelenen ruhi bozuklukların sayımını yapmakla yetinmemelidir; bu kişilerin sayısı tıbbi müdahalede bulunulmamış hastalarla karşılaştırıldığında yüzde olarak düşüktür.

II. Depresif Morbidite Üzerine Veriler

F. Rouillon, Bertschy ve arkadaşlarının, özellikle de Weissman ve Myers ve Robins ekibinin çalışmalarından hareketle, depresyon üzerine bellibaşlı epidemiyolojik incelemelerin iki mükemmel sentezini gerçekleştirmiştir. Depresyonun önemi açığa çıkarılmıştır.

1. Nokta Prevalansı - Weissman ve Myers'e göre nokta prevalansı genel topluluk içinde yüzde 6,8 oranındadır ve dağılımı şöyledir:

- Majör depresyon yüzde 4,3
- Minör depresyon yüzde 2,5

Minör depresyon kavramı belirsizdi ve birçok araştırmacı majör depresyonları içeriği ile ele alır.

Bertschy ve arkadaşları tarafından yapılan incelemeler, majör depresyonun nokta prevalansını yüzde 3,8 ve yüzde 4 arasında kabul eder.

Majör depresyonun nokta prevalansı kadınlarda (yüzde 5,2 ile 6,9), erkeklerde olduğundan (yüzde 2,6 ile 3,6) çok daha önemlidir.

2. Altı Ay ya da Bir Yıldaki Prevalans - Bertschy ve arkadaşlarının hazırladığı sentezde rakamlar değişir:

- Altı ayda: yüzde 2 ile 3,7 arasında
- Bir yılda: yüzde 3 ile 3,7 arasında

Bir yılda prevalans oranı olarak yüzde 11 ile 17,6'dan sözedildiğine göre, bu sonuçlar kadınlarda rastlanma oranının yüksekliğini doğrulamaktadır.

3. Yaşam Boyu Prevalans - Weissman ve Myers'e göre bu prevalans, yüzde 20'si majör depresyon için olmak üzere yüzde 26,7'dir. Los Angeles'de gerçekleştirilen bir anket, majör depresyonların yaşam boyunca yüzde 8,4'lük bir prevalansa sahip olduklarını ortaya koymuştur.

Bu incelemeler, kadınlar için prevalans yüzdesinin erkeklerinkinin iki katı olduğunu göstermektedir.

Robins'in yaşamdaki psikiyatrik bozuklukların bütünü üzerine gerçekleştirdiği araştırma, timik bozukluklara, alkolizm ve uyuşturucu madde bağımlılığı (yüzde 15 ile 18) ve nevrotik ve kaygıya dayalı bozuklukların (yüzde 11) ardından üçüncü sırada yer verir.

Bipolar bozuklukların prevalansı yaklaşık yüzde 1'dir. Depresif risk, prevalans araştırmaları aracılığıyla yansıtılmaktadır: Teşhis edilmiş bir depresyona sahip olan ya da yaşamının bir döneminde depresyon geçirmiş olan kadınlar yüzde 5 ile 10, erkekler ise yüzde 3 ile 6'dır.

4. Morbidite ve Yaş - Çalışmalar, alışılagelmiş kanının tersine, majör depresyonun prevalansının genç yaşlarda daha belirgin olarak ortaya çıktığım ve daha ileri yaş dilimlerine doğru azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Karno ve arkadaşlarının incelemesinde depresyon prevalansı 40 yaşın altındakilerde 40 yaşın üzerindekilerden daha yüksektir.

III. Mortalite Üzerine Epidemiyolojik Veriler

Tüm intiharlar depresyondan kaynaklanmaz, ama yarıdan fazlasının sonucu budur. Depresyonlu kişilerin yüzde 10 ile 20'si intihar ederek ölürler ve Bertschy ve arkadaşları tarafından yayınlanan çalışmalara göre: "Her yıl afektif bozukluklara yakalananların yüzde 3 ile 5'i intihar ederler."

Bir intihar girişiminde bulunanların yüzde 10'u, bu

girişimi takip eden on yıl içinde ölürler (Avery ve Winokur'un 1978 yılındaki çalışmaları). Ama, depresyon vakalarında ya da depresyon geçirmiş kişilerde intihar dışındaki ölüm oranı da yüksektir. Murphy ve arkadaşları, 1987 yılında depresyondaki kişileri uzun süre izlemişlerdir: Yüksek ölüm oranı yüzde 60 olarak değerlendirilmiş ve özellikle de erkeklere ilişkin olduğu görülmüştür.

Bu olguyu açıklayabilmek için araştırmalara ihtiyaç duyulur: Merkezi sinir sistemi ve koruyucu bağışıklık sistemi arasındaki bağlar önemlidir.

IV. Hastalık Riski

Depresyon riski, farklı risk dönemleriyle karşı karşıya kalmadan yaşamını sürdüren hayatının bir döneminde depresyona girmeye elverişli genel topluluk arasındaki hastaların yüzdesidir. Demek ki hastalık riski soyut bir kavramdır. Buna karşılık, depresyonun tüm yaşam üzerindeki prevalansı geriye dönük incelemelerden hareketle gerçekleştirilen bir reel ölçümdür. Ama bu durum geçmiş depresyonları gözönünde bulundurmayarak, olguyu olduğundan küçük görme sakıncası doğurmakta, depresif bir çöküntüden önce yokolmuş olan muhtemel hastaları hesaba katmamaktadır.

Böylece, tüm yaşam boyunca, hastalığa yakalanma riski tahmin edilenden daha fazladır. Her iki kadına karşı bir erkek hastalanırken, genel oran yüzde 9 ile 15 arasında yeralır. Bertschy ve arkadaşlarına göre: "Günümüzde yaşam boyunca bir majör afektif bozukluğa yakalanarak hastalanma riski erkeklerde yüzde 6 ile 10, kadınlarda ise yüzde 12 ile 20'dir."

Tanımsal epidemiyolojiden doğan bu rakamların kısırlığı ardında, depresyonun tıptaki önemi açıkça ortaya çıkar. Bu önem, pratisyen hekimlerin yaptığı anketlerde, konuşulan kişilerin yüzde 10 ile 20'sinin bozukluğu geçirmiş olması ve bunların dörtte üçünün hastalığının bir ya da birkaç kez nüksettiği verilerle doğrulanmıştır.

V. Depresyonlu Kişilerin Nüfusa Bağlı Sosyal Özellikleri

Depresyonlu kişilerin nüfusbilimsel, sosyal ve varoluşsal özelliklerinin incelenmesi, risk faktörleri olarak adlandırılan önfaktörlerin ortaya çıkarılmasına olanak sağlar. Oluşum koşullarına bağlı olarak etyopatolojik hipotezler üretmek, analitik epidemiyolojinin görevidir.

1. Cinsiyet ve Evlilik Durumu - Depresyonun kadınlarda iki kat daha sık görülmesi olgusunu açıklamak için, Rouillon tarafından Amenson ve Lewinsohn'un incelemelerinden yapılan alıntılara göre, şunlara başvurulur:

- Semptomları dışavurma yeteneğine ve tıbbi müdahale sırasındaki eğilimine,
- Biyolojik, iç salgılı bezlere değgin özelliklerine, hassasiyet faktörlerine,
- Psikososyal yapısına
  * Bağımsızlık ve eşe bağlılık durumu
  * Anneye bağımlılığın varlığı
  * Anlamlı fonksiyonlarda yetersiz katılım.
- Birçok psikolojik ihtimal: Yoksunluklar, reddediş-ler, aşağılık duygusu ve hatta fedakârlık kadının hassas dengesini sarsabilir: "Zavallı ruhunun nasıl bir ağırlığın altında ezildiğini bilmiyoruz!"

Ama bir başka imaj da gözönünde bulundurulabilir. Uygar toplumun kadına bakış açısı farklıdır, şairler onu yüceleştirir, onlara hiçbir kariyer kapalı değildir; kadınları en yüksek hiyerarşik kademelerde, birçok ülkenin yönetim kademelerinde dahi görebiliriz.

Biyolojik hassaslık uzun ömürlülüğüyle zaten tartışma götürür durumdadır. Over salgılarıyla hipofizin engellenmesi olgusunun yararlarını değerlendirenler, onu "güçlü cinsiyet" olarak düşünülen erkeğin yerine yerleştirmeyi düşünmüşlerdir.

Bununla birlikte, kadınlarda bazı özelliklere rastlanır: Kadının duygularına hakim olma tarzı ve nevrozdaki durumsal uyuşmazlıkları, depresyon durumunu çözümleme eğilimi. Tam tersine erkek daha çok suç işleme ya da alkolizme kayma eğilimindedir.

Sonuç olarak, dişil dramatizasyon vurgulanır, eril edepli özsözlülük gölgelenir ve keza aynı dışavurumcu ruh halinin farklı yansımaları olur.

Yazarlar, bekâr, dul ya da boşanmış kadınların bunalıma sürüklenmeye, evli kadınlardan daha elverişli olduklarını göstermişlerdir. Demek ki, sosyal statü cinsiyete oranla daha üstün gelecektir.

Rouillon, Amenson ve Lewinsohn'un araştırmalarına değinir: "Onlar gösteriyor ki depresif nöbetlerin süresi birbiriyle karşılaştırılabilir ve erkeklerle kadınlar arasındaki etki farkı çok düşüktür (yüzde 1). Cinsler arasındaki depresif prevalans farkını, özellikle de hastalığın nüksetme sayısını açıklar (kadınların yüzde 21,8'i yeniden hastalanırken, bu oran erkeklerde yüzde 12,9'dur).

2. Yaş - Klasik yazarlar depresyonun yaşla orantılı olarak arttığını ileri sürüyorlardı. Daha modern ve daha kesin incelemeler bu iddiayı yeniden ele almışlardır. Bazılarına göre depresyonun prevalansı yaşla birlikte azalmaktadır. Gerçekte, yaş ve depresyonun prevalansı arasındaki bağıntı profilleri erkek ve kadında farklılık göstermektedir. Depresyonun prevalansı erkekte 50 yaşından sonra artarken, kadında, özellikle de evli kadınlarda 35 yaşında doruk noktasına varır.

Cinsler arasındaki farklılık 65 yaşından sonra belirginliğini yitirir.

Buna karşılık, depresyonlar daha uzun bir nitelik kazanır ve yaşla beraber nüksetmeye ya da kronikleşmeye doğru ilerler.

3. Mesleki Bağlantı - Bir işin olması ve sosyal kazanımlarla işe olan bağlılık depresyona karşı olumlu bir olgudur. Ev kadınları mesleki etkinliğe sahip olanlara oranla depresyona daha çok yakalanırlar: tabii ki durum mesleki etkinliğin türüne göre de değişiklik gösterir.

4. Sosyo-Ekonomik Seviye - Depresyonun prevalansının sosyo-ekonomik seviyeye bağlı olduğu kanıtlanmış gözükmektedir: Gelir, ikamet şartları ve sosyal ilişkilerin niceliği. Rouillon'a göre, bir sonuç olabileceği gibi, bir neden de sözkonusu olabilir, zira elverişsiz ortamlar daha çok bedensel afeksiyon depresyon yaratıcı fak-

törler sunarlar.

Ünipolar MDP'ye yakalanan kişiler daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerdir.

5. Etnik ve dinsel mensubiyet **ve** ***ikamet yeri*****nin** etkisi henüz gösterilmemiştir. Şehir yaşamında depresyona kırsal kesimdekine oranla daha çok rastlandığını kanıtlamak mümkün olmamıştır. Büyük kitlelerin, toplu taşımacılığın ve gürültünün patojen rolü açığa çıkarılmamıştır. Buna karşılık bu elemanlar, şehirlerde nevrotik durumlara ve depresyona rastlanma sıklığının daha yüksek olduğunu açıklayabilmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

NASIL OLUŞUR? DEPRESYONLARIN ETYOLOJİK HİPOTEZLERİ

Depresyonun nedenleri bütünüyle bilinmemektedir; hipotezler usa yatkın kanaatlara dayanmaktadır. Ama bunlardan hiçbiri depresyonu açıklayamamaktadır. Şizofrenide de olduğu gibi, psikiyatrinin iki büyük teorisi birbirine karşıttır: Psikojenez ve organojenez.

Bunlardan ilkinde, zihinsel bozukluklar çocukluktan gelen, olgunlaşma sırasında zedelenen bir hassasiyetten doğmaktadır. Patolojik çöküntünün görünen nedeni olan reel ya da sembolik günlük olaylar, duygu alanı üzerine yansımalarıyla belli imajlar oluşturarak, duyumsal bir yara, uyumsuz bir yapı oluştururlar. Bunları hatırlayan duyumsal hafizadır. "Nereden ortaya çıkıyor, tamamen canlı, geri dönen bir ruh (Baudelaire).

Organojenez taraftarları için, zihinsel bulanıklıklar beyinsel bozukluklardan doğmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasına neden olan dış olgular yalnızca harekete geçirici faktörlerdir, ama bunlar genetik bir programlamayı da ifade edebilirler: Yapısal depresyon ile psikojen depresyonun karşıtlığı.

Zihinsel hastalıklar, özellikle de depresyon, birçok elemandan oluşan, ki bunlar genetik, psikolojik, biyolojik ve çevre faktörleridir, çok faktörlü bir yöntemle tanımlamaya çalışılmıştır. Bazı vakalar baskın olanı (biyolojik ya da psikolojik) ifade ediyormuş gibi görünse de, bunlardan hiçbiri çarpıcı bir nedenle baskın olamaz, zira süregelen şartların analizi, klinik biçim, soyla ilgili veriler, eşitsiz bir katılım içinde, güncel elemanların ve etkili faktörlerin karmaşıklığını göstermektedir; hatta neden ve sonucu biraraya getiren ilişkili nedensellik bile sıklıkla belirli bir anlam taşımaz; biyolojik ya da psikolojik bir düzensizlik hastalığın ya da hastalığın sonucunun öğesi midir?

I. Depresyonların Genetik Teorileri

Depresyonların genetik teorileri yapısal ya da primer depresyonlar için, özellikle bipolar manik-depresif psikoz için de daha iyi açıklanmıştır.

1. Genetik Araştırmanın Biçimi - Depresyon için genetik faktörlerin aranması farklı yöntemlere dayanır. Aynı hastalığı taşıyan ulaşılabilen akrabaların toplanmasıyla soy ağacının incelenmesi (ana baba nesli, yakınları ya da torunları) bir yaklaşımdır. İkizlerin patolojisinin incelenmesi de öğretici olacaktır: Aynı kromozom temeline sahip olan monozigot, yani gerçek ikizlerle, aynı genetik özelliklere sahip olmamakla birlikte, aynı varoluş koşullarına ve benzer duyumsallığa sahip olan dizigot, yani gerçek olmayan ikizler arasında ayrım yapmak gerekir. Aynı hastalığı taşıma durumu gerçek ikizlerde gerçek olmayan ikizlere göre daha sık rastlanan bir durumsa da, genetik bileşim olasıdır.

Evlat edinme üzerine yapılan incelemeler de öğretici olabilir, zira bu incelemeler evlat edinilen kişinin patolojisi, biyolojik anne babası (biyolojik kalıtım) ya da evlat edinen anne baba (ortamsal kalıtım) arasında paylaştırıldığı zaman gerçekleştirilebilir.

Bir başka modern inceleme yöntemi de linkage metodudur. Bu inceleme, genetik olarak bağlı bulunduğu depresyon ile aynı zamanda ortaya çıkan özel klinik, ya da patolojik veya kromozomik elemanlar üzerine dayanır.

Moleküler biyolojideki teknik gelişmeler (genetik araştırma) bazı hastalıkların ve biyolojik sistemlerin hazırlanmasını ve işleyişini (kodlama) yönlendirilen genetik bileşenlerin (odak) kromozomik yerleşiminin ortaya çıkarılmasına olanak sağlamaktadır. Böylece, farklı biyolojik elemanları kodlayan "odaklar", kromozomlar üzerinde saptanmış ve yerleştirilmiş olur. Depresyonun yayılması bazen başka hastalıklara ya da bir hastalığın genetik yerleşimine olanak sağlayan özel kromozomik odaklara bağlı olarak ortaya çıkar.

2. Genetik ve Depresyon Tipleri - Genetik veriler bipolar manik-depresif psikoz için müsbit, bazı ünipolar,

primer depresyonlar için olasıdır. Buna karşılık, genetik determinizm nevrotik depresyonlar içinde varolmayacaktır.

A) Bipolar Hastalık - Bipolar depresyonlar için, genetik kalıtım monozigot ve dizigot ikizlerin hastalığının birbirine bağlı olma oranı açısından aşikâr görünür. Debray ve Caillard, La Maladie Depressive (Depresyon Hastalığı)'de manik-depresifliğin bağlantılı olma oranını monozigot ikizlerde yüzde 25 ile yüzde 90 (ortalama yüzde 30) ve dizigot ikizlerde yüzde 0 ile yüzde 38 (ortalama yüzde 10) olarak aktarırlar; bu rakamlar hastalığın yayılmasında tartışılmaz bir genetik faktör bulunduğunu ortaya koymaktadırlar.

Evlat edinilmiş olan manik-depresif hastalarda, artık biyolojik anne babasının değil, evlat edinen anne babanın mizacındaki huzursuzluğu ve benzeri patolojileri (alkolizm) ele alıyoruz. Mendlewicz tarafından ve Debray ve Caillard tarafından analiz edilen çalışmalarda, manik-depresif hastalık riski tek genden ileri gelen dominan kalıtımı anımsatan oranlar içinde, abileri ve ablaları ve çocukları yakalar. Ekstrem hastalık riski rakamları şunlardır:

- Akrabalarda yüzde 3 ile 34;
- Kardeşlerde yüzde 3 ile 35;
- Çocuklarda yüzde 6 ile 24;

Demek ki ortalama birinci dereceden akrabalarda genel topluluktan on kat fazla olmak üzere, yaklaşık yüzde 10 civarındadır.

Dominan kalıtım, eğer kişi hastalıklı genin taşıyıcısı ise hastalığın ortaya çıktığını tanımlar. Hastalıklı gen hastalığın belirtilerini kendi başına belirlemek konusunda yetersiz kaldığında resesif kalıtımla çatışır. Bununla birlikte, dominan kalıtım birinci dereceden akrabaların yaklaşık yüzde 50'sinin bu hastalığa yakalanmasına neden olacaktır. Saptanmış rakamlar teorik öngörünün altındadırlar. Mendlewicz diğer genetik faktörlerin ve bazı manik-depresif psikozlardaki poligenetik iletimin olası rolünü düşündürmektedir. Diğer manik-depresif psikozlar monogenetik bir yolla yayılırlar. Bunun yanında, ya-

şamlan ortamın artırıcı ya da koruyucu rolünü ve genetik olmayan (fenokopi) biçimlerin varlığını da hesaba katmak gerekmektedir.

Farklı yaklaşımlar bipolar hastalıkta yapıcı bir faktör oluştururlar.

B) Ünipolar Depresyonlar - Ünipolar depresyonların incelenmesi ailevi durumları ilgilendirir. Genetik kalıtım bipolar depresyonlarda daha azmış gibi görünür. Genetik kalıtım, ünipolar depresyonlar heterojen olduğunda kesin bir çerçeve oluşturur.

Genetik verilerin ışığında, Winokur sözünü ettiklerimizi üç gruba toplar:

- Saf depresyon öncelikle erkekte görülür; ileri yaşlarda ortaya çıkar. Daha önce yaşamış akrabaların yapısında bozukluklar saptanır;

- "Hastalık spektrumu"nun eşlik ettiği depresyonlar. Bu depresyonlar özellikle kadınlarda görülür; erken yaşta gelişir; eskiden yaşamış akrabalarda bazı yapısal bozukluklar, alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı ya da "hastalığın spektrumu" olarak adlandırılan antisosyal davranışlar görülebilir.

- Sporadik depresyonlar (tek tük vakalar) ileri yaşlarda ortaya çıkar. Aile geçmişinde görülmez.

Linkaj vakalar ünipolar depresyonlu kişilerin aileleri içinde saptanmıştır.

C) Timik Olmayan Bozukluklar - Timik olmayan bozukluklara sahip ikizlerin incelenmesi genetik kalıtıma ters sonuçlar ortaya koymaktadır.

3. Depresif Kalıtımda Kromozomlar - Birçok kişi, genetik ağaçlarına bakılarak, depresif hastalığın genetik taşıyıcısı olarak düşünülmüştür: özellikle manik-depresife ve ona bağlı olarak yayılan (linkaj) genetik işaretler.

A) Cinsiyet Kromozomu X. - Mendlewicz tarafından incelenen bazı ailelerde, kalıtımın iletimi, X kromozomlarına bağlı görünür.

Mendlewicz ve Klein, manik-depresif psikozun ve X kromozomu üzerine yerleşen afeksiyon ve dominan kalıtım kurallarına göre yayılan renk körlüğünün iletimi içinde bir bağ olduğunu ortaya koymuştur. Bipolar MDP

hastalarının ve renk körü hastalarının aileleri, ya her iki hastalıktan birine ya da farklı zamanlarda açığa çıkacak şekilde iki hastalığa da yakalanmaktadırlar. Buna göre, çocuklukta renk körlüğüne yakalanmak, yetişkinlikte ruhi bunalımlara yakalanılacağının uyarıcısıdır. MDP ve X kromozomunu kabul etmeyen (Xg) özel kan grubundan oluşan bir alt-grup arasında bir linkaj gösterilmiştir.

Diğer araştırmalar X kromozomunun rolünü ortaya koyar ve diğer kromozomik yerleşimleri savunur. X kromozomu aracılığıyla yayılım yalnızca depresyon alt-grubuna ilişkindir.

B) 11. kromozom - 11. kromozom, Amish topluluklarında yürütülen araştırmalardan hareketle, bipolar MDP'nin yayılımında gözlenmiştir. Son derece geleneksel olan bu mezhep ABD'de Lancester kontluğu içinde yaşar. Amishler kurucularının buraya yerleşmesinden beri hiç göç etmemiş, dışarıdan hiç kimseyle evlenmemiş kapalı bir toplumdur. Buradaki baba tarafından akrabalık oranı yüksektir. Yaşam tarzı katıdır, ahlâki değerler özellikle kesindir: "Demek ki sözkonusu olan, pratik olarak otarşik, genetik araştırmalar için ideal bir doğal laboratuvar oluşturan genetik ve kültürel bir yalıtımdır..." (V. Caillard).

Burada manik-depresif psikoz görülmüş ve yayılımı titizlikle incelenmiştir. Bu toplum içinde, bipolar depresyonlar, ünipolar depresyonlara oranla daha çok görülmüştür. Bu oran genel topluluk içinde beş defa daha azdır.

Linkaj araştırmaları, MDP ile birlikte renk körlüğü, HLA sistemi (6 kromozomu) ve birçok genetik işaret, özellikle de X kromozomu taşıyan ailelerde gerçekleştirilmiştir. MDP ve X kromozomu ya da 6. kromozom işaretlerinin yayılımı arasında hiçbir bağ kurulamamıştır. Amish grubu, sözkonusu kromozomlardan bağımsız bir bipolar MDP'nin varlığını göstermiştir.

Soyağaçları dominan otozomik yayılımı doğrulama eğilimi göstermektedir.

Genlerin alınan hücrelerden yola çıkılarak incelenmesi, bipolar MDP geninin ve diğer iki genetik bileşenin yerleşimi arasında olası bir bağı göstermektedir. Hastalık

ve 11. kromozomun genetik sondaj sayesinde ortaya konulan kısa kolu üzerinde yerleşmiş olan, iki genetik bileşen arasında aynı anda gerçekleşen bir yayılım vardır. Bu çalışma 11. kromozomu sözkonusu etmektedir.

C) Depresyonların Genetik Zenginliği - MDP'nin genetik çeşitliliği anlaşılamamaktadır. Bir linkajın saptanması bir kromozoma doğru yönelir ama, diğer manik-depresif aileler için varolan diğer genetik olasılıkları çürütmez. Linkaj teknikleri, büyük bir olasılıkla, MDP'nin genetiği üzerine gölgede kalan bölgeleri aydınlatacak ve belki de bu bölgeleri bölecektir.

Genetik incelemeler depresif bozuklukların bipolar ve ünipolar biçimleri arasındaki ayrımın kesinliğini doğrulamaktadır.

II. Depresyonların Biyolojik Teorileri

Depresyonların biyolojik nedenlerinin araştırılması için birçok kanıt üzerinde ısrarla durulmalıdır. Depresyonlar başlangıçtaki psikolojik ya da durumsal faktörleri olmadan da varlığını sürdürebilmektedir. Hastalığın düzenli tekrarları, koşullardan bağımsız olarak biyolojik bir iç düzensizliğin belirtisidir.

Bir ikinci kanıt, MDP'nin depresif nöbetlerine benzer, depresif sendromların varlığıdır. Bu sendromlar, iç salgılı bezlerdeki hastalıklar, beyin lezyonları ya da depresyon kaynaklı olabilecek biyolojik değişimlere neden olan ilaç tedavileri (arteryel hipertansiyon) sonrasında ortaya çıkar.

Üçüncü kanıt antidepresanların etkililiğini gösterir ve beyin seviyesindeki birçok biyokimyasal etkinliğin açığa çıkarılmasını sağlar. Antidepresanların tüm depresyon çeşitleri üzerindeki etkisi, biyolojik yapısal depresyonlarla psikolojik nevrotik-reaksiyonel depresyonları birbirinden ayırır.

Sonuç olarak, depresyonlu kişilerde antidepresanların etki ettiği maddeler seviyesinde bazı biyolojik anomaliler saptanmıştır.

Biyokimyasal hipotezler, yapısal ya da primer dep-

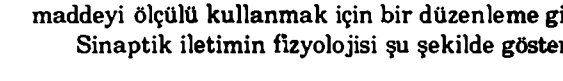
resyonlara, özellikle de PMD'ninkilere başvurur.

1. Beyindeki Kimyasal İletim ya da Nöron İletimindeki Bozukluklar - Bu en yaygın, fakat tartışılan bir hipotezdir.

A) Nöron İletimi Üzerine Genel Veriler - Davranışlar morfolojik ve kimyasal planda bilinen düşünce sisteminin etkisi altındadır. Bu sistemler birbirlerine bağlıyken, sinir hücreleri de kendi içlerinde birleşirler. "Sinaps" (birlik) denilen bir alan onları birbirinden ayırır. Hücre zarının elektrik depolarizasyonundan oluşan akım sinapsa gelir, fakat diğer bir hücreye geçemez, çünkü boş sinaptik aralık bütünlüğünü bozarak yolu keser. Birinci hücrenin sonunda depolarizasyon oluştuğunda ortaya çıkan kimyasal salgılar vardır.

Böylece sinaps sonrası reseptörler olarak adlandırılan diğer hücrenin zarı üzerinde yerleşen reseptörlere varırlar. Madde bir sonraki hücrede bir depolarizasyon oluşturarak reseptöre bağlanır. Sinaptik aralıkta iki sinir hücresi arasındaki akım etkinliklerinin farkına varabilmek için, "nöron aracıları" ya da "nöron ileticiler" denilen maddeler sayesinde kimyasal olarak yayılır. Beyinin birçok önemli strüktüründe, kimyasal planda, nöron ileticiler monoaminlerden oluşur. Sözkonusu olan özellikle noradrenalin (NA), serotonin (SHT) ve dopamin (DA)'dir. Başkaları da vardır. Açığa çıkan madde, reseptörler üzerine etkir, daha sonra bu maddenin bir kısmı sinapsta enzimler tarafından yokedilir, diğer kısmı ise onu üretmiş olan hücre tarafından emilir. Bu "geri emilim" olgusu maddeyi ölçülü kullanmak için bir düzenleme girişimidir.

Sinaptik iletimin fizyolojisi şu şekilde gösterilebilir:



NT: Nöron iletici
1: Post sinaptik uyarım
2: Gerileme
3: Presinaptik geri emilim

B) Beyinsel Nöron İletiminin Yetersizliği - Bu, antidepresanların beyindeki biyokimyasal etkinlikleri üzerine dayanan ilk hipotez olmuştur. Antidepresanlar, nöron iletimini teşvik eder gibi görünmektedirler. Bunlardan bazıları (imipramin grubu) açığa çıkmış serbest nöron iletiminin sinaps öncesi emilimini engeller ve böylece de sinaps içindeki konsantrasyonu yükseltir. Bir başka grup olan monoaminooksidaz baskılayıcılar ise birlikteki yokoluşu engelleyerek, aynı sonucu doğururlar.

Demek ki antidepresanlar nöron ileticiler üzerine etki eder, sinapstaki miktarı arttırırlar. Böylece, farklı mekanizmalar aracılığıyla sinir hücrelerinden sinapsa doğru akım iletimini sağlar (sinaptik iletim).

Depresyon üzerine ilk biyolojik hipotez bu tesbitten doğmuştur. Nöron ileticilerin antidepresanlar tarafından onarılmış olan, bilinmeyen bir nedenden doğan yetersizlikleri şüphesini ortaya atmıştır.

Nöron ileticiler monoaminlerden oluştuğu için depresyon üzerine ilk biyolojik teoriler monoaminerjik teoriler olarak adlandırılır.

Bunlar iki nöron iletici üzerinde yoğunlaşır: Serotonin (SHT) ve noradrenalin (NA). İlk antidepresanlar bu iki madde üzerine etki ediyorlardı. Daha sonra, seçime bağlı olarak bu iki sistemden birini harekete geçiren, ilkleri kadar etkili antidepresanlar bulunmuştur. Bunlar depresyonun iki biyolojik kategorisini düşündürür: Serotonin eksikliği ya da noradrenalin eksikliği. Bir üçüncü nöron iletici olan dopamin üzerinde durulmuştur. Depresyonlu kişilerde nöron ileticilerin beyin seviyesinde yokedilmesinden doğan maddelerin dozajı, teorik hipotezlerin desteklenmesi için ek bir kanıt olarak görülmüştür.

Nöron ileticiler, SHT ve NA, bütün organizmada bulunurlar ve açık biyolojik seviyedeki (kan, idrar, lomber ponksiyonla elde edilen serebrospinal sıvı) dozajları beyinsel metabolizmanın ve olası bozukluklarının yansıtılmasında değersizdir. Demek ki beyin katmanlarındaki nöron ileticiler yıkımının (katabolizma) son derece spesifik ürünlerini ölçmek gerekmektedir.

Bu ürünler şunlardır:

* Serotonin için 5 hidroksiendolasetik asit (5 HIAA);
* 24 saatlik idrar içinde düzenlenmesi gereken noradrenalin için metoksihidroksifenilglikol (MHPG).

Katabolitin (yıkıcı ürün) dozunun düzenlendiği ortam rastlantısal olarak belirlenmez. Bu ortamın beyinsel metabolizmayı temsil etmek üzere en uygun ortam olduğunu kanıtlayan deneysel veriler üzerine dayanır.

Hastalarda maddenin dozajı şunları göstermiştir:

- Depresyonlu olmayan kişilerdeki ile aynı, normal değerlerde olan 5 HIAA'ın serotonin yetersizliği sağlayacak şekilde düşük olduğu depresyonlular kategorisi. Düşük 5 HIAA oranına sahip olan hastalarda, klinik olarak, otoagresif eğilimler ve belirgin derecede intihar eğilimi karakterizedir. Serotoninin aracı olduğu beyinsel yapıların en önemli rolünün tepkisellik, agresiflik, uyku ve iştah düzeni olduğu ortaya konmuştur. SHT metabolizmasının deneysel olarak uyarma ya da baskılama yoluyla değiştirilmesi, depresyonda olduğu gibi davranış bozukluklarında da gözlenir. Depresyonun "serotonin" teorisi anlamlı değildir.

- Bazı depresyonlu kişilerde MHPG idrar salgısında azalma görülür. Bu azalmanın yüzde 50'si beyin seviyesindeki noradrenalin yıkımından kaynaklanmaktadır. Bu depresyonlu kişiler, inisyatif eksikliği, sinirsel tutukluk ve yorgunluk belirtileriyle vasıflanır.

- En son olarak, bazı depresyonlu kişiler LCR'de homovanilik asit oranında bir azalma gösterirler. Bu asit, beyinsel dopaminin yıkımından türer. Demek ki depresyonun dopamin eksikliğiyle ortaya çıktığı da görülür. Bazı beyinsel yapılardaki dopamin metabolizmasındaki düşüş, Parkinson hastalığının sorumlusudur. Bu hastalık bir depresyonla başlayabilir. Bu saptamalar bazı depresyonlarda dopamin kullanılmasını salık verir.

Davranışların nörobiyolojik düzenlemelerinin karmaşıklığı açısından kısıtlayıcı olduğundan depresyonlar konusunda monoaminerjik teoriler savunulmuştur.

C) Reseptörlerin Bozukluğu - Depresyonlar, bazı reseptörlerdeki sayısal ve işlevsel bozulmaların sonucu olabilirler. Bu hipotez monoaminlere ilişkindir ama, onla-

nın yaratacağı bozuklukları da gözönünde bulundurur.

Nöron taşıyıcıları yakalayan post-sinaptik reseptörler değişkendir. Sayıları ve duyarlılıkları (yani hareket halinde bulundukları andaki yoğunlukları) sabit değildir, ama onları homeostaziyi dengeleyecek şekilde hareketlendiren nöron taşıyıcılarının miktarına göre değişirler. Nöron taşıyıcıların büyük bir kısmı reseptörlerin sayısının veri duyarlığının, iletim fazlalığını engelleyecek şekilde azaltılmasını sağlarlar; taşıyıcıların işleyişini yapamaması, reseptörlerde aşırı duyarlık ve aşırı çoğalmayı da beraberinde getirir.

Ayrıca, post-sinaptik reseptörler geçmişe yönelik bir kontrol (feed-back) aracılığıyla presinaptik sinir hücrelerine, reseptör durumundaki taşıyıcıların serbestleştirilmesini sağlayacak özellikler (aşırı ya da az) kazandırırlar.

- Aşırı duyarlılıkta ve sayıdaki reseptörler nöron taşıyıcıların salgılanımını engeller, çünkü etkileri fazla yoğun olacaktır;

- Az duyarlı reseptörler, geriye yönelik kontrol aracılığıyla, akımın iletimini korumak için, nöron taşıyıcılarının en yüksek miktarının salgılanımını sağlarlar.

Bu düzenleme olguları şu şekilde temsil edilebilir:

presinaptik nöron	NT	Aşırı duyarlılıktaki ve sayıdaki reseptörler
	−	*Uyarma fazlasını engellemek için* salgılanımın azaltılması
presinaptik nöron	NT	Az sayıda ve düşük duyarlıktaki post-sinaptik reseptörler
	+	Akım iletimini aynı düzeyde tutmak için NT salgılanımının artırılması

Demek ki, sinapstaki nöron taşıyıcıların miktarı, reseptörlerin sayısını ve duyarlığını etkiler. Bunlar geriye dönük kontrol aracılığıyla, nöron taşıyıcıların salgılanması üzerine etkirler.

Antidepresanlar aracılığıyla gerçekleştirilen tüm tedaviler, elektroşok da dahil olmak üzere monoaminler

için postsinaptik bazı reseptörlerin duyarhğının ve sayısının azaltılmasını sağlarlar. Demek ki, depresyon, geriye dönük kontrol aracılığıyla nöron taşıyıcıların salgılanımının azaltılmasını sağlayan aşırı duyarlığına bağlı olabilir.

Nöron taşıyıcıların saptanan yetersizliği reseptörlerin aşırı duyarlığının sonucudur.

Depresif hassasiyet beyinsel reseptörlerin hakiki bir hastalığından ileri gelir.

D) Diğer Biyokimyasal Sistemler - Diğer beyinsel biyokimyasal iletim sistemlerindeki bozukluklar düşünülmüştür.

2. Yapısal "Ligand" Teorisi - İşlevsel reseptörlere (ligand) bağlanan ve duyumu düzenleyen kimyasal bir maddenin varolduğu daha önce de düşünülmüştü. Gerçekten de imipraminin (bir antidepresan) reseptörüne fizyolojik bir salgı gibi büyük bir seçicilikle bağlandığı durumlar ortaya çıkarılmıştır. Kan tabakası seviyesinde insan ve hayvanların beyinlerinde imipramin için çok elverişli bağlantı alanları vardır. Kan tabakaları serotoninli sinir hücrelerininkiyle (nöron) aynı metabolik donanıma ve sinir sistemine denk bir embriyolojik kaynağa sahiptir. Bu nedenle, kan tabakaları, dolaysız araştırmalarda kabul edilebilir olmayan serotoninli beyin nöronları için iyi bir ortam modeli olarak kabul edilmektedir. Beyinde ve kan tabakalarında aynı imipraminli bağ görünümünün bulunması, bu emilimin iyi kurulmuş olmasını gerçek kılar. Bu bağlantı alanları serotonini yakalama sistemi ile sağlanmıştır; demek ki beyinsel serotonin düzenlemesinde bir roloynayabilirler.

Sonuç olarak, Langer ekibi ve bizim ekibimiz (E. Zarifian ve D. Sechter) tarafından imipraminli bağlantı alanlarının (tritiumla belirtilmiş, imipramin tarafından yayılmış radyoaktiviteyi kullanan tekniklerle ölçebildiğimiz) depresyonlu kişilerde depresyonlu olmayan, tedavi edilmiş kişilerle karşılaştırıldığında azalmış olduğu görülür. Bağlantı alanı bazı depresyonlu kişilerde az, diğerlerinde ise normaldir. Sözkonusu azalma, nevrotik ve tepkisel depresyonlara olduğu kadar, yapısal depresyonlara da ilişkindir. Bu saptama depresyonun tekliği gözönünde

bulundurulduğunda anlam kazanır.

Bağlantı alanı sayısı düşük olan depresyonlu kişilerde hiçbir özel klinik vasıf (depresyonun şiddeti) ispatlanamamıştır. Bu alanlar belki de işlevsel bir rol üstlenir ve belki de serotonin sistemleri aracılığıyla ruh durumunun düzenlenmesine katkıda bulunacak olan özel bir ligand aracılığıyla harekete geçirilmiş otantik reseptörler oluştururlar.

3. Endokrin Teoriler - Endokrin hastalıkların aşağı yukarı tümü (tiroid, böbreküstü bezleri, seksüel salgı bezleri) depresif atakla karmaşıklaşabilir.

Depresyon sırasında, hormonlarda muhtelif değişimler gözlenmektedir, ama bu değişimler değişken ve sınırlı ölçüde spesifiktir. Hastaların yarısında en sık görülen endokrin anomali, böbreküstü salgı bezleri tarafından salgılanan kortizol salgılanımındaki artışa ilişkindir.

Kortizol üretimi, hipofiz hormonu, ACTH (Adeno-Kortiko-Tropin Hormonu) tarafından uyarılır. Bu hormonun üretilmesi ise, diensefalden gelen, beyinin alt bölümüne yerleşmiş, bir nörohormon, CRF (Corticotrophin-Releasing-Hormone) tarafından uyarılır.

Kandaki kortizol üretimi, geriye dönük kontrol aracılığıyla CRF ve ACTH üretimini frenler. Depresyonlarda CRF ve ACTH üretimini azaltma kapasitesine sahip olmayan bir kortizol üretimi artışı görülür. Dekzametazonun frenlenmesi testi kortizolün kan dozajında farkedilmemesi mümkün olan bu aşırı salgılamayı açığa çıkarır; bu aşırı salgılama, günboyu ve birçok faktörün etkisi altında (heyecan, kaygı, hareket, sindirim, vb.) önemli değişikliklere maruz kalır.

Dekzametazon sentetik bir kortizoldur. Bir hastaya 1 mg. verildiğinde, CRF ve ACTH frenlenir ve kortizol üretimi düşer. Bu etki bir dekzametazon alımından sonra yirmi dört saatten fazla sürer. Depresyonlu kişilerin hemen hemen yarısında, dekzametazon alımı, kandaki kortizol oranının düşmesine (frenleme eksikliği) ya da kortizolün kısa süre içinde eski düzeyine ulaşacağı birkaç saatlik geçici bir düşüşe (frenlemeden kaçış) neden olur. Bu test anormal kabul edilir. Endokrin hastalığın olmadı-

ğı durumda, anormallik depresyon hastalığına bağlı olarak ortaya çıkar ve iyileşme ile beraber kaybolur.

Bu bozukluk monoaminerjik teorileri geçersiz kılmaz, zira monoaminler kortikotrop eksenin düzenlenmesine katkıda bulunurlar (CRF-ACTH-Kortizol). Serotonin, CRF üretimini teşvik ederken, noradrenalin bu üretimi engeller.

Anomaliler, tiroid bezi, prolaktin (süt hormonları), lüteotrop hormonlar ve büyüme hormonları seviyesinde gözlenir.

4. Kronobiyolojik Teoriler - Birçok biyolojik eleman (hormonal salgılanım, monoaminerjik maddeler) zaman içinde ritmik değişimler sunarlar. Günün bazı saatlerinde yükselir ve azalırlar. Bu oynamalar özel bir beyin alanında, hipotalamusta bulunan düzenleyici iç saatin etkisi altında gerçekleşecektir. Bu saatler, dış senkronizörler olarak adlandırılan dış çevrenin etkileri (gün-gece almaşıklığı gibi) altındadırlar.

Depresyonlar "senkronize olmayan" bir niteliğe bürünecek biyolojik ritmlerin düzensizleşmesine neden olabilir. Bu anomaliler, özellikle de MDP depresyonlarında açıktır. Özellikle de endokrin hastalıklara sahip hastalarda vücut ısısı ritminde, uykunun farklı evrelerinde, birçok hormon salgısında (kortizol, ACTH, prolaktin, tiroid hormonları), monoaminlerde (SHT, NA) ve birçok degradasyon ürününde ve en son olarak ise ışık-karanlık faktöründen bağımsız olarak salgılanan bir madde olan melatoninde değişiklikler vardır. Değişen biyolojik ritmler depresyonun iyileşmesiyle düzenlenir. Kronobiyolojik düzensizlik depresyonun nedeni ya da sonucu mudur? Bu sorunun cevabı henüz aydınlatılamamıştır.

Depresyon konusundaki biyolojik araştırmalar sabit değildir; sonuçlar öylesine çeşitlidir ki depresyonlar konusunda geçerli bir biyolojik teori ortaya atmak, saptanan bozuklukları birbirine bağlamak ve bunlara nedensel bir anlam atfetmek oldukça güçtür. Aynı şekilde, uyku bozuklukları, iştah kesikliği ve anksiyete de kendi biyolojik etkenlerine sahiptir, işte bu nedenle de ortaya çıkış nedenlerini kurmak doğru olmayacaktır.

III. Çevresel Teoriler: Etkileyen Faktörler ve Harekete Geçirici Faktörler

Erken travmatik olaylar yetişkinlikte depresif çöküşlere elverişli bir durumu hazırlarlar. Depresyona yakalanmış kişilerin anne babanın ölüm ya da ayrılık yoluyla kaybedilmesi yüzdesi, hasta olmayanlara oranla daha yüksektir. Bununla birlikte, bazı yazarlar için vakitsiz kayıplar, dominan bir nedensel faktör oluşturmaz ama, depresyonun belirtisel ifadesini etkiler: Kayıp, her şeyden önce psikotik depresyona ve nevrotik depresyona elverişli bir durum yaratır. Ama MDP'ler içinde en önemli etkilerden birinin aileden birinin vakitsiz kaybı olduğu tanıtlanmamıştır.

Üzücü yaşamsal olaylar, yapısal ya da nevrotik-tepkisel olabilecek depresif krizlerin ortaya çıkmasına yolaçabilir. Bu olaylar, etkileyici ve harekete geçirici faktörler olarak ele alınabilir. Yazarlar, bir manik-depresif psikozun başladığı yıldaki stres yaratıcı olayların, diğer yıllara oranla daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Gerçekte, en kesin karşılaştırmalı incelemeler, yaşamsal olayların etkililik farkına fazla önem vermez: Sözkonusu önem, yaşamsal olaylar çok ağır olarak ya da bir tehlike olarak yaşandığında yapılan karşılaştırmalarla ortaya çıkar. Bazı araştırmalar bipolar biçimlerde bazı hafif hızlandırıcı faktörler kaydetse de, ünipolar ve bipolar biçimler arasında fark yoktur. Nevrotik-tepkisel psikojen depresyonlarla psikotik yapısal depresyonların karşılaştırılması, bunlardan birincisinde travmatik olayların büyük bir yüzdeye sahip olduğunu göstermiştir; ama aradaki fark pek anlamlı değildir. Matussek ve Namer'in araştırması, akrabaların (eş, çocuk, anne ya da baba, erkek ya da kız kardeş) kaybı konusunda, yapısal depresyonlu kişiler, nevrotik depresyonlular ve normal olgular arasında fark bulmaz; ama depresif çöküşten sonraki yıl içindeki ayrılma sonucu ortaya çıkan kayıplar, nevrotik depresyonlarda daha sık olarak ortaya çıkar, bununla birlikte ölümle ortaya çıkan kayıplar her iki grup için de aynıdır.

Yaşamsal olaylar, depresyonun nüksetmesine etki

edecektir. Stres yaratıcı ajanlar bir depresyonun oluşmasını kolaylaştırır, ama bu ajanlar nadiren tek nedendir.

IV. Psikanalitik Teoriler

Psikanalitik teoriler yas, kayıp, yoksunluk, zarar ve yetişkin kişiyi depresif çöküntülere karşı zayıf kılan çocuklukta yaşanmış travmatik deneyimlere ilişkindir. Abraham ve Freud, depresyonun psikodinamik teorisini hazırlayan ilk kişilerdir.

1. Karl Abraham - Bu yazar için, depresif çöküşün motoru sadist eğilimlere, dışa karşı oluşturulan "kin dolu bir tutuma" ilişkindir. Buradan diğerlerini sevme konusunda yeteneksizlik ve suçluluk duygusuna eşlik eden bir tiksinme eğilimi doğar. Sadist eğilimler, kendini değersiz bulma ya da melankolik kendini suçlama temaları içinde kişinin kendisine yönelebilir. Kişilik gelişiminin anal dönemini karakterize eden sadizm, melankoli içinde yıkıcılığın hâlâ şiddetli olduğu oral dönemdeki gerileme ile güçlenir. Abraham'a göre, bu gerileme, çocuğun anne ve babasıyla olan ilişkilerinde çok erken düşkırıklıkları yaşanmasıyla kamçılanır.

2. Sigmund Freud - Freud, "Yas ve melankoli" konusundaki ilk teorisini 1915 yılında sunmuştur. Yas, "sevilen bir kişinin veya onun yerine konmuş olan bir soyutlamanın kaybına verilen bir reaksiyon", gerçek ya da sembolik kayıp, melankoli ile klinik benzerliklere sahiptir: Üzüntü, ruhsal acı, dış dünyaya karşı ilgisizlik. Melankoli de bir yastır ama, alışılagelmiş etapları vardır; zamanla kaybedilenin yerine yeni ilgi alanları ya da sevgi konularak bu baskıdan kurtulunur. Yasta, kaybedilen nesne, kişi tarafından tanınır. Melankoliyi ise iki kavram karakterize eder: Kaybedilen nesne kişi tarafından bilinçli olarak bilinmez ve kişi, nesnenin bu sembolik yitimini üstlenme kapasitesi göstermez. Kişi, nesne tarafından bir şekilde terk edildiğini düşündüğü için, kaybettiği bu nesneye karşı agresif duygular taşır; ama aynı zamanda da, üstlenmesi imkânsız olan bu kayıptan kaçınmak için, nesneyle narsist bir şekilde özdeşleşir; melankolideki,

kaybedilen nesneye bilinçsiz olarak yöneltilen otoagresif eğilimler de bu şekilde açıklanabilir. Melankoli, yasın gelişiminde olduğu gibi, kaybedilen dış nesnenin afektif (libido) yükünü bir başka dış nesneye yöneltme kapasitesine sahip değildir. Freud, varoluşun bazı anlarında gereksinim duyulan libidonun bu tür bir aktarımının olanaksızlığını açıklayabilmek için, depresyonlu kişilerin dış dünya ile yetişkinlere özgü bir duyumsal ilişki kuramadığını ileri sürer. Bu kişilerin, dış nesnelerle patolojik bir ilişkisi vardır. Bu nesne ilişkisi gerçekte narsisttir, nesne aşkı kişinin bu nesneye bilinç dışı olarak değer vermesidir. Kişinin kendine duyduğu aşkla diğerlerine duyduğu aşk arasında bir çeşit bağ vardır ve demek ki nesneye duyulan aşk kişiye ilişkindir.

Melankoli, her anlaşılmazlık belirtisi dış dünyaya karşı olan duyumun (libido) hastanın dışına yönelmesi gibi anlaşılmalıdır.

Melankolik çöküş, kayıbın gerçek olduğu yasın tersine, görünüşte varolmayan, hatta hayali küçük bir kayıp nedeniyle ortaya çıkabilir. Bu bilinç dışındaki sembolik yankı, melankolik olguyu sürükleyen hayali kaybın değeridir. Melankolik narsist özdeşleşme sonucu kaybolan nesneyle benlik karışımına düşmesi, Freud ve Abraham için psişik gelişimin sözlü fazındaki gerilemeye ilişkindir.

Freud, üst ben kavramını biçimlendirdikten sonra, melankolik suçluluğun üst benliğin ve benliğin varoluşu arasındaki bir çatışmadan ileri geldiğini ileri sürmüştür: "Melankolideki ölüm korkusu tek bir açıklama kabul eder: Ben kendini terkeder, çünkü kendini üst benlik tarafından sevilmek yerine tiksinilmiş ve ezilmiş hisseder."

3. Melanie Klein - Depresyon, bu yazar için, bazı olaylar yaşanırken çocuğun gelişim etaplarından birinde yaşanmış duyumsal anlaşılmazlığın yeniden canlanmasıdır, bunu depresif pozisyon olarak adlandırır. Çocuk önceleri, bir kişiyi, bir dış nesneyi bir bütün olarak tanımaz. Onu besleyen göğsü ve onu beşiğe yatıran eli aynı kişinin, annesinin elemanları olarak düşünemez.

Kısmi nesne de denilen bu evre Melanie Klein için "şizoparanoid" bir pozisyona ilişkindir. Çocuk, daha son-

raları, dış nesneleri bir birlik içinde tanımaya başlayacaktır; böylece hem göğüsün ve elin, hem de aynı kişiye ait olduğunu anlayacaktır. Çocuk bunalır, çünkü duygularının karşıtlığının bilincine varır. Bu dönemde çocuk, sevdiği kişinin bir yerine duyduğu nefretin onu yıkmasından endişelenir. Depresyonlu kişi, depresyonlarda dış dünya ve kendisine karşı agresifliğe ve aşka kapılarak yeniden bu tarz duygular yaşar. Melanie Klein'ın bir başka yaklaşımı da manik eksitasyonları melankoliye karşı korunmanın bir yolu olarak ele almaktır.

*4. **Jacques Lacan*** - Jacques Lacan, Freud'un düşüncesini yeniden ele alır: Mazoistce ızdırap bir tür zevki de beraberinde getirir. Zevk ve ölüm korkusu kavramları Lacan'ın düşüncesi içinde temel noktalardır. Zevk yaşamın koruyucusu olan isteğe karşıttır; istek, ölüme götüren her türlü sınırı aşan zevke ket vurur. Sınırsız ve ölümcül zevk ölüm itkisinin bilinçaltı yönelimidir.

Freud ölüm itkisini organik olana bağlı bir eğilimle, inorganik duruma geri dönme eğilimiyle açıklar. Lacan bu düşünceyi başka bir şekilde biçimlendirir: insan konuştuğuna göre ölüm için yaratılmış bir varlıktır. Konuşma yetisine ulaşması, sembolik olarak, birdenbire ölüm itkisinin ortaya çıkmasıyla bağlantılıdır.

Lacan'a göre, ölüm itkisi yalnızca "hasta" kişilerden oluşan bir kategoriye ayrılmış değildir. İnsanın yapısında vardır: "Tutsağı olduğumuz yaşam, özü bakımından deli olan yaşam, ölüme bitişiktir... Yaşam, ölümü beklerken mümkün olduğunca dinlenmeyi tasarlar... Yaşam ölümden başka bir şey düşünmez... Yaşam anlamdan yoksun bir dolambaçtır."

Bu kavramlar depresyonların anlaşılmasına katkıda bulunurlar. Lacan bu kavramları spesifik olarak tanımlamıştır.

*5. **Diğer Yazarlar***- Spritz için erken duyumsal yetersizlikler daha sonradan depresyonun ortaya çıkmasına temel bir eleman teşkil eder. Spritz, anneleriyle normal bir ilişki içinde bulunduktan sonra, onlardan üç ay sürekli olarak ayrılan çocuklarda anaklitik depresyonun varlığını ortaya koyar. Çocuk önce çığlıklar ve gözyaşlarıyla

dolu bir protesto fazı geçirir, daha sonra ise duyumsamazlık, ilgisizlik fazına girer. Anneyle normal bir ilişkinin kurulamamış olması, yetişkin çağda depresif eğilimler ortaya çıkmasıyla sonuçlanır.

Edith Jacobson, melankolideki kendine saygının kaybı kavramının altını çizer.

Psikanalitik teoriler, toplamda, hastanın gelişim süresinde dış dünya ile ilişkileri ve varoluşsal ya da hayali değişik rastlantılar arasındaki ilişkilerin niteliğini belirteç alır.

V. Tanımlamaya İlişkin Teoriler

Tanımlama terimi, bugün, daha çok açıklamasız olarak, kesin sınırlar konulmadan kullanılır. Bu terim, beyinin bilgileri aldığı, özümlediği ve bunlara fiili ve davranışsal bir şekilde cevap yerdiği sürecin bütününü tanımlar. Tanımlama, uyanıklığa, dikkate, acemiliğe, hafızaya, anlayışa ve uyarmaya başvurur.

Depresyonun tanımlanmasına ilişkin teoriler Beck ve Seligman tarafından kurulmuştur.

Bu teorilerde, beyin bir bilgisayarla karşılaştırılmıştır. Depresyonda, zihinsel tanıtımlardaki bilgilerin dönüştürüldüğü süreçte düzensizlik sözkonusudur.

Beck'in depresyon teorisi, hakiki öngerçeğin, Manikeizm öğretisine değgin bir anıştırma üzerine kuruludur: Pozitif tanıtımlar ve negatif tanıtımlar vardır.

Depresyonlar, özel bir düşünce tarzı olan, basmakalıp ve neredeyse tek parça tanımsal semptomlarla karakterize edilir. Beck için depresyonlu kişinin düşünceleri, kendisi, dış dünya ve gelecek üzerine sahip olduğu negatif yargıların belirtileridir: "Negatif tanımlama üçlüsü".

Depresyon bir kayıp ya da travmatizmin ardından ortaya çıkar. Negatif tanımlama üçlüsü, suçluluğa kapılmış olan vakaya, kaçınılmaz olarak suçluluk yükler. Tanımlama teorileri en çok ekzojen depresyonlara yöneliktir. Depresyon, vakanın hikâyesinden doğar. Kişi depresyon yaratacak deneyimler geçirir ve beyni üzücü durumlar vesilesiyle yeniden ortaya çıkmaya elverişli depresif izler taşır.

Tanımlama teorilerine göre, depresyonlu kişinin düşünme biçimi bilgiyi işlemede anormallikler ya da aşağıdaki gibi dizgelenen ve anlaşılan "tanımlama hataları" ile karakterize edilir:

- İsteğe bağlı çıkarsamalar: Depresyonlu kişi kanıtı olmayan sonuçlar çıkarır.
- Seçici soyutlama: Vaka, ilgisini bir detay üzerine yoğunlaştırır ve toplu koşulları bir bütün olarak tanımaz; dikkatini verdiği detaylar başarısızlığı, bir kenara itilmeyi, güçsüzlüğü yansıtan negatif bir görüş içinde yeralır.
- Yapısal üstlenme: Vaka, sürekli olarak olaylardaki sorumlulukları kendi üzerine alır.
- Dikotomik düşünce: Vaka tarafından yapılan değerlendirmeler hiçbir nüansa yer vermeyen hakiki bir "ya hep ya hiç" yasasına göre gerçekleşir.

Böylece depresyonlu kişi içinde bulunduğu durumdan hiçbir çıkış noktası bulunmadığı kanısına varır.

Tanımlama hataları, negatif düşüncenin aşırı üretimi ve yaşanmış tecrübelerin karamsar yorumlarının sonucudur. Tanımlama perspektifinde, üzüntü ve diğer bozukluklar, tanımlama hataları, yani düşünceler ve inanışlar türetir.

Modern çalışmalar gösterir ki:

- Beck'in üçlüsü depresif durumlar için koşul değildir.
- Negatif düşünceler değerlendirme ölçüleri ile ölçülmüş olan depresyon durumlarına bağlıdır, ama anksiyete ile ilişkili değildir.

Tanımlama perspektifinde baskın rol, düşünceye ve zihinsel temsile bağlıdır, ama depresyon depresyonlu kişinin yetilerinin iflasından doğmaz mı? Tanımlama prevalansı gerçekçi midir? Negatif düşünce depresyonun sonucu mudur, ya da yalnızca depresif karamsarlığın bir açıklaması mı?

Tanımlama teorisi hastanın iç düzeninin, duyumsallık ve entelektüellik arasındaki iç bağıntısının karmaşıklığını kabul etmez. Depresyonun kaynağını negatif düşüncelere, yani düşünmenin duygusal etkisine bağlar.

Depresyonda, bozulan düşüncenin niteliği değil, düşünme kapasitesi bozulmuştur. Düşüncede, istekte, his-

setme ve harekete geçme konularındaki bütünsel başarısızlık otodepresiatif negatif düşüncelerin kaynağı olabilir.

Depresyon Sırasındaki Tanımlama Bozuklukları - Dikkat, konsantrasyon, hafıza sözkonusu olduğunda entelektüel güçlükler üzerine şikâyetler, depresyon için alışılagelmiş bir olgudur.

Psikometrik girişimler depresyonda ortaya çıkan verimlilik, soyutlama kapasitesi, öğrenme, sentez yapma ve hafıza bozukluklarını açığa çıkarabilmiştir. Bununla birlikte tanımlama bozukluklarını depresif sürecin bir elemanına bağlamak güçtür. Keyifsizlik, özellikle de anksiyete entelektüel yapıyı altüst eder. İlgisizlik, hareketlerdeki yavaşlama, analiz ve sentez güçlüğü, motivasyon eksikliği bir davranışı negatif bir değerlendirmeye ve yanlış düşüncelere sürükleyebilir. Tanımlama bozuklukları merkez öğe olmasa bile, depresyonun görünümlerinden birini oluşturur.

Sır şurada yatar: İç determinizmin ya da dış olayların prevalansı. Değişik faktörlerin nazlı birleşimi doğayı değiştirmese de depresyonun her görünümünü biçimlendirir.

ALTINCI BÖLÜM

DEPRESYON NASIL İYİLEŞTİRİLİR? YA DA TEDAVİLER

Depresyonların tedavisi iki etaplıdır, bunlardan biri iyileştirici ve diğeri nüksetmelere karşı koruyucudur. İyileştirmeye yönelik tedavide antidepresif kemoterapi baskındır, ikinci etapta ise duruma göre psikoterapiye, yapısal düzenlemelere ya da ruhsal düzenleyicilere başvurur. Bu üç ölçü sıklıkla tamamlayıcı olarak ortaya çıkar.

I. İyileştirici Tedaviler

1. Elektroşok Öncesi Tedaviler ve Antidepresanlar - Yüzyılın başındaki depresyon ilaçları hastanın şikâyetlerini dindirmeye, uykusunu düzenlemeye ve bütünsel bir yatıştırma aracıyla intihar eğilimini bastırmaya yönelikti.

Bir afyon türevi olan Sydenham* anksiyete üzerinde çok etkileyiciydi. Gardenal* gibi epilepside kullanılan yatıştırıcı maddeler ortak özelliklere sahiptir. Uyku verici kloral, uyku düzeninin yeniden sağlanmasına yardımcı oluyordu.

Bu ilaçlar spesifik bir tedavi oluşturmadan bir yatıştırma sağlıyordu.

2. Elektroşok: Depresyonun İlk Tedavisi - Cerletti tarafından kullanılmaya başlanan elektroşok (ECT), yanlış bir öngerçeğe dayanıyordu: Epilepsinin antagonizmi ve şizofreni. Elektroşoktan önce hasta için sıklıkla acı verici olan değişik tekniklerle epilepsi krizlerini kışkırtma yolları aranıyordu. Cerletti beyine elektrik akımı verilmesi yoluyla krizlere neden olmak gibi basit bir düşünceye kapıldı.

Elektroşok, şakaklara yerleştirilen iki elektrodun da yardımıyla, bilincin yitirilmesine ve genel bir epilepsi kri-

zine (Epilepsi aynı anda kutuplaşmayı yitiren sinir hücrelerinin aşırı elektrik etkinliğidir) neden olmaya yetecek bir elektrik deşarjını sağlamaya ilişkindir.

Kullanılmaya başlanmasından itibaren ruhsal bozukluklar, depresyon ve sıkıntı halleri, ayrıcalıklı belirtiler olarak ortaya çıkmıştır. Şizofrenideki iyileşmeler kısmi, sıklıkla da geçici olmuştur.

Sözkonusu metodun 1938 ve 1957 yılları arasında yoğun olarak kullanılması, elde edilen sonuçlara ve tedavi tıbbındaki aşırı yoksunluğa bağlıdır.

Elektroşokun fazlasıyla salık verilmesi ve rastlantısal olarak kullanılması (anestezi olmadan, bilincin kaybedildiği elektrik şoklarıyla, nefes durması ve siyanoz halinde) 1960 ve 1980 yılları arasında sözkonusu olan büyük yanlışı açıklıyor.

1960 yılından itibaren sinir hücrelerinde bulunduğu varsayılan akımların onu yaratanlara, özellikle de kaslara geçişi engellenmiştir. Böylece çırpınma krizleri de engellenir, ama solunum kasları felç durumu aldığı için (kısa etkinliğin kuvveti nedeniyle bir dakika kadar) suni solunum uygulanması gerekmektedir. Elektroşok yeniden canlandırıcı bir anestezi ile gerçekleştirilmelidir; bugün bundan kürar altında elektronarkoz olarak sözedilir; zira kriz neden olunmuş uyku altında (narkoz) vuku bulur. Güvenlik kesindir. Antidepresanların keşfiyle, bugün yeniden düzenlenmiş olan elektronarkoza daha az başvurulmakta, nevrotik depresyonlarda zararlı olmasından dolayı yapısal depresyonlarda uygulanmaktadır.

Bununla birlikte, bazı ağır biçimlerde, antidepresan tedavisinden önce ya da bu tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması sonrasında kullanılması düşünülebilir.

ECT bazı durumlarda süreksiz olarak gerekli olabilir:

- Antidepresanların ve nöroleptiklerin yetersiz kaldığı sayıklamayla birlikte olan melankolilerde antidepresenlar yüzde 30 iyi sonuç verirken, nöroleptikler yüzde 65 ve her ikisinin ve ECT'nin aynı anda kullanılması yüzde 90 iyileşme olanağı sunar.

- Antidepresanların birkaç haftalık etkinliği boyunca intihar riskinin yüksek olduğu anksiyeteli depresyonlarda;

- Beslenmenin reddedildiği stuporlu depresyonlarda;
- Doğumdan sonra ortaya çıkan ve antidepresanlara direnen ağır depresyonlarda;
- Antidepresanların yasak olduğu (kalp hastaları, yaşlı hastalar) melankolilerde.

Elektronarkoz, antidepresanların yeterli dozunun en az üç hafta boyunca etki etmediği yapısal depresyonlarda ikincil olarak düşünülebilir.

Yaşlı hastalar belirgin psişik yavaşlamalarıyla beyinsel yaşlılıkları üzerinde herhangi bir etkiyle karşılaşmadan elektronarkozdan yararlanabilirler; tedavi gösterir ki, açıkça görülen yıpranma, gerçekte bir "depresif yalancı bunama"dır.

Elektronarkozun yan etkileri azdır (kalp yetmezliği ya da solunum güçlüğü), ama bazı durumlarda iki biçimli tali bozukluklar yaratabilir: sabahları bazı geçici etkiler (baş ağrıları, bulantı, kusma), yaştan bağımsız olarak hastaya göre değişen diğer önemli etkiler: hafıza bozuklukları. ECT daha önce gözlenen eski olguları bozmaz, ama kür sırasında yaşanan olayların hafızasını bozabilir. Gençler bile birkaç haftaya kadar uzayabilecek olan "hafıza boşlukları" gösterebilir. Bunlar iki ya da dört ay içinde geriler ve sıklıkla çok daha kısa sürede kaybolur. ECT'ye karşı olan bazı kişiler, bu yöntemi hastanın ruhi şikâyetlerini seçerek "düşünceleri zedelemek"le suçlamışlardır: diğerlerinin kullanımında ideolojik bir seçim görülür.

Bir başka teknik de (tek yanlı ECT), iki elektrodun tek yarımküre üzerinde etkili olacak şekilde kafatasının bir yanına (sağ eliyle iş yapanlar için sağ tarafa) iki elektrod yerleştirilerek hafıza bozukluklarını en aza indirmektir, ama bu yöntem daha az başarı gösterir.

Yapısal depresyonlarda elektronarkoz kullanılmasıyla antidepresanlardan çok daha çabuk ve büyük bir başarı elde edilir (ECT için yüzde 90, antidepresanlar için yüzde 65 iyileşme). Hastası intihar eden bir Amerikan psikiyatrı, birçok tedavisel başarısızlıktan sonra bu yöntemi denememiş olmasından ötürü mahkûm edilmiştir.

3. Antidepresanlar - Bunlar tüm depresyonlarda temel tedavi yöntemini oluştururlar.

A) Tanım - Bunlar, depresif mizacı düzelten ya da açan maddelerdir. Psişik ya da psikoanaleptik yatıştırıcılar gruplarıyla sınıflanırlar. Mizaç ya da timik fonksiyon üzerindeki baskın etkinliklerini vasıflandırmak üzere timoanaleptik olarak adlandırılırlar. Yatıştırıcı denilen antidepresanlar haricindekiler dikkat üzerinde etkili değildir.

Antidepresanlar depresif mizacı düzeltme özelliğine sahiptir ve bazen amacını aşarak maniak öforiyi tersine çevirirler (bipolar depresyonlarda yüzde 50, ünipolar depresyonlarda yüzde 10 ile 15).

Tedavisel etkinlikleri genellikle karıştırıldıkları sakinleştiricilerden bütünüyle farklıdır.

B) Antidepresanların Keşif Öyküsü - Belli başlı iki antidepresan kategorisinin dizi başları 1957 yılında bulunmuştur.

- Bir izoniazid (Rimifon*) türevi olan iproniazid (Marsilid*), Nathan Kline ve ekibi tarafından antidepresif özellikleri için dikkate alınmıştır; mono-amoni-oksidaz (IMAO) inhibitörü kökenlidir. Tüberküloz üzerinde denendiğinde, deneyi gerçekleştirenler majör yan etki olarak "merkezi sinir sisteminin yatışması"nı görmüşlerdir. Hastalar daha dinamik, neşeli görünmüş, iştahları yerine gelmiştir, ama tüberküloz lezyonları gerilememiştir. Daha sonra psikiyatriye uyarlanmış ve kısa bir süre içinde depresyonu iyileştiren ve hatta bazen astenik nevrotik depresyonları, nükseden depresyonları ve inaktif şizofreniyi yatıştıran bir "enerji verici" olarak kabul edilmiştir.

- İmipramin (Tofranil*) trisiklik denilen antidepresanların babasıdır. 1952 yılında, kloropromazin (Largactil*)'in özelliklerinin keşfedilmesi, depresyonluların davranışlarını ve psikiyatri servislerinin ortamını değiştirdi.

İlaç, ajitasyonu azaltıyor, taşkınlıkları özellikle de zihinsel hastalıklardaki halüsinasyonları ve agresiviteyi kısıtlıyordu. İmipramin, kloropromazine yakın yapısıyla ve bu maddenin antihistaminik özellikleriyle ajitasyon durumlarında ve şizofrenide değişik deneyleriyle test edildi. Vasat bir sonuç elde edilmesi, ürünün kullanımının bırakılmasına neden oldu. Suisse Roland Kuhn bu maddeyi kullanarak, yapısal depresyonlardaki etkililiğini

ortaya çıkardı.

C) Antidepresanların Sınıflandırılması - Antidepresanların sımflandırılması, yıllar boyu, trisiklikler, imipramin türevleri ve iproniazid türevi mono-amino-oksidaz (IMAO) inhibitörleriyle sınırlandı. Yapılarına uygun olmamakla birlikte kimyasal sınıflandırmaya sokuldu. "Trisiklik" tanımı kimyasal yapıya referans veriyorsa da üç çevrimden oluşan birleşik moleküller, mono-amino-oksidaz inhibitörü kavramı biyolojik bir etkinliği yansıtıyordu: Çeşitli kimyasal yapılara sahip olan IMAO'lar, monoaminleri olduğu gibi beyindeki birçok maddeyi gerileten bir enzimi, mono-amino-oksidazı engelleme özelliğine sahipti: Serotonin (SHT), noradrenalin (NA) ve dopamin (NA), temel nöron ileticiler olarak ele alınıyordu.

Ne trisiklik ne de IMAO olan diğer antidepresanlar "yeni antidepresanlar" ya da "ikinci nesil antidepresanlar" adları altında ortaya çıktı.

Tüm antidepresanlar monoaminerjik nöron ileticiler üzerine etkirler, ama monoaminler üzerine aynı şekilde etkili olmazlar: Bu saptama biyokimyasal bir sınıflandırmayı da beraberinde getirir.

Sonuç olarak, her antidepresan, her molekül için terapötik bir etkinlik tanımlayan, belli başlı antidepresif etkinliklere yardımcı, tedavisel niteliklere sahiptir. Demek ki, üç sınıflandırma yapılabilir: kimyasal, biyokimyasal ve terapötik.

a) Antidepresanların Kimyasal Sınıflandırılması - Bu sınıflandırma üç temel sınıfa ayrılır:

- Trisiklikler ve bileşimleri en önemli grubu oluşturur. Bunlar kimyasal yapısından doğan uluslararası ismi ve sunuluş tarzı ile Tablo 1'de sunulmuştur. Bütün antidepresanlar oral kullanıma uygun bir biçime sahiptir (hap, kapsül, damla); bazıları kas içine ya da damara şırınga edilme yoluyla alınabilir.

Tablo 1 - Trisiklik Antidepresanlar.

Uluslararası İsmi	Fransa'daki ticari İsmi	Sunuş
İmipramine	Tofranil*	h, amp IM
Desipramine	Pertofran*	h, amp IM
Amitriptyline	Laroxyl* Elavil*	d, h, amp, IM ya da IV h,
Tripramine	Surmontil*	h, d, amp, IM ya da IV
Clomipramine	Anafranil*	h, amp IM ya da IV
Opipramol	Insidon*	h,
Dosulepine	Prothiaden*	kap.
Quinupramine	Kinupril*	kap.
Doxepine	Sinequan* Quitaxon*	kap., amp IV h, d
Demexiptiline	Deparon*	h,
Propizepine	Vagran*	kap.
Amineptine	Survector*	h
Amoxapine	Defanyl*	h, d
Metapramine	Timaxel*	h
Tianeptine	Stablon*	h
Maprotiline (trisikliklere apparente kuadrisiklikler)	Ludiomil*	h, amp IV

h: hap d: damla, kap: kapsül, IM: kas içi, ampul: amp, IV: damar içi ampul.

Prezantasyonun dozajı bir bileşimi diğerinden ayırır; aynı ürün farklı pozolojilerle birçok prezantasyona sahip olabilir.

- Mono-amino-oksidaz inhibitörleri daha az sayıdadır. Bunlar:

Tablo 2 - IMAO Antidepresanlar

Iproniazide	Marsilid*	h
Nialamide	Niamide*	h
Toloxatone	Humoryl*	kap.
Moclobemide	Moclamine*	h

Marsilid* ve Niamide*, alımının bırakılmasından sonra uzun bir süre biyolojik etkinliğini sürdürürken, Humoryl* ve Moclamine* son alımından yirmi dört saat sonra etkisini yitirir. Demek ki bu ilaçlar geri dönüşlü IMAO'lar olarak tanımlanabilir.

- Yeni nesil antidepresanlar değişik yapılarda ürünler içerirler:

Tablo 3 - Nesil Antidepresanlar.

Vloxazine	Vivalan* Vivalan LP*	h, amp IM ya da IV
Mianserine	Athymil*	h
Trazodone	Pragmarel*	kap, h
5 HTP	Pretonine*	h
	Quietim*	h
Fluvoxamine	Floxyfral*	h
Medifoxamine	Cledial*	h
Oxaflozane	Conflictan*	d
Fluoxetine	Prozac*	kap.

Lityumun antidepresif özellikleri üzerine farklı görüşler vardır.

Potansiyel olarak antidepresan olan bileşimler (citalopram, minalcipran...) incelenmektedir.

Antidepresanların çokluğuna rağmen, yeni moleküllerin araştırılması üç amaca yöneliktir: Daha değişmez bir etki, daha yüksek bir etki hızı, yan etkilerin en aza indirilmesi.

b) Biyokimyasal Sınıflandırma - IMAO, akımın iletimi için sinaps içinde serbest bırakılmış nöron iletici-lerin yıkımını engeller. Demek ki, yoğunluğunu artırır ve böylece akımı hızlandırır. Trisiklikler ve yeni antidepresanlar, serbest bırakılmış monoaminlerin sinaps öncesi yasaklanmasını engeller: Bunlar sinaps içinde yığılır. Farklı antidepresanlar değişik mekanizmalarla aynı so-

nuca ulaşır.

Bununla birlikte, trisiklikler ve yeni antidepresanlar değişik monoaminler üzerinde aynı güçle etkilemezler. Bazıları iletimi serotoninle, diğerleri noradrenalin ya da dopaminle sağlar. Hipotez, monoaminerjik bir sistemi göstererek, depresyonun farklı biyolojik kategorilerinin varolabileceğini ileri sürer: serotonin veya noradrenalin veya dopamin eksikliğindeki depresyon. Antidepresanlar beş gruba ayrılabilir:

- 3 monoamin üzerine etki	IMAO
- Karışık etki NA+5 HT	Tofranil*
- NA üzerine baskın ve büyük etki	Athymil*
	Ludiomil*
	Kinupril*
- 5 HT üzerine baskın ve büyük etki	Laroxyl*
	Elavil*
	Anafranil*
	Floxyfral*
	Prozac*
	Stablon*
- DA üzerine etki	Survector*

Antidepresanlar öncelikle bir sistem üzerine etkirler. Ama birkaç günlük uzun etkisi birçok monoamin reseptörünün duyarlığındaki ortak modifikasyonlara varır. Böylece, yaklaşık tüm antidepresanlar noradrenalindeki reseptörlerin (beta reseptörler denilir) ve serotonindeki bazı alıcıların (5 HT 2) duyarlığını ve sayısını azaltırlar.

Antidepresanların antikolinerjik güçlerine göre sınıflandırılabilir; bazı hastalar, kabızlık, ağız kuruluğu, titreme gibi istenmeyen bozukluklardan sorumlu olan bu etkinliğe özellikle duyarlıdır. Antidepresanlar bu etkilerden uzaktır: Athymil*, Vivalan*, Floxyfral*, Prozac*, Stablon* ve IMAO.

c) Terapötik Sınıflandırma- Bütün antidepresanlar aynı antidepresif güce sahip gibidir. Bununla birlikte, kullanımın başında aynı terapötik etkileri göstermez. Kielholz, antidepresanların timoanaleptik kaliteleri ya-

nında, bazen uyarıcı ya da psikotonik ya da engellemeyi kaldırıcı, bazen de yatıştırıcı ya da anksiyolitik "yan" özellikler içerdiklerini görür. Antidepresanların, bir psikotonik kutuptan anksiyolitik kutuba, bipolar olarak sınıflandırılmasını önerir. Bu şemada:

- Anksiyete ve etkilerinde (uykusuzluk, ajitasyon) aktif olan yatıştırıcı antidepresanlar;
- Ve yorgunluk ve psikomotris inhibisyon üzerinde aktif yatıştırıcı antidepresanlar.

Bu iki grup arasında orta ya da aracı denilen, her şeyden önce hastaya bazen de pozolojiye göre yatıştırıcı ya da uyarıcı olan antidepresanlar yeralır. Tofranil ve Anafril hastaya göre çok farklı şekillerde hissedilir: Bazıları sinir hali, aşırı motivasyon, coşkudan yakınırken, diğerleri bitkinlik ve uyuşukluktan yakınır.

Antidepresanların terapötik sınıflandırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Bu sınıflandırmanın pratik önemi depresyonun belirtilerine uyarlanmasıdır. Yatıştırıcı ya da uyarıcı özellikler ilk saatlerde ortaya çıkar. Demek ki ilaç, depresyonun spesifik olmayan semptomlarını hızla düzeltme gücündedir. Bu semptomlar, anksiyete, uykusuzluk ya da inhibisyondur. Buna karşılık, daha spesifik depresif semptomları, üzüntü hali, karamsarlık ancak üç ile beş hafta sonra gerilemeye başlar. İlk düzelme tedavinin devam ettirilmesi için cesaret verir. Bitkin bir hasta, bir antidepresan aldığında, tedavinin ilk etkilerini ağırlaşma olarak hissedebilir: "ilaç altında daha kötüsün" istisnai bir biçimlendirme değildir.

Tablo 4 - Antidepresanların Terapötik Sınıflandırılması

Psikotonik Kutup	
Psikotonik antidepresanlar yada İnhibitör baskılayıcılar yada uyarıcılar	IMAO Survector Kinupril Vivalan Timaxel Pertofran Cledial

Psikotonik Kutup	
AD medyan yada aracılar	Vagran Deparon Tofranil Anafranil Stablon Prozac Floxyfral
AD yatıştırıcılar yada antiolitikler	Defanyl Prothiaden Pragmarel Insidon Athymil Sinequan Quietim Laroxyl Elavil Ludiomil Surmontil

UYARICI KUTUP

D) Antidepresanların Endikasyonları - Tüm antidepresanların endikasyonları belirlenmiştir. Trisiklik ve yeni nesil antidepresanlarla hastalarda yüzde 60 ile 70 terapötik başarı sağlanmaktadır. IMAO'ların etkililiği yüzde 50 ile yüzde 60 ile biraz daha azdır. Ama her hasta bazı moleküllere karşı duyarlı olabilir ve diğerlerine dayanabilir; bu durum bileşimlerin çoğalmasına neden olmaktadır.

Depresyonun ağırlığı ve nevrotik ya da psikotik durum pozoloji üzerine etki etmez. Her depresyon, ticarileştirilmiş moleküller için belirli olan, antidepresanların belirli bir dozunu gerektirir. Çocuğun depresif sendromları antidepresanlara başvurulmasını gerektirir; doz ağırlığa göre belirlenir.

E) Antidepresan Tedavinin Gelişimi - Bir antidepresan tedavisi bilinen kontrendikasyona uyulduğu ve pozolojik aşırı dozajlardan kaçınmak üzere düzenli bir denetim sağlandığı takdirde tehlikesizdir:

- Başlangıçtaki pozoloji yaş ve ağırlığa göre belirlenir. Bir yetişkin için optimal pozoloji her antidepresan için belirlidir. Bir doza yaklaşık ortalamadan başlamak ve daha sonra iki ya da üç hafta içinde istenilen pozolojiye ulaşmak üzere kullanılan dozunu yavaş yavaş artırmak

kuraldır. Yan etkilerin görülmesi (titreme, konuşma güçlüğü, uyuşukluk) pozolojinin azaltılmasını gerektirir. Tam tersine bir başarısızlık görülmesi de artış gerektirecektir. Gerçekten de, belirtilen optimal pozoloji yaklaşık olarak belirtilmiştir, zira bir antidepresamn organizma içindeki metabolizması hastalara göre çok farklıdır: bazıları hızla yokederken, diğerleri yavaşça yokeder. Antidepresanların yıkım enzimlerinin etkinliği genetik olarak belirlenmiş gibi görünür, ama dış etkilerden de etkilenebilir: Ayrıca sigara içenlerde emilen nikotin katabolizmadaki enzimleri uyarır.

Pozoloji, enzimatik kapasitelerinin azalması nedeniyle, 65 yaşın üzerindeki hastalarda sınırlı tutulmalıdır;

- Akşamları yatıştırıcı kullamlması salık verilir, zira yatıştırıcılar uyku getirir ve sabahları ise etkinliğe yardımcı olmak üzere uyarıcı tavsiye edilir;

- Damariçi (IM) ve Kasiçi (IV) yollar hastanede uygulanır. Ağızdan alınanların kandaki miktarı sindirim sisteminin emilim gücüne göre vakadan vakaya değişir;

- İlk tedavi süresi, başarısızlık kararı verilmeden ve bir tedavi değişimi düşünülmeden önce en az üç haftadır. Sözkonusu diğer tedavi antidepresan ya da ECT tedavisidir.

- Bütün psikotroplar, etkinliklerini mükemmelleştirmek üzere, antidepresanlara eklenebilirler. Sakinleştirici tedavisi, anksiyete ve intihar eğilimini azaltabilir. Antidepresan-anksiyolitikler arasındaki sıkı bağ, iki tip ürün kullanımı arasındaki bağı da açıklar. Depresyonun tanımında ve trankilizan seçiminde yapılan hata hastalığı tam iyileştirmezken, kısmi bir iyileşme sağlayabilir; bu da hastalığın gerçek biçimini kamufle eder.

Antidepresanlar birlikte kullanılabilirler, IMAO'lar bu duruma istisna teşkil ederler. Bir IMAO'dan başka tip antidepresana geçildiğinde ya da bunun tam tersi bir durumda bir süreye ihtiyaç vardır. İki antidepresamn birarada kullanılması etkiyi artırmaz. Etkiyi artırmak için sabahları bir uyarıcı, akşamları bir yatıştırıcı kullanılabilir.

F) Süre - İyileşmeden sonra en az altı aylık bir teda-

vi gereklidir (bu süre daha kısa olduğunda hastalığın nüksetme riski artar).

G) Bir Antidepresan Tedavisinin Durdurulması - İyileşme sağlandığında, tedavi derhal kesilebilir. Antidepresanlar, yatıştırıcıların aksine, psişik ya da fizik bağımlılık yapmaz. Gerçekte, antidepresanların birkaç haftada yavaş yavaş azaltılarak kesilmesi, etkili pozolojiye dönülmesini gerektiren hastalığın yeniden oluşma belirtilerinin izlenmesine olanak sağlar.

4. Depresif Nöbetlerin Psikoterapik Tedavisi - Depresif nöbet sırasında, psikanalitik anlamda psikoterapi girişimleri gerçekleştirilebilir. Hasta, motivasyon kaybı ve bundan doğan devinimsizlikle isteklerini gerçekleştirmek ve üstlenmek, psikoterapik gidişe gerekli şartları sağlamak konusunda yetersizdir.

Psikoterapik tutum iyi yüreklilik, kendini güvene alma ve koruma kavramları çerçevesinde organize olur. Hastaya küçümseme eğilimi ve somut olgular üzerine düşüncelerini doğrulama yollarını açıklamak uygun olur.

Hastanın değer ölçüleri ona kendisi üzerine kötü bir imaj sunar ve bir süre içinde güçsüz bir narsizm kurmasını sağlar.

5. Depresyonların Davranışsal ve Tanımsal Tedavileri - Bu eski teoriler içerik açısından nevrotik depresyonlara ilişkindir. Melankoliler, özellikle de ağır melankoliler bu tedaviye karşılık vermez.

Tanımsal ve trisiklik terapiler arasındaki karşılaştırma bir etkinlik eşitliği gösterir ve bazen bu ilk terapiler daha üstün olabilir: Tekrarlama oranı, lityum tedavisi altındaki hastalara oranla daha azdır: ama farklı hastalar ve belirtiler sözkonusudur.

A) Davranışsal terapiler depresyonların davranışsal hipotezinden türer; bunlar "hastanın pozitif sosyal destekler olarak aldığı, erişilebilen desteklerin azalması"ndan ileri gelir. Tedaviyi gerçekleştiren kişi, hastanın davranışlarını modifiye etmeyi amaçlar:

- Pozitif desteklemeye eşdeğer bir yapı oluşturulmasına yardım ederek;
- Hastayı statüsüne uymayan davranış biçimini de-

ğiştirmeye teşvik ederek;

- Hastayı eğlenceli ve tatmin edici etkilere yönlendirerek;

Sonuçta, hastayı "sosyal durumunu ve kendisine güvenini sağlama" aşamasına ulaştırarak.

Terapi, kişinin kendine güvenini sağlamasına, özellikle de direktif olarak kesinlemesine olanak sağlayan programlar içerir.

Diğer davranışsal teknikler, bu düzeni günlük etkinlik planları, gevşeme, otokontrolün ve kişisel başarının iyileştirilmesi, kendini oyalama ya da depresif durumların en aza indirilmesine ilişkin olan fiili davranışsal değişim teknikleri ile tamamlayabilir.

B) Tanımaya İlişkin Terapiler - Bu terapiler, depresyonun tanımaya ilişkin semptomlarını, hastanın kendine özgü "düşünce biçimi"ni gözönünde bulundururlar (Beck'in negatif tanıma üçlüsü).

İlk önce, hastanın "tanımaya ilişkin sapmalar" ya da bilginin işlenmesinde anormallikler olarak ortaya çıkan, negatif düşüncenin fazlasıyla üretilmesinden ve yaşanan deneyimler üzerine karamsar yorumlar yapılmasından sorumlu olan düşünce biçimi analiz edilir. Davranışsal terapide olduğu gibi, terapi seansları biçimlendirilir ve düzenlenir. Bu tedavi dört etaptan oluşur:

- Önce hastaya, tanıma, duygular (affect) ve davranışı biraraya getiren bağlar üzerine açık ve didaktik bir açıklama yapılır;

- Daha sonra, hasta günlük hayatında birdenbire beliren negatif düşünceleri açığa çıkarmayı ve onları kaleme almayı öğrenmek zorundadır;

- Bu kendini gözlemleme evresini, "alternatif" denilen daha gerçekçi düşüncelerin ortaya çıkarılmasının ve bu düşüncelerin günlük hayata yansıtılmasının öğrenilmesi izler;

- En son olarak ise, tedavi uzmanı, hastayı yeni tanıların öğrenilmesi için hazırlamak için, her seans sonunda "ev ödevleri" vermelidir.

Bu teknik, üç ile altı aylık bir döneme yayılan 10 ile 20 seanstan oluşur. Sonuçlar, tanıyabilme yetisindeki de-

ğişimlerin ve bunların, baştan beri belirlenmiş olan temel çizgiden itibaren, sosyal hayattaki yansımalarının değerlendirilmesiyle anlaşılır. Tanımaya ilişkin değişimler farklı ölçüler yardımıyla ölçülebilir (Beck'in depresyon envanteri, umutsuzluk ölçüsü, otomatik düşünceler listesi...)

Tanımaya ilişkin terapilerin asıl yararlı olduğu alanlar, nevrotik depresyonlar ya da DSM 3'e göre telaffuz güçlüğü ya da "depresif nevrozlar" ve melankolik olmayan sıradan depresyonlardır. İntihar riskinde ya da otokontrol seviyesinin düşük olması halinde bu metod salık verilmez.

Antidepresanlar tanımaya ilişkin ve davranışsal terapilerle birlikte kullanılabilir.

6. Uyku kürü önemli bir stresin etkisini azaltabilir ve hastaya bir karanlık bilinci ve dingin bir duyarlılıkla hayatın alt üst olmuşluğuna adapte olma olanağı sağlar. Demek ki reaksiyonel depresyonlar için düşünülebilir.

II. Tekrarı Önleyici Tedaviler

Bütün depresyonlar, özellikle de bipolar ya da ünipolar manik-depresif psikoz nüksedebilir.

Tekrar nevrotik depresyonlarda da sıklıkla rastlanan bir durumdur. Önlem, MDP'de kimyoterapi gereksinimi duyulması gibi, psikoterapik ve varoluşsal önlemlerden geçer.

1. Psikoterapiler - Depresyon bazen yanlış ele alınır ve anlaşılmaz. Dante, "havanın dinginliğinde mutsuz bir kalbe sahip olanları" cehennemin dibine gönderir.

Aile, çevre, gereksiz ısrar iradeyi çağırarak hastalığı ortaya çıkarır. Bu sözü edilenler hastayı suçluluk duygusuna iter. Aksine onu yatıştırmak ve durumunun sonuçlarına katı olarak yaklaşıp, geçici olarak bakmak konusundaki yetersizliğini doğrulamak gerekir.

Psikanaliz, daha önce de söylediğimiz gibi, yanlış karikatürleştirilmiş haliyle "çaresi kendisi olan hastalık" (J. M. Domenach tarafından örnek gösterilen Karl Krauss) spontan ya da bir şeyin sonucu olarak çıkan düşüncelerin

biraraya getirilmesinden ibaret olan tekniğiyle yanlış uyarlanmıştır. Bilinçtekilerin ifadesinin engellenmesi ya da tam tersine coşkulu hayallerin çoğaltılmasını sağlar. Bazen depresif nöbetlerle belirlenir: Bezdirici bir sorgulama gibi hissedilebileceği gibi, "uzak iç bölgeler"in keşfi, anıların uyandırılması, eski bir suçluluk evreninin çalkantısının kaldırılması ve duyumsanması riski doğurur.

Analitik esin psikoterapisi nevrotik-reaksiyonel depresyonların ortaya çıkmasına neden olan çatışma durumuna seslenir. Çocukluktan gelen potansiyel elemanların bilince çıkarılmasını ve afektif bellekte korunmasını sağlar, zira psikanalistler güncel nevrozun (nevrotik depresyonlar) varolmadığını ileri sürmekte sıklıkla haklıdır.

Destek ve yönlendirme psikoterapisi, sıklıkla umutsuzluk ve çekilme eğiliminde olan hastanın ihtiyaçlarına uyarlanır. Bu, Dubois'nin "duygusal dialektik"i, Janet'nin "ahlâki yönetim"idir.

Depresyonlu kişi, depresyonun nüksetmesi olasılığı tehlikesindedir. Tedavi uzmanı, iyi yürekliliği, özellikle tıbbi vizite ya da bir eşin varolduğu sıradaki gösterişe yönelik sertliğin içtenliğindeki gerçek ya da sembolik elemanları analiz eder. Varoluş problemlerine de müdahale edebilir: Afektif uyuşmazlıklar, materyel ya da profesyonel güçlükler.

2. Varoluşun Düzenlenmesi - Depresyon şartlarının incelenmesi, depresif çöküşü başlatan ya da etkileyen faktörleri ortaya koyar. Materyel güçlükler, afektif çatışmalar, profesyonel şartlar dikkatle araştırılmalıdır.

Günlük güçlüklerin üstesinden gelemeyen ve yalnızlıktan şikâyet eden, yalnız yaşlı kişilerdeki depresyonlar için yaşlılar evi bir kurtarıcı olabilir.

Parasal sıkıntılar bazen acı verici sonuçlar doğurabilir. Bazı sessiz kişiler olası çareleri yadsırlar. Sosyal servislerin yardımı, muhtaç hastalar için kullanılmalıdır.

Bunun dışında, ailevi çatışmalar özellikle zararlı görünmektedir: Bu nedenle hastanın davranışlarındaki olası değişimleri incelemek gerekmektedir. Hâlâ ailesiyle yaşayan ergin bir genci özerk kılmak ya da ona ev yaşamı, sıkıcı ve titiz olan bir kadının profesyonel etkinlikleri

tavsiye edilmektedir.

Her depresyon, depresyonun meydana geldiği genel koşulların analizini gerektirmektedir. Amaç, patalojik çöküşü teşvik eden ya da elverişli kılan yaşamsal faktörü engellemek ya da bunlardan kaçınmaktır. Yapısal depresyonlardaki negatif elemanlar, eşit bir frekansla açığa çıkarabilir: Bu saptama depresyonların birliği kavramının savunucuları için bir kanıttır.

3. Tekrarlar İçin Koruyucu İlaçlar- Bu ilaçlar iki türdür. Mizaç düzenleyiciler ve uzun süre kullanılan antidepresanlar. Bu iki tür ilaç birlikte kullanılabilir.

A) Mizaç Düzenleyiciler - a) ***Lithium**** grup başıdır. Bu doğal madde, sodyum (tuz) gibi, bir iyondur. Tıbba, 1850 yılında, gut ve depresif zihinsel bozukluklar ve ona bağlı olan manik depresifliğin (Trousseau) tedavisi alanına girmiştir. 1897 yılında, Carl Lange lithium'un depresyondaki etkisini ortaya çıkarmıştır.

Bir Avustralyalı olan Cade, 1949 yılında, lithium'un antimanik özelliklerini açığa çıkarmıştır. O zamandan beri, uyarılma durumlarında, bu maddenin yatıştırıcı etkisinden yararlanılmıştır. Ama kayda geçmiş olan birçok zehirlenme kazası (bazıları ölümcül) ve Largactil'in keşfi, lithium'un terkedilmesini açıklamaktadır.

Bir Danimarkalı olan Mogens Schou'nun titiz çalışması lithium'un çift özelliğini teyid etmektedir: yatıştırıcı ve önleyici. Aynı çalışmada kullanım tarzı da belirlenmiştir: Tedavide başarıya ulaşılması için kandaki oran (lithiemi) belirli bir sınırı aşmalıdır (litrede, 0.6 milimol), ama zararlı olabileceği bir marjın altında kalmalıdır (1 ile 1.2 milimol/l). Lithieminin zehirli olmadığı bu başarı alanı "tedavi bölgesi" olarak adlandırılır.

Lithium, manik-depresif psikozun tekrarlarının engellenmesi için, yıllar boyu, bazen bir ömür boyu kullanılabilmektedir. Bir tuz biçiminde, karbonat (Theralite*, Neurolithium*) olarak verilebilir, ama günde bir ya da iki kez oral yoldan diğer tuzlar da kullanılabilir (sülfat, sitrat, vb.). Pozoloji, gerekli lithieminin sağlanması için gitgide artırılır. "Tedavisel bölgesi"ndeki lithiemi değerlerinin elde edilebilmesi için, önceleri haftada bir kan alımı

gerçekleştirilir. Daha sonra, bu kan kontrolü ayda bire ya da iki ayda bire indirilir. Tedavide kontrendikasyon azdır: Böbrek yetmezliği görülebilir, zira lithium böbrek tarafından atılır ve tuzsuz rejim uygulanır. Bu durumda, lithium, ağır bozukluklara neden olarak hücre içinde sodyumun yerini alır. Depresyonlu kişi, özellikle besinlerden tuz alması gerektiğinden haberdar edilmelidir.

Sıklıkla manik-depresif psikozların bipolar biçimlerindeki tekrarının önlenmesinde salık verilen lithium, incelenen hastaların üçte ikisinde başarılı olmuştur: Depresyonlu kişilerin üçte birinde tekerrürlerin kaybolduğu ve diğer üçte birlik kısımda ise frekansın, sertliğin ve depresyon süresinin düştüğü gözlenmiştir.

Ünipolar depresyonlarda, lithium ya da bir antidepresör arasında seçim yapılır. Sözkonusu iki metod bütünüyle eşdeğerdir; bu arada kullanılması, birinin kullanımında daha büyük bir etki göstermez. Bazı hastalar birine ya da diğerine daha iyi cevap verirler.

Lithium tedavisi hiçbir problemle karşılaşılmadan durdurulabilir. Lithium bağımlılık yapmaz. Bununla birlikte, lithium tedavisinin kesilmesinden sonra, sonuç ne olursa olsun, depresyon yeniden gelişen akışına döner. Bu anlamda, tedavi iyileştirici değil, geciktiricidir. Tedavi sonrası çekimserlik, bazen yıllar sonra bile tekrarla sonuçlanmaz, ama bu durum nadiren görülür.

b) Epilepside salık verilen *Carbamazepine* (Tegretol*) bir başka mizaç düzenleyicidir. Depresyonun tekrarları için alınan önlemlerde lithiumla aynı sonuçları verir. Hızlı çevrim biçimleri (yılda dört nöbetten fazla) ayrıcalıklı bir endikasyondur. Bir ürüne direnen biçimleri bir başka ürüne cevap verebilir.

İki ilacın birarada kullanımı, bunlardan biri başarısız olduğunda bile başarı gösterir.

Tedavi prensibi lithiumunki ile aynıdır. Litrede 6 ile 12 mg.lık bir Tegretol kan oranı elde edilmesi gerekmektedir. Carbamazepine'in başarısı da geciktirici olma yönündedir.

c) Tekrarı önleme gücündeki diğer moleküller:

- Valpromide (Depamide)

- Valproate (Depakine)

ama açıkça kanıtlanmamıştır.

B) Uzun Süreç İçinde Antidepresanlar - Antidepresan tedavisinin nöbetlerden sonra da sürdürülmesinin amacı, depresyonun nüksetmesinin önlenmesidir. Moleküller, depresyonun iyileştirilmesi için gerekli olan pozolojide kullanılmalıdır. Bazı istenmeyen etkiler gözlenmesi halinde tıbbi gözetime başvurulması gerekmektedir. Bipolar biçimler antidepresanlar vasıtasıyla önlem alınmasına olanak sağlamaz, zira vakaların yarısında manik depresyonların ünipolar biçimleri ve nükseden nevrotik depresyonlar için düşünülmektedir.

4. Dirençli Formlar - Bazı depresyonlar tedaviye direnir ve kronik bir form geliştirirler. Nedenlerin araştırılmasına uygundur. Şematik olarak üç türe ayrılırlar:

- Organik neden: 50 yaşın üzerindeki depresyonlu kişilerde yeni başlayan bir yıpranma, tanınamayan bedensel afeksiyonlar. Akiskal'a göre, tedaviye direnenlerin yüzde 10'unda derin bir kanser vardır ve bunun sistematik olarak araştırılması uygun olacaktır;

- Zararlı varoluş şartları ya da zararlı afektif şartlar;

- Asosiye kişilik bozuklukları; bu kişiler antidepresanların yanında ya da dışında tedavisel yönelimler gerektirebilmektedir.

5. Seyahatler, İklimler - "Düşünceleri değiştirmek" ve üzüntüyü atmak üzerine artık unutulmuş olan bir gelenek de, depresyonlu kişilerin seyahate çıkmasını salık vermektir.

Ama doktorlar depresyonlu kişilerin ruh halini değiştirmemektedir; depresyonlu kişiler bagajı olmayan yolculardan değildir.

Yalnızca Salvador Dali, Creus'un yolu olan "gezegene ilişkin kaçma yolu"nu bulabilmiştir.

İklim de etkili olmaz. Bununla birlikte, Pr. Gayral de Toulouse, istatistiki olarak, intiharların doğu yeliyle arttığını göstermiştir.

Buna karşılık, nevrotik depresyonlar, alçak dağlardan yararlanır gibi görünür. Jura, sakin gölleri ve ormanlarıyla bazı özel kaplıca bölgelerinde de olduğu gibi (Di-

vonne, Neris-les-Bains, Saujon) yatıştırıcı bir etki göstermektedir.

Deniz! Özellikle Atlantik Okyanusu, Manche, yatıştırıcı etkisiyle, depresyonlu kişilere, "sinirli" kişilere, özellikle de çocuklara uygun değildir. Leon Daudet şunları kaleme alır: "Deniz zayıfları öldürür, güçlüleri çatlatır." Sonuç olarak kendini iyi hissetmeyenlere tavsiye edilmemelidir.

SONUÇ

Depresyonu tanımak, onu birçok acı olay içinde açığa çıkarmak, yanılgıdan kurtarmak, iyileşmesini sağlamaktır. "Güne ulaşan yalnızca uzun gecedir." (Shakespeare, Macbeth).

BİBLİYOGRAFYA

Beck A. T., Rush A. J., Shaw B., Emery G., *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.

Bertschy G., Vandel S., Volmat R., Epidémiologie de la dépression: données récentes, *Psychiatrie et Psychologie*, 1988, 3, 3, 149-158.

Blackburn I. M., Cottraux J., *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, Masson, 1987.

Caillard V., Etude épidémiologique des troubles de l'humeur chez les Amish, *Actualités internationales en Psychiatrie*, 1985, 2, 19-23.

Chabrol H., *La dépression de l'adolescent*, Paris, PUF, 1988.

Debray Q. ve Caillard V., Facteurs génétiques et facteurs d'environnement dans l'étiologie de la dépression, in *La maladie dépressive*, Rueil-Malmaison, Laboratoire Ciba Geigy, 1983.

Deniker P., Lempérière T., Guyotat J., *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990.

Domecq J. - B., *Leçons de philosophie*, Paris, Marcel Caleter, 1916.

Féline A., Hardy M. C., Le Goc I., Anxiété et/ou dépression, *La maladie dépressive* içinde, Rueil-Malmaison, Ciba Geigy; 1983, 145-168.

Fouks L., Guibert S., Montot M., La notion du temps vécu chez P. Janet, *Ann. médicopsychol.*, 1988, 148, 10, 941-952.

Freud S., Deuil et mélancolie (1915), *Métapsychologie* içinde, Paris, Gallimard, 1968, 145-185.

Golse B., Messerschmitt P., *L'enfant déprimé*, Paris, PUF, 1983.

Guelfi J. D., Boyer P., Consoli S., Oliver-Martin R., *Psychiatrie*, Paris, PUF, 1987.

Hardy P., Féline A., de Bonis M., Rigaud A. S., Epellbaum C., Dépressions avec attaques de panique: caractéristiques cliniques et prévalence en milieu hospitalier, *Can. J. Psychiatry*, 1990, 35, 64-70.

Klein M., Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs (1934), *Essais de psychanalyse* içinde, Paris, Payot, 1987, 311-340.

Koupernik C., Lôo H., Zarifian E., *Précis de Psychiatrie*, Chevilly-Larue, Flammarion Médecine-Sciences, 1982.

Lévy B. - H., *Les derniers jours de Charles Baudelaire*, Paris, Grasset, 1988.

Lôo H., Olié J. - P., Gay C., *Le déprimé et son lithium*, Paris,

Masson, 1989.

Matussek P., Neuner R., Loss events preceding endogenous and neurotic depressions, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1981, 64, 340-350.

Mendlewicz J., *Manuel de psychiatrie biologique*, Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, São Paulo, Masson, 1987.

Pichot P., Guelfi J. D., Pull C. B., Sémiologie de la dépression, *Encyclop. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37110 A 10, 12-1980.

Rosenthal N. E., Sack D. A., Gillin J. C., Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, 72-80.

Rouillon F., *Dépression, la rechute est-elle inéluctable?*, Puteaux, Laboratoire Hoechst, 1985.

Spitz A., *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, 1968.

Zarifian E., Lôo H., *Les antidépresseurs. Aspects biologiques, cliniques et thérapeutiques*, Neuilly-sur-Seine, Roche, 1982, 476 s.