

## Bölüm 31

# BİRİNCİ BASAMAKTA ANTİDEPRESAN KULLANIMLARI

Onur GÖKÇEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Ruh sağlığı bozuklukları gerek sıklığı, gerekse neden olduğu sosyoekonomik kayıplar nedeniyle önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu bozukluklardan müzdarip kişiler, dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Ulaşım kolaylığı, maliyet düşüklüğü, etkinliği ve kurulan hasta hekim ilişkisinin devamlılığı açısından birinci basamak sağlık hizmetleri bu bozuklukların tedavi ve rehabilitasyonunda önemlidir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma ile ilişkili bozukluklar gibi bir çok bozuklukta bir tedavi seçeneği olarak antidepresanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların birinci basamakta doğru ve etkin kullanımı bu bozuklukların tedavi başarısını artıracak, neden oldukları sosyoekonomik kayıpları ve tedavi maliyetleri azaltacaktır.

### 1.RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARININ BİRİNCİ BASAMAKTA ÖNEMİ

Ruh sağlığı bozuklukları önemli halk sağlığı sorunlarından. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerince Avrupada 2015 yılında ruhsal bozuklukların yaygınlığı 110 milyon kişidir ve genel popülasyonun yaklaşık %12'sine denk gelmektedir. En sık görülenlerin 44,3 milyon kişi ile depresyon ve 37,3 milyon kişi ile anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (1). 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yüku (Global Burden of Disease-GBD) çalışmasında Yetiyitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı (YUYU, Disability Adjusted Life Year-DALY) ölçümlerine göre dünyada toplam yetiyitiminin %7,4'ü ruh sağlığı ve madde kullanım bozuklukları nedeni olmaktadır. Bu gruptaki hastalıkların yol açtığı yetiyitimi yılının %24,5'ini majör

<sup>1</sup> Ruh Sağlığı Hastalıkları Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, onurgokcen29@gmail.com

alımı yapmaz. Depresyon ve uyku ile ilgili belirtilerde olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Karaciğer transaminazlarında geçici yükseklik yapabilir. Karaciğer bozukluklarında başlanmamalıdır (6, 27).

#### **2.2.4. Birinci Basamak Antidepresan Kullanımında İzlem**

Antidepresan başlanan hastalar özellikle tedavinin ilk evrelerinde yakın izlenmelidir (34, 52, 56). Antidepresan seçiminde ek bedensel hastalıklara, kullanılan diğer ilaçlara dikkat edildiği gibi, ilacın devamında da bu durumlar açısından dikkatli olunmalıdır. Özellikle depresyon, uyku bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında günlük yaşam aktivitelerini düzenleyici öneriler verilmeli, imkan varsa bilişsel davranışçı terapi ilaç dışı tedavi yaklaşımlarına yönlendirilmelidir (11).

İlaçların etkili doz ve sürede kullanılması gerektiği bilgisi verilmeli, ilaç uyumunu bozabilecek, cinsel yan etkiler, kilo alımı gibi durumlar izlenmelidir.

Tedavinin her evresinde intihar riski sorgulanmalıdır.

Birinci basamak izlemde bazı durumlar varsa psikiyatrist bulunan bir üst merkeze yönlendirmek gerekir.

- Antidepresan tedavi sırasında mani/hipomani belirtileri saptanırsa
- Daha önce olmayan psikotik belirtiler saptanırsa
- Hasta gebe ve emziriyor ise (sertralinin diğer antidepresanlara göre plasentadan daha az geçtiği bildirilse de gebelik sırasında antidepresan kullanımının riskleri vardır. Psikiyatri ve kadın doğum izlemine ihtiyaç duyulabilir)
- Kendine zarar verme/intihar durumu varsa
- Etkili doz ve süre kullanıma rağmen tedavi yanıtı yoksa
- Eşlik eden fiziksel hastalıklar ek tedaviler gerektiriyorsa hasta psikiyatrist bulunan bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

## **SONUÇ**

Ruh sağlığı hizmeti bir ekip çalışması içerisinde yürütülmelidir. Aile hekimi ve birinci basamağın diğer kısımlarında hizmet veren pratisyen hekimler bu ekibin önemli bir parçasıdır (57). Birinci basamak hekimlerince antidepresanların kullanımının, etki ve yan etki profillerinin bilinmesi, depresyon ve diğer ruh sağlığı bozukluklarının doğru yönetilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** birinci basamak, antidepresan, ruh sağlığı

## **KAYNAKLAR**

1. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/404851/MNH\\_FactSheet\\_ENG.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1). (Erişim tarihi:07.10.2019)
2. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, et al. The global burden of mental, neurological and

- substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*. 2015;10(2):e0116820.
3. Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
  4. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
  5. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
  6. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı, Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri. 2015.
  7. <https://shgmarge.saglik.gov.tr/TR,49854/turkiye-ruh-sagligi-profilii---2-arastirmasi-devam-etmektedir.html>
  8. Breslow AS, Tran NM, Lu FQ, et al. Depression Treatment Expenditures for Adults in the USA: a Systematic Review. *Current psychiatry reports*. 2019;21(10):105.
  9. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27.
  10. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, et al. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2019.
  11. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2017;8(1):29-37.
  12. Chibanda D. Programmes that bring mental health services to primary care populations in the international setting. *International Review of Psychiatry*. 2018;30(6):170-81.
  13. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2004;78(1):49-55.
  14. Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*: John Wiley & Sons; 1995.
  15. Williamson PS, Yates WR. The initial presentation of depression in family practice and psychiatric outpatients. *General hospital psychiatry*. 1989;11(3):188-93.
  16. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings. *Medical care*. 1994;15-24.
  17. Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *General hospital psychiatry*. 1996;18(6):407-15.
  18. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Archives of family medicine*. 1995;4(2):99-105.
  19. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\* D: implications for clinical practice. *American journal of Psychiatry*. 2006;163(1):28-40.
  20. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Major depression symptoms in primary care and psychiatric care settings: a cross-sectional analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2007;5(2):126-34.
  21. Kennedy SH. A review of antidepressant therapy in primary care: current practices and future directions. *The primary care companion for CNS disorders*. 2013;15(2).
  22. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant Use among Persons Aged 12 and Over: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. Number 283. National Center for Health Statistics. 2017.
  23. Iacobucci G. NHS prescribed record number of antidepressants last year. *BMJ*. 2019;364:l1508.
  24. Takayanagi Y, Spira AP, Bienvenu OJ et al. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(1):40.
  25. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*. 2011;30(8):1434-42.

26. Jureidini J, Tonkin A. Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS drugs*. 2006;20(8):623-32.
27. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*: John Wiley & Sons; 2018.
28. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*. 2010;303(1):47-53.
29. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2015;13(1):69-79.
30. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet*. 2003;361(9358):653-61.
31. Glue P, Donovan MR, Kolluri S, et al. Meta-analysis of relapse prevention antidepressant trials in depressive disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(8):697-705.
32. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry*. 2013;14(5):334-85.
33. <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-CGWAVE0725/documents/short-version-of-draft-guideline> (Erişim tarihi:07.10.2019)
34. Gökçen O, Özer S, Şen ZD. Major Depresyon Hastalarında Yaşam Boyu Hipomanik Belirtiler ve Aktivasyon Sendromu İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
35. van Geffen EC, Gardarsdottir H, van Hulten R, et al. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? *Br J Gen Pract*. 2009;59(559):81-7.
36. Lichtigfeld FJ, Gillman MA. Antidepressants are not drugs of abuse or dependence. *Postgraduate medical journal*. 1998;74(875):529-32.
37. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of affective disorders*. 2003;77(2):97-108.
38. Baldessarini RJ, Tondo L, Ghiani C, et al. Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(8):934-41.
39. Taylor D, Stewart S, Connolly A. Antidepressant withdrawal symptoms—telephone calls to a national medication helpline. *Journal of affective disorders*. 2006;95(1-3):129-33.
40. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(3):332-9.
41. Stone M, Laughren T, Jones ML, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *Bmj*. 2009;339:b2880.
42. Paykel E, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological medicine*. 1995;25(6):1171-80.
43. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, et al. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(9):1501-4.
44. Nierenberg AA, Wright EC. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60:7-11.
45. Nierenberg A, Husain M, Trivedi M, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR\* D report. *Psychological medicine*. 2010;40(1):41-50.
46. Sapin C, Fantino B, Nowicki M-L, et al. Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004;2(1):20.
47. Stahl SM, Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*: Cambridge university press; 2013.

48. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2009;373(9665):746-58.
49. Fineberg NA, Reghunandan S, Brown A, et al. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47(2):121-41.
50. Waring WS. Clinical use of antidepressant therapy and associated cardiovascular risk. *Drug, healthcare and patient safety*. 2012;4:93.
51. Michelson D, Amsterdam JD, Quitkin FM, et al. Changes in weight during a 1-year trial of fluoxetine. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(8):1170-6.
52. Culpepper L, Davidson JR, Dietrich AJ, et al.. Suicidality as a possible side effect of antidepressant treatment. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2004;6(2):79.
53. Daveney J, Panagioti M, Waheed W, et al. Unrecognized bipolar disorder in patients with depression managed in primary care: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*. 2019.
54. Skop BP, Brown TM. Potential vascular and bleeding complications of treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychosomatics*. 1996;37(1):12-6.
55. de Abajo FJ, Garcia-Rodriguez LA. Risk of upper gastrointestinal tract bleeding associated with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine therapy: interaction with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and effect of acid-suppressing agents. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(7):795-803.
56. Egger C, Muehlbacher M, Nickel M, et al. A review on hyponatremia associated with SSRIs, reboxetine and venlafaxine. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2006;10(1):17-26.
57. <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/7/ruh-sagligi-sorunlari-olanlar-once-kime-basvur-mali>. (Erişim tarihi:07.10.2019)