

YORGUNLUK KAVRAMI ve YORGUN HASTALARA KLİNİK YAKLAŞIM

Aslıhan SAYIN, Selçuk CANDANSAYAR

Yorgunluk yaygın ancak özgül olmayan bir tıbbi yakınma olarak genel tıpta hekimleri en çok zorlayan belirtilerden biridir. Aynı zamanda psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalıkların pek çoğunda hastalığa eşlik eden ve tanı, tedavi sürecini olumsuz etkileyen bir belirtidir. Özgül olmayan yorgunluk yakınması olan hastalarda tıbbi muayene ve laboratuvar tetkiklerinde bir bulgu olmaması bu hastalara yaklaşımda ciddi zorluklara neden olmaktadır. Yorgunluk yakınması olan hastaların çoğu, rutin incelemelerinde organik bir neden bulunmadığında, psikiyatrya gönderilmektedirler. Bu durum hem hastalar için can sıkıcı olmakta hem de özgül bir psikiyatrik hastalık saptayamayan psikiyatryaların iş yükü artmaktadır. Bu haliyle yorgunluk bireyin işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Bu yazıda yorgunluk kavramı genel bir bakışla ele alınmış; tıbbi tarihi, yorgun hastaların klinik özellikleri, etiopatogenezi ve tedavi yaklaşımları gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yorgunluk, asteni, nevrasteni

CONCEPT of FATIGUE and CLINICAL APPROACH TO PATIENTS with FATIGUE

Fatigue, as a common but non-specific medical complaint, is one of the most challenging symptoms to doctors in general medicine. At the same time, it is a symptom that accompanies many psychiatric and physical illnesses and that affects the process of treatment negatively. In patients with non-specific fatigue complaint, the lack of any sign in medical examination and laboratory tests may cause serious difficulties when approaching these patients. Patients with fatigue as a complaint are usually consulted to psychiatry, when routine examinations fail to find an organic cause. This may be unpleasant for patients and cause burden to psychiatrist, who fail to find any specific psychiatric disorder. Thus, fatigue may cause some negative effects on individual's functioning and quality of life. In this paper, concept of fatigue is discussed with a general point of view, medical history, clinical features of patients with fatigue, etiopathogenesis and treatment approaches are reviewed.

Key Words: Fatigue, asthenia, neurasthenia.

GİRİŞ

Yorgunluk, tüm uzmanlık alanlarındaki hekimlerin sık olarak karşılaştıkları ve tedavisinde güçlük yaşadıkları, yaygın ama özgül olmayan tıbbi bir yakınmadır. Herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik hastalığın bir belirtisi olabileceği gibi, bir hastalığı olmayan kişilerde de geçici de olsa sık görülebilen bir belirtidir. Normal toplumda ve sağlık hizmetine başvuran hastalar arasında en sık görülen belirtilerden biridir. Özellikle ergen yaş grubunda önde gelen ve tek başına var olan bir belirti olabilir.

Yorgunluk yakınması olan hastaların çoğu, rutin incelemelerinde organik bir neden bulunmadığında, psikiyatrya gönderilmektedirler. Bu durum hem hastalar için can sıkıcı olmakta hem de özgül bir psikiyatrik hastalık saptayamayan psikiyatryaların iş yükü artmaktadır.

Yorgunluk yakınmasının tıbbın içinde hangi disipline ait olduğuna dair tarihsel ve güncel bir kargaşa vardır. Kanserden enfeksiyon hastalıklarına, hemen tüm psikiyatrik hastalıklardan, beslenme bozukluğuna kadar bir çok hastalığın temel ya da eşlik edici belirtisi olarak görülmektedir. Aynı zamanda kendi başına herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalığın bileşeni olmadan da bulunabilmektedir (1).

Ancak yorgunluğun karmaşık ve hekimlerin üstesinden gelmekte zorlandıkları bir yakınma olduğu durumlar daha da yaygındır. Çoğu kez temel belirtinin yorgunluk olduğu ve ona eşlik eden çok sayıda fiziksel ve psikiyatrik belirtinin bulunduğu, ancak herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalıkla ya da muayene ve laboratuvar yöntemiyle etkeni ya da nedeni açıklanamayan yorgunluk yakınması olan hastalar, sağlık hizmeti çalışanlarını zorlamaktadırlar (2). Bu hastalarda, mesleki ve gündelik hayatla ilgili işlev kaybı, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve genel bir kendinden memnun olmama hali ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetine çok sık başvuran bu hastalarda, çok sayıda muayene ve laboratuvar tetkiki uygulanmakta, özgül olmayan ilaç tedavileri verilmekte ve tüm bunlar uzun süreli işgücü kayıplarına yol açmaktadırlar (3).

Bu yazının amacı; yorgunluk kavramı genel bir bakışla ele almak; tıbbi tarihi, yorgun hastaların klinik özellikleri, etiopatogenezi ve tedavi yaklaşımları gözden geçirmektir.

Normal ve patolojik yorgunluk ayrımı ve asteni kavramı

Yorgunluk canlı organizmaların hayatta kalma stratejilerinin ayrılmaz bir bileşenidir. Organizmanın enerji kaynakları ve depolarının etkin ve verimli kullanımı için yorgunluk hissine ihtiyacı vardır. Canlıların etkinlik ve hareketlilikleriyle, enerji tüketimleri arasındaki ilişki bir geri bildirim sistemiyle denetlenir.

Doğada etobur canlılar, avlarını yiyerek elde edecekleri enerji, avı yakalamak için harcaacaklarından azsa o avdan vazgeçmektedirler. İnsan da ise var olan enerji düzeyi, kritik bir alt sınıra ulaştığında, yorgunluk hissi ortaya çıkar ve kişi, dinlenme ihtiyacı duymaya başlar. Bu negatif geri besleme düzeneği organizmanın var kalımını sürdürdürebilmesi için zorunludur. Enerji düzeyi kritik sınıra düştüğünde ortaya çıkan yorgunluk hissi, organizmaya dinlenmesi gerektiğini bildirir, istirahat ettikçe, bozulan enerji metabolizması kendini onarır/yineler ve kişi kendisini yeniden zinde hisseder. Bu doğal yorulma/dinlenme döngüsü sağlıklı kişilerde sorunsuzca işler. Anemi ya da beslenme bozukluğu gibi enerji depolarının boşaldığı ve enerji metabolizmasının kendini yenileyemediği durumlarda organizma yorgunluk hissini daha kısa sürede ya da daha az güç kullandığında hissetmeye başlar, dinlenme süresi uzar ve çoğu zaman da dinlenme sürse bile kişi kendisini bir türlü zinde hissedemez.

Herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalık olmadan ortaya çıkan ve dinlenmekle geçmeyen yorgunluk ise patolojik yorgunluk olarak tanımlanır. Dinlenmekle geçen ve herhangi bir hastalık ya da bozukluğun belirtisi olan yorgunluk hissini dışında kalan ve muayene ya da laboratuvar tetkikleri de normal olan kişilerde görülen bu yorgunluk hissi ve yakınması sık karşılaşılan ve etiyopatogenezi bilinmeyen bir belirtidir (4).

Patolojik yorgunluk geçmişte asteni terimiyle karşılanmıştır, ancak günümüzde bu terim Avrupa tıbbi dışında hemen tümüyle terkedilmiştir. Tıbbi bir belirtisi olarak asteni, uzun yıllardır tanımı, sınırları ve ölçülmesi üzerinde tartışmaların sürdüğü, üzerinde uzlaşamamış bir terimdir. Öyle ki bu uzlaşmaya varılmayan tartışma özellikle asteni sözcüğünün Anglosakson literatürde kullanılmasından kaçınılmasına neden olmuştur. "Asthenia" Avrupa, "fatigue" ise Kuzey Amerika tıp terminolojisince yorgunluk için kullanılan kavramlardır. Amerikan tıbbında asteni teriminin kullanılmasından kaçınılmasının ikinci önemli nedeni; üzerinde çok sayıda anlamı barındırdığından, artık özgüllüğünün kalmamış olduğunun kabul edilmesidir. Üçüncü neden ise astenin fiziksel bir hastalık mı yoksa ruhsal bir bozukluk olarak mı değerlendirileceğine karar verilememesidir (5).

Asteni "güç/enerji yokluğu" anlamına gelen "asthenos" sözcüğünden türetilmiştir. Çoğunlukla genel bir bitkinlik, amaçsızlık, kolayca tükenme, inisiyatifsizlik ve gündelik yaşamla başa çıkamama duygusunu tanımlar. Astenide hissedilen yorgunluk, bitkinlik dinlenmekle geçmez. Doğal yorgunlukta kişi çalışmak için motivasyonunu sürdürür, ancak dinlenmesi gerektiğini hisseder ve dinlendiğinde, kişi kendini motive olunan etkinliği gerçekleştirmeye hazır ve istekli olarak hisseder. Astenide ise kişi hem sürekli bir yorgunluk hisseder hem de yorgunluğa eşlik eden isteksizlik ve motivasyonsuzluk vardır.

Yorgunluğun tıbbi tarihi

Yorgunluk, kimi zaman tek başına bir hastalık çoğu zaman ise çok çeşitli adlar, terimlerle karşılanan özgül bir durum ya da çok sayıda farklı hastalığa eşlik eden bir belirti olarak görülse de tıbbın tarihi boyunca hep bilinen, üzerinde düşünülen ve "iyileştirilmeye" çalışılan bir durum olmuştur. Hipokrates, yorgunluğu başlı başına bir hastalık olarak görüyordu. Scythiansların hastalığı olarak tanımlamıştı. Sürekli at binmeye bağlı olarak genital bölgelerde ortaya çıkan harabiyete eşlik eden en yaygın belirtinin genel bir yorgunluk olduğunu gözlemlemişti.

On sekizinci yüzyıldan bu yana ise yorgunluk hekimlerin en çok karşılaştığı yakınmaların başında gelmeye başlamıştır. Fransa'da Bouchut 1764 yılında "nöropati" terimiyle karşıladığı ve yorgunluğun ön planda olduğu bir durumu tanımlamıştı. Nöropati daha sonraları gündeme gelecek olan nevrasteninin öncülü olarak kabul edilmektedir. 1772 yılında Cullen, "sinir gücü" kavramını ortaya attı. Cullen'e göre kas ve sinir bütünleşik bir yapıydı ve sinir gücünü oluşturuyorlardı. Cullen, tüm hastalıkların bu sinir gücünün doğasına karşı ortaya çıkan hareketlerden kaynaklandığını düşünüyordu. Sinir gücündeki zayıflamanın en önemli belirtisi yine yorgunluktu.

Silas Weir Mitchell, "asteni" terimini ilk kez kullanan hekimdir. Bir nörolog olan Mitchell, Amerikan İç Savaşı'nda çatışma stresi yaşayan kişilerde gördüğü ve nörolojik bir hastalık olduğunu düşündüğü durumu tanımlamak için "asteni" terimini kullanmıştır. Daha sonra nörologlar; düşünce, davranışlarda ve tepki zamanında yavaşlamanın olduğu durumları asteni terimiyle tanımlamaya başlamışlardır. Bundan sonra, Victor ve Ropper "psikomotor asteni" kavramını gündeme getirmişlerdir. Mac Cabe ise mental asteni ile depresyonun farklı hastalıklar olduğunu belirtmiştir (6).

Asteninin temel yakınma olduğu, birçoğu günümüzde kullanılmayan, ancak birbirine benzer klinik durumları imleyen çok sayıda tarihsel terim vardır: Nörosirkulatuvar

asteni, DaCosta sendromu, asker kalbi, subakut asteni, kardiyak nöroz, fonksiyonel kardiyovasküler hastalık, kronik asteni, myaljik ensefalomyelit, vb. Yüzyıl içinde yorgunluğun başat belirtisi olduğu bu denli çok sayıda tanı kategorisinin kullanılması, kavramsal bir kargaşaya da yol açmış durumdadır (7).

Günümüzde bazılarının göre asteni, “kronik yorgunluk sendromu” gibi ayrı bir fiziksel hastalıktır. Bazıları astenin psikolojik bir bozukluk olduğunu öne sürerler ve nevrasteni ya da kronik asteni olarak adlandırılmasından yanadır. Bazıları ise daha çok psikojenik kökenli olmak üzere çok sayıda psikiyatrik, fiziksel hastalıklara eşlik eden, ya da yaşam tarzından kaynaklanan bir belirtisi olduğunu öne sürerler. Asteniye bu üç görüşü de içeren bir süreklilik (continuum) olarak değerlendirmek ve fiziksel, emosyonel, davranışsal ve bilişsel bileşenleri olan öznel bir belirtisi olarak görmek en akla yatkın yaklaşım olarak durmaktadır. Asteniye kimi zaman tek başına bir durum kimi zaman ise herhangi bir hastalık ya da yaşam biçimine eşlik eden ve yeti yitimine yol açan bir belirtisi olarak görmek doğru bir tutum olacaktır.

Nevrasteni çok sayıda fiziksel, psikolojik yakınmanın eşlik ettiği ancak temel yakınmanın “yorgunluk” olduğu bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Nevrasteni terimi de son derece karmaşık anlamlarla yüklü bir tarihe sahiptir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü’nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması’nda (ICD-10) nevrasteni yer alırken, Amerikan sınıflama sistemlerinde bu hastalık yer almamaktadır. Amerikan tıbbında “kronik yorgunluk sendromu” olarak geçen durumun, nevrastenin eşdeğeri olduğu kabul edilmektedir. Nevrastenin kronik asteni ile aynı klinik durumu olduğunu savunanlar da vardır (8). Fransızlara göre kronik yorgunluk sendromu olarak Anglosakson tıbbında yer alan hastalık kategorisi, “kronik asteni” ile aynı klinik durumu imlemektedir. Benzer şekilde Britanya tıbbında da kronik yorgunluk sendromu ile myaljik ensefalomyelit tanımlarının birbirlerinin yerine kullanılan kavramlar olduğu görülmektedir (9).

Yaygınlık

Yorgunluk genel tıpta hemen tüm disiplinlere başvuran hastaların da önde gelen yakınmalarından biridir. Hem fiziksel hem de psikiyatrik hastalıkların hemen tümünde görülen, yaygın ama özgül olmayan bir belirtidir. Genellikle ona eşlik eden çok çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtilerle birlikte görülmektedir. Özellikle ergen yaş grubunda ise önde gelen ve tek başına var olan bir belirtisi olabilmektedir. Ancak yorgunluk yakınması olan kişilerin az bir bölü-

Tablo 1: Kronik yorgunluk sendromu için 1994 CDC tanı kriterleri.

A. 6 aydan fazla zamandır süren ve aşağıdaki özellikleri gösteren şiddetli, açıklanamayan yorgunluk

- (1) Yeni ya da belirlenebilir bir başlangıç vardır
- (2) Devam eden fiziksel aktiviteye bağlı değildir
- (3) Dinlenmekle geçmez
- (4) İşlevsellikte bozulmaya neden olur.

B. Aşağıdaki yeni belirtilerden 4 veya daha fazlası eşlik eder:

- (1) Hafıza veya konsantrasyonda bozulma
- (2) Boğaz ağrısı
- (3) Hassas lenf nodları
- (4) Kas ağrısı
- (5) Birçok eklemdede ağrı
- (6) Yeni bir seyir gösteren baş ağrıları
- (7) Dinlendirici olmayan uyku
- (8) Fiziksel aktivite sonrası 24 saatten fazla süren kırıklık

mü yakınmalarını tıbbi bir durum olarak değerlendirmekte ve onların da küçük bir oranı tıbbi yardım aramaktadırlar. Yine de özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık görülen başvuru yakınması yorgunluk/halsizlik olarak saptanmaktadır (10).

Yorgunluk en sık bildirilen yakınmalardan biridir. Genel nüfusta yapılan çalışmalarda örneklemelerin yaklaşık %20-40’ında yorgunluk yakınması saptanmaktadır (11). Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar arasında bu rakam daha da yükselmektedir. Yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetine başvuran erkeklerin %45, kadınların ise %67’sinde yorgunluk yakınması olduğu gösterilmiştir (12).

Yorgunluk, halsizlik ve güçsüzlük gibi yakınmalar aile hekimliği hizmetlerinde de en sık karşılaşılan yakınmalardan biridir. İsrail’de yapılan bir çalışmada aile hekimliği sisteminde kayıtlı hastaların %32’sinin en az bir kez yorgunluk yakınması olduğu saptanmıştır. Daha çok kadınlarda ve otuzlu yaşlarda görülmekte ve özellikle yaz aylarında yorgunluk yakınmasının sıklığı artmaktadır. Vakaların %75’inde yorgunluk yakınmasına genellikle baş dönmesi/sersemlik hissi ve ağrı eşlik etmektedir. Hastaların yarısına aile hekimi tarafından bir tanı konulamamış ve yakınmalarını açıklayacak bir bulgu saptanmamıştır (10).

Vakaların ayrıntılı değerlendirilmelerinde büyük bir kısmının kendiliğinden başlayıp kendiliğinden geçen astenik belirtileri olduğu (epizodik asteni), bir bölümünde bu atakların tekrarlayıcı olduğu (yineleyici epizodik asteni), küçük bir bölümünde ise yıllar boyu süren astenik (kronik inatçı asteni) yakınmalarının olduğu saptanmıştır.

Tablo 2: Nevrasteni için ICD-10 tanı kriterleri.

| |
|--|
| A. Aşağıdakilerden bir tanesi bulunmalıdır |
| (1) Hafif bir zihinsel çaba (sıra dışı olan zihinsel bir çaba gerektirmeyen günlük görevleri gerçekleştirme veya gerçekleştirme girişimi) sonrasında, sürekli ve sıkıntı yaratan bitkinlik yakınmaları |
| (2) Hafif bir fiziksel çaba sonrasında sürekli ve sıkıntı yaratan yorgunluk ve bedensel güçsüzlük yakınmaları |
| B. Aşağıdaki belirtilerden en az birinin bulunması |
| (1) Kas ağrıları ve acıları |
| (2) Baş dönmesi |
| (3) Gerilim tipi baş ağrıları |
| (4) Uyku bozuklukları |
| (5) Gevşeyememe |
| (6) İrritabilite |
| C. Hasta dinlenme, gevşeme veya eğlenme yoluyla A (1) ve (2) kriterlerindeki belirtilerden kurtulamaz. |
| D. Bozukluğun süresi en az 3 aydır. |
| E. Bozukluk organik emosyonel oynak bozukluk, post-ensefalitik sendrom, post-konküzyonel sendrom, duygudurum bozuklukları, panik bozukluğu veya yaygın anksiyete bozukluğundan kaynaklanmamaktadır. |

Klinik görünüm ve ayırıcı tanı

Klinik görünüm ve ayırıcı tanının sınırlarının çizilmesindeki en büyük güçlük; yorgunluğun tek başına var olmadığı gibi, çok sayıda psikiyatrik ve fiziksel duruma eşlik edebilmesidir. Bir diğer önemli sorun ise nevrasteni ve kronik yorgunluk sendromu tanıların birbirleriyle örtüşmemesi ve her iki tanı kategorisine de uymayan kronik yorgunluk yakınması olan hastaların da bulunmasıdır.

Kronik yorgunluk sendromunun CDC (Centers for Disease Control) ölçütleri Tablo 1’de verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü DSÖ ICD-10 Nevrasteni tanı ölçütleri de Tablo 2’de verilmiştir. İki hastalık kategorisinin ölçütleri incelendiğinde birbirlerinden farklılıklar içerdikleri görülmektedir. ICD-10 tanıların ABD’de de kullanılmaması bu durumu daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu karmaşanın klinik uygulamaya etkisini azaltmanın yolu yorgunluk yakınması olan hastaların genel klinik özelliklerini, nevrasteni ya da kronik yorgunluk sendromu tanıların ikisini birden göz önünde bulundurarak değerlendirmek olacaktır.

Dinlenmekle geçmeyen yorgunluk yakınmasıyla başvuran hastalarda ilk yapılması gereken yorgunluğu açıklayabilecek bir tıbbi durumun olup olmadığının araştırılmasıdır. Tablo 3’de yorgunluk yakınmasına neden olan genel tıbbi durumlardan en sık görülenlere yer verilmiştir. Hastalarda öncelikle bu tıbbi durumların olup olmadığı araştırılmalı-

dır. Yorgunluğu açıklayabilecek herhangi bir tıbbi durumun varlığı saptanamadığında hastanın klinik belirtileri ve öyküsüyle kronik yorgunluk yakınması arasındaki ilişki gözden geçirilmelidir.

Başka herhangi bir tıbbi, psikiyatrik hastalığın olmadığı, yorgunluk yakınması olan hastalarda altın kural, yorgunluk yakınmasıyla etkinlik ve dinlenme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Yorgunluk yakınması olanlarda yakınmanın başlangıcı genellikle hasta tarafından bilinir. Genellikle bilinen bir tarihten itibaren giderek artan bir yorgunluk, ardından diğer eşlik edici belirtilerin ortaya çıkması şeklinde seyreden bir öykü vardır. Yorgunluk başka bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalığın eşlik edici ya da ikincil belirtisi olduğunda ise öyküden genellikle bu ardışık sıra anlaşılır.

Hastalar çabucak yorulduklarını, eskiden kolaylıkla yapabildikleri etkinliklerin bile onları yorduğunu söylerler ve dinlenmelerine karşın bu yorgunluk hislerinin geçmediğinden yakınır. Yorgunluk hissi başlangıçta, etkinliğin tümü boyunca aynı performansı gösterememe olarak ortaya çıkar. Örneğin bir ev kadını her zaman kolaylıkla yaptığı gündelik ev temizliğinin kendisini yorduğundan, temizliği tamamlamadan bırakmak zorunda kaldığından yakınır. Çabuk yorulmaya çoğunlukla öznel olarak hissedilen güçsüzlük, enerjisizlik duygusu ile yaygın kas ve eklem ağrıları eşlik eder. Hastaların uyku düzenleri ve kaliteleri bozulur. Sanki bütün gece uyumamış ve çok çalışmış gibi kendilerini tükenmiş hissederek uyandıklarından yakınır.

Başlangıçta özellikle iş yaşamında kendini gösteren çabuk yorulma ve güçsüzlük hissi giderek önce günlük basit etkinliklere, ardından cinselliğe kadar yaşamın her alanına yayılır. Hasta banyo yapmanın, yüzünü yıkamanın, giyinmenin kendisini yorduğunu söyler. Yorgunluk hastalarında daha ayrıntılı bir öykü alındığında yorgunluğa enerjisizlik, motivasyonsuzluk, uyku bozukluğu, dikkat, bellek sorunları, huzursuzluk, tahammülsüzlük, kolay sinirlenme, cinsel işlev bozukluğu gibi belirtilerin eşlik ettiği görülür.

Yorgunluk yakınması olan kişi motivasyonsuzluğu; canının hiçbir şey yapmak istemediği, hemen her şeye karşı bir isteksizlik hissettiği bir durum olarak tarif eder. İsteksizlik yakınması derinlemesine araştırılmadığında hastalara depresyon tanısı konulabilir. Depresyondaki isteksizlik hissi ile yorgunluk yakınması olan kişilerdeki isteksizlik yakınması farklıdır. Depresyonda isteksizlik yapılan etkinlikten tat alamama, etkinliğin zevk vermemesi şeklindedir. İsteksizliğin gerisinde hastanın kendisini beceriksiz, işe yaramaz hissetmesi yatar. Yorgunlukta ise etkinlik gerçekleştirilebilse hasta zevk alacaktır ve yapabilme isteği aslında korunmuştur. Etkinlik gerçekleştirilebilse hasta çok keyif

Tablo 3: Yorgunluğa neden olan fiziksel ve ruhsal hastalıklar.

| | |
|--|--|
| I. Psikojenik ve yaşam biçiminden kaynaklanan nedenler (%80) | |
| A. Duygudurum bozuklukları | |
| 1. Major depresyon | |
| 2. Bipolar bozukluk | |
| B. Yeme bozukluğu | |
| 1. Anoraksiya Nervosa | |
| 2. Bulimia Nervosa | |
| C. Ayku bozuklukları (örneğin, insomniya) | |
| D. Yaşam biçimi | |
| 1. İş sorunları ve doyum eksikliği | |
| 2. Ev harcamaları ve ilişkiler | |
| 3. Sedanter yaşam biçimi | |
| 4. Yetersiz beslenme | |
| 5. Yetersiz dinlenme | |
| E. İlaç ve madde kullanımı | |
| 1. Alkol ve alkol kötü kullanımı | |
| 2. kafein | |
| 3. Amfetaminler | |
| 4. Sedatif hipnotikler | |
| 5. yasadışı madde kullanımı | |
| II. Organik nedenler (%20) | |
| A. Enfeksiyon | |
| 1. Ateşli hastalıklar | |
| 2. Tüberküloz | |
| 3. HIV enfeksiyonu ya da AIDS | |
| 4. Lyme hastalığı | |
| 5. Kronik mononükleosiz/Influenza | |
| 6. İnfluenza | |
| B. Metabolik bozukluklar | |
| 1. Diabetes Mellitus | |
| 2. Hipotiroidi ya da hipertiroidi | |
| 3. Hiperparatiroidi | |
| 4. Hipofiz yetmezliği | |
| 5. Addison hastalığı | |
| 6. Cushing'in hastalığı | |
| C. Hematolojik hastalıklar | |
| 1. Anemi | |
| 2. Lenfoma | |
| 3. Lösemi | |
| 4. Occult malignansiler | |
| 5. Ağır metal entoksikasyonu (kurşun gibi) | |
| D. Renal hastalıklar | |
| 1. Akut böbrek yetmezliği | |
| 2. Kronik böbrek yetmezliği | |
| E. Karaciğer hastalıkları | |
| 1. Akut hepatit | |
| 2. Kronik hepatit | |
| 3. siroz | |
| F. Romatolojik hastalıklar | |
| 1. Fibromyalji | |
| 2. Sjogren sendromu | |
| 3. Polymyalgia Rheumatica | |
| 4. Dev hücreli arterit | |
| 5. Polymyozit ya da dermatomyozit | |
| 6. Bağ dokusu hastalığı | |
| 7. İnflamatuvar barsak hastalığı | |
| 8. Sarkoidoz | |
| 9. Kronik yorgunluk sendromu | |
| G. Nörolojik | |
| 1. Multiple Sclerosis | |
| 2. Parkinson hastalığı | |
| H. Çeşitli | |
| 1. Uyku apnesi | |
| 2. Koroner arter hastalığı | |
| 3. Kronik obstruktif akciğer hastalığı | |
| İ. İlaçlar | |
| 1. Psikotrop ilaçlar | |
| a. Amitriptyline | |
| b. Doxepin | |
| c. Trazodone | |
| 2. Antihistaminikler (Diphenhydramine) | |
| 3. Kardiyovasküler ilaçlar | |
| 4. Antihipertansif ilaçlar | |
| a. Beta Blokörler(Propranolol) | |
| b. Reserpine | |
| c. Metildopa | |
| d. Klonidin | |

alacağını ama yorgunluktan, güçsüzlükten yapamadığını belirtir. Depresyon hastalarında hasta egzersiz yapabilirse hem yorgunluk hissini azaldığını hem de geçici de olsa karamsarlık hislerinin azaldığını fark eder. Yorgunluk hastalarında ise programsız ve zorlayarak yaptırılan egzersiz, yakınmaların şiddetlenmesine neden olur (13).

Yine de bu iki durumun bir arada olabileceği de akıldadır tutulmalıdır. Ayırıcı tanı için belirtilerin başlangıç sırası ve etkinlikle ilişkisi araştırılmalıdır. Depresyon yorgunluk ilişkisini daha farklı değerlendiren kişiler, yorgunluğun bu tipinin “maskeli depresyon” olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Yorgunluk, asteni, kronik yorgunluk sendromu ya da nevrasteni olarak tanımlanan hastalarda antidepresanların etkinliğinin, depresyondaki

etkinliklerinden çok daha düşük olması ya da hiç olmaması bu düşünceyle çelişmektedir (14).

Yorgunluk yakınması olan kişiler eşlik eden ruhsal yakınmalarını gizleme eğilimindedirler. Bu özellikleri hasta hekim ilişkisinde sorunlara neden olur. Yorgunluk dışındaki yakınmalarından söz etmeyen hastada hekim, muayene ve tetkiklerde bir şey bulamazsa izole yorgunluk yakınmasının psikojenik kaynaklı olduğunu düşünür. Ya hastayı psikiyatrya yönlendirir ya da herhangi bir psikotrop ilaç başlar. Hasta, hekimin önerilerini yerine getirmez ve başka bir hekime başvurur. Eğer psikiyatrya giderse ruhsal belirtilerini daha da gizler ya da bu kez sadece ruhsal belirtileri anlatır yorgunluktan söz etmez. Bu kez hastaya ya depresyon ya da somatizasyon bozukluğu tanısı konulur.

Somatizasyon bozukluğu hastalarında tıbbi olarak açıklanamayan çok sayıda fiziksel belirtilerin bir parçası olarak yorgunluk yakınması da olabilir. Somatizasyon bozukluğu olan hastaların yakınmalarının en temel özelliği belirtilerin yaygın, değişken ve gelip geçici olmasıdır. Hasta iyi ve kötü dönemlerden söz eder, giderek ağırlaşan bir klinik seyir yerine, dalgalanan bir klinik seyir vardır. Somatizasyon hastalarında bellek işlevlerinde bozulma ve isteksizlik pek görülmez ya da ön planda değildir (15). Bazı hastalar ise yorgunluk yakınmasını tıbbi bir durum olarak görmez ve hekime diğer fiziksel ya da ruhsal belirtileri bildirirler. Yaşadıkları yorgunluk hissini çalışma şartlarına ya da içinde buldukları psikososyal streslere bağlayan bu hastalarda tanı süreci daha da karmaşılaşır.

Yorgunluk hastalığı ile modern yaşam koşulları arasında dolaysız bir ilişki olduğunu destekleyen çok sayıda klinik gözlem vardır. Gerçekten de modern hayatın ağır ve stresli yaşam/çalışma koşulları, yorgunluğun gelişiminde özel bir önem taşır. Farklı adlandırmalar altında tanımlanan yorgunluğun bu adlandırmalar üzerinden yapılan araştırmalarda bu bulguyu destekleyen sonuçlar elde edilmektedir. Örneğin kronik yorgunluk sendromu'nda geçirilen bir viral enfeksiyon sonrası çalışma şartları nedeniyle yeterince "nekahat" dönemi geçirilememesinin, sendromun gelişmesine neden olduğunu düşünenler vardır.

Üretim ve çalışmayı hayatın merkezine alan ve tüm kurumlarını çalışabilme üzerine biçimlendiren batı toplumlarında yorgunluğun daha yaygın olarak görülmesi bu düşüncüyü destekler gibi görünmektedir. Yorgunluğun, özellikle sağlık hizmeti çalışanlarında diğer meslek gruplarından daha yaygın olarak görüldüğünü saptayan epidemiyolojik çalışmalar vardır. Bu grup hastalar yorgunluk yakınmalarını çok daha abartarak getirme eğilimi gösterirler. Özellikle çalışma koşullarının ağır olduğu durumlarda bu ilişki daha belirgindir. Hasta bir yandan yorgunluktan yakınır ama bir yandan da iyileşme, aynı çalışma koşullarına geri dönüş anlamına geldiğinden "iyileşmemeye de çalışabilir".

Yorgunluğun etiyopatogenezi

Yorgunlukla ilgili etiyopatogenetik bir modelin kurulması neredeyse olanaksızdır. Tanı sınırlarının belirsizliği, birbirinden çok farklı gibi duran klinik belirti kümelerinin aynı adla tanımlanması ve tersine benzer klinik görünümünün farklı tanı kategorilerinde bulunması da bu belirsizliğin önemli nedenleridir. Yorgunluk hastalarında gözlenen patofizyolojik hemen her değişiklikle ilgili ayrı bir etiyolojik model önerilmiştir. Viral enfeksiyonları, enfeksiyon sonrası bozulan dengesi, metabolik, psikojenik, immün sistem

bozulmalarını etiyolojik neden olarak öneren çok sayıda görüş ve bunlarla ilgili birbiriyle çelişen bulgular vardır (16-18).

Ek olarak, araştırmalarda tanı sınırlarının belirsizliği nedeniyle geniş örneklem grupları oluşturulamamaktadır. Yorgunluk hastalarının çok büyük bir bölümünün sağlık sistemine başvurmaması da örneklemelerin geneli temsil etme olasılığını azaltmaktadır. Sıklıkla bir çalışmada elde edilen bulgu, diğer bir çalışmada gösterilememekte ya da tersi bulgular elde edilmektedir.

Yorgunluk hastalığıyla ilgili etiyolojik bir model kurmak yerine yorgunluğun patofizyolojisi üzerinden çalışmaları sürdürmek daha anlamlı görünmektedir. Bir insan yorgunluk hissettiğinde onda oluşan psikofizyolojik değişikliklerin belirlenmesi, patofizyoloji için hipotetik modellerin kurulmasına başlangıç sağlayabilecektir. Yorgunluk sırasında merkezi sinir sistemi işlevlerinde ortaya çıkan değişimlerle ilgili çalışmalar yol gösterici özellikler taşımaktadırlar. Merkezi sinir sisteminde Retiküler Aktive Edici Sistem'le (RAS) ilgili çalışmalar, yorgunluk hissini bu bölge ve işlevleriyle ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Retiküler Aktive Edici sistem (RAS) beyin sapı boyunca, talamus hipotalamustan pons ve medullaya ve oradan medulla spinalise kadar uzanan alanı bir ağ gibi saran lifler ve bu liflere tutunmuş nöronlardan oluşan bir yapıdır. Retiküler sistemin organizmanın enerji kaynaklarının kullanımını ve uyku/uyanıklık döngüsünü düzenlediği düşünülmektedir. Retiküler sistem nöronları duysal ve motor nöronlardan farklıdır. RAS nöronları beyin sapında geniş biçimde yayılmışlardır. Kortekse doğru tırmanan (çıkan) ve omuriliğe doğru alçalan (inen) bir dağılımları vardır. RAS nöronları medulla spinaliste bulunan nöronlar arası ağın arka uzantılarından çıkarlar. Omurilikten başlayıp subkortikal yapılara kadar uzanır ve bu bölgeyi bir ağ gibi sarar. RAS ağının içinde retiküler nöronlar bulunur (19).

Retiküler sistem içinde çok sayıda çekirdek kümelenmesi vardır. Beyin sapı orta hattı boyunca raphe çekirdekleri yer alır. RAS bu çekirdeklerin iki yanında mediolateral olarak uzanır. Bu şekilde median, paramedian ve lateral retiküler sistem olarak yerleşmiştir. Orta hatta yer alan raphe çekirdekleri dışında ventral tegmental çekirdek, locus cereleus, interpedinküler çekirdek ve merkezi retiküler çekirdek gibi çok sayıda nöron kümelenmesiyle bağlantıları vardır. RAS nöronları yoğunlaşmış ve düzenli yapılanma göstermez, çoklu bağlantılar yapacak şekilde dallanıp budaklanmış olarak yayılırlar. Retiküler bir nörondan çıkan bir akson çok çeşitli dallanmalar yaparak omurilikten, talamusa ve daha yukarıdaki kortikal hücreler kadar uzanabilir.

Retiküler sistem ve diğer çekirdeklerin nöronları farklı nörotransmitterleri içerirler. İşlevleri de içerdikleri nörotransmitterlerin özelliklerine göre farklılaşır. Raphe çekirdeklerinde yoğun olarak serotonin bulunur. Aksonal uzantıları bazal ganglionlar, thalamus, hypothalamus, limbik sistem, tüm beyin korteksi ve beyinciğe uzanır. Serotoninerjik nöronlar spinal korda doğru da yayılım gösterirler. Serotoninerjik nöronlar inhibitör etkilidirler. Uyku, dinlenme ve sakinlikle ilgilidirler. Noradrenalin yoğun olarak locus sereleusta bulunur. Noradrenalin MSS'de aktivatör bir nörotransmitterdir. Enerji aktivitesini düzenler. Dopaminerjik nöronlar ise temel olarak mezensefalonda yerleşmişlerdir. Aksonları bazal ganglionlar, limbik yapılar (septal çekirdek, amigdaloid çekirdek, nukleus accumbens, entorhinal korteks, hippocampus vs) ve özellikle frontal ve prefrontal korteks olmak üzere bütün beyin kortekslerine uzanır. Dopaminerjik sistem motor koordinasyonla ilgilidir. Motor hareketin başlatılmasında rolü vardır. Kolinerjik sistem nöronları ise beyin sapında yaygın olarak dağılmıştır ve RAS'in en yaygın ağını oluştururlar. Kolinerjik nöronlar bellek işlevlerinin düzenlenmesi, duyuşsal algılama ile bilişsel işlev ilişkisinin güçlenmesi ve organizmanın emosyonel durumunun düzenlenmesinde rol oynarlar.

Yorgunluğa, uyku, motivasyon, dikkat ve bellek işlevlerinde bozulmaların eşlik ettiği bilindiğinden, patofizyolojide RAS işlevlerinin rol oynadığı düşünülmektedir. Manyetik rezonans (MR) ve diğer görüntüleme çalışmalarında da bu bölgelerde özgül olmayan ve her hastada görülmeyen değişiklikler saptanmıştır. Belirsiz ve çelişkili bulgulara karşın, yorgunlukla RAS arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (19).

SONUÇ

Yorgunluk genel tıp ve sağlık hizmetinde önemli bir sorun olarak bulunmaktadır. Bu sorunun özgül bir hastalık ya da çok çeşitli nedenlerin bir sonucu olup olmamasının bu bağlamda önemi yoktur. Yorgunluk yakınması olan kişilerin çok büyük bölümü sağlık sistemine başvurmamakta, başvuranlarda sağlık hizmetinin yürütülmesinde sorunlarla karşılaşmaktadır. Hastalar çoğunlukla sağlık hizmetinden hayal kırıklığı ya da çok çeşitli tanılar ve çok çeşitli ilaçlarla ayrılmakta, işgücü kaybı ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Daha önemlisi ise iyileşmemektedirler.

Yorgunluk yakınmasıyla karşılaşıldığında, hastanın ayrıntılı bir öyküsünün alınması, yorgunluğu açıklayacak fiziksel ve ruhsal hastalıkların araştırılması öncelikli olmalıdır. Nedeni açıklanamayan yorgunluk yakınmalarında eşlik eden fiziksel ve ruhsal belirtiler araştırılmalıdır.

Her hangi bir nedenle açıklanamayan yorgunluk vakalarında alternatif tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Psikiyatrik belirtilerin baskın olduğu vakalarda psikoterapi, davranışçı terapi yöntemleri için psikiyatrya yönlendirme yararlı olacaktır. Önerilen egzersiz terapisi, nörotransmitter prokürsörleri, antidepresan, antiviral ilaçlar, vitamin tedavileri, omega 3 vb ek maddeler dikkatli bir seçim ve yakın izleme denemmelidir.

Yazışma adresi

Dr. Aslıhan Sayın

*Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatry AD
06450, Ankara, TÜRKİYE*

Tel: 312 2025419

Faks: 312 4674827

E mail: aslihansayin@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D ve ark. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Int Med 1993; 153: 2759-65.
2. Sullivan PF, Kovalenko P, York TP ve ark. Fatigue in a community sample of twins Psychol Med 2003; 33: 263-281.
3. Lee S, Yu H, Wing Y ve ark. Psychiatric morbidity and illness experience of primary care: patients with chronic fatigue in Hong Kong. Am J Psychiatry 2000; 157: 380-384.
4. Bates, DW, Buchwald D, Lee J ve ark. Clinical laboratory test findings in patients with chronic fatigue syndrome. Arch Int Med 1995; 155: 97-103.
5. Candansayar S, Coşar B: Asteni kavramının tarihsel gelişim ve günümüz tıbbındaki yeri. Ed. S. Candansayar: Yorgunluğun Halleri içinde. PEDAY Yayınları, 2003.
6. Hinshaw DB, Carnahan JM, Johnson DL. Depression, anxiety and asthenia in advanced illness. J Am Coll Surg 2002; 195: 271-277.
7. Leonard A, Jason LA, Taylor RR ve ark. Evaluating attributions for an illness based upon the name: Chronic Fatigue Syndrome, Myalgic Encephalopathy and Florence Nightingale Disease. Am J Com Psychol 2002; 30: 145-158.
8. Abbey SE, Garfinkel PE. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making diagnosis. Am J Psych 1991; 148: 1638-46.
9. Ware NC, Weiss MG. Neurasthenia and the social construction of psychiatric knowledge. Transcul Psychiatr Res Rev 1994; 31: 101-123.
10. Shahar E, Lederer J. Asthenic symptoms in a rural family practice. Epidemiologic characteristics and a proposed classification. J Fam Pract 1991; 32: 14-23.
11. Wessely S, Chalder T, Hirsch S et al. The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. Am J Public Health 1997; 87: 1449-1455.
12. Kroenke K, Wood D, Mangelsdorff D ve ark. Chronic fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics and outcome. J Am Med Ass 1988; 260: 929-934.
13. Yager J: Clinical manifestations of psychiatric disorders. Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry (içinde). Williams & Wilkins, 1989, vol 1, 964-1001.

14. Sharpe M, Wessely S: Chronic Fatigue Syndrome. MG Gelder, JJ Lopez-Ibor Jr, NC Andreasen.: New Oxford Textbook of Psychiatry (içinde). Oxford University Press, 2000, vol 2, 1112-1121.
15. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS. Fatigue in the workplace of national health service trusts: Level of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. J Psycsom Res 1997; 43: 83-92.
16. Masuda A, Munemoto T, Yamanaka T ve ark. Psychosocial characteristics and immunological functions in patients with postinfectious chronic fatigue syndrome and noninfectious chronic fatigue syndrome. J Behav Med 2002; 25: 477-84.
17. Masuda A, Nakayama T, Yamanaka T ve ark. The prognosis after multidisciplinary treatment for patients with postinfectious chronic fatigue syndrome and noninfectious chronic fatigue syndrome. J Behav Med 2002; 25: 5487-97.
18. Abu Judeh HH, Levine S, Kumar M ve ark. Comparison of SPET brain perfusion and 18F-FDG brain metabolism in patients with chronic fatigue syndrome. Nucl Med Commun 1998; 19: 1065-71.
19. Feuerstein C. Neurophysiological data concerning fatigue: Role of the activating reticular system. Entreteins Bichat 1992; (special issue):11-19.