



Review / Derleme

# The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care

Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım

Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, Onur Öztürk<sup>2</sup>

## ABSTRACT

Depression is may be the most important psychiatric disease for primary care health professionals. Depression is a mood disorder in which the individual always feel sad, melancholic or depressed without a reason, accompanying feelings of a deep distress, unworthiness, powerless, unwillingness, a negative view for life with impaired or slowed speech, motion and some physiological functions. World Health Organization had declared that unipolar major depression is the fifth leading most important health problem around the world in 1990, by the 2020 it will the second ranking health problem just under the ischemic cardiovascular diseases. Mood disorders can be categorized basically as depressive (unipolar) and manic depressive (bipolar) into two and diagnosed with DSM-V-TR criteria. In this condition to aware of depressed patients (search), to diagnose, to differentiate between primary and secondary mood disorders, to start an antidepressant therapy if necessary and consult the success of the therapy and to refer the patient to another health center in necessary conditions can be accounted as the principle duties of the primary care physicians. The aim of this review is to provide the latest knowledge for primary care physicians while managing depression.

**Key words:** Depression, primary care, management

## ÖZET

Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar için belki de en önemli psikiyatrik hastalıktır. Depresyon, belirli bir nedeni olmadan bireyin kendini sürekli üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesi, bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, olumsuz bir bakış açısı gibi duyguların eşlik ettiği, ayrıca beraberinde düşünce, konuşma, devinim ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın gözlemlendiği bir duygu durum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü, 1990 yılında unipolar majör depresyonu dünyada en sık izlenen beşinci önemli sağlık sorunu olduğunu bildirirken, 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci sağlık sorunu olacağını tahmin etmektedir. Duygu durum bozuklukları, depresif (unipolar) ve manik depresif (bipolar) olarak temelde ikiye ayrılır ve tanısı DSM-V-TR kriterlerince konulur. Bu durumda birinci basamak hekiminin temel görevi, duygu durum bozukluğuna sahip hastalarını ayırt etmek (taramak), tanı koymak, birincil ve ikincil duygu durum bozuklukları arasında tanısal ayrımı yapabilmek, gerekse antidepresan tedaviye başlayarak bu tedavinin etkinliğini gözlemek ve gerekli hallerde hastayı bir başka merkeze yönlendirmektir. Bu derlemenin amacı, birinci basamak hekimlerinin depresyon yönetimi sırasında ortaya koyacakları yaklaşım için gerekli olan güncel bilginin sağlanmasıdır.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, birinci basamak, yaklaşım

Received / Geliş tarihi: 09.04.2016, Accepted / Kabul tarihi: 09.09.2016

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Onur Öztürk, Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, Samsun-TÜRKİYE, E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım. TJFMPC, 2016;10(4): 250-258.

DOI: 10.21763/tjfm.271331

## GİRİŞ

Genel nüfusta, psikiyatrik rahatsızlıklar açısından yaşam kalitesini artırmak için, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli ilk kez 1978 Alma-Ata Bildirgesi ile vurgulanmış<sup>1</sup> ve ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma bütünleştirilmesi önerilmiştir. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) beraber ortaya koydukları 'Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'nde, tüm toplumlarda sıklığı giderek artan ruhsal hastalıkların olabildiğince erken evrede ve sistematik bir yaklaşımla, kişinin evine ve toplumuna yakın bir ortamda tedavisinin en iyi sonucu doğuracağı vurgulanmıştır.<sup>2</sup> Şüphesiz birinci basamak hekimliği açısından, bu rahatsızlıklar arasında en önemli hastalık depresyondur. Depresyonu olan hastaların %60-75'i, yakınmaları için psikiyatristler yerine, ilk önce bir birinci basamak hekimine başvurmaktadır.<sup>3</sup> Aşağıdaki derlemede, özellikle hayali bir vaka aracılığı ile birinci basamakta depresyon tanısı, tedavisi ve takibi konusunda güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

### VAKA (Bölüm 1)

*"Dr. Mehmet Bey, içeriye giren bir sonraki hastasını gördüğünde içinden karamsar düşünceler geçti. Funda Hanım, 59 yaşında idi ve kendisine dokuz ay önce kayıt yaptırmıştı. O zamandan bu yana, yaklaşık iki veya üç ayda bir sürekli, geçmeyen baş ağrıları şikâyeti ile kendisine gelmekte idi. Birçok medikal tedavi çeşidi denemesine rağmen, baş ağrıları konusunda sonuç alamayınca, hastasının da ısrarı ile Funda Hanım il devlet hastanesinde bir nöroloğa göndermişti. Burada, kendisine bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleri de dahil çeşitli incelemeler gerçekleştirilmişti, ancak baş ağrısına neden olabilecek herhangi bir soruna rastlanmamıştı. Dr. Mehmet Bey hastasına, onu aile sağlığı merkezine tekrar getiren şikâyetinin ne olduğunu sorduğunda, Funda Hanım cansız, bezgin ve enerjisiz bir ses tonu ile baş ağrıları için ilaç yazdırmaya geldiğini söyledi."*

### Tanım ve Epidemiyoloji

Depresyon, belirli bir nedeni olmadan bireyin kendini sürekli üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesi, bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, olumsuz bir bakış açısı gibi duyguların eşlik ettiği, ayrıca beraberinde düşünce, konuşma, devinim ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın gözlemlendiği bir duygu durum (mood) bozukluğudur.<sup>4</sup> Özetle, bireydeki duygusal, davranışsal, bilişsel ve somatik regülasyonu etkileyen karmaşık bir sendromdur. Depresyona pek çok psikiyatrik veya psikiyatrik

olmayan hastalıklar eşlik edebilir ve yaşamının ilk altı ayından sonuna kadar herhangi bir zamanda izlenebilir.<sup>5</sup> Eğer hastada bağımlılık yapıcı madde kullanımı veya depresyonla ilişkilendirilebilecek başka bir hastalık yoksa, bu durum birincil duygu durum bozuklukları olarak adlandırılır. Birincil duygu durum bozuklukları, depresif (unipolar) ve manik depresif (bipolar) olarak temelde ikiye ayrılır. Unipolar duygu durum bozuklukları ise, majör depresyon, inatçı depresif bozukluk ve başka türlü sınıflandırılmamış depresyon olarak sınıflandırılmaktadır.

DSÖ 1990 yılında unipolar majör depresyonu, dünyada en sık izlenen beşinci önemli sağlık sorunu olduğunu bildirirken, 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci sağlık sorunu olacağını tahmin etmektedir.<sup>6</sup> Depresyonun gerek DALY (Disability Adjusted Life Year / İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı), gerekse de ADL (Activities of Daily Living / Günlük Yaşamsal Faaliyetler) ve yaşam kalitesi ölçümleri bazında insan yaşamında ve işlevlerinde pek çok hastalıktan (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olaylardan v.b.) çok daha fazla kayba yol açtığı düşünülmektedir.<sup>7</sup>

Dünya üzerinde depresyon, birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Kadınların %20'sinde, erkeklerinde %10'unda, yaşamlarının bir döneminde depresyon görülür.<sup>8</sup> Yapılan geniş epidemiyolojik çalışmaların verilerine göre, yaşam boyu prevalans %4,9 ile %17,1 arası değişmektedir.<sup>9</sup> Weismann ve arkadaşlarının yaptığı ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışması verilerine göre, yıllık unipolar majör depresyon prevalansı %2,6 - %6,2 arasındadır.<sup>10</sup> Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda depresyon yaygınlığı, genel nüfusta %14 - 25, yaşlılarda ise %29 (erkeklerde %24, kadınlarda %33) olarak bildirilmiştir.<sup>11-15</sup> Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ise, 12 aylık unipolar depresif epizot sıklığı yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur.<sup>16</sup>

### VAKA (Bölüm 2)

*"Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım'ı dinlerken bir yandan da onunla ilgili bildiklerini akıldan geçirdi. Funda Hanım'ın eşi, bir yıl önce takip edildiği akciğer kanseri nedeniyle başka bir ilde ölmüştü. Eşi öldükten sonra, daha önce yaşadığı şehirden ayrılmış ve buraya ikinci bebeğini yeni doğurmuş olan kızının yanına taşınmıştı. Bebeğin bakımındaki ana sorumluluğu kendisi üzerine almıştı. Funda Hanım bu kez uykusuzluktan çok şikâyetçi olduğunu anlatıyordu. Özellikle yattıktan sonra uykuya dalmıyor ve sürekli gece boyunca uyanıyordu. Hayattan zevk alamadığını ve baş*

ağrılarının geçmemesi nedeniyle sürekli ağlamak isteğini anlattı. Dr. Mehmet Bey, daha önce bu şikâyetleri duymuştu ama bunları hastasının yaşadığı kayba bağlı yas reaksiyonu olarak değerlendirmişti.”

### Depresyon İçin Tanı Kriterleri

Depresyon tanısı DSM-V TR ölçütleri ile konulmaktadır.<sup>4</sup> Buna göre; çökkün duygu durum, ilgilere karşı azalma, kilo ve uyku problemleri, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik hisleri, konsantrasyon azlığı ve ölüm düşüncesi gibi bulguların en az

beşinin aynı kişide bulunması tanıyı koydurtur. Bu belirtilerden en az biri, ya çökkün duygu durum, ya da hastanın sevdiği bir şeye karşı ilgisini yitirmesi veya zevk almaması olmalıdır. Bu belirtiler arasında, özellikle insomnia ipucu olması açısından önemlidir. Çünkü, yurt dışı çalışmalarda, birinci basamak hekimlerinin en çok bu belirtiden yola çıkarak tanı koydukları izlenmiştir.<sup>17</sup>

Bu belirtilerle ilgili ayrıntılı bilgi Tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Majör depresyon için tanı kriterleri<sup>18</sup>**

| A. Genel Tanı Kriterleri (2 Haftalık sürede en az beş bulgu olmalıdır)   |  |
|--|--|
| Bulgular   | Açıklama   |
| 1.Çökkün Duygu Durum (Deprese mod)   | Hastada nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunmalıdır. Bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur), ya da bu durum başkalarına gözlenir.        |
| 2.Anhedoni   | Bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, ya da bunlarda zevk almama, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre veya gözlemlerle belirlenir).                                    |
| 3.Kilo değişimi  | Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken), çok kilo verme ya da kilo alma (Örneğin bir ay içinde ağırlığının %5 inden daha çok alan bir değişiklik), ya da nerdeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.   |
| 4.Uyku düzenindeki değişiklikler   | Hemen her gün uykusuzluk (Insomnia) veya aşırı uyuma, uykuya dalamama, sık uyanma ve yeterince uyuduğu halde uykudan yorgun kalkma.  |
| 5.Psikomotor ajitasyon veya retardasyon.   | Nerdeyse her gün psiko derinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarına gözlenebilir; yalnızca, öznel dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil) izlenmesi.                       |
| 6.Enerji azlığı veya yorgunluk   | Nerdeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.   |
| 7. Suçluluk veya değersizlik duyguları   | Nerdeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil) hissedilmesi.                       |
| 8. Konsantre olmada zorluk çekme   | Nerdeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarına gözlenir).  |
| 9. Ölüm düşüncesi  | Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürme üzere bir eylem tasarlama. |
| B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.   |  |
| C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.   |  |
| D. Depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk, ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. |  |
| E. Hiçbir zaman bir manik dönemi, ya da bir hipomanik dönem geçirilmemiştir.   |  |

### Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Ayırıcı Tanı

Depresyonun etyopatolojisinin çok fazla faktörden etkilendiği düşünülmektedir. Genetik, psikososyal

ve nörobiyolojik faktörlerin birbirleri ile karmaşık bir etkileşim içinde depresyonu ortaya çıkartmaktadır. Norepinefrin, serotonin ve dopamin salınım düzensizlikleri nörobiyolojik

fizyopatolojide etkindir. Özellikle postsinaptik transmitter miktarının artırılması ile semptomlar düzelmektedir. Adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenleri depresyonda rol oynayan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır.<sup>19</sup>

Yapılan çalışmalarda, depresyon için bazı kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin risk oluşturduğu gösterilmiştir.<sup>20</sup> Kadınlar arasında,

düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda, stresli yaşam olayları yaşayanlarda, aile veya arkadaş çevresinin kaybı halinde, depresyon veya intihar açısından aile hikâyesi olanlarda depresyon sık izlenmektedir. Daha önce intihar

girişimi hikâyesi olanlarda, postpartum dönemde, herhangi bağımlılık yapıcı madde kullanımı varsa ve eşlik eden anksiyete gibi diğer bir psikiyatrik hastalık varlığında depresyon açısından uyanık olunmalıdır. Erkeklerde 55 yaşından sonra, kadınlarda ise 35-45 yaşlarından sonra daha sık izlenmektedir. Bazı hastalıkların varlığında özellikle depresyon sık izlenebilir. bu durumda altta yatan komorbidite çözülmeden, depresyon etkin bir şekilde çözülemez. İkincil olarak duygu durum bozukluğu yapabilecek hastalıklar ve durumlar Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2. İkincil unipolar duygu durum bozukluğu sebepleri<sup>18</sup>**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Beslenme yetersizlikleri</b><br/>Vit B 12, folat, demir, tiamin, niasin eksikliği</p> <p><b>Romatolojik hastalıklar</b><br/>Sistemik lupus eritematozus<br/>Romatoid artrit<br/>Sarkoidoz</p> <p><b>Kardiyak hastalıklar</b><br/>Mitral valv prolapsusu<br/>Miyokard enfarktüsü<br/>Hipertansiyon</p> <p><b>Gastrointestinal hastalıklar</b><br/>Siroz<br/>Pankreatit<br/>Enflamatuvar bağırsak hastalıkları</p> <p><b>Hematolojik hastalıklar</b><br/>Orak hücreli anemi<br/>Hemofili</p> | <p><b>Endokrin hastalıklar</b><br/>Hiper/hipotiroidizm<br/>Diabetes mellitus<br/>Hiperkalsemi<br/>Menopoz</p> <p><b>Nörolojik hastalıklar</b><br/>İnme<br/>Alzheimer<br/>Huntington hastalığı<br/>Multiple skleroz<br/>Kontrolsüz epilepsi<br/>Parkinson<br/>Migren</p> <p><b>Dermatolojik hastalıklar</b><br/>Psöriasis<br/>Saç dökülmesi</p> <p><b>Renal hastalıklar</b><br/>Üremi<br/>Kronik Böbrek Yetmezliği</p> | <p><b>Enfeksiyöz hastalıklar</b><br/>Hepatit<br/>İnfluenza<br/>İnfeziyöz mononükleoz<br/>Tüberküloz<br/>AIDS</p> <p><b>Neoplastik hastalıklar</b><br/>Pankreas ca<br/>Lenfoma<br/>Lösemi<br/>Akciğer ca</p> <p><b>Madde ve toksinler</b><br/>Barbitürat, benzodiazepin, simetidin, betabloker, steroid, indometazin, alfa-metildopa, oral kontraseptif, sülfonamid, kokain, dijitaler</p> |
|--|---|---|

### VAKA (Bölüm 3)

*“Dr. Mehmet Bey, sorgusunu derinleştirdiğinde Funda Hanım’ın uzun zamandır hayattan hiç zevk almadığını, gündüz zamanının büyük kısmını torununa bakarak geçirdiğini, şu an torununa bakmaktan başka hiçbir şeyin kendisine zevk vermediğini, ama çoğu zaman kolunu bile kaldıracak gücü bulamadığını öğrendi. Funda Hanım kilo vermeye çalışmamasına rağmen, son dönemde 7 veya 8 kilo verdiğini anlattı. Eskiden resim yapmaktan ve resim dersi vermekten çok hoşlandığını, ama taşındıktan sonra resim yapmak için gerekli eşyaları kolilerden bile çıkartmak için bir neden bulamadığını belirtti.”*

### Depresyon Tarama ve Tanı Testleri

Birinci basamakta depresyonun rutin olarak taranması konusunda farklı görüşler mevcuttur. USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force / Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü) tüm adölesanlar (12-18 yaş arası) ve erişkinlerde (> 18 yaş) hasta tanı, tedavisi ve takibi için multidisipliner (Psikiyatrist, psikolog, terapist

vb.) bir hizmet sunumu sağlayan kurumlarda tüm bireylerin depresyon açısından taranması gerektiğini belirtmektedir.<sup>21</sup> USPSTF, özellikle tarama yaparken hastalara DSM-V TR tanı kriterlerinde de vurgulanan iki kritik sorunun önemini altını çizmiştir. Bunlar “Son iki haftadır kendini nedensiz yere mutsuz hissediyor musunuz?” ve “Eskiden yapmaktan zevk aldığınız ve ilgi duyduğunuz şeylere karşı son iki haftadır ilginizde azalma oldu mu?” sorularıdır. Bu iki sorudan birisine bile evet diyen bir bireye uygulanacak daha uzun bir tanı ve /veya tarama testi, belirgin şekilde depresyon lehinde anlamlı sonuç vermektedir. Farklı yaş ve hastalar için değişik depresyon tarama ve tanı testleri mevcuttur.<sup>22</sup> Bu testlerin güvenilirlikleri yüksek iken (%80-90), duyarlılıkları daha ortalama düzeydedir (%70-80). Bu testler, hastanın kendi kendine veya bir hekim eşliğinde yüz yüze uygulananlar olarak ikiye ayrılırlar. Ülkemizde, hastanın kendi kendine uyguladıkları ölçekler arasında, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Zung Depresyon Anketi sayılabilir.<sup>23</sup> Hekimin, hastasına yüz yüze uyguladıkları arasında, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme

Ölçeği örnek gösterilebilir. Belirli yaş grupları için geliştirilmiş depresyon ölçekleri arasında ise Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği bulunmaktadır. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, Cornell demansta depresyon ölçeği ve Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği gibi belli tıbbi duruma sahip kişiler içinde geliştirilmiş ölçeklerde mevcuttur.

#### Vaka (Bölüm 4)

*“Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım’ın yakın zamanda yapılan laboratuvar tetkiklerini tekrar gözden geçirirken, sistematik bir şekilde bazı sorular yöneltti. Funda Hanım devlet hastanesine sevk edildiği zaman yapılan tam kan sayımı incelenmesi, kan biyokimyası ve tam idrar tahlili değerleri normaldi. Funda Hanım’ın şu an için düzensiz aldığı analjezikler dışında, kullandığı herhangi başka bir*

*ilaç yoktu. Dr. Mehmet Bey, en kısa zamanda Funda Hanım’dan bir tiroit fonksiyon testi isteyebileceğini düşündü ve doldurmasını rica ederek bir BDE verdi.”*

#### Konsültasyon veya Sevk Kriterleri

Birinci basamak hekiminin, depresyon tanısı alan bir hastası olduğunda ilk yapması gereken, hastanın başka bir merkeze sevk edilip edilmeyeceğine karar verilmesidir. Bu açıdan, depresyon hastasının intihar riskini değerlendirmek hayati önem taşımaktadır. Hastada intihar düşüncesi ve bununla ilgili herhangi bir plan varlığında, hasta vakit geçirilmeden ciddi psikiyatrik yardım sunan bir merkeze yönlendirilmelidir. İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar girişimi için risk faktörleri Tablo 3’te sunulmuştur. Hastanın günlük işlevselliğinde ciddi azalma, günlük işlevleri etkileyecek düzeyde eşlik eden bilişsel bozukluk, psikotik semptom, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, daha öncesinde bipolar hastalık hikayesi ve / veya ciddi başka bir psikiyatrik bozukluk varlığında hasta bir psikiyatriste zaman kaybedilmeden sevk edilmelidir.<sup>25</sup> Ayrıca etkin dozda ve sürede en az iki tedavi denemesine karşılık hasta semptomlarında değişiklik olmuyor veya istenen düzeyde değilse hasta Elektrokonzülziv tedavi (EKT) açısından değerlendirilmek üzere yine bir psikiyatriste sevk edilebilir.<sup>26</sup>

| Tablo 3: İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar girişimi için risk faktörleri <sup>24</sup> |  |
|--|--|
| Girişim*   | Tamamlanmış Girişim†                                 |
| Kadın cinsiyeti  | Erkek cinsiyeti                                      |
| Yaş <30 yıl  | Yaş > 55 yıl   |
| Tek başına yaşama  | Berberinde kronik bir hastalık (Kanser, Diyabet vb.) |
| Eşlik eden ciddi psikososyal stres (İş kaybı, ayrılık)                                       | Sosyal izolasyon (Boşanmış, dul)                     |
| Madde kullanımı (alkol, esrar vb.)   | Ailede intihar hikâyesi                              |
| Eşlik eden bir kişilik bozukluğu   | Madde kullanımı (alkol, esrar vb.)                   |
| Depresyon  | Depresyon veya depresyon için aile hikayesi          |
| *Ölümlle sonuçlanmayan kendi hayatına son vermeye yönelik her türlü eylem                    |  |
| † Ölümlle sonuçlanan kendi hayatına son vermeye yönelik her türlü eylem                      |  |

#### Vaka (Bölüm 5)

*“Funda Hanım envanterden toplam 41 puan alıyordu. Bu puana göre Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım’ın şiddetli depresif belirtiler gösterdiğini anladı. Funda Hanım’ın diğer belirtilerini de değerlendiren Dr. Mehmet Bey, hastasındaki yas reaksiyonunun normale göre çok uzun sürdüğünü ve bipolar majör depresyon atağı geçirdiğini düşündü. Dr. Mehmet Bey, Funda Hanıma hiç canına kıymayı düşünüp, düşünmediğini ve bunun için bir tasarısı olup olmadığını sordu. Funda Hanım ağlamaya başlayarak, kızının ve torununun kendisine ihtiyacı olduğunu ve böyle bir şeyi düşünmediğini, ama hayatın ona çok boş geldiğini anlattı. Funda Hanım’a, eşine kanser teşhisi konduktan beş yıl önce, adını bilmediği bir depresyon ilacı başlanmıştı ve ilacı altı ay kadar kullanmıştı. Kendi ifadesi ile ilaçtan oldukça yarar*

*görmüştü. Dr. Mehmet Bey, hastasına şu anki klinik durumu ile ilgili bilgi verdi ve Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI) grubu bir antidepresan ilaç kullanmasını önerdi. Bir hafta sonrasına randevu verdi ve mümkünse bu randevuda Funda Hanım’ın kızıyla da konuşmak istediğini belirtti.*

#### Tedavi

Depresyon tedavisi bireysel olmalıdır. En başarılı tedavi sonuçları, biyopsikososyal yaklaşımla planlanan terapilerden elde edilebilir. Farmakolojik tedavinin yanı sıra, sosyal çevre desteği ve psikoterapi çok başarılı sonuç verebilir. Tedavinin ilk basamağında, hastanın özelliklerine göre tercih edilen bir antidepresif ilaç, en az üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan, ortalama altı haftalık bir süre için kullanılmalıdır. Bu süreden sonra, tedavi sonuçları değerlendirilerek gerekiyorsa başka

bir alternatif ilaca geçilebilir. Hastanın daha önceden kullandığı ve yarar gördüğü bir ilaç varsa ilk tercih olarak seçilmelidir.<sup>20,24</sup>

Farmakoterapinin etkinliği, kişinin sosyal ve hastalık özellikleri ile değişmektedir. Erken tedaviye başlandığı, distimik veya depresyon sürelerinin kısa olduğu durumlarda, başta psikoz olmak üzere kişinin ilave bir psikiyatrik hastalığının olmadığı hallerde, alkol veya başka bağımlılık yapıcı madde kullanımı yoksa farmakoterapi çok daha etkin sonuçlar vermektedir. Ayrıca, kişinin hastalık öncesi sosyal aktivitelerinin yeterli düzeyde olması, başta aile olmak üzere sosyal ve iş çevresinden yeterli destek gördüğü hallerde, olumsuz hayat olaylarının sıklığı ve şiddetinin belirli bir düzeyde kaldığı hallerde tedavi daha başarılı olmaktadır.<sup>1</sup>

Hamile ve emziren kadınlarda B kategorisindeki (FDA) antidepresanlar verilebilir (Sertralin). Gebeliğin ilk 3 ayında tek seçenek EKT'dir. EKT, yine, yaşlılarda major depresyonda etkinliği bilinen ve en sık kullanılan tedavi seçeneklerinden biridir.<sup>27,28</sup>

Tedaviden istenilen düzeyde fayda sağlanamıyorsa, ilaç dozları tedricen artırılarak gerektiğinde en yüksek tedavi dozuna yükseltilmelidir. Hastada iyileşme sağlandıktan sonra, tedaviye aynı dozda 6 ay-1 yıl daha devam edilmelidir. Bazı hallerde, sık tekrarlayan depresyon atakları olan hastalarda fayda sağlayan ilaca ömür boyu devam edilmesi önerilmektedir.<sup>29,30</sup>

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar Tablo 4'de gösterilmiştir. Birinci basamakta, günümüzde gelişmiş güvenlik ve tolerabilite özellikleri sebebiyle, SSRI ve serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNRI) daha sıklıkla kullanılmaktadır. Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar (TCA) artık çok daha az miktarda tercih edilmektedir. Antidepresan ilaç tedavisi sırasında alkol alınması önerilmemektedir.<sup>31</sup>

Bunların dışında; bilişsel terapi, davranışsal terapi, hipnoterapi gibi psikolojik yaklaşımların, alkol ve/ veya sigara gibi kötü alışkanlıkların terkinin, egzersiz, fototerapi/akupunktur gibi tamamlayıcı yaklaşımların ve bazı bitkisel tavsiyelerin (sarı kantaron otu, ginko biloba) hafif ve orta düzeyde depresyonda etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>32-38</sup>

## Vaka (Bölüm 6)

*“Dr. Mehmet Bey, SSRI grubu bir anti depresan başladığı Funda Hanım'ı iki ay sonra gördüğünde,*

*başlangıçtaki belirtilerin oldukça gerilediğini fark etti. İlaç tedavisine başlayalı altı kez görüşmüşlerdi ve bu görüşmelerde Funda Hanım giderek daha az baş ağrılarından bahsetmişti. Funda Hanım, çok daha iyi uyuduğunu belirtirken, Dr. Mehmet Bey, hastasının sesine enerji geldiğini fark etti. Funda Hanım, kızının başı sıkıştığında torununun bakımına destek oluyordu, ama bu konudaki ana sorumluluğu kızına ve yeni bakıcıya bırakmıştı. Funda Hanım, tekrar resim yapmayı düşündüğünü ve hatta ileride bu konuda öğrencilere kurs vermeyi düşündüğünü anlattı. Dr. Mehmet Bey, BDE'yi tekrarladığında Funda Hanım'ın envanterden 12 puan aldığı gördü. Funda Hanım'ın, tedavinin ne kadar süreceğini sorması üzerine, en az dört ay daha aynı şekilde ilacı kullanmasını önerdi.*

## İzlem

Bir depresyon hastasının, ortalama izlem süresi 6 ile 12 ay arası değişebilir. Farmakoterapi başladıktan sonraki ilk haftada, özellikle ağır majör depresyon hastalarında intihar olasılığı arttığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, bu tarz bir girişimde bulunacağı konusunda en ufak bir şüphe bulunan hastalar yakın takibe alınmalıdır. Yeni tedavi başlanmış hastaların, ilk ay içinde haftada bir takip esnasında bir iki ayda bir gözlenmesi çok yararlıdır. Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için, birinci basamak hekimi tarama veya tanı koyma esnasında kullanılan depresyon değerlendirme ölçeklerinden birini takipte kullanılmalıdır. Tercih edilen anketin, başlangıç değerlendirilmesindeki skorunda %50 ve üzeri bir düzelme tedaviye yanıtı gösterir. Her ölçek için tanımlanmış belli skor değerine inilmesi, hastada remisyona ulaşıldığını (düzelmeyi) göstermektedir.<sup>39</sup>

Tedaviye direnç ve nüks depresyon tedavisinde önemli bir sorundur. Bu durumlarda, bir psikiyatristten konsültasyon istemek veya hastayı başka bir merkeze yönlendirmek gerekebilir. Barkow ve ark., 12 aylık izlem sonunda, birinci basamakta tedavi edilen hastaların %33,5'inde depresyonun devam ettiğini görmüşlerdir.<sup>40</sup> Yapılandırılmış ve kısa (<beş dakika) telefon konsültasyonlarının hasta izlemlerinde etkili olduğu bilinmektedir. Simon ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, anti depresif tedavi başladıktan sonraki 8. ve 16. haftalarda yapılan 10-15 dakikalık iki telefon görüşmesinden sonra, ayaktan izlenenlere kıyaslandığında telefonla görüşülen hastaların, ilaç uyumlarının daha iyi olduğu ve depresif belirtilerinde %50 azalma olduğu saptanmıştır.<sup>41</sup>

| <b>Tablo 4. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar<sup>30-32</sup></b>          |  |                        |   |  |
|---|--|------------------------|---|--|
| <b>Sınıf, Etki Mekanizması</b>  | <b>Yan Etki</b>  | <b>Doz</b>             | <b>Not</b>  |  |
| <b>SSRI</b><br>Seçici Serotonin geri alımı inhibisyonu                            | Bulantı, kusma ishal, baş ağrısı, tremor, sedasyon, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler (cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.)   | Sitalopram 20-60 mg    |   |  |
|   |  | Essitalopram 10-30 mg  | İlaç etkileşimi az  |  |
|   |  | Fluoksetin 20-80 mg    | Uzun Yarı Ömür  |  |
|   |  | Fluvoksamin 100-300 mg |   |  |
|   |  | Paroksetin 20-60 mg    | Kilo alımı problemleri sık izleniyor  |  |
|   |  | Sertralin 50-200 mg    |   |  |
| <b>SNRI</b><br>Serotonin ve noradrenalin geri alımı inhibisyonu                   | Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler ( cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.)   | Venflaksin 75-225 mg   | Kan basıncı yükseklği   |  |
|   |  | Duloksetin 60 mg       |   |  |
|   |  | Milnasipran 50-100 mg  | Asıl atılım yolu böbrekler olduğundan böbrek yetmezliklerinde dikkatli kullanılmalıdır. |  |
| <b>NRI</b><br>Noradrenalin geri alımın inhibisyonu                                | Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, taşikardi, idrar retansiyonu   | Reboksetin 4-8 mg      |   |  |
| <b>NDRI</b><br>Noradrenalin ve dopamin geri alımın inhibisyonu                    | Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, konvülviz atak geçirme riski   | Bupropion 150-300 mg   | Daha az cinsel yan etki izlenir   |  |
| <b>NaSSA</b><br>Noradrenalin ve serotonerjik etki, $\alpha_2$ antagonizma         | Uyuklama, aşırı kilo alımı   | Mirtazapin 15-45 mg    | Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir. Cinsel yan etki az                           |  |
| <b>SARI</b><br>Serotonin antagonizması/ geri alım inhibisyonu                     | Aşırı sedasyon, nadir priyapizm  | Trazodon 50-300 mg     | Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir   |  |
| <b>TCA</b><br>Serotonin ve noradrenalin geri alımın inhibisyonu                   | Antikolinerjik etkiler; ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, üriner retansiyon, uyuklama, aşırı sedasyon, sersemlik, postür al hipotansiyon. Bulantı, baş ağrısı, ağrısı, konvülviz atak geçirme riski, cinsel yan etkiler ( cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.) | Amitriptilin 75-300 mg | Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir.  |  |
|   |  | Klomipramin 75-300 mg  | OKB'de etkilidir  |  |
|   |  | Maprotilin 25-150 mg   | Konvülviz atak eşliğini çok azaltmaktadır   |  |
| <b>MAO İnhibitörleri</b><br>Serotonin, noradrenalin ve dopamin yıkımı inhibisyonu |  | Moklobemid 300-600 mg  |   |  |

## SONUÇ

Ülkemizde, 2008 yılından bu yana reçetelenen antidepresan ilaçların, yarısından fazlası birinci basamak hekimlerince yazılmaktadır. Birinci basamak hekimliği için, en önemli psikiyatrik

rahatsızlık olan depresyon konusunda, aile hekimlerinin bilgi ve becerisinin yeterli olmasının önemi aşikârdır. Örnek vermek gerekirse, İsveç'te birinci basamakta çalışan hekimlere yapılandırılmış, depresyonun tanı ve tedavisi konusunda bir eğitim verilmesiyle, genel nüfusta depresyon sıklığında ve ortalama intihar sayısında belirgin bir azalma tespit edilmiştir.<sup>42</sup> Yıldırım ve ark., yaptığı bir çalışmada ise aile hekimlerinin %19,2'si kendilerini depresyon tanı, tedavi ve izlem konusunda yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, ilk kez depresyon tanısı koydukları hastalarına %54,2'sine kendilerinin tedavi başladığı, %20,0'ine tedavi başlamadan psikiyatriste yönlendirdikleri ve %25,8'ine kendilerinin tedavi başlayıp, kontrole psikiyatriste yönlendirdikleri görülmektedir. Kendilerine verilen eğitimin, yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin oranı ise %72,7 gibi dikkat çekici bir değerdir.<sup>43</sup> Birinci basamakta çalışan hekimlerin, depresyon konusunda bilgi ve becerilerini arttıracak eğitim programlarının bu konudaki hekimlerimizin etkinliğini daha da arttıracığı düşünülebilir.

## TEŞEKKÜR

Yazının hazırlanma sürecindeki desteklerinden ötürü, Sn. Psikiyatrist Hilal Yılmaz'a teşekkürlerimizi iletiyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Tezvaran Z, Akan H, İzbrak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Physician* 2010; 1(3):1-7.
2. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. [http://www.who.int/mental\\_health/.../mentalhealthaltintopriarycare/.../index.html](http://www.who.int/mental_health/.../mentalhealthaltintopriarycare/.../index.html) Erişim tarihi: 15.11.2012
3. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Int Med* 1999; 14: 569-80.
4. DSM-V-TR. Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. (Edi. Köroğlu E.). Birinci Baskı HYB Yayınları İstanbul 2013; s. 194-97.
5. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, s 447-59.
6. Michaud CM, Murray CJL, Bloom PB. Burden of disease-implications for future research. *JAMA*, 2001; 285(5):535-9.
7. WHO. The World report: Solving mental health problems: principles of care. <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index1.html> Erişim tarihi: 10.2.2010
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR ve ark. National comorbidity survey replication. the epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 18; 289 (23): 3095-105.
9. Korf VM. Improving depression care. *J Fam Prac* 2001;50(6): 529-32.
10. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. Affective disorders in psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Edited by Robins LN, Regier DA. New York, Free Press, 1991, 53-80.
11. Kırpınar I, Gozum S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010; 19: 422-31.
12. Kırpınar İ, Tepeli İÖ, Gözüm S, Pasinlioglu T. Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısı dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 16-23.
13. Unsal A, Tozun M, Ayrancı U. Prevalence of depression among postmenopausal women and related characteristics. *Climacteric* 2011; 14:244-51.
14. Kitiş Y, Karaçam Z. Postpartum depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2009; 11(2): 67-74.
15. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıover S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 174-8.
16. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24: 1-18.
17. Barret JR. Treatment of Dsthymia and minor depression in primary care. *J Fam Prac*; 2001;50(5):405-13.
18. Smith WT, Kendrick T. Diagnosing and treating depression. *BMJ* 2000;320: 1602-10.
19. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 21-32.
20. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2012;3(2):1-7
21. U.S. Preventive Services Task Force. Depression in adults: Screening. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-adults-screening> (Son Erişim Tarihi: 10.6.2015)
22. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı. Üçüncü Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul; 1997: 13-20.



23. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; 186; 1: 39-47.
24. Yüksel N. 'Ruhsal hastalıklar. 3. Baskı MN Medikal & Nobel. İstanbul 2006; s. 183-220.
25. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician* 2001; 64:641-8.
26. Hickie IB, Andrews G, Davenport TA: Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. *MJA* 2002; 177(4): 205-7.
27. Özten E, Sayar GH. Gebelikte depresyonun somatik tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2015; 7(3):244-254.
28. Topbaş E, Eroğlu MZ, Zabun S, Güneş T, Çalışkan M. Depresyon ve parkinson hastalığı birlikteliğinde elektrokonvülsif tedavi kullanımı: bir olgu sunumu. *Cukurova Medical Journal* 2014;39(1):185-188.
29. Keller MB, Klerman GL. Long term outcome of episodes of major depression; clinical and public health significance. *JAMA*, 1984; 252:788-92.
30. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Review* 2009; 3:CD007954
31. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology, neuroscientific basis and applications. 3. Baskı, New York: Cambridge University Press, 2008: 511-666.
32. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.
33. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(3):318-26.
34. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55(2):147-66.
35. Mead GE, Morley W, Campbell IP, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. London:Wiley. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(Suppl 6):p587-S97.
36. Linde K, Mulrow CD, Berner M, Egger M. St John's wort for depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. London:Wiley. p. 65.
37. Hardy M, Coulter I, Morton SC. S-adenosyl-L-methionine for treatment of depression, osteoarthritis, and liver disease. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) guideline; 2002. Erişim <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hserta&part=A101701> Erişim tarihi:1.5.2014
38. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016; 77:42-51
39. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12): 1925-32.
40. Barkow K, Maier W, Üstün TB, Gansicke M, Wittchen HU, Heun R. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003; 76: 157-69.
41. Simon EG, Vonkorff M, Rutter C, Wagner E: Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320:550-4.
42. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression training programme for general practitioners. *J. Affect Disor* 1995;35(4):147-152.
43. Yıldırım A, Gönüllü OG, Eradamlar N, Erkıran M. İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam; The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27:242-249.