



Depresyon Akıl Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Lut TAMAM



- ✓ Depresyon Temel Kaynaklarının **Özetleri**
- ✓ Poliklinik Pratiğinde Gerekli **Referans Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ DSM-5 ile ICD-11 gibi **Güncel Tanı Kriterleri**
- ✓ Uluslararası Tanı ve Tedavi **Kılavuzları**
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli **Ayrıntılar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve **Nokta Bilgiler**
- ✓ Tüm Önemli **Sınıflandırmalar**
- ✓ Reçete **Örnekleri**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Depresyon



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

DEPRESYON AKIL NOTLARI

Copyright © 2026

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı

Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-625-

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: ????

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Elinizde tuttuğunuz “Depresyon Akıl Notları” kitabı, psikiyatri ve ruh sağlığı alanında çalışan hekimler, psikologlar, tıp öğrencileri ve ilgili sağlık profesyonelleri için titizlikle hazırlanmış bir kaynaktır. Bu kitap, depresyon başta olmak üzere duygudurum bozukluklarının tanısı, klinik özellikleri, ayırıcı tanısı ve güncel tedavi yaklaşımlarını güncel tanı kriterleri ışığında sistematik bir şekilde sunmayı amaçlamaktadır.

Hazırlama sürecindeki temel hedeflerimiz şunlardır:

- Depresyonun karmaşık yapısını anlaşılır, sade ve pratik bir dil ile aktarmak,
- Güncel tanı kriterleri ve tedavi rehberleri doğrultusunda klinikte kullanılacak bilgiler sunmak,
- Vaka örnekleri, kutucuk bilgiler ve tedavi algoritmaları ile öğrenmeyi kolaylaştırmak ve pekiştirmek,
- Hem eğitim sürecinde hem de mesleki uygulamalarda hızlı başvuru imkânı sağlamak.

Bu kitabın ortaya çıkmasında, yoğun mesai ve özel hayatlarından fedakârlık yaparak değerli katkılar sunan tüm meslektaşlarımıza yürekten teşekkür ederiz. Ayrıca yayın sürecindeki titiz çalışmaları için yayınevimiz ve emeği geçen herkese minnettarız.

Sağlıklı bir ruh hali, bireyin ve toplumun esenliği için vazgeçilmezdir. Depresyonla mücadelede bilgi, erken tanı ve doğru müdahale hayati önem taşır. Umuyoruz ki bu kitap, ruh sağlığı alanında çalışanlar ve öğrenenler için yararlı bir rehber olur.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Lut Tamam
Editör
Adana, 2026

YAZARLAR

Arş. Gör. Dr. Sena İrem Akçam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Damla Altın

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Mine Bakır

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Furkan Bayrakçı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. İrem Saliha Bilgili

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Çağla Boyvadoğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Hale Nur Çakar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tuğrul Demireğen

Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Mehmet Emin Demirkol

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Sinem Çetin Demirtaş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Ömer Fettahloğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Meltem İnsel Kaptanoğlu

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir
Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Uzm. Dr. Ömer Kaptanoğlu

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir
Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Doç. Dr. Mahmut Onur Karaytuğ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ali Meriç Kurt

Nizip Devlet Hastanesi

Doç. Dr. Zeynep Namli

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aynur Özbay

Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hastanesi

Arş. Gör. Dr. İrem Sanem Sabahi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Cennet Yaren Sarıoğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tunahan Sun

Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hastanesi

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Kemal Topaktaş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Havva Tunç

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Caner Yeşiloğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Onat Yetim

Toros Üniversitesi Psikoloji Bölümü

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iii

YAZARLAR v

**BÖLÜM 1: MELANKOLİ VE DEPRESYONUN
TARİHSEL SÜRECİ 1**

Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Cennet Yaren Sarıoğlu

BÖLÜM 2: DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ 17

Dr. Caner Yeşiloğlu, Dr. Sena İrem Akçam

**BÖLÜM 3: DEPRESYONUN KLİNİK BELİRTİLERİ
VE TANISI 31**

Dr. Tunahan Sun

BÖLÜM 4: DEPRESYONDA İNTİHAR DAVRANIŞI 53

Dr. Lut Tamam, Dr. Mine Bakır

**BÖLÜM 5: DEPRESYONUN TOPLUMSAL VE
KÜLTÜREL BOYUTLARI 81**

Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Tuğrul Demireğen

**BÖLÜM 6: DEPRESYONDA NÖROBİYOLOJİK
BELİRTEÇLER VE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
TEDAVİ YAKLAŞIMLARI 91**

Dr. Zeynep Namlı, Dr. Damla Altın

**BÖLÜM 7: DEPRESYONDA BAŞLICA TANI
ÖLÇEKLERİ VE TESTLER. 101**

Dr. Lut Tamam, Dr. Kemal Topaktaş

BÖLÜM 8: MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK 113

Dr. Zeynep Namlı, Dr. Ali Meriç Kurt, Dr. İrem Saliha Bilgili

**BÖLÜM 9: DİSTİMİ (SÜREĞEN DEPRESİF
BOZUKLUK) 147**

Dr. Tunahan Sun

BÖLÜM 10: PREMENSTRUEL DİSFORİK BOZUKLUK 161

Dr. Lut Tamam, Dr. Havva Tunç

BÖLÜM 11: MADDE VE İLAÇ KULLANIMINA BAĞLI DEPRESİF BOZUKLUK	173
<i>Dr. Meltem İnsel Kaptanoğlu</i>	
BÖLÜM 12: BAŞKA BİR SAĞLIK DURUMUNA BAĞLI DEPRESYON BOZUKLUĞU	191
<i>Dr. Aynur Özbay, Dr. Lut Tamam</i>	
BÖLÜM 13: DEPRESYON TEDAVİ KILAVUZLARI	201
<i>Dr. Sinem Çetin Demirtaş</i>	
BÖLÜM 14: DEPRESYONDA FARMAKOLOJİK TEDAVİLER	245
<i>Dr. Caner Yeşiloğlu, Dr. İrem Sanem Sabahi, Dr. Ömer Fettahlioğlu</i>	
BÖLÜM 15: DEPRESYONDA PSİKOTERAPİLER VE YAŞAM TARZI MÜDAHALELERİ	287
<i>Dr. Furkan Bayrakçı, Dr. Caner Yeşiloğlu</i>	
BÖLÜM 16: DEPRESYONDA SOMATİK TEDAVİLER VE BESLENME	309
<i>Dr. Ömer Kaptanoğlu</i>	
BÖLÜM 17: ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESİF BOZUKLUKLAR	349
<i>Dr. Onat Yetim, Dr. Lut Tamam</i>	
BÖLÜM 18: ÖZEL GRUPLARDA DEPRESİF BOZUKLUK	375
<i>Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Hale Nur Çakar</i>	
BÖLÜM 19: DEPRESYONDA UMUT VAAT EDEN YAKLAŞIMLAR VE GELECEĞE BAKIŞ	401
<i>Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Çağla Boyvadoğlu</i>	
Kısaltmalar	413

- İmipraminin büyük başarısına rağmen, ikinci trisiklik antidepresan olan amitriptilin, 7 Nisan 1961'de FDA tarafından onaylanmıştır.
- 1960'larda, TCA ailesine ait bir dizi ilaç geliştirilmiştir: 1963'te nortriptilin, 1964'te desipramin, 1966'da trimipramin ve protriptilin, 1967'de iprindol, 1969'da dotihepin ve doksepin ve 1975'te klomipramin piyasaya sürülmüştür.



1957 yılında iproniazid ve imipramin'in keşfi, depresyon tedavisinde devrim niteliğinde bir değişikliğe yol açmıştır. Bu ajanlar, sırasıyla monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanların prototipleri haline gelmiştir.

Fluoksetin ve Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

- SSGİ'ler, psikotrop ilaç ailesi olarak mantıklı ve yönlendirilmiş bir tasarım süreciyle geliştirilmiş ilk ilaçlardır.
- Bu ailedeki ilk ilaç olan fluoksetin, 1974 yılında ilk kez yayımlanan bir makale ile tanıtılmıştır ve selektif serotonin geri alımını inhibe eden bir bileşik olarak tanımlanmıştır.
- Fluoksetin, 1987 yılında FDA tarafından antidepresan olarak onaylanmış ve dünya çapında en yaygın reçete edilen antidepresan haline gelmiştir. Bu ilaç, depresyonun yanı sıra intihar vakalarındaki serotonin seviyeleriyle de ilişkilendirilmiştir.
- Serotonin üzerine araştırmalar, 1971 yılında Ray W. Fuller ve David T. Wong'un desteğiyle başlamıştır. Bu araştırmalar, serotoninin geri alımını selektif olarak inhibe edebilen moleküller elde etmeye yöneliktir.
 - o Araştırmaların amacı, trisiklik antidepresanlara benzer etkinliği olan, ancak kardiyotoksisite ve antikolinerejik yan etkilerden yoksun moleküller tasarlamaktır.
 - o 1983'te fluoksetinin, klasik trisiklik ilaçlarla aynı etkinlikte ancak daha az yan etkiye sahip olduğu yönünde olumlu sonuçlar elde edilmiştir.
- Fluoksetin, Prozac® markası altında piyasaya sürülmüştür. 1990'larda kültürel bir fenomen haline gelmiş, popüler medya organlarında yer almış ve Peter D. Kramer'in "Listening to Prozac" adlı kitabıyla popülerleşmiştir.
 - o Etkinliği, majör depresyon, melankoli, distimi ve hastaneye yatmış depresyon hastalarında doğrulanmıştır. 1994 yılında, Zantac® dışında en fazla satılan ilaç olmuştur.
- İlk SSGİ olan zimelidin 1982'de piyasaya sürülmüş, ancak aşırı duyarlılık sorunları nedeniyle bir yıl içinde piyasadan çekilmiştir. 1983'te fluvoxamin, 1989'da sitalopram, 1990'da sertraline ve 1991'de paroksetin gibi SSGİ'ler sırasıyla piyasaya sürülmüştür.
- J. Allan Hobson, "Beynin kimyasal sistemleriyle etkileşen ilaçların geliştirilmesi, modern psikiyatrinin tarihindeki en önemli ilerlemedir" şeklinde bu gelişmeyi vurgulamaktadır.
- İproniazid ve imipramin, psikofarmakoloji ve psikiyatri tarihine önemli katkılarda bulunmuş ilaçlardır. "Katekolamin hipotezi", bu ilaçların

- NGF, BDNF, NT-3, NT-4/5 ve NT-6, bilinen nörotrofinler arasında yer alır. Depresyon ile en çok ilişkilendirilen nörotrofin BDNF'dir.
- BDNF, nöroenez ve sinaptik plastisiteyi kolaylaştırıcı bir etkiye sahiptir. Özellikle hipokampal bölgede stres nedeniyle BDNF seviyelerinin down regülasyonu, nöronal atrofi ve hipokampal hacim ile işlev kaybına yol açar. Hipokampal BDNF kaybı, depresyona yatkınlığı artıran bir faktördür.
- Elektrokonvülsif tedavinin (EKT), nöroenez artırma ve hipokampal nöron işlevlerini düzenleme etkisinin, BDNF ekspresyonunu artırmasıyla sağlandığı ileri sürülmektedir .

Depresyon ve Nöroendokrin Sistem

- Hipertiroidide duygulanımın yükselmesi, hipotiroidide depresif belirtilerin sık görülmesi; kadınlarda adet öncesi aşırı duyarlılık görülmesi; doğum sonrası ruhsal bunalımların ortaya çıkabilmesi gibi nedenlerle nöroendokrin sistem uzun süredir ruhsal bozuklukların etiolojisinde önemli inceleme alanlarından biri olmuştur.

Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Eksen (HPA) ve Depresif Bozukluk

- Tehditlere karşı uyum sağlamak için HPA eksenini aktive olur.
- Akut stres durumunda,
 - o HPA eksenini tetiklenerek hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arjinin-vazopresin (AVP) salınır.
 - o Bu iki bileşik, birlikte çalışarak, ön hipofiz bezinden adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve endorfin salınımını başlatır.
 - o Dolaşımdaki ACTH seviyesinin artması, adrenal korteksten glukokortikoid (GKT) hormonlarının salınmasına yol açar, bu da vücudun stresle başa çıkmasına yardımcı olur.
- Glukokortikoidler(GKT) metabolizma, üreme, inflamasyon ve bağışıklık yanıtlarını düzenlemekle kalmaz, aynı zamanda hipokampal nöroenez ve apoptozis gibi önemli biyolojik süreçlerde de rol oynar.

Tablo 4. Depresyon ve Kortizol İlişkisi

Depresyon ve Kortizol

Hiperkortizolemi durumunda enerji kaybı, anhedoni ve depresif ruh hali gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkmakta ve antiglukokortikoid tedavi ile belirtiler iyileşebilmektedir.

Depresyon hastalarında plazma, BOS ve idrarda yüksek kortizol düzeyleri gözlemlenmiştir.

Deksametazon testi uygulandığında, kortizol ve kortikotropin salgılarının baskılanmaya dirençli olduğu görülmüştür.

BOS'taki CRH düzeylerinin yüksekliği, CRH'a karşı kortikotropin yanıtıslığı ve postmortem hipotalamik beyin dokusunda CRH eksprese eden hücre sayısındaki azalma da depresyon ile ilişkilendirilen diğer bulgular arasında yer almaktadır.



Ağır depresyonlarda, önemli iç organların çürüdüğü ve artık görev yapmadığı şeklinde somatik sanrılar gelişebilir. Bu duruma “Cotard Sendromu” adı verilir.

Odaklanma Güçlüğü

- Depresif hastalar dikkatlerini bir konuya verebilmede güçlük çekerler ve bazen hiç odaklanamazlar. İşlerini idame ettirmekte güçlük çekerler ya da hiç idame ettiremezler.
- Konuşmaları anlamakta zorlanırlar.
- Televizyon izlemekte, gazete okumakta zorluk yaşarlar.
- İzleseler, okusalar bile anlamakta güçlük çeker hale gelirler.
- Odaklanma güçlüğü psikomotor retardasyon ya da düşünce yavaşlaması ile beraber seyredebileceği gibi bu durumlar olmadan da izlenebilir.

Bellek Bozukluğu

- Depresif hastalarda, depresyonun şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olarak, hatırlamada güçlükler (dismnezi), hiç hatırlayamama ve unutkanlık sıklıkla görülür.
- Psikotik ve melankolik özellikli depresyonlarda daha çok karşımıza çıkar.
- Hastaların dikkatini ve düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştıramaması ile ilişkili olarak unutkanlık görülür.



Şiddetli depresyonlarda ve özellikle yaşlılarda görülen depresyonlarda bellek bozuklukları zaman zaman çok ağır düzeyde olabilir ve bu hastalar demans ile karıştırılabilir. Bu duruma “psödodemans” adı verilir.

Algı Bozukluğu

- Nadiren de olsa bazı hastalarda depresif duygudurum ile uyumlu, kendisini suçlayıcı ve bazen de intihara yönlendirici içerikte algı bozuklukları (varsanı ve yanılsamalar) görülebilir.



Örneğin, hastalar “Sen hatalısın!” şeklinde kendisini suçlayıcı sesler duyabilir veya karşı apartmandaki reklam panosundaki yanıp sönen yazıları “kendisinin kötü bir insan” olduğunu ima eden bir işaret olarak algılayabilir.

Dikkat Bozukluğu

- Depresif hastalarda hem istemli hem de istemsiz dikkatte azalma görülür.

Bedensel (Vejetatif) Belirtiler

- **Enerji azlığı:**
 - o Depresyon hastalarında sıklıkla açıklanamayan yorgunluk, enerji azlığı, bitkinlik, halsizlik, çabuk yorulma ve tükenmişlik hissi görülür.

Demans

- Yaşlı hastalarda görülen depresyonun, demans tablosunu düşündüren bilişsel semptomlarının (psödodemans) olmasından dolayı, demans ile ayırıcı tanısı veya komorbiditesinin tespit edilmesi önemlidir.

Tablo 8. Depresyona Bağlı Demans ve Demans Ayırıcı Tanısı

	Depresyon (Psödodemans)	Demans
Depresif semptomların başlangıcı	Erken	Geç
Özgeçmişte psikiyatrik öykü	+	-
Soygeçmişte psikiyatrik öykü	+	-
Uyku	Sık sık gece ve sabah uyanmaları; artan REM	Uykuya dalmada gecikme, sabah uyanmada zorluk
Bilişsel semptomların başlangıcı	Akut	Sinsi
Bilişsel semptomların şiddeti	Daha hafif	Daha şiddetli
Duygudurum semptomlarının şiddeti	Daha şiddetli	Daha hafif
Belirgin duygudurum semptomu	Disfori	Apati
Duygulanım (afekt)	Süreklilik gösteren depresyon	Dalgalanma ve labilite
Bilişsel ve duygudurum semptomları arasındaki zamansal ilişki	Duygudurum semptomları bilişsel semptomlardan önce veya onlarla eş zamanlı olarak ortaya çıkar.	Duygudurum semptomları bilişsel semptomlardan önce, onlarla eş zamanlı veya sonra ortaya çıkar.
Bilişsel eksikliklere ilişkin içgörüsü	Abartılı yakınmalar	Zayıf içgörüsü
Bellek	Yakın ve uzak bellekte ağır kayıp	Yakın bellek kaybı daha fazladır.
Yönelim muayenesinde sorulan sorulara verilen yanıtlar	Sıklıkla "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar verir. Unutkanlıktan yakınır.	Yanıtları tahmin etmeye çalışırlar. Konfobülasyon sıktır.
Enerji	İşlerini yapmak için bir çaba yoktur.	Çabalar, hatırlatıcı notlar alır.
Sosyal ilişkiler	Azalma ya da kayıp izlenir.	Genellikle korunmuştur.
İşlev kaybı	Hasta farkındadır ve yakınmaktadır.	Daha az farkındadır ya da gizler.
Değersizlik düşünceleri	Tabloya hakimdir.	Görülmez.
AD tedaviden fayda görme	+	-
Not: Psödodemans, DSM-5-TR'de resmi bir tanı kategorisi olmayıp, klinik pratikte kullanılan bir terimdir.		

Tablo 3. Zamansal Açıdan Risk Faktörleri

Acil / Kısa Vadeli / Yakınsak	• İntihar düşünceleri, planları, hazırlıklar • Akut zorlu yaşam olayları ve kriz durumları • Alkol/madde entoksikasyonu • Psikiyatrik hastalıklar (başta depresyon) • Şiddetli anhedoni, anksiyete, disfori, ajitasyon, uykusuzluk, psikotik belirtiler, utanç ve suçluluk duyguları, öfke, akatizi, ümitsizlik gibi belirtiler • Model alma (medya ve akran etkisi)
Kronik / Uzun / İraksak	• Önceki intihar girişimleri • Tıbbi hastalıklar • Yalnız yaşamak, sosyal desteğin yetersizliği • Dürtüsellik ve kronik agresyon • Kişilik bozuklukları (başta sınır kişilik) • Travma, istismar öyküsü, kronik stresörler, önemli kayıplar • Ailede intihar öyküsü / genetik • Alkol/madde kullanım bozuklukları • Düşük eğitim, düşük gelir düzeyi, işsizlik • Bilişsel stil (katı)

Tablo 4. Nedensel Açıdan Risk Faktörleri

Bireysel	• Psikiyatrik hastalıklar (başta depresyon) • Kişilik bozuklukları (başta sınır kişilik) • Alkol/madde entoksikasyonu • Şiddetli anhedoni, anksiyete, disfori, ajitasyon, uykusuzluk, psikotik belirtiler, utanç ve suçluluk duyguları, öfke, akatizi, ümitsizlik gibi belirtiler • Yaşam olayları ve kriz durumları
Çevresel	• İntihar araçlarının ulaşılabilir olması • Model alma (medya ve akran etkisi) • Zorlu yaşam koşulları

Tablo 30. Güvende Kalmayı Planlama Müdahalesi İçin Örnek Bir Şablon**BİRİNCİ BASAMAK: ERKEN UYARI İŞARETLERİM**

- 1.Önceleri zevkle yaptığım birçok şeyin anlamını yitirmesi
- 2.Gereksiz ve ciddi riskler almaya başlamam
- 3.Bir zamanlar sevdiğim, değer verdiğim kişisel eşyalarımı başkalarına vermeye başlamam

İKİNCİ BASAMAK: KENDİ KENDİME BAŞA ÇIKMA YOLLARIM

- 1.Sevdiğim kişilerin fotoğraflarına bakmak
- 2.Resim çizmek
- 3.Bisiklet sürmek

ÜÇÜNCÜ BASAMAK: DİKKATİMİ DAĞITMAK İÇİN YAPABİLECEKLERİM

Birinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:

İkinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:

Üçüncü kişinin adı-soyadı ve telefonu:

Gidebileceğim birinci yer: Alışveriş merkezi

Gidebileceğim ikinci yer: Sahaf

Gidebileceğim üçüncü yer: Tiyatro

DÖRDÜNCÜ BASAMAK: YARDIM İSTEYEBİLECEĞİM KİŞİLER

Birinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:

İkinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:

Üçüncü kişinin adı-soyadı ve telefonu:

BEŞİNCİ BASAMAK: UZMAN DESTEKLERİM

Psikoterapistimin adı-soyadı ve telefonu:

En yakın acil servis:

Acil yardım telefonu: 112

ALTINCI BASAMAK: ÇEVREMİ GÜVENLİ HALE GETİRMEK İÇİN YAPACAKLARIM

1.İntihar araçlarına erişimimi kısıtlamak

2. ...

3. ...

HAYATTA KALMAK İÇİN EN ÖNEMLİ NEDENİM

Yaşamda bir amaca ve planlara sahip olmak

teta dalga aktivitesi tedavi sonrası 8. haftada daha iyi tedavi yanıtı ve remisyona ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, TMS öncesi EEG ile belirlenen *frontal theta* güç artışının, hastanın TMS'ye yanıt verip vermeyeceğini tahmin edebildiği bulguları mevcuttur.



Depresyon tedavisinde en önemli öngörü aracı, klinisyenin deneyimi ve hastayı bütüncül değerlendirmesidir. Biyolojik belirteçler gelişmekte olsa da, bir hastanın daha önce belirli bir ilaca iyi yanıt vermiş olması veya aile öyküsünde bir ilacın etkinliği gibi pratik ipuçları da değerlidir. Örneğin, birinci derece akrabasında belirli bir antidepresana mükemmel yanıt almış bir hastada aynı ilacı denemek uygun olacaktır.

Klinik Uygulamalara Entegrasyon: Bugünkü Sınırlılıklar ve Potansiyel

- **Mevcut Durum ve Sınırlılıklar:** Çok sayıda araştırmaya rağmen depresyon için onaylanmış ve yaygın kullanılan bir biyobelirteç henüz yoktur. Klinik uygulamada psikiyatristler, tiroid işlevleri veya B12 vitamini gibi genel sağlık taramalarını yapıyor olsalar da, bunlar depresyonun özgül belirteçleri değil, eşlik eden durumları elemek içindir. Biyobelirteç araştırmalarının klinikte kullanılmamasının birkaç temel nedeni vardır:
 1. **Tutarsız Bulgular:** Farklı çalışmalarda aynı belirteç için çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin bir çalışma IL-6 sitokininin yüksek bulunurken, benzer bir başka çalışmada fark bulunamamıştır. Küçük örneklemli ve farklı yöntemlerle yapılan çalışmaların sonuçlarını genellemek zordur. Tekrarlanabilirlik sorunu, biyobelirteç adaylarının güvenilirliğini zayıflatmaktadır.
 2. **Düşük Öngörü Değeri:** Bir biyobelirtecın klinikte anlamlı olması için bireysel düzeyde yeterli duyarlılık ve özgüllük sunması gerekir. Birçok biyobelirteç grup ortalamalarında anlamlı fark gösterse de, bireysel hastada örtüşme alanı çok fazladır. Depresyonu olmayan bazı kişilerde de CRP yüksek olabilir, ya da depresyonda olup CRP'si normal olan pek çok hasta vardır.
 3. **Karmaşık ve Maliyetli Yöntemler:** fMRI, PET gibi yöntemler araştırmada değerli olsa da, günlük pratikte her hasta için uygulanması mümkün değildir.
 4. **Kılavuz Eksikliği:** Psikiyatri alanındaki tedavi kılavuzları (örneğin APA veya NICE depresyon tedavi rehberleri), biyobelirteç kullanımına dair net öneriler sunmamaktadır. Örneğin Amerikan Psikiyatri Birliği'nin depresyon tedavi kılavuzlarında farmakogenetik testler rutin önerilmez, ancak gerekli durumda düşünülebileceği belirtilmektedir.
 5. **Eğitim ve Altyapı:** Psikiyatristlerin büyük kısmı biyobelirteç testlerinin nasıl yorumlanacağı konusunda eğitime sahip değildir. Laboratuvar altyapısı da her merkezde bu testleri yapmaya uygun olmayabilir.

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2000 yılında yürütülmüş olan Hastalıkların Toplam Yüğü araştırmasında ölümcül olmayan yetiyitimi sebepleri içinde depresyon %12'lik oranla birinci sıradadır.
- Yaşam yıllarına uyarlanmış yetiyitimi (disability-adjusted life years/ DALY) hesaplamasında %4.4 oran ile dördüncü sırada yer almaktadır. 2019 yılı verilerine göre ise depresyon *Yetiyitimi ile Geçen Yıllar* bağlamında ikinci sıradadır.
- Depresyon ölüm ve intihar açısından da önemli bir hastalıktır. Hastanede yatan hastalarda depresyon yaygınlık %12 olarak belirlenmiştir. Depresyon ek tanısı, var olan fiziksel hastalıkların gidişatını kötüleştir-mekte ve hastalığa bağlı ölüm riskini arttırmaktadır.
- İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin yaklaşık %90'ında bir ruhsal bozukluk olduğu düşünülmektedir. Hayatını kaybedenlerin yarısından fazlasında duygudurum bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir.



Depresyon ya da başka bir duygudurum bozukluğu olanlarda intihar riski 20 kat artmıştır.



Depresyon yetiyitimi, intihar davranışı, ölüm riski ve mali kayıplara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.

EPİDEMİYOLOJİ

Sıklık ve Yaygınlık

- MDB, tek bir hastalık dönemi olabileceği gibi tekrarlayan dönemler ile gidebilen, kronikleşebilen ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur.
 - o Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ruhsal hastalıkların daha yaygın hale geldiği bildirilmektedir.
 - o Ayrıca, ilerleyen yüzyıllarda aile bağlarının zayıflaması, bireyselleşmenin artması, örtük savaşlar ve toplumsal travmalar gibi faktörler de ruhsal hastalıkların sıklığında artışa neden olmaktadır.
- Sıklık ve yaygınlık oranlarında farklılıklar görülmeye rağmen MDB'nin sıklık ve yaygınlığının yüksek olduğu bilinmektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda bulunan her on kişiden birinde depresif belirtiler görülmektedir.
- ABD'de DSM-III kriterlerine dayalı gerçekleştirilen geniş ölçekli bir çalışmada, yaygınlık oranlarının erkeklerde %1,7-2,2, kadınlarda ise %4,1-4,6 arasında olduğu tespit edilmiştir.
- 1980'li yıllarda Avrupa'da depresif bozuklukların bir yıllık yaygınlığı %5,3 olarak tespit edilmiştir.
- Arasında ülkemizin de bulunduğu 14 ülkede yapılan bir çalışma sonucuna göre DSM-III-R'ye göre depresif bozuklukların ortalama yaygınlığı %10,4 olarak bulunmuştur.
- 2000'lerde DSM-IV'e göre ABD'de yapılan bir çalışmada depresif bozuklukların yaygınlığı %5,2 olarak tespit edilmiştir.

ve bundan çok daha fazla kişi intihar girişiminde bulunmaktadır. Her intihar, aileleri, toplulukları ve hatta ülkeleri etkileyen bir trajedi olup, geride kalanlar üzerinde uzun süreli etkiler bırakmaktadır.

- İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin yaklaşık %90'ında bir ruhsal bozukluk olduğu düşünülmektedir. Hayatını kaybedenlerin yarısından fazlasında duygudurum bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir.



İntihar, yaşamın her döneminde görülebilmekte ve 2021 yılında dünya genelinde 15-29 yaş arası bireyler arasında üçüncü en yaygın ölüm nedeni olmuştur.

- 2021 yılında gerçekleşen intiharların yaklaşık dörtte üçü (%73) düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir.
- İntihar, ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, halk sağlığı temelli bir müdahaleyi gerektirmektedir. Zamanında, kanıta dayalı ve genellikle düşük maliyetli müdahalelerle intiharların önlenmesi mümkündür. Ulusal düzeyde etkili bir yanıt sağlanabilmesi için kapsamlı ve çok sektörlü bir intihar önleme stratejisine ihtiyaç duyulmaktadır.
- İntihar ile ruhsal bozukluklar (özellikle MDB ve alkol kullanım bozuklukları) ve önceki intihar girişimleri arasında güçlü bağlantı bulunmaktadır.
- Bununla birlikte, birçok intihar, finansal sorunlar, ilişki çatışmaları ya da kronik ağrı ve hastalık gibi yaşam stresleriyle başa çıkma yeteneğinin bozulduğu kriz anlarında, ani ve dürtüsel bir şekilde gerçekleşmektedir.



Tamamlanmış intiharların yaklaşık %60'ında bir duygudurum bozukluğu tanısı vardır.

İntihar için Risk Faktörleri

1. Sosyodemografik Risk Faktörleri
 - Cinsiyet: Erkeklerde tamamlanmış intihar oranları daha yüksektir.
 - Yaş: Ergenlik dönemi ve ileri yaş (özellikle 65 yaş üstü) riskli gruplardır.
 - Medeni Durum: Dul veya boşanmış olma.
 - Sosyal İzolasyon: Yalnız yaşama, sosyal destek eksikliği.
 - Ekonomik Zorluklar: İşsizlik, finansal istikrarsızlık.
 - Yüksek Riskli Meslekler: Sağlık çalışanları, askerler, polisler gibi stresli ve travmaya maruz kalma olasılığı yüksek meslek grupları.
2. Psikiyatrik Bozukluklar
 - Duygudurum Bozuklukları: Major depresyon, bipolar bozukluk.
 - Madde Kullanım Bozuklukları: Alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanımı.
 - Anksiyete Bozuklukları: Özellikle panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB).
 - Psikotik Bozukluklar: Şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar.
 - Kişilik Bozuklukları: Borderline (sınırdan) ve antisosyal kişilik bozukluğu.

- DSM-5-TR'ye göre, distimi için 12 aylık yaygınlığın yaklaşık %0,5, kronik MDB için ise %1,5 olduğu tahmin edilmektedir.
- Distimi veya distimik bozukluğun yaygınlığı, birinci basamakta % 3,7 ile % 20,6 arasında farklılık göstermektedir.
- Psikiyatri poliklinik hastalarının %33'ünün distimi ile yaşadığı düşünülmektedir.
- Kadın/erkek cinsiyet oranının 2:1 olduğu bildirilmiştir.
- Distimi kronik bir seyir izler ve genellikle ergenlikte erken ve sinsi bir başlangıç gösterebilir.

Tablo 3. Distimi Risk Faktörleri

• Ailesinde majör depresyon, bipolar bozukluk, distimi ve kişilik bozukluğu öyküsü olanlar • Ailesinde alkol madde kullanımı öyküsü olanlar	• Kadın cinsiyet • Bekar olmak • Travmatik yaşam olayları
--	---



Distimi, yüksek gelirli ülkelerde düşük ve orta gelirli ülkelere göre daha yaygındır.

ETİYOLOJİ VE PATOFİZYOLOJİ

Monoaminerjik Sistem

- Kronik depresyonun, insan merkezi sinir sisteminde çeşitli monoaminerjik iletim anormallikleriyle (serotonin, norepinefrin ve dopamin düzeylerinde azalmayı içeren) ilişkili olduğu büyük ölçüde belgelenmiştir.
- Yapılan çalışmalarda distimi etiyojisinde özellikle serotonerjik anormalliklerin rol oynadığını ortaya konulmuştur. Bunlar arasında, distimi hastalarında sağlıklı kişilere kıyasla daha düşük maksimum trombosit serotonin alım hızı, idrar serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) konsantrasyonunda azalma ve trombosit monoamin oksidaz (MAO) konsantrasyonunda azalma yer almaktadır.
- Ayrıca distimi hastası kadınlarda, nörotransmisyonlar için gerekli olan trombosit MAO aktivitesi daha düşük olabilir.

Bağışıklık Sistemi Düzensizliği

- Distimi etiyojisinde bağışıklık sisteminin düzensizliğinin de rol oynadığı öne sürülmüştür. Örneğin distimi hastalarında sağlıklı kişilere kıyasla CD16 (FCGR3) veya CD56 (NCAM1) veya her ikisinin artışı, CD4/CD8 oranının artışı, bazal IL-1B konsantrasyonunun artışı ve CXCL10 konsantrasyonunun artışı bildirilmiştir.
- Bazı diğer çalışmalarda ise, kronik depresif hastalığın, dolaşımdaki sitokin düzeylerinde (interlökin-2, IL-2 reseptörleri; interlökin-1 ve interlökin-1 reseptör antagonisti, interlökin-6 ve reseptörü ginterferon dahil) değişikliklerle birlikte bir bağışıklık düzensizliğiyle birlikte olduğu gösterilmiştir.

Tablo 2. Premenstruel Disforik Bozukluk İçin Tanımlanan DSM-5 Tanı Kriterleri

- A. Menstruasyon döngülerinin çoğunluğunda, menstruasyonun başlangıcından önceki hafta başlayan, menstruasyonun başlamasını takip eden birkaç gün içinde düzelme sürecine giren ve menstruasyondan sonraki haftada düzeyi çok azalan ya da tamamen ortadan kalkan en az beş belirti bulunmalıdır.
- B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır:
1. Belirgin duygusal değişkenlik (örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye karşı artmış duyarlılık).
 2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
 3. Belirgin bir depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.
 4. Belirgin bir kaygı (anksiyete), gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma
- C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirildiği zaman toplamda beş belirtiyeye ulaşmak üzere, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) ayrıca bulunmalıdır:
1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).
 2. Odaklanmakta subjektif olarak güçlük çekme.
 3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji azlığı.
 4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
 5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
 6. Bunalmışlık ya da kontrolü yitirmişlik hissi.
 7. Memelerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" hissi ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.
- D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: Toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider.
- E. Bu bozukluk, yalnızca, major depresif bozukluk, panik bozukluk, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.
- F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: Bu şekilde doğrulama yapılmadan önce tanı geçici olarak konulabilir.)
- G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertiroidizm) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütlerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.

*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra "geçici tanı" diye yazılmalıdır ("premenstruel disforik bozukluk, geçici tanı").

Tablo 2. Depresyonla İlişkili Olduğu Düşünülen İlaçlar		
Tanımlanmış	Potansiyel Riskli	Kısmi İlişkili
Siklesonid	Oktreotid	Tolkapon
Loratadin	Nalmefen	Rukaparib
Mizolastin	Meklozin	Amisülpirid
Efedrin	Aprotinin	Breksipiprazol
Safinamid	Sekukinumab	Ketiapin
Lurasidon	Seleksipag	Fenfluramin
Pimozid	Tofasitinib	Artesunat
Pramipeksol	Omalizumab	Adalimumab
Ziprasidon	Etionamid	Valbenazin
Parampanel	Protionamid	Zopiklon
Pirimidon	Lityum	Alosetron
Siproteron	Fulvestrant	Gadopentak Asit
Brodalumab	Letrazol	Gadoversetamid
Modafinil	Palbosiklib	Erenumab
Sikloserin	Ribosiklib	Fremanezumab
Buspiron	Buseralin	Galkanezumab
Enzalutamid	Agalsidaz alfa	Oksetoron
Klormadinon	Somatotropin	Teriflunomid
Sülfasalazin	Daklatasvir	Entakapon
Elexacaftor-ivacaftor-tezacaftor	Glekaprevir: Pibrentasvir	Ropinirol
Dienogest	Pindolol	
Dasabuvir	Levotiroksin	
Ombitasvir:Paritepravi- Ritonavir	Pirfenidon	
Melatonin	Prednizon	
Suvoreksant	Tasimeleton	
İmikimod	Tegaserod	
Lorlatinib	Oksimorfon	
Didrogesteron	Fampridin	
Pizotifen	Pankreatin	
Alemtuzumab	Pankrelipaz	
Glatiramer		
Valdekoksisib		
Alendronik asit		
İbandronik asit		
Klomifen		

■ Etiyolojiye Yönelik Tedavi:

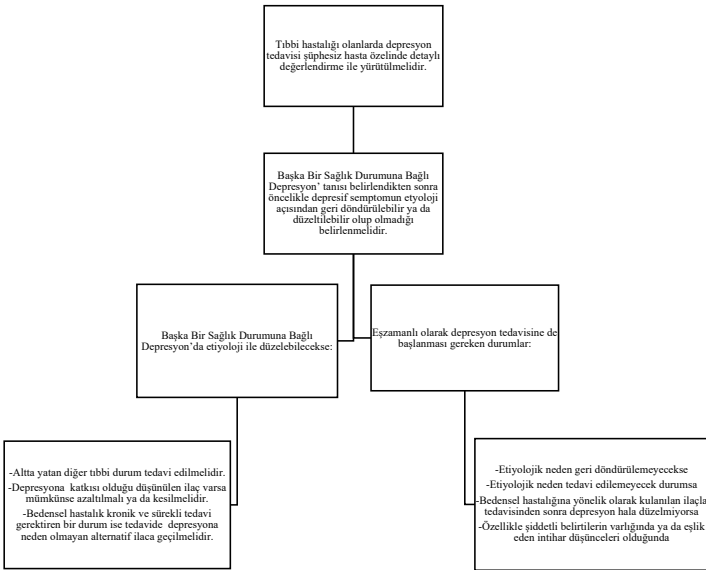
- o Altta yatan tıbbi durum tedavi edilmelidir.
- o Depresyona katkısı olan ilaçlar azaltılmalı veya kesilmelidir.
- o Kronik hastalıklarda depresyona neden olmayan alternatif ilaçlar tercih edilmelidir.

■ Depresyon Tedavisi:

- o Etiyolojik neden geri döndürülemezse veya tedavi edilemezse anti-depresan tedavi başlanmalıdır.
- o Şiddetli belirtiler veya intihar düşünceleri varsa acil müdahale gereklidir.
- o Psikoterapi (bilişsel davranışçı terapi, destekleyici terapi) eşlik eden psikososyal stres için etkili olabilir.

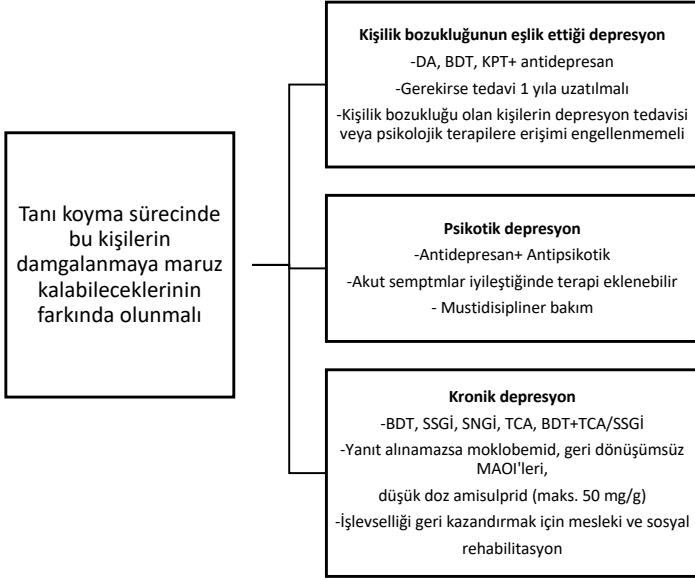
■ Özel Durumlar:

- o Tıbbi durumun tedavisi sonrası depresyon devam ediyorsa, anti-depresan ve psikoterapi kombinasyonu düşünülmelidir.
- o İntihar riski yüksek hastalarda hastane yatışı gerekebilir.



SONUÇ

- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tıbbi hastalıkların fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık bir durumdur.
- Doğru tanı için ayrıntılı klinik değerlendirme, laboratuvar testleri ve ayırıcı tanı önemlidir.
- Tedavi, altta yatan tıbbi durumun yönetimine odaklanırken, eşzamanlı depresyon tedavisi gerekebilir.



Şekil 7. Yetişkinlerde depresyon: Kronik depresyon, kişilik bozukluğu olan depresyon veya psikotik depresyon için tedavi seçenekleri.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (APA) DEPRESYON TEDAVİ KILAVUZU

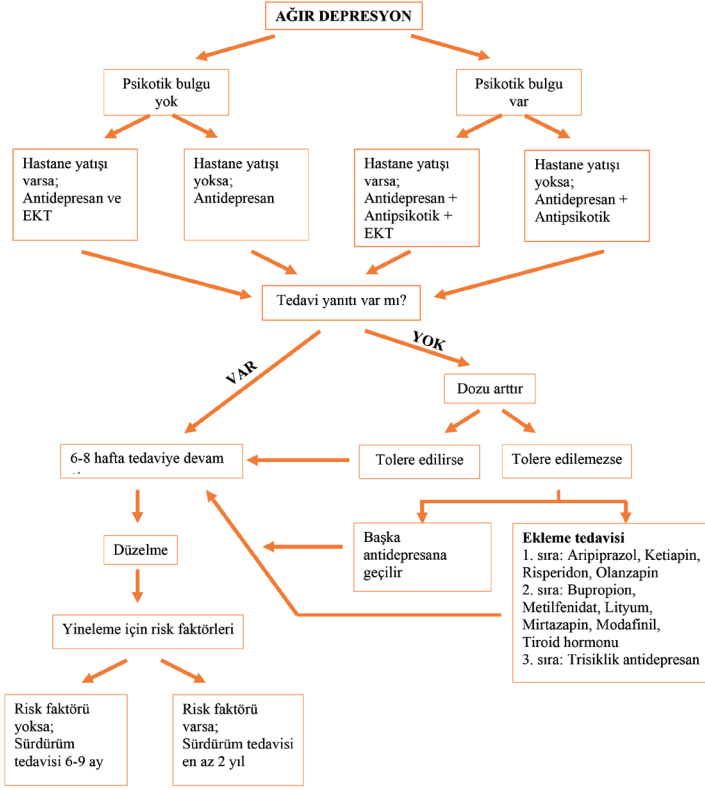
- Bu kılavuzun amacı, majör depresif bozukluğu olan hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi için bir çerçeve sunmaktır. Kılavuz, farklı klinik senaryolarda uygulanabilirliği kolaylaştırmak için yapılandırılmıştır.
- **Değerlendirme ve Tanı**
- Depresyonun tanısında, semptomların şiddeti, süresi ve işlevsellik üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir.
- Değerlendirme, aşağıdaki unsurları içermelidir:
 - o Eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel bozukluklar.
 - o Daha önceki tedavi yanıtları.
 - o Aile öyküsü, sosyal destek ve mevcut stres faktörleri.
 - o İntihar riski değerlendirmesi.
- **Tedavi Planlama**
- Tedavi hedefleri belirlenirken, remisyon (tam remisyon) temel hedef olmalıdır.
- Tedavi planı bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmelidir ve şu aşamaları içermelidir:
 - o Akut tedavi (semptomları kontrol altına alma).
 - o Devam tedavisi (remisyonu sürdürme).
 - o Koruyucu tedavi (nüksleri önleme).
- **Tedavi Seçenekleri**
- **Psikoterapiler:**

Tablo 16. Depresyonda Kullanılan İlaçların Başlangıç, İdame ve Maksimum Dozları

İlaç Adı	Başlangıç Dozu	İdame Dozu	Maksimum Günlük Doz
Trisiklik Antidepresanlar			
Amitriptilin	75 mg/g (yaşlılarda 30-75 mg/g)	2 hf içinde 25 mg'lık arttırmalar	150 mg/g
İmipramin	100 mg/g	100-200 mg	300 mg/g
Klomipramin	25 mg/g	100 mg/g	250 mg/g
Geri Dönüşümlü MAO İnhibitörü			
Moklobemid	150 mg/g	150-600 mg/g	600 mg/g
SSGİ'ler			
Fluvoksamin	100 mg/g	100-300 mg (50 mg'lık arttırmalar)	300 mg/g
Fluoksetin	20 mg/g	20 mg/g	60 mg/g
Paroksetin	20 mg/g	10 mg'lık arttırmalar	50 mg/g (yaşlılarda 40 mg/g)
Sertralin	50 mg/g	50 mg/g	200 mg/g
Sitalopram	20 mg/g	20-40 mg/g	40 mg/g
Essitalopram	10 mg/g	10-20 mg/g	20 mg/g
SNGİ'ler			
Venlafaksin	75 mg/g	75-150 mg/g	225-375 mg/g
Duloksetin	30 mg/g	60 mg/g	120 mg/g
Diğer			
Mirtazapin	15 mg/g	15-45 mg/g	45 mg/g
Mianserin	30 mg/g	30-90 mg/g	200 mg/g
Trazodon	150 mg/g	3-4 günde bir 50 mg'lık arttırmalar	400 mg (ayaktan) 600 mg(yatan)

SONUÇ

- Depresyonda tedavi kılavuzları, hem klinik uygulamada standartlaşmayı sağlamak hem de hasta sonuçlarını iyileştirmek adına kritik bir role sahiptir. Bu kılavuzlar, kanıta dayalı veriler ışığında oluşturulmuş olup, klinisyenlere tedavi süreçlerinde yol gösterici olmaktadır. Ancak, bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın gerekliliği, kılavuzların mutlak kurallar yerine rehber ilkeler olarak değerlendirilmesini zorunlu kılar. Her bireyin biyopsikososyal ihtiyaçlarının farklılık gösterdiği unutulmamalı ve tedavi planları bu çerçevede şekillendirilmelidir. Gelecekte, depresyon tedavi kılavuzlarının daha dinamik, kültürel ve bireysel farklılıkları daha fazla göz önünde bulunduran bir yapıya evrilmesi, psikiyatrik tedavinin kalitesini artıracaktır. Bu bağlamda, kılavuzların sürekli güncellenmesi ve saha uygulamalarından alınan geri bildirimlerle desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.¹⁻¹¹



(Depresyon Sağaltım Kitabı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları)

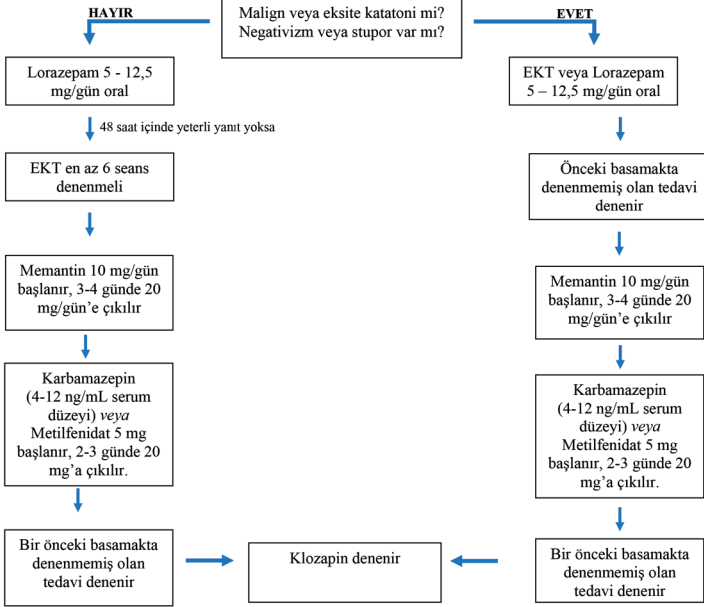
Şekil 4. Ağır depresyon tedavisi.

- Psikotik özelliği olsa da olmasa da ağır şiddette depresyon tedavisinde antipsikotik ilaçların tek başına kullanılmaları önerilmemektedir.
- Tedavi etkinliği ve hızlı yanıt sağlamaları açısından antidepresan ve antipsikotiklerin ağır depresyon akut dönem tedavisinde kombine kullanımı uygundur.

Tablo 6. Ağır Şiddette Depresyon Tedavisinde Tercih Edilecek Antipsikotikler

Antipsikotik	Kanıt Düzeyi	Doz Aralığı
Olanzapin	A	2,5 – 15 mg
Aripirazol	A	2,5 – 20 mg
Ketiapin	A	150 – 300 mg
Risperidon	A	0,5 – 2 mg

- Tanı amacıyla lorazepam 1 mg sublingual verilerek 15 dakika sonunda yanıt gözlenir, yeterli yanıt alınamamışsa bir doz daha verilip 30. dakika sonundaki yanıt dikkate alınır.
- Benzodiazepinlerin kullanımı için kontrendikasyon yok ise ilk seçenek tüm antipsikotiklerin kesilerek 5-12,5 mg/gün dozda lorazepam, diazepam veya klonazepam uygulanmasıdır.



(Depresyon Sağaltım Kitabı, Türkiye Psikiyatri Derneği)

Şekil 7. Katatonik özellikli depresyon sağaltım algoritması.

Karma Özellikli Depresyon Sağaltımı

- Tedavi seçenekleri arasında ikinci kuşak antipsikotikler öne çıkmaktadır. Bu gruptan özellikle lurasidon, olanzapin ve ziprasidon üzerine yapılan araştırmalar bu ilaçların hem depresif hem de mani belirtilerini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca diğer ikinci kuşak antipsikotiklerin de karma özellikli depresyon varlığında kullanılabileceği belirtilmiştir.



Sağaltıma başlamadan önce bipolar bozukluğa ait semptomlar, aile öyküsü, geçmiş dönem öyküleri, aile öyküsü, ek tanımlar sorgulanmalıdır.

- Antidepresan monoterapiden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Antidepresan, antipsikotik ve duygudurum dengeleyicileri kombine şekilde kullanılmalıdır.
- Antidepresanların bu hastalarda daha düşük tedavi yanıtı ile ilişkilendirildiği ve olumsuz etkiler yaratabileceği öne sürülmektedir. Özellikle

Anksiyolitik Etki	Hipnotik Etki
• Kaygı, ajitasyon ve gerilimi azaltırlar. • Yaygın anksiyete bozukluğunun kısa süreli tedavisinde tek başına veya SSG'lere ekleme ile faydalı olmasına rağmen, bağımlılık riski yüksektir. • Özellikle ilaç tedavisine yanıtız, major kişilik sorunları olanlarda benzodiazepinlerden kaçınılmalıdır.	• Kısa vadede etkili hipnotiklerdir. • REM uykusunu inhibe ederler ve kesildiklerinde rebound etki görülür. • Aralıklı kullanım hipnotik olarak etkili olduğu süreyi uzatır. • Reçete edilmeden önce fiziksel nedenler(ağrı, nefes darlığı vb.) veya madde kötüye kullanımı sorgulanmalıdır.

Şekil 8. Benzodiazepinlerin etkileri.

DEPRESYON TEDAVİSİNDE SAĞALTIMIN İZLENMESİ

- Hasta değerlendirme yöntemlerinin bazıları diğerlerine göre daha nesnel ve klinik olarak daha anlamlı sonuçlar sunabilir. Hastanın tedavi ile tanı ölçütlerini karşılamaması, işlevselliğin gelişme göstermesi, hastanın hekimin yargısına göre iyileşmesi daha öznel belirtiler olup başlangıç puanına göre yüzde değişim, kesme puanı, istatistiksel değerlendirme yol gösterici olmayabilir. Bu nedenle yanıt ve düzelme kullanışlı ve nesnel özellikleriyle ön plana çıkan iki izleme ölçütüdür.

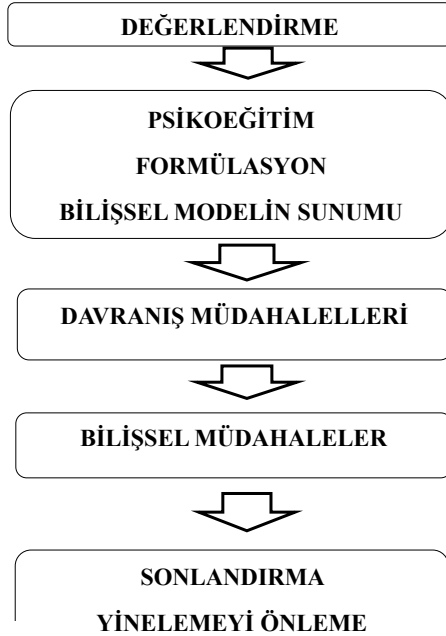


Tedaviye dirençli depresyon tanısından önce yalancı direnç olmadığını belirlemek gerekir. İlaçların yetersiz dozda ve düzensiz kullanımı yalancı direnç olarak tanımlanır.



Şekil 9. Depresyon sağaltım izlemi.

- Psikoterapi ile ilaç tedavisinin birlikte kullanılması, orta ve ağır düzeyde depresyon yaşayan hastalar için en etkili tedavi seçeneklerinden biri olarak değerlendirilmektedir.
 - o Ayrıca, kombine tedavi ya da yalnızca psikoterapi uygulamalarının, yalnızca ilaç tedavisine göre daha yüksek tedavi devamlılığı sağladığı rapor edilmiştir.
- İlaç kullanmak istemeyen ya da ilaç kullanmasının tercih edilmediği durumlarda (örneğin, hamileler ve emziren anneler gibi), ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda veya kişilik bozukluğu özelliklerinin ön planda olduğu durumlarda BDT önemli avantajlar sunmaktadır.
 - o Bununla birlikte, psikotik belirtiler gösteren hastalar ve ağır depresyon vakalarında, BDT planlanmış olsa dahi medikal tedavinin sürece dâhil edilmesi gereklidir.
- Bilişsel davranışçı terapide süreç; değerlendirme, psikoeğitim, davranışsal müdahaleler, bilişsel müdahaleler, sonlandırma ve yinelemeyi önleme aşamaları ile ilerler.



Şekil 1. Bilişsel davranışçı terapinin aşamaları.

- Değerlendirme aşamasında diğer tüm psikiyatrik değerlendirmelerde olduğu gibi kapsamlı bir öykü alma süreci yürütülür.
 - o Bu süreçte, bireyin mevcut yakınmaları, önceki psikiyatrik geçmişi, eşlik eden tıbbi durumları ve ailesel ruhsal hastalık öyküsü gibi unsurlar ayrıntılı biçimde ele alınır. Böylece, klinik görüşme, yapılandırılmış bir çerçevede ilerler.

- o Ayrıca, pilates, yoga ve tai chi gibi düşük yoğunluklu aerobik egzersizlerin de ruh sağlığı üzerinde pozitif etkiler yarattığı ifade edilmektedir.
- o Bu tür egzersizler, kasları gevşetmek, bedensel farkındalığı artırmak ve zihinsel rahatlamayı sağlamak için etkili yöntemler olarak öne çıkmaktadır.
- Anaerobik egzersizlerin duygudurum üzerindeki pozitif etkisinin, en az bir saat süren, yüksek yoğunlukta ve sürekli güç gerektiren aktivitelerle ortaya çıkabileceği belirtilmektedir.
 - o Ancak bu tür egzersizler, kas krampları, kaslarda yırtılma ve diğer yaralanma risklerini artırabilir.
 - o Bu durum, depresif bireylerde olumsuz etkilere yol açabilir, çünkü depresif bireylerin fiziksel iyileşme süreçleri ve motivasyonları genellikle daha düşük seviyelerde olabilir.
 - o Bu nedenle, depresyon tedavisi için anaerobik egzersizler, yüksek riskli olabileceği için daha dikkatli ve kontrollü bir şekilde uygulanmalıdır.
- Depresyon tedavisinde egzersizin etkili olabilmesi için, haftada üç kez, her seansı 20-30 dakika süren düşük ve orta yoğunlukta bir egzersiz programının en az 8 ila 14 hafta boyunca düzenli bir şekilde yapılması önerilmektedir.

Tablo 9. Egzersizin Olumlu Etkilerini Artırabilecek İlkeler

Bireyin kondisyonuna ve egzersiz boyunca kendini nasıl hissettiğine uygun bir egzersiz programı hazırlanmalıdır.
Egzersiz hedeflerinin gerçekçi ve birey açısından kabullenilebilir düzeyde olması gerekmektedir.
Egzersiz süresi, sıklığı ve şiddeti; kişinin fiziksel becerileri, kondisyonu, beklentileri ve amaçları, kullandığı ilaçların yan etkileri, egzersiz toleransı ve algılanan çabaları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.
Hastaların egzersiz programına düzenli olarak katılımı sürekli olarak takip edilmelidir.
Hastalara egzersizdeki ilerlemeleri konusunda gerçekçi olumlu geribildirimler verilmelidir.
Grup egzersizlerinde hastalar arasında kıyaslama yapılmamalıdır.
Depresif bireylerin egzersiz hareketlerini kurallarına uygun yapıp yapmadığından ziyade bireyin egzersizde algıladığı kazanımlarına ve hedeflenen başarılarına odaklanılmalıdır.
Müzik eşliğinde egzersiz yapmak egzersizi daha keyifli ve eğlenceli hale getirir.
Bireyin olanakları ve gereksinimleri ölçüsünde kendisini ödüllendirmesi egzersiz yapma motivasyonunu artırır.
Sürekli aynı egzersizi yapmak birey açısından sıkıcı olabilir. Bu bakımdan farklı egzersiz tipleri de alternatif olarak egzersiz programına dahil edilmelidir.
Egzersiz programında gerginliği, yorgunluğu ve öfkeyi azaltan egzersizler yer verilmelidir.
Egzersiz yapmanın avantaj ve dezavantajlarının yazıldığı bir liste hazırlama egzersizin önemi ve yararları konusunda farkındalık kazanmada önemli olabilir.
Egzersiz günlüğü tutularak egzersiz sürecinin takibi sağlanabilir.

çalışmada EKT'nin santral serotonerjik aktiviteyi değiştirmedeği bildirilmiş bu da etki mekanizmasının serotonerjik sistem üzerinden açıklanmasının uygun olmayacağı fikrini ortaya çıkarmıştır.

Endikasyonları

- EKT'nin ortaya çıktığı yıllarda ilk endikasyonu şizofreni olsa da yıllar içinde uygulama alanı değişmiş ve çeşitlenmiştir.
- Günümüzde en sık %85'lik oranla MDB tedavisinde kullanılmaktadır ve birçok kılavuzda EKT için birinci endikasyon MDB haline gelmiştir.
 - o EKT tedaviye yanıtı yetersiz, dirençli, ağır klinikle seyreden olgularda tercih edilir. En sık endikasyonları duygudurum bozuklukları, MDB olup tüm vakaların yaklaşık 80'ini kapsar. Bu vakaların EKT'ye uygulaması sonrası tedavi yanıtları en az %70 ve üzerindedir.
 - o Bunun yanında bipolar bozukluk depresif dönem de EKT'ye en az unipolar depresyondaki kadar iyi yanıt verir ve benzer oranda yanıt verir.
- EKT'nin diğer şizofreni ve bipolar bozukluk mani döneminde etkinliğine dair çalışmalar kısıtlı olsa da yüksek etkinlik gösterdiği bildirilmiştir.
- EKT endikasyonlarını tanıya dayalı ve hastalık sürecine bağlı endikasyonlar şeklinde ayırabiliriz (Tablo 3).

Tablo 3. EKT Endikasyonları

Tanıyla Dayalı Endikasyonlar	Hastalık Sürecine Bağlı Endikasyonlar
- MDB - Bipolar Bozukluk Depresif Dönem - Bipolar Bozukluk Karma Dönem - Mani - Karma Duygudurum - Katatoni - Şizofreniye duygudurum belirtilerinin eşlik ettiği durumlar - Şizoaftaktif Bozukluklar - Diğer Nöropsikiyatrik Bozukluklar - Malign Nöroleptik Sendrom - Parkinson Hastalığı	Hızlı Düzeltilmesi Gereken Durumlar - İntihar düşünceleri ve meyli - Katatoni - Beslenme yetersizlikleri(malnütrisyon) - Ajitasyonlu ağır psikotik durumlar Diğer Tedavilere Yeğlenen Durumlar - Yaşlılar - Gebeler Hastanın talebi halinde

EKT'nin Kontrendikasyonları

- EKT güvenli bir işlemdir ve kesin denilebilecek bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.
- Normal popülasyonda 1/1000 oranında komplikasyon görülmekle birlikte, yüksek riskli hastalarda bu oran artış gösterse de EKT yine de kullanılabilir.

Tablo 13. MDB'de Etkin TMS Bobinleri ve Uygulamadaki Farklılıkları

Bobin türü	8 şekilli	H1
Derinlik	0,7 cm Subdural	1,8 cm Subdural
	Yaklaşık 1-2,5cm	Yaklaşık 2-6cm
Hedef Alanı	DPLFK	PFK, DLPFK
Hedef Aktivite ve Vuru Türü	Düşük frekanslı vuru ile Sağ DPLFK'da hiperaktiviteyi azaltmak Yüksek frekanslı vuru ile Sol DPLFK'da hipoaktiviteyi artırmak Bu yöntemlerin biri de seçilebilir 2si aynı anda da kullanılabilir.	
Eşik Güç	Manyetik alanın etkisi kişiden kişiye değişebileceği için doz ayarlanması için uygulama yapılacak hemisferdeki motor eşiğin hesaplanması esas olarak kabul edilir.* Motor eşik için motor kortekse verilen uyarı ile uyarı verilen motor korteksin karşı el baş parmağında EMG'de kontraksiyon oluşturan doza ulaşılan kadar doz tedrici artırılır.** Uygulama tespit edilen eşik gücün %80 ile %120'si arasında bir güç kullanılır.	
Konumlandırma*	5cm kuralı	6cm kuralı
Frekans	10 Hz	18 Hz
Seans Başına Vuru Sayısı	3000	1980
Seans Süresi	30-40 dk (ort. 37.5dk)	20dk
Tedavi Süresi	MDB için tedavi süresi 4-6 hafta boyunca haftada 5 seans (20-30 seans)	
Endikasyon	MDB	MDB

Yan Etkileri

- Baş ağrısı ve uyarım bölgesinde ağrı yaygın görülen yan etkilerdir.
- Nöbet, iştme bozukluğu veya mani gibi ağır yan etkileri nadiren yaptığı bildirilmiştir.
- Antidepresan etkinliği nedeniyle antidepresan tedavilerle beraber kullanılırken nadir de olsa manik ve hipomanik kaymaların olabileceği için dikkatli olunmalıdır.
- Adolesanlarda, hamilelerde, yaşlılarda ve metal/elektronik implantı olan kişilerde özel önlemler alınması gerekmektedir.
- Genel olarak rTMS depresyon hastalarının büyük çoğunluğunda soursuz kullanılabilir

Safran (<i>Crocus sativus</i>)	MDB (Adi)	A (++)	Günlük 30mg Stigma (Standardize safran veya krosin izomeri)	Potansiyel küçük yan etkiler (örneğin artmış gastrointestinal aktivite) dışında güvenli kabul edilir.	Stigma/petal kombinasyonları antidepresan etkiler sağlayabilir ve tek başına stigmadan çok daha ucuz olabilir.
Zerdeçal (<i>Curcuma longa</i>)	MDB (Adj/ Mono)	A (++)	500-1000 mg (Zerdeçal)	İyi tolere edilir, Güvenli kabul edilir.	Eşlik eden inflamatuvar bozukluklarda potansiyel adjuvan fayda. Biyoyararlı formlar tavsiye edilir.
Altın Kök (<i>Rhodiola rosea</i>)	MDB (Adj/ Mono)	A (+/-)	340-640mg	İyi tolere edilir, Güvenli kabul edilir.	Yorgunlukla birlikte görülen depresyonun potansiyel rolü
Lavanta (<i>Lavandula</i>)	MDB (Adj/ Mono)	A (++)	80-160mg yağ şeklinde (kapsül içinde) ya da 500mg-1.5gr kurutulmuş çiçek (standartize)	İyi tolere edilir, Güvenli kabul edilir.	Kalitesi ve standartizasyonu yetersiz çay preparatları yerine standart kapsül formülasyonlarının kullanılması tavsiye edilmektedir
MDB: Major Depresif Bozukluk, BD: Bipolar Depresyon, Adj: Adjuvan, Mono: Monoterapi, EPA: Eikosapentaenoik Asit DHA: Dokosaheksaenoik Asit, 5-HTP: 5-Hidroksitriptofan, (++) önerilir (++) Geçici süre tavsiye edilir, (+): Önerilebilir, (+/-): Şimdilik önerilmiyor, (-): Önerilmez					

- YDDDB tanımlı çocuk ve ergenlerde ilaç tedavisine ek olarak bilişsel davranışçı terapi ve ebeveyn eğitimi gibi müdahale ve psikoterapiler de etkili olmaktadır.
- Agresyona yönelik BDT'nin yanı sıra diyalektik davranış terapisi (DDT) gibi diğer davranışçı yaklaşımların da etkinliği yapılan sınırlı sayıda çalışmada gözlenmiştir.
- DDT bilinçli farkındalık, stres toleransı, duygu düzenleme becerileri ve kişilerarası etkililik bileşenlerini içermektedir. Ergenlik öncesi okul çağı çocukları için geliştirilen diyalektik davranış terapisi-çocuk (DDT-Ç) YDDDB tedavisinde ön plana çıkmaktadır.
- Kronik irritabilite gözlenen gençlerin nötr veya belirsiz yüz ifadelerini düşmanca olarak yanlış yorumlama olasılığının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır.
 - o Buna yönelik olarak da YDDDB için yeni bir psikoterapi olan yorumlama yanlılığı eğitimi (YYE) önerilmektedir. YYE'de YDDDB tanımlı gençler bir dizi yüz ifadesini (mutludan öfkeliye doğru yüz ifadeleri) rastgele sırayla görmektedirler.
 - o Bunun sonucunda gençlerin yorumlarında mutlu yüz ifadesinden öfkeliye doğru geçtiği bir denge noktası belirlenmekte aktif eğitim yoluyla kademeli bir şekilde bu nokta değiştirilmeye çalışılmaktadır. YDDDB tanımlı gençlerde irritabiliteye yönelik bu yeni yaklaşımda umut vaat eden sonuçlar elde edilmiştir.

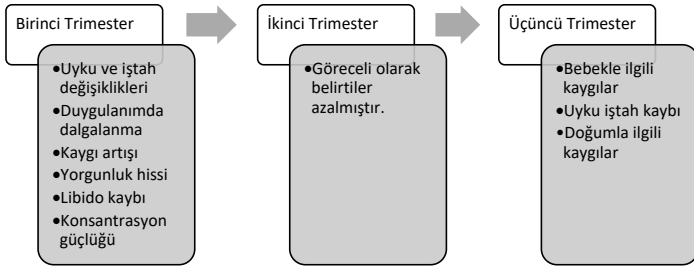
Tablo 5. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğunda İlaç Tedavileri

1. DEHB birlikteliği
Stimulan tedavileri (örneğin, metilfenidat)
2. Otizm spektrum bozukluğu birlikteliği
Atipik antipsikotik ajanlar (örneğin, aripiprazol veya risperidon)
3. Yıkıcı davranış bozukluğu birlikteliği
Atipik antipsikotik ajanlar (örneğin, aripiprazol veya risperidon)
4. Depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu birlikteliği
Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (örneğin, sitalopram)
5. Tedaviye dirençli irritabilite ve agresyon
Duygudurum dengeleyiciler/düzenleyici ajanlar (örneğin lityum veya valproik asit)

SONUÇ

- Depresif belirtileri bulunan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda fluoksetin tedavisinin akut, sürdürüm ve idame tedavisindeki etkinliği yani kısa ve uzun süreli etkinliği öne çıkmaktadır.
- Bununla birlikte yapılan çalışmalar, AACAP kılavuzuna benzer bir şekilde FDA onaylı ilaçlar olan fluoksetin ve essitalopram tedavilerinin birinci sırada düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.
- NICE kılavuzunda önerilen ikinci seçenek ilaçlardan sertralinin OKB gibi anksiyete bozuklukları tedavisinde, sitalopramın ise irritabilite tedavisinde daha etkin olduğu görülmektedir.

- Antenatal depresyonun belirtileri, diğer depresyon türlerinden büyük ölçüde farklılık göstermese de, yorgunluk, uyku düzenindeki bozukluklar ve iştahtaki değişiklikler gibi gebeliğin doğal fizyolojik belirtileriyle örtüşmesi, tanı koymayı zorlaştırabilmektedir
- Her bir trimesterde sıklıkla görülen depresif belirtiler Şekil.2'de özetlenmiştir



Şekil 2. Her bir trimesterde sıklıkla görülen depresif belirtiler.

GEBELİKTE DEPRESYONUN YOL AÇABİLECEĞİ KOMPLİKASYONLAR

- Gebelikte depresyon, hem anne hem de fetus üzerinde olumsuz etkiler yaratabilen ciddi bir klinik durumdur.
- Tedavi edilmediğinde, prenatal ve postnatal dönemde fiziksel, psikolojik ve obstetrik komplikasyonlara yol açarak maternal ve neonatal sağlık üzerinde uzun vadeli sonuçlar doğurabilir.
- Gebelikte depresyonunun anne ile ilgili olası sonuçları Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Gebelikte Depresyonun Anne İle İlgili Olası Sonuçları

Depresyon tedavisi almayanlarda mortalite (intihar dahil) ve morbiditenin arttığı bilinmektedir.

Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi, eklampsi)

Spontan abortus

Antenatal kanama

Artmış uterin arter direnci

Preterm eylem

Postpartum depresyon riski de artmaktadır.

Öz bakımda azalma

Sigara ve madde kullanımına eğilim

Sezeryan doğum, aletli doğum ve uzamış doğum (Bunaltı uterin kontraktileiteyi engelleyerek doğumun uzamasına neden olabilir.)

Plasenta anormallikleri

Vajina duvarında yırtık

Doğum sonrasında emzirmeye başlamada gecikme

Epidural analjeziye daha fazla ihtiyaç duyarlar.

Tablo 16. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

POSTPARTUM DEPRESYON KLİNİK ÖZELLİKLERİ	
Mutsuzluk	Suçluluk
Değersizlik hissi	Ağlama atakları
Zevk alamama	Hareketlerde azalma veya artma
Anksiyete	Enerji ve motivasyon kaybı
Korku	İştahta azalma veya artma
Uyku bozuklukları	Hafızada bozulma
Dikkat ve konsantrasyonda azalma	Duygusal dengesizlik
Öfke	Umutsuzluk hissi
Değersizlik hissi	İntihar düşünceleri
Cinsel işlevler dahil aktivitelerde azalma	Bebekle ilgili kaygılar ve bebeğe ilgisizlik
Şiddetli premenstürel sendrom	Tiroid Hastalıkları



Postpartum depresyonu normal uyum reaksiyonlarından ayıran belirtiler arasında suçluluk, konsantrasyon güçlüğü ve ilgi kaybı gibi bilişsel-afektif semptomların yalnızca depresif hastalarda görüldüğü belirlenmiştir.

- Birçok tarama aracı mevcut olmakla birlikte, en sık kullanılanı Edinburgh Postnatal Değerlendirme Ölçeği'dir (EPDÖ).
 - o Bu 10 maddelik anket, hastalar tarafından birkaç dakika içinde doldurulabilir.
- Skorun ≥ 13 olması postpartum depresyon riskinin arttığını düşündürürken, tarama amacıyla ≥ 10 eşik değeri de birçok çalışmada yaygın olarak kullanılmaktadır.
- Klinik değerlendirmenin amacı, tanıyı doğrulamak, intihar ve cinayet risklerini değerlendirmek ve diğer psikiyatrik hastalıkları ekarte etmektir.

AYIRICI TANI

- Postpartum depresyonun ayırıcı tanısı, doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilen diğer psikiyatrik ve tıbbi durumlarla karışabileceğinden dikkatli bir değerlendirme gerektirir.
- Gebelik hüznü, postpartum psikoz, tiroid fonksiyon bozuklukları ve anemi gibi durumlar benzer semptomlar gösterebilir ve doğru tanı için kapsamlı bir klinik inceleme gereklidir.
- Postpartum depresyonun ayırıcı tanısı Tablo 17'de özetlenmiştir.

TEDAVİ

- Genel olarak, hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda kılavuzlar anti-depresan tedavi, psikoterapi veya her ikisinin birlikte uygulanmasını önermektedir.
- Ancak, ülkemizde yaşlı bireyler için yapılandırılmış psikoterapi uygulamalarının henüz yaygınlaşmamış olması nedeniyle farmakolojik tedavi daha sık tercih edilmektedir.
- Tedavide ilk seçilecek ilaçlar sertralin, essitalopram ve sitalopram olduğu düşünülmektedir.
- Tedaviye erişkindeki dozun yarısıyla başlanmalı ancak etkili doza mutlaka artırılması gerekmektedir.
- Tedavi yanıtı 6-11.haftalar arasında görülebilir.
- SSGİ; yaşlıların depresyon tedavisinde de en güvenli antidepresan grubudur.
- Postural hipotansiyon, iştah artışı, sedasyon açısından güvenlidir. Paroksetin dışında antikolinergik yan etkisi olan yoktur.
- En sık yan etkiler arasında bulantı, insomnia, baş ağrısı ve anksiyete sayılabilir.
- SSGİ'lerin yaşlılarda kullanımı ile ilgili bilgiler Tablo 24'de özetlenmiştir.

Tablo 24. Yaşlılarda SSGİ Kullanımı

Fluoksetin	İlaç etkileşimi nedeniyle çok tercih edilmez. 75 yaş ve üzerinde norfluoksetin yarı ömrü daha uzundur. Meta analizlerde karşılaştırmalı çalışmalarda Hamilton Depresyon Ölçeği puanında yaşlılarda %44,5 düşme sağlarken, yaşlı olmayanlarda %57,2 düşme sağlamıştır.
Sitalopram	Görece daha az ilaç etkileşim riski vardır. Torsades De Point, ventriküler taşikardi, ani ölüm gibi kardiyak risklere karşı 60 yaşın üzerinde 20 mg/g'ün üzerine çıkarılması önerilmez. AH'nin ajitasyonunun tedavisinde sitalopram (30mg/g), ketiyapin (94 mg/g), olanzapin (5,2 mg/g) karşılaştırılmış etkililikleri benzer bulunmuştur.
Paroksetin	Antikolinergik yan etki nedeniyle ilk seçenek tedavi düşünülmaz İnterstisyel akciğer hastalığı ve orofasiyal diskineziye sebep olabilir.
Fluvoksamin	Sedasyona yol açabilir. İlaç etkileşimi açısından dikkatli olunmalıdır.
Sertralin	Daha az ilaç etkileşimi Kardiyak ileti bozukluklarında güvenli Genel olarak yaşa bağlı doz ayarlaması gerekmemektedir.
Essitalopram	Daha az ilaç etkileşimi riski mevcut.

- Yaygın kanının aksine, TSA kullanan bireylerde SSGİ'lere kıyasla daha yüksek oranda ilaç bırakma durumu gözlenmemektedir.

Tablo 4. Psikodelik Çalışmaları: Depresyon ve ilişkili Bozukluklar (Devamı)

Çalışma	Hedef Grup	Katılımcı Sayısı (N) / yaş Ortalaması	Psikodelik Madde/Dozlama	Klinik/Nörobiyolojik Sonuçlar
Ross ve ark. (2016)	Kanser ilişkili depresyon ve anksiyete	29 (18 kadın) 56.28	Kontrollü çalışma; tek doz psilosibin (0.3 mg/kg) veya aktif plasebo (250 mg niasin).	Anksiyete ve depresyon semptomlarında (HADS, BDI, STAI-S ve STAI-T) hemen ve sürekli azalmalar, son takibe kadar anlamlı kaldı. 6.5 ayda antidepresan veya anksiyolitik yanıt oranları %60-80. 4.5 yıl sonra takipte katılımcıların %60-80'i klinik olarak anlamlı antidepresan veya anksiyolitik yanıt kriterlerini karşıladı. %71-100'ü olumlu yaşam değişikliklerini psilosibin destekli terapiye attetti.
Palhano-Fontes ve diğerleri (2019)	TDD (antidepresan kullanmayan)	29 39.71	Ayahuasca (0.36 ± 0.01 mg/kg N,N-DMT) veya plasebo	Ayahuasca grubunda depresyon semptomlarında plaseboya göre önemli ölçüde azalma (MADRS). Ayahuasca grubunda 7. günde yanıt oranları anlamlı derecede yüksek (%64'e karşı %27).
Carhart-Harris ve ark. (2021)	Major Depresif Bozukluk (MDB)	59 (20 kadın) /41	Psilosibin (25mg, iki doz, 3 hafta ara) Essitalopram karşılaştırmalı	Psilosibin grubunda, 6. haftada depresyon skorlarında (QIDS) ortalama değişim -8.0 ± 1.0 puan, essitalopram grubunda -6.0 ± 1.0 puan. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. İyi olma hali, yüksek doz psilosibin ile daha fazla iyileşti. Remisyon oranları psilosibinde daha yüksekti.
Davis ve ark. 2021	MDB	27 / -	Destekleyici psikoterapi bağlamında iki psilosibin seansı (seans 1, 20 mg/70 kg; seans 2, 30 mg/70 kg)	QIDS-SR Depresif semptom puanları, 1. seanstan sonraki 1. günde hızlı düşüş gösterdi ve 4 haftalık takip boyunca önemli ölçüde azaldı.
von Rotz ve diğerleri (2023)	MDB	52/-	Çift kör, randomize kontrollü çalışma; tek doz psilosibin (0.215 mg/kg) veya plasebo	Psilosibin grubundaki katılımcılar, plasebo grubuna göre semptom şiddetinde önemli ölçüde daha büyük bir azalma gösterdi. Psilosibin grubundaki katılımcıların %54'ü remisyon kriterlerini karşıladı.

Depresyon Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ



ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A. Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13

