

AFFEKTİF BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI VE RİSK ETKENLERİ

KÜEY, L., AKSAKOĞLU, G., AMATO, Z.

ÖZET: Toplum içinde Affektif Bozukluklar ve bunların depressif tipte olanları en sık görülen ruhsal bozukluklardır. Bu bozuklukların yaygınlığı ve bunu etkileyebilecek risk etkenlerinin bilinmesi hem sağlık örgütlenmesi hem de bilimsel açıdan değer taşımaktadır.

Bu çalışmada yarı-kentsel bir alanda epidemiyolojik araştırmalar için geliştirilmiş olan bir tanı ölçeği (NIMH-DIS) kullanılarak Affektif Bozuklukların yaygınlığı ve ilgili risk etkenleri araştırılmıştır. Bulgular benzer tanı ölçekleriyle yürütülmüş araştırmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

ABSTRACT: Levent KÜEY, Psychiatrist, Ministry of Health, Gazanfer AKSAKOĞLU, and Zuhal AMATO, Dokuz Eylül University School of Medicine Dept. of Public Health. Rate and Risk of Affective Disorders.

Affective Disorders and the depressive types of these, are the most common psychiatric disorders in the community. Knowledge about the distribution and the risk factor, which might influence the distribution is important for the health organization and for scientific reasons.

In this research the prevalence rates and risks of Affective Disorders are investigated in a semiurban area using a diagnostic instrument (NIMH-DIS) specially developed for epidemiological surveys. Findings are discussed considering the results of the researches in which similar diagnostic instruments are used.

Anahtar sözcükler: Affektif bozukluklar, Affektif bozuklukların epidemiyolojisi.

Key words: Affective disorders, Epidemiology of affective disorders.

Dr. Levent KÜEY, Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dispanseri Psikiyatri Uzmanı.
Doç. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU, Doç. Dr. Zuhal AMATO, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Giderek dikkat çekici boyutlara varan ruhsal bozuklukların yaygınlığına ilişkin alan taramalarına dayalı çalışmalar, hem sağlık örgütlenmesi hem de bilimsel açıdan değer taşımaktadır. Toplum içinde, Affektif Bozukluklar ve bunların depresif tipte olanları en sık görülen ruhsal bozukluklardır (1). Depressif Bozukluklar yaygın olmaları yanı sıra, kronikleşme sorunu, sosyal işlevlerde yeti yitimine yol açmaları ve intihara bağlı mortaliteleri nedenleriyle de bir toplum sağlığı sorunu durumundadır (2,3,4,5). Etkin sağaltım yöntemleri de olduğu bilinen böylesi bir rahatsızlığın (6,7,8) toplum içindeki yaygınlığının bilinmesi daha da önem kazanmaktadır. Çünkü bir yandan da depresyonluların ancak üçte birinin bu bozukluklar için sağaltım gördükleri bildirilmektedir (2,9).

Ülkemizde gerek ruhsal bozukluklar gerekse Affektif Bozukluklar epidemiyolojisine ilişkin alan taramalarına dayalı sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır (10,11). Bu çalışma, belirtilen yönleriyle ciddi bir toplum sağlığı sorunu olan depressif bozuklukların epidemiyolojisine ilişkin ülkemizdeki sınırlı veri, bilgi birikimine katkıda bulunabilme düşüncesiyle yürütülmüştür. Çalışmanın amacı yarı- kentsel bir bölgede affektif bozuklukların yaygınlığını saptamak ve bu yaygınlık ile sosyo-demografik risk etkenleri arasındaki bağlantıları araştırmaktır.

YÖNTEM VE GEREÇ:Bu araştırma İzmir kent merkezinden 25 km. uzaklıkta ve yarı kentsel bir yerleşim birimi olan Güzelbahçe'de araştırmacının da o yörede yaşadığı bir ay içinde gerçekleştirilmiştir. Güzelbahçe'de bir yandan fabrikaların bulunmuşu, bir yandan da tarım, özellikle seracılık ve balıkçılığa uygun konumu ve kentle yakın ilişkisi sonucu canlı, hareketli bir ekonomik ve sosyal yaşama sahiptir. Toplam nüfusu 2750'dir.

Araştırmanın yürütüldüğü 217 bireylik örnek, 18-65 yaş grubundan oluşan 1533 bireylik evrenden istatistiksel ilkelere uygun olarak küme örnekleme ile belirlenmiştir. Örnekte, %92.2 oranında görüşme gerçekleştirilmiştir.

Ruhsal bozuklukların yaygınlığına ve bu yaygınlığı etkileyen sosyodemografik risk etkenlerine ilişkin verilerin gerçekçi olabilmesi, ancak alan taramaları ile olanaklıdır. Alan taramaları ise, geçerliği ve güvenilirliği sınanmış, gösterilmiş ölçekler kullanıldığında güvenilir bilgi sunabilirler. Bu düşüncelerden yola çıkarak ve gerek alan taramalarında kullanılmaya uygunluğu, gerekse ülkemizde de, daha önce bir çalışmada (11) başarıyla kullanılmış olması dikkate alınarak Akıl Sağlığı: Ulusal Enstitüsü-Taarı Koydurucu Görüşme Ölçeği (TGG) (National Institute of Mental Health-Diagnostic Interview

Schedule (NIMH-DIS) Affektif Bozukluklar bölümü veri toplama aracı olarak seçilmiştir.

TGÖ psikiyatrik bozukluklara tanı koyma amacıyla, özellikle alan taraflarında kullanılan yüksek derecede yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (12). Bu ölçeğin uygulama sonuçları ile DSM III (13), Feighner Criteria (14), ve RDC (15) tanıları elde edilebilmektedir. TGÖ'de tüm sorular ve soruları açıcı, ayrıntılı deşme'ler yapılandırılmış ve kullanma yönergesinde açıklanmıştır.

TGÖ ile tanı koydurucu ölçüt belirtiler, bunların şiddetleri, sıklıkları, süreleri, fizik bir hastalıkla, ilaç veya alkol kullanımıyla veya diğer bir psikiyatrik bozuklukla açıklanıp açıklanmadıkları ortaya çıkarılır. Tanılar son iki hafta, son bir ay, altı ay, son bir yıl ve yaşam boyu prevalansları bakımında düzenlenebilmektedir (16).

Major Depressif Bozukluk açısından en az beş belirti yeterli şiddette ise ve bir finik ya da psikiyatrik bozukluğa bağlı değil ise primer depresyon, bağlı ise sekonder depresyon tanısı konmuştur. Depresyon belirtileri bir yıldan uzun süredir bulunuyor ise depresyonda kronikleşme tanısına varılmıştır. Yaşam boyu depresyon prevalansı ise, bireylere "tipik depresyonlu bir hasta öyküsü" anlatılarak ve geçmişte böyle bir evre geçirip geçirmedikleri sorularak elde edilmiştir.

BULGULAR

Bu araştırma sürecinde, örnekte, manik bozukluğu olan bireye rastlanmamıştır. Depressif Bozuklukların yaygınlığına ilişkin bulgular ise Tablo 1'de gösterilmiştir. Primer depresyon prevalansı %13.5 sekonder depresyon prevalansı %4.0'dır.

Tablo 1: Depressif Bozuklukların yaygınlığı

	n	%	+
Primer depresyon nokta prevalansı	27	200	13.5
Primer depresyonda kronikleşme oranı	8	27	29.6
Yaşamboyu depresyon prevalansı	38	200	19.0
Sekonder depresyon nokta prevalansı	8	200	4.0
Tüm depresyonlar içinde sekonder depresyon oranı	8	35	22.9

Primer depresyon prevalansı/sekonder depresyon prevalansı: 3.4/1

Tablo 2'de primer depresyonun kadınlarda erkeklerdekine göre anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu gösterilmiştir. İleri yaş grubunda, genç yaş grubundakine göre daha yüksek oranda hastalık bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel anlamlılık göstermemektedir. Ayrıca, cinsiyet ve yaş değişkenleri birlikte ele alındığında, primer depresyonun yaygınlığında en önemli risk etkeninin "cinsiyet" olduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2: Primer depresyon prevalansının cinsiyet ve yaşa göre dağılımı

risk etkeni	pr.depresyon prevalansı (son bir ay) (%)	istatistiksel anlamlılık
Cinsiyet		
Erkek(91)	4.4	χ^2 :11.893
kadın(109)	21.1	p < 0.01
Yaş		
genç yaş (18-39) (116)	10.3	χ^2 :2.404
ileri yaş(40-65) (84)	17.9	p > 0.05
Cinsiyete göre yaş		
erkek-genç yaş (51)	3.9	
erkek-ileri yaş(44)	5.0	
kadın-genç yaş (65)	15.4	χ^2 :2.388
kadın-ileri yaş(44)	29.5	p > 0.05
Yaşa göre cinsiyet		
genç yaş-erkek (51)	3.9	χ^2 :4.104
genç yaş-kadın (50)	15.4	p < 0.05
ileri yaş-erkek (40)	5.0	χ^2 :8.467
ileri yaş-kadın (44)	29.5	p < 0.01

Tablo 3'te primer depresyonun dullarda sırasıyla evli ve bekarlardakine göre anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Diğer sosyo-demografik risk etkenleri açısından ise anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Tablo 4'te gerek primer depresyonda kronikleşme gerekse yaşamboyu depresyon prevalansının kadınlarda erkeklerdekine göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yaşla göre dağılımları açısından ise anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Tablo 3: Primer depresyonun cinsiyet ve yaş dışındaki risk etkenlerine göre dağılımı

risk etkeni	pr. depresyon prevalansı (son bir ay-%)	istatistiksel anlamlılık
medeni durum		
evli (157)	13.4	
bekar (33)	6.1	χ^2 10.384
diğer (10)	40.1	p < 0.01
öğrenim düzeyi		
görmemiş (56)	14.3	χ^2 0.034
görmüş (144)	13.2	p > 0.05
aile yapısı		
çekirdek (158)	13.3	χ^2 0.023
geniş (42)	14.3	p > 0.05
bölgedeki durumu		
yerlisi (142)	12.7	χ^2 0.300
bölge dışı (58)	15.5	p > 0.05
gelir düzeyi		
üst (71)	8.9	
orta (99)	16.2	χ^2 0.966
alt (30)	13.3	p > 0.05
sağlık güvencesi		
yok (132)	14.4	χ^2 0.275
var (68)	11.8	p > 0.05

Tablo 4: Primer depresyonda kronikleşme oranı ve yaşamboyu depresyon prevalansının cinsiyet ve yaşla göre dağılımı

	primer depresyonda kronikleşme (%)	yaşamboyu depresyon prevalansı (%)
cinsiyet		
erkek	8.0	12.2
kadın	34.8	24.5
	p < 0.01	p < 0.05
yaş		
genc-yaş	33.5	18.1
ileri-yaş	26.7	20.2
	anlamlı değil	anlamlı değil

TARTIŞMA :Affektif Bozukluklar epidemiyolojisine ilişkin dünyadaki hemen tüm alan taramalarına dayalı araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışmada (17) bu konudaki veriler "depressif semptomlar" "bipolar bozukluk" ve "non-bipolar depresyon" başlıkları altında incelenmiştir. Burada, "depressif semptomlar" bireyin kendi kendini değerlendirdiği (self- rating scales) kullanılarak elde edilirler. Çeşitli Ülkelerde bu ölçekler ile saptanan depressif semptomlar nokta prevalansı %15-20 arası değişkenlik göstermektedir (17,18,19,20). Bipolar bozukluk için ölçüt şimdi ya da geçmişte bir manik epizod bulunmasıdır. Çeşitli araştırmalarda bipolar bozukluk görülme sıklığı (yıllık insidansı) 100.000'de erkeklerde 9-15, kadınlarda 7-34 arası belirmektedir (17,18).

Resmi bir tanı başlığı olmamasına rağmen, epidemiyolojik verilerin karşılaştırılabilmesi için, depresyonun tüm alt grupları "non-bipolar depresyon" başlığı altında incelenmiştir. Ayrıca bu başlık DSM III ve RDC'deki Major Depressif Bozukluk tanısını kapsamı açısından karşılamaktadır (18). Alan taramalarına dayalı veriler gözden geçirildiğinde depresyon nokta prevalansı sanayileşmiş Ülkelerde erkekler için % 1.8-3.2 kadınlar için % 2-9.3 arasındadır. Yaşamboyu depresyon prevalansı ise erkekler için % 2-12, kadınlar için % 5-26 arası belirmektedir (17,18).

Araştırmamızda, primer depresyon nokta prevalansı % 13.5 bulunmuştur. Bu prevalans "depressif semptomlar" için bildirilen hızdan daha düşüktür. Bunun nedeni ölçek farklılığı olabilir. Kendi kendini değerlendirme ölçekleri kullanılarak saptanan yüksek depressif semptom puanı ile DSM III ve RDC gibi tanı sistemlerine göre saptanan Major Depresyon olguları arasında koçutluk olmadığı bildirilmektedir (21). Çalışmamızda kullanılan TGO ile de Major Depresyon olguları taranmaktadır. Ankara'da 1981'de Üniversite öğrencileri üzerinde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yürütölen bir araştırmada, "depressif semptomlar"ın yaygınlığı % 69 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur.

1976'da ABD-New Haven kentsel kesimde, araştırmamızda kullandığımız ölçeğin geliştirilmesine temel alınmış ve ona çok benzer bir ölçek olan SADS-RDC ile bir alan taraması yürütölmüştür. Bu araştırmada (22) primer depresyon nokta prevalansı % 6.8 bulunmuştur. Araştırmamızda bulunan prevalans ile bu hız arasındaki farklılık bir ölçüde yöntem farklılığıyla açıklanabilirse de, sanayileşmiş Ülkelerde depresyon prevalansının daha düşük olduğu gerçeği ile de uyumludur.

Ülkemizde, Ankara kırsal kesimde, TGO kullanılarak yürütölen bir alan taramasında (11) ise, primer depresyon nokta prevalansı % 9.3

bulunmuştur. Kullanılan tanı ölçeğinin aynı olması nedeniyle, bu hız ile araştırmamızda bulunan hız arasındaki farkın "gerçek bir fark" olduğunu söyleyebiliriz. Buradan da, depresyonun Ülkemizde yarı-kentsel alanda kırsal alandakine göre daha yaygın olduğu sonucuna varılabilir.

Kırsal kesimde sosyo-ekonomik ve kültürel olanakların daha düşük düzeyde olduğu, ancak bununla birlikte, çelişki ve çatışma doğuran değişimlerin de daha az olduğu ve daha yavaş seyrettiği, dolayısıyla, kırsal kesimde daha durağan bir sosyal yapılaşma bulunduğu genelde kabul edilmektedir. Ayrıca, kırsal kesimde, bireyler arası ilişkilerin yarı-kentsel kesimdekine göre yardımlaşma ve dayanışmaya daha açık, dolayısıyla da sosyal destek mekanizmalarının daha yoğun olduğu düşünülebilir. Bu özellikleri ile, kırsal kesimin depresyon açısından daha koruyucu bir ortam (milieu) oluşturduğunu söyleyebiliriz. Diğer yandan, yarı-kentsel kesimde yeni/farklı bireysel roller ve sosyal gereksinmelerin varlığı, insanları daha büyük psiko-sosyal zorlanmalar altında bırakıyor olabilir. Böylece zorlanmaların da, depresyonda yatkınlaştırıcı bir risk etkeni olması beklenir.

Araştırmamızda, fizik ya da (affektif türden olmayan) bir psikiyatrik bozukluğa ikincil gelişen depresyon prevalansı % 4.0 bulunmuştur. Bu, Ankara-kırsal kesimde yürütülen çalışmada bulunan hız (% 6.74) çok yakındır. Ayrıca, primer depresyon prevalansının, sekonder depresyon prevalansına oranı da 3.4/1 bulunmuştur. Alan taramalarında primer depresyon/sekonder depresyon oranı yüksek çıkarken, klinikte bu oranın bire yaklaştığı bildirilmektedir (23). Bizim sonuçlarımız da bununla uyumludur.

Araştırmamızda, tüm depresyonlular içinde sekonder depresyonluların oranı (% 22.9), Ankara-kırsal kesimdeki araştırmada bulunan orana (% 24.4) çok yakındır. Diğer yandan, New Haven araştırmasında bu oran daha düşük bildirilmektedir (12). Bu farkın nedeni, Ülkemizde, tıbbi hastalıkların düzenli takibi ve yönetim olanaklarının, ABD'dekiyle göre daha düşük düzeyde olduğu ve dolayısıyla da kronikleşerek daha yüksek oranda depresyona yol açtıkları düşünülebilir.

Depresyon tanısı alanların yaklaşık üçte birinde (% 29.6) kronikleşme eğilimi sıklıkla görülmüştür. Ankara- kırsal kesimde de buna yakın bir oran (% 34.5) bulunmuştur. Çeşitli hikelerden bazı izlem (follow-up) araştırmalarında bu oran daha düşük (% 20 dolayında) bildirilmektedir (24,25). Araştırmamızda kronikleşme durumu bireylerin geriye dönük değerlendirmeleri ile (retrospective) saptanmıştır. Bu da, kuşkusuz, bu konudaki bulguların güvenilirliğini düşürmektedir. Ancak, yine de tüm bu veriler birlikte göz önüne alındığında, Ülkemizde depresyonda kronikleşmenin ciddi boyutlarda olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda bulunan oran (% 19) Ankara-kırsal kesimdeki araştırmamızın sonucu (% 23.6) ile uyumludur. Ayrıca, New-Haven araştırmamızda da benzer bir sonuç (% 18.0) bildirilmektedir (12). Ancak, bu sonuçların da güvenilirliği, geriye dönük değerlendirme ile elde edildikleri için sınırlıdır. Bu konuda daha güvenilir verilerin ileriye dönük (prospective) araştırmalar ile elde edilebileceği vurgulanmaktadır (26).

Araştırma süresince, manik bozukluk gösteren bireye rastlanmayışı bipolar bozukluğun epizodik özelliği ve görülme sıklığının düşük olması ile açıklanabilir.

Cinsiyet: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansının kadınlarda, erkeklerdekine göre anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu bulunmuştur (sırasıyla % 21.1 ve % 4.4). Bu bulgular, depressif bozuklukların hemen tüm dünyada, kadınlarda erkeklerdekine göre daha yaygın olduğu yönündeki sonuçlarla (27) uygunluk göstermektedir.

Genelde, depresyonun kadınlarda daha yaygın oluşu, kadın ve erkek arasındaki biyolojik farklılıktan çok, "klasik kadınlık rolü"nü kadın için doğurduğu düşük sosyal statünün bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (27).

Gerek New-Haven araştırmamızda, gerekse Ankara-kırsal kesim araştırmamızda aynı yönde sonuçlar ortaya çıkmıştır. (New Haven: kadınlar için % 7.9, erkekler için % 5.5; Ankara-kırsal kesim: kadınlar için % 12.7, erkekler için % 5.4). Görüldüğü gibi, Ankara-kırsal kesim araştırmamızda erkekler için bizimkine yakın bir prevalans hızı bulunurken, kadınlar için bizimkinden daha düşük bir hız bulunmuştur. Bu bulgulara dayanılarak, yarı-kentsel bölge erkekleri ile kırsal bölge erkeklerinin depresyon geliştirme riski açısından önemli farklılık göstermedikleri, diğer yandan kadınlar açısından, yarı-kentsel bölgenin kırsal bölgeye göre daha büyük bir risk etkeni olduğu sonucuna varılabilir.

Ayrıca, genel eğilime uygun biçimde, depresyonda kronikleşme ve yaşamboyu depresyon prevalansları da kadınlarda, erkeklerdekine göre daha yüksek hızlardadır (bkz. tablo 4).

Yaş: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansı ileri yaş grubunda (%17.9) genç yaş grubundakine (%10.3) göre daha yüksek hızlarda bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel anlamlılık göstermemektedir. Bu bulgular, depressif bozuklukların 40 yaşın üzerinde daha çok görüldüğü biçimindeki geleneksel görüşün değiştiği ve ağırlığın daha alt yaş gruplarına kaydığı biçimindeki yeni görüşlerle (28,29,1,30) uyum içindedir.

Ayrıca, cinsiyet ve yaş etkenlerinin birlikte değerlendirilmesinde, asıl önemli risk etkeninin "cinsiyet" olduğu ortaya çıkmaktadır.

Medeni Durum: Araştırmamızda, depresyonun dullarda, sırasıyla evli ve bekarlara göre anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bu gerek dünyadaki (31) gerekse Ankara-kırsal kesimdeki araştırmaların sonuçlarıyla uyum içindedir. Buna dayanarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de "dul olma" depresyon açısından önemli bir risk etkeni olarak belirlenmektedir.

Öğrenim Düzeyi: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansı öğrenim düzeyine göre dağılım açısından bir farklılık göstermemektedir. Ankara-kırsal kesim araştırmasında da, öğrenim düzeyi gerçek bir risk etkeni olarak değerlendirilmemiştir.

Aile yapısı: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansı öğrenim düzeyine göre dağılım açısından bir farklılık göstermemektedir. Ankara-kırsal kesim araştırmasında ise, çekirdek aile üyesi olanlarda, geniş aile üyesi olanlara göre daha yüksek hızlar (sırasıyla %14.5 ve %6.9) bulunmuştur. Bizim araştırmamızda, çekirdek aile üyesi olanlarda bulunan hız (%13.5) Ankara araştırmasındakine çok yakındır. Dolayısıyla, primer depresyon prevalansının yarı-kentsel geniş ailelerde (%14.3), kırsal kesim geniş ailelerdekine (%6.9) göre daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Buradan da, kırsal kesim geniş ailesinin depresyona karşı koruyucu iç dinamiklerinin yarı-kentsel geniş ailede zayıfladığı ve örselendiği sonucuna varabiliriz.

Ailenin Bölgedeki Durumu: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansı o bölgeye son beş yıl içinde yerleşmiş olanlarda (%15.5), o bölgenin yerlisi olanlardakine göre (%12.7) daha yüksek bulunmasına rağmen, bu fark istatistiksel anlam göstermemektedir. Ancak, bu risk etkeninin daha gerçekçi değerlendirilebilmesi ileriyeye dönük araştırmalarla olanaklıdır (32).

Gelir Düzeyi: Araştırmamızda, primer depresyon prevalansının gelir düzeyine göre dağılımında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Depressif semptomların alt sosyo-ekonomik düzeyden bireylerde daha yüksek görüldüğü yönünde genel görüş birliği varsa da, klinik düzeyde depresyon olguları açısından çelişkili sonuçlar bildirilmektedir (18,22). Bu konudaki verilerin farklılıklarından, büyük oranda, sosyo-ekonomik düzeyi belirlemede kullanılan ölçütlerin farklılığı sorumlu olabilir.

SONUÇ:Dünyadaki birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de, affektif bozukluklar ve bunların depressif tipte olanları, toplum içinde yaygın psikiyatrik bozukluklar olarak belirmektedir.

Araştırmamızda, depressif bozukluk nokta prevalansı (son bir ay) %3.5, depresyonda kronikleşme oranı %29.5, yaşamboyu depresyon prevalansı %19.0, tüm depresyonlar içinde fizik bir hastalığa ikincil gelişen "sekonder"depresyonların oranı %22.9 bulunmuştur. Bu epidemiyolojik veriler depressif bozuklukların ciddi bir toplum sağlığı sorunu boyutlarında olduğunu göstermektedir.

Ayrıca, birçok benzer araştırmada olduğu gibi çalışmamızda da depressif bozukluklar açısından en önemli risk grubunu "kadınlar" ve "dulların" oluşturduğu ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

- 1.Hirschfield, RM. Cross, CK. Epidemiology of Effective Disorders, Arch Gen Psychiatry, 1982; 39: 35-46.
- 2.Weissman, MM. Myers, JK. Thompson, D. Depression and Its Treatment in a US Urban Community, 1975-1976, Arch Gen Psychiatry, 1981; 38: 417-421.
- 3.Guze, S. Robins, E. Suicide and Primary Affective Disorders, British J Psychiatry, 1970; 117: 437-483.
- 4.Weissman, MM. Myers, JK. Affective Disorders in a US urban Community: The Use of Research Diagnostic Criteria in an Epidemiological Survey, Arch Gen Psychiatry, 1978; 35: 1304-1311.
- 5.Weissman, MM. Klerman, GL. The Chronic Depressive in the Community: Unrecognized and Poorly Treated, Comp Psychiatry, 1977; 18: 523-532.
- 6.Klerman, GL. DiMascio, A. Weissman, MM. ve ark. Treatment of Depression by Drugs and Psychotherapy, Am J Psychiatry, 1974; 131: 186-191.
- 7.Morris, JB. Beck, AT. The Efficacy of Anti-depressant Drugs: A Review of the Research (1958 to 1972), Arch Gen Psychiatry, 1974; 30: 667-674.
- 8.Weissman, MM. The Psychological Treatment of Depression: Evidence of the Efficacy of Psychotherapy Alone, in Comparison with, and in Combination with Pharmacotherapy, Arch Gen Psychiatry, 1979; 36: 1261-1269.

9. Gullick, EL. King, LJ. Appropriateness of Drugs Prescribed by Primary Care Physicians for Depressed Outpatients, *J Affect Disord*, 1979; 1: 55-58.
10. Öztürk, MO. Demiriz, E. Arpac, A. Atakan, Z. Yarı-kırsal Bir Bölgede Uygulanan Psikiyatrik Epidemiyolojik Bir Araştırmaya göre Ruhsal Hastalık Sıklığı ve Uluslararası Karşılaştırma, 16. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Side, 1980.
11. Güleç, C. Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu konudaki Tutumlar Üzerinde Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma, Doçentlik Tezi, HÜTF Psikiyatri Bilim Dalı, Ankara, 1981.
12. Weissman, MM. Myers, JK. Tichler, GL. ve ark. 1980-1982. Six-month Prevalance of Psychiatric Disorders in Three Communities, kişisel yazışma, 1984.
13. APA. Committee on Nomenclature and Statistic: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, APA, Washington DC. 1980.
14. Feighner, JP. Robins, E. Guze, SB. ve ark. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research, *Arch Gen Psychiatry*, 1972; 26: 57-63.
15. Spitzer, RL. Endicott, J. Robins, E. Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability, *Arch Gen Psychiatry*, 1978; 35: 773-782.
16. Robins LN, Helzer JE, Croughan J ve ark. National Institute of Mental Health-Diagnostic Interview Schedule: Its History, Chareacteristics and validity, *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38: 381-389.
17. Boyd, JH. Weissman, MM. Epidemiology of Affective Disorders-A Reexamination and Future Directions, *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38: 1039-1046.
18. Boyd, JH. Weissman, MM. Epidemiology (kitap bölümü) in Handbook of Affective Disorders (ed: Paykel ES), 109-125, Churchill Livingstone, Edinburgh-London, 1982.
19. Eaton, VW. Kessler, LG. Rates of Symptoms of Depression in a National Sample, *Am J Epidemiol*, 1981; 114(4): 528-538.
20. Frerich, RR. Eneshensel, CS. Clark, VA. Prevalance of Depression in Los Angeles County, *Am J Epidemiol*, 1981; 113: 691-699.

- 21.Vernon, SW. Roberts, RE. Use of the SADS-RDC in a tri-ethnic Community Survey, Arch Gen Psychiatry, 1982; 39: 47-52.
- 22.Weissman, MM. Myers, JK. Rates and Risks of Depressive Symptoms in a US Urban Community, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1978; 57: 219-231.
- 23.Zung, WWK. Operational Diagnosis and Diagnostic Categories of Depressive Disorders (kitap bölümü) in Phenomenology and Treatment of Depression (ed: Fann WE, Karacan I, Pokorny AD, Williams RL), 217-235, Spectrum Publications Inc., Washington DC., 1977.
- 24.Paykel, ES. Klerman, GL. Prusoff, BA. Prognosis of Depression and the Endogenous-Neurotic Distinction, Psychological Medicine, 1974; 4: 57-64.
- 25.Morrison, J. Winokur, JG. Grove, R. The Iowa 500: The first follow-up, Arch Gen Psychiatry, 1973; 29: 678-682.
- 26.Andreasen, NC. Grove, WM. Shapiro, WR. ve ark. Reliability of Lifetime Diagnosis, Arch Gen Psychiatry, 1981; 38: 400-405.
- 27.Weissman, MM. Klerman, GL. Sex Differences and the Epidemiology of Depression, Arch Gen Psychiatry, 1977; 34: 98-111.
- 28.Craig, TJ. VanNatta PA. Presence and Persistence of Depressive Symptoms in Patient and Community Populations, Am J Psychiatry, 1976; 133: 1426- 1429.
- 29.Craig, TJ. VanNatta, PA. Influence of Demographic Characteristics on Two Measures of Depressive symptoms with Sex, Age, Education and Marital Status, Arch Gen Psychiatry, 1979; 36: 149-154.
- 30.Klerman, GL. Evidence for Increased in Rates of Depression in North America and Western Europe in Recent Decades, (kitap bölümü) in New Results in Depression Research (eds: Hippius H ve ark., Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 1986.
- 31.Turns D. The Epidemiology of Major Affective Disorders, Am J Psychotherapy, 1978; 32: 5-19.
- 32.Lin TY. The Epidemiological Study of Mental Disorders, WHO Chronicle, 1969; 21: 509-516.