

Depresyon ve Depresyona İkincil Anksiyete Bozukluklarının Klinik ve DST Yanıtları Açısından Karşılaştırılması

Armağan Y. SAMANCI*, Murat ERKIRAN**, Hacer ŞAHİN**,
Nigar UÇARER**, Hüsnü ERKMEN*

ÖZET

DSM-III-R'deki hiyerarşik dışlama kurallarında yapılan değişikliklerden sonra depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikteliğine gösterilen ilgi son yıllarda giderek artmaktadır. Hipotalamopitüiter adrenal (HPA) aks kısmi belirleyicilerinden biri olan deksametazon supresyon testi (DST) psikiyatride en yaygın kullanılan laboratuvar testlerindedir. DST sıklıkla duygulanım bozukluğu çalışmalarında kullanılmakla birlikte anksiyete bozukluğu çalışmalarında da kullanılmaktadır. Depresyona ikincil anksiyete bozukluklarının klinik ve biyolojik olarak saf depresyonla benzer özellikler taşıyıp taşımadığı sorusu açıklık kazanmamıştır. Çalışmamızda depresyon ve depresyona ikincil anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki ve DST'ye verdikleri yanıtlar araştırılmıştır.

Çalışma, DSM-III-R major depresyon tanı ölçütlerini karşılayan 37 olgu ile yapıldı. Olgulara konulan tanıyı doğrulamak için SCID-OP (Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu-Ayaktan Hasta Formu) uygulandı. Anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve intihar davranışını ölçmek için Beck anksiyete, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçekleri kullanıldı. Olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri, araştırma ekibi tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış soru formu ile belirlendi. DST için saat 23:00'te 1 mg deksametazon verilerek ertesi gün saat 16:00'da alınan kan örneklerinde kortizol düzeylerine bakıldı.

Cinsiyet, medeni durum, yaş, sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerle DST arasında bir ilişki saptanmadı. Depresif atak sayısı ile umutsuzluk ölçeği ve intihar davranış ölçeği arasında doğrusal korelasyon ilişkisi saptandı. DST sonrası kortizol düzey-

leri ile intihar davranışı arasında bir korelasyon ilişkisi saptanmadı. Çalışmamızdaki depresyon grubunda %70.3 oranında ikincil anksiyete bozukluğu saptandı. İkincil anksiyete bozukluğu olan depresyon grubu ile ikincil anksiyete bozukluğu olmayan saf depresyon grubu arasında DST sonrası kortizol değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. İkincil anksiyete bozukluğu olmayan saf depresyon grubu içinde DST baskılanmamış olanlarda anksiyete düzeyi DST baskılanmış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Hastada gelişen her depresif atak ile birlikte biyolojik olarak bir değişiklik görülmezken, atak sayısının artması ile hastanın bilişleri değişmekte, umutsuzluğu ve intihar davranışı artmaktadır. Depresyonda anksiyetenin varlığı, HPA aksı üzerinden DST'nin baskılanmamasında belirleyici rol oynamaktadır. Depresyonda oluşan ikincil anksiyete bozukluğu klinik ve biyolojik olarak farklı bir bozukluktur.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, anksiyete bozuklukları, deksametazon supresyon testi.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2000;3:153-162

SUMMARY

A Comparison of Clinical Aspects and DST Results in Depression and Secondary Anxiety Disorders to Depression

There has been a growing interest in the overlap between depression and anxiety disorders following the changes of hierarchical exclusion criteria in DSM-III-R. Dexamethasone suppression test (DST), which is a partial marker of hypothalamo-pituitary axis, is one of the most used laboratory tests in psychiatry. DST has also been employed in anxiety disorder studies, although it has been frequently used in the affective disorder research studies. It's not clear whether secondary anxiety disorders, which are fre-

* Doç. Dr., **Uz. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Nevroz Birimi, İSTANBUL

quently comorbid with depression are clinically and biologically similar in characteristics to primary depressive disorders. In this study the aim was to seek for a possible differentiation between the primary depressive disorder and secondary anxiety disorders to depression. We have also studied DST results and the place of DST in overlapping anxiety and depressive disorders.

The study population consisted of thirty seven patients who met DSM-III-R criteria for major depression. SCID-OP (Structured clinical interview for DSM-III-R outpatient version) was used to confirm diagnoses. Beck anxiety, Beck depression and Beck hopelessness and suicidal behaviour scales were completed to assess the severity of anxiety, depression, hopelessness and suicidal behaviour. To assess sociodemographic and clinical aspects, semi-structured questionnaire form was administered to each patient. Patients were given 1 mg dexamethasone on 23:00 PM and the blood samples were taken following day at 16:00 PM.

There were no significant relationship between sociodemographic variables such as sex, living status, age and socio-economic level and DST. We found linear correlations between number of depressive episodes and hopelessness and suicidal behaviour. However, there were no correlations between suicidal behaviour and post-DST cortisol levels. Twenty six patients (70.3%) met the DSM-III-R criteria for secondary anxiety disorder to major depression. There were no statistically significant differences between pure depressive disorder group and anxiety disorder secondary to major depression group for the post DST cortisol levels. Of the pure depressive disorder group anxiety level was statistically significant higher among the DST suppressives than non suppressives.

Although we found no biological differences with the number of episodes of depression, patients' cognition could change. Hopelessness and suicidal behaviour increased with the number of depressive episodes. The presence of anxiety with depression plays a central role in the DST nonsuppression via HPA axis. Secondary anxiety disorders to depression appeared to be different state clinically and biologically.

Key Words: Depression, anxiety disorders, dexamethasone suppression test.

GİRİŞ

Temel tanısı depresyon olan hastaların çoğu depresyon dışında anksiyeteye ilişkili belirtiler göstermektedirler (Sanderson ve ark. 1990). DSM-III-R'de duygudurum ve anksiyete bozukluklarına ilişkin hiyerarşik dışlama kurallarındaki son değişikliklerin büyük bölümü anksiyete ve depresyon arasındaki eş hastalanmanın (komorbidite) kabul edilmesinden kaynaklanmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalarda olduğu gibi, genel uygulamada da hastaların çok sık olarak anksiyete ve depresyonla belirli karışık sendromlar gösterdikleri saptanmıştır (Silverstone ve Ravindran 1999). Son epidemiyolojik çalışmalar

tanısal düzeyde anksiyete ile depresyon arasında belirgin bir çakışma olduğunu göstermektedir. Örtüşen belirti ve bulguların olması ayırıcı tanıyı güçleştirmekte ve sağaltım planını karmaşıklaştırmaktadır (Lydiard 1991, Küey ve ark. 1996, Roy-Byrne ve ark. 2000).

DEPRESYON VE ANKSİYETE

Son 25 yılda yapılan tartışmalar sonucunda anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin doğasıyla ilgili 3 varsayım ileri sürülmüştür (Stavarakaki ve Vargo 1986, Vollrath ve Angst 1989).

1. Anksiyete ve depresyon niceliksel olarak birbirinden farklıdır, aynı çizgi üzerinde yer alır.
2. Anksiyete ve depresyon nitelik olarak birbirinden farklıdır.
3. Anksiyete ve depresyon birlikte bulunabilir, bu durum saf depresyon veya anksiyeteden niceliksel ya da niteliksel olarak farklıdır.

Birinci varsayım üniter modeli, ikinci varsayım kategorik modeli, üçüncü varsayım ise anksiyeteli depresif durumu temsil etmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşmelere dayanan araştırmalar çoğunlukla anksiyete ile depresyon arasında bir ilişki ya da eş hastalanmanın olduğuna ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Burada kesitsel eş hastalanma ile uzunlamasına eş hastalanma arasında yani iki farklı sendromun eş zamanlı ortaya çıkışı ile birbiri ardısıra ortaya çıkışı arasında bir ayırım yapılabilir. Bazı çalışmalar üniter modeli desteklerken bazıları depresyon ve anksiyetenin bazı ortak belirtilere sahip olmalarına karşın iki ayrı sendrom olduğunu ileri sürmektedir.

Literatürde anksiyete ve depresyon sendromlarının birarada bulunduğu duygulanım bozukluklarının sınıflandırılmasına ilişkin bir karışıklık söz konusudur. Günümüzde bir çok psikiyatristin karışık anksiyete ve depresyon sınıflandırmasını kullanması ya da atipik depresyon gibi adlandırmalar yapması bu karışıklığın bir kanıtı olarak kabul edilebilir. Eş tanı (komorbidite) aynı bireyde iki farklı tanımlanmış bozukluğun eş zamanlı olarak görülmesi halidir. Belirtilerin aynı anda görülmesi, birlikte meydana gelme (co-occurrence) olarak kabul edilirken eş hastalanma ise iki ayrı sendromun aynı anda yer almasıdır (Heninger ve ark. 1990, Merikangas ve ark. 1990).

Eş hastalanma durumlarında, birincil ve ikincil hastalıkların tanımlanması için 3 yaklaşımdan söz edilmektedir. Birincil hastalık, ya zamanlama açısın-

dan önce ortaya çıkan, ya kendinden hemen sonra gelen hastalığa zemin hazırlayan -neden olan- ya da önde gelen belirtileri kendinde toplayan hastalık olarak tanımlanabilir (Gökalp 1998). Klinik uygulamada gerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekse psikiyatri başvurularında, anksiyete ve depresyon belirtilerine çeşitli şiddette birlikte rastlanmaktadır. Sıklıkla anksiyete ya da depresyondan biri bozukluk düzeyinde bulunurken diğeri de belirti düzeyinde bu bozukluğun içinde yer alabilmektedir. Örneğin depresyon, panik bozukluğun başlangıcında ortaya çıkabilir, anksiyete bozukluklarının gidişinde bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilir veya bir yaşam olayının ardından başlayıp anksiyete bozukluğu gelişmeden düzelebilir. Bunun gibi unipolar depresyonun başlangıç döneminde anksiyete bozukluğu görülebilmektedir (Fava ve Kellner 1995, Kessler ve ark. 1998). Depresif bozukluklarda anksiyete belirtilerinin %95-100 gibi yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmektedir. Depresyonun her alt tipinde de görülebilen bu belirtiler daha çok anksiyetenin psikolojik ve zaman zaman somatik belirtilerini kapsamaktadır (Gorman ve Coplan 1996, Roth ve ark. 1972, Shores ve ark. 1992). Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda belirtisel ya da tanı düzeyinde anksiyete varlığının depresyon şiddetini arttırdığı saptanmıştır (Brown ve ark. 1996, Joffe ve ark. 1993, Modestin ve Ruef 1987, Targum ve ark. 1983).

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanısı herhangi bir fiziksel bulgudan ya da laboratuvar bulgusundan çok klinik belirti ve bulguların varlığına dayanmaktadır. Bununla birlikte çeşitli biyolojik belirteçler halen araştırma düzeyinde olmalarına rağmen gelecek için umut vermektedirler (Arana ve ark. 1995, Morihiso ve ark. 1994). Deksametazon supresyon testi (DST) psikiyatride en çok kullanılan biyolojik belirteçtir. DST'de kortizolün baskılanmaması, depresyon tanısı için destekleyici bir durum belirteçidir (Arana ve ark. 1988, Arana ve Forbes 1991, Norman ve ark. 1990, Peselow ve ark. 1987, Roy 1992, Schmidtke ve ark. 1989). Kara ve arkadaşlarının (2000) gerçekleştirdikleri bir çalışmada, karışık anksiyete ve depresyonlu olgular, saf major depresyonlu olgularla karşılaştırılmış ve aralarında DST sonuçları yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır. Karışık anksiyete ve depresyonun, saf major depresyondan farklı bir tanı kategorisi olduğu varsayımı desteklenmemiş, ancak karışık anksiyete ve depresyonlu olgularda HPA aktivitesinin görece daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, depresyon ve depresyonla birlikte görülen ikincil anksiyete bozukluğu arasında klinik tablonun şiddeti ve DST yanıtı açılarından karşılaştırmalar yapılarak ikincil anksiyete bozukluğunun oluşturduğu farklılıklar incelenecektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Alanı ve Örnekleme:

Bu çalışma için rastgele örnekleme yöntemi ile, Ocak 1998 ve Mart 1998 tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Psikiyatrik Tedavi Ünitesi'ne depresif belirti ve bulgularla başvuran ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre major depresyon (N=37) tanısında iki psikiyatri uzmanı tarafından fikir birliğine varılmış olgulardan oluşan grup değerlendirildi. Çalışmamızın gerçekleştirildiği tarihte SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) Türkçe'ye uyarlanma çalışması tamamlanmamış olduğundan DSM-III-R esas alınmıştır.

Çalışmaya alma ölçütleri: 1. 17-60 yaş arasında olması; 2. DSM-III-R tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısına varılmış olması; 3. Olgulardaki bozukluğun genel tıbbi duruma veya psikoaktif madde kullanımına bağlı olmaması; 4. Epilepsi öyküsü olmaması; 5. Zeka geriliği öyküsü olmaması olarak belirlendi. Çalışmaya katılan hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi ve sözlü onamları alındı.

Ölçme araçları:

1. Her olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri tarafımızdan hazırlanan bir bilgi formu ile değerlendirildi.

2. Olguların tanıları Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu-Ayaktan Hasta Formu (SCID-OP) temelinde yapılan psikiyatrik görüşme ile kesinleştirildi. SCID 1983 yılında Spitzer tarafından tanıtılıp geliştirilerek 1987 yılında DSM-III-R'nin yayınlanmasından sonra son şekli verilmiş olan yapılandırılmış görüşme tekniğidir (Spitzer ve ark. 1988). Türkçeye çeviri ve uyarlaması Sorias ve arkadaşları (1988) tarafından yapılmış ve güvenilirliği araştırılmıştır.

3. Hastalardaki depresyonun şiddetini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (Beck 1984) kullanılmıştır. 21 maddelik likert tipi öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ülkemizde Hisli tarafından (1989) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek, depresyonu

anksiyeteden ayırmada başarılı bulunduğu için (Ceyhun 1993) çalışmamızda kullanılması uygun bulunmuştur.

4. Anksiyete şiddetini ölçmek için Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi öz bildirime dayalı bir ölçek olan Beck Anksiyete Ölçeği (Ulusoy 1993) kullanılmıştır. Anksiyete ve depresyon çalışmalarında ve tedavi izlemelerinde anksiyeteyi güvenilir olarak ölçen bir klinik anksiyete ölçeğidir.

5. Hastalardaki umutsuzluk şiddetini değerlendirmek amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından umutsuzluğun derecesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek kişinin kendi geleceği hakkında duygu ve düşüncelerini doğru yada yanlış olarak değerlendireceği 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber ve arkadaşları (1991) tarafından yapılmıştır.

6. İntihar davranışının değerlendirilmesi için Linehan ve Nielsen tarafından 1981 yılında geliştirilen ve dört maddeden oluşan İntihar Davranış Ölçeği kullanıldı. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bayam ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısının yeterli bulunmuş olması, intihar davranışı ile depresyon, umutsuzluk, intihar niyeti ve düşüncesi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olması nedeniyle çalışmamızda kullanılması uygun bulunmuştur.

Deksametazon Supresyon Testi: Hastalara 1 mg deksametazon saat 23:00'de verildi ve ertesi gün saat 16:00'da kan örnekleri alındı. Alınan kan örneğinde plazma kortizolu iyot 125 kullanılarak Radio-immun assay yöntemi ile ölçüldü (Arana ve ark. 1988, Braddock 1986, Brown 1983, Miller ve ark. 1992). DST sonuçlarını etkileyecek düzeyde ciddi kafa travması, nörolojik rahatsızlıklar, anoreksiya nervosa, gebelik, ateşli hastalıklar, su kaybı, endokrinolojik bozukluklar ve kanser hastalığı olanlar, son 6 ayda elektrokonvülf tedavi (EKT) uygulanmış olanlar, alkol ve madde kullanımı, yoksunluğu ya da bağımlılığı olanlar, barbitürat, antikonvülzan, meprobamat, glutetimid, benzodiazepin, indometazin, izoniazid gibi ilaç kullanımı olanlar çalışmaya alınmadılar.

Normal kortizol düzeyi için diurnal ritim göz önüne alınmıştır ve sabah ölçümlerinde önerilen değerler 5-25 µg/dl olup öğleden sonraki ölçümlerde bu değerlerin yarısı olan 2.5-13 µg/dl aralığı normal sınırlar olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda DST

sonuçlarının değerlendirilmesinde kesme noktası 5 µg/dl alındı ve bu değer yukarıdakiler baskılanmama, altındakiler baskılanma olarak değerlendirildi (Poland ve ark. 1990, Rabkin ve ark. 1983, Riberio ve ark. 1993, Schweitzer ve ark. 1987).

Veriler değerlendirilirken nicel değişkenlerde bağımsız iki grubun kıyaslanmasında Student's t-testi kullanıldı. İki gruptan en az birinin 31'den küçük olduğu durumlarda ve varyansların eş düzenli olmadığı durumlarda karşılaştırmalarda Mann-withney U testi kullanıldı. Gözlenen olgu sayılarının beklenen değerlere uyup uymadığı Ki-kare testi ile araştırıldı. İki değişkenin birbiri ile etkilendiği durumlarda nicel değişkenler için Pearson korelasyon testi kullanıldı.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Olgular 23 kadın ve 14 erkekten oluşmaktaydı. Olguların yaş ortalaması 38.8±9.76 olarak bulundu. Çalışmaya katılan olgular genelde ilkokul mezunuydu (%40.5). Erkek olgular arasında serbest meslek (%50), kadınlar arasında ev hanımlığının (%69.9) daha sık olduğu görüldü.

Klinik özellikler, ölçekler ve DST değerlerinin dağılımı

Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında Beck anksiyete ölçek puanları kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($t=-2.42$, $p=0.02$). Beck depresyon ölçeği, intihar davranış ölçeği, Beck umutsuzluk ölçeği puanları ve DST sonrası kortizol düzeyleri karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $t=-1.68$, $p=0.09$; $t=-0.41$, $p=0.68$; $t=-0.14$, $p=0.08$; $t=0.33$, $p=0.75$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan olgularda geçirilmiş depresif atak sayısı 1-5 arasında bulundu.

Tüm grupta depresif atak sayısı ile Beck umutsuzluk ölçeği arasında doğrusal korelasyon ilişkisi olduğu saptandı ($r=0.3336$, $p=0.044$). Geçirilmiş depresif atak sayısı ile intihar davranış ölçeği puanları karşılaştırıldığında doğrusal korelasyon ilişkisi olduğu saptandı ($r=0.3529$, $p=0.032$). Geçirilmiş depresif atak sayısı ile DST sonrası kortizol düzeyleri arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı ($r=-0.1529$, $p=0.366$). Beck anksiyete, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçekleriyle DST son-

Tablo 1. Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kadın (n=23)		Erkek (n=14)		Toplam (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimsiz	4	17.4	1	7.1	5	13.5
Okur yazar	1	4.3	0	0	1	2.7
İlkokul	10	43.5	5	35.7	15	40.54
Ortaokul	5	21.7	4	28.6	9	24.32
Lise	3	13.0	3	21.4	6	16.21
Yüksek okul	0	0	1	7.1	1	2.7
Medeni durum						
Evli	19	82.61	7	50.0	26	70.27
Bekar	0	0	5	35.71	5	3.51
Dul	4	17.39	2	14.29	6	16.22
Meslek						
İşsiz	0	0	0	0	0	0
Serbest çalışan	1	4.34	7	50.0	8	21.62
İşçi	3	13.0	4	28.6	7	18.92
Memur	3	13.0	3	21.4	6	16.22
Ev hanımı	16	69.6	0	0	16	43.24
Yaş ortalaması ±SS	37.56±7.99		38.93±12.42		38.08±9.76	

SS: Standart sapma

Tablo 2. Çalışmaya alınan olguların, uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar ile DST sonrası kortizol düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Kadın (n=23)		Erkek (n=14)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Beck anksiyete ölçeği	29.04	11.41	20.07	10.12	-2.42	0.02
Beck depresyon ölçeği	36.56	10.63	30.43	10.79	-1.69	0.09
İntihar davranış ölçeği	3.78	3.39	3.36	2.47	-0.41	0.68
Beck umutsuzluk ölçeği	10.61	5.10	10.36	5.55	-0.14	0.08
DST sonrası kortizol düzeyi	3.04	3.5	3.44	3.57	0.33	0.75

rası kortizol düzeyleri arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı (sırasıyla $r=0.1803$, $p=0.286$; $r=0.2279$, $p=0.175$; $r=0.066$, 0.698 ; $r=-0.547$, $p=0.748$).

Çalışmaya alınan olguların tanılara göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Olguların 11'inde (%29.7) sadece depresif bozukluk, 26'sında (%70.3) depresyonla birlikte ikincil anksiyete bozukluğu saptandı. İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği grupta dağılım, 17 olguda (%65.3) panik bozukluğu, 10 olguda yaygın anksiyete bozukluğu (%38.4), 6 olguda sosyal fobi (%23.07), 5 olguda agorafobi (%19.2), 2 olguda obsesif kompulsif bozukluk (%7.6) şeklindeydi. 4 olguda ek olarak somatoform bozukluk (%15.3) sap-

Tablo 3. Çalışmaya alınan olguların tanılara göre dağılımı

	n	%
Saf depresyonu olan olgular	11	29.7
Depresyona ikincil anksiyete bozukluğu olanlar	26	70.3
Panik bozukluğu	17	65.3
Yaygın anksiyete bozukluğu	10	38.4
Sosyal fobi	6	23.07
Agorafobi	5	19.2
Obsesif kompulsif bozukluk	2	7.6
Somatoform bozukluk	4	15.3

*7 olguda birden fazla anksiyete bozukluğu saptandı

Tablo 4. Saf depresyon grubu ile depresyona ikincil anksiyete bozukluğu olan grubun Beck depresyon, Beck anksiyete, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçek puanları ile DST sonrası kortizol düzeyleri yönünden karşılaştırılması

	İkincil anksiyete bozukluğu olanlar n= 26		İkincil anksiyete bozukluğu olmayanlar n=11		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Beck anksiyete ölçeği	28.38	11.75	19.18	8.89	-2.32	0.026
Beck depresyon ölçeği	34.38	10.84	33.36	11.88	-0.25	0.8
İntihar davranış ölçeği	3.42	3.25	4.09	2.58	0.6	0.55
Beck umutsuzluk ölçeği	10.80	5.49	9.82	4.62	0.52	0.64
DST sonrası kortizol düzeyi	3.01	3.45	3.62	3.68	0.48	0.635

tandı. 7 olguda birden fazla anksiyete bozukluğu saptandı. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkeklerde 9 kişide, kadınlarda 17 kişide ikincil anksiyete bozukluğu saptandı.

Beck anksiyete ölçeği puanları karşılaştırıldığında ikincil anksiyete bozukluğu olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($t=-2.32$, $p=0.026$). Beck depresyon ölçeği, intihar davranış ölçeği, Beck umutsuzluk ölçeği ve DST sonrası kortizol düzeyleri karşılaştırıldığında ikincil anksiyete bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla, $t=-0.25$, $p=0.8$; $t=0.6$, $p=0.55$; $t=0.52$, $p=0.64$; $t=0.48$, $p=0.635$) (Tablo 4).

DST'nin baskılandığı olgu grubu ile DST'nin baskılanmadığı olgu grupları, Beck anksiyete, Beck depresyon, intihar davranış ve Beck umutsuzluk ölçek puanları yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla, $t=-1.20$, $p=0.24$; $t=-1.27$, $p=0.21$; $t=0.05$, $p=0.96$; $t=-1.06$, $p=0.29$) (Tablo 5).

DST'nin baskılanmamış olduğu grup içinde Beck anksiyete, Beck depresyon, intihar davranış ve Beck

umutsuzluk ölçeği puanları karşılaştırıldığında, ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği grup ile ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla, $u=7$, $w=17$, $p=0.56$; $u=6$, $w=24$, $p=0.41$; $u=9$, $w=21$, $p=0.904$; $u=6$, $w=16$, $p=0.41$) (Tablo 6).

İkincil anksiyete bozukluğu olmayan saf depresyon grubunda, DST'nin baskılanmamış olduğu olgularda Beck anksiyete ölçeği puanları, baskılanmış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulundu ($u=2.0$, $w=36.0$, $p=0.0242$). Beck depresyon ölçeği intihar davranış ölçeği ve Beck umutsuzluk ölçeği ve kıyaslandığında DST'nin baskılanmış olduğu grup ile anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla, $u=6.5$, $w=31.5$, $p=0.16$; $u=13.5$, $w=235$, $p=0.927$; $u=12.5$, $w=25.5$, $p=0.787$) (Tablo 7).

İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği depresyon grubunda, DST'nin baskılanmamış olduğu olgularla DST'nin baskılanmış olduğu olgulara kıyasla Beck anksiyete, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçeği puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla, $u=35.5$, $w=84.5$, $p=0.27$; $u=40$, $w=80$, $p=0.44$; $u=34.5$, $w=85.5$, $p=0.25$; $u=51$, $w=69$, $p=0.94$).

Tablo 5. DST'nin baskılandığı olgu grubuyla DST'nin baskılanmadığı olgu gruplarının Beck depresyon, Beck anksiyete, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçekleri açısından karşılaştırılması

	DST'nin baskılanmadığı grup (n= 9)		DST'nin baskılandığı grup (n= 28)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Beck anksiyete ölçeği	29.67	8.38	24.36	12.38	-1.20	0.24
Beck depresyon ölçeği	38.11	9.28	32.78	11.34	-1.27	0.21
İntihar davranış ölçeği	3.67	2.69	3.61	3.20	-0.05	0.96
Beck umutsuzluk ölçeği	12.11	5.62	10	5.06	-1.06	0.29

Tablo 6. DST'nin baskılanmadığı grup içinde, ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği ve ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği olguların Beck anksiyete, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve intihar davranış ölçekleri puanlarının karşılaştırılması

	İkincil anksiyete bozukluğu eşlik eden olgular (n=5)		İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği olgular (n=4)		u	w	p
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Beck anksiyete ölçeği	32.20	7.63	26.50	9.26	7	17	0.56
Beck depresyon ölçeği	37.80	4.76	40.0	13.04	6	24	0.41
İntihar davranış ölçeği	3.40	3.13	4.00	2.45	9	21	0.904
Beck umutsuzluk ölçeği	13.60	6.19	10.25	4.99	6	16	0.41

Tablo 7. İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği saf depresyon grubunda DST'nin baskılanmış olduğu ve baskılanmamış olduğu olguların Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği, intihar davranış ölçeği ve Beck umutsuzluk ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	DST'nin baskılanmamış olduğu grup (n=7)		DST'nin baskılanmış olduğu grup (n=4)		u	w	p
	Ort.	SS	Ort.	SS			
Beck anksiyete ölçeği	15.07	5.74	26.50	9.26	2.0	36.0	0.024
Beck depresyon ölçeği	29.57	10.20	40.0	13.04	6.5	31.5	0.16
İntihar davranış ölçeği	4.14	2.85	4.0	2.45	13.5	235	0.927
Beck umutsuzluk ölçeği	9.57	4.79	10.25	4.99	12.5	25.5	0.787

TARTIŞMA VE SONUÇ

İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği ve ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği major depresyonlu olguların karşılaştırıldığı çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, yaş, sosyoekonomik düzey ile DST arasında bir ilişki saptanmadı. Bu açıdan bulgularımız diğer çalışmalarla uyumluydu (Birmaher ve ark. 1992, Coppen ve ark. 1983, Evans ve ark. 1983, Zimmerman ve ark. 1986, Zimmerman ve ark. 1987).

Tüm grupta depresif atak sayısı ile DST sonrası kortizol düzeyleri, Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında korelasyon ilişkisi saptanmadı. Depresif atak sayısı ise umutsuzluk ölçeği ile karşılaştırıldığında aralarında doğrusal korelasyon ilişkisi bulunduğu saptandı. Depresif atak sayısı ile intihar davranış ölçeği arasında da doğrusal korelasyon ilişkisi bulunduğu saptandı. Burada saptamış olduğumuz sonuçlar, geçirilen her atağın hastada tedavisi konusunda gittikçe artan umutsuzluk oluşturduğu ve intihar davranışını arttırdığını istatistiksel olarak göstermiştir. Zaten araştırmada bu durum Beck depresyon ölçek puanları ile intihar ve umutsuzluk ölçek puanları arasındaki doğrusal korelasyon ilişkisiyle gösterilmektedir. Beck umutsuzluk

ölçeği ile intihar davranışı arasında ortaya çıkan korelasyon ilişkisi de yine beklenen bir bulgudur ve literatürde yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (Bayam ve ark. 1995, Dilbaz ve ark. 1995, Haran ve ark. 1995). İntihar davranışı ve umutsuzluk ölçek puanları ile depresif atak arasında doğrusal korelasyon ilişkisi saptanırken intihar davranışı ile DST sonrası kortizol düzeyleri arasında bir ilişkinin saptanmaması gelişen her atakla hastalıkta biyolojik olarak bir değişikliğin olmamasına rağmen bilişsel olarak farklılaştığını düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan olguların %70.3'ünde ikincil anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Murphey bu oranı %79 (1990) olarak bildirmiş, Sanderson %41.6 (1990), Levitt ve arkadaşları %10 (1993) olarak ve Fava ve arkadaşları (2000) bu oranı %50.6 olarak bildirmiştir.

Anksiyete bozukluğu olan olguların dağılımına bakıldığında panik bozukluğunun oranı dışındaki bulgular diğer çalışmalarda saptanan oranlarla benzer bulundu (Reich ve ark. 1993, Stein ve ark. 1990). Öte yandan Fava ve arkadaşları (2000) 255 depresyonlu ayaktan olgu grubunda yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu eş tanı oranını %50.6 olarak saptamışlardır. Bunlar arasında, sosyal fobi görülme

oranını %27.0, basit fobi görülme oranını %16.9, panik bozukluğu görülme oranını %14.5, yaygın anksiyete bozukluk görülme oranını %10.6, obsesif kompulsif bozukluğu görülme oranını %6.5 ve agorafobi görülme oranını %5.5 şeklinde saptamışlardır. Oranların farklı çıkmasının sebebi tanı kategorilerinin sürekli değişikliğe uğraması, belirtilerin hekim ve hastalar tarafından farklı değerlendirilmesi nedeniyle olabilir. Ayrıca çalışmanın gerçekleştirildiği örneklem, Türkiye'nin çeşitli bölge hastanelerinden sevk zinciri dolayısıyla olguların sevk edildiği tedavi kurumundan seçilmiştir. Bu nedenle görece daha ağır olgulardan oluşmaktadır. Öte yandan örneklem grubumuzun küçük olması da yorumu güçleştirmektedir.

İkincil anksiyete bozukluğu olan grubun depresyon, umutsuzluk, intihar davranış ölçek puanları ikincil anksiyete bozukluğu olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine biyolojik olarak DST sonrası kortizol düzeyleri arasında da fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, Grunhaus ve arkadaşlarının (1987 ve 1988) sonuçlarıyla uyumludur. Ancak, ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği grubun içinde DST'nin baskılanmış olduğu olgular ile DST'nin baskılanmamış olduğu olgular arasında depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve intihar davranış ölçek puanları karşılaştırıldığında hiçbir fark yokken, ikincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği saf depresyon grubu içinde DST'nin baskılanmış olduğu ve DST'nin baskılanmamış olduğu gruplar arasında saptanan ölçek puanları karşılaştırıldığında Beck anksiyete ölçek puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu da depresyonda DST'nin baskılanmamasında anksiyetenin rol oynadığını, ancak depresyona ek tanı koyduracak düzeyde anksiyete bozukluğu oluştuğunda bu farkın kaybolduğunu gösterebilir. İkincil anksiyete bozukluğu olmayan saf depresyon grubu içinde DST'ye baskılanmamış yanıt verenler ile baskılanmış yanıt verenler arasında anksiyete ölçek puanlarının farklı çıkması anksiyetenin HPA üzerinden baskılanmamış DST etkisi oluşturduğunu ancak depresyona ikincil anksiyete bozukluğu eklendiği zaman ikincil anksiyete bozukluğu olan grup içinde DST'ye baskılanmamış yanıt

verenler ile baskılanmış yanıt verenler arasında anksiyete ölçek puanları yönünden bir fark olmamasına yani istatistiksel olarak anlamlı farkın kaybolmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Temel tanısı major depresyon olan hastalarda ek olarak anksiyete belirtilerinin de olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir (Kara ve ark. 2000). DSM-III-R ile birlikte tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler depresyon ile anksiyete bozukluğu eş hastalanmasını gündeme getirmiştir. Bu bakış açısı ile depresyon ve ikincil anksiyete bozukluğunun olduğu durumlarda etiyojolojiye, hastalık seyrine ve sağaltımına yönelik araştırmalar gündeme gelmiştir (Judd ve ark. 1998). Bu araştırmaların bazılarında HPA eksenini göstergesi olan DST'nin depresyonda ve ikincil anksiyete bozukluklarında görünümü ve karşılaştırılması hedeflenmiştir:

1. Çalışma sonucunda DST ile yaş, cinsiyet, medeni durum, intihar davranışı arasında bir ilişki bulunmamıştır.
2. Gelişen her depresif atak ile hastanın bilişleri değişmekte, umutsuzluğu ve intihar davranışı artmaktadır. Oysa atak sayısı arttıkça hastalıkta biyolojik olarak bir farklılık görülmemektedir. Çalışmamızda depresif atak sayısı ile umutsuzluk ve intihar davranışı arasında doğrusal korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Oysa DST ile intihar davranışı arasında bir doğrusal korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.
3. Depresyondaki anksiyete varlığı, DST'nin baskılanmamasından sorumlu olabilir. İkincil anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği depresyon grubu içinde DST'nin baskılanmamış olduğu olgularda anksiyete düzeyinin DST'nin baskılanmış olduğu olgulardan yüksek çıkması, depresyondaki anksiyetenin DST'nin baskılanmamasında etkili olduğu savını desteklemektedir. Depresyona ikincil anksiyete bozukluğu eklendiği zaman ise bu grup içindeki DST'nin baskılanmamış olduğu olgular ile DST'nin baskılanmamış olduğu olgular arasında anksiyetenin dengelenmesi nedeni ile iki grup arasındaki biyolojik farkın kaybolduğu ileri sürülebilir.

KAYNAKLAR

Arana GW, Reichlin S, Workman R ve ark. (1988) The dexamethasone suppression index: Enhancement of DST diagnostic utility for depression by expressing serum cortisol as a function of serum dexamethasone. *Am J Psychiatry*, 145: 707-711.

Arana GW, Santos AB, Laraia MT ve ark. (1995) Dexametha-

son for the treatment of depression: A randomised, placebo controlled, double blind trial. *Am J Psychiatry*, 152: 265-267.

Arana GW, Forbes RA (1991) Dexamethasone for the treatment of depression: A preliminary report. *J Clin Psychiatry*, 52: 304-306.

- Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V ve ark. (1995) İntihar davranışı ile depresyon, umutsuzluk, intihar düşüncesiyle ilişkisi, intihar davranış ölçeği geçlilik güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 3: 253-255.
- Beck AT (1984) Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol*, 40: 1365-1367.
- Birmaher B, Dahl RE, Ryan ND ve ark. (1992) The dexamethasone suppression test in adolescent outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 149: 1040-1045.
- Braddock L (1986) The dexamethasone suppression test for fact and artefact. *Br J Psychiatry*, 148: 363-374.
- Brown AW, Daamen M, D'Agostino ve ark. (1983) Cortisol level response to 1 and 2 mg doses of dexamethasone. *Am J Psychiatry*, 140: 609-611.
- Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ ve ark. (1996) Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 153:1293-1300.
- Ceyhun B (1993) Depresyonun ölçülmesi, Depresyon Monografları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Ankara, 5: 205-238.
- Coppen A, Abou Saleh M, Milla P (1983) Dexamethasone suppression test in depression and other psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 142: 498-504.
- Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G ve ark. (1995) İntihar niyeti ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *3P Dergisi*, 3: 28.
- Evans LD, Burnett GB, Nemeroff CB (1983) The dexamethasone suppression test in the clinical setting. *Am J Psychiatry* 140: 586-589.
- Fava GA, Kellner R (1995) Prodromal symptoms in affective disorders. *Am J Psychiatry*, 148: 823-830.
- Fava M, Rankin MA, Wright EC ve ark. (2000) Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry*, 41(2): 97-102.
- Gorman JM, Coplan JD (1996) Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 57 (Suppl 10): 34-41.
- Gökalp PG (1998) Depresif bozukluklar ile anksiyete bozuklukları ilişkisi: Eştanlı durumlar. *3P Dergisi*, 6 (4) 289-293.
- Grunhaus L, Flegel P, Haskett RS ve ark. (1987) Serial dexamethasone suppression test in simultaneous panic and depressive disorders. *Biol Psychiatry*, 22: 332-338.
- Grunhaus L (1988) Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry*, 145: 1214-1221.
- Haran S, Aydın O (1995) Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar düşüncesi ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 3: 247-251.
- Heninger GR, Maser JD, Cloninger CR (1990) A biologic perspective on comorbidity of major depressive disorder and panic disorder, comorbidity of mood and anxiety disorders. *Biol Psychiatry*, 382-387.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23): 3-13.
- Joffe RT, Bagby RM, Levitt A (1993) Anxious and nonanxious depression. *Am J Psychiatry*, 150: 1257-1258.
- Judd LL, Kessler RC, Paulus MP (1998) Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the national comorbidity study (NCS). *Acta Psychiatr Scand*, 393(Suppl): 6-11.
- Kara S, Yazıcı KM, Güleç C ve ark. (2000) Mixed anxiety-depressive disorder and major depressive disorder: comparison of the severity of illness and biological variables. *Psychiatry Res*, 24. 94(1): 59-66.
- Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU ve ark. (1998) Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 55(9): 801-808.
- Küey L, Aydemir Ö, Gülseren Ş ve ark. (1996) Major depresyon, anksiyete bozukluğu ve eş tanıli durumlarda ayrışan ve örtüşen özellikler-1: Klinik belirtiler yönünden karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 257-265.
- Levitt AJ, Joffe RT, Brener D ve ark. (1993) Anxiety disorders and anxiety symptoms in clinic sample of seasonal and non seasonal depressives. *J Affect Disord*, 28: 51-56.
- Lydiard RB (1991) Coexisting depression and anxiety: Special diagnostic and treatment issues. *J Clin Psychiatry*, 52:48-53.
- Merikangas KR, Maser JD, Cloninger CR (1990) Comorbidity for anxiety and depression: Review of family and genetic studies. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, 1:332-337.
- Miller AH, Spencer RL, Pulera M ve ark. (1992) Adrenal steroid reseptor activation in rat brain and pituitary following dexamethasone: Implications for the dexamethasone suppression test. *Biol Psychiatry*, 32: 850-869.
- Modestin J, Ruef C (1987) DST in relation to depressive somatic and suicidal manifestations. *Acta Psychiatr Scand*, 75: 491-494.
- Morihiso JM, Rosse RB, Cross D (1994) Laboratory and other diagnostic test in psychiatry. American Psychiatric Press, 41-49.
- Murphy JM, Maser JD, Cloninger CR (1990) Diagnostic comorbidity and symptom co-occurrence: The stirling county study. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, 152-176.
- Norman WH, Miller IW, Keitner GI ve ark. (1990) The DST and completed suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 81:120-125.
- Peselow ED, Baxter N, Fieve RR ve ark. (1987) The dexamethasone suppression test as a monitor of clinical recovery. *Am J Psychiatry*, 144: 30-35.
- Poland RE, Maser JD, Cloninger CR (1990) Interpretive aspects of biologic markers in psychiatry in relation to issues of comorbidity. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, 403-411.
- Rabkin JG, Quitkin FM, Steward JW ve ark. (1983) The dexamethasone suppression test with mildly to moderately depressed outpatients. *Am J Psychiatry*, 140: 926-927.
- Reich J, Warshaw M, Peterson LG ve ark. (1993) Comorbidity of panic and major depressive disorder. *J Psychiatr Res*, 27 (Suppl 1):23-33.

- Riberio SCM, Tandon R, Grunhaus L ve ark. (1993) The DST as a predictor of outcome in depression: A-Meta analysis. *Am J Psychiatry*, 150: 1618-1629.
- Roth M, Gurney C, Garside RF ve ark. (1972) Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness. *Br J Psychiatry*, 121: 147-161.
- Roy A (1992) Hypothalamic pituitary adrenal axis function and suicidal behaviour in depression. *Biol Psychiatry*, 32: 812-816.
- Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU ve ark. (2000) Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. Association with symptoms, impairment, course and help seeking. *Br J Psychiatry*, 176: 229-235.
- Sanderson WC, Beck AT, Beck J (1990) Syndrome comorbidity in patients major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *Am J Psychiatry*, 147: 1025-1028.
- Schmidtke A, Fleckenstein P, Beckman H (1989) The dexamethasone suppression test and suicidal attempts. *Acta Psychiatr Scand*, 79: 276-282.
- Schweitzer I, Maguire KP, Gee AH (1987) Prediction of outcome in depressed patients by weekly monitoring with the dexamethasone suppression test. *Br J Psychiatry*, 151: 780-784.
- Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C ve ark. (1991) Umutsuzluk ölçeği: Geçerlik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1: 139-142.
- Shores MM, Glubin T, Cowley DS ve ark. (1992) The relationship between anxiety and depression. A clinical comparison of generalised anxiety disorder, dysthymic disorder, panic disorder and major depressive disorder. *Compr Psychiatry*, 33: 237-244.
- Silverstone PH, Ravindran A (1999) Once-daily venlafaxine extended release (XR) compared with fluoxetine in outpatients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60: 22-28.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1988) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. Çeviri editörü: Sorias S, Bornova, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İzmir.
- Stavrakaki C, Vargo B (1986) The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *Br J Psychiatry*, 149: 7-16.
- Stein MB, Tancer ME, Uhde TW (1990) Major depression in patients with panic disorder factors associated with course and recurrence. *J Affect Disord*, 19: 287-296.
- Targum SD, Rosen L, Capodanno AE (1983) The dexamethasone suppression test in suicidal patients with unipolar depression. *Am J Psychiatry*, 140: 877-879.
- Ulusoy M (1993) Beck anksiyete ölçeğinin psikometrik özellikleri, Uzmanlık tezi, İstanbul.
- Vollrath M, Angst J (1989) Outcome of panic and depression in a seven year follow up: Results of the Zurich study. *Acta Psychiatr Scand*, 80: 591-596.
- Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B (1986) The validity of the dexamethasone suppression test as a marker of endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 347-352.
- Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B (1987) Diagnostic validity of the dexamethasone suppression test results of a six month prospective follow up, 144: 212-214.