

Akut Miyokard Enfarktüsü Sonrası Depresyon ve Anksiyete Sıklığı*

FREQUENCY OF DEPRESSION AND ANXIETY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Nurettin Güneş¹, Meltem Efe Sevim², Salih Yaşar Özden³

Özet

Amaç: Bu çalışma dünyada en çok görülen ölüm sebepleri arasında yer alan miyokard infarktüsü (MI) sonrası depresyon ve anksiyete oranını belirlemek, MI sonrası erken dönemde depresyon ve anksiyeteyi teşhis etmenin, ileride oluşabilecek mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkin rol alabileceğini göstermek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya yoğun bakımdan çıkmış, akut MI sonrası 2. haftada olan, 40 gönüllü hasta ve tüm kriterleri olgulara denk olan 40 kişilik kontrol grubu alınmıştır.

Bulgular: Hamilton depresyon ölçeği ve Beck depresyon ölçeğine göre MI sonrası 2. haftada hastaların %50-82'sinde depresyon saptanmıştır. MI sonrası anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur. Olgu grubunda depresyon ile düşük ekonomik düzey arasında, reinfarktüs ve depresyon arasında, ailede miyokard enfarktüsü sonrasındaki ölümler ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Evlilerde depresyon oranı daha yüksek tespit edilmiştir.

Sonuç: Depresyonun, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz etkilemesi, MI sonrası geç dönemde morbidite ve mortaliteyi artırması bu konunun önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Miyokard enfarktüsü, anksiyete, depresyon

Summary

Objectives: This study, aimed to detect the rate of depression and anxiety after myocardial infarction (MI) and to confirm that it is important to recognize depression and anxiety earlier in the post MI period in order to reduce the mortality and morbidity rate in this period.

Methods: Volunteering patients who had been interned and treated in the cardiac intensive care service were asked questions in the second week of the post MI period. The control group included 40 other patients who had the same features.

Results: 50-82% of patients were in depression in the second week of the post MI period according to Hamilton and Beck depression scale. Post MI anxiety rate was low. In the patient group there were significant correlations between depression and low socioeconomic level, between reinfarction and depression, between mortality rate in their family and depression. Depression rate was detected higher in the married group.

Conclusion: Depression effects low the process of MI in a negative way and increases the mortality and morbidity in the late post MI period. This shows the importance of the issue.

Key words: Myocardial infarction, anxiety, depression

Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal, davranış sorunları hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını düzeltme ve iyilik halini, hastalığın seyrini, mortaliteyi ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir.¹ Dahili hastalıklarda depresyon semptomları ve depresif sendromlara sık rastlanılır.²

Kalp hastalıkları ve özellikle akut miyokard enfarktüsü psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Bu çalışmanın amacı; dünyada en çok görülen ölüm sebepleri arasında yer alan miyokard enfarktüsü (MI) sonrası depresyon ve anksiyete oranını belirlemek, diğer dahili hastalıklardaki depresyon ve anksiyete so-

* VI. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

¹) Örnektepe Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı

²) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

³) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Doç. Dr.

nuçlarıyla kıyaslamak, MI sonrası erken dönemde depresyon ve anksiyeteyi teşhis etmenin, mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.

Miyokard enfarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Kişi kalbinden rahatsız olduğunu anlayınca ölüm aklına gelir. Bu hastalarda kuşkusuz en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur. İkinci en büyük kaygı kaynağı ise sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres yaratıcı, krize neden olacak etkisi ile ilgili çalışmalar kalp krizinin en ciddi zorlanma yapan hastalıklardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlikte de enfarktüs ve zedelenme yaşanmaktadır. Kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmiş; yaşam amaçları, cinselliği tehdit altında veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünür.¹

Bu aşamada hastalar en çok kısıtlanmaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Benlik enfarktüsü duygu ve algısı, bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine yol açabilir. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, 2. günde inkar ve tedaviyi reddetme, 3. ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır. Göğüs ağrısı yakınması ve MI şüphesi ile koroner bakım ünitesine yatırılan bir hastada kaydedilen davranış kalıpları, kaygı -inkar- depresyon şeklinde bir seyir izlemektedir. Yatışı takiben kaygı ve ölüm korkusu en üst noktadır. Kaygı hastada otonom sinir sistemi aktivitesi bozulmuştur.³ Kaygılı kişi üzerinde ayrıca yüklenmeye yol açar. MI geçiren bir hastadaki ileri kaygı, koronerlerin beslenmesini daha da etkiler, MI komplikasyonlarının daha da artmasına neden olur. Psikiyatrik tedavi ve bakım sadece yaşam kalitesini ve tedavi hizmetlerinin kalitesini artıran psikososyal bir hizmet değil, her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen bir klinik tıp hizmetidir.⁴

MI şüphesi ile yatırılan hastalar arasında en fazla kaygı; şişmanlık, sigara içimi, ailede kalp hastalığından ölüm olanlarda, ya da öyküsü çeşitli kalp hastalığı yönünden yüklü olanlarda görülür.

İlk aşamadaki kaygı ve panikten sonra inkar davranışı ön plana çıkar. İnkâr aslında ölüm korkusu ve genel kaygıya karşı belleğin geliştirdiği bir savunmadır. İlk

aşamada müdahale edilmesi gerekemeyebilir. İnkâr hastalığın anlamı ve önemini yarattığı anksiyete karşı bir savunmadır.¹ Ancak hastalığın inkarı, adaptasyonu ve tedaviyi zorlaştırır.

Kalp krizinin akut dönemi geçtikten sonra ve genel olarak kronik kalp hastalıklarında depresyon ön plana çıkar.

Kaygılar, kaybedilen işlevler ya da işlev kaybı endişesi, cinsel yetersizlik endişesi, iş, ev ve sosyal etkinliklerini yürütemeyeceği kaygısı, kişide narsistik zedelenmeye yol açar. Yaşam amaçlarının kaybı endişesi, obje kaybı gibi kayıp tepkileri yanında geçmişe ilişkin suçluluk düşünceleri gelişebilir.

Anksiyete, inkar, depresyon gibi tepkiler yanında premorbid yapıya ve psikososyal çevreye göre farklı kişilik değişiklikleri gelişebilir. Bazı hastalar kendilerinin MI geçirmediklerini ispat etme çabasına girerler. Sağlıkları için zararlı her türlü aktiviteyi ısrarla sürdürürler. İstirahat etmesi gereken hasta, örneğin dağcılık yapmaya girişebilir. Bir grup hasta ise tam tersine her şeyden vazgeçici bir tutum geliştirebilir. Yaşamaktan, mücadele etmekten tümünden vazgeçebilir. Bir diğer savunma biçimi de kardiyak nöroz veya hipokondri gelişimidir. Bu hasta grubu; tüm dikkat, enerji ve duygularını kalp bölgesine odaklaştırır. Normal sınırlardaki en ufak fizyolojik değişiklikleri veya diğer sebeplere bağlı olabilecek her türden bulguyu kalp krizi şeklinde yorumlar ve doktordan doktora dolaşırlar. Bu hastalarda istirahatte nefes darlığı, palpasyon, baygınlık, boğulma hissi ön plandadır. Bu kişilerin kaygısı ileri incelemelerle azalmaz, artar. Bu tip hastalar psikiyatri ile iş birliği içinde izlenmelidir.

Kalp hastalığında (özellikle MI) anksiyete bir ölçüde normaldir. Ancak sempatik uyarılma arttıkça hem anksiyete artar, hem de kalbe yüklenme artar ve MI komplikasyonlarının gelişme riski yükselir. Hastanın izlemeye erken alınması ve denetimli bir şekilde mobilizasyonu anksiyetenin azalmasına yardımcı olur. Birçok kalp hastası yoğun bakımda kendini emniyette hisseder ve servise alınca, başlangıçta kaygılar artar. Hastalara neyin, ne zaman, serbestçe yapılabileceği açık olarak anlatılmalıdır. Anksiyetenin azalmasında ve olumsuz savunmaların gelişmesinin engellenmesinde bu bilgilendirme çok önemlidir.¹

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya yoğun bakımdan çıkmış, akut MI sonrası 2. haftada olan, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, afazisi olmayan ve kısa akıl muayenesinde 23 ve üzerinde puan alan 40 gönüllü alınmıştır.

Kontrol dahiliye polikliniğine başvuran, kardiyak hastalığın olmaması dışında diğer tüm kriterleri olgulara denk olan gönüllü 40 kişi alınmıştır.

Tüm olgulara, kapsamlı dahili değerlendirme yapılmış, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği, Kısa Akıl Muayenesi ve stresor faktörleri de kapsayan sosyodemografik anket formu uygulanmıştır.

İstatistiksel incelemede Microsoft Windows Excel SPSS programı kullanılmıştır. Hasta grubunun kendi içindeki karşılaştırmasında ki kare (χ^2) testi, olgu gurubu ile kontrol gurubu arasındaki karşılaştırmalarda ise Student t ve Mann Withney U testleri kullanılmıştır. Anlamlılık için %5 sınır olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

HDÖ'ne göre depresyon sıklığı ve şiddeti

Olgu grubunda HDÖ'ye göre %35 hastada (n=14) majör depresyon, %47.5 hastada (n=19) minör depresyon tespit edilmiş (p=0.006), %17.5 hastada (n=7) ise depresyon saptanmamıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında vakalarımızda depresyon istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.000).

BDÖ'ne göre depresyon sıklığı ve şiddeti

BDÖ'ye göre, %7.5 hastada (2 kadın, 1 erkek) majör depresyon, %42.5 hastada (6 kadın, 11 erkek) minör depresyon görülmüştür. Olgu grubundaki hastaların %50'sinde (n=17) depresyon saptanmıştır. Bu hastaların %42.5'i (n=17) orta derece, %7.5'i (n=3) majör depresyon olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.006).

Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyi

Olgu grubunda Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre hastaların %67.5'inde (14 kadın, 13 erkek) anksiyete saptanmıştır (p=0.143). Olgu grubundaki hastaların %55'inde (7 kadın, 15 erkek) hafif ve orta düzeyde anksiyete, %12.5'inde (3 kadın, 2 erkek) de yüksek düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Bu oranlar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kontrol grubunda anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.830).

Medeni hal: Olgu grubunun %2.5'i bekar, %85.0'i evli, %12.5'i dul idi. HDÖ'ye göre hastaların %62.5'inde (18 evli, 1 dul) minör depresyon, %35'inde (10 evli, 4 dul) majör depresyon saptanmıştır (p=0,044). Kontrol grubunda hastaların %75'i evli (n=30), %12.5'i (n=5) dul, %12.5'i (n=5) bekarıdı. Evlilerde depresyon ve anksiyete oranı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.000).

Ekonomik düzey

Olgu grubunun %27.5'i aylık 100 milyon TL ve altında, %70'i 100 milyon ile 200 milyon TL arasında, %2.5'i ise 200 milyon TL'nin üzerinde gelire sahipti. BDÖ'ye göre (p=0,004) ve Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre (p=0.046), depresyon ve anksiyete ile düşük ekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. HDÖ'ne göre ise (p=0.068), anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kontrol grubunda ise bu 3 parametre ile düşük ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0.763).

Ailede MI öyküsü

Hastalardan %47.5'inde (n=19) ailede MI öyküsü saptanmıştır. Depresyonla ailede MI ilişkisi yönünden HDÖ'ne göre p=0.377, BDÖ'ne göre p=0.866, Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre ise p=0.361 bulunmuş olup, anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında da sonuç anlamlı bulunmamıştır (p=0.813).

MI'da lokalizasyon

Hastaların %40'ında (n=16) anterior MI, %35'inde (n=14) inferior MI, %7.5'inde (n=3) anteroseptal, 7'si (%17.5) posterior MI saptanmıştır. MI lokalizasyonu ile depresyon ve anksiyete ilişkisi, HDÖ (p=0.143), BDÖ (p=0.731), Beck Anksiyete Ölçeği (p=0.942)'ne göre anlamlı değildir.

Ailede MI sonrası ölüm

Olgu grubundaki hastaların %32.5'inde (n=13) ailede MI sonrası ölüm saptandı. Bu durumla depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki; HDÖ'ne göre p=0.068, BDÖ'ne göre p=0.943, Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre p=0.299 bulunmuştur. Ailede MI sonrası ölüm kontrol grubuna göre (p=0.020) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sosyal destek

Olgu grubundaki hastaların %5'i (n=2) yalnız, %10'u (n=4) eşile, %70'i (n=28) eş ve çocuklarıyla, %15'i (n=6) çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. HDÖ (p=0.512), BDÖ (p=0.285), Beck Anksiyete Ölçeği (p=0.161)'ne göre sosyal destek ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırmada da depresyon ve anksiyete ile sosyal destek arasındaki ilişki yine istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.087).

Tartışma

Freasure Smith ve ark. (1993) çalışmasında MI sonrasında depresyon sıklığının %50 olduğu, bu vakaların

%20'sinin majör depresyon olduğu saptanmıştır.⁵ Benzer şekilde Özden ve ark. (1990) MI sonrası erken dönemde %20 - %50 oranında depresif mizaç tespit etmişler ve bunların yarısından fazlasının 1 aydan uzun süre devam ettiğini bildirmişlerdir.² Sonuçlarımızın her iki çalışmayla uyumlu olması önemli bulunmuştur.

Tüm bunlardan da anlaşılacağı gibi MI sonrası depresyon oldukça önemli oranlarda gözükmektedir. Ayrıca Freasure Smith ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kardiyovasküler hastalığı olanlarda depresyonun mortaliteyi arttırdığı saptanmıştır. MI sonrası depresyonun saptanmasının ve tedavisinin mortaliteyi azaltmada oldukça etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

Katon ve arkadaşlarının bildirdiği gibi kronik anksiyenin uzun dönemde MI ile ilişkili olmadığı sonucuna uygun olarak vakalarımızda anksiyete oranının düşük çıkması vakaların MI sonrası 2. haftada alınmasına bağlanmıştır. Bilinmektedir ki MI sonrası ilk günlerde anksiyete görülmekte, sonrasında ise depresyon oluşmaktadır.³

Lisa ve arkadaşlarının⁶ yaptıkları çalışmada; MI sonrası izlemde; yalnız yaşayanlarda ve sosyal destekten yoksun hastalarda depresyon ve mortalite oranları sosyal destek alanlara göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur. Case ve arkadaşlarının⁷ yaptıkları çalışmada ise yalnız yaşamak; %54 tehlike oranı ile post MI depresyon ve dolayısıyla mortaliteyi yükselten bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda sosyal destek ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişkinin olmaması ülkemizde aile desteğinin bir şekilde sağlanmasına ve yalnız yaşayan olgu sayımızın azlığına bağlanmıştır.

Olgularımızda ekonomik düzeyin düşüklüğü ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. MI sonrası takip ve tedavi hizmetlerinin yüksek maliyeti sosyal güvencesi olan hastalarda dahi belirgin bir sıkıntı yaratmaktadır. Hayatıyla ilgili ciddi bir tehditle karşılaşan kişi ekonomik sorunlarla da karşılaşınca depresyon riskinin artması olağandır.

Reenfarktüs ve depresyon arasındaki ilişki anlamlı olup, kişinin tekrar ölüm tehdidiyle karşılaşmasının yarattığı artçı bir sonuç olarak görülmüştür.

Sonuç olarak, hayatı tehdit eden miyokard enfarktüsü gibi ağır bir hastalık sonrasında gelişebilecek psikiyatrik komplikasyonlar konusunda uyanık olan bir klinisyen hem hastasının yaşam kalitesini yükseltecek, hem olası enfarktüsleri geciktirebilecek, hem de tedavi standartını yükseltebilecektir.

Kaynaklar

1. **Özkan S.** Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche Yayınları 1993; 103-8.
2. **Özden SY.** Dahili hastalıklarda depresyon. *Kartal Eğitim ve Araştırma Klinikleri* 1990; 1 (1):31-5.
3. **Katon W, Sullivan M, Clark M.** Psychological factors, affecting medical conditions in cardiovascular disorders. *Section* 1995; 26(4): 1491-500.
4. **Cassem NH, Hacken TP.** Psychological aspects of myocardial infarction. *The Medical Clinics of North America*'da. Ed. Wise TN, Reading A. Philadelphia, B Saunders Company, 1977; 61(4).
5. **Frasure Sn, Lesperance F, Talajic M.** Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-25.
6. **Lisa F, Berkman PO, Linda L, Summers MPH, Ralph I, Horwitz MD.** Emotional support and survival after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1003-9.
7. **Case RB, Moss AS, Case N, McDermott M, Eberly S.** Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *JAMA* 1992; 267: 515-9.

Geliş tarihi: 14.06.2000
Kabul tarihi: .19.12.2000

İletişim adresi:

Dr. Nurettin Güneş
Kanarya Mah. Dr. S. Ahmet Cad.
No: 138/1 K. Çekmece-İstanbul
Tel: (0542) 412 04 35