

ŞİZOFRENİ VE DEPRESYONDA YAŞAM OLAYLARI

Hüseyin H. ÖZSAN* Handan TUĞCU** Aykut ÖZDEN*** Işık SAYIL****

Özet: Şizofreni ve depresyonda zorlayıcı yaşam olaylarının hastalığın başlangıcı veya relapslarda etkisi olduğu bilinmektedir. Fakat bu konuda yapılan çalışmalar ülkeler arası farklı sonuçlar sergilemektedir. Bu çalışmada amaç, ülkemizde zorlayıcı yaşam olaylarının hastalanma üzerinde etkisi olup olmadığının ve en sık hangi olayların etkili olduğunu araştırmaktır. Bunun için, 1994 yılında hastanemiz kapalı psikoz katlarına yatırılan 30 depresyon, 30 şizofreni hastası ve 30 normal kontrol çalışmaya dahil edilmiş ve Yaşam Olayları Listesi kullanılarak incelenmiştir. Sonuçlar; depresyonların, her iki gruptan, şizofrenlerin de kontrollerden daha fazla zorlayıcı yaşam olayı tanımladığını göstermiştir. Bulgular özellikle son bir yıl için belirginleşmiştir. Sonuçlar kaynaklarla bağlantılı olarak tartışılmıştır.

GİRİŞ VE AMAÇ

Psikotik ve afektif bozuklukların çoğunun relapslarla gittiği bilinmektedir. Tedavi seçeneklerindeki artışa ve psiko-farmakolojideki gelişmelere rağmen relaps konusu hala psikiyatristleri zorlamaktadır. Sıklıkla relapse götüren durumlar belirle-nemilirse bu konuda önlem alınabileceği için bu konuda birçok araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda şizofrenide aile içinde dışa vuran duygu durumlarının relaps üzerine etkisi bulunmuş

ve aileye yönelik girişimlere yeni bir boyut katılmıştır (Leff ve Vaughn 1980). Relaps ve bazı durumlarda hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkmasında, zorlayıcı yaşam olaylarının etkisi ise çok daha eskiden beri bilinmekteyse de (Nuechterlein ve Dawson 1984, Weinberger 1987) bu konuyla ilgili sistemli çalışmalar görece yenidir (Nuechterlein ve ark 1994). Bu konu, şizofreni ve depresyonda belirginleştiği kadar (Lloyd 1980, Paykel 1982), anksiyete bozuklukları (Servant ve Parquet 1994), suicidal girişimleri (Garrison ve ark 1991) ve manik epizodlarda da (Paykel 1994) gündeme gelmeye başlamıştır. Fakat manideki sonuçlar (McPherson ve ark 1993) depresyondaki kadar ve negatif şizofrenideki sonuçlar da pozitifdeki kadar kesin ve tutarlı değildir (Fenton ve McGlashan 1994).

Hastalığa yakalanmış ve tedavi ile bunu atlattığı psikotik hastaların daha çok stresli yaşam olayıyla karşılaştığına dair kesin bir bilgimiz yoktur, fakat çoğu zaman dış olaylara duyarlılığın arttığı, daha önce pek sorun yaratmayacak bir olayın bile bazen hastalığın tekrarına yol açtığı gözlenmektedir (Norman ve Malla 1993a). Benzer şekilde, hastalık için bir zemini olan kişilerde hastalığın ilk hecmesini bazen bir yaşam olayının tetiklediği de bilinmektedir (Bebington ve ark. 1993, Frank ve ark. 1994).

Yaşam olaylarının hastalığın başlangıcı ve gidişi üzerindeki etkisi konusu kültürler arası psikiyatri açısından da değerlendirilmek zorundadır, çünkü kültürlerin yaşam olaylarına verdikleri yanıtlar birbirlerinden farklı olabilmektedir. Bir toplumda ancak

* Doç Dr Ankara Univ Tıp Fak Psikiyatri Anabilim Dalı
 ** Uzm Psikolog, Ankara Univ Tıp Fak Psikiyatri Anabilim Dalı
 *** Araş Gör Dr , Ankara Univ Tıp Fak Psikiyatri Anabilim Dalı
 **** Prof Dr , Ankara Univ Tıp Fak Psikiyatri Anabilim Dalı

Tablo - 1
DENEKLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

	ŞİZOFRENI n=30		DEPRESYON n=30		KONTROL n=30	
	n	%	n	%	n	%
CİNSİYET						
Kadın	25	83.3	23	76.7	22	73
Erkek	5	16.7	7	23.3	8	27
MEDENİ DURUM						
Evlü	6	20	15	50	15	50
Bekar	21	70	9	30	12	40
Dul/Boşanmış	3	10	6	20	3	10
MESLEK						
Memur	10	33.3	15	50	16	53.3
Ev Hanımı/Çalışmıyor	16	53.3	10	33.3	7	23.3
Öğrenci	1	3.3	1	3.3	6	20
İşçi	0	0	3	10	1	3.3
Serbest	3	10	1	3.3	0	0
EĞİTİM						
İlkokul	7	23.3	7	23.3	1	3.3
Orta öğretim	12	40	16	53.3	17	56.7
Yüksek okul	11	36.7	7	23.3	12	40

Tablo - 2
YAŞAM OLAYLARININ GRUPLARA ve ZAMANA GÖRE DAĞILIMI

	ŞİZOFRENI n=30		DEPRESYON n=30		KONTROL n=30		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 3 AY	82	26.2	94	22.7	23	16.5	199	22.9
4 - 12 AY	77	24.6	160	38.5	58	48.9	305	35.2
13 - 24 AY	74	23.8	59	14.2	34	24.5	167	19.3
25 - 48 AY	80	25.8	102	24.6	14	10.1	186	22.6
TOPLAM OLAY	313	100	415	100	139	100	887	100

eş kaybı, işten ayrılma veya tutuklanma gibi olaylar travmatik olabilirken, diğerinde az miktarda borçlanma bile travmatik olabilmektedir. Örneğin, Batı ülkelerinde kullanılan araştırma araçları ve dese- niyle Suudi Arabistan ve Nijerya'da yapılan iki çalı- şma, stresli yaşam olaylarıyla relaps arasındaki bağlantıyı Batıda olduğu kadar net göstermemiştir (Al Khani ve ark. 1986, Gureje ve Adewunmi 1988).

Şizofreni ve depresyonda yaşam olaylarının ye- riyle ilgili yurt dışında yapılan çalışma sayısı oldukça fazladır, fakat ülkemizde yeterli çalışma bulun- mamaktadır. Halbuki ülkemizde hangi yaşam olaylarının, hangi hastalarda ve ne zaman riskli ol- duğunun belirlenmesi primer ve tersiyer koruma açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda çalış- mamızın amacı, şizofreni ve depresyon hastaların- da yaşam olaylarının yerini karşılaştırmalı olarak ir- delemektir. Hastaların stresle başa çıkma

Tablo - 3
YAŞAM OLAYI ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

	ŞİZOFRENI n=30		DEPRESYON n=30		KONTROL n=30		İSTATİSTİK
	Ortalama olay	Ortalama olay	Ortalama olay	Ortalama olay	Ortalama olay	Ortalama olay	
0 - 3 AY	2.7	3.1	0.8				Anlamlılık Derecesi p< 0.01*
4 - 12 AY	2.6	5.3	2.3				p< 0.01** p< 0.01** p< 0.01***
13 - 24 AY	2.5	2.0	1.1				p< 0.05*
25 - 48 AY	3.1	2.8	0.9				p< 0.01* p< 0.01**
TOPLAM	10.4	13.8	4.6				p< 0.01* p< 0.01** p< 0.05***

* 2.7 ile 3.1 ve 0.8 grupları arası fark
** 2.6 ile 5.3 ve 2.3 grupları arası fark
*** 2.5 ile 2.0 ve 1.1 ve 3.1 ile 2.8 grupları arası fark

Tablo - 4
OLAY LİSTESİNİN ORTALAMA STRES SKORLARININ GRUPLARA ve ZAMANA GÖRE DAĞILIMI

	ŞİZOFRENI n=30		DEPRESYON n=30		KONTROL n=30		İSTATİSTİK
	Ortalama	9.5*	Ortalama	3.9	Ortalama	8.5	
0 - 3 AYLAR	54.3	15.1	53.9	17.7	47.0	16.7	p< 0.01**
4 - 12 AYLAR	54.7	15.7	50.8	17.8	47.9	16.4	p< 0.01**
13 - 24 AYLAR	54.3	15.1	53.9	17.7	47.0	16.7	p< 0.01**
25 - 48 AYLAR	54.3	15.1	53.9	17.7	47.0	16.7	p< 0.01**

* Stresli olaylar
** 9.5 ile 3.9 ve 15.1 ile 15.7 ve 15.1 ile 15.7 ve 15.1 ile 15.7 grupları arası fark

güçlerinde azalma başladıktan sonra, bunu en aza indireyecek bir yaşam stili geliştirmiş olabilecekleri bilindiği için, yaşam olaylarının sayısı dışında, stres ve uyum derecelerinin değerlendirilmesi de yapılmıştır. Ayrıca, hangi hastaların en duyarlı oldukları, hangi dönemlerin daha riskli olduğu ve hangi yaşam olaylarının daha olumsuz algılandığı da incelenmiştir.

ARAÇ VE YÖNTEM

Çalışma 1994 yılı içinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yapılmıştır. Kliniğimiz kapalı erkek ve kadın psiko- z katlarına yatırılan hastalar arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 60 hasta ve psikiyatri kliniğine hiç uğramamış

Tablo - 5
10 AY YAŞINA ORTALAMA UYUM SKORLARININ
GRUPLARA VE ZAMANA GÖRE DAĞILIMI

	ŞİZOFRENİ n=30		DEPRESYON n=30		KONTROL n=30		İSTATİSTİK
	Ortalama	S.S	Ortalama	S.S	Ortalama	S.S	
0 - 3 AYLAR	47.2	11.2	46.3	13.3	38.8	8.5	p< 01*
4 - 12 AYLAR	47.9	13.1	50.9	13.7	44.3	11.9	p< 01**
13 - 24 AYLAR	48.7	13.1	45.0	13.8	42.2	14.0	AD ***
25 - 48 AYLAR	49.4	13.4	48.5	14.8	47.3	10.8	AD ***

* Şizofreni - Kontrol veya Depresyon - Kontrol grupları arası fark

** Depresyon - Kontrol grupları arası fark

*** Anamni (DSİ)

olan 30 "normal" birey çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grubun otuzu majör depresyon, otuzu da şizofreni tanısı olacak şekilde ayarlanmış olup, tanıları DSM-III-R'ye göre konulmuştur. Örneklem grubunun oluşturulmasında, deneklerin en az ilkökul mezunu ve 18-60 yaş arasında olmalarına dikkat edilmiştir. Ayrıca hastaların en fazla 2 yıllık hasta olmaları ve hastalanma tarihlerini yaklaşık 15 günlük bir kesinlikle bilmeleri istenmiştir.

Çalışmada "Demografik Bilgi Formu" (DBF) ve "Yaşam Olayları Listesi" (YOL) kullanılmıştır. DBF araştırmacılar tarafından hazırlanan ve deneklerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren bir formdur. YOL, 107 maddelik, standardizasyon çalışması Sorias tarafından 1982 yılında yapılan bir ankettir. Holmes ve Rahe'nin "Sosyal Yeniden Uyum Derecelendirme Envanteri" (1967), Paykel ve arkadaşlarının "Yaşam Olayları Envanteri" (1969) biraraya getirilmiş, Türk toplumu için önemli olabilecek yeni maddeler eklenerek oluşturulmuştur. Bu ölçek, yaşam olaylarının sıklığını belirlemelerinin dışında, yaşam olaylarının bireye verdiği rahatsızlığı ve bireyin uyum derecesini de değerlendirmektedir. Bireyler belirttikleri yaşam olaylarından belirli bir stres ve uyum skoru almaktadırlar. Bunların toplamı olay sayısına bölünerek ortalama stres ve uyum skoru bulunmaktadır.

İstatistiksel değerlendirme, SPSS for Windows paket programı içinde, tek yönlü varyans analizi kullanılarak yapılmıştır.

Tablo - 6
GRUPLARDA EN SIK GÖRÜLEN 5 YAŞAM OLAYI

A) ŞİZOFRENİ GRUBU :

1. Yemek alışkanlıklarında büyük değişim
2. Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim
3. Yakın bir akrabasının ölümü
4.
 - a) Amır ya da iş arkadaşlarıyla geçimsizlik
 - b) Ana babayla ciddi anlaşmazlık, baskı gormeye
 - c) Hafif dereceli maddi güçlük
 - d) Haklıdaki kötü söylentiler nedeniyle çevre tarafından itilme
 - e) Hafif oranda borca girme
5.
 - a) Dinsel alışkanlıklarında önemli değişim
 - b) Önemli bir kişiden ayrılma
 - c) Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik

B) DEPRESYON GRUBU :

1.
 - a) Ev değiştirme
 - b) Hafif oranda borca girme
2. Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim
3.
 - a) Yemek alışkanlıklarında büyük değişim
 - b) Dinsel alışkanlıklarında büyük değişim
4. Ev yaptırma ya da ev alma
5.
 - a) Büyük oranda borca girme
 - b) Hafif dereceli maddi güçlük

C) KONTROL GRUBU :

1. Hafif dereceli maddi güçlük
2. Hafif dereceli borca girme
3. Zor bir sınav hazırlanma, ağır dersler
4. Yeni bir işe girme, yeni iş kurma
5. Evlenme

BULGULAR

Deneklerin yaş ortalamaları sırasıyla; şizofreni grubunda 30, depresyon grubunda 38 ve kontrol grubunda 30'dur. Diğer sosyo demografik özellikler Tablo-1'de verilmiştir. Bu tabloya göre, her üç grupta da bayanlar ağırlıkta, şizofreni grubunda bekarlar, diğerlerinde evliler çoğunlukta, meslek olarak da memuriyet kontrollerde ve depresyon grubunda, ev hanımlığı ise şizofreni grubunda ilk sıradadır. Tüm gruplarda hastaların çoğunun orta eğitim mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo-2 incelendiğinde, son dört yıl içinde en çok yaşam olayının depresyon grubunda olduğu (n= 415), onu şizofreni (n= 313) ve kontrol grubunun (n= 139) izlediği görülmektedir. Depresyon grubu, 13-24 ay arası hariç diğer üç zaman diliminde ilk sırayı almakta, 13-24 ay arasında en çok yaşam olayı şizofrenik hastalarda gözlenmektedir. Her üç grup da olayların çoğunu (toplam %60.1) ilk 12 ay içinde yaşamakta, bu durum özellikle şizofreni grubunda biraz daha homojenleşmektedir.

İstatistiksel değerlendirme yapıldığında, hem şizofreni, hem de depresyon grubunun kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha sık yaşam olayı tanımladığı görülmüştür. Bu sonuç, hemen tüm zaman dilimleri için geçerlidir (Tablo-3).

Tablo 4'de stres skorlarının dağılımı görülmektedir. Olayların bireylere verdiği rahatsızlığın derecesini gösteren bu tabloya göre, dört zaman diliminde de hasta grupları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek skorlar almışlardır. Kendi içindeyse, şizofreni ve depresyon grupları arası anlamlı fark oluşmamıştır.

Tablo-5'de yaşam olaylarına uyum skorları değerlendirilmiştir. Bu tabloya göre, 0-3 ay arasında yaşanan olaylarda hasta grupları, kontrollere göre daha zor uyum sağlamakta fakat kendi aralarında bir farklılık oluşmamaktadır. 4-12 aylar arasında ise, depresyon grubu kontrol grubuna göre daha zor uyum yapmakta fakat diğer gruplar arası (şizofren-kontrol ve şizofren-depresyon) farklılık oluşmamaktadır. 13.- 24. ve 25. - 48. aylar arasında gruplar arası anlamlı farklılık oluşmamıştır.

Tablo 6'da en sık görülen 5 yaşam olayının gruplara göre dağılımı verilmiştir. Yaşam olayları incelendiğinde, şizofreni grubunun, en çok yeme ve kişisel alışkanlıklarının değişmesinden, sonra da çeşitli kayıp yaşantılarından sözettiği, depresyon grubunun yer değişikliği, kişisel alışkanlık değişikliği ve maddi sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubu ise, en çok maddi sorunlar tanımlamıştır.

TARTIŞMA

Şizofreni ve depresyon hastalarının hastalıklarının başlangıç ve relapslarında, yaşam olaylarının etkisini irdelemek üzere düzenlenen bu çalışmaya göre, her iki hasta grubunda da başlangıç/relaps öncesi yaşam olaylarının sayısı, kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç, literatürle uyumludur (Day ve ark. 1987, Ghaziuddin ve ark. 1990). Norman ve Malla'nın (1993a), bu konu üzerinde yaptıkları kapsamlı gözden geçirme çalışmasına göre, normallerle şizofrenlerin karşılaştırdığı 14 çalışmanın yalnız beşinde şizofrenler kontrollerden daha fazla stresli yaşam olayı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yazarlara göre bunun nedeni, şizofrenlerin kendilerini geri çekip bu tip yaşam olayları yaşamaktan alıkoyma-

ları olabilir. Çalışmamızda ise böyle bir bulgu saptanmamıştır, hasta grup daha fazla stresli yaşam olayı yaşadığını bildirmiştir.

Çalışmamızda, depresyon hastalarının hem şizofrenlerden hem de normallerden daha çok stresli yaşam olayı yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur (Lloyd 1980, Norman ve Malla 1993a). Depresyonda relaps ve özellikle başlangıcın (Ghaziuddin ve ark. 1990), stresli yaşam olaylarından, özellikle de kayıpla ilgili yaşam olaylarından daha çok etkilendiği bilinmektedir (Paykel 1969 ve 1982).

Olayların zamana dağılımlarındaysa ilk iki zaman diliminde (ilk bir yıl) anlamlı farklılık çıkmaması, hastalığın veya relapsın ortaya çıkmasıyla yaşam olaylarının bağlantısını kuvvetlendirmektedir. Benzer bulgular literatürde de mevcuttur: Malla ve arkadaşları (1990) ve Bebbington ve arkadaşları (1993) relaps öncesi zorlayıcı yaşam olaylarının son üç ay daha fazla olduğunu bulmuştur.

Bulgumuzu uyum skorları da desteklemektedir. Hasta grupları, tüm zaman dilimlerinde stresli yaşam olayları tanımlarken, son bir yıl içinde uyum skorları kontrollere göre daha kötüdür. Bu da bizi, zorlayıcı etkisi yüksek olaylar betimlemelerinin, hasta gruplarını kontrollerden ayırdığını ve strese uyumun azaldığı dönemlerde hastalığın ortaya çıktığını düşündürmüştür. Stres ve duyarlılık arttıkça hastalık ortaya çıkmaktadır. Yani presipitan ve predispozisyon ilişkisi söz konusudur.

Genel olarak bu konuyla ilgili çalışmaların hemen hepsinde bazı yöntem-bilimsel zorluklar olduğundan söz edilmektedir (Norman ve Malla 1993b). Geriye dönük çalışmalarda hastaların yaşam olaylarını doğru hatırlayamamaları ve zorlayıcı yaşam olaylarının hastalığın erken belirtilerinden doğru ayrılması gerekmektedir. Hastalıktan bağımsız olaylar ele alındığında hastalar ve kontroller arası fark bulamayan araştırmalar vardır (Jacobs ve Myers 1976, Rabkin 1980). Bizim çalışmamızın da bazı eksik yönleri olduğu söylenebilir; olgu sayısının daha artırılması, geriye dönük çalışmaktan çok ileriye dönük araştırma yapılması ve stresli yaşam olaylarının hastalıktan bağımsız olup olmadığının daha kesin ayırılması gerektiği söylenebilir. Örneğin, kişisel alışkanlıklardaki ve yeme düzenindeki değişim hastalığın ortaya çıkmasında rol

oyunayan bağımsız bir etmen midir, yoksa hastalığın başladığını gösteren prodromal bir belirti midir? Şizofreni grubunda en sık bildirilen ilk 5 yaşam olayından çoğu (Tablo-6), hastalığın ilk belirtileri veya rezidüel semptom olarak alınabilir. Depresyon grubundaysa 2. ve 3. maddeler (kişisel, yemek ve dinsel alışkanlıklarda değişme) net değildir. İleriye dönük çalışmalar bu sorunları ortadan kaldırabilir.

Son olarak, yaşam olaylarının hep zorlayıcı olmadığı da unutulmamalıdır. Olumlu yaşam olayları veya hasta tarafından olumlu algılanan olgular da vardır ve bunların da koruyucu etkileri olduğu gösterilmiştir (Overholser ve ark. 1990, Holahan ve

Moss 1991). Bunların başında da aile gelmektedir. Holahan ve arkadaşlarına göre (1991), olumlu aile desteği ve nöroleptik kullanımı dört yıllık bir izlemde relapsı engellemiştir. Yaşam olayları kaçınılmaz olabilir fakat bunların zorlayıcı etkisinde hastanın aldığı desteğin de önemi vardır. Bu nedenle, gelecekte yapılması gereken çalışmaların, hastalanmaya neden olan olaylar yerine, sağlığın sürmesini sağlayan etmenler üzerinde olması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Al Khani M A, Bebbington P E, Watson J P, House F (1986) Life events and schizophrenia a Saudi Arabian study Br J Psychiat 148, 12-22

Bebbington P, Wilkins S, Jones, P, Foerster A (1993) Life events and psychosis Br J Psychiat 162, 72-79

Day R, Nielsen J A, Korien A, Ernberg G ve ark (1987) Stressful life events preceding the onset of schizophrenia Cult Med Psychiat 11, 2, 123-205

Fenton W S, McGlashan T H (1994) Antecedents, symptom progression and long term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia Am J Psychiat 151, 3, 351-356

Frank E, Anderson B, Reynolds C F, Ritenour A ve ark (1994) Life events and the RDC endogenous subtype Arch Gen Psychiat 51, 7, 519-524

Garrison C Z, Jackson K L, Addy C L, McKeown R E ve ark (1991) Suicidal behaviors in young adolescents Am J Epidemiol 133, 10, 1005-1014

Ghazuddin M, Ghazuddin N, Stein G S (1990) Life events and recurrence of depression Can J Psychiat 35, 3, 239-242

Gureye O, Adewunmi A (1988) Life events and schizophrenia in Nigenans Br J Psychiat 153, 367-375

Holahan C J, Moss R H (1991) Life stressors, personal and social resources and depression J Abnormal Psychol 100, 1 31-38

Holmes T H, Rahe R H (1967) The social readjustment rating scale J Psychosom Research 11, 213-218

Jacobs S, Myers J (1976) Recent life events and acute schizophrenic psychosis J Nerv Ment Dis 162, 75-87

Leff J P, Vaughn C E (1980) The interaction of life events and relatives' expressed emotions in schizophrenia and depressive neurosis Br J Psychiat 136 146-153

Lloyd C (1980) Life events and depressive disorders reviewed Arch Gen Psychiat 37, 541-548

Malla A K, Cortese L, Shaw T S, Ginsberg B (1990) Life events and relapse in schizophrenia Soc Psychiatry and Psychiatrc Epidemiol 25, 221-224

McPherson H, Herbison P, Romans S (1993) Life events and relapse in established bipolar affective disorders Br J Psychiat 163, 381-385

Norman M G, Malla A K (1993a) Stressful life events and schizophrenia 1 A review of the research Br J Psychiat 162, 161-166

Norman M G, Malla A K (1993b) Stressful life events and schizophrenia 2 Conceptual and methodological issues Br J Psychiat 162, 166-174

Nuechterlein K H, Dawson M E (1984) A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes Schizophrenia Bulletin 10, 300-312

Overholser J C, Norman W H, Miller J W (1990) Life stress and social supports in depressed patients Behav Med 3, 125-137

Paykel E S (1982) Life events and early environment Handbook of Affective Disorders (Ed Paykel E S) Edinburgh, Churchill Livingstone

Paykel E S (1994) Life events, social support and depression Acta Psychiat Scand 337, 50-580

Paykel E S, Myers J K, Denelt M N (1969) Life events and depression a controlled study Arch Gen Psychiat 21, 253-260

Rabkin J G (1980) Stressful life events and schizophrenia Psychol Bulletin 87, 408-425

Sclare P, Creed F (1990) Life events and the onset of mania Br J Psychiat 156, 508-514

Servant D, Parquet P J (1994) Life events and anxiety Encephal 20, 3, 333-337

Weinberger D R (1987) Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia Arch Gen Psychiat 44, 660-669