

# Depresyon ve Beslenme Tedavisi

## Depression and Nutrition Therapy: Scientific Letter

Hilal ÇİFTÇİ,<sup>a</sup>  
Dr. Emine YILDIZ,<sup>a</sup>  
Dr. Seyit M. MERCANLIGİL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Beslenme ve Diyetetik Bölümü,  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık  
Teknolojisi Yüksekokulu, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 01.03.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.06.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Seyit M. MERCANLIGİL  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık  
Teknolojisi Yüksekokulu  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara  
TÜRKİYE/TURKEY  
seyitmer@hacettepe.edu.tr

**ÖZET** Depresyon kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluk sonrasında gelişen duyu durumu bozukluğudur. Toplumda çok sık görülmekle beraber, ilk kez depresyonun tanımlanması Hipokrat dönemine kadar eskilere uzanır. Depresyonun temelinde daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük aktivitelere karşı isteksizlik ve hayattan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak kişide kederli ve üzgün bir duygudurum ile birlikte görülen bazı değişiklikler zamanla oluşur. Bu durumda kişi herşeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmiş ve geleceği düşünmeye başlar. Depresyonun umut verici yanı tedavi edilebilir olmasıdır. Depresyon tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisi yanında bu tedavileri destekleyen kişiye özgü beslenme tedavisinin de uygulanması önem taşımaktadır. Depresif bireylerin klinik tablosunda izlenen iştah değişimleri ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler gibi durumlar bireyin beslenme tedavisinde dikkat edilmesi gereken önemli noktalar arasındadır. Ayrıca kullanılan antidepresan ilaçların yan etkilerine bağlı olarak da bireyin günlük beslenme programında bazı değişiklikler yapılabilir. Özellikle monoaminoksidaz inhibitörü (MAOI) türevi olan ilaçlar ile tedavi edilen depresif bireylerde özel beslenme programları uygulanır. MAOI türevi ilaçlar basit feniletik aminlerin (tiramin ve dopamin) etkisini arttırmakta ve hipertansiyon gibi birçok yan etki oluşumuna neden olmaktadır. Bu bireylerin beslenme programlarında tiraminden zengin olan besinler; eski miş peynir çeşitleri, çikolata, maya ekstraktları, nitrit içeren besinler, yoğurt, bakla, alkol (fermente), tütülenmiş veya salamura balık, kafein (kahve, kolalı içecekler, enerji içecekleri vb.) muz, soya ürünleri, tavuk karaciğeri, aspartam içeren gıdalar, lahana turşusu diyetten çıkartılır.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon; beslenme tedavisi

**ABSTRACT** Depression is a mood disorder that develops after genetic, environmental or hormonal disorders. However, it is very common in the population and the first definition of depression extends back to the Hippocrates period. Depression is based on unwillingness to do daily activities, which were done willingly and with pleasure previously and the condition of not taking pleasure in life. In addition, some changes develop in time due to the grief and worries associated with the condition. In this condition, the person has a negative attitude to everything and has pessimistic thoughts for the past and future. What is promising in depression is that it can be treated. Nutritional support as well as psychotherapy and drug therapy are the major elements of depression treatment. The conditions that appear during the clinical course of depressive people such as appetite changes, weight changes related to appetite changes, constipation, dehydration, changes in the serum vitamin levels are the major issues that should be considered in the nutritional treatment of the individual. In addition, some changes may be considered in the daily nutritional program according to the side effects of antidepressant drugs used. Special nutritional programs should be used especially in depressive persons who are treated with the monoaminooxidase inhibitor (MAOI) drugs. MAOIs increase the effect of simple phenylethylamines (tyramine and dopamine) and are associated with many side effects like hypertension. In the nutritional program of such individuals, foods rich in tyramine such as aged cheese, chocolate, yeast extracts, foods containing nitrite, alcohol (fermented), smoked or pickled fish, caffeine (coffee, cola, drinks, energy drinks etc.), banana, soy products, chicken liver, foods containing aspartame, and sauerkraut should be excluded from the diet.

**Key Words:** Depression; nutrition therapy

İnsanoğlu doğadaki canlılar içinde duygusal tepkileri en yoğun, en canlı ve birbirinden çok değişik şekillerde yaşama yeteneği olan bir varlıktır. Kişinin belli bir süre, göreceli olarak değişmez biçimde içinde bulunduğu duygulanım durumuna duygudurum (mood) adı verilir. Bu duygudurum değişmez değildir. Çeşitli etkenlere bağlı olarak dalgalanmalar gösterir. Ancak bu dalgalanmaların bazen aşırı boyutlara ulaşip uzun süre devam ettiği izlenir. Bu durum kişide artık bir “duygulanım bozukluğunun” söz konusu olduğunu göstermektedir.<sup>1</sup>

Duygulanım bozukluklarından biri olan depresyon; çevresel değişikliklere uygun olmayan tepkiler gösterme, iç yaşamında sürekli çelişkiler içinde olma durumu olarak tanımlanır.<sup>2</sup>

En yalın şekilde umutsuzluk, keder ve eleme benzer duygu durumu olarak tanımlanan depresyonda klinik olarak şu 3 alanda bozukluk izlenir.<sup>3</sup>

### 1. DEPRESİF DUYGU DURUMU (DEPRESİF MOOD)

Burada elem, keder, umutsuzluk, kendi değerini küçümseme veya kendini değersiz görme duyguları, karamsarlık, kötümserlik gibi duygular ve bu duygulara zaman zaman eşlik eden anksiyete görülür. Tüm duygu durumları; intihar düşünce ve girişimlerine yol açabilir.

### 2. MENTAL AKTİVİTELER VE İTKİSEL GÜÇLERDE İNHİBİSYON

Bu durumda hastanın günlük yaşamında bir geri çekilme izlenir. Hasta çevresinde olup bitene karşı genel olarak ilgisizdir, insanlarla olan ilişkilerini sınırlandırmaya başlamıştır.

### 3. MOTOR, PSİKOMOTOR VE FİZYOLOJİK AKTİVİTELERDE İNHİBİSYON

Hastalarda motor aktivitede yavaşlama ve fiziksel bir çöküntü gözlenir. Bunlara iştahsızlık, vücut ağırlığı kaybı, uyku bozuklukları ve cinsel istekte azalma gibi yakınmaları kapsayan biyolojik ve veyetatif semptomlar eşlik eder.

Öte yandan depresyonda olan hastanın dış görünümü de dikkat çeker. Alnında kırışıklık, ağız köşelerinde çökme, cansız duruş, çökmüş omuzla-

rı ve sanki kendi üzerine katlanmış görünümü ile depresif bir postür izlenir.<sup>1</sup>

## DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİNDE BESLENMENİN ROLÜ

Duygudurumu bozukluklarının etiolojisinde beslenme rolü ile ilgili pek çok dikkate değer görüş bulunmaktadır. Ancak bu görüşlerin pek azı insanlar üstünde çalışabildiğinden çoğunun mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır.<sup>3</sup> Beyin fonksiyonlarının devamlılığı için yeterli beslenmeye gereksinim vardır. Diyet kalitesinin kötü olması depresyon için bir risk faktörü olabilir.<sup>4</sup>

Beyindeki serotonin 5-hidroksitriptamin, (5-HT) seviyesinin ruh hali üzerine etkili olduğu ve serotonin seviyesindeki düşüşlerin bazı bireylerde depresyonun etiolojisine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Serotonin sentezi için gerekli olan triptofan seviyelerindeki azalmalar serotonin seviyesindeki düşüşlere etki etmektedir. Bu durum tüm bireylerde olmasa da bazı bireylerde duygudurumunda bir düşüklükle sonuçlanmaktadır.<sup>3</sup> Bir monoamin olan serotonin seviyesindeki düşüşler aynı zamanda besin alımını ve vücut ağırlığı kazanımını azaltmakta ve paraventriküler nukleusun uyarılması ile enerji harcamasını artırmaktadır.<sup>3,5</sup>

Hipotalamusta protein, yağ ve karbonhidrat alımı ile 5-HT dönüşümü arasında negatif bir geribesleme (feedback) mekanizması bulunmaktadır. Düşük dozda 5-HT veya bu nörotransmitterin salınımını arttıran ilaç kullanımı karbonhidrat alımını, protein ve yağlara göre daha fazla azaltmaktadır. Karbonhidrattan zengin bir öğününün tüketilmesinden sonra kanda glukoz, insülin, leptin ve kortikosteron seviyelerinin artması ile beraber, medial hipotalamusta 5-HT salınımı da artar. 5-HT seviyesindeki bu artış ise negatif geribesleme (feedback) mekanizması ile birlikte karbonhidrat alımını baskılamaktadır.<sup>5</sup>

Ratlarda, düşük beyin serotonin seviyesi ile serum folat seviyesinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum, insanlarda ruh hali ile ilişkili olduğu gösterilen tiramin seviyesini de etkileyebilmektedir.<sup>3</sup> Folat ayrıca metionin ve S-adenosilmetionin (SAM) sentezinde kullanılmaktadır. SAM ise, DNA, RNA,

hücre zarı lipitleri ve nörotransmitterlerde gerçekleşen çeşitli metilasyon reaksiyonlarında metil donorü olarak görev yapmaktadır. SAM'ın ayrıca antidepresan özellikleri olduğu bilinmektedir. Tüm bunlara dayanarak folat yetersizliği ile depresyon arasındaki ilişkinin altında yatan nedenin, düşük hücre SAM konsantrasyonu ve santral sinir sisteminde SAM bağımlı metilasyon reaksiyonunun inhibisyonu olduğu söylenebilir.<sup>6</sup>

Folat yetersizliği antidepresanlara karşı bireyin yanıtını azaltmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde yüksek serum folat seviyesi bireyin tedaviye daha iyi cevap vermesini sağlamaktadır.

Psikiyatrik bozuklukları olan hastaların serum folat düzeylerinin incelendiği 20 farklı çalışmanın sonuçları psikiyatrik olguların 1/3'ünün düşük veya yetersiz folat seviyelerine sahip olduklarını göstermiştir.<sup>7</sup>

Psikiyatrik olan ve olmayan olguların serum folat, kırmızı kan hücre folat ve serum metiltetrahidrofolat (MTHF) seviyelerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda psikiyatrik olguların tüm serum folat değerlerinin psikiyatrik olmayan olgulardan daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmalar serum düzeyleri ve depresyonun ciddiyeti arasında bağlantı kurmayı başaramamışlardır. Sadece bir çalışmada, folat seviyesi ve depresif epizod sıklığı arasında ters ilişki bulunmuştur.<sup>7</sup>

Godfrey ve ark.nın yaptığı bir çalışmada 6 ay süreyle 13 majör depresif hastaya folatın aktif transport ile kan beyin bariyerini aşabilen formu olan 15 mg MTHF, kontrol grubunu oluşturan 11 hastaya ise plasebo verilmiştir. Sonuçta MTHF alan grupta 3. ve 6. ay arasında depresyon semptomlarında azalmalar ve sosyal hayata adaptasyonlar görülürken, plasebo alan kontrol grubunda herhangi bir iyileşme görülmemiştir.<sup>8</sup>

Depresyonun etiyojisinde n-3 yağ asitlerinin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Diyetin n-3 yağ asidi açısından yetersiz olması depresyon riskini arttırmaktadır. n-3 yağ asidi, eikozapentenoik asit (EPA) ve dokozaheksaenoik asit (DHA), beyin gelişimi ve fonksiyonları için önemlidir. Özellikle DHA, sinaptik hücre membranının önemli bir elemanıdır.<sup>10-12</sup> Bunların yağ asidi yeter-

sizliği hücre membran yapısında değişikliklere neden olmakta ve serotonin salınımı ve alımında sorunlara yol açmaktadır.<sup>3,4</sup> Ayrıca, n-3 yağ asidi yetersizliği ile alkolizm, multipl sklerozis ve postpartum depresyonda görülen depresif semptomlar arasında da ilişki vardır.<sup>9</sup>

Yapılan bir çalışmada depresif bireyler ile depresif olmayan bireylerin kırmızı kan hücre membranındaki yağ asidi miktarları incelenmiştir. Çalışmaya katılan 10 depresif birey ve 14 sağlıklı bireyin diyetle aldıkları çoklu doymamış yağ asidi miktarları da hesaplanmıştır. Sonuç olarak; depresif hastaların azalmış enerji alımlarından bağımsız olarak kırmızı kan hücreleri membranlarında n-3 yağ asidi seviyelerinin depresif olmayan bireylere göre önemli ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Depresyonun derecesi ile kırmızı kan hücre membranındaki ve diyetle alınan n-3 yağ asidi miktarları arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgular depresif semptomların n-3 yağ asidi takviyesi ile azaltılmasının mümkün olabileceğini göstermektedir.<sup>10</sup>

Finlandiya'da geniş bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada kadın bireylerde, balık tüketimi ile depresyon riski arasında önemli negatif ilişki bulunurken, erkek bireylerde bu ilişki gözlenmemiştir.<sup>11</sup> Çin'de daha küçük bir örneklem üzerinde yapılan başka bir çalışmada da vücut dokularında düşük n-3 yağ asidi seviyelerinin intihar eylemi için risk faktörü olduğu görülmüştür.<sup>12</sup>

Yaşlı depresif bireylerin, plazma yağ asidi kompozisyonlarının depresif olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, 60 yaş ve üstü 3884 yetişkin birey incelenmiştir. Bireylere depresyon tanısında kullanılan testler uygulandıktan sonra plazma fosfolipit konsantrasyonları karşılaştırılmıştır. Depresif semptomların görüldüğü 264 birey ile 461 kişiden oluşan kontrol grubunun n-3 ve n-6 yağ asidi seviyeleri karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda n-6 ve n-3 yağ asidi seviyelerinin depresif gruptan daha yüksek olduğu görülse de aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur.<sup>13</sup>

Majör depresyonlu hastalarda düşük serum kobalamin (vitamin B12) konsantrasyonu sıklığı ol-

dukça yaygındır. B vitamini ve depresyon arasındaki ilişki bu vitaminlerin santral sinir sisteminde monoamin metabolizması üzerine direkt etkileri ile açıklanmaktadır. Düşük B vitamini seviyeleri hiperhomosisteinemiye yol açmakta, bu durumda Alzheimer hastalığı gibi nöropsikiyatrik bozukluklar ile ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, hiperhomosisteineminin depresyona neden olabileceği veya ağırlaştırabileceği düşünülmektedir.<sup>14</sup>

Depresyon ve serum homosistein konsantrasyonu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, yaşları 46-64 yıl arasında değişen 924 erkek birey serum homosistein seviyelerine göre 3 gruba ayrılmışlardır. Homosistein seviyesi en yüksek olan grupta, en düşük olan gruba göre depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır.<sup>14</sup>

Çinko yetersizliği görülen yetişkin bireylerde daha sık depresyon görüldüğü saptanmıştır.<sup>15</sup> Düşük serum çinko seviyeleri depresyonlu bireylerde inflamatuvar yanıtın bir göstergesi olduğu gibi anti-depresan tedavisini de olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>16</sup>

Serum kolesterol seviyesinin düşük olması depresyon için başka bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Serum kolesterol seviyesinin düşürülmesi kardiyak nedenli ölüm riskini düşürürken, intihar, cinayet ve kaza nedenli ölüm riskini arttırmaktadır.<sup>17</sup> Yapılan bir çalışmada serum total kolesterol seviyesi 160 mg/dL'nin altında ve düşük dansiteli lipoprotein-kolesterol (LDL-K) seviyesinin ise 100 mg/dL'nin altında olan bireylerde intihardan ölüm riskinin daha yüksek olduğu saptanırken başka bir çalışmada yüksek dansiteli lipoprotein-kolesterol (HDL-K) seviyesindeki düşüş ile ciddi intihar olayları arasında ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>18,19</sup> Morgan ve ark.nın yaşları 50-89 yıl arasında değişen 1020 erkek birey üstünde yaptıkları bir çalışmada, plazma kolesterol seviyesi 4.14 mmol/L'nin altında olan bireylerde depresyon riskinin 3 kat daha fazla olduğu görülmüştür.<sup>20</sup> Düşük kolesterol seviyelerinin duygudurumu üzerindeki ters etkisi kolesterolün direkt olarak serotonin sistemi üzerindeki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Total serum seviyelerindeki düşüş hem beyindeki

5-HT seviyelerini azaltmakta hem de hücre membranlarındaki 5-HT reseptör sayılarında düşüşe neden olmaktadır. Ayrıca insan embriyosunun karaciğerindeki kolesterol miktarı azaldıkça 5-HT transporter aktivitesinin de azaldığı bilinmektedir.<sup>17</sup> Yaş ortalamaları 37.7 yıl olan 149 erkek, 156 kadın birey üzerinde yapılan diğer araştırmada düşük yağ, yüksek karbonhidrat içeren diyetin etkileri araştırılmıştır. Çalışma sonunda bu diyeti alan bireylerin plazma kolesterol seviyelerinde, agresif davranışlarda ve depresyon bulgularında azalmalar görülmüştür. Diğer tüm etkenler göz ardı edildiğinde bireylerde görülen bu olumlu değişiklikler diyetin n-3 yağ asidi içeriğinin yüksek olmasına bağlanmıştır.<sup>21</sup>

Beslenme ve psikoterapi arasındaki ilişki şüphesiz oldukça komplekstir ve sonuç olarak kesin yargılarda bulunmak için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.<sup>3</sup>

## DEPRESYONUN KLİNİK TABLOSU

### 1. KOGNİTİF (BİLİŞSEL) BOZUKLUKLAR

Düşünce sürecinde ve içeriğinde, bellek ve algılamada sorunlar ortaya çıkabilir.<sup>1,22,23</sup>

### 2. DUYGULANIM BOZUKLUKLARI

Elem, keder, karamsarlık gibi durumlar ve gün içi duygudurum değişimleri görülebilir. Öte yandan depresif hastaların pek çoğu anksiyete içindedir. Majör depresyondaki bu duygulanım bozuklarının en önemli sonucu intihar düşüncesi ve girişimleridir.<sup>1</sup>

### 3. DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

Depresif hastalıklarda çoğu kez toplumsal geri çekilme, fizik etkinlikte azalma ve genel bir enerji azalması (asteni) izlenir. Bu duruma "Psikomotor Retardasyon" adı verilir. Diğer bir grup ağır depresyonlu hastalar ise konuşması, davranışı ve duygularında aşırı aktiftirler, genel bir huzursuzluk içindedirler. "Psikomotor Ajitasyon" adı verilen bu tablo, daha çok yaşlı hastalarda görülürken, genç hastalarda ise psikomotor retardasyona daha sık rastlanmaktadır.<sup>1</sup>

#### 4. DEPRESYON VE BESLENME SORUNLARI

Depresyon gibi duygudurumu bozuklukları besin alımını, tat duygusunu ve besin seçimini pek çok yolla etkilemektedir.

##### A) Vücut Ağırlığı Değişimleri:

Depresif bireylerde iştah, genellikle azalmış olup, belirgin ağırlık kayıplarına yol açar. Bu bulgu özellikle endojen depresyonun tipik belirtisi olarak kabul edilir. Hastalar daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk almaz olurlar ve besinlere karşı ilgisizlik oluşur. Öğün zamanları düzensizleşir, besin seçimi kötüleşir, öğün atlama ve ağırlığın korunması ile ilgili sorunlar ortaya çıkar.<sup>2</sup> Suçluluk duygusuna bağlı olarak “yemek yemeyi hak etmediğini” düşünürler.<sup>3</sup> Ancak zorlayarak, kendilerine tatsız, tuzsuz gibi gelen yiyecekleri yemeye gayret ederler. Bu durum bireyde beslenme yetersizliklerine ve vücut ağırlığı kayıplarına neden olur. Çocuk hastalarda beklenen vücut ağırlığındaki artışların olmaması dikkate alınmalıdır.<sup>1,3</sup> Bazı hastalarda da dengesiz besin alımı ve karbonhidrat içeren besinlerin aşırı tüketimine bağlı olarak vücut ağırlığı artışı ve şişmanlama da görülebilmektedir.<sup>3</sup>

Üçüncü Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (1988-1994) verileri kullanılarak depresyon ve obezite arasındaki ilişki incelenmiştir. Beden kütle indeksi 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olan bireylerin obez birey olarak kabul edildiği bu çalışmada kadın bireylerde obezitenin şiddeti arttıkça, özellikle morbid obez sınırlarında depresyon sıklığının da arttığı görülmüştür. Erkek bireylerde ise benzer bir ilişki saptanmamıştır.<sup>24</sup>

Yüksek karbonhidrat alımı beyne giden triptofan oranını arttırarak beyindeki serotonin üretimini arttırmaktadır. Yüksek karbonhidrat alımının bu etkisi, depresif bireylerin ve stres altında olan bireylerin karbonhidrat tüketme isteklerindeki artışın sebebi olarak gösterilebilir. Ancak bazı araştırmacılar, depresyonda görülen çikolata gibi yüksek karbonhidrat içeren besinlerin tüketim isteğinin artmasını, bu tür besinlerin tüketimi sonucunda artan endorfin salgısına bağlamaktadırlar.<sup>3</sup>

##### b. Konstipasyon:

Depresif hastaların sık sık yakındıkları konstipasyon ise az yemek yeme ve su içmemeye bağlı olabileceği gibi, fiziksel aktivite düzeyindeki azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Diğer yandan bu hastaların kullandıkları antidepresif ilaçların da bu belirtiyi şiddetlendirdikleri ya da antikolinerjik etkilerinden dolayı bizzat konstipasyona neden oldukları unutulmamalıdır.<sup>1</sup>

##### c. Dehidratasyon:

Besin ve sıvı reddi, susuzluk hissinin kaybına bağlı olarak depresyonlu bireylerde ciddi dehidratasyon sorunları oluşturmaktadır. Depresyonlu bireylerin farkında olmadan sıvı alımlarını azalttıkları görülmektedir. Bireyde varolan dehidratasyon, bireyin daha çok besin alımı izlendiği ve sıvı alımı arka planda kaldığı için fark edilmeyebilir. Böylece dehidratasyon, konstipasyon ve sekonder üriner sistem enfeksiyonlarına yol açabilir.<sup>3</sup>

##### d. Serum Vitamin Düzeyleri:

Depresif hastaların serum riboflavin, pridoksin, folik asit düzeyleri genelde düşüktür.<sup>1,3,4</sup>

##### e. Anoreksi:

Mental anoreksideki yemek yememe, vücut ağırlığı kaybı gibi bulgular, depresif hastaların iştahsızlığı, vücut ağırlığı kaybı, besin reddi ile karıştırılabilir. Anoreksi daha çok genç yaşta kızlarda izlenir ve beraberinde çoğunlukla adet düzensizliği de bulunur. Hastalar yemek yemeyerek zayıflamak, beden görünümelerini, kendi içsel psikik gereksinimlerine uygun biçime sokmak gibi dinamik bir motivasyonla hareket ederken, depresif hastalarda iştahsızlık, vücut ağırlığı kaybı gibi bulgular, daha ziyade hastalığın biyolojik kökenli belirtileri arasında yer alır. Bazı hastalarda bunların da, suçluluk duygularıyla kendini cezalandırma, aç kalarak kendini ölüme bırakma gibi psikodinamik anlatımları olduğu izlenir. Ayrıca depresyon, daha çok orta ve daha ileri yaşların hastalığıdır.<sup>1,3</sup> Ancak özellikle ergenlik döneminde izlenen anoreksi durumlarının bir depresyon eşdeğeri olabileceği ve bu hastaların antidepresif tedaviden yararlanabilecekleri de unutulmamalıdır. Öte yandan anoreksi tab-



losunun zıddı diyebileceğimiz aşırı yeme (Bulimia nervoza) tablosu gösteren hastalarda da depresyon prevelansı yüksek olduğu gibi, bu hastaların ailelerinde depresyon sıklığının yüksek düzeylerde olduğu ileri sürülmektedir.<sup>1</sup>

## 5. METABOLİK SENDROM

Son dönemdeki çalışmalar depresyonun metabolik sendromla ilişkili olan kardiyovasküler hastalık gelişiminde rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. Depresyon ve metabolik sendrom arasında bir ilişki olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada 17-39 yaş arası 3186 erkek ve 3003 kadın bireyde depresyon ve metabolik sendrom bulguları incelenmiştir. Majör depresif epizod öyküsü olan kadın bireylerde depresyon öyküsü olmayan kadın bireylere göre metabolik sendrom riskinin 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak erkek bireylerde depresyon ve metabolik sendrom arasında ilişki bulunmamıştır.<sup>25</sup>

### DEPRESYON DÖNEMİNDE GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMI

Depresyon tanısı konmuş hasta, artık tedavi aşamasına gelmiş demektir. Bu aşamada 3 tür tedavi yaklaşımı izlenir. Bunlar; psikoterapi, ilaç tedavisi, beslenme tedavisidir.

### DEPRESYON TEDAVİSİNDE KULLANILAN ANTİDEPRESİF İLAÇLAR

#### 1. HETEROSİKLİK ANTİDEPRESİF İLAÇLAR

Bunlar; unisiklik antidepressifler, bisiklik antidepressifler, trisiklik antidepressifler, köprülü trisiklik antidepressifler, tetrasiklik antidepressifler, dopamin-norepinefrin geri alımı inhibitörleri, serotonin-norepinefrin geri alımı inhibitörleri, serotonin modülatörleri, norepinefrin-serotonin modülatörleri, 5-HT geri alımı inhibitörleri, atipik antidepressiflerdir.<sup>1</sup>

#### 2. MAOI TÜREVİ İLAÇLAR

Etkinlikleri heterosiklik antidepressif ilaçlardan az ya da onlar kadardır. Ancak onlara göre üstünlükleri çoktur. Genellikle heterosiklik ilaçlara cevap vermeyen hastalarda kullanılır. Özellikle tehlike yaratan yan etkilerinin bulunması nedeni ile özel diyet uygulanması, sıkı klinik gözlem, diğer ilaçla

birlikte kullanımı ile ilgili kontraendikasyonların izlenmesi gibi önlemler alınmalıdır. Bu ilaçların başlıcaları; iproniazid, nialamid, fenelzin, transil-sipramine, benmoxine, iproclozide, fenilprazin, etriptomindir.<sup>1,2</sup>

### ANTİDEPRESİF İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ

Genel olarak antidepressan kullanan bireylerde; psikiyatrik ve davranışsal (intihar riski gibi), antikolinerjik, merkezi nörolojik (uyku bozukluğu gibi), kardiyovasküler (hipotansiyon gibi), hematolojik (lökopeni gibi), gastrointestinal (konstipasyon ve kusma gibi), endokrinolojik ve metabolik (iştah artışı, vücut ağırlık artışı ve anoreksi gibi), dermatolojik (ürtiker gibi) ve Loeffler sendromu gibi yan etkiler görülebilir.<sup>1,3,25</sup>

Özellikle trisiklik antidepressanların kullanımında iştah artışı ve karbonhidrat yeme isteğindeki artışa bağlı olarak vücut ağırlığı artışı gözlenir.<sup>3</sup> Ayrıca trisiklik antidepressanlar histaminerjik etkileri nedeni ile vücut ağırlık kazanımını arttırabilme kapasitesine sahiptir. Vücut ağırlık kazanım derecesi kullanılan ilaca, doza bağlıdır ve tedavinin sonuçlanması ile geri dönüşlü olmaktadır.<sup>1</sup>

Vücut ağırlık kazanımı ayrıca MAOI tedavisinde de sıklıkla görülür. Kullanılan ajan türüne göre vücut ağırlık kazanımı farklılık gösterir. Vücut ağırlık kazanımı en çok transil-sipramin kullanımı ile en az fenelzin kullanımı ile görülür.<sup>25</sup> MAOI tedavisi alan bireylerde ayrıca insülin aktivitesindeki artışa bağlı kan glukoz seviyesinde düşüşler görülmektedir.<sup>3</sup>

Antidepressiflere bağlı karbonhidrat arayışı içinde olma ve iştah artışında histamin H1 reseptör blokajının rol oynadığı ve kadın hastalarda doza bağlı olmaksızın daha fazla görüldüğü ileri sürülmektedir.<sup>1</sup>

Anoreksi trisiklik antidepressan kullanımında nadir olarak görülmekte, daha çok 5-HT geri alımı inhibitörleri kullanan bireylerde görülmektedir.<sup>3</sup>

### DEPRESYONDA BESLENME TEDAVİSİ

Psikiyatrik bozukluklarda beslenmenin rolü konusu üzerindeki bilimsel çalışmalar henüz sonuçlanmamış olmakla birlikte, beslenmenin tedavideki

yardımcı rolü bu konunun uzmanları tarafından savunulmaktadır.<sup>26</sup>

Depresyonda görülen yetersiz ve dengesiz besin ögesi alımı, obezite, konstipasyon gibi beslenme ile ilgili sorunların çözümünde pratikte farklı yaklaşımlar gözlenebilir. Bireye beslenme programı oluştururken besin gereksinmelerinin belirlenmesi ve sorun çözümleri bireysel olmalıdır. Bireye özel hazırlanan beslenme tedavisi sadece diyetisyen tarafından değil oluşturulacak bir ekip tarafından uygulanmalıdır. Çünkü bu türdeki hastaların içinde buldukları duygudurumları ve bireydeki davranış bozuklukları pek çok güçlük yaratabilir.

Depresyon teşhisi konulan bireylerin besin ögesi gereksinimleri ve bireysel sorunları saptanırken diyetisyenin bazı noktaları çok iyi bilmesi ve değerlendirmesi gerekir. Bunlar; hastalığın oluşumu ve süreci, uygulanan tedavi türü, bireyin sosyo-ekonomik statüsü ve evdeki yaşam koşulları, malnütrisyondan fiziksel belirti ve semptomlarıdır.<sup>3</sup>

## 1. ENERJİ VE MAKRO BESİN ÖGELERİ

Hastanın yeme alışkanlıkları incelenir ve olumsuzluklar saptanarak giderilmeye çalışılır.<sup>2</sup>

Diyetin enerjisi optimum vücut ağırlığını sağlayacak şekilde düzenlenir.<sup>2</sup> Özellikle vücut ağırlığı artışı gözlenen hastaların beslenme tedavisinde ilk hedef; özellikle tatlı yiyecekler gibi yüksek karbonhidrat tüketimine bağlı aşırı besin alımının azaltılması olmalıdır. Vücut ağırlığı kaybı görülen depresif bireylerde ise besin alımı dengelenmeli, enerji ve besin ögesi alımı artırılmalı, iştah artıran besinler seçilerek vücut ağırlığı kazanımı sağlanmalıdır.<sup>3</sup>

Depresif bireylerde vücut ağırlığında artışın nedenlerinin biri fiziksel aktive düzeylerinin azalmış olmasıdır. Egzersiz sırasında bireyde nörotrofik destek ve nörojenezis artmakta ve bu durum strese karşı organizmada bir bariyer oluşturarak antidepresan etki göstermektedir. Bu bireylere fiziksel aktivite önerilebilir.<sup>3,27</sup>

Düşük gelir, kötü ev koşulları, alkolizm gibi nedenlerle yetersiz besin alımının görüldüğü bireylerde ise enerji ve besin ögesi alımı artırılmaya çalışılır.<sup>3</sup>

Depresyonda olan ve olmayan bireylerin besin tüketimlerinin incelendiği bir çalışmada 29 depresif bireyin 3 günlük besin tüketimleri, depresif olmayan bireyler ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonunda protein ve karbonhidrat dışında depresif olan ve olmayan bireylerin benzer miktarlarda besin ögesi aldıkları saptanmıştır. Depresif bireylerin daha fazla karbonhidrat tükettikleri bulunurken, depresif olmayan bireylerin ise protein tüketimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Depresif bireylerin karbonhidrat alımlarının daha fazla olmasının nedeni daha fazla sükröz tüketmelerinden kaynaklanmaktadır. Karbonhidrat alımının artmasının altında yatan neden ise depresyonun karakteristik bulgusu olan “karbonhidrat tüketme isteğinin artması” duygusundan kaynaklanmaktadır.<sup>28</sup>

Karbonhidrat tüketme isteğinin artması ve duygudurum arasındaki ilişkinin incelenmesi için planlanan bir çalışmanın örneğini 113 erkek, 138 kız kolej öğrencisi oluşturmuştur. Uygulanan anketler sonucunda kendilerini “karbonhidrat tüketicileri” olarak tanımlayan grubun daha çok stres altında olma hissini daha yoğun yaşadığı bireylerden oluştuğu ve karbonhidratlı besin tüketimi ile tatmin oldukları, kendilerini mutlu/iyi hissedip, rahatladıkları bulunmuştur.<sup>29</sup>

## 2. SIVI

Besin ve sıvı reddi görülen bireylerde ciddi dehidratasyon sorunları yaşanmaktadır. Bu nedenle hastanın sıvı alımı izlenmeli ve yetersizlik söz konusu ise ilaveler yapılmalıdır.<sup>3</sup>

## 3. POSA

Konstipasyon depresif bireylerde sıklıkla görülen önemli bir fizyolojik bulgudur. Depresif bireyde eğer konstipasyon sorunu varsa diyetle posa alımı artırılmalıdır.

## 4. VİTAMİN VE MİNERALLER

Depresif bireylerde bozulmuş besin alımı nedeni ile vitamin, mineral ve iz element yetersizlikleri görülebilir. Folat, vitamin B<sub>12</sub>, demir, çinko ve selenyum yetersizlikleri depresyonlu bireylerde depresif olmayan bireylerden daha sık görülmektedir.

Özellikle hamilelik döneminde besin ögesi depolarının boşalması ve postpartum dönemde bu depoların tekrar doldurulmaması kadın bireylerin depresyona girme riskini arttırmaktadır. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi veya vitamin ve mineral takviyesi ile bu sorun çözümlenebilir. Balık yağı ve folik asit suplementasyonu depresyonun tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır.<sup>3,4</sup> Antidepresan tedavisi alan depresif hastaların serum folat seviyeleri izlenmelidir. Düşük folat seviyelerine sahip olan bireylerde folat takviyesi depresyon riskini ve semptomlarını azaltmaktadır. Ancak folat tedavisinin dozu ve süresi hakkında kesin yargılar bulunmamaktadır.<sup>6</sup>

## 5. MAOI DİYETİ

MAOI türevi ilaç kullanan bireylerde özel beslenme programı düzenlenir. Bu hastalarda monoamin oksidaz enzim aktivitesi baskılanmakta, serotonin ve norepinefrin düzeyleri ve basit feniletik aminlerin (tiramin ve dopamin) etkisi artmaktadır. Bu artış hipertansiyon ve birçok ciddi sağlık sorununa yol açmaktadır. Bu nedenle MAOI tedavisi alan hastalara tiraminden fakir diyet verilir. Tiraminde zengin besinler olan; eskimiş peynir çeşitleri, çikolata, maya ekstreleri, nitrit içeren besinler, yoğurt, bakla, alkol (fermente), tütülenmiş veya salamura balık, kafein (kahve, kolalı içecekler, enerji içecekleri vb.) muz, soya ürünleri, tavuk karaciğeri, aspartam içeren gıdalar, lahanası turşusu, diyetten çıkartılır.<sup>1,2,26,30-34</sup>

MAOI diyetlerinin dikkatli bir şekilde düzenlenmesi, pratik ve güvenli hale getirilmesi gerekmektedir. Pek çok MAOI diyeti oldukça kısıtlı

olup, zayıf bilimsel kanıtlara dayanmaktadır. MAOI diyetlerinin bilimsel dayanaklarının olması dışında uygulanabilir olması da önemlidir. MAOI diyetlerinde yapılan aşırı sınırlamalar bireyin diyeti uygulamasını ve yaşam tarzına uyarlamasını güçleştirmektedir.<sup>35</sup>

MAOI diyetlerinin güncel hale getirilmesi amacıyla planlanan bir çalışmada piyasadaki pizza çeşitlerinin ve soya ürünlerinin tiramin içerikleri saptanmıştır. Porsiyonunda 6 mg ve altında tiramin içeren besinlerin güvenli olduğu kabul edilmiştir. Araştırma sonunda büyük market zincirlerinden toplanan tüm pizza çeşitlerinin (iki misli peynir ve pepperoni içerenler de dahil) MAOI tedavisi ile birlikte tüketimlerinin güvenli olduğu bulunmuştur. Ancak daha küçük marketlerde satılan pizzalar ve eski peynir ile hazırlanan pizzalar üstünde çalışılmadığından bu gıdaların tüketimi için yorum yapılamamıştır. Soya ürünleri incelendiğinde ise tüm soya ürünlerinin özellikle soya sosu ve tofunun MAOI diyetlerinden çıkartılması gerektiği bulunmuştur.<sup>35</sup>

Sonuç olarak; depresyonda beslenme tedavisi, multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde psikolojik tedavi, ilaç tedavisi ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır. Depresif bireyin beslenme durumu değerlendirilmeli, kişide varolan beslenme sorunları (ağırılık kaybı veya kazanımı, konstipasyon gibi) saptanarak beslenme tedavisinde bu sorunlar hedef alınmalıdır. Aynı zamanda eğer birey antidepresan ilaç tedavisi de alıyorsa, kişinin kullandığı ilacın türüne göre beslenme programında bazı değişikliklerin yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Işık E. Depresyon ve klinik görünümleri. Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. 1. Baskı. Ankara: Boğaziçi Matbaası; 1991. p.15-43.
2. Merdol TK, Başoğlu S, Örer N. Beslenme ve Diyetetik Açıklamalı Sözlük. 1. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 1997. p.105.
3. Thomas B. Mental illness. Manual of Dietetic Practice. 3<sup>rd</sup>ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2001. p.571-9.
4. Bodnar LM, Wisner KL. Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. Biol Psychiatry 2005;58:679-85.
5. Sarah F, Alexander L, Alexander TA. Hypothalamic serotonin in control of eating behavior, meal size, and body weight. Biol Psychiatry 1998; 44: 851-864.
6. Ramos MI, Allen LH, Haan MN, Green R, Miller JW. Plasma folate concentrations are associated with depressive symptoms in elderly Latina women despite folic acid fortification. Am J Clin Nutr 2004;80:1024-28.
7. Alpert JE, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Nutrition and depression: focus on folate. Nutrition 2000;16:544-6.
8. Godfrey PS, Toone BK, Carney MW, Flynn TG, Bottiglieri T, Laundry M, et al. Enhancement of recovery from psychiatric illness by methylfolate. Lancet 1990;336:392-5.



9. Hibbeln JR, Salem N Jr. Dietary polyunsaturated fatty acids and depression: when cholesterol does not satisfy. *Am J Clin Nutr* 1995;62:1-9.
10. Edwards R, Peet M, Shay J, Horrobin D. Omega-3 polyunsaturated fatty acid levels in the diet and in red blood cell membranes of depressed patients. *J Affect Disord* 1998;48:149-55.
11. Timonen M, Horrobin D, Jokelainen J, Laitinen J, Herva A, Räsänen P. Fish consumption and depression: the Northern Finland 1966 birth cohort study. *J Affect Disord* 2004; 82: 447-52.
12. Huan M, Hamazaki K, Sun Y, Itomura M, Liu H, Kang W, et al. Suicide attempt and n-3 fatty acid levels in red blood cells: a case control study in China. *Biol Psychiatry* 2004;56:490-6.
13. Tiemeier H, van Tuijl HR, Hofman A, Kiliaan AJ, Breteler MM. Plasma fatty acid composition and depression are associated in the elderly: the Rotterdam Study. *Am J Clin Nutr* 2003;78:40-6.
14. Tolmunen T, Hintikka J, Voutilainen S, Ruusunen A, Alfthan G, Nyyssönen K, et al. Association between depressive symptoms and serum concentrations of homocysteine in men: a population study. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1574-8.
15. Yen PK. Depression--the diet connection. *Geriatr Nurs* 2005;26:143-4.
16. Maes M, Christophe A, Delanghe J, Altamura C, Neels H, Meltzer HY. Lowered omega3 polyunsaturated fatty acids in serum phospholipids and cholesteryl esters of depressed patients. *Psychiatry Res* 1999;85:275-91.
17. Papakostas GI, Ongür D, Iosifescu DV, Mischoulon D, Fava M. Cholesterol in mood and anxiety disorders: review of the literature and new hypotheses. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004;14:135-42.
18. Rabe-Jabłońska J, Poprawska I. Levels of serum total cholesterol and LDL-cholesterol in patients with major depression in acute period and remission. *Med Sci Monit* 2000;6:539-47.
19. Maes M, Smith R, Christophe A, Vandoolaeghe E, Van Gastel A, Neels H, et al. Lower serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory markers. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:212-21.
20. Morgan RE, Palinkas LA, Barrett-Connor EL, Wingard DL. Plasma cholesterol and depressive symptoms in older men. *Lancet* 1993;341:75-9.
21. Weidner G, Connor SL, Hollis JF, Connor WE. Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. The Family Heart Study. *Ann Intern Med* 1992;117:820-3.
22. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 2005;95:998-1000.
23. Noble RE. Depression in women. *Metabolism* 2005;54 (5 Suppl 1):49-52.
24. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139-47.
25. Kinder LS, Carnethon MR, Palaniappan LP, King AC, Fortmann SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2004;66:316-22.
26. Baysal A. Sinir sistemi hastalıklarında beslenme. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Kutluay Merdol T, Pekcan G, Keçecioglu S, et al. *Diyet El Kitabı 3. Baskı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 1997. p.319-28.
27. Duman RS. Neurotrophic factors and regulation of mood: role of exercise, diet and metabolism. *Neurobiol Aging* 2005;26 Suppl 1:88-93.
28. Christensen L, Somers S. Comparison of nutrient intake among depressed and nondepressed individuals. *Int J Eat Disord* 1996;20:105-9.
29. Christensen L, Pettijohn L. Mood and carbohydrate cravings. *Appetite* 2001;36:137-45.
30. McIntyre JS, Charles AC, Altshuler K, et al. *Practise Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington DC: Published by American Psychiatric Association; 2002. p.272-84
31. Shulman KI, Walker SE, MacKenzie S, Knowles S. Dietary restriction, tyramine, and the use of monoamine oxidase inhibitors. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9:397-402.
32. Reming VM, Romero FC. Medical nutrition therapy for neurologic disorder. In: Mahan LK, Escott-Stum S, eds. *Food, Nutrition and Diet Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Saunders 2004. p.1081-120.
33. Walker SE, Shulman KI, Tailor SA, Gardner D. Tyramine content of previously restricted foods in monoamine oxidase inhibitor diets. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:383-8.
34. Walker JI, Davidson J, Zung WW. Patient compliance with MAO inhibitor therapy. *J Clin Psychiatry* 1984;45(Pt 2):78-80.
35. Shulman KI, Walker SE. Refining the MAOI diet: tyramine content of pizzas and soy products. *J Clin Psychiatry* 1999;60:191-3.