
Kronik Depresyon (Distimi)

Doç. Dr. Rüstem AŞKIN*

Kronik depresyon (distimi) tanımı güvenilir çalışmalara imkan vermeyecek ölçüde farklı anlamlarda ve en çok nörotik depresyon için kullanılır (Invernizzi ve ark. 1997). Psikiyatride ilk olarak distimi kelimesi Flemming tarafından 1844'de kullanılmıştır. Distimi ve siklotimi subaffektif spektrumun bir parçasıdır (Brieger ve Marneros 1997). Subaffektif bozuklukların rönesansı DSM-III'le başlamıştır.

Distimi, hasta mizaçlı anlamına gelir. Bu bozukluk genelde subsendromal yoğunlukta bir hastalık olarak değerlendirilir. Major depresyon ve distimik bozukluk kalitatif yönden farklı değildir; farklılık, daha çok duygulanım belirtilerinin sayısı ve boyutu yönündendir.

DSM-IV, eskiden beri ileri sürülmekte olan erken ve geç başlangıçlı tipleri de belirlemiştir. Bu bozukluk, aynı zamanda depresif huy, subaffektif bozukluk, minor depresyon, kronik karakterolojik depresyon ve depresif kişilik gibi isimlerle de tanımlanmıştır. Distimik bir bireyin klasik portresi, sürekli olarak kederlilik, içe dönüklük, karamsar huyululuk, aşırı dürüstlük, şaka yapmama (neşesizlik) ve kişisel yetersizliğiyle uğraşıp durma gibi özellikler taşır (Akiskal 1983).

Depresyon durumu üç biçimde süreklileşebilmektedir: Birinci olarak, sinsi başlayan, iki yıldan uzun süren hafif şiddetteki depresyon saf distimi olarak isimlendirilir. İkincisi, major depresyonun hafiflemeksizin süre gitmesi biçimindeki kronik major depresyon; üçüncüsü de distimi üzerine eklenen major depresyonu ifade eden double (çift) depresyon. Bu üç durum arasında etiyolojik, biyolojik markerlar, aile öyküsü ve hastalığın doğal seyri açısından çok karmaşık bir ilişki vardır.

Öte yandan Scott (1988), kronik depresyonu dört alt tipe ayırmaktadır: Kronik birincil major depresyon, kronik ikincil major depresyon, karakterolojik veya kronik minör depresyon (distimi) ve double depresyon. Kronik birincil major depresyon, bütün kronik depresyonların %30 kadarını içerir.

Yine başka araştırmacılar, kronik depresyonun üç alt tipinin olduğunu öne sürmektedirler: Birincisi erken, sinsi başlangıçlı olup, aralıklı ya da major özelliklere sahip olabilen tip; ikincisi, sıklıkla ileri yaşlarda, bir akut major depresyondan sonra gelişebilen, aralıklı (intermittent) veya kronik seyreden tip; üçüncüsü ise diğer psikiyatrik bozukluklarla, özellikle nörolojik ve romatolojik kronik tıbbi hastalık ya da kronik stresle ilişkili olabilen tip (Kocsis ve Frances 1987). Geç başlangıçlı tipler çok daha az yaygındır ve yeterince karakterize edilmemiştir.

* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KONYA

Klinik Özellikler

Kronik depresyonun major depresyondan ayırt edilmesinde aşağıdaki klinik özellikler yardımcı olabilir: Kronik depresyonda iştahsızlık/kilo verme, sabah kötülüğü, zevk ve ilgi kaybı, düşünme-konsantrasyon güçlüğü son derece az; faaliyet düzeyinde azalma, değersizlik-yetersizlik duygusu, umutsuzluk, konuşma azlığı, toplumdan uzaklaşma oldukça sık gözlenmektedir (Keller ve ark. 1995). İştah ve cinsel istekte belirgin değişiklik, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon gibi nesnel işaretler kronik depresyonda gözlenmez (Akiskal 1995).

Schneider, bu hastaların ıstırapın aristokrasisine inandıklarını belirtmektedir. Bu kimseler, genelde "mızımız", yakınmacı, hastalıklarından mazohistik bir doyum sağlayan kimseler olarak görülür (Akiskal 1983). Bu bozukluk, hipomaninin karşı kutbunu (counterpart) oluşturmaktadır. Klinik pratikte major depresyon nöbetleriyle komplike olmamış saf distimi seyrekdir. Değişik zamanlarda "full" depresif belirtilere sahip olabilirler.

Bu bireyler çoğu zaman değersizlik duygularını dengelemek için var güçlerini çalışmaya harcarlar. Sıklıkla sosyal olarak yalnız ve çekiniktirler. İlişkileri, yaklaşma ve risk alma kaygıları nedeniyle sorunludur: sevilmecekleri, reddedilecekleri tarzındaki endişeleri belirgindir. Durumlarını hastalıktan ziyade kişiliklerinin bir parçası olarak değerlendirirler. Depresyonsuz bir dönemlerini hatırlamaları istense yıllar öncesine gidebilirler.

Bu hastaların antidepresan ilaçlara zayıf yanıt verdikleri, bununla birlikte distiminin heterojen bir durum oluşturmasının bu durumu etkileyebileceği, gerçek subaffektif distiminin ilaca daha iyi yanıt vereceği, karakter spektrum bozukluklarının ise antidepresanlara yanıtının zayıf olduğu bildirilmektedir (Akiskal 1983).

Klein ve arkadaşları (1988), erken başlangıçlı distimiklerin, epizodik major depresyonlulara kıyasla, aile öyküsünde daha fazla kişilik bozukluğu, madde kullanımı ve duygulanım bozukluğu bulunduğunu; bu bireylerin, daha çok kendini eleştiricilik ve antisosyalite gösterdiklerini, daha düşük dışa dönüklüğe ve sosyal desteğe sahip olduklarını, yüksek düzeyde kronik zorlanma ve stres algıladıklarını bulmuşlardır. Bu yazarlar, erken başlangıçlı

distiminin depresyonun daha da şiddetli bir formu olduğunu, nörotik depresyonla aynı sayılmasının basit ve aldatıcı olabileceğini ileri sürmektedirler.

Kendilerine güvenleri ve girişimcilikleri son derece eksik olan distimik hastalar, yaklaşma ve risk alma yönünden de oldukça yetersizdirler. Hiç ötimik durum yaşamamış kimi hastalar, yaşadığı durumun doğal yaşantı biçimi olduğunu düşündüğü ya da bu hayat düzeyine "alıştığı" için, tedavi aramazlar. İntiharı kronik olarak düşünüyor olmaları, bu kişileri intihara karşı bir ölçüde koruyucu işlev de görmektedir.

DSM-IV, bu tanı için, çökkün duygulanımın en az 2 yıl (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) sürmesini ve ek olarak aşağıdaki 6 belirtiden en az 2'sinin bulunmasını öngörmektedir:

1. Zayıf iştah veya aşırı yeme,
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk,
4. Düşük benlik saygısı,
5. Zayıf konsantrasyon veya karar verme güçlüğü,
6. Umutsuzluk duyguları.

Akiskal ve Weise (1992), depresif kişilik özelliklerini aşağıdaki biçimde sıralamışlardır:

1. Hüzünlülük, şaka yapmama, neşesizlik.
2. Düşüncelilik, kötümser zihniyetlilik.
3. İçe dönüklük, pasiflik, uyuklayıcılık.
4. Uzun (dokuz saatten fazla) uyuyuculuk, ara ara uykusuzluk çekme.
5. Kendi yetersizliği ve olumsuz olaylarla zihin yorma.
6. Şüphencilik, aşırı eleştiricilik, şikayetçilik.
7. Kendini eleştirme ve kötüleyicilik, suçluluk duyguya eğilim.
8. Bağımlı, aşırı bağımlı ve özverlilik.

Distimi, hala duyarlı ve çekingen, sınırdan, histriyonik, narsisistik, bağımlı kişilikli, anksiyete bozukluklu hastalarda sıklıkla konulan bir tanıdır; daha başarısız sonuç ve sosyal yetmezlik göstermektedir. Düzelme oranı %37-47 olarak bulunmuştur (Keller 1988).

Çoğu distimik bireylerin akut major depresyonlu-larinkine benzer uyku EEG kalıbı göstermeleri bu bozukluğun yapısal kökeni hakkında bilgi vermektedir.

Kronik major depresyon, iki aylık bir düzelme dönemi olmaksızın iki yıldan uzun süren major depresyonu ifade eder. Depresyon tanısı konan bireylerin %15 kadarında iki yıllık bir süre boyunca düzelme olmadığı bildirilmektedir; hastaların bir kısmında da bu durum onlarca yıl sürebilir.

Double (Çift) Depresyon

Çift depresyonun, çok olumsuz sonuçlandığı bilinir; ancak major depresyonun kısmen düzelmiş hali ile depresyonun bu türünü ayırt etmek güçtür.

Son yıllarda, gittikçe daha iyi anlaşılıyor ki, major depresyonlu hastaların önemli bölümü (%10-25), aynı zamanda altta yatan kronik minor depresyon-dan da muzdariptirler. Yine bu hastaların sadece akut depresyonu olan hastalara göre, önemli ölçüde daha yüksek oranda nüks yaşadıkları bildirilmiştir (Keller ve Shapiro 1982).

Klein ve arkadaşları (1988), çift depresyonlu hastaların önemli ölçüde daha büyük bozulma, daha şiddetli depresif belirtiler, daha fazla birlikte ruhsal hastalık, kişilik bozukluğu ve zorlanma, daha düşük düzeyde sosyal destek ile birinci derece akrabalarda daha yüksek oranda bipolar II ve non-bipolar duygulanım bozuklukları gösterdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmacılar, çift depresyonlu hastalarda, intihar girişiminin daha çok olması yanı sıra; altı aylık izlemede, düzelme oranı ile sosyal ve genel işlev düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Başka bir çalışmada (Miller ve ark. 1986), epizodik ve çift depresyonlu hastaların klinik, ailesel ve psikososyal özellikler yönünden fazla farkları olmadığı; ancak erken başlangıçlı çift depresyonlu-ların daha fazla nöbet yaşadıkları bildirilmiştir.

Görüldüğü kadarıyla, çift depresyon durumu da, kronik depresyon gibi heterojendir (Akiskal 1983). Çift depresyonun, altta daha fazla kişilik patolojileri bulundurması nedeniyle, baş edilmesi daha güç bir hastalık olduğu ortadadır. Hastalığı kronikleştiren nedenlerin de ortadan kaldırılmaları güç ve kronik nedenler olması, yüksek ölçüde olumsuz sonuç alınmasını açıklayabilir.

Psikososyal Etki ve Seyir

Distimi, ABD'deki en yaygın üçüncü veya dördüncü hastalıktır. Kronik depresyon, depresyonun daha hafif (minor) bir formu olmakla birlikte depresyon tedavisi için gelen hastalar arasında ortalama %25'lik bir oranı oluşturması nedeniyle oldukça ağır bir halk sağlığı sorunudur (Keller ve Shapiro 1982). Genel nüfustaki yaygınlığı ise ortalama %4.5 kadardır. Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %6, nokta yaygınlığı ise %3 civarındadır. Kadınlarda, yaşlılarda ve düşük sosyoekonomik düzeyli bireylerde daha yaygındır (Weissman ve Myers 1978). Minor olmakla beraber, distimi, potansiyel olarak sonsuz bir hastalıktır.

Klein ve arkadaşları (1988), distimik bireylerin %97'sinin major depresyon öyküsüne sahip olduğunu bildirmektedir. Deliller, siklotimik, hipertimik ve distimik kişiliklerin, major duygulanım bozukluklarının genetik olarak zayıflatılmış dışa vurumları oldukları yönündedir (Akiskal 1983). Distimik hastalar yetişkin ya da ileri yaşlarda çoğunlukla unipolar seyir gösterirler, nadiren mani geliştirirler ancak antidepresan tedavi ile oluşan ve doz azaltılınca kaybolan kısa hipomanik kaymalar geliştirebilirler (Akiskal 1995).

Kronik depresyon hem yetersiz tanınmakta hem de yetersiz tedavi görmektedir. Yirmi yıl veya daha uzun süredir distimik olan hastaların üçte ikisinden daha çoğunun hiçbir antidepresan tedavi görmediği ortaya konmuştur. Distimi, sonsuz sürme potansiyeli ile birlikte, iş performansı yanı sıra yaşam kalitesini de büyük ölçüde bozar. Bu durumda gerçekte kronik depresyon kronik olmayandan daha şiddetlidir. Muhtemelen ayaktan tedavi gören hastalar arasında da son derece yaygındır (Benazzi 1998).

Kadercilik, başa çıkamayacağı korkuları ile yaşama, günlük rutinlere katı biçimde bağlılık ve yetersiz iletişim belirgindir. Huysuzlukları, boş zamanlarını değerlendirmedeki yetersizlikleri ve itici mizah anlayışları evlilik hayatlarını çıkmaza sokabilir. Bu bireylerde kendilerini rahatlatmaya yönelik alkol ya da benzodiazepin bağımlılığı sık gözlenir (Akiskal 1995).

Bu hastalar, ruh sağlığı dışındaki uzmanlara da sıklıkla başvururlar, yani diğer hastalıklara da yatkındırlar. Distimi, temel sağlık alanında, özellik-

le uyku bozuklukları, anksiyete bozuklukları (sosyal fobi), somatoform bozukluklar, kronik yorgunluk şikayetleri, nörolojik durumlar ve hipotiroidizmli hasta grupları arasında yüksek ölçüde yaygındır. Sosyal destek ve beden sağlığı major depresyonun kronikleşmesi ile yakından ilişkilidir (Hays ve ark.1997).

Kronikleşmede, tedaviye direnç, kadın cinsiyet, kişilik patolojileri, düşük ailesel gelir, tedaviye başvurmama, düşük entelektüel işlev, önceki nöbetlerin uzun sürmesi, hastalığın ünipolar oluşu, anksiyete belirtisi, psikotik özellikler, ilaç ve alkol kötüye kullanımı, nörotik ve histerik özellikler, emosyonel istikrarsızlık, nesnel davranmama, strese dayanıksızlık, çok sayıda hayat stresi, işsizlik, aileye bağımlılık ve yakınlaşma eksikliği, evlilik ve aile çatışması, çeşitli çalışmacılar tarafından risk etkenleri olarak bildirilmiş; kadınlarda tiroid işlev bozukluğu da önemli bir etken olarak ileri sürülmüştür (Schuckit 1986).

Akiskal (1983), bu bireylerde "unstable" (istikrarsız) kişilik özelliklerinin (pasif-bağımlı, histriyonik, antisosyal, borderline) yoğunluğuna işaret etmiştir.

Depresyonda, birlikte bulunan kişilik bozukluğu ya da "yüksek nörotisizmin" tedaviyi güçleştirdiği iyi bilinmektedir. Yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu da major depresyonlu hastalarda çok sık bulunabilmektedir. Keller ve arkadaşları (1986), major depresyonlu hastaların düzelmeme riskinin kümülatif olarak %29 olduğunu bildirmişlerdir.

Minor Depresif Bozukluk

Bu terim aynı zamanda kronik depresyon için de kullanılmakla birlikte DSM-IV major depresyonda belirtilerin en az ikisini (en fazla dördünü) gösteren hastalar için böyle bir kategori önermektedir. Temel belirti bunda da çökkün duygulanımdır.

Minor depresyon hakkında araştırma literatürü oldukça sınırlıdır. Yaygınlığının major depresyon ölçüsünde olduğu sanılmaktadır.

Melankolik hastalar için ilaç yan etkileri önemsiz olmakla birlikte, kronik depresif hastalar hastalıklarına bir ölçüde uyum sağladıkları için ilaç yan etkilerine daha duyarlı olmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Weise RE (1992) The clinical spectrum of so-called "minor" depressions. *Am J Psychother*, 116: 9-22.
- Akiskal HS (1983) Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry*, 140:11-20.
- Akiskal HS (1995) Mood disorders: Clinical features. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 1. Cilt, Baltimore, Williams and Wilkins, s.1123-1152.
- Benazzi F (1998) Chronic depression: a case series of 203 outpatients treated at a private practice. *J Psychiatry Neurosci*, 23:51-55.
- Brieger P, Marneros A (1997) Dysthymia and cyclothymia: historical origins and contemporary development. *J Affect Disord*, 45:117-126.
- Hays JC, Krishnan KR, George LK ve ark. (1997) Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Res*, 72:149-159.
- Invernizzi G, Mauri MC, Waintraub L (1997) Antidepressant efficacy in the treatment of dysthymia. *Eur Neuropsychopharmacol*, 7(Suppl 3):329-336.
- Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RMA ve ark. (1995) Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry*, 152:843-849.
- Keller MB, Klerman GL, Lavori PW ve ark. (1986) The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of non-bipolar major depressive disorder: Prospective follow-up. *Am J Psychiatry*, 143:24-28.
- Keller MB, Shapiro RW (1982) "Double depression": Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry*, 139:438-442.
- Keller MB (1988) Diagnostic issues and clinical course of unipolar illness. *Review of Psychiatry*, AL Frances, RE Hales (Ed), 7. Cilt, Washington DC, APA Press, s.188-212.
- Klein DN, Taylor EB, Harding K ve ark. (1988) Double depressions and episodic major depression: Demographic, clinical, familial, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am J Psychiatry*, 145:1226-1231.
- Kocsis JH, Frances AJ (1987) A critical discussion of DSM-III. Dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*, 144:1534-1542.
- Miller IW, Norman WH, Dow MG (1986) Psychosocial characteristics of "double depression". *Am J Psychiatry*, 143:1042-1044.
- Schuckit MA (1986) Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 143:140-147.
- Scott J (1988) Chronic depression. *Br J Psychiatry*, 153:287-297.
- Weissman MM, Myers JK (1978) Affective disorders in a US urban community. *Arch Gen Psychiatry*, 35:1304-1311.

36. ULUSAL PS K YATR KONGRES

**03-07 Ekim 2000
Adora Golf Resort Hotel, Belek - ANTALYA**

KONGRE D ZENLEME KURULU:

Ba kan: Prof. Dr. I k Say l

Ba kan Yard mc s : Prof. Dr. Hakan Kumbasar

Genel Sekreter: Do . Dr. O uz Berksun

Bilimsel Sekreterlik: Do . Dr. Cem Atba o lu, Uz. Dr. Bedriye nc

**T rkiyede Psikiyatri E itimi 'al ma Grubu Sekreterli i:
Do . Dr. Atilla Soykan, Uz. Dr. Halise Devrimci zg ven**

Adres: Ulusal Psikiyatri 2000 - PK: 102 Ankara

nternet Kay t: <http:\psikiyatri.net\psiki2000.htm>

E-mail: psikiyatri2000@psikiyatri.net

**ANKARA N VERS TES TIP FAK LTES PS K YATR ANAB L M DALI,
T RK YE PS K YATR DERNE— , T RK YE SOSYAL PS K YATR DERNE—**