

---

# Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri

Hakan Türkçapar

Doç. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniđi, Ankara

Anksiyete bozukluklarıyla depresyonun belirtileri arasında belirgin bir benzerlik söz konusudur. Bunun yanı sıra bu iki rahatsızlık çok sık bir biçimde bir arada görülür. Bu iki ana psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkileri iki boyutta ele alabiliriz. İlk boyut belirtiler açısından benzerlikler ve farklılıklar, buna bağlı olarak tanı ve ayırıcı tanı sorunları; diğeri ise bu iki farklı tanı grubunun tanısal olarak birlikteliği. Bu yazıda her iki konu tartışılacak daha sonra birinci basamakta bu rahatsızlıkların görülme biçimi ve temel yaklaşımlar ele alınacaktır.

## DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĐUNUN BELİRTİLERİ

Psikiyatride depresyon terimi başlıca üç farklı anlamda kullanılır. Terimin ilk kullanımı normal bireylerde de bir kayıp sonrası ortaya çıkabilen bir duygusal yaşantı olarak üzüntülü ve kederli ruh halini anlatır. Bu anlamıyla depresif duygudurum normal bireylerde de zaman zaman görülebilen, çevresel değişikliklere ve yaşam olaylarına verilen uyuma yönelik uygun ve doğal bir duygusal tepkidir. Terimin ikinci kullanımı bir ruhsal belirti olarak depresyondur. Bir belirti olarak depresyon terimi günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumu (mood) anlatmak için kullanılır. Bir belirti

olarak depresyon birçok farklı durumda görülebilir veya çeşitli ruhsal rahatsızlıklara eşlik edebilir. Yani bu yakınmayla başvuran hastaların bazıları tam bir depresif atağın özelliklerini taşıyor olabilir ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa tutulmuş olabilir. Bu anlamda depresif belirtiler başta psikiyatrik bozukluklar olmak üzere birçok nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilir. Depresyonun üçüncü kullanımını ise özgül bir ruhsal rahatsızlığı anlatmak içindir. Bu anlamıyla depresyon, belli bir grup belirti kalıbıyla giden ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren bir ruhsal rahatsızlıktır (Klerman 1989).

Depresif rahatsızlıklar bugünkü sınıflamalarda tek bir bozukluk şeklinde görülmemekte ve farklı antiteler olarak sınıflandırılmaktadır. Bugünkü psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer alan depresif bozukluklar major depresif nöbet, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozuklukları içerir. Major depresif atak en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanı sıra aşağıda sıralanan depresyon belirtilerinden en az dördünün bulunmasını gerektirir. Bu belirtiler, perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı (vücut kilosunun %5'inden fazlası) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması, uykusuzluk ya da aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları,

düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık ve yineleyen ölüm düşünceleridir. Distimi ise en az iki yıl süreyle, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren kronik depresif bir duygudurum olmasıdır. Bir kişinin distimi tanısını alabilmesi için duygudurum dönemleri sırasında iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku uyuma, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük çekme ve umutsuzluk duyguları belirtilerinden en az ikisinin bulunması gereklidir.

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta bir takım duygular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duygular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileridir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Anksiyetenin klinik görünümüleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Bazı hastalarda kas gerginliği önde gelir ve bu kişiler kas katılığında ya da spazmdan, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınır. Anksiyete bozuklukları: panik atağı, agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, panik bozukluğu olmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluklarını içerir. Ayrıcı tanı açısından özellikle panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu önem taşır.

Panik atak bedensel ya da bilişsel 13 belirtiden en az dördünün eşlik ettiği yoğun bir korku ya da rahatsızlık duyma dönemi olarak tanımlanır. Atak birden başlar ve hızla doruk düzeyine ulaşır. Genellikle on dakikadan kısa bir süre içinde gelişir. Çoğu zaman buna yakında bir tehlikenin doğacağı ya da kişinin sonunun geldiği duyumu ve kaçma dürtüsü eşlik eder. Bedensel ya da bilişsel 13 belirtisi, çarpıntı, terleme, titreme ya da sarsılma, nefes

darlığı ya da boğuluyormuş gibi olma duyuları, soluğun kesilmesi, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi ya da sersemlik hissi, ortamdaki kopma ya da kendini dışardan izleme duygusu, kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu, ölüm korkusu, paresteziler ve üşüme, ürperme ya da ateş basmalarından oluşur. Bu hastalar küçük şeylere üzülen, sürekli korku içinde olan ve olabileceğinin en kötüsünün başlarına gelebileceğini bekleyen, sürekli kaygı içindeki kişilerdir.

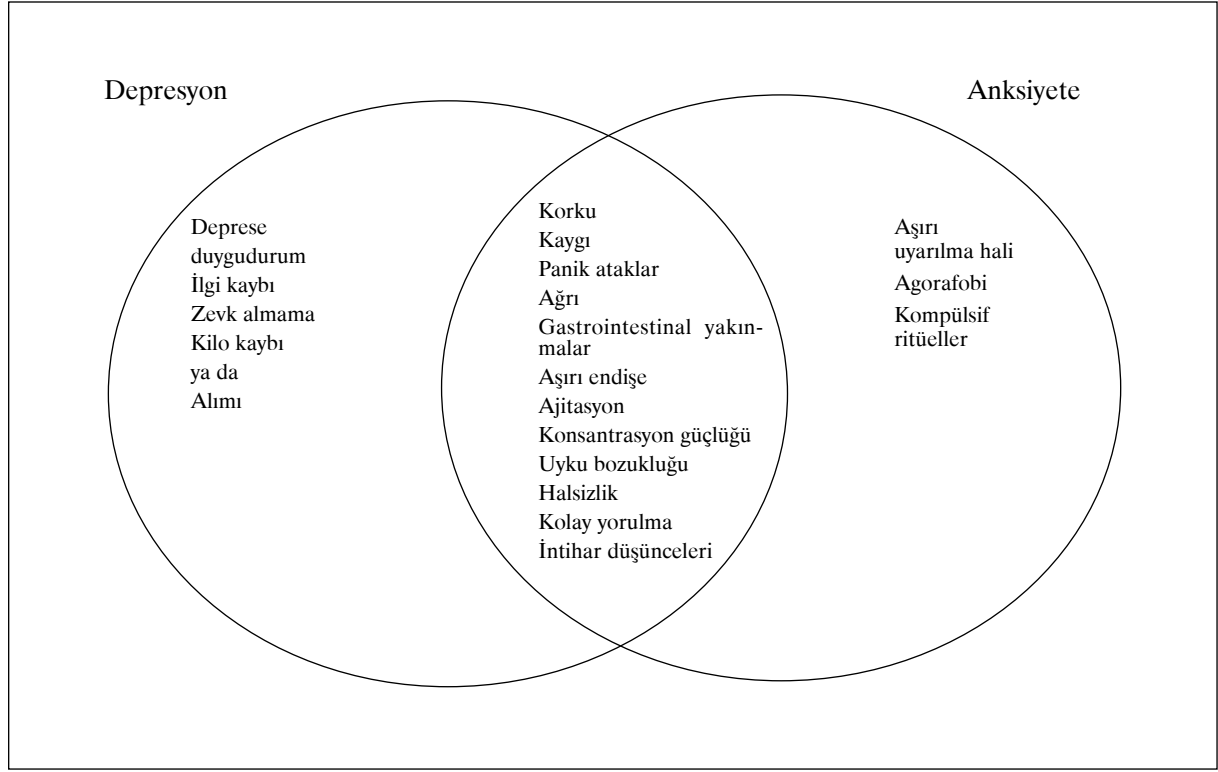
### DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TANISAL BİRLİKTELİK

Bir küme olarak depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında görülen belirtileri incelediğimizde 3 gruba ayırabiliriz:

- 1) Sadece depresif bozuklukta görülen belirtiler (depresif duygudurum, zevk alamama gibi)
- 2) Sadece anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler (aşırı tedirginlik hali gibi)
- 3) Her iki bozuklukta da görülen belirtiler (uyku iştah bozukluğu gibi)

Bu ilişkiyi matematikteki kümeler kuramına benzetebiliriz. Depresyon kümesi ve anksiyete bozuklukları kümesi iki ayrı küme olmakla birlikte oldukça geniş bir kesişim göstermektedirler (Şekil 1). Bu durumdan anlaşılacağı gibi tanı olarak birbirinden ayrı iki tanı olmakla birlikte birbirine benzer belirtiler gösterebilen iki rahatsızlıkla karşı karşıyayız. Belirtilerdeki bu benzerliklerin ötesinde anksiyete veya depresyon yakınmasıyla başvuran hastalarda çoğu kere her iki rahatsızlığın belirtileri bir arada bulunur. Tanısal ilişkiler açısından klinikte bu iki grup rahatsızlığın belirtilerini gösteren hastaları 4 grup halinde görebiliriz:

1. grup depresyon tanısını alan yanı sıra tam olarak bir anksiyete bozukluğu tanısını alacak boyutta olmayan anksiyete belirtileri bulunan hastalardan oluşur.
2. grup bunun tam tersi bir anksiyete bozukluğu olan ama yanı sıra tam bir depresif bozukluk tanısı almayacak yoğunlukta depresif belirtileri olan hastalardır.
3. grup hem depresyon hem de yanı sıra bir



Şekil 1. Depresyon ve anksiyete sendromlarında görülen belirtilerin ilişkileri.

anksiyete bozukluğu tanısı alabilecek yoğunlukta belirtiler gösteren yani iki tanılı hastalarıdır.

4. ve son grup hasta ise hem depresyon hem anksiyete belirtilerini karışık olarak göstermekle birlikte tek başına her ikisinin de tanısız açısından eşği geçemediği olgulardır (Hirschfeld 2001).

Günümüz psikiyatrisinde henüz ayrı bir tanı grubu tanınması tartışmalı olmakla birlikte bu grup hastalara karışık anksiyete depresyon bozukluğu adıyla yeni bir tanı grubu altında sınıflandırılması savunulmaktadır (Lydiard ve Brawman-Mintzer 1998).

Depresyon ve anksiyete özellikle birinci basamak hekimliğinde sıklıkla bir arada görülürler. Amerika Birleşik Devletleri'nde ruhsal rahatsızlıkların epidemiyolojisiyle ilişkili olarak gerçekleştirilen büyük ölçekli bir çalışma olan Ulusal Etkin Araştırmasında (NCS) major depresyonu olan hastaların %58'inde ikincil bir anksiyete bozukluğu olduğu aynı şekilde herhangi bir anksiyete bozukluğu olan hastalarında %68'inde ek tanı olarak major depresyon görüldüğü saptanmıştır (Kessler ve ark. 1996). Anksiyete ve depresyonun seyrinin

bir grup hastada 40 yıllık bir süreç içinde izleyen bir gözlem çalışmasında anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısında depresyonun da olduğu bulunmuştur (Murphy ve ark. 2004). Toplum içinde yapılan bu çalışmalarda bulunan yüksek oranlar birinci basamakta yapılan çalışmalarda daha da yükselmiştir. Örneğin depresyon tanısı alan birinci basamak hastaların %75'inin aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu da olduğu saptanmıştır. Toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalar temel alındığında major depresyon saptanan bir hastada ek olarak anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 3.3-8.2 kat arttığı diğer yandan anksiyete bozukluğu saptanan birinin bir yıl içinde depresyon geçirme riskinin de 7-62 kat arasında yükseldiği hesaplanmıştır (Hirschfeld 2001). Ancak bu bulgular anksiyete ve depresyonun tamamıyla bir arada görülen antiteler olduğunu düşündürmemelidir. Örneğin 4051 yaşlı hastada yapılan bir çalışmada saf depresyon sıklığı %12.2, saf yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı %2.9 ve karışık anksiyete depresyon sıklığı %1.8 olarak bulunmuştur (Schoevers ve ark. 2003). Bu iki tanının birlikte konulabildiği bu geniş hasta grubunun yanı sıra

ikinci tanı almayı hak edecek düzeyde olmayan anksiyete ya da depresyon belirtileriyle, depresyon ve anksiyeteden hangisinin daha ön planda geldiğinin ayırt edilemediği karışık tablolara da rastlanılabilir.

## KLİNİK ÖNERİLER

Birinci basamakta anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmekle birlikte bu hastaların ön planda getirdikleri yakınmalarının davranışsal ve ruhsal olmaktan çok bedensel olduğu unutulmamalıdır. Birinci basamakta bu tür hastalar tipik olarak bedensel yakınmanın yanısıra yaşam sorunlarıyla içiçe geçmiş anksiyete ve depresyon belirtileri ve beraberinde psikolojik iç görünümün çok az olmasıyla karakterizedirler. Bu hastaların çoğu bedensel belirtilerinin ruhsal rahatsızlıktan kaynaklanabileceği fikrine yabancıdır. Yapılan çalışmalarda özellikle kronik ağrı, kolay yorulma ve uyku bozukluklarının birinci basamağa başvuran hastalarda depresyonun öngörücüsü oldukları bildirilmiştir (Montano). Bu nedenle yeterli bir bedensel inceleme yapıldıktan sonra tam olarak açıklanamayan sırt ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, uyku iştah sorunu ve yorgunluk yakınmaları olan hastalarda depresyon ya da anksiyete bozukluğu olabileceği düşünülerek bu açıdan sorgulanmaları yerinde olacaktır. Bu tür belirtileri olan hasta gruplarında bu iki rahatsızlığın temel belirtileri araştırılmalıdır. Bu taramadan sonra belirtiler saptanan hastalarda tanıyı netleştirmeye dönük olarak daha detaylı görüşme yapılmalıdır.

Anksiyete ve depresyon olup olmadığını anlamak için tarama amaçlı hangi sorular ne zaman sorulmalıdır? Bu konudaki bir yaklaşım birinci basamağa dönük olarak geliştirilmiş olan Prime-MD olarak bilinen görüşme formunun temel psikiyatrik belirtileri kapsayan anket formunun her hasta tarafından doldurulması daha sonra belirtilerin varlığını belirten hastalarla detaylı sorgulamayla tanının netleştirilmesidir (Doğan 1996). Ancak her hastada bu yaklaşım yoğun çalışma

ortamlarında olanaklı olmadığı için en azından şüphe uyandıran yakınma ve hasta gruplarında bu tür anketlerin kullanılması daha pratik olabilir. Araştırılan temel belirtiler girişte açıkladığımız depresyon ve anksiyete bozukluğu belirtilerinden depresyon için gerekli koşul olan depresif duygudurum (üzüntülü, mutsuz, karamsar ruh hali) ve ilgi kaybı (isteksizlik, yaşamdan zevk almama); anksiyete içinde nedensiz korku, kaygı, tedirginlik ve endişe hali olabilir. Bu belirtiler olan hastalarda tanı için gerekli olan diğer ek belirtilerde saptanır- sa bir depresyon veya anksiyete bozukluğu düşünülebilir. Bu hastalar tanı konulduktan sonra her iki tanıyı da tam olarak alan hastaların uzmanlara yönlendirilmesi, yalnız depresyon ve anksiyete olgularının birinci basamakta tedavisi düşünülebilir. Bu hastaların tedavisinde başta serotonin gerilim inhibitörleri olmak üzere antidepressan ilaçlar kullanılmaktadır.

Bu ilk aşamada şiddetli veya kronik depresyon durumlarında, intihar riskinin olduğu olgularda, ek madde kullanımı ya da bağımlılığı olanlarda, bipolar bozukluk şüphesi olan hastalarda psikiyatri uzmanlarına danışılması gereklidir. Birinci basamakta tedavisine başlanan olgularda tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, tam düzelme sağlanmadığı veya klinik tablonun kötüye gittiği hastalarda da psikiyatri uzmanlarından yardım istenilmesi yerinde olacaktır.

Depresyonun yanı sıra şiddetli anksiyete belirtileri de gösteren hastalarda, özellikle yaşlı hastalar başta olmak üzere medikal etkenler araştırılmalıdır. Bu medikal etkenler arasında o esnada kullanılan ilaçlar, endokrin rahatsızlıklar (tiroid patolojileri) yer alır. Hipomaniye eşlik eden ajitasyon tablosu kendisini anksiyeteye benzer biçimde gösterebileceğinden bu tür hastalarda bipolar bozukluk da düşünülmesi gereken bir tanıdır. Hastanın yaşamının herhangi bir döneminde bipolar bozukluğun temel özellikleri olan aşırı neşeli ya da öfkeli duygudurum dönemleri varlığı saptanırsa bu hastaların psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi uygundur.

## KAYNAKLAR

Doğan O (1996) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas.

Hirschfeld RM (2001) The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary

care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 3:244-254.

Kessler RC, Nelson CB, Mc Gonagle KA ve ark. (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry, 30(Suppl):17-30.

Klerman GL (1989) Introduction. Treatments of psychiatric disorders. Chairperson Karasu TB. Washington. American Psychiatric Association, s.1726-1745.

Lydiard RB, Brawman-Mintzer O (1998) Anxious depression. J Clin Psychiatry, 59 (Suppl 18):10-17.

Montano CB. New Frontiers in the Treatment of Depression, <http://medscape>

Murphy JM, Horton NJ, Laird NM ve ark. (2004) Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. Acta Psychiatr Scand, 109:355-375.

Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ ve ark. (2003) Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. Int J Geriatr Psychiatry, 18:994-1001.