



# Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu: Bir gözden geçirme

Senar Batur\*

Hacettepe Üniversitesi

## Özet

Son yıllarda araştırmalar ve uygulamalar, eşik altı anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren bir hasta grubunun varlığına işaret etmektedir. Bu bozukluk son psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemlerinde karışık anksiyete-depresyon bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu makalede, psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemlerine giren bu yeni tanı kategorisi ile ilgili yapılmış bazı araştırmalar gözden geçirilmiştir. Ayrıca, karışık anksiyete-depresyon bozukluğunun ayrı bir tanı kategorisi olmasına karşı çıkan görüşler de incelenerek tartışılmıştır. Bu konu ile ilgili özellikle boylamsal çalışmaların yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu.

## Abstract

Recent studies have shown that a group of psychiatric patients seem to have combined symptoms of anxiety and depression. This disorder has been classified as the mixed anxiety-depression disorder in the latest psychiatric diagnostic classification systems. In this review, recent research on this new diagnostic category was summarized. Critical approaches which oppose to this classification were also reviewed. Finally, suggestions for further studies, especially need for longitudinal work, were made.

**Key words:** Mixed Anxiety-Depression Disorder.

Depresyon ve anksiyete bozukluğu ruhsal bozukluklar sınıflandırma sistemleri içinde iki ayrı sendrom olarak ele alınmaktadır. Ancak klinik uygulamalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklıkla bir arada bulunduğu gözlenmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikler gerekse tedaviye yanıt yönünden, bu iki tanı grubu arasında ayırmdan çok, ortak özelliklerin varlığını ortaya çıkarmaktadır (Costa ve Silva, 1994). Depresyon ve anksiyete

arasındaki birlikteliğin dört farklı biçimde görüldüğü belirtilmektedir: 1) Depresyon ve anksiyetenin eşik altı düzeyde olduğu durumlar 2) Hem depresyon hem de anksiyetenin sendrom düzeyinde olduğu durumlar 3) İki tanıdan birinin kriterlerini tam karşılarken diğerinin belirtilerinden bazılarının eşlik ettiği durumlar 4) Zaman içinde birinin diğerine dönüştüğü durumlar (Boulenger ve Lavallée, 1993). Depresyon ve anksiyete arasındaki birlikteliği tanımlamak ve bu alana açıklık getirmek üzere

\* Uzman Psikolog, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

değişik görüşler ileri sürülmüştür. Bunların tümünü burada aktarmak mümkün değildir. Bu yazıda depresyon ve anksiyetenin eşik altı düzeyde bulunduğu ve son yıllarda tanı sınıflandırma sistemlerinin içinde de yer alan "Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğundan (KADB)" söz edilecektir. KADB değişik yönleri ile ele alınmadan önce genel olarak anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki ve bu ilişkiyi açıklamaya çalışan modeller üzerinde durulacaktır.

### Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Ondokuzuncu yüzyılın sonlarında anksiyetenin diğer psikiyatrik sendromlardan ayrı bir sendrom olarak tanımlanmasından bu yana anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiler üzerinde pek çok tartışmalar yapılmıştır. Konu ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde, anksiyete ve depresyon ilişkisi ile ilgili temel olarak iki modelden söz etmek mümkündür. Bunlar, anksiyete ve depresyonun aynı süreklilik içinde yer aldığı üniter model ile anksiyete ve depresyonu nitelik olarak farklı rahatsızlıklar olarak kabul eden kategorik ya da çoğulcu modeldir (Stavarakaki ve Vargo, 1986; Costa ve Silva, 1994). Altmışların sonları ve yetmişli yıllar, depresyon ve anksiyete arasındaki kategorik ayrımın ön plana çıktığı dönemlerdir. Ancak yapılan çalışmalar çoğunlukla anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki ya da birlikte görülme durumu (komorbidite) olduğuna ilişkin görgül (ampirik) kanıtlar sunmaktadır. Anksiyetesi olan hastaların önemli bir bölümünde aynı anda bir de duygudurum bozukluğu veya depresif belirtiler olduğu gibi, depresyonu olan hastaların önemli bir alt grubunda da aynı anda bulunan anksiyete bozukluğu veya anksiyete belirtileri vardır.

Literatüre bakıldığında, özellikle panik bozukluk ve depresyonun birlikte görülme sıklığının

oldukça fazla olduğu dikkati çekmiştir. Panik bozukluğun depresyonla birlikte görülme sıklığı değişik çalışmalarda %20 ile %90 olarak verilmiştir (Kaplan ve Sadock, 1995; Fawcett ve Kravitz, 1983; Leckman; Weissman ve Merikarnas, 1983). Ancak bu konudaki çalışmaların pek çoğunda, panik bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu majör depresyonun da ortaya çıkma oranı %40 ile %50 civarı olarak bildirilmektedir (Watson ve Kendall, 1989). Buna karşın depresyon tanısı alan hastaların öykülerinde yaşam boyu panik bozukluğu geçirme oranı % 25 olarak bulunmuştur (Leckman ve ark.,1983). Leckman ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmada, majör depresyon tanısı alan 130 hastadan 30'unda majör depresyon ataklarından bağımsız daha önce geçirilmiş panik ataklar olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada yer alan 51 hastadaki anksiyete belirtilerinin, ayrıca bir anksiyete bozukluğu tanısı konulmasını gerektirecek kadar şiddetli olduğu, fakat bu anksiyete belirtilerinin depresif ataklarla daima zamansal bir ilişki içerisinde olduğu kaydedilmiştir. Bu alanda yapılmış değişik çalışmalarda da birincil olarak majör depresyonu olan hastaların % 20 ile %30'unun panik bozukluk için DSM III-R kriterlerini karşıladıkları saptanmıştır. (Fawcett ve Kravitz, 1983; Leibowitz, 1993; Sanderson, Beck ve Beck, 1990). Bu sonuçların bildirildiği çalışmalarda, hastaların yaklaşık üçte biri veya daha fazlasında panik bozukluğun, üçte birinde majör depresyonun daha önce ortaya çıktığı, kalanında ise eş zamanlı ortaya çıktıkları belirtilmektedir (Lydiard, 1991). Bazı çalışmalar panik ve depresyon arasında genetik bir ilişki bulunduğunu desteklemektedir. Munjack ve Moss (1981), panik ataklarla birlikte agorafobik bozukluk tanısı almış hastaların birinci derece biyolojik akrabalarında gözlenen affektif bozukluk öyküsünün (%38), panik atakları olmayan fobik bozukluk tanısı almış hastaların birinci derece akrabalarına göre anlamlı



şekilde daha fazla olduğunu saptamışlardır. Bowen ve Kohut (1979) ise, panik atakları ile agorafobik bozukluk tanısı almış hastaların % 84'ünün birinci derece akrabalarında, majör affektif bozukluk öyküsü bulunduğunu bildirmişlerdir.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastalarda ise majör depresyonun, panik bozukluğu olanlardakine göre daha az sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (Noyes, Reich ve Christiansen, 1990). Barrett, Barrett ve Oxman (1988) YAB tanısı alan kişilere ek olarak %11 oranında da majör depresyon tanısı konulduğunu belirlemişlerdir. Bazı araştırmacılar da bu oranları daha yüksek (%34 ile %46 arasında) bildirmişlerdir (Noyes ve ark., 1990). Bu çalışma verileri, anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda depresyonun birlikte görülmesinin ya da depresyon sıklığının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle panik bozukluk ve majör depresyon arasında oldukça güçlü bir ilişki vardır (Watson ve Kendall, 1989). Ayrıca bu alanda yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi ve sosyal fobiyle karşılaştırıldığında, panik bozukluğu, agorafobisi, obsesif kompulsif bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu olan kişilerde depresyonun daha sık ortaya çıktığını düşündürmektedir (Katon ve Roy-Byrne, 1991).

Anksiyete ve depresyonda görülen belirtilerin bir kısmının ortak olması iki durum arasındaki birlikte görülme durumunu daha da karmaşıktır. Tablo 1'de depresyon ve anksiyetede ortak ve farklı belirtiler özetlenmiştir. Burada görüldüğü gibi Watson ve Kendall (1989) sinirlilik (irritability), ajitasyon/huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ve yorgunluğu, depresyon ve anksiyetenin ortak belirtileri olarak öne sürmüşlerdir. Buna karşın, disfori, ilgi kaybı, kilo alımı/kaybı, iştahsızlık, motor yavaşlama, suçluluk/değersizlik duyguları ve ölüm düşünceleri depresyona özgü belirtiler iken; aşırı kaygı, otonomik aktivasyon,

aşırı irkilme ve kas gerginliği anksiyete bozukluğuna özgü belirtilerdir. Bir başka yazara göre kesitsel değerlendirmede, anksiyete ve depresyon tabloları bilişsel yapı yönünden farklı görünmektedir (Akiskal, 1990). Anksiyete gelecek tehlikelere gebe dir. Ölüm korkusu, güvensizlik, çaresizlik vardır. Buna karşılık depresyonda asıl tema, bir yitim, kendini değersizleştirme, umutsuzluk ve intihar düşünceleridir. Fenomenolojik olarak anksiyetede olumsuz duygulanımda artma, depresyonda ise olumlu duygulanımda azalma yaşanır. Hatta bazı araştırmacılara göre, depresyon ve anksiyete arasında en ayırdedici faktör olumlu-olumsuz duygulanımdır (Watson ve Kendall, 1989). Depresyona özgü olan olumlu duygulanımdaki azalmanın kliniğe yansımaları ilgi-istek kaybı (anhedoni) olarak görülürken, olumsuz duygulanımdaki artmanın kliniğe yansımaları ise korku, sıkıntı, öfke, gerginlik, suçluluk, sinirlilik ve endişedir. Stres yaşantısının genel bir sonucu, olumsuz duygulanımda artmadır. Dolayısıyla olumsuz duygulanımda artma hem depresyonda hem de anksiyetede görülebilir. Bu açıdan olumsuz duygulanımda artmanın ayırt edici özelliği yokken olumlu duygulanımda azalma sadece depresyona özgüdür (Kendall ve Watson, 1989). Ayrıca yapılan bazı biyolojik ve aile araştırmaları da iki bozukluk kümesi arasında farklar olduğunu ortaya koymuştur (Kendall ve Watson, 1989). Bu araştırmalar sonucunda, hayatları boyunca hiç majör depresyon geçirmemiş, saf panik bozukluğu olan hastalar olduğu gibi herhangi bir panik nöbeti geçirmemiş saf depresyon hastalarının da olduğu belirlenmiştir. Crowe, Noyes ve Pauls (1983) tarafından yapılmış bir çalışmada panik bozukluğu tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğuna rastlama sıklığının affektif bozukluğa rastlama sıklığından %50 daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer bir aile çalışması da bu bulguları destekler sonuçlar vermiştir (Coryell, Noyes ve Clancy, 1988).

**Tablo 1***Depresyon ve anksiyetede ortak ve farklı belirtiler (Kendall ve Watson, 1989)*

Depresyona Özgü Belirtiler	Depresyonda ve Anksiyetede Bulunan Ortak Belirtiler	Anksiyeteye Özgü Belirtiler
Disfori (çökkünlük, ümitsizlik)	İrritabilite	Aşırı kaygı
İlgi kaybı	Ajitasyon/huzursuzluk	Otonomik hiperaktivite
Kilo alımı/kaybı	Konsantrasyonda zayıflama	Aşırı irkilme
İştahsızlık	Uykusuzluk	Kaslarda gerginlik
Motor yavaşlama	Yorgunluk	
Suçluluk ve değersizlik duyguları		
Ölüm düşünceleri		

Sonuç olarak anksiyete ve depresyon arasındaki karmaşık ilişkiyi tek başına üniter veya tek başına çoğulcu modellerle açıklamak en azından bugünkü verilerle mümkün görülmemektedir. Literatürde her ikisini de destekleyen kanıtlar mevcuttur. İki sendromun örtüşen belirtileri, her iki bozukluğun bir arada bulunduğu tablolar, uzun süreli anksiyete durumlarının depresyon gelişimine eğilim oluşturması, ilaç tedavilerine özgül yanıt eksikliği gibi durumların varlığı, üniter modele kanıt oluşturmaktadır. Diğer taraftan belirtilerin örtüşmesi sorununun uygun istatistiksel yöntemlerle aşılabilmesi ve ayırımın gösterilmesi, olumlu/olumsuz duygulanım alanındaki farklılaşma ve iki sendromun çekirdek belirtilerini taşıyan saf kabul edilecek önemli sayıda hasta grubunun varlığı, çoğulcu görüşü desteklemektedir. Özet olarak, depresyon ve anksiyete iki farklı sendrom olarak görülmekle birlikte klinik uygulamalar ve yapılan çalışmalar, anksiyete ve depresif bozukluklar arasındaki birlikte görülme durumunu doğrulamaktadır (Sevin, 1997). Son yıllarda özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıların süre ve şiddet olarak karşılayacak düzeye ulaşmayan fakat depresyon ve anksiyete belirtilerinin bir arada bulunduğu bir

hasta grubu dikkati çekmektedir. Bu gelişme psikiyatrik tanı sınıflandırmalarına da yansımaktadır.

### **Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu ve Psikiyatrik Sınıflandırma Sistemlerindeki Yeri**

Anksiyete ve depresyonun içiçe geçtiği ancak tanı alacak düzeyde olmayan durumlar uzun süredir bilinmektedir. Yapılan çalışmalar ve pratik uygulamalar anksiyete ve depresyonun bir arada bulunduğu, ama hem anksiyete bozukluklarından, hem de majör depresyondan farklı bir tablonun varlığını düşündürmektedir. Böyle farklı bir tabloyu ilk bildiren Overall ve arkadaşları (1966) ile Paykel (1971) olmuştur (Aktaran Costa ve Silva, 1994). Ancak tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almaya başlaması çok yenidir. KADB ilk kez ICD (International Classification of Diseases) sisteminin onuncu baskısında yer almıştır. ICD-10'da "Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" genel başlığı ve "Başka bunaltı bozuklukları" alt başlığında ele alınmıştır (bkz. Tablo 2) ICD-10'da karışık tip bunaltı ve depresyon bozukluğu ölçütleri verilmeden ele alınmış, depresyon ve bunaltı bozuklukları semptomlarının, herhangi bir sendromu karşılamaya yetmeyecek düzeyde birlikte varlığı,



aralıklarla da olsa bazı otonomik semptomların (titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, midede yanma hissi, v.b.) mutlaka bulunması gerektiği belirtilerek tanımlanmıştır. Yalnızca endişe, aşırı üzerine düşme gibi semptomların varlığı, otonomik semptomlar yoksa bu kategori için yeterli kabul edilmemektedir. Herhangi bir sendromun karşılanması durumunda söz konusu sendromun birincil, diğer semptomların ise ikincil olarak değerlendirilmesi, yani KADB tanısı konmaması gerektiği belirtilmektedir. Yine stres verici yaşam olayları ile yakın ilişkili bir tablo olduğunda bu tanının konmaması, uyum bozukluğu olarak sınıflandırılması önerilmektedir. Ayrıca inatçı anksiyeteli depresyon da (distimi) dışlama ölçütü olarak verilmektedir.

**Tablo 2**

*ICD-10 Karışık Tip Bunalıtı ve Depresyon Bozukluğu*

**F41.2 Karışık tip bunalıtı ve depresyon bozukluğu**

Bu tanı kategorisi hem bunalıtı hem depresyon belirtileri birlikte bulunuyorsa kullanılacaktır. Belirtiler bunalıtı bozukluğu veya depresif bozukluk tanısı koymaya yetecek şiddette değildir. Eğer depresyon daha hafif iken ağır bir bunalıtı hali varsa bunalıtı bozukluğu veya fobik bozukluk tanılarından biri konmalıdır. Eğer belirtiler hem depresif bozukluk hem de bunalıtı bozukluğu tanılarını koymaya yetecek şiddette ise iki tanı birden konmalı ve bu kategori kullanılmamalıdır. Eğer pratik nedenlerle yalnızca tek tanı konulması gerekiyorsa depresyon tanısına öncelik verilmelidir. Bazı otonomik belirtiler (titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, midede yanma hissi, v.b.) zaman zaman da olsa bulunmalıdır. Otonomik belirtiler bulunmaksızın yalnızca kaygı ve kuruntular varsa bu kategori kullanılmamalıdır. Bu bozukluğun ölçütlerini karşılayan belirtiler stresli yaşam olayları ve kişinin yaşamındaki önemli değişiklikler ile bağlantılıysa uyum bozuklukları tanısı (F43.2) kullanılmalıdır.

Hafif şiddette belirtiler gösteren bu hastalar sıklıkla birinci basamak sağlık hizmeti kurumlarında görülürler. Hiç doktora veya psikiyatriste başvurmamış geniş bir kesim içerisinde de bu türden çok sayıda hasta bulunmaktadır

*İçerdikleri:* Anksiyeteli depresyon (hafif veya geçici)

*İçermedikleri:* İnatçı anksiyeteli depresyon (distimi) (F34.1)

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'a karışık tip anksiyete ve depresyon bozukluğunu tanı kategorisi olarak ekledikten sonra, bu konu DSM IV'ün ekinde de (Ek B) "Daha ileri çalışmalar için verilen tanı ölçütleri ve eksenleri" başlığı altında ele alınmıştır (bkz. Tablo 3). Bu tür hastaların resmi bölümde "Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu" alt başlığında tanılandırılmaları önerilmektedir. DSM IV KADB için en az bir ay süren sürekli ya da yineleyici disforik duygudurum ile hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin (on belirtiden en az dördü) yine en az bir ay süre ile birbirlerine eşlik etmesi koşullarını aramaktadır. Ayrıca bu belirtilerin sosyal ve iş yaşamında belirgin yeti yitimine neden olması da kriter olarak verilmiştir. Herhangi bir mental bozukluğun (majör depresyon, panik bozukluk, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu vb.) ölçütlerini karşılamaması gerekmektedir. Belirtilerin herhangi bir madde kullanımının etkilerine bağlanamaması da ölçütlerden biridir.

Karışık anksiyete-depresyonun DSM-IV'te yer alma nedenlerinden biri bu tanının ICD-10'da yer almış olmasıdır (Liebowitz, 1993). Amerika Birleşik Devletlerinde uluslararası tedavi etkinliklerinde ICD-10 kullanılmaktadır. DSM-IV ile ICD-10'un birbirine uyması zorunlu değildir. Ancak bazı durumlarda bir tanı sisteminden diğerine geçerken oluşan uyumsuzluklar problem yaratabilmektedir. Dolayısıyla DSM-IV'te bu tanı grubu resmi bölümde yer alması açısından önerilmiştir. DSM-IV'ün hazırlanmasında daha tutucu davranılarak bu tanı grubu için görgül kanıtlar aranmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalarda bu hastalığın görülme sıklığının hiç de azımsanmayacak ölçüde olması, hastalığın psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer almasının yararlı olacağını ortaya koymuştur (Liebowitz, 1993).



**Tablo 3. DSM IV Karışık Anksiyete Depresyon Bozukluğunun Araştırma Kriterleri**

A. En az bir ay süren disforik duygudurumu
B. Disforik duygu durumuna aşağıdaki belirtilerden en azından bir ay süreyle dört veya daha fazla belirtinin eşlik etmesi
1. Konsantrasyon güçlüğü veya zihinde boşluk-hissi
2. Uyku bozuklukları (uykuya dalmada, sürdürmede güçlük veya huzursuz uyku)
3. Yorgunluk veya enerji azlığı
4. İrritabilite
5. Endişe
6. Kolay ağlama
7. Hipervijilans
8. Kötü bir şeyler olacağı beklentisi
9. Umutsuzluk
10. Benlik değerinde azalma, değersizlik duygusu
C. Belirtilerin klinik olarak sosyal, iş veya diğer önemli fonksiyonlarda bozulma ve distres yaratması
D. Belirtiler doğrudan bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı) fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.
E. Aşağıdakilerin tümü:
1. Majör depresyon, panik bozukluk, distimik bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamamalıdır.
2. Anksiyete ve diğer duygulanım bozuklukları kriterlerini karşılamamalıdır
3. Bu belirtiler diğer mental bozukluklar ile daha iyi açıklanamamalıdır

### Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu İle İlgili Araştırmalar

Çeşitli araştırma sonuçlarına göre, anksiyete ve depresyon belirtileri olan ve DSM-III R eksen I anksiyete ve duygudurum bozuklukları kriterlerini

karşılamayan pek çok hasta vardır (Clark ve Watson, 1991; Katon ve Roy-Byrne, 1991 ; Zinbarg ve Barlow, 1994). Goldberg'in (1995) majör depresyon veya herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı için gerekli eşliğe ulaşacak şiddette olmayan anksiyete ve depresyon semptomlarının bir arada klinik olarak varlığı şeklinde tanımladığı karışık anksiyete-depresyon bozukluğu, klinik açıdan önemli bir bozulmaya yol açmaktadır (Sevin, 1997). Depresyon ve anksiyetenin bu şekildeki birlikteliği (KADB) psikiyatri popülasyonundan çok birinci basamak sağlık hizmetleri popülasyonunda görülmektedir (Wittchen ve Essau, 1993). KADB'nun yeni tanımlanan bir bozukluk olması nedeniyle, bu alanda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Henüz KADB için formal epidemiyolojik veriler bulunmamakla birlikte bazı klinisyen ve araştırmacılar bu bozukluğun genel popülasyonda görülme sıklığının %10 ile %15 arasında olduğunu belirtmektedirler (Blazer, Swartz ve Woodbury, 1988; Eaton ve Ritter, 1988). Ancak bazı araştırmacılar bu oranın %1'e kadar düştüğünü ileri sürmektedirler (Wittchen ve Essau, 1993). Katon ve Roy Bryne (1991) ise birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde KADB gösteren hasta oranını %4.1 olarak bulmuşlardır. Bu oranın %50'ye kadar ulaştığını ileri süren araştırmacılar da vardır (Kaplan ve Sadock, 1995). Bu alanda yapılmış epidemiyolojik çalışmalara genel olarak bakıldığında, bu denli farklı yaygınlık (prevelans) oranlarının çıkma nedeni, belirli olarak kabul edilmiş (KADB) tanı kriterlerinin bulunmaması olabilir. Her bir araştırmanın KADB olarak kabul ettiği eşik altı sendrom düzeyleri değişmektedir. Bu da araştırmalardaki yaygınlık oranlarını etkileyebilecek bir nedendir. Bundan sonraki çalışmalarla belirlenecek işevuruk ölçütler (örneğin DSM IV'deki araştırma kriterleri) kullanılarak fikirbirliği sağlanabilir.

Blazer ve arkadaşları 1988 yılında depresif semptom gösteren 406 hastaya Tanı Görüşme Çi-



zelgesi (DIS) uygulamışlar ve araştırmaya katılan 40 hastada (%9.9) karışık anksiyete-depresyon semptomlarına rastlamışlardır. Bu 40 hastadaki semptomlar, DSM-III majör depresyon ve anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır. Ayrıca bu araştırmada karışık anksiyete-depresyon semptomları gösteren hastaların, majör depresyon hastalarına göre daha genç oldukları bildirilmiştir. Blazer ve arkadaşları (1988) popülasyonda depresyon semptomlarının görülme sıklığının yüksek olması, buna karşın depresyon tanısı koyulan hasta yaygınlığının düşük olması gibi faktörlerin, KADB hastalarının tanı sistemlerinin dışında bırakılmasına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Eaton ve Ritter (1988) yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada Blazer'in bulgularına benzer olarak %13 oranında karışık anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren bir hasta grubuna rastlamışlardır. Brown, Bifulco ve Harris'in (1987) yaptığı boylamsal bir çalışmada subklinik depresyon (%5.9), subklinik anksiyete (%13.5) ve subklinik anksiyete-depresyon (%3.3) hastaları saptanmıştır. İzleme çalışmasında subklinik anksiyete hastalarının yarısının KADB geliştirdikleri gözlenmiştir. Ayrıca subklinik anksiyete, depresyon ve karışık anksiyete-depresyon hastalarının, zaman içinde belirli yaşam olayları ile karşılaştıklarında (sosyal problemler, evlilik problemleri gibi) majör depresyon geliştirdikleri gözlenmiştir. Araştırmacılar stresli yaşam olayları ile subklinik semptomların birleşmesi durumunda ciddi klinik tabloların gelişebileceğini vurgulamışlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılan çalışmalarda da DSM-III tanı kriterlerine uymayan "subsendromal" hasta grupları belirlenmiştir. Barrett ve arkadaşları (1988), Von Kroff ve arkadaşları (1987) %4 oranında karışık anksiyete depresyon semptomları gösteren bir hasta grubu belirlemişlerdir. Bu hastaların sosyal ve iş yaşama-

rında bozulmalar olduğu da bu çalışmalarda bildirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılmış en önemli araştırmalardan biri Zinbarg ve ark tarafından (1994) yapılan DSM-IV KADB araştırma ölçütlerini ortaya çıkaran araştırmadır. Bu alan araştırmasında DSM-III R anksiyete ve duygulanım bozukluğu ölçütlerini karşılamayan, ancak depresyon ve anksiyete semptomları sonucu bozulma gösteren bir hasta grubunun varlığı araştırılmıştır. Ayrıca KADB grubunun operasyonel semptom kriterleri saptanmaya çalışılmıştır. Bu soruları cevaplamak amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine değişik şikayetlerle başvuran 666 hastaya yarı yapılandırılmış psikiyatri görüşmeleri uygulanmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre DSM-III-R uygulama ve anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılamayan eşikaltı anksiyete ve depresyon belirtileri ile distres ve bozulma gösteren ve en az majör depresyon ve anksiyete bozukluğu kadar sık karşılaşılan bir hasta grubu vardır. Bu hastalar belirtiler bakımından yaygın anksiyete, panik ve majör depresyon bozukluğu hastalarının belirtilerinden farklılık göstermektedirler. Bu çalışma bulgularıyla DSM-IV'de KADB araştırma kriterleri oluşturulmuştur (bkz. Tablo 3). Böylece DSM-IV'de KADB ayrı bir tanı grubu olarak önerilmiştir. Bir başka çalışmada da Wittchen ve Essau (1993) KADB ayrı bir tanı kategorisi olmasını destekleyen bulgular elde etmişlerdir. Bu çalışmanın sonucuna göre kontrol grubuna ve eşik altı saf anksiyete ve saf depresif bozukluğu olanlara kıyasla bu hastalarda (KADB'de) daha az duraklama (remisyon), daha fazla bozulma ve daha fazla profesyonel yardım arama davranışı olduğu gözlenmiştir.

DSM-III ve DSM-III-R ölçütlerine göre KADB tanısı alan hastaların "alt sendrom vakası" olarak tanımlanmasına karşın, bu hastalarda görülen bozulma derecesi dikkate alındığında bunlara da bir psikiyatrik tanı konması gerektiği görüşü



oldukça yaygındır (Liebowitz 1993). Yukarıda belirtildiği gibi bu hastaların sosyal ve iş yaşamlarında klinik olarak önemli yeti yitimi ve bozulmaya uğradıklarına dair kanıtlar vardır (Stein, Kirk ve Prabhu, 1995). KADB ile ilgili araştırmalar çoğunlukla kesitsel bakışla sınırlı olarak ele alınmıştır. Ormel, Oldehinkel ve Briman'ın (1993) yaptıkları bir çalışma ise bu alanda yapılmış, literatürde nadir rastlanan boylamsal araştırmalardan biridir. Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmuş depresyon, anksiyete ve KADB olan hastalar değerlendirilmiş ve bu hastaların 1 ve 3.5 yıl sonraki yeti yitimleri ölçülmüştür. Bu çalışmada depresyonun, anksiyete ve KADB'ye kıyasla daha yüksek yeti yitimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Anksiyete ile KADB grubu arasında yeti yitimi açısından fark bulunmamıştır. Depresyon, anksiyete ve KADB hastalarında sonuçlar (hem psikopatoloji hem de yeti yitimi düzeyinde) 1 ve 3.5 yıl sonrasında olmak üzere iki kez değerlendirilmiş; arta kalan (rezidüel) psikopatoloji düzeyinde, anksiyete ve KADB hastalarının sonuçları, depresyon hastalarına göre daha kötü bulunmuştur. Yeti yitimi son değerlendirme zamanında tüm tanı kategorilerinde anlamlı ölçüde azalmış olarak saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde KADB hastalarında yeti yitiminin anksiyete ve depresyon hastalarına benzer olduğu kaydedilmiştir.

Bazı biyolojik çalışmalar da KADB'nin ayrı bir tanı kategorisi olarak kabul edilmesi açısından kanıtlar sunmaktadır. Biyolojik etkenler içinde KADB ve birlikte görülen durumlar için en çok araştırma yapılan alan genetik etkenlerdir (Aydemir ve Mete, 1995). Kendler, Heath, Martin ve Eaves (1987). Anksiyete ve depresyon belirtilerinin ayrı ayrı ortaya çıkmasında genetik etkenlerin etkili olmadığı ancak anksiyete ve depresyonun üst üste binmesinin genetik dayanağı bulunduğunu bildirmektedirler. Şimdiye kadar yapılan genetik çalış-

malarla KADB'de genetik etkenlerin varlığı gösterilememiştir. Andreasen; psikiyatrik olarak bir tanının geçerliğinin gösterilmesi için biyolojik açıdan da kriterlerin ortaya konulmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (aktaran, Sevin, 1997). Yapılan araştırmalarla KADB'nin biyolojik değişkenler açısından ayrı bir tanı kategorisi olması açısından gerekli kanıtlar henüz toplanabilmiş değildir. Sevin (1997) KADB'nin bir tanı kategorisi olarak geçerliğini tartışmak amacı ile yaptığı çalışmada DSM-IV'ün ekinde önerilen kriterlere göre KADB tanısı almış 29 hasta ile majör depresyon bozukluğu (MDB) tanısı almış 31 hastayı, belirtiler, hastalık şiddeti ve biyolojik özellikler açısından karşılaştırmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre KADB'nin MDB'den farklı bir tanı kategorisi olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir.

Sonuç olarak KADB ile ilgili araştırmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Özellikle bu alanda yeterli sayıda boylamsal araştırmalara ve normal kontrol gruplarıyla karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç vardır. Araştırmalar genellikle kesitsel çalışmalarla sınırlıdır. Ancak yukarıda özetlenen bu alanda yapılmış belli başlı araştırmalardan edinilen izlenim giderek KADB tanısının ayrı bir kategori olarak kabul edildiğidir. Elbette KADB'nin ayrı bir tanı kategorisi olarak kabul edilmesi görüşüne karşıt görüşler de ileri sürülmektedir.

### **Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu Tanısı İle İlgili Tartışmalar**

Bu alandaki literatüre bakıldığında KADB tanısı diye ayrı bir tanı kategorisi oluşturulması ile ilgili karşıt görüşlere rastlanmaktadır. Özellikle bu tanının DSM-IV'e dahil edilmemesiyle ilgili tartışmalar da vardır (Liebowitz, 1993). Bir tartışma konusu, hastalığın geniş ölçüde uyum reaksiyonu (stres etkenlerini takiben gelişen anksiyete ve dep-



resyon belirtileri) ile üst üste binebileceği ile ilgilidir. Uyum reaksiyonu tanısı, stresli yaşam olayları sonucu gelişen tabloları açıklayan bir tanı kategorisidir. Bu durumda yeni bir tanı kategorisine gerek yoktur. Eğer subsendromal bir tanıya gereksinim varsa KADB yerine minör depresif bozukluğun tercih edilmesinin daha iyi olacağı, diğer bir tartışma konusudur. Bazı klinisyen ve araştırmacılar ise KADB'nun bir "çöp tenekesi" kategorisi haline geleceğinden endişe duymakta ve yanlış kullanılmaması için, dışlama ölçütlerinin yeni bir kategoride mutlaka dikkatle oluşturulması gerektiği üzerinde durmaktadırlar (Preskorn ve Fast, 1993) Bazıları da yeni bir subsendromal kategoriye gerek olmadığını ve eğer birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve toplum çalışmalarında yapılandırılmış görüşmeler kullanılırsa "subsendromal" ancak klinik olarak hasta diye düşünülen kişilerin zaten varolan tanı kategorilerinden birine uyacağını öne sürmektedirler.

Karışık anksiyete ve depresyon tanısıyla ilgili diğer bir tartışma da bu hastalığın belirtilerinin daha şiddetli bir hastalığın öncül (prodromal) ya da arta kalan belirtileri olabileceği yönündedir. Katon ve Roy-Byrne (1991) hastalığın uzunlamasına gidişine bakıldığında, KADB'nin geçici bir tanı olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmektedirler. KADB tanısının önemli bir özelliği stres altında majör depresyon veya panik bozukluğu gibi daha şiddetli bozukluklar geliştirebilme riskini taşımasıdır (Stahl, 1993). Bu nedenle KADB'nin panik bozukluk veya depresyonun bir uzantısı (artığı) olduğunu belirtilmektedir. Yapılan az sayıdaki boylamsal çalışmayla KADB'nin daha şiddetli bir hastalığa dönüşme riskini gösteren kanıtlar bulunmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların kesitsel çalışmalarla sınırlı kalması, yeterli boylamsal çalışmaların yapılmamış olması bu tartışmaların sürmesine yol açmaktadır.

## Sonuç ve Tartışma

Psikiyatri ve birinci basamak sağlık hizmetleri popülasyonlarından elde edilen araştırma sonuçları DSM-III-R majör depresyon ve anksiyete bozuklukları tanı kriterlerini karşılamayan, ancak azımsanmayacak oranda karışık anksiyete depresyon belirtileri taşıyan bir hasta grubu olduğuna işaret etmektedir. Araştırmalarda bu hastaların sosyal ve iş yaşamlarında önemli düzeyde bozulma görüldüğü ve sıklıkla profesyonel yardıma başvurdukları bildirilmiştir. Ayrıca bu hastaların yüksek yaşam stresleri karşısında majör depresyon veya anksiyete bozukluğu geliştirebilecekleri, bu açıdan risk grubu oluşturdukları söylenebilir. Dolayısıyla bu bozukluk, bir hastalığın prodromal ya da rezidüel dönemi olabilir. DSM-IV ve ICD-10 da yer alan bu bozukluğun geçici bir tanı mı yoksa anksiyete ve depresyondan bağımsız bir tanı mı olduğu sorularına yanıt verebilmek için daha çok boylamsal ve karşılaştırmalı araştırma yapılmalıdır. Yapılacak boylamsal ve geniş örneklemeler üzerindeki araştırmalarla bu bozukluğun kesin operasyonel tanı kriterleri oluşturulmalıdır. Araştırmalarda KADB'nin tanı kriterleriyle ilgili bir fikir birliğine varılmalıdır. Böylece ortak tanı kriterleri kullanılarak yapılan boylamsal karşılaştırmalı çalışmalarda bu hastalığın diğer duygulanım veya anksiyete bozuklukları için bir risk grubu oluşturup oluşturmadığına bakma imkanı doğacaktır. Ayrıca KADB'nin eksen II kişilik bozukluklarıyla ilişkileri ve yaşam stresleri, sosyal destek, başetme becerileri gibi değişkenlerle ilişkilerini belirlemek, bu bozukluğu daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Sonuç olarak, yaygın biçimde kullanılan sınıflandırma sistemleri dışında kalan KADB gibi çok sayıda karışık hastalık gruplarına rastlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tanı dışı bırakılan ve dolayısıyla



sıyla psikiyatrik tedavi alamayan bu tip hastalık grupları açısından kategorik tanı sınıflandırma sistemlerinin gözden geçirilmesi önem kazanmaktadır. Bunun yanında değişen ve yenilenen tanı sistemlerine uygun, değerlendirme araçlarının da gözden geçirilip yenilenmesinin de önemi açıktır. Klinisyenlerin eşik altı anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren bu hastaları tanımları ve tedavide uygun teknikleri geliştirmeleri de göz önünde bulundurulması gereken diğer bir noktadır.

### Kaynaklar

- Akiskal, H.S. (1990). Toward a clinical understanding of relationship of anxiety and depressive disorders. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*'da, J D Maser, C R Cloninger (Eds), APP, Washington DC: 597-607.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). DSM IV Mental bozuklukların tanımsal sayısal elkitabı. Dördüncü baskı. Köroğlu E. (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydemir Ö., & Mete L. (1995). Karışık anksiyete-depresyon bozukluğu. *Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi*, 3(3), 193-195.
- Barrett, J. E., Barrett, J.A., & Oxman, T.E. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Blazer, D., Swartz, M., & Woodbury, M.(1988). Depressive symptoms and depressive diagnosis in a community population. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1078-1084.
- Boulenger, J.B., & Lavallée Y.J.(1993). Mixed anxiety depression: Diagnostic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(1 suppl), 3-8.
- Bowen, R. C., & Kohout, J. (1979). The relationship between agoraphobia and primary affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 317-322.
- Brown, G.W., Bifulco, A., & Harris, T.O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Coryell, W., Noyes, R., & Clancy, J. (1988). Panic disorder and primary unipolar depression. *Journal of Affective Disorder*, 5, 311-317.
- Costa E., & Silva, J. A. (1994). Depression and anxiety. *Mediographia*, 16, 3-7.
- Crowe, R.R., Noyes, R., & Pauls, D.L.(1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1065-1069.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993). *ICD 10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı klavuzu*. O. Öztürk, B. Uluğ, (çev.) Ankara: Medikomat.
- Eaton, W.W., & Ritter, C. (1988). Distinguishing anxiety and depression with field survey data. *Psychological Medicine*, 18, 155-166.
- Fawcett, J., & Kravitz, H. M. (1983). Anxiety syndromes and the relationship to depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44(8, sec2), 8-11
- Goldberg, R. J. (1995). Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *American Journal of Medicine*, 98, 278-284.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J.(1995). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1247-1248.
- Katon, W., & Roy-Byrne, P. P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337-345.
- Kendall, P. C., & Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, 44, 451-457.
- Leckman, J. R., Weissman, M. M., & Merikarnas K. R. (1983). Panic disorder and major depression: Increased risk of depression, alcoholism, panic and phobic disorders of depressed probands in families of depressed probands with panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1055-1060.
- Liebowitz, R. L. (1993). Mixed anxiety and depression: Should it be included in DSM IV? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (5 suppl), 4-7.
- Lydiard, R.B.(1991). Coexisting depression and anxiety: Special diagnostic and treatment issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(6 suppl), 48-54.
- Munjack, D. J., & Moss, H. B. (1981). Affective disorders and alcoholism in families of agoraphobics. *Archives of General Psychiatry*, 38, 869-871.
- Noyes, R., Reich, J., & Christiansen, J. (1990). Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic



- subtypes and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 47, 809- 818.
- Ormell, J., Oldehinkel, T., & Brilman, E. (1993). Outcome of depression and anxiety in primary care: A three wave 3 1/2 year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 759-766.
- Preskorn, S. H. & Fast, G.A. (1993). Beyond sign and symptoms: The case against a mixed anxiety and depression category. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(1, suppl), 24-32.
- Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence in temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sevin, S. (1997). *Karışık anksiyete-depresyon bozukluğu ile majör depresyon bozukluğunun ,belirtiler, hastalık şiddeti ve biyolojik değişkenler açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Stahl, M. S. (1993). Mixed anxiety and depression: Clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(1, suppl), 33-38.
- Stavrakaki, C., & Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression: A review literature. *British Journal of Psychiatry*, 149, 7-16.
- Stein, M., Kirk, P., & Prabhu, V. (1995). Mixed anxiety depression in primary care clinic. *Journal of Affective Disorders*, 34(2), 79-84.
- Von Kroff, M., Shapiro, S., & Burke, J. D. (1987). Anxiety and depression in primary care clinic. *Archives General of Psychiatry*, 44, 152-156.
- Watson, D., & Kendall P. C. (1989). Understanding anxiety and depression: Their relation to positive and negative affective states. *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features'da*, P.C. Kendall, D. Watson (Eds.), Academic press, San Diego CA : 3-26.
- Wittchen, H. U., & Essau, C. A. (1993). Comorbidity and mixed anxiety depression disorders: Is there epidemiological evidence? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(1, suppl), 9-15.
- Zinbarg, R.E., & Barlow, D. H. (1994). The DSM IV field trial for mixed anxiety-depression. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1153-1162.

