

Anksiyeteli Depresyon Kavramı ve Psikiyatride Benzodiazepin Bağımlılığı Sorunu

Prof. Dr. Aksın SÜRMELİ¹

ÖZET

Tanımlanmaları ve kategorize edilmeleri çok önceden gerçekleşmiş bulunan "anksiyete" ve "depresyon" iki ayrı klinik antite olarak psikiyatride çok iyi tanınırlar. Aynı ayrı bu klinik antiteler için söylenecek çok şey yoktur. Ancak her iki bozukluğun semptomlarının birlikte ortaya çıktığı durumlar (ki bu durumlar pür anksiyete veya pür depresyon olgularından kesinlikle daha sık olarak karşımıza çıkarlar) için söylenecek çok şeyler bulunmakta ve uzunca bir süredir psikiyatristlerin üzerinde tartıştığı bir konu olarak önemini sürdürmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar zaman zaman "üniter modeli" destekler, zaman zamanda "kategorize modeli" destekler niteliktedir. Kesitsel veriler kategorize modeli desteklerken uzunlamasına veriler üniter modeli destekler görünüyor. ICD-10 sınıflamasında "mixt anksiyete - depresyon" a yer verirken. Henüz DSM bu olgular için tanısal bir yaklaşım sağlamamıştır.

Psikiyatride Benzodiazepin Bağımlılığı Sorunu

1960 yıllardan beri kullanılmakta olan benzodiazepinler başlangıçta anksiyete semptomlarını süratle ve etkin biçimde düzeltikleri için büyük kabul gördüler. 1960 - 1970 yılları Benzodiazepinlerin altın yılları oldu. Dünyada en çok reçete edilen bu ilaçlar, uzun süreli kullanım sorunları ortaya çıkınca tahtlarından indirildiler. Uzun süreli kullanımda en önemli sorun bağımlılık sorunu olarak ortaya çıktı.

Diğer bağımlılık yapan maddelerden önemli bir farkı aynı dozda uzun süreli kullanılmasıyla bağımlılık oluşturmasydı. İlaçın kesilmesi durumlarında Withdrawal Syndrome ortaya çıkar.

Benzodiazepinler, anksiyete semptomlarını kısa sürede düzeltir ve böylece hastalara yardımcı olurken, uzun süreli kullanımlarda bağımlılık yaptıklarından dolayı benzodiazepinlerle tedavide bazı kuralları belirlemek ve uygulamak çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyeteli Depresyon, Karma Anksiyete ve Depresyon, Anksiyodepressif Sendrom

Bull.Clin.Psychopharmacol. 8:3 (129-134), 1998

SUMMARY

ANXIOUS DEPRESSION AND BENZODIAZEPINE DEPENDENCY PROBLEM IN PSYCHIATRY

Anxiety and depression, defined and categorized very long time ago, are known very well as two different clinical subject in psychiatry. It is impossible to tell too much things about these clinical subject one by one. But there are too much things to talk about the conditions in which symptoms of both illnesses are appeared together (this problem is seen more than pure anxiety or pure depression case) and psychiatrist have discussed for a long time on this subject. The studies on this subject, support sometimes unique model and sometimes categorized model. Cross - sectional data support categorized model, on the other hand longitudinal data support unique model. ICD - 10 classification named this case as "mixed anxiety - depression" but DSM has not had on diagnostic approach about this subject.

The Problem of Benzodiazepines Dependency in Psychiatry:

Benzodiazepines (BZ) which have been used since 1960s provided fast relief symptoms of anxiety at first times. Especially in 1960 - 1970s BZs were drug of choice. BZs, the most prescribed in all over the world, lost its importance because of side effects in using for a long time. The most important side effect of benzodiazepines was dependency. There is an important difference from the other drugs, that make dependency. It makes dependency at the same dose in long periods, after stopping to BZs, withdrawal syndrome appears.

The ability of the benzodiazepines to bring about very rapid relief of symptoms of anxiety is valuable and it would be a pity if this real advantage obscured by the current concern over their inappropriate long term use. Even in such cases the length of treatment should be limited and determined some rules because of its side effects.

Key Words: Anxious depression, Mixed anxiety and depression, Anxiodepressive Syndrome

Bull.Clin.Psychopharmacol. 8:3 (129-134), 1998

Klinisyenler aşağıda söz edeceğim yakınmalarla başvuran hastaları çok iyi tanırlar.; Örneğin, "Yaşamın bir anlamı kalmadı, çok sıkılıyorum, hiç bir şey yapasım gelmiyor. Her zaman tedirginim, kötü bir şey olacakmış gibi geliyor. Sürekli korkuyorum. İştahım azaldı. Hiç bir şeye tahammülüm kalmadı, çabuk sinirleniyorum sonra da kendimi suçluyorum, sık sık ağlama geliyor, halsizlik ve yorgunluk var, en basit konularda bile karar veremiyorum" ve benzeri yakınmalar.

Gerçekten bu yakınmaları meslek hayatımızda ne kadar çok işitiyoruz. Bunlar hem depresyonu hem de anksiyeteyi çağrıştıran yakınmalardır. Gerçekte günlük pratikte bizleri çok yormazlar. Bu grup hastalara bir şekilde yardım edebilmeyi öğrenmişizdir.

Ancak anksiyete ve depresyona özgü semptomların birlikte bulunduğu klinik durumlar sık karşılaştığımız ancak üzerinde uzlaşmanın sağlanamadığı bir sorun alanı olarak uzun zamandan beri tartışılmaktadır.

1871'de Da Costa'nın Anksiyeteyi diğer psikiyatrik sendromlardan ayırarak, özel bir sendrom olarak tanımlamasından bu yana anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiler tartışıla gelmiştir.

Hastalıkların sınıflandırılması, etyolojiye, patolojiye veya semptomlara göre yapılabilir.

Psikiyatride hastalıkların etyolojisi ve biyolojik mekanizmaları konusunda yeterli bilgilerimizin olduğu söylenemez ve bu nedenle psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması daha çok semptomlara dayandırılır.

Gösterilebilen bir etyolojik neden olmadığı zaman semptomlar takımı "sendrom" olarak tanımlanır ve bu sendromlar; genetik faktörler, hastalığın seyri ve tedaviye yanıt gibi bazı kriterlerle de bir dereceye kadar desteklenir.

Psikiyatrik bozukluklarda bir devamlılık olmasını savunanlar bütünlükçüler (üniter hipotez) ile birçok farklı hastalık olduğunu savunan ayrılıkçılar (kategorik hipotez) arasında bir uyumsuzluk vardır ve bu uyumsuzluğun hikayesi uzundur.

Uniter Hipotez 1926'da Mapother tarafından ortaya atıldı. 1934'de Lewis tarafından desteklendi. Kategorik hipotezin öncüleri ise New Castle grubudur. Bu grup, sadece semptomatolojide değil, aynı zamanda bozukluğun seyrinde ve tedaviye cevabında da belirgin bir farklılık olması gerektiğini savundular ve bu düşüncelerini özellikle bu olgularda ki depresyon ve anksiyeteyi birbirinden ayırmak gerekçesi olarak öne sürdüler.

Hastane örneklemelerine dayanan bulgular ile genel popülasyondan alınan örneklerle dayalı bulgular arasındaki çelişkiler; Anksiyete ile depresyon arasında katı bir ayırım yapılmasını savunanlar (kategorik hipotezciler) ile süreklilik teorisini (üniter hipotezciler) savunanlar arasında uzun yıllar süre-

gelen bir tartışmaya yol açtı.

Yarı yapılandırılmış görüşmelere dayanan taraf-sız incelemeler; genellikle anksiyete ile depresyon arasında bir ilişki - ya da komorbiditenin olduğuna ilişkin ampirik kanıtlar sunmuştur.

Burada kesitsel komorbidite ile uzunlamasına komorbidite arasında, yani iki farklı sendromun eş zamanlı ortaya çıkışı ile birbiri ardısıra ortaya çıkışı arasında bir ayırım yapılabilir.

Bilgisayar teknolojisindeki ilerlemeler ve çok değişkenli istatistiğin kullanılması, sayesinde bu alanda yapılan çalışmalar da bu sorunu çözümleyemedi.

Bazı çalışmalar üniter hipotezi desteklerken diğer bazı çalışmalar depresyon ve anksiyetenin bazı ortak semptomlara sahip olmalarına karşın iki ayrı sendrom olduğunu gösteren bulgular vermişlerdir.

Son yıllarda epidemiyolojik araştırmalarda depresyon ve anksiyetenin özelliklerini ve insidanslarını araştıran, bunlara ek olarak tedaviye yanıtı daha iyi ölçen görece katı bilimsel yöntemler ve metodoloji uygulandı.

Bu çalışmalar sonucunda; eski sınıflama ve kavramların daha rasyonel bir düzene sokulabilmesi için değiştirilmesi gerektiği ortaya çıktı.

Sonuçta ICD-10 Karma (mixt) Anksiyete ve Depresyonu tanıırken, DSM daha çok hastane pratiğine dayalı bir yaklaşımı sergilemektedir. (DSM de duygudurum ve anksiyete bozukluklarına ilişkin hiyerarşik dışlamanın mantığı, daha çok anksiyete ve depresyon arasındaki komorbiditenin kabul edilmesine dayanır.).

Son epidemiyolojik çalışmalar; tanısal düzeyde anksiyete ile depresif bozukluklar arasında belirgin bir çakışma olduğunu ve gözlem süresi uzadıkça iki sendrom arasındaki ilişkinin kuvvetlendiğini göstermektedir.

Dolayısıyla bu ilişki, kesitsel çalışmalarda uzunlamasına çalışmalarda olduğu kadar net değildir.

Diğer yandan, birçok uzunlamasına çalışma anksiyetenin depresyondan daha önce ortaya çıktığını ve benzer olarak ilk anksiyete episodunu izleyen depresyonun, ilk depresif episodunu izleyen anksiyeteden daha çok olduğunu göstermiştir.

Benzer olarak bazı araştırmacılar (Kandel 1974) ilk anksiyete tanısı konulan hastaların 1/4'ünde yıllar sonra tekrar anksiyete bozukluğu saptadılar.

Genetik ve aile çalışmalarında da anksiyetenin daha sık olarak depresyondan önce ortaya çıktığı gösterildi.

Klinik, epidemiyolojik ve aile çalışmaları; anksiyete bozukluklarının bazı alt tiplerinde, depresyonun daha sık ortaya çıktığını göstermiştir; Yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve basit fobi ile karşılaştırıldığında panik bozukluğu, Agorafobi, Obsesif - Kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu olan kişilerde depresyonun daha sık ortaya çıktığı gösterilmiştir.

Epidemiyolojik çalışmalar bir yıllık bir sürede toplumun % 15'inin depresyon veya anksiyeteden yakındığını gösterir.

Gene bu çalışmalara göre; ömür boyu depresyon geçirme riski erkeklerde % 8 - 12, kadınlarda % 20 - 26'dır.

İsviçre'de yapılan epidemiyolojik bir çalışma; Major depresyon, minor depresyon ve anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansını % 16.4 olarak bulmuştur.

Bu alanda yapılan çalışmaların ortak sonucu; depresyon ve anksiyetenin toplumda yaygın olduğunu gösterir ve hastaların çoğunda karma anksiyete ve depresyon görülür. Pür anksiyete ve pür depresyon olguları oldukça azdır.

Anksiyete ve depresyon yüksek düzeyde bir benişiklik gösterdikleri halde; bazı semptomlar depresyonu, bazı semptomlar anksiyeteyi çağırırır.

Affektif, davranışsal, somatik ve kognitif alanlarda bu semptomlara bakarak sorunu incelersek;

Affektif Semptomlar:

Disfori, ağlama ve irritabilite, depresyon ve anksiyetede aynı etkinlikte görünürken; mutsuzluk ve korku her iki sendromda farklı boyutlarda gözlenir. Depresyonda şiddetli ümitsizlik ve mutsuzluk, anksiyetede ise şiddetli korku ve aşırı gerginlik daha belirgindir.

Davranışsal Semptomlar:

Sosyal uyumsuzluk, performans bozukluğu her iki bozuklukta da görülür. Depresif sendromda enerji eksikliği yorgunluğa, hipoaktiviteye ve insiyatif eksikliğine yol açarken, anksiyetede genellikle enerji artışı ve ajitasyon görülür.

Somatik Semptomlar:

İştah ve Libido azalması yalnızca depresyonda ortaya çıkıyor gibi görünmektedir.

Kognitif Semptomlar:

Beceriksizlik, başarısızlık düşünceleri, içe dönüklük, kendini değersiz görme ve suçluluk duyguları, yetersizliklerini ve sorunlarını sürekli düşünme ve geleceğe bakışlarının olumsuz olması, obsesyonlar ve kararsızlıklar her iki bozuklukta da görülürken umutsuzluk ve kaybolmuşluk duyguları yalnızca depresyona; yakında kötü bir şey olacağı ve hipervijilans ise daha çok anksiyeteye özgüdür.

1982'de Mountjoy ve Roth farklılığı oluşturan kesin semptomları tanımlamaya çalıştılar. Ancak nevrotik depresyon ile anksiyete durumları arasında ayırım yaptığını belirledikleri 16 semptomun 14'ü depresyonun şiddetindeki değişikliği gösteren hem Hamilton, hem de Montgomery ve Asberg Depresyon Ölçeklerinde yer alan semptomlardı.

Bunlar;

1. Suisid düşünceleri
2. Anoreksi
3. Kilo kaybı
4. Bellek zayıflığı
5. Baş dönmesi atakları
6. İlgi kaybı
7. Enerji kaybı
8. Libido azalması
9. Azalmış duygusal cevaplar
10. Kompulsiyonlar
11. Ajitasyon
12. Yalnızlık korkusu
13. Uykuya dalmada güçlük
14. Huzursuz uyku
15. Erken uyanma
16. Konsantrasyon güçlüğü

Bunlardan sadece ikisi (4 ve 12) bu iki depresyon ölçeğinde yer almazlar.

Gerçekte depresyon anksiyete semptomlarını da içerir, anksiyete semptomları depresyonun en sık görülen semptomlarıdır ve depresyonun düzelme veya kötüleşmesindeki en duyarlıları arasındadır.

Sonuçta semptomlar açısından sorunu çözmek mümkün olamadı.

Aile çalışmaları da sorunu çözmede başarılı olmadılar.

Terapötik açıdan konuya bakıldığında; (Anksiyete ve depresyon için farklı tedavilerin spesifik oldukları gösterilebilirse, anksiyete ve depresyon arasında farklılığın kabul edilmesi kolaylaşabilir).

Depresif durumlar genellikle Elektrokonvulzif tedaviye (EKT) ve antidepresif ilaçlara yanıt verirler. Anksiyetede ise yanıtlar o kadar umut verici olmadıkları gibi EKT durumu daha da kötüleştirir.

Buna karşın Obsesif - Kompulsif bozukluk ve Panik bozukluk gibi bazı anksiyete bozuklukları, bazı antidepresanlara yanıt verirler.

Bazı anksiyete bozuklukları, hem MAOI'lerine hem de benzodiazepinlere yanıt verdikleri halde, depresif bozukluklar benzodiazepinlere yanıt vermezler.

Anksiyete bozuklukları, anksiyete ve depresyon semptomlarına etkili bazı yeni ajanların yanı sıra, hem anksiyolitiklerle hemde antidepresiflerle tedaviye yanıt verirler.

Son yıllarda antidepresanların önceden bilinen den farklı olarak daha geniş bir etki spektrumunu olduğu kabul edilmekte ve anksiyete durumlarının tedavisinde de klasik anksiyolitik tedavilerden daha etkili olabilmektedir.

Yapılan araştırmalar, anksiyete bozukluklarının depresyona göre daha kötü seyrettiğini ve dalgalanmalar gösterdiğini ortaya koydu.

Diğer yandan Dekametazon Supresyon Testine dayalı çalışmalar, anksiyete ve depresyonun biyolojik mekanizmalarının farklı olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 1. Kesilme Belirtileri

Tedavi edilmekte olan orjinal anksiyeteyi andıran belirtiler

- Artan gerginlik
- İrritabilite
- Ajitasyon
- Artan sıkıntı
- Uyku düzensizliği

Sıklıkla görülen ilave semptomlar

- Algısal bozulmalar
- Vertigo
- Disoryantasyon
- Depersonalizasyon
- Sese, ışığa, ağrıya ve dokunmaya karşı aşırı hassasiyet
- Gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlık hisleri

Az görülen ancak ciddi semptomlar

- Epilepsi nöbetleri
- Konfüzyonel durumlar
- Frank depresyonu
- Paranoid sanrılar

"Stuart A. Montgomery in Anxiety and Depression, 1990 kitabından alınmıştır."

Sonuç olarak;

Anksiyete durumlarının depresyondan ayrılması konusu psikiyatride en az uzlaşma sağlanmış alanlardan bir tanesi olarak bir süre daha gündemde kalacak gibi görünmektedir.

Depresyon ve anksiyete semptomlarının birlikte bulunduğu durumlar, ister tek bir hastalığın göstergesi olsun, isterse farklı hastalıklar olsunlar, bu tablolar her gün karşımıza çıkmaya devam edelecektir.

Konunun asıl önemli yanı bu durumların I. basamak hekimlerinin karşılaştığı hastalıklar kümesinin önemli bir miktarını oluşturuyor olmasıdır.

Bu nedenle pratisyen eğitiminde bu tür hastaların nasıl tanınacağı ve tedavi protokollerinin nasıl düzenleneceği önemlidir.

Depresyonu toplumsal bir sorun olarak ele alıp I. basamakta tedavi edilmesini öneren çağdaş yaklaşımlar doğrultusunda - anksiyodepresif - durumlarında tanımlamayı ve tedavisini içeren bir tutumun pratisyen eğitimine sokulmasının uygun olacağı sonucuna varabiliriz.

BENZODİAZEPİNLERİN BAĞIMLILIK SORUNU

1960'lı yıllarda benzodiazepinler (Bz) keşfedildiğinde, anksiyete bozukluklarında etkili ve güvenli bir tedavi yöntemi olarak görüldü.

Gerçekten hastaların yakınmalarını süratli bir şekilde gideriyor ve hastalar tarafından büyük kabul görüyorlardı. Balayı dönemi uzun sürmedi, istenmeyen yan etkiler ortaya çıkmaya başladı. Üste-

lik bu yan etkiler, alternatifleri olan alkol ve diğer uyuşturuculara göre daha ciddi yan etkilerdi.

Bu olumsuzluklarına rağmen Bz'ler en çok reçete edilen ilaçlar grubunu oluşturdular (örneğin; Diazepam 1960 - 1970 yılları arasında en çok reçete edilen ilaçtır).

Amerika'da genel popülasyonda bir yıl veya daha uzun süreli benzodiazepin kullananların oranı % 1.6, İngiltere'de % 3.1 olarak saptanmıştır.

Benzodiazepinlerin uzun süreli kullanım sonuçlarına ilişkin veriler ortaya çıkmaya başlayınca alarm zilleride çalmaya başladı.

Eğer bir ilaç, kısa süreli etki amaçlı kullanılıyorsa uzun vadede ortaya çıkabilecek yan etkiler önemsiz olarak algılanır. Bu nedenle, benzodiazepinler birçok hasta tarafından önerilsede, önerilmede uzun yıllar kullanıldı.

Bu sayede de benzodiazepinlerin uzun süreli kullanımları ile ilgili bilgiler ortaya çıktı.

Gerçekte benzodiazepinlerin kısa süreli kullanımlarında anksiyete giderici özelliklerine tolerans oluşmaz ve aylar süren düzenli kullanımlarında anksiyeteye ilişkin semptomları azaltırlar. Uzun süreli kullanımın getirdiği birinci önemli sorun rebound sendromudur.

Rebound sendromunun giderilmesi veya üstesinden gelinmesi için yapılan çalışmalar başarılı olmamışlardır.

1980 yılında konu ile ilgili bir kurum, bu ilaçları en fazla 3 ay süre ile kullanılmasını önerdi. Ancak bu öneriye fazla kulak asılmadı. Benzodiazepinlerin diğer önemli bir sorununda uzun süreli kullanımda

bağımlılık yapmasıdır.

Benzodiazepinlerin diğer bağımlılık yapan maddelerden önemli bir farkı, uzun süreli kullanımda ilacın dozunun aynı kalmasıdır. Benzodiazepinlerin bağımlılığı ile ilgili önemli kriter uzun süreli kullanımda ilaç kesilmesi veya azaltılmasında ortaya çıkan kesilme sendromudur (Withdrawal Syndrome).

Uzun süreli kullanımda, benzodiazepinlerin çekilmesi ile anksiyete belirtilerinde artma olur. irritable ve uyku düzensizliği kalıcı yakınmalara dönüşür.

Bunlara başağrısı ve ajitasyon eşlik eder. Bu belirtiler orjinal anksiyete belirtileri olarak değerlendirilip benzodiazepin verildiğinde düzelmedikleri görülür. "Objelerin titrek algılanması, sese, ışığa, acıya ve dokunmaya karşı duyarlılığın artması gibi algısal bozukluklar" ortaya çıkarsa, ciddi bir biçimde Withdrawal Sendromu ile karşı karşıya olduğumuzu anlamalıyız.

Bağımlılığın Gelişmesindeki Etkenler

1. Dozaj

Genellikle yüksek dozların bağımlılık riskini artırdığı düşünülür, ancak bu düşük dozların risksiz olduğu anlamına gelmemelidir.

Aynı zamanda yüksek potens benzodiazepinler düşük potens benzodiazepinlere göre daha yüksek risk taşırlar.

2. Yarılanma Ömürleri

Kısa yarılanma ömrü olan benzodiazepinlerin daha çok bağımlılık yapma riskleri vardır. Ancak bütün kısa ömürlü benzodiazepinler aynı düzeyde bağımlılık riski taşımazlar. Triazolam'da kesilme belirtilerinin daha çok görüldüğünü ve Lorezapam'ın kesilmesinde ise daha büyük sıkıntılar olduğunu biliyoruz.

Alprazolam'ın 3 - 6 aylık kullanımından sonra kesilme durumlarında bağımlılığa özgü belirtilerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

3. Tedavi Süresi

Uzun süre ve devamlı benzodiazepin kullanıp kesenlerde, kısa süre kullanıp kesenlere göre daha ciddi problemlerle karşılaşılır (Bu problem 5 ay ve 6 hafta süre ile kullananlarda yapılan çalışmalarda gözlenmiştir).

4. İlacın Kesilme Biçimi

Kullanılan benzodiazepinlerin tedaviden çekilme stratejiside önemli bir faktördür.

Bağımlılık Riskini Azaltma

Bunun için en uygun yol gereksiz reçeteden kaçınmaktır.

Benzodiazepinler pür anksiyete tabloları yanında anksiyete semptomlarının eşlik ettiği depresyon-

larda reçete edilebilirler ve bu durum hastalara yardımcı olabilir.

Ancak alkol veya madde kötüye kullanımı yönünden geçmişlerinde problemleri olanlar, kişilik bozuklukları ve uzun süreli nörotik yakınmaları olan hastalarda tedaviye benzodiazepin eklenmesinde dikkatli olunmalıdır. Çünkü bu durumlarda bağımlılık yönünden büyük risk vardır.

Anksiyete belirtilerinin aşırı olmadığı durumlarda veya her uyku bozukluğunda bu ilaçlar hemen reçete edilmemelidir.

Benzodiazepinlerle tedavi sürdürülürken ilacı aniden kesmekten kaçınılmalıdır. Özellikle epileptik potansiyeli olanlarda ciddi sorunlar ortaya çıkabilir.

Kesilme işlemi bir programla uygulanmalıdır. Kısa süreli kullanımlarda bile son dozdan 4 - 5 gün sonra kesilme sendromu belirtileri görülebilir.

En uygunu, haftalık azaltma programlarıdır ve ya semptomlara göre daha esnek bir program uygulanabilir. Programın sonlarına doğru ilaç tatilleri verilebilir. Günaşırıya ve daha sonra 3 günde bire dönülür ve bırakılır.

Bir başka yöntem de; diğer bir ilacın devreye sokulmasıdır. Kesilme belirtileri başka bir ilacın yardımı ile azaltılabilir.

Söz gelimi benzodiazepinleri kesmeden 1 ay önce devreye bir antidepresan sokulabilir. Antidepresanın yardımcı olduğu anlaşıldıktan sonra benzodiazepin kesilir ve antidepresana birkaç hafta daha devam edilir. Benzer şekilde Betablokerlerden yardım alınabilir (Propranolol 40 mg x 2).

Tedavi programının başarılı olabilmesi için hastanın motivasyonu, anksiyete ile başa çıkma yöntemleri kadar hastaya destek olacak sosyal çevresi de önemlidir. Bu desteklerde organize edilmelidir.

İlaç kesilmesini takip eden 6 ay hassas bir dönem olarak kabul edilmeli ve hasta izlenmelidir.

Benzodiazepinleri Nasıl Kullanalım?

Benzodiazepinler anksiyete semptomlarını çok kısa sürede azaltan ancak uzun süreli kullanımda sakıncaları olan ilaçlardır. Bu nedenle bu ilaçları kullanırken dikkatli olunmalıdır. 1 - 2 hafta içinde kendiliğinden geçecek durumsal anksiyetede ilaç

Tablo 2. Benzodiazepinlerin Kullanımında Dikkat Edilecek Noktalar

- Ciddi anksiyete durumlarında kullan
- Kronik olgularda kullanmadan kaçın
- En az ancak etkin dozla kısa süreli tedaviyi tercih et
- Sürekli kullanım yerine aralıklı kullanımları tercih et
- İlacı azaltarak bırakılır.

"Stuart A. Montgomery in Anxiety and Depression, 1990 kitabından alınmıştır."

kullanmamak uygun olacaktır. Ancak ortaya çıkan anksiyete kişinin performansını ve üretkenliğini ve ya sosyal ilişkilerini bozmuşsa kısa süreli kullanımlar tercih edilebilir.

Benzodiazepinlerin Kullanılmasında Bazı Basit Kurallar

1. Tanıyı doğru koy, benzodiazepinlerinin bu tedavi için uygun olup olmadığına karar ver.
2. Depresyonda eğer anksiyete belirtileride kliniğe egemense benzodiazepinleri kısa süreli kullan.
3. Şiddetli anksiyete ve buna bağlı uyku bozukluklarında benzodiazepinleri kısa süreli kullan.
4. Uzun süreli anksiyete durumlarında obsesyonlarda veya kişilik bozukluklarında kullanma, kullanırsan da 4 haftayı geçirme.
5. Benzodiazepinlerle tedaviye başlamadan önce hastadaki semptomları listele. Bu tutum hastanın bağımlılık riskini takip etmende yardımcı olur.
6. Uyku düzensizliğinde kullanacaksan kesin sınırları belirlenmiş bir takvimle ve en düşük dozda kullan.
7. Benzodiazepinleri tedavi işlevleri bittikten sonra yavaş yavaş kes.

KAYNAKLAR

1. Costa e Silva J.A.: Depresyon ve Anksiyete. Medicographia
2. Burke J.D., Regier D.A. and Christie K.A. (1988). Epidemi-

ology of depression: recent findings from the NIMH epidemiologic catchment area program. In: Depression, Anxiety and Aggression (Ed. J.A. Swinkelss and W. Blijleven), Medidact, Houten, 23 - 38.

3. Weissman M.M., Leaf P.J., Tischler G.L., Blazer D.G., Karno M., Livingston Bruce M. and Florio L.P. (1988). Affective disorders in five United States communities, Psychological Medicine, 18, 141 - 153.
 4. Mountjoy C.Q. and Roth M. (1982). Studies in the relationship between depressive disorders and anxiety states. Journal of Affective Disorders, 4, 149 - 161.
 5. Prusoff B. and Klerman G.L. (1974). Differentiating depressed from anxious outpatients. Use of discriminant function analysis for separation of neurotic affective states. Archives of General Psychiatry, 30, 302 - 309.
 6. Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 55 - 62.
 7. Eaton W.W. and Rittner C. (1988). Distinguishing anxiety and depression with field survey data. Psychological Medicine, 18, 155 - 166.
 8. Angst J., Vollrath M., Merikangas K.R. and Ernst C. (1990). Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich cohort study of young adults. In: Comorbidity in Anxiety and Mood Disorders (Ed. J.D. Maser and C.R. Coninger), APA Press, Washington.
 9. Vanvalkenburg C., Akiskal H.S., Puzantian V. and Rosenthal T. (1984). Anxious depressions. Clinical family history, and naturalistic outcome. Journal of Affective Disorders, 6, 67 - 82.
 10. Stuart A. Montgomery (1990). Anxiety and Depression.
 11. Marks J. (1980). The benzodiazepines: use and abuse. Arzneimittel Forschung, 30, 398-399.
 12. Catalan J., Gath., Edmonds G. and Ennis J. (1984). The effects of nonprescribing of anxiolytics in general practise: controlled evaluation of psychiatric and social outcome. British Journal of psychiatry, 144, 593-602.
- Priest R.G. and Montgomery S.A. (1988). Benzodiazepines and dependence. Royal Collage of Psychiatrists Bulletin, 12, 107-109.