
Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme

Yrd. Doç. Dr. Cumhuri BORATAV*

Psikiyatri alanında nozolojik anlamda tartışmaya açık birçok alan bulunmaktadır. Duygudurum bozuklukları kafa karıştırıcı özellikleriyle psikiyatri alanında belki de en çok tartışmaya açık alandır; ve tartışıldıkça ya da yeniden sınıflandırıldıkça daha da bulanıklaşan bir yapıya bürünmektedir. Böylesine net olmayan konunun uygun bir biçimde ortaya konması da zorlaşmaktadır.

Duygudurum bozuklukları alanında iki uçlu duygudurum bozukluklarından ziyade üzerinde anlaşılabilen konu major depresyon ve distimik bozukluk kavramlarıdır. Bu iki uçlu bozukluklar alanında da tartışmaların olmadığı anlamına gelmemektedir; ancak burada yoğun kavramsal sorun yaşanan alanlara daha fazla odaklanılacaktır.

Bu inceleme yazısı yeni bir bakış açısı sunma iddiasında değildir. Birbiriyle ilişkili ve birini ele almadan diğerinin pek anlaşılamayacağı bir alanı yeterince açıklıkla anlatabilme amacını taşımaktadır. Konunun doğasından gelen karışıklığı bir parça önleyebilmek için bu nedenle bölümsel bir anlatım tarzı yeğlenmiştir. Bu bölümlerde çelişkili gelişime, tanım sorunlarına, sınıflama sorunlarına, depresyonla içiçe geçen bazı klinik durumlara odaklanılacaktır. Bu amaçla önce depresyon terimiyle ilgilenilecek, sonra sınıflama, kronik depresif

durumlar, kişilik ve depresyon, anksiyete ve depresyon konularına değinilecektir.

1. Depresyon Kavramı

Depresyon terimi kimi zaman birbirine karışan iki farklı kavramı işaret etmektedir. Depresif durumların büyük bir kısmı bir sendrom düzeyindedir; başka bir deyişle özgül bir hastalık değil, başka bir durumdan kaynaklanan bir görüntü biçimindedir (Pichot 1986). Sendromal düzey, bir başka rahatsızlığa (tıbbi ya da psikiyatrik) bağlı olarak gelişen depresif semptomatolojiyi ya da normal bir reaksiyon olan demoralizasyon, üzüntü, yas durumlarındaki "sanki depresyon" görüntüsünü ifade etmektedir. Özgül hastalık terimi ise psikiyatride kendi kimliğini "Major Depresif Bozukluk (MDD)" ile açıklamaktadır. Bu bozukluk halen bir spektrum bozukluklar kümesini mi (yani yukarıdakinden farklı başka bir sendromu mu, başka bir deyişle çeşitli depresyon hastalıklarının ortak klinik görünümünü mü) yoksa tek başına özgül bir psikiyatrik hastalığı mı tanımladığı konusu da karışıklık olan bir durumdur.

Depresyon terimi bir hastalık adı olarak yaygın biçimde kullanılmaya aslında yüzyılın ikinci yarısından sonra başlamıştır. Önceleri "melankoli" olarak adlandırılırken Adolf Meyer tarafından melankoli teriminin "dağınıklığını" toparlamak için tüm bu durumların "depresyon" terimiyle tanımlanmasının

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KIRIKKALE

daha doğru olacağı önerilmiştir; ancak dağınıklık azalacağına artmıştır (Snaith 1987).

Olasılıkla karışıklığa yol açan (yani dağınıklığın artmasına yol açan) bir yönden de "depresyon" teriminin İngilizce konuşan halklar arasındaki anlamı ile ilişkilidir. "Depresyondayım" ifadesi İngilizce konuşan halklarda günlük kullanıma sahip bir terimdir. Halk arasında psikiyatride daha çok üzüntü, sıkıntı, umutsuzluk anlamlarını karşılayan bir anlamda kullanılmaktadır (Campbell 1981). Bu ifade muayene esnasında söylendiğinde depresyon temel belirtilerinden birini karşılıyor sayılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM-III'ten (DSM-III'te açık olarak belirtilmemiştir) başlayarak tüm DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) serisinde major depresif epizod için tanı ölçütlerinin ilkinde "ya hastanın kendinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum (hasta üzgün ya da boşlukta olduğunu söyler)" ifadesi yer almaktadır (APA 1985, APA 1989, APA 1996). Özellikle hafif şiddetteki olgularda depresif görünümünden daha çok, kişinin duygudurumunu kendisinin ifadesi ön plana geçmektedir. Kuşkusuz bu ifade demoralizasyon, normal üzüntü durumlarında da sık kullanılmaktadır, psikiyatrik bozukluklar içinde de yaygın anksiyete bozukluğunun ilk ölçütü olan "son 6 aydır kendini hemen her gün üzgün hissetme" ölçütüyle karışabilmektedir (bkz anksiyete ve depresyon). Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10'da (International Classification of Disorder-10) ise bu konuda belirgin bir ifade yer almamakla beraber ilk ölçüt hastanın depresyonda olmasıdır (WHO 1993).

Kuşkusuz depresyonda "kişinin depresif olması ya da depresif görünmesi" tanıyı sağlayacak temel ölçütlerinden biri olmalıdır. Yukarıdaki hastanın "depresyonda" olması ifadesi çelişkili bir ifadedir kuşkusuz; kasıtlı olarak ve depresyonun İngilizce konuşan halklar arasında günlük kullanıma sahip olmasından cesaret alınarak kullanılmıştır. Bu çelişkili ifadeyi kullanmamda daha büyük payı olan konu ise şöyle bir soruya dayanmaktadır: Normal depresif durumla patolojik depresif durumun farkı ne olabilir? Burada depresyonla anksiyete arasında görüngüsel (fenomenolojik) açıdan bir benzerlik kurmak istiyorum. Olasılıkla anksiyete kadar depresyonun da yüksek sınıf memeliler için

koruyucu bir işlevi bulunmaktadır ve yaşam olaylarına bir tepki olarak bu görüntü ortaya çıkabilmektedir. Başka bir deyişle doğal koruyucu bir substrat olarak anksiyete gibi depresyon da insan beyninde doğuştan bulunmaktadır. Kronik mutsuzluk, demoralizasyon, yas, doğal üzüntü vb. insan doğasının normal tanımlarında depresyon görüntüsü ortaya çıkmaktadır.

Olasılıkla depresyon terimine geçiş doğal olaylara "depresif" tepkiyle, kişinin bir hastalık olarak depresif yaşantısını aynı isimle adlandırması nedeniyle durumu daha da karıştırmış görünmektedir. Yine normal depresif reaksiyonun normal anksiyete yaşantısına göre kimi kez daha uzun süreli veya daha güçlü "çaresizlik" yaratan durumlarda ortaya çıkabilmesi ya da normal anksiyeteye göre daha uzun sürme eğiliminde olması (ya da daha geç çözülebilmesi, uzun sürdüğünde olasılıkla kalıcı anksiyete ya da depresyon bilişsel kalıplarına yol açabilmesi) hastalıklı depresif durumlardan ayırt edilmesinde "doğal" bir zorluk yaratmaktadır.

2. Depresif Durumlar: Terimlendirme ve Sınıflandırma Çabaları

Duygudurum bozukluklarını sınıflama girişimleri 1800'li yıllarda Kahlbaum'la başlamış ve izleyicisi Kraepelin ile günümüzü etkileyen biçimine dönüşmüştür. Kahlbaum'la manik-depresif psikoza "erken bunama" dan ayırt etmiş ardından da alt sınıflama çabalarına girmiştir. Kraepelin'in gözünde de endojen ve endojen olmayan biçimdeki ayırımın en ilgi çekici ayırım olduğu belirtilmektedir (Zimmerman ve ark. 1986). Başka bir deyişle Kraepelin'in kendisi de depresyonu heterojen bir hastalıklar kümesi olarak görmüştür. Bu görüş bugün de en çok tartışılmaya değer gören görüştür. Diğer yandan "depresyon" kavramının gelişiminde farklı yaklaşımlar da ortaya çıkmış ve halen tartışılmaktadır.

Bu yaklaşımların en çok üzerinde durulanları şu biçimde özetlenebilir:

a. Teklik ve iki değişkenlilik görüşleri:

- Teklik (üniter) görüş depresif durumların sadece klinik ciddilik bakımından birbirinden ayrıldığını öne sürer. Akutluk ve kroniklik, hafif düzey ve ciddi düzey ya da ajitasyon ve yavaşlama gibi karışıklıkların bulunduğunu öne sürer. Bu nedenle depres-

yon hastalarının farklı semptomatoloji gösterebileceğini kabul etmez (Klein 1974, Davidson ve ark. 1988).

- Çift değişkenlilik (binary) görüşü ise bir hastada bazı belirli depresif belirtiler görüldüğünde, diğer bazı belirli belirtilerin daha az olasılıkla görüleceği iddiasındadır. Bu iki ayrı depresif tablo arasındaki karşıtlığı genellikle "endojen/otonom-nevrotik/reaktif" faktörleri temsil eder (Klein 1974, Davidson ve ark. 1988).

Klein teklik görüşünün yetersiz kalmasının iki değişkenlilik görüşünün doğru olması gerektiği anlamına gelmediğini belirtmektedir. Üç hatta çok değişkenlilik modellerinin pekala ortaya konabileceğini söylemektedir (Klein 1974).

b. Kategorisel ve boyutsal görüşler:

Bu birbirine karşıt iki kavram teklik ve iki değişkenlilik görüşlerinden farklı bir alanı yansıtmaktadır.

- Boyutsal görüş kategorik biçimde keskin bir niteliksel ayırım olmadığını savunur.

- Kategorik görüş ise bazı depresif durumların diğer durumlardan niteliksel olarak farklı olduğunu iddia eder ve birbiriyle örtüşmeyen belirtilerin bulunduğunu belirtir. Kategorik görüş ile çift değişkenlilik görüşünün aynı olduğu yanılığımıza düşülebilir; çift değişkenlilik görüşü, birbiriyle örtüşmeyen belirtiler aramaz, kimi belirtiler diğer grupta daha hafif düzeyde bulunabilmektedir.

c. Birincil ve ikincil depresyon:

Robins ve Guze tarafından önerilen klinik tanımlama amaçlı bir kategoridir.

- Birincil terimi herhangi bir öncül psikiyatrik ya da tıbbi rahatsızlık olmadan gelişen depresyonu anlatmaktadır.

- İkincil terimi ise aslında, pratikte daha çok algılanan biçimi olan başka bir hastalığa bağlı olarak gelişen anlamında değil, bir beraber varolma (coexistence) olarak tanımlanmıştır (Pichot 1986).

Bu tanımlamalardan günümüzde en çok üzerinde durulan ve en çok karışıklığa yol açan endojen, nevrotik, (başka deyişle endojen ve nevrotik karşıtlığı) depresyon tanımlamalarıdır. Bu iki

kavram değişik isimlerle psikiyatri literatüründe yer almıştır. Endojen depresyon için vital, ciddi, major, tip A, psikotik, involüsyonel, primer, retarde, melankolik, otonom, endojenomorfik; nevrotik depresyon için ise personel, reaktif, karakterolojik, distimik, atipik, sekonder, hafif, minor, tip B, nonendojen, psikojenik, durumsal ve nonmelankolik terimleri kullanılmıştır (Winokur 1985).

Nevrotik depresyon onaylanmamaya kronik bir aşırı reaksiyon durumudur; sonuçta da disfori, öfke ve demoralizasyon gelişir. Diğer yandan bu gibi hastalar haz ve ilgi duyma yetilerini tam anlamıyla kaybetmezler (Klein 1974).

Endojen depresyonda endojen olmayan depresyondan en büyük farkın psikomotor değişiklikler, depresyonun ciddilik düzeyi, tepki kaybı, sanrılar, ilgi kaybında ortaya çıktığı belirtilmektedir (Parker ve ark. 1990). İlginç olarak bu belirtilerin aynı zamanda depresyonu yaygın anksiyete bozukluğundan ayırt eden belirtiler olduğu savunulmaktadır (Angst ve Dobler-Mikola 1985). Diğer yandan klinik görüntünün endojen olup olmadığını göstermeyeceği de başka bir deyişle klinik semptomatolojinin bir hastalık olarak depresyonu belirlemede özgüllüğünün oldukça düşük olduğu da gösterilmiştir (Akiskal 1983b). Endojen depresifler, akut disforikler ve kronik nevrotik depresiflerin hepsinin ikincil demoralizasyon da gösterebildikleri, bu durumda gerginlik hissi, ağlama yalnızlık, umutsuzluk hisleri geliştiği ifade edilmektedir (Klein 1974). Bu durumda klinik görüntüdeki hangi belirtilerin endojenliği ifade ettiği hangisinin hastalığa bir tepki, hangisinin bir kişilik özelliği olduğu ayırt edilememektedir.

3. Sınıflandırma Sistemleri ve DSM-III'ün Geliştirilmesi

DSM-II sistemi nevrotik depresyon kavramına giriş yapmış ve bu kategoriyi bir kişilik patolojisini içinde barındıracak biçimde tanımlamıştır. Bu tanısal sistemde psikiyatrik bozukluklar ayırtedilemeyen bir psikolojik sürece reaksiyon olarak değerlendirilmişlerdir. DSM-II kuşkusuz yapılandırıldığı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki psikoanaliz egemenliğinden bir hayli etkilenerek "metapsikolojik etiyoloji"yi içinde barındırmıştır. ICD-9 sınıflaması da depresif nevrozu tanımlamıştır ve yine "metapsikoloji"den bir hayli etkilenmiştir (Freeman 1994).

DSM-III ile beraber APA depresyonu etiyolojik olarak kategorilere ayırmaktan vazgeçip bir "durum" olarak tanımlamıştır. Nevrotik-endojen ayrımı tamamen dışlanmış, tek bir klinik olarak ele alınmaya çalışılmıştır. Endojen depresyon ayrı bir isimle tanımlanarak "melankolili" ek tanısı içine yerleştirilmiştir. DSM-III ile birden yıllarca kullanılan terimlerinden ayıklanan depresyon tanımı, bu terimlerin yol açtığı kafa karışıklığını pratikte ortadan kaldıramamış, ancak yine de tartışmaların belirli bir temele dayalı yapılabilmesini sağlamıştır. DSM-III depresyon tanımının temel mantığı, klinik görüntü ne olursa olsun biyolojik kökeni olup olmadığına görüntüye bakılarak karar verilemeyeceğidir. Özellikle hafif, uzamış ya da çeşitli kişilik özelliklerinin de bulunduğu depresyon görünümlerinin biyolojik bir temeli olabileceği düşüncesinden hareket edilmiş ve bu olguların atlanmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu düşünme biçimine kimi "karakterolojik depresyonların" aslında "endojen" nitelikte olduğunu ve antidepresana yanıt verdiğini gösteren çalışmalar yol açmıştır (Akiskal ve ark. 1980, Akiskal 1983b). "Hangi depresyonun ne derece endojen olduğuna klinik görüntüye bakarak karar veremeyiz". Bu tema DSM-III'ten sonraki DSM serisinin hem de DSM serisine uyum sağlamaya çalışan ICD-10'un temel önermesi haline gelmiştir. Başka bir deyişle hem DSM-IV hem ICD-10'daki depresyon ölçütleri duyarlılığı yüksek özgüllüğü düşük ölçütlerdir.

DSM-III ile gelen geleneksel terimlendirmeye ve tanımlamaya başkaldırının pek o kadar kolay gerçekleşmediği açıktır. DSM-III kendisini ateorik bir yapı ile ortaya koymuştur. Bu kuşkusuz ki psikiyatride bir düşünme sistemi dönüşümüdür ve bu yapısını Feighneir ve Spitzer'in yaklaşımlarından etkilenerek kurmuştur; ancak Spitzer başkanlığındaki DSM-III'ün hazırlayıcı kurulu bu ateorik yapıyı kabul ettirmekte bir hayli zorlanmışlardır.

Psikoanalitik etiyolojiden fazlasıyla etkilenerek hazırlanmış DSM-II ve ICD-9'dan sonra, psikoanaliz okulları bu ateorik yapıya şiddetle karşı çıkmışlardır. Daha 1974'de DSM-III'ün ilk taslağı sunulduğunda ilk çatışmalar başlamış, giderek şiddetlenmiş, hatta komiteye iki analistin alınmasına kadar yol açmış ve DSM-III'ün kimi kısımlarında ateorik yapının bir parça bozulmasına neden olmuştur (Bayer ve Spitzer 1985).

Ateorik yapı hakkındaki bu tartışmaların olması

kaçınılmazdı; zira bunun sınıflama sisteminden psikoanalitik yaklaşımı dışlamak anlamına geldiğinin herkes farkındaydı. Ateorik yapının taşıdığı bu gizli tehdit, ilginç olarak, etiyolojik bir anlam taşıdığı için komite tarafından sınıflamadan kaldırılmak istenen "nevroz" terimi üzerinde ciddi çatışmaların oluşmasına yol açmıştı. Ve kurulun distimik bozukluğun tanımlanması ve isimlendirilmesinde ödün vermesine neden olmuştu; ancak Spitzer'in gayretleriyle distimik bozukluk için getirilen eşanım ismi (psikoanaliz okullarının tüm çabalarına karşın) nevrotik depresyon olarak değil, depresif nevroz olarak belirlenmiştir (Bayer ve Spitzer 1985).

Kuşkusuz ki "nevroz" terimi "psikonevrozlar" olarak Freud ve izleyenleri tarafından bir sınıf olarak kullanılmaktaydı; bu sınıf psikozun karşıtını belirlemekteydi, yani psikoz olmayanı. DSM-II'de oluşturulmuş olan "nevrotik depresyon" kavramı, "depresyon nevroz"ndan farklı, kişilik patolojisini içeren özgül bir tanımlamaydı (Goldstein ve Anthony 1988). Tanımlamada neredeyse tüm olumsuz kişilik özellikleri bulunmaktaydı ve böyle bir yapılanma yıllar içinde "nevroz" terimini bir kategori adı olmaktan çıkartıp bir tür insan yapısını tanımlar duruma sokmuştu (Bayer ve Spitzer 1985).

Bu tartışmalar daha DSM-III'ün yapılandırma yılları sırasında nevrotik depresyonun da kategorik bir anlamı olabileceğine dikkati çekmeye çalışan çeşitli çalışmalara ve karakterolojik depresyon, karakter spektrum bozukluğu, nevrotik-reaktif depresyon gibi isimlendirmelerin yeniden ele alınmasına yol açmıştır. Bu çalışmaları yapan yazarların ortak görüşü ise, bu tip bir yapılanmanın distimik bozukluktan farklı olduğu, bir yaşam biçimine dönüştüğü ve biyolojik bir yanının da olabileceği şeklindedir (Winokur 1985).

Daha yakın yıllarda yapılan çalışmalar da nevrotik depresyonun geçerli bir tanı olduğunu ve 6 ölçütünün bulunduğunu belirtmektedir:

1. Belirgin kişilik özellikleri,
2. Psikososyal stres,
3. 40 yaşından önce başlama,
4. Depresyona diğerlerinin yol açtığını düşünme (başkalarını suçlama),

5. Ciddi olmayan intihar girişimleri,

6. Boşanma öyküsü.

Sıkıntı duygusu, uykuya dalmada güçlük, akşamları depresyon şiddetinde artma, hipokondriyazis de nevrotik depresyonun göstergeleri olarak belirtilmiştir. Nevrotik depresyon kavramının bu yönleriyle distimik bozukluktan ayrıldığı ileri sürülmektedir (Zimmerman ve ark. 1987). Bu kişilerin birinci derece akrabalarında alkolizm öyküsünün daha çok bulunduğu da savunulmaktadır (Winocur 1985). Diğer yandan kronik/non-kronik dikotomisiyle depresyonu alttıplendiren Merikangas (Merikangas ve ark. 1994) kronik depresyon grubunun, nevrotik depresyondaki gibi daha fazla oranda depresyon belirtisi, intihar girişimi, birinci derece akrabalarda depresyon öyküsü, boşanma, yeti yitimi, erken başlangıç yaşı gösterdiğini belirtmektedir; ancak bunun ayrı bir nozolojik alttip olmadığı gruplar arasında etiyolojik bir fark bulunmadığı, iki grubun aynı durumun farklı ciddilik düzeylerindeki görüntüsü olduğu belirtilmektedir.

DSM-III'ün yapılandırma çalışmalarında tartışmaların odak noktası distimiden daha şiddetli bir durum olan major depresyon tanımından uzağa kaymıştır. Major depresif epizod ölçütleri DSM-III'ten bu yana pek değişmeden kalmıştır. Hepsinde iki çekirdek belirti ve yedi ek belirti içermektedir. Bunun sadece bir sendromu tanımladığı da açıklanmıştır. DSM-III ve DSM-III-R, bu epizodun fonksiyonel bir hastalık olarak depresyon sayılabilmesi için başka bir tıbbi hastalık veya psikiyatrik bozukluğa ya da madde kullanımına bağlı olmasını koşul olarak getirmektedir. DSM-IV öncekilerden farklı olarak başka bir psikiyatrik bozuklukla eşanlı olarak değerlendirilmesine izin vermektedir. DSM-III ve DSM-III-R'de bu olanak tanınmamaktadır. Başka bir deyişle DSM-IV'te tanı ölçütlerinin duyarlılığı daha da artırılmış, dolayısıyla özgülüğü düşürülmüş gibidir. ICD-10 "depresif nöbet" tanı ölçütlerinde DSM-IV'ten farklı olarak "enerji azlığı, halsizlik" çekirdek belirtilerinden biri olarak alınmıştır. Diğer çekirdek belirtiler DSM-IV çekirdek belirtilerinin aynısıdır. Her iki sınıflama da depresyon epizodu tanısı için bu çekirdek belirtilerinin hepsinin varlığı koşulunu getirmemişlerdir. DSM-IV için birinin, ICD-10 için ise ikisinin bulunması gerekmektedir (APA 1985, APA 1989, APA 1996, WHO 1993).

Depresyonun özellikle diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesini sağlayabilecek belirtilerin neler olduğu konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. "Anhedonia"nın temel belirti olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır (Snaith 1987). Diğer yandan böyle bir yaklaşımın tanı ölçütlerini "endojen depresyon" kavramına kaydırması kaçınılmaz gibidir. Çok farkında olunmasa da bugün her iki sınıflamanın fonksiyonel depresif bozukluğun atlanmaması üstüne kurulmuş olduğu görülmektedir. Sınıflamalar major depresif bozukluğun izlenerek tanısının konulmasını zorlar gibi durmaktadır.

4. Kronik Depresif Durumlar

Kronik depresif durumlar ve bunların tanımlandırılması, ölçütlendirilmesi duygudurum bozuklukları içinde en çok üzerinde tartışılan alandır. Bir önceki bölümde de belirtildiği gibi DSM-III'ün yapılandırılması aşamasında bile en fazla odaklanılan konulardan biri "distimik bozukluk" olmuştur.

Yunanca kökenli bir terim olan distimi mizaç bozukluğu anlamına gelmektedir. Distiminin klinik tanımı ilk olarak 1863'ta Kahlbaum tarafından yapılmıştır. Kahlbaum'un tanımında distimi açık olarak bipolar durumlardan ayrılmış ve melankolinin kronik bir biçimi olarak tanımlanmıştır; diğer yandan kişilikle ilişkisi net olarak ortaya konmamıştır. Bu yüzyılda ise Kraepelin bu durumu depresif mizaç olarak tanımlamıştır (Freeman 1994).

Her ne kadar bir dönem tüm olumsuz duygulanımsal durumlar için (depresif, anksiyeteli, obsesif özellikli gibi) kullanılmışsa da, genellikle hafif, kronik depresyonla eşdeğer anlamda tutulmuştur. Bu nedenle sıkıntılı, içe dönük, aşırı düşünceli görünen, eğlenme edimi olmayan ve kendi yetersizlikleriyle uğraş halinde olan kişiler için kullanılagelmiştir. Bu durum için de distimik kişilik terimi kullanılmıştır. DSM-II'de de ünipolar kronik depresif durumlar ikisi nevroz grubunda (nevrotik depresyon ve nevrastenik nevroz), ikisi de kişilik bozuklukları grubunda (astenik kişilik bozukluğu ve siklotimik kişilik bozukluğu depresif tip) tanımlanmıştır. Son zamanlara kadar da psikiyatrik literatürde bu anlamını değiştirecek bir katkıda bulunulmamıştır (McCullough James ve ark. 1996).

Kronik duygudurum bozukluklarını ayırt edici bir

sınıflama 1970'lerde araştırma ve tanı ölçütleri (RDC) geliştirilmeden önce bulunmuyordu. İlk olarak RDC çalışması ünipolar depresif bozuklukları üç kategoride değerlendirmiştir:

1. Major depresif bozukluk,
2. Minor depresif bozukluk,
3. İntermittan depresif bozukluk (Keller ve ark. 1996).

1980 yılında kronik duygudurumların da ayırt edilmesine girilerek, distimik kişilik terimi yerine distimik bozukluk kavramı yerleştirilmiş ve yeniden tanımlanmıştır. Açıkçası distimik yapısına zorunlu kalınmıştır; zira geniş bir hasta kesimi dalgalı, aralıklı ya da kronik bir depresif durum göstermektedir. Bu hastaların temel klinik görüntüsü ise sinsi başlayan hafif belirtiler ve çoğu kez 25 yaşın altında bulunan bir başlangıç yaşıdır. Bu kadar erken yaşta başlayan bu subafektif görüntü, kişinin karakter biçimlenmesini bozmakta ve bağımlılık gibi kişiler arası ilişkilerde zorluklara yol açan kişilik özelliklerine, düşük engellenme düzeyine yol açmaktadır (Akiskal 1994).

Distimik bozukluk major depresif bozukluğun sub-syndromal ancak daha direşken biçimi olarak kavramlaştırılmaktadır. Birinci ayırım distimik bozukluğun MDD'ye göre daha kronik, ancak belirti açısından daha hafif olması; ikincisi ise belirgin iştahsızlık ya da libido azalması, ajitasyon, yavaşlama görülmemesi, somatik belirtilerin daha nadir görülmesi ya da bulunmaması, bilişsel belirtilerin daha ön planda olmasıdır. Bu nedenle distimi "nesnel" olarak gözlenebilen bir bozukluktan daha çok "öznel" yaşantılanan bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Freeman 1994, First ve ark. 1996); ancak bu belirtilerin distiminin MDD'den tam olarak ayrılmasını sağlamadığı, iki tablonun belirtisel düzeyde çok fazla örtüştüğü de iddia edilmektedir (Klein ve ark. 1996). Kronik depresyondan ise distimisi olan kişinin kişilik özellikleri nedeniyle (özellikle erken başlangıçlı ise) "zor insan" olarak gözlenmesiyle ayrıldığı belirtilmektedir (Freeman 1994, First ve ark. 1996). Kuşkusuz distiminin bu tanımlaması DSM-III'ün yapılandırılması sırasındaki tartışmaları haklı çıkarmaktadır. Kişilik özelliklerinin "zor" olarak değerlendirilmesi, distimik bozukluğu "nevrotik depresyon" kavramına yakınlaştırmaktadır. Daha çok "bilişsel" belirtilerin ön planda olması ise:

a. Küçük yaşta başlayan kronik bir depresyonun kişiliği ve yaşam tarzını biçimlendirdiği -küçük yaşta başlayan depresyonun olguların %30'unda sürdüğü, %55'inde ise başka bir psikiyatrik bozukluğa yol açtığı- belirtilmektedir (Harrington ve ark. 1990),

b. Bir kişilik bozukluğunun (özellikle sınır, narsisistik, histrionik spektrum) kronik yetersizlik duygusunun dışı vurumu,

c. Depresif durumun kendisinin dünyayı olumsuz algılamaya yol açmasıyla ortaya çıkan, hastalığa özgü, kişinin kendisinin olmayan (kişi tedavi edildiğinde kaybolacak olan) bir tarz anlamlarına gelebilmektedir.

Diğer yandan erken başlangıçlı bir depresyonun kişiliği etkileyeceği açıktır; duygulanımın bellek ile bütünleşme süreci 21 yaşlarına kadar uzamaktadır. Deneysel çalışmalar, duygu, emosyon ve duygudurumların farkına varılması ve adlandırılması süreçlerinin 21 yaşına kadar beyin kabuğunun gelişmesiyle ortaya çıkan birer yeti olduğunu göstermektedir. Beynin plastisitesinin de bu yaşlara kadar en üst düzeylerde olduğu, direşken bir duygudurumun bunu doğrudan yönlendireceği belirtilmektedir (Boratav 1994).

Distimik bozukluk kavramının DSM-III'te yeterince oturtulmadığı, fazlasıyla heterojen bir tanım olarak kaldığı bilinmektedir. DSM-III-R'de Akiskal'ın önerileriyle yeniden tanımlanmışsa da bu yeni tanımın da pratikte yeterince uygulanabilir olmadığı görülmüştür (McCullough James ve ark. 1996). DSM-IV ile ICD-10 tanı sınıflamalarında yer alan distimik bozukluk tanımları arasında birçok benzerlik kadar birçok ayrılık da bulunmaktadır. Her iki sınıflamada da erişkinler için ortak yönler, tanı için gerekli sürenin en az iki yıl olması, uykusuzluk, enerji azlığı ya da yorgunluk, konsantrasyonda bozukluk, düşük benlik değeri ve umutsuzluk duyguları olarak belirmektedir. Diğer yandan DSM bozukluğun başlangıcından itibaren ilk iki yıl içinde herhangi bir MDD epizodunun bulunmamasını koşul olarak belirtir (Bu dönemde MDD epizodu görüldüğünde DSM bunu "kronik tip" ya da "kısmi remisyonda tip" olarak ayırt eder. İki yıl sonrasında MDD epizodu geçiren kişi ise "ikili depresyon olarak tanımlanır). ICD-10 ise tersine hafif MDD epizodlarının "özellikle bozukluğun başlangıcında" bulunabileceğini belirtir.

Bozukluğun gidişinde ise her iki sınıflamada tam tersine bir görünüm ortaya çıkar. DSM-IV iki yıldan sonra MDD epizodlarına şiddetine bakmadan izin verirken ICD-10 MDD epizodlarının hiç olmamasını ya da çok nadir gerçekleşmesini koşul olarak koyar, gerçekleşmesi durumunda da bunun "hafif düzey şiddetinden" daha fazla olmasına izin vermez; bu şiddet düzeyini aşan bir MDD epizodu gözlemlendiğinde, önceki bozukluğun MDD'nin sinsi bir başlangıcı olduğunu belirtir ve tanıyı değiştirir. DSM-IV ayrıca aşırı yemek yeme, aşırı uyuklama maddeleriyle "atipik" klinik görüntüye izin vermektedir ve erken-geç başlangıçlı ayrımı için 21 yaşını vermektedir. ICD-10 ise distimik bozukluğun genel olarak genç yaşlarda başladığını belirtir ve araştırma ölçütleri içinde geç başlangıçlı olarak 30-50 yaş aralığını verir. Diğer yandan ICD-10 açık olarak eski terimlerden hem depresif nevroz hem de nevrotik depresyonu distimik bozukluk tanımının kapsadığını belirtir. DSM-IV ise "bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur" biçiminde bir tanım yapar ve eski terimlendirmeye ilgili bir ilişki belirtmez (WHO 1992, APA 1996)

Distiminin daha çok erken başlangıçlı olması nedeniyle kişilik üzerine değiştirici etkisiyle ortaya çıkan biyolojik kökenli sinsi bir gidiş gösteren kronik bir depresif bozukluk olarak tanımlandığı görülmektedir; kişilik bozukluklarıyla beraber varolan kronik depresif durumu ayırt etmek ister, normal kişilik üzerinde kronik depresyonun etkisine odaklanmıştır. Bu nedenle kişilik bozukluklarından, bir kişilik patolojisi biçiminde tanımlanan, metapsikolojik etiyojili nevrotik depresyondan ayrı tutulmak istenir. Diğer yandan bu durumu açık olarak tanımlayabilmenin zorluğu ortadadır. Nitekim DSM-IV'ün oluşturulması öncesinde distimik bozukluğu araştırma grubu şu sonuçlara varmıştır:

1. Distimik bozukluğu en iyi biçimde tanımlayacak maddeler konusunda bir görüşbirliği bulunmamaktadır.
2. Distimik bozuklukla MDD arasındaki ilişki literatürde yeterince açıklıkla ortaya konamamıştır.
3. Erken başlangıçlı distimik bozukluk ile kişilik bozukluğu arasındaki ilişki açık değildir (Lopez Ibor ve ark. 1994, Keller ve ark. 1996).

5. Kişilik ve Depresyon

Mizaç terimi doğuştan gelen özellikleri, karakter terimi aile yapısı içindeki yaşantılardan kaynaklanan öğrenilmiş özellikleri anlatmak için kullanılmaktadır. Kişilik ise hem mizaca hem de karaktere ilişkin özellikleri içine alan psikolojik ve davranışsal özellikleri belirtmek için kullanılmaktadır (Akiskal ve ark. 1983b).

Depresif kişilik ya da depresif mizaç bu yüzyılın ilk çeyreğinde direşken kederlilik ve bedbinlik, kendine güvensizliği ve suçluluk duygularını içeren umutsuz duygudurum olarak tanımlanmıştır. Bu depresif mizaç doğuştan gelen ve depresyon ataklarını tetikleyen bir durum olarak nitelendiriliyordu. Psikoanalizin doğması depresif mizaç hakkındaki kuramı değiştirmiştir; buna göre biyolojik temelden daha çok, çevre yani nesne etkileriyle depresif bir karakter geliyordu (McCullough James ve ark. 1996).

Psikoanalistler depresyona eğilimli kişiliği diğerlerinin desteğine ve onayına bağımlı, engellenme eşiği düşük, benlik saygısı oynak olarak tanımlarlar. Sosyal öğrenme kuramcıları sosyal beceri ve davranışlardaki yetersizliğe vurgu yaparlar. Bilişsel kuramcıları ise kişinin kendisini ve dünyayı karamsar, olumsuz algılaması üzerinde dururlar (Hirschfeld ve ark. 1983).

Klinik kuramcıları ise kişilik ile depresyon arasındaki ilişkiyi değişik biçimde açıklamaktadır. Depresif bozukluklarla kişilik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır. Buna göre bazı kişilik özellikleri depresyonun komplikasyonu olarak gelişebilmektedir, yine kimileri depresyon esnasındaki değişiklikler, kısa süreli sekeller ve kronik sekeller olarak karşımıza çıkabilmektedir. Siklotimik, hipertimik ve bir kısım distimik kişilikler ise genetik olarak major depresif bir bozukluğun bulunduğunu göstermektedir. (Akiskal ve ark. 1983b)

Bunun yanısıra depresyon ile kişilik özellikleri arasında ilişkiyi dört ayrı kategoride değerlendirenler de bulunmaktadır: Buna göre de;

1. Bazı kişilik özellikleri kişiyi depresyona yatkın kılabilir (predispozisyon hipotezi).
2. Siklotimi gibi kimi kişilik özellikleri depresyonun subklinik görünüşünü temsil edebilir (subklinik hipotezi).

3. Bazı kişilik özellikleri depresyon riskini arttırmaz ancak klinik görünümü ve sağaltıma yanıtı etkileyebilir (patoplasti hipotezi).

4. Özellikle uzamış veya ciddi depresyon epizodları kalıcı kişilik özelliklerine yol açabilir (Hirschfeld ve ark. 1983).

DSM-III'e kadar depresif kişilik DSM-II tanısı olarak kullanılmaktaydı. DSM-III ve DSM-III-R'de bu tanı kaldırılmıştı; bu dönemde distimik bozukluğun depresif kişilik bozukluğunu da içine alan geniş bir yapı gösterdiği ve depresif kişilik bozukluğunun ayrı bir klinik antite olduğu eleştirileri yapıyordu (Klein 1990). DSM-IV'te depresif kişilik bozukluğunun çalışma tanı ölçütleri konarak geçerliliğinin araştırılmasına karar verildi. Buna göre şu tanı ölçütlerini sağlayan kişilerin major depresif bozukluk sürecinde gelişmemiş olması ve distimik bozuklukla daha iyi açıklanmadığı sürece depresif kişilik bozukluğu sayılabilmektedir:

1. Duygudurum sürekli neşesizlik, kederlilik, keyifsizlik, hoşnutsuzluk ve bedbinlik biçimindedir.
2. Yetersizlik, işe yaramazlık inançları çevresinde dönen kendilik bilinci ve düşük benlik değeri,
3. Kendine karşı eleştirici, suçlayıcı ve yargılayıcıdır,
4. Derin düşüncelere dalar ve kendini üzüntüye verir,
5. Diğerlerine karşı negativist, eleştirici ve yargılayıcıdır,
6. Karamsardır ve suçluluk hissetmeye ya da aşırı düzeyde üzülmeye eğilimlidir.

Bu durumun erken erişkinlik döneminde başlaması gerekmektedir ve sayılan belirtilerden beş ya da daha fazlasının bulunması, bu belirtilerin de çoğu bilişsel, intrapsişik ve kişilerarası olmak üzere belirgin düzeyde sorunlar oluşturan özellikler biçiminde olması istenmektedir. Kimi zaman birinci eksen tanısıyla beraber olabilmektedir (Philips 1998). Major depresyon gibi depresif kişilik bozukluğu gösterenlerin ailelerinde de duygudurum bozukluğu öyküsü normale göre fazla bulunmuştur; bu durum kimi yazarları major depresyonla bir spektrum ilişkisi içinde olduğu düşüncesine itmiştir (Akiskal 1983a, Klein 1993).

Depresif kişilik bozukluğu için DSM-IV'te getirilen

tanımın henüz yeterli olmadığı gözlenmektedir; diğer yandan DSM serisinin kişilik bozukluklarını tanımlamada yetersiz kaldığı görüşü analistlerde egemen görüştür (Svrakic 1990). Kişilik kavram olarak kesitsel değerlendirmeye alındığında çoğu kez metapsikoloji ile deneysel alanın sınırları birbirinin içine girmeye başlamaktadır.

6. Anksiyete ve Depresyon

Anksiyete ve depresyonun gerek belirti gerekse tanı düzeyinde içiçeliği iyi saptanmış bir gerçektir ve uzun yıllardan beri bilinmektedir. Bugün depresyon ve anksiyete bozuklukları birbirlerinin devamı olarak değil ayrı substatlara bağlı iki farklı bozukluk olarak kabul görmektedir. Bu görüş DSM-IV ve ICD-10'da en açık haliyle ortaya konmuştur. Ne var ki, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyle ilgili sorular tamamen yok edilememiştir. Depresyon ve anksiyete belirtilerinin her ikisini de gösteren "arada bir grup"un varlığı gözlenmekte, tanımlanmaktadır. Daha da ötesi, bir "anksiyete-depresyon sendromu"nun varlığı ileri sürülmektedir (Angst 1997).

Anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyle ilgili olarak daha 1934 yılında Sir Aubrey Lewis bu iki durumun devamlılığında, birbirini izleyebildiklerinden ve birbirine dönüşebildiklerinden söz etmiştir. Yine, Newcastle okulunun lideri olan Sir Martin Roth anksiyete ve depresyon sendromları arasındaki ilişkinin, duygulanım ve/veya mizaç bozukluklarının sınıflandırılmasında bir kavşak olduğuna dikkat çekmiş, depresif hastaların çoğunun anksiyöz, anksiyeteli hastaların çoğunun ise depresif olduğunu ileri sürmüştür (Roth 1981). Sonraki uzun yıllarda bu konunun aydınlatılabilmesi amacıyla birçok epidemiyolojik ve klinik çalışma yapılmıştır. Angst ve Dobler-Mikola (1985) yaptıkları araştırmada daha önce ortaya atılmış olan devamlılık varsayımını çürütememişlerdir. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Composite International Diagnosis Interview (CIDI), General Health Questionnaire (GHQ) ve başka yapılandırılmış tarama yöntemleri kullanarak yaptığı geniş çaplı çalışmalarda, olguların bir kısmında anksiyete ve depresyon belirtilerinin birbirinden kesin sınırlarla ayrılamadığı saptanmıştır. (Angst 1997). Stein ve arkadaşları tarafından yapılan ve WHO verileriyle uyumlu olan araştırma sonuçlarına göre ise, genel uygulamada hastaların yaklaşık

%13'ünün anksiyete ve depresyonun karma bir tipini gösterdikleri belirtilmektedir (Stein ve ark. 1995).

Sendromal düzeyde düşünüldüğünde de yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu (YAB) gösteren hastaların %54'ünde eşik altı depresif belirtiler görülebilmektedir. Bu durumun bir beraber varolma durumu olup olmadığı henüz belirsizliğini korumaktadır (Rickels ve Schweizer 1993). Diğer yandan distimi ile yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu arasında çok az bir kesişme bulunduğu ileri sürülmektedir. YAB daha çok somatik yakınmaların ön planda olabildiği hafif ya da orta şiddetteki klinik görünümüne sahip MDD ile belirti bakımından örtüşmektedir (Akiskal 1994).

Mevcut tanı ölçütlerinde yer alan depresyon belirtileriyle yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu incelendiğinde seçilen depresyon grubuna benzer bir faktör yapısı çıkmaktadır. Bu benzerlik bu tanı kategorilerinin gerçekten ayrı hastalıklar olup olmadığını sorgulamamız gerektiğini ortaya koymaktadır (Şar 1992). Yine bir depresyon tarama ölçeğinin geliştirilmesi çalışması sırasında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu gösteren hastaların depresyondan sadece belirti şiddetiyle ayrıldığı ortaya konmuştur (Boratav ve Oğuztürk 2000). İlginç olarak depresyon tanısı almış hastaların %30'unun plaseboya yanıt verdiği bilinmektedir (Moris ve Beck 1974, Fairchild ve ark. 1986). Yine aynı orandaki depresyon hastası benzodiazepinlere yanıt verebilmektedir (Tiller ve ark. 1989, Boratav ve ark. 1998). Klasik benzodiazepinlerin depresyonun çekirdek belirtilerine etki etmediği bilinmektedir (Johnson 1985, Birkenhager ve ark. 1995). Benzodiazepinlere yanıt veren bu depresyon grubu başlatıcı etken, belirti şiddeti, başlama zamanı ve belirti niteliği yönünden yanıt vermeyen depresyon hastalarından ayırt edilememektedir. Yazarlar bu durumu bir grup yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu gösteren olgunun ikincil depresif belirtiler gösteren bir özelliği ya da daha çok eşik altı düzeyde görülen karışık anksiyete-depresyon bozukluğunun sendromal biçimi olarak yorumlamışlardır (Boratav ve ark. 1998).

Sonuç olarak anksiyete ve depresyon belirtileri zaman zaman birbirlerine ikincil olarak ortaya çıkan olası seçeneklerden biridir; kesitsel değerlendirmede ön planda olan bozukluğun

hangisi olduğunu saptamak imkansız gibi görünmektedir. Özellikle hafif ya da eşik altı durumlarda bu karmaşa daha da artmakta, ICD-10'da yer aldığı biçimde karışık anksiyete-depresyon durumları tanımlanmaya başlanmaktadır.

Sonuç

Depresyon konusunda bilmediğimiz şeyler olduğu kadar, halen varolan saptama ölçütlerini karıştıran, farkında olmadığımız (dil unsuru gibi) öğeler de bulunmaktadır. Depresyon olasılıkla anksiyete gibi normal bir işlevi olan bir duygudurum olarak bedensel yapıda bulunmaktadır; gerek bir hastalık / hastalıklar özelliği olarak gerekse başka bir rahatsızlığa tepki olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durumun kesitsel düzeyde saptanabilmesi kuşkusuz ki olası görünmemektedir. Bu durum sınıflama sistemlerindeki depresyon tanı ölçütlerini kesitsel değerlendirmede duyarlılığı yüksek ancak özgüllüğü düşük ölçütler haline getirmektedir. Kronik duygudurum bozukluklarının, depresyonun anksiyete ve kişilik bozuklukları ile ilişkisinin anlaşılması ve tanımlanması da aynı nedenle zorlaşmaktadır. Tanımlamadaki bu zorluk, klinikte hastayı bireysel olarak ele almaya, kimi kez de metapsikolojik açıklamaya doğru klinisyeni zorlayabilmektedir.

Kesitsel değerlendirmedeki bu zorluk bir tedaviden tanıya gitmeyi de gerektirmektedir; ancak bu konu depresyon alanında çok fazla ele alınmamıştır; örneğin plasebo ya da benzodiazepinle iyileşen veya 15 günden önce antidepresanla tam remisyona giren depresyon tanısı almış olguların ne gibi özellikler gösterdiği, bunların depresyon sayılıp sayılmayacakları pek araştırılmamıştır.

Özetle depresyon kavramı sadece bir fenomendir; insan zihinselliğinin kimi olaylara normal tepkisinden, çeşitli hastalıkların biyolojik olarak ortaya çıkarmasına ve genetik belirleyicileri olan özgül bir hastalık ya da hastalıklar kümesi olarak ortaya çıkmaya kadar değişik nedenlere bağlı ortak bir görüntü biçimindedir.

Klinik görünüm ve belirtiler hafif şiddette olduğunda bu fenomenin neyi işaret ettiği çoğu kez karışmaktadır ve ancak sürecine bakarak bir karara varma gerekliliğini doğurmaktadır. Kesitsel "tanı" ancak bir sendromu (her düzeyde bir sendrom) tanımlamakta, kesin bir belirlemede bulunamamaktadır.

KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF ve ark. (1980) Characterological depressions. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 777-783.
- Akiskal HS (1983a) Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressives subtypes. *Am J Psychiatry*, 140:11-20.
- Akiskal HS (1994) Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 89(Suppl 383):19-23.
- Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983b) The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:801-810.
- Angst J (1997) Depression end anxiety: implications for nosology, course, and treatment. *J Clin Psychiatry*, 58(Suppl):3-5.
- Angst J, Dobler-Mikola A (1985) The Zurich study VI: a continuum from depression to anxiety disorders? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 325:179-186.
- American Psychiatric Association (1985) *Mental Bozuklukların Sınıflandırması*, 3. Baskı, E.Ü.T.F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı (Çev), İzmir, Tıp Fakültesi Yayın Bürosu, s.269-270.
- American Psychiatric Association (1989) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Gözden geçirilmiş 3. Baskı, E Köroğlu E (Çev), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.129-130.
- American Psychiatric Association (1996) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 4. Baskı, E Köroğlu (Çev), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.419-420.
- Bayer R, Spitzer RL (1985) Neurosis, psychodynamics and DSM-III: a history of controversy. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 187-196.
- Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA (1995) Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *Int Clin Psychopharmacol*, 10(3):181-195.
- Boratav C (1994) Çocukta afekt ve afektif gelişim. *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*, 1(2):111-117.
- Boratav C, Oğuztürk Ö (2000) Depresyonun taranmasına yönelik bir ölçek (BORDEPTA Boratav Depresyon Tarama Ölçeği): 1. Depresyonu ayırt etme ve yapı analizi çalışması (yayım aşamasında).
- Boratav C, Koç A, Zülal IU ve ark. (1998) Anksiyetenin eşlik ettiği depresyon olgularının hepsinde depresif bozukluk olmayabilir: karşılaştırmalı bir izlem çalışması. *Bahar Sempozyumları 2 Kitabı*, Ankara, Psikiyatri Derneği Yayınları, s.64.
- Campbell RJ (1981) *Psychiatric Dictionary*. 5. Baskı, Oxford, Oxford University Press, s.164.
- Davidson J, Woodbury MA, Pelton S ve ark. (1988) A study of depressive typologies using grade of membership analysis. *Psychol Med*, 18:179-189.
- Fairchild CJ, Rush J, Vasavada N ve ark. (1986) Which depressions respond to placebo? *Psychiatry Res*, 18:217-226.
- First MB, Donovan S, Frances A (1996) Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatry Clin North Am*, 19(1):29-39.
- Freeman HL (1994) Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand*, 89(Suppl 383):7-11.
- Goldstein WN, Anthony RN (1988) The diagnosis of depression and DSMs. *Am J Psychother*, 12(2):180-196.
- Harrington R, Fudge H, Rutter M ve ark. (1990) Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47:465-473.
- Hirschfeld MA, Klerman GL, Clayton PJ ve ark. (1983) Personality and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 40:993-998.
- Johnson DAW (1985) The use of benzodiazepines in depression. *Br J Clin Pharmacol*, 19:315-335.
- Keller MB, Hanks DL, Klein DN (1996) Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatry Clin North Am*, 19(1):1-28.
- Klein DN (1990) Depressive personality: reliability, validity, and relation to dysthymia. *J Abnorm Psychol*, 4:412-421.
- Klein DN, Kocsis JH, McCullough JP (1996) Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. *Psychiatry Clin North Am*, 19(1):41-53.
- Klein DN, Miller GA (1993) Depressive personality in nonclinical subject. *Am J Psychiatry*, 150:1718-1724.
- Klein DF (1974) Endogenomorphic depressions. *Arch Gen Psychiatry*, 31:447-454.
- Lopez Ibor JJ, Frances A, Jones G (1994) Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*, 89(Suppl 383):12-18.
- McCullough JP, Kornstein SG, McCullough JP (1996) Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatry Clin North Am*, 19(1):55-71.
- Merikangas KR, Wicki W, Angst J (1994) Heterogeneity of depression: classification of depressive subtypes by longitudinal course. *Br J Psychiatry*, 164:342-348.
- Morris J, Beck A (1974) The efficacy of antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 30:667-674.
- Parker G, Pavlovic DH, Boyce P ve ark. (1990) Classifying depression by mental signs. *Br J Psychiatry*, 157:55-65.
- Philips KA, Gunderson JG, Tiebwasser J ve ark. (1998) Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155:1044-1048.
- Pichot P (1986) Classification of depressive states. *Psychopathology*, 19(Suppl 2):12-16.
- Rickels K, Schweizer E (1993) The treatment of generalized anxiety disorder in patients with depressive symptomatology. *J Clin Psychiatry*, 54(Suppl 1):20-23.
- Roth M (1981) Depressive and anxiety disorders. *Medicographia*, 3:15-22.
- Snaith RP (1987) The concepts of mild depression. *Br J Psychiatry*, 150:387-393.
- Stein MB, Kirk P, Prabhu V ve ark. (1995) Mixed anxiety-depression in a primary care clinic. *J Affect Disord*, 34:79-84.

Svrakic M D (1990) The functional dynamics of the narcissistic personality. *Am J Psychother*, 4:189-202.

Şar V (1992) Depresyonda klinik psikopatolojinin boyutları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(1,2):21-24.

Tiller J, Schweitzer I, Maguire K (1989) Is diazepam an anti-depressant? *Br J Psychiatry*, 155:483-489.

WHO (1993) The ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (World Health Organization, Geneva, Oxford University Press,. 1992'den çev F Çuhadaroglu, I Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ), Ankara, Türkiye Sınir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, s.110-111.

Winokur G (1985) The validity of neurotic-reactive depression. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1116-1122.

Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B ve ark. (1986) The validity of four definitions of endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 43:234-244.

Zimmerman M, Coryell W, Stangl D ve ark. (1987) Validity of an operational definition for neurotic unipolar major depression. *J Affect Disord*, 12:29-40.