



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

UNİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE ETKİLERİ

Dr. Ahmet GÜL

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2014



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

UNİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE ETKİLERİ

Dr. Ahmet GÜL

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç Dr. Nurper Erberk Özen

ANKARA

2014

TEŞEKKÜR

Eğitimimin her aşamasında desteğini daima yanımda hissettiğim, varlığıyla güven ve ümit veren, bana yalnızca psikiyatriyi değil, hayatı da öğreten Anabilim Dalı Başkanımız, değerli hocam Prof. Dr. Salih Battal'a,

Bizimle yakından ilgilenen, bilgi ve deneyimlerini her an paylaşmaya hazır olan, akademisyenliğin onurunu hissettiren değerli tez hocam Doç. Dr. Nurper Erberk Özen'e,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli hocamız Prof. Dr. Refia Palabıyıkoglu'na,

Nöroloji rotasyonum sırasında yakından tanıma fırsatı bulduğum, hem insanî hem akademik yönüyle bana örnek olan değerli hocam Doç. Dr. Alev Leventoğlu başta olmak üzere tüm Nöroloji hocalarım ve doktor arkadaşlarıma,

Acil rotasyonum süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Atilla Korkmaz'a,

Rotasyonlarım sırasında kendimi evimde gibi hissettiren sıcak tavırları için değerli hocalarım Prof. Dr. Erol Göka, Prof. Dr. Tümer Türkbay ile diğer tüm hocalarım ve doktor arkadaşlarıma,

Tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim ve eğitimim süresince huzurlu bir ortamı paylaştığım sevgili arkadaşlarım, Dr. Evşen Ata Gözcelioğlu, Dr. Betül Gürsoy ve psikolog arkadaşlarıma,

En büyük desteğim olan sevgili eşim, biricik oğlum ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet Gül

ANKARA 2014

Gökyüzü gibi bir şey bu çocukluk, hiçbir yere gitmiyor...

Edip Cansever

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Major Depresif Bozukluk	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Tanı ve sınıflandırma	4
2.1.4. Epidemiyoloji	6
2.1.5. Etiyoloji.....	6
2.1.6. Klinik ve Seyir.....	11
2.2. Travmatik Yaşam Olayları	12
2.2.1. Travmanın Tanımı.....	12
2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri	13
2.2.3. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi	14
2.3. Travmatik Yaşam Olayları ve Depresyonun İlişkisi	16
2.4. Travma ve Baş Etme Tutumları	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Verilerin toplanması	20
3.2. Veri toplama araçları	20
3.3. İstatistiksel Analiz	22
4. BULGULAR	24
4.1. Sosyodemografik Veriler	24
4.2. Grupların Psikiyatrik Tedavi Alma ve Eşlik Eden Tıbbi Durumlar ve Medeni Durum Açısından Değerlendirilmesi	25
4.3. Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
4.4. Çocuklukta Maruz Kalınan İhmal Ve İstismar Türlerinin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle İlişkisi	31
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42

ÖZET.....	45
ABSTRACT.....	47
KAYNAKLAR	48
EKLER.....	53
Ek 1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	53
Ek 2 Beck Depresyon Envanteri	55
Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği	57
Ek 4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	58
Ek 5. Cope	62

KISALTMALAR

5-HIAA	: 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-Hidroksi İndol Asetik Asit)
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
COPE	: Cope Inventory, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)
CTQ-28	: Childhood Traumas Questionnaire, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)
DM	: Diabetes Mellitus
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı)
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı)
FSH	: Follicle Stimulating Hormone (Folikül Uyarıcı Hormon)
HPA	: Hipotalamo-Pituitar-Adrenal
HVA	: Homovalinik Asit
ICD-10	: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması)
LH	: Luteinizing Hormone (Luteinize Edici Hormon)
NCS	: National Comorbidity Survey (Ulusal Ektamı Çalışması)
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SCID-I	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences

TABLULAR

Tablo 1.	Depresif bozukluklarının güncel sınıflandırması	5
Tablo 4.1.1.	Grupların Yaş Ortalamaları (yıl)	24
Tablo 4.1.2.	Grupların Eğitim Sürelerinin Karşılaştırılması	24
Tablo 4.1.3.	Grupların Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.2.1.	Grupların Psikiyatrik Tedavi Alma ve Eşlik Eden Tıbbi Durumlar Açısından Karşılaştırılması	25
Tablo 4.2.1.	Grupların Medeni Durumlar Açısından Karşılaştırılması	26
Tablo 4.3.1	Grupların Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.3.2	Grupların Anksiyete ve Depresyon Şiddetlerinin Karşılaştırılması ...	27
Tablo 4.3.3.	Gruplardaki Çocukluk Çağı İhmal ve İstismar Oranlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.3.4.	Grupların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Açısından Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.4.1.	Çocuklukta Maruz Kalınan Fiziksel İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması..	32
Tablo 4.4.2.	Çocuklukta Maruz Kalınan Fiziksel İhmalin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.4.3.	Çocuklukta Maruz Kalınan Duygusal İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.4.4.	Çocuklukta Maruz Kalınan Duygusal İhmalin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4.5.	Çocuklukta Maruz Kalınan Cinsel İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması.....	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon sıklığı zaman içinde artış gösteren, Dünya Sağlık Örgütü'nün kategorizasyonuna göre şiddetli formları terminal dönemdeki kanser ile aynı derecede yeti yitimine sebep olan önemli bir halk sağlığı sorunudur [1-3]. Depresyonun neden olduğu yeti yitimi, yaşam kalitesinde bozulma, iş gücü kaybı, intihar riski gibi ek durumlarla birliktelik göstermektedir. Koruyucu hekimlik ve psikiyatrik rehabilitasyon açısından bu hastalığın etiyolojik nedenlerinin ortaya çıkarılmasını gerekli kılmaktadır [4].

Son yıllarda etiyolojik nedenlerin arasında sıklıkla gösterilen travmatik olaylara maruz kalma yaygınlığı %21.4- %89.6 arasında bildirilmektedir [5]. Alan yazın incelendiğinde travmatik olaylar sonrasında depresyon riskinin arttığını, gösteren pek çok kanıt ulaşılmaktadır [6-8]. Travmatik yaşantılara özellikle çocukla döneminde maruz kalmış olmanın depresyon ve anksiyete bozuklukları için önemli bir risk faktörü olduğu da vurgulanmaktadır [9, 10]. Bu hastalıklara ek olarak çocukluk dönemi travma maruziyetinin, madde kullanımı, intihar girişimi gibi pek çok olumsuzluğu da arttırdığı belirtilmiştir.[11]

Tüm olumsuz sonuçlara rağmen travmatik yaşantıların herkeste psikiyatrik rahatsızlığa neden olmadığı da bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle sorun çözme becerilerindeki eksikliğin, başa çıkma problemlerinin [12] psikiyatrik hastalık gelişimi için risk etkeni olduğu saptanmıştır [13]. Bu becerileri etkileyen faktörlerin ise cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, yaşam koşulları, ihmal ve istismarın sıklığı ve süresi, kim tarafından uygulandığı gibi birçok faktöre bağlı olduğu belirtilmiştir [14]. Soruna yönelik etkin başa çıkma yöntemlerini kullanan ve duygularını denetleyebilen bireylerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olacağı söylenebilir [15].

Çalışmamızda; unipolar depresyon tanısı konan sosyoekonomik düzeyleri birbirine benzer kadın ve erkek hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olayları ve bunlarla başa çıkma tutumları arasındaki farkları tespit etmeyi ve çocukluk çağı ihmal ve istismar maruziyetlerinin hastalar üzerindeki kaygı, dissosiyasyon gibi ek belirtilerle ilişkisini saptamayı amaçladık. Unipolar depresyonun etyolojisinde önemli rolü olan travma ve travma ile baş etmede kullanılan tutumların saptanması, kullanılan baş etme yöntemlerinin cinsiyetler arasındaki farklılıklarının

belirlenmesinin, tedavi hedeflerine ulaşmada tedavi etkinliğinin artmasında ve koruyucu m¼dahalelerin planlanmasında önemli olacağını d¼ř¼nmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Depresyon, genel anlamda çökkünlük halidir. Hastalarda, normal insanlarda da görülebilen elem, keder, üzüntü gibi duygusal tepkiler mevcuttur. Ancak depresyonda duygusal tepkiler, beklenenden fazla yoğunlukta olduğunda ve uzun sürdüğünde ilgi kaybı ve yaşamdan zevk alamama, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, intihar düşünceleri veya girişimleri, uyku, iştah, cinsel istek gibi fizyolojik işlevlerde bozulmalar ortaya çıkar. Tüm bunların sonucunda kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmalar meydana gelir ve bir hastalık olarak depresyondan söz edilir [16].

2.1.2. Tarihçe

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, farklı medeniyetlerin yazılı kaynaklarında duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, tanımlamalar yer almıştır. MÖ.400 yılında Hipokrat ilk kez majör depresyonu tanımlamış ve ‘Hipokrat Melankoli’ ismini vermiştir. Bu durumu ‘kara safra’ya bağlamış ve bu maddenin beyni etkilediğini iddia etmiştir [16].

Ortaçağda, İbni Sina ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayan hekimlerden biri olmuş ve ilginç vaka örnekleriyle literatüre büyük katkı yaptırmıştır [17].

16. yüzyılda Andreas Vesalius’la birlikte anatomik diseksiyonlar başlamış ve ruhsal hastalıklara yeni bir bakış açısı gelmiştir. Thomas Willis 17. yüzyılın sonlarında ruhsal bozuklukların sınıflamasında kimyasal formülasyonlar ve yapısal görüşü ortaya atmış ve biyolojik hipotezler oluşmaya başlamıştır [18].

19. yüzyılda Fransız ve Alman hekimler depresyon ve maninin farklı türlerini, klinik özelliklerini belirlemişlerdir. Ancak hastalığı sistematik bir şekilde tanımlayan Kraepelin olmuştur. Çökkünlük ve maniye yeniden tanımlayan Kraepelin, bu iki dönemin aynı hastalığın iki ayrı görünümü olduğunu öne sürmüş ve bu hastalığa ‘mani-melankoli psikoza’ adını vermiştir [19, 20]. 20. yüzyıla kadar geçen dönemde depresyon hakkında, doğaüstü açıklamalardan psikobiyolojik görüşe kadar

yapılan birçok açıklamalar ile önemli gelişmeler sağlanmıştır. Günümüzde ise gelişen teknoloji ile birlikte nörogörüntüleme, elektrofizyolojik çalışmalar, genetik ve biyolojik faktörlerin etkisi ön plan çıkmış, farklı kuramsal bakış açılarının birlikte senteziyle duygudurum bozukluklarına yeni bir boyut getirilmiştir [18].

2.1.3. Tanı ve sınıflandırma

Depresyon tanısı koymak için gereken belirtiler, herkesin dönem dönem yaşayabileceği belirtilerdir. Depresyonu bir sendrom olarak nitelmemizi sağlayan özellikler ise belirtilerin yoğunluğu, sürekliliği, birlikteliği ve kişinin işlevselliğine etkisidir. Günümüzde tanı koyarken yararlanılan farklı tanı sistemleri olsa da Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM-IV-TR en yaygın kullanılanıdır [16]. Dünya Sağlık Örgütü'nün birçok ülkeyle işbirliği yaparak geliştirdiği ICD-10 ise diğer bir tanı sistemidir [17].

Ayrıca klinik çalışmalarda kullanılmak, hastalığın şiddetini belirlemek ve hastaların tedavilere yanıtını değerlendirebilmek amacıyla kullanılan ölçekler de hazırlanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği bu amaçla en sık kullanılan ölçeklerdir [17].

DSM-IV-TR'ye göre major depresyon tanısı çökkün duygudurum, isteksizlik ya da zevk alamamanın yanı sıra iştah, uyku gibi fizyolojik işlevlerde değişiklikler, psikomotor etkinlikte azalma veya ajitasyon, halsizlik ve enerji azlığı, değersizlik düşünceleri ya da suçluluk duyguları, konsantrasyon ya da karar vermede güçlük, yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri belirtilerinden en az dördünün bulunması, belirtilerin en az iki hafta sürmesi ve kişinin sosyal ve mesleki işlevlerini bozacak şiddette olması ya da kişide sıkıntıya yol açması kriterleri ile konur [21].

Tablo 1'de DSM-IV-TR ve ICD-10 tanı sistemlerine göre depresif bozuklukların sınıflandırılmaları görülmektedir. DSM-IV'de çökkünlük terimi yerine major depresif bozukluk terimi, ICD-10'da ise depresif epizod (nöbet) terimi kullanılmıştır. Her iki tanı sistemi de çökkünlüğün şiddetini hafif, orta ve ağır olarak ayırmakta, ağır depresyonları da psikotik özellikli olan ve olmayan olarak tanımlamaktadır. İlgi ve zevk almada azalma, dış faktörlerin değişmesiyle belirtilerin düzelmemesi, sabah erken uyanma ve kendini kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, iştah azalması ve kilo kaybı, cinsel istekte azalma ICD-10'da

‘somatik belirtiler’ olarak tanımlanmıştır. Benzer bedensel özelliklerin olduğu çökkünlük tipi ise DSM-IV’te ‘melankolik tip’ olarak tanımlanır. Ayrıca yine DSM IV’te atipik, katatonik ve postpartum başlangıçlı çökkünlük tipleri de tanımlanmıştır. Farklı ilaç gruplarına daha iyi yanıt veren bu alt tiplerin belirlenmesi tedaviyi yordayabilmek açısından önem arz etmektedir [17, 21].

2013 yılında yayınlanan DSM-V’de depresyon tanısı için gerekli olan “çekirdek belirtiler” ve “en az 2 hafta süre” ölçütleri değişmemiştir. Depresyonun ‘ağır’ olması ve psikotik özellikli olup olmaması durumları DSM-V’de DSM-IV TR’den farklı olarak birbirinden ayrı değerlendirilmektedir. Epizodu tanımlayan belirleyicilerden biri olan “katatoni” bir major depresyon nöbeti tipi olarak değerlendirilmektedir. Epizodu tanımlayan belirleyicilerden ‘kronik’ olma seçeneği kaldırılmıştır. Distimik bozukluk kronik depresif bozukluk adını almıştır [22, 23].

Tablo 1. Depresif bozukluklarının güncel sınıflandırması

DSM-IV-TR sınıflandırması	ICD-10 sınıflandırması
<p>Depresif bozukluklar 296.xx Majör depresif bozukluk Tek atak (epizod) Tekrarlayan (rekürren) ataklar</p> <p><u>Epizodları tanımlayan belirleyiciler:</u> Hafif, orta, ağır derecede (psikotik özelliği olan -olmayan), remisyonunda (kısmi-tam) Kronik, atipik, melankolik, katatonik özellikler gösteren ve postpartum başlangıçlı</p> <p>300.4 Distimik bozukluk Erken/geç başlangıçlı Atipik özellikler gösteren</p> <p>311 Depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan</p>	<p>F 32 Depresif dönem Hafif depresif dönem; bedensel belirtiler eşlik eden/etmeyen Orta şiddette depresif dönem; bedensel belirtiler eşlik eden/etmeyen Şiddetli depresif dönem; psikotik özellikler gösteren/göstermeyen Başka depresif dönemler (atipik depresyon, maskeli depresyon) Depresif dönem belirlenmemiş</p> <p>F 33 Yineleyici depresif bozukluk (tek uçlu duygudurum bozukluğu) Şimdiki dönem; hafif, orta, şiddetli (psikotik belirtili-belirtsiz) Yineleyici depresif bozukluk, iyilik dönemi Başka yineleyici depresif bozukluklar Yineleyici depresif bozukluk, belirlenmemiş</p> <p>F34 İnatçı duygudurum bozukluğu Distimik bozukluk Siklotimik bozukluk Başka inatçı duygudurum bozuklukları İnatçı duygudurum bozuklukları, belirlenmemiş</p>

2.1.4. Epidemiyoloji

Depresyon, günümüzde en sık görülen psikiyatrik hastalıktır [24]. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklardan dolayı değişik oranlar bildirilse de yaşam boyu yaygınlık oranı % 9-20 arasındadır. Yaşam boyu hastalığa yakalanma riski kadınlarda % 20-26, erkeklerde % 8-12 oranındadır. Bugüne kadarki araştırmalarda major depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğü saptansa da son yıllarda yapılan çalışmalar bu farkın giderek kapandığını göstermektedir. Cinsiyet farklılıklarının yanısıra ülke ve kültürel yapıların farklılıkları da depresyonun görülme oranında ve şiddetinde değişiklikler yapmaktadır. Türkiye’de yapılmış en geniş kapsamlı epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ne göre 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4, tüm nüfusta %4 ‘tür [25].

Depresyon her yaşta görülebilen bir hastalıkken 45 yaş öncesinde daha yüksek oranda görülmektedir. Depresyonun ortalama başlangıç yaşı, ailesinde duygudurum bozukluğu olan ve tekrarlayıcı epizodları bulunanlarda daha erken (30-35 yaş civarı) iken; tek epizodu olanlarda bir kaç yıl daha geçtir [16, 26] . Yapılan diğer bir çalışmada depresyonun başlangıç yaşı ortalaması yüksek gelirli ülkelerde 25.7, düşük-orta gelirli ülkelerde 24 olarak bulunmuştur [27]. Kessler ve arkadaşları, depresyonun adölesan çağdan sonra, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görüldüğünü, öncesinde oranın benzer olduğunu bildirmiştir. Farklı bir çalışma ise 35 yaş ve üstünde depresyonun daha yaygın görüldüğünü belirtmiştir [28].

2.1.5. Etiyoloji

Depresyon oluşumunda genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerden söz edilir. Ancak bunların aralarında yakın ilişkiler bulunması, bu şekilde kesin bir ayırımın yapılmasının çok da doğru olmayacağını gösterir. Bu nedenle depresyon çok etkenli etiyojolojiye sahip olan ve çeşitli klinik tabloların eşlik ettiği bir ‘sendrom’ olarak ele alınmalıdır [29].

2.1.5.1 Biyolojik Etkenler

Depresyon belirtilerinin sebep ve sonuçlarının oluşumunda, ya da hastalığın seyrinde, nörobiyolojik değişikliklerin nasıl etki ettiği halen tam olarak bilinmemektedir [30].

2.1.5.1.1. Biyojenik Aminler

Günümüzde kabul gören görüş, depresyon oluşumunda beyindeki çeşitli biyolojik aminlerle ilgili işlev bozukluklarının önemli rol oynadığıdır. Fakat sağlıklı kişilerde bu nörotransmitter değişiklikleri tek başına hastalığa neden olmazken, depresyon öyküsü olanlarda hastalığın nüks etmesine sebep olabilmektedir. Bundan dolayı nörotransmitter sistemlerinin depresyon oluşumuyla ilişkili olduğu, ancak tek başına neden olamayacağı anlaşılmıştır.

Depresyon hastalarında monoamin seviyelerinin farmakolojik ajanlarla değiştirilmesinin hastalığın belirtilerini azalttığı ya da artırdığının gözlenmesi monoamin hipotezinin ortaya atılmasına neden olmuştur [30]. Bu hipotezde depresyonun biyolojik temelinde, santral sinir sisteminde işlev gören nörotransmitter sistemleri arasındaki dengenin bozulduğu vurgulanmaktadır [29]. Burada klinik açıdan daha önemli olan dört nörotransmitterden bahsedilecektir: Serotonin, noradrenalin, dopamin, glutamat.



2.1.5.1.1.1 Serotonerjik

ik Sistemle İlgili Bulgular

Serotonin depresyonda en çok çalışılmış nörotransmitterdir [31]. Depresyonda genel olarak serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliğinden ve özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir. Serotonin metaboliti olan 5HIAA'nın depresyonlu hastaların beyin-omurilik sıvılarında azalmış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca SSRI'ların tedavideki etkinliği de depresyondaki serotonerjik yetersizliği gösterir [29, 32].

2.1.5.1.1.2 Noradrenerjik Sistemle İlgili Bulgular

Depresyonda santral noradrenerjik sistem işlev bozukluğunun ve noradrenalin yetersizliğinin olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayım, depresyonlu hastalarda, norepinefrin metabolizmasının düşüklüğüne, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artmasına ve lokus seruleusda norepinefrin taşıyıcı yoğunluğunun azalmasına dair bulgulara dayanmaktadır [31].

2.1.5.1.1.3 Dopaminerjik Sistemle İlgili Bulgular

Depresyonun fizyopatolojisinde rolü olan nörotransmitterlerden biri de dopamindir. Buradaki varsayım, mesolimbik dopaminerjik yolun disfonksiyonu ile dopamin D1 reseptörünün hipoaktivitesidir. Genel kanaat dopaminin özellikle psikomotor yavaşlaması olan hastalarda azaldığı yönündedir. Depresyonlu hastaların BOS'larında dopamin metaboliti olan HVA düzeyinde düşüklük ve sinaptik dopamin yetersizliği bulunmuştur [33].

2.1.5.1.1.4 Glutamaterjik Sistemle İlgili Bulgular

Strese bağlı glukokortikoid artışının uyardığı glutamat etkinliği, NMDA reseptörlerini uyarıp hücre içine kalsiyum girişini artırarak hipokampus nöronları ve sinapslarda yapısal değişiklikler ve harabiyet oluşturur. Bu durumda hastalarda yüksek plazma glutamat düzeyleri izlenir ve bu da depresyonla ilişkilendirilir[29] .

2.1.5.1.2 Nöroendokrin Değişiklikler

Nöroendokrinolojik bozuklukların, depresyonda oluşan nörotransmitter anomalilerinin limbik sistem yoluyla hipotalamusu etkilemeleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Depresyonda adrenal ve tiroid bezi işlevlerinin, büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, FSH, LH ve testosteron düzeylerinin etkilendiği belirtilmektedir [30].

Endojen ya da eksojen hiperkortizolemi durumu insanlarda %50 oranında geri dönüşlü depresif bir durumu indüklemektedir. Bu durum depresyonda streslere karşı endokrin yanıtı düzenleyen hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenin (HPA eksen) önemine dikkatleri çekmektedir. Yapılan çalışmalar da streslerin, özellikle kronik

streslerin HPA eksenini etkileyerek depresyon oluşumunda rol oynadığını göstermişlerdir [34].

2.1.5.1.3 Beyinde Yapısal Bozukluklar

Duygu durumun düzenlenmesinde prefrontal ve limbik yapılar ile onlar arasındaki bağlantıların rolü görüntüleme yöntemleri sayesinde daha yakından incelenmiştir. Depresif bozuklukta üzerinde en çok fikir birliğine varılan yapısal değişiklik, çoğu beyin yapısının hacminin azalmasıdır [29]. Medial prefrontal korteks, talamus, medial talamus, hipokampus, amigdala, striatum, periaquaduktal gri madde ve pallidum gibi beyin bölgeleri depresyonla ilişkili olabilecek olası beyin bölgeleridir [32]. Depresyonda görülen klinik belirtiler bu bölgelerdeki monoaminerjik bilgiyasyon yetersizlikleri ile ilişkilendirilmektedir [32]. Depresyonda beynin bu bölgelerinde volüm, kan akımı ve glukoz metabolizması azalmasından bahsedilmektedir [30].

2.1.5.2 Genetik Etkenler

Depresyonda genetik etkenlerin önemli olduğu kabul edilirken, geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir [29]. Evlatlık, ikiz ve aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar, depresyonun ailesel geçiş gösterdiği şeklindedir [35]. Depresyon birinci derece akrabalarında benzer hastalığı olan kişilerde 1.5 ile 3 kat daha fazla oranda görülür [36]. Farklı çalışmalarda değişik oranlar bildirilmektedir. Gershon ve arkadaşlarının konuya ilişkin yaptığı derlemede aile üyeleri için risk aralığını %5.1-%17.5 olarak bildirmiştir. Andreasen ve arkadaşları ise aile görüşmelerinden aldıkları veriler doğrultusunda tek uçlu (unipolar) depresyon için birinci dereceden akrabaların hastalanma riskini %14.3-%28.4 olarak saptamıştır. Kupfer ve arkadaşları birinci dereceden akrabaların hastalığa yakalanma riskinin tek uçlu depresyonda %20.7 olduğunu bildirmiştir [15].

2.1.5.3 Psikososyal Etkenler

2.1.5.3.1 Yaşam Olayları ve Çevresel Stres

Yaşam olaylarının depresyonda temel rol oynadığına inanan klinisyenlerin yanısıra, depresyonun yalnızca başlamasında ve zamanlamasında kısıtlı bir role sahip olduğunu düşünen klinisyenler de vardır. Depresyonda risk etmenlerinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon öncesi stresli yaşam olayı bildirim oranında bulunmuştur. En güçlü veriler bir kişinin depresyon geliştirmesinde en önemli yaşam olayının, 11 yaşından önce bir ebeveynini kaybetmek olduğunu göstermektedir. Yine depresyonun başlamasına en sık eşlik eden çevresel faktör eş kaybıdır. Diğer bir önemli faktör de işsizliktir. Çalışmayan kişiler, çalışanlara kıyasla üç kat fazla depresif dönem belirtileri göstermektedirler [26, 37].

2.1.5.3.2 .Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre depresyon, depresyona yatkın kişilerin özgül bilişsel çarpıtmalarının sonucudur. Erken çocukluk deneyimleri ile içsel ve dışsal bilgilerin olumsuz işlenmesiyle çarpıtma şemaları (depresojenik temalar) oluşur. Depresyonu olan bireyler kendileri, dünya ve gelecekle ilgili olarak olumsuz inançlara sahiptirler. Beck bu durumu üç temel bilişsel ögeyle açıklamıştır (olumsuz bilişsel üçlü): Olumsuz kendilik algısı, düşmanca ve talepkar bir dış dünya algısı, gelecek hakkında acı çekme ve başarısızlık beklentisi. Bu bağlamda ele alınan tedavi bilişsel çarpıtmaları değiştirmekle mümkün olur [36, 37].

2.1.5.3.3. Psikanalitik Kuram

Depresyonun psikanalitik yönden anlaşılması Sigmund Freud ve Karl Abraham aracılığıyla olmuştur. Klasik depresyon görüşü olarak bilinen kuramda dört anahtar nokta vardır. [1] Oral evrede (yaşamın ilk 10-18 ayı) bebek-anne ilişkisinin bozulması depresyona yatkınlığı arttırabilir, [38] depresyon gerçek ya da hayali nesne kaybıyla ilişkilendirilebilir, [2] nesne kaybıyla bağlantılı stresle başetmek üzere ayrılan nesnelerin içe atımı, devreye giren bir savunma düzeneğidir, [3] kayıp nesne sevgi ve nefretin bir karışımı olarak dikkate alındığından, öfke duyguları kişinin kendisine yönlendirilmiştir [37, 39].

2.1.6. Klinik ve Seyir

2.1.6.1. Depresyonun Kliniği

Depresyonun temel belirtileri çökkün duygudurum ile ilgi ve isteğin kaybolmasıdır. Hastalar hüzünlü, umutsuz, neşesiz ve değersiz hissettiklerini ifade edebilirler. Normalde yaşanan mutsuzluk durumundan farklı olarak hastalar depresyonu, yaşadıkları duygusal acıdan dolayı ızdırap olarak nitelerler. Depresif hastaların büyük kısmı hayatın her alanına yansıyan enerji azlığından yakınır. Bir kural olmamakla birlikte çökkünlük çoğu zaman hastanın konuşmasına, yüz ifadesine, duruşuna, özbakımına yansır. Hasta eskiden zevk aldığı, ilgilendiği şeylerden zevk alamamaktan, işinin, hobilerinin artık ona zevk vermediğinden yakınır. Ailesine, arkadaşlarına karşı ilgisinin azaldığını ifade edebilirler [16, 36, 37].

Uyku düzeninde bozulma depresyonda sık görülen belirtilerdendir. Hastalar uykuya dalamamaktan ya da uykusunun sık sık bölündüğünden yakınabilirler. Hastaların çoğunda iştah azalır, buna bağlı kilo kaybı olabilir. Bazı hastalarda tam tersine iştah ve kilo artışı olur. Hastaların önemli bir kısmında gözlenebilen psikomotor ajitasyon ya da retardasyon vardır. Konuşmada, harekette ve düşünce akışında yavaşlama, ses tonunda alçalma, konuşma miktarında ve konu çeşitliliğinde azalma vardır. Bazı hastalarda ise yerinde duramama, huzursuzluk, ellerini ovuşturma görülebilir. Birçok hasta konsantrasyon eksikliği ve motive olamamaktan şikayetçidir. Unutkanlık önemli bir semptomdur [17, 37]. Suçluluk duygusu, gerçekçi olmayan olumsuz düşünceler, değersiz hissetme, kendine olan güvenin azalması depresyonda sık görülür [29, 36, 37].

Depresyonu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinde intihar düşünceleri vardır ve % 10-15'i buna kalkışır. Öyküsünde intihar düşüncesi ya da girişimi olup hastaneye yatışı olan hastalar, hiç yatışı olmayanlara göre daha yüksek yaşamboyu tamamlanmamış intihar riskine sahiptirler. Bu sebeple mutlaka sorgulanması ve değerlendirilmesi gereken bir belirtidir [37].

2.1.6.2. Depresyonun Seyri

Major depresyon kronikleşme eğilimi olan, dönem dönem alevlenen bir hastalıktır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 40 (24.8-34.8)'dir. İlk atak sonrası

klirik seyir içinde hastaların %75-%95'inin gelecekte en az bir depresif epizod daha geçirmesi olasılığı vardır. Her beş yılda bir alevlenen depresif dönemler görülür. Geçirilen ilk epizod sonrası 2. epizod %50, 3. epizod sonrası 4. epizod %90 oranında görülür. Ortaya çıkan her yeni epizod bir öncekinden daha farklı ve Şiddetli semptomlar içerme eğilimindedir. Özellikle tedavisiz kalan hastalarda yeni epizodlar daha sık tekrarlama ve tedaviye direnç gösterme eğilimindedir. Hastaların yaklaşık %15'i sadece bir epizod geçirir, %13-%54' (ortalama %27) ise 3 veya daha fazla sayıda epizod geçirir. Unipolar depresyonda hayat boyu ortalama epizod sayısı dörttür [37, 40].

Major depresif bozukluğun nasıl seyredeceğini yordayan iyi ve kötü prognostik faktörler vardır. Hafif hastalık dönemleri, psikotik belirtilerin yokluğu, hastaneye yatış sresinin kısa oluşu, ek psikiyatrik tanı olmaması, kişilik bozukluğu olmaması, major depresyon nedeniyle birden çok hastane yatış olmaması ve geç başlangıç yaşı iyi prognostik göstergelerdir. Kötü prognozla seyreden durumlar ise birlikte seyreden distimik bozukluk varlığı, alkol ve madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu belirtileri varlığı ve birden fazla depresif dönem öyküsü olması şeklinde sıralanabilir. Erkekler kadınlara göre daha kronik ve kötü gidiş yaşarlar [37]. Son yıllarda yapılan çalışmalar erken başlangıçlı, tekrarlayıcı ve kronik seyirli depresyon ile çocukluk ağı travmaları arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır [41].

2.2.Travmatik Yaşam Olayları

2.2.1. Travmanın Tanımı

Travma; kişinin kısa sürede başedemeyeceği, kavrayıp, zihninde işleyemeyeceği, benlik işlevlerini olumsuz etkileyerek ruhsal dengesini bozan uyarınlarla karşılaşması şeklinde tanımlanmaktadır [42, 43].

Kişi travmatik durumları Őiddetlerine bakmaksızın özümsemeye ve algılamaya çalışır. Ya Şiddetli uyarınları zmler ya da onların etrafını çevirip içselleştirir ve yabancı bir nesne gibi altbenliğin bir köşesinde depolar. İşlenemeyip dışsallaştırılan ya da içselleştirilip altbenliğin bir köşesinde depolanan Şiddetli uyarınlara ve kendiliğin örselenmiş bölümü benlik işlevleri, ruhsal dengeleri ve ruhsal gelişimi olumsuz etkiler [42, 43].

Travma, kişinin günlük yaşamındaki dengeyi altüst ederek bozar, günlük yaşamın sürekliliğini ve düzgün akışını keser [44]. Bir olayı travmatik olarak nitelendirebilmek için kişinin alışageldiği durumlardan farklı olması ve şematik algısının dışında kalması gerekir. Olayla ilgili yaşantıların ve bilgilerin bu yerleşik şemalara uymaması, travmatik olayın neden olduğu aşırı uyarılmışlık hali, bilginin doğru şekilde değerlendirilememesi ve olayın anlaşılabilmesiyle sonuçlanır [45, 46].

Her insanın travmaya karşı tepkisi farklıdır. Kişinin yaşamsal tecrübeleri, kişilik özellikleri, mevcut başa çıkma becerileri travmanın algılanış şeklini belirler. Travmaya uğrayan bireyler dünyayı tehlikeli bir yer, diğer insanları da güvenilmez olarak addeder. Böyle bir bakış açısı kişide değersizlik, yetersizlik ve çaresizlik duygularını ortaya çıkartır. Kişi kontrolü kaybedeceği algısına kapılır ve korku, anksiyete, depresyon gibi patolojik durumlar ortaya çıkar [45, 46].

Doğal afetler, işkenceye uğrama, terörizm, tecavüze uğrama, savaş içinde ya da toplama kampı içinde bulunma, büyük bir kaza geçirme, yakınlarından birkaç kişiyi birden kaybetme, evinin yanması, iflas etme gibi kişinin doğrudan yaşadığı veya tanıklık ettiği olaylar ‘travmatik olay’ olarak tanımlanmaktadır. Bu olayların ortak özelliği beklenmedik bir anda olması, kişide dehşete düşme, yoğun korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olmasıdır [47].

2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri

Çocukluk çağında yaşanan fiziksel, duygusal, cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal travmatik yaşantılar olarak değerlendirilmektedir. DSM-IV-TR’de çocukluk çağı travmaları, “klinik ilgi odağı olabilecek durumlar” başlığı altında yer almaktadır. Ana, baba yahut bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesine, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesine yol açan eylem veya eylemsizliklerin tümü çocukluk çağı ihmal ve istismarı şeklinde tanımlanabilir [41, 48].

Yapılan bir çalışmada tecavüz, saldırı, kaza, bir yakınının ölümüne tanıklık etme gibi olaylar “tip 1 travma” olarak tanımlanırken, istismar, ev içi şiddet gibi yineleyici ve uzayan travmalar “tip 2 travma” olarak tanımlanır [49].

Çocukluk çağı travmaları dört ana başlık altında incelenmektedir:

Çocuğun fiziksel istismarı; çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından (anne, baba veya bakıcı) çocuğun gelişimine, sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel güç kullanılması olarak tanımlanır. Belirlenmesi en kolay ve en yaygın rastlanan istismar türüdür. Vurma, sıkma, tekmeleme, yumruklama, yakma, ısırma, sıcak su dökme, zehirlenme, boğma gibi zarar verici davranışları içerir [48, 50].

Çocuğun duygusal istismarı; çevresindeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini örseleyen, duygusal gelişimine olumsuz etkileri olan eylemlerdir. Bağırma, reddedici ve düşmanca tavır, aşağılama, tehdit etme, sert şekilde cezalandırma, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, değer vermeme, önemsememe, alay etme, lakap takma gibi davranışları kapsar [48, 51].

Çocuğun cinsel istismarı; çocuğun bir erişkinin cinsel istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için güç kullanılarak ya da tehdit ve kandırma yolu ile kullanılmasıdır [49]. Cinsel organlara dokunma, teşhircilik, pornografi, tecavüz, kendi vücuduna dokundurtma, cinsel içerikli resim, dergi gösterme gibi davranışları kapsamaktadır [52].

Çocuğun ihmali; fiziksel ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılır.

Çocuğun fiziksel ihmali; çocuğa temel yaşam gereksinimleri olan beslenme, barınma, giyim gibi konularda yetersiz bakım verilmesi sonucu çocuğun zarar görmesidir. Çocuğun beslenme ve temizlikle ilgili bakımının yapılmaması ya da geciktirilmesi, yetersiz denetim, ev koşullarının sağlıksız, güvensiz oluşu, gerekli sağlık hizmetlerinin sağlanmaması veya geciktirilmesi, “fiziksel ihmal” olarak kabul edilmektedir [48, 53].

Çocuğun duygusal ihmali; çocuğa yeterli ilgi ve sevgi göstermemek, duygusal destek sağlamamak ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermektir [48]. Çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, sevgi yoksunluğu, çocuğun uyumsuz davranışlarına izin verilmesi, alkol ve uyuşturucu kullanımına göz yumulması, aile içi tartışmalara maruz bırakılması duygusal ihmal olarak kabul edilmektedir [14, 48].

2.2.3. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi

Travmatik olaylar toplumda çok sık görülmektedir. Cinsel ve fiziksel saldırı, doğal afet, kaza ve çatışma gibi olaylarla daha çok karşılaşmaktadır [54]. Yaşam

boyu travmatik bir olayla karşılaşma ihtimali % 21.4 - % 89.6 arasındadır. Ulusal komorbidite çalışmasında erkeklerin %60'ında, kadınların %50'sinde belirgin travma saptanmıştır [54]. Travmatik olaylar yaşayan kişilerin oluşturduğu yüksek riskli gruplarda yaşam boyu yaygınlık %5 ile %75 arasındadır [55].

Yine Amerika'da yapılan geniş katılımlı bir çalışmada 12 milyona yakın Amerikalı kadının (%12.9) yaşamları boyunca en az bir kez tecavüze uğradığı ve yaklaşık 10 milyon kadının (%11.1) şiddet mağduru olduğu saptanmıştır [54]. Tarihsel olarak da erkeklerde travma şekli çoğunlukla savaşla ilgilidir ve kadınlarda ise saldırı ya da tecavüz en sık görülen travma şeklini oluşturur.

Gençler arasında yapılan bir çalışmada en sık bildirilen travmatik olayların toplumsal şiddete tanıklık, ayrılık ve kayıp olayları, motorlu araç kazaları olduğu bulunmuştur [56].

Travmatik yaşantıların psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisi bilinmektedir. Travma, hastalık ve bozuklukların temelinde ya da alevlenmesinde rol alabilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik yakınması olan hastalarda travmatik yaşam olaylarının araştırılması ve yaygınlığının belirlenmesi önemlidir [13]. Eskin ve arkadaşları, örneklemin çoğunluğunu duygudurum hastalarının (%58.1) oluşturduğu 118 ayaktan takipli psikiyatri hastasıyla yaptığı çalışmada 89'unun (%75.4) başlarına en az bir travmatik olayın geldiğini ve ortalama travmatik olay sayısının yaklaşık 2 (SS=1.7) olduğunu bulmuştur. Hayati bir tehlike atlatmak, kötü muamele görmek, depremi yaşamak, kaza veya şiddet olayında bir yakını kaybetmek ve ciddi bir kaza geçirmek katılımcıların en çok bildirdiği olaylar olmuştur [20]. Birinci basamak hastaları ile yapılan bir çalışmada hayat boyu travmatik yaşantı deneyiminin sık olduğu, çoğu yetişkinin (%90) bir veya daha fazla sayıda travmatik olay bildirdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kişilerarası şiddet, depresif erkek ve kadınlar tarafından önemli oranda daha fazla bildirilmiştir. Kişilerarası şiddeti ciddi bir kaza, doğal afet ve olağandışı stresli durumlar takip etmiştir [13].

Çocukluk çağı travmalarının belirlenmesi ve rapor edilmesi, ülkemiz şartlarında tam doğrulukla yapılamasa da eldeki veriler genel yaygınlık hakkında bir fikir vermektedir. Dünya genelinde farklı sosyoekonomik, sosyokültürel düzeylerde bu travmalar yaşanmakta ve çocuk ruh sağlığını etkilemektedir [48].

2.3. Travmatik Yaşam Olayları ve Depresyonun İlişkisi

Birçok ruhsal ve bedensel hastalığın oluşumunda yaşam olaylarının ve stresin rolü bilinmektedir. Ancak hastalıklarla yaşam olayları arasında genellikle doğrudan değil, yaşam olayının mevcut yatkınlıklar zemininde tetiği çekmesi ya da belirtilerin şiddetini etkilemesi şeklinde, dolaylı bir ilişki vardır. Ayrıca bu ilişki bireye özgüdür; aynı stres, farklı kişileri, farklı şekillerde etkiler [45]. Bir görüşe göre, travmatik yaşam olaylarının kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azalttığı, böylece kişiyi ruhsal bozukluklara yatkın hale getirdiği düşünülmektedir [13]. Yapılan bazı çalışmalar ise travmatik yaşantıların genetik, çevresel koşullar, kişilik özellikleri, baş etme tutumları gibi diğer nedenlerle etkileşerek ruhsal bozukların gelişmesinde önemli rol oynadığını belirtmektedir [57]. Bazı çalışmalarda da travmatik yaşam olaylarının nörogenez inhibisyonu ve/veya nörotoksisite yoluyla hastalığın başlamasını tetiklediği ya da prognozunu kötüleştirdiği ifade edilmektedir [58].

Travma sonrasında kişide birçok farklı tepki ya da hastalık tablosu ortaya çıkabilir. Akut stres tepkisi, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluğu, depresyon, alkol madde kullanımında artış, dissosiyatif bozukluklar, somatoform bozukluklar travmanın etiyolojide olduğu hastalıklardan bazılarıdır [37]. Bugüne kadarki çalışmalar, travmanın daha çok TSSB üzerine etkilerine yoğunlaşmıştır. Ancak major depresif bozuklukta travmanın etkileri üzerine görece daha az çalışılmıştır. Çalışmalar major depresyon riskinin travma mağdurlarında %20-%30 arasında değiştiğini göstermektedir [57]. Son yıllarda yapılan çalışmalarda çocukluk çağı istismarının ve ihmalinin uzun dönemde olumsuz sonuçlarının olduğu ve yetişkinlikte depresyon riskini %50 oranında artırdığı gösterilmiştir [58]. Çocuklukta karşılaşılan her türlü istismar ve ihmal erişkinlikte daha yüksek oranda depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol-madde kullanımıyla ilişkili bulunmuştur [59]. Durmuşoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk çağında yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [60].

Felaketler doğal ya da insan eliyle ortaya çıkabilen, fazla sayıda ölüme, yaralanmaya ve çevre zararına yol açan durumlardır. İster insan kaynaklı, ister doğal yollardan olsun günümüzde felaketlerin sıklığı artmaktadır [61, 62]. Felaketlerden sonra psikiyatrik rahatsızlık gelişme riskinin %17 oranında arttığı belirtilmektedir

[5]. Savaş gazileriyle, doğal afet ve saldırı kurbanlarıyla yapılan çalışmalarda depresyon, anksiyete ve konversiyon belirtilerinin gözlemlendiği rapor edilmiştir. 17 Ağustos depreminden sonra farklı zamanlarda yapılan toplum tabanlı çalışmalarda yöntemsel farklılıklara rağmen major depresyon oranlarının %11-%42 arasında, yüksek risk altındaki topluluklarda (sağlıkçılar, yardım ekipleri gibi) ise % 1 - % 4.5 arasında değiştiği rapor edilmiştir [62]. Nazi soykırımından kurtulanlar ile yapılan birçok çalışmada, kurtulanların, yaşadıkları büyük travmanın ciddi ve kalıcı psikolojik etkilerinden (örneğin kronik anksiyete, depresyon, bilişsel bozukluklar, bellek bozuklukları, izolasyon eğilimi, suçluluk duygusu, duygusal ifade zorlukları) bahsedilmiştir [63]. 1995’de Oklahoma City’de gerçekleşen bombalama eyleminden etkilenen kişilerle yapılan çalışmada kişilerin yarıya yakınında anksiyete, depresyon ve alkol kullanımı ile ilgili sorunlar saptanmıştır [64]. 11 Eylül 2001’de A.B.D.’ de meydana gelen terörist saldırı sonucu etkilenen kişilerde de %9,8 oranında TSSB veya klinik depresyon bulunmuştur.

2.4. Travma ve Baş Etme Tutumları

Başa çıkma, stresli olarak değerlendirilen durumlarda ortaya çıkan, bireyin iç ve dış tepkilerini yönetmek için kullandığı düşünce ve davranışlardır. Başa çıkma süreci, yaşanan travmatik olaylara aktif bir anlam aramayı içermektedir. Bu süreç genetik, biyolojik, sosyal ve bilişsel düzeylerde şekillenir [44].

Başa çıkma stratejileri birçok bilimsel araştırmaya konu olmuş ve tartışılmıştır. Kabul edilen bir görüş başa çıkmanın “duygu odaklı ve sorun odaklı” olmak üzere iki şekilde yapıldığını öne sürmektedir. Duygu odaklı stratejiler genellikle stresörle ilişkili duygusal stresi yönetmeye odaklanır. Stresör ilişkili duygulardan arınmayı, duygusal destek aramayı ve duyguları açığa çıkarmayı içerir. Buna karşın, sorun odaklı başa çıkma stratejileri, strese yol açan sorunu doğrudan ele alan ve stresör hakkında bilgi aramayı, harekete geçme planı yapmayı ve stresörü çözmek veya yönetmek için bir sonraki adıma konsantre olmayı içerir.

Başa çıkma stratejileri bilişsel ve davranışsal olarak da kategorize edilebilir. Bilişsel stratejiler bilişsel yeniden yapılanma, iyi niyetli düşünme, kendini suçlama,

özeleştirme yapma gibi tutumlar olabilirken, davranış stratejileri sosyal izolasyon, problemden kaçınma gibi stresin etkilerini azaltmak için yapılan girişimlerdir [37].

Bir başka sınıflandırma ise “aktif başa çıkma” ve “pasif başa çıkma”dır. Aktif başa çıkma tutumları doğrudan stres kaynağını ele alarak stresörün ortadan kaldırılmasını hedeflerken, pasif başa çıkma tutumları stres kaynağından uzaklaşmayı hedefler. Aktif başa çıkma tutumları “uyuma yönelik (adaptif)”, pasif başa çıkma tutumları ise “uyuma yönelik olmayan (maladaptif)” şeklinde de sınıflandırılabilir. Carver ve arkadaşları geliştirdikleri başa çıkma tutumları ölçeğinde (COPE) alt grupları “sorun odaklı”, “duygusal odaklı” ve “işlevsel olmayan” başa çıkma kategorileri altında toplamışlardır. Sorun odaklı yöntemler; stresörü ortadan kaldırmak ya da durumu iyileştirmek için eyleme geçmeyi, çaba göstermeyi içeren aktif başa çıkma, stresörle nasıl başa çıkacağı üzerine düşünmeyi içeren planlama, ne yapabileceğiyle ilgili bilgi, destek ya da tavsiye aramayı içeren yararlı sosyal destek kullanımı, bireyin diğer aktivitelere olan ilgisini azaltarak stresörle baş etmek için daha fazla odaklandığı diğer meşguliyetleri bastırma, bireyin başa çıkma çabalarını uygun bir durum sağlayana dek durdurarak pasif bir başa çıkmayı içeren geri durma stratejilerini içerir.

Duygusal odaklı yöntemler ise; karşısındakilerden sempati ya da duygusal destek arayışını içeren duygusal sosyal destek kullanımı, dini aktivitelere karşı artmış uğraşları içeren dini başa çıkma, durumla ilgili en iyi sonuçları elde etme çabası ya da duruma daha olumlu bakabilmeyi içeren pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, stresli durumun gerçek olduğunu kabullenmeyi içeren kabullenme, stresörle ilgili mizah kullanımını içeren şaka yapmayı içerir. İşlevsel olmayan stratejiler ise; bireyin duygusal sıkıntısının farkına varmasını ve bu duyguları açığa çıkarma eğilimini içeren soruna odaklanma ve duygu dışı vurumu, bireyin stresli durumun gerçekliğini reddetme girişimini içeren inkar, stresörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için dikkat dağıtıcı yöntemlerin kullanımını içeren zihinsel boş verme, vazgeçme ya da çabaların azaltılmasını içeren davranışsal boş verme, alkol ya da madde kullanarak stresörden uzaklaşma çabalarını içeren alkol/madde kullanımını içermektedir [12, 65].

Araştırmalar travmatik olaylara maruz kalanların yaklaşık %80'inin baş etmeyi başardığını, %10-30'unda ise bazı ruhsal bozuklukların ortaya çıktığını göstermektedir. Uygunsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının daha çok ruhsal bozukluk belirtisi ortaya çıkmasına neden olduğunu bildirilmiştir. Kontrol edilemez olarak algılanan olaylarda sorun odaklı stratejilerin kullanımı kaygı, depresyon ve somatik yakınmalar gibi psikolojik belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır.

Tüm bu bulgular ışığında bireyin kullandığı başa çıkma tutumlarının belirlenmesi; psikopatoloji gelişimindeki rolünün anlaşılmasında, tedavi hedeflerinin saptanmasında ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olabilmesi açısından önemli görünmektedir [12, 65].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin toplanması

Etik kurul onayının alınmasının ardından Aralık 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, ayaktan tedavi ve takipleri sürdürülen, DSM IV-TR ölçütlerine göre unipolar major depresyon tanısı konan, 18-50 yaş arasında,50'si kadın,50'si erkek, okur-yazar olan, psikiyatrik değerlendirmeyi, çalışmada yer alan ölçekleri yanıtlamayı kabul eden 100 hasta çalışma hakkında bilgilendirilmiş yazılı onayları alınarak çalışmaya dahil edildi. Araştırmayı yürütmek için 116 hasta ile görüşüldü. 16 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve/veya ölçekleri doldurmayı istemediği için araştırma dışı bırakıldı. Ek psikiyatrik tanısı olan, psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil problemi olan, genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluğu, epilepsi, demans, kafa travması gibi organik beyin bozukluğuna neden olacak nörolojik hastalığı olan, mental retardasyonu olan, psikotik özellikli depresyonu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılan hastalara klinisyen tarafından yüz yüze görüşülerek Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) uygulandı. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Beck Depresyon, Beck Anksiyete Envanterleri ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ise hastalar tarafından dolduruldu.

3.2. Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çalışmanın amaçları göz önüne alınarak hazırlanan yapılandırılmış sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bu form; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik özellikler, ek tıbbi hastalık öyküsü, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü, tedavi öyküsünü içeren klinik özellikler ile ilgili soruları kapsamaktadır. Form, hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından dolduruldu.

Kullanılan Ölçekler

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Ölçeği (SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş, Türkçe'ye Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından uyarlanmış, birinci eksen bozukluğunun araştırılmasını sağlayan yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, psikotik belirtiler, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşmaktadır. Uygulama ortalama 30–60 dakika sürmektedir [66, 67].

Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Scale, BDÖ)

Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir [68]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir [69].

Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Scale, BAÖ)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir [70]. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır [71].

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Traumas Questionnaire CTQ-28, ÇÇTÖ)

1994 yılında Bernstein tarafından geliştirilen bu ölçeğin, 1996'da Türkçeye uyarlanması, 2012'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar tarafından yapılmıştır. 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Bu ölçek; üç tanesi travmanın minimize edilmesini ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşur. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel,

duygusal istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her bir soruya 1-5 arası puan verilir. Duygusal istismar alt ölçeği 12-60, fiziksel istismar alt ölçeği 7-35, cinsel istismar alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında puan alır [72].

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE İVENTORY, BÇTDÖ)

Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumunu sorgular. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği, kişi tarafından daha çok hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığına dair fikir verir. Bu alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma [12, 65].

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 18.0 for Windows kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Frekans) kullanıldı.

Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun

tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza 50 erkek, 50 kadın olmak üzere toplam 100 kişi katıldı. Kadınların yaş ortalaması 30.56, erkeklerin yaş ortalaması 30.66 olarak bulundu. İki grup arasında yaş ortalaması olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Grupların Yaş Ortalamaları (yıl)

	N	Dağılım Aralığı	Ortalama Yaş	S.S.
Erkek	50	18-48	30.94	10.61
Kadın	50	18-48	30.68	8.87

Mann-Whitney U testi, p=0.777, S.S:Standart Sapma

Grupların eğitim durumlarına ilişkin verileri değerlendirildiğinde; eğitim durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.433) (Tablo 4.1.2.).

Tablo 4.1.2. Grupların Eğitim Sürelerinin Karşılaştırılması

	EĞİTİM SÜRESİ (yıl)		
	Dağılım Aralığı	Ortalama	SS
Erkek	8-18	12.74	2.64
Kadın	8-15	13.20	2.21

Mann-Whitney U testi, p=0.433, S.S:Standart Sapma

Çalışmaya katılan hastalar, aylık gelirlerine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.259$) (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3. Grupların Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

AYLIK GELİR (lira)		
	Ortalama	SS
Erkek	1199	1248.75
Kadın	1426	1271.75

Mann-Whitney U testi, $p=0.259$, S.S:Standart Sapma

4.2. Grupların Psikiyatrik Tedavi Alma ve Eşlik Eden Tıbbi Durumlar ve Medeni Durum Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin psikiyatrik tedavi alma oranları karşılaştırıldığında kadınların daha çok tedavi aldığı saptandı ($p=0.000$). Eşlik eden fiziksel hastalıklar açısından kadınların daha çok ek tıbbi hastalık bildiriminde bulunduğu, bu durumun istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptandı ($p=0.05$) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Grupların Psikiyatrik Tedavi Alma ve Eşlik Eden Tıbbi Durumlar Açısından Karşılaştırılması

	Erkek	Kadın	P
Psikiyatrik Tedavi			
Tedavi alan	16(%32)	34(%68)	0.000¹
Tedavi almayan	34 (%68)	16 (%32)	
Fiziksel Hastalık			
Var	0 (%0)	5 (%10)	0,05²
Yok	50 (%100)	45(%90)	

¹Pearson Ki-Kare testi, ²Fisher kesin testi

Çalışmaya katılan kadın ve erkekler medeni durumları açısından değerlendirildiğinde ,gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı, ancak boşanmış olma oranının kadınlar arasında topluma göre oldukça yüksek olduğu saptandı (Tablo4.2.2).

Tablo 4.2.1. Grupların Medeni Durumlar Açısından Karşılaştırılması

Medeni Durum	Kadın	Erkek
	Bekar	20(%40)
Evli	23 (%46)	21 (%42)
Dul	7 (%14)	0(%0)

4.3. Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırılarak Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçekleri ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği sonuçları puanlandı ve gruplar kendi aralarında karşılaştırıldı. Klinik olarak depresyon tanısı konmuş olan hastalardaki depresyon, anksiyete, ve dissosiyatif yaşantı puanları normal topluma göre yüksek saptandı. Cinsiyetler arasında ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Sonuçlar tabloda sunulmuştur (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.1 Grupların Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Kadın	Erkek	p
	Ortalama± S.S	Ortalama± S.S	
Beck Anksiyete Ölçeği	30.42± 13.56	30.90± 14.08	0.917
Beck Depresyon Ölçeği	36.35± 14.28	36.72± 12.02	0.938
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	31.10 ± 37.92	40.45 ± 26.97	0.449

Mann-Whitney U testi, S.S: standart sapma

Tablo 4.3.2 Grupların Anksiyete ve Depresyon Şiddetlerinin Karşılaştırılması

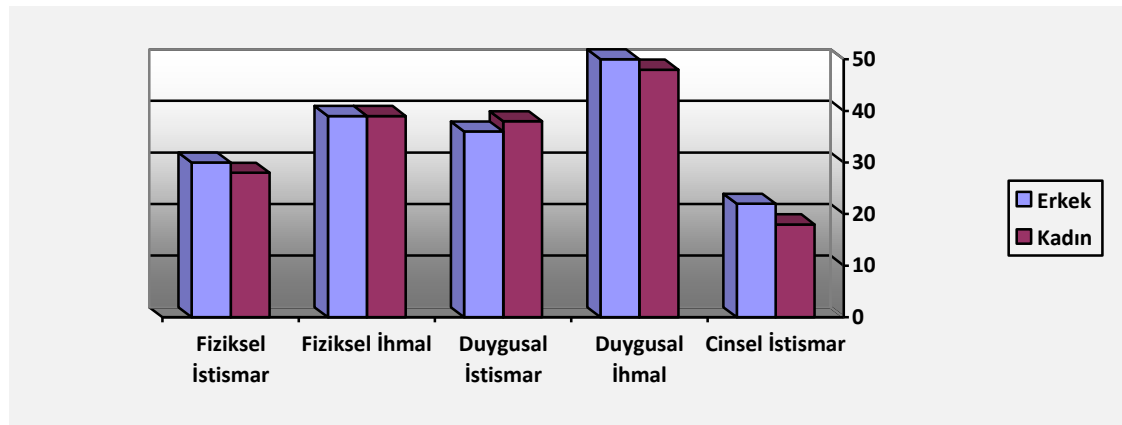
	Kadın	Erkek
Anksiyete Şiddeti		
Düşük/Yok	10 (%20)	7 (%14)
Orta düzeyde var	12 (%24)	12(%24)
Ağır düzeyde var	28 (%56)	31 (%62)
Depresyon Şiddeti		
Düşük/Yok	8 (%16)	7 (%14)
Orta düzeyde var	7(%14)	16 (%32)
Ağır düzeyde var	35 (%70)	27 (%54)

Hastaların doldurduğu Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları hesaplandı. Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesi pozitif bildirim olarak kabul edildi. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılması, duygusal ihmal için ise 12 puanın aşılması bildirim olarak kabul edildi. Bu kesme puanlarına göre hastaların çocukluklarında maruz kaldıkları istismar ve ihmal türleri kategorize edildi. Grupların Çocukluk çağı ihmal ve istismar maruziyeti ve istatistiksel karşılaştırmalar, tablo ve grafikte sunulmuştur (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.3. Gruplardaki Çocukluk Çağı İhmal ve İstismar Oranlarının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Kadın	Erkek	P
	Fiziksel İstismar		
Var	28(%56)	30 (%60)	
Yok	22(%44)	20 (%40)	
Fiziksel İhmal			1.000 ¹
Var	39 (%78)	39(%78)	
Yok	11(%22)	11(%22)	
Duygusal İstismar			0.648 ¹
Var	38 (%76)	36(%72)	
Yok	12 (%24)	14 (%28)	
Duygusal İhmal			0.495 ²
Var	48 (%96)	50(%100)	
Yok	2 (%4)	0 (%0)	
Cinsel İstismar			0.414 ¹
Var	18(%36)	22(%44)	
Yok	32(%64)	28 (%56)	

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin testi



Şekil 4.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Dağılımı

Hastalara verilen Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçek puanları hesaplandı. Soruna Odaklı Başa Çıkma yöntemleri arasında ‘Yararlı Sosyal Destek Kullanımı’, ‘Aktif Başa Çıkma’, Geri Durma’, ‘Diğer Meşguliyetleri Bastırma’ Ve ‘Plan Yapma’ alt ölçek puanları ve bu alandaki toplam puan hesaplandı. Bu alandaki tüm alt ölçeklerde baş etme tutumlarını erkeklerin kadınlardan anlamlı olarak daha çok kullandığı saptandı.

Duygusal Odaklı Başa Çıkma yöntemleri arasında ‘Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme’, ‘Dini Olarak Başa Çıkma’ ‘Şakaya Vurma’, ‘Duygusal Sosyal Destek Kullanımı’, ‘Kabullenme’ alt ölçek puanları ve bu alandaki toplam puan hesaplandı. ‘Şakaya Vurma’, ‘Duygusal Sosyal Destek Kullanımı’, ‘Kabullenme’ yöntemlerini kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek kullandığı saptandı.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemleri arasında ‘Zihinsel Boş Verme’ ‘Soruna Odaklanma Ve Sorunları Açığa Çıkarma’ ‘İnkâr’ ‘Davranışsal Olarak Boş Verme’ ‘Madde Kullanımı’ alt ölçek puanları ve bu alandaki toplam puan hesaplandı. Madde kullanımı hariç bu alandaki tüm alt ölçeklerdeki başa çıkma yöntemlerini erkeklerin kadınlardan daha fazla kullandığı saptandı.

Tablo 4.3.4. Grupların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Basa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	KADIN	ERKEK	P
	Ortalama± S.S	Ortalama± S.S	
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA	37.16±4.46	54.88±7.23	0.000*
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	7.46± 1.19	9.78± 1.32	0.000*
Aktif Basa Çıkma	7.58± 1.29	10.46± 1.29	0.000*
Geri Durma	7.24± 1.34	14.08± 1.93	0.000*
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	7.56± 1.55	10.20±1.35	0.000*
Plan Yapma	7.32± 1.44	10.36± 1.28	0.000*
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA	47.82± 6.52	45.34± 7.05	0.053*
Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme	10,16±1.54	10.02±1.68	0.445
Dini Olarak Basa Çıkma	10.48± 2.75	10.86± 2.33	0,349
Şakaya vurma	8.42± 1.66	6.46± 1.97	0.000*
Duygusal sosyal Destek Kullanımı	9.36± 1.60	8.82± 1.59	0.037*
Kabullenme	9.40± 1.94	9.18± 1.83	0.605*
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA	33.38± 4.01	42.10± 4.68	0.000*
Zihinsel boş verme	7.20± 1.21	9.44± 1.26	0.000*
Soruna Odaklanma ve Sorunları açığa Çıkarma	7.20± 1.17	10.22± 1.59	0.000*
İnkar	6.72± 1.73	8.20± 1.45	0.000*
Davranışsal Olarak Boş verme	7.02± 1.25	8.76± 1.30	0.000*
Madde Kullanımı	5.24± 1.45	5.48± 1.76	0.717

*Mann-Whitney U testi, *p<0.05, S.S: standart sapma*

4.4.Çocuklukta Maruz Kalınan İhmal Ve İstismar Türlerinin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle İlişkisi

Çocukluğunda fiziksel istismara uğramış olan kadın ve erkeklerdeki depresyon ,anksiyete ve dissosiyatif belirtilerin varlığı incelendi. Çocukluğunda fiziksel istismara uğramış kadınların daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gösterdiği, depresyon ve dissosiyasyon belirtilerindeki artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$)

Kadınlardaki duruma benzer olarak çocukluğunda fiziksel istismara maruz kalmış erkeklerin de, kalmamış olanlara göre daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi olduğu, üç alandaki yüksekliğin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$) Bulgular Tablo. 4.4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.4.1. Çocuklukta Maruz Kalınan Fiziksel İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması

Çocuklukta Fiziksel İstismar			
	VAR	YOK	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.001²
Var	28 (%56)	14(%28)	
Yok	0 (%0)	8 (%16)	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.084 ²
Var	25 (%50)	15 (%30)	
Yok	3 (%6)	7 (%14)	
Kadınlarda Dissosiyasyon Belirtileri			0.000¹
Var	14 (%28)	1 (%2)	
Yok	14 (%28)	21 (%42)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.001²
Var	30 (%60)	13 (%26)	
Yok	0 (%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.033²
Var	23(%46)	20 (%40)	
Yok	7 (%14)	0 (%0)	
Erkeklerde Dissosiyasyon Belirtileri			0.000¹
Var	22 (%44)	0 (%0)	
Kadınların Kullandığı başa Çıkma Yöntemleri			
Dini olarak Başa Çıkma			0.003³
Zihinsel Boş verme			0,012 ³
Erkeklerin Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Pozitif Yeniden Yorumlama ve gelişme			0.000³
Dini Olarak Başa Çıkma			0.000³
Şakaya Vurma			0.001³
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı			0.003³
Kabullenme			0.000³
Zihinsel Boş verme			0.033³
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma			0.008³
Duygusal Odaklı Başa Çıkma			0.000³
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma			0.017³

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin testi, ³Mann-Whitney U testi, $p<0.05$

Çocukluğunda fiziksel ihmale uğramış kadınların daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gösterdiği, depresyon ve anksiyete belirtilerindeki artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$)

Kadınlardaki duruma benzer olarak çocukluğunda fiziksel ihmale maruz kalmış erkeklerin de, kalmamış olanlara göre daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi olduğu, depresyon ve dissosiyasyon belirtilerindeki yüksekliğin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$) Bulgular Tablo. 4.4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.4.2. Çocuklukta Maruz Kalınan Fiziksel İhmalin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması

Çocuklukta Fiziksel İhmal			
	VAR	YOK	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.001²
Var	37 (%74)	5(%10)	
Yok	2 (%4)	6 (%12)	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.004²
Var	35 (%70)	5 (%10)	
Yok	4 (%8)	6 (%12)	
Kadınlarda Dissosiyasyon Belirtileri			0.139 ²
Var	14 (%28)	1 (%2)	
Yok	25 (%50)	10 (%20)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.000²
Var	39 (%78)	4 (%8)	
Yok	0 (%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.324 ²
Var	32(%64)	11 (%22)	
Yok	7 (%14)	0 (%0)	
Erkeklerde Dissosiyasyon Belirtileri			0.001²
Var	22 (%44)	0 (%0)	
Kadınların Kullandığı başa Çıkma Yöntemleri			
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme			0.058³
Erkeklerin Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Pozitif Yeniden Yorumlama ve gelişme			0.003³
Dini Olarak Başa Çıkma			0.008³
Kabullenme			0.009³
Madde Kullanımı			0.021³
Duygusal Odaklı Başa Çıkma			0.005³
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma			0.005³

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin test, $p<0.05$

Çocukluğunda duygusal istismara uğramış kadınların daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gösterdiği, anksiyete belirtilerindeki artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$)

Erkeklerde ise, çocukluğunda duygusal istismara maruz kalmış erkeklerin, kalmamış olanlara göre daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi olduğu, üç alanla ilgili belirtilerdeki yüksekliğin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. ($p<0.05$) Bulgular Tablo. 4.4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.4.3. Çocuklukta Maruz Kalınan Duygusal İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması

Çocuklukta Duygusal İstismar	VAR	YOK	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.082 ²
Var	34 (%68)	8(%16)	
Yok	4 (%8)	4 (%8)	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.001²
Var	35 (%70)	5 (%10)	
Yok	3 (%6)	7 (%14)	
Kadınlarda Dissosiyasyon Belirtileri			0.304 ²
Var	13 (%26)	2 (%4)	
Yok	25 (%50)	10 (%20)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.000²
Var	36 (%72)	7 (%14)	
Yok	0(%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.000²
Var	36 (%72)	7 (%14)	
Yok	0(%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Dissosiyasyon Belirtileri			0.000²
Var	22 (%44)	0 (%0)	
Yok	14 (%28)	14(%28)	
Kadınların Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Zihinsel Boş verme			0.034³
Erkeklerin Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Pozitif Yeniden Yorumlama ve gelişme			0.005³
Dini Olarak Başa Çıkma			0.007³
Şakaya Vurma			0.004³
Duygusal Odaklı Başa Çıkma			0.001³

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin test, $p<0.05$

Çocukluğunda duygusal ihmale uğramış kadınların daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gösterdiği, anksiyete ve depresyon belirtilerindeki artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) Erkeklerin tamamının çocukluğunda duygusal ihmale maruz kaldığı, depresyon anksiyete ve dissosiyasyon belirtilerinin normal popülasyona göre yüksek olduğu saptandı. Duygusal ihmale uğramayan erkek hasta olmadığı için istatistiksel karşılaştırma yapılamadı. Bulgular Tablo. 4.4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.4. Çocuklukta Maruz Kalınan Duygusal İhmalin Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması

Çocuklukta Duygusal İhmal	Çocuklukta Duygusal İhmal		
	VAR	YOK	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.023²
Var	42 (%84)	0(%0)	
Yok	6 (%12)	2 (%4)	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.037²
Var	40(%80)	2 (%4)	
Yok	8 (%16)	0(%0)	
Kadınlarda Dissosiyasyon Belirtileri			1.000 ²
Var	15 (%30)	0(%0)	
Yok	33(%66)	2(%4)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			
Var	43(%86)	0 (%0)	
Yok	7(%14)	0 (%0)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			
Var	43(%86)	0 (%0)	
Yok	7(%14)	0 (%0)	
Erkeklerde Dissosiyasyon Belirtileri			
Var	22 (%44)	0 (%0)	
Yok	28(%56)	0 (%0)	
Kadınların Kullandığı başa Çıkma Yöntemleri			
Şakaya Vurma			0.033³

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin test, $p<0.05$

Çocukluğunda cinsel istismara uğramış kadınların daha fazla depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gösterdiği, depresyon ve dissosiyasyon belirtilerindeki artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Benzer şekilde çocukluğunda cinsel istismara uğramış erkeklerin de depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtilerinin yüksek olduğu, her üç alandaki yüksekliğin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Bulgular Tablo. 4.4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.5. Çocuklukta Maruz Kalınan Cinsel İstismarın Erişkinlikteki Depresyon, Anksiyete ve Dissosiyatif Belirtilerle Karşılaştırılması

Çocuklukta Cinsel İstismar	VAR	YOK	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.039²
Var	18(%36)	24(%48)	
Yok	0 (%0)	8 (%16)	
Kadınlarda Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.073 ²
Var	17 (%34)	23 (%46)	
Yok	1 (%2)	9(%18)	
Kadınlarda Dissosiyasyon Belirtileri			0.039²
Var	14 (%28)	1(%2)	
Yok	4(%8)	31(%62)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Depresyon Belirtileri			0.014²
Var	22(%44)	21 (%42)	
Yok	0(%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Orta/Şiddetli Anksiyete Belirtileri			0.014²
Var	22(%44)	21 (%42)	
Yok	0(%0)	7 (%14)	
Erkeklerde Dissosiyasyon Belirtileri			0.014²
Var	22 (%44)	0 (%0)	
Yok	0 (%0)	28(%56)	
Kadınların Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Dini Olarak Başa Çıkma			0.000³
Şakaya Vurma			0.005³
Duygusal Odaklı Başa Çıkma			0.000³
Erkeklerin Kullandığı Başa Çıkma Yöntemleri			
Aktif Başa Çıkma			0.002³
Diğer meşguliyetleri Bastırma			0.037³
Plan Yapma			0.002³
Pozitif Yeniden Yorumlama ve gelişme			0.003³
Dini Olarak Başa Çıkma			0.008³
Şakaya Vurma			0.000³
Kabullenme			0.009³
Davranışsal olarak boş verme			0.002³
Duygusal Odaklı Başa Çıkma			0.005³
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma			0.005³

¹Pearson Ki-kare testi ² Fisher kesin test, $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda unipolar depresyon hastalarındaki çocukluk çağı travmalarının depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon üzerine olan etkisi cinsiyetler arasındaki farklar açısından incelenmiş, çocukluk çağı ihmal ve istismar türleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza kliniğimizde unipolar depresyon tanısı konmuş 50 kadın ve 50 erkek hasta dahil edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki farkları daha iyi anlayabilmek için, gruplar yaş ortalamaları, eğitim süreleri, aylık gelir düzeyleri gibi temel sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak aralarında fark olmayacak şekilde seçilmiştir.

Literatürde, depresyon yaygınlığının fazla olduğu yaş gruplarına dair çelişkili veriler bulunmaktadır. Kessler ve arkadaşları, 25-34 yaş grubunda, Fekadu ve arkadaşları 35 yaş ve üstünde, Bromet ve arkadaşları ise 25-44 yaşları arasında depresyonun daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir [27, 28]. Çalışmamızdaki erkek ve kadın gruplarının yaş dağılım aralığı 18-48 olup, literatür ile uyumludur.

Genel olarak tüm çalışmalarda ve 2006-2008 yılları arasında ABD’de 235.006 erişkin ile yapılan toplum bazlı bir çalışmada, kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha fazla depresyon bildiriminde buldukları, Ulusal NCS çalışmasında da kadınların erkeklerden 1.7 kat daha fazla yaşam boyu depresyon sıklığı olduğu saptanmıştır [73]. Çalışmamızdaki erkek ve kadın grubunun klinik olarak depresyon tanısı alan hastalardan seçilmiş olmasına rağmen kadınlardaki daha önce psikiyatrik tedavi alma oranının anlamlı olarak erkeklerden yüksek olması bu bilgileri destekler niteliktedir.

Ülkemizde Örsel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 15-67 yaşları arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan,183 hastaya Çocukluk Çağı Travmaları ölçeği uygulanmış, katılımcıların %65.7’si çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel bir istismar yaşantılarından en azbirine; %6.1’i üç tür istismara da maruz kaldığını bildirmiştir. Bu çalışmada tanı dağılımı açısından duygusal istismar bildiren grupta duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık saptanırken, diğer istismar türleri ve tanı grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Cinsel istismar olduğunu belirten grupta alkol-madde kullanımı/bağımlılığı, intihar girişim oranları istatistiksel olarak yüksek

bulunmuştur. [74]. Hovens ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağı yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının depresyon ve anksiyete ile ilişkisi araştırılmış, duygusal ihmalle, duygusal ve fiziksel istismara uğrayan kişilerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, duygusal ihmal ve istismarın depresyonunun kronik seyretmesi ile ilişkili olabileceği saptanmıştır.[75] Spinhoven ve arkadaşlarının NESDA(Netherland Study of Depression And Anxiety) veri tabanı ile 2288 hastada yaptıkları başka bir çalışmada ise duygusal ihmale uğramış olma özellikle depresyon, distimi ve sosyal fobi ile ilişkili bulunmuş, duygusal ihmal ve cinsel istismara uğramış olma durumunda yaşamboyu süren duygudurum bozuklukları riskinin arttığı saptanmıştır [76].Alan yazında depresyon ve kaygı bozukluklarının etyolojisi ile ilgili vurgulanan şeylerden biri de çocukluk çağı yaşam olaylarından ziyade çocukluk çağı travmalarının depresyon riskini arttırdığıdır [77].

Çalışmamızdaki erkek ve kadın gruplarında da alan yazındakine benzer olarak depresyonla birlikte anksiyetenin de yüksek olduğu saptanmış, orta ve ağır düzeydeki anksiyete şiddetleri ile depresyon şiddetlerinin birbirine yakın şekilde dağılım gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmamızda erkeklerin daha fazla fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar bildiriminde buldukları, kadınların ise duygusal istismar maruziyetlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Fiziksel istismar ve ihmal açısından gruplar ayrı ayrı incelendiğinde, kadınlardaki çocukluk çağı fiziksel istismarının depresyon şiddetini artırırken, erkeklerdeki fiziksel istismarın depresyonla birlikte anksiyete belirtilerini de arttırdığı saptanmıştır. Fiziksel ihmal durumunda, kadınlardaki anksiyete belirtilerinin depresyona eşlik ettiği, erkeklerin ise fiziksel ihmale uğrama sonrasında sadece depresyon belirtilerinin arttığı belirlenmiştir.

Duygusal ihmal ve istismar açısından çalışmamızdaki gruplar karşılaştırıldığında çocuklukta duygusal istismar maruziyeti durumunda kadınlardaki anksiyete belirtilerinin yükseldiği, erkeklerde ise hem anksiyete hem depresyon belirti şiddetinin arttığı saptanmıştır. Duygusal ihmal ise kadınlarda hem depresyon hem anksiyete belirtilerini yükseltmektedir.

Gruplar cinsel istismar açısından incelendiğinde, çocuklukta maruz kalınan cinsel istismarın kadınlardaki depresyonu önemli ölçüde arttırdığı, erkeklerde ise depresyona ek olarak anksiyetenin de yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda kadınlardaki depresyona anksiyetenin eşlik ettiği durumların daha çok fiziksel ve duygusal ihmale uğrama olduğu, erkeklerdeki anksiyete belirtilerinin ise istismar türlerine maruziyet durumunda yükseldiği söylenebilir. Çalışmamızın belirtilerin cinsiyetlere göre farklı dağılım gösterdiğini kanıtlaması açısından alan yazındaki önemli bir eksiği kapattığı düşünülmektedir.

Travma sonrasında şiddetinde artış olan belirtilerden bir diğeri de dissosiyatif belirtiler kümesidir. Ülkemizde madde bağımlılarındaki çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon yaşantıları ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, dissosiyatif yaşantıların çocuklukta fiziksel ihmal ve duygusal istismara uğrayan bireylerde yüksek olduğu saptanmıştır[78]. Saxe ve arkadaşları tarafından 110 psikiyatri hastasında yapılan bir çalışmada da, hastaların %50'sinde dissosiyatif belirtiler saptanmış, bu hastalardaki en sık tanıların major depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, madde kullanımı ve borderline kişilik bozukluğu olduğu belirlenmiştir [79]. Benzer şekilde ülkemizde yapılan klinik tabanlı bir çalışmada da kendine fiziksel zarar verme davranışı ile cinsel, duygusal kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantı türlerinin hepsi arasında anlamlı ilişki olduğu, ayaktan tedavi gören psikiyatrik hasta grubunda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ile intihar girişimi, kendine fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif yaşantılar arasında tanıdan bağımsız olarak ilişki bulunduğu görüşünü desteklediği belirtilmiştir [80].

Çalışmamızdaki sonuçlara göre depresif kadınlardaki dissosiyasyon belirti varlığının çocukluklarında maruz kaldıkları fiziksel istismar ve cinsel istismar, erkeklerdeki dissosiyasyon belirtilerinin ise çocukluk dönemi fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar yaşantıları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Depresyonlu hastalardaki dissosiyasyon belirti yüksekliği genel olarak literatür bilgisiyle uyumlu gözükmektedir. Buna ek olarak çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif belirtiler üzerine olan etkisinin cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği, ancak fiziksel ve cinsel istismarın hem erkek hem kadın

grubundaki dissosiyatif belirtileri yordadığı saptanmıştır.

Travma ve sonrasındaki etkileri açısından ele alınması gereken konulardan bir diğeri de bireyin travmayla baş etme tutumlarıdır. Bireylerin aynı stres faktörleri karşısında bile birbirinden farklı pek çok başa çıkma yöntemini aynı anda kullanabildiği daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [81, 82] [83].

Farklı psikiyatrik hastalıklardaki başa çıkma tutumlarını araştıran Wingenfeld ve arkadaşları majör depresyon hastalarını sağlıklı kontrollerle karşılaştırmış, çalışmalarının sonucunda majör depresyon hastalarının daha fazla duygusal odaklı başa çıkma yöntemi kullandığını saptamıştır [84].

Çalışmamızda da kadınlarda daha çok duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin, erkeklerde ise sorun odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin alt tiplerinin kullanıldığı, bu alt tiplerin puanlarının birbirine oldukça yakın olduğu saptanmıştır. Bu durum hastaların aynı durumda birkaç baş etme becerisini kullandığı ve kullanılan yöntemler arasında cinsiyete göre farklılıklar olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Alan yazın incelendiğinde çocukluk çağı ihmal ve istismar maruziyeti ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar daha çok madde kullanan bireylerin olduğu gruplar üzerinde yapılmış, ve madde kullanımı ile çocukluk dönemi travma maruziyeti arasında pozitif ilişki olduğu vurgulanmıştır [85].

İstismar öyküsü olan bireylerde Tanrı simgelerinin daha olumsuz olduğu, özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı ile düşük dini katılım düzeyleri, Tanrıya öfkenin daha fazla ifadesi, ve Tanrı'ya daha uzak deneyimler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir [86]. Cinsel istismar ile dini başa çıkma arasında negatif bir ilişki saptanırken, duygusal ve fiziksel istismar ile dini başa çıkma arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [87].

Çalışmamızdaki istismara ait veriler incelendiğinde, çocukluğunda fiziksel istismar maruziyeti olan kadın ve erkeklerde "dini olarak başa çıkma" ve "zihinsel boş verme" yöntemlerinin kullanımının fiziksel istismar maruziyeti olmayan kadın ve erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında fiziksel istismar maruziyeti olan erkeklerin duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kadınlardan daha çok kullandığı da belirlenmiştir.

Çocukluğunda duygusal istismar maruziyeti olan kadınlarda ‘Zihinsel boş verme’ şeklindeki işlevsel olmayan başa çıkma yönteminin, erkeklerde ise ‘pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’, ‘dini olarak başa çıkma’ ve ‘şakaya vurma’ gibi duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin sık olduğu saptanmıştır.

Çocukluğunda cinsel istismar maruziyeti olan kadınlarda ve erkeklerde ‘dini olarak başa çıkma’ ve ‘Şakaya vurma’ şeklindeki duygusal odaklı yöntemlerin, cinsel istismar maruziyeti olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki istismar türleri ve başa çıkma becerileri arasındaki ilişki, fiziksel ve duygusal istismar konularında alan yazındaki diğer çalışmalarla uyumlu iken, cinsel istismar durumunda dini odaklı baş etme becerilerinin yüksekliği daha önceki çalışmalarla uyumlu bulunmamıştır. Bu durumun kültür ve dini inanç farklılıklarına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın güçlü yönleri, klinik olarak depresyon tanısı konmuş, sosyokültürel açıdan birbirine yakın özellikleri olan kadın ve erkek grupları ile çalışılmış olması, ve çocukluk çağı travmalarının depresyon, anksiyete, dissosiyasyon ve baş etme becerileriyle olan ilişkisinin ayrı ayrı incelenmiş olmasıdır. Özellikle cinsiyetler arasındaki belirti şiddeti ve başa çıkma becerileri ile ilgili farklılıklar, travmanın rehabilitasyonunda klinisyenler için yol gösterici olabilir düşüncesindeyiz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında ise travma ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili bilgilerin retrospektif olarak alınmış olması, ve travma mağduru olan depresyon hastalarının kişilik özellikleri, dayanıklılık, benlik saygısı gibi ek değişkenler açısından değerlendirilmemiş olması sayılabilir.

Baş çıkma stratejileri ile ilgili kültüre özgü, daha ayrıntılı ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve travmanın olası etkenlerinin cinsiyet farklılıkları göz önünde bulundurularak incelenmesinin travmanın etkilerini daha net anlayabilmemiz açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızın bu konudaki duyarlılığı arttıracığını ümit ediyoruz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Unipolar depresyon tanısı konmuş erkek ve kadınlardaki çocukluk çağı travmaları ile anksiyete, depresyon, dissosiyatif belirtiler ve başa çıkma yöntemlerinin değerlendirildiği ve cinsiyetler arasındaki farkların araştırıldığı çalışmamızda şu sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Gruplar arasında Beck Depresyon, Beck anksiyete ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları arasında anlamlı fark olmadığı, ancak üç ölçekteki puanlarında normal popülasyona göre oldukça yüksek olduğu saptandı.
2. Gruplar anksiyete ve depresyon şiddeti açısından değerlendirildiğinde her iki grupta da orta ve ağır şiddette anksiyete/depresyon oranlarının hafif şiddette olanlara göre yüksek olduğu saptandı.
3. Kadın ve erkek grupları Çocukluk Çağı Travma maruziyeti açısından değerlendirildiğinde, tüm ihmal ve istismar türlerine maruziyetin normal popülasyondan fazla olduğu, ancak gruplar arasında çocukluk çağı travma maruziyeti açısından anlamlı fark olmadığı belirlendi.
4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçeği ve alt ölçek puanları gruplar açısından karşılaştırıldı. Soruna Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerinin erkekler, Duygusal Odaklı Başa Çıkma Yöntemlerinin ise kadınlar tarafından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha çok kullanıldığı saptandı.
5. Alt Ölçekler incelendiğinde Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Geri Durma, Diğer Meşguliyetleri Bastırma, Plan Yapma, Zihinsel Boşverme, Soruna Odaklanma Ve Sorunları açığa Çıkarma, İnkâr, Davranışsal Olarak Boş Verme alanlarında erkeklerin, Şakaya Vurma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı , Kabullenme alanlarında ise kadınların anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı belirlendi.
6. Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme ile Dini Olarak Başa Çıkma yöntemlerinde kadınların daha yüksek puanlar aldığı, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı.
7. Madde Kullanımı yöntemini erkeklerin daha çok kullandığı, ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptandı.

8. Çocuklukta maruz kalınan ihmal ve istismar türlerinin erişkinlikteki depresyon, anksiyete ve dissosiyatif belirtilerle ilişkisi ayrı ayrı incelendi. Çocukluğunda fiziksel istismar maruziyeti olan kadınların, olmayanlara göre orta/ağır şiddetli depresyon ile dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel istismara uğrayan kadınların uğramayanlara göre Dini Olarak Başa Çıkma ve Zihinsel Boş verme şeklindeki baş etme yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları belirlendi.
9. Çocukluğunda fiziksel istismar maruziyeti olan erkeklerin olmayanlara göre orta/ağır şiddette depresyon, orta/ağır şiddette anksiyete ve dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel istismara uğrayan erkeklerin uğramayanlara göre Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme, Zihinsel Boş verme, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma, Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları saptandı.
10. Çocukluğunda fiziksel ihmal maruziyeti olan kadınların, olmayanlara göre orta/ağır şiddetli depresyon ile orta/ağır şiddette anksiyete belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel ihmale uğrayan kadınların uğramayanlara göre, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme şeklindeki baş etme yöntemini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları belirlendi.
11. Çocukluğunda fiziksel ihmal maruziyeti olan erkeklerin olmayanlara göre orta/ağır şiddette depresyon, ve dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel ihmale uğrayan erkeklerin uğramayanlara göre Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Dini Olarak Başa Çıkma, Kabullenme, Madde Kullanımı, Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları saptandı.
12. Çocukluğunda duygusal istismar maruziyeti olan kadınların, olmayanlara göre orta/ağır şiddetli anksiyete belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, duygusal istismara uğrayan kadınların uğramayanlara göre Zihinsel Boş verme şeklindeki baş etme yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları belirlendi.

13. Çocukluğunda duygusal istismar maruziyeti olan erkeklerin olmayanlara göre orta/ağır şiddette depresyon, ve dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, fiziksel ihmale uğrayan erkeklerin uğramayanlara göre Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Dini Olarak Başa Çıkma, Kabullenme, Madde Kullanımı, Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları saptandı.
14. Çocukluğunda duygusal ihmal maruziyeti olan kadınların, olmayanlara göre orta/ağır şiddette depresyon, orta/ağır şiddetli anksiyete belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, duygusal istismara uğrayan kadınların uğramayanlara göre Şakaya Vurma şeklindeki baş etme yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları belirlendi.
15. Erkek grubundaki tüm hastalarda duygusal ihmal maruziyeti olduğu için, duygusal ihmalle depresyon, anksiyete, dissosiyasyon ve baş etme tutumları arasındaki ilişki incelenemedi.
16. Çocukluğunda cinsel istismar maruziyeti olan kadınların, olmayanlara göre orta/ağır şiddetli depresyon ve dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, duygusal istismara uğrayan kadınların uğramayanlara göre Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Duygusal Odaklı Başa Çıkma şeklindeki yöntemleri anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları saptandı.
17. Çocukluğunda cinsel istismar maruziyeti olan erkeklerin olmayanlara göre orta/ağır şiddette depresyon, orta/ağır şiddette anksiyete ve dissosiyasyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu, cinsel istismara uğrayan erkeklerin uğramayanlara göre Aktif Başa Çıkma, Diğer Meşguliyetleri Bastırma, Plan Yapma, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Kabullenme, Davranışsal Olarak Boş Verme, Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma yöntemlerini anlamlı şekilde daha yüksek kullandıkları saptandı.

ÖZET

UNİPOLAR DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE ETKİLERİ

Dr. Ahmet GÜL

Amaç: Çalışmamızın amacı unipolar depresyon tanısıyla izlenmekte olan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşam olayları ve bunların başa çıkma tutumları ve depresyon, anksiyete, dissosiyasyon belirtileri üzerine olan etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza 50 kadın, 50 erkek olmak üzere toplam 100 unipolar depresyon hastası dahil edildi. Çalışmaya katılan hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçekleri, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ;baş etme tutumlarını belirlemek için Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulandı.Hastaların çocuklukta istismar ve ihmal yaşantıları Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çocukluk çağı travmaları olan kadın hastaların özellikle duygusal odaklı baş etme tutumlarını erkeklerin ise soruna odaklı ve işlevsel olmayan baş etme tutumlarını daha sık kullandığı saptandı. Travması olan hastalarda baş etme tutumları açısından cinsiyetler arasında pek çok fark olduğu ve çocukluk çağı travma maruziyeti olan hastaların daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtisi gibi hastalık seyrinin kötü etkileyecek belirtilere sahip olduğu bulundu. Ek olarak, depresyon, anksiyete ve dissosiyasyon belirtilerinin ihmal ve istismar türlerine göre de değişiklik gösterdiği saptandı.

Sonuç: Bu çalışma depresyon hastalarının büyük çoğunluğunda çocukluk çağı travmalarına maruziyetin olduğunu gösterdi. Özellikle çocukluk çağı travmalarının depresyonun seyrini daha olumsuz etkilediği görüldü. Depresyonun olumsuz seyrine, travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumlarına olan olumsuz etkisi katkı sağlıyor olabilir. Bireyin travma öyküsünün dikkatli sorgulanması, eşlik eden anksiyete ve dissosiyasyon semptomları ve bireyin kullandığı başa çıkma tutumlarının belirlenmesinin; depresyon gelişmesindeki rolünün anlaşılmasında,

tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde önemli olduğudüşünölmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Dissosiyasyon, Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Becerileri

İletişim adresi: mdahmetgul@gmail.com

ABSTRACT

EFFECTS OF TRAUMATIC EXPERIENCES IN PATIENTS WITH UNIPOLAR DEPRESSION

Dr. Ahmet GÜL

Objective: : The aim of this study is to evaluate the impact of childhood and traumatic experiences, determine its effects on coping skills and assess the influence of depressive, dissociative and anxiety symptoms in patients with unipolar depression.

Method: Fifty female and fifty male patients with unipolar depression have been enrolled. All patients were administered sociodemographic data form, Beck Depression and Beck Anxiety Inventory, COPE Scale, and Dissociative Experiences Scale (DES). Experiences of childhood abuse and neglect were assessed by Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28).

Results: It was found that female patients with childhood trauma used coping styles as Emotion-focused whereas male patients used Problem-focused and “Less useful” coping styles more frequently. This study revealed that there were many gender differences among the patients with traumatic experiences in terms of coping styles. Male and Female patients with childhood traumatic experiences had worse clinical course of disease such as higher severity of depression, anxiety and dissociative symptoms. In addition, differences were found in the severity of depression anxiety and dissociative symptoms between the types of abuse and neglect.

Conclusion: Our results show that the majority of the patients with depression had childhood trauma. Childhood traumas were likely to affect the course of depression negatively. Rigorous questioning of the traumatic history of the subjects, accompanying anxiety and dissociative symptoms and specifying the coping styles used, seems crucial for understanding of their role on development of depression and , comorbid psychiatric disorders, determining the treatment objectives and monitoring the therapeutic effectiveness.

Key words: Depression, Anxiety, Dissociation, Childhood Trauma, Coping Skills

Communication: mdahmetgul@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Üstün, T., et al., *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. The British journal of psychiatry, 2004. **184**(5): p. 386-392.
2. Kaya, B., *Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış*. Klinik Psikiyatri, 10 (Ek 6), 2007: p. 11-20.
3. Mathers, C., D.M. Fat, and J. Boerma, *The global burden of disease: 2004 update*. 2008: World Health Organization.
4. Annagür, B.B. and S. HA, *Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye’de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi*. Journal of Mood Disorders, 2011. **1**(2): p. 87-94.
5. AKER, A.T., O. HAMZAOĞLU, and Ş. BOŞGELMEZ, “Kocaeli-Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği” nin (Kocaeli-Kısa) Geçerliliği. Düşünen Adam 2007; 20: 172, 2007. **178**.
6. Kendler, K.S., J. Kuhn, and C.A. Prescott, *The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression*. American Journal of Psychiatry, 2004. **161**(4): p. 631-636.
7. Kendler, K.S., et al., *Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women*. American Journal of Psychiatry, 1995. **152**(6): p. 833-842.
8. Jawad, M.H., A.M. Sibai, and M. Chaaya, *Stressful life events and depressive symptoms in a post-war context: which informal support makes a difference?* Journal of cross-cultural gerontology, 2009. **24**(1): p. 19-32.
9. Wiersma, J.E., et al., *The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults*. The Journal of clinical psychiatry, 2009. **70**(7): p. 983-989.
10. Dube, S.R., et al., *Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study*. Pediatrics, 2003. **111**(3): p. 564-572.
11. Dube, S.R., et al., *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study*. Jama, 2001. **286**(24): p. 3089-3096.
12. Ağargün, M.Y., et al., *COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. **6**(4): p. 221-6.
13. ESKİN, M., A. AKOĞLU, and B. UYGUR, *Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı İle İlişkisi*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006. **17**(4): p. 266-275.
14. Bahar, G., H.A. Savaş, and A. Bahar, *Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009. **4**(12): p. 51-65.
15. Ünal, S. and E. Özcan, *Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. **1**(1): p. 41-48.
16. Yaklaşım, D.G. and A. ULUŞAHİN, *DEPRESYON NEDİR?*
17. Öztürk, M.O. and U.A.R. Sağlığı, *Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri: Ankara, 2008.
18. GÜL, I.G. and R. KARLIDAĞ, *Dünden Bugüne Depresyon*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2012. **5**(2): p. 1-6.
19. Boratav, C., *Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: eleştirel bir inceleme*. Duygudurum Bozuklukları, 2000. **1**: p. 18-27.

20. KÖKNEL, Ö., *Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi*. Duygudurum Dizisi, 2000. **1**: p. 5-11.
21. Birliği, A.P., *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*. Köroğlu E (Çeviri ed.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007: p. 151-160.
22. Şar, V., *DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2010. **13**: p. 196-20.
23. Association, A.P., *DSM 5*. 2013: American Psychiatric Association.
24. Kessler, R.C., et al., *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Jama, 2003. **289**(23): p. 3095-3105.
25. Elbozan, B., et al., *Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**: p. 167-74.
26. YALVAÇ, H.D., *Depresyonun Epidemiyolojisi*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2012. **5**(2): p. 7-13.
27. Bromet, E., et al., *Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode*. BMC medicine, 2011. **9**(1): p. 90.
28. Kaya, B. and M. Kaya, *'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 1960. **10**: p. 3-10.
29. Işık, E., *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: p. 5-11.
30. Ceylan, M. and E. Oral, *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları*. 1. Baskı, 2001. **4**: p. 1-71.
31. sUnABiLEcEğİMİZ sOMUt KANİTİMİZ, V., *Depresyonun fizyopatolojisi: klinisyenlerin ilgisine sunabileceğimiz somut kanıtımız var mı? DÜNYA PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (WPA)'NİN RESMİ YAYIN ORGANIDIR*, 2010. **9**: p. 155-161.
32. Stahl, S.M., *Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology*. 2008: Cambridge University Press.
33. Meyer, J., et al., *Elevated putamen D2 receptor binding potential in major depression with motor retardation: an [11C] raclopride positron emission tomography study*. American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(9): p. 1594-1602.
34. Liston, C., B. McEwen, and B. Casey, *Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2009. **106**(3): p. 912-917.
35. ŞENGÜL, A.C. and H. HERKEN, *Depresyonun Genetiği*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2012. **5**(2): p. 21-26.
36. Vahip, S., *Depresyon dönemi sağaltımı*. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu'nda. Vahip S ve Yazıcı O (ed). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, İstanbul, 2003: p. 53-74.
37. Sadock, B.J., H.I. Kaplan, and V.A. Sadock, *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 2007: Lippincott Williams & Wilkins.
38. Fletcher, J.M., *Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression*. Social Science & Medicine, 2009. **68**(5): p. 799-806.
39. Murat, E., *Depresyon ve Psikososyal Kuramlar*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2012. **5**(2): p. 14-20.
40. Hales, R.E. and S.C. Yudofsky, *Essentials of clinical psychiatry*. 2004: American Psychiatric Pub.
41. ÖZTOP, D.B., *Depresyon ve İstismar*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2012. **5**(2): p. 46-50.

42. Odağ, C., *Nevrozlar-2*. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001(2): p. 54.
43. Türksoy, N., *Psikolojik travma ve tan› m sorunlar›*. Psikolojik Travma ve Sonuçlar, 2003.
44. Tuval-Mashiach, R., et al., *Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 2004. **67**(3): p. 280-293.
45. Zoroğlu, S.S., et al., *Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. **2**(2): p. 69-78.
46. Can, S.S. and I. Sayıl, *Yineleyici intihar girişimleri*. Kriz Dergisi, 2004. **12**(3): p. 53-62.
47. BOŞGELMEZ, Ş. and A.T. AKER, *Şiddet, Ruhsal Travma ve Sonuçları*. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 2011. **4**(2): p. 26-31.
48. Taner, Y. and B. Gökler, *Çocuk İstismar Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri*. Hacettepe Tıp Dergisi, 2004. **35**: p. 82-86.
49. Terr, L.C., *Childhood traumas: An outline and overview*. American journal of psychiatry, 1991. **148**(1): p. 10-20.
50. Lipman, E.L., H.L. MacMillan, and M.H. Boyle, *Childhood abuse and psychiatric disorders among single and married mothers*. American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(1): p. 73-77.
51. Tıraşçı, Y. and S. Gören, *Çocuk istismarı ve ihmali*. Dicle Tıp Derg, 2007. **34**(1): p. 70-74.
52. Aktepe, E., *Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı*. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009. **1**(2).
53. Sar, V., *Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar [Problems regarding abuse and neglect]*. Psiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği Press, Ankara, 1998: p. 823-833.
54. Gabbard, G.O., *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. 2007: American Psychiatric Pub.
55. Ursano, R.J., et al., *Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death*. The Journal of nervous and mental disease, 1995. **183**(1): p. 36-42.
56. Taylor, L.K. and C.F. Weems, *What do youth report as a traumatic event? Toward a developmentally informed classification of traumatic stressors*. Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy, 2009. **1**(2): p. 91.
57. Salguero, J.M., et al., *Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates*. BMC psychiatry, 2011. **11**(1): p. 96.
58. DUMLU, K. and C. CİMİLLİ, *Erken Yaşam Stresörlerinin Nörobiyolojik Sonuçlar›*. 2003.
59. Güleç, H., et al., *Bir kısır döngü olarak şiddet*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012. **4**(1): p. 112-137.
60. Durmuşoğlu, N. and S.S.Y. Doğru, *Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi, 2006. **15**: p. 237-246.
61. OFLAZ, F., *FELAKETLERİN PSİKOLOJİK ETKİLERİ VE HEMŞİRELİK UYGULAMASI*.
62. AKER, A.T., *1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006. **17**(3): p. 204-212.

63. Fridman, A., et al., *Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges*. Aging & mental health, 2011. **15**(2): p. 232-242.
64. North, C.S., et al., *Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing*. Jama, 1999. **282**(8): p. 755-762.
65. Carver, C.S., M.F. Scheier, and J.K. Weintraub, *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. Journal of personality and social psychology, 1989. **56**(2): p. 267.
66. First, M.B., et al., *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version, Administration Booklet*. 2012: American Psychiatric Pub.
67. Özkürçügil, A., et al., *DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması*. İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999. **12**(4): p. 233-6.
68. Beck, A.T., C. Ward, and M. Mendelson, *Beck depression inventory (BDI)*. Arch Gen Psychiatry, 1961. **4**(6): p. 561-571.
69. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma*. Psikoloji dergisi, 1988. **6**(22): p. 118-122.
70. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. **56**(6): p. 893.
71. Ulusoy, M., N. Sahin, and H. Erkmén, *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1998. **12**: p. 163-172.
72. Vedat, Ş., P.E. ÖZTÜRK, and E. İKİKARDEŞ, *Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012. **32**(4): p. 1054-1063.
73. Control, C.f.D. and Prevention, *Current depression among adults---United States, 2006 and 2008*. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2010. **59**(38): p. 1229.
74. Örsel, S., et al., *The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients*. Anatolian Journal of Psychiatry, 2011. **12**(2): p. 130-136.
75. Hovens, J.G., et al., *Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders*. Acta Psychiatr Scand, 2012. **126**(3): p. 198-207.
76. Spinhoven, P., et al., *The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders*. J Affect Disord, 2010. **126**(1-2): p. 103-12.
77. Wiersma, J.E., et al., *The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults*. J Clin Psychiatry, 2009. **70**(7): p. 983-9.
78. Evren, C. and K. Ögel, *Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanım ile ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**: p. 30-37.
79. Saxe, G.N., et al., *Dissociative disorders in psychiatric inpatients*. American journal of Psychiatry, 1993. **150**: p. 1037-1037.
80. YANIK, M. and M. ÖZMEN, *Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. **3**: p. 140-146.
81. Lazarus, R.S., *Psychological stress and the coping process*. 1966.
82. Simoni, J.M. and M. Ng, *Trauma, coping, and depression among women with HIV/AIDS in New York City*. AIDS care, 2000. **12**(5): p. 567-580.
83. Folkman, S. and R.S. Lazarus, *An analysis of coping in a middle-aged community sample*. Journal of health and social behavior, 1980: p. 219-239.

84. Wingenfeld, K., et al., *Relationship between coping with negative life-events and psychopathology: Major depression and borderline personality disorder*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2009. **82**(4): p. 421-425.
85. Toker, T., et al., *Madde kullananlarda çocukluk örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları ile ilişkisi*. Turk Psikiyatri Derg, 2011. **22**(2): p. 83-92.
86. Cook, C.J. and C.L. Guertin, *How childhood sexual abuse affects adult survivors' images of God: A resource for pastoral helpers*. Sacred Spaces: The e-Journal of the American Association for Pastoral Counselors, 2010. **2**: p. 38-55.
87. FalLOT, R.D. and J.P. Heckman, *Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders*. The journal of behavioral health services & research, 2005. **32**(2): p. 215-226.

EKLER

Ek.1. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

Ek 2 Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

REVİZYON KAPSAMI:

- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşımda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamımızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylenmiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığını hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığını hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmaya düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

Ek 5. Cope

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz secenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Secenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Secenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
13. Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 () 2 () 3 () 4 ()
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Allah`in yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

- 27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 28.Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler