
Distimik Bozukluk

Doç. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU*, Uz. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU*

Özet

Sinsi başlangıçlı, eşik altı şiddet ve kronik seyir gösteren bir depresyon türü olan distimik bozukluk sık görülmesine karşın, tanısı nadir koyulan ve bu nedenle uygun biçimde tedavi edilemeyen bir klinik tablodur. Bu yazıda distimik bozukluğun sınıflandırma sistemi içinde geçirdiği evreler yanısıra tanı ve tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar ele alınmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:30-35

DSM-II'de kronik depresyonlar kişilik bozuklukları veya depresif nevrozlar içinde değerlendirilirken, DSM-III'le birlikte temelde affektif bir sorun olduğu düşünülerek mizaç bozuklukları alt grubunda sınıflandırılmıştır. Hafif şiddette kronik bir depresif patolojiyi temsil eden distiminin nevroz kategorisinden mizaç kategorisine kaydırılması, geleneksel nozolojide radikal bir değişiklik olarak kabul edilebilir.

DSM-III'ten önce mizaç bozuklukları kesinlikle epizodik hastalıklar olarak kabul edilmekteydiler. Bu görüş Kraepelin'in manik-depresif hastalığın normale döndüğü, dementia precoxun ise yıkıma uğradığı gözleminin yanlış algılanmasından ortaya çıkmıştır.

DSM-III'te 2 yıldan fazla süren tüm kronik depresyonlar distimik bozukluk olarak tanımlanmaktaydı. DSM-III-R ile birlikte major depresyonun ardından oluşan düşük şiddette depresif durumlar distimiden farklı kabul edilmiştir. Distimi sinsi başlangıçlı, şiddeti düşük ve kronik seyirli bir klinik tablo olarak tanımlanmıştır.

Kronisite, semptomların hergün var olduğu anlamında değildir. Distimiklerde ötimik dönemlerin süresi araştırılmış, ötimik dönemlerin 2-30 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 8 gün sürdüğü bulunmuştur.

DSM-III-R ile birlikte kişilik bozukluklarının distimiyle bir arada görüldüğü kabul edilmiştir. DSM-III'te sıklıkla distiminin affektif özelliklerinin altta yatan kişilik bozukluğuna ikincil olduğu görüşünü belirten müphem bir ifade mevcuttur. DSM-IV'te ise daha müphem bir kavramlaşma ortaya çıkmıştır. DSM-IV'te distimi I. eksende yer alırken, distiminin "trait"

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

(süreklilik) özelliği taşıyan biçimi II. eksenin seçimli bölümünde depresif kişilik bozukluğu olarak kabul edilmiştir. Her üç distimiden bir tanesi depresif kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Fakat nasıl bir klinik ortamda değerlendirilmenin yapıldığının da önem taşıdığı unutulmamalıdır.

Distimi diğer kişilik bozuklukları ile birlikte görülebilmektedir. Distimiklerde borderline, histriyonik bağımlı, kaçınan, paranoid ve obsesif kişilik özellikleri de görülebilir. Kişilik ve distimi ilişkisini birden fazla biçimde kavramlaştıran görüşler de mevcuttur.

Klein'in (1999), distimik bozukluk, epizodik major depresyon ve normal kontrollerin ailelerinde depresif kişilik araştıran çalışmasında; distimiklerin ailelerinde normal kontrollere göre anlamlı derecede fazla depresif kişilik görüldüğünü saptaması ve depresif kişiliğin mizaç bozuklukları spektrumunun bir parçası olduğu sonucuna varması, DSM-IV'ün seçimli II. eksen bölümünde depresif kişilik bozukluğunun yer almasının ne getirdiği sorusunu ve yarattığı karmaşayı ortaya koymaktadır. Kronik depresyonlar spektrumunun ayrıntılı araştırılması sonrasında tanı ve tanımlamalar karmaşadan kurtulacaktır.

Distimik bozukluk heterojen bir klinik tablodur. Hem DSM sınıflandırmalarında hem de araştırmacılarca farklı alt gruplar önerilmiştir. DSM-III-R'de birincil ve ikincil, erken ve geç başlangıçlı olmak üzere iki farklı alt-gruplandırma söz konusu iken; DSM-IV'te 21 yaştan önce başlayanları erken ve 21 yaş ya da sonrasında başlayanları geç başlangıçlı olarak nitelendiren tek alt-gruplandırma söz konusudur.

31 erken başlangıçlı ve 49 geç başlangıçlı distimik bozukluğun karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki grup arasında sosyodemografik ve klinik özellikler açısından fark bulunamamıştır. Başka bir çalışmada ise erken başlangıçlı grupta tabloya eklenen major depresif epizodların daha uzun sürdüğü, kişilik bozukluğu, madde kullanımı, semptom şiddeti, işlevsel bozulma ve ailede mizaç bozukluğu öyküsünün geç başlangıçlılara göre fazla olduğu saptanmıştır.

Akiskal ve arkadaşları (1980) distimik hastaları, affektif ve karakter spektrum şeklinde iki alt gruba ayırmıştır. Affektif alt grupta REM latensini kısalmış, karakter spektrum grubunda ise REM latensini normal bulmuşlardır. Karakter spektrum alt grup trisikliklere yanıt vermemiştir.

EPİDEMİYOLOJİ

Distiminin yaygınlığının fazla olduğu, genel toplumda %3-6, birincil basamak hizmetlerinde %7 ve ayaktan tedavi kliniklerinde %36 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Yine bu çalışmada 65 yaş altındaki kadınlarda, evlenmemiş kişilerde ve geliri az olan gençlerde distimi fazla görülmüştür. Distimik bozukluk yaygınlığı fazla, tanısı az koyulan bir klinik tablodur. Distimik hastalar sıklıkla birinci basamaktaki tedavi merkezlerine başvururlar. Çoğu hiç tanı almaz ya da mevcut tabloya daha ciddi bir major depresyon eklenince tanı alırlar.

KLİNİK GÖRÜNÜM

Distimik bozukluğun sinsi başlayan, kronik seyirli ve düşük şiddette bir depresyon olduğu daha önce vurgulanmıştı. Akiskal (1990) distiminin nüvesini oluşturan özelliklerini; sıklıkla çocukluk ya da ergenlikte sinsi olarak başlayan; major depresyon sekeli olmaksızın en az 2 yıl boyunca devam eden, kalıcı ya da aralıklar vererek yeniden ortaya çıkan, daha önce varlığı ifade edilen affektif olmayan bir hastalığın sekeli olarak ortaya çıkmayan ve ayaktan tedavi edilecek düzeyde işlevsellik gösteren düşük şiddetli depresyon olarak tanımlamıştır. Tablo 1'de distimik bozukluk için DSM-IV tanı kriterleri görülmektedir.

Major depresyonla ortak yönleri olmakla birlikte, major depresyonda gözlenen objektif semptomlardan çok kişi tarafından ifade edilen subjektif depresif özellikler taşırlar. Distimi depresyonun hafif biçimi olmakla birlikte, semptomların kronikleşebildiği ya da intermittan özellik kazandığı unutulmamalıdır.

Psikomotor yavaşlama, uyuşukluk ve yaşamdan zevk alamama gibi endojen depresyon özelliklerini taşıyabilirler. Sabah saatlerinde kendilerini daha kötü hissederler. Hastalar can sıkıntısı, derin düşüncelere dalma, yaşam enerjilerinde azalma ve kendilerini yetersiz hissetme gibi şikayetlerini dile getirirler. Psikomotor yavaşlama olsa da ajitasyon ya da retardasyon görülmez. Libido ve iştahlarında da değişiklik olması tipik değildir.

Distimikler varolan enerjilerini işlerine yatırmakta boş vakit, aile ve sosyal etkinlikleri için enerji harcamamaktadırlar. Renksiz giden hayatlarında ve evliliklerinde sürtüşmeler olabilir.

Birçok distimik hasta klinik olarak belirgin kişilik patolojisiyle başvururlar. Klinisyenler affektif bağlantıyı görmekte güçlük çekip, hastayı psikoterapiye

Tablo 1. Distimik bozukluk için tanı ölçütleri

A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirli, en az 2 yıl, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygudurum içinde olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl olabilir ve süresi en az 1 yıl olmalıdır.

B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:

1. iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
2. uykusuzluk ya da aşırı uyku
3. düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
4. düşük benlik saygısı
5. düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
6. umutsuzluk duyguları

C. Bu bozukluğun 2 yıllık bir dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) kişide, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.

D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk 1 yıl) boyunca Major Depresif Epizod geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik Major Depresif Bozukluk ya da kısmi remisyonunda Major Depresif Bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz.

Not: Distimik Bozukluğun gelişmesinden önce tam remisyona gir-

miş olması koşuluyla (2 ay süreyle belirgin belirti ya da bulguların olmaması) daha önce bir Major Depresif Epizod geçirilmiş olabilir. Bunun yanı sıra, Distimik Bozukluğun ilk 2 yılından sonra (çocuklarda ve ergenlerde 1 yıl) üzerine Major Depresif Bozukluğun bindiği epizodlar da olabilir, Major Depresif Epizodun tanı ölçütlerinin karşılandığı bu durumlarda her iki tanı birlikte konur.

E. Daha öne bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir Hipomanik Epizod geçirilmemiştir ve Siklotimik Bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

F. Bu bozukluk sadece, Şizofreni ya da Sanırsal Bozukluk gibi kronik Psikotik bir Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

G. Bu semptomlar bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

H. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Varsa Belirtiniz:

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa

Geç başlangıçlı: 21 yaşında ya da daha ileri bir yaşta başlamışsa

Belirtiniz (Distimik Bozukluğun son 2 yılı için)

Atipik Özellikler Gösteren

yönlendirebilirler.

Distimiklerin ısrarcı özellikleri ve çektikleri sıkıntıları gösterişli bir şekilde ortaya koymaları tanı ve tedavilerinde affektif bozukluk mu, kişilik bozukluğu mu ikilemini yaratabilir. Çektikleri sıkıntıları abartılı bir şekilde ifade etmeleri ve depresyon belirtilerinin objektif olarak gözlenememesi, manipulatif davranışlar sergiledikleri izlenimini oluşturur. Pek çok distimik hasta iddiasız olsa bile içine kapanık, alaycı ya da nihilistik tavırlar sergilemekte ve klinisyenleri kendilerinden uzaklaştırabilmektedirler. Entellektüel olan distimikler yaşam koşullarını alaya alabilirler. Herşeyin boş olduğunu söyleyebilirler. Sergileyebilecekleri bu tür özellikler en tecrübeli psikiyatlarda bile distimik hastadan uzaklaşmaya yol açabilir.

Distimik bozukluk toplumda araştırıldığında hastaların %50'sinde belirtilerin subsemptomatik düzeyde olduğu görülmüştür.

Distimik bozuklukta komorbidite siktir. Distimiklerin sadece %25-30'unda yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluklar görülmemiştir. Klinikte yatarak tedavi

gören distimiklerin ise %80-90'ında distiminin üzerine eklenmiş major depresyon mevcuttur. Distiminin üzerine major depresyonun eklenmesi "çift depresyon" olarak isimlendirilmiştir. Distimik bozukluk major depresyondan daha erken yaşta başlar. Distimik bozuklukta anhedoni ve nörovejetatif semptomlar major depresyondan daha az görülür.

Alzheimer tipi demanslı hastalarda distimi %28 ve major depresyon %23 oranında bulunmuştur. Kadınlarda fazladır. Distimi genellikle demansın ardından başlamıştır ve demansın ilk evrelerinde daha dikkat çekicidir. Distimik hastaların, entellektüel yetersizliklerinin farkındalıkları major depresyon ya da hiç hastalığı olmayanlardan fazla bulunmuştur.

Distimik bozukluk madde kullananlarda da görülür. Distimik bozukluğun varlığı madde kullanımı için daha fazla yardım arama davranışına yol açarken, madde kullanımı ve distimisi olanların madde dışı konularda yardım arama davranışları, yalnızca madde kullananlardan fazla bulunmamıştır.

Distimik bozukluklu hastalarda uyku EEG'si çalışması da yapılmış, çoğu distimi olgusunda major depresyona benzeyen uyku düzeni saptanarak distiminin affektif yönüne işaret edilmiştir: Single photon emisyon tomografisiyle yapılan beyin görüntüleme çalışmasında beyin kan akımı bilateral inferior frontal, bilateral parietal, sağ superior frontal ve sol posterior temporal bölgede normallerden farklı bulunmuştur. Major depresyonla benzer bu tür bulguların görülmesi distiminin affektif yönüne işaret olarak değerlendirilmiştir.

2.5 yıl süren izleme çalışması ardından, distimiklerde çocukluk döneminde yaşanan güçlükler ve ailevi psikopatolojinin, demografik ve klinik değişkenlerden daha daha önemli belirleyiciler olduğu ve tedavide olumsuzluğa işaret ettikleri öne sürülmüştür.

TEDAVİ

Distimiklerin büyük bir bölümünün değişik nedenlerden dolayı tedavi almadıkları bilinmektedir. Distimiklere ne tür tedaviler uygulandığını inceleyen bir çalışmada 410 primer tip distimik bozukluktan %41.3'üne farmakoterapi ve %56.1'ine psikoterapi uygulandığı saptanmıştır. Daha önce geçirilmiş major depresyon farmakoterapi, kişilik bozukluğunun varlığı ise psikoterapi oranlarını arttırmıştır. Çalışma sonucunda distimiklerin tedavisinin, yeterli doz ve yeterli sürede yapılmadığı da saptanmıştır.

Distimik bozukluğun tedavisinde birinci seçenek herhangi bir SSRI ya da MAOI olmalıdır. Örneğin distimiklerin tedavisinde fluoksetin plasebodan etkili bulunmuştur.

Bir açık çalışmada 15-45 mg dozunda mirtazepin etkili ve güvenilir bulunmuştur. Moklebemid distimi tedavisinde etkili olduğu gösterilen başka bir ajandır. Distimik bozuklukla ilgili yapılan açık bir çalışmada ise venlafaksin etkili ve güvenilir bulunmuştur.

Distimik bozuklukta farmakoterapi konusunda yapılan bir metaanalizde trisiklik antidepresanlar, serotonin geri alım inhibitörleri, mono-aminooksidaz inhibitörlerinin tümü akut dönem tedavisinde etkili bulunmuştur. Trisikliklerin yan etkileri diğer grup ilaçlardan anlamlı derecede fazladır.

Distimide düşük şiddette depresyon görülmesi, ilaç tedavisinde depresyonda kullanılan tedavi dozunun altında ilaç kullanılması anlamına gelmez. Tedavi

dozu en az depresyonda kullanılan tedavi dozunda olmalıdır. Distiminin en az 2 yıllık kronik bir hastalık olması nedeniyle distimi tedavisinde major depresyon için 4 hafta olarak tanımlanan akut dönem tedavisinin, en az üç aylık bir dönemi kapsamı gerekebilir. Uzun dönem tedavisi en az 6 ay sürmelidir. Üst sınır henüz bilinmemektedir.

Depresiflerde kişilik patolojisini düzeltmek için yapılan uzun dönem psikoterapiler amacına ulaşmamıştır. Kronik affektif tablolarında görülen kişilik sorunları içgörü yönelimli psikoteraplere çok az yanıt verir. Kişilik sorunları affektif patoloji ile bağlantılı olduğu için affektif patolojide düzelmeye olumsuz kişilik aksamaları normale dönmeyebilir.

Kronik hastalığın eğitim, meslek ve özel ve sosyal yaşam üzerinde yarattığı olumsuz etkiyle mücadele etmek, umut aşılacak ve ilaç tedavilerine uyumunu arttırmak için destekleyici, kişilerarası ve bilgilendirici yaklaşımlar yardımcı olabilir. Hastanın ailesinin hastalık, hastalığın yol açacağı işlev kayıpları ve tedavi programı konusunda bilgilendirilmesi tedavi başarısını artırır. Tedavi eden hekim iyimser tutumunu oluşturabilecek olumsuz karşıt aktarımlara karşın sürdürebilmelidir.

Ravidran ve arkadaşları (1999), distimiklerde sertalin ile kognitif davranışçı grup tedavisini karşılaştırmıştır. İlaç ve grup tedavisi birlikte uygulanan hasta grubu ile sadece ilaç tedavisi uygulanan grupta görülen iyileşme benzer bulunmuştur. Sadece grup tedavisi uygulanan hastalarda ise depresyon puanlarında düşme olmakla birlikte plasebodan anlamlı bir üstünlük bulunmamıştır. Buna karşın grup tedavisi uygulanan hastalarda işlevsel düzelmeye ilaç tedavisi alan grubun yanıtlarına benzerken, plaseboya yanıt veren hastalarda benzer işlevsel düzelmeye görülmemiştir.

Sonuç olarak bir mizaç bozukluğu olan distimi yeterli doz ve yeterli süre antidepresan kullanımına olumlu yanıt veren bir klinik tablodur. Distimiye özgül bir ölçek olmaması yapılan çalışmalarda metodolojik güçlükler yol açmaktadır.

Distimik hastaların birincil basamak tedavi hizmetlerine azımsanmayacak oranda başvurmaları nedeniyle, bu aşamada doğru tanı koyulması ve tedavi büyük önem taşımaktadır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Akiskal HS (1983) Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic subtypes. *Am J Psychiatry*, 140:11-20.
2. Akiskal HS (1990) Toward a definition of dysthymia: Boundaries with personality and mood disorders. *Dysthymic Disorder*, SW Burton, HS Akiskal (Ed), London, Gaskell, s.1-12.
3. Akiskal HS (1994) Dysthymic and cyclothymic depressions: Therapeutic implications. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl 4):46-52.
4. Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF et al. (1980) Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthymias" from "character spectrum disorders". *Arch Gen Psychiatry*, 37:777-783.
5. Akiskal HS, Weise RE (1992) The clinical spectrum of so-called "minor" depression. *Am J Psychother*, 46:9-22.
6. American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2. Baskı (DSM-II)*, Washington DC.
7. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III)*, Washington DC.
8. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III-R)*, Washington DC.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı, (DSM-IV). Köroğlu E (çev), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.*
10. Arieti S, Bemporad J (1978) *Severe and Mild Depression. New York Basic Books, s.9-22.*
11. Bronisch T, Wittchen HU, Krieg C et al. (1985) Depressive neurosis: A long-term prospective and retrospective follow-up study of former in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 71:237-248.
12. Browne G, Steiner M, Roberts J et al. (1999) Prevalence of dysthymic disorder in primary care. *J Affect Disord*, 54:303-308.
13. Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G et al. (1992) The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Psychiatr Res*, 26:257-268.
14. de Lima MS, Hotoph M, Wessely S (1999) The efficacy of drug treatments for dysthymia: a systemic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 29(6):1273-1289.
15. Dunner DL (1999) Duration of periods of eutymia in patients with dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*, 156:1992-1993.
16. Dunner DL, Hendrickson HE, Bea C et al. (1997) Venlafaxine in dysthymic disorder. *J Clin Psychiatry*, 58:528-531.
17. Dunner DL, Hendrickson HE, Bea C et al. (1999) Dysthymic disorder: Treatment with mirtazapine. *Depress Anxiety*, 10:68-78.
18. Durbin CE, Klein DN, Schwartz JE (2000) Predicting the 2 1/2-year outcome of dysthymic disorder: the roles of childhood adversity and family history of psychopathology. *J Consult Clin Psychol*, 68(1):57-63.
19. Haykal RF, Akiskal HS (1999) The long-term outcome of dysthymia in private practice: Clinical features, temperament, and the art of management. *J Clin Psychiatry*, 60:508-518.
20. Hellerstein DJ, Yanowitch P, Rosenthal J et al. (1993) A randomized double blind study of fluoxetine versus placebo in the treatment of dysthymia. *Am J Psychiatry*, 150:1169-1175.
21. Hirschfield RMA (1990) Personality and dysthymia. *Dysthymic Disorders*, S Burton, HS Akiskal (Eds), London Gaskells, s.69-77.
22. Karamustafaloğlu N, Çalışkan M, Karamustafaloğlu O ve ark. (1991) Distimik bozukluk: Heterojen bir kavram. *Düşünen Adam*, 4(3):18-20.
23. Karamustafaloğlu O, Maner F, Karamustafaloğlu N ve ark. (1992) Distimi ve kişilik bozuklukları. *Düşünen Adam*, 5:20-23.
24. Keller MB, Lawori PW, Endicott J et al. (1983) Double depression: Two year follow-up. *Am J Psychiatry*, 140:698-694.
25. Kitamura H, Yokoyama T, Someya T (1999) A pharmacotherapy algorithm for the treatment of dysthymia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 53 (Suppl):49-53.
26. Klein DN (1990) Depressive personality. *J Abnorm Psychol*, 99:412-421.
27. Klein DN (1999) Depressive personality in the relatives of outpatients with dysthymic disorder and episodic major depressive disorder and normal controls. *J Affect Disord*, 55:19-27.
28. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP et al. (1999) Early-versus late onset dysthymic disorder: Comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord*, 52:187-196.
29. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C et al. (1994) Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374.
30. Markowitz JC (1994) Psychotherapy of dysthymia. *Am J Psychiatry*, 151:1114-1121.
31. Markowitz JC, Kocsis JH (1994) *Dysthymia. Severe Depressive Disorders*, L Grunhaus, JF Greden (Eds), Washington DC, American Psychiatric Press, s.209-222.
32. Markowitz JC, Moron ME, Kocsis JH et al. (1992) Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disord*, 24:63-71.
33. Migliorelli R, Teson A, Sabe L et al. (1995) Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry*, 152:37-44.
34. Perugi G, Akiskal HS, Musetti L et al. (1994) Social adjustment in panic agoraphobic patients reconsidered. *Br J Psychiatry*, 164:88-93.
35. Phillips KA, Gunderson JG, Hirschfield RMA et al. (1990) A Review of depressive personality. *Am J Psychiatry*, 147:830-837.
36. Ravidran AV, Anisman H, Merali Z et al. (1999) Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and

- functional impairments. *Am J Psychiatry*, 156:1608-1617.
37. Rihmer Z (1990) Dysthymia a clinician's perspective. *Dsythymic Disorder*, SW Burton, HS Akiskal (Ed), London Gaskells, s.112-125.
38. Sarıkaya A, Karasın E, Cermik TF et al. (1999) Evaluation of dysthymic disorder with technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime brain single-photon emission tomography. *Eur J Nucl Med*, 26(3):260-264.
39. Shelton RC, Davidson J, Yonkers KA et al. (1997) The undertreatment of dysthymia. *J Clin Psychiatry*, 58:59-65.
40. Versiani M (1998) Pharmacotherapy of dysthymic and chronic depressive disorders: Overview with focus on moclobemide. *J Affect Disord*, 51:323-332.
41. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML et al. (1988) The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatry*, 145:815-819.
42. Westermeyer J, Eames SL, Nugent S (1998) Comorbid dysthymia and substance disorder: treatment history and cost. *Am J Psychiatry*, 155:1556-1560.