

Antidepresan Tedaviye Cevabın Yaş, Epizod Sayısı, Epizodun Süresi ve Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Öyküsü ile İlişkisi

Selçuk KIRLI*, Cengiz GÜLEÇ**, Levent KÜEY***, Mehmet BEKAROĞLU****,
Yunus E. EVLİCE*****, Süheyla ÜNAL*****

ÖZET

Bu çalışmada antidepresan tedaviye cevabın yaş, epizod sayısı, geçirilmekte olan epizodun süresi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunup bulunmaması ile ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla DSM-III-R'a göre depresyon tanısı alan toplam 609 hasta (378 kadın, 231 erkek), elastik doz stratejisi uygulanarak, bir antidepresan drog olan sertralin ile tedaviye alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar yaşları temel alınarak 4, epizod sayıları temel alınarak 2, epizod süreleri temel alınarak 5 ve ailedeki psikiyatrik rahatsızlık öyküsü temel alınarak 2 alt gruba ayrılmışlardır. Depresyon şiddeti Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) kullanılarak tespit edilmiş ve tedavinin gidişi HDÖ puanlarındaki değişik ve Klinik Global İzlenimler (KGİÖ) ile Global Düzeltme Ölçeklerindeki (GDÖ) değişim esas alınarak izlenmiştir. Grubun tedaviye toplam cevabı ile tüm gruplar arasında yapılan kıyaslamalar değerlendirilmiştir. Sonuç olarak çalışma grubumuzun antidepresan tedaviye KGİÖ'ye göre % 87.1, GDÖ'ye göre % 91.4 iyi cevap verdiği; antidepresan cevabın yaş ve yaşanan epizodun süresi ile ilişkili olmadığı ($p>0.05$) ancak tek epizod gösterenlerde ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlarda, yinelemeli epizodları olanlara ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlara kıyasla istatistik olarak anlamlı derecede iyi olduğu bulunmuştur ($p>0.001$).

Anahtar kelimeler: Antidepresan tedavi, yaş, epizod süresi, epizod sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü

Düşünen Adam; 1997, 10 (2): 4-11

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the relationship between antidepressant therapy response and age, number of episodes, duration of episodes, and family history of psychiatric disorder. Sertraline, being an antidepressant drug, was administered using an elastic dose strategy, to a total of 609 patients (378 females, 231 males) diagnosed as depression according to DSM-III-R. The patients were allocated in to 4 subgroups according to their ages, 2 subgroups according to number of episodes, 5 subgroups according to the duration of episodes and 2 subgroups according to the family history of psychiatric disorder. Severity of depression was assessed by using the Hamilton Depression Scale (HDS), change in HDS score, Clinical Global Impressin Scale (CGIS) and Global Recovery Scale (GRS). Total response of the whole group was evaluated as well as the comparisons between all of the groups. As a result, the therapeutic response of the study group was found to be 87.1 % according to CGIS, 91.4 % according to GRS. Although response to antidepressant therapy was patients with single episode and no family history of psychiatric disorder when compared with the patients with recurrent episodes and positive family history of psychiatric disorder ($p<0.01$).

Key words: Antidepressant therapy, age, duration of episode, number of episodes, family history of psychiatric disorders

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ***İzmir Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ****Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ****Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *****Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GİRİŞ

Depresyon, yaygın olarak görülen, yüksek tekrarlama oranı olan, yüksek intihar riski taşıyan, yaşam kalitesini ileri derecede olumsuz yönde etkileyip önemli medikal, ekonomik ve psikososyal sonuçlara yol açan bir rahatsızlıktır.

Buna karşın iyi tanınıp uygun şekilde tedavi edildiğinde büyük oranda iyileşir ve iyi olan hastalarda önemli bir iz bırakmaz (2). Bu yüzden depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların bulunmasından bu yana geçen süre içinde antidepresanların terapötik etkileri geniş şekilde araştırma konusu edilmiştir.

Ancak bu tür çalışmalarda yoğunluğun kullanılan drogların etki süreleri, etkinlik yüzdeleri, yan etkileri, etkinliklerinin plasebodan ya da birbirlerinden fazla olup olmadığı gibi alanlarda yoğunlaştığı dikkati çekmektedir (1,11,14). Son zamanlarda yaşın önemi dikkati çekmiş ve özellikle yaşlı hasta gruplarında farklı yan etkilerin olabileceği ve yaşlı depresyonunun daha yüksek intihar riski taşıması gibi farklı özelliklerinin bulunabileceği gibi düşünceler gözönünde tutularak, bu tür hastalar için farklı tedavi stratejileri, dozlar ya da seçilmiş ilaçlar olmasının gerekip gerekmediği araştırılmaya başlanmıştır (5,12).

Bilindiği gibi majör depresyonun beş yıl içinde tekrarlama ihtimali % 70'dir. Manik nöbetin olmadığı tek uçlu hastalarda yüksek yineleme riski % 70-85) ve yüksek kronisite oranı (% 10-20) bulunur. Kronikleşmenin hastanın tedavi şansını azalttığı da bir gerçektir (2). O halde yinelemelerin ve kronikleşmenin önlenmesi depresyonun tedavisinin iki önemli temel sorunudur. Nitekim depresyon yinelemelerinin önlenmesi için yapılan idame tedavileri de son zamanlarda yoğun olarak araştırılan konular arasına girmiştir (6).

Geçirilen depresyon sayısının tedaviye direnci artırdığı ve bunun büyük ihtimalle nörotransmitterlerde kalıcı değişimler olması sonucu ortaya çıktığı (2) ve melankolik gösteriler, daha önce geçirilmiş majör depresif epizodların varlığı ve ailede depresif bozukluk anamnezinin varlığının tedaviye cevap ihtimalini artırdığı (8) ileri sürülen iddialar arasındadır. Ancak bu konuları açıklığa

kavuşturacak düzeyde bilgi birikiminin olmadığı da açıktır.

Oysa bize göre yaş, geçirilmiş epizod sayısı, şimdiki epizodun süresi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunup bulunmadığının tedavi sürecini yapacağı etkiyi bilmek, antidepresan drogun seçimi, tedavi süresi, idame süresi ve tedavinin gidişi hakkında en baştan hastaya aktarılması gereken beklentiler konusunda çok yararlı olabilir.

Bu yüzden bu çalışmanın amacı oldukça geniş bir hasta grubunda antidepresan tedaviye cevabın hastaların yaşı, rahatsızlıklarının tek epizod ya da yinelemeli olması, şimdiki epizodun süresi ve ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün bulunup bulunmaması ile bir ilişkisinin olup olmadığı ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Antidepresan tedaviye cevabın yaş, epizod sayısı, epizod süresi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmaya, depresyona uyan yakınmalarla hekimlere başvuran hastalar alınmıştır. Çalışmaya alınan toplam hasta sayısı 609'dur (378 kadın, 231 erkek). Hastaların 71 tanesi (% 11.71) 25 yaşından küçük, 373 tanesi (% 61.55) 25-44 yaşları arasında, 131 tanesi (% 21.61) 45-59 yaşları arasında ve 34 tanesi (% 5.67) 60 yaşından büyüktür. Çalışma grubumuz ayaktan tedaviye alınan hastalardan oluşmaktadır. Tanılar DSM-III-R sistemine göre konulmuş, depresyon HDÖ ile tespit edilmiştir. Çalışmaya alınma kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışma grubumuzda farklı depresyon alt gruplarına giren hastaların sayı ve yüzdeleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tedavi amacıyla bir seçici serotonin geri alım inhibitörü olan sertralin kullanılmıştır. İlaç kul-

Tablo 1. Çalışmaya alınma kriterleri

1. Depresyona uyan bulgularla tedavi için hekime başvurmuş olmak
2. DSM-III-R kriterlerine göre majör depresyon, distimik bozukluk, BTA depresyon ya da bipolar bozukluk (depresyonda) tanısı almak
3. Ruhsal ya da fiziksel herhangi bir rahatsızlığı bulunmamak
4. HDÖ 14 ve yukarı puan almak

Tablo 2.

1. Majör depresyon (tek epizod): 241 (% 39.76)
2. Majör depresyon (tekrarlamalı): 126 (% 20.79)
3. Distimik bozukluk: 156 (% 25.74)
4. BTA depresif bozukluk: 64 (% 10.56)
5. Bipolar bozukluk (depresyonda): 22 (% 3.63)

lanımında esnek doz stratejisi uygulanmış ve doz ayarlamaları klinik gidişe göre yapılmıştır. Çalışma başlangıcında hastaların HDÖ ortalama puanları 27.49 ± 8.0 'dır. Yani çalışmamıza alınan hastalar "orta derecede depresyon sınırının hafif üzerinde bir depresyon şiddeti göstermektedirler. Çalışma süresince kullanılan ortalama sertralin dozu 65.25 mg/gün'dür. Takip süresi 8 hafta olup tedaviye cevap HDÖ puanlarında ortaya çıkan değişimler, hekimlerin KGIÖ ve GDÖ gözönünde bulundurulacak izlenmiştir.

KGIÖ normal-ruh hastası değil, sınırda ruh hastası, hafif hasta, orta derecede hasta, belirgin derecede hasta, çok ağır hasta ve en ağır hastalardan biri şeklinde 7 itemden oluşmaktadır. GDÖ ise çok fazla düzeldi, oldukça düzeldi, pek az düzeldi, değişiklik görülmedi, az derecede kötüleşti, oldukça kötüleşti, çok daha kötü şeklindeki 7 item üzerinden yapılmıştır. Antidepresan tedaviye cevabın yaşla ilişkisini ortaya koyabilmek için çalışma grubumuz 25

yaşından küçük, 25-44 yaşları arasında, 45-59 yaşları arasında ve 60 yaşından büyük olmak üzere 4 yaş grubuna ayrılmış ve bu gruplar arasında kıyaslamalar yapılmıştır.

Antidepresan tedaviye cevabın epizod sayısı ile ilişkisini ortaya koymak için grubumuz "tek epizod" gösteren (241 hasta) ve "tekrarlamalı" (126 hasta) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Epizod süresi açısından ise şimdiki epizodun süresi 2 aydan az (243 hasta), 2-6 arası (170 hasta), 6-12 ay arası (47 hasta), 1-2 yıl arası (42 hasta) ve 3 yıldan uzun (107 hasta) olmak üzere 5 grup oluşturulmuştur.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmasına göre de iki grup oluşturulmuş ve aralarında kıyaslamalar yapılmıştır. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hasta sayısı 100, olmayan hasta sayısı ise 509'dur. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

KGIÖ yapılan değerlendirmelerin 8 haftalık tedavi süresi içindeki değişimi ve bu ölçeğin itemlerine karşılık gelen HDÖ ortalama puanlarındaki değişim Tablo 3 ve 4'de görülmektedir.

Tablo 3. Klinik global izlenimler ölçeğinde değişim

	Başlangıç %	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Normal hasta değil	0.4	3.0	6.9	20.5	36.2	61.0
Sınırdaki ruh hastası	1.4	4.6	14.8	20.3	34.4	26.1
Hafif hasta	12.6	20.2	29.8	36.0	20.5	7.9
Orta derecede hasta	40.5	39.3	34.0	17.4	6.6	3.9
Belirgin derecede hasta	35.7	27.5	12.3	4.9	1.6	0.9
Çok ağır hasta	8.2	4.9	1.9	0.9	0.6	0.2
En ağır hastalardan biri	1.2	0.5	0.2		0.2	0.2

Tablo 4. Klinik global izlenim itemlerine karşılık gelen HDÖ ortalama puanlarının değişimi (* $p < 0.001$, ** $p < 0.005$)

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Normal hasta değil	8.5	9.0	7.0	8.0	4.5
Sınırdaki ruh hastası	14.2	12.5	11.3	7.5	5.5
Hafif hasta	17.3*	13.3*	8.6*	6.1*	4.9*
Orta derecede hasta	21.0*	16.5*	12.0*	8.1*	6.2
Belirgin derecede hasta	25.2*	19.3*	14.0*	9.4*	6.9*
Çok ağır hasta	30.2*	24.0*	17.3*	13.7*	8.4*
En ağır hastalardan biri	32.3**	25.0	21.9*	24.2	15.3*

Tablo 5. GDÖ değerlendirmelerindeki değişim

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Oldukça fazla düzeldi	3.8	6.7	17.6	34.7	59.4
Oldukça düzeldi	20.5	27.5	46.0	48.7	32.0
Pek az düzeldi	28.6	44.9	27.6	12.5	6.2
Değişiklik görülmedi	42.0	18.4	6.9	3.4	1.9
Az oranda kötüleşti	4.4	1.8	1.1	0.6	0.2
Oldukça kötüleşti	0.7	0.7	0.7		
Çok daha kötü				0.2	0.2

Tablo 6. GD değerlendirmelerine karşılık gelen HDÖ ortalama puanları (* $p<0.001$, ** $p<0.01$, *** $p<0.05$)

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Oldukça fazla düzeldi	22.5*	16.5*	10.9*	7.0*	4.2*
Oldukça düzeldi	22.4*	18.7*	13.5*	9.8*	7.4*
Pek az düzeldi	25.1*	22.7*	20.6*	18.3*	15.9*
Değişiklik görülmedi	28.4	24.1**	24.3***	24.0***	20.8*
Az oranda kötüleşti	27.3	28.2	32.0	45.0	
Oldukça kötüleşti	32.1	23.2	25.7		
Çok daha kötü	37.0	40.0	42.0	45.0	45.0

Tablolarda görüldüğü gibi 8 haftalık tedavi ve takip süresi içinde gerek hekimlerin KGI, gerek bu ölçeğin itemlerine karşılık gelen HDÖ ortalama puanları, hastaların tedaviden yarar gördüklerine işaret eder şekilde birbirine paralel bir gelişim göstermiştir. Bu gelişim HDÖ ortalama puanları açısından 1. haftanın sonundan itibaren istatistik olarak anlamlı düzeydedir. KGIÖ 8. haftanın sonunda normal, hasta değil olarak değerlendirilenler çalışma başlangıcındaki 0.4'lük yüzdeden % 61.0'a, sınırda ruh hastası olarak değerlendirilenler ise başlangıçtaki 1.4'lük yüzdeden % 26.1'e yükselmişlerdir.

GDÖ üzerinde yapılan değerlendirmelerin ve bu ölçeğin itemlerine karşılık gelen HDÖ puan ortalamalarının 8 haftalık süre içindeki değişimi Tablo 5 ve 6'da gösterilmiştir.

GDÖ üzerindeki hekim değerlendirmeleri ve bu ölçeğin itemlerine karşılık gelen HDÖ ortalama puanlarındaki değişimler de hastalardaki iyileşmeye işaret eder şekilde ve birbirine paralel olarak gerçekleşmiştir ve HDÖ ortalama puanlarındaki azalma 1. haftanın sonundan itibaren istatistik olarak anlamlı seviyelerde olmuştur. GDÖ çok fazla düzeldi olarak işaretlenen hastaların oranı % 59.4, oldukça düzeldi olarak işaretlenen hastaların oranı ise % 32.0

olarak gerçekleşmiştir. KGI, GDÖ, HDÖ puanlarındaki gelişmeler tümüyle birbirine paralel olarak gerçekleştiğinden, çalışmanın asıl amacı olan tedaviye cevabın yaş, epizod sayısı, şimdiki epizodun süresi ve ailede psikiyatrik hastalık bulunup bulunmaması ile ilişkisinin ortaya konmasını amaçlayan kıyaslamalar bu ölçeklerden sadece GDÖ temel alınarak yapılmıştır.

Tablo 7'de çalışma grubumuzda bulunan yaş temel alınarak oluşturulan 4 alt gruptaki hastaların GDÖ değişimlerin kıyaslaması gösterilmiştir. Görüldüğü gibi 8 haftalık tedavi süresi içinde GDÖ değişimleri açısından herhangi bir yaş grubunda diğerlerinden istatistik olarak farklı bir özellik dikkati çekmemiştir ($p>0.05$). Yani tedaviye verilen cevap tüm yaş gruplarında paraleldir.

Tablodan izlenebileceği gibi tek depresyon epizodu geçirmiş olan hastaların tedaviye verdikleri cevap, tekrarlamalı epizodları olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). O halde tekrarlamalı epizodlar geçirmenin tedaviye cevap açısından negatif etkisi olduğu ileri sürülebilir.

Tablo 9'da geçirilmekte olan epizodun süresi temel alınarak yapılan 5 alt grupta GDÖ oranlarının kı-

Tablo 7. Global düzelme oranlarının yaşla ilişkisi

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
-25					
Çok fazla düzeldi		8.2	18.6	41.7	61.1*
Oldukça düzeldi	22.5	30.1	47.1	43.3	29.6
Pek az düzeldi	28.2	43.8	25.7	6.7	3.7
Değişiklik görülmedi	40.8	15.1	5.7	6.7	3.7
Az oranda kötüleşti	5.6	1.4	1.4		
Oldukça kötüleşti	2.8		1.4		
Çok daha kötü				1.7	1.9
25-44					
Çok fazla düzeldi	4	6.5	16.5	32.2	59.7*
Oldukça düzeldi	19	27.5	47.5	51.7	32.5
Pek az düzeldi	30.6	44.8	26.8	13.3	6.4
Değişiklik görülmedi	41.8	18.7	7.1	1.9	1
Az oranda kötüleşti	4.3	2.1	1.5	0.9	0.3
Oldukça kötüleşti	0.3	0.5	0.6		
Çok daha kötü					
45-59					
Çok fazla düzeldi	3.8	8.0	19.2	40.9	58.6*
Oldukça düzeldi	27.5	27.7	48.1	45.2	28.7
Pek az düzeldi	22.1	44.6	25.0	6.5	8.0
Değişiklik görülmedi	42.0	17.9	6.7	7.5	4.6
Az oranda kötüleşti	3.8	0.9			
Oldukça kötüleşti	0.8	0.9	1.0		
Çok daha kötü					
60+					
Çok fazla düzeldi	8.8	2.7	21.6	27.6	56.7*
Oldukça düzeldi	5.9	21.6	24.3	37.9	40.0
Pek az düzeldi	32.4	48.6	45.9	34.5	3.3
Değişiklik görülmedi	47.1	24.3	8.1		
Az oranda kötüleşti	5.9	2.7			
Oldukça kötüleşti					
Çok daha kötü					

* çok fazla düzeldi diyenler, 8. haftanın sonunda, yaş grupları arasında global düzelme oranlarında istatistik anlamlı fark yok ($p>0.05$).

Tablo 8. Global düzelme oranlarının epizod sayısı ile ilişkisi

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Majör depresif epizod tek epizod					
Çok fazla düzeldi	3.7	6.5	18.8	34.2	66.7*
Oldukça düzeldi	19.5	27.4	44.2	48.9	27.4
Pek az düzeldi	28.2	41.3	28.4	12.6	4.2
Değişiklik görülmedi	42.7	21.3	6.3	3.2	1.2
Az oranda kötüleşti	5.0	2.6	1.0	0.5	
Oldukça kötüleşti	0.8	0.9	1.4		
Çok daha kötü				0.5	0.6
Majör depresif epizod tekrarlamalı					
Çok fazla düzeldi	0.8	5.7	17.4	31.9	55.9*
Oldukça düzeldi	13.5	30.0	42.1	42.9	29.7
Pek az düzeldi	30.2	42.9	26.4	16.0	9.0
Değişiklik görülmedi	50.8	17.9	11.6	7.6	5.4
Az oranda kötüleşti	4.8	2.1	1.7	1.7	
Oldukça kötüleşti		1.4	0.8		
Çok daha kötü					

* çok fazla düzeldi diyenler, 8. haftanın sonunda, tek epizod gösterenlerde global düzelme oranı, tekrarlamalı olanlardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Tablo 9. Global düzelme oranları ile yaşanan epizodun süresi arasındaki ilişki

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
2 aydan az					
Çok fazla düzeldi	4.5	5.6	19.0	37.6	70.5
Oldukça düzeldi	23.9	34.2	51.9	50.5	24.3
Pek az düzeldi	27.2	40.6	23.3	9.9	4.6
Değişiklik görülmedi	40.7	17.5	4.8	2.0	
Az oranda kötüleşti	2.9	0.9	0.5		0.6
Oldukça kötüleşti	0.8	1.3	0.5		
Çok daha kötü					
2-6 ay					
Çok fazla düzeldi	4.7	7.5	17.8	35.0	59.5
Oldukça düzeldi	18.2	25.7	46.6	50.0	31.8
Pek az düzeldi	31.8	46.0	25.8	10.0	5.4
Değişiklik görülmedi	40.0	17.6	6.7	3.1	2.7
Az oranda kötüleşti	4.7	2.7	1.8	1.3	
Oldukça kötüleşti	0.6	0.5	1.2		
Çok daha kötü				0.6	0.7
6-12 ay					
Çok fazla düzeldi		2.3	13.3	23.1	35.1
Oldukça düzeldi	14.9	25.0	33.3	38.5	48.6
Pek az düzeldi	25.5	38.6	40.0	30.8	10.8
Değişiklik görülmedi	53.2	31.8	11.1	5.1	5.4
Az oranda kötüleşti	6.4	2.3		2.6	
Oldukça kötüleşti			2.2		
Çok daha kötü					
1-2 yıl					
Çok fazla düzeldi	2.4	1.6	13.9	33.3	56.3
Oldukça düzeldi	23.8	14.0	33.3	39.4	37.5
Pek az düzeldi	28.6	48.8	38.9	27.3	6.3
Değişiklik görülmedi	33.3	18.6	13.9		
Az oranda kötüleşti	11.9	7.0			
Oldukça kötüleşti					
Çok daha kötü					
3 yıldan fazla					
Çok fazla düzeldi	2.8	8.0	17.7	32.4	47.4
Oldukça düzeldi	17.8	22.0	42.7	50.7	39.5
Pek az düzeldi	28.0	54.0	30.2	8.5	9.2
Değişiklik görülmedi	46.7	16.0	7.3	8.5	3.9
Az oranda kötüleşti	3.7		2.1		
Oldukça kötüleşti	0.9				

8. haftanın sonunda yaşanan epizodun süresi açısından tedaviye cevapta bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$).

yaşlaması gösterilmiştir. Tabloda görülebileceği gibi yaşanan epizodun süresi temel alınarak oluşturulan grupların arasında yapılan kıyaslamalarda, epizod süresinin tedaviye cevapta bir farklılık ortaya çıkarmadığı anlaşılmıştır. Yani yaşanan epizodun süresi ne kadar olursa olsun tedaviye verilen cevaplar paralel gitmektedir ($p>0.05$).

Tablo 10'da ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunup bulunmamasına göre oluşturulan 2 alt grup arasındaki kıyaslamalar gösterilmiştir. Görüldüğü gibi ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanların tedaviye cevapları bulunanlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). O halde

ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün bulunması tedaviye cevabı geciktiren bir faktör olarak değerlendirilebilir.

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastaların ileri yaşlarda olmayan, erişkin grubu hastalar olduğu dikkati çekmiştir. Hastalarımızın HDÖ ile tespit edilen ortalama depresyon düzeyleri orta derecede depresyon sınırının hemen üzerindedir. Yani grubumuzun çoğunluğunu hafif ve orta derecede depresyonlar oluşturmaktadır. Takip ve tedavi edilen hastaların tümü ayaktan tedaviye alınan hastalardır. Bu yüzden so-

Tablo 10. Global düzelme oranları ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü arasındaki ilişki

	1. hafta sonu %	2. hafta sonu %	4. hafta sonu %	6. hafta sonu %	8. hafta sonu %
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Çok fazla düzeldi	1.0	4.8	11.0	26.7	46.0*
Oldukça düzeldi	10.0	20.0	36.0	51.2	44.8
Pek az düzeldi	28.0	43.8	39.0	18.6	6.9
Değişiklik görülmedi	51.0	23.8	11.0	2.3	2.3
Az oranda kötüleşti	8.0	5.7	1.0	1.2	
Oldukça kötüleşti	2.0	1.9	2.0		
Çok daha kötü					
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yok					
Çok fazla düzeldi	4.3	7.2	19.1	36.3	62.5*
Oldukça düzeldi	22.6	29.0	48.2	48.2	29.0
Pek az düzeldi	28.7	45.1	25.1	11.2	6.1
Değişiklik görülmedi	40.3	17.3	6.0	3.6	1.8
Az oranda kötüleşti	3.7	1.0	1.1	0.5	0.3
Oldukça kötüleşti	0.4	0.4	0.4		
Çok daha kötü				0.2	0.3

* çok fazla düzeldi diyenler, 8. hafta sonunda ailesinde psikiyatrik hastalık tanımlayanların global düzelme oranları tanımlamayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

nuçlarımızın bu sınırlar içinde değerlendirilmesi gerekir.

HDÖ ortalama puanlarının çalışma süresi içindeki değişimi dikkate alındığında sertralin kullanımına başladıktan sonraki 1. haftanın sonundan itibaren ortalama puanlarda istatistik olarak anlamlı düzeylerde düşüşlerin ortaya çıktığı dikkati çekmiştir ($p<0.001$). Bu bulgu daha önce sertralin ile yapılan etkinlik çalışmalarının bulguları ile uyum içindedir (9,10,13). KGİÖ ve GDÖ açısından 8 haftalık çalışma süresinin sonunda ulaşılan iyi sonuç yüzdesi birinci ölçek için 87.1, ikinci ölçek için 91.4'dür.

Bu rakamlar beklenenden çok yüksek görünmektedir, ancak çalışma grubumuzun ayaktan tedavi grubu olması ve depresyon şiddetlerinin çok yüksek derecelerde olmaması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir, yine de sertralinin plasebo ile kıyaslandığı çalışmaların meta analizleri sonucunda ileri sürülen % 79'lu tedavi cevabı da düşük bir oran değildir (7). Zaten KGİÖ'ne verdiğimiz başarı oranı literatürdeki bu ölçeği kullanan çalışmaların sonuçları ile de uyumludur (3,4).

Antidepresan cevabın ortaya çıkmasında veya çıkış süresinde kişinin yaşının önemli olup olmadığını değerlendiren analizlerin sonuçları, yaş faktörünün antidepresan cevabın niteliğini ve niceliğini et-

kilemediği ve tüm yaş gruplarında benzer sonuçların ortaya çıktığını göstermiştir ($p>0.05$). Çalışmamızda tek majör depresyon atağı gösteren hastalarda ortaya çıkan global düzelme oranları yinelemeli depresif atakları olanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Bu bulgumuz her iki grupta benzer cevap oranları olduğunu ileri süren Lapierre sonuçlarıyla çelişmektedir (9). Ancak geçirilen depresyonun, tedaviye direnci arttırdığı düşüncesi ile uyumludur (2).

Yaşanmakta olan epizodun süresi bizim çalışmamızda global düzelme oranları arasında istatistik olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa sebep olmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgumuzda kronikleşmenin tedaviye cevap şansının azaltacağı yönündeki düşünceye tersidir (2). Ancak kronikleşme yinelemelerin çokluğu anlamında kullanılırsa yinelemeli grupta tedaviye cevabın daha kötü olduğu yönündeki bulgumuz bu düşünce ile uyumlu olur.

Ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olanlarda global düzelme oranları, olmayanlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Bu bulgumuz da ailede depresyon öyküsü bulunanlarda tedaviye cevap şansının daha fazla olduğu yönündeki düşünce ile çelişmektedir (8). Doğal olarak bunu da psikiyatrik rahatsızlık ve depresyon terimleri arasındaki farklılığa dikkati çekmektedir. Çünkü bizim çalışmamızda sadece depresyonlar değil tüm psi-

kiyatrik rahatsızlıklar dikkate alınmış ve analizlere katılmışlardır. Bu durum farklılığın sebebi olabilir.

Sonuç olarak oldukça geniş bir hasta grubunda uygulanan bu çalışmanın sonucunda şiddet ölçütü açısından söylenebilecek sınırlamaların dikkate alınması şartıyla antidepresan cevabın (sertraline ile oluşturulan) yaş ve yaşanan epizodun süresinden etkilenmediği, ancak ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanlar ve yinelemeli epizodlar yaşayanların tedaviye cevap açısından anlamlı derecede daha şanssız olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Auglia E, Casacchia M, Cassano GB, et al: Double-blind study of the efficacy and safety of sertraline versus fluoxetine in major depression. *Int Clin Psychopharm* 8:197-202, 1993.
2. Birsöz S, Turgay A: Psikiyatride ilaç tedavisi. *Medikomat*, Ankara 122-23.
3. Cole JO: New directions in antidepressant therapy: a review of sertraline; a unique serotonin reuptake inhibitor. *J Clin Psychop-*

harm 53:333-40, 1991.

4. Cohn CK, Shrivastava R, Mendels J, Cohn JB, et al: Double-blind, multicentre comparison of sertraline and amitriptyline in elderly depressed patients. *J Clin Psychiatr* 51:28-33, 1990.
5. Dietch JT, Fine M: The effect of nortriptyline in elderly patients with cardiac disease. *J Clin Psychiatr* 57:65, 1990.
6. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al: Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatr* 47:1093, 1990.
7. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, et al: Principles and practice of psychopharmacotherapy. Williams&Wilkins, Baltimore, Maryland 235, 1993.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Synopsis of psychiatry. VI. Edition 993, 1994.
9. Lapiere YD: Controlling acute episodes of depression. *Int Clin Psychopharm* 6:23-26, 1991.
10. Mendels J: The acute and long-term treatment of major depression. *J Clin Psychopharm* 7:21-29, 1992.
11. Nelson JC: Current status of tricyclic antidepressants in psychiatry: Their pharmacology and clinical applications. *J Clin Psychiatry* 52:193, 1991.
12. Norman TR: Pharmacokinetic aspects of antidepressant treatment in the elderly. *Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatry* 17:329, 1993.
13. Reimherr FW, Chouinard C, Cohn CK, et al: Antidepressant efficacy of sertraline: A double-blind, placebo and amitriptyline controlled, multicentre comparison study in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatry* 51:9-12, 1990.
14. Trimble MR: Worldwide use of clomipramine. *J Clin Psychiatry* 51:51, 1990.