

Araştırma / Original article**Erken ve geç başlangıçlı distimik bozukluğun klinik özellikleri, belirti dağılımı ve sosyal uyum yönünden farklılıkları**Salih Saygın EKER,¹ Cengiz AKKAYA,² Şengül CANGÜR,³ Aslı SARANDÖL,² Ebru ÖZTEPE YAVAŞÇI,⁴ Ülkü SARIKAVAKLI,⁴ Selçuk KIRLI⁵**ÖZET**

Amaç: Erken ve geç başlangıçlı distimik bozukluk (DB) hastalarında depresif belirtilerin şiddet ve dağılımları ile işlevselliğin değerlendirilmesi ve bu değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılmasıdır. **Yöntem:** DSM-IV'e göre DB tanısı konan 192 hasta (174 kadın, 18-65 yaş arası) çalışmaya alındı. Çifte depresyonlu, eksen I ve eksen II bozukluğu olan ve denetim altına alınamamış tıbbi hastalığı olan hastalar dışlandı. Hastalar Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme için grup bozukluğun başlangıç yaşına ikiye ayrıldı (erken <21 yaş ya da geç ≥21 yaş). **Bulgular:** Erken başlangıçlı grupta 25 (%13) geç başlangıçlı grupta 167 (%87) hasta yer alıyordu. HAM-D ortalama değeri ($z=-2.03$, $p=0.042$) erken başlangıçlı grupta yüksekken, SUKDÖ ortalama değeri geç başlangıçlı grupta daha yüksekti ($z=-2.98$, $p=0.003$). Erken başlangıçlı grupta hastalar daha genç ($p<0.001$), bozukluğun süresi daha uzun ($p<0.001$) ve başlangıç yaşı daha erken ($p<0.001$), birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu görülme oranı ($p=0.009$) daha fazlaydı. Tüm grup değerlendirildiğinde HAM-D ortalama değeri SUKDÖ ortalama değeri ile ters yönde ilişkili saptandı ($r=-0.182$, $p=0.011$). Erken başlangıçlı grupta yine HAM-D ortalama değeri SUKDÖ ortalama değeri ile ters yönde ilişkili iken ($r=-0.176$, $p=0.023$), geç başlangıçlı grupta böyle bir ilişki saptanmadı. HAM-D maddeleri tek tek incelendiğinde 'özkıyım' ($p=0.009$) ve 'iş ve etkinlik' ($p=0.002$) maddeleri erken başlangıçlı grupta daha sık olarak saptandı. **Tartışma:** Başta bozukluğun başlangıç yaşı, şiddeti ve süresi, birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı, geçirilmiş depresif nöbetlerin varlığı ve sosyal işlevsellik alanlarında erken ve geç başlangıçlı DB farklılaşmaktadır. DB süreğen ve ciddi işlevsellik yitimi gibi önemli sonuçları olduğundan, bozukluğa ait özelliklerin sorgulanarak bozukluğun erken tanınması bozukluğun doğurabileceği olumsuz sonuçları hafifletebilir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12:49-54*)

Anahtar sözcükler: Distimi, işlevsellik kaybı, erken başlangıçlı distimi

Early- versus late onset dysthymic disorder: clinical characteristics, symptom profile and social adaptation**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study was to determine the distribution and severity of depression symptoms, functional impairment and compare these variables between early- onset (EO) and late-onset (LO) dysthymic disorder patients. **Methods:** One hundred and ninety-two patients (174 women, 18-65 years of age) diagnosed with dysthymic disorder (DD) according to DSM-IV were included. Patients with double depression, ongoing major depression, axis I or II diagnosis and uncontrolled physical illness were excluded. Patients were evaluated using Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). The sample was divided into two groups depending on age at onset (early <21 or late ≥21). **Results:** There were 25 (13%) patients

¹ Yrd.Doç.Dr., ² Doç.Dr., ⁴ Arş.Gör.Dr., ⁵ Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa

³ Arş.Gör., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Salih Saygın EKER, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 16059 Görükle/Bursa

E-mail: saygineker@yahoo.com

Geliş tarihi: 11.06.2010, Kabul tarihi: 02.10.2010

in EO and 167 (87%) were in LO group. Mean score of HDRS was higher in the EO ($z=-2.03$, $p=0.042$) whereas mean score of SASS was higher in the LO group ($z=-2.98$, $p=0.003$). EO patients were younger ($p<0.001$), had longer duration of DD ($p<0.001$), onset of DD was earlier ($p<0.001$), greater proportion of the EO group had a family history of history of affective disorder ($p=0.009$). The mean score of HDRS was conversely correlated with the mean score of SASS ($r=-0.182$, $p=0.011$) in the whole group. The mean score of HDRS was conversely correlated with the mean score of SASS ($r=-0.176$, $p=0.023$) in the LO group, whereas no such correlation was found in the EO group. Individual HDRS items of 'thoughts of suicide' ($p=0.009$) and 'work and activities' ($p=0.002$) were more frequent in EO group. **Conclusion:** EO and LO patients differs on a number of variables, including age of onset, the severity and the duration of the illness, family history of mood disorder, lifetime history of major depressive episode and social adjustment. Since DD is a chronic disorder and has severe consequences DD patients, EO patients in particular, should be treated adequately and monitored regularly. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2011; 12:49-54)

Key words: dysthymic disorder, functional impairment, early-onset dysthymia

GİRİŞ

Distimik bozukluk (DB) sinisi başlangıçlı, süregelen bir depresif bozukluktur.¹ Toplumda görülme sıklığı %3-6 arasında değişmektedir.^{2,3} Yüksek görülme sıklığının yanı sıra, sık özkıyım girişimlerinin görülmesi, eşlik eden bunaltı ve kişilik bozuklukları ile bedensel hastalıkların sıklığı, işlevsellik kaybının varlığına karşın DB sıklıkla tanınmamakta veya uygun tedavi edilmemektedir.⁴⁻⁸ DSM-IV duygudurum bozuklukları alan çalışmasına göre düşük benlik saygısı, karamsarlık, sosyal geri çekilme, ilgi kaybı, zevk alamama, düşük enerji düzeyi veya yorgunluk, ümitsizlik DB'nin en sık görülen klinik belirtileridir.⁹ Bilişsel ve sosyomotivasyonel belirtiler, istemli ve psikomotor belirtilerden daha sık görülmektedir.¹⁰

DB'un gidişindeki farklılıklar erken ve geç başlangıçlı DB kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.^{10,11} DSM-IV 21 yaş kesim noktası olarak belirlemiştir. Bununla beraber başka fikir önderleri tarafından da önerilen farklı kesim noktaları vardır.¹¹⁻¹³

Erken ve geç başlangıçlı DB'nin farkının geçerliliği veya önemi hakkında bilgi verecek çalışma sayısı çok azdır. DB herhangi bir yaşta başlasa da, başlangıç yaşı ile klinik ve etiyolojik etkenler arasında kurulan bağ, erken ve geç başlangıçlı DB'nin farklı gelişimsel gidiş gösterdiğini desteklemektedir.^{11,14} Örneğin, erken başlangıçlı DB daha fazla ailesel duygudurum bozukluğu öyküsü, daha zor çocukluk çağı yaşantısı ve daha yüksek oranda yaşam boyu geçirilmiş majör depresif bozukluk (MDB) ile ilişkilendirilmiştir.^{15,16} Erken başlangıçlı DB hastalarında bozukluğun süresinin daha uzun olduğu, daha sık özkıyım girişiminde buldukları ve işlevselliklerinin geç başlangıçlı olanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.^{17,18}

DB'de erken ve geç başlangıcın ayrımının öne-

mi ve geçerliliğini vurgulayan veri azlığı yanında bu konuda henüz görüş birliğine varılamamıştır. Bununla beraber erken ve geç başlangıçlı DB hastalarında işlevsellik kaybını ölçen veya belirti dağılımını inceleyen çok az çalışma vardır. Bu çalışma, erken ve geç başlangıçlı DB hastalarını, depresif belirtilerin şiddeti ve dağılımları ve işlevsellik kayıpları açısından değerlendirmeyi ve karşılaştırmayı amaçlamıştır.

YÖNTEM

Çalışma tasarımı

Çalışmaya 18 yaş ve üstünde, psikiyatrik muayene sırasında DSM-IV'e¹⁹ göre DB tanı ölçütlerini karşılayan 192 poliklinik hastası alındı. DSM-IV'e göre eşlik eden eksen I veya eksen II bozukluğu olan, değerlendirme sırasında çifte depresyon tanısı olan, eşlik eden denetim altına alınamamış yandaş hastalığı olan (örn., diyabetes mellitus, böbrek yetmezliği) hastalar çalışmaya alınmadı. Hasta alımı 02.05.2005-30.10.2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim ve medeni durumu, evliyse evlenme yaşı, mesleği, gelir durumu, DB'nin başlama yaşı ve süresi, herhangi bir süregelen hastalığının olup olmadığı, MDB öyküsünün bulunup bulunmadığı, aile öyküsünde herhangi bir duygudurum bozukluğu öyküsü olup olmadığı, psikiyatrik amaçlı hastane yatış öyküsü ve DSM-IV'e göre eksen V tanısı psikiyatrik görüşme sırasında kayıt edildi. İstatistiksel değerlendirme amaçlı grup DSM-IV'e göre erken (yaş<21) ve geç (yaş≥21) başlangıçlı olmak üzere ikiye ayrıldı. Çalışma koşulları etik kurul tarafından onaylandı. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uyularak yapılmıştır.

Araçlar

Belirtiler ve depresyon şiddeti 17 maddelik Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

(HAM-D)²⁰ ile değerlendirildi. Sosyal işlevselliği ölçmek için Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği²¹ (SÜKDÖ) kullanıldı. Daha yüksek SÜKDÖ değerleri daha iyi sosyal işlevsellik ile ilişkilidir.

İstatistiksel değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 13 paket programında yapılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenlerin özelliklerine göre tanımlayıcı istatistikler ve/veya frekans dağılımları hesaplanmıştır. Değişkenlik ölçüsü ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle ilgilenilen sürekli değişkenlerin normal dağılım varsayımlarına uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve/veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik nitelikte olan değişkenler için ise gruplararası bir farklılık olup olmadığına Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testlerinin uygulanmasıyla karar verilmiştir. Değişkenler arasında ilişkiyi incelemek için de korelasyon analizi yapılmıştır. Morse'un algoritması kullanılarak da istatistiksel olarak anlamlı tedaviler için etki büyüklükleri (effect sizes) hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 174'ü (%90.6) kadın 18'i (%9.4) erkek, toplam 192 hasta alındı. Hastaların 25'i (%13) erken başlangıçlı, 167'si (%87) geç başlangıçlı grupta yer alıyordu. Erken başlangıçlı

grupta bulunan hastalar geç başlangıçlılara göre anlamlı olarak daha gençler ($t=-4.63$, $p<0.001$, ES:0.661-orta). Erken başlangıçlı hastaların hastalık süresi geç başlangıçlılara göre anlamlı olarak daha uzun (Mann-Whitney U $z=-5.00$, $p<0.001$, ES:0.131-orta), başlangıç yaşı daha erkendi (Mann-Whitney U $z=-8.06$, $p<0.001$, ES:0.340-büyük). Erken başlangıçlı grupta evlilik süresi daha uzun (Mann-Whitney U $z=-3.66$, $p<0.001$, ES:0.070-orta) gelir düzeyleri daha azdı (Fisher's exact $\chi^2=4.46$, $df=1$, $p=0.046$, ES:0.152-küçük). Majör depresif nöbet sayısı (Mann-Whitney U $z=-2.99$, $p=0.003$, ES:0.047-küçük) ve birinci derece yakınarda duygudurum bozukluğu görülme oranı ($\chi^2=6.88$, $df=1$, $p=0.009$, ES:0.189-küçük) erken başlangıçlı grupta anlamlı olarak daha fazlaydı. İki grup arasında cinsiyet farklılığı, öncesine ait psikiyatrik nedenli hastaneye yatış sayısı, medeni durum ve meslek açısından anlamlı fark yoktu. Eşlik eden diyabetes mellitus, kalp-damar hastalığı, nörolojik hastalık gibi tıbbi hastalık sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu.

Ortalama HAM-D değeri (Mann-Whitney U $z=-2.03$, $p=0.042$, ES:0.022-küçük) erken başlangıçlı grupta, SÜKDÖ değeri (Mann-Whitney U $z=-2.98$, $p=0.003$, ES:0.047-küçük) ise geç başlangıçlı grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Tüm grup göz önüne alındığında HAM-D ortalama değeri ile SÜKDÖ ortalama değeri arasında ters orantı ($r=-0.18$, $p=0.011$) vardı. Benzer şekilde, geç başlangıçlı grupta ortalama HAM-D değeri ile ortalama SÜKDÖ değeri arasında ters

Tablo 1. Sosyodemografik ve klinik özellikler

Özellikler	Erken başlangıçlı DB Ort. ± SS	Geç başlangıçlı DB Ort. ± SS	Tüm hastalar Ort. ± SS
Yaş	40.0 ± 7.7*	49.6 ± 9.9	48.4 ± 10.2
Cinsiyet			
Kadın	24 %96	150 %89.8	174 %90.6
Erkek	1 %4	17 %10.2	18 %9.4
Bozukluğun süresi (yıl)	21.0 ± 9.5*	10.7 ± 8.0	12.0 ± 8.9
Bozukluğun başlangıç yaşı	18.4 ± 2.1*	38.9 ± 10.4	36.2 ± 12.0
Geçirilmiş depresif atakların ortalama sayısı	2.9 ± 2.9**	1.9 ± 2.6	2.0 ± 2.6
Psikiyatrik nedenli hastaneye yatış sayısı	1 %4	14 %8.4	15 %7.8
Birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu öyküsü	15 %60***	55 %32.9	70 %36.5
HAM-D	11.8 ± 1.6*	10.8 ± 2.2	10.9 ± 2.2
SÜKDÖ	33.7 ± 6.5	38.2 ± 7.6**	37.6 ± 7.6

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, SÜKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, * $p<0.001$; ** $p=0.003$; *** $p=0.009$

Tablo 2. Erken ve geç başlangıçlı DB hastalarında HAM-D maddelerinin dağılımı

HAM-D maddeleri	Erken başlangıçlı DB	Geç başlangıçlı DB		
Suçluluk	19	76	104	62.3
Özkiyim	13	52	44	6.3
Uykuya dalma	6	24	59	35.3
Uykuyu sürdürme	7	28	59	35.3
Erken uyanma	5	20	44	26.3
İş ve etkinlik	24	96	110	65.9
Retardasyon	18	72	95	56.9
Ajitasyon	11	44	62	37.1
Ruhsal anksiyete	25	100	156	93.4
Bedensel anksiyete	25	100	160	95.8
Somatik gastrointestinal	2	8	23	13.8
Genel bedensel belirtiler	24	96	158	94.6
Genital belirtiler	23	92	148	88.6
Hipokondriazis	14	56	87	52.1
Kilo kaybı	1	4	15	9.0

oranı ($r=-0.18$, $p=0.023$) varken, erken başlangıçlı grupta benzer bir ilişki saptanmadı.

DB'nin süresi ile HAM-D ve SUKDÖ ortalama değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

HAM-D -17 maddeleri incelendiğinde 'özkiyim' maddesi ($\chi^2=6.86$, $df=1$, $p=0.009$, ES:0.189-küçük) ile 'iş ve etkinlik' maddesi ($\chi^2=9.36$, $df=1$, $p=0.002$, ES:0.221-küçük) erken başlangıçlı grupta geç başlangıçlı gruba göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. İki grup arasında diğer maddeler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. HAM-D maddelerinin her birinin ortalama değeri verilmemekle beraber, hastaların hiç birinde 'özkiyim' maddesi '1' değerinden daha yüksek değer almamıştır.

İki grup arasında SÜKDÖ maddelerinin görülme sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 1'de çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri bulunmaktadır.

Tablo 2'de her HAM-D maddesinin dağılımı gösterilmiştir. DB'nin tanımı gereği 'çökkün duygudurum' her hastada bulunmaktadır.

TARTIŞMA

DB çocukluk çağı ve yaşlılık dahil olmak üzere herhangi bir yaşta başlayabilir.^{11,22} Bununla beraber DB'nin başlangıç yaşını hangi etkenlerin etkilediği tam olarak bilinmemektedir. Çocukluk çağına ait zor yaşam koşulları (örn. kötüye

kullanılma, aile tarafından reddedilme veya aile kaybı) ve kişilik sorunları erken başlangıçlı DB için önde gelen etkenler olarak nitelendirilirken,²³ ciddi kayıplar, sağlık sorunları veya zorlu yaşam koşulları geç başlangıçlı DB ile ilişkilendirilmiştir.²⁴

Erken ve geç başlangıçlı DB'nin ayırımı önerilen ve kullanılan kesme noktaları halen tartışmalıdır. DSM-IV 21 yaş sonrasını geç başlangıç için kesme noktası olarak belirlerken, ICD-10 geç başlangıçlı DB'yi 30-50 yaş arasına koymaktadır. Diğer taraftan Gwirtsman ve arkadaşları¹² çocukluk çağı (<18 yaş), erişkinlik (18-44) ve geç (>45) başlangıç şeklinde sınıflandırmıştır. Distimik hastaların önemli bir çoğunluğunun tıbbi yardıma geç yaşta başvurduğu gözlemine dayanarak Kocsis¹³ ile Devanand ve arkadaşları,¹¹ sırasıyla 50 ve 65 yaşları geç başlangıç için kesme noktası olarak önermiştir. Bu çalışmada hastaların %87'si geç başlangıçlı DB grubunda yer alıyordu. Bu oran Serretti ve arkadaşlarının²⁵ çok merkezli bir çalışmasının bulguları ile Barzega ve arkadaşlarının²⁶ bulguları ile örtüşmektedir. Klein ve arkadaşlarının²⁷ çalışmasında ise, hastaların çoğu erken başlangıçlı grupta yer almaktaydı.

Erken ve geç başlangıçlı DB'nin ayırıcı özellikleri ile ilgili şimdiye kadar yayınlanmış makale sayısı azdır. Eldeki veriler erken başlangıçlı DB hastalarının geç başlangıçlılara göre daha genç, bekar ve kadın cinsiyette olduklarını; bozukluğun süresinin daha uzun ve başlangıcının daha erken olduğunu, duygudurum bozuklukları yönünden aile yüklülüğünün ve geçirilen MDB nöbeti sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir.^{26,27} Bu çalışmada erken başlangıçlı grupta hastaların daha genç, hastalık süresinin daha uzun olması, hastalığın başlangıç yaşının daha erken olması, MDB nöbeti sıklığının daha fazla olması, birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluğu yükünün daha fazla olması önceki çalışmalarla uyumludur.²⁶⁻²⁸ Erken başlangıçlı DB'de bozukluk süresinin daha uzun olması, bozukluğun bu hasta grubunda daha erken başlaması ile ilişkili olabilir. Erken başlangıçlı DB'de bozukluğun erken yaşta başlaması MDB nöbetinin daha erken yaşta başlamasına, dolayısıyla bu grupta daha sık MDB nöbetinin görülmesine yol açıyor olabilir. Erken başlangıçlı DB'nin gelişiminde genetik etkenlerin rolü göz önüne alındığında, erken başlangıçlı gruptaki hastaların birinci derece yakınlarında daha yüksek oranda duygudurum bozukluğu görülmesi anlaşılabilir. Ayrıca bu çalışmada erken başlan-

gıçlı grupta gelir düzeyi daha düşük iken, evlilik süresi daha uzun bulunmuştur. Bozukluğun süreğenliğinin işlevselliği olumsuz etkilemesine bağlı olarak gelir düzeyinin daha düşük olması beklenebilecek bir bulgudur. Ancak, erken başlangıçlı grupta kişilik sorunlarının daha belirgin olması, bozukluğun kişilerarası ilişkiler üzerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında evlilik süresinin daha kısa olması beklenebilir. Çelişkili gibi görünen bu bulgu, kadınların erken yaşta evlenmesi ve boşanmanın pek hoş karşılanmadığı ülkemizin sosyokültürel yapısı ile ilişkili olabilir.

DB tanısı çökkün duyguduruma eşlik eden iştahsızlık veya aşırı yemek yeme, uykusuzluk veya aşırı uyku, düşük enerji düzeyi veya yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşünceleri yoğunlaştırma güçlüğü veya karar vermede güçlük, umutsuzluk duygularından en az ikisinin eşlik ettiği durumlarda konabilir. Majör depresif nöbete özgü olduğu düşünüldüğünden psikomotor ajitasyon veya retardasyon ile özkıyım belirtileri DSM-IV DB tanı ölçütlerinden dışlanmıştır. DB ile MDB bozukluk belirtilerinin ayrımı ile ilgili tartışmalar sürmekle beraber, erken ve geç başlangıçlı DB belirtilerinin ayrımı ile ilgili elimizdeki veri yeterince açık değildir. DSM-IV duygudurum bozuklukları alan çalışması sonuçlarına göre düşük benlik saygısı, karamsarlık, sosyal geri çekilme, ilgi ve zevk almada azalma, enerji azlığı veya yorgunluk, ümitsizlik DB'nin en sık gözlenen belirtileridir.⁹ Bununla beraber, Barzega ve arkadaşlarının²⁶ kapsamlı çalışmasında erken ve geç başlangıçlı DB hastalarında belirti dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ise, HAM-D ölçeğinde 'özkıyım' ve 'iş ve etkinlik' belirtileri erken başlangıçlı grupta daha sık gözlenmiştir. Tablo 2'de gösterildiği üzere, iki grupta da hastaların çok büyük bir kısmında bunaltı belirtilerinin bulunması önceki çalışmalarla uyumludur.^{25,26}

MDB ile kıyaslandığında DB'de belirti şiddeti daha düşük olsa da, bozukluğun süreğenliğine bağlı olarak işlevsellik yitimi daha fazladır.^{29,30} Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma geç başlangıçlı DB ile kıyaslandığında erken başlangıçlı DB'de işlevsellik yitiminin daha fazla olduğunu göster-

mektedir. Az sayıdaki çalışmada işlevsellik değerlendirilmiş, erken ve geç başlangıçlı DB arasında işlevsellik yitimi açısından fark bildirilmemiştir.^{15,27} Bununla beraber Klein ve arkadaşları²⁷ DB'de gözlenen işlevsellik yitiminin geçirilen majör depresif nöbetlerin sayısı ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Bu çalışmada da yukarıdaki önermeyi destekleyecek şekilde erken başlangıçlı grupta daha yüksek oranda geçirilmiş MDB nöbeti ve daha belirgin işlevsellik yitimi gözlenmiştir. Elde edilen veriler erken başlangıçlı DB'nin daha şiddetli ve ciddi bir durum olduğunu göstermesinin yanında, HAM-D ve SUKDÖ değerleri arasında gösterilen ters ilişki-den de anlaşıldığı üzere, artan belirti şiddeti daha belirgin işlevsellik yitimi ile ilişkilidir.

Gerek erkek hasta sayısı, gerekse erken başlangıçlı DB grubundaki hasta sayısının azlığı bu çalışma için en önemli kısıtlılıklardandır. Bunun yanında bu çalışmada depresif belirtilerin değerlendirilmesinde Cornell Distimi Ölçeği'nin yerine HAM-D kullanılması başka bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Hellerstein ve arkadaşları³¹ belirtilerinin değerlendirilmesinde Cornell Distimi Ölçeği'nin HAM-D'ye göre daha değerli olduğunu bildirmiştir. Benzer çalışmalarda DSM-IV'e göre eksen I ve eksen II ek tanılarının varlığı bir kısıtlılık olarak değerlendirildiğinden, bu çalışmada bu ek tanıların dışlanması bu çalışma için bir güçlülük olarak değerlendirilebilir. Görece geniş bir hasta topluluğunu barındırması, hastaların dikkatlice ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ihmal edilen bir alanı araştıran bu çalışmanın başka önemli yanıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma erken ve geç başlangıçlı DB'nin bozukluğun başlangıç yaşı ve süresi, şiddeti, sosyal uyum, ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı ve geçirilmiş majör depresif nöbet sayısı gibi bir takım özellikler yönünden ayrıldığını göstermektedir. Bu çalışmada da gösterildiği gibi DB süreğen ve ciddi işlevsellik yitimi gibi önemli sonuçları olduğundan, bu çalışmada da belirtilen birtakım özelliklerin de sorgulanarak bozukluğun erken tanınması ve yeterli tedavi edilmesi bozukluğun doğurabileceği olumsuz sonuçları hafifletebilir.

KAYNAKLAR

1. Akiskal HS. Dysthymia: Clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 383:19-23.
2. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am J Psychiatry* 1988; 145:815-819.
3. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. 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.

54 Erken ve geç başlangıçlı distimik bozukluğun klinik özellikleri, belirti dağılımı...

4. Shelton RC, Davidson J, Yonkers KA, Koran L, Thase ME, Pearlstein T, et al. The undertreatment of dysthymia. *J Clin Psychiatry* 1997;58:59-65.
5. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:23-32.
6. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:872-880.
7. Baune BT, Adrian I, Arolt V, Berger K. Associations between major depression, bipolar disorders, dysthymia and cardiovascular diseases in the general adult population. *Psychother Psychosom* 2006; 75:319-326.
8. M Sukan, F Maner. Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında psikiyatrik eş tanı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007; 8:30-36.
9. Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RM, Kocsis JH, McCullough JP, Miller I, et al. Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry* 1995; 152:843-849.
10. Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF, Lemmi H, Rosenthal RH, Scott-Strauss A. Characterological depressions. Clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders'. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:777-783.
11. Devanand DP, Nobler MS, Singer T, Kiersky JE, Turret N, Roose SP, et al. Is dysthymia a different disorder in the elderly? *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1592-1599.
12. Gwirtsman HE, Blehar MC, McCullough JP Jr, Kocsis JH, Prien RF. Standardized assessment of dysthymia: report of a National Institute of Mental Health conference. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:3-11.
13. Kocsis JH. Geriatric dysthymia. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:13-15.
14. Akiskal HS. Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1983; 140:11-20.
15. Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. The early-late onset distinction in DSM III-R dysthymia. *J Affect Disord* 1988; 14:25-33.
16. Flory V, Vance AL, Birlison P, Luk EL. Early onset dysthymic disorder in children and adolescents: Clinical implications and future directions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2002; 7:79-84.
17. Avrichir BS, Elks H. Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in Sao Paulo, Brazil. *J Affect Disord* 2002; 69:193-199.
18. Shores MM, Glubin T, Cowley DS, Dager SR, Roy-Byrne PP, Dunner DL. The relationship between anxiety and depression: a clinical comparison of generalized anxiety disorder, dysthymic disorder, panic disorder, and major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 1992; 33:237-244.
19. American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
20. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
21. Akkaya C, Sarandöl A, Danaci AE, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kirli S. Reliability and validity of the Turkish version of the Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). *Türk Psikiyatri Derg* 2008; 19:292-299.
22. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:365-374.
23. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Pascale RR, Perugi G, Akiskal HS. Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: beyond DSM-IV. *Can J Psychiatry* 2003; 48:99-105.
24. Bellino S, Patria L, Ziero S, Rocca G, Bogetto F. Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. *Psychiatry Res* 2001; 103:219-228.
25. Serretti A, Jori MC, Casadei G, Ravizza L, Smeraldi E, Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J Affect Disord* 1999; 56:17-25.
26. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Dysthymic disorder: clinical characteristics in relation to age at onset. *J Affect Disord* 2001; 66:39-46.
27. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999; 52:187-196.
28. Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol* 2003; 59:807-816.
29. Nobile M, Cataldo GM, Marino C, Molteni M. Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs* 2003; 17:927-946.
30. Arolt V, Fein A, Driessen M, Maintz C. Depression and social functioning in general hospital in patients. *J Psychosom Res* 1998; 45:117-126.
31. Hellerstein DJ, Batchelder ST, Lee A, Borisovskaya M. Rating Dysthymia: an assessment of the construct and content validity of the Cornell Dysthymia Rating Scale. *J Affect Disord* 2002; 71:85-96.