

Majör Depresyonda Sertralin İle Birlikte Uygulanan Uyku Yoksunluğu ve Işık Tedavisinin Etkinliğinin Sertralin Tedavisi İle Karşılaştırılması

Dr. Funda GÜDÜCÜ¹, Dr. Okan ÇALIYURT², Dr. Erdal VARDAR², Dr. Cengiz TUĞLU², Dr. Ercan ABAY³

ÖZET

Amaç: Parlak ışık tedavisi mevsimsel özellikli depresyonda etkin ve iyi tolere edilen bir tedavi şeklidir ve mevsimsel olmayan depresyonda da etkili olduğu bildirilmiştir. Uyku yoksunluğu tedavisi, uygulamaların % 60'ında majör depresyonda hızlı ve etkin bir tedavi sağlamaktadır. Diğer yandan genellikle somatik tedavilerle birlikte ilaç tedavilerinin kullanılması gerekli olmaktadır. Bu çalışmanın amacı sertralinle birlikte uyku yoksunluğu ve ışık tedavisi kombinasyonlarının etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Majör depresyonu olan 37 hasta 3 gruba ayrılarak tedaviye alındı. On üç hasta sertralin ve geç kısmi uyku yoksunluğu, 13 hasta sertralin ve parlak ışık tedavisi ve 11 hasta da sertralin tedavisi ile izlendi. Değerlendirmeler günlük ve haftalık Hamilton Depresyon Ölçeği ve iki haftalık Hamilton Anksiyete Ölçeği ile yapıldı.

Bulgular: Uyku yoksunluğu grubu daha çabuk ve daha etkin olarak depresyon puanlarında düşüş gösterdi. Uyku yoksunluğu grubundaki hızlı tedavi yanıtı tedavinin 3. gününden itibaren gözlemlendi. Hem uyku yoksunluğu ve hem de ışık tedavisi gruplarında anksiyete düzeyleri üzerinde kontrol grubuna göre daha üstün bir tedavi etkinliği elde edildi.

Sonuç: Uyku yoksunluğu tedavisi sertralinle birlikte uygulandığında tedavi etkinliğini artırmada ve hızlı tedavi başlangıcı sağlamada mevsimsel olmayan majör depresyonda etkin bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Uyku yoksunluğu, ışık tedavisi, sertralin, majör depresyon

SUMMARY: Combination Therapy Using Sertraline with Sleep Deprivation and Light Therapy Compared to Sertraline Monotherapy for Major Depressive Disorder

Objective: Bright light therapy is effective and well tolerated in seasonal affective disorder and some studies reported an antidepressant effect of bright light also in non-seasonal depression. On the other hand, total sleep deprivation leads to a rapid and marked improvement of mood in 60% of depressed patients. Combinations of antidepressant medication with those somatic therapies are generally indicated. The aim of this study was to compare the efficacy of the combination of sertraline and partial sleep deprivation or light therapy with sertraline monotherapy in the treatment of major depression.

Method: Thirty-seven patients with major depressive disorder were randomly allocated into 3 treatment groups. Thirteen were treated with sertraline and late partial sleep deprivation, 13 with sertraline and bright light therapy and 11 sertraline monotherapy as a control group. Outcome measures included daily (first 15 days) and weekly Hamilton Rating Scale for Depression and biweekly Hamilton Anxiety Rating Scale.

Results: Partial sleep deprivation group improved significantly and more rapidly. Accelerated treatment response was shown in sleep deprivation group that improvement was observed after the third day. Bright light and sleep deprivation combinations with sertraline were more effective than sertraline monotherapy for accompanied anxiety in depression.

Conclusion: Late partial sleep deprivation in combination with sertraline can accelerate and increase the treatment response in non-seasonal major depressive disorder.

Key Words: Sleep deprivation, phototherapy, sertraline, major depression

¹Uzm., ²Yrd. Doç., ³Prof., Trakya Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Edirne.

GİRİŞ

1971 yılında yapılan ilk deneysel uyku yoksunluğu tedavisinden sonra (Pflug ve Tolle 1971) birçok çalışma bunu takip etmiş ve uyku yoksunluğu tedavisi etkin bir antidepresan tedavi olarak kabul görmüştür (Papadimitriou ve ark. 1993, Van Den ve van den Hoofdakker 1975). Tam (total) uyku yoksunluğu % 60 uygulamada depresyon belirtilerinde düzelme sağlamaktadır. Kısmi (parsiyel) uyku yoksunluğu ve seçici REM uykusu yoksunluğu tam uyku yoksunluğunun alt uygulama tipleridir ve özellikle uykunun ikinci yarısında uygulanan geç kısmi uyku yoksunluğu tam uyku yoksunluğu kadar etkili bulunmuştur (Sack, ve ark. 1988, Schilgen ve Tolle 1980). Birçok olguda uyku yoksunluğunun klinik kullanımı sınırlı olmakta ve uyku yoksunluğuna terapötik yanıt ancak uyku yoksunluğu uygulanan günün sonuna kadar sürmektedir. Bu geçici etkileri nedeniyle uyku yoksunluğu tedavisi tek başına yeterli bir tedavi olarak düşünülmemektedir. Birlikte uygulanan antidepresan ilaçlar, ışık tedavisi ve uyku uyandırma düzeni değişiklikleri uyku yoksunluğu tedavisi etkilerini uzatmak için kullanılmaktadır. (Colombo ve ark. 2000, Neumeister ve ark 1996, Riemann ve ark 1999).

Mevsimsel duygudurum bozukluğunun parlak ışık tedavisi ile düzelme gösterdiği bildirilmiştir (Rosenthal ve ark. 1984). Diğer yandan mevsimsel olmayan depresyonlarda da ışık tedavisinin etkinliğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Prasko ve ark. 2002). Fakat mevsimsel olmayan depresyonda bildirilen etkiler tartışmalıdır (Mackert ve ark.1991).

Genel olarak majör depresyonda tek başına uygulanan uyku yoksunluğu tedavisi ve ışık tedavisi uygulamaları yeterli antidepresan etkinlik sağlamamaktadır. Çoğunlukla da antidepresan ilaç tedavileri ile kombinasyon gerekli olmaktadır ve bu kombinasyonlar etkinliği artırmaktadır (Elsenga ve van den Hoofdakker 1982, Benedetti ve ark. 1997, Kripke 1998, Beauchemin ve Hays 1997).

Uyku yoksunluğu ve ışık tedavileri ülkemizde yaygın kullanımı olmayan tedavi uygulamalarıdır. Majör depresyonda etkinlikleri gösterilmiş olsa da, uyku yoksunluğunun kısa süreli etki göstermesi ve ışık tedavisinin ise mevsimsel olmayan depresyonlardaki tartışmalı sonuçları araştırmalarla aydınlığa kavuşmayı beklemektedir. Tek başına kullanımları sınırlı olan bu tedavi yöntemlerinin

klinikte reçete edilen antidepresanlarla kombinasyon tedavilerinin sonuçları klinisyenlere yardımcı olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, majör depresyon tedavisinde sertralinle birlikte uygulanan ışık tedavisi ve uyku yoksunluğu tedavisi etkinliklerinin sertralin monoterapisi ile karşılaştırılması ve bu tedavilerin olası antidepresan yanıtı hızlandırıcı etkilerini ortaya koymaktır.

YÖNTEM

Trakya Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV majör depresyon tanı ölçütlerini karşılayan 49 hasta çalışmaya alındı. Bunların içinden 17 hasta sertralin, 16 hasta sertralin ve ışık tedavisi ve 16 hasta da sertralin ve uyku yoksunluğu tedavisi almak üzere rastgele ayrıldı. Çalışmaya alınanlar DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV) (First ve ark. 1997) ile değerlendirilerek ektani eksen I bozukluğu olanlar, psikotik veya mevsimsel özellikli depresyonu olanlar, göz hastalığı olanlar ve genel bir tıbbi hastalığı olanlar ile Hamilton Depresyon Ölçeği'nden (21 maddeli) (HDÖ)18 puan ve altında alanlar çalışmaya alınmadı. Ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olanlar ve tedaviye dirençli olduğu bilinen olgular çalışmaya dahil edilmedi. Tedaviye direnç, daha önce en az bir kez yeterli doz ve süre antidepresan kullanılmasına karşın tedaviye yanıt alınamayan olgular olarak belirlendi. Yerel etik komite çalışmayı onayladı ve her hastadan yazılı onay alındı. Herhangi bir antidepresan tedavi alan hastaların 4 gün ve fluoksetin kullananların 15 günlük bir arınma sonrasında çalışmaya alınması planlandı.

Uyku yoksunluğu grubundaki hastalara 6 kez geç kısmi uyku yoksunluğu tedavisi, tedavinin ilk iki haftasında uygulandı (Elsenga ve ark. 1990, Kuhs ve ark. 1996). Bu hastaların uykuları, tedavi günlerinde 23:00 ile 03:00 saatleri arasında sağlandı. Her hasta uyku yoksunluğu gecesini ve takip eden tüm günü yataklı klinikte hemşire ve intörnlerin takibinde geçirdi. Bu dönem içerisinde vakitlerini geçirmelerine yardımcı olacak etkinlikler sağlandı ve kısa süreli uyumalarına izin verilmedi.

Işık tedavisi grubundaki hastalar ilk iki hafta sertralinle birlikte ışık tedavisi aldılar. Işık tedavisi uygulamasına sabah 07:00–08:00 saatleri arasında başlandı ve hastaların alışageldikleri uyanma sa-

TABLO 1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri.

	Tedavi Grubu			İstatistiksel Anlamlılık
	Uyku yoksunluğu ve sertralin	Işık tedavisi ve sertralin	Sertralin	
Cinsiyet				
Erkek	4	3	1	$X^2=1.67$ $p=0.43$
Kadın	9	10	10	
Yaş ortalaması	40.54 ± 10.33	43.77± 15.00	36.00 ± 13.86	F=1.03 $p=0.36$
Eğitim düzeyi				
Okur yazar değil	-	-	1	
Okur yazar	-	-	1	
İlkokul	4	7	4	
Orta öğretim	6	4	2	
Yüksek okul	3	2	3	
Medeni durum				
Evli	8	8	7	
Boşanmış, dul	3	2	-	
Bekar	2	3	4	
Depresyon tipi				
İlk nöbet	6	5	4	$X^2=0.27$ $p=0.87$
Tekrarlayan	7	8	7	
Meslek/çalışma durumları				
İşçi/Memur	5	2	2	
Emekli	2	2	-	
Ev hanımı	4	6	7	
Çalışmıyor	1	1	1	
Öğrenci	1	2	1	
Tedavi sonrası ortalama sertralin dozları	61.53 ± 21.92	73.07 ± 25.94	72.72 ± 26.11	F=0.89 $p=0.41$

atleri dikkate alınarak uygulandı (Deltito ve ark. 1991, Benedetti ve ark. 2003). Tedavi 10.000 lüks gücünde ışığın 30 dakika boyunca uygulanması ile sağlandı (Sadelite, Northern Light Technologies, Montreal, Quebec, Canada).

İlaç tedavisi olarak, başka çalışmalarda da kombinasyon tedavilerinde denenmiş ve başarılı bulunmuş sertralin seçildi (Martiny 2005). Sertralinin başlangıç dozu tüm hastalarda 50 mg/gün olarak belirlendi ve klinik yanıtı göre en fazla 100 mg'a çıkıldı. Yüksek potanslı benzodiyazepinler gereği halinde uyku sorunları veya anksiyete yakınmalarında kullanıldı. Benzodiazepinlerin tedaviye olası etkileri nedeni ile kullanımları haftada iki uygulama ile sınırlandırıldı.

Araçlar

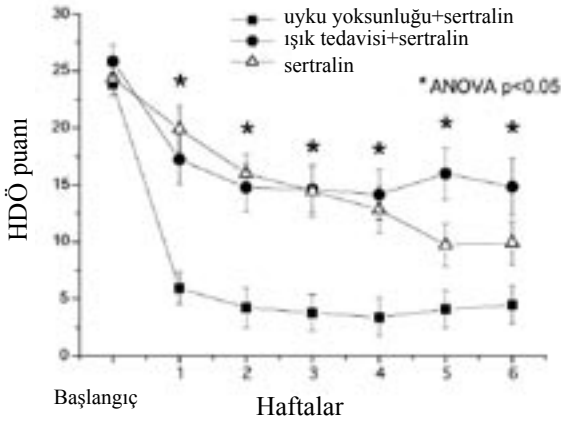
Hastalar başlangıçta ve 6 hafta boyunca haftalık olarak Hamilton Depresyon Ölçeği ile değeri-

lendirildi. Klinisyen tarafından uygulanan bu ölçek, depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir (Williams 1978). Ölçek Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Akdemir ve ark. 1996) Uyku yoksunluğu ve ışık tedavisi grubundaki hastalar ayrıca ilk 15 gün boyunca her gün olası bir erken yanıtı belirleyebilmek amacı ile HDÖ ile değerlendirildi. Hastaların anksiyeteleri ise görüşmecilerin değerlendirdiği, anksiyete düzeyini ölçmekte kullanılan Hamilton Anksiyete Ölçeği ile 2., 4. ve 6. haftalarda değerlendirildi (Hamilton 1959). Ölçek Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Yazıcı ve ark. 1998).

İstatistiksel değerlendirme

Tanımlayıcı istatistikler için ortalama ve standart sapmalar, grup karşılaştırmalarında varyans analizi, tekrarlayan ölçümlü varyans analizi ve t

ŞEKİL 1. Grupların Haftalık Depresyon Puanı Değişiklikleri.



*İstatistiksel karşılaştırma varyans analizi ile üç grubun haftalık HDÖ (Hamilton Depresyon Ölçeği) puanları ortalamaları kullanılarak yapılmıştır.

testleri ile nominal verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ alındı ve tüm testler çift kuyruklu olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Altı haftalık çalışmayı 37 hasta sonlandırdı. Kontrol grubundaki 6 hasta takiplerindeki devamsızlık ve gereken değerlendirmelerin yapılamaması nedeni ile; uyku yoksunluğu grubunda iki hasta kendi isteği ile çalışmadan ayrılması ve bir hasta da uyku yoksunluğu tedavisine uyum gösterememesi nedeni ile; ışık tedavisi grubunda iki hasta kendi isteği ile ayrılması ve bir hasta da diğer bir eksen I bozukluğu saptanması nedeni ile çalışmadan çıkarıldı.

Çalışmada kalan 37 hastanın 13'ü sertralin ve uyku yoksunluğu tedavisi, 13'ü sertralin ve ışık tedavisi ve 11'i de sertralin ile tedavi edildi. Otuz yedi hastanın 29'u kadın ve 8'i erkekti ve ortalama yaş 40.32 ± 13.19 olarak saptandı. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş dağılımı benzerdi ($X^2=1.67$, $p=0.43$, $F=1.03$, $p=0.36$, sırasıyla). Tanılar değerlendirildiğinde, 22 hasta yineleyen majör depresyon ve 15 hasta ise ilk nöbet olarak başvurmuştur. İlk nöbet hastaların gruplara göre dağılımında 6 hasta uyku yoksunluğu, 5 hasta ışık tedavisi ve 4 hasta da sertralin grubunda bulunmaktaydı ve bu dağılım, gruplar arasında farklılık göstermemekteydi ($X^2=0.27$, $p=0.87$). Altı haftalık izlem sonrasında sertralin ortalama dozları uyku yoksunluğu grubunda

61.53 ± 21.92 mg, ışık tedavisi grubunda 73.07 ± 25.94 mg ve kontrol grubunda 72.72 ± 26.11 mg olarak saptandı, farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($F=0.89$, $p=0.41$) (Tablo 1).

Grupların haftalık HDÖ değişimleri Şekil 1'de gösterilmiştir. Değerler başlangıçta benzerdir ve ilk haftanın sonunda tek yönlü ANOVA analizinde gruplar arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Post Hoc Tukey testi ile değerlendirildiğinde bu farklılığın uyku yoksunluğu grubundan kaynaklandığı görülmektedir. Çalışmanın sonunda HDÖ puanlarında uyku yoksunluğu grubunda 82.9 %, ışık tedavisi grubunda 38.1 % ve kontrol grubunda ise 60.07 % azalma saptanmıştır.

Tedavi haftalarının HDÖ değerleri değişimi ile ilişkisi varyans analizi (repeated measures) değerlendirildiğinde hem tedavi haftasının ($F_{1,6}=60.13$, $p=0.000$), hem grup farklılığının ($F_{1,6}=11.68$, $p=0.000$) ve hem de tedavi haftası ile grup etkileşiminin ($F_{1,12}=5.78$, $p=0.000$) etkisi gösterilmiştir.

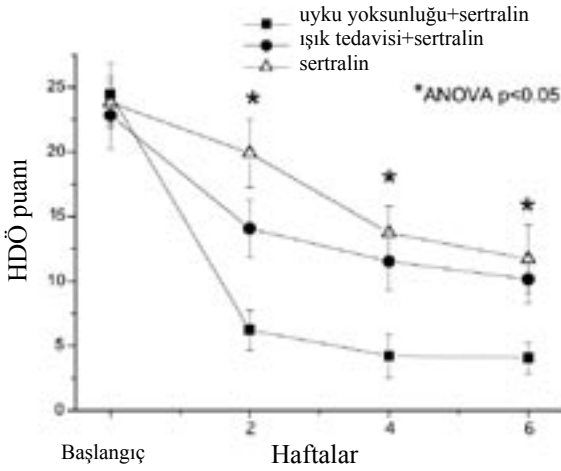
Eşlik eden anksiyete düzeyleri başlangıçta benzerken takip eden haftalarda uyku yoksunluğu grubu en yüksek azalmayı göstermiştir (Şekil 2).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, mevsimsel özellikli olmayan depresyonda uyku yoksunluğu ve sertralin kombinasyonunun, ışık tedavisi ve sertralin kombinasyonu ve sertralin monoterapisinden daha etkili olduğu ortaya konmuştur. Bu kombinasyonun üstünlüğü hem etkinlikte hem de erken etki başlangıcında gösterilmiştir. Bunlarla birlikte uyku yoksunluğu grubunda sertralin dozlarında anlamlı olmayan düşüklük, sertralin ve uyku yoksunluğu tedavisinin sinerjistik serotonerjik etkisi ile açıklanabilir (Salomon ve ark. 1994, Smeraldi ve ark. 1999).

Uyku yoksunluğu tedavisi depresyonda hızlı bir düzelme sağlamakta fakat terapötik etki, uyku yoksunluğu uygulanan günün sonuna kadar sürmektedir. Takip eden gece uykusu veya kısa uyuklama sonrasında (Wiegand ve ark. 1987), ilaç kullanmayan hastaların % 80'inde relaps görülmektedir (Giedke ve Schwarzler 2002). Wirz-Justice ve Van den Hoofdakker (1999) uyku yoksunluğu tedavisine genel ilgisizliğin nedeninin, toparlanma uykusu (recovery sleep) sonrasında ortaya çıkan relapsların olduğunu bildirmektedir. Diğer yandan çalışmamızda sertralinle birlikte uygulanan uyku yoksunluğu tedavisinin bu sorunu etkili bir şekilde ortadan kaldırdığı gösterilmiştir.

ŞEKİL 2. Grupların Anksiyete Puanları Değişiklikleri.



*İstatistiksel karşılaştırma varyans analizi ile üç grubun 15'er günlük HAO (Hamilton Anksiyete Ölçeği) puanları ortalamaları kullanılarak yapılmıştır.

Kuhs ve arkadaşları (1998) majör depresyonda haftada bir ile iki kez uygulanan uyku yoksunluğu ile amitriptilin tedavisi etkinliğinin benzer olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ise geç kısmi uyku yoksunluğu haftada üç kez kullanılmıştır ve yüksek doz olarak kabul edilebilir; dolayısı ile uyku yoksunluğu etkilerinin uzun süreli etkili olmasında rol alabilir.

Mevsimsel duygudurum bozukluğu olan hastaların 2500 lüksün üstündeki ışık şiddetinde parlak ışık tedavisinde düzelme gösterdikleri bildirilmiştir (Terman ve ark. 1989, Wirz-Justice ve ark. 1993). Mevsimsel olmayan depresyonda ışık tedavilerinin etkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar tartışmalı sonuçlar bildirmektedir ve kimi parlak ışık tedavisinin antidepresan etkisini gösterirken kimi de bir etki bulamamıştır (Mackert ve ark. 1991, Volz ve ark. 1990). Kripke (1998) mevsimsel olmayan depresyonda ışık tedavisinin % 12-35 arasında net bir fayda sağladığını ve standart tedavilerle birlikte uygulamanın sinerjistik etkili olduğunu bildirmiştir. Yamada ve arkadaşları (1995) parlak ışık tedavisinin mevsimsel olmayan depresyonda, depresyonun şiddetini anlamlı şekilde azalttığını bildirmiştir. Çalışmamızda bu bildirilenlerin tersine mevsimsel olmayan depresyonda ışık tedavisinin sertraline kombinasyonunun sertraline monoterapisine karşı bir üstünlüğü gösterilememiştir. Ayrıca çalışmamızda 10.000 lüks gücünde ışık tedavisi kullanılması ve

15 gün sürekli olarak uygulanması olası bir yetersiz tedavi sorununu ortadan kaldırmaktadır. Mevsimsel ve mevsimsel olmayan depresyonlarda ışık tedavisine farklı yanıtların ortaya konması bu bozuklukların farklı etiolojileri olması ile açıklanabilir. Benzer şekilde Mackert ve arkadaşları (1991) bir hafta süreli günlük iki saat uygulanan ışık tedavisinin mevsimsel olmayan depresyonda etkin bir tedavi olmadığı sonucuna varmıştır. Prasko ve arkadaşları (2002) ilginç bir şekilde tek başına uygulanan parlak ışık tedavisinin imipraminle birlikte uygulanan ışık tedavisinden daha etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Parlak ışık tedavisi intihar davranışı ile (Praschak-Rieder ve ark. 1997) ve olası maniye geçiş ile ilişkilendirilmiştir (Pande 1985, Chan ve ark. 1994). Çalışmamız sırasında ve izlem döneminde herhangi bir hipomani veya mani olgusuna rastlanmamıştır. Bipolar depresyonu ve mevsimsel duygudurum bozukluğu olanlarda daha yüksek bir mani geçişi bildirilmektedir. Çalışmamızda bu geçişin görülmemesinin nedenlerinden biri de sadece unipolar ve mevsimsel özellikli olmayan hastaların çalışmamıza dahil edilmesi olabilir. Çalışma sırasında herhangi bir intihar girişimi olmamıştır. Fakat ışık tedavisi grubundaki bir hasta depresyondaki düzelme ile birlikte taburculuğundan bir hafta sonra intihar etmiştir. Bu intihar tedaviye başlangıçtan 48 gün ve ışık tedavisinin sonlanmasından ise 33 gün sonra ortaya çıkmıştır. Bu olgu ile ilgili yorumumuz ışık tedavisi yan etkisi değil, depresyonun yinelemesi olmuştur.

Her ne kadar uyku yoksunluğu tedavisi anksiyete bozukluklarında etkili bulunmamış olsa da (Joffe ve Swinson 1988, Labbate ve ark. 1997, Labbate ve ark. 1998) hem ışık tedavisi ve hem de uyku yoksunluğu grubundaki hastalarda, depresyona eşlik eden anksiyetede kontrol grubuna göre daha yüksek bir düşüş gözlemlendi. Uyku yoksunluğu grubundaki anksiyete puanlarındaki azalma depresif belirtilerdeki azalma ile paraleldi ve depresyondaki düzelmeyi yansıtıyordu.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Örneklem küçüktür ve çalışmanın gücünü azaltmaktadır. Çalışma kör olarak yapılmamıştır, olası hasta ve araştırmacı yanlılığını barındırmaktadır. Kontrol grubundaki hastalara HDÖ, haftalık uygulanmasına karşın diğer gruplara ilk iki hafta boyunca her gün uygulanmıştır ki bu gruplarda bulunanlara özgül olmayan bir fayda sağlama ve depresyonda düzelmeye etkili olabilir. Kontrol

grubundaki hastaların bir kısmı ayaktan tedavi edilmiştir ve bu durum da tedavi etkinliğini etkileyebilir.

Sonuç olarak majör depresyonda uyku yoksunluğu ile birlikte uygulanan sertralin, uyku yoksun-

luğu sonrasında oluşabilecek relapsları önlemede etkili olmuştur. Bu sonuçlara göre erken tedavi yanıtı istenen olgularda, düşük yan etki profili ile birlikte geç kısmi uyku yoksunluğu, bir kombinasyon alternatifi ve güçlendirme tedavisi seçeneği olabilecektir.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-259.
- Beauchemin KM ve Hays P (1997) Phototherapy is a useful adjunct in the treatment of depressed in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 95:424-427.
- Benedetti F, Colombo C, Pontiggia A ve ark. (2003) Morning light treatment hastens the antidepressant effect of citalopram: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 64:648-653.
- Chan PK, Lam RW, Perry KF (1994) Mania precipitated by light therapy for patients with SAD. *J Clin Psychiatry*, 55:454.
- Colombo C, Lucca A, Benedetti F ve ark. (2000) Total sleep deprivation combined with lithium and light therapy in the treatment of bipolar depression: replication of main effects and interaction. *Psychiatry Res*, 95:43-53.
- Deltito JA, Moline M, Pollak C ve ark. (1991) Effects of phototherapy on non-seasonal unipolar and bipolar depressive spectrum disorders. *J Affect Disord*, 23:231-237.
- Elsenga S ve van den Hoofdakker RH (1982) Clinical effects of sleep deprivation and clomipramine in endogenous depression. *J Psychiatr Res*, 17:361-374.
- Elsenga S, van den Hoofdakker RH ve Dols LCW (1990) Early and late partial sleep deprivation in depression. *Psychiatry: A World Perspective*, 2:234-379.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV) (Çev. A. Çorapçıoğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
- Giedke H ve Schwarzler F (2002) Therapeutic use of sleep deprivation in depression. *Sleep Med Rev*, 6:361-377.
- Hamilton M (1959) The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55.
- Joffe RT ve Swinson RP (1988) Total sleep deprivation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 77:483-487.
- Kripke DF (1998) Light treatment for nonseasonal depression: speed, efficacy, and combined treatment. *J Affect Disord*, 49:109-117.
- Kuhs H, Farber S, Borgstadt S ve ark. (1996) Amitriptyline in combination with repeated late sleep deprivation versus amitriptyline alone in major depression. A randomised study. *J Affect Disord*, 37:31-41.
- Kuhs H, Kemper B, Lippe-Neubauer U ve ark. (1998) Repeated sleep deprivation once versus twice a week in combination with amitriptyline. *J Affect Disord*, 47:97-103.
- Labbate LA, Johnson MR, Lydiard RB ve ark. (1997) Sleep deprivation in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*, 42:982-983.
- Labbate LA, Johnson M. R, Lydiard RB ve ark. (1998) Sleep Deprivation in social phobia and generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*, 43:840-842.
- Mackert A, Volz HP, Stieglitz RD ve ark. (1991) Phototherapy in nonseasonal depression. *Biol Psychiatry*, 30:257-268.
- Martiny K, Lunde M, Unden M ve ark. (2005) Adjunctive bright light in non-seasonal major depression: results from clinician-rated depression scales. *Acta Psychiatr Scand*, 112:117-25.
- Neumeister A, Goessler R, Lucht M ve ark. (1996) Bright light therapy stabilizes the antidepressant effect of partial sleep deprivation. *Biol Psychiatry*, 39:16-21.
- Pande AC (1985) Light-induced hypomania. *Am J Psychiatry*, 142:1126.
- Papadimitriou GN, Christodoulou GN, Katsouyanni K ve ark. (1993) Therapy and prevention of affective illness by total sleep deprivation. *J Affect Disord*, 27:107-116.
- Pflug B ve Tolle R (1971) Disturbance of the 24-hour rhythm in endogenous depression and the treatment of endogenous depression by sleep deprivation. *Int Pharmacopsychiatry*, 6:187-196.
- Praschak-Rieder N, Neumeister A, Hesselmann B ve ark. (1997) Suicidal tendencies as a complication of light therapy for seasonal affective disorder: a report of three cases. *J Clin Psychiatry*, 58:389-392.
- Prasko J, Horacek J, Klaschka J ve ark. (2002) Bright light therapy and/or imipramine for inpatients with recurrent non-seasonal depression. *Neuroendocrinol Lett*, 23:109-113.
- Riemann D, Konig A, Hohagen F ve ark. (1999) How to preserve the antidepressive effect of sleep deprivation: A comparison of sleep phase advance and sleep phase delay. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249:231-237.
- Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC ve ark. (1984) Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41:72-80.
- Sack DA, Duncan W, Rosenthal NE ve ark. (1988) The timing and duration of sleep in partial sleep deprivation therapy of depression. *Acta Psychiatr Scand*, 77:219-224.
- Salomon RM, Delgado PL, Licinio J ve ark. (1994) Effects of sleep deprivation on serotonin function in depression. *Biol Psychiatry*, 36:840-846.
- Schilgen B ve Tolle R (1980) Partial sleep deprivation as therapy for depression. *Arch Gen Psychiatry*, 37:267-271.
- Smeraldi E, Benedetti F, Barbini B ve ark. (1999) Sustained antidepressant effect of sleep deprivation combined with pindolol in bipolar depression. A placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 20:380-385.
- Terman M, Terman JS, Quitkin FM ve ark. (1989) Light therapy for seasonal affective disorder. A review of efficacy. *Neuropsychopharmacology*, 2:1-22.
- Van Den BW ve van den Hoofdakker RH (1975) Total sleep deprivation on endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 32:1121-1125.
- Volz HP, Mackert A, Stieglitz RD ve ark. (1990) Effect of bright white light therapy on non-seasonal depressive disorder. Preliminary results. *J Affect Disord*, 19:15-21.
- Wiegand M, Berger M, Zulley J ve ark. (1987) The influence of daytime naps on the therapeutic effect of sleep deprivation. *Biol Psychiatry*, 22:389-392.
- Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45:742-747.

Wirz-Justice A, Graw P, Krauchi K ve ark. (1993) Light therapy in seasonal affective disorder is independent of time of day or circadian phase. Arch Gen Psychiatry, 50:929-937.

Wirz-Justice A ve van den Hoofdakker RH (1999) Sleep deprivation in depression: what do we know, where do we go? Biol Psychiatry, 46:445-453.

Yamada N, Martin-Iverson MT, Daimon K ve ark. (1995) Clinical and chronobiological effects of light therapy on nonseasonal affective disorders. Biol Psychiatry, 37:866-873.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 9:114-117.

TÜRKİYE SİNİR ve RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2006

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan **"Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2006"** için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2005 ödülü olarak **3.000 YTL.** ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
 - a. Yayınlanmamış ya da 2004-2005 yıllarında yayımlanmış, yabancı dilde hazırlanmış ise Türkçe çevirisi de bulunan özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir.
 - b. Çalışma yayınlanmamış ise, Türk Psikiyatri Dergisi yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon-faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir. Asıl araştırmacı Türk vatandaşı olmalıdır.
 - c. Çalışma 6 kopya olarak en geç **31 Aralık 2005** tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2006 şubat ayında her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Doç. Dr. İlgı Ertem
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Prof. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 Ankara