

# Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı

Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL\*

## Özet

*Depresyonun ayırıcı tanısında iyi bir klinik öykü alınması önemlidir. Bu öykünün tıbbi ve psikiyatrik yönü üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır. Birçok tıbbi hastalık ve kimyasal maddeler depresif belirtilere neden olurlar. Diğer yandan depresif belirtiler birçok psikiyatrik bozuklukta da görülür. Olguların kapsamlı bir tıbbi ve psikiyatrik değerlendirmesi ayırıcı tanıda çok önemlidir. Bu yazıda depresyonun tanısı ve onu diğer hastalıklardan ayırdeden özellikleri tartışılmıştır.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1998;1:13-20

Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı sorununu ele alırken önce bazı nozolojik sorunlara değinmekte yarar vardır. DSM-III'de major depresyon terimi yeğlenmişken DSM-IV'de major depresif bozukluk denmiştir. Bu isim değişikliği yanında tanı ölçütlerine, izlenen belirtilerin sosyal ve mesleki işlevselliği bozacak ve bireyi yoğun bir sıkıntıya sokacak kadar ağır olması koşulu da eklenmiştir. Gerçekte depresif duygudurum günlük yaşamın bir parçasıdır. Bu nedenle de geçici depresif duygudurum değişikliklerini patolojik olarak değerlendirmek uygun değildir. Patolojik olabilmesi için bazı koşulların gerçekleşmesi gerekir.

DSM-IV tanı koyabilmek için hemen her gün, gün boyu devam eden depresif duygudurum ile, ilgi ve zevk kaybı belirtilerinden en az birini zorunlu görür.

Bunun yanısıra aşağıdaki belirtilerden en az 5'i bulunmalıdır. Bu belirtiler şunlardır:

- Kilo kaybı veya kilo alma
- Uykusuzluk, fazla uyuma
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Değersizlik veya suçluluk duyguları
- Düşünme ve konsantrasyon yetisinde azalma
- Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimleri

Bu belirtiler göreceli olarak süreklilik gösterir. DSM-IV'e göre tanı için belirtilerin en az 2 hafta devam etmesi gerekir. Ayrıca tanı için belirtilerin bir madde kullanım bozukluğuna, fiziksel bir hastalığa veya bir yas durumuna bağlı olmaması gerekir.

Belirtilerin ağırlığına göre olgular hafif, orta veya

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

ağır olarak gruplandırılırlar. Bu şiddet belirleyicileri prognoz yönünden önem taşır. Ağır olgular psikotik belirti gösterip göstermemelerine göre iki gruba ayrılmaktadır. Psikotik belirtiler genellikle duyguduruma uygunluk göstermekle birlikte bu zorunlu değildir. Ataklar yineleyebilir. Major depresif bozukluk önde gelen belirtilere göre katatonik, melankolik veya atipik özellikler gösteren olgular olarak alt tiplere ayrılırlar. Olgu 2 yıl veya daha uzun süre yukarıda özetlenen tanı ölçütlerini karşılıyorsa kronik olarak adlandırılır.

Depresyon belirtileri yaş ve cinsiyetle değişiklik gösterebilir. Örneğin yaşlı erkeklerde somatik yakınmalar, başlangıç ve orta dönem uykusuzluğu, ilgi azlığı ve deprese duygudurum; yaşlı kadınlarda bunaltı, somatik yakınmalar, başlangıç dönemi uykusuzluğu, ilgi azlığı ve deprese duygudurum önde gelen belirti olabilir. Paranoid düşünceler ve depersonalizasyon, kompulsif belirtiler her iki grupta da daha az görülmektedir. Diurnal değişkenlik yaşlı kadınlarda daha fazladır. Yaşlı kadınlarda libido azlığı depresyon ile ilişkili bulunmamaktadır. Psikomotor retardasyon belirtileri erkeklerde daha fazladır. Değişik yaş gruplarında tanısız değeri fazla olan belirtiler mutlaka araştırılmalıdır.

### Tanı

Birçok fiziksel hastalık veya ilaç depresyon belirtisi verebilir (Tablo 1 ve 2). Bu nedenle ayrıntılı değerlendirme zorunludur. Örneğin kanser olgularının en az %25'i major depresyon veya deprese duygudurum ile uyum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Süregen fiziksel hastalarda depresyon riski bazı araştırmalarda %100'e kadar çıkmaktadır. Bu gözlemler depresyon olgularında klinik değerlendirmenin önemini açıkça göstermektedir. Depresyonun değerlendirilmesinde birçok araç ve biyolojik ölçümler olmasına karşın, ayrıntılı bir öykü alınması, fiziksel hastalıkların fizik muayene ve tetkiklerle dışlanması ve iyi bir klinik gözlem sağlıklı bir tanısız değerlendirme için en iyi yoldur. Tablo 3'te depresyon için tetkik kılavuzu verilmiştir.

### Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda ayrıntılı psikiyatrik öykü esastır. Hastalarda geçmiş tıbbi öykü alınmalı ve sistemler gözden geçirilmelidir. Alınan ilaçlar özellikle önem taşır. İlaçların ve diğer tıbbi nedenlerin klinik tabloyu değiştirebileceği ve depresyonu taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Depresif belirti gösteren hastalarda diğer psikiyatrik

bozukluklarla ayırıcı tanıda aşağıdaki durumlar akla gelmelidir:

- Deprese duygudurumla birlikte uyum bozukluğu
- Anksiyete bozuklukları
  - Yaygın anksiyete bozukluğu
  - Karışık anksiyete-depresif bozukluk
  - Panik bozukluğu
  - Travma sonrası stres bozukluğu
  - Obsesif kompulsif bozukluk
- Yeme bozuklukları
  - Anoreksiya nervoza
  - Bulimiya nervoza
- Duygudurum bozuklukları
  - Bipolar I, depresif dönem
  - Bipolar II, depresif dönem
  - Siklotimik bozukluk
  - Distimik bozukluk
  - Major depresif bozukluk
  - Minor depresif bozukluk
  - Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozuklukları
  - Yineleyici kısa depresif bozukluk
  - Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu
- Şizofreni, psikoz sonrası depresyon, negatif belirtiler
- Şizofreniform bozukluk
- Somatoform bozukluklar (sıklıkla da somatizasyon bozukluğu)
- Kişilik bozukluğu, sınır kişilik
- Normal yas, çözümlenmemiş yas, kayba karşı reaksiyonlar
- Madde kullanım bozuklukları
- Sanrılı bozukluklar
- Demans, diğer organik beyin sendromları
- Şizoaffektif bozukluk

Distimi ve depresyonda belirtiler birbirine benzer. Ancak distimideki belirtiler süre ve şiddet yönünden

**Tablo 1. Depresyona neden olabilen tıbbi durumlar**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Enfeksiyon hastalıkları             | Endokrin bozukluklar                      |
| - Influenza                         | - Hipotiroidizm*                          |
| - Enfeksiyöz mononükleoz            | - Hipertiroidizm*                         |
| - Viral hepatit                     | - Cushing sendromu*                       |
| - Bruselloz                         | - Addison hastalığı                       |
| - Tifo                              | - Birincil aldosteronizm*                 |
| - Malaria                           | - Menapoz                                 |
| - Viral pnömoni                     | - Postpartum dönem                        |
| - Tüberküloz                        | - Diabetes mellitus                       |
| - Tersiyer sifiliz                  | - Hiperinsulinizm                         |
| - Viral ensefalit                   | - Hipoparatiroidizm                       |
| - Amibiyazis                        | - Hiperparatiroidizm                      |
| - Giardiyazis, strongiloidiyazis    | - Hipopituitarizm                         |
| - AIDS*                             | - Akromegali                              |
| Neoplazmlar                         | - Menstruasyon dönemleri*                 |
| - Pankreatik karsinoma              | - Doğum sonrası dönem                     |
| - Bronkojenik karsinoma             | Metabolik bozukluklar                     |
| - Oat cell karsinoma                | - Uremi, diğer böbrek hastalıkları *      |
| - Beyin tümörleri                   | - Hiponatremi                             |
| - Lenfoma                           | - Hipokalemi                              |
| Kardiyovasküler - pulmoner hastalık | - Serum bikarbonat düzeyinde yükselme     |
| - Hipoksi                           | - Gut                                     |
| - MVP                               | - Porfiri                                 |
| - Uyku apnesi                       | Beslenme yetersizliği                     |
| - Mezenter arter tıkanması          | - Pellegra                                |
| MSS hastalıkları                    | - Tiamin yetmezliği*                      |
| - MS*                               | - Skorbit                                 |
| - Parkinson                         | - Vit B <sub>12</sub> , folat eksikliği * |
| - Demans                            | - Piridoksin eksikliği                    |
| - Beyin tümörleri*                  | - Demir eksikliği                         |
| - İnme                              | - Protein eksikliği                       |
| - Huntington hastalığı*             | - Niasin eksikliği *                      |
| - Süregen subdural hematoma         | Gastrointestinal hastalıklar              |
| - Temporal lob nöbetleri            | - Siroz                                   |
| - Myastenia gravis                  | - İnflamatuvar barsak hastalıkları        |
| - Serebrovasküler hastalıklar       | - Celiac hastalığı                        |
| - Epilepsi*                         | - Whipple hastalığı                       |
| - Fahr Hastalığı *                  | - Pankreatit                              |
| - Hidrosefali                       | Kollagen doku hastalıkları                |
| - MSS enfeksiyonları*               | - SLE*                                    |
| - Migren*                           | - Romatoid Artrit                         |
| - Narkolepsi*                       | - Poliarteritis nodosa                    |
| - İlerleyici supranükleer palsi     | - Dev hücreli arterit                     |
| - Uyku apnesi                       | - Temporal arterit                        |
| - MSS travmaları*                   | Diğer                                     |
| - Wilson Hastalığı*                 | - Süregen yorgunluk                       |
| Travma                              |   |
| Cerrahi komplikasyonlar             |   |
| Diğer nedenler                      |   |
| - Kranial radyasyon                 |   |
| - Amiloidosis                       |   |
| - Psoriasis                         |   |
| - Sarkoidosis                       |   |
| - Wilson hastalığı                  |   |

\* Maniye de neden olabilmektedirler (Kaplan ve ark, 1994 ve Yüksel, 1995'den uyarlanmıştır).

**Tablo 2. Depresyona neden olabilen ilaçlar**

|  |  |
|--|--|
| Antihipertansifler                                   | Antineoplastikler                        |
| - Rezerpin   | - Vinkristin                             |
| - Metil dopa   | - Vinblastin                             |
| - Propranolol (ve diğer lipofilik $\beta$ blokerler) | - C- Asparaginase                        |
| - Prazosin   | - Azathioprine (AZT)                     |
| - Klonidin   | - 6- Azauridinbe                         |
| - Guanetidin   | - Bleomycin                              |
| - Betanidin  | - Trimetoprim                            |
| - Dijital  | Kolinerjik agonistler                    |
| - Hidralazin   | - Fizostigmin                            |
| - Prokaainamid                                       | - Organofosfatlı insektisitler           |
| - Rescinnamine                                       | Organik çözücüler                        |
| Kardiyotonik, antiaritmik ve antianginal ilaçlar     | İlaç yoksunluğu                          |
| - Dijital  | - Kafein                                 |
| - Lidokain   | - Nikotin                                |
| - Dizopiramid  | - Amfetamin, kokain                      |
| - Metoprolol   | - Fenfluramin ve diğer anorektikler      |
| Kortikosteroidler                                    | - Barbituratlar                          |
| Oral kontraseptifler                                 | Psikotrop ilaçlar                        |
| Simetidin  | - Benzodiazepinler                       |
| Timolol maleat                                       | - Amantadin                              |
| Analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar                | - Antipsikotik ilaçlar                   |
| - İbuprofen  | - Baklofen                               |
| - Indometazin  | - Bromokriptin                           |
| - Opiyatlar  | - Karbamazepin                           |
| - Fenasetin  | - Levodopa                               |
| Antimikrobikler                                      | - Fenitoin                               |
| - Sikloserin   | - Tetrabenazin                           |
| - INH  | Alkol                                    |
| - Nalidiksik asit                                    | Diğer                                    |
| - Ampisilin  | - Halotan                                |
| - Etionamid  | - Fenilefrin                             |
| - Griseofulvin                                       | - Antikonvulzan                          |
| - Metronidazol                                       | - Baklofen                               |
| - Nitrofurantoin                                     | - Pentazosin                             |
| - Streptomisin                                       | - Morfin, diğer opiyatlar                |
| - Sulfometoksazol                                    | - Asetozolamid                           |
| - Sulfonamidler                                      | - Kolin                                  |
| - Tetrasiklinler                                     | - Siproheptadin                          |
| Disulfiram   | - Difenoksilat                           |
| Levodopa   | - Metiserjid                             |
|  | - Uyarıcılar (amfetaminler, fenfluramin) |

**Tablo 3. Depresyon için tetkik kılavuzu**

| Başlangıçta önerilen laboratuvar tetkikleri | Özel laboratuvar testleri        |
|---|----------------------------------|
| - Tam kan sayımı                            | - Serum B <sub>12</sub> ve folat |
| - Elektrolitler                             | - Sedimantasyon                  |
| - Glukoz                                    | - Antinükleer antikor            |
| - BUN                                       | - Seruloplazmin                  |
| - Kreatinin                                 | - PPD                            |
| - KCFT                                      | - LP                             |
| - Kalsiyum, fosfat                          | - Radyolojik tetkikler           |
| - VDRL                                      | - Göğüs filmi                    |
| - İdrar tetkiki                             | - CT                             |
| - Serum ve idrarda toksik tarama            | - MRI                            |
| - Tiroid fonksiyon testleri                 | - Tek foton emisyon tomografisi  |
| - EKG                                       | - PET                            |
| - Koryonik gonadotropin                     | - Diğer tanısal testler          |
|   | - DST                            |
|   | - TRH uyarmı testi               |
|   | - EEG                            |
|   | - Polisomnografi                 |

major depresyon ölçütlerini karşılamaz. Ayırıcı tanı da diğer önemli özellik süregenliktir. Distimide depresif belirtiler en az iki yıldır mevcuttur. Ancak belirtilerin şiddetinin güvenilir biçimde saptanması olanaklı olmayabilir.

Siklotimik bozukluk depresif ve hipomanik duygudurum oynamaları ile belirli, süregen (en az iki yıl sürelili) bir hastalıktır. Ancak bu dönemlerde izlenen belirtiler major depresyon ve mani ölçütlerine uyacak şiddette değildir. Şiddet ölçütlerine göre psikotik özellik (sanrılar, varsanılar, düşüncede önemli ölçüde bozulma) major affektif bozukluklarda görüldüğü halde bu bozuklukta olmaz.

Kişilik bozuklukları süregen, sabit, uyumu bozucu ve yaşam boyu devam eden davranış kalıplarını içerir. Çocukluk veya ergenlik çağında başlar ve yaşam boyu devam eder. Bazı kişilik bozukluklarında (örneğin sınır, antisosyal, histrionik vb.) depresif duygudurum siktir. Ancak bunların hiçbirinde depresif belirtiler klinik tabloda önde gelen belirti değildir. Obsesif kompulsif kişilikte genel olarak duyguları ifade etmede bir yetersizlik vardır. Depresyonla karışması olasıdır.

Genel psikiyatri uygulamasında "kayıp" sık olarak gözlenen bir durumdur. Normal yas süreci yaygın bir durumdur. Komplikeşyonlu kayıp yaşantıları ise

sık olarak duygudurum bozukluklarına dönüşür. Kayıp karşısında benlik saygısı korunur. Başka bir deyişle yas süreci içindeki bireyler kendilerini değersiz bulmazlar, ağır suçluluk duyguları da olmaz. Ayrıca işlevsellik önemli ölçüde etkilenmez.

İş kaybı veya diğer ekonomik sorunlar, fiziksel hastalıklar, doğal afetler önemli stres etkenleridir. Stres etkenlerine tepki doğaldır. Ancak yanıt işlevselliği bozacak ölçüde değildir. Ayrıca depresif belirtiler majör depresyon ölçütlerine uyacak süre ve şiddette değildir. Uyum bozukluğunda belirtiler stres etkeninin ardından üç ay içinde ortaya çıkar ve stres etkeninin ortadan kalkması ile kaybolma eğilimi gösterir.

Şizofreni seyri sırasında depresyon sıklıkla görülmektedir. Şizofrenik hastalarda depresyon oluşumunun mekanizması açık değildir. Şizofrenik hastalardaki depresif sendromlar çeşitli şekillerde tanımlanmıştır:

1. Akut ve aktif psikozların prodromal özellikleri olarak hastaların %50'sinde,
2. Postpsikotik evrenin özellikleri olarak, akut psikotik belirtilerin iyileşmesi esnasında ya da bu belirtiler iyileştikten sonra hastaların yaklaşık %7-70'inde depresif sendrom görülür. Ayırım klinik gidiş ve eşlik eden belirtilere göre yapılır.

Şizofrenide depresyonla karışabilecek diğer önemli bir durum da negatif belirtilerdir. Bu belirtiler depresyonla büyük ölçüde benzerlik gösterir. Psikoz iyileştiğinde ya da hasta psikotik bir dönemde olmadığı zaman görülen negatif belirtiler sıklıkla ilaca bağlıdır. Dikkatli bir değerlendirme ile bu kolayca anlaşılabilir.

Katatonik belirtilerin stuporlu depresyon ile karışması güçlü bir olasılıktır. Geçmiş öyküsü bilinmeyen olgularda dikkatli gözlem ve değerlendirme ile ayırım yapılabilir.

Anksiyete bozukluklarında da ikincil olarak depresyon gelişmesi sıktır. Anksiyete bozuklukları ve depresyon birlikte olduklarında işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri daha da artar. Schonfeld ve ark. (1997) bir araştırmalarında anksiyete ve depresif bozuklukların işlevsellik üzerine etkilerini araştırmışlardır. Bu araştırmacılar anksiyete ve depresyonun işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerinin bel ağrısı, artirit, diyabet ve kalp hastalıkları kadar veya onlardan daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Ayırıcı tanının tedavide ilk adım olduğu düşünüldüğünde konunun önemi kolayca anlaşılacaktır. Ayırımda öykü çok önemlidir. Öyküden depresyonun daha sonra başladığı öğrenilir. Panik bozukluğu akut, kısa süreli, epizodik nitelik gösteren anksiyete atakları ile belirlidir. Sıklıkla depresif duygudurum panik ataklarına eşlik eder. Anksiyete bozukluklarını depresyondan ayırmada en iyi belirleyici otonomik uyarılma belirtileridir. Bu belirtilere tehdit ve tehlike üzerine odaklanmış bilişsel bozulma, bunaltı ve gerginlik eşlik eder. Depresyonda ise ilgi ve zevk azlığı, kayıp ve yetersizlikle ilgili bilişsel bozulmalar ve disforik duygudurum daha önemlidir. Ancak bu ayırım yaygın anksiyete bozukluğu ve distimi ayırımında yeterince yardımcı olamamaktadır. Depresyon belirtilerinden kilo alma ve ölüm düşüncelerinin depresyon ile yaygın anksiyete bozukluğunu ayırmada tanısız değeri azdır. Uyku sorunları normallerle hastaları ayırmada önemli bir belirti olmakla birlikte yaygın anksiyete bozukluğunu depresyondan ayırmada değeri azdır. Yorgunluk ve cinsel ilgide azalma, suçluluk duyguları, dikkati toplama yetisinde azalma ve ölme isteği depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğunda önemli belirtilerdir. Karışık anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren olguların prognozu, olmayanlara göre daha kötü olmaktadır. Birincil tanıyı araştırmada baskın duygudurum, uyku sorunları, psikomotor belirtiler, başlangıç yaşı, aile öyküsü, madde kullanımı, ev ödevlerine verilen yanıt ve psikososyal özellikler yardımcıdır.

Travma sonrası stres bozukluğu olguları varsanılar ve bizar davranışlar gibi pozitif psikotik belirtiler gösterebilir. Bu gözlem de diğer bir tanı karmaşası nedeni değildir. Travma sonrası stres bozukluğu olgularında sık olarak major depresyon izlenmektedir. Bazı araştırmalarda hayat boyu görülme olasılığı %95, kesitsel olarak görülen depresyon oranı ise %50 olarak verilmektedir. Klinik tabloda önde gelen belirti değişebileceğinden ciddi tanı sorunları yaşanabilir. Travmatik bir olayın ardından travma sonu stres bozukluğu gelişme olasılığı kadınlarda daha fazladır. Bu duyarlılık travmanın 15 yaşından önce yaşanması durumunda daha da artmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon akut stres bozukluğunu izleyebilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarında alkol ve madde kullanımı sıktır. Eşlik eden bu tür patolojiler yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. Madde kullanımı bunaltıya ikincil ise tedavi şansı artmaktadır. Bu da ayırımın önemini artırmaktadır.

Obsesif kompulsif bozuklukta da depresif belirtiler sık olarak izlenir. Ancak bu bozuklukta yakınmaların odak noktası obsesyon ve kompulsiyonlar olup depresyon belirtileri daha sonra ortaya çıkmıştır.

Yaygın anksiyete bozukluğu depresyona en fazla benzeyen anksiyete bozukluğudur. Hafif depresif belirtiler sık olarak anksiyete belirtilerine eşlik eder. Bazı bilim adamları bu tabloyu karışık anksiyete depresyon olarak ayrı bir tanı kategorisi biçiminde ele alma eğilimi göstermektedirler. Diğer bir yaklaşım da karışık anksiyete depresyon olgularının yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon için tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, eşik altı belirtiler veren, yoğun stres altında açık anksiyete veya depresyon gösteren olgular olarak tanımlama eğilimidir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon olgularında aile öyküsü kontrol grubuna göre daha fazla bulunmaktadır. Bu iki hastalığın birlikte olduğu olgularda aile öyküsü olasılığı daha da artmaktadır. Bu bilgi mutlaka sorgulanmalıdır. Bunaltı bozuklukları ile depresyonun ayırıcı tanısında belirtilerin tanısız değeri aynı olmayabilir.

Somatoform bozukluklarda sıklıkla depresyon izlenir. Bu olgulardaki depresyonlar süregen hastalıklardaki depresyonlara benzerlik gösterir.

Anoreksiya nervoza olgularında normal düzeye göre %25 veya daha fazla kilo kaybı vardır. Bu olgularda beden imgesi bozuk olup hastalar sürekli olarak şişmanlama korkusu yaşarlar. Bu belirtilerden kilo kaybı ve beden imgesi değişiklikleri depresyonda da görülmekle birlikte klinik tabloda önde gelmez. Ano-

reksiya nervoza genellikle ergenlik çağında başlar. Depresif belirtiler eşlik edebilmekle birlikte ortaya çıkışı anoreksiya belirtilerinden sonra olur.

Depresyonda iştah artışı ve aşırı yeme olabilmektedir. Ancak bulimiyada yüksek kalorili ve kolay yenen yiyeceklerin kısa sürede tüketilmesi, aşırı yeme dönemlerinin genellikle, uyku ve karın ağrısı ile bitmesi, aşırı yeme sırasında yeme davranışını denetleyememe, gizli yeme, kilo vermeye çalışma vb. gibi belirtiler izlenir. Olgular aşırı yeme davranışının ardından genellikle deprese bir duygudurum içine girebilirler.

Madde kullanım bozuklukları ve alkolizmde disforik duygudurum sık olarak izlenir. Olgularda süregen alkol ve madde kullanım öyküsünün olması, depresif duygudurumun daha sonra gelişmiş olması ve uyum bozucu davranışların varlığı tanıya yardım eder.

Sanrılı bozukluklarda temel özellikler; bizar olmayan sanrılarının varlığı, işitsel ve görsel varsanılar izlense bile klinik tabloda önde gelmiyor oluşu, sanrılar dışında davranışlarda bozukluk olmamasıdır. Sanrılı bozuklukta depresif belirtiler izlenebilmektedir. Ancak süresi sanrısız bozukluk süresine göre daha kısadır.

DSM-IV'de psikiyatrik olmayan hastalıklar depresyona neden olmuşsa buna "genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu" denmektedir. Eğer depresyon belirtileri kullanılmakta olan bir maddeye bağlı ise bu durum " madde kullanım bozukluğuna bağlı duygudurum bozukluğu" olarak adlandırılmaktadır.

Enfeksiyöz mononükleoz adolesan dönemde önemli bir depresyon nedenidir. Araştırılmalıdır. Aşırı kilo değişiklikleri gösterenler olası bir endokrin bozukluk açısından değerlendirilmelidir. Risk grubunda olanlar AIDS yönünden araştırılmalıdır. Yaşlılarda viral pnömoni önemli bir nedendir.

Demansa depresif belirtiler ve anksiyete sıklıkla klinik tabloya eşlik eder. Bu durum büyük ölçüde hastanın hastalığının farkında olup olmamasına bağlıdır. Alzheimer tipi demans sinsi başlar. Seyri de yavaştır. Olgularda artan bir bellek bozukluğu, apati, dil güçlükleri, idrar ve gaita kontrolünün bozulması, enerji azlığı, dürtü kontrolünde güçlükler, gittikçe artan bakım sorunları olur. Depresyonda da enerji azlığı olabilmekle birlikte diğer belirtiler olağan değildir. Demansa hastalık öncesi kişilikte değişiklikler önem taşır. Yaşlı olgularda depresyon bazen kendini bilişsel bozukluklarla gösterebilir. Bu tablo psödodemans adını alır. Antidepresan tedavi ile düzelir. Depresyonda bilişsel belirtiler ani olarak başlar. Depresyon olguları sıklıkla sorulan sorulara yanıt vermek istemez veya bilmediğini söylerler. Ancak görüşme süreci içinde depresyon olgularını cesaretlendirmek ve yanıt almak olanaklıdır. Ayırımında bu özellikler yol göstericidir.

Temporal lob epilepsisi özellikle epileptik odak sağda ise depresyonu taklit edebilir. Parkinson hastalığında depresyon siktir. Bu hastalıkta izlenen depresyon belirtileri ile hastalığa bağlı fiziksel yeti kaybı arasında doğrudan bir bağlantı kurulamamaktadır. Parkinson hastalığında değişik araştırmalara göre %50-75 oranında depresyon izlenmektedir. Ancak nöropsikolojik test bozuklukları ile depresyon arasında bağlantı bulunmaktadır. Depresif belirtilerin parkinson hastalığının benzer belirtileri ile maskelenmesi sık rastlanan bir durumdur.

Birçok ilaç ve tıbbi durum depresyona neden olabilmektedir. Olguların önemli bir bölümü fiziksel yakınmalarla psikiyatri dışı hekimlere gitmektedir. Bu nedenle ayrıntılı bir fiziksel değerlendirme zorunludur. Bunlar Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Avant R. (1987) Diagnosis and treatment of depression. *Psychopathology*, 20(Suppl 1):13-19.
2. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, et al. (1997) Post-traumatic stress disorder and depression: An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry*, 170:479-482.
3. Breslau N, Davis GC. (1985) Refining DSM- III criteria in major depression. An assessment of the descriptive validity of criterion symptoms. *J Affect Disord*, 9(3):199-206.
4. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. (1997) Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11):1044-1048.
5. Butler RW, Mueser KT, Sprock J, et al. (1996) Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 15:39(10): 839-844.
6. Clark DA, Beck AT, Beck JS. (1994) Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 151(2):205-209.
7. Clark DB, Kirisci L. (1996) Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use disorders and quality of life in adolescents. *Anxiety*, 2(5):226-233.
8. Clayton PJ. (1990) The comorbidity factor: Establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl): 35-39.
9. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. (1996) *Mood Disorders*. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, Oxford.

10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1994) Mood Disorders. Synopsis of Psychiatry. Seventh Edition. William & Wilkins, USA.
11. Kivela SL, Pakkala K. (1988) Symptoms of depression in old people in Finland. *Z Gerontol*, 21(5):257-263.
12. Massie MJ, Holland JC. (1990) Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, 51:Suppl: 12-17.
13. Reich J. (1997) Family psychiatric histories in male patients with generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Anxiety Disord*, 11(3):317-328.
14. Stahl SM. (1993) Mixed anxiety and depression: Clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 54(Suppl):33-88.
15. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer Sk, et al. (1997) The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*, 43(2):105-119.
16. Sevinçok L, Kayalı M, Yüksel N, Çifter İ. (1994) Şizofrenide depresyon konusunda tanı sorunları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 5(1):36-39.
17. Staab JP, Grieger TA, Fullerton CS, et al. (1996) Acute stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2(5):219-225.
18. Yüksel N. (1995) Duygudurum Bozuklukları. *Ruhsal Hastalıklar*. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.