

RUHSAL BOZUKLUKLARDA HASTALIK ÖNCESİ YAŞAM  
OLAYLARI: KARŞILAŞTIRMALI ARAŞTIRMA

YILDIRIM, N.

**ÖZET:** 62 Nevrotik ve 36 psikotik hastada, semptomların başlangıcından önceki 6 ay ve 2 yıl içindeki yaşam olayları araştırıldı. 39 sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, psikiyatrik hastalar daha çok yaşam olayı bildirmişler; daha çok emosyonel distress yaşamışlar; ve yaşam değişimine yeniden uyumları daha yetersiz ve düşük düzeyde olmuştur. Olumsuz olaylar, ruhsal bozuklukla daha güçlü ilişkiyi göstermiştir.

**ABSTRACT:** Nuray YILDIRIM, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry. Recent life events in psychiatric disorders: A comparative research.

The author examined the life events during the 6 months and 2 years before the onset of symptoms in 62 neurotics and 36 psychotics. Compared with 39 healthy control group, psychiatric patients reported more life events; they experienced more emotional distress; and their readjustment to life changes had inadequate and lower degree. Negative events had the strongest relationship to psychiatric disorders.

**Anahtar sözcükler:** Yaşam olayları stresi, emosyonel distress, yeniden uyum, ruhsal bozukluklar

**Key words:** Life events stress, emotional distress, readjustment, psychiatric disorders

**GİRİŞ:** Stres karşısında organizmanın gösterdiği bedensel tepki, ilk kez 1929'da W. Cannon tarafından, hayvanlarda tehdit edici uyarılara karşı kaçma yada kavgaya davranışının ortaya çıkmasıyla gösterilmiş; 1936'da H. Selye, "genel adaptasyon sendromu" ve "Adaptasyon hastalıkları" kavramını geliştirerek stres-hastalık ilişkisini ilk kez ortaya atmıştır(1). Öte yandan, erken çocukluk yaşantıları üzerinde duran Freud, psikoanalitik görüşleri kuramlaştırırken, 1930'larda F. Alexander, aynı psikodinamik kavramlara dayalı bir neden-sonuç ilişkisi ile bazı çözümlenmemiş biling dışı çatışmaların belirli tipte somatik hastalıklara neden olacağı varsayımını geliştirmiştir(2). Buna karşın, 1953'de Wolff ve arkadaşlarının geliştirdikleri psikofizyolojik deneysel çalışmalar, psikolojik etkenlerin gösterilebilmesine, fizyolojik yanıtların gizlen-

mesine ve sembolik uyarı ve süreç arasındaki işlevin incelenmesine olanak tanımıştır(3).

Stres ve hastalıkların psikosomatik modeli birbirinden ayrı gelişen iki konu olmakla birlikte, zamanla birbirine yaklaşmış, bugün de önemli oranda içiçe geçmiştir. Aile yapısı, kişilerarası iletişim, yaşam olayları, kentleşme, sanayileşme, göçler, yaşam stili, hızla değişen değer sistemleri gibi sosyal değişkenlerin psikofizyolojik işlevler ve sağlık üzerindeki etkileri son 25 yılın araştırma konularını oluşturmaktadır. Ayrıca, bilinç dışı çatışmalar yerine bilinçli bazı duyguların ortaya çıkardığı fizyolojik değişimlerin gösterilebilmesi konuya yeni bir boyut kazandırmıştır. Sosyal stresin yalnızca psikosomatik değil, tüm kronik hastalıklarda presipitan olarak etkinlik gösterdiği görüşü günümüzde yaygın olarak kabul edilmektedir. Stresle hastalık arasındaki ilişki şematik olarak şu formüle açıklanmaktadır:

Hastalık= stres verici etkenler X Bireysel özellikler X Diğer mediatör ve moderatör etkenler.

Hastalıkların etiolojisinde, tek nedenli, basit bir uyaran-tepki ilişkisini yansıtan "spesifite teorisi" yerini çok nedenli kuramsal modele bırakmıştır (4,5,6,7,8,9). Rees (1976), hastalığı, "günlük yaşam ve işi sürdürmede güçlük oluşturan, iyi olma halini engelleyen, ve distress yaratan bedensel yada ruhsal işlev bozukluğu" biçiminde tanımlamıştır. Genetik-konstitüsyonel etkenler, gelişimsel özellikler, her türden yaşam deneyimleri, çevresel koşullar ve bireyin başedebilme yolları hastalık yada sağlık durumunun belirlenmesinde etkindir(6).



Yaşam değişimlerinin sayısal ölçümünün yapılmasından sonra, 70'li yıllarda yapılan birçok araştırmada stres skorlarıyla hastalık oluşumu arasındaki ilişki gösterilmeye çalışılmıştır (10,11,12,13,14).

Ruhsal bozukluklarla, yaşam değişimi ve stres arasındaki ilişki ise, eskiden beri bilinmekle birlikte, buna ilişkin araştırmalar oldukça yenidir. Whyler, Masuda ve Holmes, değişik tanılarda fiziksel ve ruhsal hastalığı olan 232 olguda, hastalık öncesi yaşam değişim skoruyla

hastalığın ağırlık derecesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve düşük bir korelasyon saptamışlardır(10). Uhlenhuth ve Paykel, ruhsal hastalarda normallerle kontrollü yaptıkları araştırmada, son bir yıl içinde hastaların normallerden daha yüksek stres skorları gösterdiklerini ve bu skorlarla semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını saptamışlardır(15).

Son 15 yılda yaşam olayları stresi ile ruhsal semptomların şiddeti ve niteliğine değinen çalışmalar yaygınlaşmıştır. Çeşitli ruhsal bozukluklarda, hastalık öncesi dönemde en çok kişilerarası ilişkiler ve iş alanlarında yaşam stresi olduğu; yüksek yaşam değişimi skorları ile uzun süreli psikolojik sorunlar arasında ilişki olduğu; iki yıllık yaşam değişimleriyle ruhsal semptomlar arasında hem sayı hem de şiddet yönünden güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir(16,17,18). Birtchnell, tanıları değişik 500 psikiyatrik hasta ile 500 sağlıklı kişiden oluşan grupları son 20 yıl içindeki ana-baba ölümleri yönünden karşılaştırmış, hasta grubunda ölümlerin anlamlı biçimde son beş yıla yığıldığını saptayarak, ölüm olayları ile psikiyatrik bozukluk çıkışı arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ölüm olaylarıyla depresyon şiddeti ve suicidal eğilim ilişkisini de göstermiştir(19,20). Paykel ve arkadaşları, suicidal girişiminde bulunmuş depressif hastalarda, bireyin denetimi dışında gelişen olaylarda anlamlı bir yükselme bulmuşlar(21); Patrick ve Dunner, primer affektif bozukluk gösteren hastaların hemen hemen yarısında hastalık başlangıcından önceki 3 aylık dönemde yaşam olaylarının yığıldığını bildirmişler(22); Warheit epidemiyolojik bir araştırmada, yüksek yaşam değişimi skoruyla depressif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir(7).

Nevrozlarda çevresel etkenlerin rolü genellikle kabul edildiğinden, daha çok olayların hangi özellikleriyle etkin olduğu; ve bireyin kişilik ve başa çıkma özelliklerinin ne olduğu konuları araştırılmıştır(23,24). Tennant ve Andrews, rastantisal olmayan; kişinin davranışına yada ilişkide bulunulan kişiye bağlı olan olayların nevroziklerde kontrol grubuna göre daha sık olduğunu bulmuşlardır(23). Faravelli ve Pallanti, panik bozukluk gösteren hastaların normallerden daha çok yaşam olayı deneyimlediklerini bildirmişlerdir(25).

Şizofreni ile yaşam olayları stresi ilişkisini araştıran çalışmalarda ise, Birley ve Brown, hastalık öncesi 3 aylık süredeki denetlenemeyen olay sayısını şizofreniklerde normallere göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır(26). Serban, şizofrenide prepsikotik yüksek anksiyete düzeyi; anksiyete yaratan uyaranlara aşırı duyarlılık; ve anksiyeteye geç ve yetersiz uyumun söz konusu olduğunu belirtmektedir. Araştırmasında şizofreniklerde normallere göre yaşam stresi miktarını yüksek bulmuştur(27). Harder ve arkadaşları ise, hastaneye yatmamış

ayaktan izlenen hastalarla hastanede yatan hastalarda yaşam olaylarıyla psikopatoloji şiddeti ilişkisini incelemişler, bu iki grub hastada stres-bozukluk iligliği örüntülerinin farklı olabileceğini tartışmışlardır(28).

**AMAÇ:** Bu araştırmanın temel amacı, iki ruhsal hastalık grubunda (Funksiyonel psikoz ve Nevroz), sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak hastalık öncesi yaşam olaylarını saptama ve stres-hastalık ilişkisini incelemeye yöneliktir.

Kültürümüzde uyarlanmış ve standardize edilmiş bir yaşam olayları ölçeğinin olmaması nedeniyle, daha önce ruhsal hastalarda yapılan çalışmalar da örnek alınarak, amaca uygun bir yapılandırılmış görüşme yönergesinin geliştirilmesi de amaçlanmıştır. Bu standard görüşmeyle, hastalık öncesi yaşam değişimleri; bunların nitel özellikleri; stres verici etkilileri; ve bireyin uyum fonksiyonları değerlendirilebilecektir(29).

Yaşam olaylarının artışı ve bunun sonucu oluşan stres, hastalığın çıkış zamanını belirleyen ortaya çıkarıcı bir etken olmaktadır(5,8,24, 25,28).

Bu çalışmada, aşağıdaki varsayımların doğruluğu s. nanmaya çalışılmıştır:

1. Son 2 yıl içindeki olay sayısının, hasta gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı artış göstermesi, öte yandan iki hasta grubu arasında böyle bir farkın olmaması beklenmektedir.

2. Yaşam olaylarının, hasta gruplarında son 6 aylık dönemde bir yığılma göstermesi, kontrol grubunda ise tüm yaşam süresi içinde yaygın bir dağılım göstermesi beklenmektedir.

3. Yaşam olaylarının nitel özellikleri yönünden de hasta ve kontrol grupları arasında fark olması umulmaktadır. İncelenen özellikler, denetlenebilirlik; ve arzulanır (olumlu) olup olmamasıdır.

4. Yaşam olayları stresinin şiddeti-distress kavramına göre değerlendirildiğinde-hasta gruplarında daha yüksek beklenmektedir.

5. Yaşam olaylarının bireyin uyum fonksiyonlarına etkisinin, hasta gruplarında kontrol grubuna oranla farklılık göstermesi umulmaktadır.

**YÖNTEM:** Örneklem, iki ruhsal hastalık ve bir sağlıklı kontrol olmak üzere üç çalışma grubundan oluşmuştur. Çalışmaya alınan tüm deneklerde yapılandırılmış görüşme yönergesinde(29) tanımlanan, özellikler aranmıştır. Ayrıca hastaların seçiminde, hastalık başlangıcının en eski 4 yıl olması; ve başlangıç tarihinin kesin olarak belirlenebilmesi özellikleri aranmıştır. Hasta grubu, çalışmaya katılmayan bir başka hekim tarafından, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuranlar arasından herhangi bir örnekleme yapılmak-

sızın, aranan özelliklerin tümünü taşıyan olguların ardışık biçimde alınmasıyla oluşturulmuştur.

Tanılar, DSM-III kriterlerine göre konmuştur. Hasta gruplarının tanıya göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hasta gruplarının tanıya göre dağılımı

DSM-III Tanı	Denek sayısı	%'ler
<b>1. Nevroz grubu:</b>		
<b>(N=62)</b>		
Distimik boz.	18	29.08
Fobik boz.	2	3.22
Anksiyete boz.	6	9.67
Post-Travmatik stress boz.	3	4.83
Obsessif-kompulsif boz	1	1.61
Somatizasyon boz.	9	14.51
Konversiyon boz.	16	25.80
Hipokondriasis	5	8.06
Dissosiasyon boz.	2	3.22
TOPLAM	62	100
<b>2. Fonksiyonel psikoz grubu:</b>		
<b>(N=36)</b>		
Şizofrenik bozukluk	27	75.00
Akut paranoid bozukluk	3	8.33
Şizofreniform bozukluk	5	13.89
Kısa reaktif psikoz	1	2.78
TOPLAM	36	100

Bu durumda, zeka geriliği, organik mental bozukluklar, alkolizm, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, efektif bozukluklar, çoğul tanı, belirlenemeyen tanı ve ergenler çalışma dışında bırakılmıştır.

Sağlıklı kontrol grubu, çeşitli kurumlardan, sosyo-geografik özellikler yönünden hasta gruplarına benzerlik gösteren kişi, rastgele örnekleme ile seçilerek oluşturulmuştur. Çalışma için gereken genel özellikler dışında, gönüllü olma özelliği aranmıştır. Sağlıklılık kavramı için, DSM-III den yararlanılmış ve son 2 yıl içinde fizik yada ruhsal hastalık geçirmemiş olma; herhangi bir yakınmayla hekime başvurmamış olma kriterlerine uyulmuştur(27).

**Araş.** Kültürümüze özgü ve standardize edilmiş bir yaşam olayları ölçeği bulunmadığından; ve yaşam olaylarının stres verici özellikleri hem topluma hem de bireye özgü olduğundan görüşme yöntemi yeğlenmiştir. Veriler amaca uygun olarak geliştirilen yapılandırılmış bir görüşmeyle toplanmıştır. Bir başka yazıda bu görüşme yönergesi ve kullanımı ayrıntılı olarak tanıtılmıştır(29).

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Elektronik Hesap Bilimleri Enstitüsünde yapılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışma gruplarının yaş, cins, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve sosyokültürel düzeye göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

	NEVROZ	n=62	PSİKOZ	n=36	KONTROL	n=39
	n	%	n	%	n	%
<b>YAŞ</b>						
18-25 yaş	22	35.5	24	66.7	18	46.2
26-33 yaş	27	43.6	8	22.2	10	25.6
34-41 yaş	5	8.1	1	2.8	7	17.9
42-49 yaş	8	12.9	3	8.3	4	10.3
<b>CİNS</b>						
Kadın	39	62.9	15	41.7	21	53.9
Erkek	23	37.1	21	58.3	18	46.2
<b>EĞİTİM DURUMU</b>						
İlkokul	25	40.3	5	13.9	6	15.4
Ortaokul	10	16.1	8	22.2	7	17.9
Lise	21	33.9	19	52.8	16	41.1
Yüksek	6	9.7	4	11.1	10	25.6
<b>MEDENİ DURUMU</b>						
Evli	39	62.9	9	25.0	20	51.3
Bekar	18	29.0	26	72.2	19	48.7
Dul-Boşanmış	5	8.0	1	2.8	0	0.0
<b>MESLEK</b>						
İşçi	11	17.7	6	16.7	4	10.3
Memur	16	25.8	10	27.8	21	53.8
Serbest	0	0.0	1	2.8	2	5.1
Ev kadını	24	38.7	3	8.3	5	12.8
Öğrenci	9	14.5	9	25.0	6	15.4
Boş	2	3.3	7	19.4	1	2.6
<b>SOSYOKÜLTÜREL</b>						
Alt	24	38.7	7	19.4	4	10.3
Orta	27	43.6	24	66.7	23	59.0
Üst	11	17.7	5	13.9	12	30.8

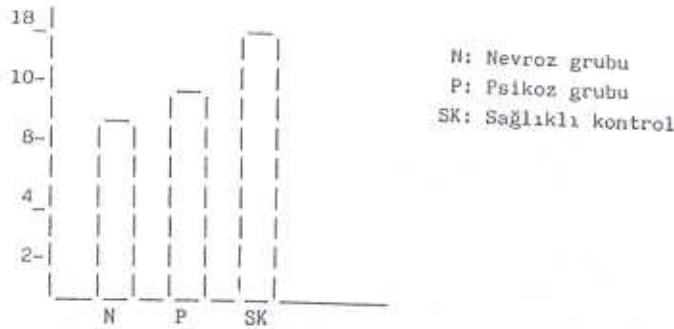
Tablo 3. Hasta gruplarında ve sağlıklı kontrol grubunda toplam olay sayısı

Değişken	Nevroz Grubu N=62		Psikoz Grubu N=36		Kontrol Grubu N=39		F değeri
	X	SD.	X	SD	X	SD	
20 yıllık ort. olay sayısı	8.48	0.0820	8.85	0.0515	11.12	0.0663	11.519*
2 yıllık ort. olay sayısı	6.45	0.0469	6.25	0.0689	3.99	0.0738	21.086*
6 aylık ort. olay sayısı	4.81	0.0624	4.78	0.0796	2.09	0.0704	1.738*
2 yıllık ort. olumsuz olay sayısı	4.93	0.0517	4.45	0.0616	2.41	0.0862	25.486*
2 yıllık ort. olumlu olay sayısı	0.69	0.0487	0.61	0.0573	0.77	0.0636	0.365x

\*  $p < 0.01$  x  $p > 0.05$

20 yıllık ortalama olay sayısı, sağlıklı kontrol grubunda hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş; nevroz ve psikoz grupları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (F değeri: 11.519,  $p < 0.01$ ), Tablo 3. ortalamalar, şekil 1.de sunulmuştur.

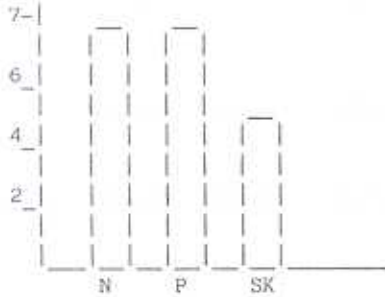
Şekil 1. Çalışma gruplarında, 20 yıllık ortalama olay sayısı



2 yıllık zaman diliminde saptanan yaşam olaylarının ortalamaları varyans analiziyle incelenmiş, hem nevroz hem de psikoz gruplarında sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (F değeri: 21.086,  $p < 0.01$ ), Tablo 3.

2 yıllık olayların ortalamaları, Şekil 2.de gösterilmiştir.

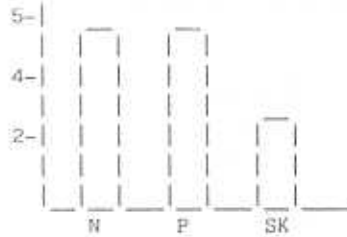
Şekil 2. çalışma gruplarında, 2 yıllık ortalama olay sayısı



6 aylık zaman diliminde saptanan yaşam olaylarının ortalamaları arasındaki farklılıklar varyans analiziyle araştırılmıştır. Nevroz ve psikoz grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamış, buna karşılık her iki hasta grubunda da 6 aylık ortalama olay sayısı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (F değeri: 29.738,  $p < 0.01$ ), Tablo 3.

6 aylık olayların ortalamaları Şekil 3'de sunulmuştur.

Şekil 3. Çalışma gruplarında, 6 aylık ortalama olay sayısı



Çalışma gruplarında, son 2 yıl içinde ortaya çıkan olumsuz (arzulanmayan) nitelikteki olayların ortalamaları varyans analiziyle değerlendirilmiş, nevroz ve psikoz gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (F değeri: 25.486,  $p < 0.01$ ). Öte yandan, iki hasta grubu arasında farklılık bulunamamıştır (Tablo 3).



Tablo 3. Hasta gruplarında ve sağlıklı kontrol grubunda toplam olay sayısı

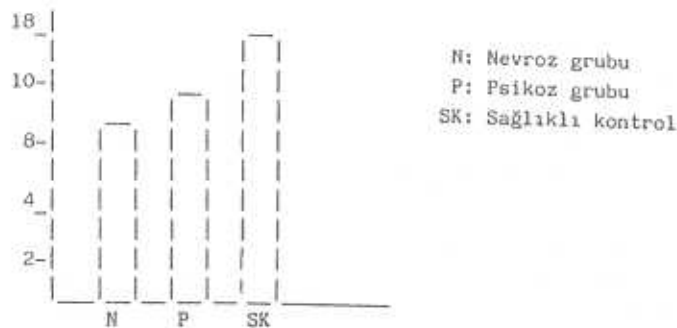
Değişken	Nevroz Grubu N=62		Psikoz Grubu N=36		Kontrol Grubu N=39		F değeri
	X	SD.	X	SD	X	SD	
20 yıllık ort. olay sayısı	8.48	0.0820	8.85	0.0515	11.12	0.0663	11.519*
2 yıllık ort. olay sayısı	6.45	0.0469	6.25	0.0689	3.99	0.0738	21.086*
6 aylık ort. olay sayısı	4.81	0.0624	4.78	0.0796	2.09	0.0704	1.738*
2 yıllık ort. olumsuz olay sayısı	4.93	0.0517	4.45	0.0616	2.41	0.0862	25.486*
2 yıllık ort. olumlu olay sayısı	0.69	0.0487	0.61	0.0573	0.77	0.0636	0.365x

\*  $p < 0.01$

x  $p > 0.05$

20 yıllık ortalama olay sayısı, sağlıklı kontrol grubunda hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş; nevroz ve psikoz grupları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (F değeri: 11.519,  $p < 0.01$ ), Tablo 3. ortalamalar, şekil 1.de sunulmuştur.

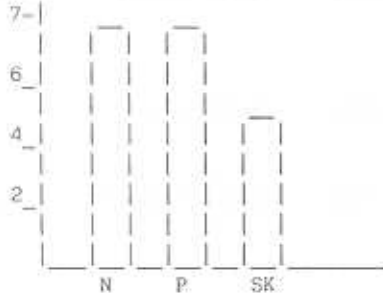
Şekil 1. Çalışma gruplarında, 20 yıllık ortalama olay sayısı



2 yıllık zaman diliminde saptanan yaşam olaylarının ortalamaları varyans analiziyle incelenmiş, hem nevroz hem de psikoz gruplarında sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (F değeri: 21.086,  $p < 0.01$ ), Tablo 3.

2 yıllık olayların ortalamaları, Şekil 2.de gösterilmiştir.

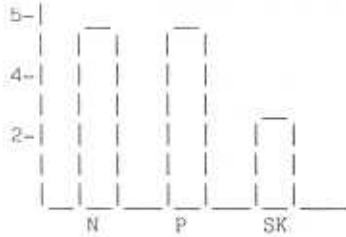
Şekil 2. çalışma gruplarında, 2 yıllık ortalama olay sayısı



6 aylık zaman diliminde saptanan yaşam olaylarının ortalamaları arasındaki farklılıklar varyans analiziyle araştırılmıştır. Nevroz ve psikoz grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamış, buna karşılık her iki hasta grubunda da 6 aylık ortalama olay sayısı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (F değeri: 29.738,  $p < 0.01$ ), Tablo 3.

6 aylık olayların ortalamaları Şekil 3'de sunulmuştur.

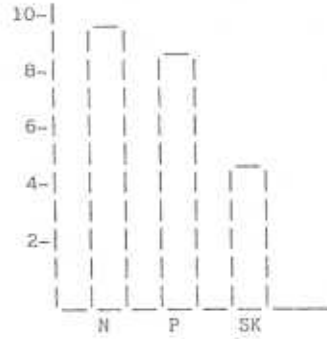
Şekil 3. Çalışma gruplarında, 6 aylık ortalama olay sayısı



Çalışma gruplarında, son 2 yıl içinde ortaya çıkan olumsuz (arzulanmayan) nitelikteki olayların ortalamaları varyans analiziyle değerlendirilmiş, nevroz ve psikoz gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (F değeri: 25.486,  $p < 0.01$ ). Öte yandan, iki hasta grubu arasında farklılık bulunmamıştır (Tablo 3).

2 yıllık olumsuz olayların ortalamaları, Şekil 4.de gösterilmiştir.

Şekil 4. Çalışma gruplarında, 2 yıllık olumsuz olay ortalamaları



2 yıllık olumlu (arzulanan) olayların ortalamaları varyans analiziyle incelendiğinde ise, gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (F değeri: 0.365,  $p > 0.05$ ) Tablo 3.

2 yıllık olumlu olay ortalamaları Şekil 5'de gösterilmiştir.

Şekil 5. Çalışma gruplarında, 2 yıllık olumlu olay ortalamaları



Tablo 4. Hasta gruplarında ve sağlıklı kontrol grubunda 2 yıllık olayların distress skoru ve uyum skoru

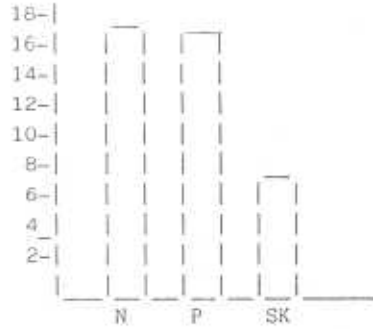
Değiş.	Nevroz grubu N=62		Psikoz grubu N=36		Kontrol grubu N=39		F Değeri
	X	SD	X	SD	X	SD	
2 yıllık ort.distress skoru	17.45	0.0851	17.11	0.1229	7.11	0.1462	51.23 **
2 yıllık ort. uyum skoru	24.16	0.1151	24.67	0.1380	6.72	0.1815	80.25**

\*\*  $p < 0.001$

2 yıllık zaman dilimi içinde saptanan her bir olay, yarattığı subjektif rahatsızlık hissine (distress) göre denek tarafından 0 ile 4 arasında olmak üzere skorlanmıştır. 2 yıl içindeki olayların distress skorları toplanmış ve toplam distress skoru ortalamaları varyans analiziyle incelenmiştir. Her iki hasta grubunun ortalama distress skorları kontrol grubundan anlamlı farklılık gösterirken, iki hasta grubu arasında fark yoktur (F değeri: 51.237,  $p < 0.001$ ), Tablo 4.

2 yıllık toplam distress skoru ortalamaları, Şekil 6'da sunulmuştur.

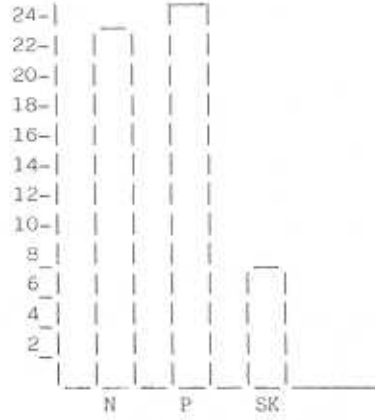
Tablo 6. Çalışma gruplarında, 2 yıllık toplam distress skoru ortalamaları



Stres verici yaşam olaylarının uyum fonksiyonlarına etkisi, sosyal ilişkiler; meslek başarısı; ve boş zaman kullanımı göz önünde bulundurularak, hem denegin kendisi hem de görüşmeci tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Bu iki skorun toplamı alınarak, her olay için bir uyum skoru elde edilmiştir. Daha sonra her denek için 2 yıllık olayların uyum skorları toplanmış ve bu toplam uyum skorlarının ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. İki hasta grubu arasında anlamlı farklılık saptanamazken, hasta gruplarının kontrol grubuna göre ortalama uyum skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (F değeri: 80.253,  $p < 0.001$ ), Tablo 4.

2 yıllık uyum skoru ortalamaları Şekil 7'de gösterilmiştir.

Şekil 7. Çalışma gruplarında, 2 yıllık toplam uyum skoru ortalamaları



Tablo 5. 20 yıllık zaman diliminde olumluluk durumuna göre toplam olay sayıları

	Olumlu olaylar	Olumsuz olaylar	Nötr olaylar	TOPLAM
Nevroz grubu N=62	98 118.9	372 339.9	64 75.2	534
Psikoz grubu N=36	59 72.6	215 207.5	52 45.9	326
Kontrol grubu N=39	131 96.4	236 275.6	66 60.9	433
T O P L A M	288	823	182	1293

Nevroz, psikoz ve sağlıklı kontrol gruplarında saptanan, olumlu, olumsuz ve nötr nitelikteki toplam olay sayıları yukardaki Khi-kare tablosunda sunulmuş, gözlemlenen değerlerin altına beklenen değerler yazılmıştır.

Khi-kare bağımsızlık testi sonucunda, olumlu olayların nevroz ve psikoz gruplarında düşük, kontrol grubunda yüksek olduğu, karşıt olarak olumsuz olayların nevroz grubunda yüksek, kontrol grubunda düşük olduğu saptanmıştır. Nötr olaylarda, grupların hiçbirinde beklenen değerlerden

anlamli düzeyde sapma olmamıştır (Toplam Khi-kare değeri: 30.51,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 6.** 20 yıllık zaman diliminde denetlenebilirlik durumuna göre toplam olay sayıları

	Denetlenen olaylar	Denetlene- meyen o.	TOPLAM
Nevroz grubu N=62	176 176.3	359 357.7	534
Psikoz grubu N=36	95 107.7	231 218.3	326
Sağlıklı kontrol N=39	157 143.0	276 290.0	433
T O P L A M	427	866	1293

Çalışma gruplarında saptanan, denetlenebilen ve denetlenemeyen nitelikteki toplam olay sayıları yukardaki Khi-kare tablosunda verilmiş, gözlemlenen değerlerin altına beklenen değerler yazılmıştır.

Khi-kare bağımsızlık testi sonucunda, çalışma grupları arasında anlamli farklılık görülmemiştir. (Toplam Khi-kare değeri: 4.29,  $p > 0.05$ ).

**TARTIşMA :** Yaşas olayları sayısı: 2 yıllık ve 6 aylık olay sayılarının, varsayımımızı doğrular biçimde hasta gruplarında kontrollardan yüksek bulunması, son 2 yıl içinde yaşam olaylarındaki artışın ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında rol oynadığını düşündürmektedir. İki hasta grubu arasında farklılığın olmaması da bu "ortaya çıkarıcı" etkiyi destekler niteliktedir; olaylar hastalığın türünü değil bağlama zamanını etkiler. Bu bulgu, ruhsal hastalıklarda yapılan benzer çalışmaların bulgularıyla uyumaktadır(7,17,22,25,28). Öte yandan, 20 yıllık zaman diliminde karşıt olarak, kontrol grubunda hasta gruplarına göre, olay sayısının yüksek oluşu ilginçtir. Sağlıklı bireylerde yaşam olaylarının tüm yaşam süresi boyunca daha homojen bir dağılım gösterdiği, hastalarda ise 2 yıllık ve 6 aylık zaman dilimlerinde yığılma ve üstüste eklenme olduğu düşünülebilir. Yaşam olaylarının patojen etkisinin bu eklenici özellikle bağantılı olduğu söylenebilir(26,30,31,32). Hasta gruplarında, 20 yıllık geçmişe ilişkin olay bildiriminin daha az olması, sekonder bellek bozukluğu, entellektüel yetersizlik, yadsıma gibi semptomlara bağlı olabilir. Ayrıca daha sık olan ve yeterli uyumun yapılamadığı yakın geçmişteki

olaylara takılma da söz konusu olabilir. Kontrol grubunda 20 yıllık olay sayısının yüksek oluşu sağlıklı deneklerin daha iyi işbirliği yaptıklarını da göstermektedir.

Yaşam olaylarının yarattığı distress miktarı. Distress skorları hasta gruplarında beklentimize uygun olarak kontrol grubundan yüksek çıkmış ve ayrıca aradaki farkın büyüklüğü dikkati çekmiştir. Bu bulgu, ruhsal hastaların sağlıklı bireylere göre yaşam olaylarını daha stresli algıladıkları biçiminde yorumlanabilir. Nevroz ve psikoz grubu arasında önemli fark olmaması ise, yaşam olayları stresinin hastalığın tipi ile bağıntılı olmadığını gösterir.

Yaşam olayının birey tarafından stres verici olarak algılanmasının hastalık oluşumunda potansiyel rolü olduğu, olayların efektif etkileriyle hastalığa yol açtığı kabul edilmektedir(5,8,17,21).

Genel kaniya karşın, psikotik grubun önemli bir bölümünü oluşturan şizofrenler yüksek distress bildirmişlerdir. Bu bulgu, Serban'ın şizofrenlerde yaptığı çalışmanın bulgularıyla uyumaktadır(27).

Yaşam olaylarının uyum düzeyine etkisi. Çalışmamızda uyum düzeyi, Holmes ve Rahe'nin(33) kullandığı "bireyin belli bir olaya uyum yapma görece güçlüğü" kavramına göre ve ek olarak DSM-III'de V. ekseninde belirlenen uyum fonksiyonlarına göre değerlendirilmiştir.

Buna göre, her iki ruhsal hasta grubunun uyum skorlarının kontrol grubundan önemli derecede yüksek olması, yaşam olaylarına uyum gösterme güçlüğü olan bireylerin ruhsal bozukluğa yatkın olduklarını gösterir. Schless ve Schwartz, nevroitik depresyon olgularının tüm olaylara normatif SRRS değerlerinden yüksek değerler verdiklerini göstermişlerdir(34).

Bireyin başetme yolları ve sosyal destek sistemleri gibi özelliklerinin, uyum fonksiyonlarına etkili olduğu bilinmektedir (5,8,13,18,28). Wahrheit, bireyin biyolojik yapısı; genetik yatkınlığı; kişiliği ve kültür ve sosyal çevrenin yaşam olaylarıyla başetmede belirleyici olduğunu bildirmiştir(7).

Saptanan distress miktarı ve uyum düzeyi bulgularının birbirine oldukça benzerlik göstermesi, bu kavramların her ikisinin de ruhsal bozukluğu öngörmeye eşdeğerli olduğunu düşündürmektedir. Benzer sonuçlar çeşitli araştırmalarla da desteklenmiştir(35,36,37).

Yaşam olaylarının olumsuzluk niteliğine göre etkileri. Hem 2 yıllık hem de 20 yıllık zaman dilimlerinde olumsuz olaylarının hasta gruplarının

da yüksek bulunması, olumlu olayların kontrol grubunda daha çok olması ve nötr olayların farklılık göstermemesi bulguları, yaşam olaylarının olumsuz nitelikleriyle ruhsal bozukluğun ortaya çıkışında etkin olduğu biçiminde yorumlanabilir. Beklentimizi destekleyen bu bulgu, benzer çalışmaların sonuçlarıyla uyusmaktadır(5,17,37).

Yaşam olaylarının denetlenebilirlik niteliğine göre etkileri. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmaması, Schwartz ve Myers'in bulgularıyla(32) uyusmakla birlikte, Grant ve arkadaşlarının bulgularına karşıttır(38).

#### KAYNAKLAR

1. Selye, H.: The stress of life . Mc Graw Hill Book Com. 1956; Newyork s. 25-43.
2. Alexander, F.: Psychosomatic medicine: Its principles and application. W.W. Norton, 1950; Newyork.
3. Wolff, H.G.: Stress and disease. Charles Thomas, (Ed), Springfield, Illinois, 1968; s. 38-45.
4. Birsöz, S.: Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir inceleme. Doçentlik tezi, 1980; Ankara.
5. Rabkin, J.G. Struening, E.L.: Life event, stress and illness. Science, 1976; 194, 1013.
6. Rees, W.L.: Stress, distress and disease. Brit J Psychiatry, 1976; 128, 3.
7. Warheit, G.J.: Life events, coping, stress and depressive symptomatology. Am J Psychiatry, 1979; 136, 502.
8. Wilder, J.F. Plutchik, R.: Stress and psychiatry. In H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Ed.), Comprehensive textbook of psychiatry/IV, Williams and Wilkins, 1985; Baltimore, s. 1198-1202.
9. Selye, H.: History and present status of the stress concept. In L. Goldberger, S. Bretnitz (Ed.). Handbook of stress, Mac Millan Co. 1982; Newyork, s. 7-17.
10. Wyler, A.R. Masuda, M. Holmes, T.H.: Magnitude of life events and seriousness of illness. psychosom Med, 1971; 33, 115.



11. Thurlow, H.J.: Illness in relation to life situation and social role tendency. *J Psychosom Res*, 1971; 15, 73.
12. Rabe, R.H.: Subjects' recent life changes and their near future illness reports. *Ann Clin Res*, 1972; 4, 250.
13. Cline, D.W. Chosy, J.J.: A prospective study of life changes and subsequent health changes. *Arch Gen Psychiatry*, 1972; 27, 51.
14. Goldberg, E.L. Comstock, G.W.: Life events and subsequent illness. *Am J Epidemiol*, 1975; 104, 1146.
15. Uhlenhuth, E.H. Paykel, E.S.: Symptom configuration and life events. *Arch Gen Psychiatry*, 1973; 28, 744.
16. Morrice, J.K.W.: Life crisis, social diagnosis, and social therapy. *Brit J Psychiatry*, 1974; 125, 411.
17. Payne, R.L.: Recent life change and reporting of psychological states. *J Psychosom Res*, 1975; 19, 22.
18. Myers, J.K. Lindenthal, J.J. Pepper, M.P.: Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Health Soc Behav*, 1975; 16, 421.
19. Birtchnell, J.: Recent parent death and mental illness. *Brit J Psychiatry*, 1970; 116, 289.
20. Birtchnell, J.: Depression in relation to early and recent parent death. *Brit J Psychiatry*, 1970; 116, 299.
21. Paykel, E.S. Prusoff, B.A. Myers, J.K.: Suicide attempts and recent life events. *Arch Gen Psychiatry*, 1975; 32, 327.
22. Patrick, V. Dunner, D.L. Fieve, R.R.: Life events and primer affective illness. *Acta Psychiat Scand*, 1978; 28, 48.
23. Tennant, C. Andrews, G.: The cause of life events in neurosis. *J Psychosom Res*, 1978; 22, 41.
24. Horowitz, M. Alvarez, W. Wilner, N.: Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 1979; 41, 209.
25. Faravelli, C. Pallanti, S.: Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1989; 146, 622.

26. Birley, J.L.T. Brown, G.W.: Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia. *Brit J Psychiatry*, 1970; 116, 327.
27. Serban, G.: Stress in schizophrenics and normals. *Brit J Psychiatry*, 1975; 126, 397.
28. Harder, D.W. et al.: Life events and psychopathology severity comparisons between psychiatric outpatients and inpatients. *J. Clin Psychology*, 1989; 45, 202.
29. Yıldırım, N. Arsan, C.: Yaşam olayları stresinin ölçümünde yapılandırılmış görüşme yönteminin kullanılması. *Sağlık Hastanesi Dergisi*, (Baskıda).
30. Yager, J. et al.: Life event reports by psychiatric patients, non-patients and their partners. *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38, 343.
31. Masuda, M. Holmes, T.H.: Life events: Perceptions and frequencies. *Psychosom Med*, 1978; 40, 236.
32. Schwartz, C.C. Myers, J.K.: Life events and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 1977; 34, 1238.
33. Holmes, T.H. Rahe, R.H.: The social readjustment rating scale *J Psychosom Res*, 1967; 11, 213.
34. Reawley, W.: The relationship of life events to several aspects of anxiety. *J. Psychosom Res*, 1974; 18, 421.
35. Hurst, M.W. et al.: The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. *Psychosom Med*, 1978; 40, 126.
36. Byrne, D.G. Whyte, H.M.: Life events and myocardial infarction revisited: The role of measures of individual impact. *Psychosom Med*, 1970; 42, 1.
37. Tennant, C. Andrews, G.: The pathogenic quality of life event stress in neurotic impairment. *Arch. Gen Psychiatry*, 1978; 35, 859.
38. Grant, I. et al.: Quality of life events in relation to psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38, 335.