Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi

Birgül ELBOZAN,[1] Burhanettin KAYA,[2] Dilek YALVAÇ,[1] H. Murat EMUL,[1]
Mine KAYA,[3] Süheyla ÜNAL[4]

ÖZET

Amaç: *Depresyon, çökkün bir duygu durumunun varlığı ve yaşamdan zevk almama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada DSM-IV'e göre depresyon tanısı konan ve Eylül 1996-Temmuz 2002 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören 83 hasta klinik tanıları, sosyodemografik özellikleri, risk etkenleri ve tedaviye verdikleri yanıt yönünden geriye dönük olarak değerlen-dirilmiştir.* ***Yöntem:*** *Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir durumu, hastanede yatış süresi, psikiyatri servisine toplam yatış sayısı, depresyonun başlangıç yaşı, hastalık tanısı, bedensel yakınmaları, eş tanı, çocukluk çağı travması, madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı, son 6 aydaki akut stresör varlığı, kronik stresör varlığı, intihar düşüncesi, öyküde intihar düşünce ve girişimi, muayene bulguları, eksen-II tanıları ve iyileşme düzeyleri karşılaş-tırıldı.* ***Sonuçlar:*** *Hastalarımızda evli olgularda daha belirgin olmak üzere bedensel yakınma oranı yüksekti. Uyku bozukluğu en sık görülen bedensel yakınmaydı. Erkeklerde madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı oranı yüksekti. Dul-boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda eksen-II tanısı daha sıktı.* ***(Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:167-174)***

Anahtar sözcükler: *Depresyon, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, bedensel yakınma, eş tanı*

Evaluation of depressive in-patients at an university psychiatry clinic from the point of their sociodemographic and clinical views

ABSTRACT

Objective: *The definition of depression is a syndrome including symptoms like slowing down of physiologic functions, slowing of thoughts, speech and motion within a sad mood, and feelings and thoughts of dullness, worthlessness, unwillingness and pessimism. In this project, an examination of the clinical diagnosis, sociodemographical status, and the risk factors of inpatients treated in the psychiatry ward for depression due to DSM-IV criteria and an evaluation of their response to treatment has been planned. A retrospective examination of 83 inpatients' files treated in the psychiatry department of Turgut Özal Medical Center between September 1996 and July 2002 has been made.* ***Methods:*** *Comparisons of patients' sex, age, marital and education status, income level, duration of hospitalization, total number of hospi-*

[1] Arş.Gör.Dr., [2] Yrd.Doç.Dr., [4] Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı MALATYA
[3] Arş.Gör.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı MALATYA
Dr. Birgül ELBOZAN, İnönü Üniv. Tıp Fak. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği 44069 MALATYA
e-posta: birgulelbozan@hotmail.com

talizations in the psychiatry department, age of depression onset, diagnosis of the disease, somatic complaints, co-diagnosis, childhood age traumas, history of nicotine, drug addiction and abuse, presence of an acute distressing agent within the last six months, presence of a chronic distressing agent, recent or previous thoughts or commitments of suicide, findings on examination, second axis diagnosis and levels of recovery have been made. ***Results:*** *There was a high rate of somatic complaints among the patients, with a higher tendency in the married group. Insomnia was the most common somatic complaint. Drug addiction and abuse was more common among the males. A second axis diagnosis was more common among the patients who were widowed, divorced or separate from their spouses.* ***(Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:167-174)***

Key words: *depression, sociodemographic characteristics, somatic complaints, comorbidity*

GİRİŞ

Depresyon, çökkün bir duygu durumunun varlığı ve yaşamdan zevk almama ile birlikte, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama biçiminde belirtiler içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.[1]

Depresyon, tüm dünyada yaygın olarak görülen, yüksek oranda kronikleşme, yineleme ve intihar riski taşıyan, işgücü kaybı ve yeti yitimine neden olan bir ruhsal bozukluk olma özelliğiyle, yaşamsal bir nitelik kazanan bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaygın bir ruhsal bozukluk olması yanında yol açtığı yeti yitimi, yarattığı olumsuz sonuçlar nedeniyle tanı, tedavi ve koruyucu yaklaşımlar açısından önemi giderek artmaktadır.[2-4] ABD'de yapılan alan çalışmalarında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %3.5-5.8, son bir yıllık yaygınlık ise %2.6-6.2 arasında, yaşam boyu depresyon geliştirme riskinin erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26 olduğu bildirilmektedir.[5,6] Türkiye'de yapılmış en geniş kapsamlı epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre de 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur.[7] Sivas il merkezinde gerçekleştirilen, tüm kenti temsil eden 900 kişilik bir örneklemi kapsayan araştırmada, majör depresif bozukluğun bir aylık yaygınlık %18.8 bulunmuştur. Kadınlarda %22.5, erkeklerde ise % 11.6 bulunmuştur.[8] Ülkemizde yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalar[9-15] gözden geçirildiğinde, farklı tanı araçları ve araştırma yöntemleri kullanılmış olmakla birlikte, toplum içinde klinik düzeyde depresyon yaygınlığının %10 dolayında olduğu görülmektedir.

Bozukluğun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığının yeterli olmadığı belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda ailesel yüklülük,[16] kadın olmak,[17,18] eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları,[19,20] göç,[21] yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıkların varlığı ve tedavisi, yeti yitimine yol açan diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı biçiminde sıralanan değişkenlerin, majör depresyon gelişimi açısından temel risk etkenleri olduğu ileri sürülmüştür.[22-26] Kişilik özellikleri de depresyon için risk etkeni olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar, kişilik özellikleri zemininde depresyonun daha sık ve kolay geliştiği belirtilmektedir.[26] 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekar olmak ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak depresyon için diğer risk etkenleridir.[27] Sivas il merkezinde yapılan araştırmada da, depresyonun 55-65 yaş aralığında, kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, dul, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha sık olduğu belirtilmiştir.[8]

Batı toplumu dışında, özellikle doğu toplumlarında depresif bozukluklarda bedenselleştirmenin yaygın olduğunu bildiren araştırmalar, bu eğilimin kültürel farklılıklardan kaynaklandığı görüşüne vurgu yapmaktadır. Lambo tarafından Nijerya'da gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarının, doğu toplumlarında depresif bozukluklarda gözlenen bedensel belirti egemenliğinin kültürel batılılaşma ile tersine döndüğü öngörüsünü doğruladığı bazı yazarlarca aktarılmaktadır.[28-31] Hipokondriazis dışındaki bedenselleştirme bozukluklarının kadınlarda daha sık görüldüğü bilgisi bir çok çalışmada vurgulanmıştır.[32,33]

Hastaların 2/3 ünden fazlasının depresif dönem başlamadan önce ciddi bir 'yaşam olayı' ile karşılaştıkları bildirilmiştir.[34] Etkileri uzun süren yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolü vurgulanırken, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığı belirtilmiştir.

Depresyonu olan hastaların yaklaşık %50'sinin yaşamları boyunca en az bir kez suisid girişiminde bulunduğu bildirilmektedir.[35] Klinik olarak suisid

riski için hastaneye yatırılan depresyon olgularında yaşam boyu suisid riskinin %8.6 olduğu belirtilmektedir.[36]

Bu çalışmada Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi görmüş olan depresyon olgularının sosyodemografik özellikleri, risk etkenleri ve klinik özellikleri araştırılmış, sonuçlar gözden geçirilen kaynakların ışığında tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada kullanılan veriler, Eylül 1996 ile Temmuz 2002 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi görmüş ve DSM-IV tanı ölçütlerine[37] göre majör depresyon tanısı konmuş olan 83 hastanın dosyalarının geriye dönük incelenmesi yoluyla elde edilmiştir. Olgular cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu ile bedensel yakınmaları, eş tanı, çocukluk çağı travması, sigara kullanımı, madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı, son 6 aydaki akut stresör varlığı, daha önceki kronik stresör varlığı, başvuruda intihar düşüncesi, öyküde intihar düşünce ve girişimi, II. eksen tanıları, düzelme durumları ile ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare ve ANOVA testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

BULGULAR

Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Depresyonun başlangıç yaşı ortalaması kadınlarda 32.39±13.46, erkeklerde 34.41±15.44'tü. Hastaneye yatış süresi kadınlarda ortalama 23 gün, erkeklerde 21 gündü. Psikiyatri servisine yatış sayısı kadın ve erkeklerde eşitti ve ortalama 1.57 idi.

Bedensel yakınma sıklığı

Olguların sık görülen bedensel yakınmaları ve oranları Tablo 2'de verilmiştir.

Uyku bozukluğu, iştah kaybı, yorgunluk, baş ağrısı, cinsel isteksizlik ve ani kilo kaybı en sık görülen bedensel yakınmalardı. Bedensel yakınma sıklığı yaş gruplarında farklı değildi. En sık okuma yazması olmayan grupta görülmekle birlikte, farklı eğitim düzeyleri arasında bedensel yakınma sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Evli olanlarda bedensel yakınmaların daha sık olduğu görüldü ($p<0.05$). Bedensel yakınma sıklığı gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grubu		
16-24	20	24.1
25-34	23	27.7
35-44	15	18.1
45-54	13	15.7
55-64	6	7.2
65 ve üzeri	6	7.2
Cinsiyet		
Erkek	46	55.4
Kadın	37	44.6
Medeni durum		
Bekar	22	26.5
Evli	54	65.1
Dul, ayrı	7	8.4
Eğitim durumu		
OYD	16	19.3
İlköğretim	28	33.7
Lise	23	27.7
Yüksekokul	16	19.3
Gelir durumu		
Düşük	23	27.7
Orta	46	55.4
Yüksek	14	16.3
Meslek		
İşsiz	9	10.8
Ev hanımı	29	34.9
Öğrenci	6	7.2
İşçi	6	7.2
Memur	17	20.5
Emekli	6	7.2
Serbest	10	12.0

Komorbidite

Yirmi olguda (%24.1) depresyona başka bir psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu. Bunların büyük

Tablo 2. Sık görülen bedensel yakınmalar

Bedensel yakınmalar	Kadın (n=37) Sayı	%	Erkek (n=46) Sayı	%	p	X^2
Baş ağrısı	21	63.6	12	36.4	**0.005**	8.05
Baş dönmesi	8	53.3	7	46.7	0.451	0.57
Titreme	12	60.0	8	40.0	0.111	2.54
Bulantı	7	77.8	2	22.2	**0.034**	4.50
Kusma	3	100	0	0	**0.049**	3.87
Zayıflık	9	56.3	7	43.8	0.296	1.09
Kas ağrısı	10	50.0	10	50.0	0.576	0.31
Ağız kuruluğu	8	57.1	6	42.9	0.300	1.08
Ense ağrısı	5	62.5	3	37.5	0.238	1.15
Uyku bozukluğu	25	43.9	32	56.1	0.845	0.04
Yorgunluk	21	42.0	29	58.0	0.561	0.34
İştah kaybı	24	46.2	28	53.8	0.708	0.14
Cinsel isteksizlik	12	44.4	15	55.6	0.986	0.00
Toplam	34	44.2	43	55.8	0.781	0.077

çoğunluğunu somatoform bozukluklar oluşturuyordu. İkinci sıklıkta ise, distimik bozukluk vardı. Eğitim düzeyleri arasındaki farklılık dikkat çekiciydi. Yüksek okul mezunu olan bireylerde daha yüksek oranda eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk vardı ($p<0.05$). Hastaların gelir durumlarına göre komorbid tanı konma oranları farklı bulundu. Yüksek gelir düzeyindeki grupta anlamlı düzeyde yüksek oranda komorbidite saptandı ($p<0.05$). Depresyona eşlik eden başka bir ruhsal bozukluğun olması ve bu tanıların neler olduğu açısından cinsiyetler, medeni durum, yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Anlamlı olmamakla birlikte 35-55 yaş grubunda daha fazla komorbid bir psikiyatrik bozukluk olduğu gözlendi.

Tablo 3. Cinsiyet ile II. eksen tanılarının karşılaştırılması

	II. eksen tanı sıklığı							
	A kümesi		B kümesi		C kümesi		Toplam	
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	0	0	13	86.7	2	13.3	15	46.9
Erkek	3	17.6	10	58.8	4	23.5	17	53.1
Toplam	3	9.4	23	71.9	6	18.8	32	100

II. Eksen tanı sıklığı

Otuz iki olguya (%38.6) DSM-IV'e göre herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı konmuştu. Bu tanıların büyük çoğunluğunu (23 olgu) B kümesi kişilik bozuklukları oluşturuyordu (Tablo 3). Bunların çoğu borderline kişilik bozukluğu idi. II. eksen tanı sık-

lığı ve bu tanıların ne olduğu konusunda yaş grupları arasında farklılık saptanmadı. II. eksen tanı sıklığı lise düzeyinde eğitimi olan grupta daha yüksekti ($p<0.05$). Medeni durum ile II. eksen tanıları karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık vardı. Dul, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha yüksek oranda (%71.4) kişilik bozukluğu saptandı ($p<0.05$). II. eksen tanısı konanların gelir düzeylerinde anlamlı fark yoktu. Kadınların %46.9'unda, erkek-lerin %53.1'inde II. eksen tanısı vardı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı

Olguların 45'i (%54.2) sigara kullanıyordu. Yirmi bir olguda (%25.3) madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı saptandı. Madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı erkeklerde daha fazlaydı ($p<0.05$). Kadınların %13.2'ünde, erkeklerin %35.6'sında madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı vardı. Madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı yönünden yaş grupları arasında da anlamlı fark saptandı. Elli altı yaş ve üzerindeki bireylerde madde bağımlılığı/kötüye kullanımı daha azdı ($p=0.05$). En sık 36-55 yaş grubunda madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı vardı ($p<0.01$). Lise ve yüksek okul mezunları daha yüksek oranda sigara kullanıyorlardı. Okuma yazması olmayan bireyler ise daha düşük oranda sigara içmekteydiler ($p<0.05$). Madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı açısından eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktu. Medeni durum ve gelir düzeyleri arasında da farklılık saptanmadı.

Akut ve kronik stresör varlığı

Son altı ay içinde 50 (%60.2) olgu akut stres etkeni ile karşılaştıklarını, 43 olgu ise (%51.8) kronik stres etkenlerinin yaşamlarında etkisinin sürdüğünü bildirdiler. Depresyon başlangıcı ile ilişkili bir stres yaratıcı etken tanımlanması kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktu. Depresyon başlangıcında hastaların akut ve kronik stresöre maruz kalması açısından yaş grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. 19-35 yaş grubunda akut stresörler daha sık görülürken, 36 yaş ve üstünde kronik stresörlerinin sıklığı artıyordu. Bekar ve boşanmışlarda daha yüksek sıklıkta olmakla birlikte akut ve kronik stresörlerle karşılaşma durumu ile medeni durum arasında anlamlı farklılık yoktu. Stresör varlığı bakımından gelir düzeylerine göre farklılık saptanmadı.

Çocukluk dönemi travma öyküsü

Yedi olguda çocukluk döneminde travma öyküsü vardı. Travma öyküsü açısından cinsiyet, medeni durum ve farklı eğitim ve gelir düzeyleri arasında farklılık saptanmadı.

İntihar düşüncesi ve girişimi

On yedi olgunun (%20.5) hastanede yatarak tedavi gördüğü dönemde, 31 olgunun ise (%37.3) geçmiş öykülerinde intihar düşünce ya da eylemi vardı. İntihar düşüncesi ve girişim öyküsü açısından cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyleri arasında farklılık yoktu. Anlamlı olmamakla birlikte dul boşanmış ve ayrı yaşayanlarda intihar düşünce ve girişimi daha fazlaydı.

Tedaviye yanıt ve iyileşme düzeyi

Klinik Global İzlenim (KGI) ölçeğine göre olguların 21'i (%25.3) klinik olarak tam, 23'ü (%27.7) belirgin, 31'i (%37.3) kısmi iyileşme göstermiş, 8'inde (%9.6) iyileşme olmamıştı. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık yoktu. İyileşme düzeyleri açısından yaş grupları, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyleri arasında da farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Gözden geçirdiğimiz kaynaklardan elde ettiğimiz bilgilerden farklı olarak, yatarak tedavi gören hastalarımızın içinde erkek olguların sayısı daha fazlaydı. Çeşitli çalışmalarda depresyon yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre iki kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[38,39] Kadınlarda depresyon yaygınlığının daha yüksek olmasının, erkeklerin alkol kullanımı gibi başa çıkma ya da değişik eyleme vuruk davranışları sergilemeleri, kadınların ise bu olanakları kullanamamaları nedeniyle benzer stresörler karşısında daha yaygın ve yoğun ruhsal belirti oluşturmaları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir.[2,40] Diğer bir açıklama da hormonal nedenler ve geleneksel kadın rolü ile ilgilidir. Ayrıca kadınlarda gebelik, doğum, premenstrüel dönem gibi biyolojik ve psikolojik olarak depresyona yatkınlık yaratan ek özelliklerin olduğu da belirtilmektedir.[24] Küey ve arkadaşları[33] erkeklerin depresyonla ilgili tutumlarının kadınlara göre daha olumsuz, daha geleneksel yargılar içerdiğini bildirmişlerdir. Tot ve arkadaşları[41] polikliniğe başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada, kadınların erkeklerden iki kat daha fazla başvurduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda erkek olguların

sayısının daha fazla olması, bir yardım arama çabası olmaktan öte, depresyonun ruhsal ve toplumsal alandaki olumsuz sonuçlarının erkeklerde hastaneye yatış sıklığını artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda 83 hastanın 77'sinde (%92.8) yaygın bedensel yakınmalar mevcuttu. Bu bulgu kaynaklardaki sık yinelenen, özellikle doğu toplumlarında depresyonun bedensel belirtilerle kendini gösterdiği biçimindeki var olan bilgiyi desteklemekteydi.[28-31] Bedenselleştirme Lipowski[42] tarafından herhangi bir tıbbi patoloji ile açıklanamayan ve fiziksel hastalığa atfedilen, bu nedenle tıbbi yardım arayışına neden olan bedensel sıkıntının yaşanması ve ifade edilmesi olarak tanımlanmıştır. Böyle bakıldığında depresyon ve bunaltının kişiyi bedenselleştirmeye yatkınlaştırdığı söylenebilir. Depresyon ve bunaltının artması olasılıkla bedensel duyumların daha abartılı algılanmasına (somatosensorial amplification) yol açmakta bireyin bunaltının bedensel belirtilerine odaklanmasına yol açmakta, böylece birey tarafından bedensel duyumlar artmış olarak algılanmaktadır.[42-44]

Yapılan çalışmalarda depresyonda en sık görülen fizyolojik belirtinin uyku bozukluğu olduğu belirtilmiştir.[45] Bu çalışmada da olgularda en sık gözlenen fizyolojik yakınmanın uyku bozukluğu olduğu görülmüştür.

Depresif hastalarda yapılan bazı çalışmalarda[45] bedensel belirtilerin medeni durum ile ilişkisi açısından bir fark bulunmamasına rağmen, bizim çalışmamızda evli olgularda bedensel yakınma daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu sonuç, evlilik yaşamı ile ilişkili sorunların ve yaratığı ruhsal sonuçların konuşma yoluyla değil beden diliyle anlatma eğilimini artırdığını düşündürmektedir.

Bedenselleştirmenin kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren bir çok çalışma vardır.[32,33,46,47] Öte yandan depresif bozukluklara eşlik eden bedensel belirtilerin de kadınlarda yüksek olduğunu bildiren çalışmalar vardır.[45] Çalışmamızda bedensel yakınma sıklığı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. Genel olarak tüm olgularımızda yaygın bedensel yakınmalar vardı.

Bedenselleştirme doğu kültürlerinde batı kültürlerine göre daha yaygındı.[29-31] Çalışmamızda bedensel yakınma sıklığının yüksekliği, doğu toplumlarında bedenselleştirmenin yaygın olduğu ve depresyonun klinik görünümünde sık yer alan bir özellik olduğu bilgisini desteklemektedir. Bu bulgular bedensel belirti sıklığı ile tedavi talebi arasındaki ilişkiyi tartışmak açısından önemli bir kapı açmaktadır. Ayrıca depresyonun klinik görünümünde gözlenen bu farklılıkların batı toplumlarından ya da farklı kültürlerden alınan örneklemlerde gerçekleştirilen fenomonolojik çalışmalarla karşılaştırılması, bozukluğun trans-kültürel kökenleri ile ilgili tartışmalara yön verebilir. Bu yöndeki çalışmalar depresyonda görülen bedenselleştirmenin kültürler arası farklılıklarını ve bunun kökenlerini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Depresyonda ikinci eksen tanılar içinde obsesif-kompulsif, depresif, pasif-agresif kişiliklerin sık olduğu aktarılmaktadır.[48] Yatarak tedavi gören depresif hastalarda en sık görülen kişilik bozukluğunun borderline kişilik bozukluğu olduğu, kişilik bozukluğunun ve eşlik ettiği hastaların daha sık ve daha şiddetli depresif epizodlar geçirdikleri bazı yazarlarca bildirilmiştir.[49] Bu çalışmada da II. eksen tanıları içinde B kümesi kişilik bozukluklarının daha sık olduğu görüldü. Borderline ve histrionik kişilik bozukluğu tanısı konanların oranı diğerlerine göre daha yüksekti.

Grubumuzda hem başvuruda, hem de öyküde intihar düşüncesi ve girişimi daha sıktı. Kadınlarda yüksek olmakla birlikte, cinsiyetler arasında intihar girişimi açısından istatistiksel bir fark yoktu. Bu bulgu kaynaklardaki kadın hastaların intihar girişiminde bulunma oranının erkeklere göre daha yüksek, tamamlanmış intihar oranlarının ise erkeklerde daha yüksek oranda olduğu bilgisiyle çelişiyor gibi görünmekle birlikte,[38,49,50] grubumuzun ağırlıkla erkeklerden oluşması bulguları yorumlamamızı güçleştirmektedir.

Bizim çalışmamızda da akut ve kronik stres etkenlerinin oldukça yaygın olduğu ve psikopatoloji oluşumunu etkilediği görülmüştür. Birçok çalışmada stresli yaşam olaylarının depresyonun gelişiminde rol oynadığına sık vurgu yapılmıştır.[19,20] Olumsuz yaşam olaylarının fazlalığının, olumlu yaşam olaylarının ise azlığının depresyon gelişmesini kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır.[51] Bizim çalışmamızda stresli yaşam olay sıklığı yüksek olmakla birlikte, sıklık ve şiddeti yönünden cinsiyetler arasında farklılık saptanmadı. Bulgularımız, kadınlarda stresli yaşam olaylarının daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların bulgularıyla uyuşmamaktadır.[52] Bu sonuç araştırılan grubumuzun daha çok erkeklerden oluşmasına bağlanabilir.

Yüksekokul mezunu ve yüksek gelirli kişilerde depresyona daha yüksek bir oranda eşlik eden psikiyatrik bir bozukluğun bulunmasının, bu bireylerin depresyona verdikleri anlamla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Depresyonun bireysel ve toplumsal yaşamında yarattığı olumsuz etkilerin, bireyin yaşamdan beklentilerini daha kötü etkilediği ve sergilediği baş etme becerilerinin komorbidite riskini artırdığı düşünülebilir. Sigara kullanımının da lise mezunu kişilerde fazla olması, günümüzde giderek madde kullanımının artışı ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda eğitim düzeyi ile depresyonla başa çıkmada sigaraya yönelme arasındaki ilişki de dikkat çekmektedir. Okuma yazması olmayan grupta sigara kullanımının az olması ise bu grubun gelir düzeyinin düşük olup, sigarayı elde etme şanslarının daha az olabileceğine de bağlanabilir.

Bu çalışmada sınırlı sayıda değişken incelenmiştir. Eldeki veriler daha ayrıntılı bir inceleme ve değerlendirmeyi hak etmektedir. Önümüzdeki süreçte bu değerlendirmeyi sürdürmenin yanı sıra, yatan hastalarla ayaktan izlenen depresyon olgularının bir çok sosyodemografik, etiyolojik ve klinik değişken yönünden kapsamlı olarak karşılaştırılması araştırma planlarımız içinde yer almaktadır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yedinci baskı, Ankara, Medikomat Basım Yayın, 1997, s.224.
2. Boyd JH, Weissman MM: Epidemiology. ES Paykel (ed): Handbook of Affective Disorders'ta, Edinburg-London, Churchill Livingstone, 1982, s.109-125.
3. Küey L, Güleç C: Depression in Turkey in 1980s: epidemiological and clinical approaches. Clin Neuropharmacol 1989; 12 (suppl. 2):1-12.
4. Küey L: Epidemiological aspects of depressive disorders in Turkey an update review of community surveys. XIII. Dünya Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde bildiri, Yeni Delhi, Hindistan, 1992.
5. Kendler KS, Prescott CA: A population-based twin study of life time major depression in men and women. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:39.
6. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S: Life time and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the US; Result from the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
7. Kılıç C: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. N Erol, C Kılıç, M Ulusoy (eds): Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md., 1998, s.77-94.
8. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası, 1995.
9. Demir E: Yarı-Kırsal Kesimde Depresyon Epidemiyolojisi Ve Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Üzerine Bir Araştırma. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1980.
10. Hancıoğlu M: Kentleşme ve Psikiyatrik Epidemiyoloji: Gecekondu Bölgesi ve Kent Merkezinde Karşılaştırmalı Alan Çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1981.
11. Şaher N: Kent Merkezinde Psikiyatrik Epidemiyoloji ile İlgili Bir Alan Çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1981.
12. Üstün TB, Ceylan M, Yaşar AK: Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde (kırsal ve yarı kırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi. 18. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde bildiri, İstanbul, 1981.
13. Güleç C: Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1981.
14. Küey L: Yarı Kentsel Bir Bölgede Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 1985.
15. Altınöz F, Verimli A: İstanbulda bir gecekondu bölgesinde duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde bildiri, 1992.
16. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM (1988). Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. J Affect Dis 1988; 15:279-290.
17. Küey L, Küey Y: Depresyon ve kadın: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
18. Weissman G, Weissman MM, Klerman GL: Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977; 34:98-111.
19. Nezu A, Ronan GF: Social problem solving as a moderator af stress-related depressive symptoms: a prospective analysis. J Counsel Psychol 1988; 35:134-138.

20. Lightsey DR: Stress buffers and dysphoria: a prospective study. J Cong Psychother 1997; 11:263-277.

21. Kara H, Ağargün MY, Akman N: Güvenlik nedeniyle kırsal bölgelerden Van şehir merkezine göç etmek zorunda kalan göçmenlerde depresyon yaygınlığı. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1996; 12:165-170.

22. Akiskal HS: Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3:163-169.

23. Bruce ML, Hoff RA: Social and health risk factors for first-onset major depressive disorder in community sample. Soc Psychiatry 1994; .

24. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moss RH: Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms. J Nerv Ment Dis 1998; 186:462-469.

25. Hwang WC, Myers HF, Takeuchi DT: Psychosocial predictors of first-onset depression in Chinese-Americans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35:133-145.

26. Ünal S, Özcan ME: Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1:41-48.

27. Antony JC, Petronis KR: Suspected risk ractors for depression among adults 18-44 years old. Epidemiol 1991; 2:123-132.

28. Singer K: Depressive disorders from a transcultural perspective. Soc Sci Med 1975; 9:289-301.

29. Lesse S: Behavioral Problems Masking Depression-Cultural and Clinical Survey. Am J Psychother 1979; 33:41-53.

30. Rack PH: Ethnic differences in depression and its response to treatment. J Int Res 1980; 4(suppl.3): 20-33.

31. Katon W, Kleinman A, Rosen G: Depression and somatization: a review. Part I. Am J Med 1982; 72:127-133.

32. Gelder M, Gath D, Mayou R: Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, Oxford University, 1985.

33. Küey L, Aksaoğlu G, Amato Z: Affektif bozukluklara ilişkin tutumlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1989; 4:72-81.

34. Brown GW, Moran PM: Single mothers, poverty and depression. Psychol Med 1997; 27: 21-33.

35. Angst J: Suicide risk in patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry 1996; 60(suppl.2): 57-62.

36. Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157:1925-1932.

37. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (1994). E Köroğlu (çev), dördüncü baskı (DSM-IV), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998.

38. Kornstein SG: Gender differences in depression: implications for treatmant. J Clin Psychiatry 1997; 58(suppl 15):12-18.

39. Maier W, Gnsicke M, Gater R: Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. J Affect Dis 1999; 53: 251-252.

40. Mazer M: People in predicament: a study in psychiatric and psychosocial epidemiology. Soc Psychiatry 1974; 9:85-90.

41. Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı AE, Erdem P: Depresyon tanısı almış poliklinik hastalarının özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 2:150-158.

42. Lipowski ZD: Somatization: te concept and its clinical applisation. Am J Psychiatry 1988; 145:1358-1368.

43. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Limpscomb P, Bush T: Somatization: a spectrum of severity. Am J Psychiatry 1991; 148:34-40.

44. Barsky AJ: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. Psychosomatics 1992; 33:28-34.

45. Sercan M, Yüksel Ş: Depresif bozukluklarda bedensel belirtilerin baskınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 1:2-8.

46. Ford CV: THA Somatizing disorders. Psychosomatics 1986; 27:327-337.

47. Swartz M, Blazer D, George L: Somatization disorders in a community population. Am J Psychiatry 1986; 143:1403-1408.

48. Yüksel N (2001). Ruhsal Hastalıklar. Yenilenmiş 2. baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, s. 109-219.

49. Yazıcı O: Depresif bozukluklarda eştanı (komorbidite). Psikiyatri Dünyası 2001; 5:89-96.

50. Ensom MH: Gender-based differences and menstrual cycle-related changes in specific disease: implications for pharmacotherapy. Pharmacotherapy 2000; 20:523-539.

51. Dixon WA, Reid JK: Positive life events as a moderator of stress-related depressive symptoms. J Counseling and development, 2000; 78:343-348.

52. Kessler RC, Price RH, Wortman CB (1985). Social factors in psycopathology: Stress, social support and coping processes, Ann Rev Psychol, 36: 531-572.