

Güz / Autumn 2011

Cilt / Volume 1

Sayı / Issue 3

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: march, june, september, december

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

Doğan Yeşilbursa

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Simavi Vahip

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

Ömer Aydemir

E. Timuçin Oral

Mustafa Sercan

Danışma Kurulu / Advisory Board

Ercan Abay, *Edirne*
Asena Akdemir, *Hatay*
Tamer Aker, *Kocaeli*
Gökay Aksaray, *Eskişehir*
Nihat Alpay, *İstanbul*
Latif Alpkın, *İstanbul*
Ahmet Ataoğlu, *Bolu*
Nuray Atasoy, *Zonguldak*
Murad Atmaca, *Elazığ*
Ahmet Ayer, *Manisa*
Salih Battal, *Ankara*
Mustafa Bilici, *İstanbul*
Lütfullah Beşiroğlu, *Van*
M.Emin Ceylan, *İstanbul*
Can Cimilli, *İzmir*
Behcet Coşar, *Ankara*
Hakan Coşkunol, *İzmir*
Duran Çakmak, *İstanbul*
Mecit Çalışkan, *İstanbul*
Ali Çayköylü, *Ankara*

Feryal Çelikel, *Tokat*
Ali Rıza Çeliker, *İstanbul*
A. Kadir Çevik, *Ankara*
Ayşen Esen Danacı, *Manisa*
Ferhan Dereboy, *Aydın*
Nesrin Dilbaz, *Ankara*
Orhan Doğan, *Sivas*
Sultan Doğan, *Tekirdağ*
Alaaddin Duran, *İstanbul*
Deniz Eker, *İstanbul*
Hülya Ensari, *Bolu*
Nezih Eradamlar, *İstanbul*
Murat Erkiran, *İstanbul*
Şahap Erkoç, *İstanbul*
Atıla Erol, *Sakarya*
Ertuğrul Eşel, *Kayseri*
Yunus Emre Evlice, *Adana*
Erol Göka, *Ankara*
Peykan Gökalp, *İstanbul*
Özkan Güler, *Konya*

Duru Gündoğar, *Çanakkale*
Cem İnem, *İstanbul*
Taha Karaman, *Antalya*
Oğuz Karamustafalıoğlu, *İstanbul*
Rifat Karlıdağ, *Malatya*
Tunay Karlıdere, *Balıkesir*
Mahmut Katı, *Şanlıurfa*
Selçuk Kırılı, *Bursa*
İsmet Kırpınar, *Erzurum*
Yüksel Kıvrak, *Kars*
Orhan Murat Koçak, *Kırkkale*
Emel Koçer, *İstanbul*
Rahim Kucur, *Konya*
Erhan Kurt, *İstanbul*
Levent Mete, *İzmir*
Mustafa Namlı, *Elazığ*
Nalan K.Oğuzhanoğlu, *Denizli*
Özlem Orhan, *Kahramanmaraş*
Kültegin Ögel, *İstanbul*
Haluk Özbay, *Ankara*

Ömer Özbulut, *Afyon*
Ramazan Özcankaya, *Isparta*
Aytekin Özşahin, *Ankara*
Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*
Osman Salış, *Samsun*
Armağan Yücel Samancı, *İstanbul*
Haluk A Savaş, *Gaziantep*
Mustafa Sercan, *Bolu*
Aytekin Sır, *Diyarbakır*
Haldun Soygür, *Ankara*
Mehmet Zihni Sungur, *İstanbul*
A.Rifat Şahin, *Samsun*
Defne Tamar, *İstanbul*
Nilgün Taşkıntuna, *Ankara*
Ahmet Tiryaki, *Trabzon*
Raşit Tükel, *İstanbul*
Hakan Türkçapar, *Ankara*
Berna Uluğ, *Ankara*
Kemal Yazıcı, *Mersin*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur"

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği
Tunus Cad. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

simavi.vahip@ege.edu.tr
simavi.vahip@gmail.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel : 0 312 431 3062
Faks : 0 312 431 3602
e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel : 0 312 395 2128
Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: 12 Ekim 2011

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kalem alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleyen bir olgu, tek aralıklı ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmasını ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılmaktadır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek:¹.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.

- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaktadır.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stili'ne daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (*italik yazılmalıdır*).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (işimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (*italik*).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (*italik yazılmalıdır*)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana-bilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (*italik yazılmalıdır*)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12-16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

- Dergide Makale (Elektronik):** Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.
- Yazar(lar).
 - Dergide basılmış makalenin adı.
 - Derginin adı (*italik*)
 - [Çevrimiçi]
 - Yayın yılı;
 - Cilt numarası;
 - (Sayı)
 - Makalenin sayfa numaraları.
 - Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
 - [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (*italik olmalıdır*)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Güz 2011

Depresyon, önceleri, mani ve diğer duygudurum bozukluğu dönemleri gibi, kendini sınırlayıcı ve kendiliğinden düzelme eğilimli bir durum olarak görülmekteydi. Güçlü antidepresan ilaçlar ve özellikle EKT'nin de varlığında, sonuçtan kuşkuya düşmek yersiz gibiydi. Ancak, giderek bu bakış sorgulanır oldu. Bazı depresyonlar tedavilere zor yanıt verir, uzar, hatta yanıtız kalır görünmeye başladılar. Sonra da bu 'bazı' oranı artıp 'birçok' depresyona dönünce, klinisyenlerdeki güven duygusu endişeyle bulanmaya başladı. Ne oluyordu? Antibiyotiklere direnç kazanan bakteri suşları gibi bir anoloji mi söz konusuydu?

Endişelere su serpen bir yanıt geldi: Sorun depresyonda değil klinisyenlerdeydi; yanlış tanıdan yanlış tedavi uygulamalarına uzanan teknik hatalar nedeniyle, bir 'yalancı direnç' söz konusuydu. Antidepresan ilaç uygulamasının çok yaygınlaşmasıyla, psikiyatri dışı tıp alanlarında daha belirgin, ama psikiyatlarda da, şaşkınlık yaratacak boyutta, antidepresan tedavinin temel ilkeleriyle bağdaşmayan tedavi uygulamaları saptanmıştı. Bu 'dirençli' denen olgular duygudurum merkezlerine geldiklerinde büyük oranda düzelmekteydi.

Bu saptama ardından, depresyonun doğru tedavi eğitiminin yaygınlaştığını ve hata payının önemli ölçüde düştüğünü düşünebiliriz. Ancak, başlangıçtaki altın sayfaya geri dönülemedi. Yeni nesil antidepresanlarla seçeneklerin çoğaltılması da bu görünümü değiştiremedi. Hala önemli bir depresyon bölümü tedavilere yetersiz yanıt verme ve bir bölümü de 'dirençli' olarak nitelenen kategorilerde kalmayı sürdürmekteydi. Bu durum, direnç olgusunun daha iyi anlaşılmasını gerektiriyordu. Bazı depresyonlar gerçekten dirençli olarak mı ortaya çıkmaktaydı? Öyleyse bunu yaratan etkenler nelerdi? Bu etkenler nasıl değiştirilebilirdi? Yoksa, depresyon, uzayan süre, gecikmiş sağaltım, yetersiz sağaltım vb etkenlerle, sonradan mı direnç kazanmaktaydı? Öyleyse, bu nasıl engellenebilir ya da direnç nasıl kırılabilirdi? Direncin patogenezi neydi, ne tip tedavi araçları geliştirilmeliydi?

Bu sorular henüz yanıtlanabilmiş görünmese de, konunun ciddiyeti fark edilmiştir diyebiliriz. Sorunu çözebilmek için, özgül sorulara yönelik geniş ölçekli araştırmalar gerekiyor. Bilimin her dalında olduğu gibi bu konuda da bilgi hızla değiştiği için, belli aralıklarla yapılacak eleştirel literatür derlemeleri en iyi bilgilenme ve düşünme durakları niteliğinde. Tanımından başlayarak, kanıtı dayalı olan ya da çok yeni deneysel süreçleri içeren ve psikoterapiyi de geride bırakmayan bu derleme sizlere bu bilgilenme ve düşünme durağını sağlamak amacıyla hazırlandı. Yararlı olması dileklerimizle...

Olca Yazıcı & Timuçin Oral

Konuk Yayın Yönetmenleri

İçindekiler

Güz 2011

Önsöz <i>Olca Yazıcı, Timuçin Oral</i>	III
■ Tedaviye dirençli depresyonda temel kavramlar <i>Ömer Aydemir</i>	189
■ Depresyonda direnci yordamak: Kimin dirençli olacağını bilebilir miyiz? <i>Kürşat Altınbaş, E. Timuçin Oral</i>	192
■ Dirençli depresyonun kanıta dayalı tedavisi <i>Olca Yazıcı</i>	202
■ Dirençli depresyonda deneysel ilaç tedavileri <i>Fisun Akdeniz</i>	212
■ Dirençli depresyonda elektrokonvülf tedavi <i>Ömer Satçioğlu, Nesrin Tomruk</i>	217
■ Dirençli depresyon tedavisindeki diğer somatik yöntemler (VSS, DBS, rTMS) <i>Ali Bozkurt, Mehmet Ak</i>	229
■ Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım <i>Mehmet Hakan Türkçapar</i>	240

Tedaviye dirençli depresyonda temel kavramlar

Ömer Aydemir

Özgeçmiş: 1989 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde uzman oldu. 1998 yılında yardımcı doçent olarak Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçti ve 1999 yılında aynı kurumda doçent unvanı aldı. 2005 yılında profesörlük kadrosuna atanan Ömer Aydemir, halen aynı kurumda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Temel çalışma alanları duygudurum bozuklukları, işlevsellik ve yaşam kalitesi ve psikiyatride ölçek geliştirmedir.

İletişim: Dr. Ömer Aydemir, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa
E-posta: soaydemir@yahoo.com

ÖZET

Depresyon tedavisini planlarken hedeflerin belirlenmesi gereklidir. Hedefler ne kadar iyi tanımlanırsa, tedavinin izlenmesi ve denetlenmesi de o düzeyde olanaklı olur. Bu amaçla klinik psikiyatrik ölçekler kullanılmaktadır. Yanıt başlangıç puanına göre ölçek puanında en az %50 azalma sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Uygulanan tedaviye %25-50 arasında yanıt vermesi yetersiz yanıt, yanıtın %25'in altında kalması olarak tedaviye yanıtız olarak değerlendirilmektedir. Hastanın düzelmesi ise hastanın belirtilerinin hemen tama yakın oranda ortadan kalkmasıdır ve düzelme ölçütü olarak kullanılan ölçeklerde belirlenen kesme puanının altına düşmesi hedeflenmektedir. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği için düzelme 7 puanın, Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği için ise 10 puanın altına düşmesi düzelme olarak hesaplanmıştır. Tedavide istenen sonucun elde edilememesi sonucu inatçı, dirençli, yanıtız ve tedavi edilemeyen depresyon gibi kavramlar ileri sürülmektedir. Tedaviye dirençli depresyonda çeşitli evreleme çalışmaları yapılmaktadır.

Anahtar sözcükler: depresyon, tedavi sonlanımı, yanıt, düzelme, tedaviye direnç

ABSTRACT

Basic concepts in treatment resistant depression

In the treatment plan of depression the goals should be determined. The better the goals are described, the more possible the treatment is followed up and monitored. For this purpose clinical psychiatric scales are in use. Response is defined as 50% reduction in the index scale score. Inadequate response to the treatment is defined as 25-50% reduction and no response to treatment is described when the reduction is below 25%. Remission is defined as the improvement of nearly all symptoms and during the monitorization of remission it is targeted of the scales to drop below the cutoff score. It is calculated as the reduction of Hamilton Depression Rating Scale below 7 and the reduction of Montgomery Asberg Scale below 10. When the expected treatment goals are not achieved in depression, the concepts such as persistent, resistant, refractory and intractable depression are described. In treatment resistant depression, studies for staging are performed.

Key words: depression, treatment outcome, response, remission, treatment resistant

Depresyonda tedavi sonuçlarının değerlendirilebilmesi için bazı tanımların bilinmesi gereklidir. “Yanıt” (response), hastanın başlanan tedaviyle düzelme göstereceğinin ön belirtisi olarak ölçülmesi gereken bir değişkendir. İzlemenin belki de en önemli ölçütü yanıt ölçütüdür ve başlangıç puanına göre ölçek puanında en az %50 azalma sağlanması olarak tanımlanmaktadır¹. Hastanın uygulanan tedaviye %25-50 arasında yanıt vermesi, “yetersiz yanıt” olarak tanımlanmaktadır ve tedaviye bir yanıt alınmasına karşın, bu yanıtın klinik öneminin olmadığı anlamına gelmektedir. Diğer yandan yanıt %25’in altında kalıyorsa, bu durum “tedaviye yanıtızsızlık” olarak değerlendirilmekte ve bu tedavinin hiçbir işe yaramadığı kabul edilmektedir. “Tamdüzelmeye” (remission), tüm tedavi girişimlerinde hekimlerin hedefidir. Hastanın tüm belirtilerinin düzelmesi hedeflenirken, normal sağlıklı bireylerde de bazı depresif belirtilerin bulunabileceği göz önüne alınarak, tanım yeniden düzenlemiştir. Tamdüzelmeye ölçütü olarak ölçeklerde kesme puanı hesaplaması en çok tercih edilen yöntemdir. Belirlenen kesme puanının altına düşen hastalar tamdüzelmeye kabul edilmektedir. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinde kesme noktasını belirlemek amacıyla yapılan geniş kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında, 7 puanı kesme noktası olarak kullanılabileceği görüşü desteklenmiştir². Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı çalışmasında ise, düzelme için kesme puanı 9 olarak önerilmiştir³.

“Tedaviye dirençli depresyon” kalıp bir ifade olarak kullanılmakla beraber, tedaviye yanıtızsızlığın derecelerine göre çeşitli tanımlar kullanılmaktadır. “İnatçı” (persistent) depresyon, hastanın bir tedavi uygulamasına yanıt vermemesi; “dirençli” (resistant) depresyon, hastanın iki tedavi uygulamasına yanıt vermemesi; “yanıtızsız” (refractory) depresyon, hastanın çoklu tedavi uygulamalarına yanıt vermemesi; ve “tedavi edilemeyen” (intractable) depresyon, hastanın her türlü farmakolojik, biyolojik ve psikoterapötik girişime yanıt vermemesi olarak tanımlanmaktadır⁴. Bu tanımlar sık kullanılsa bile, yaygın olarak iki tanım daha bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi “kronik” depresyondur ve en az iki yıldır değişmeden süren, ama bu süre içinde düzenli tedavi uygulanmamış bir depresyon kastedilmektedir⁵. Diğer ise, “tedavisi güç” (difficult-to-treat) depresyondur ve uygun tedavi uygulanmasına karşın veya uygun tedavi uygulanma olanağı olmaması nedeniyle, tedaviye yanıt alınamayan depresyon tanımlanmaktadır⁶. Aslında

“Yanıt” (response), hastanın başlanan tedaviyle düzelme göstereceğinin ön belirtisi olarak ölçülmesi gereken bir değişkendir,,

direnç de iki biçimde tanımlanabilir⁶: Bunlardan ilki “görece” (relative) dirençtir ve süre ve doz açısından tam da yeterli olmamasına karşın, iki antidepresan uygulamasına yanıt alınamaması anlatılmaktadır. Diğer ise “kesin” (absolute) dirençtir ve tedavinin tanımlanmış süresinin üzerinde (ör. 8 hafta) ve günlük toksik olmayan en yüksek dozda ve hastanın tam uyum göstererek kullanılmasına karşın yanıt alınamaması kastedilmektedir.

Tedaviye dirençli depresyonun bir diğer tanımlama modeli ise “evreleme”dir. Tedaviye dirençli depresyon için en fazla kullanılan evreleme modeli Thase ve Rush⁴ tarafından geliştirilmiştir. Bu modelde “evre-1” olarak bir ilaç uygulamasına yanıtızsızlık, “evre-2” olarak iki ayrı gruptan ilaç uygulamasına yanıtızsızlık, “evre-3” olarak evre-2’ye eklenen bir güçlendirme uygulamasına yanıtızsızlık, “evre-4” olarak evre-3’e eklenen ikinci bir güçlendirme uygulamasına yanıtızsızlık ve “evre-5” olarak evre-4 sonrasında elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulamasına yanıtızsızlık tanımlanmaktadır. Bir diğer evreleme biçimi ise Avrupa modelidir⁸. Avrupa modelinde 3 ayrı tanım yapılmaktadır: Bunlardan birincisi “tedaviye yanıtızsız depresyon”dur ve 6-8 hafta süreyle tek tedavi uygulamasına yanıt alınamaması anlamında olup; bu tedavi uygulamasında trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri, monoamin oksidaz inhibitörleri veya elektrokonvülsif tedaviden bir tanesi yer alabilmektedir. İkinci tanım “tedaviye direnç” başlığı altındadır ve iki

“kesin direnç”, tedavinin tanımlanmış süresinin üzerinde (ör. 8 hafta) ve günlük toksik olmayan en yüksek dozda ve hastanın tam uyum göstererek kullanılmasına karşın yanıt alınamamasıdır.,,

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."