

# Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum

## *From Depressive Symptomatology to Major Depression: Clinical Spectrum*

Aslı Akın Aslan<sup>1</sup>, Burcu Akın Sarı<sup>2</sup>, Aslı Kuruoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., Batman Bölge Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, <sup>2</sup>Uz.Dr., Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü, Batman, <sup>3</sup>Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

### ÖZET

Günümüzde DSM-IV'te tanımlanmış depresyon haricinde de hüznün, yas, moral bozukluğu gibi değişik depresif duygular yaşanmaktadır. Bu duyguların bir kısmı yazılı kaynaklarda yer almışken bazıları tanımlanmamıştır. Bununla birlikte DSM-IV major depresyon tanı ölçütlerini karşılamayan ve Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluklar içinde sınıflandırılan eşikaltı depresyon hastalarında, psikososyal bozulma ve belirgin işlevsellik kaybı olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen standart bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Disfori veya anhedoni belirtilerinden birinin olmaması durumunda diğer depresif belirtileri olan hastalar bir tanı sınıfına sokulamamaktadır. Bununla birlikte yapılan kısıtlı çalışmalarda bu hastaların da işlevselliklerinin azaldığının gösterilmesi eşikaltı depresif bozuklukların tanı ve tedavisinin önemini vurgulamaktadır. Eşikaltı depresyonlar pek çok psikiyatrik ve tıbbi bozukluk durumlarında izlenebilmektedir. Bununla birlikte, birçok yaşam olayına eşlik edebilmekte ve major depresyon geliştirme riskinde artışa neden olabilmektedir. Eşikaltı depresif belirtilerin tanı ve tedavisine yönelik ileri yaş grubu ve tıbbi hastalığı olanlar gibi özgül örneklem gruplarında çalışmalar yapılsa da genel toplum için kabul edilebilecek sonuçlara ulaşılamamıştır. Eşikaltı depresif belirtilerin hangi ölçeklerle tanımlanacağı, ne zaman ve nasıl ele alınacağı konusunda standart bir yaklaşım olmaması nedeniyle bu konuda yapılacak ileriki çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu derlemede eşikaltı depresyonları tanımlanmaya ve klinik önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Depresif spektrum, distimi, eşikaltı depresyon.

### SUMMARY

In recent days some depressive moods as sadness, mourning and enervation that aren't defined in DSM-IV, have been sensed by plenty of people. Some of these feelings have mentioned in literature. With this fact subthreshold depressive symptoms that do not meet the DSM IV diagnostic criteria for major depressive disorder and classified as Depressive Disorder Not Otherwise Specified (DD-NOS) was associated with significant functional impairments and risk for future major depressive episode. After all there is still no standard treatment for subthreshold depression. In the absence of dysphoria or anhedonia, the patient with other depressive symptoms does not fit any category of depressive disorders. However, limited studies show the reduction of functioning in these patients highlight the importance of diagnosis and treatment of depressive spectrum disorders. Subthreshold depression may seen in many cases of psychiatric or medical disorders which also can be associated with life events and increasing risk of developing major depression. Although there are some studies about diagnosis and treatment of subthreshold depressive symptoms in specific sample groups such as elderly population or the people with other medical illness; the results are not suitable for general population. Further well-designed studies are needed to determine suitable scales for diagnosis of subthreshold depressive symptoms as well as when and how to interfere these symptoms to standardize the treatment. This review aims to define and focus on clinical significance of subthreshold depressions.

**Key Words:** Depressive spectrum, dysthymia, subthreshold depression.

(*Klinik Psikiyatri 2012;15:56-64*)

## GİRİŞ

Son dönemlerde ruhsal durumları, hastalık gibi kabul ederek ilaç tedavisi uygulama eğilimi artmıştır (Summerfield 2006). On yıl önce normal insan davranışı olarak değerlendirilen durumlar artık tıbbi bir durum olarak ele alınmaktadır (Van Praag 2000). Normal dışı kabul edilen duygudurumlarına yönelik bu tıbbi yaklaşımlar, anormal olanın ne olduğunun değerlendirilmesi noktasında etik tartışmalara yol açmaktadır.

Depresif duygudurumunun literatürde net bir tanımı yoktur. Depresif duygudurumu genel olarak mutsuzluk, çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlığın hissedildiği bir tablo olarak tanımlanmıştır. Geleneksel olarak depresif duygudurum, çökkünlük ile aynı anlamda kullanılsa da klinik uygulamada tek bir duygudan fazlasını tanımlamaktadır.

Pridmore yaptığı çalışmayla depresif duygudurumunu; hüznün, yas ve moral bozukluğu adı altında tanımlamaya çalışmıştır (Pridmore 2009). Pridmore'un yaptığı bu sınıflamanın depresif duygulanımı tanımlamada ve müdahale zamanını belirlemede yardımcı bir sınıflama olacağı düşünülmektedir. Pridmore'un sınıflamasına göre:

Hüzün; her insanın deneyimlediği, arzu edilmeyen olaylar sonunda gerçekleşen ve yine arzu edilmeyen bir duygudurumdur. Bu olay özel bir nesne kaybı ya da beklenen bir hedefe ulaşamamak olabilir. Sağlıklı insanların da hiçbir sebep yokken kendilerini hüznü hissettikleri günlerin olduğu belirtilmişse de sağlıklı insanların belirgin hüznü, sadece olaylar sonucu yaşadığı düşünülmektedir. Duygudurum bozukluklarında ise; küçük olaylara bağlı ya da olaylardan bağımsız olarak duygudurum aşırı olarak değişebilmekte ve bu olay bağımsız patolojik durum bir kere geliştikten sonra varlığını korumaktadır (Pridmore 2009).

Yas; kişi için özel bir kaybın gerçekleşmesinden kaynaklanan olumsuz duygulanımdır. Bu durum genellikle kişi için özel bir insanın kaybında görülürken, değerli çalışmaların veya nesnelerin kaybında da görülebilir. Yas tutan kişide duygusal acı, boşluk, eksiklik hissi ile birlikte ağlama atakları, uykusuzluk ve iştahsızlık da görülebilmektedir. Bu tabloya bazen kaybolan nesnenin yokluğunda hala hayatta olmaktan suçluluk duyma ve kaybolan nesne ile ilgili varsanılar da eklenmektedir. Yas

tutma ve duyguların dışı vurumu kültürden kültüre değişmektedir. Bazı kültürlerde yas süresince giyilecek kıyafetler, ritüeller, davranışlar hatta yas süresi de tanımlanmıştır. Batı kültürlerinde yaygın olmayan ayrıntılı yapılandırılmış yas tutma süreçlerinin gecikmiş yas ya da patolojik yas görülme ihtimalini azalttığı düşünülmektedir.

Yas DSM-IV'te ruhsal bozukluk olarak tanımlanmamıştır. Fakat sevilen insanın kaybı, insan hayatındaki büyük travmalardan biridir ve bir çok patolojik ruhsal durumu tetikleyebildiği görülmüştür (Pridmore 2009).

Yas süreci, beklenenden uzun sürdüğünde ya da beklenmeyen sorunlar eklendiğinde patolojik yas olarak tanımlanmaktadır (Nakamura 1999). Yas sürecinin kayıptan birkaç ay sonra azalmaya başlaması ve genellikle 6-12 ay sürmesi beklenmektedir.

Moral Bozukluğu; Son on yılda yapılan çalışmalar moral bozukluğunun depresyondan farklı olduğunu ve depresyonla karışabildiğini göstermektedir (Clarke ve Kissane 2002). De Figueiredo (1993) depresyonu moral bozukluğundan ayırarak, depresyonda görülen anhedoninin moral bozukluğunda görülmediğini, moral bozukluğunun öznel yetersizlik ve acizlikle karakterize olduğunu belirtmiştir. De Figueiredo'ya göre moral bozukluğu olan hastalar ne yapacaklarını bilemezken, depresif hastalar ne yapmaları gerektiğini bilmelerine karşın bunu yapacak motivasyonu bulamamaktadırlar. Clarke ve ark. (2000) psikiyatri dışı kliniklerde yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları çalışmada farklı boyutlarda moral bozukluğu, yas ve anhedoni belirtilerini saptamışlardır. Moral bozukluğu olan hastalarda anhedoni görülmezken intihar düşüncesine rastlanmıştır. Bu durum intihar davranışının depresif duygu durumdan çok, acizlik ve yabancılaşma ile ilgili olduğu görüşüyle de tutarlıdır (Patfield 2000). Gutkovich ve ark. (1999) Amerika'daki göçmenler üzerinde yaptığı çalışmada, büyük bir oranda depresif ancak moral bozukluğu bulunmayan ve moral bozukluğu bulunan ancak depresif belirtiler göstermeyen hastaların olduğunu bildirmişlerdir.

## Klinik bozukluk olarak kabul edilmiş eşikaltı depresyonlar

Kraepelin erken dönemlerde "duygudurumların

hafif renklendirmeleri" adını verdiği, tam gelişmemiş veya prodromal depresif belirtiler tanımlamıştır. Diğer araştırmacılar hafif duygudurum belirtilerini; nörovejetatif belirtilerin eşlik ettiği döngüsel farklı bir durum olarak tanımlamıştır (Paskind 1930). Yapılan bir çok gözlem sonucu klinisyenler, depresyonun sadece hafif formlarda değil; aynı zamanda hiçbir afektif belirti olmadan da kendini gösterebileceğini fark etmişlerdir. Örneğin, yaşlılarda ve bazı etnik nüfusta somatizasyon, klinik afektif belirtilerle yer değiştirebilmektedir. Bu depresyonun farklı formları çoğunlukla maskeli depresyon olarak tanımlanmaktadır (Keilholz 1973).

DSM-I ve III gibi eski tanı sistemlerinde, depresyon tanısı ancak katı kriterleri karşılaması durumunda konulabilirdi (Belirti sayısı (9 belirtiden 5'i olacak), süresi (en az 2 hafta sürecek) ve semptom şiddeti) (APA 1987). Ne var ki yıllar içinde klinisyen ve araştırmacılar katı DSM kriterleri uygularken tanı koyma ve tedavide yetersiz kalmışlardır. Sıklıkla sosyal işlevselliğinde belirgin bozulma gösteren depresyon hastalarının DSM-III tanı kriterlerinde bulunan belirti sayısı ve süre kuralını karşılamadığı gösterilmiştir (Wells ve ark. 1989, Sherbourne ve ark. 1994, Olfson ve ark. 1996). DSM-III kriterlerini karşılamayan, hastalardaki bu belirti kümesi, eşikaltı depresif durum olarak tanımlanmıştır. Sonuç olarak üç ek depresyon kategorisi bu eşikaltı formlar için belirtilmiştir. DSM-III-R'de ilk olarak distimi, hemen ardından minor depresyon (MinD) ve "rekürren kısa depresyon" (RKD) eklenmiştir. DSM-IV'te bu eşikaltı durumlar Depresif Bozukluklar-BTA tanısı altında toplanmıştır. MinD; 5'den az ama 2'den fazla depresyon belirtisinin en az 2 hafta süre ile olduğu durumlar için tanımlanmıştır. RKD, Major Depresyon (MD) tanısı koymaya yetecek sayı ve şiddette depresyon belirtisinin tekrarlandığı dönemleri olan, ama 2 hafta süreyi karşılamayan hastaların aldığı tanıdır. Bu epizodlar 1 yıl süresince en az ayda 1 kez olmaktadır. Tıpkı MD gibi çökkün duygudurum ve anhedoni; bu tanıların konulması için olması zorunlu tutulan 2 belirtidir. Yeni eşikaltı tanı kategorileri eklenmesine karşın depresif belirtileri devam eden eşikaltı depresyon hastalarının birçoğunun (belirgin psikososyal bozukluğa yol açan) hala DSM -IV tanı sisteminde bir tanı alamadığı belirtilmiştir (Judd ve ark. 1994

ve 1997). Genel olarak bu hastalar anhedoni veya çökkün duygudurum yakınması olmadığından tüm DSM-IV depresyon kategorileri için gerekli olan kriterleri karşılamamış olarak kabul edilmektedir (Judd ve ark. 1994 ve 1997).

### Tanımlama

Eşikaltı depresyon terimi, klinisyenler arasında MD için DSM-IV tanı kriterlerini karşılamayan sayı, süre ve şiddetteki depresif belirti kümesine sahip hastalar için kullanılmaktadır. Bu yüzden eşikaltı depresyon, MinD ve RKD gibi MD'nin ana kriterlerini karşılamayan hastalarla beraber, 5'ten fazla sayıda veya 2 haftadan uzun belirti süresi olan ama diğer kriterleri karşılamayan hastaları da kapsamaktadır. Unipolar depresyonun resmi alt grupları ortaya çıktıktan sonra yukarıdaki tanımlamanın aksine sadece MinD ve RKD, eşikaltı depresyon sınıfında kabul edilmiştir. Bu durumda da örneğin, anhedonisi veya disforisi olmayan depresif belirtileri olan hastalar, eşikaltı depresyon tanısı alamamaktadır. 1994 yılında Judd ve ark. bu durumu sub-sendromal semptomatik depresyon (SSD) olarak tanımlamışlardır. Onlar SSD'yi 2 ya da daha fazla depresif belirtiyi MD'deki şiddette karşılayan fakat depresif duygudurum ve anhedonisi olmayan hastalar için kullanmışlardır. Bu belirtiler 2 haftadan daha uzun süre ve sosyal işlev bozukluğu ile ilişkili olmalıdır. Ek olarak MD, minD ve distimi mutlaka dışlanmalıdır.

SSD'nin eklenmesi ile eşikaltı depresyon şu alt grupları içermektedir: Distimi, RKD, MinD ve SSD. Sadece bir depresyon belirtisi olanlar (disfori veya anhedoniden birini içeren) veya 2 semptomdan fazla ama 2 haftadan kısa süreli şikayeti olanlar adı geçen altgruplarda yer almamaktadır.

Bu özgül tanı kategorilerinin ortaya çıkmasına rağmen eşikaltı depresyonun kullanımı ile ilgili klinisyen ve araştırmacıların kafa karışıklıkları devam etmektedir. Bu çelişkiler yapılan çalışmalarda hasta özelliklerinde de gözlenmektedir. Bir çok araştırmada farklı alttiplere alınan depresif kişilerin klinik özelliklerinde belirgin bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (Chen ve ark. 2000, Judd ve Akiskal 2000, Sadek ve Bona 2000). Ayrıca major depresyon ile diğer depresif bozukluklar arasındaki farklılığı ortaya koymak için anketlere dayalı çalışmalar yapmak, bu sendromlar arasında geçişken bir

ilişki bulunması ve bu hastalıklarda yüksek nüks ve süregenlik oranlarının olması nedeniyle oldukça güçtür (Klein ve ark. 2000, Paykel 1992). Bununla birlikte bazı araştırmacılar depresif duygudurumu olan hastalar için de SSD tanısı koyabilmektedir (Maier ve ark. 1997).

### Distimi

Distimi DSM-IV'te ve ICD-10'da tanımlanmış, iki yıldan uzun süren (çocuklar için bu süre bir yıldır), majör depresif bozukluk tanısı için yetersiz seviyede bulguların görüldüğü kronik depresif bozukluktur. Çocukluk başlangıçlı olabilen bu bozuklukta major depresyon görülme oranı yüksektir. Distimik bozukluğun MD'den farkı, bu kişilerin genellikle işe devam edebilmesi ve günlük aktivitelerine katılabilmesidir (Boratav 2000).

### Major Depresyon

DSM IV'e göre bir ya da birden fazla depresif epizottan oluşan; en az iki hafta süren depresif duygudurumu ya da ilgi kaybının yanı sıra diğer depresif semptomlardan en az dördünün bulunması ile tanımlı bozukluktur. Bozukluğun sosyal ya da iş yaşamında bozulmaya neden olması ya da hastada belirgin sıkıntı oluşturması gerekmektedir (Yüksel 2006).

### Depresif Duygudurum İle Giden Uyum Bozukluğu

Uyum bozukluğu, bir ya da daha çok psikososyal stresör varlığında gelişen, duygusal veya davranışsal belirtilerle karakterize psikiyatrik bir tablodur. DSM-IV tanı ölçütlerine göre, belirti örüntüsü işlevsellikte yitime yol açmalı, ya da gelişen öznel sıkıntı, stresörden beklenenden daha fazla olmalıdır (APA 1994).

Stresörün doğası ve şiddeti özgün değildir. Stresörler doğal afetler ve saldırıya uğrama gibi yıkıcı nitelikteki olaylardan çok, genellikle günlük yaşamda sık görülebilen sevgiliden ayrılma, iş değişikliği veya ekonomik zorluklar gibi sıradan olayları içermektedir. Uyum bozukluğu klinik uygulamada sık karşılaşılan bir tablo olup yaygınlığı %7-35 arasında değişmektedir (Doruk 2008). Uyum bozukluğunun alt tipleri, baskın olan belirti görünümüne göre tanımlanmaktadır; depresif duygudurum, uyum bozukluklarının en sık rast-

lanan tipidir (Doruk 2008). Uyum bozukluklarında artmış intihar riski gösterilmiştir (Portzky 2005). Genel medikal durumun seyrinde gelişen uyum bozukluklarının, mevcut hastalığı daha karmaşık hale getirdiği bilinmektedir. Bireysel yatınlık, uyum bozukluğu gelişmesinde büyük role sahiptir.

Uyum bozukluğu zaman içinde düzelebilen bir durum olduğundan herhangi bir spesifik müdahale gerekmemektedir. Yine de bazı hastalarda başlangıçta akut olarak intihar düşünceleri yoğunur ki bunlara tedavi başlanabilmektedir (Kaplan ve ark. 1994).

### Eşikaltı Depresyon Epidemiyolojisi

SSD prevelansı genel toplumda %8.4, minD %3.5, bir yıllık SSD ve minD birlikte yaygınlığı %11.8 olarak belirlenmiştir ve bu, DSM-III'deki duygudurum bozuklukları kombinasyonundan fazladır (%9.5) (Judd ve ark. 1994).

Başka bir çalışmada yaşlılarda minor depresyonun nokta prevelansı %5.2 olarak bulunmuştur, bu kabaca MD ile karşılaştırılabilir bir orandır (Lyness ve ark. 1999a, Lyness ve ark. 2007). Rucci ve ark. (2003) toplum örnekleminde eşikaltı depresyon prevelansını %9.9 bulmuştur. Backenstrass ve ark. (2006) yaptığı çalışmada ise bu oran %6.2 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar eşikaltı depresyon formlarının genel popülasyonda fazla olduğunu desteklemektedir.

2004 yılında araştırmacıların yaptığı literatür tarama analizinde Amerikan toplumunda distiminin yaşam boyu prevelansını %3.6 olarak bildirmişlerdir (Waraich ve ark. 2004).

Baldwin geniş çaplı uluslararası araştırmaların sonucunu değerlendirdiği çalışmasında distiminin birinci basamak kurumlarda belirtilen yaşam boyu prevelansını %3.7-20.6 olarak özetlemiştir (Baldwin 2000). İspanya'da yapılan bir çalışmada birinci basamakta görülen hastalarda distimi prevelansı ise %4.8 olarak bildirilmiştir (Aragones ve ark. 2004).

Farklı yöntemler kullanılsa da pek çok epidemiyolojik araştırmada minD sıklığının 30'lu yaşlarda arttığı, orta yaş döneminde azalırken, 65 yaşından sonra giderek artarak 80 yaş sonrasında en yüksek düzeylere ulaştığı gösterilmiştir (Lavretsky 2002).

### Demografik ve Klinik Özellikler

Kadınlarda erkeklere göre belirgin olarak daha fazla SSD gelişmektedir (Judd ve ark. 1994). Broadhead ve ark. çalışmalarında disforisi olmayan minD hastalarının işsizlik, bekarlık ve düşük sosyoekonomik düzey oranlarının normal bireylere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu özellikler diğer depresyon kategorileri ile (minD, distimi, MD) benzer düzeydedir.

SSD ile MD ve minD'nin sık görülen 5 belirtisinden 4'ü ortaktır: uykusuzluk, yorgunluk, sık ölüm düşünceleri, konsantrasyonda azalma (Judd ve ark. 1994).

Normallerle karşılaştırıldığında intihar riski SSD'de yükselmekle beraber MinD ve MD hastalarından daha düşük bulunmuştur. SSD'de minD'den farklı olarak belirgin kilo alma, düşünce yavaşlaması ve hipersomnia vardır. SSD'de iştah azalması prevelansının düşük olması SSD'nin atipik depresyonla bir bağlantısının olabileceğini düşündürmektedir (Judd ve ark. 1994).

### Seyir ve Prognoz

MD ve eşikaltı gruplarının klinik seyri ve farklı depresyon alttıpleri arasındaki dinamik ilişkiyi araştıran pek çok ileriye dönük çalışma yapılmıştır (Broadhead ve ark. 1990, Angst 1990, Maier ve ark. 1997, Judd ve ark. 1997, 1998). İlginç olarak bu çalışmalarda belli bir süre içinde alttıpler arasında geçiş olduğu görülmüştür. Örneğin, başlangıçta MD olarak tanı konan hasta belli bir iyileşme ile MD kriterlerini karşılamayıp eşikaltı tanısı alırken; eşikaltı depresyonda da ileride MD epizod gelişme riski yüksek bulunmuştur (Angst 1990, Horwath ve ark. 1992, Judd ve ark. 1997).

1997 yılında Judd ve ark. 4 depresyon alttıpi seyrini (minD, MD, distimi, SSD) 1 yıl süre ile incelemiştir. Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostic Interview Schedule) kullanarak yapılan değerlendirmede; başlangıçta SSD tanısı alan hastaların %48'inin 1 yıl sonra belirtisinin kalmadığı, %4'ünün ise MD geliştirdiği bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanılarak SSD'nin MD öncülü olabileceği öne sürülmüştür. Broadhead ve ark. yaptığı diğer bir çalışmada duygudurum bozukluğu olmayan minD hastalarının sadece %1.8'inin 1 yıl

içinde MD geliştirdiği, buna rağmen disforisi olanların %10'unun MD'ye dönüştüğü belirtilmektedir. MD riski açısından bu farklılığın çalışmalardaki subsendromal tanı kriter farklılıklarından kaynaklanabildiği ileri sürülmüştür. Horwath ve ark. tarafından 1992 yılında yapılan disforisi olmayan, depresif belirtileri olan hastalar, şizofrenler ve distimi hastalarının 1 yıl boyunca izlendiği çalışmada, MD geliştirme riskinin, eşikaltı depresyon grubunda 4.4, distimide 5.5, şizofrenide 2.9 olduğu belirlenmiştir. Dahası Judd ve ark. 1997 yılında MD döneminin kalıntı formu olarak da SSD'nin gözlenebildiğini, MD hastalarının %13'ünün 1 yıl içinde SSD tanısı aldığını göstermişlerdir. Yine bu çalışmada önceden MD atağı geçirenlerde SSD geliştirme riski daha yüksek bulunmuştur.

Forsell ve ark.'nın yaptığı çalışmada da MD/Distimi, minD veya SSD tanısı alan hastaların yarısı 3 yıl sonra yine bu tanı kriterlerinden birini karşılamakla beraber tanıları izlem sırasında değişmiştir. Angst ve ark. (2000) MD hastalarının %51'inin diğer depresyon alttıpi için belirlenen kriterleri karşıladığını göstermiştir. SSD tanısını karşılayan hastaların yarısının 3 yıl sonra 1 veya daha az semptom gösterdiği bildirilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada depresyonun boyutsal bir bozukluk olduğu ve etkilenen kişinin altgruplar arasında yer değiştirebileceği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte tanı sınıfının 3 yıllık prognoz için bilgi verebildiği düşünülmektedir. MD/Distimi tanı kriterlerini karşılayan grubun prognozu daha kötü olmakla birlikte minD/SSD grubunda MD/Distimi gelişme riski 4-5 kat artmaktadır. Yapılan bir çok toplum örnekli çalışmada da Major Depresyon tanısı konulan kişilerin birçoğunun diğer depresyon alttıplerinin tanı kriterlerini de karşıladığı gösterilmiştir (Chen ve ark. 2000, Angst ve ark. 2000, Sadek ve Bone 2000, Forsell 2007). Başka bir çalışmada subsendromal depresyonu olan hastaların %8'inin MD geliştirme riski taşıdığı gösterilmiş, hiçbir semptom göstermeyen bireylerde ise bu oran %1.8 olarak bildirilmiştir (Cuijpers ve ark. 2004).

Distimik hastaların on yıllık izlemine kapsayan kohort analizlerine göre; bu kişilerde uzamış belirti süresi ve yüksek nüks oranlarının olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların neredeyse tümünde gözlenen komorbid major depresyonun kötü prognoza neden olduğu bildirilmiştir (Klein ve ark. 2006).

MinD/SSD'si olan kişilerin, depresif belirtilerinin süregenlik kazanması veya MD'ye dönüşmesi yönünde yüksek risk taşıdığı ileri sürülmekle birlikte, MinD hastalarının yaklaşık yarısının iyileştiği belirtilmiştir (Lyness ve ark. 2002).

Özet olarak; SSD'nin MD gibi ciddi depresif bozuklukların prodromal ya da rezidüel fazı olarak izlenebildiği görülmektedir. SSD aynı zamanda eşikaltı depresyonun kronik seyri olarak da kendini gösterebilir, örneğin, SSD ve minD hastalarının %27'sinin 1 yıl sonraki izlemde de semptomatik olduğu gösterilmiştir (Judd ve ark. 1997). Bununla birlikte yaşam olaylarına ikincil olarak tanı alan SSD hastalarının 1 yıl sonra %48'inin asemptomatik olduğu gözlenmiştir (Judd 1997). Tüm bunlar ışığında unipolar depresif bozukluk seyriinde ortaya çıkan SSD ile genel toplumda spontan olarak izlenen SSD arasında farklı özellikler olabileceği belirtilmekle birlikte seyir ve prognozu öngören özellikler şu anda bilinmemektedir.

Hiçbir DSM-IV depresyon alttipi tanı kriterini karşılamayan, hafif depresyon belirtileri de psikososyal bozulmaya neden olabilmektedir. SSD, acil servis veya ayaktan poliklinik gibi diğer sağlık servislerine başvurunun artması, iş üretiminin azalması ve sosyal izolasyonun artması gibi nedenlerle psikososyal bozulmalara yol açmaktadır. Buna ek olarak SSD'ye bağlı bozulma, dolaylı olarak psikiyatrik ek tanı ve MD gelişme riskindeki artışla da işlevselliği etkilemektedir. Tüm bunların ışığında eşikaltı depresyon özellikle SSD'nin yaygınlığının yüksek olması nedeniyle, MD'ye benzer bir ekonomik yüke neden olabilmektedir (Sadek ve Bona 2000).

### Eşikaltı Depresyonlara Yaklaşım

Eşikaltı depresyonların yüksek morbiditesine rağmen; net tanı sınıflamalarının olmaması standart tedavi yaklaşımını oluşturmamızı zorlaştırmaktadır. Bir çok kişinin yaşadığı depresif duygulanımın diğer belirtilerden bağımsız işlevsellik kaybına neden olabilmesi yanında çökkün ruh hali veya anhedoni olmaksızın yaşanan depresif belirtilerin iş gücü kaybına yol açması ve bu durumların MD dahil tüm depresif bozukluklar içinde birbirine dönüşebilir olması sınıflandırma gücüne neden olmaktadır. Eşikaltı depresyonu tanımlamaya ve

tedavi seçeneklerini değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda sonuçları yorumlamadaki güçlükler nedeniyle kısıtlılıklar mevcuttur. Çalışmaların örneklem gruplarını birinci basamak tedaviye başvuranlardan genel topluma kadar geniş bir yelpazede alınması karşılaştırma güçlüklerine yol açmaktadır. Çalışmalarda kullanılacak ölçeklerin altgrupları ayırmaya yönelik olmayışı, araştırmacıların standart tarama anketlerini kullanmasına engel olmuştur. Ayrıca kullanılan ölçeklerde de araştırmacıya göre kesme değerleri kullanılarak hasta seçimleri yapılmıştır. Yaşlı popülasyonda eşikaltı depresyon çalışması diğer yaş gruplarına göre daha fazla yapıldığından sonuçları genel topluma uyarlanması mümkün olamamaktadır. Geriatrik depresyonlarda artmış eşikaltı depresyon ve kronisite insidanslarının, çalışmaların bu yaş grubunda daha sık yapılması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

### Eşikaltı depresyonlara yaklaşım

Eşikaltı depresif durumların tanı ve sınıflama karmaşası ile beraber bu duruma yaklaşım ile ilgili olarak da fikir birliği bulunmamaktadır. Bir taraftan depresif duygudurumu olan hastaların yaygın olarak depresyon tanısı ile takip edildiğini düşünen Parker ve ark. 242 öğretmenle yaptıkları 15 yıllık izlem çalışmasında katılımcıların %95'inde belirgin çökkün ruh hali ve bir kısmına eşlik eden suçluluk, ümitsizlik, acizlik ya da kendine güven kaybı yaşadığı depresif epizod (ortalama yılda 6 kez) olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma sonucunda depresif duygulanımın bir bozukluk olmadan hayatın içinde olduğu savunulmaktadır. Depresif duygudurumu olan hastaların tedavi edilmesinin, normal duygulanımı hastalık olarak görerek, var olan tedavi yönteminin güvenilirliğini azalttığı ileri sürülmüştür (Parker 2007). Ian Hickie ise Parker'ın çalışmasına karşıt olarak; bu artmış tedavi oranlarının ve 15 yıldır süren tedavi yöntemlerinin daha düşük intihar oranları ve daha yüksek üretkenlik sağladığını belirtmiştir. Aynı zamanda sağlanan bu ilaç ve psikolojik tedavi yöntemlerinin maliyetlerine göre daha çok kar sağladığını bu yüzden gereğinden fazla depresyon tanısı konulmadığını, hatta hayat kurtaran bu tedavi yönteminin hala birçok insana ulaşmadığını belirtmiştir (Hickie 2007).

Depresif duygudurumunun evrimsel süreçte ortaya çıkan bir savunma mekanizması olduğu ileri sürülmektedir. Kazanılamayacak rekabet koşullarında (Nesse ve ark. 2000) ve geliştirilen çözümlerin yetersizliğinde ortaya çıkan depresyonun, kaynakların ve enerjinin doğru koşullar oluşana kadar saklanması yönelik bir mekanizma olabileceği bildirilmektedir. Bu durumda depresif duygudurumunun tedavi edilmesi organizmanın hedefe yönelik kaynak kullanımını önlemektedir (Gilbert 2006).

Bir taraftan eşikaltı depresyona bağlı belirgin bozulma olduğunun gözlenmesi klinisyenleri bu duruma müdahale etmeye yönlendirmektedir. Sadece ilaç tedavisi, çoğu zaman hastanın yaşam olaylarına, strese ve kendilik algılarına yönelik tutumunu değiştirmede yeterli olmamaktadır. Psikoterapi ve ilaç tedavisinin kombine uygulanmasının daha etkin olacağı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Depresyon MD, minD, RKD, SSD ve distimi gibi farklı şiddetlerde ortaya çıkabilir. Çalışmalar depresyon belirtilerinin 5'ten az veya sürenin 2 haftadan kısa olduğu durumlarda da kişinin işlevsel kapasitesinde belirgin bozulmaya neden olacağını göstermiştir, bu bozulmayı MD gelişme riskini artırarak da sağlamaktadır (Kendler ve Gardner 1998).

SSD belirgin olarak psikososyal ve mesleki bozulmalara yol açabilmektedir. Dahası intihar ve MD gelişme riskini de arttırmaktadır.

Depresif durumların her biri (SSD, RKD, minD, distimi, MD) ortak altyapıyı paylaşan, psikososyal bozulma yoğunluğunda, seyrinde ve büyük olasılıkla etiyojide farklı olan durumlardır. Judd ve ark. unipolar depresyonun, bir spektrum olduğunu ve

farklı şiddetlerde ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. SSD bu spektrumun en hafif formu iken, bunu minD, distimi, MD ve en ağır form olan çifte depresyon izlemektedir. Bu alttıpler arasındaki sınırların esnek olduğu ve zaman içinde değişebileceği unutulmamalıdır. SSD aynı zamanda MD'nin prodromal veya rezidüel formu olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

Burada her bir depresif alttıpi için farklı tedavi algoritması var mı sorusu akla gelmektedir. Spektrumun hafif formlarını psikososyal müdahalelerle tedavi etmenin yeterli olmadığı durumlarda nasıl bir farmakolojik yaklaşımın uygun olacağı ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Çalışmaların genel değerlendirilmesi sonucunda SSD gibi hafif hastalık grubunun bir kısmı (özellikle MD geliştirme riski yüksek olan) kuvvetli tedavi almayı gerektirmektedir; bu grup daha önce MD öyküsü veya MD aile öyküsü olan hastaları veya komorbid hastalığı olanları içermektedir.

Yine de unutmamak gerekir ki normal duygularımızı patolojik olarak yorumlama artmasına bağlı olarak artan antidepresan kullanımı, doğal başa çıkma yollarımızın gelişmesini önleyebilmekte, ilaçların duygusal duyarsızlaştırma etkisi ile sorunlara çözüm bulmak yerine görmezden gelme eğilimini arttırabilmektedir.

Bu durumların daha iyi tanınabilmesi ve etkin tedavi yöntemlerinin bulunması için uluslararası kabul gören standart tanı ölçeklerinin kullanıldığı, homojen örneklemin ve uzun dönem izlemin bulunduğu, biyokimyasal ve nörogörüntüleme incelemelerinin yer aldığı çalışmalara gereksinim vardır.

---

Yazışma adresi: Dr. Aslı Akın Aslan, Batman Bölge Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, Batman, aslias@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. Baskı., Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Baskı., Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angst J, Sellaro R, Merikangas KR (2000) Depressive spectrum

diagnoses. Compr Psychiatry, 41(Suppl 1):39-47.

Angst J, Merikangas K, Scheidegger P ve ark. (1990) Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. J Affect Disord, 19(2):87-98.

Aragones E, Pinol JL, Labad A ve ark. (2004) Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. Int J Psychiatry Med, 34:21-35.

- Backenstrass M, Frank A, Joest K ve ark. (2006) A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry*, 47:35-41.
- Baldwin DS (2000) Dysthymia: options in pharmacotherapy. *Managing Depressive Disorders*, Palmer KJ (ed). Philadelphia, Lippincott, Williams, & Wilkins, s.17-28.
- Boratav C (2000) Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: Eleştirel bir inceleme. *Duygudurum Dizisi*, 1:18-28.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK ve ark. (1990) Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264:2524-2528.
- Chen L-S, Eaton WW, Gallo JJ ve ark. (2000) Empirical examination of Current depression categories in a population-based study: Symptoms, course and risk factors. *Am J Psychiatry*, 157:573-580.
- Clarke D, Kissane D (2002) Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*, 36:733-742.
- Clarke D, Mackinnon A, Smith G ve ark. (2000) Dimensions of psychopathology in the medically ill. *Psychosomatics*, 41:418-425.
- Cuijpers P, de Graaf R, Van Dorsselaer S (2004) Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord*, 79 :71-79.
- De Figueiredo J (1993) Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr Psychiatry*, 34:308-311.
- Doruk A, Çelik C, Özdemir B ve ark. (2008) Uyum bozukluğu ve yaşam olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:197-202.
- Forsell Y (2007) A three year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: Results from a population-based study. *Depress Anxiety*, 24:62-65.
- Gilbert P (2006) Evolution and depression: Issues and implications. *Psychol Med*, 36:287-297.
- Gutkovich Z, Rosenthal R, Galynker I ve ark. (1999) Depression and demoralization among Russian-Jewish immigrants in primary care. *Psychosomatics*, 40:117-125.
- Hickie I (2007) Is depression overdiagnosed? No. *BMJ*, 335:329.
- Horwath E, Johnson J, Klerman GL ve ark. (1992) Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 49:817-823.
- Judd LL, Akiskal HS, Maser JD ve ark. (1998a) A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55:694-700.
- Judd LL, Akiskal HS, Maser JD ve ark. (1998b) Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord*, 50:97-108.
- Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP (1997) The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*, 45:5-18.
- Judd LL, Akiskal HS (2000) Delineating the longitudinal structure of depressive illness: Beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry*, 33:3-7.
- Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP ve ark. (1994) Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry*, 55(Suppl 4):18-28.
- Judd LL, Rapaport MH, Yonkers KA ve ark. (2004) Randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine for acute treatment of minor depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 161:1864-1871.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Adjustment Disorders. Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı, New York, Williams & Wilkins, s.727-730.
- Keilholz P (1973) *Masked depression*. Bern, Hans Huber Publishers, s.61-76.
- Kendler KS, Gardner CO (1998) Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*, 155:172-177.
- Klein DN, Schwartz JE, Rose S ve ark. (2000) Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *Am J Psychiatry*, 157:931-939.
- Klein DN, Shankman SA, Rose S (2006) Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry*, 163:872-880.
- Lavretsky H, Kumar A (2002) Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10:239-255.
- Lyness JM, Caine ED, King DA ve ark. (1999) Cerebrovascular risk factors and depression in older primary-care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 7:252-258.
- Lyness JM, Kim J, Tang W ve ark. (2007) The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:214-23.
- Lyness JM, King DA, Cox C ve ark. (1999) The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc*, 47:647-652.
- Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O (1997) The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disorders*, 45:41-51.
- Nakamura Y (1999) Grief reactions treated in a psychiatric out-patient clinic. *Psychiatry Clin Neurosci*, 52:357-363.
- Nesse RM (2000) "Is Depression an Adaptation?". *Arch Gen Psychiatry*, 57:14-20.
- Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM ve ark. (1996) Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*, 53:880-886.
- Parker G (2007) Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ*, 335:328.
- Paskind HS (1930) Manic depressive psychosis in private practice. *Arch Neurol Psychiatry*, 23:787-794.
- Patfield M (2000) Creeping custodialism. *Australas Psychiatry*, 8:370-372.



Paykel ES (Ed) (1992) Handbook of affective disorders. 2. Baskı, Newyork, Guilford Press.

Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K (2005) Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *J Affect Disord*, 87:265-270.

Pridmore S (2009) Download of Psychiatry, Chapter 8. Last modified: January, 2009 [www.eprints.utas.edu.au/2879/chapter\\_8\\_sadness\\_and\\_depression.pdf](http://www.eprints.utas.edu.au/2879/chapter_8_sadness_and_depression.pdf)

Rucci P, Gherardi S, Tansella M ve ark. (2003) Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*, 76:171 -181.

Sadek N, Bona J (2000) Subsyndromal symptomatic depression: A new concept. *Depress Anxiety*, 12:30-39.

Sherbourne CD, Wells KB, Hays R ve ark. (1994) Subthreshold depression and depressive disorder: Clinical characteristics of

general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry*, 151:1777-1784.

Summerfield D (2006) Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J R Soc Med*, 99:161-162.

Van praag HM (2000) Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry*, 1(3):151-158.

Waraich P, Goldner EM, Somers JM ve ark. (2004) Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 49:124-138.

Wells KB, Stewart A, Hays RD ve ark. (1989) The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*, 262:914-919.

Yüksel N (2006) Ruhsal Hastalıklar. Duygudurum Bozuklukları. 3. Baskı, MN Medikal ve Nobel, s.183-221.