

Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Birlikte Görüldüğü Durumların Klinik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*

Clinical Features of Patients with both Major Depression and Anxiety Disorders Episodes: A Comparative Study

Hasan Karadağ¹, Sibel Örsel², Ayşegül Kart³, Buket Özcaltepe⁴, Hakan Türkçapar², Enis Kayran³
¹Uz.Dr., ²Doç.Dr., ³Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ⁴UzDr., Serbest Hekim Ankara

ÖZET

Amaç: Anksiyete ve duygulanım bozuklukları arasındaki farklılıklar daha net tanımlanmakla birlikte iki bozukluğun ortak bir psikopatolojinin farklı klinik görünümü olduğu yönünde tartışmalar da artmıştır. Bu çalışmada depresyon ile anksiyete bozukluğunun hem tanı hem de belirti düzeyinde ortak ve farklı özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı alan 113 ardışık hasta alındı. Hastalar anksiyete bozukluğu, depresyon, karışık anksiyete ve depresif bozukluk (KAD) epizodları olan üç gruba ayrıldı. Özgeçmiş ve sosyodemografik özellikleri içeren bilgi formu, Hamilton Depresyon (HAM-D) ve Anksiyete (HAM-A) ve işlevselleğin genel değerlendirilmesi (İGD) uygulandı. **Bulgular:** Depresyon grubunda 15 (%13.3), anksiyete grubunda 48 (%42.5), karışık anksiyete depresyon grubunda 50 hasta (%44.2) vardı. Başlangıç yaşı depresyon grubunda daha ileri yaşta idi. Anksiyete grubunda kırsal, KAD grubunda kentsel doğumlu oranları yüksekti. KAD grubundaki hastaların %80'inde birincil anksiyete bozukluğu, %20'sinde birincil depresyon epizodu saptandı. HAM-A psikik puanları anksiyete, korkular madde puanları depresyon grubunda daha düşüktü. HAM-D depresif sendromun şiddeti ve depresif belirti puanları açısından üç grup arasında anlamlı fark vardı. **Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, korkuların anksiyete epizodları olanlarda daha sıklıkla olduğunu, depresyon belirtilerinin gruplar arası farklılıkta öne çıktığı, anksiyeteden depresyon epizodlarına doğru kronolojik bir gelişim olduğunu desteklemektedir. **Anahtar Sözcükler:** Depresyon, anksiyete, semptomatoloji.

(*Klinik Psikiyatri 2011;14:164-172*)

SUMMARY

Objectives: The differences among anxiety and mood disorders have become more sharply defined but a larger debate has arisen about whether these two conditions share a common psychopathology or not. We aimed to investigate sociodemographic, common and different features of depression and anxiety on both syndrome and symptom levels. **Method:** 113 consecutive patients diagnosed by Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) were recruited. Patients were divided into three diagnostic groups: depression (n=15), anxiety (n=48) and depression-anxiety disorder episodes (MAD) (n=50). Symptomatology was assessed by Hamilton Depression (HRSD) and Anxiety (HARS) Rating scale, global assessment of functionality scale (GAF) for functionality levels. **Results:** There were 15 (%13.3) in depression, 48 (%42.5) in anxiety, 50 (%44.2) patients in MAD groups. Onset age of the symptoms of the present diagnosis was latest at depression group. The rural birth rates in anxiety, urban birth rate in MAD groups were more frequent. In MAD group %80 of the patients had primer anxiety disorder episode and %20 had primer depression episode. HAM-A psychologic item scores in anxiety group, fears item scores were lower in depression group. There were significant difference between three groups in terms of HAM-D depressive syndrom severity and depressive items. **Conclusion:** The results of our study suggest that fears were more frequent in anxiety group, but depressive symptoms were predominant in the differences of the groups and anxiety may progress chronologically towards the depression.

Key Words: Depression, anxiety, symptomatology.

*Bu çalışma, 14. Bahar sempozyumunda (13-17 Nisan 2010, Antalya) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Güncel tanısal sınıflandırma sistemleri, anksiyete ve depresif bozuklukları ayrı kategorilerde değerlendirmektedir. Psikopatoloji tanı tarihinde ise bu ayırım 1990'lı yılların başında anksiyete bozukluklarının ayrı bir grup olarak tanımlanması ile olmuştur (Fichter ve ark. 2010). Anksiyete ve depresyon arasındaki farklılıklar süreç içerisinde daha net tanımlanmış olmakla birlikte iki bozukluk arasındaki bağlantılara yönelik tartışmalar da giderek artmıştır (Silverstone ve von Studnitz 2003).

Anksiyete ve depresyon klinik özellikleri, patofizyoloji ve tedavideki farklılıkları nedeniyle ayrı bozukluklar olarak düşünülürken, eşzamanlı hastalık ve ortak risk faktörleri yoluyla ilişkili bulunmuşlardır (Beesdo ve Ark. 2010). Son dönemde yapılan birçok klinik ve epidemiyolojik çalışma anksiyete bozuklukları ve depresyonun sıklıkla eş hastalık olarak ortaya çıktıklarını bulmuştur (Beesdo ve ark. 2010). Temelde bir anksiyete veya depresif bozukluğu olan hastaların %55'inde değerlendirme sırasında en az bir tane eşzamanlı anksiyete veya depresif bozukluğu olduğu, yaşam boyu tanılara göre ise bu oranın %76'ya çıktığı bildirilmiştir (Brown ve Barlow 2009). Ayrıca eşzamanlı hastalık durumu dışında depresyon ve anksiyete belirtilerinin eşik altı olarak birlikteliğinin karışık anksiyete ve depresyon bozukluğu olarak DSM-V'de yer alması önerilmektedir (www.dsm5.org). Yine DSM'de yer almamakla birlikte alt tip olarak anksiyeteli depresyon tanımlanması önerilmektedir (Rao ve Zisook 2009). Anksiyete ve depresyon ile ilişkili bu tanımlamaları birbirinden ayırt edecek yeterli veri bulunmamaktadır (Silverstone ve von Studnitz 2003).

Anksiyete ve depresyonun hem tanı hem de belirti düzeyinde sık birlikteliği üzerine yapılan çalışmalarda, bu iki bozukluk belirtilerinin birbirleri üzerine de etkilerinin olduğu, anksiyete bozukluğu belirtilerinin depresyon belirtilerinin gelişiminde ve artmasında rol oynadığı gösterilmiş ve hatta anksiyete bozukluğunun kendisi depresyon gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (Fichter ve ark. 2010, Hale ve ark. 2009). Bu bilgiler, anksiyete ve depresyonun iki ayrı sendrom mu olduğu yoksa aynı hastalığın farklı dışavurumları mı olduğu sorusunu doğurmuştur. Bazı çalış-

malar ayrı sendromlar olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar ise iki bozukluğun temelde ortak bir boyutunun olduğu görüşünü desteklemektedir ve bu konudaki tartışmalar halen devam etmektedir (Hale ve ark. 2009, Özden ve Temizsu 2010).

Bu çalışmadaki amacımız anksiyete ve depresyonun tanı ve belirti düzeyinde ortak ve ayırt edici özelliklerini ortaya koyarak, hem klinik pratiğimizde bu iki bozukluğu güvenilir bir şekilde birbirinden nasıl ayırt edebileceğimiz konusunda bilgi edinmek, hem de birbirleri ile ilişkilerini güncel tartışmalar doğrultusunda değerlendirmektir. Ayrıca sosyodemografik veriler üzerinden bu iki bozukluk için ortak ve ayırt edici risk faktörlerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme

Çalışmaya Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Etlik Psikiyatri Polikliniği'ne ardışık olarak başvuran, başvuru sırasında herhangi bir psitotrop ilaç tedavisi almayan, DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile depresif ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları alan, 20-70 yaş arasında değişen, 40 erkek 73 kadın olmak üzere toplam 113 hasta alınmıştır. Araştırma için hastane yerel etik kurulundan izin alınmış, hastalar katılım için bilgilendirilmiş onam vermiştir.

Psikotik bozukluk, ikiüçlü duygudurum bozukluğu, madde ya da alkol kullanım bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluğu bulunanlar ve testler nedeniyle okuma yazma bilmeyenler çalışmaya alınmamıştır.

İşlem

Poliklinik psikiyatristi tarafından özgeçmiş, soygeçmiş bilgileri ve sosyodemografik özelliklerini içeren bilgi formları doldurulmuştur. SCID uygulandıktan sonra klinik belirti örüntüsünü belirlemek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. İşlevsellik düzeyi, işlevselliğin genel değerlendirme ölçeği (İGD) ile saptanmıştır.

İstatistiksel analiz

Elde edilen tüm veriler sayısal şekilde kodlanıp SPSS 14.0 (Statistical Program for Social Sciences release 14.0 standard version) programı ile değerlendirildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik yöntemleri, parametrik testler (ki kare testi, ilişkisiz örneklem için T testi) ve gerekli durumlarda nonparametrik testler uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alındı.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler

DSM tanı dağılımına göre 23 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) (%20.4), 21 Panik Bozukluk (PB) (%18.6), 8 Sosyal Fobi (SF) (%7.1), 38 Majör Depresif Bozukluk (MDB) (%33.6), 14 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) (%12.4), 9 Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) (%8.0) bulunmaktaydı.

SCID-I uygulaması sonrası belirlenen tanılar (şimdi ve daha önce geçirilmiş olan epizotlar dikkate alınarak), sadece anksiyete bozukluğu epizodları olan anksiyete grubu, sadece depresyon epizodları olan depresyon grubu, anksiyete ve depresif bozukluk epizotları olan karışık anksiyete depresyon grubu (KAD) olmak üzere üç grupta sınıflandırıldı. Tanı gruplarına baktığımızda; depresyon grubunda 15 (%13.3), anksiyete grubunda 48 (%42.5), KAD grubunda 50 hasta (%44.2) olduğu saptandı. Tanı grupları içerisinde cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1.1$, $p=0.5$).

Hasta grubunun yaşları 21 ile 67 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 38.9 ± 10.24 idi. Hastaların, şimdiki SCID-I tanılarına ait şikayetlerin başlangıç yaşlarına baktığımızda, depresyon grubunda diğer iki gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha geç başlangıç yaşı olduğu belirlendi ($F=6.6$, $p=0.002$). Hastalık grupları ilk epizot başlangıç yaşı açısından değerlendirildiğinde ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($F=1.6$, $p=0.2$) (Tablo 1). KAD grubundaki 50 hastanın 40'ında (%80.0) önce anksiyete bozukluğu epizodu başlarken, 10 hastada (%20.0) önce majör depresyon epizodu başlamıştı.

Medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, yerleşim yeri, göç, sosyoekonomik düzey, alkol ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, doğum yeri açısından anksiyete grubunda kırsal, KAD grubunda kentsel doğumlu olma oranları yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=8.3$ $p=0.01$) (Tablo 1). Çalışma grubunun %40.7'sinin ($n=46$) I. ve/veya II. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Tüm hastaların %17.7'sinin ($n=20$) I. ve/veya II. derece akrabalarında alkol bağımlılığı öyküsü mevcuttu.

Hasta gruplarının klinik özellikler ve işlevsellik düzeyi açısından değerlendirilmesi:

Hasta grupları, işlevsellik düzeyi açısından tek yönlü Anova testi ile değerlendirildiğinde, işlevselleğin genel değerlendirme (İGD) puanlarının anksiyete bozukluğu grubunda ortalama 57.56 ± 7.45 depresyon grubunda ortalama 55.20 ± 5.82 KAD grubunda ortalama 57.14 ± 7.06 bulundu, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($F=0.6$, $p=0.5$).

Tüm hasta grubunda HAM-A puanı ortalaması 19.00 ± 6.88 , anksiyete grubunda 17.52 ± 7.46 , depresyon grubunda 19.67 ± 5.56 , KAD grubunda 20.22 ± 6.48 bulundu. Anksiyete sendromunun şiddeti yönünden gruplar arasında istatistiksel farklılık yoktu ($F=2.0$, $p=0.1$). HAM-A psikik puanları tüm hasta grubundaki 7.88 ± 2.64 ortalaması, KAD grubundaki 8.70 ± 2.38 ile depresyon grubundaki 8.07 ± 2.37 ortalamalarıyla benzerken, anksiyete grubunda 6.96 ± 2.73 ile istatistiksel açıdan düşük saptandı ($F=5.2$, $p=0.007$). HAM-A somatik puanları tüm hasta grubunda ortalama 11.10 ± 5.07 , anksiyete grubunda 10.43 ± 5.39 , depresyon grubunda 10.67 ± 2.26 , KAD grubunda 11.80 ± 5.38 bulundu. İstatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($F=0.6$, $p=0.5$).

HAM-A ölçeği madde puanlarına baktığımızda; korkular anksiyete grubunda belirgin olarak yüksek saptandı ($F=5.7$, $p=0.004$); yine bu grupta genitoüriner belirtiler açısından anlamlı farklılık mevcuttu ($F=5.2$, $p=0.007$). Depresyon grubunda ise depresif mizaç anlamlı olarak yüksekti ($F=37.0$, $p=0.001$) ve uykusuzluk şiddeti daha fazlaydı ($F=8.5$, $p=0.001$). Kognitif zayıflama en fazla

Tablo 1. Grubun sosyodemografik verileri

	Toplam		Anksiyete		Depresyon		KAD		İstatistik
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	113	100	48	42.5	15	13.3	50	44.2	
Başvuru yaşı	38.85±10.24		39.46±10.42		45.77±11.77		36.79±8.19		F=3.0, p=0.05, b>c
İlk hastalık yaşı	26.44±12.33		26.73±11.44		31.27±13.46		24.72±12.65		F=1.6, p=0.2
Cinsiyet									
Erkek	39	34.5	16	33.3	7	46.7	16	32.0	X ² = 1.1, p=0.5
Kadın	74	65.5	32	66.7	8	53.3	34	68.0	
Medeni Durum									
Bekar	21	18.6	7	14.6	1	6.7	13	26.0	X ² = 4.0, p=0.4
Evli	82	72.6	36	75.0	13	86.7	33	66.0	
Dul-Boşanmış	10	8.8	5	10.4	1	6.7	4	8.8	
Eğitim									
İlkokul	39	34.5	17	35.4	8	61.5	14	28.0	X ² = 4.3, p=0.6
Ortaokul	27	23.9	12	25.0	2	7.7	13	26.0	
Lise	31	27.4	14	29.2	3	23.1	14	28.0	
Yüksekokul	16	14.2	5	10.4	2	7.7	9	18.0	
Meslek									
Çalışmayan	66	58.4	30	62.5	7	46.7	29	58.0	X ² = 5.4, p=0.5
Çalışan	38	33.6	14	29.2	4	26.7	20	40.0	
Emekli	9	8.0	4	8.3	4	26.7	1	2.0	
Doğum yeri									
Kırsal	52	46	29	60.4	6	40.0	17	34.0	X ² = 8.3, p=0.01
Kentsel	61	54	19	39.6	9	60.0	33	66.0	
Yerleşim yeri									
Kırsal	10	8.9	5	10.4	1	6.7	4	8.0	X ² = 0.4, p=0.9
Kentsel	103	91.1	43	89.6	14	93.3	46	92.0	
Göç									
Yok	74	65.5	27	56.3	13	86.7	34	68.0	X ² = 4.9, p=0.08
Var	39	34.5	21	43.8	2	13.3	16	32.0	

a=anksiyete, b=depresyon, c= KAD

KAD grubunda, en az ise anksiyete grubunda mevcuttu (F=5.9, p=0.004). Diğer HAM-A ölçeği belirtileri olan anksiyeteli mizaç, gerilim duygusu, somatik belirtiler, kardiyovasküler belirtiler, solunum belirtiler, gastrointestinal belirtiler,

otonomik belirtiler ve görüşme sırasındaki anksiyete düzeyi tüm gruplarda benzerdi (Tablo 2).

Depresif sendromun şiddeti açısından, HAM-D ölçeği puanları tüm hasta grubunda ortalama 17.96±8.35, anksiyete grubunda 12.98±5.35,

Tablo 2. HAM-A puanları açısından tanı gruplarının karşılaştırılması

HAM-A	Anksiyete ORT±SS	Depresyon ORT±SS	KAD ORT±SS	İstatistik
Anksiyeteli mizaç	1.96±0.80	1.53±1.06	1.96±0.78	F=1.7, p=0.2
Gerilim	1.50±0.77	2.00±0.66	1.62±0.73	F= 2.4, p=0.1
Korkular	1.65±0.96	0.73±1.10	1.48±0.86	F=5.7, p=0.004 a>b
Uykusuzluk	1.48±1.07	2.73±0.46	1.92±1.07	F=8.5, p=0.001 c<b
Kognitif zayıflama	1.19±0.82	1.67±0.48	1.92±0.69	F=5.9, p=0.004 a<c
Depresif mizaç	0.67±0.75	2.53±0.52	1.86±1.03	F=37.0, p=0.001 a<c<b
Somatik belirtiler	1.27±0.84	1.53±0.99	1.38±0.81	F=0.6, p=0.5
Kardiyovasküler belirtiler	1.52±0.90	1.07±0.88	1.30±0.79	F= 2.1, p=0.1
Solunum belirtileri	1.27±0.94	1.13±0.64	1.18±0.69	F=0.2, p=0.8
Gastrointestinal belirtiler	1.17±0.88	1.27±1.03	1.26±0.85	F=0.05, p=0.1
Genitoüriner belirtiler	0.90±0.72	1.40±0.63	1.40±0.95	F=5.2, p=0.007 a<b,c
Otonomik belirtiler	1.40±1.03	1.00±0.85	1.40±0.70	F= 1.4, p=0.2
Görüşme anksiyete düzeyi	1.40±0.82	1.07±0.70	1.42±0.78	F= 1.4, p=0.2
HAM-A-Psişik	6.96±2.73	8.07±2.37	8.70±2.38	F=5.2, p=0.007 a<b,c
HAM-A-Somatik	10.43±5.39	10.67±2.26	11.80±5.38	F=0.6, p=0.5
HAM-A-Toplam	17.52±7.46	19.67±5.56	20.22±6.48	F=2.0, p=0.1

a=anksiyete, b=depresyon, c= KAD

depresyon grubunda 26.53 ± 4.41 , KAD grubunda 20.18 ± 8.64 bulundu; üç grup istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklıydı ($F=25.0$, $p=0.001$). HAM-D ölçeği belirti puanları açısından değerlendirdiğimizde depresif duygudurum 2.73 ± 0.58 puan ile depresyon grubunda en yüksekti ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($F= 58.1$, $p= 0.001$). Erken uyanma ($F=22.0$, $p= 0.001$), suçluluk duyguları ($F=16.1$, $p=0.001$), motor retardasyon ($F=27.7$, $p=0.001$) madde puanları açısından da üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu.

Motivasyon eksikliği, cinsel ilgi kaybı, somatik belirtiler, intihar düşünceleri madde puanları açısından anksiyete ve depresyon grubu arasında, orta uykusuzluk ve kilo kaybı madde puanları

açısından depresyon ve KAD grubu arasında, enerji kaybı ve içgörü madde puanları açısından ise anksiyete ve KAD grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. HAM-D ölçeğinin erken uykusuzluk, ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriasis ve ajitasyon madde puanlarında üç grup arasında istatistiksel anlamlılık yoktu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmadaki amacımız anksiyete ve depresyon arasında hem sosyodemografik özellikler açısından hem de tanı ve belirti düzeyinde ortak ve farklı özelliklerin belirlenerek güncel tartışmalar açısından ele alınmasıdır. Anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki risk faktörlerine yönelik yapılan çalışmalar

Tablo 3. HAM-D puanları açısından tanı gruplarının karşılaştırılması

HAM-D	Anksiyete	Depresyon	KAD	İstatistik	
	ORT±SS	ORT±SS	ORT±SS		
Depresif duygudurum	0.52±0.58	2.73±0.58	1.68±0.10	F=58.1, p=0.001	a<c<b
Motivasyon eksikliği	0.72±0.71	2.00±0.38	1.58±1.05	F=18.3, p=0.001	a<b
Cinsel ilgi kaybı	0.69±0.88	1.60±0.37	1.28±0.90	F=8.5, p=0.001	a<b
Somatik belirtiler	0.42±0.68	1.00±0.65	0.80±0.81	F=4.6, p=0.01	a<b
Erken uykusuzluk	1.15±0.87	1.47±0.74	1.30±0.84	F=0.9, p=0.4	
Orta uykusuzluk	0.75±0.84	1.60±0.63	1.14±0.67	F=9.0, p=0.001	c<b
Erken uyanma	0.11±0.31	1.20±0.77	0.72±0.88	F=22.0, p=0.001	a<c<b
Enerji kaybı	0.98±0.64	1.80±0.56	1.56±0.58	F=18.6, p=0.001	a<c
Suçluluk duyguları	0.21±0.58	1.33±0.62	0.92±0.92	F=16.1, p=0.001	a<c<b
İntihar	0.42±0.82	1.53±1.06	1.20±1.10	F=9.1, p=0.001	a<b
Ruhsal anksiyete	2.35±1.21	2.27±1.09	2.30±0.99	F=0.09, p=0.9	
Bedensel anksiyete	1.96±1.17	2.13±1.06	2.16±0.91	F=0.5, p=0.6	
Hipokondriyazis	0.85±0.82	1.07±0.88	0.72±0.83	F=0.3, p=0.8	
İçgörü	0.10±0.37	0.53±0.64	0.32±0.51	F=5.4, p=0.006	a<c
Retardasyon	0.17±0.38	1.33±0.62	0.88±0.87	F=27.7, p=0.001	a<c<b
Ajitasyon	1.25±0.89	1.07±0.8	1.22±0.86	F=0.2, p=0.8	
Kilo kaybı	0.33±0.6	1.07±0.80	0.64±0.80	F=6.9, p=0.001	c<b
Toplam Puanları	12.98±5.35	26.53±4.41	20.18±8.64	F=25.0, p=0.001	a<c<b

a=anksiyete, b=depresyon, c= KAD

depresyon ve anksiyete bozukluklarının altta yatan aynı psikopatolojinin farklı görünüşleri olabileceğini yansıtmaktadır (Kendler ve ark. 2007), (King-Kallimanis ve ark. 2009, Demirkan ve ark. 2010). Genetik ve ikiz çalışmaları bu bozuklukların paylaşılmış genetik ortak bir temellerinin olduğu görüşünü desteklemektedir. Çevresel risk faktörleri ise bu iki bozuklukta daha zayıf ilişki göstermektedir, bu da çevresel faktörlerin daha çok altta yatan psikopatolojinin hangi görünümde ortaya çıkacağını etkiledikleri yorumuyla açıklanmıştır (Kendler ve ark. 2007, King-Kallimanis ve ark. 2009, Demirkan ve ark. 2010). Bizim çalışmamızda ise hasta gruplarında medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, yerleşim yeri, göç, sosyoekonomik düzey ve alkol ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Sadece doğum yeri açısından anksiyete grubunda kırsal,

KAD grubunda kentsel doğumlu olma oranları istatistiki olarak yüksekti. I. ve/veya II. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü oranının %40.7 olması da daha önceki çalışmalarda verilen oranlarla uyumludur (Milne ve ark. 2009, Husain ve ark. 2009). Anksiyete bozukluklarının kendisi de depresyon için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Bu görüşün bir nedeni anksiyete bozukluklarının depresyona göre daha erken yaşlarda başlaması, diğer bir nedeni ise majör depresyon epizodları öncesinde büyük oranda birincil bir anksiyete bozukluğunun olmasıdır. Kronolojik olarak anksiyeteden depresyon epizodlarına doğru bir geçiş öne sürülmüştür (Fichter ve ark. 2010, Silvertone ve von Studnitz 2003, Bittner ve ark. 2004, Wittchen ve ark. 2003, Bittner ve ark. 2007, Beesdo ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda da her üç grubu değerlendirdiğimizde, hastaların

şimdiki epizod başlangıç yaşları, KAD grubunda en düşük, anksiyete grubu arada bir değer alırken en yüksek yaş ortalaması depresyon grubunda bulundu. Birincil/ikincil tanılar ayrımını yaptığımızda, KAD grubunda %80 oranında önce bir anksiyete bozukluğu, %20 oranında önce depresif epizodun başladığı saptanmıştır. Bu bulgular da anksiyeteden depresyona doğru kronolojik bir gelişimi ve/veya anksiyetenin depresyon için bir risk faktörü olduğu görüşlerini destekler niteliktedir.

Majör depresyon hasta grubunda, anksiyete belirtilerinin daha yüksek oranda bulunduğu ve anksiyeteli mizaçtan anksiyetenin bilişsel ve bedensel belirtilerine kadar tüm belirtilerinin bulunabileceği bildirilmektedir (Hamilton 1983, Stahl 1993). Anksiyete ve depresyonun ortak ve farklı belirtilerini araştırmak üzere yapılan çalışmalarda, depresyonun ayırt edici özellikleri olarak depresif duygudurum, suçluluk duyguları, suisid, motivasyon eksikliği, erken uyanma, retardasyon ile diğer vejetatif bulgular bulunmuştur (Clark ve Watson 1991, Grunhaus ve ark. 1994, Küey ve ark. 1996, Unick ve ark. 2009). Orsel ve ark. tarafından kliniğimizde yapılan depresyon alt tipleri çalışmasında sabah erken uyanma, reaktivitenin olmaması, suçluluk duyguları, suisid fikri ve psikomotor bozuklukların depresyon şiddetiyle bağlantılı olarak boyutsal şekilde klinik tabloya eşlik ettiği saptanmıştır (Orsel ve ark. 2010). Hastaların yaklaşık olarak %95'inde anksiyeteli duygudurum, gerginlik hissi ve bedensel anksiyete belirtileri de bulunmaktadır (Hamilton 1983, Hamilton 1989). Çalışmamızda da depresif duygudurum, suçluluk duyguları, suisid düşünceleri, motivasyon eksikliği, erken uyanma, retardasyon, cinsel ilgi kaybı, somatik belirtilerde depresif grupta daha fazla bozulma bulunmuştur. Depresyon belirtileri açısından bakıldığında, depresif duygudurum, erken uyanma, suçluluk duyguları ve retardasyon her üç grupta istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiş, en fazla depresyon grubunda en az anksiyete grubunda bozulma görülmüştür.

Anksiyetenin belirleyici özellikleri ise anksiyeteli duygudurum, gerginlik hissi ve somatik anksiyete belirtileri olarak bildirilmektedir (Clark ve Watson 1991, Grunhaus ve ark. 1994, Küey ve ark. 1996, Orsel ve ark. 2010). Anksiyeteye %80 oranında depresif duygudurum ve uyku bozuklukları eşlik

etmekte, diğer depresif belirtilere ise daha az oranlarda rastlanmaktadır (Hamilton 1983). Bizim çalışmamızda da benzer bir biçimde major depresyon grubu depresif belirti toplam puanları, anksiyete grubundan anlamlı biçimde yüksekken, anksiyete grubu depresif puanları her iki gruptan daha düşük bulunmuştur. Anksiyete belirtilerinin özellikle psişik puanlarının depresif bozukluk içeren gruplarda, anksiyete bozukluğu grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olup, somatik puanların anlamlı bir farklılık oluşturmaması literatürdeki anksiyete bozukluklarında depresyonun bilişsel belirtilerinin daha nadir olarak görüldüğü, depresyonlu olgularda ise diğer belirtilerle birlikte anksiyetenin bilişsel belirtilerinin daha yüksek oranda görüldüğü şeklindeki bulgularla uyumludur (Kaya ve Ünal 2001).

Anksiyete ve depresyonun hem tanı hem de belirti düzeyindeki sık birlikteliği nedeniyle temelde ortak bir boyutunun olduğu hipotezi birçok çalışmada değerlendirilmiş, mevcut kategorik tanısal sistemin yetersiz olduğu öne sürülerek farklı boyutsal modeller oluşturulmuştur (Brown ve Barlow 2009, Andrews ve ark. 2008). Bu tanı grupları arasında farklılıklardan çok ortaklıkların olması, kategorik yaklaşım kadar boyutsal yaklaşım açısından da değerlendirilmeyi gerekli kılmaktadır. Boyutsal model olarak önerilen iki faktörlü duygudurum modelinde negatif affekt, korku, öfke, üzüntü, suçluluk gibi özgül olumsuz duygulanımları; pozitif affekt ise mutluluk, ilgili olma, heyecanlı olma, rahatlık gibi olumlu duygulanımları yansıtmaktadır. Bu modele göre negatif affektivite depresyon ve anksiyetede ortak ama özgül olmayan bir faktörken, düşük pozitif affektivite (anhedoni gibi) depresyona özgül olup anksiyete ve depresyonu birbirinden ayırmaktadır. Clark ve Watson, göreceli olarak anksiyeteye özgül olan psikolojik aşırı uyarılmayı iki-faktörlü modele ekleyerek üç faktörlü modeli oluşturmuşlardır (Hale ve ark. 2009, Veen ve ark. 2010, Tully ve ark. 2009, Watson ve ark. 2008). Diğer yandan anksiyöz uyarılmışlığın anksiyete bozukluklarının bir karakteristiği olarak görülmediği modeller de bulunmaktadır (Prenoveau ve ark. 2010, Simms ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda elde edilen bulguları, sadece anksiyete ve depresyon gruplarındaki ortak ve özgül belirtiler açısından değerlendirdiğimizde,

"korkular" anksiyete grubunda depresyon grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak, boyutsal modellerin araştırıldığı çalışmalarda faktör analizlerinin örneklem grubunun sayı azlığı nedeniyle kullanılamamasıdır. Polikliniğe başvuran hastalar çalışmaya alınmıştır, belirti şiddetleri açısından bir yanlılık oluşturabilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda zaman zaman YAB grubu, hem anksiyete hem depresif bozukluklarla yüksek komorbidite nedeniyle, dışlanmakta ya da ayrı bir grup olarak alındığı gözlenmektedir (Beesdo ve ark. 2010), tarafından yapılan 10 yıllık uzun süreli bir çalışmada, YAB gidişi ve klinik özellikleri açısından anksiyete bozuklukları grubunda yer almıştır. İki nedenle anksiyete ve depresif bozuklukları iki ana küme olarak aldık. Birincisi mevcut tanı sistemlerinde bu şekilde yer alması; ikincisi yukarıda da belirtilen YAB'nin son çalışmalarda anksiyete bozuklukları grubunda yer almasını destekleyen verilerdir.

Sonuç olarak, bulgularımız, anksiyete ve depres-

yonun sendromal düzeyde bir spektrum içinde yer alan, birbirinden az ya da çok farklı ve bazen birlikte olan, genellikle anksiyeteden depresyona doğru kronolojik bir gelişimin izlendiği sendromlar olduğu yönündeki literatür bulgularını desteklemektedir. Fakat anksiyeteden depresyona doğru tek yönlü bir gelişimin olmadığını, depresyonun da anksiyete gelişiminde rol oynadığını öne süren çalışmalar (Fichter ve ark. 2010, Beesdo ve ark. 201) ile boyutsal modellerin geçerliliğini desteklemeyen çalışmaları (Hale ve ark. 2009, Angold ve Costello 2009, Gurley ve ark. 1996) göz önüne aldığımızda, iç içe geçmiş bu sendromlar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha büyük hasta gruplarında yapılacak izleme çalışmalarına ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Yazışma adresi: Dr. Hasan Karadağ, Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, karadagh@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Angold A, Costello EJ (2009) Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry*, 50: 9-15.
- Andrews G, Anderson TM, Slade T (2008) Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depress Anxiety*, 25: 274-281.
- Beesdo K, Pine DS, Lieb R (2010) Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:47-57.
- Beesdo K, Bittner A, Pine DS ve ark. (2007) Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*, 64:903-912.
- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU ve ark. (2004) What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry*, 65:618-626.
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A ve ark. (2007) What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*, 48: 1174-1183.
- Brown TA, Barlow DH (2009) A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*, 21: 256-271.
- Brown TA, Barlow DH (2009) A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*, 21:256-271.
- Clark LA, Watson D (1991) Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*, 103: 316-336.
- Demirkan A, Penninx BW, Hek K ve ark. (2010) Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Mol Psychiatry*, 16:773-783.
- Fichter MM, Quadflieg N, Fischer UC ve ark. (2010) Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand*, 122: 75-85.
- Grunhaus L, Pande AC, Brown MB ve ark. (1994). Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. *Am J Psychiatry*, 151: 541-546.
- Gurley D, Cohen P, Pine DS ve ark. (1996) Discriminating depression and anxiety in youth: a role for diagnostic criteria. *J Affect Disord*, 39: 191-200.
- Hale WW 3rd, Raaijmakers QA, Muris P (2009) One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 50: 1218-1226.
- Hamilton M (1983) The clinical distinction between anxiety and depression. *Br J Clin Pharmacol*, 15: 165-169.
- Hamilton M (1989) Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry*, 154: 201-206.

- Husain MM, Rush AJ, Wisniewski SR ve ark. (2009) Family history of depression and therapeutic outcome: findings from STAR*D. *J Clin Psychiatry*, 70: 185-195.
- Kaya B, Ünal S (2001) Karma anksiyete ve depresyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 5: 80-88.
- Kendler KS, Gardner CO, Gatz M ve ark. (2007) The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychol Med*, 37: 453-62.
- King-Kallimanis B, Gum AM, Kohn R (2009) Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17: 782-792.
- Küey L, Aydemir Ö, Gülseren Ş ve ark. (1996) Majör Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve Eşanlı Durumlarda Ayrışan ve Örtüşen Özellikler-I: Klinik Belirtiler Yönünden Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 257-265.
- Milne BJ, Caspi A, Harrington H ve ark. (2009) Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 66:738-747.
- Orsel S, Karadağ H, Türkçapar H (2010) Depresif bozuklukların alttıplendirmesi: Üç yöntemin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 20: 57-65.
- Özen DŞ, Temizsu E (2010) Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2: 1-14.
- Prenoveau JM, Zinbarg RE, Craske MG ve ark. (2010) Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: a tri-level model. *J Anxiety Disord*, 24: 334-344.
- Rao S, Zisook S (2009) Anxious depression: clinical features and treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 11:429-436.
- Silverstone PH, von Studnitz E (2003) Defining anxious depression: going beyond comorbidity. *Can J Psychiatry*, 48: 675-680.
- Simms LJ, Grös DF, Watson D (2008) Parsing the general and specific components of depression and anxiety with bifactor modeling. *Depress Anxiety*, 25: E34-46.
- Stahl SM (1993) Mixed anxiety and depression; clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 54 (Suppl): 33-38.
- Tully PJ, Zajac IT, Venning AJ (2009) The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 37: 717-726.
- Unick GJ, Snowden L, Hastings J (2009) Heterogeneity in comorbidity between major depressive disorder and generalized anxiety disorder and its clinical consequences. *J Nerv Ment Dis*, 197: 215-24.
- Watson D, O'Hara MW, Stuart S (2008) Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depress Anxiety*, 25: 282-288.
- Veen G, van Vliet IM, Derijk RH ve ark. (2010) Basal cortisol levels in relation to dimensions and DSM-IV categories of depression and anxiety. *Psychiatry Res*, 26.
- Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A (2003) Depressive episodes-evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur Psychiatry*, 18: 384-393.
- www.dsm5.org