

# Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri

Süheyla ÜNAL\*, Levent KÜEY\*\*, Cengiz GÜLEÇ\*\*\*, Mehmet BEKAROĞLU\*\*\*,  
Yunus Emre EVLİCE\*\*\*\*, Selçuk KIRLI\*\*\*\*\*

## ÖZET

Cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı gibi çeşitli risk etkenleri major depresyona öncüdürler ve hastalığın sonucunu etkilerler. Bu çalışmanın amacı ayaktan polikliniğe başvuran major depresyon hastalarında risk etkenlerini araştırmaktır. Veriler 1994-1995 yılları arasında tüm illerde, 500 psikiyatri uzmanının depresyon tanısı koyduğu 2014 hastadan elde edilmiştir. Çalışmada hastalar DSM-III-R, sosyodemografik bilgi formu, yaşam olayları öykü anketi ve Hamilton depresyon skalası ile değerlendirilmiş, verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS programında ki-kare yöntemi ile yapılmıştır. Çalışmamızda ailesel yüklülük, 25-44 yaşlar arasında ve kadın olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %17.5'i ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, %35'i ise kendisinde depresyon öyküsü bildirmiştir. Risk etkeni olarak kronik hastalık durumu kadınlarda, ilaçmadde kullanımı erkeklerde daha fazla bildirilmiştir. Depresyon öncesi stresli yaşam olayı bildiri mi 1534'tü (%76). Çalışmamızda kadın ve erkek hastalarda yaşam olayı sıklığı ve şiddeti birbirine benzerdi. Kadınlar daha sıklıkla evlilik sorunları ve karşı cinsle ilişki sorunları bildirirken, erkekler daha çok işle ve diğer kişilerarası ilişki-

lerle ilgili sorunlar bildirmekteydi. Depresyonun ortaya çıkmasında biyolojik yatkınlık, stresli yaşam olayları, cinsiyet, yaş, bedensel hastalık gibi risk etkenleri rol oynamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Risk etkenleri, cinsiyet, yaşam olayları, depresyon, tıbbi hastalık.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2002;5:8-15

## SUMMARY

### Risk Factors in Depressive Disorders

Some risk factors such as sex, family history, stressful life events, disappointments, family dysfunction, poor parental care, early adversity, and personality traits such as dependent and obsessive, insecure attachment style, chronic psychiatric or medical diseases, lack of social support precede the onset of depression and also affect the outcome of depression. The aim of this study is to investigate the incidence of risk factors preceding the onset of depression in outpatient psychiatric population. The data were collected from 2014 depressive patients evaluated by approximately 500 psychiatrists, all over Turkey between 1994-1995. In this study depressive patients were evaluated with DSM-III-R, Sociodemographic data form, Psychosocial Stress Factors Inventory (according to DSM-III-R) and Hamilton Depression Inventory. Statistical analyses have been carried out by means of standard programmes according to SPSS-PC, using chi-square test. In our study, having a positive family history of mood disorder, being female and being old between 25-44 age were reported as risk factors. Also, 17.5% of patients declared psychiatric disease history in family member and 35% of patients reported previous depression. Whereas female patients has more chronic medical illness, male patients has more drug abuse and addiction problems. Reported life events were 1534 (76%). We found similar frequency and severity of life events in depressed

\* Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA  
\*\* Doç. Dr., İstanbul Bilgi Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İSTANBUL  
\*\*\* Prof. Dr., TBMM, ANKARA  
\*\*\*\* Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA  
\*\*\*\*\* Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, BURSA

*females and males. Females mostly reported marital problems, and female to male interpersonal problems, whereas males reported upon job and interpersonal problems. A lot of risk factors such as biologic vulnerability, gender, age, stressful life events, medical illness have an important precipitating role in the genesis of depression.*

**Key Words:** Risk factors, gender, life events, depression, medical illness.

## GİRİŞ

Kraemer ve arkadaşları (1997) risk etkenleri terimini özellikleri belirlenmiş bir popülasyonda, söz konusu hastalık ya da durumdan önce geldiği kanıtlanan, grubu yüksek ve düşük risk grubu olarak ikiye böldüğü saptanan, kişinin ölçülebilir özellikleri (cinsiyet, aile öyküsü, şiddetli yaşam olayları) olarak tanımlamaktadır. Duygudurum bozukluklarında kişilik özellikleri, kişiler arası ilişkiler, benlik saygısı, bilişsel stil gibi etkenler de risk etkenleri içinde değerlendirilmektedir. Hastalığın sonuçları ile ilişkili olan etkenler ise hastalığın sekeli olarak tanımlanır. Nedensel risk etkenleri hastalığa öncüdür ve hastalığın sonuçlarını etkileme potansiyeline sahiptir (Kraemer ve ark. 1997, Duffy 2000). Risk etkenlerinin büyük bir bölümü bir hastalığa özgün değildir, ruh sağlığı-hastalığı ile ilgili genel bir ilişkiyi yansıtır (Patten 2000).

Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığı yeterli değildir. Genetik yapının olumsuz çevresel etkenlerle etkileşiminin belirli bir eşiği aşması ve bunun zamanlaması önemlidir (Farmer 1996). Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yükünlük (Merikangas ve ark. 1988), depresif kişilik özellikleri, kadın olmak (Küey ve Küey 1988), eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, göç (Kara ve ark. 1996), yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar major depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür (Akiskal 1992, Bruce ve Hoff 1994, Swindle ve ark. 1998, Ünal ve Özcan 2000, Hwang ve ark. 2000). 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz, bekar ya da dul olmak da risk etkenleridir (Antony ve Petronis 1991, Ohayon ve ark. 1999). Bu risk etkenlerinin etkisinin şiddeti depresyonun türüne göre değişmektedir. Örn; depresyonun ağır seyredenlerinde biyolojik yatkınlık daha önemli rol oynarken, daha hafif formlarında çevresel etkenlerin rolü önem kazanmaktadır (Farmer 1996).

Bu çalışma Türkiye genelinde depresyonun klinik belirtilerini ve sosyodemografik özelliklerini araştırmak için yapılan çok merkezli bir çalışmanın bir parçasını oluşturmaktadır. Geniş bir kapsamı olan bu çalışmada sosyodemografik özellikler, klinik görünüm, depresyonu ortaya çıkaran etkenler, çare arama davranışı ve sertralin tedavisine hastaların yanıtı araştırıldı. Bu yazıda depresyonu ortaya çıkaran risk etkenleri ele alınmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Veriler 1994-1995 yılları arasında Türkiye genelinde, çalışmayı destekleyen firmanın temsilcileri aracılığı ile ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden psikiyatri/nöropsikiyatlara başvuran depresyon hastalarından toplanmıştır. Hastalar yaklaşık 500 psikiyatri tarafından değerlendirilmiş, DSM-III-R'ye göre depresif bozukluk tanısı alan 2014 hasta çalışmaya alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formun hastayı değerlendiren psikiyatrin doldurması aracılığı ile kesitsel olarak alınmıştır. Her psikiyatrin tanı koyduğu 20 depresyon hastasına bu formu ardışık uygulaması planlanmış, ancak hekimlerden istenilen destek yeterince sağlanamadığından ve veriler istenilen güvenilirlikte kaydedilmediğinden çalışmada değerlendirmeye alınan hasta verisi planlanan sayıya ulaşamamıştır. Ayrıca örneklem bölgelerin / kentlerin nüfusuna orantılı alınamadığından sonuçlar Türkiye'ye genellenememiştir.

Hasta seçim kriterleri olarak 18 yaşın üzerinde olmak, şu anda depresyon (DSM-III-R kriterlerine göre major depresyon, major depresyon tek epizod, major depresyon yineleyici, distimi, bipolar bozukluk depresif epizod veya ayrışmamış depresyon) geçiriyor olmak şeklinde belirlenmiş, başka bir psikiyatrik hastalığı daha olanlar, organik ya da ikincil duygudurum bozukluğu olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastalar DSM-III-R kriterlerine göre değerlendirilmiş, kriterlere uygun hastalara sosyodemografik veri formu, 17 sorulu Hamilton Depresyon Envanteri, Psikososyal Stres Etkenleri Listesi (DSM-III-R'ye göre) uygulanmıştır. HAM-D değerlendirmesinde 14-27 puanlar hafif depresyon, 28-41 puanlar orta şiddetli depresyon, 42-53 ağır depresyon olarak kabul edilmiştir. Yaşam olaylarını değerlendirmek için hastaların öykülerinden alınan bilgiler forma aktarılmıştır. Psikososyal Stres Etkenleri Listesinden hastayı en çok etkileyen üç yaşam olayı seçilmiş, hastalığın başlamasından önceki 6 ay içinde yaşanan olaylar akut,

daha eski olaylar ise kronik olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hastalardan yaşadıkları bu olayların şiddetini hafif, orta, şiddetli, ağır ve katastrofik olarak değerlendirmeleri istenmiştir.

İstatistiksel değerlendirme Barem Araştırma Merkezi tarafından SPSS-PC programında ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirilen formların bir kısmı bilgilerin eksik ya da yanlış kaydedilmesi, dışlama kriterlerine uyulmaması gibi nedenlerle değerlendirme dışı bırakılmış, bir kısmı da bazı verilerin kaybı göze alınarak istatistiksel değerlendirmeye alınmıştır.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan 2014 hastanın 1259'u (%62.5) kadın, 755'i (%37.5) erkekti. Hastaların 288'i (%14.3) 18-25 yaşlar, 1174'ü (%58.3) 25-44 yaşlar, 414'ü (%20.6) 45-59 yaşlar arasındaydı ve 138'i (%6.9) 60 yaş üzerindediydi. 383 (%19.2) hasta bekar, 1411 (%70.7) hasta evli ve 203 (%10.2) hasta boşanmıştı. Eğitim durumu ile ilgili soruyu yanıtlayanların 151'i (%7.6) okuryazar değil, 127'si (%6.4) okur-yazar, 655'i (%32.9) ilkököl, 670'i (%33.7) ortaöğretim, 387'si (%19.4) yüksekokul mezunu idi.

Ortaya çıkarıcı etken olarak düşündüğümüz cinsiyet, daha önce geçirilmiş depresyon ve diğer psikiyatrik hastalık öyküsü, aile öyküsü, bedensel hastalık, özür, ilaç/madde kullanımı gibi bedensel etkenler, stresli yaşam olaylarına ilişkin veriler aşağıda verilmiştir.

#### Cinsiyet:

Hekime başvuran depresif hastalar arasında kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede fazla idi.

Kadın: 1259 (%62.5) Erkek: 755 (%37.5)

#### Geçirilmiş psikiyatrik hastalıklar:

Hastaların yaklaşık %35'i daha önce depresyon geçirdiğini bildirmişti. Daha önce geçirilen depresyonun başlama yaşı 24-44 yaşlar arasındaydı. Epizod süresi 2-6 ay arasında ağırlık kazanıyordu. Yaklaşık

%77'si 1 yıldan az sürmüştü. Tedavi görme oranı %72 idi ve tedaviden iyi sonuç alma yüzdesi %86.8'di.

Daha önce geçirilen psikiyatrik hastalıkların tanıları hastalardan sorularak öğrenildi. Daha önce depresyon dışında psikiyatrik hastalık geçirme oranı %6.5 olarak saptandı. Bu hastalıkların tanı sıralaması duygudurum bozuklukları %41.8, anksiyete bozuklukları %33.1, somatoform bozukluklar %12.9, madde bağımlılığı %2.4, kişilik bozukluğu %2.4 şeklinde olmuştur. %6.4 hasta hastalık tanılarını bilmemekteydi.

#### Aile öyküsü:

Çalışmaya katılanların %17.5'u ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bildirmektedir. Bunların %82'si 1. dereceden akrabaları kapsamaktadır. Ailelerin bir kısmında birden fazla hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Ailede bildirilen psikiyatrik hastalıklar sırasıyla %81.2 oranında duygudurum bozuklukları, %13.9 oranında anksiyete bozuklukları, %13.3 oranında psikotik bozukluklar, %10.2 oranında somatoform bozukluklar, %4.8 oranında kişilik bozukluklarıdır.

Çalışmamızda risk etkenlerini somatik etkenler (akut ve kronik hastalık, kronik ilaç/madde kullanımı, bedensel özür), psikososyal stres etkenleri, iyatrojenik etkenler olarak sınıflandırdık. Bu sorularda birden çok seçenek yanıt olarak verilebildiği için oranlar %100'ü geçebilmektedir.

Ortaya çıkarıcı etkenler içinde psikososyal stres daha fazla oranda bildirilmiştir. Risk etkenleri cinsiyetlere göre istatistik açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Somatik ve psikososyal stres risk etkenlerinin oranları 60 yaş üzerinde heterojenite göstermektedir ( $p<0.05$ ). Diğer yaş gruplarında istatistik açıdan anlamlı fark gözlenmemektedir. Yaş ilerledikçe bireyin bedensel hastalıklara yakalanma riskinin arttığını ancak psikososyal stres etkenlerinin azalma eğilimi gösterdiği gözlenmektedir.

**Tablo 1. Cinsiyete göre risk etkenleri**

	Kadın (n: 1258)		Erkek (n: 755)		Toplam (2013)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatik	152	12.1	114	15.1	266	13.2
Psikososyal stres	992	78.9	583	77.2	1575	78.2
İyatrojenik	20	1.6	11	1.5	31	1.5
Yok	169	13.4	108	14.3	277	13.8
Belirlenemedi	59	4.5	35	4.6	91	4.5

**Tablo 2. Yaş gruplarına göre risk etkenleri**

	18-25 (n: 288)		25-44 (n: 1173)		45-59 (n: 414)		60+ (n: 138)		Toplam (n: 2013)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatik	27	9.4	150	12.8	61	14.7	28	20.3	266	13.2
Psikososyal stres	238	82.6	925	78.9	316	76.3	96	69.6	1575	78.2
İyatrojenik	2	0.7	11	0.9	14	3.4	4	2.9	31	1.5
Yok	40	13.9	158	13.5	60	14.5	19	13.8	277	13.8
Belirlenemedi	8	2.8	48	4.1	24	5.8	11	8.0	91	4.5

**Tablo 3. Eğitim durumuna göre risk etkenleri**

	OYD (n: 620)		Okuryazar (n: 123)		İkoku (n: 141)		Ortaöğretim (n: 645)		Yüksekoku (n: 377)		Toplam (n: 1906)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatik	13	9.2	16	13.0	88	14.2	92	14.3	55	14.6	264	13.9
Psikososyal stres	108	76.6	105	85.4	488	78.7	531	82.3	328	87.0	1560	81.8
İyatrojenik	2	1.4	2	1.6	15	2.4	7	1.1	5	1.3	31	1.6
Yok	17	12.1	12	9.8	71	11.5	63	9.8	25	6.6	188	9.9
Belirlenemedi	13	9.2	2	1.6	32	5.2	26	4.0	16	4.2	89	4.7

**Tablo 4. Cinsiyete göre somatik etkenler**

	Kadın (n: 71)		Erkek (n: 52)		Toplam (n: 123)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik hastalık	49	69.0	19	38.5	69	56.1
Akut hastalık	19	26.8	20	38.5	39	31.7
Kronik ilaç/madde kullanımı	1	1.4	12	23.1	13	10.6
Bedensel özür	3	4.2	5	9.6	8	6.5

Psikososyal stres oranı yüksek okul mezunlarında farklılık yaratmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuç bilgilendirme düzeyi arttıkça, farkındalık düzeyinin de artıyor olabileceğini ve yaşam olaylarının etkisinin daha fazla algılanıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalık durumu kadınlarda, ilaç/madde kullanımını erkeklerde daha fazla bildirilmiştir.

#### Yaşam olayı:

Çalışmamızda yaşam olayı bildiren hasta sayısı toplam 1534'tür (%76). Her hasta birden fazla olay bildirebilmiştir. Bu nedenle oranlar %100'ü geçebilmektedir. Her iki cinsin yaşam olayı bildirimini açısından önemli bir fark saptanmamıştır.

Yaşam olaylarına ilişkin verilerin ki kare ile yapılan analizinde evlilik ve karşı cinsle ilişkiler ve yakın

ölümünün kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bildirildiği gözlenirken ( $p<0.01$ ), mesleki sorunlar ve diğer kişiler arası ilişkilerle ilişki sorunları erkekler tarafından daha yüksek oranda bildirilmiştir ( $p<0.01$ ).

Olayların akut ya da kronik oluşlarına göre, evlilik ve karşı cinsle ilişkilerdeki sorunları kronik sorunlar olarak bildirenler istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmıştır ( $p<0.05$ ). Kişiler arası ilişki sorunlarının süregelen nitelik taşıması depresyonun gelişmesinde kişilik özelliklerinin de önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Psikososyal stres bildiriminin 45 yaş altında, daha üst yaştaakilere göre daha fazla olduğu ( $p<0.01$ ), 25 yaş altındaki grupta karşı cinsle ilişkiler, mesleki ve

**Tablo 5. Cinsiyete göre psikososyal stres etkenleri**

Stresli yaşam olayları	Kadın (n: 965)		Erkek (n: 569)		Toplam (n: 1534)
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Evlilik ve karşı cinsle ilişkiler (nişan, evlilik, uyumsuzluk, ayrılma, boşanma vs)	353	72.2	136	27.8	489
Mesleki (iş, okul, ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik)	147	37.5	245	62.5	392
Parasal (düşük gelir, gelir düzeyinde değişiklik vs)	201	53.7	173	46.3	374
Diğer kişilerarası ilişkiler (arkadaş, komşu, ortak ile ilişkiler)	194	60.8	125	39.1	319
Yaşam koşulları (ev değişikliği, göç, tatil vs)	160	61.5	100	38.5	260
Anababalık (anababa olma, doğum, çocuğun hastalığı vs)	188	74.9	63	25.1	251
Yakın ölümü (eş, çocuk, akraba)	178	72.4	68	27.6	246
Gelişimsel (yaşam döngüsü evreleri)	85	73.9	30	26.1	115
Cinsel sorunlar	59	56.2	46	43.8	105
Benlik saygısına yönelik saldırı (tecavüz, işkence, dayak, hakaret)	40	76.9	12	23.1	52
Diğer olaylar	25	62.5	15	37.5	40
Felaket, kaza (deprem, sel, trafik kazası vs)	16	57.1	12	42.9	28
Yasal (tutuklanma, hapsedilme, dava, duruşma)	10	47.6	11	52.4	21
Aile bireylerinde hastalık	11	84.6	2	15.4	13

**Tablo 6. Akut ve kronik oluşuna göre yaşam olayları**

Stresli yaşam olayları	Akut (n: 476)		Kronik (n: 694)		Toplam (n: 1170)
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
		<b>40.7</b>		<b>59.3</b>	<b>1170</b>
Evlilik ve karşı cinsle ilişkiler (nişan, evlilik, uyumsuzluk, ayrılma, boşanma vs)	108	31.3	237	68.7	345
Mesleki (iş, okul, ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik)	97	42.7	130	57.3	227
Yakın ölümü (eş, çocuk, akraba)	83	42.8	111	57.2	194
Parasal (düşük gelir, gelir düzeyinde değişiklik vs)	52	32.5	108	67.5	160
Diğer kişilerarası ilişkiler (arkadaş, komşu, ortak ile ilişkiler)	62	39.0	97	61.0	159
Anababalık (anababa olma, doğum, çocuğun hastalığı vs)	62	42.8	83	57.2	145
Yaşam koşulları (ev değişikliği, göç, tatil vs)	30	30.6	68	69.4	98
Gelişimsel (yaşam döngüsü evreleri)	11	22.4	38	77.6	49
Cinsel sorunlar	10	23.3	33	76.7	43
Benlik saygısına yönelik saldırı (tecavüz, işkence, dayak, hakaret)	9	39.1	13	60.9	22
Felaket, kaza (deprem, sel, trafik kazası vs)	13	56.5	10	43.5	23
Yasal (tutuklanma, hapsedilme, dava, duruşma)	6	40.0	9	60.0	15
Aile bireylerinde hastalık	4	33.3	8	66.7	12
Akut hastalık	11	91.7	1	8.3	12
Kronik hastalık	1	9.1	10	90.9	11
Operasyon	1	100.0			1

parasal sorunlar, kişiler arası ilişkilerin, 25-44 yaş grubunda ise evlilik, karşı cinsle ilişkiler, mesleki ve parasal sorunlar, anababalık sorunları, cinsel sorun-

ların daha sıklıkla belirtildiği gözlenmektedir. Sorunların bu dağılımı yaşam döngüsü ile uyumluluk göstermektedir.

Olayların akut ya da kronik olmalarının, şiddet düzeylerinin, depresyonun türü (DSM III-R'ye göre yapılan sınıflandırmada) ve şiddeti (Hamilton Depresyon Ölçeğine göre) ile bir ilişkisi saptanmamıştır.

### TARTIŞMA

Depresyondaki risk etkenleri için çalışmamızda saptadığımız bulguları toplu olarak gözden geçirdiğimizde sonuçların beklentilerimize ve literatürdeki benzeri çalışmaların sonuçlarına büyük ölçüde uygunluk gösterdiğini görmekteyiz.

Hastanın özgeçmişini ile ilgili olarak alınan bilgiler içinde hastalığın başlama yaşının 25-44 olarak bulgulanması depresyonun orta yaşlarda daha sık görüldüğü yolundaki bilgilerimizle uyumludur (Hirschfeld ve Cross 1982, Craig ve Van Natta 1979). İleri yaşla birlikte depresyonun ve olumsuz yaşam olayları bildirimini azalma göstermesi, yaşlanmanın depresyon açısından koruyucu bir etken olduğunu düşündürülebilir. Depresyon dışında geçirdiği psikiyatrik hastalıklar içinde anksiyete bozukluklarının sık olması da depresyon-anksiyete komorbiditesinin sık olduğunu ileri süren görüşlerle uyumludur (Kendler ve ark. 1995).

Aile öyküsünde, ailede %17.5 oranında psikiyatrik hastalık bildirimini de literatür bulgularıyla uyumludur. Ailede duygulanım bozukluğu öyküsünün varlığı önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Gershon ve arkadaşları (1982) literatürdeki çeşitli çalışmaların sonuçlarını bir arada değerlendirerek aile üyeleri için risk aralığını %5.1-17.5 olarak bildirmiştir. Kupfer ve arkadaşları (1989) birinci dereceden akrabaların hastalığa yakalanma riskinin unipolar depresyonda %20.7, bipolar depresyonda %1 olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda hekime başvuran kadın depresiflerin erkeklere göre fazla olması, kadın olmanın depresyonda önemli bir risk etkeni olduğu görüşüyle uyumludur (Küey ve Küey 1988, Petersen ve ark. 1991, Piccinelli ve Wilkinson 2000). Depresyon hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmektedir (Earls 1987). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsel kimlik rolü (Upmanyu ve ark. 2000) kadını depresyona daha yatkın kılmaktadır (Desai ve Jann 2000).

Presipitan etkenlerden biri olarak belirlediğimiz somatik etkenlerin depresyonun gelişmesindeki rolünü belirlemek için birçok çalışma yapılmıştır. Medikal has-

talık santral sinir sistemi işlevleri ve steroid metabolizmasında değişiklik, immun sistemde tepkisizlik gibi biyolojik, çalışma kapasitesinde azalma, sosyal ve ailesel rollerini gerçekleştirememeye, kendilik-saygısında azalma gibi psikososyal etkiler yaratarak bireyde depresyon oluşturabilmektedir (Ünal ve Özcan 2000). Ayaktan tedavi edilen medikal hastalarda depresif belirtilerin oranı bazı çalışmalarda %6-36 olarak bildirilirken (Nielsen ve Williams 1980, Broadhead ve ark. 1989), yatarak tedavi olan medikal hastalarda %11-33 olarak bildirilmektedir (Maguire ve ark. 1974, Moldin ve ark. 1993). Myokard infarktüsünü takiben 6 ay içinde depresyon görülme sıklığı %25 iken, kanser, felç, Parkinson hastalığı, diyabet, HIV gibi hastalıklarda %10 ile %50 arasındadır (Ewans 1997).

Çalışmamızdaki %13.2 oranındaki somatik etken bildirimini bu alanda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Levenson ve ark. 1987, Akiskal 1992, Lindeman ve ark. 2000). Kronik hastalık bildirimini yüksekliği dikkati çekmektedir. Bu durum uzun süren hastalık durumlarının yeti yitimine yol açarak birey üzerinde depresif etki oluşturabildiğini düşündürmektedir.

Kronik ilaç/madde kullanımı ile ilgili verilerin azlığı bu konuda yorum yapmamızı sınırlandırmakla beraber, erkeklerde kadınlara göre yüksek düzeyde saptanması literatüre uyumluluk göstermektedir. Depresyon kadınlarda, alkol kullanımı erkeklerde daha yaygındır. Kadın ve erkek farklı yardım arama tarzına sahiptirler. Depresif kadın yardım aramak için kliniğe başvururken, depresif erkek psikiyatrik yardım aramada isteksiz davranarak daha çok depresyonunu alkolle tedavi etmeye, kavga etmeye, hapse girmeye, intihar etmeye yönelmektedir (Weissman 1977, Mazer 1974). Bir Finlandiya çalışmasında da alkol entoksikasyonu, bekar ve şişman olmak erkeklerde depresyon için risk etkeni olarak saptanmıştır (Lindeman ve ark. 2000).

Literatürde yaşam olaylarının depresyonun gelişiminde rol oynadığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (Nezu & Ronan 1988, Lightsey 1997). Olumsuz yaşam olaylarının fazlalığı, olumlu yaşam olaylarının azlığı depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Dixon ve Reid 2000).

Stresli yaşam olayı bildirimini sıklığı ve şiddetinde cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Bulgularımız, kadınlarda stresli yaşam olaylarının daha sıklıkla bildirildiği yolundaki çalışmaların sonuçlarıyla çelişmektedir (Kessler ve ark. 1985, Goodyer ve ark.

2000). Çalışmamızın sonuçlarına göre depresif kadın ve erkeğin benzeri düzeyde ve şiddette yaşam olayı ile karşılaşmış olduklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda stresli yaşam olaylarının bildiriminde cinsiyete göre niceliksel bir fark gözlenmemekle birlikte, niteliksel farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Evlilik ve karşı cinsle ilişkilerle ilgili sorunlar ile yakın ölümü bildiri kadınlar, mesleki sorunlar ve diğer kişiler-arası ilişkilerle ilgili sorunların bildiri erkeklerde fazla olmuştur. Yakın ilişkilerde azalma ve olumsuzluk major depresyonda sık rastlanan bir durumdur (Lewinsohn ve ark. 1998).

Bebbington (1998) evliliğin kadınlar üzerinde daha olumsuz etkilerinin olduğunu bildirmektedir. Sarımurat da (1993) çalışmasında kadınların evlilik yaşantısı ile ilişkili sorunlarını ortaya koymuşur. Ilfeld (1977) çalışmasında evlilikle ilgili sorunların semptomlarla en yüksek korelasyonu gösterdiğini, bunu kadınlarda ebeveynlikle ilgili olayların, erkeklerde ise işle ilgili sorunların izlediğini göstermiştir. Heikkinen ve arkadaşları (1994) ise intihar girişiminde bulunan 1397 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin en sık bildirdiği yaşam olaylarını iş sorunları, aile sorunları, somatik hastalık ve maddi sorunlar olarak sıralarken, kadınların bildirdiği olayları aile sorunları, iş sorunları, somatik hastalık, aile üyelerinde hastalık, bir yakının ölümü olarak sıralandırmışlardır. Stresli olduğu bildirilen olaylar arasındaki cinsiyete bağlı farklılıklar, olasılıkla cinsiyete ilişkin roller, konular, işlevler ve sosyal destekle ilişkili görünmektedir.

Stresli yaşam olaylarının şiddeti ile depresyonun türü arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürdeki ben-

zer çalışmalarda olduğu gibi, psikososyal olayın şiddeti ile hastalığın şiddeti arasında da bir bağlantı gözlenmemiştir (Uhlenhuth ve Paykel 1973). Bu durum olayların etkisinin öznel olabileceğini düşündürmektedir. Olayın içeriği (Kendler ve ark. 1998) ve değerlendirilme şekli önemlidir (Sakamoto ve Kambara 1998). Olaya verilen anlamın, olayın zamanlaması ve sürecinin, araya giren sosyal destek, bireyin başa çıkma yetileri gibi potansiyel değişkenlerin hastalığın ortaya çıkmasında rolü bulunmaktadır (Berksun ve ark. 1991). Ayrıca Dohrenwend'in (1975) de belirttiği gibi çeşitli olayların birikimi, tek bir olayın yarattığı etkiden daha önemli olabilir.

Psikososyal stres etkenlerini akut ya da kronik oluşlarına göre değerlendirdiğimizde evlilik ve karşı cinsle ilişkilerin uzun süren sorunları olarak bildirilmiştir. Bu durum kişilerarası ilişkilerde yaşanan güçlüklerin, depresyonun ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde potansiyel etkiye sahip olduğunu gözönünde bulundurmamız ve tedavide bu konuyu dikkate almamız gereğine dikkat çekmektedir.

## SONUÇ

Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ülkemizde uzman hekime başvuran depresif hastalarla sınırlı olup bir alan çalışması niteliği taşımamaktadır. Bu nedenle genele ilişkin bir fikir vermekle birlikte kültürümüze özgü farklılıklar konusunda yeterli bilgi sağlamamaktadır. Sosyo-kültürel değişkenlerin ayrıntılı olarak yer aldığı geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

\* Bu çalışma Pfizer İlaçları AŞ tarafından desteklenmiştir.

## KAYNAKLAR

- Akiskal HS (1992) Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 3:163-169.
- Antony JC, Petronis KR (1991) Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. Epidemiology, 2:123-132.
- Bebbington PE (1998) Sex and depression. Psychol Med, 28:1-8.
- Berksun OE, Ünal S, Göğüş AK (1991) Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2:141-145.
- Broadhead WE, Clapp-Channing NE, Finch JN ve ark. (1989) Effects of medical illness and somatic symptoms on treatment of depression in a family medicine residency practice. Gen Hosp Psychiatry, 11:194-200.
- Bruce ML, Hoff RA (1994) Social and health risk factors for

- first-onset major depressive disorder in a community sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 29:165-170.
- Craig TJ, Van Natta PA (1979) Influence of demographic characterization two measures of depressive symptoms: The relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education and marital status. Arch Gen Psychiatry, 36:149-154.
- Desai HD, Jann MW (2000) Major depression in women: A review of the literature. J Am Pharm Assoc (Wash), 40:525-537.
- Dixon WA, Reid JK (2000) Positive life events as a moderator of stress-related depressive symptoms. J Counseling and Development, 78:343-348.
- Dohrenwend BP (1975) Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders. J Health Soc Behav, 16:365.

- Duffy A (2000) Toward effective early intervention and prevention strategies for major affective disorders: A review of antecedents and risk factors. *Can J Psychiatry*, 45:340-348.
- Earls F (1987) Sex differences in psychiatric disorders: Origins and developmental influences. *Psychiatr Dev*, 1:1-23.
- Evans D (1997) Depression in patients with comorbid illness increases morbidity and mortality. *Modern Medicine*, 65:23-27.
- Farmer AE (1996) The genetics of depressive disorders. *Int Review Psychiatry*, 8:369-373.
- Gershon ES, Hamovit C, Guroff JJ ve ark. (1982) A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1157-1167.
- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A ve ark. (2000) First-episode major depression in adolescents: Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *Br J Psychiatry*, 176:142-149.
- Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J (1994) Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl) 377:65-72.
- Hirschfeld MA, Cross CK (1982) Epidemiology of affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
- Hwang WC, Myers HF, Takeuchi DT (2000) Psychosocial predictors of first-onset depression in Chinese Americans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:133-145.
- Ilfeld FW (1977) Current social stressors and symptoms of depressions. *Am J Psychiatry*, 134:161-166.
- Kara H, Ağargün MY, Akman N ve ark. (1996) Güvenlik nedeniyle kırsal bölgelerden Van şehir merkezine göç etmek zorunda kalan göçmenlerde depresyon yaygınlığı. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12:165-170.
- Kendler KS, Walters EE, Neale MC ve ark. (1995) The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Arch Gen Psychiatry*, 52:374-383.
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA (1998) Stressful life events and major depression: Risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Dis*, 186:661-669.
- Kessler RC, Price RH, Wortman CB (1985) Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. *Ann Rev Psychol*, 36:531-572.
- Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR ve ark. (1997) Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*, 54:337-343.
- Küey L, Küey Y (1988) Depresyon ve kadın: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.
- Kupfer DJ, Frank E, Carpenter LL ve ark. (1989) Family history in recurrent depression. *J Affect Disord*, 17:113-119.
- Levenson JL, Hamer R, Silverman JJ ve ark. (1987) Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay. *Int J Psychiatry Med*, 16:231-237.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 18:765-794.
- Lightsey OR (1997) Stress buffers and dysphoria: A prospective study. *J Cogn Psychother*, 11:263-277.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E ve ark. (2000) The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: Representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand*, 102:178-184.
- Maguire GP, Julier DL, Hawton KE (1974) Psychiatric morbidity and referral of two general medical wards. *Br Med J*, 1:268-270.
- Mazer M (1974) People in predicament: A study in psychiatric and psychosocial epidemiology. *Soc Psychiatry*, 9:85-90.
- Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM (1988) Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in offspring. *J Affect Disord*, 15:279-290.
- Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP ve ark. (1993) Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol Med*, 23:755-761.
- Nezu A, Ronan GF (1988) Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *J Counsel Psychology*, 35:134-138.
- Nielsen AC, Williams TA (1980) Depression in ambulatory medical patients: Prevalence by self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. *Arch Gen Psychiatry*, 37:999-1004.
- Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C ve ark. (1999) The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biol Psychiatry*, 45(3):300-307.
- Patten SB (2000) The specificity of epidemiological correlates of major depression. *Compr Psychiatry*, 41:92-96.
- Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE (1991) Adolescent depression: Why more girls. *J Youth Adolesc*, 20:247-271.
- Piccinelli M, Wilkinson G (2000) Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry*, 177:486-492.
- Sakamoto S, Kambara M (1998) A longitudinal study of the relationship between attributional style, life events, and depression in Japanese undergraduates. *J Soc Psychol*, 138:229-240.
- Sarımurat N (1993) Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlar ve ortak özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30:302-308.
- Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH (1998) Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: A 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 186:462-469.
- Uhlenhuth EH, Paykel ES (1973) Symptom intensity and life events. *Arch Gen Psychiatry*, 28:473-477.
- Upmanyu VV, Upmanyu S, Lester D (2000) Depressive symptoms among U.S. and Indian college students: The effects of gender and gender role. *J Soc Psychol*, 140:669-672.
- Ünal S, Özcan ME (2000) Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1:41-48.
- Weissman MM, Klerman GL (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 34:98-111.