

# Distimi

Prof. Dr. Olcay YAZICI\*

## 1. KAVRAMIN ORTAYA ÇIKIŞI VE TARİHÇESİ

Psikiyatrik literatürde 1800'lerden beri görünmekte olan distimi sözcüğü, Yunanca'da 'kötü-mizaçlı' anlamına gelmektedir. Mizaç (humour), geçmişte, bugünkü anlamından daha temel, yapısal ya da kişisel bir özelliği anlatmaktaydı. Hipokrat, 'kan, balgam, sarı safra, kara safra' şeklindeki dört mizaç ayrımını yaparken, distimiye (kara safra), kişiliğin derinindeki kronik depresif (melankolik) bir özellik olarak tanımlamıştı. Hipokrat'ın bu görüşünün 1968'deki DSM-II'de 'nevrotik depresyon' teriminin ortaya çıkışına kadar sürdüğü söylenebilir. Akiskal'ın 1978'de nevrotik depresifler üzerindeki izleme çalışması ise, bugünkü distimi kavramının doğuşunu başlatmıştır: Bu hastaların %40'ı izleme sürecinde major depresif bozukluk tanısı alırken, %60'ı kronik ya da dalgalanan gidişli düşük şiddetteki bir depresyon (distimi) sergilemekteydi. Üstelik distimik olguların çoğunda akut major depresyondakine benzer bir uyku paterni bulunuyordu. Bu veriler, distiminin kişilik bozukluklarından çok, duygudurum bozuklukları içinde ve ayrı bir antite olarak düşünülebileceğine işaret etmekteydi. Başka çalışmalar da, bu düşük şiddette ve kronik depresyonun, saf bir kişilik bozukluğu olmadığı ve antidepresanlara yanıt verebildiği düşüncesini destekleyince, 1980'de DSM-III, nevrotik

depresyonu 'distimi' şeklinde yeniden tanımlayarak, 'ilaçlara yanıtız ve sağaltımı zor' çağrışimli kişilik bozukluklarından çıkarmış ve bir duygudurum bozukluğu olarak bölümlendirmiştir. Bu yaklaşım başlıca iki değişmeyi vurgulamaktadır: İlki, antidepresanlara ve psikoterapiye iyi yanıt vermesi beklenebilecek bir bozukluğun ortaya çıkması; ikincisi, şiddetçe düşük derecedeki bozukluklar 'minör' hastalıklar gibi görülürken, bunların kronik olması durumunda yaşam boyu yarattıkları kayıp etkilerinin, 'major' sayılan psikiyatrik bozukluklardan bile ağır olabileceğinin kavranmasıdır. Distimiye bu yeni bakış 1987'de DSM-III-R'de, 1992'de ICD-10'da ve 1994'de DSM-IV'de geçerli kalmıştır.

## 2. TANI SORUNU

Distimi tanısını koymak çeşitli nedenlerle zordur: 1. Distimideki depresif belirtiler 'düşük şiddette' olup kolayca görünüp tanınmaz. Bu 'gözlemlenme güçlüğü' nedeniyle, hastanın 'nasıl görüldüğü ya da davrandığından' çok, 'hissettiği ve söylediğine' dayanır. Anlatılan ise, sıklıkla, 'kronik bir disfori, karamsarlık, düşük benlik değeri duygusu, kasvet, sıkıntı, içe dönüklük, kötümser düşünce takılmaları, kendini aşırı ve yersiz sorgulama ve yargılama, neşelenememe ve kişisel yetersizlik düşünceleridir. 2. Tanı 'kronik olma' özelliğine dayandığı için, bu bilginin hastadan geriye dönük olarak alınması gerekmektedir. Ancak, bu sürenin oldukça uzun bir dönemi kapsaması ve hastanın inceleme sırasındaki 'depresif bakış' nedeniyle, geçmiş belirtileri şiddet, süre ve süreklilik

\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

**Tablo 1. DSM-IV distimi ölçütleri**

A) KRONİSİTE: En az 2 yıldır, çoğu gün, günün çoğu zamanında yaşanan veya öznel yaşantılanmayla ya da başkalarının gözlenmesiyle belirlenen bir depresif duygudurum (Çocuk ve ergende bu durum irritabilite şeklinde olabilir ve süresi en az 1 yıldır).

B) ŞİDDET: Belirtiler klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık yaratmalı ya da sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda bozulmaya neden olmalıdır.

C) İÇLEME ÖLÇÜTLERİ: Depresifken hastada en az ikisi bulunmalıdır: 1) İştahsızlık ya da aşırı yeme. 2) Uykusuzluk ya da aşırı uyku. 3) Enerjisizlik ya da bitkinlik. 4) Düşük benlik değer duygusu. 5) Konsantrasyon ya da karar verme güçlüğü. 6) Umutsuzluk hissi.

D) DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ: 1) Bu bozukluğun ilk 2 yıllık süresi içinde (çocuk ve ergende ilk 1 yıl), 2 aydan daha uzun süreli A ve C ölçütlerine uymayan bir dönem olmamalıdır. 2)

Kısmi düzelmeli major depresyonu dışlamak için, bu 2 (ya da 1) yıllık sürede, major depresif bir episod bulunmamalıdır. 3) Manik, hipomanik ya da karma bir episod hiç geçirilmemiş ve siklotimi tanı ölçütleri hiç bir zaman karşılanmamış olmalıdır. 4) Belirtiler yalnızca (şizofreni, delüzyonel bozukluk vb) kronik psikotik bir bozukluk süreci üzerinde ortaya çıkmış olmamalıdır. 5) Belirtiler bir madde alımının (alkol, madde, ilaçlar vb) ya da genel tıbbi bir durumun (hipotiroidi vb) doğrudan etkisine bağlı olmamalıdır.

**Not:** Distimik bozukluğun gelişmesinden önce tam düzelmiş olması koşulu ile (yani en az 2 ay süreyle belirgin bir belirti ya da bulgu olmaması), daha önce bir major depresif episod geçirilmiş olabilir. Ayrıca, distimik bozukluğun ilk 2 yılından sonra (çocuk ve ergende ilk 1 yıl) major depresif bir episod hastalığın üzerine binebilir. Bu durumda major depresif bozukluk ve distimi tanıları birlikte konmalıdır.

açısından daha kötümser anlatması olasılığı, tanıyı zorlaştırır. Bu nedenle, geçmişi 'deşen', derine inen, ayrıntılı bir görüşme yapılması ve edinilen bilgiyi, medikal kayıtlar, aileyle görüşme gibi diğer kaynaklarla irdeleyen bir yaklaşım gerekir. 3. Belirtilerin düşük şiddette ve kronik olması, kişinin kendisinin de bunları 'yapısal özelliği' gibi görmesine yol açar ve hastanın doğrudan bu yakınmalarla psikiyatru başvurması olasılığı azdır. Başvuru, genellikle somatik belirtilerle psikiyatr dışı bir doktora, ya da distimi üzerine binen bir başka psikiyatrik bozukluk nedeniyle psikiyatru olur ve distimi bunların arkasına saklanır. 4. Distiminin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasındaki yaygınlığı %10-20 olarak tahmin edilmekte olup, distimi olasılığının gözden kaçmaması için, eşlik olasılığı en fazla olan bozukluklar ve hasta tipinin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bunlar şöyle sıralanabilir: Major depresif bozukluk, panik ve diğer anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, irritabl davranış sergileyen çocuk ve ergenler, yaşlılar, kronik hastalığı bulunanlar ve kişilik bozuklukları.

1987'de DSM-III distimi kavramını ortaya atsa da, tanı için işlevsel ölçütler ancak DSM-III-R'de geliştirilebildi ve bu ölçütler DSM-IV'de değişmeden kaldı. Diğer yandan, 1992'deki ICD-10'da, biri klinik kullanıma diğeri araştırmalara ilişkin iki ayrı tanı seti sundu. Bunların ayrı gereksinim ve amaca uygun sunum üstünlüğünden söz edilebilir. DSM-IV ise tek seti ile her iki amaç için bir uygulama kolaylığı sağlamaktadır.

DSM-IV öncesi bir çalışma grubunun önerileri, uyku

ve iştahın hastalık için çok karakteristik olmadığı gerekçesiyle dışlanması ve sosyal geri çekilme, pesimizm gibi kognitif ölçütlerin eklenmesi şeklinde olmuştu; ancak, DSM-III-R'deki ölçütlerin korunması kararı alındı. Ölçütlere ilişkin araştırmalar hala sürmekte olup son şeklini almadığı kabul edilmektedir.

Kuşkusuz, distimi bir duygudurum bozukluğu ise, bunun kişilik bozukluğu düzeyindeki karşılığı, distimik (depresif) kişilik bozukluğu, ile ayrıncı sınırı da önemli bir soru olarak ortaya çıkar. Bu nedenle DSM-IV apendiksi, distimik kişilik bozukluğu için de bazı araştırma önerileri getirmiştir.

Bu öneriler incelendiğinde, distimi ölçütleri henüz tam olarak belirlenmiş sayılamayacağı için, DSM-IV apendiksindeki distimi araştırma ölçütlerinin kognitif belirtilere vurgulanması da dikkate alındığında, distimik kişilik bozukluğu ile distimi 'belirtiler düzeyinde' ayırmak kolay görünmemektedir. Diğer yandan, distiminin genelde erken başlangıçlı, dahası 'kendimi bildim bileli böyleyim' çağrışımlı bir bozukluk olduğu düşünülürse, bir süreç olarak da ayırım zor görünmektedir. Ancak, 'distimi ölçütlerine uymayacak' şekilde, daha hafif kalan (ve özel olarak vurgulanmadığı için) 'yaşam alanlarında önemli bir bozulmaya yol açmayan' şiddette kaldığı düşünülebilir, yaygın ve kronik olarak depresif (distimik) belirtilerin varlığı durumunda bu kişilik bozukluğundan söz edilebilir diye düşünülebilir. Bu durumda 'yaşamı pek bozmayan' bir durumun, bir 'bozukluk olarak yargılanması' ise bir soru olarak ortada kalmaktadır.

Distimi kavram ve tanısına bu iki sistemin yaklaşım-

**Tablo 2. DSM-IV apendiks, distimik bozukluk araştırma ölçütleri**

İçleme ölçütleri şu şekilde değiştirilebilir:	5. Kronik halsizlik ve yorgunluk
Depresifken şunlardan en az 3'ünün varlığı:	6. Geçmişini düşünerek kurma, suçluluk hisleri
1. Benlik değer duygusu ya da kendine güven hissinin düşük olması ya da yetersizlik hissi	7. Öznel yaşantılanan bir huzursuzluk ya da aşırı öfke hissi
2. Karamsarlık, çaresizlik, umutsuzluk hisleri	8. Aktivite, etkinlik ve üretkenlik düşmesi
3. Genel bir ilgi ve zevk kaybı	9. Konsantrasyon ve bellek güçlükleri ya da kararsızlıkla yan-sıyan bir düşünme güçlüğü
4. Sosyal geriçekilme	

**Tablo 3. DSM-IV apendiks, distimik kişilik bozukluğu araştırma ölçütleri**

<b>A.</b> Erken erişkinlikte başlayan depresif kognisyon ve davranışların, aşağıdakilerin en az 5'inin varlığı ile belirginleşen yaygın varlığı:	4. Kötümser kurmalar ve endişe eğilimidir.
1. Herzamanki duygudurum, hüznün, keder, neşesizlik, keyifsizlik, mutsuzluk baskınlığındadır.	5. Başkalarını olumsuzlama, eleştirme ve yargılama eğilimidir.
2. Kendini algılama yetersizlik, değersizlik, düşük benlik değer duygusu çerçevesinde odaklaşmaktadır.	6. Kötümserdir.
3. Kendini eleştirme, suçlama, kötüleme eğilimindedir.	7. Suçluluk ve vicdan azabı çekme eğilimidir.
	<b>B.</b> Yalnızca major depresif episoda sınırlı değildir ve distimik bozukluğa uymamaktadır.

**Tablo 4. ICD-10 distimi klinik tanımlama**

Distimi, episodları şiddet ve süre açılarından, hafif ya da orta şiddetteki yineleyici depresif bozukluk ölçütlerini karşılayamayan kronik bir depresyondur. Ancak, geçmişte, özellikle hastalığın başlangıç döneminde hafif depresif episod ölçütleri karşılanmış olabilir. Hafif depresyon episodları ve bunlar arasında görece normal olan dönemlerin baskınlık oranları değişkendir. Hastalar genellikle kendilerini günler ya da haftalar süresince iyi hissedebildiklerini, ama geri kalan zamanda herşeyin çaba gerektirdiğini, hiç bir şeyin zevk vermediğini, yorgun ve deprese olduklarını söylerler. Kötümser düşünceleri kurmakta, yakınmakta, kötü uyumakta ama genellikle günlük yaşamın temel gereksinimlerini yerine getirebilmektedirler. Bu nedenle distimi, depresif nöroz ya da nörotik depresyon kavramları içerisinde yaygın bulunmaktadır. İstenirse erken (geç ergenlik ya da 20'ler) ya da geç başlangıçlı olarak belirtilebilir.

**Tanımsal göstergeler:** Ana özellik, hafif ya da orta şiddette bir yineleyici depresif bozukluk ölçütlerini hiç bir zaman ya da nadiren karşılayabilen, çok uzun süreli bir depresif duygudurumun varlığıdır. Genellikle erken erişkinlikte başlar ve en az yıllarca, bazan süresiz şekilde sürer. Geç yaşta başladığında sıklıkla depresif bir episodu takiben sürer ve yas ya da başka bir belirgin stresle ilişkilidir.

**İçerdikleri:** Depresif nöroz, depresif kişilik bozukluğu, nörotik depresyon (2 yıldan uzun süren), direşken anksiyete-depresyon bozukluğu.

**Dışladıkları:** Anksiyete-depresyon bozukluğu (hafif ya da direşken olmayan), yas reaksiyonu (2 yıldan az süren), rezidüel şizofreni.

larındaki benzerlik ve farklılıklara göz atarsak; bazı özellikler ortak görünmektedir.

Buna karşılık, bazı özelliklerde ciddi ayrılıklar görülmektedir.

Sonuçta, bu iki sistemin karşılaştırılması göstermektedir ki, distiminin belirtileri ve eşlikeden bozukluklarla ilişkileri konusunda daha çok çalışma yapmaya gereksinim vardır. Distimi henüz araştırma altında olduğu için, klinisyenlerin farklı tanı kategorilerini, geniş bir anlayışla uygulamaları doğru görünmektedir.

### 3. AYIRICI TANI SORUNU

**Genel tıbbi bir bozukluğa bağlı duygudurum bozukluğu:** Ayırıcı tanı, özellikle zamansal çakışma içindeki tıbbi bir durum varlığına ilişkin kanıtları araştırarak başlar (hasta öyküsü, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri) ve saptanan tıbbi durumun tedavisiyle depresif belirtilerin tümüyle düzelmesi beklenir. Eğer düzelme yok ya da yetersizse, distimi olası tanıdır.

**Madde etkisiyle oluşan duygudurum bozukluğu:**

**Tablo 5. ICD-10 distimi araştırma ölçütleri**

**A.** En az 2 yıldır sürekli olan ya da sürekli olarak yineleyen depresif duygudurum. Depresif durumlar arasında normal bir duyguduruma ulaşma süresi nadiren bir kaç haftayı aşar ve hipomanik bir episod bulunmaz.

**B.** Bu 2 yıllık süre içerisinde yineleyici hafif depresif bozukluğa şiddet ya da sürece uyan depresif episod yok ya da yok gibidir.

**C.** Depresif episodların en azından bazılarında aşağıdakilerden en az 3'ü bulunmalıdır:

1. Enerji ya da aktivitenin düşmesi. 2. Uykusuzluk. 3.

Kendine güven yitimi ya da yetersizlik hisleri. 4. Konsantrasyon güçlüğü. 5. Sık gözyaşları. 6. Cinsellik ya da diğer zevk verici aktivitelere ilgi ya da zevk kaybı. 7. Umutsuzluk ya da çaresizlik hisleri. 8. Günlük yaşamın her zamanki sorumlulukları ile baş edemeyeceği hissi. 9. Geleceğe ilişkin kötümserlik ya da geçmişi kötümser düşünme. 10. Sosyal geriçekilme. 11. Konuşkanlık azalması.

**Not:** İstenirse başlama yaşı erken (geç ergenlik ya da 20'ler) ya da geç (genellikle afektif bir episodun izlenerek, 30-50 yaş arası) başlangıç olarak belirtilebilir.

Alkol, ilaç ve madde etkisiyle oluşan distimiye benzer bir durumda ayırıcı tanıyı zorlaştıran bir nokta, alkol-madde kullanımının depresif belirtiler nedeniyle başlamış olabilmesindedir. Klinisyen, depresif belirtilerin başlama ve gidiş öyküsünü, ailedeki duygudurum bozuklukları öyküsünü dikkatle incelemelidir. Madde kesiminden 4 hafta sonra halen süren kronik depresif belirtiler distimiye düşündürür.

**Major depresyon:** Distimiye major depresyon arasındaki ayırıcı tanı da güçlükler içerir, çünkü her iki bozukluk aynı belirtileri paylaşmaktadır. Ayırım için bir ölçüt şiddet, diğeri kroniklik. Major depresyon genellikle birbirinden ayrı ve hastanın normal işlev düzeyinden ayırtılabilen episodlardan oluşur. Ancak, süresi 2 yıla uzamış ve zaman zaman major depresyon şiddetindeki bir durumda işler karışır. Distimi ise, kullanılan tanı sistemindeki major depresif episod şiddetine ulaşmayan (minör depresif) belirtilerin, en az 2 yıl süreyle ve DSM-IV'e göre major depresif bir episod yokluğunda, kronik olarak sürmesiyle karakterizedir. Distimiye major depresyondan ayırıcı karakteristik belirtilerin (örneğin, vejetatif belirtilerden çok kognitif) varlığı ise, şimdilik araştırma konusudur.

**Genelleşmiş anksiyete bozukluğu ya da anksiyete-depresyon karma bozukluk:** Bir çok hasta depresyon ve anksiyete belirtilerinin bir karışımını sergilemektedir. Distimiklerin çoğu da anksiyete sunar. Bu nedenle hastanın distimi, genelleşmiş anksiyete bozukluğu ya da her ikisinin ölçütlerine uyup uymadığını saptamak önemlidir. Eğer anksiyete belirtileri yalnızca distimi varlığında sergileniyorsa, genelleşmiş anksiyete bozukluğu ya da anksiyete-depresyon karma bozukluk tanıları konmamalıdır. Aynı ayrı ele alındığında hasta iki grup ölçütlerini de karşılıyorsa, iki tanı birlikte konabilir.

**Tablo 6. ICD-10 ve DSM-IV'ün distiminin tanımlanmasında birleştikleri özellikler**

1) Erişkinde en az 2 yıllık bir süre. 2) İnsomnia. 3) Enerjisizlik ya da bitkinlik. 4) Konsantrasyon güçlüğü. 5) Düşük benlik değeri duygusu. 6) İlgi ya da zevk kaybı. 7) Umutsuzluk hissi.

**Uyum bozukluğu:** Depresif belirtiler bir psikososyal stresör sonucu ortaya çıkmış görünüyorsa bile, distimi ölçütlerine uyması halinde distimi tanısı yeğlenmelidir. Uyum bozukluğu tanısı ise, distimi ölçütlerini doldurmayan ama gene de anlamlı bir sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açan ve kronik stresörlere yanıt olarak oluştuğu düşünülen, kronik hafif disfori durumunda konmalıdır.

**Kişilik bozuklukları:** Distimi ile kişilik bozuklukları sıklıkla birlikte bulunurlar. Her ikisinin tanı ölçütlerine uyması halinde, iki tanı birlikte konabilir. Distimi, sıklıkla borderline, histrionik, narsisistik, kaçınan ve bağımlı kişilik özellikleriyle birlikte olma eğiliminde görünmektedir. Bu olgularda kişilik bozukluğunun saptanması güçlük yaratır, çünkü duygudurum belirtilerinin kronik olarak varlığı, kişiler arası ilişki sorunlarının doğmasına ya da kendini algılamadaki çarpılmaya yol açıyor olabilir. Depresif/distimik kişilik bozukluğu ise ayrı bir soru olup, DSM-IV araştırma apendiksine bu bozukluğa ilişkin ölçüt önerileri eklenmiştir.

**Nevrastenisi:** DSM-IV'de bulunmayan bu tanı, ICD-10'da, çoğu olgunun anksiyete ve depresyon bozukluklarına uyuyor olması gerçeğine karşın, bazı kültürlerde hastanın durumunun bu tanı ile en iyi karşılandığının bildirilmesi nedeniyle korunmuştur. Bozukluğun ana özelliği, hastanın yorgunluk, halsizlik, mental ve fiziksel etkinlik kaybını vurguluyor

**Tablo 7. ICD-10 ve DSM-IV'ün distiminin tanımlamasında ayrıldıkları noktalar**

1) Depresif duyguduruma ek olarak ancak bir kaç belirtinin daha gerekliliği her iki sistemde de kabul edilmekle birlikte, bunların sayısı konusunda ayrılmaktadırlar: DSM-IV, 6 olası belirtiden 2'sini gerekli görürken; ICD-10, 11 olası belirtiden 3'üne gereksinmektedir. Ancak, DSM-IV Duygudurum Bozuklukları Araştırma Grubunun, 9 belirtiden 3'ünün gerekliliğini önermiş olduğu da anımsanırsa, iki sistemin bu konuda birbirine yaklaşmakta olduğu düşünülebilir. Gereksinim, hangi belirtilerin distimi için karakteristik olduğunu saptayacak araştırmalara ilişkindir.

2) Bazı belirtiler, diğer sistemde bulunmamaktadır. Ancak bu, ortak belirtilerin daha karakteristik olanlar olduğu anlamına gelmez. Bu çerçevede, a) İştahsızlık ya da aşırı yeme yalnızca DSM-IV'de yer almaktadır; b) İrritabilite ya da öfke yalnızca DSM-IV Araştırma Apendiks'inde yer almaktadır; c) Sıklıkla gözyaşı içinde olma, günlük yaşamın sorumluluklarıyla başa çıkmada yetersizleşme ve daha az konuşkan olma ise yalnızca ICD-10'da yer almaktadır.

3) ICD-10 araştırma ölçütleri hastalığın ciddiyetine ilişkin bir ölçütü göz önüne almamaktadır. Özellikle, işlevsel bozulmaya ilişkin bir vurgulama yapılmamaktadır. Üstelik, klinik tanımlama, distimik kişinin 'genellikle günlük yaşamın temel talepleriyle başa çıkabildiği'ni belirtmektedir. Buna karşılık DSM-IV, 'belirtilerin sosyal, iş ya da diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı bir zorluk ya da bozukluğa neden olmasını' gerekli bulmaktadır. Bu gereksinim, distimi günlük yaşamın diğer 'normal' tepkilerinden ayırma denemesi olup, distimiklerdeki işlev bozukluklarının 'major depresyondakinden bile fazla, üstelik kroniklik ve yaygınlığı ile yarattığı kayıpların çok ağır' olduğu vurgulanmasıyla bağlantılıdır.

4) Distiminin en sık komorbiditesi olan major depresyonun ortaya çıkışı ya da bunun zamanı, iki tanı sistemi arasındaki farkın da ana noktasını oluşturmaktadır. DSM-IV, distimi tanısı için gerekli '2 yıllık sürede major depresif bir episodun bulunmamasını' şart koşmaktadır. Bu 2 yıllık düşük dereceli kronik depresif süreçte major bir depresyon yer alırsa, tanı daima major depresyon olacaktır. Major depresyon ilk 2 yıllık sürenin sonrasında ortaya çıkarsa, tanı 'çift depresyon'a döner, yani major depresyon distimi üzerine eklenmiştir. ICD-10'un ise, 'hafif depresyon ölçütleri geçmişte ve özellikle hastalığın başlangıç dönemlerinde karşılanabilir' demekte-

dir. Ayrıca, 'deprese duygudurumun yineleyici depresif bozukluk tanısını karşılamaya yetecek ciddilikte olmasının nadir olup, genellikle hafif ya da orta şiddette olduğu' belirtilirken de, major depresif bir episod olasılığının dışlanmadığı hissedilmektedir. Gene, 'eğer geç bir başlama söz konusu ise, bozukluğun genellikle depresif bir episodun izlenmesiyle ortaya çıktığından' söz edilmektedir. Bu farklılıklardan da anlaşılmalıdır ki, ICD-10'un distimi dediği, bazan, DSM-IV'ün rezidüel depresif belirtiler dediği durumla çakışmaktadır.

5) DSM-IV distimik belirtilerin bir anda 2 aydan daha uzun süreli iyi kalamayacağını öne sürer. Oysa, ICD-10 'normal bir duygudurumun bir kaç haftadan fazla sürebilmesinin nadir olduğuna' işaret etmektedir. Bu durumda iki sistem arasında büyük bir fark görünmese de, ayrıca hastaların çoğu için iyilik süresi genellikle çok kısa olarak bildirilmekteyse de, DSM-IV'ün (genelde 2 rakamına biraz takılmış izlenimi vermekle birlikte), 2 aylık iyilik süresini kabul etmekle, biraz atipik kalan olguları dışlamamayı amaçladığı ileri sürülebilir.

6) ICD-10, DSM-IV'ün tersine, geniş bir dışlama seti içermemektedir. Bu konuda özellikle şu noktalar dikkati çekmektedir: a) DSM-IV manik, hipomanik ve siklotimik bir öyküye izin vermezken, ICD-10 yalnızca hipomanik episodun bulunmaması gereğinden söz etmektedir. b) DSM-IV kronik psikotik bir bozukluk varlığında distimi tanısını dışlamaktadır. ICD-10 ise, klinik ölçütlerde kalıntı şizofreniyi dışlamaya değinse de, tam bir dışlama net değildir. c) DSM-IV, depresif belirtilerin bir madde ya da genel medikal bir bozukluğun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gereğini belirtmektedir. ICD-10'da bu tip dışlamalar bulunmamaktadır. Ancak, distimiklerde madde kötüye kullanımı ve genel tıbbi bozukluk eşliğinin sık olması da bir bulgudur.

7) Distimi genellikle genç yaşta başlar. Bu nedenle DSM-IV, 21 yaşından önce başlayan bir 'erken başlangıçlı' ve 21 yaşın üzerinde başlayan bir 'geç başlangıçlı' distimi tanımlamaktadır. ICD-10 bu konuyu daha özgür bırakır ve geç başlangıç noktasını 30 yaş olarak seçer görünmektedir.

8) DSM-IV çocuk ve adolesanda deprese duygudurumdan çok irritabl duygudurum görülebileceğini söyleyerek ve tanı için süreyi 1 yıla indirerek bu gruplarda da tanıyı genişlettiğini ileri sürerken; ICD-10 erişkin/çocuk ayrımı yapmamaktadır.

olmasıdır. Bu tanı için, anksiyete ve depresif bozuklukların dışlanabiliyor olması bir gereklilik olarak düşünülebilir.

**Normal tepkiler:** Distimi günlük yaşamın normal duygusal tepkilerinden ayırtlanmalıdır. Distimi tanısının ancak, belirtilerin şiddet, süre ve yaşamı bozma ölçütlerinde karşılanması halinde konabileceği düşüncesi haklı görülebilir.

#### 4. DOĞAL GİDİŞE İLİŞKİN BİLGİLER

Distimi sıklıkla 25 yaşın altında, ergenlik ya da erken erişkinlikte ve sinsi olarak başlama eğilimindedir.

Hastalık, karamsarlık, zevk ve ilgi yitimi ve inaktivitenin hakim olduğu, ufak dalgalanmalarla genelde yaşam boyu süren bir gidiş gösterir. Başlangıçtaki subafektif-subsendromal evresinde tanılanmadan kalarak, önemli bir sosyal bozulmaya yol açması en olasıdır. Bu evrede sıklıkla hastalık somatize edilerek bir pratisyene ya da iç hastalıkları uzmanına bitkinlik, enerjisizlik, yaygın ağrı vb yakınmalarla başvurulur ve genellikle tedavisiz kalır. Bu durumdaki hastaların %75'den fazlasında, eşlik eden bir başka psikiyatrik bozukluk yerleşir ve en sık olarak da, bu noktada ilk kez psikiyatru başvurur ya da gönderilirler. Hastalık

bir kez yerleşince uzamış bir gidiş gösterme, tedavi edilmedikçe varlığını sürdürme ve yaşam boyu dalgalı bir gidiş izleme eğilimindedir. Uzun süre direşen bu düşük şiddetteki depresif belirtiler, yaşamda önemli bozulma ve kayıplara neden olma potansiyelindedir. Son araştırmalarda distimi, major depresif bozukluk kadar ya da daha ciddi bir bozukluk olarak görülmüş, dahası fiziksel ve psikolojik acı ve işlevsellik olarak, en yaygın kronik fiziksel bozukluklardan daha ağır bulunmuştur. Yalnızca, kronik kardiyak hastalar, distiminin yetisizleştirici etkisinin üzerine çıkabilmektedir.

### 5. EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

1985'deki NIMH araştırmasında 18 yaş üstündekilerde distimi için yaşam boyu prevalans %3.1 olarak bildirilmiştir. Hem ABD hem Avrupa için bildirilen %3'lük nokta prevalansı ile distimi en yaygın hastalıklar arasında yer almaktadır. Distiminin poliklinikteki psikiyatrik hastalar arasındaki prevalansı %10-20 kadar tahmin edilmektedir. Bu verilerin yeterince uyarıcılığına karşın önemli ölçüde saptanamamış kaldığı düşünülmektedir. Bunun en önemli nedenleri, tanı ölçütlerinin netleşmemesi, tanının dikkatli ve ayrıntılı bir araştırmaya gereksinmesi, hastaların ilk başvurusunun somatik yakınmalarla pratisyenlere ve iç hastalıkları uzmanlarına yapıyor olması ve psikiyatristlere başvuruda da eşlik eden daha major bir psikiyatrik bozukluğun altında gizleniyor olmasıdır.

Distimi 5-6 yaşındaki çocuklarda da tanılanmıştır ama daha geç çocukluk ya da ergenlikte gelişmesi daha olasıdır. Çocukta her iki cinsiyette eşit dağılır. Erişkindeyse, kadında 2-3 kat fazladır. DSM-IV distimiye erken (21 yaş altı) ve geç (21 yaş üstü) başlangıçlı olarak ikiye ayırmıştır. Bunun gerekçesi bu iki grup arasında bazı farklar bildirilmesidir. Örneğin birinci derece akrabalarda major depresyonun varlığı distimi için önemli bir risk faktörü sayılır, ancak bu bağlantı özellikle erken başlangıçlı distimi için yüksektir. Distimi tüm sosyoekonomik sınıfları etkilemekle birlikte, özellikle 18-44 yaş arası düşük gelirli kimselerde yüksek sıklıkta bulunmuştur.

Kontrollü çalışmalar, distimi gelişiminin hem genetik hem çevresel faktörlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle klinik tablo, bu faktörler ve uzun süreli hastalık sürecinin kişilik üzerindeki etkilerinin bir sonucu olarak görülebilir.

**Aile öyküsü:** Birinci derece akrabalarında duygudu-

rum bozukluğu, özellikle major depresif bozukluk öyküsü olan kişilerde, distimi oranı belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, ailedeki duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı, erken başlayan distimide geç başlayana göre daha yüksek görünmekle birlikte, bu veriler henüz sınırlı bir değerdedir ve çevresel/genetik faktörlerin görece katkıları araştırılması gereken bir konu olarak kalmaktadır.

**Anababada madde kullanımı:** 1993'deki NIMH epidemiyolojik araştırması, alkoliklerin erişkin çocuklarındaki yaşamboyu distimi oranını, anababası alkolik olmayan gruba göre yüksek bulmuştur.

**Kişilik bozuklukları:** Distiminin kendisi bir kişilik bozukluğu olmamasına karşın, kişilik bozukluğu eşliği yüksek görünmektedir. Tanılanmış kişilik bozuklukları, özellikle borderline kişilik bozukluğu, hem distimi hem diğer duygudurum bozuklukları için bir risk faktörü gibi durmaktadır.

**Travma:** Sevilen birinin ölümü gibi önemli bir kaybın genç yaşta ortaya çıkması distimi riskini önemli ölçüde artırır görünmektedir. Bu kayıplar özellikle erken başlangıçlı distimi için bir risk faktörü görünümündedir. Fiziksel bütünlüğü bozan kör, sağır, sakat olmak gibi etkenler de yaşamın herhangi bir evresinde distimi başlamasına katkıda bulunabilir. Araştırmalar özellikle inmenin distimiye eşliğini güçlü bir olasılık olarak göstermektedir.

**Diğer faktörler:** Sosyoekonomik durumla distimi arasında tutarlı bir ilişki saptamak zor olmakla birlikte 18-44 yaşları arasındaki düşük gelirli kişilerde distimi sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, çocuklarda cinsiyet farkı ortaya çıkmamakla birlikte, erişkinlerde kadındaki risk 2-3 kat fazla saptanmıştır.

### 6. FARMAKOTERAPİ

Distimi yıllar boyunca bir kişilik bozukluğu gibi algılandığı ve böyle bir durumun ilaçlara pek yanıt vermeyeceği düşünüldüğü için, bu olgularda genellikle farmakoterapi yerine yalnızca psikoterapiler denenmiştir. Kullanılan ilaçlar da genellikle anksiyolitikler olup, bunlar da anksiyeteyi azaltmakla birlikte temel belirtileri değiştiremediği, üstelik gereksiz doz ve süre kullanımlarıyla ek sorunlar çıkardığı için kaçınılır olmuşlardır. Ayrıca, bugünkü distimi tanımına yakın olan, 'atipik depresyon', 'nevrotik depresyon', 'kronik depresyon' ya da 'minör depresyon' tanımlı olguların farmakoterapiye iyi yanıt vermediği inancı da, antidepressanların yeterli doz ve sürede kullanımını ve far-

makoterapötik araştırmaları engelleyen bir faktör olmuştur.

**Kontrolsüz çalışmalar:** 1980 öncesindeki ilaç çalışmaları açık, kontrolsüz ve retrospektif analizlere dayanan bir çizgide olmasına karşın uyarıcı bir değer taşımaktadır. Bunun nedeni, distimideki plasebo yanıtının çok düşük (%10-20) olması ve distimiklerin nonspesifik psikoterapilere iyi yanıt vermediklerinin bilinmesidir. Kısaca, distimiklerde belli bir düzelme yaratabilen bir sağaltımın gerçekten etkin olma şansı yüksek görünmektedir. 1980'lerden başlayarak gelişen bir dizi araştırma, açık çalışmalar olmalarına karşın, antidepresanların distimide etkin olabileceğini güçlü şekilde düşündürmüştür.

**Kontrollü çalışmalar:** 1980 sonrası kontrollü çift kör çalışmalarda ise, antidepresanların plaseboya 2-4 kat üstünlüğünün gösterilmesi bir dönüm noktası olmuştur. Bu çalışmalardan ilk grup, distimi tanımlamasının gelişe süreci içerisinde, 'kronik gidişli minör depresyon' olgularını kapsar şekilde gerçekleştirilmiştir. Sonuçta, trisiklik antidepresanlar ve MAOI'leri bu olgularda plaseboya göre daha etkin bulunmuştur. Tanımlanmış distimik olgular üzerinde geleneksel antidepresanlarla ve çift kör olarak gerçekleştirilen ikinci grup araştırmalarda ise, imipramin ve fenelzinin plaseboya üstünlüğü ortaya çıkarken, fenelzin etkisinin imipraminden hafifçe daha yüksek olabileceği de ileri sürülmüştür. Üçüncü grup araştırma, distimik olarak tanımlanmış olgularda yeni kuşak antidepresanlarla gerçekleştirilmiştir. Burada da, fluoksetin, sertralin, sitalopram, moklobemid, tianeptin plaseboya üstün bulunurken; antidepresan karşılaştırmasında SSRI'ların TSA'lara üstün olabileceği ileri sürülmüşse de bu kanıtlanmış sayılmaz.

**Teknik:** Distimi farmakoterapisi antidepresan ilaç kullanımına dayanır ve kullanımın genel ilkeleri major depresyondaki gibidir. Bunlara, distimi tedavisi için eklenebilecek diğer ilkeler ise şöyle sıralanabilir: Önce eşlik eden bozuklukları ortadan kaldırmak gerekir. Daha sonra sağaltım altta yatan distimiye yönelmelidir. Distimi sağaltımında da antidepresan ilacın 3 haftalık latent bir dönem sonunda içleme geçeceği, etkinliği görmek için en az 6-8 hafta beklemek gerektiği unutulmamalıdır. Antidepresan dozunun major depresif episoda olandan daha yüksek ve maksimale çıkma gereksiniminin daha fazla olması; buna karşılık yanıt oranının major depresif episoddakinden düşük kalması beklenir sonuçtur. Seçilen antidepresan 6-8 haftada distimik belirtilerde hiçbir gerileme

yaratmadıysa başka bir antidepresana geçilmesi düşünülebilir, ama distiminin daha yavaş yanıt verme eğilimli olabileceği de akılda tutulmalı ve belirtiler az da olsa gerileme eğilimi gösterdiyse sağaltım güçlendirilerek sürdürülmelidir. Yetersiz yanıt ya da yanıtızlık durumlarında, dirençli depresyondaki tedavi ilkeleri geçerlidir.

Belirtilerde tam bir düzelmeye ulaşma halinde de, major depresyondaki durumdan farklı olarak, distiminin kronik, yavaş düzelen ve yüksek nüks riski sunan bir bozukluk olması nedeniyle, sürdürüm tedavisinin en az 1-2 ya da daha fazla yıl olması önerilir. Yani başka bir deyişe, distimide sürdürüm ve koruma tedavileri i içe geçmektedir. Ayrıca, distimikler ilaç yan etkilerine major depresiflerden daha duyarlı olabilirler. Tedavinin uzun süreli olma gerekliliği de düşünülürse, işbirliği, toksisite vb açılardan yan etkisi az ya da o hasta için iyi tolere edilebilen antidepresanları seçmek önem kazanır. Eldeki veriler şu aşamada herhangi bir antidepresanın diğerine üstünlüğünü göstermemektedir. Bu nedenle, distimi tanısı konusunda antidepresan seçimi her hasta için yarar/zarar saptamasıyla bireyselleştirilmelidir. Akiskal, 'subafektif distimi' dediği ve duygudurum bozukluklarına daha yakın özellikler gösteren bir alt grubun antidepresanlara daha iyi yanıt verdiğini, oysa kişilik bozukluklarına daha yakın özellikte görünen ve 'karakter spektrum bozukluğu' dediği alt grubun ilaçlara iyi yanıt vermediğini öne sürmüştür. Subafektif distimi'yi belirleyen kanıtları ise şöyle sıralamaktadır: Ailede duygudurum bozukluğu varlığı, belirtilerin sabah kötöleme şeklinde bir diurnalite göstermesi, major depresyonların eklendiği bir gidiş, TRH'ye TSH yanıt bulanıklaşması, REM latens kısalması, uyku yoksunluğuna iyi yanıt eğilimi ve sağaltım sırasında hipomanik episod gelişmesi.

Sağaltım, ilke olarak, tek antidepresanla sürdürülmelidir. Benzodiazepinlerin kaygı ve uykusuzluk üzerine hızlı etkisi tartışmasız olsa da, altta yatan depresyona etkileri gösterilememiştir. Distimiklerde panik ve fobik bozukluklar da sık görülür, ama bu durumdaki bir çok hastada yalnızca antidepresanlar yeterli olabilmektedir. Ayrıca distimide ilaç kötüye kullanım eğilimi de yüksek olduğu için, benzodiazepinler ancak gerekli bulunduğunda ve sınırlı süre için kullanılmalıdır. Birden çok antidepresanın birlikte kullanımı da, ancak sağaltıma dirençli olgularda akla gelmeli ve kullanım ilkeleri dirençli depresyondakine uygun olmalıdır.

## 7. PSİKOTERAPİ

Distimi, toplumsal ve kişilerarası planda büyük sorunlar taşıyan süregen bir bozukluktur. Belirti ve sorunlarla başa çıkabilmek için beceri geliştirmeye gereksinim açıktır. Ayrıca distimi, depresif kognisyonun temel taş olarak oturduğu bir bozukluktur ve sağaltım bunun değiştirilmesini gerekli kılar. Bu nedenlerle, psikoterapi distimi sağaltımında major depresyondakinden daha önemli bir yer tutmaktadır. Buna karşılık, 'tanımlanmış' distimikler üzerinde psikoterapi etkinliğine yönelik kontrollü bir çalışma yok gibidir. Etkinlik düşüncesi, depresifler üzerindeki kontrollü ve distimikler üzerindeki az sayıda kontrolsüz çalışmaya dayanmaktadır. Distimide psikoterapi iki ana amaca yönelir: Hastanın benlik değer duygusunu yeniden yapılandırmak, hastaya uygun davranışlar ve başa çıkma becerileri öğretmek. Depresyonda, kişiler arası psikoterapi (IPT), evlilik tedavisi ya da depresif düşüncelere yönelik kognitif terapi gibi odaklanmış özgül psikoterapilerin, özgül olmayan psikoterapilere üstünlüğü gösterilmiştir. Bu ilke distimi için daha da doğru görünmektedir. Ayrıca farmakopsikoterapi birlikteliğinin depresyonda, bu sağaltımların yalnız kullanımına göre daha etkin olduğu genelde kabul edilmektedir ve distimi sağaltımını da bu ilkeyle yürütmek daha doğru görünmektedir.

### Teknikler:

**Danışmanlık:** Danışmanlık, hastanın sorunlarını

anlama ve çözüm yollarını bulmasını kolaylaştırmayı amaçlar. Tedavi sırasında ortaya çıkan yaşam sorunlarının çözümünü kolaylaştırmak önemli bir işlevdir.

**Davranışsal-bilişsel psikoterapi:** Davranışsal-bilişsel psikoterapi, hastanın olumsuz inançlarını daha gerçekçi görmesini sağlamak amacıyla güder. Teknik olarak, 45'er dakikalık 12-20 seansın, 12 hafta süreyle uygulanması önerilmektedir. Tedavinin ilk evrelerinde daha davranışsal kalınarak, başarabileceği aktivite ödevleriyle hastanın kontrol duygusu ve zevk yaşantılamasının yaratılması amaçlanır. Tedavi ilerledikçe, giderek daha zor ödevler; ve daha az belirti sunmaya başladıkça, daha bilişsel ağırlıklı bir yol izlenmeye başlanır. Bu aşamada, hastanın olumsuz düşüncelerini yaratan uyaranları tanıması ve düşünmeksizin olumsuzlama yerine seçenek düşüncelerin geliştirilmesi amaçlanır.

**Kişilerarası psikoterapi:** Kişilerarası psikoterapinin özgül bazı sorunlara odaklanmış etkisi de yararlı görünmektedir. Burada amaç, kişilerarası ilişkilerdeki özgül bozuklukları düzelterek bozukluğu kontrole almaktır. Teknik, haftalık uygulanan 12-16 seans şeklinde önerilmiştir. Bu seanslarda, sorunları açığa çıkarıp tartışmak, hastanın duygularını (emosyon) kabul etmesi ve uygun kullanmasını sağlamak, etkileşim becerisini geliştirmek, ilişkilerin yeni ve daha uygun biçimlerini öğretmek amaçlanır.

## KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF ve ark. (1980) Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders'. *Arch Gen Psychiatry*, 37:777-783.
- Akiskal HS (1993) La dysthymie et son traitement. *Encephale*, 19:375-378.
- Akiskal HS (1994) Dysthymic and cyclothymic depressions: Therapeutic considerations. *J Clin Psychiatry*, 55(Suppl 4):46-52.
- Botte L, Gilles G, Evrard JL ve ark. (1990) Moclobemide versus placebo in the treatment of depression: a multi-centre study in Belgium. *Acta Psychiatr Scand*, 360:82:42.
- Browne G, Steiner M, Roberts J ve ark. (2002) Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients dysthymic disorder in primary care. *J Affect Disord*, 68:317-330.
- Duarte A, Camozzi CR (1993) Moclobemide vs fluoxetine in the treatment of dysthymia. Abstract, 9th World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro.
- Dunner DL, Hendricksen HE, Bea C ve ark. (2002) Dysthymic disorder: treatment with citalopram. *Depress Anxiety*, 15:18-22.
- Freeman HL (1994) Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand*, 89:383:7-11.
- Harrison W, Rabkin J, Stewart JW ve ark. (1986) Phenelzine for chronic depression: A study of continuation treatment. *J Clin Psychiatry*, 47:346-349.
- Harrison WM, Stewart JW (1993) Pharmacotherapy of dysthymia. *Psychiatric Annals*, 23:638-648.
- Hellerstein DJ, Yanowitch P, Rosenthal J ve ark. (1993) A randomized double-blind study of fluoxetine versus placebo in the treatment of dysthymia. *Am J Psychiatry*, 150:1169-1175.
- Howland RH (1991) Pharmacotherapy of dysthymia: A review. *J Clin Psychopharmacol*, 11:83-92.
- Keller MB (1994) Course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatr Scand*, 89:383:24-34.
- Kocsis JH, Frances HA, Nann JJ ve ark. (1985) Imipramine for the treatment of chronic depression. *Psychopharmacol Bull*, 21:698-700.



Kocsis JH (1993) Treatment of dysthymia. Overview of therapy options. Focus on depression, 3:59-61.

Kocsis JH, Zisook S, Davidson J ve ark. (1997) Double-blind comparison of sertraline, imipramine, and placebo in the treatment of dysthymia: Psychosocial outcomes. Am J Psychiatry, 54:390-395.

Kornhaber A, Horwitz IM (1984) A comparison of clomipramine and doxepin in neurotic depression. J Clin Psychiatry, 45:337-341.

Lapierre YD (1994) Pharmacological therapy of dysthymia. Acta Psychiatr Scand, 89:383:42-48.

Lopez Ibor JJ, Frances A, Jones C (1994) Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis. Acta Psychiatr Scand, 89:383:12-18.

Paykel ES, Rowan PR, Parker RR ve ark. (1982) Response to phenelzine and amitriptyline in some types of depressed outpatients. Arch Gen Psychiatry, 39:1041-1049.

Paykel ES, Hollyman JA, Freeling P ve ark. (1988) Predictors of therapeutic benefits from amitriptyline in mild depression; a general practice placebo controlled trial. J Affect Disord, 14:83-95.

Paykel ES (1994) Psychological therapies. Acta Psychiatr Scand, 89:383:35-41.

Ravindran AV, Bialik RJ, Lapierre YD (1994) Therapeutic efficacy of specific serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in dysthymia. Can J Psychiatry, 39:21-26.

Rowan PR, Paykel ES, Parker RR ve ark. (1982) Phenelzine and amitriptyline, effects on symptoms of neurotic depression. Br J Psychiatry, 140:475-483.

Stewart JW, Quitkin FM, McGrath PJ ve ark. (1988) Social functioning in chronic depression: 6 weeks of antidepressant treatment. Psychiatry Res, 25:213-222.

Versiani M, Nardi E, Capponi R ve ark. (1992) Moclobemide compared with imipramine in the treatment of chronic depression (dysthymia DSM-III-R). A double-blind, placebo controlled trial. Clin Neuropharmacol, 15:1:148B.

Vallejo J, Gasto C, Catalan R ve ark. (1987) Double blind study of imipramine versus phenelzine in melancholic and dysthymic disorders. Br J Psychiatry, 151:639-642.

WPA-Dysthymia educational programme for psychiatrists: Basel:La Roche,1995.

WPA-Dysthymia working group (1995) Dysthymia in clinical practice. Br J Psychiatry, 166:174-183.