

# Subaffektif, Distimik, Siklotimik, Eşikaltı, Subsendromal Duygudurum Bozuklukları: Kavramsal Bulanıklığın Giderilmesine Yönelik Bir İnceleme

Yrd. Doç. Dr. Cumhur BORATAV\*

Psikiyatri biliminde çok sık kullanılan ifadesiyle "minor duygudurum bozuklukları", tanınması ve ayrıntılandırılması en zor ve tartışmalı alanlardan biri gibi durmaktadır. Her ne kadar güncel araştırmalar bu konuda eskisine göre daha net olmamızı sağlamış olsa da halen tanı ve kavramlar konusunda bir karmaşa bulunduğu izlenimi edinilmektedir. Tanı konusundaki karışıklık, erken başlangıçlı ya da hafif belirtilerle uzun süren duygudurum bozukluklarının kişilikte de bozulma yaratması ve kişilik patolojilerinden tam ayırt edilmesini sağlayabilecek kesin laboratuvar sonuçlarının bulunmaması nedeniyle oluşmaktadır. Kavram konusunda her ne kadar bir karışıklık yokmuş gibi dursa da, distimik bozukluk "dysthymia", siklotimik bozukluk "cyclothymia", subaffektif-subsendromal-eşikaltı kavramlarının tam olarak hangi klinik durumları gösterdiğine ilişkin kesin açık tanımlamalar bulunmamaktadır.

Bu makale, konuyla ilişkili kavramları netleştirme amacını taşımaktadır. Bu amacı gerçekleştirirken kavramların gelişimine ve özellikle distimik bozukluk "dysthymia", siklotimik bozukluk "cyclothymia", subaffektif-subsendromal-eşikaltı kavramlarının tanımlarına odaklanılmıştır.

## "Cyclothymia" siklotimik bozukluk ve "dysthymia" distimik bozukluk

Özellikle subaffektif-subsendromal-eşikaltı kavramlarına yönelebilmek için "dysthymia" distimik bozukluk, "cyclothymia" siklotimik bozukluk kavramlarının gelişimini kısaca ele almak gerekli gibi görünmektedir. Kavramların tarihsel gelişimi Brieger ve Marneros (1997) tarafından çok yalın bir biçimde ele alınmıştır. Distimi kavramı Flemming tarafından ayrı bir klinik durum olarak ele alınmışsa da (1855-1879), kavramı terim olarak ilk klinik açıdan tanımlayan çağdaşı Kahlbaum (1863) olmuştur. Her ikisi de kuramsal temelli bir psikiyatrik sınıflamadan klinik gözleme dayalı sınıflamaya geçişin öncülüğünü yapmışlardır. Yine siklotimi kavramının ilk klinik tanımı da Kahlbaum (1882) tarafından yapılmıştır. Kahlbaum o yıllarda (daha sonra Akiskal tarafından çok benzeyen bir biçimde yeniden ele alınan) duygudurum bozukluklarının şiddetli biçimleriyle siklotimi, distimi ve hipertimi olarak adlandırdığı hafif biçimlerinin arasındaki ayrımı ortaya koymuştur. 1895-1915 yıllarında Kraepelin psikiyatrik sınıflamayı tamamen değiştirmiştir. Kraepelin'in sınıflaması özellikle Kahlbaum ve Moebius'tan etkilenmişse de siklotimi kavramı korunurken distimi kavramı sınıflama dışında tutulmuştur. Diğer yandan Kraepelin "distimi" kliniğini de yazılarında ele alıp erken başlangıç, kronik gidiş, ailesel yatkınlık, bozuk bilişsel yapı, ikili depresyon gibi özelliklerini ortaya koymuşsa da bu

\* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KIRIKKALE

linik durumu daha çok sınırları belirsiz, tanılandırılması güç bir depresif mizaç olarak tanımlanmıştır (Freeman 1994). Kraepelin'in bu tutumu distimi kavramının siklotimi kavramından daha az anlaşılmasına yol açmıştır. Daha o yıllarda siklotimi terimi manik-depresif hastalığın hafif ya da sublinik bir biçimi olarak kavramlaşırken, distimi kavramı bulanık kalmıştır. Nitekim daha çok sıkıntılı, içe dönük, aşırı düşünceli görünen, eğlenme edimi olmayan ve kendi yetersizlikleriyle uğraş halinde olan kişiler için kullanıla gelmiştir. Bu durum için de Kraepelin'in bir hastalıktan çok bir mizaç olarak tanımlamasına koşut bir biçimde "nevrotik depresyon" "distimik kişilik" terimleri kullanılmıştır (McCullough ve ark. 1996). Olasılıkla da böyle bir kullanım "nevrotik depresyon" kavramının Freud'un depresif nevroz tanımlamasından farklı, kişilik patolojisi içeren bir biçimde değerlendirilmesine ve "nevrotik yapı" algısına yol açmış gibi görünmektedir. Bu durum sonraki yıllarda distimik bozukluk tanımı yapılırken eşanlamı olarak "depresif nevroz" kavramının mı yoksa "nevrotik depresyon" kavramının mı kullanılacağı ile ilgili ciddi tartışmalara neden olmuştur (Boratav 2000).

Distimi kavramı Kraepelin'in bu tutumu nedeniyle 1970'lere kadar çok önemli bir rol oynamamış ve belirsizliğini korumuştur. Bu dönemde psikoanaliz okullarının önem verdiği nevrotik depresyon kavramı daha fazla vurgulanan bir terim olarak belirmiştir. Kraepelin'den sonraki dönemde nispeten daha oturmuş bir kavram olarak gözüken siklotimi kavramı da Kretschmer ve Schneider'ın tanımlamalarıyla açıklığını yitirmiş ve günümüze kadar uzanan bir kavram karmaşası yaratmıştır; siklotimi kavramı üç farklı anlamı tanımlar hale gelmiştir: 1. Manik-depresif hastalığın sinonimi (Schneider), 2. Affektif psikoza yatkınlık yaratabilen patolojik olmayan bir mizaç (Kretschmer), 3. Bipolar hastalığın hafif ya da yapısal bir biçimi (Kahlbaum) (Brieger ve Marneros 1997).

1960'lardan sonra Angst (1966), Parris (1966) ve Winocur (1969) ile Kraepelin yaklaşımına geri dönüş başlamıştır. 1970'lerin ikinci yarısında, distimik bozukluk tanım tartışmalarının ortasında da Akiskal'ın karakterolojik depresyonla ilişkili çalışmaları "subaffektif" kavramını doğurmuştur. Böylece duygudurum bozukluklarını ayırt etmeye yönelik bir gelişim başlamıştır. İlk olarak RDC çalış-

ması unipolar depresif bozuklukları major depresif bozukluk, minör depresif bozukluk ve intermittan depresif bozukluk olarak üç kategoride değerlendirmiştir (Keller ve ark. 1996). 1980 yılında da kronik duygudurumların 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 gösterdiği bilinmekteydi ve bu hastaların çoğunluğu sinsi başlayan hafif belirtiler ve çoğu kez 25 yaşın altında bulunan bir başlangıç yaşı göstermekteydi. Bu kadar erken yaşta başlayan bu subaffektif görüntü, kişinin karakter biçimlenmesini bozmakta ve bağımlılık gibi kişiler arası ilişkilerde zorluklara yol açan kişilik özelliklerine, düşük engellenme düzeyine yol açmaktaydı (Akiskal 1994a).

Distimik bozukluk major depresif bozukluğun sub-sendromal ancak daha direşken biçimi olarak kavramlaştırılmıştı. Birinci ayırım distimik bozukluğun major depresif bozukluğa 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 olmasıydı. Bu nedenle günümüzde de distimi "nesnel" olarak gözlenebilen bir bozukluktan daha çok "öznel" yaşantılanan bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Freeman 1994, First ve ark. 1996).

Burada "cyclothymia" ve siklotimik bozukluk, "dys-thymia" ve distimik bozukluk kavramları arasında adı konmamış bir kavram karmaşasının yattığı da söylenebilir; örneğin kimi psikiyatrlar "cyclothymia"yı Schneider'ın kullandığı bipolar bozukluk anlamında kullanmaktadır. Bu durumda yapılan öneri cyclothymia'nın atipik görünen depresif duygudurum oynamaları ve sınır kişilik bozukluğu gösteren siklotimik bozukluk için kullanılmasıdır (Akiskal 1994b). İlginç olarak distimik bozukluk kavramı aynı tanımı neredeyse içinde barındırır tarzda tartışılmaktadır; hem ölçütlerin distimik bozukluğun major depresif bozukluktan tam olarak ayrılmasını sağlamadığı, iki tablonun belirtisel düzeyde çok fazla örtüştüğü de iddia edilmekte (Klein ve ark. 1996), hem de kronik depresyondan 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 (Boratav 2000). Kişilik özelliklerinin "zor" olarak değerlendirilmesi, distimik bozukluğu "nevrotik depresyon" kavramına yakınlıktır. Başka bir deyişle nesnel tanımlama çabaları da gerek distimik bozukluğun gerekse siklotimik bozukluğun tam anlaşılmasını sağlamaktan uzaktır. Nitekim DSM-IV'ün oluşturulması öncesinde distimik bozukluğu araştırma grubu distimik bozukluğu en iyi biçimde tanımlayacak maddeler konusunda bir görüşbirliği halen bulunmadığını ve erken başlangıçlı distimik bozukluk ile kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin açık olmadığını saptamışlardır (Lopez İbor ve ark. 1994, Keller ve ark. 1996). Bu durum Akiskal'ın "cyclothymia" için önerdiği tanımın "dysthymia" için de geçerli olduğu, ancak dysthymia kavramının çoğu tartışmacı yazar tarafından distimik bozuklukla beraber eşanlamlı algılandığı izlenimini doğurmaktadır. Başka bir deyişle siklotimik bozukluk ve cyclothymia arasında açık olarak konabilen ayırımın distimik bozukluk-kronik depresyon-dysthymia arasında aynı açıklıkla algılanmadığı görülmektedir.

Açıklığın yeterince ortaya konamamasında dysthymia konusunda Kraepelin'den bu yana gelen tanım belirsizliği önemli bir rol oynamaktadır: Aynı tanım belirsizliği eşikaltı-subsendromal-subaffektivite kavramlarında da bulunmaktadır. Belirsizliğe yol açan sorunun duygudurum bozukluklarına "süreklilik" nozolojisi açısından yaklaşanların bir görüşbirliği içinde olmamasından kaynaklandığı izlenimi edinilmektedir. Duygudurum bozukluklarına, "tanıyı sağlayacak kesin sınırların olması gerekir ve bunun görünen ölçütü klinik görünümün niteliğidir" biçiminde yaklaşan kategorik ve daha geleneksel nozolojiyle yaklaşanlarla, "tanı koymayı sağlayamayacak düzeyde belirti gösteren kişiler de aynı bozukluğun değişik varyantını temsil etmektedir ve bunun görünen ölçütü klinik görünümün niteliğinden çok şiddet düzeyidir (şiddet düzeyi çok düşük olduğunda bile niteliği ölçütleri sağlamasa da bu biyolojik bir depresyonun varlığını ya da geçirilmiş bir major depresif epizodun rezidüel olarak sürdüğünü işaret edebilir)" görüşünü savunanlar yani "sürekliliği" savunanlar arasındaki tartışma son on yıldır özellikle eşikaltı ve subsendromal kavramlarının

işlenmesiyle belirgin hale gelmiştir (Lewinshon ve ark. 2000). Tartışmanın odak noktası aslında "sürekliliği" savunanların bu hafif şiddet düzeyindeki klinik görünümüne sahip "ara durumların" nasıl tanımlanacağı ile ilişkili bir belirsizlik içinde olmalarından kaynaklanmaktadır. Belirsizliği oluşturanın da, ara durumlara yol açabilecek bağımlı değişkenlerin (yani duygudurum bozukluğu dışındaki etiyolojilerin) ayırt edilebilmesindeki doğal zorluk olduğu görülmektedir.

### **Eşikaltı depresyon-subsendromal depresif sendrom**

Eşikaltı depresyonların toplum içinde %2.2 - %24 oranında bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Pincus ve ark. 1999, Horwarth ve ark. 1992). Yine sendromal ve eşikaltı depresyon prevalanslarını birbirine benzer bulan araştırmacılar vardır. Toplumun %17'sinin zaman içinde ya major depresif bozukluk ya da eşikaltı depresyon geçirdiği belirtilmektedir (Angst ve Merikangas 1997). Toplum içinde ve birinci basamak düzeyinde yapılan çalışmalarda ortalama olarak oran %8.7 olarak göze çarpmaktadır. Psikiyatri birimlerinde yatan hastalarda ise %0.8 - %2.4 arası bir oran saptanmaktadır (Pincus ve ark. 1999'daki çizelgelerden yararlanılarak saptanmıştır). Bu değişik oranlar ve yaygınlığın %24'lere varan yüksek bir oranda saptanmasının nedeni ne olabilir? Bunun yanıtı "eşikaltı depresyon" kavramının nasıl tanımlandığı ile ilişkili olabilir.

Eşikaltı depresyon kavramı, major depresif bozukluk ölçütlerini tam olarak karşılamayan (yani 5/9'dan daha az sayıda belirti saptanabilen) durumlar için ortaya konmuştur; ancak "subklinik" kavramından farklıdır. Eşikaltı depresyonda klinik olarak anlamlı bir distres ya da günlük yaşamda bozulma vardır. Subklinik kavramı ise kişinin kimi belirtileri gösterdiğini ancak bu durumun kişiyi sıkıntıya sokmadığı ya da yaşamında belirgin bir bozulmaya yol açmadığını tanımlamak için kullanılmaktadır. Minör depresif bozukluk ise en az iki ve beşten daha az depresif belirtinin bulunmasıyla karakterize bir klinik görünüm olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımda önemli olan iki nokta bu belirtilerden en az birinin depresif duygudurum ya da ilgi kaybı olmasının gerekliliği ve herhangi bir major depresif epizod ya da distimik bozukluk öyküsü olmadan en az iki haftalık süre boyunca sürme koşuludur; diğer bir deyişle süre distimik

bozukluk ölçütlerini karşılayacak bir zaman dilimini kapsamamalıdır. Yineleyici kısa depresif bozukluk ise bir yıl içinde her ay kendini gösteren, iki haftadan kısa süren, depresif duygudurum ya da ilgi kaybı belirtilerinden birinin de bulunması koşuluyla en az dört depresif belirti gösteren ve günlük yaşamda bozulmaya yol açan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

Eşikaltı depresyonun bu iki farklı tipi DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan kategorisinde yer almaktadır; aynı zamanda ekinde her iki durum için de araştırma ölçütleri bulunmaktadır. ICD-10 ile aralarındaki en belirgin fark ICD-10'un klinik anlamlılık açısından bir ölçütünün bulunmayışı olarak vurgulanmaktadır; bunun da eşikaltı durumlarla major depresif bozukluk arasındaki sınırları bulanıklaştırdığı belirtilmektedir.

Bugüne kadar yapılan çalışmaları gözden geçiren Pincus ve arkadaşları (1999) değişik isimlerin kullanıldığını (sendromal düzeyde olmayan depresif bozukluk, sendromal düzeyde olmayan depresif sendrom, duygudurum bozukluğu ile giden ve gitmeyen minör depresyon, eşikaltı yineleyici kısa depresif bozukluk, kısa depresif bozukluk-mevsimsel gibi), sürelerin ve belirleyici belirti sayısının farklı olduğunu belirtmektedirler; diğer yandan çalışmalarda eksen 2 tanısının bulunup bulunmadığı, distimik bozukluk, kronik depresyon ayırıcı tanılarının yapıp yapılmadığının belirtilmediğini vurgulamaktadırlar. Başka bir deyişle DSM-IV'te daha açık olmak üzere eşikaltı depresif durumlar tanımlanmasına karşın çoğu araştırmacının genel bir "eşikaltı depresyon" kavramını kullandıkları görülmektedir. Bu eğilimin nedeni incelendiğinde bu gibi araştırmalarda iki çekirdek depresyon belirtisinin bulunması gibi bir koşul aranmadığı gözlenmektedir. Bu nedenle "eşikaltı depresyon" kavramı araştırmalarda major depresif bozukluk için gerekli belirti sayısının karşılamaması, en az iki hafta her gün sürmesi ve işlevsellikte bozulmaya yol açması yeterli görülen kapsama sınırı geniş bir kavram olarak göze çarpmaktadır. İki çekirdek depresyon belirtisi olmadan görülen klinik durumun subsendromal depresif sendrom (SDS) olarak ayrıca tanımlanması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Sadek ve Bona 2000).

SDS kavramı, herhangi bir depresif belirti gösteren kişilerin normal prevalansa göre bir yıl sonra 5.5 kez daha fazla oranda major depresif bozukluk

göstermeleri üzerine araştırma odağı haline gelmiştir. SDS gösteren kişilerin %41'inin ailelerinde depresyon öyküsünün bulunması, kadın/erkek oranının major depresif bozuklukla benzer olması bunun unipolar major depresif bozukluğun bir varyantı olabileceği düşüncesini doğurmuştur. SDS'nin bir aylık nokta prevalansının %22.6 olduğu ve bu kişilerin yaşam kalitesinin daha düşük, yardım alma başvurularının daha sık olduğu belirtilmektedir (Judd ve ark. 1997). Yine SDS'li olanların (yazarlar SDS tanımıyla eşanlamlı olarak eşikaltı depresyon terimini kullanmışlardır) 1/3'ünün zaman içinde major depresif bozukluk geçirme riski gösterdikleri, major depresif bozukluk geçirenlerin de yarısının ilerleyen zamanlarda SDS gösterebildiği vurgulanmaktadır (Angst ve Merikangas 1997). Diğer yandan SDS gösterenlerin yarısına yakın bir oranın 1 yıl sonra asemptomatik hale geldiği de gözlenmektedir (Judd ve ark. 1997).

Toplumda depresyon tanısının bu kadar yaygın konulmasının aşırı tanılandırma sorunu olduğunu belirten yazarlar vardır (Middleton ve Shaw 2000, Goldberg 2000). Bu yazarlara göre depresif belirti gösteren kişilerin önemli bir kısmının çevresel kaynaklı sorunlar nedeniyle yaşadıkları stres depresif belirtiler biçiminde ortaya çıkabilmektedir ve bunların tedavisinde sadece empatik davranış ve destekleyici tedavi yeterli olabilmektedir. Başka deyişle mutsuzluk depresyon olarak tanılandırılmamalıdır. Bu itiraz depresyon tanısına kategorik ve keskin olarak yaklaşanların görüşlerine uymaktadır. Diğer yandan hafif düzeyde depresif belirti gösteren kişilerin kişilik bozukluğu, yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, erişkin hiperaktivite dikkat eksik bozukluğu, kronik stres, kronik yorgunluk sendromu gibi durumlardan tam ayrımının nasıl yapılabileceği de belli değildir; bu durumların beraber bulunduğu kişilerde ayırıcı tanı daha da zorlaşmaktadır (Kubacki 1994, Boratav 2000). Hatta klinik olarak depresif bozukluk tanısı alıp plasebo ve benzodiazepinlere yanıt veren %30'luk bir depresyon grubunun gerçekten depresif bir bozukluk gösterip göstermediği de tartışmalıdır (Boratav ve ark. 1998). Aslında depresif bozukluk kavramına "süreklilik" kavramıyla yaklaşıldığında yapılanın sadece saptama ölçütlerinin duyarlılığı yüksek tutularak hafif depresif belirtilerle seyreden klinik görünümdeki duygudurum bozukluğu durumlarının atlanmasını önlemeye çalışmak olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan depresif

bozukluğun kesin tanı ölçütlerinin bile özgüllükten daha çok duyarlılıklarının yüksek olması (Boratav 2000), bu hafif durumların tarama ölçekleriyle kuşkuyla depresif bozukluk olarak değerlendirilmesi kavram karmaşasını daha da arttırıyor görünmektedir.

### Subaffektif durumlar

"Subaffektif" kavramına giriş Akiskal'ın çalışmalarıyla başlamıştır (Akiskal ve ark. 1977, 1978, 1980, 1983). Akiskal ve arkadaşları nevrotik depresyon, kişilik bozukluğu gibi görünen kimi durumlarda aslında erken başlangıçlı duygudurum bozukluğu bulunduğunu ortaya koymuşlar ve bunu belirtmek için "subaffektif distimi ve subaffektif siklotimi" kavramını kullanmışlardır. Bu artık klasikleşmiş çalışmalarda nevrotik depresyonlu ve kişilik bozukluğu olan kişilerin antidepresan ve duygudurum düzenleyici ilaçlara verdikleri yanıtlara bakılarak bu biçimde sınıflandırılan klinik görünümünün yaklaşık %90'ının aslında bir duygudurum bozukluğu gösterdiği, geri kalan kısmında bir kişilik bozukluğu olduğu belirtilmektedir.

Gerek major depresif epizod sonrası kalan rezidüel belirtiler gerekse erken başlangıçlı distimik ya da siklotimik bozukluk bir kişilik patolojisine yol açabilmekte ya da kişilikte bir bozulma oluşmuş gibi farklı bir klinik ortaya çıkarabilmektedir (Akiskal ve ark. 1997). Erken başlangıçlı durumlarda sınır, narsistik, histrionik kişilik bozuklukları gelişebildiği gibi nevrotik depresyon tanımıyla karşılanan bir kişilik görüntüsü ortaya çıkabilmektedir. Geç başlangıçlı distimik bozukluk ya da rezidüel belirtiler kişinin içekapanık, bağımlı, duyarlı bir kişilik yapısına dönüşmesine yol açabilmektedir (Akiskal 1997, Alnaes ve Tongonsen 1989).

Küçük yaşta başlayan psikiyatrik bozuklukların (yani sadece duygudurum bozukluklarının değil) kişilikte ve dolayısıyla karakterde direşken bir değişiklik yaratması beklenebilecek bir durumdur. Özellikle yapısal-gelişimci görüş emosyonun affekt ve duygulara dönüşmesinde kişilerarası etkileşimin önemini ortaya koymaktadır. Buna göre beynin ergenlik döneminin sonuna kadar affektin bütünleştirilmesiyle ilgili yetileri ortaya çıkmakta ve kişinin davranışlarına karşı gelişen tepkilerle bu bilişsel yetiler affektleri bir bütünleştirme işlemine sokmaktadır (Boratav ve Şener 1994). Bu hızlı

gelişimin olduğu evrelerde orataya çıkabilecek bir psikiyatrik bozukluk ya da ilk 1-2 yaştaki bağlanma yetersizlikleri ya da bozuklukları affektte belirgin bir olumsuz bütünleşmeye dolayısıyla da kişilik bozukluklarına yol açabilmektedir (Bolton ve Gunderson 1996, Bradley 1990). Özellikle erken başlangıçlı duygudurum bozukluklarıyla kişilik bozukluklarının çoğunlukla bir arada bulunması bu nedenle yüksek bir olasılıktır ve genelde de bir arada saptanmaktadır (Bolton ve Gunderson 1996, Anderson ve ark. 1996). Bu nedenle aslında subaffektif kavramıyla duygudurum bozukluğuna bağlı olarak gelişmiş bir kişilik patolojisiyle diğer nedenlere bağlı oluşmuş bir kişilik patolojisinin ayrımı yapılmaya çalışılmış gibi görünmektedir. Nitekim "subaffektif dysthymia ya da cyclothymia" kesitsel incelemeden çok aile öyküsü, labatuvar incelemeleri ve tedavi yanıtıyla değerlendirilebilmekte, tek başına klinik görünümle tanı konamamaktadır. Bu kişilerde belirgin aile yüküllülüğü bulunmakta, deksametazon supresyon ve TRH'ya TSH yanıtı testleri ve en önemlisi REM latansları major depresif bozuklukla benzer çıkmaktadır. Bu nedenle nevrotik depresyon ya da kişilik bozukluğu olup duygudurum oynamaları da gösteren kişilerin bu yönlerden araştırılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Akiskal 1994a, Rihmer ve Szadóczky 1993, Anderson ve ark. 1996).

Duygudurum bozuklarının bu farklı yapıya yol açması farklı bir kavram kullanılmasına neden olmuş gibi görünmektedir ve bu farklı yapı tanımlanırken "subaffektif durumlar, subaffektif dysthymia, subaffektif bozukluklar" kavram karmaşası yaratacak biçimde, birbirinin yerine kullanılmış gibi görünen terimler olarak göze çarpmaktadır. Kimi kez distimik bozukluk, siklotimik bozukluk ve eşikaltı depresif durumları belirtmede kullanılırken kimi kez de aslında bir duygudurum bozukluğu olduğu halde farklı görünüm veren durumlar için kullanılmış olduğu izlenimi edinilmektedir.

Subaffektif durumların distimik bozukluk ya da siklotimik bozuklukla kimi zaman eşanlı tutulmasının nedeni distimi ve siklotimi kavramlarının ve tanı ölçütlerinin oturmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Distimik ve siklotimik bozukluk tanı ölçütlerinde kişilik patolojisine izin veren ya da vermeyen bir madde bulunmaması hem yeni kavramların türetilmesine hem de distimik-siklotimik bozukluk tanıların güvenilirliğinin azalması-

na yol açıyor gibi görünmektedir. Yine gerek distimik ve siklotimik bozukluğun gerekse major depresif epizod sonrası görülebilen rezidüel belirtilerin "göze çarpmaması" başka bir deyişle gözlenebilir olmaktan çok subjektif olması özelliği nedeniyle bu durumların bu kez de eşikaltı depresif durumlar olarak tanımlanmasına neden olabilmektedir; diğer bir deyişle unipolar depresyonun vejetatif belirtilerinin ön planda olmadığı bir varyantı olarak kabul görmeleri eşikaltı terimiyle isimlendirilmelerine yol açmış gibi görünmektedir. Aslında belirtilen durumlar klinik durumlardır ve eşikaltı depresif durumlar daha çok toplum içinde gözlenirken distimik-siklotimik, rezidüel ya da kronik durumlar ise daha çok klinik tedaviye başvurmakta ve tanı almaktadır (Pincus ve ark. 1999, Maier ve ark. 1997).

Subaffektif dysthymia aslında belirgin kişilik özellikleri nedeniyle farkedilemeyen distimik bozukluğu işaret etmek için kullanılmış bir kavram gibi durmaktadır; diğer yandan distimik ve siklotimik bozukluğu olan kişilerle yapılan çalışmaların çoğunda bu tanı gruplarında kişilik bozukluğu ya da belirgin kişilik özelliği saptanabilmektedir (Alnaes ve Tongonsen 1989). Bu nedenle distimik bozuklukta bir alt grubu tanımlamak için kullanılan subaffektif dysthymia kavramının distimik bozukluğun daha şiddetli bir biçimi olarak belirlenmesinin daha iyi olacağı, distimik bozuklukta ve siklotimik bozuklukta az ya da çok normale göre daha belirgin kişilik özelliklerinin bulunduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark. 1996).

## SONUÇ

1. Siklotimi ve distimi kavramları belirgin bir biçimde tarihsel gelişmelerinin etkisi altında kalmış görünmektedirler. Distimik bozukluk, tanı ölçütlerinde bulunmasa bile kimi kez kişilik bozukluklarının eşlik edebileceği bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Siklotimik bozukluk için

böyle bir yorumda bulunulmamaktadır. Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği siklotimik bozukluk için "cyclothymia" kavramının kullanılmasının daha uygun olacağı belirtilirken "dysthymia" distimik bozukluk için böyle bir anlam taşımamakta, doğrudan distimik bozukluğu işaret etmektedir.

2. Özellikle distimi kavramının tartışmalı bir biçimde durması subaffektif kavramının varlığını sürdürmesine yol açmış gibi görünmektedir. Subaffektif kavramı eşikaltı bir durumu işaret ediyor gibi görünse de aslında distimik ve siklotimik bozukluğun farklı bir klinik görünümüne yol açan sinsi ve daha çok erken yaşta başlayan gidişini tanımlayan bir kavram gibi görünmektedir. Bu nedenle literatürde eşikaltı ve subsendromal kavramlarıyla da tanımlanabildiği gözlenmektedir.

3. Eşikaltı ve subsendromal kavramları birbirinden farklı tanımlanan kavramlar olarak ortaya çıkmaktadır. Eşikaltı kavramı yineleyici kısa bozukluk ve minör depresif bozukluk olarak tanımlanırken subsendromal kavramı subsendromal depresif sendrom olarak tanımlanmaktadır. Eşikaltı depresif durumlar, depresif bozukluğa özgü çekirdek belirtilerin varlığını gerektirirken subsendromal depresif sendrom ise böyle bir koşul öne sürmeyen geniş bir spektrumu kapsamaktadır.

4. Özellikle eşikaltı depresif durumlar ile subsendromal depresif sendrom tanımlamalarının yanlış depresyon tanısının yaygınlaşmasına neden olduğu yönünde itirazlar bulunmaktadır.

Depresif bozukluğun klinik düzeyden epidemiyolojik düzeye doğru giden bu daha hafif ve ara biçimlerinin daha açıklıkla ortaya konabilmesi için özgüllüğü yüksek laboratuvar bulgularına gereksinim duyulduğu açıktır. Diğer yandan yeni inceleme yöntemleri bulununcaya ya da varolanlar geliştirilinceye kadar araştırmacıların araştırmalarını ortak tanımlanan kavramlarla yapması kavram karmaşasını azaltacaktır.

## KAYNAKLAR

Akiskal HS, Djenderedjian AH, Khani MK (1977) Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*, 134:1227-1233.  
 Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR ve ark. (1978) The nosological status of neurotic depression. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 756-766.  
 Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF ve ark. (1980) Characterological depressions. *Arch Gen Psychiatry*, 37:777-783.

Akiskal HS (1983) Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressives subtypes. *Am J Psychiatry*, 140: 11-20.  
 Akiskal HS (1994a) Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (Suppl 383):19-23.  
 Akiskal HS (1994b) The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scand*, 89(Suppl 379):32-37.  
 Akiskal HS, Judd LL, Gillin C ve ark. (1997) Subthreshold

- depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *J Affect Disord*, 45:53-63.
- Alnaes R, Tongonsen S (1989) Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 79:363-369.
- Anderson RL, Klein DN, Riso L ve ark. (1996) The subaffective-character spectrum subtyping distinction primary early-onset dysthymia: a clinical and family study. *J Affect Disord*, 38:13-22.
- Angst J, Merikangas K (1997) The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord*, 45:31-40.
- Bolton S and Gunderson G (1996) Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *Am J Psychiatry*, 153(9):1202-1207.
- Boratav C, Şener Ş (1994) Çocukta afekt ve afektif gelişim. *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*, 1(2):111-117.
- 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*, (Önder E, yayına hazırlayan) *Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara., s.64
- Boratav C, (2000) Duygudurum Bozuklukları ve Nozoloji: Eleştirel Bir İnceleme. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(1):18-27.
- Bradley SJ (1990) Affect regulation and psychopathology: bridging the mind-body gap. *Can J Psychiatry*, 35:540-547.
- Brieger P, Marneros A (1997) Dysthymia and cyclothymia: historical origins and contemporary development. *J Affect Dis*, 45:117-126.
- First M B, Donovan S, Frances A (1996) Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 19(1):29-39.
- Freeman H L (1994) Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand*, 89(Suppl 383):7-11.
- Goldberg D (2000) (mektup) Mental illness or mental distress. *BMJ*, 321:1412.
- Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP (1997) The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*, 45:5-18.
- Keller MB, Hanks DL, Klein DN (1996) Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatr Clin North Am*, 19(1):1-28.
- Klein DN, Kocsis JH, McCullough James P (1996) Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 19(1):41-53.
- Kubacki A (1994) Rhinestones and gold-dust: attention deficit, borderline personality or mood disorder? *Can J Psychiatry*, 40(2):109-110.
- Lewinshon PM, Solomon A, Seeley JR ve ark. (2000) Clinical implication of subthreshold depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*, 109 (2):345-351.
- Lopez Ibor J J, 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.
- Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O (1997) The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord*, 45:41-51.
- McCullough James P, Kornstein S G, McCullough John P (1996) Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 19(1); 55-71.
- Middleton H, Shaw I (2000) Distinguishing mental illness in primary care. *BMJ*, 320:1420-1421.
- Pincus HA, Davis WW, McQueen LE (1999) Subthreshold mental disorders: a review and synthesis of studies on minor depression and other brand names. *Br J Psychiatry*, 174:288-296.
- Rihmer Z and Szadóczky E (1993) Dexamethazone suppression test and TRH-TSH test in subaffective dysthymia and character-spectrum disorder. *J Affect Dis*, 28:287-291.
- Sadek N, Bona J (2000) Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. *Depress anxiety*, 12:30-39.