

satrophie des Kindesalters: Ein bisher nicht beschriebener Symptomkomplexe, Klin Monatsbl Augenheilkd 1909;47:138-160.

3- Ülkü A, Bölükoğlu S: Behr sendromu, Ege Üniv. Tıp Fak. Derg. 1977; 16:573-579.

4- Henkes HE, Deutman AF, Busch HFM: Behr disease, in Vinken PJ, Bruyn GW (eds.): Handbook of kClinical Neurology, Vol 13, Amsterdam, North Holland, 1972, pp. 88-93.

5- Ferguson FR, Critchley M: Leber's optic atrophy and its relationship with the heredofamilial ataxias, Brain 1229; 52: 203-225.

6- Franceschitti A: L'atrophie optique infantile compliquée (Maladie de Behr), J. Génét. Hum. 1966; 15:322-331.

7- Horopian DS, Zucker DK, Moshe S, Peterson HDC: Behr syndrome: a clinicopathologic report, Neurology 1979; 29: 323- 327.

8- Waardenburg PJ: Different types of hereditary optic atrophy, Acta Genet. Stat. Med. 1957; 7:287-290.

9- Ledic P, Van Bogaert L: Héré dodégénérescence cérébelleuse et spastique avec dégénérescence maculaire, J. Génét. Hum. 1960; 9:140-157.

10- Van Leeuwen MA, Van Bogaert L: Hereditary ataxia with optic atrophy of the retrobulbar neuritis type and latent pallidoluysian degeneration, Brain 1949; 72:340-363.

11- Harcourt B, Jay B: Bilateral optic atrophy in childhood, I and II, Br. J. Ophthalmol. 1968; 52:786-787. and 860-861.

Distimik Rahatsızlığın semptomat tolojisi Dr. Vedat ŞAR X Dr. İlknur ŞAR XX

Özet

DSM-III ölçülerine göre distimik rahatsızlık tanısı alan 100 hasta yarı yapılandırılmış görüşme Ölçeği, Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçetkleri ile St. Gerge Hastanesi Psikiyatrik öykü çizelgesinin kullanıldığı çalışmada semptomlar ve öykü verilerinden seçilenler üzerinde uygulanmış faktör analizi sonucunda klinik anlam taşıyan iki boyut elde edilmiştir. Hastalığın ve aynı zamanda anksiyetenin şiddetini yansıtan unipolar özellikteki birinci faktör üzerinde hastalar kategorik olarak iki altgruba ayrılırken bipolar özellikteki ikinci faktör üzerinde hastalar kategorik olarak iki altgruba ayrılırken bipolar özellikteki ikinci faktör görece genç yaşta ortaya çıkan, kişilikle birlikte giden bir sendrom ile görece ileri yaşta ortaya çıkan anhedonik-fobik özellikteki başka bir sendromu karşı karşıya getirmiştir. Hastalar uçları bu iki sendromun oluşturduğu eksen üzerinde kesintisiz-sürekli olarak dağılmışlardır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, nevroz, DSM-III, faktör analizi, başlangıç yaşı, anksiyete.

Symptomatology of the Disthymic Disorder

Summary

One hundred depressed patients who satisfied the DSM-III diagnostic criteria for disthymic disorder were rated as to clinical symptoms. Ratings were made on the Clinical Interview for Depression, a semi-structured interview covering 39 items, and the Hamilton Rating scales for Depression and for Anxiety, and the St. George's Hospital Psychiatric History Form. Factor analysis of symptoms and some historical data yielded two clinically meaningful dimensions. Unipolar severity factor reflected two patient groups with high and low anxiety levels. Bipolar second factor contrasted two syndromes called younger disthymics with personality disorder and older anhedonic-phobics. Patients' scores distributed continuously on this dimension.

Index Words: Depression, neurosis, DSM-III, factor analysis, age of onset, anxiety.

Giriş

DSM-III (2) distimik rahatsızlık kategorisine uyan hastalarda yalnız semptomlar üzerinde gerçekleştirdiğimiz faktör analizinin sonuçlarını başka bir yazıda bildirmiştir (9). Söz konusu çalışmada klinik anlam taşıyan üç boyut elde edilmişti. Bu boyutlardan unipolar olan birincisi hastalığın ve aynı zamanda anksiyetenin şiddetini yansıtmış, hastalar da bu boyut üzerinde düşük ve yüksek anksiyeteli olarak iki altgruba ayrılmışlardı. Bipolar özellikteki ikinci faktör ise uyku, iştah ve beden ağırlığında artışın eşlik ettiği görece hafif, fobik-anhedonik bir semptom örüntüsü ile uyku, iştah ve beden ağırlığında azalmanın eşlik ettiği görece ağır bir nörotik depresyon tihini karşı karşıya getirmişti. Hastalar

X I. Ü.Cerrehpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana bilim Dalı
Uzmanı

XX Şişli Etfal Hastanesi Psikiyatri Uzmanı

protik depresyon tihpini karşı karşıya getirmişti. Hastalar faktör üzerinde de altgruplara ayrılırken, silik olarak enjeksiyon-nörotik ayrımını yansıtan üçüncü faktör kesintisiz- frekansı dağılıma yol açmıştı..

Gereç ve Yöntem

Örneklemin Özellikleri:

Bu çalışmanın evreni 1984-1985 yıllarının Mayıs ayları arasındaki bir yıllık sürede Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bilim Dalı Polikliniğine başvuran hastalar arasından konsektif olarak belirlenen, DSM-III ölçütlerine göre distimik rahatsızlık tanısı alan 100 kişiden oluşmaktadır. Bir sikotrop ilacı etkili dozda ve yeterli sürede (trisiklik anti-depresif ilaçlar için 150 mg/gün dozda üç hafta kullanmış veya da değerlendirme sırasındaki tabloyu etkileyecek biçimde kullanmakta olan hastalar araştırma kapsamına alınmadı, depresyon dışındaki sendromların ön planda olduğu durumlar ve ayrıca geçirilmiş ya da şimdiki durumda ilaç bağımlılığı, kronik alkolizm, klinik olarak gözlenen mental retardasyon araştırma kapsamından çıkarılma nedeni oluşturdu. Her iki distimiyetli hastalar örnekleme yer aldı. Kişilik bozukluğu hastaları araştırma kapsamından çıkarılmadı.

Verilerin Toplanması:

Klinik semptomlar ve öykü ile ilgili verilerin toplanması için yarı yapılandırılmış görüşme ölçekleri kullanıldı. Görüşme ve değerlendirmeler o dönemde psikiyatri dalında uzmanlık eğitiminin dördüncü yılında bulunan bir hekim (makalenin birinci yazarı) tarafından yapıldı. Tüm görüşmeler aynı değerlendirici tarafından yürütüldüğü halde yarı bir hakemlerarası güvenilirlik çalışması yapıldı. Araştırma kapsamı dışında olan 10 hasta ile bu amaçla yapılan görüşmeler aynı anda psikiyatri dalında uzman olan ikinci bir hekim tarafından da değerlendirildi. Tüm maddeler için Pearson korelasyon katsayısı 0.85 in üzerinde bulundu. Kullanılan görüşme ölçekleri şunlardır:

1) Depresyon için Klinik Görüşme Ölçeği (Clinical Interview for Depression): Hamilton Depresyon Ölçeğinin genişletilmiş bir biçimi temel alınarak geliştirilmiş olan bu görüşme çizelgesi 39 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Maddelerin çoğu 7 basamak üzerinden değerlendirilmektedir. Bu yedi basamaktan her biri her maddede ayrı ayrı tanımlanmıştır. Daha önce Paykel ve ark (7) ve Türkiyede Başoğlu (4) tarafından kullanılmıştır.

2) Hamilton Depresyon Ölçeği: 17 maddeden oluşan biçimi (6) kullanılmıştır. Maddelerin çoğu 5 basamak üzerinden değerlendirilmektedir.

3) Hamilton Anksiyete Ölçeği: 13 maddeden oluşan bu ölçekte (5) her madde 5 basamak üzerinden değerlendirilmektedir.

4) Psikiyatrik öykü Çizelgesi: Londra St. George Hastanesinin araştırmalarda kullanılan öykü çizelgesi olup Türkiyede daha önce Başoğlu (4) tarafından kullanılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme:

Depresyon için Klinik Görüşme Ölçeğinde yer alan 38 semptomla ilişkin verilere psikiyatrik öykü çizelgesinden alınan 9 maddenin katılımıyla faktör analizi uygulandı (8). Hamilton Depresyon ve Anksiyete Toplam Puanları ile faktörler arasındaki ilişkiyi (4) araştırmak için bu toplam puanlarla her bir semptom arasındaki korelasyonlar bulundu.

Bu korelasyon katsayıları ile ilk iki faktörün yükleri arasındaki korelasyonlar belirlendi. Hastaların ilk dört faktöre ilişkin faktör skorları, ortalaması 0 ve standart sapması 1 olacak biçimde saptandı, standart sapmanın yarısı büyüklüğünde basamaklar biçiminde normal dağılımla karşılaştırıldı; bunun için X^2 testi kullanıldı, %5 lik anlamlılık derecesi yeterli bulundu.

Sonuç

Örneklemin Özellikleri:

Örnekleme 72 kadın ve 28 erkekten oluşmaktadır. Yaş ortalaması 33.3 (SS=± 7.74 olup kadınlarla (33.2 SS=± 8.36) erkekler (33.5 SS=±5.99) arasında anlamlı bir fark yoktur. Hastalık belirtilerinin başlama yaşı ortalaması 27.4 (SS=±11.77) olarak bulunmuştur. Hastaların % 47 si köy ve ilçe kökenlidir. Hiç eğitim görmemiş olanlar % 11, ilköğretim orta ya da lise öğrenimi görenler % 67, yüksek öğrenim görenler % 22 oranındadır. Örneklemin % 18 i bekar, % 78 i evlidir.

Faktör Analizi:

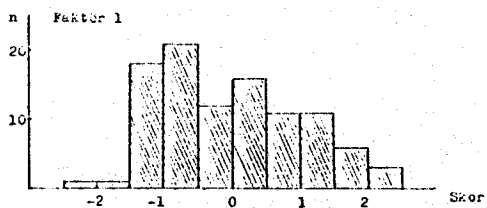
Elde edilen faktörlerden ilk altısının yükleri Tablo I'de görülmektedir.

Birinci faktör toplam varyansın % 12.4 ünü yansıtmaktadır. Unipolar özellikteki bu faktörde en yüksek yük alan maddeler fobiklik, ajitasyon, psikik anksiyete, ilgi duymama, iş yapamamadır. Genel nitelikteki bu faktörün hastalığın şiddetini yansıtmaması beklenmektedir. Hamilton Anksiyete (r=0.92 p<0.001) ve Depresyon (r=0.81 p<0.001) Toplam Puanları ile bu faktör arasında güçlü korelasyon bulunmaktadır. Hastalığın şiddetinde anksiyete olgusunun önemli yer tuttuğu anlaşılmaktadır.

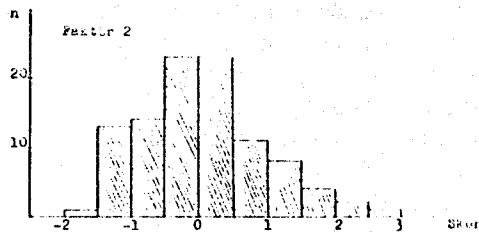
Tablo I: Distimik Rahatsızlıkta Faktör Yükleri

Semptomlar	1	2	3	4	5	6
1.Fobik Kaçınma	0.65	0.55	-0.31	0.01	-0.04	0.01
2.Fobik Korku	0.64	0.54	-0.36	0.03	-0.07	-0.02
3.Global Fobiklik	0.74	0.44	-0.32	0.01	-0.05	0.004
4.Şişmanlama	0.03	0.41	-0.11	0.07	0.45	0.12
5.İştahta Artış	0.004	0.39	-0.07	0.21	0.45	0.01
6.Haz Alamama	0.45	0.37	0.20	-0.34	-0.03	-0.13
7.Başlangıç Yaşı (İleri)	-0.16	0.36	0.50	0.37	-0.04	0.06
8.Histerik Semptomlar	0.37	0.33	0.25	0.13	0.01	0.13
9.Yaş (İleri)	-0.16	0.30	0.65	0.40	0.21	-0.07
10.İlgi Duyamama	0.54	0.24	0.15	-0.37	-0.06	-0.08
11.Uykuda Artış	-0.003	0.22	-0.13	-0.04	-0.27	-0.22
12.Reaktivite	-0.26	0.21	-0.22	0.27	-0.29	-0.28
13.Hipokondriyaklık	-0.004	0.20	-0.01	0.39	-0.17	0.36
14.Suçluluk,Değersizlik Duyg.	0.42	0.16	-0.04	-0.05	0.09	0.17
15.Somatik Anksiyete	0.48	0.13	0.23	0.08	-0.25	0.16
16.Erken Uyanma	0.09	0.11	0.19	-0.13	0.06	0.04
17.Obsesyonel Semptomlar	0.39	0.10	0.08	0.09	-0.15	-0.14
18.Yavaşıama	-0.06	0.04	-0.005	-0.38	0.27	0.48
19.İş Yapamama	0.51	0.03	-0.27	-0.12	0.12	-0.08
20.Depersonalizasyon	0.19	0.02	0.08	-0.10	0.13	-0.14
21.Sabahları Şiddetlenme	-0.02	-0.03	-0.19	-0.30	0.09	0.03
22.Güçsüzlük,Yorgunluk	0.32	-0.06	0.26	-0.04	-0.09	-0.09
23.Mizacın Özel Niteliği	0.15	-0.06	-0.07	-0.17	0.18	0.12
24.Ajitasyon	0.58	-0.06	-0.02	0.21	0.01	-0.09
25.Hastalığın Süresi(Uzun)	-0.05	-0.001	0.23	0.22	0.35	-0.25
26.Akşamları Şiddetlenme	-0.01	-0.07	0.07	-0.03	-0.13	0.18
27.Presipitasyon	0.33	-0.09	-0.15	0.31	-0.04	0.29
28.Uykuyu Sürdürmede Güçlük	0.13	-0.09	0.39	0.05	-0.05	0.36
29.Panik Atakları	0.17	-0.12	0.28	-0.08	-0.24	-0.14
30.Öyküde İntihar Gir.(Ağır)	0.41	-0.15	0.01	0.01	-0.18	-0.21
31.Paranoid Fikirler	0.11	-0.16	-0.35	-0.04	-0.27	0.37
32.Global Stres	0.24	-0.16	-0.14	0.43	0.13	0.06
33.Öyküde İntihar Gir.(Hafif)	0.02	-0.19	-0.24	-0.25	0.18	-0.06
34.Kendine Acıma	0.13	-0.22	-0.12	0.56	0.13	0.07
35.Psişik Anksiyete	0.56	-0.22	0.21	0.04	0.09	-0.17
36.Uykuya Dalmada Güçlük	0.32	-0.23	-0.14	-0.11	0.20	0.41
37.Depressif Görünüm	0.31	-0.24	-0.07	-0.04	0.22	0.02
38.Semptomları Abartma	0.09	-0.24	-0.15	0.41	-0.06	0.13
39.Strese Toleranssızlık	0.22	-0.24	-0.27	0.16	0.02	-0.37
40.Hostilite	0.02	-0.25	-0.14	0.01	0.02	-0.02
41.Kötümserlik,Umutсуzлuk	0.45	-0.27	0.10	0.07	0.21	0.14
42.Kişilik Bozukluğu	0.30	-0.29	-0.38	0.16	0.37	-0.28
43.İntihar Eğilimleri	0.34	-0.30	0.04	-0.08	0.21	-0.21
44.İrritabilite	0.38	-0.32	-0.14	0.21	-0.21	0.04
45.İştahsızlık	0.49	-0.34	0.22	0.02	-0.26	0.07
46.Depressif Mizaç	0.42	-0.34	0.33	-0.10	0.30	-0.01
47.Zayıflama	0.32	-0.41	0.23	-0.07	-0.32	0.03
Toplam Varyansın Temsil Edilme Oranı (%)	12.4	7.3	6.1	5.5	4.8	4.4

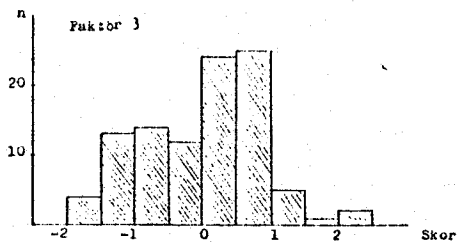
TABLO I
Distimik Rahatsızlıkta Faktör Yükleri



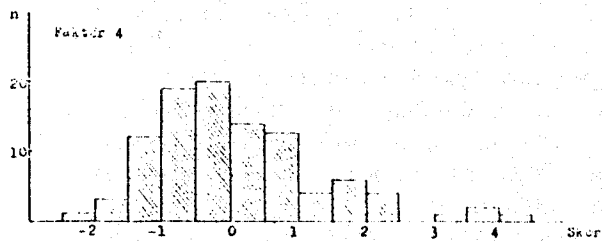
($\chi^2=10.6$, DF = 5; $p < 0.01$)



($\chi^2=9.2$, DF = 5; $p < 0.05$)



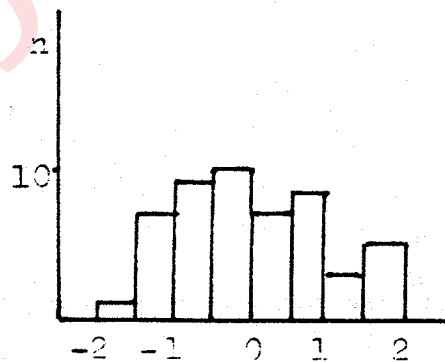
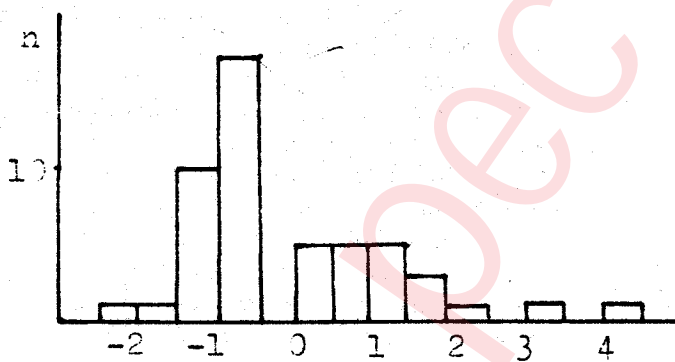
($\chi^2=17.3$, DF = 5; $p < 0.01$)



($\chi^2=15.6$, DF = 5; $p < 0.01$)

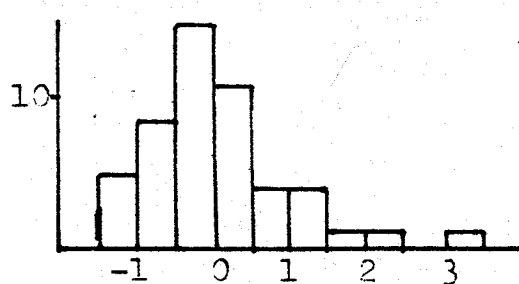
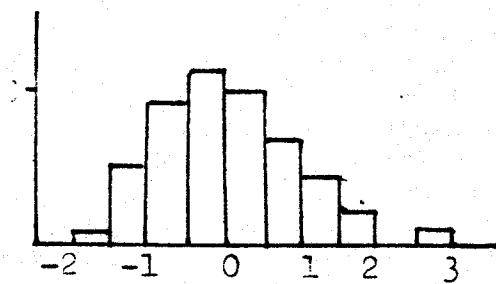
Faktor 1

Faktor 2



Faktor 3

Faktor 4



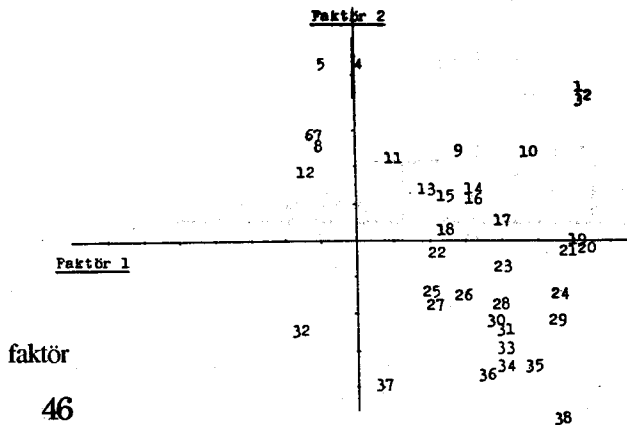
İkinci faktör toplam varyansın 7.3 ünü yansıtmaktadır. Bipolar özellikteki bu faktörün pozitif ucunda fobiklik, şişmanlama, iştah artışı, haz alamama, hastalığın başlangıç yaşının görece ileri oluşu, histerik semptomlar, yaşın görece ileri oluşu, ilgi duyamama, uykuda artış, reaktivite, hipokondriyaklık, suçluluk ve değersizlik duyguları, somatik anksiyete yer alırken negatif ucunda zayıflama, depressif duygulanımın derinliği, iştahsızlık, irritabilite, intihar eğilimi, kişilik bozukluğu, kötümserlik ve umutsuzluk, hostilite, strese toleranssızlık, semptomları abartma, depressif görünüm, uykuya dalmada güçlük görülmektedir. Pozitif uç Hamilton Depresyon Toplam Puanı ile bağlantı içersindedir. ($r=0.35$ $p<0.05$). Hamilton Anksiyete Toplam Puanı ile bu faktör arasında ilişki yoktur. ($r=0.07$ $p>0.05$). Bu boyut erken ve geç yaşta başlayan iki karşıt nörotik depresyon tipini yansıtmaktadır. Geç başlayan tipe somatizasyon eşlik ederken erken başlayanda kişilik bozukluğu dikkati çekmektedir. İki örüntü iştah- uyku ve beden ağırlığı açısından da karşıt özellikler taşımaktadır.

Diğer faktörler gerek toplam varyansın oranı ve gerekse taşıdıkları yükler açısından tartışmaya değer gözükmemektedirler. Semptomlarla ilk iki faktör arasındaki ilişki Şekil

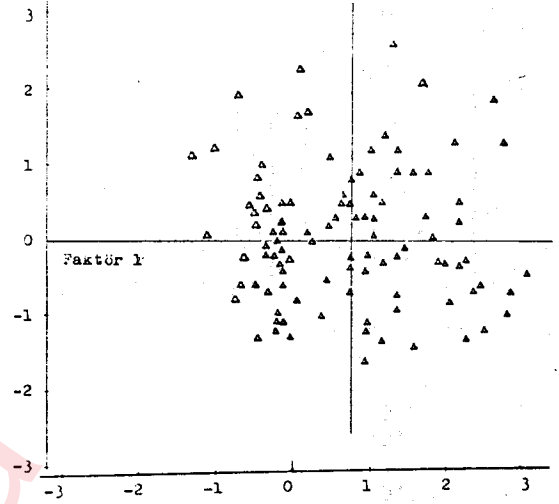
1'de görülmektedir.

Şekil 1: Semptomların ilk iki Faktörle ilişkisi Hastaların Gruplandırılması:

Hastaların ilk dört faktöre ilişkin skorlarının frekans dağılımları Şekil 2'de görülmektedir. Şiddet faktörüne göre hafif fakat normalden sapan bimodal dağılım gözlenmektedir. ($X_2 = 19.6$ Serbestlik Derecesi = 5° $p<0.01$). İkinci



Şekil 2: Hastaların Faktör Skorlarına Göre Dağılımı açıkça unimodal ve normalden sapmayan bir dağılıma ya açmıştır. ($X_2 = 9.2$ Serbestlik Derecesi = 5° $p>0.01$) Üçüncü faktör normalden sapan unimodal ($X_2 = 17.3$ SD 5° $p<0.01$) dördüncü faktör normalden sapan unimodal ($X_2 = 15.6$ SD = 5° $p<0.01$) dağılımlar sağlamıştır. Bu durumda hastalar hastalığın şiddeti ya da anksiyete düzeyine göre kategorik olarak iki altgruba ayrılırken ikinci faktör üzerinde kesintisiz sürekli biçimde dağılmışlar, başka bir deyişle ikinci boyut üzerinde yansıtılan iki nörotik depressif sendromuayan ayrı birer hasta grubu gösterilememiştir. Şekil 3'



hastaların ilk iki faktör üzerinde dağılımları izlenmektedir.

Şekil 3: Hastaların ilk iki faktör Üzerinde Dağılımı

Tartışma

Yalnız semptomlar düzeyinde gerçekleştirdiğimiz faktör analizin bulgularıyla karşılaştırıldığında (9) öykü verilerinin katılışı ilk iki faktör üzerinde önemli bir değişiklik meydana getirmemiş, daha önce silik olarak endojen-nörotik karşıtlığını yansıtan üçüncü faktör ortadın kalkmıştır. Faktör skorları düzeyinde ise ikinci faktör üzerindeki bimodalitenin unimodaliteye dönüştüğü gözlenmektedir.

En önemli bağlantılar hastanın ve hastalığın başlangıç yaşı ile genel anlamda kişilik bozukluğu maddelerinin üzerinde kurulmuştur. İkinci faktörün pozitif ucunu oluşturan iştah-uyku-beden ağırlığı artışı ile birlikte görülen fobik anhedonik örüntü görece ileri yaşta ortaya çıkarken negatif ucu oluşturan, iştah-beden ağırlığı ve uykuda azalma ile birlikte görülen örüntü görece genç yaşta başlamakta, geniş anlamda kişilik bozukluğuna eşlik etmektedir. Ancak hastaların kısaca kişilik bozukluğu olan genç distimikler ve yaşlı anhedonik-fobikler olarak adlandıracağımız bu iki sendromu göre iki altgruba ayırlanamamakta, bu eksen üzerinde kesintisiz sürekli biçimde dağılmaktadırlar.

Nörotik depresyonları konu alan başka çalışmalarda da yaşın önemi vurgulanmıştır. Akiskal (1) kronik hafif depresyonları geç ve erken yaşta başlayanlar olarak iki altgruba ayırmaktadır. Geç başlayanların yalnızca majör depresyon nöbeti sekeli olduğunu, asıl distimik denilmesi gereken erişkinlikten önce başlayan olduğunu öne sürmektedir. Bunları karakterolojik depresyon olarak adlandırmakta ve kenarında karakter spektrum bozuklukları ve susaffektif distimik

nik rahatsızlıklar olarak iki altgruba ayırmaktadır. Subafektif olanların da majör affektif bozukluklarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar da majör depresyon nöbeti sonrasında kronikleşen hafif depresif durumlara dikkat çekmektedir. (10).

Paykel (7) doğrudan bireyleri sınıflandıran küme analizi yöntemiyle dört depresyon tipi saptamıştır: Psikotik, anksiyeteli, hostiliteli depresyonlar ve kişilik bozukluğu olan genç depressifler. İçlerinde en yaşlı olan psikotikler endojen depresyon özelliklerini taşımaktadırlar. Paykel geriye kalan üç gruba nörotik saymaktadır. Bunlar içerisinde anksiyeteli depresyon grubu psikotiklerden sonra yaşlılıkta ikinci sırayı almaktadır. Psikşik ve somatik anksiyete, depersonalizasyon, obsesyonel belirtiler ve güçsüzlük yorgunluk bu grubun başlıca belirtileridir. Orta şiddette depresyon gösteren bu grup intihar eğilimi bakımından da başı çekmektedir; kroniklik ve nörotiklik düzeyleri yüksek, reaktivite ve presipitasyon düzeyleri düşüktür. Daha genç olan iki gruptan birinde hostilite ve kendine acıma puanları yüksek olup orta şiddette depresyon görülmektedir. En genç grup ise kişilik bozukluğu olanlardır. Bunlarda depresyonun şiddeti hafif olup nörotiklik, presipitasyon, reaktivite düzeyleri yüksektir. Çalışmamızda Paykel ile benzer veri toplama araçları kullanılmış olduğuna, ancak örneklemelerin örtüşmediğine dikkat çekmek istiyoruz.

Amerikan Psikiyatri birliğinin kısaca DSM-III-R olarak bilinen en son sınıflandırma sisteminde (3) de cdistimik rahatsızlık için geç ve erken yaşta başlayan tipler olarak kodlama getirilmiştir. Çalışmamızda beliren yüksek anksiyeteli - düşük anksiyeteli ayrımının ise klinik anlamının olup olmadığını yeni çalışmalar gösterecektir.

Kaynaklar

1. AKISKAL,HS: Dithymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am. J. Psychiatry 140: 11-20, 1983.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
4. BAŞOĞLU, M: Symptomatology of depressive disorder in Turkey. A factor-analytic study of 100 depressed patients. J. Affect. Dis. 6: 317-330, 1984.
5. HAMILTON, M: The assessment of anxiety states by rating. Br. J. Med. Psychol. 32:50-55, 1959.
6. HAMILTON, M.: A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 23: 56-62, 1960.
7. PAYKEL, ES : Classification of depressed patients: a cluster analysis derived grouping. Br. J. Psychiatry 118: 275-288, 1971.
8. ŞAR, V: Psikiyatride çok değişkenli yöntemlerle sınıflandırma. Nöroloji Nöroşirürji Psikiyatri Dergisi 2:84-

86, 1987.

9. ŞAR, V. : ŞAR, İ.: Kronik hafif depresyonda psikopatolojinin boyutları.

Cerrahpaşa Tıp Dergisi (Baskıda.)

10. WEISSMAN, MM, KLERMAN, GL: The chronic depressive in the community. Unrecognized and poorly treated. Compr. Psychiat. 18:523-532,1977.