

---

# Depresyonun Epidemiyolojisi

Prof. Dr. Orhan DOĞAN\*

Depresyonun da içinde yer aldığı mood bozuklukları eski çağlardan bu yana iyi tanımlanmıştır. Sınıflandırma çabaları ise, M.Ö. 3000 yıllarında başlamıştır. Depresyon, elem duygusundan ve düş kırıklığından yetiyitimine kadar değişen durumları kapsar. Depresif bir hastayı normal duygudurumlu kişilerden ayıran bazı özellikler vardır (Rothschild 1999):

- Bedensel işlevlerde (uyku, iştah, cinsel istek gibi) bozukluk,
- Toplumsal rolleri (aile, evlilik, iş/okul gibi) yerine getirmede yetersizlik,
- İntihar düşünceleri ya da girişimi,
- Gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk.

Son iki özelliğin her hastada olması gerekli değildir.

Yaygınlıkla ilgili ilk çalışma 19. yüzyılın ortalarında Massachusetts'te yapılmıştır. Bu çalışmada olgular hastane kayıtları ile birlikte din adamlarından alınan bilgilerle belirlendi. 19. yüzyılın sonunda ve 20. yüzyılın başında yapılan epidemiyolojik çalışmaların çoğu tedavi kayıtlarına dayanıyordu. Gelder ve arkadaşlarına göre (1989) ruhsal bozukluğun yaygınlığıyla sosyoekonomik düzey ara-

sındaki ters ilişkiyi ilk olarak ortaya koyan çalışmalar 1932 ve 1934'te Faris ve Dunham'ın çalışmalarıdır.

II. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalar yapılmaya başlandı. 1970'li yıllarda birçok araştırma ölçeği geliştirildi. 1980'li yıllarda ise Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmalarına başlandı. Sonraki yıllarda tam yapılandırılmış ölçekler geliştirildi ve çok sayıda epidemiyolojik alan çalışması yapıldı. ECA çalışmasına göre, katılanların %32.2'sinde yaşamlarının herhangi bir döneminde ruhsal bozukluk vardır (Regier ve ark. 1988). National Comorbidity Survey'e (NCS) göre ruhsal bozuklukların bir yıllık yaygınlığı %29.5, yaşam boyu yaygınlığı %48.0'dır (Kessler ve ark. 1994).

Depresyon terimi farklı anlamlarda kullanılabilmekte ve farklı biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Depresyon terimi bir bozukluğu göstermek için kullanıldığında depresif bozukluklar terimi yeğlenir. Dizinin diğer bölümlerinde depresyonun sınıflandırılması, distimi, siklotimi, yaşlılık çağı depresyonu, ergenlik çağı depresyonu, karışık anksiyete ve depresyon başlıklarında çeşitli depresif bozukluklar geniş biçimde ele alındığından, bu bölümde salt depresyon epidemiyolojisinden sözedilecektir.

---

\* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, SİVAS

Bu bölümde kullanılan depresyon terimi major depresyon, unipolar depresyon, psikotik depresyon, yineleyici (recurrent) depresyon olarak bilinen depresif bozuklukları kapsayacaktır.

### DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Epidemiyoloji temel olarak sayılar, oranlar ve istatistikle ilgilidir. Psikiyatrik epidemiyolojinin bir çalışma alanı olarak depresyonun epidemiyolojisi, depresif bozuklukların bir toplumdaki sıklığını (incidence), yaygınlığını (prevalence), gelecekte toplumun ne kadarının bu bozukluğa yakalanabileceğini, bozukluğun klinik özelliklerinin dağılımını, risk etkenlerinin neler olduğunu ve bunların epidemiyolojik oranlara etkilerini araştırır.

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalar, sağladıkları verilerle ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunur, aynı zamanda etiyojjiyle ilgili ipuçları da verir. Bu araştırmalar depresyonun klinik belirtileriyle ilgili bilgilerimizi artırır, tanı koydurucu bilgiler sağlar. Bu bilgiler salt hasta grupları ve risk gruplarıyla yapılan çalışmaların istatistiksel verileriyle elde edilebilir. Bu nedenle depresyonun epidemiyolojik değişkenleri etiyojji ve risk etkenleriyle yakından ilgili, hatta iç içedir (Doğan 1998). Kimi zaman bir etkenin etiyojji bir etken mi, yoksa bir risk etkeni mi olduğunun ayrımı güç olabilir.

Epidemiyolojik çalışmaların en önemli özelliklerinden biri, toplum düzeyinde alan çalışmaları olmalarıdır. Depresyon epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda karşılaşılan bazı güçlükler vardır. Bu güçlüklerin ayrıntısına girilmeyecek, maddeler halinde sıralanacaktır:

- Örneklem büyüklüğü ile ilgili güçlükler,
- Belirti-bozukluk ayrımındaki güçlük,
- Tanı ölçütleriyle ve bunlardaki değişmelerle ilgili sorunlar,
- Tanı araçlarının standart, geçerli ve güvenilir olmalarıyla ilgili güçlükler,
- Ruhsal-toplumsal-çevresel etkenlerin ölçülmesiyle ilgili güçlükler, kültürel farklılıklar,
- Doğru ve yeterli bilgi alma güçlüğü,
- Alan çalışmalarıyla ilgili ekonomik güçlükler.

### EPİDEMİYOLOJİK TERİMLER

**Sıklık:** Depresyonun sıklığı, belirlenen bir zaman diliminde (genellikle bir yıl) depresyona yakalanan kişilerin sayısının ilgili nüfusa oranıdır. Sıklık oranı belirlenen zaman diliminin başlangıcından önce depresyona yakalananları kapsamaz. Etiyojji çalışmalarda ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yararlı bir orandır. Ancak depresyon sinisi başlayabildiği ve prodromal belirtileri uzun sürebildiği için, başlangıcını kesin olarak belirlemek güç olabilir.

**Yaygınlık:** Depresyonun yaygınlık oranları nokta yaygınlık ve periyod yaygınlık olarak belirtilir. Depresyonun nokta yaygınlığı, belirlenen bir zamanda/anda saptanan depresif hastaların sayısının ilgili nüfusa oranını gösterir. Depresyonun periyod yaygınlığı ise, belirlenen bir zaman diliminde (bir ay, altı ay, bir yıl gibi) saptanan tüm depresif hastaların sayısının ilgili nüfusa oranını gösterir. Örneğin, bir yıllık yaygınlık çalışmasında son bir yılda depresyona yakalananlar ve depresyona bir yıldan daha önce yakalanmış olupta halen hasta olanlar da oranlanır. Daha çok periyod yaygınlık kullanılır. Yaygınlık oranları sağlık hizmetlerinin planlanmasında yararlı, fakat etiyojji çalışmaları için uygun değildir.

**Yaşam boyu yaygınlık (life-time prevalence):** Yaşam boyu yaygınlık oranı yukarıda belirtilen oranlara göre daha yeni bir orandır. 1980'li yıllarda ECA ve NCS'de çalışılmaya başlandı. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, daha önce depresyona yakalanmış ve halen hasta olmayanların, daha önce depresyona yakalanmış ve halen hasta olanların, yeni hasta olanların sayılarının toplamının ilgili nüfusa oranını gösterir. Bu oranı belirlemek için tüm yaşamı kapsayan bir öykü almak gerekir. Deneklerin eski hastalıklarını unutmaması, doğru ve yeterli bilgi verememesi, bilgileri gizlemesi, depresyonun toplumumuzda bir hastalık gibi görülmemesi, depresif hastaların yaklaşık olarak yarısının tedavi görmemesi gibi güçlükler yaşanabilir. Yaşam boyu yaygınlık oranı depresyonun süresinden etkilenmediği için etiyojji çalışmaları için de yararlıdır.

**Hastalanma (morbidity) riski:** Depresyon için hastalanma riski, depresyon için belirlenen yaş aralığındaki nüfusta herhangi bir kişinin depresyo-

na yakalanma olasılığının yüzde olarak anlatımıdır. Bu risk için ilgili nüfustaki hastalar, yeni ölmüş kişiler, belirlenen yaş aralığındakiler sayılır. Bu oran için ölmüş olanların da yeterli öyküsünün alınması gerektiğinden, hastalanma riskini araştırmak güçtür. Hastalanma risk oranını belirlemek için en iyi yöntem belirlenen bir dönemde doğanları uzun süre izlemektir.

Bu bölümde depresyonun epidemiyolojik oranları ve bunlarla ilgili olası risk etkenleri gözden geçirilecektir.

### DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİK ORANLARI

Depresyonun epidemiyolojisinde en çok kullanılan oranlar sıklık ve yaygınlık oranlarıdır. Bu oranlarla ilgili olası risk etkenleri de önemli görülmekte ve depresyon epidemiyolojisi çalışmalarında yer verilmektedir.

**1. Depresif belirtiler:** Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili bazı çalışmalar, tanı ölçütlerini karşılamakla birlikte depresif belirtilerin toplumda %13-20 arasında görüldüğünü belirtmektedir (Boyd ve Weissman 1982, Gelder ve ark. 1989). Depresif belirtiler kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeydekilerde, ayrılmış ya da boşanmış olanlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Bir başka çalışmada depresif belirtiler kadınlarda %20-24, erkeklerde %10-16 oranında bulunmuştur (Goldberg ve ark. 1994).

**2. Sıklık:** Bu alandaki çalışmalar farklı toplumlarda farklı sıklık oranları ortaya koymuştur.

Depresyonun bir yıllık sıklığını kadınlarda %0.25 (Essen-Moller ve Hagnell 1961, Gelder ve ark. 1989), %0.27 (Lehtinen ve ark. 1996) oranlarında bulan çalışmaların yanısıra, İskoçya'da salt kadınlarla yapılan bir çalışmada bu oran %7.8 (Surtees ve ark. 1986) olarak bulunmuştur. Erkeklerde bulunan oranlar ise daha düşüktür. İsveç'te bir yıllık sıklık oranı %0.08 (Gelder ve ark. 1989), Finlandiya'da %0.2 (Lehtinen ve ark. 1996) olarak bulunmuştur.

10 ülkede 38000 kişiyle yapılan çalışmada depresyonun bir yıllık sıklığı %0.8-5.8 arasında (Weissman ve ark. 1996), Stirling County çalışmasında %0.23, ECA çalışmasında %1.59 (Eaton ve ark. 1989), ECA örnekleminin 15 yıllık izlenmesinde %0.3 (Eaton ve ark. 1997) oranında bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranlar

arasında depresyonun sıklığının %10 oranında olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve ark. 1995).

**3. Nokta yaygınlık:** Nokta yaygınlık çalışmaları nisbeten azdır. Gelişmiş toplumlarda 16 çalışmada nokta yaygınlık oranları kadınlarda %2.0-9.3, erkeklerde %1.8-3.2 arasında bulunmuştur (Boyd ve Weissman 1982). Bu çalışmalar psikotik depresyon ve bipolar bozukluğun depresif dönemiyle sınırlıdır. Floransa'da 1000 kişiyle yapılan bir çalışmada %2.8 oranı bulunmuştur (Faravelli ve ark. 1990). Afrika'da ise bu oranlar çok yüksek bulunmuştur: Kadınlarda %22.6, erkeklerde %14.3 (Blazer ve Williams 1980, Orley ve Wing 1979).

50 yaşından büyüklerle yapılan bir çalışmada nokta yaygınlık 1994'te %8.7, 1995'te %9.0 oranında bulunmuştur (Roberts ve ark. 1997a). Yaş ortalaması 65 olan 2417 kişiyle yapılan bir çalışmada ise nokta yaygınlık kadınlarda %10.1, erkeklerde %6.6 oranında bulunmuştur (Roberts ve ark. 1997b).

**4. Periyod yaygınlık:** Depresyonun periyod yaygınlık çalışmaları bir aylık, altı aylık ve bir yıllık zaman dilimlerinde yapılmıştır.

*Bir aylık yaygınlık:* National Institute of Mental Health (NIMH)-ECA çalışmasında bir aylık yaygınlık %1.6 (Weissman ve ark. 1988), Diagnostic Interview Schedule (DIS) ile yapılan ECA çalışmasında %2.2 oranında bulunmuştur (Regier ve ark. 1988).

Ülkemizde ise, bir çalışmada Afrika'daki gibi yüksek bir oran bulunmuştur: %18.8 (Doğan ve ark. 1995). Bu yüksek oranın denekler içinde kadınların daha yüksek oranda bulunmasına, yaşam koşullarına, hızlı sosyokültürel değişmelere, toplumsal değer yargılarına bağlanabileceği ileri sürülmektedir.

*Altı aylık yaygınlık:* Depresyonun altı aylık yaygınlığı NIMH çalışmasında %3 oranında (Robins ve ark. 1984, Tollefson 1993), ABD'de üç değişik bölgede DIS'le yapılan çalışmada (Myers ve ark. 1984) kadınlarda %4.1-4.6, erkeklerde %1.7-2.2 arasında bulunmuştur.

*Bir yıllık yaygınlık:* Depresyonun bir yıllık yaygınlık oranları da kullanılan ölçeklere ve çalışmanın yapıldığı topluma göre büyük farklılıklar taşımaktadır. Bulunan oranlar daha yeni çalışmalarda görece daha yüksektir. Bu oran Zürih Çalış-

ması'nda %2.6-6.2 arasında (Angst 1992), 20 yaşından büyük 865 kişiyle yapılan bir çalışmada (Brown ve ark. 1995) %3.1, ECA-DIS çalışmasında (Regier ve ark. 1988) %3.7, ABD'de DSM-III ölçütlerine göre %5.1 (Uhlenhuth ve ark. 1983), Floransa'da %6.2 (Faravelli ve ark. 1990), bir başka çalışmada %7.5 (Goncalves Estella ve ark. 1991), İngiltere ve İskoçya'da Present State Examination (PSE)-ICD-9'a göre %8.5 (Brown ve ark. 1977), NCS çalışmasında %10.3 (Kessler ve ark. 1994, Rothschild 1999) olarak bulunmuştur. Bunların tümünde kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranlar bulunmuştur.

Türkiye'de bu oran bir çalışmada (Üstün ve ark. 1981) yarıkırsal kesimde %10.5, kırsal kesimde %6.3, yine kırsal kesimde %9.2 (Güleç 1981), bir başka çalışmada (Küey 1985) yarıkentsel kesimde %13.5, Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde (Erol ve ark. 1998) %4.0 olarak bulunmuştur.

**5. Yaşam boyu yaygınlık:** Diğer epidemiyolojik oranlarda olduğu gibi, depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranlarında da farklılıklar vardır. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı NIMH-ECA çalışmasında %4.4 oranında (Jefferson ve Greist 1996, Weissman ve ark. 1988), 10 ülkede 38000 kişiyle yapılan çalışmada %1.5-19.0 arasında (Weissman ve ark. 1996), DIS'le 1498 kişiyle yapılan bir çalışmada %13 oranında (Wells ve ark. 1989), NCS'de %17.1 oranında (Kessler ve ark. 94), The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (SADS) ve Research Diagnostic Criteria (RDC) kullanılarak yapılan iki çalışmadan New Haven'dakinde %18.0 (Duncan-Jones ve Henderson 1978) ve ABD'de altı bölgedekinde kadınlarda %20.3, erkeklerde %8.3 oranında (Reich ve ark. 1980) bulunmuştur. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığının genel olarak %15 dolayında olduğu, kadınlarda bu oranın %25'e dek çıkabileceği belirtilmektedir (Kaplan ve ark. 1995). Bu çalışmaların tümünde kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda bulunmuştur.

Orta yaşlılarda yapılan bir çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %19 oranında bulunmuştur (Kitamura 1998).

Türkiye'de kırsal kesimde yaşam boyu yaygınlık %23.6 (Güleç 1981), yarıkentsel kesimde %19.0 (Küey 1985) oranında bulunmuştur.

**6. Hastalanma riski:** Üzerinde az durulan bir orandır. Major depresyon aile çalışmalarında,

hastaların birinci derecedeki akrabalarında depresyona yakalanma riski kadınlarda %18, erkeklerde %11 ve toplam olarak %18 oranında bulunmuştur (Rothschild 1999).

## DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ İLE İLGİLİ OLASI RİSK ETKENLERİ

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda birçok risk etkenine ve bazı etiyolojik etkenlere de yer verilmektedir. Burada önemli görülenler üzerinde durulacaktır.

**1. Biyolojik etkenler:** Depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan etkenler kabaca ve yüzeysel olarak dört gruba ayrılabilir: Biyokimyasal, genetik, psikodinamik, toplumsal-çevresel etkenler. Bu ayrımın ve etkenlerin bu bölümle ilgisi, kendi aralarında sürekli ve dinamik bir etkileşim içinde olmalarıdır. Örneğin, biyokimyasal ve genetik etkenler kişinin ruhsal-toplumsal etkenlere yanıtını etkileyebilir (Kaplan ve ark. 1995, Rothschild 1999).

**2. Genetik etkenler:** Depresyonun genetik etkenlerle ilişkisini araştıran ve epidemiyolojik oranları etkileyen çalışmalar aile, evlatlık, ikiz ve linkage çalışmalarıdır. Bu çalışmalar aşağıdaki sonuçları ortaya koymuştur:

- Genetik risk kadınlarda ve erkeklerde değişmemektedir (Kendler ve Prescott 1999), genetik etkenler bir yıllık yaygınlık oranlarını etkiler (Kendler ve ark. 1993).

- Aile öyküsünde depresyonun olması depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır (Gelder ve ark. 1989, Kaplan ve ark. 1995, Tollefson 1993). Hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat artmaktadır. Depresif hastaların birinci derecedeki akrabalarında depresyon oranı %9.4, kontrol grubunun akrabalarında %4.5 olarak bulunmuştur (Beardslee ve ark. 1983, Rothschild 1999, Weissman ve ark. 1982).

- Bir yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı iki yumurta ikizlerinden belirgin düzeyde daha yüksektir (McGuffin ve ark. 1991, Rothschild 1999). Eş hastalanma oranı bir yumurta ikizlerinde %50, iki yumurta ikizlerinde %10-25 arasındadır (Kaplan ve ark. 1995).

**3. Yaş:** Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur.

Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir (Anthony ve Petronis 1991, Beekman ve ark. 1995, Breslau ve Davis 1992, Roberts ve ark. 1997b). Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı da belirtilmektedir (Altamura ve ark. 1995, Roberts ve ark. 1997a,b).

Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir (Brown ve ark. 1995, Coryell ve ark. 1992, Garrison ve ark. 1992, Kaplan ve ark. 1995, Serfaty ve ark. 1995). Bunun nedeni daha çok alkol ve diğer maddelerin kullanılmasıdır.

Depresyonun sıklığının ve yaygınlığının en geniş aralıkta 20-50 yaşları arasında pik yaptığı (Kaplan ve ark. 1995, Tollefson 1993), ortalama başlangıç yaşının 20'li yaşların ortası (27 yaş) olduğu (Boyd ve Weissman 1989, Jefferson ve Greist 1996, Rothschild 1999) belirtilmektedir. Bir yayında bu yaş 40 olarak verilmektedir (Kaplan ve ark. 1995).

Ülkemizde depresyon bazı çalışmalarda (Güleç 1981, Üstün ve ark. 1981) 40 yaşın üzerinde, bir çalışmada (Doğan ve ark. 1995) 55-65 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur.

**4. Cinsiyet:** Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda ve kadın/erkek oranının yaklaşık 2 olduğudur. Birçok çalışmada ve gözden geçirmede (Boyd ve Weissman 1989, Goldberg ve ark. 1994, Jefferson ve Greist 1996, Kaplan ve ark. 1995, Kessler ve ark. 1994, Kitamura 1998, Regier ve ark. 1993, Rothschild 1999, Tollefson 1993) bu durum belirtilmiştir. Oran vermeden kadınlarda daha yüksek oranlar bulan çalışmalar da vardır (Anthony ve Petronis 1991, Blazer ve ark. 1991, Goncalves Estella ve ark. 1991, Jones-Webb ve Snowden 1993, Koenig ve Blazer 1992, Parker ve ark. 1995, Weissman ve ark. 1996, Wilhelm ve ark. 1997).

Az sayıda çalışma çocuklukta (Angold ve Worthman 1993) ve prepubertede (Garrison ve ark. 1992, Nolen-Hoeksema ve Girgus 1994) cinsiyete göre fark bulamazken, iki çalışmada (Altamura ve

ark. 1995, Wilhelm ve Parker 1993) cinsiyete göre fark olmadığı bulunmuştur.

Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmemesine, daha çok hormonal değişikliklere, toplumsal değer yargılarına, farklı stresörlerle karşılaşmaya, çocuk yetiştirme biçimlerine bağlanmaya çalışılır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Doğan ve ark. 1995, Erol ve ark. 1998, Güleç 1981, Küey 1985, Üstün ve ark. 1981) depresyon oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

**5. Stresli yaşam olayları ve kayıplar:** Birçok klinisyen ve araştırmacı stresli yaşam olaylarıyla depresyonun görülmesi arasında bir ilişkinin olduğuna inanır. Bazı araştırmacılar ise, stresli yaşam olaylarının depresyona neden olmadığını, ancak bunların depresyona bir yatkınlık yarattığı ve tetikleyici bir rollerinin olduğunu kanısladılar. Araştırmalar niteliği ne olursa olsun, stresli yaşam olaylarıyla depresyon arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (Gelder ve ark. 1989, Ilfeld 1988, Kaplan ve ark. 1995, Lloyd 1980, Paykel 1976, 1981, Rothschild 1999, Roy 1997).

Stresli yaşam olayları ve kayıplar arasında en önemlileri ölüm, boşanma, erken çocukluk yıllarında anne ya da baba kaybı, sağlık ya da parayla ilgili krizler, çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımı, tehdit edici yaşam olaylarıdır.

Araştırmalar kayıp yaşayanların %20'sinin depresyona yakalandığını (Rothschild 1999), tehdit edici yaşam olaylarından 6 ay sonra depresyon riskinin 6 kat arttığını (Paykel 1978), 11 yaşından önce anne ya da baba kaybının (ve ayrılığının) depresyon riskini arttırdığını (Gelder ve ark. 1989, Javed ve Mirza 1992, Jefferson ve Greist 1996, Kaplan ve ark. 1995, Patten 1991) göstermiştir. Depresif hastalarla yapılan çalışmalarda hastalık öncesinde stresli yaşam olayları kontrol grubuna göre daha çok sayıda/oranda (Fuchs 1999, Paykel 1978, Roosa ve ark. 1999, Shroul ve ark. 1989) bulunmuştur. Andrew kasırgasından sonra 6-12 aylık bir izleme çalışmasında depresyon %30 oranında bulunmuştur (David ve ark. 1996).

Erken çocukluk yıllarında anne-çocuk ilişkisindeki bozuklukların (Rothschild 1999), yakın ilişki ya da iş kaybının (Boyd ve Weissman 1989), evde küçük çocuk olmasının (Gelder ve ark. 1989, Hirschfeld

ve Cross 1982) depresyon riskini arttırdığına inanılır.

Stresli yaşam olayları herkeste bir depresif nöbete neden olmaz. Bunlardan depresyonla en çok ilişkili olduğu kabul edilenler eş ölümü ve 11 yaşından önce anne kaybidir.

**6. Medeni durum:** Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda araştırılan bir başka özellik de medeni durumdur. Çalışma sonuçları depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Altamura ve ark. 1995, Anthony ve Petronis 1991, Bruce ve Kim 1992, Coryell ve ark. 1992, Gelder ve ark. 1989, Jones-Webb ve Snowden 1993, Kaplan ve ark. 1995, Kiecolt-Glaser ve Glaser 1987, Koenig ve Blazer 1992, Parker ve ark. 1995, Potter ve ark. 1995). Depresyonun bekarlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri sürülmektedir (Rothschild 1999).

Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır (Kaplan ve ark. 1995, Rothschild 1999). Erkekler için en yüksek risk dönemi boşanmadan sonraki 6 aydır (Rothschild 1999, Roy 1997).

Ülkemizdeki bir çalışmada (Güleç 1981) depresyon oranı dullarda, diğer çalışmalarda (Doğan ve ark. 1995, Erol ve ark. 1998) dul ve boşanmışlarda daha yüksek bulunmuştur.

**7. Sosyoekonomik düzey (SED):** 1950'li ve 1960'lı yıllarda değişmez olarak depresyon sıklığı ve yaygınlığı düşük sosyoekonomik düzeydekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur (Murphy ve ark. 1991). Sonraki çalışmalarda bulunan sonuçlar çelişkilidir. Depresyon yaygınlığının düşük SED'dekilerde daha yüksek olduğunu belirten yayınlar (Blazer ve ark. 1991, Brown ve ark. 1975 ve 1977, Gelder ve ark. 1989, Holzer ve ark. 1986, Jefferson ve Greist 1996, Koenig ve Blazer 1992, Potter ve ark. 1995) olduğu gibi, depresyon yaygınlığının SED'le ilişkisi olmadığını belirten yayınlar da vardır (Duncan-Jones ve Henderson 1978, Kaplan ve ark. 1995, Rothschild 1999).

Ülkemizde depresyon en yüksek oranda düşük gelir düzeydekilerde bulunmuştur (Doğan ve ark. 1995, Güleç 1981).

Eğitim düzeyiyle depresyon yaygınlığı arasında ilişki olmadığına (Rothschild 1999) ve düşük eğitim düzeylilerin (La Gery ve ark. 1990), ya da yüksek eğitim düzeylilerin (Coryell ve ark. 1992) daha yüksek risk taşıdıklarına ilişkin yayınlar vardır.

Ülkemizdeki çalışmalarda öğrenim görmeyenlerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (Doğan ve ark. 1995, Erol ve ark. 1998, Güleç 1981).

Kırsal kesimde doğup yaşamanın da bir risk etkeni olabileceği belirtilmektedir (Kaplan ve ark. 1995). Oysa ülkemizde ilde yaşayanlarda depresyon daha yüksek oranda bulunmuştur (Erol ve ark. 1998).

**8. Kişilik tipi/özellikleri:** Depresyon için özgül bir hastalık öncesi kişilik bozukluğu yoktur. Herhangi bir kişilik tipindeki her insan depresyona yakalanabilir. Ancak birçok çalışma bazı kişilik özelliklerinin depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar obsesif, oral-bağımlı, histriyonik kişilik özellikleriyle içe dönüklük ve nörotisizm özellikleridir (Boyd ve Weissman 1982, Gelder ve ark. 1989, Hecht ve ark. 1998, Kaplan ve ark. 1995, Maier ve ark. 1992). Kadınlarda nörotisizmle depresyon yaygınlığının koşutluk gösterdiği belirtilmektedir (Shrout ve ark. 1989, Wilhelm ve ark. 1997).

Depresyona eğilimli kişilerin öz güvenlerinin (self-esteem) düşük, üstbenliklerinin güçlü, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları bulunmuştur (Rothschild 1999).

73 depresif hastanın kişilik özellikleri araştırılmış ve şu özellikler bulunmuştur: Güvensizlik, strese dayanıksızlık, içe dönüklük, girişkenlik kaybı, bağımlılık, obsesiflik, sosyal beceri yetersizliği (Boyd ve Weissman 1982). Ancak bu çalışmanın sonuçları kullanılırken depresyon yaşantısının kişilik özelliklerini değiştirebileceği akılda tutulmalıdır.

**9. İş durumu:** Bu alandaki çalışmalar işsizlik ya da iş kaybının depresyon için bir risk etkeni olduğunu göstermektedir (Anthony ve Petronis 1991, Hirschfeld ve Cross 1982, Roy 1997). Fransız Elektrik ve Gaz Ulusal Şirketi'nde çalışanlar arasında Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ile yapılan bir çalışmada (Chevalier ve ark. 1996) bir yıllık yaygınlık kadınlarda %17.9, erkeklerde %7.6 oranında bulunmuştur. Bu çalışmaya

göre, işin niteliğindeki değişiklikler depresyona neden olabilir. Bir başka çalışma (Kawakami ve ark. 1990) uygun olmayan iş koşullarının da risk etkeni olduğunu göstermiştir.

**10. Puerperal etkenler:** Kadınlarda puerperal dönem, özellikle doğum sonrası dönem depresyonun yaygınlığı açısından çok araştırılmıştır (Bkz. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar).

Bir çalışmada (Neugebauer ve ark. 1992) düşük yapanlar arasında depresif belirtiler kontrol grubundaki kadınlardan 3 kat daha çok bulunmuştur.

Doğum sonrası dönemde depresyonun yaygınlığının %10-20 arasında olduğu belirtilmektedir (Gelder ve ark. 1989, Seguin ve Cossette 1991). Bir çalışmada postpartum depresyon doğumdan sonraki 5. günde %20.3 (Bergant ve ark. 1998), 7. günde %18 (Abou-Saleh ve Ghubash 1997), İsrail'de yapılan bir başka çalışmada altı haftalık yaygınlık %22.6 (Glasser ve ark. 1998), 3. ayda %12 (Da-Silva ve ark. 1998) oranında bulunmuştur.

Taburcu olma zamanına göre depresyon yaygınlığını araştıran bir çalışmada (Hickey ve ark. 1997) doğum sonrası 72 saat içinde taburcu edilenlerde postpartum depresyon %14.4, daha geç taburcu edilenlerde %7.4 oranında bulunmuştur.

Doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının yüksek bulunması, bu dönemde önemli hormonal ve mood değişikliklerinin yaygın olmasına, rol değişikliklerine, ruhsal-toplumsal stresörlerdeki artışa bağlanmaktadır (Boyd ve Weissman 1989).

**11. Hastalıklar:** Çeşitli çalışmalar birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar arasında virütik hastalıklar (influenza, AIDS), endokrin hastalıklar (diabet, guatr), nörolojik hastalıklar (epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), romatoid artrit, kanser, alkol ve diğer madde bağımlılıkları sayılabilir (Altamura ve ark. 1995, Beekman ve ark. 1998, Black 1999, Dew ve ark. 1996, Gelder ve ark. 1989, Kovacs ve ark. 1997, Migliorelli ve ark. 1995, Perkins ve ark. 1994, Tollefson 1993, Vuilleumier ve ark. 1998, Wells ve ark. 1989, Wright ve ark. 1996).

**12. Diğer risk etkenleri:** Üzerinde daha az durulan risk etkenleri şunlardır:

- *Göç:* Göçmen kadınlarda risk yüksektir (de Leon Sianta 1990).

- *Aşırı duygu dışı vurumu (expressed emotion):* Annelerin aşırı duygu dışı vurumu çocuklarda depresyon riskini 3 kat arttırmaktadır (Schwartz ve ark. 1990).

- *Evsiz olma:* Evsizlerde depresyon riski daha yüksektir (La Gery ve ark. 1990).

- *Doğum sırası:* Ailenin birinci çocuğu daha yüksek risk taşır (Goncalves Estella ve ark. 1991).

- *Aile yapısı:* Ülkemizdeki bir çalışmada (Güleç 1981) en yüksek depresyon oranı çekirdek ailelerdeki, bir diğerinde (Doğan ve ark. 1995) geniş ailelerdeki bulunmuştur.

### Depresyon riskini etkilemeyen özellikler

- Depresyon riski ırka ve etnik kökene göre değişmez (Boyd ve Weissman 1989, Kaplan ve ark. 1995, Rothschild 1999). Ancak klinisyenler kendilerinden farklı ırktan ve kültürden kişilere daha düşük oranda depresyon tanısı koyma eğilimindedir.

- Menapoz bir risk etkeni değildir (Boyd ve Weissman 1989).

- Depresyonun epidemiyolojik değişkenlerinin kültürden etkilenmediği kabul edilir (Rothschild 1999). Kültürel özellikler klinik belirtilerin ortaya çıkışını ve görülme biçimini etkileyebilir.

### SONUÇ

Yukarıdaki bilgilere göre depresyonun toplumda sık ve yaygın görülen bir ruhsal bozukluk olduğu söylenebilir. Bu durum depresyonun diğer özelliklerinin yanısıra, epidemiyolojisiyle ilgili çalışmaların yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları depresyon için risk gruplarının tanınmasında ve birincil-ikincil-üçüncül korumasının planlanmasında yararlı ve gereklidir.

Depresyonun farklı toplumlarda farklı sıklık ve yaygınlık oranlarının bulunması daha çok araştırmaların yöntemlerine, kullanılan tanı koydurucu ölçeklerin farklılığına bağlanmaktadır. Bu nedenle depresyon epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalarda yöntem ve ölçek farklılıklarının ortadan kaldırılarak çok merkezli alan çalışmalarının yapılması uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Abou Saleh MT, Ghubash R (1997) The prevalence of postpartum depression in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 95(5):428-432.
- Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B ve ark. (1995) Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *Eur Neuropsychopharmacol*, 5(Suppl):99-102.
- Angold A, Worthman CW (1993) Puberty onset of gender differences in rates of depression. A developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J Affect Disord*, 29(2-3):145-158.
- Angst J (1992) Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(Suppl):71-74.
- Anthony JC, Petronis KR (1991) Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*, 2(2):123-132.
- Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB ve ark. (1983) Children of parents with MDD: A review. *Am J Psychiatry*, 140:825-832.
- Beck AT (1974) Depressive neurosis. *American Handbook of Psychiatry* Brody EB, Arieti S (Ed), 2. baskı, 3. cilt, New York, Basic Books, s.61-90.
- Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg ve ark. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 36(1-2):65-75.
- Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ ve ark. (1998) Depression in survivor of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(10):463-470.
- Bergant A, Nguyen T, Moser R ve ark. (1998) Prevalence of depressive disorders in early puerperium. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*, 38(4):232-237.
- Black SA (1999) Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. Results from the Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly survey. *Diabetes Care*, 22(1):56-64.
- Blazer D, Williams CD (1980) Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry*, 137:439-444.
- Blazer D, Burchett B, Service C ve ark. (1991) The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, 46(6):210-215.
- Boyd JH, Weissman MM (1982) Epidemiology. *Handbook of Affective Disorders*, ES Paykel (Ed), Churchill Livingstone.
- Boyd JH, Weissman MM (1989) Epidemiology of major affective disorders. *Psychiatry*, R Michels (Ed), 3. Cilt, 13. Bölüm, Philadelphia, JB Lippincott Company.
- Breslau N, Davis GC (1992) Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia*, 12(2): 85-90.
- Brown DR, Ahmed F, Gary LE ve ark. (1995) Major depression in a community sample of African Americans. *Am J Psychiatry*, 152(3):373-378.
- Brown GW, Bhrolchain MN, Harris TO (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9:225-254.
- Brown GW, Davidson S, Harris T ve ark. (1977) Psychiatric disorders in London and North Uist. *Soc Sci Med*, 11:367-377.
- Brown GW, Harris TO, Copeland JR (1977) Depression and loss. *Br J Psychiatry*, 130:1-18.
- Bruce ML, Kim KM (1992) Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am J Psychiatry*, 149(7):914-917.
- Chevalier A, Bonenfant S, Picot MC ve ark. (1996) Occupational factors of anxiety and depressive disorders in the French National Electricity and Gas Company. The Anxiety Group. *J Occup Environ Med*, 38(11):1098-1107.
- Coryell W, Endicott J, Keller M (1992) Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry*, 49(2):117-125.
- Da Silva VA, Moraes Santos AR, Carvalho MS ve ark. (1998) Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, 31(6):799-804.
- David D, Mellman TA, Mendoza LM ve ark. (1996) Psychiatric morbidity Hurricane Andrew. *J Trauma Stress*, 9(3): 607-612.
- de Leon Sianta ML (1990) Correlates of maternal depression among Mexican American migrant farmworker mother. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs*, 3(1):9-13.
- Dew MA, Roth LH, Schulberg HC ve ark. (1996) Prevalence and predictors of depression and anxiety related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*, 18(6 Suppl):48-61.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoglu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas.
- Doğan O (1998) Bir psikiyatrik epidemiyoloji alan araştırması örneği: Sivas. *Bahar Sempozyumları* 2, s.42-44, (29 Nisan-03 Mayıs, Antalya).
- Duncan-Jones P, Henderson S (1978) The use of a two-phase design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry*, 13:231-237.
- Eaton WW, Kramer M, Anthony JC ve ark. (1989) The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand*, 79:163-178.
- Eaton WW, Anthony JC, Gallo J ve ark. (1997) The natural history of major depression: the Baltimore ECA follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 54:993-999.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Eksen Tanıtım, Ankara.
- Essen-Moller E, Hagnell O (1961) The frequency and risk of depression within a rural population group in Scania. *Acta Psychiatr Scand*, 162(Suppl):28-32.
- Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Aiazzi L ve ark. (1990) Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *J Affect Disord*, 20(2):135-141.
- Fava GA, Munari F, Pavan L ve ark. (1981) Life events and depression. A replication. *J Affect Disord*, 3:159-165.

- Fuchs T (1999) Life events in late paraphrenia and depression. *Psychopathology*, 32(2):60-69.
- Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL ve ark. (1992) Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiol*, 135(7):792-802.
- Gelder M, Gath D, Mayou R (1989) *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2. Baskı, Oxford, Oxford University Press.
- Glasser S, Barell V, Shoham A ve ark. (1998) Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19(3):155-164.
- Goldberg D, Benjamin S, Creed F (1994) *Psychiatry in Medical Practice*. 2. Baskı, London, Routledge.
- Goncalves EF, Acosta LA, Ledesma JA (1991) Clinical and epidemiological study of depression and aggressiveness in a rural population center. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 19:210-219.
- Güleç C (1981) Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B ve ark. (1982) Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med*, 12:279-289.
- Hecht H, van Calker D, Berger M ve ark. (1998) Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord*, 51(1):33-43.
- Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D ve ark. (1997) Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust*, 167(5):244-247.
- Hirschfeld RMA, Cross CK (1982) Epidemiology of affective disorder: Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
- Holzer CE, Shea BM, Swanson JW ve ark. (1986) The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status. *J Comm Psychiatry*, 6:259-271.
- Ilfeld FW (1988) Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry*, 134:161-166.
- Javed MA, Mirza T (1992) Risk factors for depression. *JPMA J Pak Med Assoc*, 42(3):57-59.
- Jefferson JW, Greist JH (1996) *Mood disorders. Synopsis of Psychiatry*, RE Hales, SC Yudofsky (Ed), Washington D.C., APA.
- Jones-Webb RJ, Snowden LR (1993) Symptoms of depression among blacks and whites. *Am J Public Health*, 83(2):240-244.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza.
- Kawakami N, Araki S, Kawashima M (1990) Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a case-control study nested in a cohort study. *J Occup Med*, 32(8):722-725.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC ve ark. (1993) A longitudinal twin study of 1-year prevalence of major depression in women. *Arch Gen Psychiatry*, 50(11):843-852.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R (1987) Psychosocial moderators of immune function. *Ann Behav Med*, 9:16-20.
- Kitamura T (1998) Psychiatric epidemiology in Japan: towards psychological understanding of the etiology of minor psychiatric disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 52(Suppl):75-77.
- Koenig HG, Blazer DG (1992) Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med*, 8(2):235-251.
- Kovacs M, Beck AT (1978) Maladaptive cognitive structures in depression. *Am J Psychiatry*, 135:525-533.
- Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS ve ark. (1997) Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20(1):36-44.
- Küey L (1985) Yarıkentsel bir bölgede affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu bozukluklara karşı gösterilen tutumları araştıran epidemiyolojik bir çalışma. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J (1990) Depression among the homeless. *J Health Soc Behav*, 31(1):87-102.
- Lehtinen V, Veijola J, Lindholm T ve ark. (1996) Incidence of mental disorders in the Finnish UKKI Study. *Br J Psychiatry*, 168:672-678.
- Lloyd C (1980) Life time events and depressive disorder reviewed. I. Events as precipitating factors. *Arch Gen Psychiatry*, 37:541-548.
- Maier W, Lichtermann D, Minges J ve ark. (1992) Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *J Affect Disord*, 24(3):153-163.
- Marton P, Maharaj S (1993) Family factors in adolescent unipolar depression. *Can J Psychiatry*, 38(6):373-382.
- McGuffin P, Katz R, Rutherford J (1991) Rutherford J Nature, nurture and depression: a twin study. *Psychol Med* 21(2):329-335.
- Migliorelli R, Teson A, Sabe L ve ark. (1995) Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 152(1):37-44.
- Murphy JM, Olivier DC, Monson RR ve ark. (1988) Incidence of depression and anxiety: the Stirling County Study. *Am J Public Health*, 78:534-540.
- Murphy JM, Olivier DC, Monson RR ve ark. (1991) Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3): 223-229.
- Myers JK, Weissman MM, Tischler GL ve ark. (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41:959-970.

- Neugebauer R, Kline J, O'Connor P ve ark. (1992) Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynecol*, 166:104-109.
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull*, 115(3):424-443.
- Orley J, Wing JK (1979) Psychiatric disorder in two African villages. *Arch Gen Psychiatry*, 36:513-520.
- Parker G, Hadzi Pavlovic D, Greenwald S ve ark. (1995) Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord*, 33(3):173-180.
- Patten SB (1991) The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Can J Psychiatry*, 36(10):706-711.
- Paykel ES (1976) Life stress, depression, and attempted suicide. *J Human Stress*, 2:3-12.
- Paykel ES (1978) Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol Med*, 8:245-254.
- Paykel ES (1981) Have multivariate statistics contributed to classification? *Br J Psychiatry*, 139:357-362.
- Perkins DO, Stern RA, Golden RN ve ark. (1994) Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepidemiologic center of the AIDS epidemic. *Am J Psychiatry*, 151(2):233-236.
- Potter LB, Rogler LH, Moscicki EK (1995) Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30(4):185-193.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD ve ark. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*, 45:977-986.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS ve ark. (1993) The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: epidemiological catchment area prospective. 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50:85-94.
- Reich T, Rice J, Andreasen N ve ark. (1980) A preliminary analysis of the segregation distribution of primary MDD. *Psychopharmacol Bull*, 16:34-36.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ ve ark. (1997a) Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 154(10):1384-1390.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ ve ark. (1997) Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 52(5):252-258.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:949-958.
- Roosa MW, Reinholtz C, Angelini PJ (1999) The relation of child sexual abuse and depression in young women: comparison across four ethnic groups. *J Abnorm Child Psychol*, 27(1):65-76.
- Rothschild AJ (1999) Mood disorders. *Harvard Guide to Psychiatry*, Nicholi Jr AM (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, s.281-307.
- Roy A (1997) A case-control study of social risk factors for depression in American patients. *Can J Psychiatry*, 42(3):307-309.
- Seguin L, Cossette L (1991) Post natal depression: the socio-environmental factors. *Sante Ment Que*, 16(1):149-164.
- Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR ve ark. (1990) Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res*, 24(3):231-250.
- Serfaty E, Andrade J, D'Aquila ve ark. (1995) Severe depression and risk factors in Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 41(1):35-39.
- Shrout PE, Link BG, Dohrenwend BP ve ark. (1989) Characterizing life events as risk factors for depression: the role of fateful loss events. *J Abnorm Psychol*, 98(4): 460-467.
- Surtees PG, Sashidharan SP, Dean C (1986) Affective disorder amongst women in the general population: a longitudinal study. *Br J Psychiatry*, 148:176-186.
- Tollefson GD (1993) Major depression. *Current Psychiatric Therapy*, Dunner DL (Ed), Philadelphia, WB Saunders Company.
- Unlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD ve ark. (1983) Symptom checklist syndromes in the general population: Correlations with psychotherapeutic drug use. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1167-1173.
- Üstün TB, Ceylan M, Yaşar AK ve ark. (1981) Kazan sağlık ocağı bölgesinde (kırsal ve yarıkırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi. 18. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul.
- Vuilleumier P, Jallon P (1998) Epilepsy and psychiatric disorders: epidemiological data. *Rev Neurol (Paris)*, 154(4):305-317.
- Weissman MM, Kidd KK, Prusoff BA (1982) Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal proband. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1397-1403.
- Weissman WW, Leaf PJ, Tischler GL ve ark. (1988) Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med*, 18:141-153.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ ve ark. (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276(4):293-299.
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR ve ark. (1989) Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 23(3):315-326.
- Wilhelm K, Parker G (1993) Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatr Scand*, 88(3):205-211.
- Wilhelm K, Parker G, Hadzi PD (1997) Fifteen years on: evolving ideas in researching sex differences in depression. *Psychol Med*, 27(4):875-883.
- Wright GE, Parker JC, Smarr KL ve ark. (1996) Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*, 9(4):264-272.