

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN KADIN HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI VE FONKSİYONEL
OLMAYAN TUTUMLARLA İLİŞKİSİ

Dr. Sevil AKBABA TÜRKOĞLU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2013

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN KADIN HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARİ VE FONKSİYONEL
OLMAYAN TUTUMLARLA İLİŞKİSİ

Dr. Sevil AKBABA TÜRKOĞLU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Prof. Dr. Gökay AKSARAY

ESKİŞEHİR
2013

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Sevil AKBABA TÜRKOĞLU'na ait "Depresif Bozukluğu Olan Kadın Hastalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlarla İlişkisi" adlı tez çalışma, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 02/12/2013

Jüri Başkanı Prof. Dr. Gökay AKSARAY
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Üye Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Üye Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
Tarih ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof .Dr. Bekir YAŞAR
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime önemli katkılar olan ve tez danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında yakın ilgi ve desteği ile bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Gökay AKSARAY' a, eğitimim sırasında büyük emeği geçen değerli hocam Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU' na, eğitimime katkılarından dolayı Prof. Dr. Gülten SEBER, Prof. Dr. Atila EROL, Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ , Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ, Doç. Dr. Altan EŞŞİZOĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Akbaba Türkoğlu S. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda; çocukluk çağı ruhsal travmaları ve fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2013. Bu çalışmada; depresif bozukluğu olan kadın hastalarda; çocukluk çağı travmalarının fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamıza DSM-IV tanı ölçütlerine göre depresif bozukluğu olan 70 hasta (62 hasta majör depresif bozukluk, 8 hasta distimik bozukluk) ve hastalarla yaş cinsiyet eğitim açısından eşleştirilmiş 50 sağlıklı kontrol alındı. Tüm olgulara; sosyodemografik bilgi formu,Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) uygulandı. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda FOTÖ puanları daha düşük, ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları ile çocukluk çağı travmalarının görülme oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda BDÖ puanı ile ÇÇTÖ duygusal ihmal, duygusal istismar alt ölçek puanları ve FOTÖ puanı arasında istatiksel olarak anlamlı korelasyon vardı. Ayrıca depresif bozukluğu olan kadın hastalarda FOTÖ puanı ile ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçek puanı arasında istatiksel olarak anlamlı korelasyon vardı. Sonuç olarak kadınlarda çocukluk çağı travmaları özellikle duygusal istismar; fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesinde ve böylece bireyin depresyona yatkın hale gelmesinde etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresif bozukluk, fonksiyonel olmayan tutumlar, çocukluk çağı travmaları

ABSTRACT

Akbaba Türkoğlu S. Disfunctional attitudes and relationship with childhood traumas in female patients with depressive disorder, Eskisehir Osmangazi University Medical Specialization Thesis, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Eskisehir, Turkey in 2013. In this study, we aimed to investigate the relationship between childhood trauma and dysfunctional attitudes in women with depressive disorder. According to DSM-IV criteria 70 depressive disorder patient (62 major depressive disorder, 8 dysthymic disorder), and 50 healthy control matched in age, gender, education characteristics same as a patient group. To all participants sociodemographic information form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Beck Depression Inventory (BDI) and Disfunctional Attitudes Scale (DAS) applied. In depressive female patients DAS scores were lower, CTQ total and subscale scores and history of childhood trauma were increased according to healthy controls significantly. In depressive female patients; There was significant statistical correlation between BDI scores and CTQ emotional abuse and emotional neglect subscales. Also between BDI scores and DAS scores. Furthermore in the patient group DAS and CTQ emotional abuse scores significantly correlated to each other. As a result; in women childhood traumas, especially the emotional abuse were effective in development of dysfunctional attitudes and vulnerability for depression by this way.

Key Words: Depressive disorder, dysfunctional attitudes, childhood trauma

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.1.Hipotezler	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Tanım ve Tarihçe	3
2.2.Epidemiyoloji	4
2.2.1.Kadın ve Depresyon	5
2.3.Etiyoloji	6
2.3.1.Biyolojik Faktörler	6
2.3.2.Psikososyal Faktörler	10
2.4.Klinik Özellikler	14
2.5.DSM-IV Tanı Ölçütleri	16
2.6.Çocukluk Çağı Travmaları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.Örneklem	24
3.2.Yöntem	24
3.3.Veritoplama Araçları	24
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	24
3.3.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	25
3.3.3.Beck Depresyon Ölçeği	25
3.3.4.Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	25
3.4.Verilerin Analizi	26
4.BULGULAR	27

	Sayfa
5.TARTIŞMA	35
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	
EK-2: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	
EK-3: Beck Depresyon Ölçeği	
EK-4: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDI	Beck Depression Inventory
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDNF	Brain Deriveid norotrofic factor (Beyin kaynaklı nörotrofik faktör)
CTQ	Childhood Trauma Questionare
CIDI	Composite International DiagnosticInterview(Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme)
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı travma Ölçeği
ÇÇTÖ-T	Çocukluk Çağı travma Ölçeği toplam puanı
DAS	Disfunctional Attitudes Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve istatistik Elkitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECA	Epidemiologic Catchment Area
ESOG	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
FOTÖ:	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
HPA	Hipotalamopitüiter adrenal eksen
HPT	Hipotalamopitüitertiroid eksen
MDB	Majör Depresif Bozukluk
MDE	Major Depresif Epizodlar
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NCS	NationalComorbiditySurvey
NT	Nörotransmitter
PFK	Prefrontal korteks
SCID-I	StructuredClinicalInterviewforDSM-IV Axis I Disorders (DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)
α	Alfa

TABLolar

	Sayfa
1. Depresif bozukluk grubu ile kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri	28
2. Depresif bozukluğu olan hastalar ile kontrol grubunun Beck depresyon ölçeği, Çocukluk çağı travma ölçeği ve Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği puanlarının karşılaştırılması	30
3. Depresif Bozukluğu Olan Hastalar İle Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Alt Tiplerinin Görölme Oranlarının Karşılaştırılması	31
4. Depresif Bozukluğu Olan Hastalar İle Kontrol Grubu Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	32
5. Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özellikler İle Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Arasındaki İlişki	33
6. Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, Beck Depresyon Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği arasındaki ilişki	34

GİRİŞ

Depresif bozukluklar; yüksek yaygınlık oranları gösteren önemli bir toplum sağlığı sorunudur (1). Tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin olması, önemli oranda yeti yitimi ve olumsuz ekonomik sonuçlara yol açması depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (2).

Depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın oluşunu biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlere dayanarak açıklayan çeşitli görüşler vardır. Kadına özgü genetik ve endokrin özellikleri kapsayan biyolojik etkenler incelendiğinde, kadınlarda postpartum ve premenstruel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hormonların ve doğurganlığın depresyonu etkilediği gösterilmiş olup, hastalığın X kromozomuna bağlı kalıtsal geçiş gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir (3).

Kadınların ruhsal sorunları için daha kolay yardım isteyebilmeleri, çevresel etkiler, kadınların üstlendiği ya da onlara verilen toplumsal roller, depresif bozukluğun prevalansında görülen kadın-erkek farklılığı bağlamında tartışılmıştır (3). Sosyal konumlarındaki güçsüzlük, kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmalarına ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır (4).

Travma kavramı; bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır.Çocukluk çağında travmatik yaşantılar; ana-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen ,çocuğun gelişimini engelleyen yada kısıtlayan eylem yada eylemsizlikleri kapsar.Bunların sonucunda çocuğun fiziksel ruhsal cinsel ya da toplumsal zarar görmesi söz konusudur (5).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıların uzun dönemli olumsuz sonuçları olduğu bilinmektedir. Araştırmalar istismar mağduru çocukların düşük özsaygı, disosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, daha fazla intihar fikirleri, akademik ve davranım sorunları olduğunu göstermiştir (6).Ruhsal bozukluklardan anksiyete ve depresyon ile çocuklukta travmatik yaşantıların ilişkisi ise özellikle

vurgulanmaktadır (7). Yaygın bir durum olan cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmali de içeren çocukluk çağı örselenmesi, erişkinlik döneminde depresyon riskini %50 oranında artırmaktadır (8). Ayrıca çocukluk çağı ruhsal travmaları kişilerin düşünce tarzlarını etkileyebilmekte, olumsuz bilişsel stillere ve bilgiyi işleme süreçlerinde hatalara yol açarak fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesine yol açabilmektedir (9). Bilişsel teoriye göre ise fonksiyonel olmayan tutumlar kişilerin depresyona olan yatkınlığını artırmaktadır. Depresif semptomatoloji; olumsuz bilişsel yargıların bir sonucu olarak, işlevsel olmayan tutumlar, kendilik, dünya ve geleceğe yönelik olumsuz otomatik düşünceler ve bilgiyi işlemede yapılan hatalarla bağlantılıdır (10).

Çalışmamızda; depresif bozukluğu olan kadın hastalarda; çocukluk çağı travmalarının fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.1.Hipotezler

1. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda bildirilen çocukluk çağı ruhsal travma (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) görülme oranı sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazladır.
2. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda herhangi bir tür istismar ya da ihmale maruz kalanlarda diğer tür ihmal ve istismara da uğramış olma ihtimali daha fazladır.
3. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı ruhsal travmaları; hastalığın erken başlaması, daha uzun sürmesi, depresif dönemlerin tekrarlaması ve intihar davranışının olması gibi klinik özellikler ile ilişkilidir.
4. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı travma puanları arttıkça depresyonun şiddeti artmaktadır.
5. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda fonksiyonel olmayan tutumlar arttıkça depresyon şiddeti de artmaktadır.
6. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağında yaşandığı bildirilen duygusal ihmal ve istismarın, fiziksel ve cinsel istismara göre fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisi daha belirgindir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım ve Tarihçe

Depresyon ruhsal hastalıklar arasında en eskiden tanımlananlardan birisidir.Eber papirüsünde, Eski Ahid’de,antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde depresyon benzeri tablolar betimlenmiştir. M.Ö.400 yıllarında Hipokrat bazı ruhsal hastalıklar için karasafra anlamına gelen melankoli adını kullanarak durgunluk,ilgisizlik isteksizlik,uykusuzluk kaygı yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bugünküdepresyon benzeri tabloyu tanımlamıştır (11).

M.S.131-200 yıllarında Galen melankoliyi korku,hayattan memnun olamama, insanlardan nefret olarak tanımlamış,genetik ve çevresel faktörlerin rolü üzerinde de durmuştur.BatıdaHipokrat ile Galenik görüşün hakimiyeti devam ederkenTürk ve Arap dünyasında İbni Sina’nın bu konuda önemli katkıları olduğu belirtilmektedir (12).

Rönesans döneminde başlayan anatomik diseksiyonlar ile ruhsal hastalıklara yeni bir bakış açısı gelişmiş,ancak depresyon ve duygudurum bozukluklarının daha kapsamlı bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması 19. Yüzyılın sonuna doğru Kahlbaum ve Krapelin ile olmuştur (12,13).

Kahlbaum; distimi ve siklotimi terimlerini tanımlamış,Krapelin yazdığı psikiyatri temel kitabında ruh hastalıklarını içve dış kaynaklı olarak ayırmış; ve iç kaynaklı olarak kabul ettiği depresyon ile dış kaynaklı olarak kabul ettiği nevrozları ve bunlara bağlı depresyonları tanımlamıştır (12,13).

Yirminci yüzyılda ise; psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibifarklı kuramsal bakış açıları gelişen teknoloji ile birlikte; genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalar psikiyatrik bozukluklara yepyeni bir boyut kazandırmıştır (12). Duygudurum bozukluklarında monoamin varsayımları ile birlikte trisiklikantidepresanların geliştirilmesi psikofarmakoloji çağını başlatmıştır.Günümüzde ise duygudurum bozukluklarının etiyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmalar tarihsel doğrultuda psikolojik ve biyolojik modeller arasında bağlantı sağlamaya çalışarak devam etmektedir (12,14).

2.2.Epidemiyoloji

Depresyon için kullanılan tanı araçlarına ve ölçütlerine göre ya da ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklar nedeniyle yaygınlık oranları farklılık göstermektedir (15).

İyi bilinen çalışmalar ECA (EpidemiologicCatchmentArea) ve onun eşleştirmesi niteliğinde olan NCS (NationalComorbidty Survey) araştırmalarıdır. Bu çalışmalarda depresyonun altı aylık yaygınlığıkadınlarda %4.1-4.6 erkeklerde %1.7-2.2 bulunmuştur (11)

DSM_III e göre MDB'nin 1 yıllık yaygınlığı %2.6-6.2 arasındadır.Yaşam boyu MDB yaygınlığı ise %4.4-19.6 dır. Yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 dolaylarındadır (16). İzmir de yapılan bir çalışmada ise 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon yaygınlığı %25.8 olarak bulunmuştur (17).

Günümüzde sıklığın tespiti prospektif çalışmalara ihtiyaç duyduğu için zordur. ECA çalışmasında majör depresif dönemin yıllık sıklığı %1.59 (kadınlar için %1.89, erkekler %1.1) du. İsveç'te yapılan bir çalışmada ise depresyonun yıllık sıklığı kadınlar için %0.76 erkekler için %0.43'dür. 70 yaşına kadar ilk dönem depresyonun ortaya çıkma sıklığı kadınlarda %45 ve erkeklerde %27 olduğu bulunmuştur (18).

A.B.D. ve Avrupa'da gerçekleştirilmiş 8 geniş ölçekli çalışmaya göre Majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %5-17 olarak tespit edilmiştir (13). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı son bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (19). Türkiye'de Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11,6 oranında depresyon saptanmıştır (20).

Başka bir çalışmada, DSM-IV'te tanımlanan Major Depresif Epizodlar (MDE); DSÖ'nün Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı'nın (CIDI)kullanıldığı yüz yüze görüşmelerledeğerlendirilmiş, 18 ülkeden gelen bilgiler analiz edilmiştir. Yüksek gelirli 10 ülkede MDE'ninyaşam_boyu ortalaması %14,6 ve12 aylık yaygınlığı %5,5 iken, düşük-orta gelirli 8 ülkede %11.1 ve %5,9 bulunmuştur. Retrospektif olarak tespit edilmiş başlangıç yaşı ortalaması yüksek gelirli ülkelerde 25.7. düşük-orta gelirli ülkelerde 24 olarak tespit edilmiştir (11).

2.2.1.Kadın ve Depresyon

Depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın oluşunu biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlere dayanarak açıklayan çeşitli görüşler vardır. Kadına özgü genetik ve endokrin özellikler kapsayan biyolojik etkenler incelendiğinde, kadınlarda postpartum ve premenstruel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hormonların ve doğurganlığında depresyonu etkilediği gösterilmiş olup, hastalığın X kromozomuna bağlı kalıtsal geçiş gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir (3).

Kadınların ruhsal sorunları için daha kolay yardım isteyebilmeleri, çevresel etkiler, kadınların üstlendiği ya da onlara verilen toplumsal roller, depresif bozukluğun prevalansında görülen kadın-erkek farklılığı bağlamında tartışılmıştır. Kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinde, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesine karşı bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları; toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolü ile birlikte sorumlu tutulmuştur (3,17).

Sosyal konumlarındaki güçsüzlük, kadınların yaşamlarında önemli konularda kontrolü ellerinde daha az tutmalarına ve olumsuz olaylarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Özel yaşamlarındaki sorunlar, iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır (4,17).

Kadınlar gebelik, doğum sonrası ve perimenapozal dönem gibi erkeklerin yaşamadığı yaşam değişiklikleriyle karşılaşır. Bu dönemler kadınlar için depresyon riskindeki artış ile paraleldir (22). Duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranlarındaki cinsiyet farklılığına özellikle östrojen başta olmak üzere kadın cinsiyet hormonlarının döngüsel salınımının katkıda bulunduğu öne sürülmüştür. Kadın ve erkekler arasında yardım arama ve sorun bildirme davranışında farklılık olması, kadınların ruhsal sorunları için daha erken tedavi arayışına girmesi, erkeklerin üzüntü ve depresif durumlarla başa çıkmak için artmış alkol ve diğer maddeleri kötüye kullanma olasılığının daha fazla olması sayılabilir (23).

2.3.Etiyoloji

Depresyonun etiyolojisini aydınlatmak için çalışmalar artan hızda devam ederken halen elde edilen veriler; bu hastalığın klinik ve etiyolojik çeşitliliğine bağlı olarak yetersiz kalmaktadır. Biyolojik, genetik ve psikososyal etkenler, etiyolojide rol oynar (24).

2.3.1.Biyolojik Faktörler

Depresyonun biyolojik etiyolojisini açıklamaya yönelik kuramlar; nöroanatomik kuramlar, monoamin hipotezi, nörotransmitter reseptör hipotezi, psikonöroendokrinolojik kuram ve son yıllarda eklenen nöroplastisite hipotezidir (25). Depresyonun nörobiyolojisinin anlaşılması; stresli yaşam olayları ve genel tıbbi durumun olası etkilerinin hesaba katılmasını, eğilim oluşturan çoğul genetik etkenlerin dikkate alınmasını ve beynin biliş devrelerinin yapı ve işlevlerinin daha iyi anlaşılmasını gerektirmektedir (24).

A. Nöroanatomik Görüşler

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda; prefrontalkorteks, orbitofrontalkorteks, anterior singulat korteks, amigdala ve hipokampus gibi birçok farklı frontolimbik beyin bölgesinde nöronal ve glial hücre yoğunluğu ve boyutunda değişiklikler bildirilmiştir (24,25).

Frontal lobe, hipokampal formasyon ve amigdala'yı içine alan medial temporal lobe'de volüm kaybı ve özellikle hipokampal volümde küçülme bildirilmiştir. Yineleyen depresyonda bu farklılaşmaların kişiyi depresyona yatkın kılacağından söz edilmektedir (24). Nöronal aktiviteyi yansıtan ve işlevsel değişiklikleri belirleyen çalışmalarda da sol prefrontal korteks aktivitesi ve metabolizmasında azalma varken limbik sistem olarak anılan derin temporal yapılar, talamus, amigdala, singulat girusta aktivite artışı olduğu bildirilmiştir (26).

B. Monoamin Hipotezi

Depresyonun ortaya çıkışında, merkezi sinir sistemindeki bazı biyogenik monoaminlerin azalması veya inaktivasyonunun etkili olabileceği düşünülmüştür. Özellikle noradrenalin, dopamin ve serotonin depresyonu biyolojik

temelde açıklamaya yönelik hipotezlerde merkezi rol oynayan nörotransmitterlerdir. Monoamin geri alımını engellenmesi ya da yıkımının inhibisyonu ile sinaptik yarıktaki monoamin konsantrasyonlarının artırılması temel antidepresan etki mekanizmalarıdır (27,28).

Serotonin

Serotoninin işlevleri; uykunun, iştahın, belleğin, nöroendokrin işlevlerin, diüurnal ritmin, duygu durumunun düzenlenmesi ve impulsivitenin azaltılmasıdır. Depresyon oluşumunda en çok sözü edilen nörotransmitterdir. Depresyonda genel olarak serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlevlerin yetersizliğinden, özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir. Çalışmalarda, özkıyım eğilimli hastaların beyin- omurilik sıvısındaki serotoninmetabolitleri miktarı ve trombositlerindeki serotonin taşıyıcısı sayısının düşük olduğu gösterilmiştir (27). Serotoninin çok farklı özelliklerde çok sayıda reseptörünün olması hipofonksiyonunun yanı sıra serotonin hiperfonksiyonunun da etiolojide rol oynadığını göstermektedir (24,29).

Noradrenalin

Depresyonda, beta adrenerjik reseptörlerde bir aktivasyon sonucu sinaptik aralığa noradrenalin salınışının azaldığı düşünülmektedir (27). Noradrenalin sistemi prefrontal korteks (PFK) işlevlerini düzenler. MSS de bu sistemin aktivasyonu panik atak, anksiyete ve tremor oluştururken; etkinliğinin azalması dikkati yöneltme ve sürdürme, çalışma belleği gibi birçok PFK işlevinin bozulmasına ve depresyona neden olur. Depresyonu olan veya intihar etmiş bireylerde yapılan postmortem çalışmalarda frontal kortekste ve lokus sereleusda α_2 reseptör yoğunluğu ve afinitesinde artış bulunmuştur (29).

Dopamin

Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını düşünülmektedir. Duygudurumu, öğrenme ve zevk alma yetisini düzenleyen mesolimbik yolak ve motivasyon, konsantrasyon ve amaca yönelik yüksek bilişsel işlevlerin başlatılmasından sorumlu mezokortikal yolaklarda fonksiyon bozukluğu olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyon durumunda hipoaktif olabileceğidir (27,30).

C. Monoamin Reseptörleri ve Gen Ekspresyonu

Son dönemde üzerinde sıkça durulan depresyonun moleküler ve hücrel hipotezinde ise; nörotransmitterlerin (NT) kendisinden ziyade reseptörlerine ve gen ekspresyonunun düzenlenmesi gibi bu reseptörlerin tetiklediği ikincil moleküler olaylara odaklanılmaya başlanılmıştır (31).

Depresyonda nörotransmitter-reseptör etkileşimi hipotezi reseptörlerle monoamin nörotransmitterlerin etkileşimindeki bir bozukluğun depresyona yol açtığını varsaymaktadır. NT eksikliği postsinaptik NT reseptörlerin telafi edici bir mekanizma ile sayılarında artışa (upregülasyona) neden olur. Diğer bir görüşte; normal miktarda NT ve reseptör varlığında postsinaptik nöronun sinyal iletiminde meydana gelen bir yetersizlik olabileceği yönündedir (31).

D. Psikonöroendokrinoloji

Beyin hormonlarının ilk hedef organıdır. Depresyonun patofizyolojisi ile hormonları düzenleyen nöronal devreler yakın ilişki içindedir. Endokrin sistem duygudurumu etkilemektedir. Yapılan çalışmalar daha çok hipotalamopitüiter adrenal eksen (HPA) ve hipotalamopitüiter tiroid eksen (HPT) üzerine yoğunlaşmaktadır (32).

Tehlike algılarına karşı uyum yanıtı düzenlenmesinde HPA eksen aktivasyonu olur. Süreç; strese cevap olarak kortizol salınımı ile sonuçlanır. Hiperkortizolemide ise enerji kaybı, anhedoni ve depresif duygudurum gibi psikiyatrik belirtiler görülür. Depresyon hastalarında da plazma BOS ve idrar kortizol düzeyleri yüksektir. Antiglukokortikoid tedavi ile psikiyatrik belirtilerde düzelme görülebilmektedir (32,33).

Tiroid hastalıklarında da birçok psikiyatrik semptom görülebilmektedir. Hipotiroidizmde bellek bozuklukları, iritabilite, libido azalması, hipertiroidizmde; emosyonellabilite, iritabilite, uykusuzluk, anksiyete görülür. Depresyonda özellikle HPT sistemindeki işlev bozukluğunun antidepresan tedaviye kötü yanıtı ve depresyonun artmış yinelenme riskini arttırdığı bildirilmektedir (32,34).

E. Nörogenesis, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler

Son dönemde erişkin insan beyininde yeni nöronların oluştuğunun gösterilmesi, bu oluşumun iç ve dış uyaranlardan etkilendiğinin anlaşılması birçok

nöropsikiyatrik hastalığa bakışı değiştirmiştir (24). İnsan beyninin içten ve dıştan gelen uyarılara adapte olabilme yeteneğine sahip olduğu; bu sayede önemli santral fonksiyonlar yürütülebildiği, adaptasyon yetersiz olduğunda ise birtakım hastalıkların ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Çeşitli uyarılara bağlı olarak beyindeki nöronların ve bu nöronların oluşturduğu sinapsların yapısındaki ve işlevlerindeki değişiklikler nöroplastisite olarak adlandırılır (24).

Nöroplastisite sayesinde nöronların bütününde veya dendrit gibi belirli birimlerinde yapısal değişiklikler ortaya çıkabilmekte, kronik şiddetli stres karşısında bu nöronların dirençlerinde değişiklikler ve sinaptik iletide artış veya azalma meydana gelebilmektedir. Nöroplastik değişiklikler başlığı altında; yeni nöron oluşumu, nöron ölümü, nöronların hayatta kalma sürelerinde ve strese karşı dirençlerinde değişiklikler, dendritlerdeki inilme, dallanmanın artması veya azalması, yeni sinaps oluşumu veya mevcut sinapsların yok olması, sinapsların etkinliğinde değişiklikler, nörotrofik faktörlerin etkinliğinde artma ve azalma olarak sayılabilir (24,35).

Nöroplastisitenin en çok görüldüğü beyin bölgelerinden biri de hipokampustur. Stresli yaşam olayları ile hipokampal nöroeneziste ve volümde azalma olurken; çeşitli zihinsel faaliyetler ise yeni nöron oluşumu ve hipokampal hacimde artış olduğu bildirilmektedir (24,35).

Nörotrofik faktörler, beyinde nöronların sağkalımına ve farklılaşmasına aracılık ederken sinaptik transmisyon ve sinaptik plastisitede önemli rolü olan düzenleyici faktörlerdir. Depresyonla ilgili çalışmalarda beyin kaynaklı nörotrofik faktör'ün (BDNF)(Brain Deriveid norotrofic factor) diğer nörotrofinlere göre daha fazla öne çıktığı, miktarında azalma olduğu bilinmektedir. Stres altında artan kortikosteroidlerin BDNF geninin promotor bölgesini baskıladığı düşünülse de henüz net değildir. BDNF eksikliğinde hipokampusteki nöronlarda atrofi ve apoptozis ortaya çıkar, bu da sırasıyla depresyon ve tekrarlayan depresif epizodlara yol açabilir (24,31,35).

Bu bilgiler ışığında depresyonda bozulan nöronal morfolojinin ve işlevlerin düzelmesi için BDNF ekspresyonunun gerektiği ve antidepresanların BDNF ekspresyonunu arttırarak etki gösterdiği düşünülmektedir. Fakat bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (24).

F. Genetik

Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar depresyonun ailesel geçiş gösterdiğini ortaya koymaktadır. Genetik yatkınlığın bipolar bozukluk kadar olmasa bile unipolar depresyonda da önemli olduğu gösterilmiştir. Depresyonun birinci derece akrabalarda görülme oranı %25 ile %50 arasında bildirilmektedir (36).Bireyin depresyona yatkınlığını, strese yanıtını ve stresli olaylara maruz kalma ihtimalini genetik yatkınlık belirleyebildiği söylenmektedir. Antisipasyon yani genetik geçişli bir hastalığın sonraki bireylerde daha erken ve daha şiddetli görülmesi bipolar ve unipolar duygulanım bozukluklarında bulunmaktadır. Bununda; nükleotid sıralı tekrarlarla aktarıldığı öne sürülmektedir (24).

2.3.2.Psikososyal Faktörler

A. Yaşam Olayları ve Çevresel Zorlanmalar

Örseleyici yaşam olaylarına maruz kalma ile depresyonun başlaması arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır ve şiddetli yaşam olaylarının şiddetli olmayanlara göre majör depresyonda rolünün daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Birçok depresif hastanın depresyonun başlamasından kısa süre önce stresli yaşam olayı öyküsü olmasına rağmen, her stresli yaşam olayının da insanda depresyon ortaya çıkarmadığı gözlenmektedir. Erken çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam deneyimlerinin erişkin yaşamda depresyon gelişme riskini artırdığı bilinmektedir. Anne karnındaki bebeğin bile beyin gelişiminin annenin yaşadığı stresin HPA eksen hiperaktivitesi yoluyla depresyona yatkınlaştırabileceği öne sürülmektedir (37,38). Bu uzun süreli değişiklikler çeşitli nörotransmitterlerin ve intranöronal sinyal sistemlerinin fonksiyonel durumlarında değişiklikler yaratabilmektedir. Nöron kaybı ve sinaptik temaslarda aşırı azalma bu değişikliklerden sayılabilir. Sonuç olarak, bu bireyler daha sonraki dönemlerde dışsal bir stresör olmasa bile duygu durum bozukluğu için daha yüksek risk altındadır. Erken yaşta ebeveyn kaybı, bir bireyin sonradan depresyon geliştirmesine en sık eşlik eden yaşam olayı iken en sık eşlik eden çevresel stresör ise eş kaybıdır. İşsizlikte diğer bir önemli faktördür (30).

B. Kişilik Faktörleri

Bazı kişilik özellikleri ya da kişilik bozukluklarına sahip olanlarda depresyona daha çok yatkınlık görülmektedir. Obsesif-kompulsif, histriyonik, pasif-

agresif, bağımlı ve borderline kişilik özelliklerine sahip bireylerde depresyon daha çok izlenirken antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip olanlarda daha az izlenmektedir (36).

C. Psikodinamik Modeller

Freud'un saldırganlığın içe yönelmesi modelinde;deprese duygulanım, ambivalan olarak sevilen içe alınmış bir nesneye yönelen saldırgan itkiler nedeniyle gelişmektedir. Abraham ve Freud'un varsayımına göre içe yönelen öfkenin amacı deprese hastanın bağımlılık ve sevgi ihtiyacını hüsrana uğratan sevgi nesnesini cezalandırmaktır. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış olduğu için, hasta kendi öldürücü itkilerinin hedefi haline gelmektedir. Sevilen nesneye yönelen saldırganlığa önemli oranda suçluluk duygusunda eşlik etmektedir. Ambivalans, suçluluk ve içe yönelmiş öfkenin yoğunlaşması ile intihar davranışığı gelişebilmektedir (39).

Nesne kaybı teorisinde ise; bağlanılmış önemli nesnelere yaşanan örseleyici ayrılıkların depresyon yaratıcı etkisidir.Burada sembolik anlamda bir kayıp ve ayrılık söz konusudur. Yaşamın erken döneminde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona eğilim geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocuklukta örseleyici kaybı yeniden canlandırması ile depresif dönemlerin tetiklendiği düşünülmüştür (39).

Kendilik değerinin kaybında,Fenichel; depresyonlu bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı narsisistik örselenmeyi devam ettirdiğini, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şey olarak değerlendirdiğini ve depresyonun benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür (40). Egonun temelleri sosyal ve kültürel gerçeklikte olduğu için, kendilik değerindeki kaybın nedeni güç, statü, rol, kimlik, değerler ya da var olmanın amacı gibi konulardaki sembolik kayıplarda olabilir. Kendilik değeri kişinin sürekli hale gelmiş özüdür ve kişiliğinin yapısı için gereklidir. Düşük kendilik değerinin fonksiyonel olmayan bir şekildekişide bir özellik haline gelmesi depresif kişiliğin oluşumunun açıklamalarından biridir (39,41).

MelanieKlein'a göre depresif hastalar kendi yıkıcılıkları ve açgözlülükleri nedeniyle seven objelere zarar vermekten kaygılanırlar. Bu fantezideki zarar verme nedeniyle, geride kalan nefret edilen objelerden kötülük görececeklerini yaşantırlar. Depresif hasta için temel olan değersizlik duygusu hastanın yıkıcı fantezileri ve

dürtüleri nedeniyle içseliyi ebeveynin kötülük edenlere dönüştürülmesi durumunda gelişir (41).

Heinz Kohut'undepresyonu, kendilik psikolojisi açısından tanımlamasında ise; ayna tutma, yüceleştirme için kendilik nesnesi gereksinimleri önemli kimselerden gelmediğinde, özlenen yanıtı almadığı için depresif kişi tamamlanmamışlık ve umutsuzluk hisseder şeklinde açıklanmıştır (41).

John Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramında;yaşamın ilk birkaç yılında bebeklerin kendilerine birincil bakım verenleriyle tekrarlayan ilişkiler aracılığıyla bağ kurduğunu, kurulan bu bağın niteliğinin sonraki iletişim ve bağlanmalarının özelliklerini büyük ölçüde belirlediği;ambivalan ve kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip olanlarda güvenli bağlanması olanların aksine kendilik temsillerinin istikrarsız olarak geliştiği ve sonrasında depresyon geliştirmesine yol açtığı düşünülmektedir (42).

D. Bilişsel Model

Beck'e göre depresyon kişinin yaşadığı herhangi bir yaşam olayının, onda daha önceden mevcut, ancak işlevsel olmayan olumsuz şemaları harekete geçirmesiyle oluşmaktadır (36). Bilişsel yanlışlıklar, kayıp veya engellenmenin abartılmış, kişiselleştirilmiş ve olumsuz bir tarzda yorumlanmasıyla olumsuz yaşam olaylarına karşı duyarlılığı artırır. Beck'in bilişsel modeli, bilişsel değerlendirmenin birçok düzeyi olduğunu ileri sürer. En yüzeysel olan düzey; kendiliğinden ortaya çıkan, kişiye doğru gelen, sorunlu davranış veya rahatsız edici duygularla ilişkili olan otomatik düşüncelerdir. Bu düşünceye karşı oluşan duygusal hassasiyet altta yatan sayıtlılardan veya kurallardan kaynaklanabilir. Bu uyum bozucu sayıtlılar ve kurallar tipik olarak katı, aşırı kapsayıcı, erişilemezdirler ve gelecekteki depresif dönemler için yatkınlığa neden olurlar (43)

Depresyonda üç temel bilişin aktive olmasıyla kişi kendisi, dünyası ve geleceğini kendine özgü biçimde görmeye başlar. İlki; depresif birey dış dünyadaki ilişkilerinde kendini başarısız, yoksun veya aşağı olarak görür. Artık ona göre dünya engellerle, zararlarlave travmatik olaylarla doludur. İkincisi, kişi kendini eksik, yetersiz, değersiz olarak görür.Yaşadığı hoş olmayan deneyimleri kendisinde bulunan fiziksel,zihinsel ya da ahlaki bir eksiklikten kaynaklanmış gibi düşünmeye yatkın olur.Bunlara ek olarak, kişi kendini istenilmeyen ve dışlanmışolarak görmeye

başlar. Üçüncü olarak kişi kendini zora sokan ya da üzen olayların sonsuza kadar devam edeceğini düşünmeye başlar.İleriye baktıkça yaşamının baş edilemez zorluklarla,engellerle ve yoksunluklarla dolu olduğunu görür. Kişide başlatıcı biryaşam olayı sonrası bir kez depresyon gelişince, aktive olan temel negatif inanışlarla başetmek için bilişsel ve davranışsal kompensatuvar mekanizmalar devreye girer (44,45).

Depresyonun bilişsel kuramında bir olay hakkındaki bilişsel bakış açısının; insanlardaki birçok duygu ve davranışın birincil belirleyicisi olduğu düşünülür.Dolayısı ile depresif semptomatoloji, olumsuz bilişsel yargıların bir sonucu olarak, işlevsel olmayan tutumlar, kendilik, dünya ve geleceğe yönelik olumsuz otomatik düşünceler ve bilgiyi işlemede yapılan hatalarla bağlantılıdır (10). Bu modele göre depresyonun ortaya çıkmasında kalıtsal, çevresel ve biyolojik etkenler rol oynar. Ancak başlatıcı neden ne olursa olsun durumun sürmesinde düşünce yapısı ve bakış açısı önemli bir etkidir (48).

Erken yaşam deneyimleri bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına yol açar.Bu temel düşünce ve inançlar ileri dönemlerde kişinin kendisi ve yaşadığı dünyaya ilişkin algı ve tutumlarını biçimlendirmekte kullanılır. Böylece kişinin bilişsel şemaları oluşur. Bu şemalar katı,değişime dirençli, deneyimlerle orantısız oranda aşırı olduklarında işlevsellikten uzak kalırlar ve kişinin yaşamında fonksiyonel olmayan tutumlara yol açarlar (48).

E. Davranışçı Model

Martin Seligman depresyon oluşumuna ilişkin yaptığı hayvan deneylerinde "öğrenilmiş çaresizlik" kavramını geliştirdi. Laboratuar hayvanlarına kaçınılması imkansız tekrarlayan elektrik uyarını verilmesi sonucunda herhangi bir uyarandan kaçamayacakları düzeyde çaresizlik,apati,şokları kabulleniş ve imkan tanınsadahi artık kaçmama davranışı ortaya çıkarıldı. Bu gözlem insanlara da genişletilerek Seligman'ın kuramında depresyonun; bireyin negatif yaşam olaylarından kaynaklanan kayıpları sonucu gerçek ya da hayali anlamda kontrolü yitirmesiyle oluştuğu;tekrarlayan çaresizlik durumları nedeniyle strateji olarak ortaya çıkan uyum bozucu davranışlarla (pasif tekrarlayıcı ve ödüllendirici olmayan),kendini eleştirme ve ödül sisteminde bir azalma ile sürdürdüğü vurgulanmıştır (44,48).

2.5.Klinik Özellikler

Depresif duygu durum, ilgi kaybı ve anhedoni depresyonun ana belirtileridir. Depresif duygudurum; yaşamaktan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli hissetme, umutsuzluk, mutsuzluk, kendini boşlukta hissetme ve sıkıntıyla karakterize olup devamlılık gösteren bir durumdur. Hastalar işlerine ve çevrelerine önceki kadar ilgi gösteremezler ve daha önce yapmaktan zevk aldıkları etkinliklerden artık zevk alamaz hale gelirler. Kaygı, depresyonun sık görülen bir belirtisidir ve depresyonu olan hastaların%90'ına yakınını etkiler. Kaygıya genellikle sempatik sistemin aşırı aktivitesi şeklinde kendini gösteren bedensel belirtiler de eşlik eder (16). Çoğu depresif hasta; belirgin bir enerji azalması (anergi), alışılmadık bir yorgunluk ve bitkinlik hali tanımlar. Basit görevleri yerine getirmek bile büyük bir çaba gerektirir. (48). Birçok hastanın iştahı azdır ve kilo kaybı vardır ancak artmış iştah ve kilo alımı da gözlenebilir. Hastalar uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri ve sabah erken uyanma şeklinde kendini gösteren uyku sorunlarından sıklıkla yakınır. Küçük bir kısım hastada ise aşırı uyuma görülür (30). Psikomotorretardasyon, çoğu depresif hastada izlenen bir tablodur. Belirginleştğinde hastanın mimiklerinde, jestlerinde, konuşma hızında ve hareketlerinde yavaşlama izlenebilir (16). Tüm hastaların yaklaşık %50'si sabahları şiddette artma ve akşamları azalmayla birlikte belirtilerinde diüurnal bir değişim tanımlarlar. Depresyonu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinin intihar düşünceleri vardır ve %10-15'i girişimde bulunur (30).

Yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan; depresif duygular sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup yaşamın normal bir parçası kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen "depresif bozukluk", duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (27).

Duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik isteksizlik, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile kendini gösteren depresif bozukluklar hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu konumundadır (49).

Dünya sağlık örgütü dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde dördüncü sırada olan depresyonun; 2020 yılında işlev kaybına yol açan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıkların ardından ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (50). Yüksek yaygınlık oranları gösterme dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (2).

Günümüzde kullanılan DSM- IV Amerikan psikiyatri birliğinin oluşturduğu en fazla kabul gören sınıflandırma sistemidir. DSM- IV e göre depresif bozukluklar içerisinde majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı depresyon, bipolar bozukluktaki depresyon, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar vardır (1).

Buradaki tanı ölçütlerine göre majör depresyon; iki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte depresif duygu durum, ilgi ya da haz almada kayıp; kilo kaybı ya da alımı; uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları; düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık; yineleyen ölüm ya da intihar düşüncelerinin en az beşi veya daha fazlasını içeren, depresif duygu durum, ilgi kaybı ya da zevk alamama belirtilerinden birinin mutlaka olduğu klinik bir tablodur. Ve bu semptomlar, herhangi bir madde veya ilaç kullanımına ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve karma epizod ölçütlerini karşılamaz (1).

Majör Depresyon 20-45 yaşları arasında daha sıktır. Ortalama başlangıç yaşı, yirmili yaşların sonlarıdır. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (13).En güçlü demografik ilişki yüksek gelirli ülkelerde partnerinden ayrılmış olmak iken,düşük orta gelirli ülkelerde boşanmış ya da dul olmaktır.Ailesel yüklülük,kentte yaşıyor olmak ,süreğen ek psikiyatrik ve bedensel hastalığın olması ,toplumsal destek azlığı, bağımlı ve obsesif özellikler gibi bazı kişilik özelliklerine sahip olmak, güvenli olmayan bağlanma biçimi, stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma sıklığı depresyon gelişmesinde rol oynayan risk etkenleridir (21).

Distimik bozukluk ise; süreğen gidiş gösteren, kronik bir depresyon türüdür. Şiddeti; major depresyona göre daha hafif olmakla birlikte, uzun sürmesi, kişinin

yaşamını oldukça olumsuz etkiler. Daha önce bu hastalık; kronik minör depresyon, nörotik depresyon, depresif nevroz, karakterolojik depresyon, depresif kişilik, kronik disfori, intermittan depresyon ve tedaviye dirençli depresyon gibi terimler ile anılıyordu. 1980’de DSM-III’de yerini Distimik bozukluğa bıraktı (53).

Distimi tanısı için en az iki yıl süren depresyon belirtileri, bu belirtilerin olmadığı iki aydan daha uzun bir dönemin olmaması, sinsi ve yavaş başlangıç ve kronik gidiş gereklidir. Tıpkı depresyon gibi, kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık olarak iki kat daha sık görülmektedir. Düşük benlik saygısı, ümitsizlik ve karamsarlık, ilgi-istek azalması, içe kapanma gibi belirtiler sık izlenir. Uyku, iştah, cinsellik alanlarındaki bozulmalar depresyona göre daha seyrek görülür. Ancak sabah saatlerindeki durgunluk sık izlenir (53).

Distimik bozukluğun kimilerinde ara ara depresyon epizodları da izlenir, depresyon tablosu düzeldikten sonra, distimi hali devam eder. Aralarda görülen bu depresyon ataklarına “duble depresyon” adı verilir. Distimi hastalarının %75’i hayatlarının bir döneminde bu duble depresyonu yaşarlar. Erken çocukluk döneminde yaşanan istismar, ihmal, taciz, kronik şiddet gibi travmalar, tıpkı depresyon gibi, distimik bozukluğun da görülme ihtimalini artırır (53).

2.4. DSM-IV Tanı Ölçütleri

Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendi bildirmesi (örn. üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum olması. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk

alamıyor olma (Hastanın kendi bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

3. Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (ör. Bir ayda beden ağırlığında %5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması. (Not: çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması)
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma olması
5. Hemen her gün psikomotorajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)
6. Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması
7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)
8. Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi gerekir)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybından sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma,

değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotorretardasyonla belirlidir (1).

Distimik Bozukluk

- A. Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az 2 yıl, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif bir duygudurum içinde olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde duygudurum irritabl olabilir ve süresi en az 1 yıl olmalıdır.
- B. Depresyondaiken aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:

1. İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyku
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
4. Düşük benlik saygısı
5. Düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
6. Umutsuzluk duyguları

C. Bu bozukluğun 2 yıllık bir dönemi sırasında (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) kişide, bir seferde 2 aydan daha uzun süren, A ve B maddelerindeki semptomların olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.

D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı (çocuklarda ve ergenlerde ilk 1 yılı) boyunca Major Depresif Epizod geçirilmemiştir; yani bu bozukluk kronik Major Depresif Bozukluk ya da kısmi remisyonda Major Depresif Bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz.

Not: Distimik Bozukluğun gelişmesinden önce tam remisyona girmiş olması koşuluyla (2 ay süreyle belirgin belirti ya da bulguların olmaması) daha önce bir Major Depresif Epizod geçirilmiş olabilir. Bunun yanı sıra, Distimik Bozukluğun ilk 2 yılından sonra (çocuklarda ve ergenlerde 1 yıl) üzerine Major Depresif Bozukluğun bindiği epizodlar da olabilir, Major Depresif Epizodun tanı ölçütlerinin karşılandığı bu durumlarda her iki tanı birlikte konur.

E. Daha önce bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir Hipomanik Epizod geçirilmemiştir ve Siklotimik Bozukluk için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

- F. Bu bozukluk sadece, Şizofreni ya da Sanrısız Bozukluk gibi kronik Psikotik bir Bozukluğun gidiş sırasında ortaya çıkmamıştır.
- G. Bu semptomlar bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.
- H. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa

Geç başlangıçlı: 21 yaşında ya da daha ileri bir yaşta başlamışsa

Atipik Özellikler Gösteren

2.6. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı ruhsal travmaları; çocuk ihmali ve istismarı olarak tanımlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali, ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. (5).

İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal olarak üç altbaşlık altında; ihmal ise duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere iki ayrı altbaşlık altında sınıflanmaktadır:

A. Fiziksel İstismar

Bir çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun kaza dışı yaralanması da fiziksel istismar olarak değerlendirilir. Fiziksel istismar, genel olarak basit yaralanmalarla başlayıp zamanla şiddetinde artış göstererek, çocuklarda ciddi fiziksel yaralanmalara ve ölümlere neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Şiddetin, bir terbiye biçimi olarak algılanması, bunun hem aile içinde hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesi, şiddetin tekrar tekrar yaşanmasına ve gizli kalmasına sebep olmaktadır. Fiziksel

istismar duygusal istismardan sonra en sık görülen istismar türüdür (54). Türkiye’de farklı zamanlarda farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda fiziksel istismar oranının % 0.5 ile %80 arasında olduğu bildirilmektedir (5).

B. Cinsel İstismar

Bir çocuk ile bir yetişkin ya da yaş veya gelişim bakımından sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içinde olan başka bir çocuk arasında, bukişinin cinsel gereksinimlerini tatmin etmeyi amaçlayan bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler; çocuğu yasa dışı bir cinsel eyleme zorlamayı ya da ikna etmeyi, çocuğu fuhuş ya da diğer yasa dışı cinsel eylemler için sömürmeyi, çocuğu pornografik gösteriler ve materyaller için sömürmeyi içerir, ancak bunlarla sınırlı değildir (5).

Cinsel istismar geniş bir aralıkta çok farklı cinsel aktiviteyi içermektedir. Bunlar fiziksel temas içermeyen, cinsel içerikli seyretme, konuşma, cinsel organları gösterme, pornografik materyalleri seyrettirme gibi eylemlerden, oral-anal-vajinal penetrasyonakadar değişebilmektedir. Çoğunlukla cinsel istismar; uzun bir sürece yayılmış ve çoğunlukla çocuğun tanıdığı, yakın olduğu, güvendiği bir kişi ile uzun süreli bir istismar şeklinde ortaya çıkmaktadır (55,56). Cinsel istismarın sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olduğu, buna rağmen sıklıkla gizli kaldığı, vakaların sadece % 15’inin bildirildiği tahmin edilmektedir (5).

İki çocuk arasında geçen cinsel içerikli, gösterme ya da dokunma tarzı eylemler zorlama olmadığı koşulda bazı durumlarda cinsel oyun olarak adlandırılabilir. Her iki çocuk da 4 yaşın altındaysa ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaştan az ise ve çocuklar eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değil ise cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir (5).

C. Çocuk İhmali

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde tanımlanabilir. Bir bütün olarak toplum, kurumlar ve bireyler tarafından geliştirilen ihmal davranışı, çocukların eşit hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakılması sonucunda onların en üst düzeyde gelişimlerini engelleyici davranışlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çocuğun bakım ve beslenme gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması, gerekli tıbbi müdahalelerin yapılmaması, anne baba olarak çocuğa karşı danışmanlık görevinin yeterince yerine getirilmemesi ve çocuğun tek başına bırakılması ihmal davranışına örnek olarak

verilebilir (5). İhmal ve istismarı birbirinden ayırmada temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. İhmal; tüm istismar tiplerinden daha sıktır. Fiziksel istismardan 2 kat, cinsel istismardan 5 kat daha fazla görülür ancak ihmal konusundaki çalışmalar istismar çalışmalarından daha azdır bu nedenle gerçek sıklığın belirlenmesi zordur. İhmal diğer istismar tipleri ile birlikte olabileceği gibi kendi içinde de birden fazla ihmal birlikte görülebilir (57,58). Kenya'da yapılan bir çalışmada çocukların %22'sinin aileleri tarafından ihmal edildiği belirtilmiştir. Türkiye'de çocuk ihmal sıklığını ve yaygınlığını gösteren bir çalışma mevcut değildir (5).

Çocuğun sağlıklı, temiz olmayan, kaza yönünden riskleri olan bir evde yaşaması, uygun yatağının olmaması veya evde kalabalık yaşamaktan dolayı yeterli uyku uyuyamaması, yaşı küçük olmasına rağmen evde yalnız ya da denetimsiz bırakılması, beslenme, giyim, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması fiziksel ihmal olarak değerlendirilir (5).

Aile çocuğun sağlığı konusunda duyarlı olması; çocuğu tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun bırakması da fiziksel ihmaldir. Hastalanınca hastaneye götürmeme ya da geçgötürme, önerilen ilaç ya da tıbbi gereçleri almama ya da düzenli kullanılmama sayılabilir. Büyüme geriliği ya da şişmanlık saptanan çocukların da tıbbi ihmal açısından yakından izlemi gereklidir. Sağlık çalışanlarının yeterli iletişim kurmadığı hallerde aileler çocuğun tedavisi için gerekli olanları yeterince anlayamayabilir. Bu durum çocuğun tedavisinin eksik ya da yanlış yapılması ile sonuçlanabilir. Böyle bir durum; sağlık çalışanlarının katkıda bulunduğu tıbbi ihmal olarak değerlendirilir (59,60).

Fiziksel ihmal içinde gelişimin ve eğitimin ihmal de bulunur. Kız çocukları daha fazla olmak üzere okul çağına gelmelerine rağmen çocuklar okula gönderilmemesi, gelişimsel geriliği olan çocuklar özel eğitim kurumlarından yararlandırılmaması, çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması sayılabilir. Örneğin gebe bir annenin alkol, sigara, uyuşturucu kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi gerekli tıbbi bakımı almaması bebeğin hem anne karnındaki hem de ilerideki gelişimini etkiler. Doğumdan sonra bebeğin düzenli sağlık izlemlerinin yapılmaması, aşılarının eksik ya da hiç olmaması da tıbbi ihmaldir (5).

D. Duygusal İstismar ve İhmal

Çocuğun duygusal bütünlüğü ve gelişimine hasar veren her tür eylem ya da eylemsizlik olarak tanımlanır. UNICEF'e göre ise çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismar olarak tanımlanır (5).

Duygusal ihmal ise; çocuğa yeterli duygusal yakınlık ve duygusal destek sağlayamamak, ya da çocuğun aile içi şiddete tanık olmasını engellemek olarak ifade edilir. Duygusal istismarın çoğunlukla diğer istismarlarla (özellikle fiziksel istismarla) birlikte olması ve önceliğin diğer istismar türlerine verilmesi, duygusal istismarın tanınmasının ve ele alınmasını engellemektedir. Duygusal istismar ve ihmal; genellikle çocuğun birincil bakımını üstlenen kişilerce yapılıyor olması ve çoğu kez disiplin amacı taşıması gibi nedenlerle dikkatten kaçmakta ya da yaptırım uygulanamamaktadır (61,62).

Duygusal istismar bir ilişki ve etkileşim tarzı olarak da tanımlanmakta; devamlılığı ve çocuğun kendilik algılarını etkileyen yıkıcı özelliği ile yaşam boyu olumsuz izler bırakan ve nesilden nesile yüksek geçiş gösteren bir istismar türü olarak kabul edilmektedir (62,63).

Aşağılama, ad takma, azarlama, alay etme, suçlama, düşmanca davranma, uygun olmayan davranışlara teşvik etme, yönlendirme (hırsızlık vb.), tehdit içeren davranışlar; gözdağı ile disiplin, yaralama ya da ölümle tehdit, özkıyım ile tehdit, aile içi şiddet, çocuğun, yaşlılarıyla ya da erişkinlerle iletişimini engelleme, izole etme, hapsetme, uygunsuz sorumluluk yükleme, terk, yaşa uygun sosyalleşmenin engellenmesi, çocukla rolleri değişme, çocuğun gelişmesinin engellenmesi duygusal istismara örneklerdir (5).

Dışlama, önemsememe, yok sayma, temel gereksinimlerin karşılanmama, ilgisiz olma, duygusal karşılıktan mahrum bırakma, pozitif duygulanım göstermeme, uygun olmayan davranışlaraduyarsız kalma, korumama, çocuğun yaşlıları ya da erişkinlerle iletişim ve etkileşimi için fırsat yaratmama ise duygusal ihmale örneklerdir (5).

Duygusal ihmal ve istismarın tanımlanması ile ilgili güçlükler nedeniyle sıklık açısından yeterli ve sağlıklı veriler bulunmamaktadır (5). Duygusal istismarın tek başına rastlanan en nadir, öte yandan ihmalin ise tek başına en sık rastlanan örseleme tipi olduğu belirtilmiştir. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının yaklaşık %90'ında duygusal istismarın da bulunduğu gösterilmiştir. Duygusal istismara uğrayan çocukların fiziksel istismara(% 63) ve ihmale (% 76) uğrama oranları da yüksektir (61,63).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

ESOGÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Ocak 2013 – Haziran 2013 tarihleri arasında ardı sıra başvuran hastalardan DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) uygulanarak majör depresif bozukluk veya distimik bozukluk tanısı alan 18-65 yaş arası, en az ilkokul mezunu olan,son 3 ay içinde antidepresan tedavi almamış olan 70 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu yönünden benzer özellikleri olan,daha önce ve şimdi herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastane personeli ve yakınlarından oluşan 50 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır.

Yaş ve eğitim kriterleri dışında; primer nörolojik bozukluk, önemli bedensel hastalık, gebelik durumu veya mental retardasyon bulunması, geçirilmiş kafa travması veya operasyonu bulunması, kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması ve DSM-IV kriterlerine göre Eksen-I komorbid tanı bulunması çalışmada dışlama ölçütü olarak alınmıştır.

3.2. Yöntem

Klinik görüşmeyi yapan doktor tarafından sosyodemografik veri formu doldurulmuş, ölçeklerin nasıl doldurulacağı ile ilgili katılımcılar bilgilendirilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış ve rızaları alınmıştır. Çalışma 15.02.2013 tarih ve 80 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

62 Majör depresyon ve 8 distimi hastasına ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubuna aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışmacı tarafından geliştirilen formda bireyin yaşı, eğitim ve medeni durumu, mesleği hastalık süresi, geçirilen depresyon atağı sayısı, intihar öyküsü, ailesinde depresyon öyküsünü içeren sorular bulunmaktadır. (Ek-1)

3.3.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994'de geliştirilen ölçek; cinsel,fiziksel, duygusal istismar ile duygusal ve fiziksel ihmali değerlendirir (64). 28 sorudan oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi öz bildirim niteliğinde bir ölçektir. Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlıdır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (65). Alt grup puanları 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Cinsel ve fiziksel istismar için 6 puan ve üstü, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 8 puan ve üstü, duygusal ihmal için 13 puan ve üstü anlamlı kabul edilmektedir (66). (Ek-2)

3.3.3.Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen somatik duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir (67). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Bireylerin kendi kendine cevaplayabileceği 21 maddeden oluşur. Her biri bir belirti kategorisini temsil eder ve 0-3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63 tür. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği; 1988 de Hisli Şahin tarafından yapılmıştır(68). 17 puan ve üstü tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla tespit eder (66).(Ek-3)

3.3.4.Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Weissman ve Beck tarafından 1978 de geliştirilen ölçek; depresyonla ilişkili olan fonksiyonel olmayan tutumların ortaya çıkma sıklığını ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir (69). Ölçek 40 maddeden oluşur. 1-7 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 1992'de Hisli Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır (70). Puan aralığı 40-280 dir. Ölçekten alınan toplam puanın düşüklüğü bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının fazlalığını gösterir. Faktör analizi ile yapı geçerliliğine bakıldığında ölçeğin mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum olmak üzere 4 faktörden oluştuğu bulunmuştur (70). (Ek-4)

3.4.Verilerin Analizi

Verilerin analizinde ESOGÜ Biyoistatistik bölümü ile çalışılmış olup; analizlerin uygulanmasında IBM SPSS 21.0 programından yararlanılmıştır. Sürekli veriler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılım varsayımına uygunluğu Shapiro - Wilk testi ile test edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare, Pearson exact Ki-kare, Yates Ki-kare analizlerinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli ve skor veriler için ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler arasındaki ilişkiler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Araştırmaya Major depresif bozukluğu (MDB) olan 62 hasta, distimik bozukluğu olan 8 hasta ile psikiyatrik bozukluğu olmayan 50 kişi kontrol grubu olarak dahil edilmiştir.

Hasta ve kontrol her iki grubun demografik özellikleri incelendi. Hasta grubunun yaşlarının ortanca değeri 34 iken kontrol grubunun yaşlarının ortanca değeri 32.5 idi. Her iki grubun yaşları arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.875$). Her iki grupta da eğitim süresi ortanca değeri 11 yıldır. İki grup arasında eğitim süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p= 0.507$) (Tablo-1).

Hasta ve kontrol gruplarının medeni durumları açısından incelenmesinde; hasta grubunda 42 kişinin evli, 17 kişinin bekar, 11 kişinin boşanmış, dul, ayrı yaşıyor kategorisinde olduğu, kontrol grubunda ise 33 kişinin evli, 14 kişinin bekar, 3 kişinin boşanmış, dul ayrı yaşıyor olduğu bulunmuştur. Her iki grupta medeni durumları açısından istatistiksel olarak fark yoktu ($p=0.261$) (Tablo-1).

Meslekleri açısından bakıldığında; her iki grupta benzer özellik göstermekte idi. İstatistiksel açıdan aralarında fark yoktu ($p=0.155$). Hasta grubunda 34 kişi ev hanımı, 25 kişi çalışan, 3 kişi emekli, 8 kişi öğrenci iken; kontrol grubunda; 24 kişi ev hanımı, 24 kişi çalışan, 2 öğrenci vardı (Tablo-1).

Hasta grubunun klinik özelliklerine bakıldığında; 62 kişinin majör depresyon 8 kişinin distimi tanısı aldığı; depresyon tanısı alanların %21 'i hafif dereceli depresyon (13 kişi), %38.7'si orta dereceli depresyon (24 kişi), %8.1'i psikotik özelliği olmayan ağır depresyon (5 kişi), %6.5'u kronik depresyon (4 kişi), %25.8'inin atipik depresyon (16 kişi) kategorisinde olduğu gözlenmiştir. Distimi tanısı alan grupta ise; 1 kişinin erken başlangıç gösteren özellikte, 6 kişinin geç başlangıç gösteren, 1 kişinin de atipik özellik gösteren özellikte olduğu bulunmuştur.

Tablo 1:Depresif bozukluğu olan hastalar ile kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.

		Depresif bozukluğu olan kadın hastalar (n=70)		Kontrol Grubu (n=50)		
		Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	p
Yaş		34	27-44	32.5	28-43.75	0.875
Eğitim		11	5-15	11	7.25-15	0.507
		n	%	n	%	p
Medeni Durum	Bekar	17	24.3	14	28	0.261
	Evli	42	60	33	66	0.261
	Ayrı	11	15.7	3	6	0.261
Meslek	Evhanımı	34	48.6	24	48	0.155
	Çalışan	25	35.7	24	48	0.155
	Öğrenci	8	11.4	2	4	0.155
	Emekli	3	4.3	0	0	0.155

Hastalık süreleri 4 hafta ile 260 hafta arasında değişiyordu. Ortanca değeri 26 hafta (16-40 hafta) idi. Başlangıç yaşı; 17-47 yaş aralığında ortanca değeri 25.5 (22-32 yaş) idi.

Geçmiş depresyon öykülerine bakıldığında,hastaların 27'si (%38.6) daha önce hiç depresif atak geçirmemiş, ilk epizod da idi. 26 hasta (%37.1) bir, 12 hasta (%17.1) iki, 3 hasta (%4.3) dört , 2 hasta (%2.9) beş depresif atak geçirmişti . 14 hastanın (%20) intihar öyküsü mevcut iken 56 hastanın (%80) intihar öyküsü yoktu.

Ailesinde depresyon öyküsü bulunması açısından hasta ve kontrol gruplarının değerlendirilmesinde ise; hasta grubunda 45 kişide (%64.3), kontrol grubunda 14 kişide (%28) ailesinde depresyon öyküsü mevcuttu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

Depresif bozukluğu olan gruba ve sağlıklı kontrol grubuna uygulanan klinik ölçekler değerlendirildiğinde; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanı ortanca değeri,

hasta grubunda; 22(18-34.2) iken kontrol grubunda 6.5(4-10) olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,001$) (Tablo-2).

Çocukluk çağı travmalarını geriye dönük olarak incelemede kullanılan Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin (ÇÇTÖ) hasta ve kontrol grupları açısından değerlendirilmesinde; toplam ÇÇTÖ puanı ve 5 ayrı alt ölçeğin puanları arasında kıyaslama yapıldı. Hasta grubunda toplam ÇÇTÖ ortanca değeri; 49 (37.7-60.5) iken kontrol grubunda 30 (27-34) idi. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo-2). Hasta grubundaki cinsel istismar alt ölçek ortanca değeri 5 (5-8), kontrol cinsel istismar alt ölçek ortanca değeri 5 (5-5) idi. İki grup arasında cinsel istismara uğrama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. ($p=0.001$) Fiziksel istismara alt ölçeğinde de benzer bir sonuca ulaşıldı. Hasta grubunda ortanca değer; 6 (5-9), kontrol grubunda ortanca değer 5 (5-5) olarak saptandı. Gruplar arasında fiziksel istismara uğrama açısından istatistiksel anlamlılık mevcuttu ($p<0.001$) (Tablo-2). Duygusal istismar alt ölçeğinde hasta grubunda ortanca değer 9.5 (8-16), kontrol grubunda 5 (5-7) olarak tespit edildi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). Hasta grubunda fiziksel ihmal ortanca değeri; 8.5 (7-11) iken kontrol grubunda; 6 (5-7) idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$). Hasta grubunda duygusal ihmal için ortanca değer; 14 (10.75-18) iken kontrol grubunda; 8 (7-10.25) olarak bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$) (Tablo-2).

Fonksiyonel olmayan tutumların değerlendirildiği FOTÖ ölçeği toplam puanının hasta ve kontrol gruplarındaki dağılımına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Hasta grubunda puanlar; kontrol grubuna göre daha düşüktü. Bu da kontrol grubunun hasta grubuna göre daha işlevsel tutumlara sahip olduğunu gösteriyordu. Hasta grubunda toplam FOTÖ puanı ortanca değeri 151 (114-187.7) kontrol grubunda 250 (183.7-222) idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$) (Tablo-2).

Tablo 2: Depresif bozukluğu olan hastalar ile kontrol grubunun Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) puanlarının karşılaştırılması.

	Depresif bozukluğu olan kadın hastalar (n=70)		Kontrol Grubu (n=50)		p
	Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	
BDÖ	22	18-34.25	6.5	4-10	<0.001
ÇÇTÖ Toplampaan	49	37.75-60.5	30	27-34	<0.001
Cinsel istismar	5	5-8	5	5-5	0.001
Duygusal istismar	9.5	8-16	5	5-7	<0.001
Fiziksel istismar	6	5-9	5	5-5	<0.001
Fiziksel ihmâl	8.5	7-11	6	5-7	<0.001
Duygusal ihmâl	14	10.75-18	8	7-10.25	<0.001
FOTÖ	151	114-187.75	205	183.75-222	<0.001

*ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı travma Ölçeği BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Depresyon hastaları ve kontrol grubu arasında cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve fiziksel ile duygusal ihmâl açısından görülme oranları karşılaştırıldığında; tüm alt ölçeklerde hasta grubundakontrol grubuna göre istismar ve ihmâle uğrama öyküsü daha fazlaydı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. (Cinsel istismar için $p=0.002$, Diğer alt ölçekler için ($p<0.001$)) (Tablo-3).Cinsel ve fiziksel istismarın değerlendirildiği alt ölçek puanlamasında var olan 5 soruya da hiçbir zaman denmesi ile minimum 5 puan alınmaktaydı. Bir tek soruya verilen bunların dışındaki yanıt ile 6 ve üstü tüm puanlar istismar lehine değerlendiriliyorduDuygusal istismar ve Fiziksel ihmâl alt ölçeklerinde ise kesme puanı 8 ve üstü idi.8 puan ve üstündeki puanlar fiziksel ihmâl ve duygusal istismara uğrandığı yönünde değerlendirilmektedir.Son alt ölçek olan Duygusal ihmâl alt ölçeğinde 13 puan ve üzeri puanlar bu ihmâl türüne maruziyeti göstermektedir .

Tablo 3: Depresif Bozukluğu Olan Hastalar İle Kontrol Grubunda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Alt Tiplerinin Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

	Depresif bozukluğu olan kadın hastalar (n=70)		Kontrol Grubu (n=50)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsel istismar	22	31.4	3	6	9.94	0.002
Duygusal istismar	55	78.6	8	16	43.3	<0.001
Fiziksel istismar	36	51.4	2	4	28.16	<0.001
Fiziksel ihmal	49	70	9	18	29.53	<0.001
Duygusal ihmal	47	67.1	4	8	39.36	<0.001

Hem kontrol hem de hasta grubunda; herhangi bir tür istismar ya da ihmale uğrama öyküsü olanlarda diğer tür ihmal veya istismar yaşantısı öyküsü de daha fazlaydı. En güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar duygusal istismar ve duygusal ihmal alt ölçeklerinin diğer tüm alt ölçeklerle ilişkilerinde vardı. Bu ilişkilerin hepsi pozitif yöndeydi (Tablo-4).

Sadece hasta grubunda var olan kontrol grubunda olmayan pozitif korelasyonlar; fiziksel istismarın cinsel istismar dışında toplam ve diğer tüm alt ölçeklerle olan ilişkisinde mevcuttu. Sadece kontrol grubunda var olan hasta grubunda olmayan pozitif korelasyonlar da ;cinsel istismarın fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ile olan ilişkisindeydi (Tablo-4).

Tablo 4: Depresif Bozukluğu Olan Hastalar İle Kontrol Grubu Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Spearman' sRho	ÇÇTÖ	CİS	DİS	FİS	FİH	DİH
ÇÇTÖ	-	0.371**	0.685***	0.115	0.760***	0.891***
CİS	0.510***	-	0.300*	0.404**	0.330*	0.302*
DİS	0.929***	0.381**	-	0.133	0.460**	0.426**
FİS	0.700***	0.204	0.643***	-	0.087	-0.006
FİH	0.673***	0.234	0.591***	0.293*	-	0.504***
DİH	0.893***	0.357**	0.798***	0.553***	0.534***	-

•ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı travma Ölçeği BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği CİS: Cinsel istismar, DİS: Duygusal istismar, FİS: Fiziksel istismar, FİH: Fiziksel ihmal, DİH: Duygusal ihmal *p<0.05 , **p<0.01 , ***p<0.001

•Diagonalin üstü kontrol grubu değerlerini, altı ise hasta grubunun değerlerini göstermektedir.

Ailede depresyon öyküsü olması ile istismar ve ihmal yaşantılarının ilişkisi incelendiğinde; cinsel istismar öyküsü dışında diğer tüm istismar ve ihmal türlerinin aile depresyon öyküsü olanlarda daha fazla görülmesi lehine istatistiksel anlamlılık vardı (p<0.001).

ÇÇTÖ ve tüm alt ölçeklerinin klinik özellikler ile arasındaki ilişkiye baktığımızda; yaş, hastalığın süresi, hastalığın başlangıç yaşı, depresif epizod sayısı ile istatistiksel anlamlılık gösteren ilişki bulunamadı (p>0.05) (Tablo-5).

Tablo 5: Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özellikler İle Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Arasındaki İlişki

Spearman's Rho	Yaş	Başlangıç Yaşı	Epizod sayısı	Hastalık Süresi
ÇÇTÖ	-0.016	-0.039	0.067	0.155
CİS	-0.083	0.150	-0.063	0.075
DİS	-0.066	-0.217	0.171	0.207
FİS	0.131	0.148	0.037	0.212
FİH	-0.142	0.006	-0.107	0.102
DİH	0.089	-0.042	0.142	0.087

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı travma Ölçeği BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği CİS: Cinsel istismar, DİS: Duygusal istismar, FİS: Fiziksel istismar, FİH: Fiziksel ihmal, DİH: Duygusal ihmal

Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda; BDÖ ile ÇÇTÖ toplam puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki ($r= 0.294$) ($p<0.05$), Duygusal istismar arasındaki pozitif yönlü ilişki ($r=0.354$) ($p<0.01$), Duygusal ihmal arasındaki pozitif yönlü ilişki ($r=0.300$) ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bulunan ilişkilerdi (Tablo-6).

Fonksiyonel olmayan tutumların depresyon şiddeti ile olan ilişkisi incelendiğinde; FOTÖ toplam puanı ile BDÖ puanı arasında negatif yönlü ilişki olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($r=-0.389$) ($p<0.01$) (Tablo-6). Depresyon puanları arttıkça fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği puanları azalmakta idi. Depresyon şiddeti arttıkça işlevsiz tutumlar artıyordu.

FOTÖ puanı ile cinsel istismar öyküsü olanlar arasında negatif yönlü ($r= -0.146$) ($p>0.05$), duygusal istismarı olanlarda negatif yönlü ($r= -0.345$) ($p<0.01$) , fiziksel istismarı olanlarda negatif yönlü ($r= -0.38$) ($p>0.05$) , fiziksel ihmal

olanlarda negatif yönlü ($r = -0.241$) ($p > 0.05$), duygusal ihmali olanlarda negatif yönlü ($r = -0.181$) ($p > 0.05$) korelasyon mevcuttu, ancak sadece duygusal istismar ile FOTÖ arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlılık vardı.

Tablo 6: Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin, Beck Depresyon Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği arasındaki ilişki.

Spearman's Rho	BDÖ	FOTÖ
FOTÖ	-0.389**	-
ÇÇTÖ-T	0.294*	-0.222
CİS	0.157	-0.146
DİS	0.354**	-0.345**
FİS	0.157	-0.38
FİH	0.217	-0.241
DİH	0.300*	-0.181

•ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı travma Ölçeği BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği CİS: Cinsel istismar, DİS: Duygusal istismar, FİS: Fiziksel istismar, FİH: Fiziksel ihmâl, DİH: Duygusal ihmâl, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda depresif bozukluğu olan kadın hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre çocukluk çağı travma puanlarının ve görülme oranlarının daha fazla olduğu ve çocukluk çağı travma puanları arttıkça depresyonun şiddetinin arttığı saptandı.

Depresyonun etiyolojisini araştıran ,stresli yaşam olaylarının, özellikle de istismar gibi erken travmatik deneyimlerin etkisi üzerine odaklanan çok sayıda çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar mevcuttu. Çocukluk çağı istismarının ve ihmalinin uzun dönemdeki olumsuz sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada; istismara uğramış çocukların düşük özsaygı, disosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, intihar fikirleri, akademik ve davranım sorunları olduğu vurgulanmıştır (6). Özellikle depresif bozukluklar açısından bu riskin çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir (8). Bununla birlikte; çocukken travmaya maruz kalan kişilerin erişkin yaşlarda obezite gibi kronik fiziksel hastalıklara yakalanma riskinin daha fazla olduğu, alkol ve madde kötüye kullanımını ve şiddet içerikli suç davranışı öykülerinin daha çok olduğu, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini daha fazla sergiledikleri, eş ve çocuklarına karşı şiddet davranışı gösterdikleri bulunmuştur (5). Erol ve arkadaşlarının çalışmasında ise özkıyım girişimi olan depresyon hastalarında çocukluk çağı istismarı ile ilişki bulunmuş, özkıyım girişimi olmayan depresyon hastaları ile sağlıklı kontroller arasında bir fark bulunmamıştır (71).

Çocukluk çağı travmalarının yaşamın sonraki dönemleri için depresyon riskini birkaç yolla arttırabileceği düşünülmektedir. İlki travmanın çocukluk çağı depresyonu ile sonuçlanmasıdır. Çocukluk çağı depresyonu erişkin dönemde geçirilecek bir depresif bozukluk için özellikle kadınlarda daha büyük bir risk faktörüdür (72). Kadınlarda çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğü, çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu vurgulanmaktadır (73). İkincisini çocukluk çağı travmalarının HPA düzensizliği gibi biyolojik değişikliklere neden olması ile ilgilidir. Hatta anne karnında iken bebeğin beyin gelişiminin annenin yaşadığı stres ile HPA eksen hiperaktivitesi yoluyla depresyona yatkınlık geliştirebileceği de öne sürülmektedir (37,38). Bu uzun süreli değişiklikler çeşitli nörotransmitterlerin ve intranöronal sinyal sistemlerinin fonksiyonel durumlarında değişiklikler oluşturabilmektedir. Üstelik bu değişiklikler

nöron kaybı ve sinaptik temaslarda fazlaca azalmayı da içerebilmektedir. Sonuç olarak, bu bireyler daha sonraki dönemlerde dışsal bir stresör olmadığında bile duygudurum bozukluğu için daha yüksek risk altındadır (24,30). Bir diğer etkende çocukluk çağı travmasının düşük benlik saygısı, çaresizlik duygusu, dışsal kontrol merkezi arama, yetersiz baş etme tutumları ve fonksiyonel olmayan tutumlar gibi bireysel duyarlılıklar geliştirmesidir (74). Sosyal desteğin yeterli olmaması, düşük sosyoekonomik ve kültürel düzey,erken evlilik ve gebelik gibi çevresel güçlüklerde depresyon riskini arttırmaktadır (75).

Birçok çalışmada çocukluk dönemi istismarı ile istismarın olumsuz etkileri sonucunda gelişen psikopatolojiler arasında ilişki olduğu bildirilse de istismara uğrayan tüm çocuklarda; çocukluk veya erişkinlik döneminde psikopatoloji gelişmemektedir (5). Travmatik yaşantıların erişkinlik döneminde psikopatoloji geliştirmesi; travma sırasında çocuğun gelişimsel evresi ve kronolojik yaşına, cinsiyetine, kişilik özelliklerine, baş etme becerilerine, benlik değerine, istismarcı ile olan ilişkisi ve yakınlığına, istismarın türüne ve şiddetine, sayısına, sıklığına ve süresine, sosyal desteğinin olup olmamasına, travma ile ilişkiliduyarlılığına bağlı olarak farklılık gösterebileceği söylenmektedir (76).

Ailenin sosyokültürel düzeyi, istismarı öğrendikten sonraki ele alış biçimleri, sosyal destekleri, uğranılan istismar türlerinin birlikteliği, ruhsal desteğin alınıp alınmadığı ve zamanlaması gibi değişkenler de gelişebilecek ruhsal hastalık tablosu açısından belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (5,77).

İhmalle ilgili çalışmalara bakıldığında; tüm istismar tiplerinden daha sık görüldüğü belirtilmektedir (5). Fiziksel istismardan 2 kat, cinsel istismardan 5 kat daha fazla görülür ancak ihmal konusundaki çalışmaların istismar çalışmalarından daha az olması nedeni ile gerçek sıklığın belirlenmesi güçtür (8). Kişilerin ihmal konusundaki algıları da kültüre göre farklılıklar gösterebilmektedir. Polat ve arkadaşlarının Ankara'da, 5 yaş altı çocuğu olan 513 aileyle gerçekleştirdikleri çalışma, düşük sosyoekonomik düzeyin ailelerin ihmali algılayışlarını ve tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur (78). Gelişimin ve eğitimin ihmali, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun kalma da fiziksel ihmal kapsamındadır. Bazı toplumlarda kız çocuklarının sağlık, eğitim olanaklarının, erkek çocuklara göre daha fazla ihmal edildiği, yanısıra evde

kardeşlerine bakma ya da çalışarak evin geçimine yardım etmek zorunda bırakıldığı bildirilmektedir (60).

Çalışmamızda; hem kontrol hem de hasta grubunda; herhangi bir tür istismar ya da ihmale uğrama öyküsü olanlarda diğer tür ihmal veya istismar yaşantısı öyküsü de daha fazlaydı. En güçlü korelasyonlar duygusal istismar ve duygusal ihmal alt ölçeklerinin diğer tüm alt ölçeklerle ilişkilerinde vardı. İlişkilerin hepsi pozitif yöneydi. Hasta grubunda kontrol grubuna göre bağıntıların daha fazla ve daha güçlü olması bu grupta; kültürel uygulamanın ötesinde örseleyici bir yaşantının olduğunu düşündürmüştür.

İstismar tiplerinde birlikteliğin sık olduğu, fiziksel ve cinsel istismar tek başına nadirken, duygusal istismarın tek başına da görülebildiği yönünde çalışmalar vardır (79,80). Örneğin cinsel istismarda tehditin kullanılması ve şiddetin varlığı psikopatolojinin oluşumunda önemli bir risk etmeni olarak vurgulanır (81). Olay sırasında şiddet ve zor kullanılmasının, yaşanan çaresizlik duygusunun büyütmesi sebebiyle travmanın daha büyük algılanmasıyla neticelendiği belirtilmiştir (82).

Çalışmamızda; depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı ruhsal travmaları; hastalığın erken başlaması, daha uzun sürmesi, depresif dönemlerin tekrarlaması ve intihar davranışının olması ile ilişkili bulunmamıştır. Bu sonuç literatür bilgileriyle uyumlu değildir. Örnekleme sayısının az olması bu sonuca yol açmış olabilir. Literatürde; çocukluk çağında travma öyküsü olan depresif hastalarda klinik özelliklere bakıldığında daha erken yaşta başlama, depresyon şiddetinde artış, daha fazla atak geçirme, intihar ve kendine zarar verme öyküsünün daha fazla olması gibi klinik verilerle ilişkili olduğu ve anksiyete bozuklukları, özellikle de panik bozukluk ile komorbiditesinin sık olduğuna dair çalışmalar vardır (83,84,85).

Çalışmamızda klinik değişkenlerden ailede depresyon öyküsü olması; özellikle duygusal ihmal ve istismara uğrama açısından önemli bir risk faktörü olarak bulundu. Ailesinde depresyon öyküsü olanlarda: duygusal istismar 23.25 kat, duygusal ihmal 13.88 kat, fiziksel istismar 3.49 kat daha fazlaydı. Aile içi dinamikler ve etkileşimin önemli olduğu, ebeveyn depresyonunun çocukta duygusal istismar ve ihmali arttırdığı birçok araştırmada belirtilen bir konudur. İstismara uğrayan çocukların ailelerinde aile içi çatışma, aile içi şiddet ve ebeveynlerde psikopatoloji

varlığının; istismarın olumsuz etkilerini belirlemede karıştırıcı etmenler olduğu düşünülür (83,84).

Aile içi şiddete maruz kalan veya tanık olan çocuklarda içselleştirilen korku öfke, çökkünlük duyguları ve bu duygularla şekillenen ruhsal yapı şiddetin farklı biçimlerinin ortaya çıkarıcı bir saldırganlık kaynağı yaratır. Böylece şiddetin kuşaktan kuşağa aktarılma mekanizması kurulur. Özdeşim nesnelere arasındaki ilişki biçimi kurban-saldırgan ilişkisi olduğunda çocuklar saldırganlık, öfke ve çaresizliği içselleştirir (88). Çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından istismar edilmiş kadınlar; bağlanma figürleri ile kurdukları travmatik bağlanmalar ve şiddet döngüsü nedeniyle benzer ilişkiler kurmaya yatkınlara (89).

Çocuklarını fiziksel olarak istismar eden ebeveynlerin kendi çocukluk dönemlerinde fiziksel istismar da dahil olmak üzere çeşitli örselleyici yaşantılara maruz kaldığı görülmektedir (90). Bu ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları açısından sınırlı bir repertuvara sahip olduğu ve çocukları ile ilgili gerçeğe uygun olmayan beklentiler geliştirdiği, bu nedenle etkili ve zararsız disiplin yöntemlerini kullanmak ve çocuklarının gelişimini sağlıklı bir biçimde yönlendirmek konusunda yetersiz oldukları bildirilmektedir.(91).

Çalışmamızda depresif bozukluğu olan kadın hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olduğu; fonksiyonel olmayan tutumlarına sahip olma açısından da daha düşük puan alanlarda depresyon şiddetinin de daha fazla olduğu gözlemlendi. Depresyonun gelişiminde bireyin sahip olduğu bilişlerin, inançların tutumların önemli bir yeri vardır (45). Erken çocukluk döneminde anne babanın örnek alınması, diğer tüm eğitim etkinlikleri, yaşanan örselenmeler ve elde edilen başarısızlıklar gibi değişik bir takım deneyimlerle biçimlenen fonksiyonel olmayan tutumlar bir tetikleyici olayla aktifleşerek depresyonun gelişimine katkıda bulunur (46). Fonksiyonel olmayan tutumlar oldukça katı, değişmez ve uçlarda genellenmişlerdir. Kişinin gerçek performansını ortaya koymasını engellerler ve yaşanan günlük deneyimlerle değişmezler (48). Bireyin ne yaparsa yapsın kendini iyi hissedebilmesi için başkalarının onayının gerektiğine inanması, kendisini başarılı sayabilmek için her alanda başarılı olma zorunluluğu hissetmesi ya da yaşamda her şeyin kontrol edilebileceğine inanması örnek olarak verilebilir.

FOTÖ ölçeği ile yapılan bir çalışmada hem depresyon hem anksiyete belirtileri açısından yüksek puan alan grupta, düşük puan alanlara göre daha sık fonksiyonel olmayan tutumlara sahip oldukları, sorun çözme konusunda kendilerini daha yetersiz algıladıkları belirtilmiştir (70). Depresif hastaların yaşam olaylarına verdikleri anlamın üç temel alanda olumsuz olarak çarpıtıldığını öne sürülmüştür. İlki depresyonda, kişinin yaşam olaylarını anlamlandırırken önyargılı bir şekilde kendi içinde olana atıfta bulunduğu böylece kendilerini aşırı suçladıklarıdır. Aksine depresif olmayan bir kişi olumsuz olaylara; kötü şans, kötü kader ya da başkalarının yaptıkları olarak bakar. İkincisidepresif kişiler olumsuz olayların önemini sınırlı olduğunu düşünmek yerine, olanları genele yayarak sonuçları bir çok alanı etkileyeceği yönünde yorumlar. Depresif olmayan kişiler ise olumsuz olayları sınırlamayı, bu olayların benlik saygılarına ve davranışlarına zarar vermesini engellerler. Üçüncüsü; depresyonda, olumsuz durumların değişmeyeceği ve gelecekte düzelmeyeceği yönünde bakış açısı vardır. Depresif olmayan sağlıklı kişiler ise, olumsuz olay ya da durumların zamanla hafifleyeceği inancına sahiptirler (93).

Kadınların yaşadıkları şiddete bakış açısı onların güvenlik ve kendilik algılarını etkilemektedir. Şiddet beklentisi negatif bilişsel algının en önemli açıklayıcılarından biridir (94). Depresyonda; diğer bir bilişsel yatkinlik nedeni ruminasyondur. Ruminatif cevap verme tarzı olan bireyler olumsuz olaylar sonucunda ortaya çıkan olumsuz duygular hakkında pasif ve tekrarlayan şekilde ruminasyon eğilimi gösterirler. Çaresizlik düşünceleri ile beraber bu eğilimin kadınlarda daha yaygın olduğu ve cinsiyetler arası farklılığın ergenlik döneminde başladığı birçok çalışmada vurgulanmıştır (95,96).

Çalışmamızda; çocukluk çağı travma öyküsü olması ile fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olma arasında da pozitif yönde bir korelasyona ulaşıldı. Özellikle duygusal istismar alt grubunda bu fark daha belirgindi. Abramson'un geliştirdiği umutsuzluk teorisinde; negatif yaşam olaylarının oluşmasını takiben süreğen ve genelleştirilen atıflarda bulunmaya ve kendileri hakkında olumsuz özellikler ve sonuçlar çıkarmaya eğilimli kişilerde umutsuzluğun oluştuğu, çocukluktaki bu kötü muamale öyküsünün kognitif bir kırılma gelişmesine; bununda depresyona yatkinlik yarattığından söz edilmektedir (97).

Çocukluklarında örselenen kişilerin kendilerini daha öncekilerle benzerlik gösteren durumlara soktukları, eski örselenmenin yinelendiği (kendini doğruluyan kehanet), yeniden sahneledikleri ve bu yinelenmede şiddet gösteren ya da kurban rollerini aldıkları bildirilmektedir (98). İstismar edilen çocuk ve ergenler saldırganla özdeşim yapıp bir süre sonra istismar eden kişi olabilmektedir. Otonomi duygusu ve benlik saygısı yerine saldırgan ya da kurban olma şeklinde ilişki modelleri oluşturmuşlardır (99). Travma mağduru olmak adil dünya beklentisi ile bağlantılı bir biçimde bireysel değersizlik algısına yol açabilmektedir (100).

Yaşanan travmatik olayın çocuklar üzerinde bir diğer etkisi duygusal düzenleme üzerinde olduğu söylenmektedir. Duygusal düzenleme; normalde hissettiklerinin ve dürtülerin ifadesini, şiddetin kontrolü ya da bunları düzenleme yeteneği sağlamaktadır. Çocuklar bunu bakım verenlerle olan deneyimlerinden ve duygusal ifadelerinden doğal olarak öğrenmektedir. Ancak istismar edilmiş çocukların içinde buldukları durumu anlamlandırması ve duygularını düzenlemesi oldukça zor olmaktadır. İstismara uğramış çocuklarda yapılan kontrollü çalışmalarda; istismar edilmemiş çocuklara göre ilişkiye duygusal katılım, sosyal duyarlılık ve diğerlerinin duygularını ayırt edebilme yeteneğinin belirgin biçimde zayıf olduğu gözlenmiştir. Kendi ailesi tarafından sürekli istismar edilen çocuklarda duygulanımda sıklık, herkesi ve her şeyi reddetme davranışı, ümitsizlik, çaresiz hissetme görülmektedir (99,101).

Depresyon ve çocukluk çağı travmalarının arasındaki ilişkide; bu travmatik yaşantıların olumsuz bilişsel stillere ve bilgiyi işleme süreçlerinde hatalara yol açtığı; bu sayede depresyona katkıda bulunduğu düşünülür. Çocukluğunda istismar ve ihmale maruz kalanların kendilerinde bir sorun olduğuna inandıkları ve kendilerini suçladıkları, diğerlerine güvenmekte zorlandıkları, duygusal küntlük, izolasyon ve terk edilmişlik hissettikleri, bu bilişsel inanışlarında özsaygıyı azalttığı, ilişki sorunları yaşamalarına, depresyona ve intihar girişimlerine yol açtığı belirtilmektedir (11).

Çalışmamızda depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağında yaşandığı bildirilen duygusal istismarın, fiziksel ve cinsel istismara göre fonksiyonel olmayan tutumlarla daha belirgin bir ilişkisi olduğu saptandı. Bu sonuç literatür bilgisi ile uyumludur. Duygusal istismar; kişiyi tüm yaşam süreci boyunca

etkileyebilen ve pek çok ruhsal hastalığa zemin oluşturabilen bir durum olarak değerlendirilir (15). Bu konuda ülkemizde yapılan araştırmalarda duygusal istismarın % 78 gibi yüksek bir oranla ilk sırada olduğu bildirilmiştir (102). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve patofizyolojisinin araştırıldığı bir çalışmada duygusal istismar oranı % 55.6 olarak bulunmuştur (103). Mullen ve arkadaşları özkıyım girişiminin fiziksel istismarda 5 kat artmışken duygusal istismarda 12 kata kadar çıktığını belirtmektedir (104). Özellikle depresyon, kaygı bozuklukları, sosyal ilişki sorunları, benlik saygısının azalması, özkıyım girişimleri başta olmak üzere yaşanan ruhsal sorunlarda duygusal istismar ve ihmalin sorumlu olduğu düşünülür (105).

Duygusal istismarın çoğunlukla tek başına değil de diğer istismarlarla (özellikle fiziksel istismarla) birlikte olması ve önceliğin diğer istismar türlerine verilmesi, duygusal istismarın hem tanınmasının hem de ele alınmasının önüne geçmektedir. Duygusal istismarın; çocuğun birincil bakımını üstlenen kişilerce yapılıyor olması ve çoğu kez çocuğu disipline etmek amacı taşıması gibi nedenlerle dikkatlerden kaçtığı ve deherhangi bir yaptırım uygulanmadığı belirtilmektedir. (8).

Duygusal istismar bir ilişki ve etkileşim tarzı olarak da tanımlanmaktadır. Sürekliliği ve yıkıcı özelliği ile çocuğun kendilik algılarını etkileyip, yaşam boyu olumsuz izler bırakan ve nesiller arası yüksek geçiş riski gösteren bir istismar türü olduğu düşünülmektedir (106). Özellikle olumsuz olayların süreklilik ve yaygınlık gösterdiği durumlarda kişi algı ve çıkarımlarından olumsuz bilişsel bir tarz geliştirir. Herhangi bir istismar tipi bunu yapabilmesine rağmen negatif kognitif tarz; en çok duygusal istismar ile ilişkilendirilmiştir. Duygusal istismarda; depresif kognisyonlar doğrudan çocuğa kötü muamele yapan kişi tarafından yansıtılır. (Sen aptalsın, Hiç bir şey anlamıyorsun gibi). Fiziksel ve cinsel istismarda ise çocuk kendi depresojenik çıkarımlarını yapar ve daha iyi huylu çıkarımlar yapma şansı olasıdır (97).

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmanın kesitsel olması neden-sonuç ilişkisi kurulmasını zorlaştırdığı için birinci kısıtlılıktır. Ancak son yıllarda prospektif çalışmalarda da bu çalışmada ulaşılan benzer sonuçlara (Duygusal istismarın depresyon için diğer istismar tiplerinden daha iyi bir prediktör olması) varılması (107) bu kısıtlılığı kısmen de olsa hafifletmektedir.

Çocukluk çağı ruhsal travmalara ait bilgilerin geriye dönük ve öz bildirimine dayalı olması da bir kısıtlılıktır. Literatürdeki çalışmalarda; erişkinlerin büyük ölçüde geçmiş olayları doğru hatırladığı bildirilmiştir (108). Ayrıca ÇÇTÖ'nin istismar tespitinde başarılı, güvenilir ve değerli bir ölçüm aracı olduğu vurgulanmıştır (109). Yine de gelecek çalışmalarda istismarın değerlendirilmesine yönelik görüşmeci değerlendirmelerini de içeren çoklu yöntemler kullanılması daha uygun olacaktır. (110). Özellikle cinsel istismar konusunda olmak üzere istismar bildirimlerinde toplumsal önyargılar ve utanma nedeniyle gerçek bildirimlerin yapılmamış olması ihtimali yanıltıcı olmuş olabilir.

Katılımcıların depresif atağın etkisinde geçmiş örselenmelerin değerlendiriliyor olması da bir başka kısıtlılık olarak sayılabilir. Ancak Brewin ve ekibinin yaptığı bir çalışmada geçmiş hatırlamanın duygudurumdan etkilenmediği, atak sonrasında da aynı hatırlamaların sürdüğü belirtilmiştir (108). Yine de aynı gruplarda remisyon sonrası aynı ölçümlerin yapıldığı çalışmalar daha aydınlatıcı olacaktır.

Çocukluk çağı ruhsal travmanın depresif bozuklukla ilişkisi değerlendirilirken biyolojik etkenler ele alınmamıştır. Depresyon heterojen etiyojiye sahip bir hastalıktır ve hastalığın gelişme sürecinde hangi faktörün öncelikli olduğu, birbirlerini nasıl ve hangi önceliklerle etkilediği konusundaki bilgiler yetersizdir. Biyolojik parametreler ile etkileşimler bu çalışmada araştırılmamıştır.

Sonuç olarak çocukluk çağı ruhsal travmaları, özellikle duygusal istismar; fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesinde ve böylece bireyin depresyona yatkın hale gelmesinde etkili olabilir. Erken dönem travmatik yaşantıların depresyon eşikini düşürmede anahtar role sahip olduğu ve çözülmemiş kalmasının depresyonu komplike hale getirip iyileşmeyi geciktirdiği belirtilmiştir (83). Duygusal ihmal ya da istismarın atlanmamasında en önemli nokta bu konuya yönelik bilgi, duyarlılık ve tanımda yeterliliğin olmasıdır. Hem çocukluk, hem ergenlik hem de erişkinlik dönemindeki ruhsal hastalıkların birçoğunun temelinde çocukluk çağı ruhsal travmalarının bulunabileceği düşünülmeli ve böylesi bir şüphede öykü ayrıntılandırılmalı ve uygun müdahale teknikleri tedavi yaklaşımlarına eklenmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları ve bu travmaların (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) görülme oranı sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazladır.
2. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda herhangi bir tür istismar ya da ihmale maruz kalanlarda diğer tür ihmal ve istismara da uğramış olma ihtimali daha fazladır.
3. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı ruhsal travmaları; hastalığın erken başlaması, daha uzun sürmesi, depresif dönemlerin tekrarlaması ve intihar davranışının olması ile ilişkili bulunmamıştır.
4. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı travmaları ölçeğinde toplam puan ile duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları arttıkça depresyonun şiddeti artmaktadır.
5. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda fonksiyonel olmayan tutumlar arttıkça depresyon şiddeti de artmaktadır.
6. Depresif bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağında yaşandığı bildirilen duygusal istismarın, fiziksel ve cinsel istismara göre fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkisi daha belirgindir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Duygudurum Bozuklukları, Dördüncü Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
2. Kaya B, Kaya M. 1960'lerden Günümüze Depresyon Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri. 2007; 10(6): 3-10.
3. Önen R, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı Ve Risk Faktörlerle İlişkisi. 1995; 3(1-2): 88-103
4. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. 15-49 Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4(4): 208-219
5. Dağlı E.T, İnanıcı M.A. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Ankara: 2011
6. Paulacci EO, Genius ML, Vilato C. A Meta Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. J Psychol 2001; 135(1): 17-36
7. Widom CS, Dumont K, Czaja SJ. A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown up. Arch Gen Psychiatry 2007; 27(7): 631-642
8. Öztop DB. Depresyon ve İstismar. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 46-50
9. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb E, Neeren AM. Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerabilty to Depression. Clin Child Fam Psychol Rev. 2006; 9(1): 23-64
10. Beck AT. Cognitive Therapy and the emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976
11. Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2):7-13
12. Gölceğiz Gül I, Karlıdağ R. Dünden Bugüne Depresyon.Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 1-6
13. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock VA, Editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive

Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005. P. 1559-25

14. McArthur R, Borsini F. Animal models of depression in drug discovery: A historical Perspective. *Pharmacol Biochem Behav* 2006; 84(3): 436-452
15. Doğan O. Bölüm 19: Depresif bozuklukların epidemiyolojisi. Sivas Esform Ofset; 2011: 267-283
16. Işık E. Duygudurum Bozukluklarının epidemiyolojisi ve risk etkenleri. Depresyon ve Bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. p.20-32
17. Kesebir S, Bayrak A. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı. İç: Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. Editörler. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çalışma Birimleri Dizisi: Nisan 2013: 99-116
18. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V, Editors. Aydın H, Bozkurt A, (Çev. Eds) Türkçe. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2007. p1575-1582
19. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi Ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 1998.
20. Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6 (1):13-20
21. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000; 1(1): 41-8
22. Keita GP. Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *J Manag Care Pharm* 2007;13 (9 Suppl A): p.12-5.
23. Dikici A, Yağız A, Kuğu N. Kadın ve Depresyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*. 2012; 5(2): 66-71
24. Elbozan Cumurcu B, Göğceğöz Gül, Depresyonun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*. 2012; 5(2): 27-33

25. Rajkowska G. Anatomic Pathology. In: Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF. Editors. Mood Disorders Text Book. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006. p. 179-95.
26. Özpoyraz N. Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar. Klinik Psikiyatri.2002; 4: 68-72
27. Güneş Yalçın E. Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel İşlevler. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2008.
28. Hasler G. Pathophysiology of Depression: Do We Have Any Solid Evidence Of Interest to Clinicians ? In: Maj M. Editors. World Psychiatric Association, 2010; 9(3): 155-161.
29. Delgado PL. Pathogenesis of Mood Disorders. In: Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF, Editors. Mood Disorders Text Book. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.p. 100-16.
30. Sadock B, Sadock V, Editors. Aydın H, Bozkurt A, (Çev. Eds) Türkçe. Kaplan & Sadock Klinik psikiyatri Özet Kitabı. Ankara, Güneş Kitabevi; 2005.
31. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi İstanbul tıp kitabevi 3. Baskı Çev. Ed. Uzbay İ.T. 480-489
32. Seidman SN. Duygudurum Bozukluklarının psikonöroendokrinolojisi. Oral T. Editör. Duygudurum Bozuklukları. İstanbul, Sigma publishing; 2007.p. 117-30
33. Eşel E. Depresyonda Nöroendokrinolojik Bulgular Klinik Psikiyatri 2002 4; 35-53
34. Albayrak EÖ. Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam 2004;17(19):27-33
35. Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akkaya C. Depression, neuroplasticity and neurotrophic Factors. Current Approaches in Psychiatry 2009; 1(1): 22-35
36. Işık E. Duygudurum Bozukluklarının etiyolojisi. Depresyon ve Bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
37. Kelsoe JR. Mood Disorders: genetics. Kaplan and Sadock's, Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Lippincott, Williams and Wilkins, 2005;13.3: 1582-94.

38. Williams DR, Neighbors HW. Duygudurum Bozuklukları Üzerine Sosyal Bakış Açıları. Oral T, Editör. Duygudurum Bozuklukları. İstanbul, Sigma Publishing; 2007.p.145-58
39. Tufan Temiz S. Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun klinik açıdan Majör Depresif Bozuklukla Karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2008.
40. Aşkın R. Depresyon El Kitabı.Konya : 1999
41. Akıskal HS. Duygudurum Bozuklukları : Tarihsel gelişim ve kavramın tanımı. İç: Saddock BJ, Saddock VA, editör. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.Baskı Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.s.1559-1575
42. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional bonds. London, England: Tavistock Publications; 1977.
43. Leahy RL. Bilişsel Terapi Yöntemleri. Türkçapar H, Köroğlu E. Çeviri Editörleri. Ankara: HYB Yayıncılık; 2007.
44. Türkçapar H. Depresyon-Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi HYB-Boylam Psikiyatri Enstitüsü 2009
45. Aaron TB. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. Harper& Row, Publishers New york, Evanston, London.1967.
46. Sungur MZ. Depresyonun Kognitif Teorisi Depresyon Monografları Serisi 1993; 3 :123-134
47. Emül M. Depresyon ve Psikososyal Kuramlar. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 14-20
48. Gönenir Erbay L, Kartalcı Ş. Depresyonda Bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 97-102
49. Lusen PT, Beyer JL, Sells SR, Gwirtsman HE, Shelton RC, Bird RP, Nash JL. Duygudurum Bozuklukları iç: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Editorler Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitabevi, 2003.S.290-327.
50. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası.1998; 2(1):5-12
51. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 34-38

52. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R). Washington DC: Am Psychiatric Association. 1987.
53. Karamustafalıoğu O.K., Karamustafalıoğu N. Distimik Bozukluk Psikiyatri Dñnyası 2001;5:30-35
54. Şahin F, Fiziksel İstismar, Çocuk ve Ergen psikiyatrisi Temel Kitabı: Ed: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E Miral S, Motavallı N, Pehlivanürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F. Ankara, 2008; 462-469
55. Butchart A, Harvey AP, World health organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2006; 10
56. Dağlı T, İnanıcı MA. Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı : Ankara; 2010.
57. Lynch M. Çocuk İstismarı ve İhmalı. Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi. Ankara: Gözde Repro Ofset; 1991. p. 37-44.
58. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English D, Lee LC, Feerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect. Child Maltreat. 2005; 10(2):173-189.
59. Çamurdan Duyan A. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi. 2006; 35-46.
60. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG and World Health Organization, editors. World Report on Violence and Health. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 2002; 59-86.
61. Kars Ö, Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basımevi; 1996.
62. Dursunkaya D. Duygusal Örselme ve İhmal. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı. İç: Çuhadaroğlu FÇ,Coşkun A, İşeri E,Miral S, Motavallı N,Pehlivanürk B,Türkbay T, Uslu R,Ünal F, Editörler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3. Ankara: Hekimler Yayın Birliği ;2008.s. 478-488.

63. Claussen AH, Crittenden PM. Physical And Psychological Maltreatment: Relations Among Types Of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1991; 15: 5-18.
64. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-1136
65. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire 2012 *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 32 (4), 1054
66. Aydemir Ö.,Koroğlu E. *Psikiyatri de kullanılan klinik ölçekler* HYB 2012 6. baskı
67. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
68. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji dergisi*, 1988
69. Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation. In: *Proceedings of the meeting of the American Educational Research Association*. Toronto, ON
70. Savaşır I, Hisli Şahin N. *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997 Ankara
71. Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör Depresyonda Özkıym Girişimi ile Çocukluk Çağı Örselenmeleri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013; 24(1):1-6.
72. Essau CA, Lewinsohn PM, SeeleyJR, Sasagawa S. Gender differences in the developmental course of depression *Journal of affective Disorders* 2010 127 (1-3) 185-190
73. TP Melchert, RL Parker - *Child Abuse & Neglect*, 1997 Different forms of childhood abuse and memory 21 (2) 125-135
74. Binder RL, McNiel DE, Goldstone RL, Is Adaptive Coping Possible For Adult Survivors Of Childhood Sexual Abuse? *Psychiatric Services*. 1996; 47: 186–188.

75. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder In The General Population. *Br J Psychiatry*. 1996;168:17-30.
76. Wind WT, Silvern L. Type And Extent Of Child Abuse As Predictors Of Adult Functioning. *Journal of family Violence*. 1992;7 (4): 261-281.
77. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1: 95-119.
78. Polat S, Tasar A, Özkan S, Yeltekin S, Çuhaci Çakir B, Akbaba S, Şahin F, Çamurdan Duyan A, Beyazova U. Perceptions And Attitudes Of Mothers About Child Neglect In Turkey. *Infants&Young Children*. 2010; 23(2):1-10.
79. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1453-1460.
80. Manly JT, Kim JE, Rogosch F A, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*. 2001; 13: 759-782.
81. Fossati A, Madeddu F, Maffei C, Borderline Personality Disorder And Childhood Sexual Abuse: A meta-analytic study. *J Personality Disorders*. 1999; 13:268–280.
82. İşeri E, Cinsel istismar. İç: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2008, 470-477.
83. Gladstone GL, Parker GB. Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1417-1425.
84. Bernet CZ, Stein MB. relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*. 1999; 9(4): 169-174
85. Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H. Impact Of Multiple Traumatic Experiences On The

- Persistence Of Depressive Symptoms – A Population-Based Study. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(6): 459-464.
86. Polansky NA, Gaudin JM, Ammons PW, Davis KB, The Psychological Ecology Of The Neglectful Mother. *Child Abuse and Neglect*. 1985; 9: 265-275.
 87. Rind B, Tromovitch P. A Meta-Analytic Review Of Findings From National Samples On Psychological Correlates Of Child Sexual Abuse. *J Sex Research* 1997; 34: 237–255.
 88. Vahip I. *Psikanalitik Bakış Açısıyla Aile İçi Şiddet*. İç: Direk Z. Derleyen. *Cinsiyetli olmak: Sosyal bilimlere feminist bakışlar*. İstanbul: YKY; 2007.
 89. Young GH, Gerson S. New Psychoanalytic Perspectives On Masochism And Spouse Abuse. *Psychotherapy; Theory, research, practisetrainig* .1991;28 (1):30-38.
 90. Milner JS. Individual And Family Characteristics Associated With Intrafamilial Child Physical And Sexual Abuse. *Violence against children in the family and the community*. Washington, DC, US: American Psychological Association;1998.p. . 141-170.
 91. Crosson-Tower C. *Understanding child abuse and neglect*.4. Baskı needham heights:Allyn-Bacon- 1999.
 92. Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford;1979.
 93. Seligman ME, Abrahamson LY, Semmel A, Von Baeyer C. Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*. 1979; 88(3): 242-247.
 94. Dutton MA, Burghardt KJ, Perrin SG, Chrestman KR, Halle PM. Battered Women's Cognitive Schemata. *Journal of Traumatic Stress*. 1994; 7(2): 237-255.
 95. Nolen-Hoeksema S. The Role Of Rumination İn Depressive Disorders And Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*.2000; 109(3): 504-511.
 96. Shibley HJ, Mezulis, AH, Abrahamson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence

- of the gender difference in depression. *Psychological Review*.2008; 115(2): 291-313
97. Abrahamson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*.1989; 96(2): 358-372
 98. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL, Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiat*. 1991; 148:1665-1671
 99. Wolfe D A. Child abuse: Implications For Child Development And Psychopathology (2nd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage; 1999.p.35-57
 100. Joseph S, William R. Understanding Posttraumatic Stress: Theory, Reflections, Context and Future .*Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.2005; 33(4): 423-441
 101. Smith M, Bentovim A, Sexual Abuse.In: Rutter M, Taylor EA, Hersov LA. Editors. *Child and Adolescent Psychiatry-Modern Approaches*, Blackwell Science. 1994; 230-251.
 102. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009; 4:51-65.
 103. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E, Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı Ve Psikopatoloji İle İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2011; 12:130-136.
 104. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The Long-Term İmpact Of The Physical, Emotional, And Sexual Abuse Of Children: A Community Study. *Child Abuse & Neglect*. 1996; 20(1): 7-21.
 105. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW, Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse & Neglect*. 1991; 15:223-238.
 106. Dursunkaya D. Duygusal Örselme ve İhmal. İ: Çuhadaroğlu F, Coşkun, A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbat T, Uslu R, Ünal F. Editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008; 478-488.
 107. Alloy LB, Abrahamson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren AM. Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders:

Mediation by Cognitive Vulnerability to Depression .Clinical Child and Family Psychology Review. 2006 ;9(1)

108. Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH. Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. Psychological Bulletin, 1993; 113(1): 82-98.
109. Bernstein DP, JA Stein, MD Newcomb, E Walker, Pogge D, Child abuse and neglect 2003 Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire 2007 27(2)169-190
110. Gibb BE, Alloy LB, Abrahamson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, Hogan MH, Cronholm J, Tierney S. History of Childhood Maltreatment, Negative Cognitive Styles, and Episodes of Depression in Adulthood. Cognitive Therapy and Research. 2001; 25(4): 425-446

