



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KRONİK VE EPİZODİK SEYİRLİ DEPRESİF BOZUKLUKLARDA KLİNİK ÖZELLİKLER

UZMANLIK TEZİ
Dr. SALİHA ILDIRLI

DANIŞMAN
Prof.Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2012

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KRONİK VE EPİZODİK SEYİRLİ DEPRESİF BOZUKLUKLARDAKLİNİK ÖZELLİKLER

UZMANLIK TEZİ
DR. SALİHA ILDIRLI

DANIŞMAN
Prof.Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2012

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin oluşmasındaki katkılarından dolayı değerli hocam Prof.Dr.İ.Ferhan DEREBOY'a sonsuz teşekkür ederim. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgilerini, her türlü desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Prof.Dr.Levent SEVİNÇOK, Yrd.Doç.Dr.Vesile ALTINYZAR, Prof.Dr.Çiğdem DEREBOY, Prof.Dr.Mehmet ESKİN'e teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimimde önemli yer tutan rotasyonlarım sırasında; her türlü mesleki birikimlerini ve misafirperverliklerini cömertçe sunan Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Ali AKYOL, Prof.Dr.Cengiz TATAROĞLU, Prof.Dr.Nefati KIYLIOĞLU, Doç.Dr.Ayça ÖZKUL'a, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocam Yrd.Doç.Dr.Hatice AKSU'ya teşekkürü borç bilirim. Uzmanlık eğitimim süresince yakın dostluk ve desteklerini esirgemeyen, olmasalardı eksikliklerini tamamlayamayacağımı düşündüğüm asistan arkadaşlarım Dr.Bilge ŞAİR, Dr.Gökhan SALKIN, Dr.Sevinç İNAL, Dr.Ayşe DÖNDÜ, Dr.Çiğdem KIRCI, Dr.Burcu Gülün MANOĞLU, Dr.Sanem Mersin KILIÇ ve Dr.Börte GÜRBÜZ'e ve isimlerini burada sayamadığım diğer asistan, psikolog, hemşire, sekreter, personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

DR.SALİHA ILDIRLI

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER.....	1
1.1	Distimi: Tanım ve İlişkili Kavramlar.....	1
1.2.	Distimi: Klinik Özellikler.....	4
1.2.1.	<i>Distiminin Semptom Profili.....</i>	4
1.2.2.	<i>Distimiye Eşlik Eden Tanılar.....</i>	5
1.2.3.	<i>Distimide Tipler, Gidiş ve Prognoz.....</i>	6
1.2.4.	<i>Distiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....</i>	8
1.3.	Distiminin Epidemiyolojisi.....	9
1.3.1.	<i>Distimi ve Depresif Bozuklukların Yaygınlığı.....</i>	9
1.3.2.	<i>Distimi ve Yaş.....</i>	10
1.3.3.	<i>Distimi ve Cinsiyet.....</i>	11
1.3.4.	<i>Distimi ve Diğer Risk Faktörleri.....</i>	11
2.	AMAÇLAR.....	12
3.	MATERYAL VE YÖNTEM.....	12
3.1	Katılımcılar.....	12
3.2	Gereçler.....	13
3.2.1	<i>DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)</i>	13
3.2.2.	<i>Hamilton Depresyon Skalası(HAM-D)</i>	13
3.2.3	<i>Eskin İntihar Davranışları İndeksi.....</i>	13
3.3.	İstatistiksel Analizler.....	14
4.	BULGULAR.....	14
4.1	Hastaların Depresif Bozukluk Tanı Gruplarına Dağılımı.....	14
4.2.	Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi.....	16
4.2.1.	<i>Epizodik ve Kronik Depresyon Gruplaşması üzerinde Sosyodemografik Değişkenlerin Etkisi Var mıdır?</i>	16
4.2.2	<i>Kronik ve Epizodik Depresyon Grupları Arasında Semptomatoloji Açısından Farklılık Var mıdır?</i>	17
4.2.3.	<i>Kronik ve Epizodik Depresyon Grupları Arasında Depresyon</i>	

	<i>Skorları Açısından Farklılık Var mıdır?</i>	18
4.2.4.	<i>Ektanı Örüntüsü Açısından Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları Arasında Fark Var mıdır?.....</i>	18
4.2.5.	<i>İntihar davranışı açısından Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları Farklılaşmakta mıdır?</i>	19
4.3.	<i>Depresyon Alt grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi.....</i>	19
4.3.1.	<i>Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	20
4.3.2.	<i>Depresyon Skorları Yönünden Depresyon Alt Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	21
4.3.3.	<i>Semptomatoloji Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	21
4.3.4.	<i>Ektanı Örüntüleri Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	22
4.3.5.	<i>İntihar Davranışları Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	23
4.4.	<i>Erken ve Geç Distimi Grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi.....</i>	24
4.4.1.	<i>Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	24
4.4.2.	<i>Depresyon Skorları Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	25
4.4.3.	<i>Semptomatoloji Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Farklılık Var mıdır?</i>	25
4.4.4.	<i>Ektanı Örüntüleri Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	26
4.4.5.	<i>İntihar Davranışları Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?</i>	27
5.	<i>TARTIŞMA.....</i>	28
5.1.	<i>Depresif Hastaların Duygudurum Tanılarına Göre Dağılımı.....</i>	28
5.2.	<i>Depresif Hastalarda Ektanı Sıklığı.....</i>	29
5.3.	<i>Depresif Hastalarda Semptomatoloji.....</i>	30

5.4.	Depresif Hastalarda Sosyodemografik Değişkenler.....	32
5.5.	Depresif Hastalarda Depresyon Skorları.....	33
5.6.	Depresif Hastalarda İntihar Düşünce ve Davranışı.....	35
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	36
7.	ÖZETLER.....	39
7.1.	Özet.....	39
7.2.	Abstract.....	41
8.	KAYNAKLAR.....	43
9.	EKLER.....	49
9.1.	ADÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI DİSTİMİ ARAŞTIRMASI KLİNİSYEN DERECELENDİRME VE DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID- I). RAPOR FORM.....	49
9.2.	Eskin İntihar Davranışları İndeksi.....	63
9.3.	Hamilton Depresyon Skalası.....	64

1- GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

DSM 4'e göre, distimi ve kronik depresyon iki farklı tanı kategorisidir. Distiminin kronik depresif bozukluktan farkı, iyi tanımlanmış bir major depresif bozukluğun sekeli olmamasıdır. En tipik olgularda hastalar şimdiye dek hep depresif olduklarından yakınır. Distimik bozukluk, en az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren kronik bir depresif duygudurumun varlığıdır. Çocuklar ve ergenler için bu süre 1 yıldır. Depresif duygudurum dönemleri sırasında, iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük ve umutsuzluk duyguları gibi belirtilerden en az ikisi vardır.

DSM-4'te kronik MD major depresyonun (MD) bir tipi olarak kabul edilmiş ve bu tanının konulabilmesi için son 2 yılın tamamında hiç ara vermeden depresif belirtilerin bulunması ölçütü getirilmiştir. DSM 5'i geliştirme çalışmaları kapsamında depresif bozukluklara ilişkin tanı kategorileri ve tanı ölçütlerini son bulgular ışığında yenilemeyle görevli çalışma grubunun önerisi major depresif bozukluğun kronik tipinin ayrılarak distimiyle bir arada düşünülmesi ve giderek kronik depresyon başlığı altında tek bir tanı kategorisi oluşturulması yönünde olmuştur. Bu önerinin temel gerekçesi kronik major depresyon ve distiminin klinisyenler tarafından birbirinden güvenilir bir şekilde ayrılamaması olabilir. DSM 5 için önerilen distimi için önerilen başlangıçta olan major depresyon olmaması gerekliliği kaldırılmıştır. Daha önemli bir değişiklik önerisi, son 2 yılının çoğunun major depresyon tablosunda geçirmiş hastalara bile en az iki ay süreyle major depresyonun olmaması ve distiminin varlığı durumunda yine distimi tanısı konulması yönündedir. Anlaşıldığı kadarıyla çalışma grubunun üyeleri arasında distimi ve kronik major depresyonu tek bir tanı kategorisi altında toplama yönünde tam olarak görüş birliği sağlanamamıştır. Kronik MD nin distimiden daha ağır bir tablo olduğu düşüncesiyle bu ikisini birbirinden ayırt etmek gereği üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte kronik MD nin epizodik değil kronik seyirli bir depresif bozukluğun bir klinik tipi olduğu yönündeki kanı giderek ağırlık kazanmaktadır.

1.1. Distimi: Tanım ve İlişkili Kavramlar

Distimik bozukluk, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren kronik bir depresif duygudurumun varlığıdır. Distimik bozukluğu olan kişiler duygudurumlarını kederli ya da hüzünlü olarak tanımlarlar. Çocuklarda duygudurum depresif olmaktan çok irritabil olabilir. Bu kişiler ilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu ve aşırı özeleştiri yaptıklarını ve

kendilerini yetersiz bulduklarını söylerler. Bu semptomlar kişinin gündelik yaşantısının bir parçası durumuna gelmiştir.

Distimik bozukluk tipik olarak ayakta geçirilen, görece stabil bir sosyal işlevsellikle seyreden bir hastalıktır. Buradaki dengelilik oldukça hassas bir durumdur. Hastaların birçoğunun sahip oldukları enerjinin tümünü işte harcadıklarını, keyif veren ya da ailevi ve sosyal etkinliklere hiç zaman ayırmadıkları görülmüştür. Distimik bozukluğu olan bireylerin kendilerini işe adanmalarının depresif duygudurumlarını ve içedönüklüklerine karşı verdikleri mücadeleye ikincil gelişmiş aşırı kompensasyon veya savunma olduğu düşünülmektedir. Kraepelin bu tür kişileri şöyle tanımlamıştır: bu kişilerin yaşam ve etkinlikleri, alışkanlık biçiminde ve görev anlayışı içinde, kendilerini yadsıyarak taşıdıkları ve varoluşun keyif veren yanlarını içermeyen bir yükür.

Distimi, kronik ve yeti yitimine yol açan fiziksel hastalığı olan yaşlı hastalarda sık görülmektedir. Distimik bozukluğun varlığı altta yatan hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir. Geç başlangıçlı distimik bozuklukta kognitif ve bilişsel semptomlar, vejetatif ve psikomotor semptomlara göre belirgindir. Major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve komorbid kişilik bozukluğu nadir görülmektedir. Bunların tersine, major stresör faktörler ve medikal hastalıklar geç başlangıçlı distimik bozukluk öncesinde çok sık görülen öncüllerdir.

Distimik bozukluk, atası olan nevrotik depresyondan daha sınırlı bir kavram olmasına rağmen hala oldukça heterojen bir yapıyı tanımlamaktadır. Tipik olarak nevrotik depresyonu olan hastalar, daha hafif depresyonu, daha belirgin anksiyete semptomları olan ve psikososyal stresörlere daha yatkın olan hastalardır. Episodik yerine kronik bir seyir izler. Anksiyete klinik olarak beklenen bir bulgu olmamakla birlikte distimik bozukluk tanısı anksiyete bozukluğu olan hastalara konabilmektedir (1).

İki yıllık dönem içinde (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) herhangi bir semptomun olmadığı ara dönemler olsa bile bunlar 2 aydan daha uzun süreli olmamalıdır. 22 hastayla yapılan bir çalışmada ötimi periyodlarının 2-30 gün arasında (ortalama 8 gün) olduğunun bulunması, aradaki iyilik dönemleri için 2 aylık üst sınırın uygun olduğunu düşündürmektedir (2). Distimik bozukluğun olduğu ilk 2 yılda Major Depresif epizodlar olmazsa o zaman Distimik Bozukluk tanısı konabilir. Major Depresyon, en az 2 hafta, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum ve/veya ilgi kaybının olduğu ve bu belirtilere belirgin uyku artışı veya azalması, belirgin iştah artışı veya azalması, ajitasyon veya psikomotor

retardasyon, halsizlik, enerji kaybı, yetersizlik veya suçluluk düşünceleri, dikkat azalması ve konsantrasyon kaybı ve tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimi gibi belirtilerden en az beş tanesinin eşlik ettiği bir durumun varlığıdır. Kişide, sosyal işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olur.

Distimik bozukluğa eşlik eden özellikler major depresif bozukluğa eşlik eden özelliklere benzerlik göstermektedir fakat yakınmaların belirtilerden fazla olmasıyla major depresyondan farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, yetersizlik duyguları, genel ilgi kaybı ve hiçbir şeyden zevk alamama, toplumdan uzaklaşma, suçluluk duyguları, geçmiş hakkında düşüncelere dalıp gitmeler, öznel huzursuzluk duyguları, aşırı öfke, üretkenlikte ve yapılan etkinliklerde azalma gibi semptomların sıklıkla distimik bozukluğa eşlik ettiği görülmüştür (3). İştah ve libidoda azalma gibi nörovejetatif semptomlar ve psikomotor ajitasyon distimik hastalarda daha nadir görülmektedir (4).

Clark ve ark. (5) 579 hastayla yaptıkları bir çalışmada, depresif ve distimik hastaların değersizlik, anhedoni ve disfori ile ilgili seçenekleri daha fazla işaretlediğini bulmuşlardır. Depresyonun primer olarak değersizlik, anhedoni, ve disfori ile diğer depresif bozukluklardan ayrıldığı ve bu semptomların, depresyona özgü olan kişisel yetersizlik, başarısızlık, anhedoni ve istek kaybı gibi semptomları desteklediği bildirilmiştir. Depresif hastalarda distimik hastalara göre Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A) skorlarını daha yüksek bulmuşlar; ilgi ve istek kaybı, uyku bozuklukları ve özgüven eksikliğinin major depresyonu distimik bozukluktan ayırt etmede yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Sansone ve arkadaşlarına (6) göre distimik bozukluk sinsi başlangıçlı, en az 2 yıl süreyle bazen alevlenen bazen sönen semptomlar ve kısa iyilik halleriyle karakterize iken; depresyon, iyi tanımlanmış bir başlangıç, ısrarlı semptomlar ve birbirinden belirgin olarak ayrılan epizodlar ile karakterizedir.

Distimik bozukluk hafif-orta derecede semptomlarla seyretmesine rağmen birçok hastada major depresif atak kriterlerini karşılayan alevlenmeler olur ve bu durum “çifte depresyon” olarak bilinir. Çifte depresyonu olan yaşlı hastalarda sadece distimi veya major depresyonu olanlara göre umutsuzluğun daha fazla oranda olduğu görülmüştür (7). Bilişsel semptomlar, psikomotor ve vejetatif semptomlara göre daha fazla görülmektedir (4). Klein ve arkadaşlarının (8) 10 yıllık izlem çalışmasında distimi tanısı alan 87 hastanın % 58.6’sına en az bir süperimpoze depresif atak tanısı konmuş; % 78.2’sinde önceden geçirilmiş bir major depresif atak hikayesi olduğu görülmüştür. Distimik hastaların % 5.7’sinde ve kronik

olmayan major depresif epizodu olan hastaların % 5'inde izlem sırasında manik/hipomanik ataklar görülmüş ve bu hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Kalan 82 distimik bozukluk hastasının % 84.1'i ve 38 kronik olmayan major depresif bozukluk hastasının % 71.1'i çalışma sırasında major depresif atak geçirmiştir. Distimik bozukluk tanısı alan ve daha önce herhangi bir major depresif atağı olmayan 19 hastanın %79'u izlem sırasında ilk kez major depresif atak geçirmiştir.

1.2. Distimi: Klinik Özellikler

1.2.1. Distiminin Semptom Profili

Devanand ve arkadaşları (9), distimik bozukluk tanılı 40 hastada depresif duygudurum (%97.4), ilgi kaybı (%84.6) ve psişik anksiyetenin (%79.5) en sık karşılaşılan semptomlar olduğunu, ardından umutsuzluk ve değersizlik duygusunun geldiğini bildirmiştir. Ajitasyon, gastrointestinal semptomlar, kilo kaybı, depersonalizasyon, obsesif kompulsif semptomlar ve paranoya çok nadir görülmüştür. Masi ve arkadaşlarının (10) çalışmalarında yaşları 7 ile 18 arasında değişen distimik bozukluklu 48 çocuk ve ergenden oluşan bir örnekleme, depresif duygudurum, halsizlik, suçluluk, ve düşük benlik saygısı deneklerin %70'inde mevcut bulunmuş; cinsiyetler arasında semptom profili açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ergenlerde sadece anhedoni çocuklara göre daha belirgin olarak değerlendirilmiştir.

Klein ve arkadaşlarının (11) gözden geçirme çalışmasında, distimik hastalarda kognitif semptomlar (düşük benlik saygısı, kötümserlik, yetersizlik duygusu, umutsuzluk, düşüncelere dalma) ve sosyal motivasyonel semptomlar (sosyal çekilme, ilgi azlığı, düşük enerji, irritabilite ve azalmış etkinlik) daha sık görüldüğü; vegetatif ve psikomotor semptomların (uykusuzluk, aşırı uyku, iştah azlığı veya fazlalığı, yavaşlamış olma duygusu, huzursuzluk) ise daha nadir görüldüğü belirlenmiştir.

Massand ve arkadaşları (12), distimi ve huzursuz barsak sendromu ilişkisini inceledikleri bir çalışmada, 59 distimi hastasının % 31'ünde konstipasyon, % 22'sinde diyare, % 37.14'ünde diyare ve konstipasyonun birlikte dominant olduğunu, % 8.57 hastada ise diyare ve konstipasyonun her ikisinin de görülmediğini bildirmişlerdir.

Özmen ve arkadaşları (13), distimik hastalarda en sık görülen belirtileri *halsizlik, yorgunluk, dikkati toplamada güçlük, kararsızlık, uykusuzluk ve umutsuzluk* olarak bildirmiş; cinsler arasında belirti görülme sıklığı açısından anlamlı fark bulmamıştır. Bu çalışmada DSM-4'e göre şimdiki major depresif epizod (ŞMDE) tanı ölçütlerini karşılayan ve

karşılamayan distimik bozukluklu hastalar karşılaştırıldığında, *aşağılık duygusu* (ŞMDE karşılamayanda fazla) ve *aşırı uyuma* (ŞMDE karşılayanda fazla) dışında gruplar arasında diğer belirtilerin hiç biri için görülme sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Demirarslan ve arkadaşlarının (14) çalışmasında son depresif nöbette intihar girişimi ve depresif nöbet öncesi intihar girişimi bakımından kronik depresyon ve iyileşen major depresyon grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamış, kronik depresyon grubunda son depresif nöbette intihar girişimi olguların dörtte birinde (%25.4) görülmüş. Major depresyon grubunda ise bu oran daha düşük bulunmuş (%16.7).

1.2.2. Distimiye Eşlik Eden Tanılar

Distimik bozukluk nadiren pür olarak görülen durumdur. Olguların çoğunda eşlik eden psikiyatrik bozukluğa rastlanmaktadır. Bunlar arasında değişik duygudurum ve anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, alkol-madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları başta gelmekte; eşlik eden bu bozuklukların belirtileri altta yatan distimik bozukluğun semptomlarını gölgeleyebilmektedir (6) . Bellino ve arkadaşlarının (15) gözden geçirme çalışmasında, erken başlangıçlı tipte daha fazla psikiyatrik komorbidite görüldüğü, eksen I'de çoğunlukla duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları, eksen II'de ise çoğunlukla B küme ve C küme kişilik bozukluklarının görüldüğü ve daha fazla tedavi girişimlerinde bulunulduğu saptanmıştır.

Devanand ve arkadaşları (9) 60 yaş ve üzeri hastaların alındığı çalışmasında 40 distimi hastasından sadece biri (%2.5) erken başlangıçlı distimik bozukluk tanısı karşılamıştır. %92.5'inde primer distimik bozukluk tanısı, %2.5 hastada agorofobili panik bozukluk sonrası gelişen distimik bozukluk saptanırken geri kalan hastalarda ise distimik bozukluğun başlangıcı ile diğer Eksen I bozukluğu arasındaki ilişki tam olarak saptanamamıştır. Major depresyon kriterlerini karşılayan 115 hastanın %16.5'i çifte depresyon tanı kriterlerini karşılanmıştır. 40 distimik hastanın özgeçmişleri değerlendirildiğinde % 17.5'inin hastalığın erken dönemlerinde major depresyon tanı kriterlerini karşıladığı, % 20 hastanın, distimik bozukluğun başlangıcından yeterli bir zaman önce remisyona girmiş major depresif atağı tespit edilmiş ve toplam olarak % 32.5 hastanın hayatlarında en az bir kez major depresyon tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve komorbid anksiyete bozuklukları nadir olarak tespit edilirken, en sık görülen tıbbi durumların ise kardiyovasküler hastalıklar özellikle de hipertansiyon olduğu görülmüştür.

Geç başlangıçlı distimi hastalarında ise medikal rahatsızlıklara daha fazla rastlanmaktadır. En sık rastlanan hastalıklar hipertansiyon ve kalp hastalığıdır. Distimi medikal hastalığa predispozan bir faktör mü, yoksa var olan fiziksel rahatsızlığa bir stres reaksiyonu mu olduğu sorusu yanıtlanamamıştır (15). Elli dokuz distimi hastasının alındığı bir çalışmada IBS belirtileri taranmış, hastaların %59.3'ünde, IBS tanı kriterlerinin tamamen, %10.2'sinde ise kısmen karşılandığı görülmüştür. Distimik hastaların %51.5'inde distimi daha önce, % 34.3'ünde IBS daha önce ve %14'ünde her iki hastalığın eş zamanlı (aynı yıl içinde) çıktığı tespit edilmiştir (16). Özmen ve arkadaşları (13), distimik bozukluk tanısı alan hastaların %73.9 unda en az bir kronik bedensel hastalık bulunduğunu saptanmışlardır.

1.2.3. Distimide Tipler, Gidiş ve Prognoz

Distimik bozukluk, erken ve geç başlangıçlı özellikler gösteren olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır. Çoğu hastada başlangıç çocukluk, ergenlik veya erken erişkinlik dönemindedir. Bu erken başlangıçlı tipidir. Geç başlangıçlı tip ise çok yaygın olmayıp orta yaş ve yaşlılarda görülmektedir. Distimik bozukluğun en önemli özelliği kronisite olmasına rağmen, bu bozukluğun uzun dönem gidişini belirlemeye yönelik sadece birkaç izlem çalışması vardır.

Klein ve arkadaşlarının (17) on yıllık bir izlem çalışmasının ilk beş yıllık sonuçlarına bakıldığında distimik bozukluğun iyileşme oranı % 53 ve başka bir depresif bozukluğa relaps oranı %45 olarak bulunmuştur. Ek olarak distimik bozukluğu ve çifte depresyonu olan hastaların kronik olmayan major depresif bozukluğa göre depresyon şiddetinin daha fazla olduğu, depresif ataklarının daha uzun sürdüğü ve iyilik hallerinin daha kısa olduğu bulunmuştur.

Klein ve arkadaşlarının (8) yaptığı 10 yıllık gözlem çalışmasında 10 yılın sonunda, distimik hastaların % 95.1'inde yaşam boyu bir depresif atak belirlenirken, % 69.5'inin iyileştiği gözlenmiştir. İyileşme oranının en fazla izlemin ilk 3 yılında olduğu tespit edilirken, çifte depresyonu olan ve olmayan distimik hastaların iyileşme oranlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (sırasıyla % 70.2 ve % 78.1). İzlem sırasında, iyileşen hastaların % 54.7'sinde kronik depresyona relaps görülmüştür. Yapılan düzeltmelerle tahmini relaps oranı % 71.4 olarak belirlenmiştir. İyileşme ve relaps arasındaki sürenin yaklaşık olarak 68 ay olduğu bulunmuş ve relaps riskinin ilk 3 yılda en fazla olduğu ve bu oranın sonraki 6 yılda düşme eğiliminde olduğu görülmüştür. Relaps oranı çifte depresyonu olan hastalarda tahmini

% 53.6 ile saf distimi hastalarına (% 80.0) göre düşük bulunmuş fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Relaps görülen hastaların % 27.6'sı distimik bozukluk ölçütlerini, % 24.1'i kronik major depresif bozukluk ölçütlerini karşılarken, % 48.3'ü ne distimik bozukluk ne de kronik major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamıştır. Aynı çalışmada HAM –D skorlarına bakıldığında başlangıçta saf distimik olan hastaların puanların diğer iki gruptan (çifte depresyon ve akut major depresyon) daha düşük olduğu ancak 10 yıllık izlemde sadece distimik bozukluğu olan ve çifte depresyonu olan hastaların kronik olmayan major depresyonu olanlara göre daha az iyileşme gösterdikleri bulunmuş. Her 3 grupta ilk 30 ayda belirgin bir düşüş olması, sonraki aylarda çok belirgin değişiklikler olmaması nedeniyle HAM-D skorlarının değişimin doğrusal olmaktan çok eğrisel (quadratic) regresyonla uyumlu bulunmuştur.

Sansone ve arkadaşları (6) erken başlangıçlı distimiklerin geç başlangıçlı distimiklere göre stres direncinin daha az olduğunu, daha fazla çocukluk çağı olumsuzlukları, emosyonel baş etme becerileri ve daha fazla stres duyarlılığı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca erken başlangıçlı distimik hastaların aile hikayelerinde daha fazla oranda duygudurum bozukluklarına rastlanmıştır ve distimi hastalarının tedavisinin daha güç olduğu, komorbiditenin daha fazla olduğu ve tedavi girişimlerine daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Hastalığın ortalama süresi 12.8 yıl olarak bulunmuştur (18).

Erken başlangıçlı distimik bozukluğun duygudurum bozuklukları açısından ailevi yüklülükle, çocukluk çağı istismarıyla ve 1. ve 2. eksen bozukluklarıyla yüksek oranda komorbiditeden söz edilmekteyken; geç başlangıçlı distimik bozuklukların ise önemli kayıplar ve sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunun üzerinde durulmaktadır (19).

5-13 yaşları arasındaki distimik çocukların dokuz yıllık izlemlerinde ortalama hastalık süresinin 4 yıl olduğu ve bu çocukların %75'inin izlem süresi içinde yaşamlarının ilk major depresif epizodunu geçirdikleri gözlenmiştir. Dokuz yıllık izlem süresinde bu çocukların %52'sinin diğer bir duygudurum bozukluğu tanı kriterini karşıladığı ve bu oranın major depresif bozukluk tanısı alan çocuklara göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Yetişkinlerle yapılan çalışmada da çocuklara benzer sonuçlar elde edilmiştir. 7.5 yıllık izlem çalışmasında yetişkin distimik bozukluklu olgularının %70'inin iyileştiği ve ortalama iyileşme süresinin 4.3 yıl olduğu görülmüştür. Bu hastaların %52'si izlem süresi bitmeden yeniden distimik bozukluk tanısını karşılamıştır. İzlem süresince %77'sinin major depresif epizod geçirdiği, epizodik major depresif bozukluk olgularıyla kıyaslandıklarında distimik

bozukluk olgularının diğerk bir duygudurum bozukluğu tanı kriterlerini daha sık karşıladığı (%62-%23), daha çok suisid girişiminde bulundukları ve daha fazla hastanede yatarak tedavi oldukları görölmüşür (19).

1.2.4. Distiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Dünya sağlık örgütü tanımlamasına göre sağlık sadece hastalığın yokluğu değil; ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halidir. Buradan yola çıkarak, yaşam kalitesi birkaç şekilde tanımlanabilir. Genel olarak yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarında önemli olan öznel deneyimlerin toplamını gösterir. Bu etkiye dört alanın katılımı söz konusudur: Fiziksel ve mesleki işlevler, ruhsal durum, sosyal etkileşim ve ekonomik durum. Yaşam kalitesi optimal tıbbi durumun özelliklede kronik hastalıkların etkilerinin ve tedavilerinin değerlendirilmesinde önemlidir.

18-50 yaş arasında, evli olan distimi ve reküren major depresyonu olan hastaların alındığı ve yaşam kalitelerinin araştırıldığı çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeğı (QOL) uygulanmış ve her iki grupta da ortalama ölçek puanları, yetersizlik, sosyal destek ve evlilik uyumu parametrelerinde bozulma görölmüşür. İki grup arasında sadece sosyal destek skorları açısından anlamlı fark bulunmuş olup, distimi hastalarında sosyal desteğinin daha az olduğu saptanmıştır. Her iki grupta, hastalığın süresi ile ölçekteki genel iyilik hali arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Yüksek MADRS (Montgomery-Asberg depression Rating Scale) skorları ile yaşam kalitesi ölçeğı skorları arasında her iki hasta grubunda negatif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca distimiklerde, yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanlarındaki düşük skorları ile yüksek MADRS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Distiminin olumsuz psikososyal etkileri yaşam kalitesi ölçeğindeki yüksek yetersizlik puanları, yetersiz sosyal destek ve zayıf evlilik uyumuyla, depresyonun şiddeti ve süresi her iki hasta grubunda olumsuz psikososyal etkinin önemli belirleyicileri olarak saptanmıştır (20). Saarni ve arkadaşlarının (21) yaptığı 8028 katılımcının katıldığı çalışmada distimi, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobisi olanların en düşük yaşam kalitesi skoruyla birlikte olduğu görölmüş.

Özmen ve arkadaşlarının (13) yaptığı çalışmada, distimik bozukluğu olan hastalar arasında genel sağlık durumunu iyi, orta veya kötü olarak nitelendirenlerin oranı, sırasıyla %18.8, %58.0 ve %23.2 olarak bulunmuştur. Distimi tanısı olmayanlara göre distimi hastalarının genel sağlık durumlarını daha kötü olarak niteledikleri görölmüşür. Yine

aynı çalışmada distimi bozukluğu olan hasta grubunda yetiyitimi bulunmayan hasta oranı % 21.7, hafif düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 20.3, orta düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 39.9, ağır düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 18.8 olup distimi olmayanlara göre fark anlamlı saptanmıştır.

1.3. Distiminin Epidemiyolojisi

1.3.1. Distimi ve Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

WHO tarafından Depresyon 4. acil sağlık problemi olarak tanımlanmıştır. Depresif bozukluklar yaygın olmasının yanı sıra belirgin işlev kaybı, düşük yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte düşüş ile ilişkilidir. Tablo I'de çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik araştırmalarda bildirilen majör depresyon ve distimi yaygınlık oranları özetlenmiştir.

Tablo I: Dünyada ve Türkiye'de Distimi ve Depresyon Yaygınlığı (%)

Ülke	Distimi	MinD	MajD	Örneklem	Kaynak
Çok Merkezli	2.1		10.4	Birinci basamak hastaları	Goldberg ve Lecrubier 1995
5 Avrupa Ülkesi	1.0		6.7	Normal Nüfus	Ayuso-Matos ve ark. 2001
Şili	2.9		3.4	Birinci basamak	Vicente ve ark. 2004
İran	0.2		1.8	Normal Nüfus	Mohammadi ve ark. 2006
İran	3.9	0.8	4.4	Normal Nüfus	Noorbala ve ark. 1978
İran	2.5	5.0	1.0	Normal nüfus	Modabernia ve ark. 2008
Norveç	3.0		28.0	Birinci basamak hastaları	Vaeroy ve Merskey 1997
Macaristan	3.3		18.0	Birinci basamak hastaları	Szadoczky ve ark.1997
ABD	0.9	5.2		Birinci basamak hastaları	Lyness ve ark. 1999
Türkiye	1.6		4.0	Normal Nüfus	Kılıç 1998
	0.9		11.6	Birinci basamak hastaları	Rezaki 1995
	5.9			Birinci basamak hastaları	Dönmez ve ark. 2000
			23.2	Birinci basamak hastaları	Sağduyu ve ark.2000
	3.5			Birinci basamak hastaları	Özmen ve ark. 2002

1.3.2. Distimi ve Yaş

Distimik bozuklukla ilgili çalışmaların çoğu genç erişkin hastalarla yapılmıştır. Bulgular erken başlangıçlı tipin (başlangıç yaşı < 21) baskın olduğunu, % 60'a varan oranda komorbid Eksen I tanısı olduğunu ve % 60-80 oranında eşlik eden kişilik bozukluklarının

olduğunu göstermektedir. Genç erişkin distimik hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı %50 kadardır. Geç başlangıçlı distimik bozuklukta kognitif ve bilişsel semptomlar, vejetatif ve psikomotor semptomlara göre belirgindir. Major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve komorbid kişilik bozukluğu nadir görülmektedir. Bunların tersine, major stresör faktörler ve medikal hastalıklar geç başlangıçlı distimik bozukluk öncesinde çok sık görülen öncüllerdir (3, 9, 15).

Bellino ve arkadaşlarının (15) 106 distimik hastayla yaptıkları araştırmada, ortalama başlangıç yaşı, medikal hastalığı olanlarda yüksek (62.6), komorbid eksen I tanısı olanlarda veya herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı olanlarda ise düşük (sırasıyla 46.90, 47.51) bulunmuştur. Yaşam olayları ve medikal hastalığın varlığı hastaların yaşı ile pozitif korelasyon gösterirken, herhangi bir kişilik bozukluğunun (özellikle şizotipal, kaçınan ve bağımlı) varlığı negatif korelasyon göstermiştir. Yaşam olayları incelendiğinde ise olayın ciddiyeti ile yaş arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Orta ve ileri yaştaki 40 distimik hastanın alındığı bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı 55.2 ve ortalama hastalık süresi 12.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda, yaşlılar arasında distimik bozukluğun nadir olmadığı, eşit cinsiyet dağılımı gösterdiği, yaşam stresörlerinin distimik bozukluk öncesinde sık görüldüğü, major depresyon hikayesinin ve kişilik bozukluklarının nadir görüldüğü bulunmuş (9).

Modabernia ve arkadaşlarının (23) Tahran'ın Rasht kentinde yaptığı çalışmada depresif bozuklukların 15-30 yaş arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur. Gençlerin araştırmaya katılımının fazla olmasının ve minör depresyon ve distimi prevalansının major depresyona göre daha fazla olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünülmüştür.

Klein ve arkadaşlarının yaptığı (18) çalışmaya alınan 340 hastadan 244'ü (%72) erken başlangıçlı distimi olduğu (<21 yaş) ve 96 hastanın (%28) geç başlangıçlı distimi (≥21 yaş) olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmacıların bir başka çalışmasında distimik bozukluğun başlangıç yaşı yaklaşık olarak 10.5 olarak tespit edilmiştir (8). Ülkemizde yapılan kronik depresyon ve iyileşen major depresyon olgularının sosyodemografik yönden karşılaştırıldığı bir çalışmada kr. depresyon olgularının yaş ortalaması 40, majör depresyon olgularının yaş ortalaması 35 olarak bulunmuştur (14).

1.3.3. Distimi ve Cinsiyet

Bugüne kadar yapılan çalışmaların önemli bölümünde distimik bozukluğun kadınlarda daha yaygın görüldüğü bulunmuştur (Tablo II). Bu çalışmaların çoğu distimik bozukluğun daha sık görüldüğü genç popülasyonu içermektedir. Bu nedenle erken başlangıçlı distimik bozukluk ta kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bilgilerimize göre ülkemizde distimiyle cinsiyetin ilişkisi daha önce Özmen ve arkadaşları (13) tarafından araştırılmış, distiminin kadın ve erkeklerde görülme sıklığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Demirarslan ve arkadaşlarının (14) yaptığı çalışmada örnekleminde cinsiyet dağılımına bakıldığında olguların büyük çoğunluğunun kadın olduğu, kronik depresyon olgularında kadın/erkek oranı birbirine yakinken, majör depresyon olgularında kadın hastaların çoğunlukta olduğu izlenmiştir. Ülkeroglu ve arkadaşlarının (31) yaptığı çalışmada cinsiyet faktörünün, distimi-çifte depresyon-majör depresyon hasta gruplarında tanı dağılımına etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Tablo II: Dünyada ve Türkiye’de Distimide Kadın/Erkek Oranı

Ülke	Distimide K/E Oranı	Örnekleme	Kaynak
İran	2/1	Genç Distimik Hastalar	Modabernia ve ark. 2008,
India	70/30	Evli distimik hastalar	Subodh ve ark. 2008
ABD	75/25	İleri yaşlı 86 distimik hasta	Hayden ve ark 2001
ABD	50/50	İleri yaşlı 40 distimik hasta	Devanand ve ark. 1994
İtalya	77/23	106 distimik hasta	Bellino ve ark. 2001
Türkiye	1/1	Distimik Hastalar	Özmen ve ark. 2002

1.3.4. Distimi ve Diğer Risk Faktörleri

Sosyoekonomik durumla distimi arasında tutarlı bir ilişki saptamak zor olmakla birlikte 18-44 yaşları arasındaki düşük gelirlielerde distimi sıklığı daha yüksek bulunmuştur (33). Bellino ve arkadaşlarının (15) çalışmasında, bir yakının ciddi bir hastalık nedeniyle hastaneye yatması, kişinin kendisinde önemli bir hastalığın bulunması ve emeklilik en sık görülen yaşam olayları olarak tespit edilmiştir.

Ülkemizde Demirarslan ve arkadaşlarının (14) çalışmasında kronik depresyon ve iyileşen majör depresyon gruplarında gelir dağılımı, eğitim düzeyi, meslek dağılımı açısından

farklılaşmadığı bulunmuştur. Ülkeroglu ve arkadaşlarının (31) çalışmasında ise medeni durumun depresif bozukluklarda tanı dağılımına etkisi saptanamamıştır.

2. AMAÇLAR

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde depresif bozukluk tanısıyla izlenen hastalarla ilgili aşağıdaki sorulara yanıt bulmak amacıyla gerçekleştirilmiştir: (1) Bu hastalarda epizodik ve kronik gidişli depresif bozuklukların tek başlarına ve birlikte görülme oranları nedir? (2) epizodik ve kronik gidişli depresif bozuklukların çeşitli sosyodemografik, klinik özellikler arasında fark var mıdır?

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun onayıyla (Protokol No: 2011/042) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniği ve kliniğinde yapılmıştır.

3.1. Katılımcılar

Çalışmada öncelikle kronik seyirli depresif bozukluğu olan hasta grubunun klinik özelliklerinin epizodik seyirli depresif bozukluğu olan hasta grubuyla karşılaştırılması amaçlandığı için örneklem büyüklüğü bu amaç doğrultusunda planlanmıştır. Ülkemizde daha önce yapılmış bir çalışmada (13) saf distimisi olan hastalarla ve çifte depresyonu (distimi+majör depresyon) olan hastalar semptomlar yönünden karşılaştırıldığında ‘aşağılık’ duygusunun farklı oranlarda görüldüğü ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=4.3$, $p<0.05$). Bu sonuç orta düzeyde bir etki boyuna (Cramer $\Phi=0.32$) karşılık geldiği için bizim çalışmamızda da en az orta düzeyde etki boylarının ($\Phi >0.30$) belirlenmesine elverecek düzeyde örneklem büyüklüğünün olması hedeflenmiştir. Tip I hata oranı $\alpha<0.05$, tip II hata oranı $\beta<0.20$ ve çalışmanın gücü en az 0.80 olarak alındığında her bir gruptaki minimum katılımcı sayısının 49 olduğu bulunmuştur (Cohen 1998).

ADÜ Psikiyatri AD polikliniğinde ve kliniğinde depresif bozukluk tanısıyla tedavi gören hastalardan gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı olur veren 140’ı çalışmaya dahil edilmiştir. Yazılı onam vermeyen, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, zeka geriliği, psikotik bozukluğu, kognitif bozukluğu olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yaşları 16-71 (ortalama 37.9 ± 13.2) arasında değişen katılımcıların 27’si erkek,

113'ü kadındır. Katılımcıların 36'sı bekar, 80'i evli, 13'ü boşanmış, 6'sı dul ve 4'ü eşinden ayrıdır.

3.2. Gereçler

3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).

DSM-4 sistemine göre tanı koyma amacıyla First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olup Çorapçioğlu ve arkadaşları (1999) tarafından dilimize çevirisi yapılarak, güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiş ve kullanım kılavuzu yayınlanmıştır.

3.2.2. Hamilton Depresyon Skalası(HAM-D)

Hekimlerin hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanabilecekleri 17 soruluk bir testtir. Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyon'un derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. HAM-D ilk kez hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş olduğu için daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel semptomları üzerinde durur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53 olup, 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından test edilmiştir.

3.2.3. Eskin İntihar Davranışları İndeksi

Bu indeks, 2'si intihar girişimi, 3 tanesi intihar düşüncesi sorgulayan 5 sorudan oluşmaktadır. 2 soru geçmiş, yaşam boyu ve son 12 ayın intihar girişimini; 1 tanesi şu anki ve 2 tanesi yaşam boyu ve son 12 ayın intihar düşüncelerini sorgulamaktadır. Mehmet Eskin, Martin Voracek, Stefan Stieger , Vesile Altinyazar, (basımda), Soc Psychiat Epidemiol DOI 10.1007/s00127-010-0254-7.

3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS istatistik programında yapıldı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının güvenirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa formülü uygulandı. Sayısal değişkenler yönünden yapılan gruplar arası

karşılaştırmalarda t testi, varyans veya kovaryans analizi kullanıldı. Grupların varyanslarının homojenliği Levene testiyle kontrol edildi. Varyansların homojen olduğu durumlarda geleneksel yöntemle hesaplanan F oranı bildirildi, tersi durumda ise Kruskal Wallis varyans analizinden yararlanıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizinden, kategorik tanılar arasındaki uyuşmanın araştırılmasında kapa istatistiğinden yararlanıldı. Gerek çoklu karşılaştırmaların yol açabileceği tip I hatadan, gerekse denek sayısının azlığının yol açabileceği tip II hatadan kaçınabilmek amacıyla, mümkün olan durumlarda etki boyu göstergeleri hesaplandı ve Cohen'in belirlediği Tablo III.II'de özetlenen standartlar çerçevesinde yorumlandı (Cohen 1988, Aron ve ark. 2006).

Tablo III-II: Çeşitli itatistiksel testlerde etki boyu göstergeleri ve standartları

İstatistiksel Test	Etki Boyu İndeksi	ETKİ BOYLARI		
		Küçük	Orta	Büyük
t testi	d	≥ 0.20	≥ 0.50	≥ 0.80
korelasyon	r	≥ 0.10	≥ 0.30	≥ 0.50
χ^2 testi	Φ_c	≥ 0.10	≥ 0.30	≥ 0.50
varyans analizi	η^2	≥ 0.01	≥ 0.06	≥ 0.14

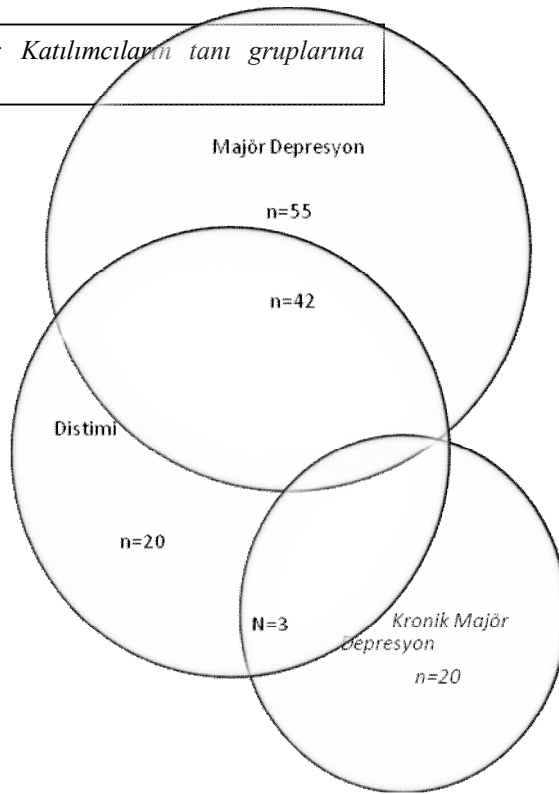
Tablodaki Cramer Φ (fi) standartları kısa kenarında iki göz bulunan çapraz tablolar içindir; göz sayısının artmasına bağlı olarak standartlar değişmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Depresif Bozukluk Tanı Gruplarına Dağılımı

Çalışmadaki katılımcıların tanılarına göre dağılımlarına bakıldığında 97 (% 69.3) hastanın major depresyon, 65 (% 46.4) hastanın distimik bozukluk ve 23 (% 16.4) hastanın kronik major depresyon tanıları aldığı belirlenmiştir. Distimik bozukluğu olan hastaların 42'sinde (% 64.6) eşlik eden major depresif epizod bulunmaktadır. Major depresyon tanısı alan hastaların 42'sinde (% 43.3) distimik bozukluk saptanmıştır. Üç hastanın (% 2.1) distimik bozukluk sonrası kronik major depresyon geliştirdiği belirlenmiştir. DSM-5 önerileri doğrultusunda depresif bozukluklar epizodik ve kronik olmak üzere iki alt tipe ayrılmıştır. Saf majör depresif bozukluğu olan 55 hasta (% 39.3) epizodik depresyon (ED) grubunu oluşturmuştur. DSM-5 önerileri doğrultusunda çifte depresyonu, distimisi ve/veya kronik majör depresyonu olan 85 hasta ise (% 60.7) kronik depresyon (KD) grubunda yer almıştır.

Şekil 4-1: Katılımcıların tanı gruplarına dağılımı



4.2. Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Bu bölümde DSM-5 önerileri doğrultusunda yapılan tanılandırma sonrasında ED grubunda yer alan 55 hastanın, KD grubunda yer alan 85 hastadan sosyodemografik değişkenler, semptomatoloji ve eşhastalanma örüntüleri, özkıyım eğilimleri yönünden farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

4.2.1. Epizodik ve Kronik Depresyon Gruplaşması üzerinde Sosyodemografik Değişkenlerin Etkisi Var mıdır?

Tüm katılımcıların ortalama yaşı 37.91 ± 13.22 (ranj:18-65 ss=13.22) olarak tespit edilmiştir. Tablo (IV-I) de özetlenen DSM-5 gruplarının yaş değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen t testi sonuçları, KD grubunun yaş ortalamasının ED grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Gruplar arasındaki fark orta büyüklüktedir. Bu bulgular ED grubundaki hastaların görece daha genç hastalardan oluştuğunu düşündürmektedir.

Tablo IV-I: DSM-5'e göre depresif bozukluk gruplarının yaş açısından karşılaştırılması

	ED X $\pm$ ss	KD X $\pm$ ss	t ₁₃₈	Anlamlılık	Etki boyu
YAŞ	33.76 $\pm$ 11.73	40.60 $\pm$ 13.49	3.08	p=0.003	d=0.54

Gruplardaki katılımcıların cinsiyete göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-II'de özetlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaması ve etki boyunun küçük olması, katılımcıların ED veya KD gruplarında yer almasında cinsiyetin önemli bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo IV-II: DSM-5'e göre depresyon gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması (Ki-kare)

	ED N (%)	KD N (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
KADIN	48 (87.3)	65(76.5)	2.5	p = 0.11	$\Phi_c = 0.13$
ERKEK	7 (12.7)	20(23.5)			

Tüm katılımcıların ortalama eğitim süresi 9.59 ± 4.23 (ranj:0-19 ss: ± 4.23) olarak hesaplanmıştır. Tablo IV-III'de özetlenen veriler, ED grubundaki hastaların KD grubundakilerden ortalama iki yıl daha fazla eğitim gördüklerini ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Gruplar arasındaki fark orta büyüklüktedir. Bu sonuçlar, düşük eğitim düzeyinin katılımcıların KD grubunda yer alma olasılığını arttırdığını düşündürmektedir.

Tablo IV-III: DSM-5'e göre depresyon gruplarının eğitim yılı açısından karşılaştırılması

	ED X±ss	KD X±ss	t ₁₃₆	Anlamlılık	Etki boyu
EĞİTİM YILI	10.95 ± 4.05	8.70± 4.13	3.15	p= 0.002	d=0.55

4.2.2. Kronik ve Epizodik Depresyon Grupları Arasında Semptomatoloji Açısından Farklılık Var mıdır?

Tablo IV-IV: Epizodik ve Kronik Depresyon gruplarının Depresif Semptomların Görülme Oranı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	ED n (%)	KD n (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık (p)	Etki boyu (Φ_c)
Depresif duygudurum	53 (96.4)	85 (100)	3.13	a.d.	0.15
İştah azalması	34 (61.8)	28 (32.9)	11.28	p=0.001	0.28
İştah artması	8 (14.5)	20 (23.5)	1.68	a.d.	0.11
Uykusuzluk	41 (74.5)	50 (58.8)	3.62	a.d.	0.16
Aşırı uyku	7 (12.7)	15 (17.6)	0.61	a.d.	0.06
Düşük enerji düzeyi-yorgunluk	51 (92.7)	80 (94.1)	0.10	a.d.	0.02
Düşük benlik saygısı	40 (72.7)	65 (76.5)	0.25	a.d.	0.04
Konsantrasyon - karar verme güçlüğü	46 (83.6)	72 (84.7)	0.02	a.d.	0.01
Umutsuzluk	37 (67.3)	74 (87.1)	7.96	p=0.005	0.23
Karamsarlık	37 (67.3)	76 (89.4)	10.5	p=0.001	0.27
Çaresizlik duyguları	37 (67.3)	70 (82.4)	4.21	p=0.04	0.17
İlgi kaybı	50 (90.9)	72 (84.7)	1.14	a.d.	0.09
Zevk alamama	51 (92.7)	74 (87.1)	1.12	a.d.	0.09
Sosyal geri çekilme	44 (80.0)	66 (77.6)	0.11	a.d.	0.02
Suçluluk duyguları-pişmanlık	32 (58.2)	47 (55.3)	0.11	a.d.	0.02
Öznel irritabilite – öfke	46 (83.6)	68 (80.0)	0.29	a.d.	0.04
Somatik yakınma	27 (49.1)	61 (71.8)	7.35	p=0.01	0.22
Anksiyete	23 (41.8)	60 (70.6)	11.45	p=0.01	0.28
Ölüm veya intihar düşüncesi	13 (23.6)	20 (23.5)	0.00	a.d.	0.00
Psikomotor ajitasyon-retardasyon	36 (65.5)	51 (60.0)	0.42	a.d.	0.05

Tablo IV-IV'te özetlenen ED ve KD gruplarında semptomların görülme sıklığına ilişkin veriler ve uygulanan ki-kare testi sonuçlarına göre epizodik depresyon grubunda *iştah azalması* (orta etki boyuna yakın) daha sık görülmekteyken; kronik depresyonda *karamsarlık* ve *anksiyete* (orta etki boyuna yakın), *umutsuzluk*, *çaresizlik*, ve *somatik yakınma* (küçük etki

boyunda) daha sık gözlenmektedir. Diğer semptomlar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.3. Kronik ve Epizodik Depresyon Grupları Arasında Depresyon Skorları Açısından Farklılık Var mıdır?

Tüm katılımcıların ortalama HAM-D skoru 17.89 (ss=5.40) olarak hesaplanmıştır. Tabloda (IV-V) özetlenen veriler ve analiz sonuçları KD grubunun skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ancak gruplar arasındaki fark küçük boydadır. Bu sonuç belirtilerin ağırlığı açısından iki grup arasında belirgin farklılık olmadığını düşündürmektedir.

Tablo IV-V: DSM-5'e göre depresyon gruplarının Hamilton depresyon skorları açısından karşılaştırılması

	ED X±ss	KD X±ss	t ₁₂₀	Anlamlılık	Etki boyu
HAM-D	16.69±4.83	18.75±5.65	2.11	p=0.037	d=0.39

4.2.4. Ektanı Örüntüsü Açısından Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları Arasında Fark Var mıdır?

Gruplar öncelikle ektanı alma açısından karşılaştırılmış ve ki-kare testi sonuçları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Buna göre 58 (%41.6) hastanın ektanı aldığı ve bunların küçük etki boyunda olsa da kronik depresyon grubunda anlamlı olarak daha sık olduğu bulunmuştur.

Tablo IV- VI : DSM-5'e göre depresyon gruplarının ektanı alma açısından karşılaştırılması (Ki-kare)

	ED N (%)	KD N (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
EKTANI	17 (30.9)	41(48.2)	4.13	p = 0.04	$\Phi_c = 0.17$

Tablo IV-VII 'de özetlenen ED ve KD gruplarında ektanı alanların oranları ve ki-kare testi sonuçları, gruplar arasında yaygın anksiyete bozukluğu açısından anlamlı fark bulunduğunu göstermektedir. Cramer Φ değeri etkinin küçük boyda olduğunu düşündürmektedir. Ancak görülme oranlarına bakıldığında (% 27 karşısında % 9), KD grubundaki hastalar için ek YAB tanısı olma riskinin 3 kat fazla olduğu görülmektedir (OR=3.7).

Tablo IV-VII: DSM-5 depresyon gruplarının ektanı açısından karşılaştırılması (ki-kare)^a

	ED n (%)	KD n (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık (p)	Etki boyu (Φ_c)
--	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	---------------------------

YAB	5 (9.1)	23 (27.1)	6.73	0.01	0.21
Uyum bozukluğu	1 (1.8)	2 (2.4)		a.d.	
Panik bozukluk	1 (1.8)	3 (3.5)		a.d.	
PTSD	0 (0.0)	2 (2.4)		a.d.	
OKB	4 (7.3)	4 (4.7)		a.d.	
Sosyal fobi	2 (3.6)	6 (7.1)		a.d.	
Konversiyon bzk ve diğer somatoform bzk	4 (7.3)	4 (4.7)		a.d.	

a: Bazı gözlerdeki denek sayısı 5'ten az olması sebebiyle Fisher's exact testi sonuçları rapor edildi.

4.2.4. İntihar davranışı açısından Epizodik ve Kronik Depresyon Grupları

Farklılaşmakta mıdır?

Tablo IV-VIII'de özetlenen veriler, ED ve KD grupları arasında intihar davranışlarının sıklığı açısından anlamlı fark olmadığını göstermektedir. Çalışmaya katılan tüm hastalardan 91'inin (%66.4) yaşam boyu, son 1 yıl veya şimdi intihar düşüncesinin olması ve 51 (%37.2) hastanın intihar girişiminde bulunmuş olması dikkat çekici bir bulgudur.

Tablo IV-VIII: DSM-5 depresyon gruplarının intihar davranışı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

İNTİHAR DAVRANIŞI	Toplam		ED		KD		χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu (Φ_e)
	N	%	n	%	n	%			
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ									
Yaşam boyu	89	65.0	37	68.5	52	62.5	0.49	a.d.	0.06
Son 1 yıl	58	42.3	24	44.4	34	41.0	0.16	a.d.	0.03
Şimdi	21	15.3	7	13.0	14	16.9	0.38	a.d.	0.05
Yaşamboyu, son 1 yıl veya şimdi	91	66.4	38	70.4	53	63.9	0.62	a.d.	0.07
İNTİHAR GİRİŞİMİ									
Yaşam boyu	50	36.5	19	35.2	31	37.3	0.07	a.d.	0.02
Son 1 yıl	18	13.1	6	11.1	12	14.5	0.32	a.d.	0.05
Yaşamboyu veya son 1 yıl	51	37.2	20	37.0	37	37.3	0.00	a.d.	0.00

4.3. Depresyon Alt grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Yukarıdaki karşılaştırmalarda DSM5 önerileri doğrultusunda çifte depresyonu olan 42 katılımcı KD grubu içine katılmıştır. Ancak bu öneriler henüz tartışma aşamasındadır. Dolayısıyla yukarıda KD grubu içinde toplanmış olan alt gruplar arasında da araştırmanın sosyodemografik ve klinik değişkenleri açısından farklılaşma olup olmadığının incelenmesinde yarar görülmüştür. Analize sokulan ilk grup akut majör depresyon (AMD) tanısı alan 55 hastadan (% 39.3) oluşmuştur. Bu grup önceki bölümde analize ED adıyla sokulan gruba özdeş olmakla birlikte, burada karşılaştırma bağlamına uygunluk bakımından

AMD olarak adlandırılması uygun görülmüştür. İkinci grup akut majör depresyon ve distiminin birlikte görüldüğü 42 hastadan (% 30.0) oluşmuş ve çifte depresyon (ÇD) grubu olarak adlandırılmıştır. Üçüncü grup sadece distimisi (DİS) olan 20 hastadan (% 14.3); dördüncü grup ise sadece kronik majör depresyonu (KMD) olan 20 hastadan (% 14.3) oluşmuştur. Distimi ve kronik majör depresyonun birlikte görüldüğü üç hasta (% 2.1), katılımcı sayısı çok düşük olduğundan bir grup olarak analizlere sokulmamıştır.

4.3.1. Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Gruplardaki katılımcıların cinsiyete göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-IX'de özetlenmiştir. Buna göre cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo IV-IX: Depresyon alt gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	AMD N (%)	KMD N (%)	DİS N (%)	ÇD N (%)	χ^2 (sd=3)	Anlamlılık	Etki boyu
KADIN	48 (87.3)	14 (70.0)	15 (75.0)	34 (81.0)	3.45	p = 0.32	$\Phi_c = 0.16$
ERKEK	7 (12.7)	6 (30.0)	5 (25.0)	8 (19.0)			

Depresyon alt gruplarının yaş değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen varyans analizi sonuçları tablo IV-X'te özetlenmiştir. Grupların varyansları arasında anlamlı fark olması nedeniyle Welch yöntemiyle yapılan varyans analizinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, hesaplanan η^2 değeri etkinin büyük olduğunu göstermiştir. Bulunan farkın kökenini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen post-hoc Bonferroni testinde sadece AMD grubuyla DİS grubu arasında anlamlı düzeye yakın farklılık belirlenmiştir (p=0.08). Bu sonuçlar, kronik depresyonlu (KMD, ÇD, DİS) hastaların yaşlarının epizodik depresyonu olan katılımcılardan daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Tablo IV-X : Depresyon alt gruplarının yaş açısından karşılaştırılması (ANOVA-WELCH)

	AMD X $\pm$ ss	KMD X $\pm$ ss	DİS X $\pm$ ss	ÇD X $\pm$ ss	F _{3,50.90}	Anlamlılık	Etki boyu
YAŞ	33.76 $\pm$ 11.73	41.80 $\pm$ 11.26	42.20 $\pm$ 17.48	39.31 $\pm$ 12.90	3.61	p=0.02	$\eta^2=0.17$

Depresyon alt gruplarının eğitim yılı değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen varyans analizi sonuçları tablo

IV-XI 'te özetlenmiştir. Varyans analizinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, hesaplanan η^2 değeri etkinin orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Bulunan farkın kökenini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen post-hoc Bonferroni testinde sadece AMD grubuyla ÇD grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir ($p=0.02$).

Tablo IV-XI : Depresyon alt gruplarının eğitim yılı açısından karşılaştırılması (ANOVA)

	AMD X $\pm$ ss	KMD X $\pm$ ss	DİS X $\pm$ ss	ÇD X $\pm$ ss	F _{3,131}	Anlamlılık	Etki boyu
EĞİTİM YILI	10.95 $\pm$ 4.05	8.45 $\pm$ 4.00	9.53 $\pm$ 3.78	8.41 $\pm$ 4.46	3.58	p=0.01	$\eta^2=0.7$

4.3.2 Depresyon Skorları Yönünden Depresyon Alt Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Depresyon alt gruplarının HAM-D skoru değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen varyans analizi sonuçları tablo IV-XII 'te özetlenmiştir. Varyans analizinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, hesaplanan η^2 değeri etkinin orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Bulunan farkın kökenini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen post-hoc Bonferroni testinde sadece AMD grubuyla ÇD grubu ($p=0.006$) arasında ve ÇD grubuyla DİS grubu ($p=0.002$) arasında anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir. Bu sonuçlar, en yüksek depresyon puanlarının çifte depresyon grubunda, en düşük puanların da saf distimi grubunda görüldüğünü düşündürmektedir. İlginç olarak distimik grupla depresif gruplar arasındaki farklar anlanmı düzeyde ulaşmamaktadır.

Tablo IV-XII : Depresyon alt gruplarının HAM-D skoru açısından karşılaştırılması (ANOVA)

	AMD X $\pm$ ss	KMD X $\pm$ ss	DİS X $\pm$ ss	ÇD X $\pm$ ss	F _{3,116}	Anlamlılık	Etki boyu
HAM-D	16.70 $\pm$ 4.83	18.41 $\pm$ 6.04	14.67 $\pm$ 4.32	20.38 $\pm$ 5.24	5.96	p=0.001	$\eta^2=0.13$

4.3.3. Semptomatoloji Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Depresyon alt gruplarındaki katılımcıların semptomlara göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare sonuçları Tablo IV-XIII'da özetlenmiştir. . Depresyon alt grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda *iştahsızlık*, *psikomotor ajitasyon/ retardasyon*, *zevk alamama*, *ilgi kaybı*, *uykusuzluk*, *intihar düşüncesi*, *umutsuzluk*, *karamsarlık*, *somatik yakınma* ve *anksiyete* semptomları için orta veya ortaya

yakın boyda farklılık gözlenmiştir. Bu semptomların gruplardaki görülme sıklığı incelendiğinde şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır. Kronik depresyon kategorisi altında toplanan üç gruba göre AMD grubunda *iştahsızlık* daha sık, *somatik yakınma*, *anksiyete* *umutsuzluk* ve *karamsarlık* semptomları ise daha seyrek görülmektedir. Öte yandan ortak paydaları major depresyon olan tanı gruplarına göre distimi grubunda *Psikomotor ajitasyon/retardasyon*, *zevk alamama*, *ilgi kaybı*, *uykusuzluk*, *intihar düşüncesi* daha seyrek görülmektedir.

Tablo IV-XIII: Depresyon alt gruplarının depresif semptomların görülme oranı açısından karşılaştırılması

	AMD n (%)	KMD n (%)	DİS n (%)	ÇD n (%)	χ^2 (sd=3)	Anlamlılık (p)	Etki boyu (Φ_c)
Depresif duygudurum	53 (96.4)	20 (100.0)	20 (100)	42 (100)	3.02	a.d.	0.15
İştah azalması	34 (61.8)	7 (35.0)	5 (25.0)	15 (35.7)	11.8	p=0.01	0.29
İştah artması	8 (14.5)	8 (40.0)	3 (15.0)	8 (19.0)	6.42	a.d.	0.22
Uykusuzluk	41 (74.5)	14 (70.0)	7 (35.0)	28 (66.7)	10.45	p=0.01	0.28
Aşırı uyku	7 (12.7)	4 (20.0)	1 (5.0)	9 (21.4)	3.47	a.d.	0.16
Düşük enerji düzeyi-yorgunluk	51 (92.7)	20 (100.0)	16 (80.0)	41 (97.6)	8.53	p=0.04	0.25
Düşük benlik saygısı	40 (72.7)	18 (90.0)	13 (65.0)	32 (76.2)	3.66	a.d.	0.16
Konsantrasyon / karar güçlüğü	46 (83.6)	18 (90.0)	15 (75.0)	37 (88.1)	2.3	a.d.	0.13
Umutsuzluk	37 (67.3)	17 (85.0)	15 (75.0)	39 (92.9)	9.99	p=0.02	0.27
Karamsarlık	37 (67.3)	18 (90.0)	15 (75.0)	40 (95.2)	13.36	p=0.004	0.31
Çaresizlik duyguları	37 (67.3)	15 (75.0)	14 (70.0)	38 (90.5)	7.51	a.d.	0.23
İlgi kaybı	50 (90.9)	19 (95.0)	12 (60.0)	38 (90.5)	15.08	p=0.002	0.33
Zevk alamama	51 (92.7)	19 (95.0)	13 (65.0)	39 (92.99)	13.98	p=0.003	0.32
Sosyal geri çekilme	44 (80.0)	16 (80.0)	15 (75.0)	32 (76.2)	0.36	a.d.	0.05
Suçluluk duyguları-pişmanlık	32 (58.2)	11 (55.0)	9 (45.0)	26 (61.9)	1.65	a.d.	0.11
Öznel irritabilite - öfke	46 (83.6)	14 (70.0)	14 (70.0)	38 (90.5)	5.98	a.d.	0.21
Somatik yakınma	27 (49.1)	13 (65.0)	13 (65.0)	33 (78.6)	9.0	p=0.03	0.26
Anksiyete	23 (41.8)	14 (70.0)	11 (55.0)	32 (76.2)	12.90	p=0.005	0.31
Ölüm veya intihar düşüncesi	13 (23.6)	8 (40.0)	0 (0.0)	12 (28.6)	9.58	p=0.02	0.26
Psikomotor ajitasyon-retardasyon	36 (65.5)	17 (85.0)	3 (15.0)	30 (71.4)	25.28	p<0.001	0.43

4.3.4. Ektanı Örüntüleri Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Depresyon alt gruplarındaki katılımcıların ektanı almasına göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare sonuçları Tablo IV-XIV’da özetlenmiştir. Buna göre DİS grubunda ektanı alma açısından anlamlı olarak daha fazla olmakla birlikte bu etki orta düzeydedir.

Tablo IV- XIV : Depresyon alt gruplarının ektanı alma açısından karşılaştırılması (Ki-kare)

	AMD N (%)	KMD N (%)	DİS N (%)	ÇD N (%)	χ^2 (sd=3)	Anlamlılık	Etki boyu
--	--------------	--------------	--------------	-------------	--------------------	------------	-----------

EKTANI	17 (30.9))	5 (25.0)	15 (75.0)	20 (47.6)	14.66	p < 0.001	$\Phi_c = 0.33$
--------	------------	----------	-----------	-----------	-------	-----------	-----------------

Depresyon alt gruplarının ektanı açısından gösterdikleri dağılım tabloda özetlenmiştir. Buna göre depresif bozukluğu olan hastalarda en sık görülen ek tanı YAB olup, onu OKB ve somatoform bozukluklar izlemektedir. Ektanı kategorileri açısından sadece YAB için gruplar arasında karşılaştırma yapılmış ve farkın anlamlı düzeye ulaştığı ancak küçük olduğu belirlenmiştir. KMD ve ÇD gruplarındaki YAB görülme oranı AMD'den çok DİS grubu ile benzerlik göstermektedir.

Tablo IV- XV : Depresyon alt gruplarının ektanı açısından karşılaştırılması (ki-kare)^a

	AMD n (%)	KMD n (%)	DİS n (%)	ÇD n (%)	χ^2 (sd=3)	Anlamlılık (p)	Etki boyu (Φ_e)
YAB	5 (9.1)	5 (20.0)	7 (35.0)	12 (28.6)	8.68	p=0.03	0.21
Uyum bozukluğu	1 (1.8)	0 (0.0)	2 (10.0)	0 (0.0)			
Panik bozukluk	1 (1.8)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (2.4)			
PTSD	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.8)			
OKB	4 (7.3)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (4.8)			
Sosyal fobi	2 (3.6)	1 (5.0)	3 (15.0)	1 (2.4)			
Konversiyon bzk ve diğer somatoform bzk	4 (7.3)	0 (0.0)	1 (5.0)	3 (7.1)			

4.3.5. İntihar Davranışları Yönünden Depresyon Alt grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Depresyon alt gruplarındaki katılımcıların intihar davranışına göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-XVI'de özetlenmiştir. Buna göre yaşam boyu, son 1 yıl veya şimdi intihar düşüncesi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, distimi grubunun en düşük intihar düşüncesi oranıyla diğer 3 gruptan farklılaştığı görülmektedir. Yaşamboyu veya son 1 yıl içinde intihar girişimi distimi grubunda en düşük oranda görülürken ÇD grubunda en yüksek oranda görülmüştür. Bu etki küçük boydadır.

Tablo IV-XVI Depresyon alt gruplarının intihar davranışı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

İNTİHAR DAVRANIŞI	Toplam N %	AMD N %	KMD N %	DİS N %	ÇD N %	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu (Φ_e)
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ								
Yaşam boyu	88 (65.7)	37 (68.5)	12 (60.0)	7 (36.8)	32 (78.0)	10.27	p=0.02	0.28
Son 1 yıl	57 (42.5)	24 (44.4)	5 (25.0)	4 (21.1)	24 (58.5)	10.48	p=0.01	0.28
Şimdi	20 (4.9)	7 (13.0)	4 (20.0)	0 (0.0)	9 (22.0)	5.50	a.d.	0.20
Yaşamboyu, son 1 yıl veya şimdi	90 (67.2)	38 (70.4)	13 (65.0)	7 (36.8)	32 (78.0)	10.42	p=0.01	0.28
İNTİHAR GİRİŞİMİ								
Yaşam boyu	49 (36.6)	19 (35.2)	5 (25.0)	3 (15.8)	22 (53.7)	9.90	p=0.02	0.27
Son 1 yıl	18 (13.4)	6 (11.1)	1 (5.0)	0 (0.0)	11 (26.8)	10.75	p=0.01	0.28
Yaşamboyu veya son 1 yıl	50 (37.3)	20 (37.0)	5 (25.0)	3 (15.8)	22 (53.7)	9.75	p=0.02	0.27

4.4. Erken ve Geç Distimi Grupları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Distimik bozukluk tanısı alan 65 hastanın 57'sinin (% 87.6) başlangıç yaşı öğrenilebilmiştir. Buna göre rahatsızlığı yirmi bir yaş ve öncesinde başlayan 26 hastada (% 45.6) erken başlangıçlı distimi (EBD), yirmi bir yaş sonrasında başlayan 31 hastada (% 54.4) geç başlangıçlı distimi (GBD) söz konusudur. Bu iki grubun sosyodemografik ve kinik değişkenler yönünden benzer mi yoksa farklı mı özellikler taşıdığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen analiz sonuçları bu bölümde konu edilmiştir.

4.4.1. Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Tablo (IV-XVIII) de özetlenen erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının yaş değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen t testi sonuçları, GBD grubunun yaş ortalamasının EBD grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Gruplar arasındaki fark büyük boydadır.

Tablo IV-XVIII-: Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının yaş açısından karşılaştırılması

	EBD X $\pm$ ss	GBD X $\pm$ ss	t _{ss}	Anlamlılık	Etki boyu
YAŞ	32.96 $\pm$ 13.35	46.90 $\pm$ 12.45	4.07	p<0.001	d=1.10

Gruplardaki katılımcıların cinsiyete göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-XIX'de özetlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaması, EBD ve GBD gruplarının cinsiyet yönünden farklılaşmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo IV-XIX Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması (Ki-kare)

	EBD N (%)	GBD N (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
KADIN	21 (80.8)	27 (79.4)	0.17	p = 0.89	$\Phi_c = 0.01$
ERKEK	5 (19.2)	7 (20.6)			

Tablo IV-XX ‘de özetlenen bulgular erken ve geç başlangıçlı distimi grupları arasında eğitim yılı açısından fark bulunmadığını göstermektedir.

Tablo IV-XX : Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının eğitim yılı açısından karşılaştırılması

	EBD X±ss	GBD X±ss	t ₅₃	Anlamlılık	Etki boyu
EĞİTİM YILI	9.12 ± 3.94	8.17± 4.4	0.83	p= 0.41	d=0.23

4.4.2. Depresyon Skorları Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının HAM-D skoru değişkenine göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen t testi sonuçları tablo IV- XXI’te özetlenmiştir. Tabloda özetlenen veriler ve analiz sonuçları EBG grubunun skorlarının daha yüksek olması yönünde bir eğilimin varlığına işaret etmektedir. Gruplar arasındaki farkın orta büyüklükte bulunması da bu yorumu desteklemektedir.

Tablo:IV-XXI: Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının Hamilton depresyon skorları açısından karşılaştırılması

	EBD X±ss	GBD X±ss	t ₄₆	Anlamlılık	Etki boyu
HAM-D	20.45±6.12	17.69±5.07	1.71	p=0.09	d=0.51

4.4.3. Semptomatoloji Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Farklılık Var mıdır?

Gruplardaki katılımcıların semptomatoloji yönünden gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV- XXII’de özetlenmiştir. Buna göre *iştah azalması* ve *düşük benlik saygısı* EBD grubunda anlamlı olarak daha fazla görüldüğü ve gruplar arasındaki farkın orta büyüklükte olduğu saptanmıştır.

Tablo IV-XXII Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının semptomların görülme oranı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	EBD n (%)	GBD n (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık (p)	Etki boyu (Φ_e)
Depresif duygudurum	26 (100.0)	31 (100.0)			
İştah azalması	12 (46.2)	5 (16.1)	6.09	p=0.01	0.33
İştah artması	4 (15.4)	5 (16.1)	0.06	a.d.	0.01
Uykusuzluk	13 (50.0)	21 (67.7)	1.85	a.d.	0.18
Aşırı uyku	7 (26.9)	3 (9.7)	2.91	a.d.	0.23
Düşük enerji düzeyi-yorgunluk	23 (88.5)	30 (96.8)	1.50	a.d.	0.16
Düşük benlik saygısı	22 (84.6)	17 (54.8)	5.80	p=0.01	0.32
Konsantrasyon - karar verme güçlüğü	24 (92.3)	24 (77.4)	2.36	a.d.	0.20
Umutsuzluk	23 (88.5)	27 (87.1)	0.02	a.d.	0.02
Karamsarlık	24 (92.3)	26 (83.9)	0.93	a.d.	0.13
Çaresizlik duyguları	24 (92.3)	24 (77.4)	2.36	a.d.	0.20
İlgi kaybı	22 (84.6)	24 (77.4)	0.47	a.d.	0.09
Zevk alamama	22 (84.6)	25 (80.6)	0.15	a.d.	0.05
Sosyal geri çekilme	20 (76.9)	24 (77.4)	0.00	a.d.	0.00
Suçluluk duyguları-pişmanlık	12 (46.2)	16 (51.6)	0.16	a.d.	0.05
Öznel irritabilite - öfke	21 (80.8)	26 (83.9)	0.09	a.d.	0.04
Somatik yakınma	18 (69.2)	23 (74.2)	0.17	a.d.	0.05
Anksiyete	20 (76.9)	20 (64.5)	1.04	a.d.	0.13
Ölüm veya intihar düşüncesi	6 (23.1)	5 (16.1)	0.44	a.d.	0.09
Psikomotor ajitasyon-retardasyon	14 (53.8)	15 (48.4)	0.17	a.d.	0.05

4.4.4. Ektanı Örüntüleri Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında

Farklılık Var mıdır?

Gruplardaki katılımcıların ektanı alma yönünden gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-XXIII'de özetlenmiştir. Buna göre gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo IV-XXIII : Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının ektanı alma açısından karşılaştırılması (Ki-kare)

	EBD N (%)	GBD N (%)	χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
EKTANI	15 (57.7)	19 (61.3)	0.08	p = 0.78	$\Phi_e = 0.04$

Gruplardaki katılımcıların ektanı alma yönünden gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-XXIV'de özetlenmiştir. Buna göre gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo IV-XXIV : Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının etkisi açısından karşılaştırılması (ki-kare)^a

	EBD n (%)	GBD n (%)	χ^2 (sd=3)	Anlamlılık	Etki boyu (Φ_c)
YAB	7 (26.9)	12 (38.7)	8.88	p = 0.35	0.12
Uyum bozukluğu	2 (7.7)	0 (0.0)			
Panik bozukluk	1 (3.8)	1 (3.2)			
PTSD	2 (7.7)	0 (0.0)			
OKB	0 (0.0)	1 (3.2)			
Sosyal fobi	4 (15.4)	1 (3.2)			
Somatoform bozukluklar	1 (3.8)	3 (9.7)			

4.4.5. İntihar Davranışları Yönünden Erken ve Geç Distimi Grupları Arasında Farklılık Var mıdır?

Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının intihar davranışına göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV- XXIV de özetlenmiştir. Buna göre yaşam boyu, son 1 yıl veya şimdi intihar düşüncesinin görülme sıklığı EBD grubunda anlamlı olarak daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark küçük boydadır. Yaşamboyu veya son 1 yıl içinde intihar girişimi EBD grubunda daha sık gözlenirken bu etki orta büyüklüktedir. Diğer bir deyişle, EBD grubunda intihar düşüncesinin ortaya çıkma olasılığı yaklaşık 3 kat sık gözlenmekte olup, bu risk artışı anlamlıdır (OR için %95 Güven Aralığı= 1.01- 10.23). İntihar girişimi açısından EDB grubu için risk artışı yaklaşık 5 kat olup bu da anlamlı düzeydedir (OR için %95 Güven Aralığı= 1.50 -15.45).

Tablo IV-XXIV Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının intihar davranışı açısından karşılaştırılması

İNTİHAR DAVRANIŞI	Toplam		EBD		GBD		χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu (Φ_c)	Odds Ratio (OR)
	N	%	N	%	N	%				
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ										
Yaşam boyu	33	(60.0)	18	(75.0)	15	(48.4)	3.99	p=0.04	0.27	
Son 1 yıl	24	(43.6)	15	(62.5)	9	(29.0)	6.16	p=0.01	0.33	
Şimdi	8	(14.5)	4	(16.7)	4	(12.9)	0.15	a.d.	0.05	
Yaşamboyu, son 1 yıl veya şimdi	33	(60.0)	18	(75.0)	15	(48.4)	3.99	p=0.04	0.27	3.20
İNTİHAR GİRİŞİMİ										
Yaşam boyu	21	(38.2)	14	(58.3)	7	(22.6)	7.33	p=0.01	0.36	
Son 1 yıl	10	(18.2)	6	(25.0)	4	(12.9)	1.33	a.d.	0.16	
Yaşamboyu veya son 1 yıl	21	(38.2)	14	(58.3)	7	(22.6)	7.33	p=0.01	0.36	4.8

5. TARTIŞMA

5.1. Depresif Hastaların Duygudurum Tanılarına Göre Dağılımı

Çalışmamıza alınan ve depresif bozukluk tanısı alan hastaların dağılımına bakıldığında 97 (% 69.3) hastanın major depresyon, 65 (% 46.4) hastanın distimik bozukluk ve 23 (% 16.4) hastanın kronik major depresyon tanıları aldığı belirlenmiştir. Distimik bozukluğu olan hastaların 42'sinde (% 64.6) eşlik eden major depresif epizod bulunmaktadır. Akut major depresyon tanısı alan hastaların 42'sinde (% 43.3) distimik bozukluk saptanmıştır. Üç hastanın (% 2.1) distimik bozukluk sonrası kronik major depresyon geliştirdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada akut ve kronik major depresyonda olan hastalar arasında distimi görülme sıklığı $45/120 = \% 37.5$ olarak hesaplanmıştır. Bu oran Çin'de kadın depresif hastalar arasında yapılan bir çalışmada %18 olarak (37), Avustralya'da normal popülasyonda yapılan çalışmada % 17 olarak (38) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Uzakdoğu çalışmalarının yaklaşık iki katı oranında yüksek distimi oranı elde edilmesinin nedenlerinden biri kültürel farklılıklar olabilir. Ülkemizde dertleşmek ve yakınmak ilişki kurmanın ve yakınlaşmanın yollarından biridir. Oysa batılı ülkelerde yakınmak çok samimi olmadıkça insanların kolay kolay göstermedikleri bir davranış türüdür. Yakınmaya eğilimli bir kültürel ortamda hayattan hoşnutsuzluk ve keyif almamayla giden bir bozukluğun daha sık görülmesi anlaşılır bir şeydir.

Eğer DSM-5 önerileri doğrultusunda distimi ve/veya kronik majör depresyonu olan hastaların hepsini kronik depresyon genel başlığı altında toparlanacak olursa, çalışmaya katılan hastaların % 61'inin kronik depresyonu olduğu, % 39'unun da epizodik depresyonu olduğunu söylenebilir. Diğer bir deyişle, kliniğimizde depresif semptomatoloji nedeniyle tedavi gören hastaların % 69.3'ü majör depresyon tanı ölçütlerini karşılarsa da, her üç hastadan ikisinin aslında kronik seyirli bir hastalığı vardır. Demiraslan ve arkadaşlarının (14) çalışmasında depresif hastaların %56 'ında kronik depresyonun (kronik major depresyon, distimi, double depresyon) söz konusu olduğu belirlenmiştir. ABD'de klinik örnekleme yapılan çalışmada katılımcıların %46'sının akut major depresyon olduğu, %28'inin kronik major depresyon olduğu, %26 'ının distimik bozukluk olduğu belirtilmiştir (39). Bütün çalışmalar göz önüne alındığında kliniğe depresif yakınmalarla başvuran hastaların en az yarısının kronik bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan distimik hastalar arasında erken başlangıçlıların oranı (%44) ile geç başlangıçlıların oranı (%56) birbirine yakın bulunmuştur. İlgili yazında çok farklı oranlar yer almaktadır. Erken/geç başlangıçlı distimi oranı Amerikan (18) örnekleminde 73/27 olarak hesaplanmasına karşılık, bir İtalyan örnekleminde 33/77 olarak (40), Eker ve arkadaşlarının(41) ülkemizdeki çalışmasında 13/87 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada gözlenen birbirine yakın erken-geç başlangıçlı distimi oranları çeşitli çalışmalarda yer alan uç oranların ortasında yer almaktadır.

5.2. Depresif Hastalarda Eştanı Sıklığı

Çalışmamıza katılan depresif hastaların %41'nin en az bir ektanı aldığı ve DİS grubundaki ektanı oranının (%75) diğer bütün gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur. Dikkat çekici biçimde en düşük ektanı oranı (%25) KMD grubunda gözlenmiştir. AMD ve ÇD grupları sırasıyla %30 ve %47 ektanı oranıyla iki grubun arasında yer almaktadır. Hesaplanan Cramer Φ değeri gruplar arasındaki farkın orta büyüklükte olduğunu göstermiştir. Bu bulgularımız kronik major depresyonu olan hastaların ektanı örüntüsü açısından distimik hastalardan çok akut major depresyonu olan hastalara benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir. EBD ve GBD grupları arasında ise ektanı alma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Öysa önceki araştırmaların çoğunda EBD hastalarında daha yüksek oranda psikiyatrik ek tanı gözlemlendiği bildirilmiştir (6, 15, 19,40, 42,43). Bunun açıklaması, bu çalışmanın distimik hastaları arasında genel olarak yüksek oranda ektanı görülmesinde yatıyor olabilir.

Tek tek ektanı kategorileri değerlendirildiğinde en sık görülen ek tanı YAB olup, onu OKB ve Somatoform bozukluklar izlemektedir. YAB en sık distimik hastalar (%35) arasında en seyrek olarak da akut major depresif hastalarda (%9) görülmektedir. KMD ve ÇD gruplarındaki YAB görülme oranı AMD'den çok DİS grubu ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgu DSM-5'te bu üç grubun tek bir tanı kategorisinde birleştirme önerisini destekler niteliktedir. Klein ve arkadaşlarının çalışmasında (18) EBD grubunda madde bağımlılığı ve kişilik bozukluğu daha sık görülürken, anksiyete ve yeme bozuklukları açısından fark bulunmamıştır.

Yapılan literatür taramasında depresif hastalardaki eksen 1 eştanı sıklığının kronik depresiflerde daha sık olduğu, anksiyete bozukluğunun daha yaygın olduğu bulunmuştur (38,44-46). Anksiyete bozukluklarından yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif

bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun daha sık gözlemlendiğini belirten çalışmalar olduğu gözlenmiştir (38,44). Gilmer ve arkadaşlarının (47) çalışmasında kronik depresyonda yaygın anksiyete bozukluğunun kronik olmayan depresyona göre daha sık gözlemlendiğini, diğer ektanılar arasında fark olmadığını belirtmişler. İlgili yazın değerlendirildiğinde tüm çalışmaların ortak bulgusu yaygın anksiyete bozukluğunun kronik depresiflerde daha sık olduğu yönünde olmuştur. Diğer ektanılar açısından farklı veriler mevcuttur.

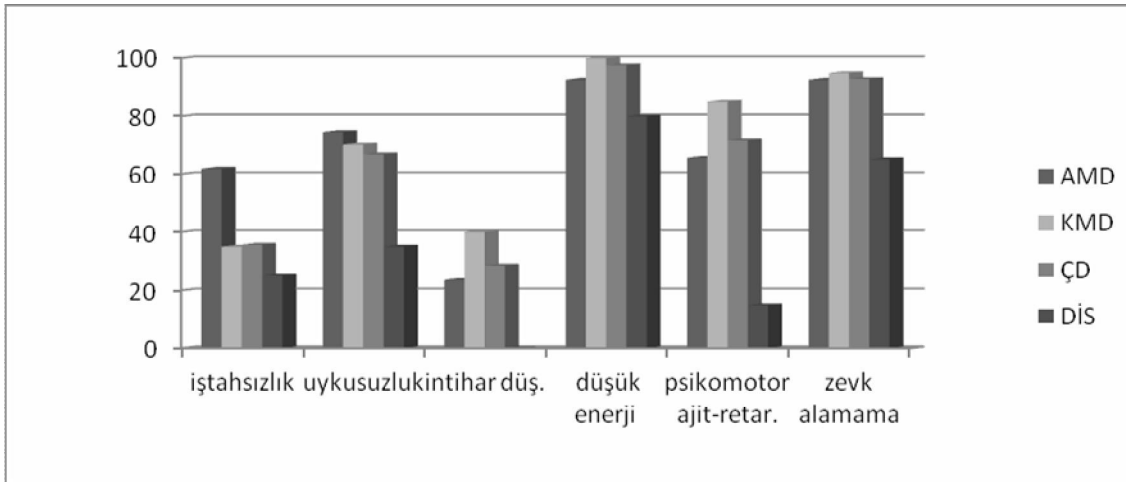
5.3. Depresif Hastalarda Semptomatoloji

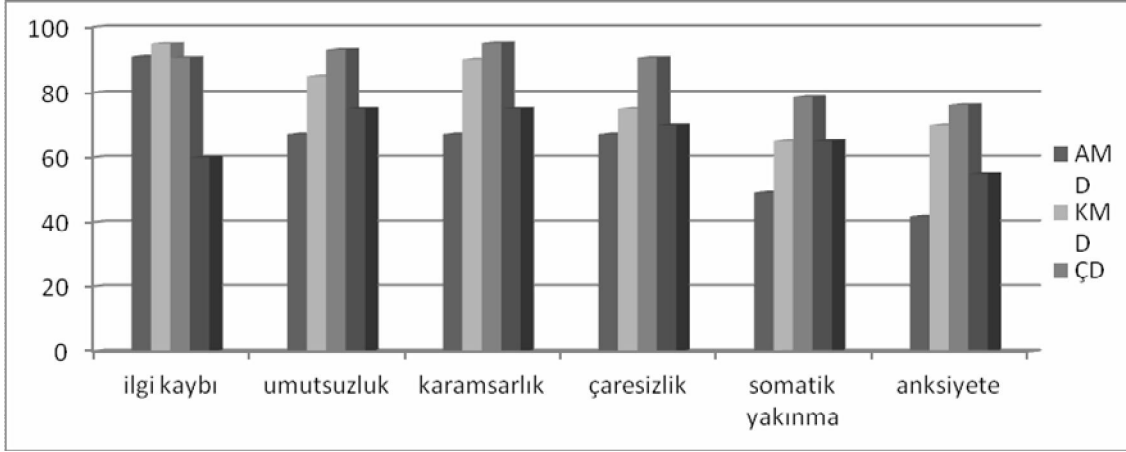
ED ve KD gruplarının semptomların görülme sıklığı açısından yapılan karşılaştırılmasında epizodik depresyon grubunda *iştah azalması* (orta etki boyuna yakın) daha sık görülmekteyken; kronik depresyonda *karamsarlık* ve *anksiyete* (orta etki boyuna yakın), *umutsuzluk*, *çaresizlik*, ve *somatik yakınma* (küçük etki boyunda) daha sık gözlenmektedir. Depresyon alt grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda büyük boyda farklılık hiçbir semptom için gözlenmemiş olup, şu semptomlar için orta veya ortaya yakın boyda farklılık gözlenmiştir: *iştahsızlık*, *psikomotor ajitasyon/ retardasyon*, *zevk alamama*, *ilgi kaybı*, *uykusuzluk*, *intihar düşüncesi*, *umutsuzluk*, *karamsarlık*, *somatik yakınma* ve *anksiyete*. Bu semptomların gruplardaki görülme sıklığı incelendiğinde şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır. Kronik depresyon kategorisi altında toplanan üç gruba göre AMD grubunda *iştahsızlık* daha sık, *somatik yakınma*, *anksiyete* *umutsuzluk* ve *karamsarlık* semptomları ise daha seyrek görülmektedir. Öte yandan ortak paydaları major depresyon olan tanı gruplarına göre distimi grubunda *psikomotor ajitasyon/ retardasyon*, *zevk alamama*, *ilgi kaybı*, *uykusuzluk*, *intihar düşüncesi* daha seyrek görülmektedir. Bu bulgular önceki çalışmaların bazılarının sonuçlarıyla benzerlik göstermekte (5,7, 11, 48); bazılarının sonuçlarıyla da göstermemektedir. Söz gelimi distimi ve major depresyon hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada (49) grupların semptom profili açısından birbirine benzer olduğu, sadece kilo kaybının major depresyonda; ölme isteğinin ise distimide daha fazla olduğunu bulunmuştur. Bu çalışmada bildirilen iştahsızlık ve kilo kaybının AMD’de daha sık görülmesiyle ilgili bulgular bizim çalışmamızda tekrarlanırken, ölme isteğinin saf distimiklerde daha fazla olmasıyla ilgili bulgular tekrarlanmamıştır. Özmen ve arkadaşlarının (13) çalışmasında DSM-4’e göre şimdiki major depresif epizod (ŞMDE) tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan distimik bozukluklu hastalar karşılaştırıldığında iki grup arasında *aşağılık duygusu* (ŞMDE karşılamayanda fazla) ve *aşırı uyuma* (ŞMDE karşılayanda fazla) dışında araştırılan hiç bir

belirtinin görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda *aşırı uyuma* açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır; *aşağılık duygusu* özel olarak sorgulanmamışsa da buna yakın bir semptom olan *düşük benlik saygısı* sorgulanmış ve gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Dolayısıyla Özmen ve arkadaşlarının bulgularının bizim çalışmamızda tekrarlanamadığı söylenebilir. Yine Gilmer ve arkadaşlarının (47) kronik major depresyon ve akut major depresyonu karşılaştırdıkları çalışmalarında depresif semptomlar arasında fark olmadığını sadece kronik depresiflerin daha fazla somatik yakınma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir

Önceki çalışmaların bu çalışmada tekrarlanan bulgularına bakarak, iştah ve uyku bozuklukları gibi vegetatif semptomların epizodik depresyonda daha fazla görüldüğü; umutsuzluk, karamsarlık gibi kognitif semptomların ve somatik yakınmaların ise kronik depresyonda daha sık görüldüğü söylenebilir.

Şekil 5-1: Depresif bozukluklarda semptomların görülme sıklığının karşılaştırılması





Daha önce erken ve geç başlangıçlı distiminin karşılaştırıldığı iki çalışmada semptomatoloji açısından fark bulunmamıştır (18,40). Bizim çalışmamızda ise *iştah azalması* ve *düşük benlik saygısının* EBD grubunda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Tek bir çalışmadan elde edilen bu bulgulara ihtiyatla yaklaşılması, erken ve geç başlangıçlı distimi arasında semptomatolojik açıdan fark olup olmadığı konusunda ileriki çalışmaların sonuçlarını beklenmesi uygun olabilir.

5.4. Depresif Hastalarda Sosyodemografik Değişkenler

Araştırmamıza 27 (%19.3) erkek, 113 (%80.7) kadın olmak üzere toplam 140 kişi katılmıştır. Depresif bozukluk alt gruplarında yine kadın katılımcı daha fazla olmakla birlikte cinsiyet hastaların depresif bozukluk gruplarına dağılımında etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda depresif bozuklukların kadınlarda daha yaygın görüldüğü (50-53) bildiren çalışmalar olmakla birlikte kadın-erkek arasında fark olmadığını söyleyen çalışmalar da (13,31, 48,54) mevcuttur. Demirarslan ve arkadaşları (14) kronik depresif olgularda kadın/erkek oranı birbirine yakinken, majör depresif olgularda kadınların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Hölzel ve arkadaşlarının(46) gözden geçirme çalışmasında ise kadın cinsiyetin kronik depresyonun gelişimine etkisi konusunda tutarsız sonuçlar olduğunu söylemişlerdir. Bizim çalışmamızda *cinsiyet* faktörünün kronikleşmeyi öngörmediği, tanı dağılımına etkisi olmadığı yönünde olmuştur.

Distimi alt gruplarında ise erken başlangıçlı distimiklerin daha çok kadın olduğunu söyleyen çalışmalar (40,18) olmakla birlikte bizim çalışmamıza benzer şekilde fark olmadığını söyleyen çalışmalarda (41) mevcuttur. Bu bulgulardaki tutarsızlık kültürel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan depresif hastaların yaş değişkenine göre bakıldığında ED grubunun (33.76 ± 11.73) KD grubundan (40.60 ± 13.49) daha genç olduğu bulunmuştur. Depresyon alt gruplarında ise AMD grubunun diğer kronik depresif gruplara (DİS, KMD, ÇD) göre daha genç olduğu; AMD grubunun DİS grubu arasındaki farkın anlamlı düzeye ulaştığı görülmüştür. Distimi alt gruplarında ise GBD grubunun yaş ortalamasının EBD grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan yurtdışı çalışmalarında ileri yaş faktörünün kronikleşmeyle ilgili olduğunu söyleyen çalışmalar (38, 45, 47, 54) ve fark olmadığını söyleyen çalışmalar (20) olmakla birlikte tutarsız olduğunu söyleyen gözden geçirme çalışması da mevcuttur (47). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kronik depresyonu olan hastaların epizodik depresyonu olan hastalara göre daha yaşlı kişiler olduğu bildirilmiştir (14,55). Bizim çalışmamızın bulguları *ileri yaşın* kronik depresyon lehine olduğu yönünde olmuştur. Bunun nedeni başlangıçta epizodik depresyonu olan hastaların bir bölümünün tanılarının kronik depresyona değişmesi olabilir.

Distimi alt gruplarında ise erken başlangıçlı distimiklerin bizim çalışmamıza benzer şekilde daha genç olduğunu söyleyen çalışmalar (18,40, 41) mevcuttur.

Bizim çalışmamızda tüm katılımcıların ortalama eğitim süresi 10 yıl olarak hesaplanmıştır. ED grubunda ortalama 11 yıl, KD grubunda ortalama 9 yıl olarak bulunan eğitim süreleri arasındaki farkın anlamlı düzeyde ve orta boyda ($d=0.55$) olduğu belirlenmiştir. Dört depresyon alt grubu arasında yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında fark anlamlı ve orta boyda ($\eta^2=0.7$) bulunmuş; ancak ikili karşılaştırmalarda sadece AMD ve ÇD grupları arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmıştır. Distimi alt gruplarının eğitim yılı açısından farklılaşmadığı saptanmıştır. Yapılan literatür taramasında düşük eğitim seviyesi ile kronik depresyon arasında bağlantı olduğunu düşündüren çalışmaların (45,47) yanı sıra böyle bir bağlantının olmadığını söyleyen çalışmalarda bulunmaktadır (20). Dolayısıyla yakınlarda yayınlanan bir gözden geçirme çalışmasında (47) belirtildiği gibi bu konudaki bulgular tutarsızlık göstermektedir. Bizim çalışmamızın bulguları *düşük eğitim seviyesinin* kronik depresyonu öngörebileceği yönündeki önceki bulguları destekler niteliktedir.

Yapılan literatür taramasında distimi alt gruplarında ise eğitim yılı açısından fark olmadığını söyleyen çalışmalara (18,40) ulaşılmıştır. Bu veriler bizim çalışmamızda tekrarlanmıştır.

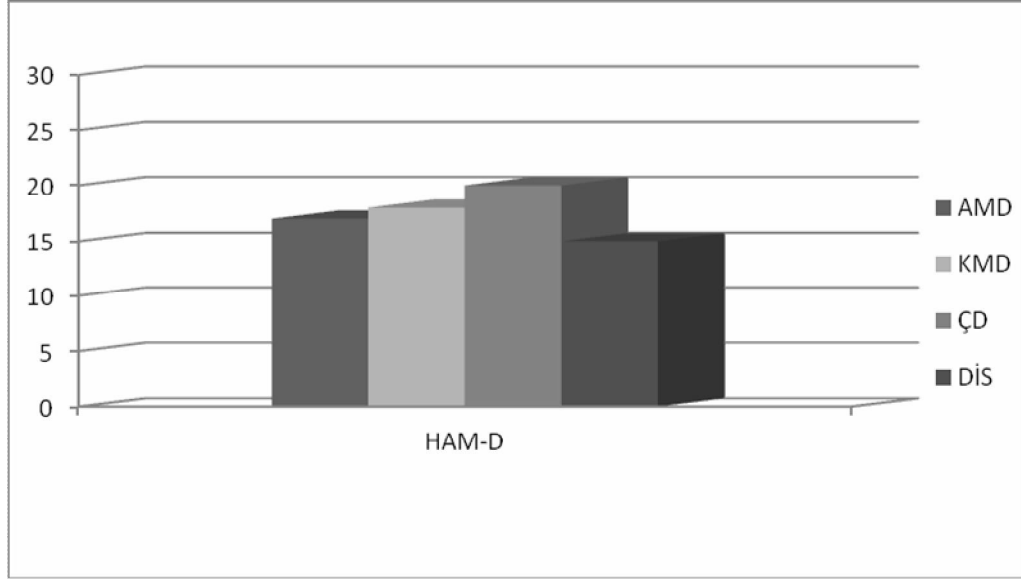
5.5 Depresif Hastalarda Depresyon Skorları

Bizim çalışmamızda KD grubunun ED grubuna göre HAM-D skorlarının daha yüksek olduğu (etki boyu küçük) bulunmuştur. Dört depresyon alt grubu HAM-D skorları açısından karşılaştırıldığında ÇD grubunun skorlarının AMD ve DİS grubundan anlamlı ölçüde yüksek olduğu gözlenmiştir (Şekil 5-2). En yüksek skorların ÇD grubunda endüşük skorların ise distimi grubunda görülmesinden de anlaşılacağı gibi kronik depresyon tanı grubu semptom şiddeti açısından homojen bir grup oluşturmamaktadır. Bu da beklenir bir durumdur. Bu çalışmanın verileri kronik depresyonun distimik döneminde 15 civarında olan HAM-D skorlarının alevlanme dönemlerinde (çifte depresyon) 20 dolaylarına çıkabildiğini, diğer bir deyişle skorlarda bir standart sapmalık yükselme olduğu düşündürmektedir.

Yapılan önceki çalışmaların bir bölümünde kronik ve akut depresyon grupları arasında semptom şiddeti açısında fark bulunmadığı bildirilmiştir (47,54,56). Buna karşılık Yang ve Dunnner (39) distimik hastalarının HAM_D skorunun (17.5 ± 3.3) akut (22.3 ± 2.8) ve kronik (21.9 ± 2.5) major depresyona göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan Aydemir ve arkadaşlarının (55) çalışmasında da HAM-D skorunun distimi grubunda (11.1 ± 2.4) major depresyon grubuna (21.0 ± 3.6) göre daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise yine distimi grubunun HAM-D skorunun daha düşük bulunmakla birlikte anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

İlginç olarak bu çalışmalarda distimik hasta gruplarının hamilton skorlarının bir çalışmadan diğerine büyük oynamalar göstermektedir. Aydemir ve arkadaşlarının (55) çalışmasında en düşük ortalama (11.1 ± 2.4) skoru gözlenirken dunner (39) çalışmada da en yüksek ortalama (17.5 ± 3.3) gözlenmiştir. Bu farklılıkların kökeninde HAM-D skalasında bulunan ve somatik yakınmaları sorgulayan maddeler yatıyor olabilir. Şöyleki bu somatik yakınmalar depresyon şiddetiyle ilgili olmasa bile distimik hastalarda yaygın olarak bulunmakta ve distimik hastaların HAM-D skorunu ciddi biçimde yükseltebilmektedir. Bizim çalışmamızda HAM-D skoru 24 olan distimik hastalar bulunmaktadır.

Şekil 5-2: Depresif bozuklukların depresyon skorlarının karşılaştırılması



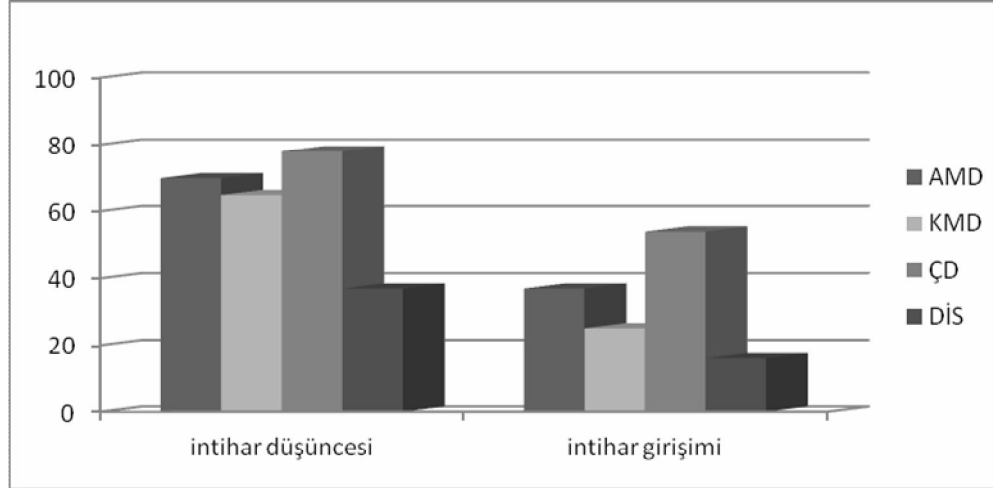
Distimi alt gruplarında ise EBD grubunun HAM-D skoru GBD grubundan daha yüksektir. HAM-D skorlarını farklı bulmayan çalışmalar (40) olduğu gibi bizim çalışmamıza benzer şekilde yüksek bulan çalışmalar (41) da mevcuttur.

Bu çalışmanın bulguları kronik depresyonda semptom şiddetinin hastalık süresi boyunca değişiklik gösterebileceğini, alevlenme dönemlerinde (çifte depresyon) semptomların oldukça şiddetli olabileceğini ve genel olarak epizodik depresyondan da ağır bir klinik tablonun ortaya çıkabileceğini, ancak ara dönemlerde (saf distimi) semptom şiddetinin en düşük düzeye inebileceğini düşündürmektedir. Ancak araştırmamızın kesitsel nitelikte olması, kronik depresyon sürecine ilişkin yorumlamalara ihtiyatla yaklaşılmasını gerektirmektedir. Klein ve arkadaşlarının (8) yaptığı izlem çalışmasında, başlangıçta saf distimik olan hastaların HAM –D puanlarının (ortalama 17) çifte depresyon grubundan (ortalama 32) ve akut major depresyon grubundan (ortalama 30) daha düşük olduğu ancak 10 yıllık izlemde sadece distimik bozukluğu olan ve çifte depresyonu olan hastaların ortalama puanlarının 15-20 arasında stabilize olduğu söylenebilir. Kronik olmayan major depresyonu olan hastaların ortalama puanlarının 10 civarında dolaştığı gözlenmiştir. Akut ve çifte depresyonlu gruplarda ilk 30 ayda belirgin bir düşüş olması, sonraki aylarda çok belirgin değişiklikler olmaması nedeniyle HAM-D skorlarının değişimin doğrusal olmaktan çok eğrisel (quadratic) regresyonla uyumlu olduğu bulunmuştur.

5.6 Depresif Hastalarda İntihar Düşünce ve Davranışı

Bu çalışmaya katılan depresif hastalarda %66'nda yaşam boyu intihar düşüncesinin olduğu ve %37'nin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. ED ve KD grupları arasında intihar davranışları açısından fark bulunmamıştır. Depresyon alt grupları arasında intihar düşüncesi açısından yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunmuş olup asıl olarak distimi grubunun diğer üç gruptan farklılaştığı gözlenmiştir. Yaşamın herhangi bir döneminde intiharı düşünmüş olan hastaların oranı distimi grubunda yaklaşık 1/3 iken diğer gruplarda 2/3 dolaylarındadır. Bu sonuçlara bakarak saf distimisi olan hastalarda intihar düşüncesinin ortaya çıkma sıklığının major depresyon tablosundaki hastalara göre yarı yarıya az olduğu söylenebilir. İntihar girişimi açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş olup en düşük intihar girişimi oranı distimi grubunda (%16) en yüksek oranın ise çifte depresyon grubunda (%54) görüldüğü belirlenmiştir. Topluca değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastalar arasında en düşük intihar riskinin saf distimide olduğunu en yüksek intihar riskinin çifte depresyon grubunda olduğunu düşündürmektedir. Bu da ilk bakışta distimi ve çifte depresyon gruplarının kronik depresyon çatısı altında toplanmasını desteklemiyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte kronik depresyonun sakin dönemlerinde (distimi) intihar riskinin azalması, alevli dönemlerde artması (çifte depresyon) olasılığı göz ardı edilmemelidir. Araştırmanın kesitsel niteliği bu konuda daha ileri yargılara varılmasını engellemektedir. Boyutsal nitelikteki çalışmaların bu konuya açıklık kazandıracağı söylenebilir. İlgili alanyazına bakıldığında distimi ve major depresyon arasında intihar girişimi açısından fark bulmayan çalışmaların ağırlıkta olduğu görülmektedir (14, 49, 57). Ancak intihar düşüncesi ve girişiminin distimi ve kronik depresyonda daha sık bulan çalışmalar (58, 59) veya rekürren major depresyonda daha sık olduğunu söyleyen çalışmalar (60) mevcuttur. Bilgilerimize göre intihar riskinin akut ve kronik depresyon arasındaki farklılığını ve süreç içindeki değişimini inceleyen prospektif bir çalışma verisi bulunmamaktadır. İleride yapılacak bu nitelikteki boylamsal çalışmaların bu konuya değerli veriler sağlayacağı söylenebilir.

Şekil 5-3: Depresif bozuklukların intihar davranışlarının karşılaştırılması



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresif yakınmalarla ayaktan veya yatarak tedavi gören 140 hasta üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada, her üç hastadan ikisinin (% 69.3) akut majör depresyon tanısı aldığı, ancak bu tanıyı alanların yaklaşık yarısında (% 43.3) altta yatan distiminin söz konusu olduğu bulunmuştur. Çifte depresyon, hafif şiddette, kronik gidişli bir depresif bozukluğun alevlenme dönemi olarak görülürse, distimik hastalarımızın yaklaşık üçte ikisinin (% 64.6) alevlenme döneminde psikiyatriye başvurmuş oldukları söylenebilir. DSM-5 önerileri doğrultusunda distimi ve/veya kronik majör depresyonu olan hastaların hepsinin kronik depresif bozukluk genel başlığı altında toparlanması durumunda, çalışmaya katılan hastalar arasında kronik/epizodik depresyon oranı 3/2 olmaktadır.

Tablo VI-I :DSM-5 önerisi doğrultusunda Kronik Depresyonu destekleyenler/desteklemeyenler

	Destekleyenler	Desteklemeyenler
Sosyodemografik Veriler	+	
HAM-D		+
Semptomatoloji	+/-	
Komorbidite	+/-	
İntihar düşünce ve girişimi		+

Bu çalışmada yanıt aranan temel soru, depresif bozuklukların DSM-5 önerileri doğrultusunda epizodik ve kronik olarak iki ana grupta toplanmasının uygun olup olmadığıdır. Çalışmanın bu öneriyi destekleyen ve desteklemeyen verileri tablo VI-I'de özetlenmiştir. Tablo incelendiğinde görüldüğü gibi intihar düşünce-girişimine ilişkin verilerimiz distimi ve çifte depresyonun kronik major depresyonla aynı tanı grubu altında toplanması yönündeki öneriyi desteklemiyor gibi görünmektedir. Ancak araştırmanın kesitsel niteliği göz önüne alındığında intihar riskine ilişkin verilere dayanarak aşırı yorumlara varmaktan kaçınmanın uygun olacağı söylenebilir. Çünkü distimideki düşük intihar riskine karşı çifte depresyonda yüksek intihar riski, kronik depresyonun farklı aşamalarında azalıp çoğalan intihar riskinin yansıması olabilir. Dolayısıyla ileride yapılacak boylamsal çalışmaların bu konuda daha sağlıklı veriler sağlayacağı düşünülmektedir. Benzer biçimde, ortak paydaları major depresyon olan tanı gruplarına göre distimi grubunda *psikomotor ajitasyon/ retardasyon, zevk alamama, ilgi kaybı, uykusuzluk, intihar düşüncesi* daha seyrek görülmektedir. Ayrıca, Dört depresyon alt grubu HAM-D skorları açısından karşılaştırıldığında en düşük skorların ise distimi grubunda gözlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak distimik hastaların kesitsel olarak bakıldığında major depresyonu olan hastalardan farklı bir küme oluşturdıkları söylenebilir.

Öte yandan depresif hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri, semptom örüntüsü ve ektanıları kronik depresyonun genel bir kategori olarak kullanılmasını desteklemektedir. Sosyodemografik özelliklerden yaş ve eğitim yılı epizodik ve kronik depresyon grupları arasında farklılık göstermektedir. Kronik depresyon grubunun ortalama olarak 7 yıl daha yaşlı ($d=0.54$) olup yaklaşık 2 yıl daha az eğitim ($d=0.55$) görmüştür. Semptom örüntüsü açısından bakıldığında, kronik depresyonda *somatik yakınma, anksiyete, umutsuzluk* ve *karamsarlık* daha sık; *iştahsızlık* ise daha nadir görülmüştür. Bununla uyumlu biçimde yaygın anksiyete bozukluğu ektanısı kronik depresyon genel başlığı altında toplanan hasta grupları arasında daha sık konulmuştur. Bu çalışmanın verileri kronik depresyonun distimik döneminde 15 civarında olan HAM-D skorlarının alevlanme dönemlerinde (çifte depresyon) 20 dolaylarına çıkabileceğini, diğer bir deyişle skorlarda bir standart sapmalık yükselme olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları bir yandan distimik hastaların major depresyonu olan hastalardan farklı bir küme oluşturduğu yargısını desteklerken, bir yandanda kronik depresyonu olan hastaların epizodik depresyonu olan hastalardan farklı bir küme

oluşturduğu yargısını desteklemektedir. İlk bakışta çelişkili gibi görünse de her iki yargıda da doğruluk payı olduğu söylenebilir. Çünkü ilk yargı kesitsel bir yaklaşımla uyumlu görünürken ikinci yargı boylamsal bakış açısıyla uyumlu görünmektedir. Yani belli bir anda hastayla karşılaşan klinisyen için hastanın o anda major depresyonda olup olmadığının değerlendirilmesi önem taşırken; bir hastayı uzun süreli izleyen bir klinisyen için hastanın depresyonunun kronik mi epizodik mi olduğu konusu önem kazanmaktadır. Dolayısıyla tedavi yaklaşımı açısından her iki bakış açısı gerekli ve birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Öyle görünüyor ki şimdiye dek depresif bozuklukların sınıflandırılmasında tanı sistemlerinde söz konusu olan kesitsel bakış açısının tek yanlı egemenliği DSM-5 birlikte dengelenecek ve boylamsal bakış açısı da hesaba katılacaktır. Böylelikle tıpkı bipolar bozuklukta olduğu gibi (unipolar) depresif bozukluklarda da hastalık sürecine yönelik tanılarla hastalığı şimdiki durumuna yönelik kesitsel tanımlar birbirini tamamlayıcı biçimde kullanılmaya başlanacaktır. Gelecekte yapılacak boylamsal kronik ve epizodik depresyonun gidiş, prognoz ve tedaviye ilişkin bilgilerimizi artıracaktır.

7. ÖZETLER

7.1. Türkçe Özet

Amaç: Distimik bozukluk hafif seyirli kronik bir depresif duyudurumun varlığı ile karakterizedir. DSM-5 sınıflandırma sisteminde kronik major depresyon ile birlikte kronik depresif bozukluk olarak tanımlanacaktır. Bu çalışmada amacımız epizodik ve kronik gidişli depresif bozuklukların sosyodemografik, klinik özellikler ve komorbidite açısından aralarında fark olup olmadığını ve kronik seyre yol açan etkenlerin neler olduğunu belirlemek ve DSM-

5 önerileri doğrultusunda epizodik ve kronik olarak iki ana grupta toplanmasının uygun olup olmadığını araştırmıştır.

Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında ayakta ve yatarak tedavi gören 140 hastadan oluşan örneklemimize aşağıdaki ölçek ve görüşme formları yoluyla veri toplandı: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Hamilton Depresyon Skalası, Eskin İntihar Davranışları İndeksi.

Bulgular: Çalışmamızda değerlendirilen depresif bozukluk tanısı alan tüm hastaların dağılımlarına bakıldığında % 70 hastanın major depresyon, % 46 hastanın distimik bozukluk ve % 16 hastanın kronik major depresyon tanıları aldığı belirlenmiştir. Distimik bozukluğu olan hastaların % 65'ne eşlik eden major depresif epizod bulunmaktadır. Major depresyon tanısı alan hastaların % 43'ünde distimik bozukluk saptanmıştır. Saf majör depresif bozukluğu olan % 39 hasta epizodik depresyon (ED) grubunda çifte depresyonu, distimisi ve/veya kronik majör depresyonu olan % 61 hasta kronik depresyon (KD) grubunda yer almıştır. Her iki grup karşılaştırıldığında ileri yaşın, düşük eğitimin, yüksek depresyon skorunun, anksiyete bozukluğu etanısının KD grubuyla ilişkili olduğu bulunmuş. Bunun aksine cinsiyet ve intihar riski açısından gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Semptomatoloji açısından KD grubunda *iştah azalması* daha seyrek görülmekteyken; KD grubunda *karamsarlık, anksiyete, umutsuzluk, çaresizlik, somatik yakınma* daha sık gözlenmektedir. Öte yandan ortak paydaları major depresyon olan tanı gruplarına göre distimi grubunda *Psikomotor ajitasyon/ retardasyon, zevk alamama, ilgi kaybı, uykusuzluk, intihar düşüncesi* daha seyrek görülmektedir.

Sonuç: Çalışmaya katılan hastaların % 61'inin kronik depresyonu olduğu, % 39'unun da epizodik depresyonu olduğu, kliniğimize depresif semptomatoloji nedeniyle tedavi gören her üç hastadan ikisinin aslında kronik seyirli bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları bir yandan distimik hastaların major depresyonu olan hastalardan farklı bir küme oluşturduğu yargısını desteklerken, bir yandanda kronik depresyonu olan hastaların epizodik depresyonu olan hastalardan farklı bir küme oluşturduğu yargısını desteklemektedir. İlk yargı kesitsel bir yaklaşımla uyumlu görünürken ikinci yargı boylamsal bakış açısıyla uyumlu görünmektedir. Yani belli bir anda hastayla karşılaşan klinisyen için hastanın o anda major depresyonda olup olmadığının değerlendirilmesi önem taşırken; bir hastayı uzun süreli izleyen bir klinisyen için hastanın depresyonunun kronik mi epizodik mi olduğu konusu önem kazanmaktadır. Dolayısıyla tedavi yaklaşımı açısından her iki bakış açısı

gerekli ve birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Şimdiye dek depresif bozuklukların sınıflandırılmasında tanı sistemlerinde söz konusu olan kesitsel bakış açısının tek yanlı egemenliği DSM-5 birlikte dengelenecek ve boylamsal bakış açısı da hesaba katılacaktır. Böylelikle tıpkı bipolar bozuklukta olduğu gibi (unipolar) depresif bozukluklarda da hastalık sürecine yönelik tanılarla hastalığı şimdiki durumuna yönelik kesitsel tanılar birbirini tamamlayıcı biçimde kullanılmaya başlanacaktır.

7.2. Abstract

Purpose: Dysthymic disorder (DD) is a mild, chronic depressive condition. Proposedly, dysthymia will be defined as chronic depressive disorder together with chronic major depression in the DSM-5. The present study aims to investigate socialdemographic and clinical properties of depressive disorders in order to test the validity of diagnostic categories of episodic and chronic depression as proposed for the DSM-5.

Method: Participants were 140 patients (113 female, 27 male) with a mean age of 37.91 (range=18-65, sd=13.22) and under treatment for depressive symptoms at the psychiatry clinic of the Adnan Menderes University Research Hospital. Each participant was assessed clinically by means of semi-structured SCID-I interviews, Hamilton Depression Scale, and Eskin Suicidal Behaviour Inventory.

Findings: Of all the participants, 70% were diagnosed with major depression, 46% with dysthymic disorder and 16% with chronic major depression. Sixty five percent of the patients with DD have comorbid MDD, and 43% of the patients with MD have comorbid DD. In line with the DSM-5 proposal, 39% of the patients with pure major depression were defined as episodic depression (ED) group, whereas 61% of the patients with either pure dysthymia, double depression or chronic major depression comprised the chronic depression (CD) group. Comparisons between the two groups suggested an association of chronic depression with older age, lower education, higher depression scores, and comorbid anxiety disorders. Conversely the two groups did not differ in terms of gender and suicidality. As to the symptomatology, patients in the CD group admitted to loss of appetite less frequently, and pessimism, hopelessness, helplessness, anxiety and somatic complaints more frequently. As compared with the patients suffering from major depression, dysthymic patients were less likely to present with psychomotor agitation/retardation, anhedonia, loss of interest, insomnia and suicidal ideation.

Conclusion: Findings of the present study suggest that the majority of the patients presenting with depressive symptoms suffer from chronic depression which is characterized by acute or chronic major depression superceded on and/or followed by dysthymia. Our findings support not only differentiation of dysthymia from major depression as diagnostic categories, but also differentiation of chronic depression from episodic depression. These divergent findings might reflect the conflict between cross-sectional and longitudinal perspectives in clinical practice and research. Clinicians and researches with cross-sectional perspective are more likely to notice differences between dysthymia and major depression whereas those with longitudinal perspective are more likely to be interested with differences between episodic and chronic depression. Incorporating both of these perspectives in a complementary manner into our diagnostic systems and clinical practice will possibly enhance our knowledge on depressive disorders and improve our threatment results.

8. KAYNAKLAR

1. Ghaemi SN. Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR*D, and the return of neurotic depression. *Bipolar Disorders* 2008; 10: 957-968.
2. Dunner DL. Duration of periods of euthymia in patients with dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1992-1993.

3. Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: Klinik Özellikler. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Güneş Kitabevi, 2007; 1629-1630.
4. Serretti A, Jori MC, Casadei G, Ravizza L, Smeraldi E, Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. J Affect Disord 1999; 56: 17-25.
5. Clark DA, Beck AT, Beck JS. Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1994; 151: 205-209.
6. Sansone RA, Sansone LA. Early- versus Late-Onset Dysthymia: A Meaningful Clinical Distinction? Psychiatry 2009; 6: 14-17.
7. Joiner TE Jr, Cook JM, Hersen M, Gordon KH. Double depression in older adult psychiatric outpatients: hopelessness as a defining feature. Affect Disord 2007; 101: 235-238.
8. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. Am J Psychiatry 2006; 163: 872-880.
9. Devanand DP, Nobler MS, Singer T, Kiersky JE, Turret N, Rooose SP, Sackeim HA. Is dysthymia a different disorder in the elderly? Am J Psychiatry 1994; 151: 1592-1599.
10. Masi G, Favilla L, Mucci M, Poli P, Romano R. Depressive symptoms in children and adolescents with dysthymic disorder. Psychopathology 2001; 34: 29-35.
11. Klein DN, Kocsis JH, McCullough JP, Holzer CE, Hirschfeld RM, Keller MB. Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. Psychiatr Clin North Am 1996; 19: 41-53.
12. Masand PS, Kaplan DS, Gupta S, Bhandary AN. Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship? Psychosomatics 1997; 38: 63-69.
13. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13: 23-32.
14. Demirarslan P, Gökalp PG, Ögel K, Babaoğlu AN. Kronik depresyonda sosyodemografik ve klinik özellikler: İyileşen major depresyon olguları ile karşılaştırma Düşünen Adam 1999; 12(1): 4-11.
15. Bellino S, Patria L, Ziero S, Rocca G, Bogetto F. Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. Psychiatry Res 2001; 103: 219-228.

16. Masand PS, Kaplan DS, Gupta S, Bhandary AN. Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship? *Psychosomatics* 1997; 38: 63-69.
17. Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow- up study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 931–939.
18. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D, Howland RH, Markowitz JC, Smith C, Miceli R and Harrison WM. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999; 52: 1-3.
19. Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol* 2003; 59: 807-816.
20. Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J Affect Disord* 2008; 109: 199-204.
21. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 326-332.
22. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. *Mental Illness in General Health Care. An International Study*, TB Üstün, N Sartorius (eds), John Wiley Sons Chichers, 1995; 326.
23. Modabernia MJ, Tehrani HS, Fallahi M, Shirazi M, Modabbernia AH. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4: 4-20.
24. Vaeroy H, Merskey H. The prevalence of current major depression and dysthymia in a Norwegian general practice. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 324-328.
25. Szadoczky E, Rihmer Z, Papp Zs, Füredi J. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord* 1997; 43: 239-244.
26. Lyness JM, King DA, Cox C. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability, *J Am Geriatr Soc* 1999b; 47: 647-652.
27. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Hazırlayanlar: N Erol, C*

- Kılıç, M Ulusoy, Ankara. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1998; 77-94.
28. Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ ve ark. (1995) Results from the Ankara centre. Mental Illness in General Health Care. An International Study, TB Üstün, N Sartorius (Ed). John Wiley & Sons, s. 39-56.
29. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 3-16
30. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E ve ark. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 198-203.
31. Ülkeröğlu F, Kuloğlu M, Tezcan AE, Karabulut C, Ay M, Atmaca M, Doğan İ. Distimi tanımlı hastalarda kliniğe eklenen major depresif epizodun yaşam boyu birlikteliği. Düşünen Adam 1999; 12(3): 27-34
32. Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. Am J Psychiatry. 2001 Nov;158(11):1864-1870
33. Yazıcı O. Distimi. Klinik psikiyatri dergisi 2004; 2: 54-62
34. First M, Spitzer R, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
35. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kullanım kılavuzu (SCID-I). Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1999.
36. Akdemir A, Orsel S, Dağ İ, Turkcapar H, İşcan N, Ozbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4(4): 251-259.
37. Sang W, Li Y, Su L, Yang F, Wu W, Shang X, Zhang G, Shen J, Sun M, Guo L, Li Z, Yan L, Zhang B, Wang G, Liu G, Liu T, Zhang J, Wang Y, Yu B, Pan J, Li Y, Hu C, Yang L, Huang Y, Xie S, Wang X, Liu J, Lv L, Chen Y, Zhang L, Dang Y, Shi S, Chen Y, Kendler KS, Flint J, Li K. A comparison of the clinical characteristics of Chinese patients with recurrent major depressive disorder with and without dysthymia. J Affect Disord. 2011; 135(1-3): 106-110.
38. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. J Affect Disord. 2012 Feb 29.

39. Yang T, Dunner DL. Differential subtyping of depression. *Depress Anxiety*. 2001; 13(1): 11-7.
40. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Dysthymic disorder: clinical characteristics in relation to age at onset. *J Affect Disord*. 2001; 66: 39-46.
41. Eker SS, Akkaya C, Cangür Ş, Sarandöl A, Öztepe YE, Sarıkavaklı Ü, Kirli S. Erken ve geç başlangıçlı distimik bozukluğun klinik özellikleri, belirti dağılımı ve sosyal uyum yönünden farklılıkları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12: 49-54
42. Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. The early-late onset distinction in *DSM-III-R* dysthymia. *J Affect Disord*. 1988;14: 25-33
43. Devanand DP, Adorno E, Cheng J, Burt T, Pelton GH, Roose SP, Sackeim HA. Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients. *J Affect Disord*. 2004; 78(3): 259-267.
44. Klein DN. Chronic Depression: Diagnosis and Classification. *Current Directions in Psychological Science* 2010; 19: 96.
45. Rhebergen D, Beekman AT, de Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Hoogendijk WJ, Penninx, BW. The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord*. 2009; 115 (3): 450-459.
46. Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression--a systematic review. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):1-13.
47. Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, Yohanna D, Khan A, Alpert J. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D Project. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(6): 425-433
48. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2): 112-121.
49. Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, Comijs HC, Braam AW, de Beurs E, van Tilburg W. Dysthymia in later life: a study in the community. *J Affect Disord*. 2004; 81(3): 191-199.
50. Pini S, Cassano GB, Simonini E, Savino M, Russo A, Montgomery SA. Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord*. 1997; 42(2-3): 145-153.

51. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Ryan CE, Hess AL, Harrison W, Davis SM, Keller MB. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord.* 2000; 60(1):1-11.
52. Mohammadi MR, Ghanizadeh H, Noorbala AA, Davidian H, Malek Afzali AA, Naghavi HR. Prevalence of mood disorders in Iran. *Iran J Psychiatry.* 2006; 1:59–64.
53. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population Prevalence of psychiatric disorders in chile: 6-month and 1-month rates. *BJ psychiatry.* 2004; 184:299–306.
54. Rush AJ, Zimmermann M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D, Biggs MM, Shores-Wilson K, Shelton RC, Luther JF, Thomas B, Trivedi MH. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders* 2005; 87 (1): 43–55.
55. Aydemir O, Deveci A, Taskin OE, Taneli F, Esen-Danaci A. Serum brain-derived neurotrophic factor level in dysthymia: a comparative study with major depressive disorder *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2007; 31: 1023–1026.
56. Ley P, Helbig-Lang S, Czilwik S, Lang T, Worlitz A, Brücher K, Petermann F. Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nord J Psychiatry.* 2011; 65(5):330-337.
57. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007; 101(1-3): 27-34.
58. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry.* 2009; 54(6): 389-398.
59. Haykal RF, Akiskal HS. The long-term outcome of dysthymia in private practice: clinical features, temperament, and the art of management. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(8): 508-518.
60. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR, Joiner TE. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? *J Affect Disord.* 2009; 115(1-2): 69-78.

9. EKLER

**9.1. ADÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI DİSTİMİ ARAŞTIRMASI
KLİNİSYEN DERECELENDİRME VE DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-I). RAPOR FORM**

A.Hastaya İlişkin Bilgiler			
Adı Soyadı		Hasta No	
Telefonu		Hastane Dosya No	
Adresi		Yatış Tarihi	
		Çıkış Tarihi	

Yaş		Cinsiyet	(1) erkek (2) kadın
Eksen I Tanıları	1. 2. 3.	Farmakoterapi	1. 2. 3.
Eksen II Tanıları	1. 2.	Psikoterapi	1. 2.
Eksen III Tanısı		İntihar girişimi sayısı	
Eksen IV Tanısı		Klinik Global İzlenim	
Eksen V yatışta	GİS:	Bilgilendirilmiş Onam	hastaya verildi ()
Eksen V çıkışta	GİS:		hasta dosyasına konu () araştırma dosyasına konu ()

T-0 Ölçümleri		Gerçekleştirilen işlemler (✓) işareti ile belirtilecek	
SCID I	derecelendi () bilgisayara girildi ()	SCID II	hastaya doldurtuldu () derecelendi () bilgisayara girildi ()
Sosyodemografik Bilgi Formu	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()	İstismar Tarama Formu	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()
KDDA	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()	TEMPS-A	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()
Hamilton depresyon ölçeği	derecelendi () bilgisayara girildi ()		

C-DİSTİMİ

	Semptom	Yok	Var
1	Depresif duygudurum		
2	İştahsızlık		

3	o Aşırı yemek yeme		
4	o Uykusuzluk		
5	o Aşırı uyku		
6	o Düşük enerji düzeyi - yorgunluk		
7	o Düşük benlik saygısı		
8	o Düşüncelerini yoğunlaştırma (konsantrasyon) ya da karar verme güçlüğü		
9	o Umutsuzluk duyguları		

D-Distimi B Tanı Ölçütleri

	Semptom	Yok	Var
1	o Düşük benlik saygısı, özgüven azlığı ya da yetersizlik duyguları		
2	o Karamsarlık		
3	o Ümitsizlik		
4	o Çaresizlik duyguları		
5	o İlgi kaybı		
6	o Zevk alamama		
7	o Sosyal geri çekilme		
8	o Kronik yorgunluk-halsizlik		
9	o Suçluluk duyguları, pişmanlıklar		
10	o Toplumdan çekilme		
11	o Öznel iritabilite ya da aşırı öfke		
12	o Etkinlikte, üretkenlikte azalma		
13	o Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, karamsarlık		

E. Tipik olarak Nörotik depresyonu olan hastalar, daha hafif depresyonu, daha belirgin anksiyete semptomları olan ve psikososyal stresörlere daha yatkın oluyorlar. Episodik yerine kronik bir seyir izler. Kronik depresif-anksiyete bozuklukları ile Major Depresif bozukluğun genetik kalıtılabilirliğinin yanı sıra tedavi cevapları da farklılık gösterir. Nörotik Depresyon için önerilen tanı kriterleri:

- A. Normal üzüntüden daha yoğun veya kısıtlayıcı olan fakat farklı olmayan deprese affekt.
- B. Aşağıdaki semptomlardan en az 2 fakat en fazla 4 semptomun karşılanması: Uyku değişiklikleri (artmış veya azalmış), günlük aktivitelere azalmış ilgi, düşük özgüven, azalmış enerji, azalmış konsantrasyon, iştah değişiklikleri (azalmış-artmış), intihar düşüncesi
- C. Günün çoğunda görülen kronik üzüntü ve psikolojik anksiyete veya birçok somatik semptom; örn: gastrointestinal şikayetler (bulantı, hıkaye...), başağrısı veya parestezi.
- D. A, B ve C kriterleri en az 6 aydır, hemen her gün ve günün büyük bölümünde olmalı.
- E. Olumlu ve olumsuz yaşam koşullarına ve günlük olaylara reaktif ruh durumu.
- F. Belirgin psikomotor retardasyon ve belirgin suçluluk/kendini cezalandırma olmamalı.
- G. Yukarıda belirtilerin bulunduğu sürenin çoğunda DSM-IV Major Depresif Atak tanı kriterleri olmamalı
- H. DSM-IV Major Depresif Atak, kronik subtipi tanı kriterleri karşılanmamalı.

E-Nörotik depresyon

	Semptom	Yok	Var
1	C1+C4+C5+D5+D1+C6+D13+C2+C3		
2	İntihar düşüncesi		
3	Somatik yakınmalar		
4	Kronik üzüntü		
5	Anksiyete		

F. Depresif Kişilik Bozukluğu

	Semptom	Yok	Var
1	Olağan duyguduruma eşlik eden keder, keyifsizlik, mutsuzluk, neşesizlik		
2	Benlik kavramında yetersizlik, değersizlik, düşük benlik saygısı		
3	Kendine karşı eleştirici, suçlayıcı, küçültücüdür		
4	Düşüncelere dalma, tasalanma		
5	Başkalarına karşı olumsuz, eleştirici, yargılayıcı		
6	Karamsarlık		
7	Suçluluk hissetmeye ya da vicdan azabı çekmeye yatkınlık		

G-Yaygın Anksiyete Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	En az 6 ay süreyle bir çok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma, kuruntulara kapılma		
B.	Kişi, kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz.		
C.	Aşağıdaki altı semptomdan üçüne eşlik eder		
C1.	Huzursuzluk, aşırı heyecan çekme ya da tasalanma		
C2.	Kolay yorulma		
C3.	Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması		
C4.	İrritabilite		
C5.	Kas gerginliği		
C6.	Uyku bozukluğu		

H. Kronik Depresif Bozukluk

	A45-60- A,B,C,E,F,G,H + ,D-		
--	-----------------------------	--	--

I. Konversiyon Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren semptom ya da defisitler.		
B.	Bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, söz konusu semptom ya da defisit başlanması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır		
C.	Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.		
D.	Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.		
E.	Bu sorun, belirgin bir sıkıntı doğurmasıyla; toplumsal, mesleki alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olmasıyla ve tıbbi değerlendirmeyi gerektirmesiyle klinik açıdan önemli olmaktadır.		
F.	Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı ve yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.		

İ. Ağrı Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı klinik görünümün önde gelen özelliğidir ve klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek kadar şiddetlidir.		
B.	Ağrı, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.		
C.	Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli bir rolünün olduğu yargısına varılır.		
D.	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.		
E.	Ağrı, bir duygudurum, anksiyete bozukluğu ya da psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve disparoni için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.		

j. Somatizasyon Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	Birkaç yıllık dönemde ortaya çıkan tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma		
B1	4 ağrı semptomu: baş, karın, sırt, eklem, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon, cinsel ilişki ya da idrar yapma sırasında		
B2	2 GIS semptomu: ağrı dışında GIS semptomu: bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olağan dışı kusma, diyare, konstipasyon, hazımsızlık, birden çok yiyeceğin dokunması		
B3	1 cinsel semptom: Ağrı dışında en az 1 cinsel ya da üreme organıyla ilgili semptom, cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuar işlev bozukluğu, menstruasyon düzensizliği, aşırı menstrual kanama, gebelik boyunca kusma		
B4	1 Psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan, nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisitöyküsü. Koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, halüsinasyon, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katılmalar gibi gibi konversiyon semptomları, amnezi gibi dissosiyatif semptomlar, bayılma dışı bilinç yitimi		
C1	Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz		
C2	İlişkili genel tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.		
D	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır		

K. Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

	Semptom	var	yok
A.	Bir ya da daha fazla fizik yakınmanın olması: yorgunluk, iştahsızlık, GIS ya da GÜS yakınmaları.		
B1	Yeterli bir incelemeden sonra, bu semptomlar bilinen genel bir tıbbi durum ya da maddenin doğrudan etkileri ile açıklanamaz		
B2	İlişkili genel tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.		
C	Bu semptomlar toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.		
D	Bu bozukluğu süresi en az 6 aydır.		
E	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır		

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI			
Majör Depresif Epizod			
A. En az 2 hafta süreyle			
A1	Depresif duygudurum	?	- +
A2	Azalmış ilgi yada zevk alamama	?	- +
A3	Kilo veya iştah değişimi	?	- +
A4	İnsomnia/ hipersomnia	?	- +
A5	Psikomotor ajitasyon/ retardasyon	?	- +
A6	Yorgunluk/ enerji kaybı	?	- +
A7	Değersizlik/ Uygun olmayan suçluluk duyguları	?	- +
A8	Düşünce/ konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık	?	- +
A9	Ölüm veya intihar etme düşünceleri	?	- +
A10	A1-A9 arası maddelerden en az 5 i + kodlanmıştır.	?	- +
A11	Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	- +
A12	Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	- +

A13	Yas ile açıklanamaz	?	–	+
A14	A10, A11, A12, A13 + kodlanmıştır Tanı geçen ay karşılanmışsa burayı işaretle	?	–	+ MDE
A15	MD Epizodların sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz: şu anda Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Manik Epizod				
A16	A. Eleve, taşkın yada iritabl duygudurum	?	– Git A45	+
A17	En az 1 hafta süreyle	?	– Git A45	+
A18	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	–	+
A19	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	–	+
A20	B.3 Daha konuşkan olma	?	–	+
A21	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi olması	?	–	+
A22	B.5 Distraktibilite	?	–	+
A23	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	–	+
A24	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	–	+
A25	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (duygudurum iritabl ise ve kabarmış değilse 4 ü) +	?	– Git A45	+
A26	C. Şiddeti belirgin klinik bozulmaya neden olacak kadar ağır	?	– Git A29	+
A27	D. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	– Git A45	+
A28	A, B, C, D ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmışsa burayı işaretle	?	–	+ Mnk Epzd
A29	Manik epizodların toplam sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz: şu anda Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Hipomanik Epizod				
A30	A. En az 4 gün boyunca süren kabarmış, taşkın ya da iritabl duygudurum	?	– Git A45	+
A31	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	–	+
A32	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	–	+
A33	B.3 Daha konuşkan olma	?	–	+
A34	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi	?	–	+
A35	B.5 Distraktibilite	?	–	+
A36	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	–	+
A37	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	–	+
A38	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (ya da duygudurum kabarmış ise dördü) + dir	?	– Git A45	+
A39	C. İşlevsellikte değişiklik olması	?	– Git A45	+
A40	D. Değişikliklerin başkaları tarafından gözlenebiliyor olması	?	– Git A45	+
A41	E. Belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez	?	– Git A26	+
A42	F. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	– Git A45	+
A43	A, B, C, D, E, F ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmışsa burayı işaretle	?	–	+ Hipo M Epz
A44	Hipomanik epizodların toplam sayısı			
Distimik Bozukluk				
A45	A. 2 yıl depresif duygudurum	?	–	+
A46	B. 1 İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme	?	–	+

A47	B. 2 Uykusuzluk ya da aşırı uyku	?	–	+
A48	B. 3 Düşük enerji düzeyi	?	–	+
A49	B. 4 Düşük benlik saygısı	?	–	+
A50	B. 5 Düşünceleri yoğunlaştırma güçlüğü	?	–	+
A51	B. 6 Umutsuzluk duyguları	?	–	+
A52	B semptomların dan en az 2 si + dir	?	–	+
A53	C. 2 yıllık sürede 2 aydan daha uzun semptomsuz dönem olmamıştır	?	–	+
A54	O sıradaki distimik bozukluğun başlama yaşı	?	–	+
A55	D. bozukluğun ilk 2 yılı boyunca MDE geçirilmemiştir	?	–	+
A56	E. daha önce manik mixt ya da hipomanik epizod geçirilmemiştir.	?	–	+
A57	F.Belirtiler sadece psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	?	–	+
A58	G. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	–	+
A59	H. Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	–	+
A60	A, B, C, D, E, F, G ve H ölçütleri +	?	–	+ Dist Bzk. Git A61
Genel Tıbbi Duruma bağlı Duygudurum bozukluğu				
A61	A. Duygudurumda bozukluğun olması	?	– Git A 65	+
A62	B. Bu bozukluk genel tıbbi durumun doğrudan sonucudur	?	– Git A 65	+
A63	C.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	–	+
A64	A, B, C + Genel Tıbbi Durumu belirtiniz: Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ GTD bağlı Duyg. Bozukluğu Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu				
A65	A. Duygudurumda bozukluğun olması	?	–	+
A66	B. 1 Belirtiler madde entoksikasyonu yada yoksunluğu sırasında yada sonraki 1 ay içinde ortaya çıkmıştır B. 2 İlaç kullanımı bu bozukluk ile doğrudan ilişkilidir.	?	– Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A67	C. Bu bozukluk madde kullanımı ile açıklanamaz	?	– Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A68	D.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	–	+
A69	A, B, C, D + Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ GTD B Duyg Bozuk Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
B.PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR				
Hezeyanlar				
B1	Referans hezeyanları(tanımlayınız)	?	–	+
B2	Persekütuar hezeyanları(tanımlayınız)	?	–	+
B3	Grandiyöz hezeyanlar(tanımlayınız)	?	–	+
B4	Somatik hezeyanlar(tanımlayınız)	?	–	+
B5	Diğer hezeyanlar (tanımlayınız)	?	–	+
B6	İşitsel halüsinasyonlar	?	–	+
B7	Görsel halüsinasyonlar	?	–	+

B8	Dokunma halüsinasyonları	?	–	+
B9	Diğer halüsinasyonlar	?	–	+
B10	Katotonik davranışlar	?	–	+
B11	İleri derecede dezorganize davranış	?	–	+
B12	İleri derecede uygunsuz duygulanım	?	–	+
B13	İleri derecede dezorganize konuşmalar	?	–	+
B14	Negatif Semptomlar	?	–	+
B15	PSİKOTİK SEMPTOMLARIN KRONOLOJİSİ			
	Semptomların tipi	Başlayış	Sonlanış	Gidiş
				Geçen ay olup olmadığına bakınız
C.PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI				
C1	Psikotik semptomlar, duygudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir	?	– Git D1	+
ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ				
C2	A. 1 aylık süre boyunca aktif semptomların bulunması	?	– Git C21	+
C3	B. Şizoafektif bozukluk ve duygudurum bozukluğu dışlanmıştır.	?	– Git C16	+
C4	C. En az 6 ay devam eden belirtiler	?	– Git C13	+
C5	D. İşlevsellikte bozulma	?	– Git C39	+
C6	E. Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı olmama	?	– Git D1	+
C7	A, B,C,D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ Sch
Şizofreni Altıptileri				
C8	Paranoid tip	?	–	+ Git D1
C9	Katotonik tip	?	–	+ Git D1
C10	Dezorganize tip	?	–	+ Git D1
C11	Farklılaşmamış tip	?	–	+ Git D1
C12	Rezidüel tip	?	–	+ Git D1
Şizofreniform Bozukluk				
C13	Epizod en az 1ay sürer fakat 6 aydan kısadır	?	– Git C27	+
C14	Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı değildir	?	– Git D1	+
C15	B ve C ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ Schform B Git D1
Şizoafektif Bozukluk				
C16	A. Şizofrenideki A semptomları ile eş zamanlı duygudurum epizodu	?	– Git C39	+
C17	B. Aynı dönemde belirgin duygudurum semptomlarının olmadığı en az iki hafta boyunca hezeyanlar yada hallüsinasyonlar	?	– Git C39	+
C18	C. Hastalığın önemli bir kısmında duygudurum epizodu vardır	?	– Git C39	+
C19	D. Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir	?	– Git D1	+
C20	A, B, C ve D ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ Schaff Bzk Git D1
Sanrısız Bozukluk				
C21	Bizar olmayan hezeyanlar	?	– Git C27	+
C22	Şizofreni için A tanı kriterlerinin hiçbir zaman karşılanmamıştır	?	– Git C39	+
C23	İşlevsellik açıkça acayip yada bizar değildir	?	– Git C39	+

C24	Toplam hastalıkta duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	?	– Git C39	+
C25	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	– Git D1	+
C26	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Sanr Bzk Git D1
Kısa Psikotik Bozukluk				
C27	A. Bir veya daha fazla psikotik semptomun bulunması	?	– Git C39	+
C28	B. Belirtilerin süresi en az 1 gün ancak 1 aydan daha kısadır	?	– Git C39	+
C29	Duygudurum bozukluğu, şizoafektif bozukluk yada şizofreni değildir	?	– Git C39	+
C30	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	– Git D1	+
C31	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ K. Psk Boz Git D1
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C32	Belirgin hallüsinasyonlar yada hezeyanlar	?	– Git C35	+
C33	B/C Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik bir sonucudur ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	– Git C35	+
C34	A ve B/C tanı ölçütleri karşılanmıştır Hezeyanlarla giden Halüsinasyonlarla giden Genel tıbbi durumu belirtiniz Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ GTD B Psk B Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C35	A. Belirgin hallüsinasyonlar veya hezeyanlar	?	–	+
C36	B. İkisinden biri (1)belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında (2)ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir.	?	– Git C6, C14 Git C19,C25 Git C30	+
C37	Madde kullanımının yol açmadığı bir psikotik bozuklukla açıklanamaz	?	– Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30	+
C38	A, B, C kriterleri karşılanmıştır Alkole bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Alkole bağlı psikotik bozukluk halüsinasyonlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk halüsinasyonlarla giden Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Madde K.B. Psk B Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30
C39	Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Git D1
D.Duygudurum Bozuklukları				
Bipolar I Bozukluk				
D1	Bir veya daha fazla manik yada mikst epizod öyküsü	?	– Git D5	+
D2	Genel tıbbi bir durumun yada bir maddeye bağlı olmayan en az bir manik ya da mikst epizod	?	– Git D5	+
D3	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz,Şizofreni, Şizofreniform bozukluk,BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D5	+
D4	Bipolar I Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle Enson epizod hipomanik Tek manik epizod Enson epizod manik Enson epizod mikst Enson epizod depresif Enson epizod belirlenmemiş Şiddet	?	– Git E1	+

	1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonda 6-Tam Remisyonda 0-Belirlenmemiş			
Bipolar II Bozukluk				
D5	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir hipomanik epizod	?	– Git D10	+
D6	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	– Git D10	+
D7	Hiçbir zaman bir manik epizod yada bir mikst epizod geçirilmemiştir	?	– Git D10	+
D8	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D10	+
D9	En son epizod Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
Diğer Bipolar Bozukluklar				
D10	Klinik açıdan belirgin manik yada hipomanik semptomlar	?	– Git D13	+
D11	Genel tıbbi bir duruma yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Git D13	+
D12	Tipi belirle Siklotimik bozukluk Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
Major Depresif Bozukluk				
D13	Genel tıbbi durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	– Git D17	+
D14	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D17	+
D15	Hiçbir zaman bir manik, mikst yada hipomanik epizod geçirilmemiştir	?	– Git D17	+
D16	Major Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle Major Depresif Bozukluk, tek epizod Major Depresif Bozukluk, rekürren Şiddet 1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonda 6-Tam Remisyonda 0-Belirlenmemiş	?	– Git E1	+
BTA Depresif Bozukluklar				
D17	Klinik olarak belirgin depresif semptomlar	?	– Git E1	+
D18	Genel tıbbi bir durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Git E1	+
D19	BTA Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
E.ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI				
E1	Bir aşırı içki içme dönemi ya da alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması	?	– Git E17	+
Alkol Kötüye Kullanımı tanı ölçütleri				
E2	Alkol kullanımına bağlı olarak işte, okulda yada evde sorumluluklarını alamama	?	–	+
E3	Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(alkollü iken araba, makine vb kullanma)	?	–	+
E4	Alkole bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	–	+
E5	Alkolün etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	–	+
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	– Git E17	+

Alkol Bağımlılığı				
E7	Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince içme	?	—	+
E8	Alkol kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	—	+
E9	Alkolü sağlamak, kullanmak yada etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	—	+
E10	Önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	—	+
E11	Fiziki yada psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı	?	—	+
E12	Tolerans	?	—	+
E13	Yoksunluk	?	—	+
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	— Git E2 Git E16	+
E15	Alkol Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ Git E17
E16	Alkol Kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ Git E17
ALKOLDIŞI MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI				
E17	Herhangi bir zamanda kullanılan ilacın adını işaretleyiniz	En ağır kullanım dönemi(Yaş, tarih, süre) ve kullanım şeklini tanımlayınız.		
	Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Kannabis Uyarıcılar: Amfetamin ve diğerleri Opioid Kokain Hallüsinojen/ Fensiklidin: LSD, Meskalin,ekstazi, ketamin Diğer madde: Stereoidler, tutkallı inhalanlar, nitröz oksit vb			
		Madde kullanımı		
		YOK Git F1	VAR Git E23	
Alkol dışı maddeleri kötüye kullanıma tanı ölçütleri				
E18	1. Madde kullanımına bağlı işte, okulda yada evde sorumluluklarını alamama	?	—	+
E19	2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(madde etkisinde araba, makine vb kullanma)	?	—	+
E20	3. Maddeye bağlı bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	—	+
E21	4. Maddenin etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	—	+
E22	5. KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	— Git E17, F1	+ Git E32
Alkol dışı maddelere bağımlılık tanı ölçütleri				
E23	3. Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince madde alma	?	—	+
E24	4. Madde kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	—	+
E25	5. Maddeyi sağlamak, kullanmak yada etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	—	+
E26	6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	—	+
E27	7. Fiziki yada psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi	?	—	+
E28	1. Tolerans	?	—	+
E29	2. Yoksunluk	?	—	+
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	— Git E18, E32	+ Madde Bağ. Git F1
E31	Amfetamin Bağımlılığı Kannabis Bağımlılığı Kokain Bağımlılığı Hallüsinojen Bağımlılığı İnhalan Bağımlılığı Opioid Bağımlılığı Fensiklidin Bağımlılığı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Bağımlılığı Diğer madde Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			
E32	Amfetamin Kötüye kullanımı Kannabis Kötüye kullanımı Kokain Kötüye kullanımı Hallüsinojen Kötüye kullanımı İnhalan Kötüye kullanımı			Madde Kötüye kullanımı Git F1

	Opiooid kötüye kullanımı Fensiklidin kötüye kullanımı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik kötüye kullanımı Diğer madde kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			
--	--	--	--	--

F.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI				
Panik Bozukluğu				
F1	A(1)Yineleyen beklenmedik panik ataklar	?	– Git F25	+
F2	A(2) Aşağıdakilerden en az biri vardır a. Panik atağının sonuçları ile ilgili endişe b. Başka nöbet geçirme korkusu c. Nöbetlere bağlı davranış değişikliği	?	– Git F25	+
F3	Aşağıdaki panik atak semptomlarının en az dördünün birden başlaması ve 10 dk. içinde en yüksek düzeye ulaşması.	?	– Git F25	+
F4	(1)Çarpıntı	?	–	+
F5	(2)Terleme	?	–	+
F6	(3)Titreme yada sarsılma	?	–	+
F7	(4)Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma	?	–	+
F8	(5)Solğun kesilmesi	?	–	+
F9	(6)Göğüs ağrısı yada göğüste sıkıntı hissi	?	–	+
F10	(7)Bulantı yada karın ağrısı	?	–	+
F11	(8)Baş dönmesi sersemlik hissi	?	–	+
F12	(9)Derealizasyon yada depersonalizasyon	?	–	+
F13	(10)Kontrolünü kaybetme yada çıldırma korkusu	?	–	+
F14	(11)Ölüm korkusu	?	–	+
F15	(12)Paresteziler	?	–	+
F16	(13)Üşüme,ürperme yada ateş basmaları	?	–	+
F17	1-13 arası maddelerden en az dört tanesi “+” kodlanmıştır	?	– Git F25	+
F18	C.Madde kullanımına veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir	?	– Git F25	+
F19	D.Başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	– Git F25	+
Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu				
F20	(1)Agorofobi varlığı	?	– Git F24	+
F21	(2)Agorofobik durumlardan kaçınma yada belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma	?	– Git F24	+
F22	(3)Anksiyete ya da fobik kaçınma başka bir mental bozuklukla açıklanamaz	?	– Git F24	+
F23	Agorafobi vardır Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
F24	Agorafobi yoktur Agorafobi olmadan Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
Obsesif Kompulsif Bozukluk				
F25	Obsesyonlar	?	– Git F30	+
F26	(1)Yineleyici düşünceler,dürtüler yada düşlemler	?	– Git F30	+
F27	(2)Obsesyonlar gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir	?	– Git F30	+
F28	(3)Kişi bu düşünceleri,dürtüleri yada düşlemlerine önem vermemeye yada bunları baskılamaya çalışır yada başka düşünce yada eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır	?	– Git F30	+
F29	(4)Kişi obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür	?	– Git F30	+
F30	Obsesyonlardan 1, 2, 3 ve 4 +	?	–	+
F31	Kompulsiyonlar	?	– Git F33	+
F32	(1)Kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemler	?	– Git F33	+
F33	(2)davranışlar yada zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya yöneliktir	?	– Git F33	+

F32	Kompulsiyonlardan 1 ve 2 +	?	–	+
F33	A. Obsesyonlar(F29) yada kompulsiyonlar(F32) vardır	?	– Git F39	+
F34	B. Kişi obsesyon yada kompulsiyonlarının aşırı yada anlamsız olduğunu kabul eder	?	– Git F39	+
F35	Obsesyon yada kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur	?	– Git F39	+
F36	Başka bir eksen I Bozukluğu varsa obsesyon yada kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir	?	– Git F39	+
F37	Bir maddenin yada genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	– Git F39	+
F38	A,B,C,D,E kriterleri “+” ile kodlamıştır Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ OKB
F39	TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ			
Kısa Tanımlama			Tarih	Yaş
Posttravmatik Stres Bozukluğu				
A. Aşağıdakilerden ikisinin olduğu travmatik olay yaşanmıştır				
F40	1. Kişi gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğünü bir tehdit olayını yaşamış, tanık olmuştur	?	– Git F65	+
F41	2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır	?	– Git F65	+
B. Travmatik olayalar aşağıdakilerden biri yoluyla sürekli yaşanır.				
F42	1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları	?	–	+
F43	2. Olayı sık sık rüyada görme	?	–	+
F44	3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma yada hissetme	?	–	+
F45	4. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma	?	–	+
F46	5. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik bir tepki gösterme	?	–	+
F47	B semptomlarından en az biri “+” ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
C. Aşağıdakilerden en az 3’nün varlığı ile travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve tepki gösterme düzeyinde azalma				
F48	1. Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma	?	–	+
F49	2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler yada kişilerden uzak durma çabaları	?	–	+
F50	3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama	?	–	+
F51	4. Önemli etkinliklere karşı ilginin yada bunlara katılımın belirgin olarak azalması	?	–	+
F52	5. İnsanlardan uzaklaşma yada insanlara yabancılaştığı duyguları	?	–	+
F53	6. Duygulanımda kısıtlılık	?	–	+
F54	7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma	?	–	+
F55	C belirtilerinden en az 3’ ü + ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması				
F56	1. Uykuya dalmakta yada uykuyu sürdürmekte güçlük	?	–	+
F57	2. İritabilite yada öfke patlamaları	?	–	+
F58	3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme	?	–	+
F59	4. Hipervijilans	?	–	+
F60	5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme	?	–	+
F61	D belirtilerinden en az 2 semptom “+” ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
F62	Bu bozukluk 1 aydan daha uzun sürer	?	– Git F65	+
F63	Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, mesleki alanlarda bozulma	?	– Git F65	+
F64	A, B, C, D, E, F ölçütleri “+” ile kodlanmıştır. Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ PTSD
DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI				
F65	Panik Bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+
F66	Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+

F67	Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+
F68	Generalize Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+
BTA Anksiyete Bozukluğu				
F69	Bu kategori herhangi bir özgül anksiyete bozukluğu,anksiyete ile giden uyum bozukluğu yada karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan belirgin anksiyete fobik kaçınma gösteren bozuklukları kapsar	?	— Git F72	+
F70	Genel tıbbi Diğer durumun yada bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	—	+
F71	BTA Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ BTA Ank B
GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F83	A.Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	—	+
F84	B/C. Bozukluk genel tıbbi duruma bağlıdır ve başka mental bozuklukla açıklanamaz	?	— Git F87	+
F85	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	—	+
F86	A,B/C ve E ölçütleri + Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ GTB Ank bozk Git F18 Git F37 Git F70
MADDE KULLANIMININ YOLAÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F87	A.Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	—	+
F88	B. İkisinden biri 1. Belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içerisinde ortaya çıkmıştır 2. İlaç kullanımı belirtilerle etyolojik açıdan ilişkilidir	?	— Git F18 Git F37 Git F70	+
F89	C. Belirtiler madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğu ile açıklanamaz	?	— GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F90	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	— GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F91	A,B, C ve E ölçütleri + Madde kullanımının yolaçtığı bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel maddeyi belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ Madde K B Ank B Git F18, F37,F70
Somatoform Bozukluklar				
F72	Somatizasyon Bozukluğu Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan 30 yaşından önce ortaya çıkan en az 8 adet açıklanmamış bedensel yakınma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk Somatoform bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan açıklanmamış bedensel yakınmalar Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+
F73	Hipokondriyazis Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+
F74	Vücut Dismorfik Bozukluğu Görünümündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+
H.Yeme Bozuklukları			?	—
F75	Anoreksiya Nevroza Şişman biri olmaktan aşırı korkmaya eşlik eden olağan sayılan kiloda yada bunun biraz üzerinde bir vücut	?	—	+

	ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlenir			
F76	Bulimia Nervosa Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlenir	?	–	+
Uyum Bozuklukları				
F77	A. Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterebilir stres etkenlerine bir tepki olarak duygusal yada davranışsal semptomların gelişmesi	?	– SCID Bitti	+
F78	B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar yada davranışlar klinik açıdan önemlidir.	?	– SCID Bitti	+
F79	C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve önceden var olan eksen I yada eksen II bozukluğunun alevlenmesi değildir.	?	– SCID Bitti	+
F80	D. Bu semptomlar yası göstermemektedir	?	– SCID Bitti	+
F81	E. Stres etkeni bir kez sonlanınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez	?	– Git D17, F69	+
F82	A,B,C,D,E kriterleri “+” ile kodlanmıştır Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Anksiyete ile giden uyum bozukluğu Karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Karışık duygular ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Belirlenmemiş uyum bozukluğu	?	–	+
				Uyum Boz SCID BİTTİ

9.2.Eskin İntihar Davranışları İndeksi

- Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?
() Evet () Hayır
- Geçtiğimiz son on-iki ay içerisinde kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?
() Evet () Hayır
- Hayatınızda hiç kendinizi öldürme girişiminde bulundunuz mu?
() Evet () Hayır
- Geçtiğimiz son on-iki ay içerisinde kendinizi öldürme girişiminde bulundunuz mu?
() Evet () Hayır
- Şu an kendinizi öldürme düşünceniz var mı?
() Evet () Hayır

9.2. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. yok

1. Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.

2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.

3. İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. 59

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7.Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.

8.Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).

0. Düşünce ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4. Tam stuporda.

9.Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10.Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük şeylere üzülüyor.

3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4 .Korkularını daha sorulmadan anlatıyor. 60

11.Somatik anksiyete

0. Yok

1. Hafif

2. İlmli

3. Şiddetli

4. Çok şiddetli

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok

1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor yada ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

0. Yok

1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok

1. Hafif

2. Şiddetli

3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriaklık

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama

2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. 61

B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama
17. Durumu hakkında görüşü.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor