
Depresyonun Klinik Altıipleri

Doç. Dr. Rüstem AŞKIN*

Ciddi depresif bozukluklar, tıp tarihinde en erken tanımlanan hastalıklardır. Son zamanlarda depresyon kavramı hafif formları da içerecek biçimde genişletilmiştir. Depresyonun hafiften ağıra bir sürekliliği ifade edip etmediği, farklı fenomenoloji, patofizyoloji ve etiyolojili alttıpleri içerip içermediği tartışmalıdır.

Depresyonu, amin hipotezini takiben biyolojik alttıplere ayırma çabaları büyük heyecan uyandırmış ancak bu çalışmalar anlamlı ve tutarlı sonuçlar vermemiştir. Bu çabalar halen bitmemişse de günümüzde klinik alttıplere asıl olarak alınmaktadır.

DSM-IV, depresyon durumu için temel olarak major depresyon ve kronik depresyonu belirler. Ek olarak başka türlü adlandırılmayan, genel tıbbi duruma bağlı ve madde kullanımına bağlı depresif durumlar da DSM-IV listesindedir. Yine DSM-IV, major depresif bozukluğu da kronik, katatonik özellikler gösteren, melankolik özellikler gösteren, mevsimsel yapı gösteren ve postpartum başlangıçlı alttıplere ayırır. Premenstrüel disforik bozukluk, minör depresif bozukluk, tekrarlayıcı kısa depresif bozukluk, postpsikotik depresif bozukluk gibi durumlar da DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar içinde sayılmaktadır.

Gerçekte depresyonun klinik görüntüleri kültürel farklılıklar da gösterdiği için bu anlamda evrensel alttıplere genel bir çerçeve çizmekte; yerel ya da bölgesel alttıplere tam olarak ışık tutmamaktadır. Bu anlamda Türkiye'de 1994 yılında iki şehirde, üç ayrı klinikte gerçekleştirdiğimiz araştırmamızda major depresyon nöbetinin klinik yönünden, başlıca psikotik, retarde, ajite ve maskeli diye ayırmakta olduğunu bulduk (Aşkın ve ark. 1995). Bu durum ülkemizde depresyon kliniğinin evrensel ölçütlerle değerlendirilmesinin mümkün olduğunu düşündürmektedir.

Son zamanlarda, aynı hastada zaman içinde farklı depresyon alttıplerinin görüldüğüne ilişkin bulgular, depresyon için alttıplerden ziyade tek bir hastalık varsayımını desteklemektedir. Bu bölümde, bir kısmı geleneksel de olan ve yaygın kabul gören depresyon alttıpleri kısaca işlenecektir.

MELANKOLİ

DSM-III-R, melankoliye özgü olarak, hoşnutluk verici uyaranlara ve durumlara karşı tepkisizlik (geçici de olsa rahatlamama), sürekli sabah kötülüğü ve sabahları erken uyanma yanısıra, ilk major depresyon nöbetinden önce herhangi bir kişilik bozukluğunun olmamasını ve nöbetten sonra da bedensel tedavi ile tam ya da tama yakın düzelme şeklindeki ölçütleri öngörmektedir.

DSM-IV ise melankoli tanısı için, hemen tüm etkin-

* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KONYA

liklere karşı zevk kaybı ve hoşnutluk verici uyarılara karşı tepkisizlik etkenlerinden biri ile aşağıdaki belirtilerden en az üçünü belirlemiştir:

1. Farklı kalitede çökkün duygulanım;
2. Düzenli olarak sabahları kötüleşme;
3. Sabah erken uyanma;
4. Belirgin psikomotor retardasyon ya da ajitasyon;
5. Önemli iştahsızlık veya kilo kaybı;
6. Yoğun ya da uygunsuz suçluluk hissetme.

Görüldüğü kadarıyla melankoli, depresyonun şiddetli bir formu (ya da prototipi) biçimindedir. RDC endojen depresyon ölçütleri, DSM-III'teki melankoli ölçütleri için model oluşturmuştur (Davidson ve ark. 1984). Özellikle çökkün duygulanımın farklı kalitesi ve tepkisizlik, melankolinin önemli ayırt ettirici özelliği olarak vurgulanmıştır (Kendler 1997).

Yatırılan depresyonlu hastaların yaklaşık üçte ikisi melankolik olarak düşünülmektedir (Zimmerman ve Spitzer 1989). Melankoli şiddetindeki depresyonların acımasız ve aralıksız seyretmeleri ve yoğun biyolojik tedavi gerektirmeleri, bu bozuklukların tanınmasının önemini arttırmaktadır.

Zimmerman ve Spitzer (1989), melankolide başlıca özelliklerin, daha az stres, daha büyük belirti şiddeti, intihar girişimlerinin ciddiyeti, ailede antisosyal kişilik ve madde kullanımı öyküsü, hastalık öncesi kişilik bozukluğunun bulunmayışı, yaşlılık ve hastalığından dolayı başkalarını suçlama eğilimi olduğunu bildirmişlerdir.

Kendler (1997), melankolinin melankolik olmayan depresyonun nicelik olarak daha şiddetli bir türü olduğunu, ancak nedensel ve niteliksel yönden ayrı bir hastalık olmadığını bildirmektedir. Aynı yazar, 1902 ikiz kadın üzerindeki araştırması sonucunda melankolinin, özellikle ailesel oluşuna dikkat çekerek, aşağıdaki özelliklerle ilişkili olduğunu bulmuştur:

1. Anksiyete bozuklukları ve nikotin bağımlılığı ile artmış birliktelik;
2. Daha çok sayıda nöbet, daha fazla yetersizlik ve yardım arama;
3. Daha düşük nörotiklik düzeyi;

4. Özellikle tek yumurta ikizlerinde olmak üzere, diğer ikizde artmış major depresyon riski.

Hastalığın başlama yaşı ve nöbetin süresi açısından melankolinin melankolik olmayan depresyondan farklılığı yoktur. Melankolik özelliklere her iki cins-te benzer sıklıkta rastlanmaktadır.

ENDOJEN DEPRESYON

Endojenomorfik, otonom gibi adlarla da anılır. Endojen-reaktif ayrımı, depresyon alttıplerinin belki en yaygın kabul görmüş olanıdır. Terim olarak da hastalığı başlatan çevresel-dış etkenlerin (tetikleyici olayların) bulunmayışını ve nörokimyasal değişikliklerle ilişkiliği ifade eder. Başka bir deyişle "biyolojik" bir depresyonu anlatır.

DSM-IV'te endojen, hostile-ajite, retarde türdeki depresyonların major depresyon nöbeti olarak sınıflandırılması öngörülmektedir. Nelson ve Charney (1981), bu depresyon türündeki en önemli özelliklerin nörofizyolojik değişiklikler ve retardasyon olduğunu bildirmektedirler. Young ve arkadaşları (1986) ise en önemli özellikleri, sırayla sabah erken uyanma, kilo kaybı, tepkisizlik-anhedoni ve ilgi kaybı şeklinde belirtmişlerdir.

Yale Üniversitesi, ayrıca otonom depresyon adı ile depresif hezeyanlar ve kendini kötüleme durumunu öngörmektedir. Unipolar seyirli ve psikotik özellikleri olmayan çoğu olgularda endojen-psikojen ayrımı oldukça güçtür (Modestin ve ark. 1990). DST nonsupresyonu, endojen depresyon için en uyumlu biçimde ortaya konmuş bulgudur (Zimmerman ve Spitzer 1989).

RDC Endojen Depresyon Kriterleri

Suçluluk / kendini kötüleme,

Psikomotor retardasyon,

Psikomotor ajitasyon,

Tepkisizlik,

Yaygın ilgi kaybı (Not: yaygın olmayan ilgi kaybı, düşük puan alır),

Gün içinde değişme (sabahları kötü hissetme),

Sabah erkenden uyanma,

İştah azalması,

Kilo kaybı,

Farklı duygulanım kalitesi.

Görüldüğü gibi DSM-IV, RDC endojen depresyon kriterlerini melankolik depresyon türü için tanımlamıştır.

AJİTE DEPRESYON

Ön plandaki belirti yoğun huzursuzluk, sıkıntı ve gezinme şeklinde kendini gösteren ajitasyondur. Anksiyete bozuklukları ile depresyon arasındaki çoğu belirtinin çakışıyor olması zaman zaman ayırıcı tanı sorunu doğurabilirse de, ajite depresyonda tablonun dramatikliği, intihar düşüncelerinin, çoğu zaman da hezeyanların yoğunluğu, sabaha karşı uyanma ve sabahları kendini kötü hissetme, ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır. Ajite depresyon, yaşlılık depresyonu için oldukça tipik olarak düşünülür; anksiyöz depresyon bunun daha hafif bir formu olarak değerlendirilir (Georgotas ve McCue 1988).

PSİKOTİK (HEZEYANLI) DEPRESYON

Hastaneye yatırılmış, şiddetli depresyonlu hastaların %15-25'i psikotik depresyon kategorisinde olup, hezeyan, halüsinasyon, düşünce bozukluğu ve ciddi ölçüde uygunsuz davranışlar göstermektedirler (Coryell ve Tsuang 1982).

Sistemli çalışmalar, psikotik depresyonun farklı bir depresyon alt tipi olduğunu destekler yöndedir. Eski psikiyatri kitapları, psikotik depresyonlara ait fakirlik, suçluluk, beyninin, kalbinin, barsaklarının olmadığı, dünyanın sonunun geldiği şeklindeki nihilistik hezeyanları uzun uzun belirtmektedir. Günümüzde tedavi imkanlarının artması ve yaygınlaşması sayesinde, hastalığın fazla şiddetlenmeden tedavi edilmesi nedeniyle bu tür olgulara oldukça seyrek rastlamaktayız.

Psikotik grubu nörotik gruptan en iyi ayırt ettiren özellikler, depresif hezeyanlarla birlikte psikomotor ajitasyon ve retardasyon ile şiddetli uykusuzluk ve hastalığın şiddetliliğidir (Nelson ve Charney 1981). Gerçekte hezeyanların bizzat kendisi bir şiddetlilik göstergesidir. Klinikte, depresyon tablosu ile birlikte nihilistik, suçluluk, paranoid veya bedensel hezeyan ve halüsinasyonlarla gelen hastada tanı koymak zor olmaz. Ancak, psikotik depresyonlu hastalar, mani, şizofreni gibi psikozların aksine bu tür normal dışı duygu ve düşüncelerini kolaylıkla gizleyebilirler.

Psikomotor retardasyon veya ajitasyon, hezeyanlı depresyonun önemli ayırt ettiricileridir. Psikotik depresyonda hezeyan ve halüsinasyonlar, genelde duygulanımla uyumlu ise de (ör. suçluluk-günahkarlık hezeyanları, suçlayıcı, yargılayıcı sesler gibi), depresyon nöbetinin ortalarında, duygudurumu ile uyumsuz hezeyanların da meydana çıkması, şizoaffektif ya da şizofrenik bozukluklarla bir ilişkiyi düşündürmelidir (Roose ve Glassman 1988). Genç hastalardaki psikotik depresyonlarda şizofreniden ayırdetme özellikle zor olabilir.

Hezeyanlı depresyonlarda duygulanım bozukluğu aile öyküsünün yanısıra, BOS HVA ve 5-HIAA düzeyinde artma, daha yüksek kortizol non-supresyonu ve daha yüksek idrar serbest kortizol salınması gibi sonuçlar bildirilmiştir (Roose ve Glassman 1988). Unipolar hezeyanlı depresyonlarda, hezeyansız olanlara kıyasla yine önemli ölçüde daha düşük serum dopamin β hidroksilaz aktivitesi ve BOS MHPG düzeyi, akrabalarda daha yüksek oranda bipolar bozukluk öyküsü ve aktif tedavi görmeden düzelmelerin daha seyrek olduğu bildirilmiştir (Kettering ve ark. 1987). Öte yandan, hezeyansız depresyonlarda enerji kaybı ve anksiyete gibi belirtilerin daha yaygın olduğu rapor edilmiştir (Charney ve Nelson 1981). Hezeyanlar, depresyonda aynı zamanda güçlü intihar göstergesi olarak düşünülür. Bununla birlikte, hezeyanların tedaviye cevap oranını düşürmediği bilinmektedir (Moradi ve ark. 1979).

Schatzberg ve Rothschild (1992), psikotik depresyonda suçluluk duyguları ve psikomotor bozukluğun daha fazla bulunduğunu, psikotik ve nonpsikotik hastalar arasında, glukokortikoid ve β hidroksilaz aktivitesinde, dopamin ve serotonin metabolitleri düzeylerinde, uyku ölçümleri ve ventrikül-beyin oranlarında farklılıklar olduğunu ortaya koymuşlardır.

Psikotik depresyonlu bireylerde birinci derecede akrabalarda bipolar bozukluk oranı daha yüksek bulunduğu gibi, daha fazla rezidüel yetersizlik ve antidepresana daha zayıf cevap verme yanı sıra, psikotik depresyonların diğerlerinden yalnızca daha şiddetli değil, aynı zamanda farklı bir bozukluk olabileceği ve daha fazla sosyal yetersizlikle sonuçlandığı ortaya konmuştur (Coryell ve Tsuang 1982). Kettering ve arkadaşları (1987) ise iş per-

formansı ve sosyal uyum yönünden bu hastalarda daha olumsuz sonuç bulamamışlardır.

Psikotik depresyondaki hezeyanlar, hipokondriyak ya da nihilistik, suçluluk, günahkarlık, değersizlik ile ilişkili abartılı referans fikirler; halüsinasyonlarsa, adlarının çağırıldığını, kendilerini çeşitli kötülüklerle suçlayan, ölüme mahkum eden sesler işitme veya ölmüş olan yakınlarının görüntülerini ve tabutlar görme biçiminde olabilir (Roose ve Glassman 1988).

Hasta gözlendiğine, izlendiğine, kendisine eziyet edildiğine, varını yoğunu kaybettiğine, bu yüzden yakınlarının aklıktan öleceğine, kanser, AIDS gibi tedavisi imkansız ya da utanç verici hastalıklara yakalandığına, bu hastalığın başkalarına da bulaşacağına inanabilir (Akiskal 1982). Yaşlı bir erkek hastamızın, güneşli bir günde, "evin her tarafı karla kaplı, yollar da kapalı, evde yemek yok, ateş yok, ne yiyeceğiz, neyle ısınacağız, telefon kapandı ben ne yapacağım" şeklindeki hezeyanları tipik örnek olarak verilebilir.

Hastalar, bazı sesler duyduklarını ancak bunları ayırt edemediklerini, sanki kayalar düşüyormuş gibi, ezan sesi varmış gibi hissettiklerini; geceleri tuhaf yüzler, dehşet dolu sahneler gördüklerini, vücutlarının kirli koku çıkardığını, zincir şakırtısı ve işkence görenlerin bağrıışmalarını işittiklerini söyleyebilirler (Çifter 1986). Genç bir bayan hastamız, "Günahım çok, Allah beni yakacak, yeğenimi ana-babamı kestiler, üzerlerine bir traktör dolusu taş doldurdular" şeklindeki hezeyanlarla intihara kalkışmıştı. Hastaların geçmişteki çok önemsiz bir olayı "hastalıklarına sebep" olarak tanımlamaları da seyrek değildir.

Hezeyanlı depresyon, hastanede kalış süresini uzatırken, antidepresan ilacın tek başına kullanımına zayıf ya da çok az yanıt verir. Ancak hezeyanların depresyonda kötü sonuç işareti olduğu doğru değildir (Moradi ve ark. 1979, Baldwin 1988). Duygu durumu ile uyumsuz hezeyanlar gösteren depresif bozukluk, 80 yıldır tartışılmakta olup, bunun: a-Duygulanım bozukluğunun tipik formlarından ayırd edilemeyeceği; b-Duygulanım bozukluğunun farklı bir alttipi olduğu; c-Şizoaffektif bozukluk olduğu; d-Şizofreni formu olduğu ileri sürülmüştür.

Genel olarak sözkonusu bozukluğun sistemli aile öyküsü, demografik ve klinik özellikleri, DST,

tedavi yanıtı ve sonuç çalışmaları ile, duygulanım bozukluğunun farklı bir alttipi olduğu düşünülmektedir (Kendler 1991).

Psikotik depresyonlu hastalardaki intihar riski psikotik olmayanlara göre daha fazladır. Psikotik düşünce biçimi, özellikle daha öldürücü metodların kullanımına yol açar. Ancak, psikotik depresyonlu bireylerin iyi ancak daha yavaş düzeldikleri bildirilmektedir (Rothschild ve Schatzberg 1994).

Psikotik depresyonlu hastaların tanı ve tedavisinde iki nokta özellikle önemlidir: Bu hastaların, şizofreni sanılarak yalnız antipsikotikle tedavi edilmeleri yetersiz düzelmeye yol açacaktır. Yine bu hastaların, psikotik olmayan depresyon sanılarak yalnızca antidepresanla tedavileri de hastalığın seyrini olumsuz etkileyecektir. Bu hastalarda en doğru tedavi, antidepresan ilaçla birlikte antipsikotik uygulanması şeklindedir.

BİPOLAR DEPRESYON

Bipolar (BP) hastalar, unipolar (UP) hastalara göre, daha düşük plazma NE, üriner MHPG ve platelet serotonin 'uptake'i; daha yüksek beyaz küre / plazma lityum oranları gösterirler.

Bipolar bozukluktaki genetik kusur, muhtemelen, sirkadyen 'pacemaker'ı veya onu düzenleyen sistemleri tutmaktadır. Işığa artmış duyarlılıkları; bazen hastalığın mevsimsellik göstermesi; 5-HT ve DA işlev bozukluğu ile sirkadiyen ritim bozukluklarının ortaklığı; bozulmuş uyku ile duygulanım bozukluğu arasındaki bağlantı bunu doğrular yöndedir.

Son zamanlarda PET çalışmalarını, platelet α_2 adrenerjik reseptör işlevini, plazma katekolamin düzeylerini ve bilişsel kusurları içeren çok sayıda bulgu, bipolar ve unipolar depresyonlar arasında önemli farklar olduğunu düşündürmektedir (Joyce ve Paykel 1989).

Bipolar depresyonlarda özellikle trisiklik antidepresanlar maniye kaymaya yol açabildikleri gibi depresyon-mani hızlı döngüsünü de tetikleyebilir. Depresyon ve mani arasında gidip gelen (hızlı döngülü) ya da karışık duygulanım bozukluklu hastalarda tedavi şansı azalabilmektedir.

Bipolar depresyonlar klinik açıdan atipik depresyon özellikleri taşıyabilir (hipersomnia, hiperfaji...). Bipolar olgularda, aile öyküsünde bipolar

bozukluk bulunması, antidepresan ilaca ve lityuma yanıt, unipolar depresyonlara göre daha olumludur (Mendels ve ark. 1979). Hezeyanlı depresyonun bipolar bozuklukla ilişkili olabileceği yönünde aile çalışmaları verileri vardır (Weissman ve ark. 1984).

Bipolar depresyonda özellikle lityum ilk tercih tedavisi olmakla birlikte (Yatham ve ark. 1997) mani esnasında gözlenen depresif belirtilerin lityuma zayıf yanıtla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Swann ve ark. 1997).

NÖROTİK - REAKTİF DEPRESYON

Uzun süredir endojen-psikojen depresyon ayrımı yapılmaktadır. Psikojenik depresyonun dış stres (reaktif) veya içsel çatışma (nörotik) sonucu ortaya çıktığı düşünülür (Modestin ve ark. 1990).

Avrupa'lı psikiyatristler, uzun süreli nörotik ve uyumsuz hayat tarzı olan bireylerde oluşan "nörotik" depresyonla, reaktif depresyonu sıklıkla aynı anlamda kullanırlar. Nörotik/reaktife karşılık endojen/vital depresyon kavramına öncelikle Avrupa'da büyük ilgi vardır. Bununla birlikte nörotik-reaktif depresyon terimi yalnızca etiyolojisi kasetmez. Aynı hastalık hakkında kronik karakterolojik depresyon, durumsal depresyon gibi isimler de kullanılmıştır (Copeland 1983).

Nörotik depresyon, DSM-II'de "depresif nöroz" olarak anılırken, DSM-III'de "distimik bozukluk" adını almıştır. Matussek ve arkadaşları (1982), nörotik depresyonu "daha üst gelişim aşamalarında, farklı nöroz formlarının savunma mekanizmaları ve başa çıkma biçimleri artık yetersiz kaldığı zaman devreye giren son ortak yol" biçiminde tarif etmektedirler. Çatışmacı (conflictual) depresyon, genellikle ana-baba ve diğer insanlarla çatışma içinde olan, kronik kişilik problemlerine sahip, tekrarlayıcı kısa depresyonlar olarak belirtilmiştir (Winokur 1985). Bu bireyler, yakın ilişkilerden huzursuzluk duyarlar.

Copeland (1983), nörotik depresyonlu bireylerin akşamları daha kötü olduğunu, psikotik depresyonlu bireylere göre başkalarıyla daha sık dargın olduklarını ve hastalığın daha genç yaşta başladığını bildirmektedir.

Nörotik depresyonlular için, başkalarını suçlayıcılık ve yetersiz kişilik özelliği de öne sürülmüştür (Davidson ve ark. 1984). Bu hastalar, bozuk ve çarpık bir muhakeme gösterebilirlerse de hezeyan

ve halüsinasyonlar geliştirmezler; anksiyete ve ilişkili belirtileri daha çok taşırlar. Reaktif depresyonla DSM-III-R'deki depresif duygulanımlı uyum bozukluğunu ayırdetmek oldukça güçtür.

Hirschfeld ve arkadaşları (1982), nörotik-reaktif depresyon kavramının, doğru olmadığını ve ampirik çalışmalarla desteklenmediğini belirterek, reaktif depresyon yerine durumsal major depresyon denmesini teklif etmişlerdir. Bu çalışmacılar, sözkonusu tanının belirtilere, kişisel ya da psikiyatrik öyküye bakmaksızın, yalnızca tetikleyici olayın varlığına ya da yokluğuna dayandırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Kuşkusuz yeni bulgular, hayat stresinin depresyonla, diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıklardan daha fazla ilişkili olduğunu güçlü biçimde desteklemektedir. Hayat olayları, depresyon yaygınlığında %1-9 arası bir oynamayı izah etmektedir (Hirschfeld ve Cross 1982).

Parker ve arkadaşları (1988), nörotik depresyonlu bireylerin klinik özelliklerinin dört belirti profilini ortaya koymuşlardır: olumsuz zihniyetlilik (negatif biliş), dürtü eksikliği, anksiyete ve uyarılmışlık.

Winokur (1985), nörotik-reaktif depresyon kriterlerini aşağıdaki biçimde sıralamıştır.

Nörotik - Reaktif Depresyon Kriterleri

1. Birincil unipolar depresyon kriterlerini karşılar.
2. Fırtınalı hayat tarzı (aşağıdakilerden en az ikisi):
 - a) Boşanma ve/veya en az bir hafta süreli ayrılma.
 - b) Bir veya daha çok işten atılma.
 - c) Daha iyisini bulmadan işi terketme.
 - d) Mesai arkadaşları, aile, arkadaşları veya kanun adamları ile çok sayıda çatışma.
 - e) Cinsel problemlerin bulunması.
3. Hasta, hastalığını bir hayat olayına bağlar.
4. Aşağıdaki belirtilerden en az üçü:
 - a) Uykuya dalma problemi.
 - b) Probleminin sebebi olarak başkalarını suçlama.
 - c) Çeşitli bedensel yakınmalar.
 - d) İsteyici (talepkar) davranış.
 - e) Düşmanca tutum.
 - g) Koşullara tepki biçiminde depresyon.

5. Kişilik problemleri: Hasta veya ailesi, yakın arkadaşı ya da tanıyanlar hasta hakkında, inanırlar ki:

- Ömür boyu süren bir sinirlilik (irritabilite).
- Sorumluluk üstlenmemek (olgunlaşmamışlık).
- Başkasıyla geçinme güçlüğü.
- Sürekli vücut fonksiyonlarından şikayetçilik.
- Kolayca darmadağın olmak (duygusal oynaklık).
- Önemli kişilik problemleri (yetersiz kişilik).

6. Aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlası:

- Ailede alkolizm hikayesi.
- Depresyon nedeniyle birden çok hastaneye yatmamış olma.
- 40 yaşın altında başlama.
- Tedavilere zayıf yanıt.
- İki veya daha çok ciddi olmayan intihar girişimi.
- Yoğun (4'den fazla) endojen özellik yoktur (ilgisizlik, yavaşlık, kendini ayıplama, hezeyan, halüsinasyon, günlük değişmeler, sabah erken kalkma, konsantrasyon bozukluğu gibi).

MASKELİ DEPRESYON - DEPRESYONSUZ DEPRESYON

Maskeli depresyon terimi, duygulanım gösterimleri pek açık olmayan, bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu depresyonu tanımlamak için kullanılmaktadır. Bazı yazarlara göre, maskeli depresyon açık depresyon kadar sıktır. Sıklıkla bu tablolar çok uzun süre tanınmadan ve tedavi edilmeden kalır. Maskeli depresyon tabloları her yaşta bulunabilirse de, orta yaş ve yaşlı nüfusta daha sık gözlenmektedir (Alexopoulos 1990).

Bu tür depresyonlarda, hastada depresyon bilinci sözkonusu değildir; bunun yerine, bedensel şikayetlere sahiptirler ve hatta yüzlerine savunma amacını güden bir gülümseme maskesi takabilirler (gülümseyen depresyon). Bazı hastalarda çeşitli ağrı ve sızılardan, başlarına bir felaket gelebileceği, akıllarını yitirecekleri gibi korkulardan yakınırlar. Kimileri ise, artık ağlayamaz, alıştığı duyguları hissedemez ve dünyanın renksiz, cansız, ölü bir yer olduğu fikrine kapılır ki, bu tür hastalarda ağlama genellikle düzelmeye belirtisi olarak kabul edilir (Akiskal 1982).

Hastaların önemli bir kısmı, özellikle bedensel belirtiler üzerinde dururken, psikolojik sorunları hiç bildirmez ya da çok az bildirirler. Çoğu hasta, ağrı yanında iştah kaybı, kilo verme, yorgunluk ve enerji kaybı sorunları ile gelir. Uygun ve kabullenici bir görüşme, bu hastalardaki depresif belirtileri açığa çıkarabilir. Öte yandan, birçok hasta da ruhsal sorunlarını tamamen bilip kabullenmesine rağmen, özellikle cinsel güçsüzlük, uykusuzluk bazen de baş ağrısı üzerinde odaklandıkları ve ruhsal sorunlarının nedeni olarak da bunları düşündükleri için yalnızca bu tür bir yakınma ile gelip, öncelikle onun tedavisini isteyebilmektedir.

Maskeli depresyonu diğer depresyon biçimlerinden ayıran sınır çoğu kez belirlenemez. Aslında depresyon saf psişik belirtilerle de gelmeyip, depresif sürecin vegetatif belirtilerle birlikte olduğu ve depresyonun derinliği ile birlikte arttığı görülmektedir. Depresyon derinleştikçe, öncelikle kalp ve dolaşım sistemi yakınmaları daha sonra da baş ağrıları ve başdönmeleri belirginleşebilir (Özüğurlu 1984). Ağrı başta olmak üzere, bedensel belirtilerle, depresyon belirtilerinin hangisinin temel olduğunu belirlemek güç olabilir. Emosyonel belirti ve çatışmaları inkar eğilimi iyi bilinen kronik ağrılı hastalarda, ölçülebilir depresyon oranı %10-87 arasında değişir (Silberman ve Sullivan 1984).

Bunların yanısıra, başta ilaç ve alkol kullanımı, öncelikle antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere, değişik psikiyatrik bozukluklar da depresyon tablosunu gölgeleyebilmektedir. Ayrıca hipertansiyon, kardiyak aritmiler, amfizem, diyabet gibi durumlar ve kullanılan ilaçların yan etkileri de özellikle yaşlılarda acil bir depresyonu kamufle edebilmektedirler.

Maskeli depresyon tanısı, ABD ve diğer ülkelerde de yaygın olarak konulmakta ve muhtemelen bütün depresyon durumlarının %10'unu oluşturmaktadır. Ancak, depresyonun yaygın biçimde moda şeklinde kullanılıyor olması, birçok ruhsal ya da organik tablonun yersiz ve yanlış biçimde depresyon olarak damgalanmasına yol açmaktadır.

ATİPİK DEPRESYON VE HİSTEROİD DİSFORİ

Bu iki kavram, sıklıkla aynı anlamda kullanılmakla birlikte Akiskal ve Weise (1992), histeroid disforinin bir karakter spektrum bozukluğu olarak kabul edilmesinden yanadırlar. Muhtemelen, atipik

depresyon, mevcut affektif bozuklukların "modifiyeri" ve daha hafif formu olarak düşünülebilir.

Davidson ve arkadaşları (1982), atipik depresyonları ikiye ayırmışlardır: A tipi, anksiyete ve gerginliğin ön planda olduğu, bedensel belirtiler, fobiler, panik ataklarını içeren tip olup, genelde anksiyete bozukluklarına benzer. V tipi, uyku, iştah, kilo ve libido artışı gibi zıt vegetatif belirtiler ve akşam kendini kötü hissetmeyle birlikte ağır letarji ile karakterizedir. V tipi denilen depresyonlar, günümüzde yaygın kullanılan atipik tanımına daha çok uymaktadır.

Yeni bir araştırmada, 653 major depresyonlu hastanın yalnızca %11.3'ünde zıt belirtili nöbetler bulunurken, aynı hastaların %5.8'i dalgalı (oynak) olarak sınıflandırılmıştır (Levitan ve ark. 1997).

Klein (1974), reddedilmeye aşırı duyarlı, MAOI'lere daha iyi cevap veren, aşırı yeme ve uyuma gözlenen, histriyonik ve dikkat çekme eğilimli kişilerde karakterolojik bir durum biçiminde özel bir atipik depresyon (histeroid disfori) tanımlamıştır. Bu bireylerde, reddedilme duygularına bağlı fırtınalı ilişkiler, bu anlamda reddedilme ve eleştiriye karşı tepki olarak önemli sorumlulukların sık sık ihmal edilmesi ve reddolunacağı korkusu ile romantik ilişkilerden kaçınma sözkonusudur.

Hafif depresyonlarda, antidepresandan çok

psikoterapi önerilmekle birlikte, Stewart ve arkadaşları (1992), atipik depresyon ölçütlerini taşıyan, düşük skorlu hastalarda imipraminle önemli oranda olumlu sonuç bildirmişlerdir. Atipik özellikler kadınlarda 2-3 kat daha sık bulunur.

Atipik depresyonlarda fenelzinle üstün yanıt alınmasının, histeroid disfori ve diğer türlerden çok özellikle panik ataklarının bulunmasına özgü olduğu ve bu bozukluğun yalnızca kadınlar için geçerli olabileceği ileri sürülmektedir (Davidson ve Pelton 1986). Bununla birlikte, Stewart ve arkadaşları (1989), 194 nonmelankolik, atipik depresyonlu hastada, fenelzinle %71, imipraminle %48, plasebo ile de %26 olumlu yanıt almışlar; fenelzin yanıtının özgül belirleyicilerini bulamamışlardır. Bir çok klinisyen bu tablonun tedavisinde sertralin ve fluoksetinin de etkili olduğunu düşünmektedir.

Stewart ve arkadaşları (1993), atipik depresyonun melankoli ve mevsimsel duygulanım bozukluğundan farklılıklarını, Tablo 1'deki gibi özetlemişlerdir ve tanı için aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin gerektiğini vurgulamışlardır.

1. Hipersomnia (aşırı uyuma),
2. Külçeleşme hissi (ya da yoğun letarji),
3. Hiperfaji (aşırı yeme),

Tablo 1. Atipik depresyonla melankoli ve mevsimsel depresyonun karşılaştırılması

Özellik	Atipik depresyon	Melankoli	Mevsimsel duygulanım bozukluğu
Başlangıç yaşı	20 yaşından önce	30 ya da ileri	10-30 yaş arası
Seyir	Kronik	Nöbetler halinde	
Belirtiler			
İştah/kilo	Artar	Azalır	Artar
Uyku	Artar	Azalır	Artar
Enerji	Külçeleşme hissi	Azalır (şiddetli değil)	Azalır (çok ağır?)
Reddedilme ve eleştiriye tepki	Yıkılma ya da öfke	İlgisizlik	Normal tepki
Tedavi yanıtı	MAOI>TCA	TCA=MAOI	Parlak ışık (Antidepresan?)
Fizyoloji			
Uyku	Normal (?)	Anormal	Normal
DST	Normal	Anormal	Normal
Tiramin	Normal (?)	Anormal	?
Stimulanlara duygulanım yanıtı	Disforik	Nötral/öforik	?
Serebral lateralite	Normal	Anormal	?
Aile öyküsü	Depresyon Kronik?	Depresyon Kronik?	?

4. Reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık.

Atipik depresyonda, olumlu olay ve yaşantılara olumlu tepki verme de önemli bir özelliktir.

MEVSİMSSEL DEPRESYON

Tekrarlayıcı biçimde kışları ortaya çıkan depresyonlara ilgi son 15 yılda artmış, bu tanı kategorisi DSM-III-R ve DSM-IV'te yerini almıştır. Bu hastalık günümüzde çok hızlı gelişen bir biyolojik araştırma konusudur.

Esasen hekimler, iki bin yıldan daha uzun süreden beri inanırlar ki, mani sığağa bağlıdır ve çoğunlukla yazın görülür, depresyonsa soğuktan dolayıdır ve güzleri daha yaygındır.

Mevsimsel değişimler yalnız insanlarda değil, yoğun bir biçimde doğa ve hayvanlarda da oluşmaktadır. Muhtemelen halk arasında yer ve iklim değiştirmenin olumlu etkilerine olan inanç bu tür olgulardan kaynaklanmaktadır. Mevsimsel depresyon yerine kış depresyonu terimi de kullanılır; hastada mevsimle doğrudan ilişkili bir psikososyal stres (mevsimsel işsizlik gibi) varsa bu tanı konmalıdır. Bu depresyon ekvatorlardan uzakta yaşayan nüfusun %6'dan fazlasını etkiler.

Mevsimlerle duygulanım bozuklukları ve intihar arasındaki ilişki sistematik biçimde Rosenthal ve arkadaşları tarafından incelenmiştir (Jacobsen ve Rosenthal 1998, Rosenthal ve ark. 1984). Lewy ve arkadaşları (1982), doğal ışıktaki yıllık değişimlere bağladıkları, tekrarlayıcı biçimde kışları depresyona giren bir hastalık tanımlamışlardır. Washington'da kış depresyonları genellikle Ekim-Kasım aylarında başlayıp Şubat-Nisan aylarında bitmektedir (Wehr ve Rosenthal 1989). Ülkemizde de görüldüğü kadarı ile aynı durum sözkonusudur. Bu bozukluk, yüksek alanlarda daha yaygındır ve hastaların %60-90'ı kadındır.

Duygulanım bozukluğunun bazı türlerinin mevsimselliği ve çevresel etkenlere duyarlılığı, hastalığın doğası hakkında bazı ipuçları verebilir. Bu bozukluk, organizmanın fizik çevredeki değişimlere uyum sağlamasına aracılık eden sistemlerin bozukluğu olabilir. Bununla birlikte mevsimsel duygulanım bozukluklarının depresif ucu sıklıkla kış depresyonları biçiminde gözlenmişse de, Wehr ve arkadaşları (1987), yazları da düzenli biçimde depresyona giren, yılın diğer zamanlarında ötimik, hipomanik ya da manik 12 hasta tanımlamışlar ve

bunun bir ölçüde çevresel ısıdaki değişikliklerle ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Yaz depresyonlu hastalar aynı zamanda tipik endojen depresyon belirtileri gösterirken, kış depresyonlu hastalar aşırı yeme/kilo alma, aşırı uyuma ve karbonhidrat açlığı şeklinde atipik belirtiler göstermektedirler (Wehr ve Rosenthal 1989).

Mevsimsel depresyondaki belirtiler, gıda tercihi, kilo alma ve bazal metabolizmadaki değişikliklerle (uykululuk-fazla uyuma) açıklanmıştır. Yeni çalışmalarda mevsimsel depresyonlarda, kışları T4, bazal kortizol ve bazal prolaktin düzeylerinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Jacobsen ve Rosenthal 1998).

Mevsimsel depresyonlu hastalarda, meta-klorofenilpiperazin ile "aktivasyon öforisi"nde önemli artışlar sağlanmış, nokturnal temel ısıda depresyon puanlarındaki azalmaya paralel azalma saptanmış; ayrıca bu hastalarda ortalama büyüme hormonu yoğunluğu da normal kontrollere göre önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (Schwartz ve ark. 1997). Bu bulgulara göre; mevsimsel depresyon tek başına serotonin reseptör anormalliklerine dayalı bir durum olarak açıklanamaz; muhtemelen serotonin transmisyonunda merkezi sinir sisteminin birçok bölgeleri kusurludur.

Bu bulgular, duygulanım bozukluklarının diğer formlarında gözlenen hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen işlevindeki bozukluklarla uyumludur. Özellikle prolaktin, mevsimsel ritimlerde önemli rol oynayabilmektedir. Ancak biyolojik testlerin sonuçları bu bulgularla yeterince uyumlu değildir (James ve ark. 1986).

Mevsimsel depresyonda günlük istirahat aktivitesi ritimlerinde önemli faz gecikmesi bilinmektedir. Antidepresanlar, muhtemelen bozulmuş günlük ritimleri düzelterek etki ederler. Farklı depresyon türlerinde ve farklı yaş gruplarındaki hastalarda farklı günlük aktivite bozukluğu tipleri olduğu öne sürülmektedir (Teicher ve ark. 1997).

Melatonin ve prolaktin gibi hormonların salgılarında mevsimsel bir düzen bulunmuştur (Illnerova ve ark. 1985). Endojen depresyonlu hastalarda gecelik melatonin salınmasının azaldığı, manik fazda ise arttığı, yüksek doz melatonin uygulanmasının major depresyonlu hastalarda belirtileri alevlendirdiği; mevsimsel affektif bozukluktan

Tablo 2. Mevsimsel (kış) depresyonda belirti sıklığı

BELİRTİLER	%	BELİRTİLER	%
Azalmış aktivite	96	Kiloda	
Huzursuzluk, hüznün	92	Artma	74
İştah		Azalma	12
Artma	70	Uyku artışı	82
Azalma	22	Günboyu uykusuzluk	73
Karbonhidrat açlığı	68	Libido azalması	53
Menstrüel güçlükler	56	Çalışma güçlüğü	90
		Kişilerarası güçlükler	98

melatonin salınmasındaki değişikliklerin sorumlu olabileceği bildirilmiştir. Ancak, bir β -bloker olan atenolol ile geceki melatonin düzeyinin basklanması yeterli antidepresan etkiyi sağlamamış, farklı ışık uygulaması ile melatonin salınmasında gerçekleştirilen önemli farklılıklar mevsimsel depresyondaki klinik düzelmeye orantılı bulunamamıştır (Jacobsen ve Rosenthal 1998).

Parlak ışığın mevsimsel duygulanım bozukluğunda hızlı ve etkili bir tedavi sağladığı açıklıkla ortaya konulmuş olup bu etki bazı varsayımlarla açıklanmaya çalışılmıştır (Wehr ve Rosenthal 1989).

a) Melatonin varsayımı: Karanlığın bir sinyal biçiminde etki edip, gece melatonin salınmasının düzenini değiştirerek, kış depresyonunu tetiklediği düşünülür. Bu durumda, fototerapi ancak şafaktan önce veya akşam karanlığından sonra uygulanırsa; yani, uzun kış gecesini bölüp, aktif melatonin salım fazını kısaltırsa etkili olur. Bu varsayım yeterli delillerden yoksundur.

b) Sirkadiyen ritim fazı kayması varsayımı: Buna göre kış depresyonu sirkadiyen ritim fazları (şafak geciktiği için) uykuya nisbetle anormal biçimde geciktiğinde oluşur. Buna göre sabah ışığı ritmi öne alarak kötüleştirici olacaktır. Bu varsayım önemli destekler almakla birlikte tamamen desteklenmemiştir.

Lewy ve arkadaşları (1998) da parlak ışığın uyanır uyanmaz uygulanmasını önermektedirler. Genel olarak, fototerapiye uyandıktan hemen sonra iki saat süreli 2500 lux uygulaması ile başlanır. Antidepresan yanıt, 3-4 gün içinde gözlenir ve 1-2 hafta içinde tam düzelmeye sağlanır. Yeterli yanıt ulaşıldıktan sonra ışık tedavisi süresi 30 dk'ya

kadar azaltılır ve kış boyunca, güneşarı sürdürülür.

c) Sirkadiyen ritim amplitüd varsayımı: Kış depresyonu, sirkadiyen ritmin amplitüdündeki azalmaya bağlıdır ve fototerapi bu amplitüdü arttırarak düzeltici olur. Gün ortasındaki ışık, düşmüş amplitüdü normale getirerek etkili olurken, gece ortasındaki ışık amplitüdü daha da azaltır. Bu varsayım yeterince test edilmemişse de bununla uyumlu önemli deliller vardır.

Yeni araştırmalar, mevsimsel depresyonda serotonin sistemi işlevi bozukluğunun başlıca pay sahibi olduğunu ve parlak ışığın düzeltici etkisinin de beyin serotonin işlevindeki değişikliklerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Neumeister ve ark. 1997).

Tekrarlayıcı depresyonlu hastaların %16-38'inin mevsimsel depresyonlu olduğu bildirilmektedir (Garvey ve ark. 1988). Mevsimsel duygulanım bozukluklu hastalar, aynı zamanda, kış ya da yazları hipomanik nöbetler yaşayabilirler. Bir araştırmada, bu hastaların %76'sının bipolar II, %17'sinin bipolar I bozukluk ölçütlerini karşıladıkları bulunmuştur (Rosenthal ve ark. 1984).

Sonuç olarak, mevsimsel duygulanım bozukluğunun varlığına dair deliller en az melankolininki kadar güçlüdür. Hastalıkta melatonin yanısıra, noradrenalin ve serotoninle ilgili bozukluklar da söz konusu olabilir. Bu bozuklukta, antidepresanlardan başka fototerapi (sabah ve/veya akşam en az 30 dakika) de etkin olmakla birlikte, etki mekanizması yeterince açık değildir (Blehar ve Rosenthal 1989), etkisinin başlaması ise en az üç hafta gerektirmektedir (Eastman ve ark. 1998).

KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Weise RE (1992) The clinical spectrum of so-called "minor" depressions. *Am J Psychother*, 116: 9-22.
- Akiskal HS (1982) Affective disorders. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 14. baskı, R Berkow, NJ Rahway (Ed), Merck Co. Inc.
- Alexopoulos GS (1990) Clinical and biological findings in late-onset depression. *Review of Psychiatry*, 9. Cilt, AL Frances, Hales RE (Ed), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Aşkın R, Çayköylü A, Karaca S ve ark. (1995) Klinik depresyonu alttıplere ayırma çalışması. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1-3 Haziran, Konya, s.192-198.
- Baldwin RC (1988) Delusional and non-delusional depression in late life. Evidence for distinct subtypes. *Br J Psychiatry*, 152:39-44.
- Blehar MC, Rosenthal NE (1989) Seasonal affective disorders and phototherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 46:469-474.
- Charney DS, Nelson JC (1981) Delusional depression: A distinct clinical entity? *Am J Psychiatry*, 138:328-333.
- Copeland J (1983) Psychotic and neurotic depression: Discriminant function analysis and five-year outcome. *Psychol Med*, 13:373-383.
- Coryell W, Tsuang MT (1982) Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1181-1184.
- Çifter İ (1986) Psikiyatri. Ankara, Şenal Matbaası.
- Davidson J, Pelton S (1986) Forms of atypical depression and their response to antidepressant drugs. *Psychiatry Res*, 17:87-95.
- Davidson J, Turnbull C, Strickland R ve ark. (1984) Comparative diagnostic criteria for melancholia and endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:506-511.
- Davidson JRT, Killer RD, Turnbull CD ve ark. (1982) Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*, 39:527-534.
- Eastman CI, Young MA, Fogg LF ve ark. (1998) Bright light treatment of winter depression: a placebo- controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 55:883-889.
- Garvey MJ, Wesner R, Godes M (1988) Comparison of seasonal and nonseasonal affective disorders. *Am J Psychiatry*, 145:100-102.
- Georgotas A, McCue RE (1988) Depressive and manic states of late life. *Depression and Mania*, A Georgotas, R Cancro (Ed), New York, Elsevier Publishers.
- Hirschfeld RMA, Cross CK (1982) Epidemiology of affective disorders: Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
- Illnerova H, Zvolnsky P, Vanecsek J (1985) The circadian rhythm in plasma concentration of the urbanized men: The effect of summer and winter time. *Brain Res*, 328:186-189.
- Jacobsen FM, Rosenthal NE (1988) Seasonal affective disorder. *Depression and Mania*, A Georgotas, R Cancro (Ed), New York, Elsevier Publishers.
- James SP, Wehr TA, Sack DA ve ark. (1986) The dexamethasone suppression test in seasonal affective disorder. *Compr Psychiatry*, 27: 224-226.
- Joyce PR, Paykel ES (1989) Predictors of drug response in depression. *Arch Gen Psychiatry*, 46:89-99.
- Kendler KS (1991) Mood incongruent psychotic affective illness. *Arch Gen Psychiatry*, 48:362-369.
- Kendler KS (1997) The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry*, 54:299-304.
- Kettering RL, Harrow M, Grossman L ve ark. (1987) The prognostic relevance of delusions in depression: A follow-up study. *Am J Psychiatry*, 144:1154-1160.
- Klein DF (1974) Endogenomorphic depression. *Arch Gen Psychiatry*, 31:447-454.
- Levitan RD, Lesage A, Parikh SV ve ark. (1997) Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. *Am J Psychiatry*, 154:934-940.
- Lewy AJ, Kern HA, Rosenthal NE ve ark. (1982) Bright artificial light treatment of a manic-depressive patient with a seasonal mood cycle. *Am J Psychiatry*, 139:1486-1498.
- Lewy AJ, Bauer VK, Cutler NL ve ark. (1998) Morning vs evening light treatment of patients with winter depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55:890-896.
- Matussek P, Soldner ML, Nagel D (1982) Neurotic depression: Results of cluster analyses. *J Nerv Ment Dis*, 170:588-597.
- Mendels J, Ramsey TA, Dyson WL ve ark. (1979) Lithium as an antidepressant. *Arch Gen Psychiatry*, 36:845-846.
- Modestin J, Gruden D, Spielman D (1990) Identification of endogenous depression: A comparison of three diagnostic approaches. *J Clin Psychol*, 46:300-304.
- Moradi SR, Muniz CE, Belar CD (1979) Male delusional depressed patients: Response to treatment. *Br J Psychiatry*, 135:136-138.
- Nelson JC, Charney DS (1981) The symptoms of major depressive illness. *Am J Psychiatry*, 138:1-13.
- Neumeister A, Praschak-Rieder N, Hebelman B ve ark. (1997) Effects of tryptophan depletion on drug-free patients with seasonal affective disorder during a stable response to bright light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54:133-138.
- Özüğurlu K (1990) Maskeli depresyon. *Depresif Hastalıklar. Düzenleyen E. Adam. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışmaları*, İstanbul.
- Parker G, BIGNAULT I, Manicavasagor V (1988) Neurotic depression: Delineation of symptom profiles and their relation to outcome. *Br J Psychiatry*, 152:15-23.
- Roose SP, Glassman AH (1988) Delusional depression. *Depression and Mania*, A Georgotas, R Cancro (Ed), New York, Elsevier Publishers.
- Rosenthal NE, Sack DA, Gillin C ve ark. (1984) Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41:72-80.

- Rothschild AJ, Schatzberg AF (1994) Diagnosis and treatment of psychotic (delusional) depression. *Severe Depressive Disorders*. L Grunhaus, JF Greden (Ed), Progress in Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC, s.195-208.
- Schatzberg AF, Rothschild AJ (1992) Psychotic (delusional) major depression. Should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *Am J Psychiatry*, 149:733-745.
- Schwartz PJ, Murphy DL, Wehr TA ve ark. (1997) Effects of Meta-chlorophenylpiperazine infusions in patients with seasonal affective disorder and healthy control subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 54:375-385.
- Silberman EK, Sullivan JL (1984) Atypical depression. *Psychiatr Clin North Am*, 7:535-547.
- Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM (1992) Can mildly depressed outpatients with atypical depression benefit from antidepressants? *Am J Psychiatry*, 149:615-619.
- Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG ve ark. (1993) Atypical depression. A valid clinical entity? *Psychiatr Clin North Am*, 16:479-489.
- Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM ve ark. (1989) Relevance of DSM-III depressive subtype and chronicity of antidepressant efficacy in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1080-1087.
- Swann AC, Bowden CL, Morris D ve ark. (1997) Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch Gen Psychiatry*, 54:37-42.
- Teicher MH, Glod CA, Magnus E ve ark. (1997) Circadian rest-activity disturbances in seasonal affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54:124-130.
- Wehr TA, Rosenthal NE (1989) Seasonality and affective illness. *Am J Psychiatry*, 146:829-839.
- Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE (1987) Seasonal affective disorder with summer depression and winter hypomania. *Am J Psychiatry*, 144:1602-1603.
- Weissman MM, Prusoff BA, Merikanges KR (1984) Is delusional depression related to bipolar disorder? *Am J Psychiatry*, 141:892-893.
- Winokur G (1985) The validity of neurotic-reactive depression. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1116-1122.
- Yatham LN, Kusumakar V, Parikh SV ve ark. (1997) Bipolar depression: treatment options. *Can J Psychiatry*, 42 (Suppl 2): 87-91.
- Young MA, Scheftner WA, Klerman GL ve ark. (1986) The endogenous sub-type of depression: A study of its internal construct validity. *Br J Psychiatry*, 148:257-267.
- Zimmerman M, Spitzer RL (1989) Melancholia: From DSM-III to DSM-III-R. *Am J Psychiatry*, 146:20-28.