

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Sertralinin Etkinliği

Dr. Ali DORUK¹, Dr. Sinan YETKİN¹, Dr. Hamdullah AYDIN²

ÖZET

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNDA SERTRALİNİN ETKİNLİĞİ

Son zamanlarda, TSSB'nin farmakoterapisinde SSRI lar sıklıkla tercih edilmektedir. Bu çalışmada, sertralinin TSSB'deki etkinliği araştırılmıştır.

Ortalama hastalık süresi 13.7±16.5 ay, yaşları 27.6±6.9 yıl olan, askeri çatışma kaynaklı 20 TSSB olgusuna 140±41.7 (100-200) mg/gün sertralin 6 hafta süre ile uygulanmıştır. Tedavi sonuçları CAPS II, İES ve Beck Depresyon Envanteri uygulanarak izlenmiştir.

Akut olgular tedaviden fayda görmezken, kronik olgularda her 3 semptom kümesinde, komorbid bozukluğu olmayanlarda sadece İES intrusiv semptomlarda, komorbid bozukluğu olanlarda ise kaçınma, artmış uyarılmışlık ve genel yaşantı alanlarında iyileşme tespit edilmiştir.

Sertralin özellikle komorbid depresyonlular olmak üzere kronik olgularda etkin bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sertralin, TSSB, komorbidite
Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 (47-52), 1999

SUMMARY

THE EFFICACY OF SERTRALINE ON POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Recently, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are frequently preferred in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder (PTSD). The study is designed to establish the efficacy of the serotonin reuptake inhibitor sertraline in the treatment of PTSD with/without comorbid psychiatric disorders.

Twenty patients (age: 27.6±6.9 years, the duration of illness: 13.7±16.5 months) with combat-related PTSD entered an open, prospective, 6 week trial of sertraline with 140±41.7 (100-200) mg/day doses. The patients were administered CAPS II, IES and Beck Depression Inventory, before and after the treatment.

Although there is no improvement in acute patients, it was found that sertraline is effective on intrusive, avoidance and hyperarousal symptoms of PTSD in chronic ones. Intrusive symptoms of IES in patients without comorbid disorders, and avoidance, hyperarousal symptoms, social and occupational functioning, and global improvements scores in patients with comorbid disorder improved.

Sertraline is an effective pharmacotherapeutic agent for treating of chronic PTSD patients with particularly comorbid depression.

Key Words: sertraline, PTSD, comorbidity
Bull.Clin.Psychopharmacol. 9:1 (47-52), 1999

Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB) özgü bir ilaç tedavisi bilinmemekle birlikte etyopatogenezde rol oynayan faktörlerin dikkate alınarak tedavinin düzenlenebileceği belirtilmektedir. Son zamanlarda, TSSB'nin etyopatogenezinde, özellikle bellek formasyonu ve heyecansal tepki modellerinde serotonerjik sistemin rolü üzerinde durulmakta (1) ve seçici serotonin gerilim inhibitörlerinin tedavi edici özellikleri dikkat çekmektedir (2, 3).

Bu çalışmada TSSB tedavisinde sertralinin etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

1. Olgular: GATA Psikiyatri kliniğinde yatan, SCID-I ile TSSB tanısı konan ve hastalık süresi 1-60 ay (13.7±16.5), yaşları 20-44 yıl (27.6±6.9), en az 5 yıllık eğitimini tamamlamış ve askeri çatışmaya bağlı olarak TSSB gelişmiş, 20 hasta (5 akut, 15 kronik) çalışmaya alınmıştır.

Olguların 14 (%70)'ünde komorbid bozukluk saptanmıştır. Komorbid bozukluk, kronik olgularda %73.3 (n=11), akut olgularda %60 (n=3) oranında

¹ Psikiyatri Uzmanı, Psikiyatri Profesörü, GATA Psikiyatri ABD Ankara.
Yazışma Adresi: Prof.Dr. Hamdullah AYDIN, GATA Psikiyatri AD Etik-Ankara
Tel: 0312 - 325 12 11 / 4504 veya 0312-304 45 04 E-mail: haydin@gata.edu.tr

görülmüştür. Komorbid bozukluğu olan 14 olgunun 11'i (%78.6) major depresyon tanısı almıştır.

2. Araçlar: Deneklere bir haftalık ilaçsız dönemden sonra ve 6 haftalık tedavi bitiminde CAPS II, İES ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır.

SCID-I (Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu): DSM-III-R Eksen-I major tanılarını koymak için yarı yapılandırılmış klinik görüşme tekniğidir. Klinisyen tarafından oluşturulmuş ve genel bir giriş sorgulamasından sonra 7'si major olan 9 modüllü Eksen-I bozuklukları içermektedir. Türkçe güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Sorias ve ark. 1989) (4).

CAPS II (Klinisyen için TSSB Skalası, Clinician-Administered PTSD Scale): TSSB için DSM-III-R'da geçen 17 semptom ile birlikte 8 ilişkili özelliği değerlendirmek için yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Görüşme deneyimi olan, DSM-III-R ve psikopatoloji hakkında temel eğitimi tamamlamış ruh sağlığı uzmanlarının kullanımı içindir. Son bir haftalık dönemdeki, her bir TSSB semptomunun ayrı ayrı sıklık ve şiddetini, hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğini, global iyileşmeyi ve elde edilen skorların ne derece güvenilir olduğunu sorgulamaktadır (5). Formun Türkçe çevirisi kullanılmış olup, henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmamıştır.

İES (Yaşanan Olayın Etkisi Skalası, Impact of Event Scale): Öz bildirim esasına dayalı bir testtir. DSM II-E'ye göre, TSSB semptomlarından sadece intrusiv ve kaçınma semptomlarını ölçmektedir. 15 Maddeden oluşmaktadır.

Yedi madde intrusiv, 8 madde ise kaçınma semptomları ile ilgilidir. Her madde de bir olay sorulmakta ve onun ne kadar sıklıkta olduğu 0-3 arasında değerlendirilmektedir (6). Formun Türkçe çevirisi kullanılmış olup, henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmamıştır.

virisi kullanılmış olup, henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmamıştır.

Beck Depresyon Envanteri: Öz bildirim dayalı, gruplar halinde 21 cümleden oluşmakta ve her gruptaki cümleler 0-3 değerinde puanlar almaktadır. Ölçeğin Türkiye'de yapılan uyarlamalarından B. Tegin' in Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır (7).

3. Tedavi planı: Sertralin 50 mg/gün ile başlanarak bir hafta içinde yan etki durumuna göre artırılmıştır. 6 hafta süreyle 100-200 mg/gün (140±41.7) sertralin kullanılmıştır. Ajitasyon, aşırı uykusuzluk gibi durumlarda tedaviye 0.5-1.5 mg lorazepam eklenmiştir.

4. İstatiksel analiz: Bilgisayarda, SPSS (Statistical Package for Social Sciences, for Windows Release 6.1, SPSS Inc., 1994) paket programı wilcoxon testi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Tüm olguların tedavi öncesi ile sonrasındaki CAPS II, İES ve Beck depresyon envanteri değerlerinin akut-kroniklik durumu ve komorbiditeye göre karşılaştırılmaları aşağıda verilmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi olguların tamamında tedavi sonrası CAPS II kaçınma (p<.05), global şiddet, iyileşme (p<.01), mesleki ve sosyal uyum (p<.05), İES intrusiv semptomlarında (p<.05) anlamlı azalma bulunmuştur.

Akut olgularda tedavi sonrasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>.05) (Tablo 2).

Kronik olgularda; CAPS II intrusiv semptom sıklığı (p<.05), kaçınma semptom sıklık ve şiddeti (p<.01), artmış uyarılmışlık semptom sıklığı, ek

Tablo 1: Tüm Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=20)

		Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.74±0.9	1.85	1.31±0.9	1.30	1.43	.15
		Şiddet	2.06±0.9	1.90	1.82±1.0	1.80	0.78	.43
	Kaçınma	Sıklık	2.30±0.8	2.30	1.65±0.9	1.50	2.13	.03 †
		Şiddet	2.05±0.8	2.15	1.50±0.9	1.35	1.94	.05 †
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	2.18±1.0	1.90	1.64±0.7	1.70	1.79	.07
		Şiddet	2.00±0.8	1.90	1.69±0.7	1.75	1.28	.20
	Ek skala	Sıklık	1.56±0.8	1.50	1.34±0.7	1.30	0.87	.38
		Şiddet	1.44±0.7	1.40	1.29±0.6	1.40	1.02	.31
	Global iyileşme		3.35±1.0	4.00	2.20±0.7	2.00	3.20	.00 ‡
	Global şiddet		3.05±0.9	3.00	2.20±0.8	2.00	2.48	.01 ‡
Mesleki uyum		3.05±0.9	3.00	2.40±0.8	2.00	2.08	.04 †	
Sosyal uyum		2.80±1.0	3.00	1.95±0.9	2.00	2.35	.02 †	
İES	Intrusiv		2.26±0.4	2.40	1.91±0.6	2.10	2.19	.03 †
	Kaçınma		2.21±0.3	2.10	2.03±0.6	2.30	1.81	.07
	Beck		33.0±9.3	35.0	29.8±12.8	31.5	1.18	.24

† p<.05 ‡ p<.01 Ortal: Ortalama Ortan: Ortanca SS: Standart Sapma

Tablo 2: Akut Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=5)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.26±0.3	1.30	1.80±1.4	1.80	0.80	.42
		Şiddet	2.20±1.2	1.80	2.20±1.2	2.80	0.13	.89
	Kaçınma	Sıklık	1.56±0.7	1.90	1.74±1.3	2.40	0.40	.69
		Şiddet	1.32±0.8	1.30	1.60±1.2	1.70	0.54	.59
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	1.42±0.9	1.30	1.60±0.8	2.00	0.27	.79
		Şiddet	1.30±0.9	1.20	1.54±0.9	2.00	0.40	.69
	Ek skala	Sıklık	0.96±0.5	0.60	1.40±1.0	2.10	1.45	.14
		Şiddet	0.82±0.6	0.60	1.28±0.8	1.60	1.82	.07
	Global iyileşme		3.35±1.0	4.00	2.20±0.8	2.00	0.94	.35
	Global şiddet		3.05±0.9	2.00	2.40±1.1	2.00	0.37	.72
Mesleki uyum		3.05±0.9	2.00	2.40±1.1	2.00	0.80	.42	
Sosyal uyum		2.80±1.0	2.00	2.00±1.0	2.00	0.67	.50	
İES	İntrusiv		2.26±0.4	2.15	1.96±0.8	2.30	0.53	.59
	Kaçınma		2.21±0.3	2.10	2.02±1.0	2.40	0.37	.72
	Beck		33.0±9.3	20.0	30.4±16.8	31.0	0.94	.35

Ortal: Ortalama Ortan: Ortanca SS: Standart Sapma

semptom şiddeti ($p<.05$) ve global iyileşme, şiddet, sosyal ve mesleki uyum puanları ($p<.01$), İES intrusiv ve kaçınma semptomları ($p<.05$) tedavi sonrasında anlamlı olarak azalmıştır (Tablo 3).

Komorbid bozukluğu olmayan TSSB olgularında, İES intrusiv semptomlarında anlamlı azalma ($p<.05$) saptanmıştır (Tablo 4).

Komorbid bozukluğu olanlarda; CAPS II kaçınma semptom sıklığı ($p<.05$), artmış uyarılmışlık semptom sıklık ($p<.01$) ve şiddeti ($p<.05$), global iyileşme, şiddet, sosyal ($p<.01$) ve mesleki uyum ($p<.05$) puanları anlamlı olarak azalmıştır (Tablo 5).

Majör depresyon komorbiditesi olmayan ol-

gularda; CAPS II global iyileşme ve İES intrusiv semptomlarında anlamlı olarak ($p<.05$) düzelme bulunmuştur (Tablo 6).

Majör depresyon komorbiditesi olan olgularda ise CAPS II kaçınma şiddeti, artmış uyarılmışlık şiddet ve sıklığı, global iyileşme, mesleki uyum ($p<.05$) ve şiddet ($p<.01$) puanlarında, tedavi sonrasında anlamlı azalmalar saptanmıştır (Tablo 7).

TARTIŞMA

Tablo 1 ve 3'de tedaviye cevap oluştuğu görülürken, akut olgularda (tablo 1) sertralin etkisiz bu-

Tablo 3: Kronik Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=15)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.90±0.9	2.00	1.14±0.6	1.30	2.13	.03 †
		Şiddet	2.01±0.9	2.00	1.70±1.0	1.60	0.98	.33
	Kaçınma	Sıklık	2.55±0.7	2.50	1.61±0.8	1.40	2.50	.01 ‡
		Şiddet	2.29±0.7	2.30	1.46±0.8	1.30	2.56	.01 ‡
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	2.43±0.9	2.30	1.65±0.6	1.70	2.13	.03 †
		Şiddet	2.23±0.6	2.20	1.74±0.7	1.70	1.68	.09
	Ek skala	Sıklık	1.76±0.8	1.50	1.32±0.7	1.10	1.73	.08
		Şiddet	1.64±0.6	1.40	1.29±0.6	1.40	2.10	.04 †
	Global iyileşme		3.53±0.6	4.00	2.20±0.7	2.00	3.01	.00 ‡
	Global şiddet		3.33±0.8	4.00	2.13±0.6	2.00	2.86	.00 ‡
Mesleki uyum		3.40±0.7	4.00	2.40±0.6	2.00	2.67	.01 †	
Sosyal uyum		3.20±0.8	3.00	1.93±0.9	2.00	2.86	.00 †	
İES	İntrusiv		2.28±0.5	2.40	1.89±0.6	2.10	2.12	.03 Ü
	Kaçınma		2.25±0.2	2.30	2.03±0.4	2.10	2.24	.03 Ü
	Beck		35.3±8.5	36.0	29.6±11.9	32.0	1.82	.06

† $p<.05$ ‡ $p<.01$ Ortal: Ortalama Ortan: Ortanca SS: Standart Sapma

Tablo 4: Komorbid Bozukluğu Olmayan Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=6)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.52±0.9	1.15	1.23±0.7	1.15	0.67	.50
		Şiddet	1.77±1.0	1.65	1.80±0.8	1.80	0.37	.72
	Kaçınma	Sıklık	2.12±1.2	2.15	1.42±1.2	1.15	0.94	.35
		Şiddet	1.88±1.2	1.95	1.62±1.2	1.25	0.21	.83
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	1.45±0.9	1.25	1.75±0.6	1.90	0.40	.69
		Şiddet	1.63±1.0	1.75	1.80±0.6	1.90	0.31	.75
	Ek skala	Sıklık	1.22±0.8	0.95	1.07±0.8	0.80	0.37	.72
		Şiddet	1.33±0.7	0.85	1.02±0.7	0.85	0.52	.60
	Global iyileşme		3.33±0.8	3.50	2.33±1.0	2.00	1.57	.12
	Global şiddet		2.83±1.2	3.00	2.50±0.8	2.00	0.54	.59
	Mesleki uyum		3.00±1.3	3.50	2.50±0.8	2.00	0.73	.47
	Sosyal uyum		2.67±1.4	3.00	2.17±1.2	2.00	0.73	.46
IES	İntrusiv		2.25±0.5	2.35	1.77±0.4	1.80	2.02	.04 †
	Kaçınma	2.25±0.2	2.20	2.15±0.4	2.20	0.54	.59	
	Beck	32.3±7.9	35.0	24.8±11.8	20	1.57	.12	
† p<.05		‡ p<.01	Ortal: Ortalama	Ortan: Ortanca	SS: Standart Sapma			

lanmıştır. Kronik olgulardaki %73.3 oranındaki komorbid bozukluk dikkate alındığında, etkinin ilk bakışta, doğrudan TSSB üzerine olmadığı düşünülmektedir. İyileşmenin; olgu sayısı az olmakla birlikte, komorbid bozukluğu olmayan TSSB grubunda sadece IES intrusiv semptomlarda (Tablo 4), komorbid bozukluğu olanlarda ise bir çok semptomda (Tablo 5) görülmesi bu sonucu desteklemektedir.

Major depresyonu olmayan olgularda tedaviye cevap genel olarak yeterli bulunmazken (Tablo 6), Tablo 7'de görüldüğü gibi major depresyonun eşlik ettiği olgularda iyileşme belirginleşmektedir. Komorbid bozuklukların %78.6'sının major depresyon

olduğu düşünüldüğünde, bu sonuç Tablo 4 ve 5'deki komorbidite durumlarıyla da paralellik göstermektedir.

Depresyon ve diğer komorbid bozukluklardaki olumlu sonuçlar, kronik olgularla yapılan sertralin (8, 9) ve diğer SSRI'larla (10, 11) ilgili çalışmalarla uyumludur. Kline (9), komorbid olarak major depresyon, Brady (8), alkol bağımlılığı olanların sertraline iyi cevap verdiğini ileri sürmüşlerdir. Nagy (11), fluoxetin komorbid panik bozukluğu, Marmar (10) ise fluvoksaminin depresyon ve anksiyeteyi belirgin derecede azalttığını belirtmiştir.

TSSB semptomlarında anlamlı iyileşmeler ol-

Tablo 5: Komorbid Bozukluklu Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=14)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.84±0.8	2.00	1.34±1.0	1.30	1.19	.23
		Şiddet	2.18±0.9	2.00	1.84±1.1	1.95	0.91	.36
	Kaçınma	Sıklık	2.38±0.6	2.30	1.74±0.7	1.65	1.85	.06
		Şiddet	2.11±0.6	2.15	1.44±0.7	1.35	2.29	.02 †
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	2.49±0.9	2.55	1.59±0.7	1.60	2.64	.01 †
		Şiddet	2.16±0.6	2.10	1.64±0.8	1.70	1.96	.05 †
	Ek skala	Sıklık	1.71±0.8	1.50	1.46±0.7	1.55	0.57	.57
		Şiddet	1.56±0.7	1.40	1.40±0.6	1.45	0.86	.39
	Global iyileşme		3.36±1.2	4.00	2.14±0.5	2.00	2.82	.00 †
	Global şiddet		3.14±0.9	3.00	2.07±0.7	2.00	2.67	.01 †
	Mesleki uyum		3.07±0.8	3.00	2.36±0.7	2.00	2.03	.04 †
	Sosyal uyum		2.86±0.9	3.00	1.86±0.8	2.00	2.55	.01 †
IES	İntrusiv		2.26±0.4	2.40	1.96±0.7	2.10	1.42	.15
	Kaçınma		2.18±0.3	2.10	1.97±0.6	2.30	1.73	.08
	Beck		33.3±10.1	35.0	31.9±13.0	32	0.35	.73
† p<.05		‡ p<.01	Ortal: Ortalama	Ortan: Ortanca	SS: Standart Sapma			

Tablo 6: Major Depresyonu Olmayan Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=9)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.70±0.8	1.70	1.44±1.1	1.30	0.56	.58
		Şiddet	2.12±1.0	2.00	1.88±0.9	1.80	0.51	.61
	Kaçınma	Sıklık	2.23±1.0	2.30	1.61±1.1	1.40	1.13	.26
		Şiddet	2.00±1.0	2.30	1.63±1.0	1.40	0.65	.51
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	1.83±1.0	1.80	1.82±0.6	1.80	0.35	.73
		Şiddet	1.87±0.9	1.80	1.87±0.6	2.00	0.06	.95
	Ek skala	Sıklık	1.28±0.6	1.30	1.24±0.7	1.00	0.17	.87
		Şiddet	1.26±0.6	1.40	1.20±0.7	0.90	0.30	.77
	Global iyileşme		3.36±0.7	4.00	2.33±0.9	2.00	2.19	.03 †
	Global şiddet		3.00±1.0	3.00	2.56±0.9	2.00	0.91	.36
Mesleki uyum		3.11±1.1	3.00	2.56±0.9	2.00	1.10	.27	
Sosyal uyum		2.78±1.2	3.00	2.22±1.0	2.00	1.01	.31	
IES	İntrusiv		2.32±0.4	2.40	1.83±0.5	1.70	2.10	.04 †
	Kaçınma		2.22±0.2	2.10	2.16±0.4	2.30	0.42	.67
	Beck		31.0±7.7	35	27.4±10.1	31.0	0.89	.37
† p<.05		‡ p<.01	Ortal: Ortalama	Ortan: Ortanca	SS: Standart Sapma			

masma rağmen, Beck depresyon puanlarının değişmemesi (Tablo 7) sertralinin, antidepresif etkisinin dışında da etkileri olabileceğini düşündürmektedir. İlaç çalışmalarında, benzer olarak, SSRİ'lerin anti-depresan etkilerinden bağımsız olarak, TSSB semptomlarında etkili olduğu vurgulanmaktadır (12, 13).

Tedavi ile intrusiv ve kaçınma semptomlarında, genel yaşantı alanlarında anlamlı düzelmeler saptanmıştır (Tablo 1, 3, 5, 7). Artmış uyarılmışlık semptomlarının sıklık ve şiddetindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmaması (Tablo 1) Marshall'ın da ifade ettiği gibi (13) intrusiv semptomlardaki

iyileşmenin tamamlanmamış olduğunu düşündürmektedir. Davidson (14) fluoxetin, March (15) ise fluoxetin ve fluvoksaminin intrusiv ve kaçınma semptomlarına etkili, artmış uyarılmışlığa etkisiz olduğunu ileri sürmüşlerdir. SSRİ'lerin TSSB'nin her 3 semptom kümesine etkili olduğunu gösteren çalışmalarda vardır (8,11,12).

Çalışmalardaki hasta seçim ölçütleri, doz ve süre farklılıkları sonuçları etkilemekle birlikte, SSRİ'lerin beklendiği gibi, başlangıçta TSSB'ne etkili olmadığı, belki de, komorbid bozukluğu tedavi ettiği düşünülebilir. Diğer yandan, araştırmalarda, orta

Tablo 7: Major Depresyonlu Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerleri (n=11)

		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Z (-)	p	
		Ortal±SS	Ortan	Ortal±SS	Ortan			
CAPS II	İntrusiv	Sıklık	1.77±0.9	2.00	1.19±0.8	1.30	1.38	.17
		Şiddet	2.00±1.0	1.80	1.78±1.2	1.60	0.48	.62
	Kaçınma	Sıklık	2.35±0.7	2.30	1.67±0.7	1.60	1.78	.08
		Şiddet	2.08±0.7	2.00	1.38±0.8	1.30	2.13	.03 †
	Artmış uyarılmışlık	Sıklık	2.45±1.0	2.30	1.49±0.7	1.30	2.31	.02 †
		Şiddet	2.11±0.7	2.00	1.55±0.8	1.70	1.95	.05 †
	Ek skala	Sıklık	1.79±0.8	1.50	1.42±0.8	1.50	0.98	.33
		Şiddet	1.58±0.8	1.40	1.35±0.6	1.40	1.13	.26
	Global iyileşme		3.18±1.3	4.00	2.09±0.5	2.00	2.37	.02 †
	Global şiddet		3.09±0.9	3.00	1.91±0.5	2.00	2.52	.01 ‡
Mesleki uyum		3.00±0.9	3.00	2.27±0.6	2.00	1.88	.05 †	
Sosyal uyum		2.82±0.9	3.00	1.73±0.8	2.00	2.45	.01 ‡	
IES	İntrusiv		2.19±0.5	2.20	1.96±0.8	2.10	1.01	.31
	Kaçınma		2.19±0.5	2.25	1.92±0.7	2.30	1.89	.06
	Beck		34.6±10.5	37.0	31.7±14.8	32	0.80	.42
† p<.05		‡ p<.01	Ortal: Ortalama	Ortan: Ortanca	SS: Standart Sapma			

ve uzun süredeki tedavi cevapları gözden kaçmaktadır. Bununla birlikte, özellikle intrusiv semptomlar üzerinde kısa sürede ortaya çıkan değişimler uzun süreli tedaviler için ümit vermektedir.

Etkinliğin kaçınma ve genel yaşantı alanlarında ortaya çıkışı, plasebo kontrollü olmayan bu çalışmada hastanede yatıyor olmayla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte sonuçlar; SSRI'ların kaçınma ve genel yaşantı üzerine olumlu etkileri ile ilgili literatür bilgileri ile de uyumludur (2,13).

Sertralinin; TSSB'undaki ikincil tablolar üzerinde etkili olduğu, altı haftalık tedavi süresinde doğrudan etkin olmadığı söylenebilir. Ancak, 6 haftalık süre SSRI'ların tedavi etkinliğinin başlangıcını görmek için yeterli, tedavinin tamamlanması için yetersiz bir süre olarak ileri sürülmektedir (16, 9, 17, 18).

Akut olgular tedaviden yararlanmamışlardır (Tablo 2). SSRI'ların tedavi ediciliği 6. haftadan itibaren başlamaktadır. Bulgular, sertralinin akut dönemde tek başına yeterli olmayacağına işaret etmektedir. Sutherland'ın önerdiği gibi (3) akut olgularda kombine tedavinin planlanması gerektiği görüşünü desteklemektedir.

İES ve CAPS'in intrusiv ve kaçınma semptomları arasında tablo 1, 4, 5, 6, 7 de uyumsuzluk olduğu dikkati çekmektedir. Ülkemizde, İES ve CAPS'in geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmamış olması, İES'in hasta, CAPS'in ise klinisyen tarafından uygulanması bunun nedeni olarak düşünülebilir.

Tablolardaki ortalama ve standart sapmalar incelendiğinde; değerlerin yer yer yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu, henüz geçerlilik ve güvenilirliğin tamamlanmadığı ölçeklerle çalışılmış olmasından, olgu sayılarının düşüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Ancak yeterli olguya zaman içinde ulaşılabileceği umulmaktadır.

SONUÇ

Sertralin, özellikle komorbid depresyonlular olmak üzere, kronik olgularda etkin bulunmuştur. Bu etkinliğin dolaylı olarak depresyon üzerine mi, doğrudan TSSB üzerine mi olduğu tartışmaya açıktır. TSSB ana belirtilerinin tümünde değişme oluşu, sertralinin TSSB'unda etkili olabileceğini düşündürmektedir. Hastaların yaşam kalitelerine katkısı yadsınmamaktadır. Özellikle bellek patolojilerinin daha uzun sürede değişebileceği göz önüne alındığında, plasebo kontrollü ve daha uzun süreli izlemeye

yönelik araştırmaların yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Scutwick SM: Noradrenergic and serotonergic function in PTSD. Arch Gen Psychiatry 1997;54:749-758.
2. Davidson JR: Drug therapy of PTSD. Br J Psychiatry, 160: 309, 1992.
3. Sutherland SM, Davidson J: Pharmacotherapy for PTSD. Psych Clin North America, 1994;17(2):409-421.
4. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Nifirme Z, Mete L, Vahip S: DSM-II-R yapılandırılmış klinik görüşmesi (SCID) Türkçe versiyonu: Retest ve kullanıcılar arası uyuma ve güvenilirliğin araştırılması. Ege Üniv. Tıp Fak. Dergisi1989., 28-5: 2349-2356.
5. Blake D, Weathers F, Nagy L: Behavioral assessment review: A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. The Behavior Therapist Sep: 64-65, 1990.
6. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979;41:209-218.
7. Tegin B: Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, H.Ü. Psikoloji Bölümü, Ankara 1980.
8. Brady KT, Sonne SC, Roberts JM: Sertraline treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence. J Clin Psychiatry, 1995;56(11):502-505.
9. Kline NA, Dow BM, Brown SA, Matloff JL: Sertraline efficacy in depressed combat veterans with PTSD. Am J Psychiatry 1994;151(4):621.
10. Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss Ds, Metzler T, Zatzick D: Open trial of fluvoxamine treatment for combat related PTSD. J Clin Psychiatry, 1996;57(suppl 8):66-70.
11. Nagy LM, Morgan CA, Soutwick SM, Charney DS: Open prospective trial of fluoxetine for PTSD. J Clin Psychopharmacology, 1993;13(2):107-113.
12. Van der Kolk BA, Dreyfus D, Michaels M et al: Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 1994;55:517-522.
13. Marshall RD, Stein DJ, Liebowitz MR, Yehuda R: A pharmacotherapy algorithm in the treatment of PTSD. Psychiatric Annals 1996;26(4):217-226.
14. Davidson JR, Roth S, Newman E: Treatment of posttraumatic stress disorder with fluoxetine. J Traum Stress, 1991;4:419-423.
15. March JS: Fluoxetine and fluvoxamine in PTSD. Am J Psychiatry. 1992;149:413.
16. Davidson JR, Kudler H, Smith R: Treatment of PTSD with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry, 1990;47:259-266.
17. Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss Ds, Metzler T, Zatzick D: Open trial of fluvoxamine treatment for combat related PTSD. J Clin Psychiatry, 1996;57(suppl 8):66-70.
18. Shalev AY, Bonne Ö, Eth S: Treatment of PTSD: A review. Psychosomatic Medicine 58:165-182, 1996.