



# DEPRESYON

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Depresyon kişisel, meslekSEL, ailesel ve sosyal ağır komplikasyonları olan bir hastalıktır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12'dir. Her yaşta görülebilir ve tekrarlama riski yüksektir.

Diabetes mellitus, miyokard enfarktüsü, kanser, inme, hipotiroidi gibi bazı bedensel hastalıklar ve alkol-madde bağımlılığı depresyona eşlik edebilir ve/veya yol açabilir. Oral kontraseptif ve kortikosteroidler başta olmak üzere pek çok ilaç depresyona neden olabilir. Depresyonlu hastalar sıklıkla, fiziksel yakınmalarla psikiyatristten önce birinci basamak hekimine başvurur.

Özellikle erkekler ve yaşlılarda, ölümle sonlanan, depresyonla ilgili intihar girişimi çoktur. İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişiminin pratisyen hekim tarafından özellikle değerlendirilmesi gereklidir.

### Tanı

#### BELİRTİLER

##### 1.GRUP

- \* Çökükün duygudurum - üzüntü hali
- \* İlgî kaybı / zevk alamama

##### 2.GRUP

- Güçsüzlük / enerji kaybı
- Uyku bozukluğu-uykusuzluk/çok uyuma
- Dikkat toplayamama- kararsızlık
- İştah bozukluğu-kilo alma veya kaybı
- Psikomotor yavaşlama veya hızlanma
- Değersizlik ve yetersizlik düşünceleri
- İntihar düşüncesi

\* En az biri birinci gruptan olmak üzere, sayılan belirtilerden beşi, en az iki hafta süre ile işlevselligi bozacak derecede varsa tanı konulur.

## Ayırıcı tanı

- Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Demans
- Uyum bozukluğu
- Anksiyete bozuklukları
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Kişilik bozuklukları
- Yaş
- Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk
- Bipolar affektif bozukluk

## Tedavi

Tedavide etkinin haftalar içinde ortaya çıkacağı açıklanıp hastaya sabır olması söylenir ve tedavi süresince yaşamıyla ilgili önemli kararlar almaması önerilir.

İlaç tedavisine başlamadan önce mutlaka alkol kullanımı sorulmalıdır. Alkol kullanan hastada, antidepresan ilaçlarla alkolin aditif etkileşebileceğinin göz önünde bulundurulmalı ve hasta uyarılmalıdır. Yan etkiler (örneğin; ilaca bağlı cinsel yetersizlik, istahsızlık, ağız kuruluğu, kabızlık) hakkında ayrıntılı bilgi verilir. Bu yan etkilere bir ölçüde tolerans gelişebileceğinden hastaya tedaviye devam etmesi önerilir.

Depresyonun yanı sıra fiziksel bir rahatsızlık varsa tedavi edilmesi gereklidir.

Hasta önceki depresyon atağında kullanılan antidepresandan yarar görmüşse tedaviye aynı ilaçla başlanması önerilir.

Tedaviye tek ilaçla başlanır. Doz düşük olarak başlanıp aşamalı olarak arttırılır. Yaşlı hastaların tedavisinde doz azaltımı gerekmektedir (Yaşlılarda senkop olasılığına dikkat edilmelidir). Mümkün olduğu kadar kısa sürede terapötik doza ulaşmak önemlidir.

İlaçlar arasında etkinlik yönünden değil, yan etkileri açısından fark vardır. Trisiklik antidepresanların antikolinerjik, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) cinsel fonksyonlar ve uyku üzerine yan etkileri daha çoktur.

Trisiklik antidepresanlarla tedavi düşünülyorsa olası yan etkiler açısından ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Epileptik, kalp sorunu olan, yaşlı ve yan etkileri tolere edemeyen hastalarda SSRI tercih edilmelidir. Trisiklik antidepresanların tedavi dozuna ulaşımı en az 2 hafta gerektirdiği için SSRI tercih edilebilir.

SSRI grubunda başlangıç ve tedavi dozu genellikle aynıdır. Diğer grup ilaçlarda ise düşük dozdan başlanarak 7-14 günde tedavi dozuna ulaşılır. Tedaviye yanıt 3-6 haftada gözlenir, ancak yanıt 8 haftaya kadar uzayabilir. Semptomlar kaybolduktan sonra, tedaviye aynı dozda en az altı ay devam edilmelidir. Sonra dozlar azaltılarak kesilir.

## İzlem

Hasta tedavi başladıkten bir hafta sonra yan etki, en az üç hafta sonra da ilaç etkinliği açısından kontrol edilmelidir. Sonraki izlem sıklığı hastanın durumuna göre ayarlanır. Tedavinin bitiminde doz azaltılarak kesilmelidir.

## Sevk

- İntihar riski
- Şüpheli tanı veya eşzamanlı başka psikiyatrik bozukluk
- Terapötik doza ulaşılmasını izleyen sekiz hafta sonunda tedaviye dirençli depresyon veya antidepresanlara yetersiz yanıt
- Psikotik bulguların varlığı
- Aile desteğinin yetersiz olması
- Bipolar bozukluk (öyküde mani veya hipomani atağı)
- Antidepresan tedavi ile komplike olmuş anlamlı fiziksel rahatsızlıkların olması
- Gebelik ve laktasyon döneminde olma
- Çocukluk çağrı depresyonu
- Hafif belirtilerle seyreden, ilaç tedavisi gerektirmeyen, genellikle süregen depresif durumların tedavisi için psikoterapi amaçlanması
- Alkol-madde bağımlılığı

durumlarında hasta sevk edilmelidir.

ILAÇ ADI	BAŞLANGIÇ DOZU	TEDAVİ(İDAME) DOZU	EN YÜKSEK GÜNLÜK DOZ
<b>TRİSİKLİK ANTİDEPRESANLAR</b>			
<i>Amitriptilin</i>	75 mg/gün (yaşlılarda ve ergenlerde 30-75 mg/gün) bölünmüş dozlarda veya tek gece dozu ile	Gerektikçe aşamalı olarak artırılır (2 hafta içinde 25 mg'lık artırımlarla)	150 mg/gün
<i>İmipramin</i>	75 mg/gün, bölünmüş dozlarda Yaşlılarda 10 mg/gün	Basamaklı olarak artırılarak 50-100 mg/gün Yaşlılarda 30-50 mg/gün, 2 hafta içinde 25 mg'lık artırımlarla	150 mg/gün
<i>Kloripramin</i>	10 mg/gün bölünmüş dozlarda veya tek gece dozu ile	30-150 mg/gün	250 mg/gün
<b>TRİSİKLİK BENZERİ ANTİDEPRESANLAR</b>			
<i>Mianserin</i>	30-40 mg/gün Yaşlılarda 30 mg/gün	Gerektikçe basamaklı olarak artırılır. Olağan doz aralığı 30-90 mg/gün	90 mg/gün
<i>Tianeptin</i>	3x12,5 mg/gün	3x12,5 mg/gün	37,5 mg/gün
<i>Trazadon</i>	150 mg/gün Yaşlılarda 100 mg/gün	Yemekten sonra ya da gece tek doz 300 mg/güne kadar kullanılabilir.	300 mg/gün
<b>GERİ DÖNÜŞÜMLÜ MAO İNHİBITÖRÜ</b>			
<i>Moklobemid</i>	Genelde bölünmüş dozlarda Yemeklerden sonra 300 mg/gün	Yanıtla göre doz ayarlanır. Olağan doz aralığı 150-600 mg/gün	600 mg/gün

İLAÇ ADI	BAŞLANGIÇ DOZU	TEDAVİ (İDAME) DOZU	EN YÜKSEK GÜNLÜK DOZ
<b>SEÇİCİ SEROTONİN GERİ ALIM İNHİBITÖRLERİ</b>			
<i>Fluvoksamin</i>	100 mg/gün akşam dozu	100 mg/gün üstü dozlar bölünerek uygulanır. 4 hafta içinde sonuç alınmazsa 50 mg/gün artırımlarla etki çıkanı ya da en yüksek doza kadar yükseltilir.	300 mg/gün
<i>Fluoksetin</i>	20 mg/gün	20 mg/gün	60 mg/gün
<i>Paroksetin</i>	Her sabah 20 mg	10 mg/lık basamaklarla doz artırılır.	50 mg/gün Yaşlılarda 40 mg/gün
<i>Sertralin</i>	50 mg/gün	50 mg/lık basamaklarla en yüksek doza kadar çıkarılır, sonra olajan idame dozu olan 50 mg/gün'e inilir.	200 mg/gün
<i>Sitalopram</i>	20 mg/gün	Sabah veya akşam tek doz 20 mg/gün	60 mg/gün Yaşlılarda 40 mg/gün
<b>SEROTONİN-NORADRENALİN GERİ ALIM İNHİBITÖRLERİ</b>			
<i>Venlafaksin</i>	75 mg/gün iki doza bölünerek, ağır olgularda 150 mg/gün iki doza bölünerek	75 mg/gün iki doza bölünerek, ağır olgularda 150 mg/gün iki doza bölünerek	2-3 günde bir 75 mg/lık artırımlarla 375 mg/gün'e kadar çıkarılabilir.
<i>Nefazodon</i>	2x100 mg/gün	5-7 gün sonra 2x200 mg/gün	Aşamalı olarak en fazla 2x300 mg/gün, Yaşlılarda 2x100-200 mg/gün
<b>DİĞER</b>			
<i>Mirtazapin</i>	15 mg/gün, gece yatarken	Yanıta göre gece yatarken ya da bölünmüş iki dozda alınmak üzere 45 mg/güne kadar çıkarılır	45 mg/gün

İlaçlar aşamalı olarak azaltılarak kesilir.

Antidepresanlar bir kutudan fazla reçete edilmemelidir.

## Kaynaklar

1. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
2. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
3. American Psychiatric Association. Practical Guidelines for Major Depressive Disorder in Adults. Am J Psychiatry. 1993;150 (suppl 4).
4. Shatzberg AF , Nemerooff CB. 2nd ed. American Psychiatric Press, 1998.
5. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. McGraw Hill, 2000.
6. Kayaalp SO. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formüleri: İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.

