



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

“DEPRESİF BOZUKLUKLAR” ALT TIPLERİNİN SIKLIĞI VE
KENDİ ARALARINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Aslı BİLGİN

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2010



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

**“DEPRESİF BOZUKLUKLAR” ALT TİPLERİNİN SIKLIĞI VE
KENDİ ARALARINDA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Aslı BİLGİN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA - 2010

İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	10
Bulgular.....	16
Tartışma ve Sonuç.....	22
Kaynaklar.....	31
Ekler.....	36
Teşekkür.....	62
Özgeçmiş.....	63

ÖZET

Bu çalışmada depresif yakınmalarla psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar DSM-IV-TR'ye göre 'Depresif Bozukluklar' alt tiplerine ayrılmış olup, üç ana kategoride incelenmiştir. Hastalara çeşitli ölçek ve testler uygulanarak bu alt tipler arasındaki, depresyon, anksiyete, sosyal uyum, kognitif düzey ve cinsel doyum farklılıklarına bakılmıştır.

Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran, son iki aydır antidepresan tedavi almayan, başka bir birinci eksen tanısı olmayan hastalar alınmıştır. Tüm hastalar sosyodemografik bilgi formu ve Mental Bozukluklar İçin Tanı Kılavuzunun (DSM-IV) eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I/CV) formu uygulanarak değerlendirilmiş, ardından DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılarak alt tiplerine ayrılmışlardır. Daha sonra hastalara Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Mini mental Test (MMT), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) ve Golomboc - Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan 120 depresif hastanın 49'u Major Depresif Bozukluk (MDB), 46'sı Distimik Bozukluk (DB), 25'i Minor Depresif Bozukluk (MiDB) tanısı aldılar. MDB alt tipinde 'Melankolik özellikli Major Depresyon' en sık gözlenen alt tipti. MiDB hastalarının SUKDÖ ortalamasının DB grubundan anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptandı. DB grubunun SUKDÖ puan ortalamasının MDB grubundan anlamlı biçimde yüksek, BPRS puan ortalamasının ise anlamlı biçimde düşük olduğu bulundu. MiDB hastalarının cinsel doyum ölçeği ortalamaları DB ve MDB hastalarından anlamlı şekilde düşüktü. Depresyon ve anksiyete skorları açısından bakıldığında MDB hastalarının ortalamaları, MiDB ve DB hastalarına göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Üç ana alt grup arasında MMT skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

DSM-IV-TR tarafından tanımlanan bu üç grubun hem klinik hem de

sosyodemografik özellikler açısından farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda bu sistematik alt sınıflamanın kullanılmamış olması çalışmamızın özelliğidir.

Anahtar kelimeler: Alt grup, depresyon, anksiyete.

SUMMARY

Depressive Disorders Subtypes And Comparisons Of Characteristics Among Subtypes

The aim of the current study is to categorize patients, who has applied to psychiatry policlinic with depressive complaints, into three main categories of Depression according to DSM-IV-TR. The differences between depression, anxiety, social adjustment, cognitive state and sexual satisfaction were displayed through different measures administered to the sample.

Patients who has applied to psychiatry policlinic with depressive complaints, with no comorbidity of another axis 1 disorder and who has not taken antidepressant for the last two months were included to the study. All of the patients were evaluated through SCID-I/CV, and later on divided to subcategories according to DSM-IV-TR. Afterwards patients were administered the following tests; Hamilton Anxiety Evaluation Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Standardized Mini Mental Test (SMMT), Brief Psychiatric Report Scale (BPRS), Beck Anxiety Scale (BAS), Beck Depression Scale (BDS), Social Adaptation Self Evaluation Scale (SASS) and Golombock-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS).

Of all 120 patients who participated in the study, 49 were diagnosed as Major Depression (MD), 46 were diagnosed as Dyhstymia, 25 were diagnosed as Minor Depression. Findings of the study revealed that Melancholic Depression was the most often encountered subtype of Major Depression. There was a significant difference between severity of depression and social adjustment in Major Depression. Dyhstymia and Minor Depression patients. Sexual satisfaction scores of the Minor Depression group patients were significantly lower than Dyhstymia and Major Depression patients. There was a significant difference in cognitive evaluation between three main groups. Depression and anxiety scores of Major Depression

patients were found to be significantly higher than those patients with Minor Depression and Dysthymia.

It has been supported that those three groups of patients as defined by DSM-IV differ significantly in terms of sociodemographic characteristics. Contribution of the current study comes from previous studies having not utilized this systematic subgrouping of depression.

Key words: Subgroup, Depression, Anxiety.

GİRİŞ

Duygu durum bozuklukları halk sağlığını dünya çapında en çok tehdit eden sorunlar arasındadır. Duygu durum bozuklukları yaygın olmasının yanı sıra belirgin işlev kaybı, düşük yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliğin bozulması ile de ilişkilidir (1). En sık görülen duygu durum bozukluğu olan depresif bozukluklar; major depresif bozukluk, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluğu kapsar (2).

Major Depresif Bozukluk

Major depresif bozukluk (MBD) dönemleri genellikle haftalar ya da aylar boyu sürebilen prodromal dönemin ardından başlar. Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) 'ya göre; MBD tanısı için, disforik duygudurum ya da alışıl gelmiş etkinliklere karşı ilgide azalma olması ve ek olarak en az dört klasik depresif belirti ve bulgu varlığı, bunların en az 2 haftadır sürüyor olması ve bu belirti ve bulguların depresif belirtilere yol açabilen başka bir süreç, örneğin yas, sıklıkla depresyonla i içe giden fiziksel bir durum ya da başka bir akıl hastalığıyla açıklanamıyor olması gereklidir (Ek-1). 2020 yılında MBD'nin tüm hastalıklar içinde en büyük hastalık külfetinden sorumlu olacağı tahmin edilmektedir (1).

DSM-IV-TR'de major depresif bozukluk tanımıyla ilgili bir sorun biraraya gelen depresif özelliklerin ne zaman sıradan hüznün ötesine geçerek farklı bir durum haline geldiğidir. Günümüzdeki tanıma göre bir kişide olumsuz bir yaşam olayının ardından 14 gün süren moral bozukluğu ve kendine olan güvende azalma, uyku, konsantrasyon bozukluğu ve cinsel ilgide azalma gibi belirtiler ortaya çıkarsa bu kişi ılımlı şiddette MBD tanı ölçütlerini karşılıyor demektir (3).

Depresyonun ilk ortaya çıkışı için öne sürülen yaş, erken erişkinlik dönemi olarak adlandırılan 20'li yaşların sonlarıdır. MDB, kadın erişkinlerde erkek erişkinlere kıyasla iki kat sıklıkla gözlenir. Her ne kadar en yoğun

olarak çalışılan ve sıkça tartışılan konular arasında olmaya devam etse de, bu cinsiyet farkının nedeni bilinmemektedir. Başlangıç yaşındaki cinsiyet farkına karşın yinelemeye anlamlı cinsiyet farkı var gibi görünmemektedir (4).

Genel sonuçta epidemiyolojik çalışmalar halen evli olanlarla karşılaştırıldığında hiç evlenmemiş ya da daha önce evlenmiş olanlarda, MDB oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ulusal Ek Tanı Araştırması'nda (UEA), hiç evlenmemiş ve evli erişkinler boşanmış, ayrılmış ya da dul kalmış erişkinlere göre belirgin olarak daha düşük MDB oranlarına sahiptir.

Epidemiyolojik çalışmalar, artmış MDB oranlarıyla düşük sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi göstermede göreceli olarak tutarlıdır. UEA'dan gelen sonuçlar, MDB ve en düşük gelire sahip olma arasında bir ilişki göstermiş ve işsizlik MDB için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (1).

Major Depresyonun Gidişi – Tek epizod, Yineleyici Alt Tipler

MDB'nin gidişi geniş bir etkenler yelpazesine bağlı olarak değişir. Gidişteki farklılıklar başlangıçtaki yaş, cinsiyet, belirtilerin şiddeti ve belirti kümesi gibi etkenlerle ilişkili olabilir. Cinsiyet, yaş ve belirti şiddeti kroniklik anlamında depresyonun gidişle ilişkilendirilmiştir. Daha erken başlangıç ve daha şiddetli belirtiler daha kronik bir gidişle ilişkilidir.

MDB'nin birçok olguda yaşam boyu yineleyen bir gidiş sergilediği bilinmektedir. UEA'da, MDB hastalarının çoğu (%72.3) bozukluğun yineleyici olduğunu telkin eder tarzda birden fazla dönemin olduğunu bildirmiştir. Kırk yıllık geriye dönük bir çalışmanın Kanada örneğinde, MDB yaygınlığı anksiyete bozuklukları yaygınlığı ile kıyaslandığında MDB'nin daha yüksek oranda kronikleşme ve yineleme gösterdiği bulunmuştur. MDB'nin şiddeti, hafiften ciddi ve yaşamı tehdit edici şekle ve gidişi, yaşam boyu tek bir hastalık döneminden çoklu yineleyici dönemlere kadar değişir. Her ne kadar özgül yaşam olayları ve MDB arasındaki bağın gücünde cinsiyet

farklılıklarının olduğuna ilişkin kanıtlar olsa da, bu ilişki kadınlarda ve erkeklerde tüm yaş grupları boyunca ortaya çıkar.

MBD'nin en önemli komplikasyonu özkıyımdır. Ağır MBD'li hastaların yaklaşık %15'i özkıyım sonucu ölür. MDB'si olan hastalar evlilik, ebeveynlik, sosyal ve mesleki konularda güçlükler yaşarlar. Hastalığın süreğen ve yineleyici biçiminde hastanın, yakın ilişkide bulunduğu kişilerle sorunları olabilir. Mesleki olarak işsizlik, iş veriminde azalma gibi sorunlar ortaya çıkar (5).

Toplum örneklerinde MDB'nin yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlar için %10-25, erkekler içinse %5-12 arasında olduğu bulunmuştur. Toplum örneklerinde erişkinler için nokta prevalansının kadınlar için %5-9, erkekler içinse %2-3 arasında olduğu saptanmıştır.

Tedavi edilmemiş depresyon dönemleri 6-24 ay sürer. MDB geçiren kişilerin %66'sında belirtiler yatışır ve hastalık öncesi işlevsellik düzeyine geri döner. Hastaların %5-10'unda tam bir depresyon dönemi iki yıldan daha fazla uzun sürer, yine hastaların %20-25'inin depresyon dönemleri arasında kısmi düzelmeler olur. Ayrıca hastaların %25'inin 'ikili depresyon'u (distimi üzerine binen MDB) olur.

Depresyonu sınıflandırma çabası ağırlıklı olarak ikili modeller temelinde yapılmıştır. En çok adı geçenler endojen ya da psikotik depresyona karşılık nevrotik ya da reaktif depresyonlardır. İngiliz psikiyatrist Mapother 1926'da depresyonu psikotik ve nevrotik olarak ayırmanın anlamsız olduğunu çünkü depresyonun bir süreklilik içinde çeşitli şiddetlerde yer aldığını iddia etmiştir. 1960'lı yıllarda Newcastle okulu üyeleri ikili depresyon modelini desteklemiştir. Faktör analitik çalışmalarında, depresyon ile anksiyete bozukluklarını birbirinden ayırt etmişlerdir. İngiliz psikiyatrist Paykel dört alt kümeden söz etmiştir: 1) Endojen özellikler gösteren psikotik depresyon, 2) Anksiyeteli ve nevrotik hastalar, 3) Genç ve öfkeli hastalar, 4) Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği hastalar. Paykel boyuttan çok kümelere vurgu yapmıştır. Endojen depresyon üzerine çalışmaları ile bilinen Zimmerman, melankolik depresyonun somatik tedavilere beklendiği gibi iyi yanıt vermediğini ileri sürmüştür (6). Depresyonun alt tiplendirilmesinde önde

gelen alt tipler arasında melankolik depresyon, atipik depresyon, psikotik depresyon bulunmaktadır. Bunun dışında diğer alt tiplerde azımsanmayacak kadar çok ilgi görmektedir. Atipik ve melankolik depresyon bu ayırımda en çok araştırılan ve sözü edilendir (7).

Melankolik Özellikler

Melankolik özellikler gösteren MDB endojen depresyon olarak da adlandırılmaktadır ve hemen hiçbir şeyden zevk alamama ya da geçici olarak bile olsa kendini iyi hissetmeme ile belirlidir. Çok ağır bir depresif duygu durumunun olmasının yanı sıra sabah erken uyanma, sabahları çok daha kötü hissetme, psikomotor retardasyon, ya da ajitasyon, iştahsızlık ya da kilo kaybı ve aşırı suçluluk duyguları gibi belirtiler görülür (ek 2). Depresif hastaların yaklaşık %25-30'u melankolik özellikler göstermektedir (8). Yatan hastalarda ise prevalans %76'ya ulaşabilmektedir. Her iki cinsiyette melankoliye eşit sıklıkla rastlanmakla beraber yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir (9). Melankolik hastaların özkıyım riski daha yüksek olup şiddeti intihar girişimlerine en sık bu grupta rastlanmaktadır (10).

Atipik Özellikler

Sıklıkla melankoliye fenomenolojik ve farmakolojik açıdan zıt olan ve reddedilmeye duyarlılıkla giden tersine dönmüş vegetatif belirtiler tüm major depresif bozuklukların yaklaşık üçte birini oluşturan bir major depresif bozukluk alt tipini belirlerler. Klasik atipik özellikler aşırı yemek yeme ya da aşırı uyumadır (Ek-3). Atipik özellikler gösteren hastaların bozukluğu daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür, bu kişilere panik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı ve somatizasyon bozukluğu tanısı konur. Bir araştırmada, 653 major depresyonlu hastanın yalnızca %11.3'ünde atipik belirtili ataklar bulunmuş, aynı hastaların %5.8'i dalgalı seyirli olarak sınıflandırılmıştır (11). Atipik depresyonu olan kişilerin depresif duygu durumlarında geçici düzelmeler olabilir, kişiler arası

ilişkilerinde reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar (12).

Psikotik Özellikler

Major depresif bozuklukların %10-15'i hiyerarşik olarak melankolik özellikte olanlar ilk sırada olmak üzere sanrısız depresyona dönüşürler. Genellikle bir ya da iki hastalık döneminin geç başlangıçlı olması dışında bu grup depresyonlar DSM-IV-TR'deki melankolinin şiddetli bir türünü oluşturmaktadırlar (Ek-4). Psikotik özellikli depresyonla ilgili literatür incelendiğinde, iki farklı varsayımın öne sürüldüğü dikkat çeker. İlk varsayım, psikotik depresyon dönemlerinin, major depresyonun düşük benlik değeri, ciddi işlevsellik kaybı, psikomotor retardasyon ve yüksek Hamilton Depresyon Skalası skorlarıyla karakterize şiddetli bir formu olduğu görüşüdür. Bu varsayımı destekleyen çalışmacılar, psikotik ve psikotik olmayan depresyon arasında klinik ve demografik özellikler bakımından anlamlı farklılıklar bulmamışlardır (13, 14). Alternatif varsayım, psikotik ve psikotik olmayan depresyonun farklı kavramlar olduğunu öne sürmektedir (15).

Kronik Depresyon

Kronik gidiş belirleyicisi major depresif dönemin tüm ölçütlerinin son iki yıl boyunca sürekli biçimde karşılanıyor olmasını gerektirir (Ek-5). Ancak klinik durum çok daha karmaşıktır. Örneğin, kronik depresyonun şiddeti sendromal hastalıkla daha hafif formlar arasında giden biçimde değişkenlik gösterir (3). Judd ve ark. (16) major depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık %60'ının eşik altı belirtilerle salınan kronik bir hastalık gidişi gösterdiklerini söylemişlerdir. Bazı hastalarda reziduel dönem ağırlıklı olarak; uyku ve diğer vegetatif düzensizlikler gibi belli somatik belirtilerden oluşur. Major depresif bozuklukta iyileşememe; artmış ailesel yükümlülikle, yakın aile bireyi kaybıyla, tıbbi sorunlarla, depresyona yol açan ilaç kullanımıyla ve aşırı miktarda alkol ve sedatif-hipnotik ajan kullanımıyla doğrudan ilişkilidir (3).

Postpartum Depresyon

Doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Kendell ve arkadaşlarının çalışmasında postpartum kadınlarda psikiyatrik hastalıkların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir (17). Bir diğer çalışma kadınların tüm psikiyatrik yatışlarının %12.5'e varan oranının postpartum dönemde olduğunu ortaya koymuştur (18). Postpartum depresyon, postpartum kadınların %10-15'inde görülür. Doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde görülen major depresif bulguları kapsar (Ek-6).

Katatonik Özellikler

Katatonik özellikler, motor hareketsizlik, aşırı motor etkinlik, aşırı negativizm, mutizm, istemli hareketlerde acayıplikler, ekolali ya da ekopraksi ile giden belirgin psikomotor bozuklukla belirli klinik görünüm için uygun düşen bir belirleyicidir (Ek-7). Motor hareketsizlik, katalepsi (balmumu esnekliği) ya da stupor ile kendini gösterebilir. Aşırı motor etkinlik açıkça amaçsızdır ve dış uyaranlardan etkilenmez. Hareket ettirme girişimlerine karşın rijid postürü sürdürme ya da tüm yönergelere karşı direnme ile kendini gösteren aşırı bir negativizm bulunabilir. Katatonisi olan yatan hastalarda, vakaların % 25-50'si duygu durum bozukluğu ile beraber, % 10-15'i şizofreni ile beraber, geri kalanları da diğer ruhsal hastalıklarda ortaya çıkar (2).

Distimik Bozukluk

Distimik Bozukluk (DB), DSM-IV-TR tarafından, en az 2 yıldır, hemen her gün olan, yaklaşık gün boyu süren, kronik depresif bir duygu durumun varlığı şeklinde tanımlanmaktadır (Ek-8). Depresif belirtiler nispeten hafif şiddettedir, genellikle çocukluk ya da ergenlikte sinsice başlar (2).

Bozukluğun süresi uzundur, genellikle tedaviye rağmen varlığını sürdürür ve yaşam boyu dalgalı bir gidiş izler (19).

İki yıllık dönem içinde herhangi bir belirtinin olmadığı ara dönemler olsa bile bunlar iki aydan daha uzun sürmez. DB'nin ilk iki yılından sonra, ek olarak major depresif ataklar da ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hem major depresif bozukluk, hem de DB tanısı beraber konur ve bu tabloya 'İkili Depresyon' adı verilir (2).

DSM-IV duygu durum bozuklukları alan çalışmasının sonucuna göre DB'nin en sık görülen klinik belirtileri; benlik saygısında düşüklük, kötümserlik, yetersizlik duyguları, sosyal çekilme, ilgi ve zevk kaybı, enerji düşüklüğü ya da yorgunluk, umutsuzluk, aşırı sinirli ve kederli olmak şeklindedir. Bilişsel, sosyal ve motivasyonel belirtilerin, vejetatif ve psikomotor belirtilerden daha fazla bulunması dikkat çekicidir (20).

DB'nin toplumdaki yaygınlığı %3-6 kadardır (21). Prevalansı yaklaşık %6'dır. Hem Amerika Birleşik Devletleri hem de Avrupa için bildirilen %3'lük nokta prevalansı ile en yaygın bozukluklar arasında yer almaktadır (22). DB'nin psikiyatri polikliniğine başvuranlar arasındaki yaygınlığının ise %22-36 arasında olduğu ifade edilmektedir (23).

Son çalışmalarda, genel toplumda görülme oranının, tedavi talebinde bulunmayan ya da tedavi edilmeyen hastalar nedeniyle düşük çıktığı, gerçek yaygınlık oranının erkekler için %4,8, kadınlar için ise %8 olduğu öne sürülmektedir. En sık 18-44 yaşlarında ve düşük sosyoekonomik düzeyli bireyleri etkiler. Kadınlarda DB gelişme olasılığı erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır (3).

Ülkemizde de DB'nin epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. DB'nin yaşam boyu yaygınlığı %5.4, son bir yıl için yaygınlığı ise %5.0 olarak bulunmuştur. Eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, dul, boşanmış ve ayrı yaşayanlarda yaygınlık önemli oranda yüksektir (24). Birinci basamakta DB görülme oranı %3.5 olarak bulunmuş ve DB'nin pratisyen hekimler tarafından az (% 13.8) tanındığı belirtilmiştir (25).

DB'nin günlük tıbbi pratikte tanınması ve tedavisinde güçlükler yaşanmaktadır. DB, kronik seyri ile işlevsellik kaybına bağlı olarak yaşam

kalitesini belirgin olarak düşürmekte ve MDB ile anksiyete bozuklukları başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlamaktadır (24). DB üzerine MDB eklendiğinde anksiyete bozukluklarının komorbiditesi de artmaktadır (26). DB yaygın, tedavisi güç bir bozukluk olması yanında, sağlık sistemine de ciddi yük getirmektedir (27).

Akiskal DB'nin klinik tanımının çok heterojen olduğunu ve DB'yi erken ve geç başlangıçlı olarak ikiye ayırarak daha homojen bir tanımlamanın yapılabileceğini belirtmiştir (28, 29). DSM-IV-TR'ye göre DB, belirtiler 21 yaşından önce başlamışsa erken başlangıçlı DB (EBDB), 21 yaşında ya da daha sonra başlamışsa geç başlangıçlı DB (GBDB) olarak isimlendirilir (2). Ancak DB'yi erken ve geç başlangıçlı şeklinde ayırmanın geçerliliği ve önemi konusunda az sayıda çalışma vardır ve konu üzerinde tam bir görüş birliğide yoktur.

Klein ve ark. (30) DB tanılı 340 "ikili Depresyon" hastasını erken ve geç başlangıçlı olarak ayırmıştır. Hastaların 244'ü (%72) erken, 96'sı (%27) geç başlangıçlıdır. EBDB'ler; daha genç olup, çoğu kadındır. Gruplar arasında ırk, eğitim düzeyi ve çalışma durumu farklılık göstermemiştir. EBDB olan grupta major depresyon atağının başlangıç yaşının daha erken ve süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında major depresyon atağı sayısı, hastaneye yatış sayısı, depresyon şiddeti, depresyon belirtileri, işlevsellik düzeyi ve sosyal uyum açısından farklılık izlenmemiştir .

Dünya Sağlık Örgütü'nün 25.900 kişide yaptığı epidemiyolojik çalışmada sosyal işlevsellik kaybı DB (%52.2) ve MDB'de (%57.4) benzer şekilde yüksek bulunmuştur. En yüksek düzey ise ikili Depresyonda (%63.6) saptanmıştır (31).

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk kategorisi; depresif özellikler gösteren fakat major depresif bozukluk, distimik bozukluk, çökkün duygu durumuyla giden uyum bozukluğu ya da karma anksiyete ve çökün duygu durum tanı ölçütlerini karşılamayan bozuklukları kapsar. Altı alt

kategoriden oluşan bu bölümde biz çalışmamıza sadece 'Minor Depresif Bozukluk' hastalarını dahil ettik. Diğer Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar; premenstural disforik bozukluk, yineleyici kısa depresif bozukluk, şizofreninin post psikotik depresif bozukluğu, sanrısız bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ya da şizofrenin aktif döneminde ortaya çıkan bir major depresif dönem, hekimin depresif bozukluğun varlığına inandığı fakat birincil mi, genel tıbbi duruma ikincil mi yoksa madde tarafından tetiklenmiş mi olduğuna karar veremediği durumları kapsar (Ek-9). Depresif bozukluk başka türlü adlandırılmayan tanısı depresif özelliklerin tam bir sendroma dönüşmediği, 2 haftalık süre eşliğini karşılamadığı, özellikle yaşam olaylarına bağlı ya da başka hastalıklarla birlikte ya da fizyolojik koşullara bağlı olarak ortaya çıktıklarında ya da tüm bu durumlarda anlamlı olabilecek bir tanıdır (3).

Minor Depresif Bozukluk

Minor depresyon, depresyonun eşik altı biçimidir, major depresif bozukluktan daha az şiddettedir, ancak distimik bozukluk olarak kabul edilebilmek için yeterince uzun sürmez. Depresyonun farklı biçimlerde ortaya çıkması ilkin Kraepelin tarafından önerilmiş olan bir yelpaze modelini akla getirmektedir (32). Judd ve ark. (33) eşik altı depresif belirtilerin (duygu durumunda değişiklik olması ölçütünü karşılaması gerekmeksizin) en sık rastlanan depresif eğilim ifadesi olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu tür bir eşik altı belirtili depresif zemine sahip ve depresif bozukluğa yatkınlığı olan kişilerin çeşitli DSM-IV-TR ve eşik altı depresif bozukluk alt tipleri arasında salınma gösterdikleri düşünülmektedir. Bu bakış açısı şu anda en çok major depresif bozukluğun ardından ortaya çıkan eşik altı belirtili depresyonun, sonradan nüks ya da kronik gidişin güçlü bir habercisi olması durumuyla uyumludur (3).

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya; 2.12.2008 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırma Etik Kurulu tarafından 2008-20/4 karar numarası ile onaylandıktan sonra, 23.03.2009 – 09.12.2009 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran kişilerden; 'Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV)' formu ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre 'Depresif Bozukluklar' tanısı almış toplam 120 kişi alınmıştır.

A. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar arasından 'Depresif Bozukluk' tanısını almış olmak.

B. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

Beyin tümörü, hipotrodi gibi depresif belirtilere neden olabilecek organik sorunu bulunan kişiler, birinci eksen sorununu etkileyecek derecede, ikinci eksen patolojisi olan kişiler, son iki aydır antidepresan tedavi alan kişiler, birinci eksen başka bir psikiyatrik hastalık varlığı olan kişiler çalışma dışı bırakıldı.

C.Uygulanan Ölçek ve Testler

Bu kişilere öncelikle "Mental Bozukluklar İçin Tanı Kılavuzunun (DSM-IV) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV)" formu kullanılarak psikiyatrik tanıları konmuş, ardından DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılarak 'Major Depresif Bozukluk' alt tiplerine ayrılmışlardır.

Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Mini Mental Test (MMT), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme

Ölçeği (BPRS), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Golomboc - Rust Cinsel Doyum Ölçeği uygulandı.

a. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formla kişilerin, temel sosyodemografik özellikler ve depresyon atağı ile ilişkili özellikleri saptandı (Ek-10).

b. SCID-I/CV

SCID-I/CV pratikte sık görülen psikiyatrik bozukluklara tanı koymak amacıyla hazırlanmış bir yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I/CV 6 modüle bölünmüştür (Tablo–1). Bazı bozukluklar SCID içinde sadece özet haliyle yer alır (Tablo–2).

Uygulama sırasında ulaşılabilir bilgi kaynaklarının tümünden yararlanıldı. Gerekliğinde aile üyeleri de dinlendi. Görüşme tamamlandıktan sonra her bir bozukluk için bozukluğun “şu anda” (yani, tanı ölçütlerinin tamamı bu ay boyunca karşılanmaktadır) ya da “yaşam boyu” (yani, ölçütler hastanın yaşamı boyunca bir kez karşılanmıştır) olup olmadığı belirlendi.

Tablo–1: SCID-I/CV Modülleri.

Modül A	Duygudurum Atakları
Modül B	Psikotik Ataklar
Modül C	Psikotik Bozukluklar
Modül D	Duygudurum Bozuklukları
Modül E	Madde Kullanım Bozuklukları
Modül F	Anksiyete ve Diğer Bozukluklar

Tablo-2: Tanı Ölçütü Olmadan SCID-I/CV'nin F Modülünün İçerdiği Hastalıklar.

Panik bozukluğu öyküsü olmadan
Sosyal fobi
Özgül fobi
Yaygın anksiyete bozukluğu
Farklılaşmamış somatoform bozukluk
Somatizyon bozukluğu
Hipokondriazis
Vücut dismorfik bozukluğu
Anoreksiya nervoza
Bulimia nervoza

c. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-11)

Hamilton ve arkadaşları tarafından klinik araştırma amaçlı geliştirilmiş depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir (34). Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Akdemir ve arkadaşları (35) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0-4, sekiz madde 0-2 puan aralığında değerlendirilir. En yüksek puan 53'tür ve tanı koymak için kullanılmaz.

d. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A, Ek-12)

Hamilton ve arkadaşları tarafından klinik araştırma amacıyla geliştirilmiş anksiyete düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçektir (36). Arkonaç ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevirmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları yapılmıştır (37). Türkçeye çevrilen, ölçeğin 14 maddelik versiyonudur. Klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Her maddeye 0-4 arası bir puan verilir ve her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. 0-5 puan anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan minör anksiyete (hafif-orta) ve 15 puan ve üstü majör anksiyeteyi (ağır) göstermektedir (38).

e. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Ek-13)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. 21 belirti kategorisini içeren Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden, her bir kategorideki 4 seçenekten (“Yok”, “Bazen”, “Sık”, “Çok sık”) kendisine en uygun olan işaretlemesi istenir ve her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir (0-63 puan). Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (39) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (40).

f. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, Ek-14)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden, her bir kategorideki 4 seçenekten (“Hiç”, “Hafif derecede”, “Orta derecede”, “Ciddi derecede”) kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir ve her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla anksiyete puanı elde edilir (0-63 puan). Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (41) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (42).

g. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ, Ek-15)

Bosc ve arkadaşları tarafından, klinik araştırma amaçlı olarak depresyonda ‘sosyal işlevsellik’ düzeylerinin saptanması için geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (43,79). SUKDÖ, 21 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanını (iş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulanmaktadır. Ölçeği dolduranlar motivasyonlarının ve davranışlarının, kendilik algılarının, günlük yaşamlarında sahip oldukları farklı rollere ilgilerinin ve aldıkları tatminin değerlendirilmesi amacıyla birbirlerini tamamlayan sorulara yanıt vermektedirler. SUKDÖ’nün geçerlilik çalışması Fransa’da genel toplumdan 3400’den fazla kişi ve 496 depresyonu olan kişide yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur

ve her kişi toplam 0-3 aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünölmektedir. Testin depresif belirtilerde meydana gelen değişikliklere hassas ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

h. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS, Ek-16)

Bazı Psikotik ya da Depresif Bozukluğu olan hastalarda belirti şiddetinin değişimini ölçmek için Overall ve arkadaşları tarafından tasarlanmıştır (44). Ölçek uygulama sırasında yarı yapılandırılmış amaca yönelik bir görüşme ile doldurulmaktadır. Bazı maddeler görüşme sırasında 'şimdi ve burada' gözlemlerine bakılarak, diğer maddeler ise son 72 saat göz önüne alınarak doldurulur. Ölçeğin orijinal versiyonundaki her madde 0-6 arasında puanlama ile değerlendirilir. Daha sonra 0-3 arasında puanlama yapılmıştır. Toplam puan maddelerden elde edilen puanların toplanması ile hesaplanır. Puanlama 0-6 arasında yapıldığında, 15-30 minor sendromu, 30 ya da üzeri ise major sendromu ifade eder.

i. Standartize Mini Mental Test (MMT, Ek-17)

Hastalarda bilişsel yetileri en kısa ve en güvenilir biçimde değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Temel olarak bilişsel yetilerde yitim olan hastalar olmak üzere tüm psikiyatrik hasta grupları ve risk altında bulunan kişilere uygulanmaktadır. MMT yönelim, kayıt belleği, dikkat, hesap yapma, hatırlama ve lisan olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır (45). Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Bazı maddelerde yönerge gereği hastaya görev verilir ve bu çerçevede ölçek üzerine çizgi çizmesi ya da yazı yazması istenir. Uygulaması oldukça kolaydır ve hem okur yazar hem de okur yazar olmayan denekler için formlarının bulunması kullanımını daha yaygınlaştırmaktadır. Hastanın her bir maddeden elde ettiği puanların toplanması ile toplam puan elde edilmektedir (46). Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır. Türkçe SMMT formunun güvenilirliği ve geçerliği Güngen ve arkadaşları tarafından tarafından sağlanmıştır (47).

j. Golombok - Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Ek-18)

Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek için düzenlenmiştir. Kadın ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış iki form bulunmaktadır. Her form da 28 madde yer almakta ve beşli Likert tipi ölçüm sağlanmaktadır. Değerlendirme ölçeği 'hiçbir zaman', 'nadiren', 'bazen', 'çoğunlukla', 'her zaman' seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçek, maddelerinin değerlendirmesine yönelik olarak kendi içinde görüşme yönergesi barındırmaktadır. Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler kadın formunda 2,4,5,8,9,10,11,15,16,17,19,21,22,25,26,27 ve 28.maddelerdir. Erkek formunda ise 1,2,3,4,8,9,12,13,15,16,19,20,21 ve 25. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiş bir ölçek olup (48), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tuğrul ve arkadaşları tarafından sağlanmıştır (49).

D. İstatistik Analiz

Verinin istatistiksel analizi SPSS 13.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi normal dağılmayan veriler için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon katsayıları ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha = 0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 120 kişinin 49'u (%40,8) Major Depresif Bozukluk (MDB), 46'sı (%38,3) Distimik Bozukluk (DB), 25'i (%20,8) Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar -Minor Depresif Bozukluk (MiDB) tanısı aldılar.

MDB tanısı almış 49 kişinin, 14'ü (%11,7) 'Melankolik özellikli Major Depresyon-Yineleyici', 9'u (%7,5) 'Melankolik özellikli Major Depresyon-İlk atak', 9'u (%7,5) 'Kronik özellikli Major Depresyon-İlk atak', 8'i (%6,7) 'Atipik özellikli Major Depresyon-Yineleyici', 4'ü (%3,3) 'Atipik özellikli Major Depresyon-İlk atak', 3'ü (%2,5) 'Postpartum özellikli Major Depresyon-İlk atak', 2'si (%1,7) 'Psikotik özellikli Major Depresyon-İlk atak' tanısı aldılar (Tablo 1).

Tablo-1: Depresif bozukluklar alt tipleri.

Depresif Bozukluk Alt Tipleri	n	%
1. Distimik Bozukluk	46	38,30
2. MiDB	25	20,80
3. Major Depresif Bozukluk	49	40,80
Melankolik öz.- Yineleyici	14	11,7*/28,5**
Melankolik öz.- İlk atak	9	7,50*/18,3**
Kronik öz.- İlk atak	9	7,50*/18,3**
Atipik öz.- Yineleyici	8	6,70*/16,3**
Atipik öz.- İlk atak	4	3,30*/8,16**
Postpartum öz.- İlk atak	3	2,50*/6,12**
Psikotik öz.- İlk atak	2	1,70*/4,09**

*Tüm depresif bozukluklar içinde oranı

**MDB içinde oranı

Bu 120 kişinin 109'u (%90,8) kadın, 11'i (%9,2) erkekti. Tüm hasta grupları kendi içinde ikili olarak karşılaştırıldığı zaman, gruplar arasında

cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Tüm hastaların yaş ortalaması $37,7\pm 1,3$ bulunmuştur. MDB tanısı almış hastaların yaş ortalaması $34,1\pm 1,3$, DB tanısı almış hastaların yaş ortalaması $45,1\pm 1,8$, MiDB tanısı almış hastaların yaş ortalaması ise $31,04 \pm 2,7$ idi. Çalışmaya alınmış olan hastaların yaşları arasında anlamlı fark olup olmadığı ikili olarak değerlendirildiğinde, MDB ve DB hastaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z = -4,103$, $p = 0,00$). Aynı şekilde DB ve MiDB hastaları arasında değerlendirildiğinde, anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z = -4,02$, $p = 0,00$). DB hastalarının yaş ortalaması her iki gruptan da büyüktür. MDB ve MiDB hastaları arasında ise yaş bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($z = -1,796$, $p = 0,072$).

Çalışmaya alınmış kişilerden 61'i (%50,8) ilkököl mezunu, 9'u (%7,5) ortaokul mezunu, 25'i (%20,8) lise mezunu, 17'si (%14,2) üniversite - yüksekokul mezunu, 8'i (%6,7) okur -yazardır. Eğitim düzeyleri kendi aralarında ikili olarak değerlendirildiği zaman, MBD ve MiDB hastaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = 0,026$). MBD ve DB hastaları arasında yine aynı şekilde anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p = 0,065$), DB ve MiDB hastaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. DB hastaları genellikle ya okur-yazar ya da ilkököl mezunu iken, MiDB hastalarında lise ve üstü eğitim görenlerin oranı daha yüksektir ($p = 0,0001$).

Çalışmaya alınmış tüm kişilerin; medeni durumları sorgulandığında 23 kişinin (%19,2) hiç evlenmediği, 86 kişinin (%71,7) evli olduğu, 10 kişinin (%8,3) boşanmış olduğu, 1 kişinin (%0,8) eşinin ölmüş olduğu görülmüştür. Üç ana bozukluk grubu hastaların medeni durumları açısından karşılaştırıldığında, evli olan ve evli olmayanların dağılımlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Depresyon alt tiplerinde; çocuğu olanlar ve olmayanların oranları karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). DB grubunda evli ve 2 ya da daha fazla çocuk sahibi olanların oranı diğer alt gruplardan anlamlı biçimde yüksektir.

Çalışmaya alınan kişilerin daha önceden depresif atak geçirip geçirmediikleri ve ilaç kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında; 46 kişinin (%38,3) atak geçirdiği, 74 kişinin ise (%61,7) atak geçirmediği; 58'inin (%48,3) tedavi

aldığı, 62'sinin (%51,7) tedavi almadığı öğrenilmiştir (tablo 2). Depresif atak geçiren hastalar ile daha önceden depresif atak geçirmemiş hastalar arasında, alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı şekilde; daha önceden herhangi bir antidepresan tedavi almış ya da almamış hastalar karşılaştırıldığında, alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). MDB grubunda daha önce depresif atak geçirenlerin ve herhangi bir antidepresan tedavi altında olanların oranı diğer gruplara oranla anlamlı biçimde yüksektir.

Tablo-2: Sosyodemografik veriler.

	MBD		DB		MiDB	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Erkek	6	5,0	2	1,7	3	2,5
Kadın	43	35,8	44	36,7	22	18,3
Yaş (Ort.)	34,10 ± 9,3		45,17 ± 12,7		31,04 ± 13,5	
Eğitim Düzeyi	n	%	n	%	n	%
İlkokul	27	2,5	29	24,2	5	4,2
Ortaokul	3	2,5	2	1,7	4	3,3
Lise	9	7,0	5	4,2	11	9,2
Üniversite (Yüksek)	9	7,5	3	2,5	5	4,2
Okur - Yazar	1	0,8	7	5,8	0	0,0
Meslek	n	%	n	%	n	%
Ev Hanımı	23	19,2	41	34,2	7	5,8
İşçi	12	10,0	2	1,7	3	2,5
Memur	2	1,7	0	0,0	0	0,0
Serbest - Esnaf	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Emekli	3	2,5	2	1,7	1	0,8
İşsiz	1	0,8	0	0,0	4	3,3
Öğrenci	4	3,3	0	0,0	8	6,7
Mühendis	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Öğretmen	2	1,7	0	0,0	1	0,8
Hemşire	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Diğer	0		1	0,8	0	0,0
Çocuk Sayısı	n	%	n	%	n	%
0	13	10,8	3	2,5	15	12,5
1	13	10,8	10	8,3	4	3,3
2 ve üzeri	23	19,2	33	27,5	6	5,0
Medeni Durum	n	%	n	%	n	%
Evli Olan	35	29,2	41	34,2	10	8,3
Evli Olmayan	14	11,7	5	4,2	15	12,5
Epizot	n	%	n	%	n	%
Var	30	25,0	11	9,2	5	4,2
Yok	19	15,8	35	29,2	20	16,7
Tedavi	n	%	n	%	n	%
Var	30	25,0	23	19,2	5	4,2
Yok	19	15,8	23	19,2	20	16,7

Hastalara uygulanmış olan ölçeklerin (MMT, SUKDÖ, BPRS, Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği) üç ana alt gruba göre ortalama puanları aşağıdaki tablo da sunulmuştur (Tablo-3).

Tablo.3. MMT, SUKDÖ, BPRS, GOLOMBOCK-RUST, HAM-A, HAM-D, BDÖ, BAÖ ortalama puanları.

	MMT	SUKDÖ	BPRS	GOLOMBOCK RUST	BECKATOP	BECKDÖP	HAMATOP	HAMDÖP
MDB	29,2±1,2	29,4±8,2	13,5±2,2	49,8±14,7	31,0±11,1	31,6±8,9	20,1±6,6	22,2±4,6
DB	29,1±0,9	32,5±5,4	9,8±1,9	56,1±15,9	21,6±9,7	24,2±9,8	15,08±3,3	15,6±1,9
MiDB	29,7±0,5	37,8±6,8	9,2±2,0	33,1±13,8	18,1±12,2	20,4±10,3	14,08±4,8	14,2±2,0

Depresyon alt tiplerine göre verilen ölçeklerde anlamlı fark olup olmadığı Mann – Whitney U Test ile değerlendirilmiştir. DB ve MiDB hastalarının SUKDÖ puanları karşılaştırılmış ve MiDB hastalarının ölçek ortalamasının anlamlı biçimde daha düşük olduğu ($z = -3,075$, $p = 0,002$) saptanmıştır. Aynı iki grup karşılaştırıldığında BPRS ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($z = -1,344$, $p = 0,179$). MDB ve DB hastaları karşılaştırıldığında DB grubunun SUKDÖ puan ortalamasının anlamlı biçimde yüksek ($z = -2,077$, $p = 0,038$), BPRS puan ortalamasının ise anlamlı biçimde ($z = -6,624$, $p = 0,000$) düşük olduğu bulunmuştur.

MiDB ve MDB hastaları karşılaştırıldığında; MiDB grubunun SUKDÖ puan ortalamasının anlamlı biçimde ($z = -3,866$, $p = 0,000$) yüksek, BPRS puan ortalamasının ise anlamlı biçimde ($z = - 5,85$, $p = 0,000$) düşük olduğu belirlenmiştir.

MMT açısından bakıldığında, üç ana alt grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Golombock – Rust Cinsel Doyum Ölçeği bütün hastalara yapılmış olup, MDB ve DB hastaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($z = -1,820$, $p = 0,069$). MiDB grubunun puan ortalamasının hem MDB ($z = -$

2,679, $p = 0,006$) hem de DB hastalarından anlamlı biçimde daha düşük olduğu ($z = -3,137$, $p = 0,001$) bulunmuştur.

BAÖ, BDÖ, HAM-A, HAM-D ortalama puanları ikili gruplarında, Mann – Whitney U testi yapılarak karşılaştırılmıştır. MDB grubunun BAÖ ($z = -4,044$, $p = 0,000$); BDÖ ($z = -3,533$, $p = 0,000$); HAM-A ($z = -4,860$, $p = 0,000$), HAM-D ($z = -6,889$, $p = 0,000$) ortalamalarının DB hastalarındaki ortalamalara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır.

Benzer biçimde MDB grubu hastalarının, BAÖ ($z = -4,381$, $p = 0,000$); BDÖ ($z = -4,312$, $p = 0,000$); HAM-A ($z = -4,254$, $p = 0,000$); HAM-D ($z = -6,311$, $p = 0,000$) ortalamalarının MiDB grubu ortalamalarından anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

MiDB grubunun, BAÖ ($z = -2,238$, $p = 0,025$) ve HAM-D ($z = -2,644$, $p = 0,008$) ortalamalarının DB grubu ortalamalarından anlamlı biçimde düşük olduğu ancak iki grup arasında BDÖ ($z = -1,621$, $p = 0,105$) ve HAM-A ($z = -1,572$, $p = 0,116$) ortalamaları açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma sonucunda 'Depresif Bozukluklar' üç ana gruba ayrılmış olup; 'Major Depresyon', 'Distimik Bozukluk' ve 'Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar'dan sadece 'Minor Depresif Bozukluk' bu çalışmaya dahil edilmiştir. Literatürde 'Depresif Bozukluklar' alt gruplara ayrılırken daha çok endojen /psikotik /melankolik depresyon, reaktif /nevrotik /atipik depresyon alt gruplarına ayrılmış olup, bazı kaynaklarda mevsimsel, anksiyeteli, ajite ve bipolar depresyondan da, alt tipler olarak bahsedilmiştir; ancak DSM-IV-TR'de olduğu gibi belirli bir şematik sistem izlenmemiştir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada; depresyon alt tipleri olarak depresyonun melankolik, atipik ve diğer başlıkları altında gruplandırmanın kullanışlı olduğu sonucuna varılmıştır (50). Şu ana kadar yapılan çeşitli sınıflandırma çalışmalarında, tanı sabitliği, görüngüsel özellikler, biyolojik parametrelerdeki özellikler ve tedavi özgüllüğü açısından herhangi bir depresyon alt tipi ön plana çıkmayı başaramamıştır. Ancak bunun böyle olması, depresyonu çeşitli özelliklerine göre kavramlaştırmamıza ve bu biçimde ele almamıza engel değildir. Bu amaçla, çalışmamızda DSM-IV-TR ölçütlerine uygun olarak hastalar üç ana grupta toplanmış ve özellikleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya alınan 120 kişinin 49'u (%40,8) MDB tanısı alarak en sık görülen alt grup olmuştur. Yapılmış toplum örneklemleri çalışmalarda MDB'nin; yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olduğu tespit edilmiştir. Depresif yakınmalarla psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ise %38'inin MDB tanısı aldığını görülmüştür (3). Bizim çalışmamızdaki sıklık bu veri ile uyumludur.

DB ise ikinci sıklıkla görülen alt grup olmuş, MDB'nin sayısına çok yakın olarak 120 hastanın 46'sı (%38,3) bu tanıyı almıştır. Literatürde psikiyatri polikliniğine başvuran arasındaki prevalansı %22-36 arasında olduğuna dair yapılmış çalışmalar mevcuttur (23). Bizim elde ettiğimiz sıklık bu veri ile uyumludur.

Literatürdeki birçok çalışmada kronik depresyon ile distimi aynı tanı kategorisi içerisinde kabul edilmiş, bazı kaynaklarda ise minor depresif bozukluk, distimik bozukluğun içine alınmıştır. Bir çalışmada kronik depresyon dört alt gruba ayrılmış olup; kronik birincil major depresyon, kronik ikincil major depresyon, karakterolojik veya kronik minor depresyon (distimi) ve çifte depresyon olarak sınıflandırılmış ve kronik birincil major depresyon, bütün kronik depresyonların %30 kadarını içerdiğini vurgulanmıştır (51). Distimik bozukluk için başka araştırmacılar; kronik depresyonun üç alt tipi olduğunu öne sürmüşlerdir. Bunlardan birincisi erken sinsi başlangıçlı olup, aralıklı ya da major özelliklere sahip olabilen tip; ikincisi sıklıkla ileri yaşlarda, bir akut major depresyondan sonra gelişebilen, aralıklı ya da kronik seyreden tip, üçüncüsü ise diğer psikiyatrik bozukluklarla ya da kronik stresle ilişkili olabilen tiptir (52). Biz yaptığımız bu çalışmada Kronik Major Depresyon'u, MDB alt grubu olarak, DSM-IV-TR'ye uygun bir şekilde kategorize etmiş bulunmaktayız.

Örtüşen belirtiler; MiDB'u DB'tan ya da MDB alt tipi olan Kronik Major Depresyon'dan ayırmakta zorluk yaratmaktadır. MiDB hakkındaki araştırmalar oldukça sınırlıdır. Günlük pratikte bazı hekimler tarafından, MiDB tanısı kronik depresyon için kullanılmakla beraber, DB'den temel farkı olan iki yıllık süre sorgulanması atlanabilmekte, bazen de 'Uyum Bozukluğu' olarak değerlendirilmektedir. Biz çalışmamızda 120 hastanın 25'ini (%20,8) MiDB tanısı ile değerlendirdik. Literatüre baktığımızda bu konuda karşılaştırma yapılabilecek net bir sayısal değer bulamadık. Fakat Judd ve ark. (33) eşik altı depresif belirtilerin en sık rastlanan depresif eğilim ifadesi olduğunu öne sürmüşlerdir.

MDB tanısı almış hastaların 14'ü (%11,7) 'Melankolik özellikli Major Depresyon - Yineleyici', 9'u (%7,5) 'Melankolik özellikli Major Depresyon - İlk atak' tanısı aldılar. Yapılmış bir çalışmada depresif hastaların yaklaşık %25-30'unun melankolik özellikler gösterdiği vurgulanmıştır (8). Bizim çalışmamızda ise 120 depresif hastadan toplam 23 tane melankolik özellikli major depresif hasta olduğu için bu oran %19,1 ile daha düşük bulunmuştur. Bu sonucun nedeni olarak; melankoli şiddetindeki depresyonların acımasız

ve aralıksız seyretmeleri ile daha fazla biyolojik tedaviye ihtiyaç duydukları (53), tıp fakültesi gibi üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmadan önce, başka bir merkezde antidepresan tedaviye başlamış oldukları, böylece semptomlarının şiddetinin azaldığı ya da medikal tedavi alıyor oldukları için çalışmaya alınamadıkları düşünülmektedir.

Yatan hastalarda Melankolik özellikli MDB sıklığı %76'ya ulaşabilmektedir. Melankolik depresyon geçiren hastaların yeni atakları %22 oranında melankolik özellikte olurken, melankolik özellikler göstermeyen depresyon hastaları ileride %25 oranında melankolik özellikli atak yaşamaktadır (54). Yapılmış başka bir çalışmada melankolik depresyonun nicelik olarak daha şiddetli bir tür olduğunu, ancak nedensel ve niteliksel yönden ayrı bir hastalık olmadığını bildirmiş, sıklıkla tekrarladığını ifade etmiştir (55). Bizde çalışmamızda melankolik özellikli depresif hastalarda, yineleyici alt grubunun, ilk atak hastalarından daha fazla görüldüğünü ve bütün MDB hastalarında en sık saptanan alt grubun yineleyici tipte 'Melankolik özellikli Major Depresyon' olduğunu belirledik.

Literatürde depresyon alt tiplerinde en çok kabul edilen ayırım depresyonun melankolik ve melankolik olmayan olarak ikiye ayrılmasıdır. Zimmerman ve ark.'nın (56) DSM-III ve DSM-III-R melankoli ölçütlerini karşılaştırdıkları araştırmalarında, DSM-III'e göre hastaların %30'u melankolik tipe girerken, DSM-III-R'ye göre %50'si melankolik tip depresyon tanısı almıştır. Bu veriler melankolik depresif özellik tanımının sıklığın belirlenmesinde ne kadar belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu bilgi göz önüne alınarak çalışmamızda en güncel melankolik özellik tanımı kullanılmıştır.

'Melankolik özellikli Major Depresyon'un ardından ikinci sıklıkla gördüğümüz MDB alt grubu 'Atipik özellikli Major Depresyon'dur (8 hasta atipik özellikli-yineleyici, 4 hasta atipik özellikli- ilk atak). 120 hastanın 12 tanesini oluşturarak tüm grubun %10'u, MDB hastalarının ise %24,4'ü bu alt grupta bulunmaktadır. Literatürde 653 major depresyonlu hasta ile yapılmış bir çalışmada %11,3'ünde atipik özellikler görülmüş, aynı hastaların %5,8'i dalgalı seyir göstermiştir (11). Stewart ve ark.'nın (57) yaptığı bir çalışmada

atipik depresyonun tüm MDB sayısının üçte birini oluşturduğunu, 20 yaşından önce başladığını, kronik bir seyir gösterdiğini, reddedilmeye ve eleştiriye aşırı tepkili olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, literatüre göre MDB hastaları içinde atipik özellikli major depresyon hastalarını daha sık gördüğümüz yönündedir. Bu bulgunun bir nedeni, atipik özellikli depresyonun “atipik” klinik belirtileri nedeniyle genel klinik uygulamada daha az tanınması, dolayısıyla bu hastaların üçüncü basamak kurumlarına sevkinin diğer alt tiplerden daha fazla yapıyor olması olabilir.

Çalışmaya aldığımız 120 hastanın 9’u (%7,5) ‘Kronik özellikli Major Depresyon - İlk atak’ tanısı aldılar. Çalışmamızda kronik özellikli MDB hastaları sadece ilk atak olarak tespit edildi, yineleyici alt grup hastasına rastlanmadı. Daha öncede bahsedildiği gibi, kronik depresyonu özellikle DB’den ayırmak çok zordur. Depresif ataklar alışlageldiği gibi bir yıl içinde iyileşmek yerine bu hastalarda yıllarca devam edebilir. Kronik depresyonda belirti şiddetinin sendromal hastalıkla daha hafif formlar arasında salınacak biçimde değişkenlik gösterdiği ile ilgili yayınlar vardır. Judd ve ark. (16) major depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık %60’ının eşik altı belirtilerle giden kronik bir hastalık gidişi gösterdiklerini söylemişler ve bu klinik durumu kronik depresyon olarak isimlendirmişlerdir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada Depresyon alt tipleri konu alınmış, kronik depresyon = distimi olarak değerlendirilmiştir (58). Bu isimlendirme karışıklığı ve halen sürmekte olan kavramsal tartışma nedeniyle kronik özellikli majör depresyonun sıklığı konusunda genel bir kanı oluşturmak güçtür. Ancak çalışmamızda kronik özellikli majör depresyonun belirlenmesinde güncel ve standart ölçütlerin kullanılmasının, toplumumuzdaki sıklığı daha tutarlı biçimde yansıttığı düşünülebilir.

Çalışmaya aldığımız hastalardan, MDB alt grubu olarak 3 hasta (%2,5) ‘Postpartum özellikle Major Depresyon - ilk atak’ tanısı aldılar. Bir çalışma kadınların tüm psikiyatrik yatışlarının %12,5’e varan oranının postpartum dönemde olduğunu ortaya koymuştur (18). Postpartum depresyon postpartum kadınların %10-15’inde görülür. Son zamanlarda;

tüm dünyada yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalar sonucu duyu duru bozukluklarının kadınlarda erkeklere kıyasla 2 kat sık ve ilk başlangıç pikinin doğurganlık yıllarında görüldüğünün saptanması (59) ve uluslararası sağık gündeminde kadın sağığının giderek önem kazanması (60) sonucu, postpartum psikiyatrik tablolara olan ilgi giderek artmaktadır. Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında mizaç dalgalanmaları olabilmekle birlikte, bunların sadece %10-20'si DSM-IV tanı ölçütlerine göre afektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır (61). Postpartum depresyon kadınların %10-22'sini ve ergen annelerin %26'ya varan oranını etkiler (62, 63). Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır (64). Çalışmamızda tüm postpartum depresyon hastalarının ilk depresif ataklarını yaşıyor olması, büyük olasılıkla çalışma örnekleminin bu alt grubun özelliklerini belirlemek için yeterince geniş olmamasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya aldığımız hastalardan 2'si (%1,7) 'Psikotik özellikli Major Depresyon - ilk atak' tanısı aldılar. MDB tanısı alan 49 hastaya göre bakıldığında %4,09 oranı elde edilmiştir. Bir çalışmada major depresif bozuklukların %10-15'inin melankolik özellikte olanlar ilk sırada olmak üzere sanırsal depresyona dönüştükleri söylenmiştir (65). ABD'de yapılmış bir çalışmada MDB tanısı alan hastaların %14'ünde psikotik özellikler saptanmıştır (66). Bu çalışmalara göre bizim elde ettiğimiz sayı daha azdır. Ancak başka bir çalışmada psikotik özellikli depresyonun daha şiddetli seyrederek hastaneye yatış endikasyonu gerektirdiği ve hastaneye yatırılan MDB hastaları arasında sıklığının %15-25 arasında değiştiği söylenmiştir (67). Bir başka çalışmada; erken yaşta ve ani başlayan bir psikotik depresyonun iki uçlu duygudurum bozukluğunun ilk atağı olma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (68). Bizim elde ettiğimiz sonucun farklılığı çalışmaya aldığımız hastaların sadece poliklinik hastaları olması, yatan hastalar ya da acil şartlarında değerlendirilen hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması ile açıklanabilir.

Psikiyatrik hastalıkların etiyolojisi ve epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar yapılırken, cinsiyetler arasında görülme sıklığı, belirti örüntüsü ve tedaviye

yanıt farklılıkları incelenmektedir. Literatürdeki birçok çalışma ile uyumlu olarak depresyonun bizim çalışmamızda da kadınlarda belirgin olarak daha sık görüldüğü (kadınlarda %90,8; erkeklerde % 9,2) bulunmuştur. Kadınlar arasında olumsuz yaşam olaylarının daha ağır basması ve hormonal farklılıklar önemli faktörler olarak gösterilmektedir (4).

Çalışmamızda DB hastalarının MDB ve MiDB hastalarından daha yaşlı olduğu saptanmıştır. MDB ve MiDB hastaları arasında ise yaş bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya alınmış kişilerden 61'i (%50,8) ilkokul mezunu, 9'u (%7,5) ortaokul mezunu, 25'i (%20,8) lise mezunu, 17'si (%14,2) üniversite - yüksek okul mezunu, 8'i (%6,7) okur -yazar olarak bulunmuştur. DB ve MiDB hastaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. DB hastaları genellikle ya okur-yazar ya da ilkokul mezunu iken, MiDB hastaları genellikle lise mezunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatüre baktığımız zaman ülkemizde yapılmış çalışmalarda, daha çok DB hastalarının ilkokul mezunu olduklarını, MDB hastalarının lise seviyesinde ya da daha az yıl eğitim aldıklarını görüyoruz (69).

Çalışmaya alınmış tüm kişilerin; 71'i (%59,2) evhanımı, 17'si (% 14,2) işçi, 2'si (%1,7) memur, 1'i (%0,8) serbest - esnaf, 6'sı (%5,0) emekli, 5'i (%4,2) işsiz, 12'si (%10,0) öğrenci, 1'i (%0,8) mühendis, 3'ü (%2,5) öğretmen, 1'i (%0,8) hemşire, 1'i (%0,8) diğer mesleklerle uğraşmaktadır. Medeni durumları sorgulandığında; 23 kişinin (%19,2) hiç evlenmediği, 86 kişinin (%71,7) evli olduğu, 10 kişinin (%8,3) boşanmış olduğu, 1 kişinin (%0,8) eşinin ölmüş olduğu görülmüştür. MDB ve DB hastaları literatür ile uyumlu şekilde, genelde ev hanımı ve evli olarak tespit edilmişlerdir. MiDB hastaları ise diğer alt gruplardan farklı olarak öğrenci ve hiç evlenmemiş hastalar şeklinde daha sıklıkla görülmektedir.

Çalışmaya alınan kişilerin daha önceden depresif atak geçirip geçirmediği ve ilaç kullanıp kullanmadıkları da sorgulanmıştır. MDB hastalarında daha önceden depresif atak geçirenlerinin sayılarının geçirmeyenlere göre daha fazla olduğu, DB ve MiDB bozukluk hastalarının ise ilk atağını yaşayanların daha fazla olduğu saptanmıştır. Verilerimizle

uyumlu biçimde MDB hastalarının %72,3'ünde yineleyici gidişin olduğu bildirilmiştir (70). Kronik gidişli oluşu, belirtilerin tedaviye rağmen uzun yıllar dalgalanmalı seyretmesi DB hastalarının çoğunun ilk ataklarını yaşıyor olmalarını açıklayabilir. Bu bulgular da literatürde bildirilenlerle uyumludur (19, 71).

Son yıllarda depresyon hastalarının ayaktan tedavisinde günlük yaşamlarındaki işlevsellik önem kazanmış (72) ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde sosyal yeti kaybı üzerinde durulmaya başlanmıştır (73). Bizim çalışmamızda da sosyal uyum değerlendirilmiş ve en yüksek sosyal uyum düzeyinin MiDB grubunda olduğu, bunu DB grubunun izlediği ve en düşük sosyal uyum düzeyinin MDB grubunda olduğu saptanmıştır. Bu üç grubu sosyal uyum açısından birebir karşılaştıran çalışma olmamasına karşın, çalışmamızdan elde edilen verilerin depresyon alt tiplerini tek tek ele alan çalışmalarda bildirilen uyum düzeyi sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir.

BPRS ile belirti şiddeti değerlendirilmiş ve beklendiği gibi belirti şiddetinin DB hastalarında MiDB hastalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak bu iki alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Hastaların bilişsel durumları da ölçülmüş ve alt gruplarda dağılımı karşılaştırılmıştır. Alt gruplar arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Her üç gruptan elde edilen grup ortalamalarının da ölçekten elde edilebilecek tam puan olan 30 puan değerine yakın olması, çalışma örneğimizde bilişsel düzeyin depresyondan etkilenmediğini göstermektedir. Depresyonun yaşlanma varlığında bilişsel düzeyi etkilediğini destekleyen çalışmalar vardır (74, 75). Bizim örneklem grubumuzun yaş ortalamasının bu çalışmalardakilere göre daha düşük olması (daha genç depresif hastaları içermesi) bulgularımızı açıklamaktadır.

Örneğimizde cinsel doyum Golombock - Rust Cinsel Doyum Ölçeği ile ölçülmüştür. Cinsel doyum açısından MD ve DB grupları arasında fark saptanamazken, MiDB grubunda cinsel doyumun diğer iki gruptan anlamlı biçimde daha iyi olduğu saptanmıştır. MD grubunda depresif belirtilerin

şiddetli oluşu, DB grubunda ise belirtilerini şiddetli olmamasına karşın süregen biçimde var olmasının cinsel doyumu olumsuz etkilediği yorumu yapılabilir. MiDB grubunda ise cinsel doyumun daha iyi olması ise bu grupta hem belirti sayısı hem de şiddetinin diğer iki gruba göre daha düşük oluşu ile açıklanabilir.

Depresyonda belirti şiddetini değerlendirmek için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeğidir. Çalışmamızda, beklenildiği gibi MDB hastalarında tüm ölçeklerde depresyon ve anksiyete skorlarının DB ve MiDB hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu veriler literatür sonuçlarıyla uyumludur (19, 76-78). Çalışmamızdan çıkan ilginç bir sonuç, MiDB ve DB hastalarının kendi değerlendirmelerine göre depresyon düzeyleri arasında fark olmamasına karşın, klinisyenin değerlendirmesinde DB grubunda depresyon düzeyinin MiDB grubuna göre daha yüksek çıkmış olmasıdır. Beck Depresyon Ölçeği hastaların kendi doldurduğu ve daha çok depresyonun temel bilişsel çarpıtmalarına odaklanan bir ölçektir. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ise klinisyenin bedensel belirtileri de içine alan bir dizi belirtiyi yarı yapılandırılmış biçimde sorgulayarak doldurduğu bir ölçektir. Elimizdeki hasta sayıları tutarlı bir istatistik değerlendirme yapmaya olanak vermediğinden bu iki ölçekte ölçülen hangi itemlerin bu farkı yarattığını belirleyemedik ancak DB grubundaki hastaların bedensel belirtilerinin MiDB grubundakilerden daha fazla olması, depresyon düzeyinin DB grubunda daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. İlginç biçimde bu iki grup arasında yapılan anksiyete düzeyi karşılaştırmasında tam tersi bir sonuç elde edilmiştir. Yani hastanın kendini değerlendirdiği ölçeğe göre anksiyete düzeyi DB hastalarında, MiDB hastalarına göre daha yüksektir; ancak klinisyenin değerlendirmesinde fark bulunamamıştır. Benzer biçimde istatistik değerlendirmeyle destelenememesine karşın, DB hastalarının özellikle anksiyeteye bağlı bedensel belirtilerini daha fazla bildirmiş olması aradaki farkı yaratmış olabilir. Klinisyenin değerlendirmesinde fark çıkmamış oluşu ise anksiyete açısından klinisyenin daha objektif değerlendirme yapmış olmasına bağlanabilir. Ancak

bu yorumların ne kadar doğru olduğunun belirlenmesi için daha geniş örnekleme çalışma yapılması gereklidir.

Sonuç olarak şu ana kadar yapılan çeşitli sınıflandırma çalışmalarında, herhangi bir depresyon alt tipi ön plana çıkmayı başaramamış, genel klinik görünüm, tedavi cevabı, hastalık şiddeti gibi parametreleri kullanarak, DSM-IV-TR'ye uygun bir şekilde dağılım yapılmamıştır. Depresyon bir süreklilik biçiminde görülüp çeşitli klinik şiddetlere göre ayrılaşması yerine, çeşitli görüngülerden oluşan bir sendrom olarak görülmüştür. Bizim çalışmamızın farkı psikiyatri polikliniğine başvuran hastaları DSM-IV-TR'ye uygun bir şekilde, klinik gidişine bakmadan, ilk başvurdıkları anda sınıflandırmış olması ve literatürde hakkında çok çalışma yapılmamış, Başka türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar'dan, Minor Depresif Bozukluğu bir ana alt grup olarak ele almasıdır. Çalışmamızda bu ayrım üzerinden saptanan çeşitli klinik farklılıkları tanı koyma ve tedavi planlama aşamasında pratik önemi olduğuna inanıyoruz. Ancak daha geniş örneklem grubu ile çalışılması; MDB alt grupları arasında verilerin anlamlı bir şekilde karşılaştırılması açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. Textbook of Mood Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2006. 33 – 42.
2. Köroğlu E (Çeviri editörü). Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. 4. baskı (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
3. Akiskal HS. Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. 1625 - 33.
4. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. 1.baskı. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. 20 - 33.
5. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Türkiye psikiyatri derneği duygudurum bozuklukları bilimsel çalışma birimi depresyon sağaltım klavuzu kaynak kitabı. 1. baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık San.ve Tic. A.Ş.; 2008.
6. Parker G, Roy K, Hadzi- Pavlovic D. Subtyping depression by clinical features: the Australian database. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 21 – 8.
7. Fountoulakis KN, Lacovides A, Nimatoudis I, Kaprinis G. Comparison of the diagnosis of melancholic and atypical features according to DSM-IV and somatic syndrome according to ICD-10 in patients suffering from major depression. Eur Psychiatry 1999; 14: 426 - 33.
8. Gold PW, Chrousas GP. Organization of the stres system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs. low CRH/NE states. Mol Psychiatric 2002; 7: 254 - 75.
9. Hildebrant MG, Stage KB, Kragh-Soerrensen P. Gender differences in severity, symptomatology and distribution of melancholia in major depression. Psychopatology 2003; 36: 204 - 12.
10. Leventhal AM, Rehm LP. The empirical status of melancholia: Implications for psychology. Clinical Psychology Rewiew 2005; 25: 25 - 44.
11. Levitan RD, Lesage A, Parikh SV. Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. Am J Psychiatry 1997; 154: 934 - 40.
12. Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG. Atypical depression. A valid clinical entity Psychiatr Clin North Am 1997;16: 479 - 89.
13. Kocsis JH, Croughan JL, Katz MM. Response to treatment with antidepressants of patients with severe or moderate nonpsychotic depression and of patients with psychotic depression. Am J Psychiatry 1990; 147: 621 - 24.
14. Lykouras E, Christodoulou GN, Malliaras D. Type and content of delusions in unipolar psychotic depression. J Affect Disord 1985; 9: 249 - 52.
15. Coryell W. Psychotic depression. J Clin Psychiatry 1996; 3: 27 - 31.

16. Judd LL, Akiskal HS, Schertler PJ, Endicon J, Maser J, Solomon DA. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar-I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530 - 37.
17. Kelly A, Deakin B. Postnatal depression and antenatal morbidity. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 577 - 78.
18. Duffy CL. Postpartum depression: identifying women at risk. *Genesis* 1993; June/July: 11 - 21.
19. Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary non-bipolar non-chronic major depression and demographic, clinical, familial, personality and socio-environmental characteristics and short-term outcomes. *J Abnorm Psychol* 1998; 97: 387 – 98.
20. Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RMA et al. Result of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry* 1995: 843 - 9.
21. Howland R. General health, health care utilization and medical comorbidity in dysthymia. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23: 211 - 38.
22. Kessler R, Mc Gonagle K, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8 -19.
23. Klein DN, Dickstein S, Taylor EB. Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavioral Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 106 -11.
24. Doğan D, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası; 1995.
25. Özmen E, Ogel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 23 - 32.
26. Keller M, Shapiro R. 'Double depression': Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 438 - 2.
27. Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 274 - 84.
28. Akiskal HS. Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 11 - 20.
29. Akiskal HS, Rosental TL, Haykal RF. Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective' dysthymias from character spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 777 - 83.
30. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP. Early-versus late-onset dysthymic disorder: comparison in outpatients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999; 52: 187 - 96.
31. Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors and course. *J Clin Psychol* 2003; 59: 807 - 16.
32. Kraepelin E: In Robertson GM ed. Barclay RM, transl. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh, Scotland: Livingstone; 1921.

33. Judd LL, Akiskal HS, Maser M, Zelle PJ, Endico HJ, Corey W. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromic depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 694 - 700.
34. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurology Neurosurgery Psychiatry* 1960; 23: 56 - 62.
35. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251 - 59.
36. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50 - 5.
37. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;8:114-17.
38. Williams BW. A Structured Interview Guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45: 742 - 47.
39. Beck AT, Wead CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561 - 71.
40. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6: 118 - 22.
41. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893 - 97.
42. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12: 163 - 72.
43. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self- evaluation scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997, 7(1); 57 -70
44. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799 - 812
45. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189 - 98.
46. Molloy DW, Standich TIM. A guide to the standartized mini mental state examination. *Int Psychogeriatr* 1997; 9: 87 - 94.
47. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standartize Mini Mental Test'in Türk toplumda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 273 - 81.
48. Rust J, Golombock S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dsyfunction. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 157 - 65.
49. Tuğrul C, Özkan N, Kabakçı E. Golombock Rust Cinsel Doyum ölçeğinin standartizasyon çalışması (GRISS). *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4: 83 - 8.
50. Aydemir Ö. Depresyon alt tiplerinin varlığı üzerine. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007; 3: 19 - 23.
51. Scott J. Chronic depression. *Br J Psychiatry* 2001; 153: 287 - 97.

52. Kocsis JH, Frances AJ. A critical discussion of DSM III. Dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 1987;143: 1534 - 42.
53. Aşkın R. Depresyonun Klinik Alt Tipleri. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2000; 1: 53 – 63.
54. Melartin T, Leskela U, Rytsala H, Sokero P, Lestela-Mielonen P, Isometsa E. Co morbidity and stability of melancholic features in DSM-IV major depressive disorder. *Psychol Med* 2004; 34: 1443 - 52.
55. Kendler KS. The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Arch gen Psychiatry* 1997; 54; 299 - 304.
56. Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B. The treatment validity of DSM-III melancholic subtyping. *Psychiatry Res* 1985; 16: 37 - 43.
57. Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM. Can mildly depressed out patients with atypical depression? *Am J Psychiatry* 1992; 149: 615 - 19.
58. Aşkın R. Kronik Depresyon (Distimi). *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2000; 1: 44 – 7.
59. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*,1995; 269: 799 - 801.
60. Mongella G. Global approaches to the promotion of women's health. 1995; 269: 789 - 90.
61. Carothers AD, Murray L. Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: application to post-natal depression in a community sample. *Psychol Med* 1990; 20: 695 - 702.
62. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995;166: 191 - 95.
63. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum - onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 639 - 45.
64. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 26 – 32.
65. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartolini L. Agitated depression in bipolar I disorder: Prevalence, phenomenology, and outcome. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2134 – 40.
66. Johnson J, Howarth E, Weissman MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Arch gen Psychiatry* 1991; 48: 1075 - 81.
67. Özen B, Oral T. Psikotik özellikli Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; (Ek-1) 32 - 40.
68. Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR . Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5: 115 - 28.
69. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20: 205 - 12.
70. Schechter LE, Ring RH, Beyer CE, Hughes ZA, Khawaja X, Malberg JE, Lipson SR. Innovative Approaches for the Development of

- Antidepressant Drugs: Current and Future Strategies. *Neuro Rx* 2005; 2: 590 – 611.
71. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 23 - 32.
 72. Keller M. Role of serotonin and noradrenaline in social dysfunction: a review of data on reboxetine and the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 15 - 9.
 73. Kasper S . From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 27 - 31.
 74. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 232 – 39.
 75. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2: 79 – 86.
 76. Barzega G, Maina G, Venturello S. Dysthymic disordersw: Clinical characteristics in relation to age at onset. *J Affect Disorder* 2001; 66: 39 – 46.
 77. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thaser ME. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disorder* 2000; 60:1 - 11.
 78. Sanderson WC, Beck AT, Beck J. Syndrome comorbidity in patients with Major depression or dysthymia: prevalences and temporal relationship. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1025 – 28
 79. Akkaya C, Sarandöl A, Sivrioğlu Y, Danacı AE, Kırılı S. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19: 292 – 99.

EKLER

EK-1: Majör Depresif Epizot DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabilite duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) hemen hergün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) hemen hergün, değersizlik, aşırı yada uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

EK-2: Melankolik Özellikler Belirleyicisi için Ölçütler

Melankolik Özellikler Gösteren (Majör Depresif Bozuklukta o sıradaki ya da en son Majör Depresif Epizoda uygulanır ve Bipolar I ya da II Bozukluğunda bir Majör Depresif Epizoda, ancak bu en son duygudurum epizodu tipi ise uygulanabilir)

A. O sıradaki epizodun en ağır dönemi sırasında aşağıdakilerden birinin ortaya çıkması:

(1) tüm etkinliklerden ya da bu etkinliklerin çoğundan artık hiç zevk alamıyor olma

(2) genelde hoş gidecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (iyi bir şey olduğunda geçici olarak bile olsa kendisini çok daha iyi hissetmeme)

B. Aşağıdakilerden üçünün (ya da fazlasının) olması:

(1) depresif duygudurumun ayrı bir niteliğinin olması (yani, depresif duygudurum, sevilen birinin ölümünden sonra yaşanan duygudan çok daha değişik olarak yaşanır)

(2) depresyon düzenli olarak sabahları daha kötüdür

(3) sabah erken uyanma (olağan uyanma saatinden en az 2 saat önce olmak üzere)

(4) Belirgin psikomotor retardasyon ya da ajitasyon

(5) belirgin bir iştahsızlık ya da kilo kaybı

(6) aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları

EK-3: Atipik Özellikler Belirleyicisi için Ölçütler

Atipik özellikler Gösteren (Major Depresif Bozuklukta Major Depresif Epizotun son iki haftasında Bipolar I ya da II Bozukluğunda o sıradaki Majör Depresif Epizot en son duygudurum epizodu tipi olduğunda bu özellikler daha belirginse ya da Distimik Bozukluğun son 2 yılında bu özellikler daha belirginse; o sırada Majör Depresif Epizod yoksa, bu özellik herhangi bir 2 haftalık dönemde önde geliyorsa uygulanabilir)

A. Duygudurumda tepkiselliğin görülmesi (yani, gerçekten olumlu olan ya da olumlu olduğu düşünülen olaylara tepki olarak duygudurumda düzelmeler olur).

B. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:

(1) belirgin bir kilo alımı ya da iştahta belirgin bir artma

(2) hipersomnia

(3) ağır paralizi (yani, kollarda ya da bacaklarda ağırlık, kurşun gibi olma duygusu)

(4) belirgin bir toplumsal ya da mesleki bozulma ile sonuçlanan kişilerarası ilişkilerde süregiden reddedilmeye duyarlılık (duygudurum bozukluğu epizodları ile sınırlı değildir)

C. Aynı epizod sırasında Melankolik Özellikler Gösteren ve Katatonik Özellikler Gösteren için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

EK-4: Psikotik Özellikli Major Depresif Epizot için Belirleyiciler

Not: Beşinci basamakta kodlayınız. Hafif, Orta Derecede, Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır, Psikotik Özellikleri Olan Ağır belirleyicileri ancak o sırada Majör Depresif Epizod için tanı ölçütleri tam karşılandığı zaman uygulanabilir. Kısmi Remisyonda ve Tam Remisyonda belirleyicileri Majör Depresif Bozuklukta en son Majör Depresif Epizoda ve Bipolar I ya da II Bozukluğunda Majör Depresif Epizoda, ancak bu en son duygudurum epizodu tipi ise uygulanır.

1-Hafif: Tanı koymak için gerekli semptomlardan, varsa bile, az fazlası vardır ve semptomlar mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde sadece hafif derecede bir bozulmaya yol açar .

2-Orta Derecede: Semptomlar ya da işlevsellikte bozulma "hafif" ve "ağır" dereceler arasındadır .

3-Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır: Tanı koymak için gerekli semptomlardan çok daha fazlası vardır ve semptomlar mesleki işlevselliği, olağan toplumsal etkinlikleri ya da başkalarıyla olan ilişkileri önemli derecede olumsuz olarak etkilemektedir .

4-Psikotik Özellikleri Olan Ağır: Hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar. Olanak varsa, psikotik özelliklerin duyguduruma uygun olup olmadıklarını belirtiniz:

Duyguduruma-Uygun Psikotik Özellikler: İçeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmaya layık olma gibi tipik depresif temalar ile tümüyle uyumlu hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar.

Duyguduruma-Uygun Olmayan Psikotik Özellikler: İçeriğinde, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmaya layık olma gibi tipik depresif temalar taşımayan hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar. Bunlar arasında perseküsyon hezeyanları (depresif temalarla doğrudan ilişkili olmayan), düşünce sokulması, düşünce yayılması ve etkilenme (kontrol edilme) hezeyanları gibi semptomlar vardır.

EK-5: Kronik Major Depresyon Belirleyicisi için Ölçütler

Kronik (Major Depresif Bozuklukta o sıradaki yada en son Major Depresif Epizoda uygulanır ve Bipolar I ya da II bozukluğunda bir Major Depresif epizoda, ancak bu en son duygudurum epizodu tipi ise uygulanabilir)

Bir major depresif epizot için tanı ölçütleri en azından son 2 yıldır sürekli olarak tam karşılanmaktadır.

EK-6: Postpartum Başlangıç Belirleyicisi için Ölçütler

Postpartum Başlangıçlı (Majör Depresif Bozukluk, Bipolar I Bozukluğu ya da Bipolar II Bozukluğunda o sıradaki ya da en son Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizoda ya da Kısa Psikotik Bozukluğa uygulanabilir)

Postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması.

EK-7: Katatonik Özellikler Belirleyicisi için Ölçütler

Katatonik Özellikler Gösteren (Majör Depresif Bozukluk, Bipolar I Bozukluğu ya da Bipolar II Bozukluğunda o sıradaki ya da en son Majör Depresif Epizot, Manik Epizot ya da Mikst Epizoda uygulanabilir)

Aşağıdakilerden en az ikisi klinik tabloya egemendir:

(1) katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stuporun olması ile belirli motor hareketsizlik (immobilite)

(2) aşırı motor etkinlik (açıkça amaçsızdır ve dış uyarılardan etkilenmemektedir)

(3) aşırı negativizm (tüm yönergelere açık bir biçimde amaçsız olarak direnç gösterme ya da hareket ettirmek için gösterilen çabalara karşı rijid postürü sürdürme) ya da mutizm

(4) postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürleri kabullenme), kalıplaşmış yineleyici davranışlar, belirgin mannerizmler [olağandışı tavırlar] ya da belirgin grimas [surat buruşturma] ile belirli, istemli davranışlarda acayiplikler olması

(5) ekolali ya da ekopraksi

EK-8: Distimik Bozukluk için Tanı Ölçütleri

A. Kişinin ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az 2 yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygudurumunun olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl olabilir ve süresi en az 1 yıl olmalıdır.

B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisi(yada daha fazlası) bulunur:

- (1) iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
- (2) uykusuzluk ya da aşırı uyku
- (3) düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
- (4) düşük benlik saygısı
- (5) düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
- (6) umutsuzluk

C. Bu bozukluğun 2 yıllık bir dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) kişide, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.

D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk 1 yılı) boyunca Majör Depresif Epizot geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik Majör Depresif Bozukluk ya da kısmi remisyonda Major Depresif Bozukluk olarak daha iyi açıklanmaz.

E. Daha önce bir manik epizot, bir mikst epizot ya da bir hipomanik epizot geçirilmemiştir ve siklotimik bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

F. Bu bozukluk sadece, Şizofreni yada Hezeyanlı Bozukluk gibi kronik Psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkamamıştır.

G. Bu semptomlar bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

H. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa

Geç başlangıçlı: 21 yaşında ya da daha ileri bir yaşta başlamışsa

EK-9: Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

1. Premenstrüel disforik bozukluk: Geçen yıl boyunca, menstrüel siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak birtakım semptomlar (örn. belirgin bir depresif duygudurum, belirgin anksiyete, belirgin bir duygulanım oynaklığı, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma) ortaya çıkmıştır (menstrüasyonların başlangıcından sonraki birkaç gün içinde de bunlar ortadan kalkmıştır). Bu semptomlar iş yaşamında, okul yaşamında ya da olağan etkinliklerde bozukluklara yol açacak denli ağır düzeyde olmalı ve menstrüasyonlardan sonra en az 1 hafta süreyle hiç bulunmamalıdır.

2. Minör depresif bozukluk: Depresif semptomların en az 2 hafta sürdüğü epizodlar, ancak bu semptomlar Majör Depresif Bozukluk tanısı konması için gerekli beş semptomdan daha azdır.

3. Rekürren (yineleyen) kısa depresif bozukluk: 2 günden 2 haftaya dek süren ve 12 ay süreyle en az ayda bir kez ortaya çıkan depresif epizodlar (menstrüel sikluslara eşlik etmemektedir).

4. Şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu: Şizofreninin rezidüel evresi sırasında ortaya çıkan bir majör depresif epizot bulgularının karşılandığı dönemdir.

5. Sanrısız Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk ya da Şizofreninin aktif evresi üzerine binen bir Majör Depresif Epizod.

6. Klinisyenin depresif bir bozukluk olduğu sonucuna vardığı, ancak bunun primer mi, genel tıbbi bir durumamı bağlı olduğunu, yoksa madde kullanımının mı buna yol açtığını belirleyemediği durumlar.

EK-10: Sosyodemografik Veri Formu**Adı, Soyadı :****Yaşı:****Cinsiyeti :** 1.() E

2.() K

Adres:**Telefon:****Sosyal güvence:** 1.() Yeşil kart

4.() Bağkur

2.() S.S.K.

5.() Emekli sandığı

3.() Özel hayat sigortası 6.() Yok

Eğitim yılı :**Son mezun olduğu okul :**

1.() İlk

2.() Orta

3.() Lise

4.() Üniversite/Yüksek Okul

5.() Okuma yazma yok

6.() Okur yazar

Mesleği

1.() Ev Hanımı

5.() Çiftçi

9.() Polis

13.() Hemşire

2.() İşçi

6.() Emekli

10.() Mühendis

14.() Yönetici

3.() Memur

7.() İşsiz

11.() Doktor

15.() Diğer

4.() Serbest (Esnaf)

8.() Öğrenci

12.() Öğretmen

Medeni durumu: 1.() Hiç evlenmemiş

3.() Boşanmış

2.() Evli

4.() Eşi Ölmüş

Çocuk sayısı: ()**Daha önceden geçirilmiş depresif epizot var mı?**

1.() Var

2.() Yok

Var ise sayısı :.....

Daha önceden depresyon tedavisi almış mı? 1.() Evet

2.() Hayır

Evet ise belirtiniz.....

Sistemik hastalık:

Baş-Boyun

1.() Var

2.() Yok

Kalp Hastalığı

1.() Var

2.() Yok

GIS

1.() Var

2.() Yok

GÜS

1.() Var

2.() Yok

Alt Solunum Yolları

1.() Var

2.() Yok

Lokomotor Sistem

1.() Var

2.() Yok

Hipertansiyon

1.() Var

2.() Yok

Diyabet

1.() Var

2.() Yok

Tiroid Hastalığı

1.() Var

2.() Yok

Diğer Endokrin Hastalıklar

1.() Var

2.() Yok

Kullandığı ilaçlar:

1.() Var

2.() Yok

(Var İse Belirtiniz).....

EK-11: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

1. Depresif Ruh Hali

(Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme):

0. Yok.
1. Sadece sorulduğunda belirtiliyor.
2. Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor.
3. Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi.
4. Her haliyle; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.

2. Suçluluk Duyguları

0. Yok.
1. Kendini suçlama, başka insanları üzdüğü düşüncesi.
2. Geçmişteki hatalar ya da günahlar üzerinde sürekli düşünme veya suçluluk duyguları.
3. Hastalığın bir ceza olduğu düşüncesi. Suçluluk hezeyanları.
4. Suçlayıcı veya yerici sesler işitme ve/veya görsel varsanılar.

3. İntihar

0. Yok.
1. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi.
2. Olmuş olmayı istemesi ya da kendisi için olası bir olumu düşünmesi.
3. Suisidal düşünce ve davranışlar.
4. İntihar girişimi

4. Uykusuzluk (Başlangıç)

0. Uykuya dalmakta güçlük çekmez
1. Sıklıkla uykuya dalma güçlüğü yakınmaları - yani ½ saatten fazla
2. Her gece uykuya dalma güçlüğü yakınmaları

5. Uykusuzluk (Orta)

0. Zorluk yok
1. Gece suresince huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınmalar
2. Gece boyunca uyanma (tuvalet haricinde yataktan kalkma)

6. Uykusuzluk (Geç)

0. Zorluk yok
1. Sabahın erken saatlerinde uyanır fakat uykuya tekrar dönebilir
2. Yataktan kalkarsa tekrar uykuya dalmakta başarılı olamaz

7. Çalışma ve Etkinlikler

0. Zorluk yok.
1. Yetersizlik duygu ve düşünceleri, yorgunluk yada iş ve zevklere bağlı olarak etkinliklerde güçsüzlük.
2. Etkinlik, zevkler yada işe karşı ilgi kaybı - hastanın doğrudan söylemesi ya da dolaylı olarak düzensizlik, kararsızlık ve kendini iş veya etkinliklere zorlama duygusu ile ifade edilmesi.
3. Etkinliklere harcanan zamanda belirgin azalma ve üreticiliğin düşmesi. Hastanın hastanede bölümde yapılması gereken günlük işler dışında hastane görevi ya da zevkler için günde üç saatten az zaman ayırması.
4. Şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayı durdurması. Hastanede bölümde yapılması gereken işler dışında hiçbir etkinlikte bulunmaması yada yardım edilmeksizin bölüm işlerini yapmakta başarısız olması.

8. Yavaşlama

(Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantre olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması):

0. Normal düşünme ve konuşma
1. Görüşmede hafif yavaşlama
2. Görüşmede açıkça yavaşlama
3. Görüşmenin zorlukla yapılması
4. Tam stupor

9. Ajitasyon

0. Yok
1. Yerinde duramama
2. El, saç vb. şeylerle oynama
3. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik
4. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.

10. Psişik Anksiyete

0. Güçlük çekmez
1. Nedensiz gerginlik ve aşırı sinirlilik
2. Çok küçük şeylere üzülme
3. Konuşmada veya yüzde belirgin endişeli tutum
4. Sorulmadan korkularını açıklama

11. Somatik Anksiyete: (Anksiyetenin fizyolojik belirtileri)

0. Yok
1. Hafif
2. Orta
3. Şiddetli
4. Hareketleri engelleyici derecede

12. Somatik Semptomlar – Gastrointestinal

0. Hiç biri yok.
1. İştah kaybıyla birlikte başkalarının ısrarı olmaksızın yeme.
2. Zorlanmadan yemek yemede güçlük.

13. Somatik Semptomlar (Genel)

0. Hiç biri yok
1. Kaslarda, basta yada sırtta ağırlık. Baş, sırt ve kas ağrıları. Enerji kaybı.
2. Herhangi kesin bir belirti

14. Genital Semptomlar: (libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli

15. Hipokondriyak uğraşlar

0. Mevcut değil
1. Bedenine yönelme
2. Sağlıkla ilgili olarak çok düşünme
3. Sık şikayetler, yardım isteme vs.
4. Hipokondrik sanrılar

16. Kilo Kaybı

(A ya da B'yi derecelendirin)

A - Özgeçmişini değerlendirirken:

0. Kilo kaybı yok
1. Şimdiki rahatsızlık ile ilgili olası kilo kaybı
2. Kesin kilo kaybı (hastaya göre)
3. Ölçülmedi

B - Gerçek kilo değişimi bölüm çalışanları tarafından haftalık olarak değerlendirildiğinde:

0. Haftada 500 gramdan az kilo kaybı
1. Haftada 500 gramdan çok kilo kaybı
2. Haftada 1 kg'dan çok kilo kaybı
3. Ölçülmedi

17. İçgörü

0. Depresyonda ve hasta olduğunu ya da şu anda depresyonda olmadığını kabul ediyor.
1. Hastalığı kabullenmekle birlikte nedenlerini kötü yemeklere, iklime, çok çalışmaya, virüse, dinlenmeye olan gereksinime vs.ye atfediyor.
2. Hasta olduğunu kesinlikle inkar ediyor.

EK-12: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

1. Anksiyeteli Mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite 0 1 2 3 4
2. Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, gevşeyememe
3. Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, Hayvanlardan, trafikten ve kalabalıktan.
4. Uykusuzluk: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları
5. Entelektüel: Konsantrasyon Güçlüğü, bellek Zayıflaması
6. Depresif Mizaç: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, Depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar
7. Somatik (musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, Miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma (duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, Sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.
8. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, Göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu
9. Solunum Semptomları: Göğüste baskı ve sıkışma, Boğulma duygusu, iç çekme, dispne
10. Gastrointestinal Semptomlar: Yutma güçlüğü, Barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları
11. Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, Menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, empotans
12. Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı
13. Görüşme Sırasında Davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk Ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, dilate pupiller, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme

EK-13: Beck Depresyon Ölçeği

Yok Bazen Sık Çok sık

0 1 2 3

1. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4. Her şeyden sıkılıyorum
5. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
6. Cezalandırıldığımı hissediyorum
7. Kendimden nefret ediyorum
8. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
9. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10. Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum
11. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
12. Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum
13. Artık hiç karar veremiyorum
14. Kendimi çok çirkin buluyorum
15. Hiçbir şey yapamıyorum
16. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum
17. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
18. Artık hiç iştahım yok
19. Altı kilodan fazla kilo verdim
20. Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
21. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

EK-14: Beck Anksiyete Ölçeği

Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
0	1	2	3

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma
2. Sıcak / ateş basmaları
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
4. Gevşeyememe
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu
6. Baş dönmesi veya sersemlik
7. Kalp çarpıntısı
8. Dengeyi kaybetme korkusu
9. Dehşete kapılma
10. Sinirlilik
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu
12. Ellerde titreme
13. Titreklilik
14. Kontrolü kaybetme korkusu
15. Nefes almada güçlük
16. Ölüm korkusu
17. Korkuya kapılma
18. Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi
19. Baygınlık
20. Yüzün kızarması
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

EK-15: Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ):

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları şu anki fikrinize göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

1. Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

İşinize ilginiz nasıl?

Çok Orta Az Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?

Çok Orta Az Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

Çok zevk alıyorum Orta düzeyde zevk alıyorum

Az zevk alıyorum Hiç zevk almıyorum

4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

Çok Orta Az Hiç yok

5. Boş Zamanlarınızın niteliği nasıl?

Çok iyi İyi

Fena değil Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

Çok sık Sık Nadiren Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

Çok iyi İyi

Fena değil Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

Birçok insanla var Birkaç insanla var

Pek az insanla var Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kumaya ne kadar gayret edersiniz?

Çok gayret ederim Gayret ederim

Orta Derecede gayret ederim Gayret etmem

10. Başarıyla olan ilişkinizi genel olarak nasıl görürsünüz?

Çok iyi İyi

Fena değil Tatmin edici değil

11. Başkalarıyla olan ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?
() Çok değer veririm () Değer veririm
() Çok az değer veririm () Hiç değer vermem
12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?
() Çok sık () Sık () Nadiren () Hiç
13. Sosyal kurallara , iyi davranışlara , nezaket vb. dikkat eder misiniz?
() Çok sık () Sık () Nadiren () Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı vs.) ne ölçüde içindesiniz?
() Tamamen () Orta Derecede () Az () Hiç
15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
16. Bilimsel teknik yada kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
17. İnsanlral fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbirc zaman
18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbirc zaman
19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?
() Çok () Orta () Az () Hiç
20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbirc zaman
21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hissedermisiniz?
() Fazlasıyla () Orta () Pek değil () Hiç

EK-16: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği:

0 1 2 3 4 5 6

0: Hastalık yok, 1: çok hafif, 2: hafif, 3: orta, 4: orta şiddetli, 5: şiddetli, 6: aşırı şiddetli

1. Somatik Uğraşlar: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis
2. Anksiyete: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku
3. Duygusal içe kapanma: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik
4. Düşünce çözülmesi: Konfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri
5. Suçluluk duyguları: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlarından pişmanlık duyma
6. Gerginlik: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri
7. Maniyerizm ve Postür: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış
8. Grandiyözite: Kendisi hakkında abartılı düşünceler, olağandışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı
9. Depresif duygudurum: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik
10. Düşmanca davranış: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret
11. Kuşkuculuk: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma
12. Hallüsinatuvar davranış: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama
13. Motor yavaşlama: Yavaşlamış, zayıflamış hareket, beden kuvvetinde azalma
14. İşbirliği kuramama: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme
15. Olağan dışı düşünceler: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı
16. Duygusal küntlük: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma
17. Taşkınlık: Artmış emosyonel ton, duyguların normal şiddetinde azalma
18. Dezoryantasyon: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı

EK-17: Mini Mental test (SMMT)

Yönelim: (Toplam 10 puan)

Hangi yıl içindeyiz?.....()

Hangi mevsimdeyiz?..... ()

Hangi aydayız?..... ()

Bugün ayın kaç?..... ()

Hangi gündeyiz?.....()

Hangi ülkede yaşıyoruz?.....()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?..... ()

Şu an bulunduğunuz bina hangisidir?..... ()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?..... ()

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan):

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise)..... ()

(Her doğru isim için 1 puan, toplam süre 20 saniye)

Dikkat ve hesap yapma: (Toplam 5 puan)

100 den geriye doğru 7 çıkararak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem 1 puan, 100,93,86,79,72,65).....()

Hatırlama: (Toplam 3 puan).....()

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz?(masa, bayrak, elbise)

Lisan: (Toplam 9 puan)

a)Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?(saat, kalem) 2 puan...()

b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.'Eğer ve fakat istemiyorum' 1 puan.....()

c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. ' Masada duran kağıdı sağ elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen'. Toplam puan 3,süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.....()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"Gözlerinizi kapatın" (arka sayfada)

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan).....()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan).....()

EK-18: Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeği

		Hiçbirzaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Herzaman
1.	Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2.	Eşinizle cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?					
3.	Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu?					
4.	Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5.	Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye ayırdığınız zaman yeterli mi?					
6.	Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7.	Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8.	Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazm) ulaşıyor mısınız?					
9.	Eşinize sarılıp vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10.	Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?					
11.	Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın parmağınızı cinsel organınıza sokabilir misiniz?					
12.	Eşinizin cinsel organına dokunmaktan rahatsız olur musunuz?					
13.	Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?					
14.	Sizin için doyuma ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?					
15.	Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?					

16.	Eşinizle cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı sorabilirmisiniz?					
17.	Eşinizin cinsel organı sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18.	Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hissedermisiniz?					
19.	Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan zevk alırmısınız?					
20.	Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?					
21.	Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı uyardığında doyuma orgazma ulaşabilir misiniz?					
22.	Sevişme boyunca sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23.	Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					
24.	Kendi cinsel organınızın eşinizin cinsel organının derine inmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
25.	Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
26.	Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27.	Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?					
28.	Cinsel birleşme anında orgazma ulaşır mısınız?					

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, görgü ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Doç.Dr. Aslı Sarandöl, Doç.Dr. Yusuf Sivrioğlu, Doç.Dr. Cengiz Akkaya ve Uzm.Dr. S.Saygın Eker'e , rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan Nöroloji Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine, desteğini hep hissettiğim dostum Uzm. Psikolog Şengül Hafızoğlu'na, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli tüm çalışma arkadaşlarıma ve Psikiyatri kliniği hemşire ve personeline,

Kişisel ve mesleki gelişimime sağladığı katkılardan dolayı Doç.Dr.Celal Odağ'a,

Desteklerini her zaman hissettiğim annem, babam ve kardeşim Burak'a, bazen dost, bazen kardeş, bazen ev arkadaşı olan, biricik kardeşim Ayşegül'e,

Desteği, sevgisi ve anlayışı için sevgili eşime teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZGEÇMİŞ

18.10.1979 Ankara doğumluyum. İlköğretim ve Lise eğitimimi Ankara'da tamamladıktan sonra, bir sene Hacettepe Üniversitesi Kimya Öğretmenliği bölümünde okudum. 1998 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladım.2004 yılında mezun olduktan sonra, 2005 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.'de asistan olarak çalışmaya başladım. Analitik yönelimli psikoterapi ve Sanatla Terapi eğitimi aldım. 1999 yılından beri Tıp Fakültesinin Tiyatro grubunda, amatör olarak, oyun yazarlığı, oyunculuk ve yönetmenlik yapmaktayım. 10 tane oyun yazıp, yönettim. Oyunlarımı, çeşitli dernekler yararına ve tabip odası için oynamış bulunmaktayım. Evliyim.