



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALAN
HASTALARDA PSİKIYATRİK EŞTANILAR VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**DR. VİSAL BUTURAK
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. AYŞE DEVRİM BAŞTERZİ**

MERSİN -2006



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALAN
HASTALARDA PSİKIYATRİK EŞTANILAR VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

DR. VİSAL BUTURAK
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. AYŞE DEVRİM BAŞTERZİ

MERSİN -2006

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem bilgi ve deneyimiyle hem de etik anlayışıyla bizlere örnek olan, her türlü konuda her zaman yanımızda olan çok değerli hocam Doç.Dr. Kemal Yazıcı'ya,

Tez konusunun tasarımı ve hazırlık aşamalarında emeği geçen ve tez harici gerek medikal gerek diğer her alanda yardımını esirgemeyen, derin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım saygı değer hocam Yrd.Doç.Dr. Ayşe Devrim Başterzi'ye,

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinde faydalandığım saygı değer hocalarım Yrd.Doç.Dr. Aylin Yazıcı'ya, Doç.Dr. őenel Tot'a,

Rotasyonlarım esnasında eğitimime katkıları olan Dahiliye, Nöroloji, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD.'larının değerli hocalarına,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Dr. ő. Visal Buturak

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET.....	5
İNGİLİZCE ÖZET.....	6
GİRİŞ VE AMAÇ.....	7
GENEL BİLGİLER.....	8
Tarihçe.....	8
Epidemiyoloji.....	8
Etyopatogenez.....	9
Klinik Görünüm.....	12
Major Depresif Bozuklukta Psikiyatrik Eştanılar.....	15
YÖNTEM.....	19
BULGULAR.....	21
TARTIŞMA.....	26
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	30
KAYNAKLAR.....	31
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	39
TABLolar DİZİNİ.....	40

ÖZET

Major depresif bozukluk yaşam boyu prevalansı %13 olan yaygın bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütünün dünya çapındaki en acil sağlık problemleri listesinde major depresif bozukluk dördüncü sırada yer almaktadır. Dünya sağlık örgütü gelecek yüzyılda gelişmekte olan dünyadaki en önemli morbidite nedeninin depresyon olacağını bildirmektedir. Yaygın bir ruhsal bozukluk olması yanında yol açtığı yeti yitimi, yarattığı olumsuz sonuçlar nedeniyle tanı, tedavi ve koruyucu yaklaşımlar açısından önemi giderek artmaktadır. Eştanı çalışmalarında, major depresif bozukluğun %40-90'ında, eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine 6 ay içerisinde başvuran major depresif bozukluk tanısı alan hastalardaki psikiyatrik eştanılar ve sosyodemografik özelliklere dair veriler retrospektif dosya analizi ile incelenmiştir. Poliklinik dosyalarımızdan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslekleri hakkında veriler toplanmıştır. Ayrıca ilk muayenede major depresif bozukluk tanısı alan hastalara uygulanmış olan HAM-A(HADÖ) ve HAM-D(HDDÖ) testlerinin skorları ve varsa psikiyatrik eştanı kaydedilmiştir.

Bu çalışmada major depresif bozukluğu olanlarda eğitim düzeyinin düşük olduğu, major depresif bozukluğa en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu saptanmıştır. Depresif bozukluktaki komorbidite, epizodun süresini ve şiddetini, genel işlevselliği ve tedaviye yanıtı etkilemektedir. Bu nedenle depresif bozukluğun ve eşlik eden bozuklukların tanınması ve uygun tedavi protokolünün başlatılması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji, eştanı, major depresif bozukluk, sosyodemografik veriler

ABSTRACT

Comorbid Disorders in Patients with Major Depressive Disorder and Their Sociodemographical Aspects

Major depressive disorder, which has a lifetime prevalence of 13%, is a widespread illness. Major depressive disorder has the fourth place at World Health Organization's list of worldwide emergent health problems. World Health Organization reports that major depressive disorder will be the most common reason of morbidity in the next century. It has been reported in the comorbidity studies that there has been at least one psychiatric disorder occurring with major depressive disorder at a rate of 40-90%.

This thesis has investigated the psychiatric comorbidity and socio-demographic aspects of patients, who has been observed for six months and diagnosed as major depressive disorder, with retrospective file analysis. The information on age, sex, marital status, education level, and occupation of patients has been collected from these policlinic files. Moreover, test scores that have been obtained from HAM-A and HAM-D tests applied to those patients diagnosed as major depressive disorder, and psychiatric comorbidity have been recorded.

In this thesis, it has been reported that the education level of those who has been diagnosed as major depressive disorder is low, and the most frequent psychiatric disorder accompanying major depressive disorder is panic disorder. Comorbidity in depressive disorder affects the duration of depressive episode, functionality in general, and response to treatment. Hence, it is very important to notify major depressive disorder and its comorbid disorders and start appropriate treatment protocol.

Key Words: Comorbidity, epidemiology, major depressive disorder, socio-demographic data

GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon çökkün bir duygudurumun varlığı ve yaşamdan zevk alamama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır¹.

Major depresif bozukluk yaşam boyu prevalansı %13 olan yaygın bir hastalıktır². Major depresif bozukluk dünyada yaklaşık olarak 340 milyon insanı etkilemektedir³. Dünya sağlık örgütünün dünya çapındaki en acil sağlık problemleri listesinde major depresif bozukluk dördüncü sırada yer almaktadır⁴. Dünya sağlık örgütü gelecek yüzyılda gelişmekte olan dünyadaki en önemli morbidite nedeninin depresyon olacağını bildirmektedir⁵. Yaşamın her hangi bir anında beş kadından birini, on erkekten birini etkilemektedir⁴. Depresyonun koroner arter hastalığı, inme ve belki de kanser gelişiminde bağımsız bir risk faktörü olduğu yakın zamanda saptanmıştır⁵.

Depresyon, tüm dünyada yaygın olarak görülen, yüksek oranda kronikleşme, intihar ve yineleme riski taşıyan, iş gücü kaybı ve yeti yitimine neden olan bir ruhsal bozukluk olma özelliğiyle, yaşamsal bir nitelik kazanan bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaygın bir ruhsal bozukluk olması yanında yol açtığı yeti yitimi, yarattığı olumsuz sonuçlar nedeniyle tanı, tedavi ve koruyucu yaklaşımlar açısından önemi giderek artmaktadır⁶⁻⁸.

Eştanı çalışmalarında, major depresif bozukluğun %40-90'ında, eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, %20-50 oranında en az iki veya daha fazla bozukluğun eşlik ettiği bildirilmiştir⁹⁻¹².

Depresif bozukluktaki komorbidite, semptomatolojiyi, depresyonun yineleme riskini, epizodun süresini ve şiddetini, genel işlevselliği ve tedaviye yanıtı etkilemektedir. Bu nedenle depresif bozukluğun ve eşlik eden bozuklukların tanınması ve uygun tedavi protokolünün başlatılması çok önemlidir¹³.

GENEL BİLGİLER

Tarihçe

Antik çağlardan beri, depresyona dair kayıtlar bulunmaktadır. Günümüzde duygudurum bozuklukları olarak tanımlanan hastalıkların tariflerine pek çok eski kayıtlarda rastlanmaktadır. Eski Ahitte Kral Saul'un öyküsü bir depresif sendromu tanımlamaktadır ve benzer şekilde Homeros'un İlyada'sında Ajax'ın intiharının anlatıldığı bölümde de depresyon tariflenmektedir. İ.Ö 400 yıllarında Hipokrat, mental bozuklukları tarif etmek için mani ve melankoli kelimelerini kullanmıştır. İ.S 30 yılı civarında Romalı doktor Aulus Cornelius Celsus *De re medicina* başlığı altında topladığı kendi çalışmalarında yunanca kökenli melankoli kelimesini (*melan* ["kara"] ve *cholé* ["safra"]) siyah safranın sebep olduğu depresyon olarak tanımlamıştır. Bu kavram, daha sonraki yıllarda aralarında Arateus (120-180), Galen (ca.129-199) ve VI. Yüzyılda Tralles'li Alexander (Alexander of Tralles) tarafından da kullanılmaya devam edilmiştir. 12. yüzyılda Yahudi kökenli bir doktor ve filozof olan Moses Maimonides melankoliyi tamamen ayrı bir hastalık olarak kabul etmiştir. 1686'da Bonet *maniaco-melancholicus* olarak adlandırdığı bir hastalık tanımlamıştır.

1854 yılında Jules Falret *folie circulaire* olarak adlandırılan bir tablo tanımlamıştır. Bu tabloda hastalar depresyon ve mani arasında gidip gelmektedir. Aynı çağda, diğer bir Fransız psikiyatristi Jules G.F Baillarger, hastaların derin bir depresyonla beraber stuporu andıran bir duruma girdikleri ve bu durumdan bazen çıkabildikleri, *folie á double forme* olarak adlandırılan bir tablo tariflemiştir. 1882 yılında Alman psikiyatrist Karl Kahlbaum siklotimi terimini ilk olarak kullanmış ve mani ve depresyonun aynı hastalığın farklı evreleri olduğunu belirtmiştir¹⁴.

Epidemiyoloji

ABD'de yapılan alan çalışmalarında major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %3.5-5.8, son bir yıllık yaygınlık ise %2.6-6.2 arasında, yaşam boyu depresyon geliştirme riskinin erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olduğu bildirilmektedir^{15,16}. Türkiye'de yapılmış en geniş kapsamlı epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'ne göre de 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur¹⁷.

Sosyodemografik Özellikler

Depresyon kadınlarda iki kat daha fazladır^{18,19}. 18-44 yaşları arasında özellikle de 25 yaştan sonra daha fazladır. 45-65 yaşları arasında cinsiyet farklılığı azalmaktadır. 65 yaştan sonra kadınlar aleyhine olasılık yeniden artmaktadır. Hastaneye başvurular 40-60 yaş arası daha fazladır²⁰.

Risk Etkenleri

Depresyonun etyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda risk etkenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapının çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır²¹. Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri gibi gözükmemektedir²²⁻²⁴. 18-44 yaşları arasında olmak, işsiz ve bekar olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir^{25,26}.

Etyopatogenez

A. Biyolojik Etkenler

1. Nörotransmitter Sistemleri

Depresyonda da dahil olmak üzere ruhsal bozuklukların biyolojik düzeneklerine ilişkin kuramlarda en çok beyin nörotransmitter sistemleri üzerinde durulmaktadır. Nörotransmitterler santral sinir sistemi nöronları arasındaki iletişimi sağlayan moleküllerdir²⁷. Nörotransmitter aracılığıyla iki nöronun birbiriyle iletişim kurduğu özel bölgeye sinaps adı verilir. Sinaps bir sinir ucunun kendisine komşu bir diğer sinir hücresinin alıcı bölgesine değdiği özelleşmiş bir yapıdır. İletiyi getiren sinir sonlanmasında veziküllerde depolanan nörotransmitterler uyarı gelince sinaps boşluğuna salınarak, komşu sinir hücresinin başlangıç noktasında yer alan post sinatik reseptör adı verilen özelleşmiş yapılara bağlanarak iletişimi gerçekleştirirler. Ayrıca nörotransmitterler kendilerinin salındığı (iletiyi getiren) sinir sonlanmasındaki presinaptik (oto) reseptörlere de bağlanırlar. Bu bağlama ise sıklıkla nörotransmitter salınımını frenler. Sinaptik aralıktaki nörotransmitter, geri alım mekanizmasıyla tekrar sinir hücresi içine alınarak ve/veya kendilerine özel enzimlerle yıkılarak etkisi sona erdirilir.

Depresyonun psikofarmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar genellikle etkilerini aktardığımız bu sinaptik iletiyi değiştirerek gösterirler.

2. Depresyonun Monoaminerjik Kuramları

Son 30 yılda depresyonun biyolojik etyolojisiyle ilgili en önde gelen kuram monoaminerjik varsayımdır. Bu kurama göre depresyon bir veya daha fazla biyojenik aminin (özellikle serotonin, norepinefrin ve/veya dopamin) yetersizliğine bağlıdır²⁸.

2.1. Noradrenerjik Sistem ve Katekolamin Varsayımı

Noradrenerjik nöronlar beyinde daha çok nükleus lokus sereleusda toplanmışlardır, buradan hemen tüm beyne uzantılar gönderirler. Bu nöronların daha çok uyanıklık düzeyini belirlemede ve çevreyi taramada rolü olduğu kabul edilmektedir²⁹.

2.2 Depresyonun Katekolaminerjik Varsayımı

Schildkraut tarafından geliştirilen katekolamin varsayımına göre depresyonun bazı biçimleri beyinde işlevsel olarak önemli bazı adrenerjik reseptör bölgelerinde katekolamin (özellikle norepinefrin) eksikliğine bağlıdır³⁰. Katekolamin varsayımının bu ilk hali daha sonra eleştiriye uğramış ve depresyonun hipoadrenerjik bir durum olmaktan çok belki de hiperadrenerjik bir durum olduğu öne sürülmüştür. Bu yeni varsayıma göre azalmış norepinefrin varlığına bağlı olarak katekolamin reseptörlerine aşırı duyarlı hale gelmesi söz konusudur³¹

2.3 Serotonerjik Sistem ve İndolamin Varsayımı

Depresyonun serotonerjik varsayımına göre, serotonerjik işlevsellikte eksiklik depresyonun nedenidir³². Son yıllarda özellikle prefrontal bölgede disfonksiyonel 5-HT_{1A}, somotodentritik otoreseptörleri depresyondan sorumlu tutulmaktadır.

2.4 Serotonerjik-Adrenerjik Sistem Arasındaki Etkileşimler

Reseptör Düzeyinde Etkileşim

Serotonerjik nöronların hücre gövdeleri içinde yer alan α_1 adrenerjik reseptörlerin uyarılması serotonin salınımını artırır³³. Öte yandan, serotonerjik nöronların presinaptik bölgelerinde yer alan α_2 heteroreseptörlerin uyarılması serotonin salınımını azaltıcı etki gösterir³⁴.

Permissive Hipotez

Bu kurama göre merkezi serotonin transmisyonunda işlev azalması manik veya depresif bozukluk için zemin oluşturur. Bunun üzerine gelişen noradrenerjik işlev bozukluğu azalma tarzındaysa depresyon, artma tarzındaysa mani ortaya çıkar³¹.

Dopaminerjik Varsayım

Dopaminerjik varsayıma göre depresyon, dopaminerjik işlevde azalmaya bağlıdır³⁵.

2.5 Diğer Kuramlar

Adrenerjik-Kolinerjik Denge Varsayımı

Buna göre depresyon kolinerjik-adrenerjik sistem arasındaki dengenin bozulmasının sonucudur³⁶. Depresyon, merkezi sinir sisteminde kolinerjik etkinliğin norepinefrin etkinliğine göre, göreceli olarak artmış olmasının sonucudur³⁷.

Hipotalamik-Hipofizer-AdrenalAks Bozukluğu ve Monoaminler

Merkezi sinir sistemindeki noradrenerjik ve serotonerjik nöronlarda, glukokortikoid reseptörleri bulunur³⁸. Dinan tarafından ortaya atılan kurama göre, olumsuz yaşam olayları ve kayıplar gibi psikososyal gerilim etkenleri, kortizol aşırı salınımına ve merkezi sinir sistemi kortizol reseptörlerinde duyarlılık azalmasına yol açar. İşte bu durum, depresyonda görülen serotonerjik sistemde azalmış işlevselliğin nedenidir²⁹.

B. Psikososyal Etkenler

Yaşam Olayları

Anne ya da babanın 11 yaşından önce kaybı, daha sonra daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin çocuğunu ya da eşini kaybetmesi ise depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır³⁹.

Psikanalitik Kuram

Freud'a göre, yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları (sözgelimi kardeşinin daha çok sevildiğini düşünme), erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Erişkinlik yaşamında da gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleriyle karşılaşma depresyonu tetikler. Depresyona yatkın olan kişiler oral bağımlı kişilerdir ve sürekli bir narsistik doyum arayışı içindedirler. Sevgisiz

kalmaları, ilgiden yoksun kalmaları onları klinik olarak depresyona sokar. Gerçek bir kaybı yaşadıklarında da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler, içe alırlar ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler⁴⁰.

Nesne İlişkileri Kuramı

Melanie Klein, depresyonun etyolojisinde nesne ilişkileri üzerinde duran ilk analisttir. Normal olarak bebek zaman zaman nefret ettiği annesinin (engelleyen, “kötü” nesne) ve sevdiği annesinin (ödüllendiren, “iyi” nesne) bir ve aynı kişi (“bütün” nesne) olduğunu öğrenir. Böylece bu normal çocuk, tutarlı bir benlik algısının temeli olan “içsel iyi bir nesne” algısını geliştirir. Böyle bir çocuk, erişkin olunca ağır depresyonlar geliştirmeye eğilim göstermez. Ancak çocuk bu iki “parça nesne”yi (iyi ve kötü) bütünleştiremezse, yaşamının daha sonraki evrelerinde depresyon geliştirmeye yatkın olur. Klein’in adlandırışıyla “infantil depresif durum”u aşamamış olarak yaşar¹⁴.

Kognitif-Bilişsel Model

Kognitif-Bilişsel Modelin kurucularından Aaron Beck’e göre depresyon hastanın yaşam olaylarını bilişsel olarak yanlış yorumlamasından kaynaklanmaktadır. Bu modelin temel kavramı depresyon triadıdır:

1. Kendine olumsuz bir bakış “olaylar kötü çünkü ben kötüyüm”
2. Deneyimleri olumsuz yorumlama “Her şey her zaman kötü gitti”
3. Geleceğe kötü bakış “her şey kötü gitmeye devam edecek”³⁹.

C. Genetik

Aile ve genetik çalışmalarında; unipolar depresyonlu hastaların birinci derece yakınlarında genel popülasyona göre 3-4 kat sık MDB’a rastlanmıştır. Monozigot ikizlerde konkordans %40 iken, dizigotik ikizlerde konkordansın %11’e düşmesi de genetik yatkınlığı desteklemektedir. Duygudurum Bozuklukları olan ailelerde erkeklerde Alkol Kullanım Bozuklukları ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu yaygındır. Geç başlangıçlı duygudurum bozukluklarında ise kalıtım oranı düşüktür⁴¹. Genel olarak kabul edilen görüş, depresyonda genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen olduğudur⁴².

Klinik Görünüm

Depresyon, çökkün bir duygudurumun varlığı ve yaşamdan zevk almama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır¹.

MDB'nin en belirgin klinik özellikleri depresif duygudurum ve ilgi kaybı, zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınamıyor olmasıdır. Depresif duygudurumu olan hastalar, kendilerini hüzünlü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissederler⁴³. Klinisyen, hastanın postüründe, konuşmasında, yürümesinde, yüz şeklinde ve giyinmesinde melankolik dışavurumu gözleyebilir. Hastaların küçük bir kısmında "maskeli depresyon" gözlenebilir. Bu hastalarda belirgin depresif duygudurum gözlenmezken, sosyal içe çekilme ve azalmış aktivite gözlenebilir. Ergenler ve çocuklarda kliniğe hakim olan duygudurum sıklıkla irritabilitedir³⁹.

Depresyonlu hastaların büyük çoğunluğu; görevlerini eskisi gibi yapamama, enerji azlığı, yeni tasarılar oluşturmak için ilgi azlığından şikayetçidirler. Hoşa gitmeyecek olaylara karşı duyarlılıkları artmışken, keyif verici olaylara karşı ilgisizdirler. Gelecekte beklenenleri azalmıştır. Hastalar, sıklıkla günlük işlerini sürdüremezler. Özbakımlarına, hobilerine, cinsel ilişkiye karşı ilgisizdirler. İntihar düşünceleri ve tasarıları mevcuttur³⁹. Major depresif bozukluğun tanı kriterleri Tablo-1'de verilmiştir⁴⁴.

Hastaların büyük bir kısmında bazı somatik belirtiler vardır. Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji sıklıkla gözlenir. Hastalar parmağını kırıdatacak halleri olmadığından yakınır. Günlük aktivitelerini sürdürememelerini, çabucak yorulmalarına bağlarlar³⁹.

İştah artar veya azalır, kilo artması veya kaybı sık görülür. Kilo alımı, azalmış günlük aktiviteye bağlı da ortaya çıkabilir. Tat duyusu körleşir, yediklerinden zevk almazlar. Klinisyenler, özellikle 40 yaşın üzerinde olan, iştahsızlık, kilo kaybı ve depresif belirtilerle başvuran hastalardan onkolojik bir hastalığı dışlamak için mutlaka dahiliye konsültasyonu istemelidirler⁴³.

Uyku bozukluğu depresyonun kardinal bulgularından biridir. Gece boyunca çok sayıda uyanmalar ve özellikle sabahın erken saatlerinde uyanıp, tekrar uykuya dalmada güçlük tipiktir. Bu değişikliklerin evre 3 ve evre 4 uykuda azalma sonucu ortaya çıktığı gösterilmiştir. Gençlerde ve bipolar depresif bozuklukta hipersomnia sık görülür⁴³.

Tablo 1. Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

DSM-IV Tanı Kriterleri
<p>A) İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.</p> <p>Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.</p> <p>1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.</p> <p>2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarıncı gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).</p> <p>3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5' inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının artmış ya da azalmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.</p> <p>4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.</p> <p>5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da duygularının ağırlaştığının bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarıncı gözleniyor olması gerekir).</p> <p>6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.</p> <p>7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).</p> <p>8) Hemen her gün, düşünme yada düşüncelerinin belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir).</p> <p>9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.</p> <p>B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p> <p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>E. Bu semptomlar Yas' la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>

Psikomotor aktivitede değişiklikler sık görülür. Psikomotor ajitasyon daha az görülür. Klinikte konuşmanın hızlanması, ellerini masaya vurma, saç yolma gibi hareketlerle gözlenebilir. Daha sık gözlenen psikomotor retardasyondur. Yavaşlama hem hareketlerde hem de düşünme hızında görülür. Son çalışmalar bu yavaşlığın subkortikal bölgelerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Spontan hareketler azalır, postür öne doğru eğilir, konuşma akışı yavaşlar, ses tonu kısılır, konuşma monotonlaşır, zamanın durduğu ya da yavaşladığı düşünülür, sıklıkla hoşla gitmeyen konularda ruminatif tarzda düşünme sık görülür. Yaşlı hastalarda bu yavaşlık demansla karışabilir ve “pseudodemans” olarak adlandırılır. Genç hastalarda da retardasyon çok şiddetlenerek beslenme gibi temel biyolojik ihtiyaçlarını bile karşılamayacakları stuporöz bir tabloya dönüşebilir⁴³.

Major Depresif Bozuklukta Psikiyatrik Eştanılar

İlk kez Feinstein tarafından 1970’lerde ortaya atılan komorbidite kavramı aynı anda birden fazla hastalığın bir arada bulunması olarak tanımlanır⁴⁵. Ruhsal Bozuklukların tanı, gidiş ve tedavisi ile ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına doğrudan etkisi nedeniyle eştanı (komorbidite), psikiyatrik araştırma ve klinik uygulamalarda giderek önem kazanmaktadır. Eşzamanlı ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar psikopatoloji, sınıflandırma sistemleri ve belirti örüntüleri açısından yanıt bekleyen soruları gündeme getirmiştir⁴⁶.

Temel tanısı depresyon olan hastaların çoğu depresyon dışında anksiyeteye ilişkili belirtiler göstermektedirler⁴⁷. DSM III-R’de duygudurum ve anksiyete bozukluklarına ilişkin hiyerarşik dışlama kurallarındaki son değişikliklerin büyük bölümü anksiyete ve depresyon arasındaki eş hastalanmanın kabul edilmesinden kaynaklanmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalarda olduğu gibi, genel uygulamada da hastaların çok sık olarak anksiyete ve depresyonla belirli karışık sendromlar gösterdikleri saptanmıştır⁴⁸.

Son epidemiyolojik çalışmalar tanısal düzeyde anksiyete ile depresyon arasında belirgin bir çakışma olduğunu göstermektedir. Örtüşen belirti ve bulguların olması, ayırıcı tanıyı güçleştirmekte ve sağaltım planını karmaşıklaştırmaktadır⁴⁹⁻⁵¹.

Son 25 yılda yapılan tartışmalar sonucunda anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin doğasıyla ilgili üç varsayım ileri sürülmüştür⁵².

- Anksiyete ve depresyon niceliksel olarak birbirinden farklıdır, aynı çizgi üzerinde yer alır.
- Anksiyete ve depresyon nitelik olarak birbirinden farklıdır.
- Anksiyete ve depresyon birlikte bulunabilir. Bu durum, saf depresyon veya anksiyeteden niceliksel ya da niteliksel olarak farklıdır.

Birinci varsayım üniter modeli, ikinci varsayım kategorik modeli, üçüncü varsayım ise anksiyeteli depresif durumu temsil etmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşmelere dayanan araştırmalar çoğunlukla anksiyete ile depresyon arasında bir ilişki ya da eş hastalanmanın olduğuna ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Burada kesitsel eş hastalanma ile uzunlamasına eş hastalanma arasında yani iki farklı sendromun eşzamanlı ortaya çıkışı ile birbiri ardı sıra ortaya çıkışı arasında bir ayırım yapılabilir. Bazı çalışmalar üniter modeli desteklerken bazıları depresyon ve anksiyetenin bazı ortak belirtilere sahip olmalarına karşın iki ayrı sendrom olduğunu ileri sürmektedir.

Literatürde anksiyete ve depresyon sendromlarının bir arada bulunduğu duygulanım bozukluklarının sınıflandırılmasına ilişkin bir karışıklık söz konusudur. Günümüzde birçok psikiyatristin karışık anksiyete ve depresyon sınıflandırmasını kullanması ya da atipik depresyon gibi adlandırmalar yapması bu karışıklığın bir kanıtı olarak kabul edilebilir. Eş tanı aynı bireyde iki farklı tanımlanmış bozukluğun eş zamanlı olarak görülmesi halidir. Belirtilerin aynı anda görülmesi birlikte meydana gelme olarak kabul edilirken eş hastalanma ise iki ayrı sendromun aynı anda yer almasıdır^{53,54}.

Eş hastalanma durumlarında, birincil ve ikincil hastalıkların tanımlanması için üç yaklaşımdan söz edilmektedir. Birincil hastalık ya zamanlama açısından önce ortaya çıkan, ya kendinden hemen sonra gelen hastalığa zemin hazırlayan-neden olan, ya da önde gelen belirtileri kendinde toplayan hastalık olarak tanımlanabilir⁴⁶. Klinik uygulamada gerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde, gerekse psikiyatri başvurularında, anksiyete ve depresyon belirtilerini çeşitli şiddette birlikte rastlanmaktadır. Sıklıkla anksiyete ya da depresyondan biri bozukluk düzeyinde bulunurken diğeri de belirti düzeyinde bu bozukluğun içinde yer alabilmektedir. Örneğin depresyon, panik bozukluğun başlangıcında ortaya çıkabilir, anksiyete bozukluklarının gidişinde, bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilir, veya bir yaşam olayının ardından başlayıp anksiyete bozukluğu gelişmeden düzelebilir. Bunun gibi unipolar depresyonun

başlangıç döneminde anksiyete bozukluğu görülebilmektedir^{55,56}. Depresif bozukluklarda anksiyete belirtilerinin %95-100 gibi yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmektedir. Depresyonun her alt tipinde de görülebilen bu belirtiler daha çok anksiyetenin psikolojik ve zaman zaman somatik belirtilerini kapsamaktadır⁵⁷⁻⁵⁹. Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda belirtisel ya da tanı düzeyinde anksiyete varlığının depresyon şiddetini arttırdığı saptanmıştır⁶⁰⁻⁶³.

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanısı herhangi bir fiziksel bulgudan ya da laboratuvar bulgusundan çok klinik belirti ve bulguların varlığına dayanmaktadır. Bununla birlikte çeşitli biyolojik belirteçler halen araştırma düzeyinde olmalarına rağmen gelecek için umut vermektedirler^{64,65}. Dekametazon supresyon testi (DST) psikiyatride en çok kullanılan biyolojik belirteçtir. DST'de kortizolün baskılanmaması, depresyon tanısı için destekleyici bir durum belirteçidir^{66,67}. Kara ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri bir çalışmada, karışık anksiyete ve depresyonlu olgular, saf major depresyonlu olgularla karşılaştırılmış ve aralarında DST sonuçları yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır⁶⁸. Karışık anksiyete ve depresyonun, saf major depresyondan farklı bir tanı kategorisi olduğu varsayımı desteklenmemiş, ancak karışık anksiyete ve depresyonlu olgularda HPA aktivitesinin görece daha yüksek olduğu belirtilmiştir⁶⁹.

Anksiyete Bozuklukları

Panik Bozukluğu

Panik bozuklukta kendiliğinden gelişen panik ataklarla birlikte en az bir ay boyunca kesintisiz süren yeni bir atak geçirme kaygısı, panik atağın sonuçları konusundaki endişe ya da panik atak başlatacak durumlardan kaçınma söz konusudur. Bu kaygı ve kaçınma davranışının işlevsel bozukluğa yol açması gerekir. Panik bozukluk mali, sosyal ve mesleki açıdan depresyondakine benzer düzeyde bozulmaya yol açabilir⁷⁰.

Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu

Genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB), altı ay ya da daha uzun süreli aşırı kaygı olarak tanımlanır. Kaygı değişik alanlarda ortaya çıkar; panik atak ya da sosyal etkileşim korkusundan kaynaklanmaz, kontrol edilmesi güç olarak tanımlanır ve her gün belirgin strese yol açar. GAB'nin özelliği olan ve belirli durumlara bağlı olmayan anksiyete (free floating anxiety) ile uyarıcı intoksikasyonu ve alkol, sedatif-hipnotik ve opiat yoksunluğu arasında belirgin

çakışma söz konusudur. Madde kötüye kullanan pek çok kişi, GAB ile uyumlu anksiyete belirtileri bildirirse de adı geçen belirtilerin etyolojisini saptama güçlüğünden ötürü, GAB için tanı ölçütleri karşılanmayabilir. Chambless ve arkadaşları alkoliklerde GAB belirtilerinin alkol yoksunluğunun etkilerinden ayırt edilemediğini bildirmişlerdir⁷¹. Benzodiazepin sedatif-hipnotik ya da opiat gibi maddelerin yoksunluğu da, tanıda benzer sorunlara yol açar.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar, yeni kişilerle karşılaşma ya da başkaları tarafından izlenme-gözlenme olasılığı bulunan durumlarda belirgin ve direngen (persistant) korku duygusu yaşarlar. Utandırılma ya da olumsuz eleştirilme korkusu hastalığın temel özelliğidir. Bu korku genellikle kaçınma davranışına akademik, mesleki ya da sosyal işlevlerde bozulmaya yol açar⁷⁰.

Saplantı-Zorlantı Bozukluğu

Saplantı-zorlantı bozukluğunun temel özelliği saplantılı düşünceler ve zorlantılı davranışlardır. Saplantılar yineleyen ve inatçı düşünce, fikir, görüntü, ya da uyarılardır; saplantılar zorlayıcı ve anlamsız deneyimler olarak yaşanır. Zorlantılar ise belirli kurallara uygun olarak ya da stereotipik biçimde tekrarlanan amaçlı davranışlardır⁷⁰.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) madde kullanım bozukluğu olan kişilerde en yaygın anksiyete bozuklukları arasındadır. NCS çalışmasında TSSB'li erkek ve kadınlarda madde kullanım bozukluğu için olasılık oranı 2-3 ve 2.5-4.5 oranında bulunmuştur⁷².

YÖNTEM

Hasta Grubu: Fakültemiz etik kurulundan onay alınarak, bu çalışmada 01.03.2003 – 01.09.2003 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-IV⁴⁴ kriterlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID)⁷³ ile “Major depresif bozukluk; “tek epizod” veya “Major depresif bozukluk; yineleyici” tanısı alan tüm hastaların dosyaları geriye dönük şekilde incelenmiştir.

Gereçler: Poliklinik dosyalarımızdan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslekleri hakkında veriler toplanmıştır. Ayrıca ilk muayenede major depresif bozukluk tanısı alan hastalara uygulanmış olan HAM-A ve HAM-D testlerinin skorları ve varsa psikiyatrik eştanı kaydedilmiştir.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ): Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır ama tanı koydurmaz. Klinisyen tarafından depresif belirtileri olan kişilere uygulanır. Sorular yapılandırılmıştır. Bu ölçek M. Hamilton tarafından geliştirilip onun gözleminde Williams tarafından yapılandırılmış hale getirilmiştir⁷⁴. Bu araştırmada 17 maddelik form kullanılmıştır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır⁷⁵.

Test-tekrar test korelasyonu .85'tir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri .75, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı .76'dır. Testin 17 soruluk versiyonu kullanılmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 53' tür. Major Depresif Bozukluk tanısı almış olan hastalar için depresyon şiddeti HDDÖ skoruna göre; 14-27 arasındaysa hafif, 28-41 arasında orta ve 42-53 arasında şiddetli olarak yorumlanır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği: Anksiyete şiddetini değerlendirir. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır ama tanı koydurmaz. Klinisyen tarafından anksiyete belirtileri olan kişilere uygulanır. Bu ölçek M. Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Sorular yapılandırılmıştır. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998'de Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Anksiyete şiddeti, ölçek skoru 18-24'se hafif, 25-30'sa orta ve 30'un üstündeyse şiddetli olarak sınıflandırılır^{76,77}.

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin istatistikleri, SSPS 11.5 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bütün verilerin tanıtıcı istatistikleri

yapılmıştır. Sadece depresyonu olanlarda ve depresyonun eşlik ettiği diğer klinik tabloları sergileyen hastalarda anksiyete şiddetinin artıp artmadığını kontrol etmek amacıyla, Ki-Kare metodu istatistiksel değerlendirme amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca depresyon şiddetinin sadece depresyonu olanlar ve depresyonun eşlik ettiği diğer rahatsızlıkları bulunanlarda artıp artmadığının değerlendirilmesi için de Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Sadece depresyonu olanlar ve depresyonun eşlik ettiği diğer rahatsızlıkları bulunanlar arasında, kadın ve erkekler arasında; Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete ölçeklerinin skorları bakımından bir farklılık olup olmadığını araştırmak için Student-T testi uygulanmıştır. Farklı eğitim durumlarına sahip hasta grupları arasında Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete ölçeklerinin skorları arasında farklılık olup olmadığını araştırmak için Oneway-Anova testi yapılmış ve arkasından Post-Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışma sırasında 64 erkek (%20), 247 kadın (%80) olmak üzere toplam 311 hasta dosyası tarandı. Çalışmaya alınan hasta grubunun yaş ortalaması 36.09'du (15-80). Erkek hastaların ortalama yaşı 36.91 (17-75), kadın hastaların ortalama yaşı ise 35.91'di (15-80). Hastaların 80'i bekar, 199'u evli, 6'sı boşanmış ve 26'sı duldu. Çalışmaya alınan hastaların 9 tanesi okur-yazar değildi. 98 tanesi ilköğretim mezunuydu. 113 tanesi lise mezunu, 88 tanesi ise üniversite mezunuydu. Çalışmaya dahil edilen hastaların 16 tanesi işsiz, 130'u ev hanımı, 63'ü memur, 36'sı emekli, 45'i öğrenci, 8'i işçi, 1'i asker, 2'si öğretmen, 10 tanesi serbest meslek sahibiydi.

Çalışmaya katılan hastaların 251 tanesinde (%80.7) sadece major depresif bozukluk mevcuttu. 60 tanesinde (%19.3) ise eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktaydı. Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların 17'si (%5.5) obsesif kompulsif bozukluk, 15'i (%4.8) genelleşmiş anksiyete bozukluğu, 9'u (%2.9) panik bozukluk, 4'ü (%1.3) somatizasyon bozukluğu, 2'si (%0.6) hezeyanlı bozukluk, 1'i (%0.3) sosyal fobi, 6'sı (%1.9) konversiyon bozukluğu, 1'i (%0.3) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, 2'si (%0.6) alkol bağımlılığı, 1'i (%0.3) alkol kötüye kullanımı, 1'i (%0.3) anoreksia nervroza, 1'i (%0.3) kısa psikotik bozukluktu. Tablo 2'de major depresif bozukluk ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların hasta grubu içersindeki sayı ve yüzde oranları görülmektedir.

48 erkek, 213 kadın hastanın sadece major depresif bozukluğu bulunmaktaydı. 16 erkek, 44 kadın hastanın ise depresyona eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlığı vardı. Sadece major depresif bozukluğu bulunan hastaların 48 (%19.1)'i erkek, 203 (%80.9)'ü kadındı. Depresyona eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlığı olanların 16 (%26,7)'sı erkek, 44 (%73,3)'ü kadındı.

Sadece major depresif bozukluğu olanları %25.1'i bekar, %65.3'ü evli, %1.2'si boşanmış ve %8.4'ü duldu. Eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastaların %28.3'ü bekar, %58.3'ü evli, %5.0'i boşanmış ve %8.3'ü duldu.

Tablo 2. Major Depresif Bozukluk ve Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozuklukların Hasta Grubu İçerisindeki Sayı ve Yüzde Oranları

	Frekans	Yüzde
Major Depresif Bozukluk	251	80,7
OKB+MDB	17	5,5
YAB+MDB	15	4,8
Panik Bozukluk	9	2,9
Somatizasyon Bzk.+MDB	4	1,3
Hezeyanlı Bzk.+MDB	2	0,6
Sosyal Fobi+MDB	1	0,3
Konversiyon Bzk.+MDB	6	1,9
BTA Anksiyete Bzk.+MDB	1	0,3
Alkol Bağımlılığı	2	0,6
Alkol Kötüye Kullanımı	1	0,3
Anoreksiye Nevroza	1	0,3
Kısa Psikotik Bozukluk	1	0,3
Toplam	311	100

Okur-yazar olmayan gruptan 4 tanesinde sadece depresyon mevcuttu (%44.4). Depresyona eşlik eden psikiyatrik hastalığı bulunanların sayısı ise 5'ti (%55.6). İlköğretim mezunu olanlar arasında 75 kişide sadece depresyon (%76.5), 23 kişide ise major depresif bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk mevcuttu(%23.5). Lise mezunu olanların 96'sında (%85.0) sadece major depresif bozukluk, 17'sinde ise (%15.0 eşlik eden bir psikiyatrik hastalık bulunmaktaydı. Üniversite mezunu olan 88 kişiden 74'ünde (%84.1) sadece major depresif bozukluk, 14'ünde (%15.9) eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktaydı. Okur-yazar olmayan 3 kişiden 2 tanesinde (%66.6) major depresif bozukluk, kalan bir tanesinde ise (%33.3) major depresif bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmaktaydı. Sadece major depresif bozukluğu olanların %1.6'sı okur-yazar değildi, %0.8'i okur-yazar, %29.9'u ilköğretim mezunu, %38.8'i lise, %29.5'i üniversite mezunuydu.

Depresyona eşlik eden bir psikiyatrik bozukluğu bulunanların %8.3'ü okur-yazar değildi,%1.7'si okur-yazardı, %38.3'ü ilköğretim, %28.3'ü lise,

%23.3'ü üniversite mezunuydu. Erkek hastaların 13'ü ilköğretim (%20.3), 27'si lise (%42.2), 24'ü üniversite mezunuydu(%37.5). Erkek hastalar arasında hiç okula gitmemiş kimse yoktu. Kadın hastaların 9 tanesi (%3.6) okur-yazar değildi, 3 tanesi (%1.2) okur-yazardı, 85 tanesi (%34.4) ilköğretim, 86'sı (%34.8) lise, 64'ü (%25.9) üniversite mezunuydu.

Sadece major depresif bozukluğu bulunanların %4.8'i işsiz, %41.8'i ev hanımı, %21.9'u memur, %12.0'si emekli, %14.7'si öğrenci, %1.6'sı işçi, %0.4'ü asker, %0.4'ü öğretmen, %2.4'ü ise serbest meslek sahibiydi. Depresyona eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığı bulunanların %6.7'si işsiz, %41.7'si ev hanımı, %13.3'ü memur, %10.0'u emekli, %13.3'ü öğrenci, %6.7'si işçi, %1.7'si öğretmen ve %6.7.'si serbest meslek sahibiydi.

Sadece major depresif bozukluğu olanların 120'sinde (%47.8) hafif, 52'sinde (%20.7) orta, 12'sinde (4.8) şiddetli anksiyete semptomları bulunmaktaydı. Major depresif bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığı bulunanların 23'ünde (%38.3) hafif, 25'inde (%41.7) orta, 5'inde (%8.3) şiddetli anksiyete semptomları bulunmaktaydı. Grupların anksiyete şiddetleri tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3. Anksiyete Şiddeti

		Anksiyete Şiddeti				Toplam
		0	1	2	3	
MDB	Sayı	67	120	52	12	251
	Yatay grup içindeki oran	26,70%	47,80%	20,70%	4,80%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	90,50%	83,90%	67,50%	70,60%	80,70%
MDB+Eştanı	Sayı	7	23	25	5	60
	Yatay grup içindeki oran	11,70%	38,30%	41,70%	8,30%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	9,50%	16,10%	32,50%	29,40%	19,30%
Toplam	Sayı	74	143	77	17	311
	Yatay grup içindeki oran	23,80%	46,00%	24,80%	5,50%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sadece major depresif bozukluğu bulunan hastaların HDDÖ'ye göre depresyon şiddeti; 234'ünde (%93.2) hafif derecede, 17'sinde (%6.8) orta derecedeydi. Eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olanların ise 57'sinde

(%95.0) hafif, 3'ünde (%5.0) orta şiddette depresif semptomları mevcuttu. Grupların depresyon şiddeti tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Depresyon Şiddeti

		Şiddet		Toplam
		Hafif	Orta	
MDB	Sayı	234	17	251
	Yatay grup içindeki oran	93,20%	6,80%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	80,40%	85,00%	80,70%
MDB+Eştanı	Sayı	57	3	60
	Yatay grup içindeki oran	95,00%	5,00%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	19,60%	15,00%	19,30%
Toplam	Sayı	291	20	311
	Yatay grup içindeki oran	93,60%	6,40%	100,00%
	Dikey Grup içindeki oran	100,00%	100,00%	100,00%

Sadece MDB olanların ortalama HDDÖ puanları ortalama 19,4±4,8, MDB'a eşlik edenlerin HDDÖ puanları 18,8 ±4,5 idi(Tablo 5). İki grup arasındaki fark anlamlı değildi(P=0.395). Sadece MDB olanların ortalama HADÖ puanları ortalama 21,1±5,7, MDB'a eşlik edenlerin HADÖ puanları 23,9±5,2 idi. İki grup arasındaki fark anlamlıydı(P=0.000).

Tablo 5. HDDÖ ve HADÖ Puanları

		Grup İstatistiği			
		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Hamilton Depresyon Skoru	MDB	251	19,3984	4,8009	0,30303
	MDB+Eştanılar	60	18,8167	4,52298	0,58391
Hamilton Anksiyete Skoru	MDB	251	21,0757	5,69967	0,35976
	MDB+Eştanılar	60	23,9667	5,20093	0,67144

Eğitim grupları arasındaki HDDÖ ve HADÖ puanları tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Eğitim Gruplarının HDDÖ ve HADÖ Puanları

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata
Hamilton Depresyon Skoru	okur yazar değil	9	19,1111	3,29563	1,09854
	ilköğretim	98	20,2143	4,88897	0,49386
	lise	113	19,4071	4,93826	0,46455
	üniversite	88	17,9773	4,23173	0,4511
	okur yazar	3	23,3333	1,52753	0,88192
	Toplam	311	19,2862	4,747	0,26918
Hamilton Anksiyete Skoru	okur yazar değil	9	23	4,3589	1,45297
	ilköğretim	98	23,2551	5,4966	0,55524
	lise	113	20,8319	5,46074	0,5137
	üniversite	88	20,5227	6,01335	0,64103
	okur yazar	3	27,3333	0,57735	0,33333
	Toplam	311	21,6334	5,71422	0,32402

TARTIŞMA

Depresyon çökkün bir duygudurumun varlığı ve yaşamdan zevk alamama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır¹.

Major depresif bozukluk yaşam boyu prevalansı %13 olan yaygın bir hastalıktır². Major depresif bozukluk dünyada yaklaşık olarak 340 milyon insanı etkilemektedir³. Dünya sağlık örgütünün dünya çapındaki en acil sağlık problemleri listesinde major depresif bozukluk dördüncü sırada yer almaktadır⁴. Dünya sağlık örgütü gelecek yüzyılda gelişmekte olan dünyadaki en önemli morbidite nedeninin depresyon olacağını bildirmektedir⁵. Yaşamın her hangi bir anında beş kadından birini, on erkekten birini etkilemektedir⁴. Depresyonun koroner arter hastalığı, inme ve belki de kanser gelişiminde bağımsız bir risk faktörü olduğu yakın zamanda saptanmıştır⁵. Cinsiyet, depresyon gelişiminde risk etkenlerinden biridir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır^{78,79}. Depresyon hemen bütün toplumlarda, kadınlarda daha sık görülmektedir⁸⁰. Bu çalışmada da depresyonu olan hastalarda kadınların sayısı erkeklerin sayısından fazlaydı.

Ayrıca kadınlarda gebelik, doğum, premenstrüel dönem gibi biyolojik ve psikolojik olarak depresyona yatkınlık yaratan ek özelliklerin olduğu da belirtilmektedir⁸¹. Kadınlarda depresyon yaygınlığının daha yüksek olmasını açıklamay çalışan bir diğer hipotez erkeklerin alkol kullanımı gibi başa çıkma ya da değişik eyleme vuruk davranışları sergilemeleri, kadınların ise bu olanakları kullanamamaları nedeniyle benzer stresörler karşısında daha yaygın ve yoğun ruhsal belirti oluşturmaları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir^{82,83}. Diğer bir açıklama da hormonal nedenler ve geleneksel kadın rolü ile ilgilidir. 18-44 yaşlar arasında olmak düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak depresyon için diğer risk etkenleridir⁸⁴. Bu çalışmada da ortalama yaş 36.1±12.9 idi.

Evliliğin kadınlarda depresyona duyarlılığı arttırdığı ileri sürülmektedir. Evlilikteki ayrılma stresi ya da boşanma, depresyon olasılığını arttırmaktadır²⁰. Bu çalışmada da, gözlenen hastaların içinde evli bayanların sayısı fazlaydı. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda depresyon riski artmaktadır. Bu olguların tedaviye yanıt olasılıkları da düşüktür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda belirti süresi daha uzun olmaktadır. Bu, olasılıkla tedavi

hizmetini almakla ilgili eksiklikten kaynaklanmaktadır²⁰. Çalışmamızda eğitim grupları arasında Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Ölçek puanlarının ortalamasının eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eştanı çalışmalarında, major depresif bozukluğun %40-90'ında, eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, %20-50 oranında en az iki veya daha fazla bozukluğun eşlik ettiği bildirilmiştir⁹⁻¹². En sık görülen eştanıların distimi ve anksiyete bozuklukları (%30-80) olduğu bildirilmektedir^{10,11,85}.Münich Grubu tarafından 7 yıl sürdürülen izleme çalışmasında psikiyatride yatarak tedavi edilmiş 218 hasta ile genel nüfustan 1366 erişkin incelenmiş, major depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbidite sıklığı psikiyatrik hastalarda %67.8, genel nüfustaki örnekleme ise %44.4 olarak bulunmuştur⁴⁶. Murphey bu oranı %79⁸⁶, Sanderson %41,6⁴⁷, Levitt ve arkadaşları %10⁸⁷ olarak ve Fava ve arkadaşları⁸⁸ bu oranı %50.6 olarak bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada Ankara Gölbaşında sağlık ocağına başvuranlar arasında depresyon tanısı almış olanların %6.8'i bir anksiyete tanısı bozukluğu tanısı almıştır⁴⁶. Bu çalışmada, major depresif bozukluğa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların oranı %19.3 olarak saptanmıştır. Bu düşüklüğün sebebi hasta dosyalarındaki ilk muayene bulgularının dikkate alınması olabilir. İlk muayenede eştanılar dikkat çekmemiş olabilir. Major depresif bozukluğa eşlik eden anksiyete bozukluklarının oranı ise %13.8'e tekabül etmekte, bu da major depresif bozukluğa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yaklaşık %72'sinin anksiyete bozuklukları olduğunu göstermektedir ve bu sonuçlar daha önceki çalışma verileriyle uyumludur.

Bu çalışmada, major depresif bozukluğa eşlik eden en sık anksiyete bozuklukları, sıklık sırasına göre OKB, YAB, panik bozukluk, sosyal fobi, BTA anksiyete bozukluğu olarak gözlenmiştir. Bunun aksine, Lydiard ve Marshall major depresif bozuklukla birlikte seyreden en sık anksiyete bozukluğunu panik bozukluk olarak rapor etmişlerdir^{49,89}. Öte yandan Fava ve arkadaşları major depresif bozukluğa eşlik eden anksiyete bozuklukları arasında sosyal fobi görülme oranını %27, basit fobi görülme oranını %16.9, panik bozukluğu görülme oranını %14.5, YAB görülme oranını %10.6, OKB görülme oranını %6.5, ve agorafobi görülme oranını %5.5 şeklinde saptamışlardır⁸⁸. Ankara Gölbaşında sağlık ocağına başvuran ve depresyona eşlik eden bir anksiyete

bozukluğu olanlarda görülen eştanılar sırasıyla; yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi olarak bildirilmiştir⁴⁶. Samancı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada major depresif bozukluğa eşlik eden anksiyete bozuklukları arasında en sık görülen bozukluğun panik bozukluk olduğunu bildirmişlerdir⁶⁹. Oranların farklı çıkmasının sebebi, tanı kategorilerinin sürekli değişikliğe uğraması, belirtilerin hekim ve hastalar tarafından farklı değerlendirilmesi nedeniyle olabilir. Ayrıca, bu farklılığın nedeni, bu çalışmada ilk psikiyatrik görüşme sonrasında konulan tanılarının çalışmaya alınması nedeniyle olabileceği de göz önünde tutulmalıdır.

Hamilton Anksiyete ölçek puanları incelendiğinde, sadece depresyon ve depresyona eşlik eden psikiyatrik hastalıkların bulunduğu grup arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Major depresif bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu grupta Hamilton Anksiyete ölçek puanları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Eşlik eden hastalıkların %72'sinin anksiyete bozuklukları olduğu göz önüne alındığında bu yükseklik açıklanabilir.

Bir anksiyete bozukluğu ve major depresyon bozukluğunun eş zamanlı görüldüğü olgularda semptom sıklığı ve şiddeti daha fazla, psikiyatrik ve genel sağlık hizmetlerine başvuru oranı daha yüksek, süregenleşme oranı daha fazla, intihar girişimleri daha sık, tedaviye yanıt oranı daha düşüktür⁴⁶. Bu çalışmada, sadece major depresif bozukluğu olanlar ve major depresif bozukluğa eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olanlarda Hamilton Depresyon ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bunun nedeni, major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının semptomlarının benzeşmesi ve bu durumun ayırıcı tanıda zorluğa neden olması olarak gösterilebilir. Anksiyete bozukluğu ile depresyonu ayırt ederken önde gelen duygudurumun anksiyöz yada depresif olması, uyku bozukluğunun anksiyete bozukluklarında uykuya dalma depresyonda sabah erken uyanma biçimindeki uyku bozukluğunun şekli, psikomotor belirtiler, başlangıç yaşı göz önüne alınmalıdır⁴⁶. Ayrıca çalışmamızdaki depresyon hastalarına poliklinikten ulaşıldığı için ayaktan izlenen ve daha hafif düzeyde depresyonu olan bir hasta grubudur. Bunun bir nedeni Hamilton Anksiyete ölçeğinin daha çok bedensel yakınmaları değerlendiren sorular içermesidir. Ülkemizde major depresif bozukluğun seyri sırasında bedensel yakınmalar sık görülür⁹⁰. Ruhsal sıkıntı, bedensel belirtiler şeklinde yaşanmakta ve ifade edilmektedir. Sıkıntının ifadesi

ruhsal yoldan çok bedensel yolla olmaktadır. Depresyon ve bunaltının şiddetinin artmasının bedenselleştirme belirtilerini arttırması beklenir.

Depresyonun şiddeti arttıkça bedenselleştirme belirtilerinin de artması depresyon ve bunaltı bozukluklarının birinci basamak hizmetlerinde daha az tanınmasında önemli rol oynayabilir⁹⁰.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak major depresif bozukluk, temel sağlık hizmetlerindeki yaygınlığı kadar sonuçlarıyla da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Neden olduğu yeti yitimi ile işgücü kaybı, ve yüksek sağlık harcamaları ülke ekonomilerine büyük yük getirir^{91,92}. Depresyonu olanlarda, olmayanlara göre beş kat daha fazla yeti yitimi bulunmaktadır⁹¹. Depresyonu olan olguların tanınmaları gibi tedavi edilme oranları da oldukça düşüktür. Araştırmalar, hastaların ancak dörtte birine tedavi verildiğini bildirmektedir⁹³.

Temel sağlık hizmetlerinde depresyonun yeterince tanınarak tedavi edilebilmesi için ilk adım, temel sağlık hizmetlerinde yer alan doktorlara depresyonun yaygınlığı, risk faktörleri, ve doğasıyla ilgili bilgiler vermek olmalıdır.

Anksiyeteli ve depresif bozuklukların eşzamanlı olarak görüldüğü durumlarda tedaviye yanıt oranı daha düşük, yeti yitimi ve süregenleşme eğilimi daha fazla, sağlık hizmetlerine başvuru oranı daha yüksektir.

Bu bozukluklara yatkınlık yaratan ve tedaviye yanıtı değiştiren etkenlerin ve klinik gidişin incelendiğı uzunlamasına çalışmaların yapılmasıyla anksiyeteli ve depresif sendromların net sınırları olan farklı bozukluklar olup olmadığına, anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların aslında tek bir bozukluk spektrumunun farklı uçlarında yer alıp almadıklarına ya da aralarında bir neden sonuç ilişkisi olup olmadığına dair sorulara yanıt aranabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7. Baskı, Ankara; Medikomat Basım Yayın, 1997; 223-261.
2. Pasic J, Wayne CL, Sullivan MD. Cytokines in Depression and Heart Failure. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65:181-193.
3. Escobar JI, Giomez J, Tuason VB. Depressive Phenomenology in North and South American Patient. *Am. J. Psychiatry* 1983;140: 47-51.
4. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BM, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 1284-98.
5. Nemeroff C. Affective Disorders. *Neuropsychopharmacology*. In: Davis L.K, Charney D, Coyle J.T, Nemeroff C, eds. *American Collage of Neuropsychopharmacology*, third ed. 2002: 1007-9.
6. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology. In: ES Paykel eds: *Handbook of Affective Disorders*. 1st ed. Edinburg-London, Churchill Livingstone, 1982;109-125.
7. Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clin Neuropharmacol* 1989;12(suppl. 2):1-12.
8. Küey L. Epidemiological Aspects of Depressive Disorders In Turkey: An Update Review Of Community Surveys. XIII. Dünya Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde bildiri, Yeni Delhi, Hindistan, 1992.
9. Birmaher B, Ryan ND, Williamson D et al. Childhood and Adolescent Depression. A review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-1439.
10. Goodyer IM, Herbert J, Secher S, Pearson. Short-Term Outcome of Major Depression, I: Comorbidity and Severity at Presentation As Predictors Of Persistent Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:179-187.
11. Kovacs M. Presentation and Course of Major Depressive Disorder During Childhood and Later Years Of The Lifespan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:705-715.

12. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comorbidity of Unipolar Depression II: Comorbidity with Mental Disorders in Adolescents and Adults. *J Abnorm Psychiatry* 1991;100:214-222.
13. Erdoğan İ, Tamar M. Çocuk Ve Ergenlerdeki Major Depresif Bozukluğa Eşlik Eden Tanıların Dağılım ve Sıklığının Araştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2002;(2-3):100-10.
14. Kaplan HI. Mood Disorders: History, Overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 8th ed. 1998; 524-538.
15. Kendler KS, Prescott CA. A Population Based Twin Study of Life Time Major Depression in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:39-44.
16. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Life Time and 12 Month Prevalence of DSM III-R Psychiatric Disorders in the US.; Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19.
17. Kılıç C. Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, eds. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998; 77-94.
18. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990. 29: 571-580.
19. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR et al. Major Depression in Community Adolescents: Age at Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:809-18.
20. Yüksel N. Birinci Basamakta Depresyon: Tanı ve Tedavi, 1. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000: 4-272.
21. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:41-48.
22. Akiskal HS. New Insights into The Nature and Heterogeneity of Mood Disorders. *J Clin Psychiatry* 1989; 50:11-2.
23. Bruce ML, Hoffa RA. Social and Health Risk Factors for First-Onset Major Depressive Disorder in a Community Sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:165-170.

24. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk Factors for Sustained Nonremission of Depressive Symptoms: A 4-Year Follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:462-9.
25. Antony JC, Petronis KR. Suspected Risk Factors for Depression Among Adults, 18-44 Years Old. *Epidemiology* 1991; 2:123-132.
26. Bruce ML, Taceuchi DT, Leaf PJ. Poverty and Psychiatric Status. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:470-474.
27. Kuczenski R, Knapp S. Neurochemistry of Drug. Neurotransmitter Interactions. Michels R, eds. *Psychiatry*, Philadelphia: JB. Lippincott Company 1990: Bölüm 48.
28. Stahl SM. *Psychopharmacology of Antidepressants*. 1st ed. UK; Martin Dunitz Ltd. 1997: 3-9.
29. Dinan TG. Noradrenergic and Serotonergic Abnormalities in Depression: Stress-Induced Dysfunction? *J Clin Psychol* 1996; 57: 14-18.
30. Nathan KI, Musselman DL, Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *The American Psychiatric Textbook of Psychopharmacology*, Washington DC: American Psychiatric Pres Inc. 1995: 439-477.
31. Janicak PG, Davis JM, Preskom SH, Ayd FJR. *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1993.
32. Maes M, Meltzer HY. The Serotonin Hypothesis of Major Depression. Bloom FE, Kupfer DJ eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press. 1995: 933-944.
33. Potter WZ. Adrenoreceptor and Serotonin Receptor Function: Relevance to Antidepressant Mechanism of Action. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:4-8.
34. Montigny C, Haddjeri N, Mongeau R et al. The Effects of Mirtazapine on the Interactions Between Central Noradrenergic and Serotonergic Systems. *CNS Drugs Supplement* 1995; 4:13-17.
35. Foote SL. Anatomy and Physiology of Brain Monoamine Systems. Mechels R, eds. *Psychiatry*. Philadelphia, JB Lippincott company 1990: Bölüm 44
36. Leonard B. New Approaches to the Treatment of Depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(4):75-83.

37. Janowsky DS, Risch SC, Neborsky R. Strategies for studying neurotransmitter hypotheses of affective disorder. In: Michels R, eds. Psychiatry. Philadelphia, JB Lippincott company, 1990: Bölüm 55.
38. Türkçapar HM. Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi Ve Antidepresan İlaçların Temel Psikofarmakolojisi. 3P Dergisi 1998; 6:5-9.
39. Beyer JL, Nash J, Shelton R, et al. Major Depressive Disorder. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, eds. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. First ed. USA: Mc Graw Hill Companies, 2000: 290-328.
40. Çevik A, Vokan V. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3. E. Köroğlu eds. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993: 109-122.
41. Kelsoe JR. Mood Disorders: Genetics. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000: 1308-1317.
42. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4, 1. Baskı. Köroğlu E eds. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1993; 175-200.
43. Akiskal HS. Mood Disorders: Clinical Features. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000; 1338-1376.
44. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001:151-191.
45. Maser JD, Cloninger CR. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990; 3-12.
46. Gökalp GP. Depresif Bozukluklar ile Anksiyete Bozuklukları İlişkisi: Eşanlı Durumlar. 3P Dergisi 1998; 6;289-293.
47. Sanderson WC, Beck AT, Beck J. Syndrome Comorbidity in Patients Major Depression or Disthymia: Prevalence and Temporal Relationships. Am J Psychiatry 1990; 147:1025-1028.

48. Silverstone PH, Ravindran A. Once-Daily Venlafaxine Extended Release (XR) Compared with Fluoxetine in Outpatients with Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:22-28.
49. Lydiard RB. Coexisting Depression and Anxiety: Special Diagnostics and Treatment Issues. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:48-53.
50. Küey L, Aydemir Ö, Gülseren Ş ve ark. Major Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve Eş Tanılı Durumlarda Ayrışan ve Örtüşen Özellikler-1: Klinik Belirtiler Yönünden Karşılaştırmalı bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:257-265.
51. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU et al. Lifetime Panic-Depression Comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with Symptoms, Impairment, Course and Help Seekings. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 229-235.
52. Stavrakaki C, Vargo B. The Relationship of Anxiety and Depression: A Review of the Literature. *Br J Psychiatry* 1986; 149:7-16.
53. Heninger GR, Maser JD, Cloninger CR. A Biologic Perspective on Comorbidity of Major Depressive Disorder and Panic Disorder, Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. *Biol Psychiatry* 1990; 382-387.
54. Merikangas KR, Maser JD, Ioninger CR. Comorbidity for Anxiety and Depression: Review of Family and Genetic Studies. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders* 1990; 1:332-337.
55. Fava GA, Kellner R. Prodromal Symptoms in Affective Disorders, *Am J Psychiatry* 1995; 148: 823-830.
56. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU et al. Lifetime Panic-Depression Comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:801-808.
57. Gorman JM, Coplan JD. Comorbidity of Depression and Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:34-41.
58. Roth M, Gurney C, Garside RF et al. Studies in the Classification of Affective Disorders. The Relationship Between Anxiety States and Depressive Illness. *Br J Psychiatry* 1972; 121:147-161.
59. Shores MM, Glubin T, Cowley DS, et al. The Relationship between Anxiety and Depression. A Clinical Comparison of Generalised Anxiety Disorder,

- Disthymic Disorder, Panic Disorder, and Major Depressive Disorder. *Copmr Psychiatry* 1992; 33:237-244.
60. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, et al. Treatment Outcomes for Primary Care Patients with Major Depression and Lifetime Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1293-1300.
 61. Joffe RT, Bagby RM, Levitt A. Anxious and Nonanxious Depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1257-1258.
 62. Modestin J, Ruef C. DST in Relation to Depressive Somatic and Suicidal Manifestations. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75:491-494.
 63. Targum SD, Rosen L, Capodanno AE. The Dexamethasone Suppression Test in Suicidal Patients with Unipolar Depression. *Am J Psychiatry* 1983; 140:877-879.
 64. Arana GW, Santos AB, Laraia MT. Dexamethasone for the Treatment of Depression: A Randomised, Placebo Controlled, Double Blind Trial. *Am J Psychiatry* 1995; 152:265-267.
 65. Morihiso JM, Rosse RB, Cross D. Laboratory and other Diagnostic Tests in Psychiatry. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *American Psychiatric Press*, 1994: 41-49.
 66. Arana GW, Reichlin S, Workman R, et al. The Dexamethasone Suppression Index: Enhancement of DST Diagnostic Utility for Depression by Expressing Serum Cortisol as a Function of Serum Dexamethasone. *Am J Psychiatry* 1988; 145:707-711.
 67. Arana GW, Forbes RA. Dexamethasone for the Treatment of Depression: A preliminary Report. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:304-306.
 68. Kara S, Yazıcı KM, Güleç C, et al. Mixed Anxiety-Depressive Disorder and Major Depressive Disorder: Comparison of the Severity of Illness and Biological Variables. *Psychiatry Res* 2000; 24.94:59-66.
 69. Samancı YA, Erkıran M, Şahin H, Uçarer N, Erkımen H. Depresyon ve Depresyona İkincil Anksiyete Bozukluklarının Klinik ve DST Yanıtları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000; 3:153-162.
 70. Myrick H, Brady KT. Current Review of the Comorbidity of Affective, Anxiety, and Substance Use Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16:261-270.

71. Chambless DL, Cherney J, Caputo GC. Anxiety Disorders and Alcoholism: A Study with Inpatient Alcoholics. *J Anxiety Disord* 1987, 18:29-40.
72. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
73. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version American Psychiatric Press, Washington, 1997.
74. Williams BW. A Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978; 45:742-747.
75. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin Geçerliliği, Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. *3P Dergisi* 1996; 4:251-259.
76. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anxiety Rating Scale, Interrater Reliability and Validity Study. *Turkish J Psychiatry* 1998; 9:114-117.
77. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
78. Bruce ML, Hoff RA. Social and Health Risk Factors for First-Onset Major Depressive Disorder in a Community Sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:165-170.
79. Weissman MM, Klerman GL. Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34:98-111.
80. Earls F. Sex Differences in Psychiatric Disorders: Origins and Developmental Influences. *Psychiatr Developm* 1987; 1:1-23.
81. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moss RH. Risk Factors for Sustained Nonremission of Depressive Symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:462-469.
82. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology. Paykel ES, eds. *Handbook of Affective Disorders*. Ediburg-London, Churchill Livingstone, 1982: 109-125.
83. Mazer M. People in Predicament: A Study in Psychiatric and Psychosocial Epidemiology. *Soc Psychiatry* 1974; 9:85-90.
84. Antony JC, Petronis KR. Suspected Risk Factors for Depression among Adults 18-44 Years Old. *Epidemiol* 1991; 2:123-132.

- 85.** Biderman J, Farrone S, Mick E, et al. Psychiatric Comorbidity among Referred Juveniles with Major Depression: Fact or Artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:579-590.
- 86.** Murphy JM, Maser JD, Cloninger CR. Diagnostic Comorbidity and Symptom Co-occurrence: The Stirling County Study. *Comorbidity and Mood and Anxiety Disorders* 1990;152-176.
- 87.** Levitt AJ, Joffe RT, Brechner D et al. Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms In Clinic Sample of Seasonal and Nonseasonal Depressives. *J Affect Disord* 1993; 28:51-56.
- 88.** Fava M, Rankin MA, Wright EC et al. Anxiety Disorders in Major Depression. *Compr Psychiatry* 1996; 57:34-41.
- 89.** Marshall JR. Comorbidity and its Effects on Panic Disorder. *Bull Menninger Clin* 1996; 60:A39-A53.
- 90.** Yıldız M, Göker MNK. Major Depresif Bozuklukta Bedenselleştirmenin Depresyon ve Bunaltıyla İlişkisi. *3P Dergisi* 2000; 8:281-284.
- 91.** Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, Disability Days, and Days Lost from Work in a Prospective Epidemiological Survey. *JAMA* 1990; 264:2524-2528.
- 92.** Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. *JAMA* 1994; 272:1749-1756.
- 93.** Simon GE, Von Korff M. Recognition, Management, and Outcomes of Depression in Primary Care. *Arch Fam Med* 1995; 4:99-105.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflaması 4)
HAM-A(HADÖ)	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D(HDDÖ)	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
MDB	Majör Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik görüşme)
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa
Tablo 1 (Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri)	14
Tablo 2 (Major Depresif Bozukluk ve Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozuklukların Hasta Grubu İçerisindeki Sayı ve Yüzde Oranları)	22
Tablo 3 (Anksiyete Şiddeti)	23
Tablo 4 (Depresyon Şiddeti)	24
Tablo 5 (HDDÖ ve HADÖ Puanları)	24
Tablo 6 (Eğitim Gruplarının HDDÖ ve HADÖ Puanları)	25