

Ağır Depresyonda Psikopatolojinin Boyutları:* Faktör Analizine Dayalı Bir İnceleme

PSYCHOPATHOLOGIC DIMENSIONS OF MAJOR
DEPRESSION: A STUDY BASED FOR FACTOR ANALYSIS

Vedat ŞAR
İlknur ŞAR

S.B. Sağmalcılar Devlet Hastanesi, İstanbul
M.E.B. Sultanahmet Sağlık Eğitim Merkezi, İstanbul

Geliş Tarihi: 21 Nisan 1989
Kabul Tarihi: 9 Eylül 1989

ÖZET

DSM-III ölçütlerine göre majör depresyon nöbeti tanısı alan 100 hasta yan-yapılaşmış görüşme ölçükleri ile değerlendirilmiştir. Depresyon için Klinik Görüşme ölçeği, Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri ile Londra St. George's Hospital psikiyatrik öykü çizelgesinin kullanıldığı çalışmada klinik semptomlar üzerinde uygulanan faktör analizi sonucunda klinik anlam taşıyan beş boyut elde edilmiştir. Unipolar bir anksiyete ve bipolar bir endojen-nörotik boyutunun gösterildiği incelemede, faktör skorlarının bimodal ve nonnalden sapan dağılımları nedeniyle hastaların bu iki boyut açısından ikiye ayrılmış oldukları, bu ayrımların kategorik nitelikte olduğu sonucuna varılmıştır. Anksiyete olgusunun endojen-nörotik ayrımından bağımsız olduğu, endojen semptom örüntüsünün aynı zamanda depresyonun ağırlığı anlamına geldiği, histerik belirtilerin depresyonda anksiyetenin göstergeleri arasında bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Türk toplumunda Batı toplumlarındakinden farkı olarak intihar eğilimi, suçluluk duygusu, uykuyu sürdürmede güçlük, zayıflama endojen semptom örüntüsünde yer almamakta, histerik semptomlar endojen-nörotik boyutu üzerinde önem taşımamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, DSM-III, Faktör Analizi, Türkiye

Türk Tıp Bilim Dergisi C:8, S:3,1990, 221-227

SUMMARY

One hundred depressed patients who satisfied the DSM-III diagnostic criteria for major depressive episode were rated as to clinical symptoms. Ratings were made on the Clinical Interview for Depression, a semistructured interview covering 39 items with closely defined anchor points, and the Hamilton Rating Scales for Depression and for Anxiety, and the St. George's Hospital Psychiatric History Form. Factor analysis of the clinical symptoms yielded five clinically meaningful dimensions. The bimodal distributions of patients' scores on unipolar anxiety and bipolar endogenous-neurotic factors indicated four distinct groups. The findings suggest the independence of anxiety from endogenous dimension that is dependent of severity. Hysterical symptoms were one of the prominent features of anxiety among depressive patients. Suicidal tendencies; guilt, middle insomnia, weight loss and absence of hysterical symptoms are not correlated with the endogenous factor in Turkish depressives, by contrast of results in Western studies.

Key Words: Depression, DSM-III, factor analysis, Turkey.

T J Research Med Sci. V:gfN:3,1990,221-227

" ^ ' v

Depresyonun çok-değişkenli istatistiksel yöntemler aracılığıyla sınıflandırılması yeni değildir.

Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri ARAŞTIRMA Dergisi C.8, S.3,1990

Turkish Journal of RESEARCH in Medical Sciences V.8, N.3,1990

Son otuz yılda yayınlanmış belirlenmiş başlı otuz çalışmadan söz edilebilir. Yine de böyle bir inceleme girişimi için bir kaç neden bulunmak-

tadır. Birincisi, Türk kültürü içinde de bu saptamaların yapılmasının gerekliliğidir. Bu çalışmaların çoğu Batı toplumlarında gerçekleştirilmiştir. Şimdiye dek Türkiye'de yalnız Başoğlu (2) tarafından gerçekleştirilmiş bir çalışma bulunmaktadır. İkinci neden, geçmişte daha az tanımlı hasta grupları üzerinde yürütülen çalışmaların şimdi sınırları daha belirli ve böylelikle karşılaştırılabilirlik özelliği taşıyan ve biraz daha homojen olan örneklem üzerinde daha gelişkin ya da yaygınlık kazanmış ölçme araçları kullanılarak yinelenmesinin yararlılığıdır. Üçüncü neden ise eski, fakat kalıcı yanıtı henüz verilmemiş olan bir sorudur: Depresyon ile anksiyetenin ilişkisi ya da depresyon sınıflandırmasında anksiyetenin yeri nedir?

Kısaca, bu çalışmanın amacı da, benzerleri gibi depressif hastalardan oluşan bir örneklem içerisinde klinik semptomların aralarındaki ilişkileri araştırmak ve buna dayanarak hastaları alt gruplara ayırmaktır.

MATERYAL VE METOD

Örneklemin Seçilmesi

Bu çalışmanın evreni 1984 yılı mayıs ayı başından 1985 yılı nisan ayı sonuna kadar olan bir yıllık sürede Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran hastalar arasından konsekütif olarak belirlenen, DSM-III ölçütlerine (1) göre majör depresyon nöbeti tanısı alan 100 kişiden oluşmaktadır. Bir psikotrop ilacı etkili dozda ve yeterli süre (günde 150 mg amitriptilin eşdeğeri bir antidepresif ilacı üç hafta süre ile) kullanmış ya da değerlendirme sırasındaki tabloyu etkileyecek biçimde (uzun süre yoğun dozda nöroleptik ya da minör tranquilizan ilaç) kullanmakta olan hastalar araştırmak kapsamına alınmamış, 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 oluşturmuştur. Akut ya da kronik organik beyin sendromu, şizofrenik rahatsızlık, bipolar affektif rahatsızlık da DSM-III ölçütlerinin gereği olarak araştırma kapsamı dışında tutulma nedeni oldu. Kişilik bozukluğu olanlar örneklem içerisinde kaldılar. Her iki cinsiyetten hastalar örnekleme katıldılar.

Verilerin Toplanması

Klinik semptomlar ve öykü ile ilgili verilerin toplanması için yarı-yapılandırılmış görüşme ölçekleri kullanıldı. Görüşme ve değerlendirmeler verilerin toplanması döneminde psikiyatri dalında uzmanlık eğitiminin dördüncü yılında bulunan bir hekim (yazar) tarafından yapıldı. Tüm görüşmeler aynı değerlendirici tarafından yürütüldüğü halde ayrı bir hakemlerarası güvenilirlik çalışması yapıldı. Araştırma kapsamı dışında olan 10 hasta ile bu amaçla yapılan görüşmeler aynı anda, psikiyatri uzmanı olan ikinci bir hekim tarafından da değerlendirildi. Tüm maddeler için Pearson korelasyon katsayısı 0.85'in üzerinde oldu.

Kullanılan görüşme ölçekleri şunlardır:

1] **Depresyon İçin 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 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Bu yedi basamaktan her biri her maddede ayrı ayrı tanımlanmıştır. Daha önce Paykel ve ark (19) ve Türkiye'de Başoğlu (2) tarafından kullanılmıştır.

2] **Hamilton Depresyon Ölçeği:** 17 Maddeden oluşan biçimi (9) kullanılmıştır. Maddelerin çoğu 5 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

3] **Hamilton Anksiyete Ölçeği:** 13 maddeden oluşan bu ölçekte (8) her madde 5 basamak üzerinden değerlendirilmektedir.

4] **Psikiyatrik Öykü Çizelgesi:** Londra St. George's Hospital'da psikiyatrik araştırmalar için kullanılan öykü çizelgesidir.

İstatistiksel Değerlendirme

Depresyon İçin Klinik Görüşme Ölçeğinde yer alan 39 semptomla ilişkin veriler üzerinde faktör analizi (20) uygulandı. Hamilton Depresyon ve Anksiyete Toplam Puanları ile faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmak için (2) bu toplam puanlar ile her bir semptom arasındaki korelasyonlar bulundu. Bu korelasyon katsayıları ile birinci ve ikinci faktörlerin yükleri arasındaki korelasyonlar bulundu. Hastaların ilk dört faktöre ilişkin faktör skor-

Tablo 1. Majör Depresyonda Faktör Yükleri

Semptomlar	1	2	3	4	5
1 İş Yapamama	0.08	0.77	0.01	0.04	0.11
2. İlgı Duyamama	0.11	0.67	-0.08	0.35	0.06
3. Güçsüzlük, Yorgunluk	0.18	0.56	-0.05	0.13	0.25
4. Dépressif Mizaç	-0.11	0.54	0.26	0.37	-0.42
5. Haz Alamama	0.04	0.51	-0.15	0.32	0.09
6. Dépressif Sanımlar	0.02	0.48	-0.30	-0.03	0.02
7. Kötümserlik	0.17	0.45	-0.11	0.24	0.09
8. İştahsızlık	0.11	0.41	0.40	-0.29	0.13
9. Yavaşlama	-0.33	0.36	-0.24	-0.19	-0.21
10. Dépressif Görünüm	-0.06	0.31	0.33	0.24	-0.23
11. Mizacın özel niteliği	-0.20	0.28	-0.06	0.11	-0.12
12. Erken uyanma	0.08	0.26	0.03	-0.28	-0.25
13. Sabahlan şiddetlenme	0.09	0.25	-0.19	-0.34	0.21
14. Hipokondriyaklık	0.24	0.24	0.05	-0.40	0.34
15. Şematik anksiyete	0.40	0.22	0.32	-0.18	0.27
16. Psikik anksiyete	0.54	0.19	0.10	-0.01	-0.03
17. Suçluluk, değersizlik duygusu	0.09	0.13	-0.09	0.19	0.08
18. Zayıflama	0.21	0.11	0.49	-0.34	0.17
19. Paranoid fikirler	0.11	0.07	-0.18	0.22	-0.15
20. Anjıtasyon	0.38	0.07	0.32	0.13	-0.06
21. Fobik kaçınma	0.82	0.05	-0.34	-0.20	-0.25
22. Panik ataklan	0.25	0.02	0.09	0.22	0.40
23. Depersonalizasyon	0.02	0.02	0.04	0.30	-0.04
24. Histerik semptomlar	0.41	0.004	0.18	0.1	0.40
25. Global fobiklik	0.84	-0.02	-0.31	-0.12	-0.34
26. Fobik korku	0.84	-0.02	-0.30	-0.13	-0.32
27. Uykuyu sürdürmede güçlük	0.29	-0.02	0.28	0.07	0.14
28. Hostilité	0.07	-0.3	-0.11	0.13	-0.05
29. Üykuda artış	-0.01	-0.03	-0.59	0.10	0.30
30. İntihar eğilimleri	0.15	-0.04	0.24	0.44	-0.07
31. Uykuya dalmada güçlük	-0.16	-0.05	0.58	0.08	-0.20
32. Obsesyonel Semptomlar	0.42	-0.11	-0.06	0.20	-0.15
33. İştahta artış	0.08	-0.11	-0.60	0.30	0.18
34. Şişmanlama	-0.06	-0.14	-0.50	0.44	0.24
35. Semptomlan abartma	0.36	-0.15	0.28	0.26	0.29
36. Kendine acıma	0.28	-0.26	0.43	0.37	-0.08
37. Akşamlan şiddetlenme	0.05	-0.27	0.19	0.20	0.12
38. iritabilité	0.36	-0.37	0.16	0.24	0.04
39. Reaktivite	0.30	-0.67	-0.12	0.003	0.03
Toplam Varyansın Temsil Edilme Oranı (%)	11.1	11.0	9.0	6.9	5.2

lan, ortalaması 0 ve standart sapması 1 olacak biçimde belirlendi, standart sapmanın yarısı büyüklüğünde basamaklar biçiminde normal dağılımla karşılaştırıldı; bunun için ki kare testi kullanıldı, %5 lik anlamlılık derecesi yeterli bulundu.

BULGULAR

Örneklemin Özellikleri

Örneklem 77 kadın ve 23 erkekten oluşmaktadır. Yaş ortalaması 35.0 (SS + ± 10.87) olarak

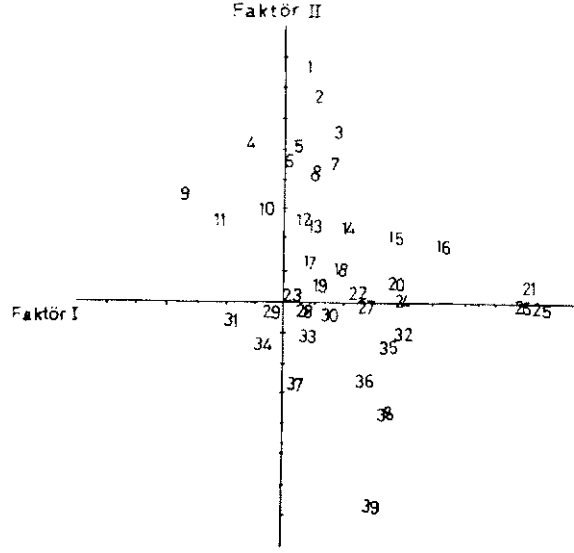
bulunmuştur. Kadınlarla (35.2 SS = ± 10.45) erkekler (34.4 SS = ± 12.41) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların %40'ı köy ve ilçe, geri kalanı kent kökenlidir. Hiç eğitim görmemiş olanlar %12; ilk, orta ya da lise öğrenimini bitirenler %79, yüksek öğrenimi bitirenler %4 oranındadır, örneklemin %21'i bekar, %65'i evlidir. Kadınlarda dul, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşamakta olanların oranı %18.1'e ulaşırken erkekler arasında bu durumda olan hiç yoktur.

Faktör Analizi

Elde edilen faktörlerden ilk beşinin yükleri Tablo Fde görülmektedir.

Birinci faktör toplam varyansın %11.1'ini yansıtmaktadır. Yüklerin çoğu pozitif yöndedir. Faktörün unipolar olması genel nitelik taşıdığını ve şiddet/ağırılık göstergesi olduğunu düşündürmektedir. Fobik semptomlar, psişik ve somatik anksiyete obsesyonel ve histerik semptomlar en yüksek yükleri alırken şiddetli depresyonda belirgin olması beklenen kimi semptomların önemsiz yükler aldıkları görülmektedir. Bu noktanın araştırılması için Hamilton Ölçeklerinin Anksiyete ve Depresyon Toplam Puanları anksiyete ve depresyonun şiddetini/ağırlığını gösteren bağımsız birer değişken olarak kullanılmış ve bu iki toplam puan ile birinci faktör arasındaki korelasyonlar saptanmıştır. Hamilton Depresyon Toplam Puanı ile birinci faktör arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($r=0.18$ $p>0.05$). Oysa Hamilton Anksiyete Toplam Puanı ile aynı faktör arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0.69$ $p<0.001$). Bu durumda genel faktör beklenen ve alışılabilenin aksine depresyonun değil, anksiyetenin şiddetini göstermektedir.

İkinci faktör toplam varyansın %11.9'ünü yansıtmakta ve böylelikle birinci faktörle eşit önem taşımaktadır. Hem pozitif hem de negatif yükler görüldüğünden bipolar niteliktedir, semptomları karşıt iki kümeye ayırmaktadır. Pozitif uçta iş yapamama, ilgi duyamama, güçsüzlük-yorgunluk, depresif mizaç, haz alamama, depresif sanrılar, kötümserlik-umutsuzluk, iştahsızlık, psikomotor yavaşlama yer almaktadır. Negatif uçta ise reaktivite, irritabilite, akşamları şiddetlenme, kendine acıma, semptomları abartma dikkati çekmektedir. Bu faktör benzer çalışmaların çoğunda bulunan endojen-nörotik boyutuna uymaktadır, bu faktör Hamilton Anksiyete Toplam Puanı ile korelasyon göstermemektedir ($r=0.07$ $p>0.05$). Zaten anksiyetenin şiddeti ilk faktörde yansıtıldığından beklendiği gibi bu sonuç anksiyete olgusunun endojen-nörotik boyutundan bağımsız nitelik taşıdığını göstermektedir. İkinci faktörün pozitif, yani endojen semptom örüntüsüne uyan ucu ile Hamilton



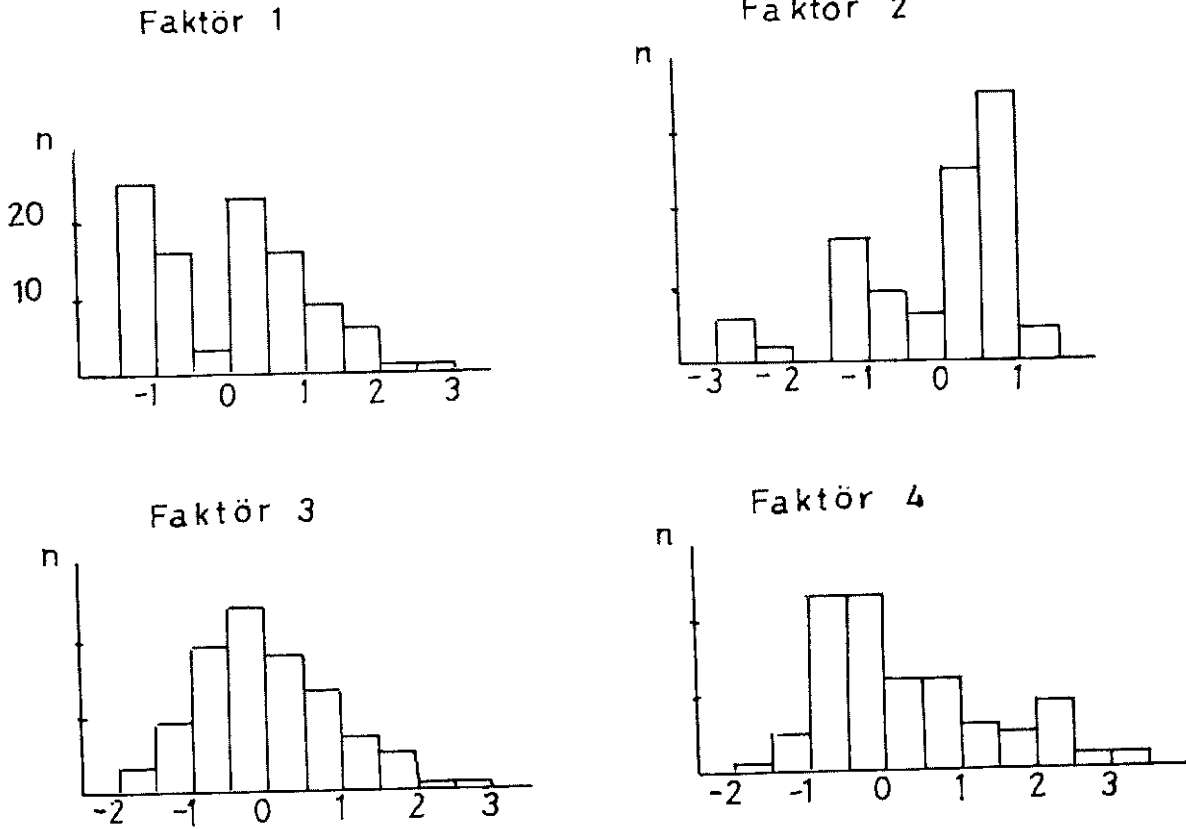
Şekil 1. Majör depresyonda semptomların ilk iki faktörle ilişkisi.

Depresyon Toplam Puanı arasında anlamlı bir korelasyon görüldüğünden ($r=0.67$ $p<0.001$) bu faktörün aynı zamanda depresyonun ağırlığını da gösterdiği, depresyonun endojen örüntü taşıması oranında şiddetli olduğu, benzer çalışmaların sonucuna karşıt olarak, depresyonun şiddetinin endojen-nörotik boyutundan bağımsız olmadığı ortaya çıkmış olmaktadır.

Üçüncü faktör toplam varyansın %9.0'unu yansıtmaktadır. Bipolar özelliktedir. Bir uçta uykuya dalmada güçlük, zayıflama, kendine acıma, iştahsızlık, depresif görünüm, somatik anksiyete, depresif mizaç ve ajitasyon yer almaktadır. Diğer uçta iştah, uyku ve beden ağırlığında artışla birlikte fobik semptomlar bulunmaktadır.

Dördüncü faktör toplam varyansın %6.9'unu yansıtmaktadır. Bipolar özelliktedir. Bir uçta intihar eğilimleri, iştah-uyku ve beden ağırlığı artışı, depresif mizaç, kendine acıma, ilgi duyamama, haz alamama, depersonalizasyondan oluşan nörotik bir örüntü yer alırken, karşıt uçta hipokondriyaklığın başını çektiği örüntü açıklanması zor bir bulgu olarak kalmaktadır.

Beşinci faktör toplam varyansın %5.2'sini açıklamaktadır. Bipolar özelliktedir. Pozitif uçta histerik semptomlar, panik atakları ve



Şekil 2. Majör depresyonda hastaların faktör skorlarının frekans dağılımları

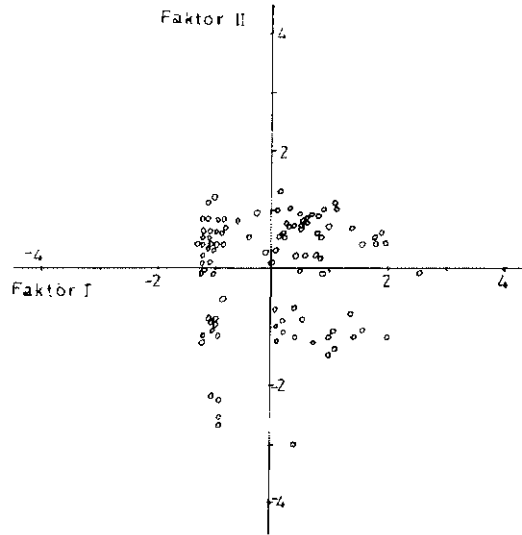
hipokondriyaklık yer alırken, negatif uçta dépressif mizaç ve fobik semptomlar görülmektedir.

Semptomlarla ilk iki faktör arasındaki ilişki Şekil 1'de görülmektedir.

Hastaların Gruplandırılması

Hastaların ilk dört faktöre ilişkin skorlarının frekans dağılımları Şekil 2'de görülmektedir.

Hastalar ilk iki faktör üzerinde normalden anlamlı derecede sapacak biçimde bimodal dağılım göstermektedir ($X^2 = 20.0$ $SD = 4^\circ$ $p < 0.001$ ve $X^2 = 44.4$ $SD = 3^\circ$ $p < 0.001$). İkinci faktörde üçe bölünme izlenimi alınıyorsa da bu henüz yeterince belirgin değildir. Bu durumda anksiyete ve endojen-nörotik boyutları açısından hastalar kategorik olarak ikiye altı gruba ayrılmaktadır (16). Üçüncü faktör için normalden sapmayan ($X^2 = 5.2$ $SD = 5^\circ$ $p > 0.05$), dördüncü faktör için normalden sapan ($X^2 = 35.3$ $DF = 5^\circ$ $p < 0.001$) unimodal dağılımlar



Şekil 3. Majör depresyonda hastaların faktör skorlarına göre ilk iki faktör üzerinde dağılımları.

elde edilmiştir. Hastalar üçüncü ve dördüncü faktörler üzerinde kesintisiz-sürekli biçimde dağılmaktadır. Şekil 3'de hastaların dört kad-

rana altgruplar biçiminde dağıldıkları izlenmektedir.

TARTIŞMA

Şimdiye dek dépressif hasta grupları üzerinde yapılan faktör analizine dayalı çalışmaların önemli bir bölümünde endojen-nörotik boyutunu yansıtan bir faktör elde edilmiştir (2,5,10,13,19). Bu boyut üzerinde hastaların kategorik olarak iki gruba ayrılabilceği sonucuna varanlar bulunduğu gibi (2,5), bu iki sendromun uçlarda yer aldığı bir kesintisiz-süreklilik üzerinde dağıldığı sonucuna ulaşanlar da vardır (12,19). Bu konuda çelişkili sonuçlar elde edilmişinde değerlendirici yanırları (19) ya da örneklemelerin yapısı (2) suçlanmakta, kanımızca analize katılan değişkenlerin seçimi de rol oynamaktadır.

Bu çalışmaların olağan bir bulgusu da hastalığın şiddetini yansıtan genel faktördür (2,5,13,19). Sorunun kesin yanıtı henüz verilmemiş olmakla birlikte anksiyete olgusunun nörotik depresyon örüntüsü ile bağlantılı olduğu kanısı yerleşiktir (7). Endojen depresyonların diğerlerine oranla daha ağır oldukları kanısı klinisyenlerde olmakla birlikte faktör analizi çalışmaları bu yönde bulgu vermemiş, yalnız Hamilton ve ark (10) presipitan etkenin bulunmadığı depresyonların diğerlerine oranla daha ağır olduğunu göstermişlerdir. Çalışmamıza bu görüş endojen semptom örüntüsü açısından da desteklenirken, anksiyete olgusunun nörotik örüntüden bağımsız olduğu görülmektedir, bu sonuca ulaşılmasında seçilen örneklem özellikleri ile (DSM-III ölçütleri) analize katılan değişkenlerin seçiminin (yalnız semptomlar) rolü olduğunu sanıyoruz.

Ortaya çıkan endojen depresyon örüntüsü Türk kültüründe daha önce y apılmış tek faktör analizi çalışması olan Başoğlu'nun (2) bulguları ve Mendels ve ark'nın (14) Batı kültürlerinde yapılmış 7 faktör analizi çalışmasından derledikleri sonuçlarla karşılaştırıldığında uykuyu sürdürmede güçlük, zayıflama, intihar eğilimi maddelerinin Batı toplumlarındakinin aksine endojen örüntüye girmedikleri anlaşılmaktadır. Başoğlu ile paralel olan bu bulgulara ek olarak çalışmamızda suçluluk duygusu da endojen örüntüye girmemekte ve histerik semptomlar bu ayırmda önem taşımamaktadır.

Suçluluk duygusu ve intihar düşüncelerinin Batı toplumları dışında daha az görüldüğünü (3,4,15,17) ya da eş sıklıkta görülmekle birlikte niteliklerinin Doğu kültürlerinde farklı olduğunu (22,23) savunan yazarlar vardır, bizim örneklemimizde, Başoğlu'nunkinde (2) olduğu gibi, suçluluk duygusu ve intihar düşünceleri %75 ve %77 gibi yüksek bir sıklıkta yer almıştır. Çelişkili sonuçlarda seçilen örneklemelerin yapısının rolü olduğu anlaşılmaktadır.

Batı toplumlarındakinin aksine endojen-nörotik boyutu üzerinde önemli bir yük almayan histerik semptomların anksiyete boyutu üzerinde yüksek yük alışı bu belirtilerin depresyonda anksiyetenin göstergeleri arasında yer aldığı anlamını taşımaktadır. Aynı belirtiler beşinci faktör üzerinde bir somatizasyon örüntüsü içerisinde ortaya çıkmakta, fakat yine panik nöbetleri ile birlikte görülmektedir. Başka bir çalışmamızda (21) jeneralize anksiyete rahatsızlığı tanısı alan hastalarda artan somatizasyonla birlikte depresyon düzeyinin de yükseldiği görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve histerik belirtiler arasındaki bu ilişki örgüsünün kültürel özellik taşıması olasıdır. Paykel'in (18) benzer ölçme araçlarının kullanıldığı çalışmasında elde edilen anksiyeteli depresyon örüntüsü içerisinde histerik belirtilerin yer almaması bu görüşü desteklemektedir, öte yandan Paykel'in anksiyeteli depresyon örüntüsünde yer alan depersonalizasyon, çalışmamızda ilk iki boyutta önemli bir yük almamış, böylelikle anksiyete ya da nörotiklik özellikleriyle bir bağlantı göstermemiştir.

Üçüncü faktör üzerinde oluşan iki semptom örüntüsü uyku ve iştah özellikleri açısından karşıt gruplar oluşturmaktadır. Hawkins ve ark (11) genç dépressif hastalarda uyku artışının daha sık görüldüğünü, bunun koruyucu ve uyum sağlayıcı işlevi bulunduğunu belirtmektedir. Casper ve ark (6) da uyku ve iştah artışının birlikte görüldüğüne dikkat çekmekte, gençlerden oluşan bu hasta grubunun anksiyete ve ajitasyon düzeylerinin görece düşük olduğunu belirtmektedirler. Çalışmamızın sonuçları bu bulgularla uyumludur. İştah ve uyku artışına fobik semptomların eşlik edişi yeni ve daha yakından araştırılması gereken bir bulgu olarak gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
2. Başoğlu M: Symptomatology of depressive disorder in Turkey. A factor-analytic study of 100 depressed patients. *J. Affect. Dis.* 6:317-330,1984.
3. Bazzoui W: Affective disorders in Iraq. *Brit. J. Psychiatry* 117:195-203,1970.
4. Binitie A: A factor-analytic study of depression across cultures (African and European). *Brit. J. Psychiatry* 127:559-563,1975.
5. Carney MWF, Roth M, CGarside RF: The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of ECT response. *Brit. J. Psychiatry* 111:659-674,1965.
6. Casper RC, Redmond E, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH: Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 42:1098-1100,1985.
7. Fowles DC, Gersh F: Neurotic Depression: The Endogenous-Neurotic Depression. In: Depue RA (ed), *The Psychobiology of the Depressive Disorders*, New York, Academic Press, pp 55-80,1979,
8. Hamilton M: The assesment of anxiety states by rating. *Brit.J.Med. Psychol.* 32:50-55, 1959.
9. Hamilton M: A rating scale for depression. *J.Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 23:56-62,1960.
10. Hamilton M, White J: Clinical syndromed in dperssive states. *J.Ment.Sci.* 105:985-998,1959.
11. Hawkins DR, Taub JM, Van De Castle RL: Extended sleep (hypersomnia) in young depressed patients. *Am.J. Psychiatry* 142:905-910,1985.
12. Kendell RE: The continuum model of depressive illness. *Proc.Roy.Soc.Med.* 62:335-339,1969.
13. Kilon LG, Garside RF: The independence f neurotic depression and endogenous depression. *Brit.J.Psychiatry* 109:451-463,1963.
14. Mendels J, Cochrane C: The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. *AmJ.Psychiatry* 124:Suppl.I-II, 1968.
15. Mezzich JE, Raab ES: Depressive symptomatology across the Americas. *Arch. Gen. Psychiat.* 37:818-823,1980.
16. Moran PAP: The establishment of a psychiatric syndrome, *Brit J.Psychiatry* 112:1165-1171,1966.
17. Murphy HBM, Wittkower ED, Chance NA: Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. *Transcul. Psychiat. Res.* 1:5-21,1964.
18. Paykel ES: Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. *Brit.J.Psychiatry* 118:275-288, 1971.
19. Paykel ES, Prusoff BA, KLerman GL: The endogenous-neurotic continuum in depression: Rater independence and factor distribution. *J.Psychiat.* Res.8:753-760,1971.
20. Şar V: psikiyatride çok değişkenli yöntemlerle sınıflandırma. *Nöroloji Nöroşirurji Psikiyatri Dergisi* 2:84-86,1987.
21. Şar V: Anksiyete nevrozunda psikopatolojinin boyuttan. Faktör analizine dayalı bir inceleme. 23.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, istanbul, 1987.
22. Teja J, Narang R, Aggarwald A: Depression across cultures. *Brit.J.Psychiatry* 119:253-260,1971.
23. Waziri P: Symptomatology of depressive illness in Aphganistan. *AmJ.Psychiatry* 130:213-217,1973.