

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi

Dr. Zehra TEZVARAN, Yard. Doç. Dr. Hülya AKAN, Yard. Doç. Dr. Güldal İZBIRAK
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Depression Management in Primary Care

Summary

Depression is a very common disorder. Depression can be reliably diagnosed in primary care. Antidepressant medications and brief, structured forms of psychotherapy are effective in most of the patients and can be delivered in primary care. Primary care physicians should be able to recognize depression and be able to manage the treatment. In this review updated knowledge regarding the diagnosis and treatment of depression in primary care and when the patient must be referred to the secondary care has been revised.

Key Words: Depression, primary health care, antidepressant drugs

Giriş

Majör depresyon, toplumda en yaygın ve ciddi rahatsızlıklardan bir tanesidir. Her yaşta insanı hayatın herhangi bir döneminde etkileyebilir. Depresyonun tüm olumsuz etkilerine rağmen günümüzde tedavisi etkindir ve birinci basamak hekimleri bu tedavide önemli bir yer alır.

Depresyon birinci basamak hizmetlerinde

Özet

Depresyon sık görülen bir rahatsızlıktır. Birinci basamakta güvenilir bir şekilde depresyon tanısı konabilir. Antidepressan ilaçlar ve kısa, yapılandırılmış psikoterapi hastaların çoğunda etkin tedavi sağlar ve tedavi birinci basamakta yürütülebilir. Birinci basamak hekimleri depresyonu iyi tanımalı, depresyon izlem ve tedavisini yönetebilmelidir. Bu derlemede birinci basamakta depresyon tanısı, tedavi ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine hastanın ne zaman sevk edileceği konularındaki güncellenmiş bilgiler özetlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: depresyon, birinci basamak sağlık hizmeti, antidepressan ilaçlar

sık rastlanan yaygın bir hastalıktır. Majör depresyonu olan hastaların yaklaşık %60'ı psikiyatri uzmanı yerine birinci basamak hekimlerden yardım istemektedir.¹

Birinci basamaktaki verilere bakılacak olursa, birinci basamak hekimine başvuran hastaların %50 sinde depresif belirtilere rastlanır. Bu hastaların %5-10'u "majör depresyon" tanısı ölçütlerini karşılamaktadır.²

Depresyon, dünyada yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında dördüncü sıradadır. Fiziksel hastalığa yakalanma oranı depresif hastalarda depresif olmayanlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerini kullanma sıklığı depresif hastalarda depresif olmayanlara göre fazladır. Bu nedenle depresyon tanısı ve tedavisi tıbbi bakım maliyetlerini düşürecektir.

Depresyonun tanımı

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile karakterize olan bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir.³

Sıklık

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak verilmektedir.⁴

ABD'de Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmalarına göre majör depresyon sıklığı %3-5.8, bir yıllık prevalans %2.6-6.2'dir. Hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olarak verilmektedir.⁴ Genel toplumda yaşam boyu prevalans %15 kadardır.

Görüldüğü gibi kadınlarda 2-3 kat daha fazladır. Bu fark gerçek bir fark olup yardım arama davranışlarındaki farklılıktan kaynaklanmamaktadır. Depresyon kadınlarda 18-44 yaşları arasında özellikle de 25 yaştan sonra fazladır. 45-65 yaş

arasında cinsiyet farklılığı azalmaktadır. 65 yaştan sonra kadınlar aleyhine olasılık yeniden artmaktadır. Hastaneye başvurular 40-60 yaşları arasında daha fazladır. Depresyon olgularının önemli bir bölümünün tıbbi uygulama dışında kaldığı düşünülmektedir.⁴

Tanı

Depresyonu tanıyıp anlamının en temel koşulu, bu rahatsızlığın bir grup belirti ve bulgunun bir araya geldiği bir sendrom olduğunu bilmektir. En sık görülen belirti ve bulgular şunlardır:

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı)
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama (anhedoni)
- Enerji azlığı, çabuk yorulma
- Dikkat yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda azalma ya da artma
- İştah ve kiloda değişiklik
- Ölüm ve özkıyım düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon

Bu belirti ve bulgular gerek Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), gerekse Uluslar arası hastalık sınıflaması ICD (WHO International Classification of Diseases) tanı sistemlerinde depresyon tanısı koymak için gereklidir.

Ancak depresyon belirtilerinin çoğu normalde hepimizin zaman zaman yaşayabileceği belirtilerdir. Depresyonu bir sendrom olarak farklılaştıran, bu

Tablo 1: Majör depresyon için DSM-IV-TR tanı ölçütleri.

<p>A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (Örn.Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (Örn.ağlamaklı bir görünüm vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması4. Hemen her gün insomnia ya da hipersomnianın olması5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması6. Hemen her gün, yorgunluk bitkinlik ya da enerji kaybının olması7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkmak olarak değil) <p>Özgül bir tasarımı kurmaksızın tekrarlayan intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzerine özgül bir tasarının olması.</p> <p>B. Bu semptomlar bir karma atak tanı ölçütlerini karşılamaktadır.</p> <p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olur.</p> <p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da ilaç ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da semptomlar; belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>

belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir. DSM-IV e göre majör depresyon tanısı koymak için:

- Çökkün duygudurum ve isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması
- Bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin bir sıkıntı verecek şiddette olması
- En az iki hafta sürmesi gereklidir. DSM-IV-TR⁵ tanı ölçütleri tablo 1 de gösterilmiştir.

Ayırıcı tanı

Depresyon değişik nedenlerle ortaya çıkabilen bir sendrom olarak ele alınmaktadır. Birçok belirtisi çok çeşitli fiziksel hastalıkları taklit edebilir

bu da ayırıcı tanı ve tanıda zorluk yaratır.

Psikiyatrik ayırıcı tanıda ayrıntılı psikiyatrik öykü esastır. Hastalarda geçmiş tıbbi öykü alınmalı ve sistemler gözden geçirilmelidir. Alınan ilaçlar önem taşır. İlaçların ve diğer tıbbi nedenlerin klinik tabloyu değiştirebileceği ve depresyonu taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Birçok ilaç ve tıbbi durum depresyona neden olabilmektedir.

Depresif belirti gösteren hastalarda birinci basamak hekiminin düşünmesi gereken en önemli psikiyatrik ayırıcı tanı bipolar bozukluk olmalıdır.⁶ Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer durumlar:

- Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Demans

- Uyum bozukluğu
- Anksiyete bozuklukları
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Kişilik bozuklukları
- Yaş
- Şizofreni ve şizoaffektif bozukluktur.⁷

Prognoz

Depresyon genellikle sinsi başlar. Belirtiler başlangıçta hafif olduğundan rahatsızlık belli olmayabilir. Çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık nedeniyle hastalar birinci basamak hekimine başvurabilir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada pratisyen hekim ya da psikiyatri dışı uzmanlık dallarında olan hekimlerin tipik depresyonların ancak %30-50'sine psikotrop ilaç verdikleri, fakat depresyon tanısı koyabilme oranının düşük olduğu saptanmıştır.³ Özellikle ilk depresyon atağı genellikle üzücü bir olaydan sonra başladığı için gelip geçici bir bunalım olarak görülebilir. Çevrenin de etkisiyle hasta kendini zorlayarak hastalığını yenmeye çalışır. Başaramadıkça güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk duyguları artar. Ağır depresyonlarda ise belirtiler çok çarpıcıdır, özkıyım planları, girişimleri görülebilir, dolayısıyla psikiyatrik sağaltıma başvurma oranı yüksektir. Sağaltım görmeyenlerde ölüm ya da sakatlıkla sonuçlanan özkıyım oranı %15 dolaylarındadır.^{5,8,9}

İzleme çalışmaları psikotik özellik taşıyan depresyonlarda özkıyım oranının, taşımayanlardan 5 kat fazla olduğunu göstermektedir.⁹ Depresyon tanısı koyup uygun tedavi düzenlenmesi önemlidir; fakat aynı zamanda takip görüşmelerini sürdürmek ve hastaları kontrol muayenelerine çağırarak

da çok önemlidir. Bir depresyon atağı geçiren kişinin yaşam boyu ikinci bir atak geçirme olasılığı %50-60'tır. İki depresif atak geçiren hastada bu oran %70'e yükselir. Üç depresif atak geçirende ise tekrar atak olasılığı %90'dır.²

Olumlu gidiş göstergeleri 10

- Hastalık öncesinde kişinin ilgi ve uğraşlarının yeterli ve çeşitli oluşu
- Olumlu aile, iş ve uğraşı olanaklarının bulunması
- Sağaltıma erken başlama
- Hastalık dönemlerinin seyrek, iyilik dönemlerinin uzun oluşu
- Depresyon dönemlerinin kısa sürmesi

Olumsuz gidiş göstergeleri 11

- Kişilik bozukluğunun olması
- İleri yaş
- Alkol ve madde kullanımının bulunmaması
- Ek tanıların olması
- Ağır ve sürekli olumsuz çevre koşulları
- Sık yineleme
- Psikotik belirtilerin varlığı
- Distiminin üzerine gelişen depresyon (Çifte depresyon)
- İyileşme beklentisinin ve çabasının bulunmaması

Tarama

The US preventive Services Task Force (USPSTF) e göre 1. Basamak hekimlerin erişkin hastaları rutin olarak taraması önerilmektedir. (Öneri derecesi B) Tarama için 2 önemli soru sorulur:

1. Son iki haftada kendinizi çökkün ya da ümitsiz hissettiniz mi?

2. Son iki haftada eskiden ilgi duyduğunuz şeylere ilgisiz kaldınız mı?^{12,13}

Depresyonun tedavisi

Tedavide en önemli handikap hasta direncidir. 350 aile hekimiyle yapılan bir çalışmada bunu yenmek için hastaya daha fazla tıbbi bilgi verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Vücudun strese nasıl cevap verdiği anlatılması ve kimyasal taşıyıcılardaki dengesizlik anlatıldığında hastanın depresyonu kabulünün kolaylaştığı görülmüştür.

Tedavinin amacı hastanın semptomlarını başlangıçta hafifletmek ve daha sonra tamamen ortadan kaldırmak, hastayı hastalık öncesi konuma getirmek, depresyon ataklarının tekrarlanmasını önlemektir. Bu hedefler için antidepresan ilaçlar, psikoterapi veya kombine tedaviler kullanılır.

Depresyon, birinci basamak hekiminin psikiyatrik müdahale gerektiren durumları anlayabilmesi koşulu- na bağlı olarak birinci basamakta tedavi edilebilir. Tüm depresyon hastalarının %85'ini oluşturan hafif- orta şiddette depresyonu olan hastalar birinci basamak hekimini tarafından tedavi edilmelidir.

Depresyonun etkin ve uygun biçimde tedavisi hastalığın seyrini ve sebep olacağı sonuçları de- ğiştirir. Bütün bunlar göz önüne alındığında teda- vi hedefleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- İyileşme süresini kısaltmak (genellikle 4-8 hafta)
- Yinelemeleri (rekürrensleri) azaltmak
- İşlevselliği arttırmak
- Morbidite ve mortaliteyi düşürmek

Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Uzlaşma Grubu'nun ve İngiliz Psikofarmakoloji Birliği'nin üzerinde anlaştığı birinci basamak sağlık hizmet-

lerinde depresyon/anksiyetede tanı ve tedavi kılavu- zu² şu şekildedir:

1. Başlangıç soruları ile tarama yapın
2. Yanıtlara göre depresyon/anksiyete bozuk- luğundan şüphelendiyseniz tanı ölçütlerine özgü detaylı sorular sorun
3. Tanı ölçütlerinin karşılanıp karşılanmadığı- na karar verin
4. Genel tıbbi durumu ayırıştırın.
5. Tanı depresyon, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası bozukluğu ya da genelleşmiş anksiyete bozukluğu ise ilk ön- ce SSRI (selektif serotonin geri alım inhibitörleri) grubu bir ilaçla tedaviye başlayın. (daha önce kul- lanılmış ve yanıt elde edilmiş antidepresan tedavi- si araştırılmalı)
6. Tanı bipolar bozukluk, ağır şiddette depres- yon, melankolik depresyon, yüksek intihar riski, obsesif kompulsif bozukluk ya da madde kulla- nım bozukluğu ise psikiyatriste sevk edin.
7. Tedaviye başladığınız hastayı 15 gün sonra kontrole çağırın. Uyku ve iştah gibi belirtilerde düzelmeyi sorgulayın, olası yan etkileri araştırın. Tam yanıt elde edildiyse 6 hafta tedaviye devam edin. Kısmi yanıt varsa 1-2 haftada bir kontrole çağırın ve ilacın dozunu yükseltin. Dördüncü haf- tada ilaç yüksek doz kullanıldığı halde hiç yanıt elde edilmediyse ilacı değiştirin.
8. Altıncı haftada belirtilerde tamamen iyileş- me olup olmadığını değerlendirin. Kısmi yanıt varsa ya da hiç yanıt elde edilmediyse ilaç de ği- şikliği yapın ya da psikiyatriste sevk edin. İlaç de ği- şikliği yapacaksanız, hastalığa özgü (venlafak- sin, trisiklik antidepresanlar, buspiron, milnasip-

ran gibi) diğer ilaçları deneyin. Tam iyileşme varsa tedaviye 6-12 ay devam edin. Bu süre sonunda ilacı 4 hafta içinde keserek tedaviyi sonlandırın.

Geriatrik yaş grubunda depresyon

Yaşlı nüfusta, özellikle bakıma muhtaç yaşayanlarda en önemli sağlık sorunlarından biri de depresyondur. Altmış beş yaş üstünde depresyon görülme yaygınlığı %25-30'dur.¹⁴ Kadınlarda erkeklerin iki katı sıklıktadır.

Yaşlıda diğer yaş gruplarından farklı olarak depresyonun "çökkün/üzgün duygudurum" ölçütü genellikle maskelenmiştir, bunun yerine hastalık kendini iştah ve uykuda değişiklikler, ilgi istek kaybı, halsizlik ve sosyal çekilme ile belli eder. Hastalar anksiyete ve bellek problemleriyle doktora başvururlar. Üstelik hekim bu belirtileri çoğu zaman ya doğal yaşlanma süreciyle ya da demansiyel süreçle açıklamaya çalışır. Netice olarak yaşlılarda depresyon tanısı daha sık atlanır ve yeteri kadar tedavi edilemez. Yaşlılarda birçok antidepresan ilacın etkin olduğu kabul edilmektedir. Ancak erişkinden farklı olarak bazı dikkat çekilmesi gereken durumlar vardır. Yaşlılar tıbbi eş tanı, eş zamanlı birden fazla ilaç kullanımı, değişen metabolizma özellikleri nedeniyle psikotropoların olumsuz etkilerine daha duyarlıdır. Selektif serotonin geri inhibitörleri (SSRI) antikolinergik ve kardiyak yan etkileri olmamasından dolayı yaşlılarda rahatlıkla kullanılabilir. Ancak bütün antidepresanlar yaşlılarda düşük dozda başlanmalı ve doz yavaş artırılmalıdır.

Birinci basamak hekimi depresyon hastasını psikiyatriste ne zaman sevk etmeli?²

1. Hastanın intihar riski varsa

2. Depresyona psikotik belirtiler eşlik ediyorsa
 3. Hastanın işlevselliğinde ileri derecede bozulma varsa
 4. Bipolar bozukluk şüphesi varsa
 5. Öyküde bipolar bozukluk tanısı saptanmışsa
 6. Hekim hastayı ele almada ya da tedavi etmede kendini yetersiz hissediyorsa
 7. Etkin doz ve sürede iki tedavi denemesine rağmen hasta düzelmeyorsa ya da sadece kısmi yanıt veriyorsa
 8. Hasta psikiyatrist tarafından muayene edilmek istiyorsa
 9. Tanıyı kesinleştirmek için ya da psikiyatrik ve genel tıbbi durum ayırıcı tanısı için
 10. Hastada karmaşık psikososyal unsurlar baskınsa
 11. Depresif atağın şiddeti ağırsa
 12. Yineleyen depresyonlar varsa ve hastalık özellikle ani başlayıp kısa sürede derinleşen ataklarla seyrediyorsa
 13. Psikiyatrik ve tıbbi eş tanı varsa
 14. Hastada yaş tepkisine depresyon eşlik ediyorsa ya da uzamış yaş tablosu varsa
- Birinci basamak hekimi hastayı psikiyatri uzmanına sevk etmeli ya da ekip çalışması için yardım istemelidir.²

Sonuç

Depresyon olgularının çoğunda tanı atlanmaktadır. Tanı konmuş olan depresyon hastalarında ise genellikle uygulanan tedavi pek çok açıdan yetersiz kalmaktadır.

Majör depresyonu olan hastalarda birinci basamak hekimi tarafından yeterli ve uygun tedavi düzenleme oranı sadece %34.9'dur.²

Depresyonu tanıyıp anlamının en temel koşulu, bu rahatsızlığın bir grup belirti ve bulgunun bir araya geldiği bir sendrom olduğunu bilmektir. Bi-

rinci basamak hekimi hangi depresyonu tedavi edebileceğini iyi bilmeli, sevk etmesi gerekenleri sevk etmeli, tedavide de etkin olmalıdır.

Kaynaklar

1. Karamustafaloğlu O."Aile Hekimleri için Psikiyatri"1.baskı Medya TowerYayınevi.2010
2. Yüksel N. "Ruhsal Hastalıklar" 3.baskı MN Medikal&Nobel 2006
3. Öztürk O, Uluşahin A."Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları I" 11.Baskı Ankara 2008
4. Amerikan Psikiyatri Birliği : Mental Bozuklukların Tanısal ve sayımsal El Kitabı (DSM-IV)4.baskı ,Washington, DC:Amerikan Psikiyatri Birliği,1994 ten çeviri editörü Köroğlu E,Ankara Hekimler Yayın Birliği,1998
5. Kırılı S: Depresyon.Tanı,ayırıcı tanı, komorbidite.Bursa:Psikiyatri ve Sanat Yayınevi,2005
6. Kaplan HI,Sadock BJ,editors:Mood disorders. In :Pocket Handbook of primary Care Psychiatry .Baltimore:Williams&Wilkins, 1996;215-237
7. Salazar WH: Management of depression in the outpatient Office.Med Clin North Am 1996;80 :431-455
8. Akiskal HS.(2005b) Mood disorders: clinical features.Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA(ed)Cilt I,8.baskı Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.sf:1611-1652
9. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manuel ofMental Disorders.Fourth Edition,(DSM-IV). Washington, D.C American Psychiatric Association(Kısaltılmış cep kitabının Türkçe çevirisi:HYB)
10. Bostwick JM, Pankratz VS (2000) Affective disorders and suicide risk: a reexamination.Am J Psychiatry, 157(12):1925-1932
11. Keller MB, Klerman GL ve ark.(1984)Long term outcome of episodes of major depression ; clinical and public health significance. JAMA,252:788-792
12. Corfman, E. (1982)Depression,Manic-depressive Illness and Biological Rhythms.National Institute of Mental Health ,Science Reports I.Rockville ,Maryland:Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Publication.
13. Mengel M.B, Schwiebert L.P.Family Medicine Ambulatory Care & Prevention in "Depression "Vol 92 .4 th ed.Lange med.Books.,2005:637-645
14. South-Paul J.E, Matheny S.C, Lewis E.L.Diagnosis & Treatment in Family Medicine in "Depression".Vol 47.Lange Med.Books,2004:599-609