



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI



MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA İNTİHAR DAVRANIŞI İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Mehmet Sinan Aydın



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI



MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA İNTİHAR DAVRANIŞI İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Mehmet Sinan Aydın

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez danışmanı: Doç. Dr. Cemil Çelik

Ankara – 2018

ÖNSÖZ

Katılımcılara ulaşmamda katkı sağlayan başta “Dr. Çiğdem Çifci Kaygusuz, Dr. Seçil Özen, Dr. Şerif Bora Nazlı, Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok, Psikolog Sahra Tekin” olmak üzere, Dr. Türe Tekin, Dr. Abdullah Akgün, Dr. Bahadır Bedir, Dr. Deniz Oruç, Dr. Hüseyin Uçar, Dr. Yusuf Tokgöz, Dr. Emine Eda Kayapınar Aylak ve Dr. Çağrı Öğüt’e, Psikolog Özlem Güler’e, başta kliniğimiz direktörü Prof. Dr. K. Nahit Özmenler olmak üzere beraber çalışma fırsatı yakalamış olmaktan mutluluk duyduğum Prof. Dr. Özcan Uzun, Doç. Dr. Sinan Yetkin, Doç. Dr. Taner Öznur ve Yrd. Doç. Dr. Abdullah Bolu’ya, rotasyonlarım sırasında deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Şeref Demirkaya, Prof. Dr. Ayhan Cöngöloğlu, Doç. Dr. İbrahim Durukan, Doç. Dr. Dursun Karaman ve Doç. Dr. Koray KARA’ya, kendisinden psikiyatriye dair çok şey öğrendiğim tez danışmanım Doç. Dr. Cemil Çelik’e, tez yazım aşamasında yardımlarını esirgemeyen Dr. Hesna Gül ve Dr. Elif Çarpar’a, bu süreçte arkadaşlığını ve desteğini hep hissettiğim Dr. Serdar Atik’e, deneyimleri ve bilgileri ile bana çok şey katan kliniğimiz çalışanlarına; Kapsamında düzenlenen mesleki etkinliklerin yanı sıra, ortaklık ve işbirliğine dair bana mutfak olup uzmanlık eğitimime eşdeğeri bulunmaz katkılar sağlayan Türkiye Psikiyatri Derneği’ne ve Asistan Hekim Komitesi’ne; Klinisyenliğin iyileştirici gücüyle de dünyanın değişebileceğine inancımı tazeleyen hastalarım;

Bana hem iyi bir arkadaş, hem de usta bir akıl hocası olan güzel insan Dr. Arzu Erkan Yüce’ye

Sabrı ve ilgisiyle her zaman yanımda olan, yaptığım her şeye anlam katan eşim Şerife’ye,

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. M. Sinan Aydın

Ankara, 2018

İÇİNDEKİLER

I.	ÖZET	iii
II.	ABSTRACT	iv
III.	TABLO LİSTESİ	vi
IV.	GİRİŞ	1
V.	GENEL BİLGİLER	3
	a. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK	3
	i. TANIM ve TARİHÇE	3
	ii. EPİDEMİYOLOJİ	4
	iii. ETYOLOJİ	4
	a. RİSK ETKENLERİ	4
	b. PSİKOSOSYAL KURAMLAR	7
	iv. DEPRESYON VE İNTİHAR İLİŞKİSİ	10
	b. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	15
	i. TANIM VE GENEL BİLGİLER	15
	ii. SINIFLAMA	16
	iii. EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	16
	iv. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ DEPRESİF BOZUKLUKLAR VE İNTİHAR İLE İLİŞKİSİ	17
VI.	GEREÇ ve YÖNTEM	B 20
VII.	BULGULAR	26
VIII.	TARTIŞMA	32
IX.	SONUÇ	39
X.	KAYNAKLAR	40
XI.	EKLER	50

ÖZET

Majör Depresif Bozuklukta İntihar Davranışı ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki

Dr. M. Sinan AYDIN

Amaç: Bu çalışmada depresif bozukluk tanılı bireylerde, intihar davranışını etkileyen başta çocukluk çağı travmaları olmak üzere bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Ocak 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve DSM-5 kriterlerine göre majör depresif bozukluk (MDB) tanılı ayaktan ve yatan hastalar dahil edilmiştir. Depresif Bozukluk tanısı konulup halen intihar düşüncesi olanlar ve son bir ayda intihar girişiminde bulunan 74 denek (Grup 1), sadece depresif bozukluk tanısı konulan 96 denek (Grup 2) çalışmaya alınmıştır. Ayrıca hastalarla yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikler gösteren sağlıklı kontrol grubu (Grup 3) oluşturulmuştur. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Montgomery-Åsberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği(MÄDRS) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin 28 soruluk kısa formu(ÇÇTÖ) uygulanmıştır.

Bulgular:Hastalık süresi ve atak sayısı açısından Grup 1 ve Grup 2 arasında farklılık olmadığı, geçmişteki intihar girişimi sayısı açısından Grup 1 lehine farklılık olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında hem ÇÇTÖ alt ölçeklerinde hem de toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Grup 1 ve Grup 2 ayrı olarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Hasta grupları MADRS puanı açısından karşılaştırıldığında Grup 1 lehine anlamlı farklılık saptanmıştır. MADRS puanı ile duygusal ihmal ($\rho=0,188$, $p=0,025$) ve duygusal istismar ($\rho=0,166$, $p=0,048$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır, yine ayrıca MADRS ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında da pozitif korelasyon ($\rho=0,219$, $p=0,009$) saptanmıştır. Toplam hastalık süresi ile fiziksel istismar puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($\rho=0,162$ $p=0,035$). Tekrarlayan atak sayısı ile yaşam boyu intihar girişimi sayısı arasında da pozitif korelasyon saptanmıştır ($\rho=0,201$ $p=0,008$).

Sonuç ve Tartışma: Bu çalışmada depresyonun klinik şiddeti ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında ilişki olabileceği ve ayrıca intiharı öngörücü olarak MADRS puanının önemli olabileceği gösterilmiştir. Atak sayısının fazlalığı da intihar girişimleri ile ilişkili görünmektedir. MDB'taki intihar girişimlerini öngörebilmede çocukluk çağı travmalarının sorgulanması yeterli düzeyde bir fayda sağlayamıyor gibi görünmekle beraber, depresyonun klinik şiddetini yordamada önem arz etmektedir. Depresyonun şiddeti ile intihar davranışı arasında doğrudan bir ilişki olması, çocukluk çağı travmalarının intihar üstünde dolaylı da olsa etkisi olabileceğini göstermektedir.



ABSTRACT

The Relationship Between Suicidal Behavior and Childhood Traumas in Major Depressive Disorder

Mehmet Sinan Aydın, MD

Objective: In this study, it is aimed to investigate some sociodemographic and clinical features (especially childhood traumas) of patients diagnosed with major depressive disorder (MDD), which affect suicidal behavior in depressive disorder.

Materials and Methods: The study included patients with MDD according to DSM-5 criteria whom applied to Gülhane Training and Research Hospital Mental Health and Diseases Clinic between January 2017 and March 2018. Patients who were still have suicidal thoughts or attempted suicide in last one month were included in Group 1(74). Other patients were included in Group 2 (96). In addition, a healthy control group (Group 3) with similar characteristics in terms of age and gender was established. Participants were administered a socio-demographic data form, the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Childhood Trauma Scale, a 28-item short form (CTSS).

Results: There was no difference between group 1 and 2 in terms of duration of illness and number of attacks, and there was a difference in favor of Group 1 in terms of the number of past suicide attempts. There was a statistically significant difference between the groups in both CBT subscales and total scores but No statistically significant difference was found between Group 1 and Group 2 when compared. When the patient groups were compared in terms of MADRS score, a significant difference was found in favor of Group 1. Positive correlation was found between MADRS score and emotional neglect ($\rho = 0,188$, $p = 0,025$) and emotional abuse ($\rho = 0,166$, $p = 0,048$) and also positive correlation between MADRS and total score of CTSS ($\rho = 0,219$, $p = 0,009$). There was a positive correlation between total duration of illness and physical abuse score ($\rho = 0,162$ $p = 0,035$). There was a positive correlation between the number of recurrent attacks and the number of lifetime suicide attempts ($\rho = 0,201$ $p = 0,008$).

Conclusion and Discussion: It has been shown that there may be a relationship between the clinical severity of depression and emotional abuse, emotional neglect, and the total score of CTSS in this study, and MADRS score as a suicidal predictor may be important. The excessive number of attacks also appear to be associated with suicide attempts. Although the question of childhood trauma in predicting suicide attempts in MDD seems to be of little help, the clinical severity of depression is important in the procedure. The direct relationship between the severity of depression and suicidal behavior suggests that childhood trauma may be an indirect or even an effect on suicide.



TABLO LİSTESİ

Tablo I: İntihar davranışı modeli

Tablo II: Grupların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Tablo III: Hasta gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

Tablo IV: Grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılması

Tablo V: ÇÇTÖ puanlarının var-yok olarak sınıflandırılması sonrası grupların yeniden karşılaştırılması

Tablo VI: Korelasyon analizleri

I. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, oldukça önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar olgularında %90'ın üzerinde eşlik eden bir ruhsal hastalığa rastlanır ve en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk depresyondur (1). Genel popülasyondaki intihar riskine kıyasla, depresif bozukluklarda intihar riski 30 kat fazladır (2). Tek başına depresif bozukluklar bu kadar önem arz etmekle beraber, intihar girişimini açıklamada yetersizdir. Çünkü majör depresyonu olan çoğu hastanın intihar girişimi öyküsü yoktur (3). İntihar üzerine yapılan güncel araştırmalar, intihar davranışının ortaya çıkışında bir çok etkenin rolü olabileceğini göstermektedir (4). Depresyonda intihar riskini artıran pek çok faktör saptanmıştır. Daha önceki intihar girişimi, umutsuzluk, dikkat eksikliği, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, mizaç özellikleri, çocukluk çağı travması, kişilik özellikleri, aile yüklülüğü bu faktörler arasında en önemlileridir (4-7). Bunun yanında, çocukluk çağı travmalarının yaşamın sonraki yıllarında kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı ile ilişkili bulunduğu (3, 8-9), ayrıca çocukluk çağındaki ihmal ve istismarın, erişkinlikteki psikiyatrik hastalık riskini arttırdığı bilinmektedir (9, 10). Son dönem çalışmalar ise çocukluk çağı travmalarının alt tipleri ile psikiyatrik bozukluk sonuçları arasındaki özgül ilişkilere dikkat çekmekte, birden fazla istismar tipinin beraber olmasının da psikopatoloji riskini değişken oranlarda artırdığı bildirilmektedir (11, 12).

Çocukluk çağı travmalarının uzun vadede başka birçok olumsuz sonucu vardır. Erişkinlik dönemindeki obezite, psöriazis, migren, kronik ağrı gibi bedensel hastalıklar (13-16) ve travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, bipolar bozukluk (17-22) gibi çeşitli ruhsal bozukluklar bu olumsuz sonuçlar arasında sayılabilir. Ruhsal bozukluklardan anksiyete ve depresyon ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisi ise özellikle vurgulanmaktadır (15, 23-26). Ayrıca, çocuklukta travmatik yaşantıları olan depresyon hastalarında hastalık başlangıç yaşının daha erken, atak sayısının daha fazla olduğu (27); inatçı depresif belirtilerin (28) ve psikotik bulguların (29) daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Öte yandan, intihar davranışı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki bağlantıyı son dönemde yapılan göstermektedir. (15, 30-33). Çalışmalar duygusal istismarın depresyonun şiddeti, (34) kronikleşme ve intihar davranışıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (35). Unipolar depresif hastalarda duygusal ihmal ile intihar girişimi arasında ilişki gösterilmiştir (33). Buna ek olarak istismar öyküsü olan bireylerde hastalık daha şiddetli ve daha kompleks olmaktadır (36).

Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konulan kişilerde reaktif olmayan intihar girişiminin çocukluk çağı travmaları ve bazı klinik ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi incelenmiştir.



II. GENEL BİLGİLER

A. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

1. Tanım ve Tarihçe

Depresyon; çöküntü, keder hissini varlığı, çeşitli alanlarda işlevselliğin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır ve kişinin gündelik işlerden ve daha önce yaparken zevk aldığı durumlardan eskisi gibi zevk alamaması ve bunlara karşı ilgisinin kaybolmasıyla kendini gösteren, keder ve elem duygularıyla seyreden duygu durumu halidir. Esasen “elem, keder, hayattan eskisi kadar zevk alamama” olumsuzluklara karşı yaygın olarak verilen tepkiler olmakla beraber, her benzer duygu durumunu, depresif bozukluk olarak kabul etmemek gerekir. Depresif bozuklukta bu duygular hem kronikleşir, hem de bireyin gündelik yaşamını bozacak düzeye ulaşır, ayrıca depresif bozukluk tanılı bireylerde bilişsel işlevlerde de belirgin yavaşlama gözlenir (37).

MDD tanısı için depresif duygudurumu ya da ilgi/istek azlığı ve alışagelmış etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması şarttır. Bunlara ilaveten umutsuzluk, kötümser düşünceler, suçluluk düşünceleri, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden de birkaçının varlığı gerekmektedir (38).

Günümüze kadar yayınlanmış olan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitapları (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), ruhsal bozukluklara ve hastalıklara sadece tanı ve sınıflandırma açısından yaklaşmamakta, insanı ruhsal, toplumsal ve bedensel özellikleriyle bir bütün olarak ele alıp, gelişim ve çevreye uyum bakımından da yorum getirmektedir.

Majör depresif bozukluk, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskıda (DSM-IV-TR) duygu durum bozuklukları başlığı altında bulunurken (38), Mental Bozuklukların Tanısal ve

Sayımsal El Kitabı beşinci baskıda (DSM-5) depresif bozukluklar başlığı altına alınmıştır (39).

2. Epidemiyoloji

En yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri depresyondur (40). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, en acil sağlık sorunlarının sıralandığı listede depresyon dördüncü sıradadır. (41).

Myers ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde üç ayrı alanda 9000 kişilik bir örneklem üzerinde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Diagnostic Interview Schedule (DSM-III-DIS) kullanılarak yapılan Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında depresyonun altı aylık yaygınlığı kadınlarda %4,1-4,6, erkeklerde %1,7-2,2 bulunmuştur (42). DSM-III'e göre majör depresif bozukluğun 1 yıllık yaygınlığı %2,6-6,2 arasındadır.

Türkiye'deki yaygınlığına baktığımızda ise 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda unipolar depresif hastalığın cinsiyete göre insidansı erkeklerde yüzbinde 1824,6; kadınlarda 3573,6; toplamda 2687,6; cinsiyete göre prevalansı erkeklerde 16; kadınlarda 26,3; toplamda 21,1 bulunmuştur. Kadınlarda %10,7 ile birinci sırada, erkeklerde de %6,4 ile ikinci sırada sakatlık yükünü oluşturur. Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan diğer bir araştırma yine Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %18,78 (kadınlarda %22,5, erkeklerde %11,6) oranında bulunmuştur. İkincil depresyonun bir aylık yaygınlık oranı %8.78 olarak bulunmuştur (43).

3. Etyoloji

a. Risk Etkenleri

Cinsiyet: Evrensel bir gözlem olarak, kültürden ve ülkeden bağımsız olarak majör depresif bozukluk sıklığı kadınlarda erkeklerden iki kat daha sıktır (44). Hormonal farklılıklar, doğum, psikososyal stresörlerdeki farklılıklar ve öğrenilmiş çaresizlik modellerinin yaygınlığı bunun üzerine önemli bir etkiye sahip olabilir (1, 37, 40-41).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da depresyon oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (43, 45-48).

Yaş: Majör depresif bozukluğun özellikle 45 yaş öncesinde, sonrasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiş olmakla beraber, bozukluğun başlangıç yaşı tek uçlu-iki uçlu, ailesel olan-olmayan olgular arasında farklılık göstermektedir (37, 48). Tekrarlayıcı majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı sıklıkla 30-35'tir. Yaşla beraber majör depresif bozukluğun sıklığı iki cinsiyette de azalma gösterir (49).

Medeni durum: Majör depresif bozukluk üzerine yapılan birçok epidemiyolojik çalışma, ayrılmış, boşanmış ya da dullarda sıklığın genel topluma göre arttığını göstermiştir. (50-54).

Sosyoekonomik düzey: Depresif semptomların çocukluk döneminden erişkin döneme doğru değişimini inceleyen uzun süreli bir izlem çalışmasında erkek cinsiyet, düşük yaş, ailenin daha yüksek mesleki derecesinin olmasının (gelir düzeyinden bağımsız olarak) kötü gidişi gösterdiği, depresif belirtilerde hızlı düzelmelerin yetişkinlikte daha yüksek sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (55).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise gelir düzeylerine göre değerlendirme yapıldığında, depresif bozuklukların en yüksek oranda görüldüğü grup düşük gelir düzeyindekiler olmuştur. (43, 45). Ayrıca eğitimsizlerde depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (43, 45, 48).

Stresli yaşam olayları ve kayıplar: Stresli yaşam olaylarının depresif bozuklukların sıklığını artırdığına dair bir çok çalışmadan elde edilen verilere göre, özellikle ölüm, boşanma, erken dönemde ebeveyn kaybı, sağlıkla ilgili ya da ekonomik krizler, çocukluk çağında travmaları ve tehdit edici yaşam olayları ile depresif bozukluk riski arasında önemli bir ilişki gösterilmiştir (56-61).

Majör depresif bozukluk hastalarının değerlendirildiği çalışmalarda hastalık tablosundan önceki stresli yaşam olaylarının kontrol grubuna kıyasla daha çok sayıda olduğu gösterilmiş (62-65), fakat stresörün şiddeti ile hastalığın şiddeti arasında korelasyon gözlenmemiştir (66). Bu farklılıktan hareketle olayların etkisinin

tamamen olayın kendisiyle tek başına açıklanamayacağı, öznel değerlendirmenin ruhsal etkilenme açısından bir adım önde olabileceği düşünülebilir.

Aile öyküsü ve genetik: Ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı da depresif bozukluklar için önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Örneğin, ailesinde duygudurum bozukluğu olan kişilerde hastalığın başlangıç yaşı, olmayanlara göre daha erkendir (67).

Bir meta-analiz çalışmasında depresif bozukluk tanılı bireylerin aile üyeleri için risk %5.1-17.5 olarak saptanmıştır. (68). Bir başka çalışmada, unipolar depresyonda birinci derece yakınların hastalığa yakalanma riski %20,7, bipolar depresyonda ise %1,1 olarak saptanmıştır (69).

Bir ikiz çalışmasında, tek yumurta ikizlerinin eş hastalanma oranının çift yumurta ikizlerine göre belirgin düzeyde daha yüksek olduğu (70), bir başka çalışmada da eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde %50, çift yumurta ikizlerinde %10-25 arasında olduğu saptanmıştır (56).

İş durumu: Çalışmalar çalışmıyor olmak ya da iş kaybının depresyon için bir risk etkeni olduğunu göstermektedir (61, 71, 72). İzlem çalışmalarında ise depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerde, yüksek talepli işlerin depresif bozukluk başlangıcı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (73).

Kişilik özellikleri: Kişilik özelliklerinin irdelendiği çeşitli çalışmalarda, oral-bağımlı, histriyonik ve obsesif kişilik özellikleri ve içe dönüklük ve nörotisizmin depresyon için risk oluşturduğu saptanmıştır (41, 56, 59, 74-76). Kadınlarda depresyon şiddetli ile nörotisizm arasında paralellik saptanmıştır (65, 77).

Ayrıca depresif bozukluklar ile düşük özgüven, katı süperego, kişiler arası ilişkilerde bağımlı özellikler, sağlıklı-sürekli nesne ilişkilerinde yetersizlik ile ilişkili bulunmuştur (78).

Puerperium: Gebelik dönemi ve puerperal dönem stresinin postpartum depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (79-80). Stresli yaşam olaylarına maruziyet ve yakın zamanda ekonomik zorluklar da gebelikteki ve puerperiumdaki depresyon ile ilişkili

bulunmuştur. Gebelik dönemindeki anksiyöz ve depresif yakınmalar da postpartum depresyon ile ilişkilidir (81).

Göç: Güncel çalışmalar göçün de depresif belirtiler üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir. Almanya'daki Türk göçmenlerde depresif bozuklukların sıklığının genel popülasyona göre arttığı gözlenmiştir (82). Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, memlekete uzaklık ve geride bırakılan kişilerarası ilişkiler göç ile ilişkili depresyonun belirteçleri olarak saptanmıştır (83-85).

Duygu dışavurumu: Duygu dışavurumunun yüksek olduğu ailelerde depresif bozuklukların görülme oranı 3 kat yüksektir (86).

b. Depresyon ve psikososyal kuramlar

Psikanalitik kuram

Freud, yas ve melankoliyi birbirine benzetir: bunlar aslında bir kayba gelişen farklı tepkilerdir ve birbirleriyle ilişkili durumlardır (87). Yasta kaybedilen sevgi nesnesine ait hatıralar sık sık aktive edilir ve acı verici yanına rağmen, bu kayıp zamanla kabullenilir (88). Depresyonda ise introjeksiyon, nesne yitimini yok sayan bir girişim olmanın yanı sıra sevilen omnipotent nesneyle birleşme, onu öznenin bir özü haline getirme çabasıdır. Tam bu noktada ortaya çıkan ambivalans bu içe atıma düşmanca anlamlar yükler. Nesneyi birleşmeye zorlayan istek ile bu isteğin şiddeti nedeniyle kendini cezalandırma ile neticelenir. Bunun bir sonucu olarak bağışlanma için yapılan çaba başlar. Narsisistik yapıda sürdürülen bu çaba süperego ve ego arasında bir mücadeleyi başlatır (89). Freud'a göre depresyonda nesneye karşı gelişen agresyon özneye geri döner (90). Özetle, kaybedilen nesneye olan saldırgan dürtüler kayıp sonrası egoya yönlendirilir ve depresyondaki suçluluk düşüncelerinin kaynağını bu oluşturur. "Kendimden nefret ediyorum" aslında "ondan nefret ediyorum"dur.

Süperego tarafından zorlanan ego için iki tercih söz konusudur: boyun eğme ya da başkaldırı. Başkaldırı örtüktür ve gene tutum boyun eğme yönündedir. Kimi zaman süperegonun katı tutumu ile beraber boyun eğici ego artık dayanamaz ve kendini yok eder: intihar. İntihar kimi zaman şöyle de tanımlanır: Ego zamanla çabalamayı

bırakır, kendilik değerini aşırı derecede yitirir ve kendini ölüme bırakır (89). Kimi intihar eylemleri ise süpregonun zalimliğine karşı aşırı bir beğendirici tutum olarak da görülebilir.

Depresyonun psikanalitik değerlendirilmesine yönelik bazı yazılarda, depresif “tepki”nin sevgi nesnesinden erken ayrılma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Abraham, sevdiği nesne ulaşılabilecek durumdayken depresif bireylerin aşırı engellenmeye maruz kaldığını ve nesneyi yok etme arzusunda olduklarını gözlemlemiştir. Buna bağlı gelişen ambivalan duruma sekonder depresyonun geliştiğini belirtmiştir (87).

Bibring, depresyonun kişinin narsisistik aspirasyonlarına ulaşamaması ve “kendilik temsillerinin” çaresizlik ve güçsüzlük yaşantılarına fikse olmasından kaynaklandığını ifade etmiştir (87).

Bağlanma kuramı

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, bireyin ilk ilişkisi yenidoğan döneminde bakım verenle (anne ya da başka bir bakıcı) gerçekleşmektedir (91). Bu ilişki bebeğin güvende hissettiği, yakınlık görme beklentileri ve ihtiyaçlarının giderildiği bir ortamda seyretmesi şeklinde olumlu seyir gösterirse, bebek hem dünyayı güvenilir bir yer olarak algılar hem de kendisinin de sevmeye değer - onaylanabilir olduğunu algılayacaktır. Bu güvenli temel (secure base), bebeğin kendisi ve dünya hakkında olumlu modeller geliştirmesi için temeldir. Bu modellere “içsel çalışan modeller” (internal working models) ya da “zihinsel temsiller” (mental presentations) adı verilir. Dünyaya dair temsiller süregelen ve haz verici kişilerarası ilişkiler için gereklidir. Kendiliğe dair temsiller ise gerçekli ve olumlu bir kimlik duygusu için gereklidir (92). Bağlanma kuramından depresyon iki şekilde tanımlanır: Birinci olası durum bakım verenin kaybına bağlı travmatik yaşantının depresyona sebep olduğu, ikinci olası durum ise, bebek ile bakıcı arasında güvenli bağlanmanın olmadığı ya da bakıcının reddetmesi sonucu kendiliğin değersiz ve sevmeye layık olmayan; dünyanın ise ulaşılamaz algılandığı olumsuz içsel temsillerin oluştuğu, depresyonun bu bağlamda ortaya çıktığı yönündedir (91).

Bowlby'nin güvenli, anksiyöz ve bağımsız bağlanma tanımlarına karşılık Ainsworth, bebeğin ayrılığı takiben bakıcısıyla kurduğu bağları; güvenli, ambivalan ve kaçınan olarak üçe ayırır (93). Bunlardan özellikle ambivalan bağlanma ambivalan bakıcı tutumuna bağlı gelişir. Bu bağlanma biçimine sahip kişilerde yaşamın sonraki dönemlerinde sürekli kendilik değeri mücadelesi gözlemlenir ve süreçte artık değer arayışı gayreti de tükenir. Nihai sonuç olarak kendilik temsilleri istikrarsız olur ve sonrasında da depresyon gelişir (94).

Davranışsal kuram

Depresyonun davranışçı kuramlarına giriş yapmadan önce Seligman ve arkadaşlarının deneyinden söz etmek yerinde olacaktır: Köpekler üzerinde yaptıkları bir deneyde 1. gruba elektrik şokunu durdurabilecekleri bir düzenek varlığında, ikinci gruba ise şoku durdurabilecekleri bir düzenek olmadan elektrik şoku uygulamışlardır. Daha sonra deneyi şu şekilde değiştirmiştir: Önce ışık, ardından bir süre bekleme ve sonra elektrik uyarısı. Birinci grup köpek elektrik şoku öncesi kaçarken, ikinci grup ilk deneyden çaresizliği öğrendiği için elektrik şokundan kaçmamıştır.

Birçok davranışsal deneyde görülen depresif tepkinin en güçlü öngörücüsünün uyarın üzerinde kontrolün olmadığı hissedilmesidir. “Ne yaparsam yapayım sonucu etkilemeyecek.” şeklinde örneklendirilebilecek öğrenilmiş çaresizliğe göre depresif kişilerin olayları olumsuz bir şekilde açıklamayı öğrendiği ve olumsuz olayları 1) geçici yerine kalıcı ve sürekli, 2) tekil yerine yaygın ve genel ve 3) herkesin yaşayabileceği bir durum olarak değil kendisine özel şekilde algılamaktadır (95).

Davranışçı terapilerin temel yaklaşımı davranışlarda değişiklikler yaparak çevre üzerindeki etkiyi göstermek ve iyileşme yönünde pozitif pekiştirici sağlayarak depresif davranış pekiştiricilerini azaltmayı hedeflemektir (94). Depresif bireylerde kişilerarası ödüllendirici davranışlara yönelim azdır ve bu bireylerdeki yetersiz sosyal ilişkiler olumsuz duyguların gelişmesini kolaylaştırır (94-95).

Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramın kurucularından Beck'e göre depresyondaki temel sorun bilişsel alandadır. Bu yaklaşımla depresyona dair bilişleri üç alanda özetler: 1) kendisi hakkında (yetersizim, değersizim), 2) dünya hakkında (kimse bana destek olmayacak) ve 3) gelecekle hakkında (hep böyle gidecek) olumsuz bilişler. Bu yaklaşımdan hareketle, ayrıca, depresyonun bilişsel sağaltım modelini de oluşturmuştur (95).

Depresyondaki kimi olumsuz tutumlar ve edilgen olmaya eğilim bazı durumlarda uyumsuz olsa da depresyonda bu uyumsuz durumlar aşırı ve uygunsuzdur. (95).

Bir başka bilişsel yaklaşıma göre, birey çevreden kazanım elde etmek için (doyum sağlayıcı tüm dışsal durumlar) davranış alanında yatırım yapması ve bir miktar enerji harcaması gerekir. Enerjiye rağmen kazanç artmıyorsa zamanla davranışı ve tüketimi azaltmak gerekir ki; ilişkilere yapılan yatırımı azaltma, yarışmaktan çekinme, uyuma ve hiçbir şey yapmama gibi çeşitli yöntemlerle bu sağlanabilir. Paul Gilbert tarafından geliştirilen bu model, biyo-pisko-sosyal etkenleri birleştirerek bütüncül bir bakış açısı sunar. Yani, ekonomik bir deyişle "depresyon kaynakları daha da tüketmemek adına ortaya çıkmış bir geri çekilme durumudur (98).

Benzer bir model de Leahy'nin mikroekonomik modelidir: depresif birey kaynaklarının giderek azaldığına ve içinde bulunduğu ortamın kazanç getirmeyeceğine inanır. İlerideki kayıpları da önlemek adına olumsuz bilişlerde olduğu gibi değişime karşı direnmeye başlar. Sonuç olarak kaybı en aza indirmek için yüksek beklenti içeren iyimserliği reddedip riskten kaçınırlar (95).

4. Depresyon ve İntihar İlişkisi

İntihar davranışı olarak ifade edilebilen intihar ve intihar girişimi bir anlamda, bireyin, yaşam-ölüm arandaki karar sürecinde yaşamaktan vazgeçme yönünde tutum belirlemesidir.

Evrensel bir sorun olan intihar davranışı, bilinçli ve bilinçdışı çeşitli yaşantıları içerir. Araştırmalar, intihar davranışı gösteren bireylerin ağrı ve sızıdan kutulmak, anne-babasını veya çevresini cezalandırmak, acısını, çaresizliğini, umutsuzluğunu

dile getirerek yardım çağrısında bulunmak, deli olmak korkusundan kurtulmak, yitirilen obje ile özdeşim kurmak, onunla ölümden buluşmak, istenmeyen “kötü ben”in “iyi ben” tarafından yok edilmesi gibi farklı fenomenolojik yaşantılar içinde olduğunu ortaya koymuştur. (1, 5, 44-48, 94)

Çeşitli kuramlar intiharı ele almış ve farklı açıklamalar getirmiştir. Durkheim intiharı sosyolojik bir olgu olarak tanımlar ve iki yapı üzerinde ele alır: toplumsal düzenleme ve bütünleşme. Bunların çok zayıf ya da çok güçlü olması intihara yol açar. Bu duruma kanıt olarak da toplumların sabit kaldığı dönemlere kıyasla reformların olduğu dönemlerde intiharın daha fazla olduğunu sunar (105). Bu sosyolojik tanıma karşılık Freud, intiharı, bireysel bir değerlendirme yapmış ve içselleştirilen sevgi nesnesine duyulan öfkenin haliyle benliğe yöneltilmesi olarak tanımlamıştır. Bilişsel kurama göre ise, intihar eden bireylerde bilişsel katılık ve sorun çözme becerisinde düşüklük en dikkat çekici noktadır. İntihar, bireyin özbenliğine yönelik saldırganlık halinin, ego savunma mekanizmalarının da yetersiz hale gelmesi ile başlayıp, yaşam içgüdüsünün tam olarak çökmesiyle sonuçlanan geri dönülmez bir durumdur.

Psikososyal ve çevresel faktörlerin, intihar davranış üzerine etkilerini araştıran çalışmalar vardır (1, 37-44)

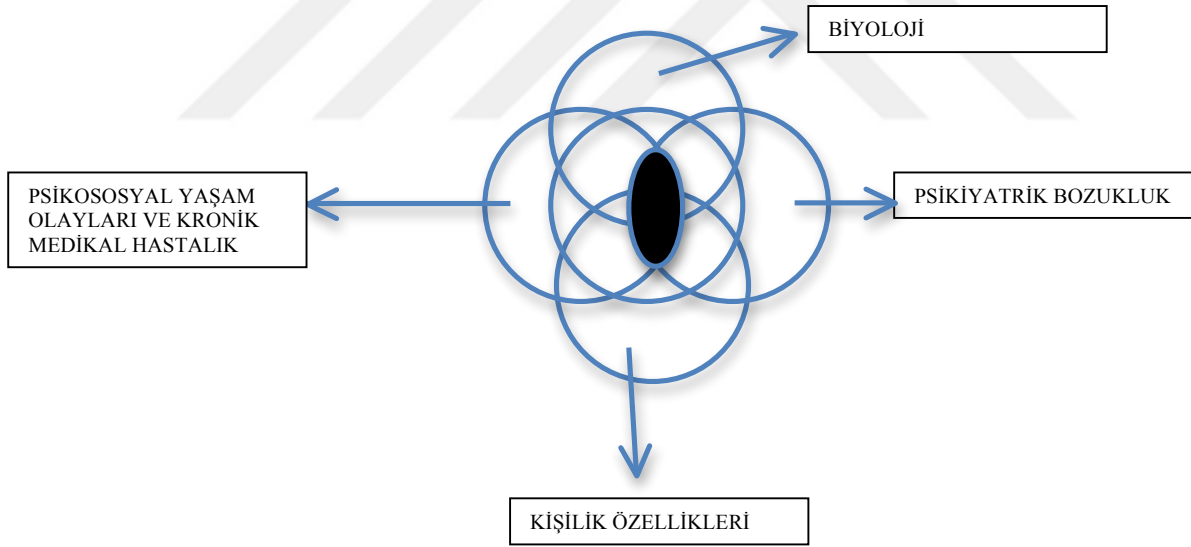
Çalışmalarda, ayrılık, boşanma, erken kayıpların, azalmış sosyal desteklerin, intihar davranışında etkili olduğu gösterilmiştir. (9-13, 68). İntihar davranışının presipitanlarının, kişiler arası uyumsuzluk, okul veya evde çatışma, ailesi tarafından reddedilme, cezalandırılma ve özellikle gençlerde aşağılayıcı bir olayla karşılaşmanın olduğu vurgulanmaktadır. Aynı nitelikte başka çalışmalarda ise reddedilme, çevre değişikliği, işsizlik, okul ya da iş sorunları, ebeveynlerle ilişkilerinde bozukluklar ve iletişim noksanlığının önemli olabileceği vurgulanmıştır (17-19).

İntihar davranışıyla ilgili çalışmalarda ayrıca psikiyatrik tanı, aile anamnezi, genetik yükünlük ve biyolojik faktörler üzerinde de durulmaktadır.

Yukarıdaki bölümlerde açıklanmaya çalışılan araştırmalardaki, intihar davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilecek faktörlerin özete Tablo-1 ve Şekil-1’de sunulmuştur.

PREDİSPOZE RİSK FAKTÖRLERİ	RİSK FAKTÖRLERİ	KORUYUCU FAKTÖRLER	PRESİPİTE FAKTÖRLER
Genetik Aile Öyküsü Biyolojik Faktörler (SHİAA azlığı) Kişilik Özellikleri	Çevresel faktörler İNTİHAR DAVRANIŞINA YATKINLIK Psikiyatrik tanılar	-Bilişsel esneklik -Kuvvetli sosyal destek -Presipite yaşam olaylarının olmaması -Kayıp olmaması -Umutla doluluk -Kişilik bozukluğunun tedavisi -Psikiyatrik bozukluğun tedavisi	Yöntemin hazır olması BAŞLATICI Presipite yaşam olaylarının direnci kırması

Tablo 1: İntihar davranışı modeli



Şekil 1. İntihar davranışında Etkili olan Faktörler

1986 yılında Gülhane’de Boz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada acil servise başvuran tüm hastalar arasında, psikiyatrik sorunla müracaat edenlerin oranı %6.06 olarak saptanmış, bu psikiyatrik olgular içinde intihar girişimlerinin %10.2’yle ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (96).

1979 yılında Gülhane’de Aydın tarafından intihar davranışı üzerine yapılan tez çalışmasında, intihar girişimlerinin yaygın olarak gençlerde, bekarlarda, eğitim düzeyi düşük bireylerde görüldüğü, girişimcilerin daha çok siklotimik kişilik özelliklerine sahip olduğu, “iç sıkıntısı ve ızdırap” nedenler arasında ilk sırayı alırken, “askerlik, ailevi ve kişisel şerefle” ilgili sorunların ikinci derecede önemli oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada intihar girişimlerinin tekrarlama olasılığının %35 olduğu saptanmıştır (97).

1980-86 yıllarını kapsayan, Gülhane’de yapılan retrospektif çalışmada 249 olgu incelenmiş olup sonuçları şöyledir: Bekarların, evlilere, köy orijinlilerin kent orijinlilere göre intihar davranışı bakımından daha çok risk altında buldukları, içe kapanık kişilik yapısına sahip bireylerin, diğer kişilik yapılarına göre daha çok risk taşıdıklarına dikkat çekilmiştir. Çalışmada önceden intihar girişiminde bulunma, psikiyatrik tanı almanın, girişimde bulunmayanlara ve psikiyatrik tanı almayanlara oranla daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (98).

1986 yılında Özşahin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada acil servise intihar davranışı göstererek başvuran 201 olguyu kapsayan diğer bir çalışmada da 20-30 yaş grubunun intihar girişimi açısından risk grubu oluşturduğu, depresif hastaların daha çok girişimde bulunduğu, yaklaşık %90 hastanın psikiyatrik tanı aldığı tespit edilmiştir (99).

1989 yılında Özşahin’in tez çalışmasında intihar davranışında bulunan deneklerin ego güçlerinin zayıf olduğu, psikolojik çatışmalarını bedensel fonksiyonlarıyla ifade ettikleri, impuls kontrollerinin zayıf olduğu, birden çok olumsuz nitelikte yaşam olayının pekiştirici etkisiyle de intihar davranışına yöneldikleri vurgulanmıştır (100). Özçubukcuoğlu’nun Gülhane’de yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan depresif olguların depresif kontrollere göre daha yüksek depresyon derecelerine sahip oldukları, intihar girişimlerinden önceki ilk üç ayda daha çok olay bildirdikleri ve aile desteğini daha düşük algıladıkları vurgulanmıştır (101).

Özkan'ın Gülhane'de yaptığı tez çalışmasında intihar girişiminin depresyon şiddeti ile doğrudan bir ilişki bulunmadığı, ancak ağır depresyonda riskin daha yüksek olduğu, impulsif intihar girişiminde agresyonunun bir belirleyici olmadığı tespit edilmiştir (102).

2006 yılında Gülhane'de Ak tarafından yapılan tez çalışmasında depresif bozukluk hastalarında intihar davranışında bulunanların mizaç özelliklerinden ödül bağımlılığı puanları düşük, karakter özelliklerinden kendini yönetme ve işbirliği kurma puanları düşük bulunmuştur (103).

Psikiyatrik tanıyla ilgili çalışmalarda ise intihar davranışı gösterenlerin %90-95inin önceden mental hastalık tanısı aldıkları, bu hastalıkların %80'nin depresyon olduğu gösterilmiştir (104).

Depresyon intihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar arasında birinci sıradadır. Depresif bozukluk tanılı bireylerde yaşam boyu intihar riski %15, intihar eden bireylerde depresif bozukluk sıklığı %70 olarak saptanmıştır. (106) Aynı psikiyatrik tanıya rağmen hastaların bazıları intihar ederken bazılarının intihar etmemesi intiharın risk faktörlerinin saptanmasını gerektirir. Depresyon şiddeti ile intihar riski arasındaki ilişkiye değerlendiren çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir (106). Umutsuzluğun depresif hatlardaki intihara etkisini inceleyen çalışmalarda intihar ile ilişkili en güçlü değişkenin umutsuzluk olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada kadın olmak, çalışmıyor olmak, yalnız yaşamak ve çocukluk çağı travmalarının varlığı intihar için güçlü risk faktörleri olarak saptanmıştır. (105-106)

Ciddi depresyonu olan birçok kişinin intihar girişiminde bulunmadığı da bilinmektedir. Bu farkı yaratan nelerdir? İntihar girişiminde bulunan kişiler hastalıklara ya da diğer stresörlere daha güçlü bir şekilde tepki vermeye önceden beri mi meyillidirler? Bu sorulara cevap arayan araştırmalar intiharın stres-diatez modellerini öne sürmüşlerdir. Bu modele göre; genetik, prenatal dönem ya da yaşamın ilk yıllarında travmatik yaşantılar ve impulsiviteye meyilli olan bireyler, sonraki yaşamlarında zorlandıkları ve de özellikle depresyon yaşadıklarında, kendilerine daha çok zarar verdikleri belirtilmektedir. (39, 99-104).

B. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

1. Tanım ve Genel bilgiler

Çocuğun istismarı ve ihmali, çocuğun bakıcısı ya da yabancılar tarafından çocuğa uygulanan ve çocuğun ruhsal, fiziksel ve sosyal gelişimini sekteye uğratabilecek durumları kapsayan genel bir tabirdir. Duygusal ihmal/istismar, fiziksel ihmal/istismar ve cinsel istismar çocukluk çağı travmalarının alt tipleridir (99).

İhmal ebeveyn ya da başka bir bakıcının çocuğun ruhsal ya da bedensel gelişiminde olumsuz sonuçlar doğurmaya sebebiyet verecek şekilde ilgisizliği olarak tanımlanır. (99).

Çocuk istismarı, ebeveynler veya bakım veren bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen ve çocuğun gelişiminde soruna sebep olan eylemlere verilen isimdir (100).

Benlik bu eylemlere üç biçimde tepki verir:

1) Travma sağlıklı bir biçimde işlenir: benlik bu eylemlerin yıkıcı öğelerini düzene koyarak baş eder. Bu, sağlıklı bir yaklaşımdır.

2) Disosiasyon gelişir: Benlik zarar verici eylemin tehlikeli öğelerini olayın kendisinden uzaklaştırır. Bu tepkide disosiyatif bozukluklar gelişir.

3) Travmatik öğeler içe atılır: Benlik travmatik yaşantıyı işlemek yerine ruhsal yapının bir bölümünde ona yer ayırır. Nevrozların çoğunun ve sınırda kişilik örgütlenmesinin temelinde bu tepki biçimi vardır.

Son iki tepki biçiminde sonuç olarak sürekli kanayıp duran ve iyileşmeyen bir yara gibi travmatik anı özellikle zayıf anlarda kontrolü eline alır ve ruhsal yapının enerjisini tüketir (90, 101).

Çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar yetişkin yaşamdaki travmatik yaşantılardan kendilik ve nesne algılarını da etkilediği için etki anlamında ayrıştırılır. (99-101)

2. Sınıflama

Çocuk istismarı ve ihmali, DSM-5’te “Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamada

- a. Çocuğun fiziksel istismarı
- b. Çocuğun cinsel istismarı
- c. Çocuğun duygusal istismarı
- ç. Çocuğun ihmali şeklinde dört alt tip tanımlanmıştır.

a. Çocuğun fiziksel istismarı

Ebeveyn, bakıcı ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka biri tarafından isteyerek çocukta bedensel bir yaralanmaya yol açmaktır. Burada incitme niyetinin olup olmamasından bağımsız olarak istismar kavramından bahsedilir. Çocuğu dizginlemeye yönelik davranışlar kabul edilebilir düzeyde ve bedensel yaralanmaya yol açmaz ise istismar davranışı olarak değerlendirilemez (39).

b. Çocuğun cinsel istismarı

Ebeveyn, bakıcı ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başkasının, cinsel doyum sağlamak için çocuğu herhangi bir cinsel eyleme katmasını kapsar. Cinsel istismar tanımına, dokunmadan yapılan eylemler de girer (39)

c. Çocuğun duygusal istismarı

Ebeveyn, bakıcı ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başkasının, çocukta belirgin bir ruhsal kötülük oluşturmayla sonuçlanan, sözel veya simgesel eylemlerdir. (Bedensel ve cinsel sömürü eylemleri bu kategori kapsamında değildir.) Örneğin, çocuğu aşağılamak, korkutmak, küçük düşürmek, terk etme ile tehdit, kendine acı vermesine zorlamak, aşırı bir disiplin uygulamak gibi (39).

Bununla beraber anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri ne dair aşırı istek ve beklentileri ve bağımlı kılma ve aşırı koruma davranışları da bu tanıma girer (41).

d. Çocuğun ihmali

Ebeveyn, bakıcı ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka birinin çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak ve dolayısıyla çocuğa fiziksel ya da duygusal bir kötülüğün dokunmasına sebep olabilecek ilgisizlik olarak tanımlanır (39)

İhmal ve istismarın farklılaştığı en önemli nokta, ihmalin pasif istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır (49).

3. Epidemiyoloji ve risk faktörleri

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığına dair global bir veri yoktur. Bu durum istismarın tanımının kültürel ögelere bağlı değişiklik göstermesinden ve damgalamadan kaynaklanmaktadır. (99-103). Ülkemizde de, bu sebeplerle, istismar olgularının sıklığı ve dağılımına dair kesin bir veri yoktur. Ankara ve Adana’da toplum örnekleminde fiziksel istismar araştırılmış ve Ankara için %46.44, Adana için %61,5 oranında fiziksel istismar saptanmıştır (103).

Bir çok istismar, çocukluk ve ergenlik döneminde başlar ve zamanla devam eder. Olguların yarıdan fazlasında saldırgan, çocuğun önceden tanıdığı-güvendiği kimsedir (103-104).

Aşırı kalabalık ailelerde yaşıyor olmak, zekâ geriliği, prematürite, DEHB, anne ve babada psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı öyküleri ve anne ve babanın çocukluk çağı travması öyküsünün olması çocukluk çağı travmaları için risk faktörüdür (59, 104)

4. Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve İntihar ile İlişkisi

Travma, “olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve böylelikle stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılar” olarak tanımlanır (107). Doğal etkenler dahil çeşitli ruhsal travma kaynakları

olmakla beraber insan kaynaklı travmalar ve bunların içinde de kişinin bağımlı olduğu kişiler tarafından yaşatılan travmalar en çok ruhsal sorun oluşturanlardır (107).

İntihar davranışının duygusal istismar/ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (107-108). Cinsel travma öyküsünün erişkinlikte anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, sınırda kişilik bozukluğu gibi intihar riskinin fazla olduğu psikiyatrik bozukluklarla sonuçlanabildiği bildirilmiştir (103,106,108). Başka bir çalışmada 136 depresyon hastasından çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda intihar girişiminin fazla olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de çocukluk çağında ihmal ve istismar ile disosiyasyon düzeylerini değerlendiren bir çalışmada intihar girişimleri kontrol grubuna göre yüksek oranda saptanmıştır (102).

Bifulco ve arkadaşlarının 204 kadınla yaptığı retrospektif bir çalışmada çocukluk çağında duygusal istismarın süreğen ve tekrarlayıcı depresyon intihar davranışıyla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. (11) Brown ve arkadaşlarının bir çalışmasında çocukluk çağı travmalarının depresyon ve intihara eğilim ile ilişkili olduğu saptanmıştır. (10) Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar öyküsü ile depresyon arasında ve yine cinsel istismar ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (10-11,109-116).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 30’ar depresyon, intihar öyküsü olan depresyon ve sağlıklı gönüllü ile yapılan araştırmada intihar grubunda duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel istismar diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (117). Bir başka çalışmada 106 unipolar depresyon hastası değerlendirilmiş ve duygusal istismar ve fiziksel istismarın intihar davranışında bulunan bireylerde anlamlı derecede yüksek bulunduğu saptanmıştır (118).

Sonuç olarak çocukluk çağı travmaları depresyondaki intihar riskini artırıyor gibi görünmekle beraber, travmanın bildirimi, tanımı ve sonuçları konusunda fikir ayrılıkları vardır. Aynı zamanda toplumsal ve sosyokültürel farklılıkların da sonuçları

etkileyebileceği düşünülmektedir. Toplumumuzda konu ile ilgili çalışmalar çok sınırlıdır ve örneklemeler küçük olduğu için çelişkili sonuçlar elde edilmiştir.

İntihar davranışının risk faktörleri ve prediktörleri tanımlamaya çalışan araştırmalarda çocukluk çağı travmalarının önemi vurgulanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ve intihar davranışı arasındaki karmaşık ilişkiyi araştırmanın, intiharı önleme, tedavi ve tekrarını engellemede kullanılacak veriler sağlayacağı düşünülmektedir. İntihar davranışının en sık birliktelik gösterdiği depresyon tanılı hasta grubunda çocukluk çağı travmalarının geniş bir hasta popülasyonunda araştırılması farklı öngörülerin olduğu bu alana katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ile depresif bozukluklardaki intihar riski ile erken dönem yaşam olayları, sosyodemografik özellikler ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri şunlardır:

1. MDB tanılı bireylerde çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı sağlıklı gönüllülere göre yüksektir.
2. İntihar girişiminde bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları ölçeği puanı intihar öyküsü olmayan MDB hastalarına göre daha yüksektir.
3. MDB'teki intihar davranışı için çocukluk çağı travmaları bir öngörücü olabilir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırmanın Şekli

Önemli bir sağlık sorunu olarak ele alınıp incelenmesine rağmen, davranış örüntüsünü tam anlamıyla açıklamaya yardımcı olacak veriler ortaya konulamayan intihar davranışının, depresif bozukluk tanı grubundan seçilen örneklem ile çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini araştırmayı amaçlayan, hasta grubu ve kontrol grubunu karşılaştıran klinik çalışmadır.

B. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 10.01.2017 tarih ve 1197 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

C. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine müracaat edip, ayakta takip edilen veya yatırılarak DSM-5 kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulan hastalar denek grubu için araştırmanın evrenini, Ocak 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında benzer şikâyetler ile ardışık olarak müracaat eden ve Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastalar denek grubu için araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. DSM-5'e göre majör depresyon tanılı ve halen intihar düşüncesi olan ve/veya son bir ayda intihar girişimi olan 100 denek; aynı tanı grubunda son bir ayda intihar girişimi öyküsü ve halen intihar düşüncesi olmayan, yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikler barındıran 120 denek çalışmaya dâhil edilmiştir. Depresyon+İntihar grubuna alınan hastalardan reaktif intihar girişimi olarak değerlendirilen ve/veya çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 26 denek çalışma dışı bırakılmıştır. Depresyon+intihar grubuna toplam 74 denek dahil edilmiştir ve Grup 1 olarak ifade edilmiştir. Depresyon grubundaki hastalardan 24 denek veri toplama devam ederken çalışma kriterlerini karşılamadığı için çalışmadan çıkarılmış olup depresyon grubuna 96 denek dahil edilmiştir ve grup Grup 2 olarak ifade edilmiştir.

Kontrol grubu, denek grubundan elde edilen bulguların karşılaştırılması amacıyla, halen denek grubuna benzer sosyodemografik özellikte hastane çalışanları ve refakatçiler arasında duyuru yapılarak, çalışmaya katılmaya istekli gönüllülerden herhangi bir ruhsal ve bedensel hastalığı olmayanlar arasından ardışık olarak denek grubu ile aynı dönemde görüşmeye alınmıştır. Bu süre zarfında 130 sağlıklı gönüllü ile görüşülmüş, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 99 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir ve Grup 3 olarak ifade edilmiştir.

D. Araştırma örnekleme için koşullar

Depresyon Grubu (Grup 2) Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- Depresif Bozukluk tanısı alanlar
- 18-65 yaş arasında olanlar
- Son bir ayda intihar girişimi olmayanlar
- Halen intihar düşüncesi olmayanlar
- DSM-5'e göre Depresif Bozukluk tanısı dışında başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayanlar
- Fizik, nörolojik ve ruhsal muayene sonucunda organik bir hastalık ve zeka yetersizliği saptanmamış olanlar
- En az ilkokul mezunu ve entelektüel kapasitesi testleri almasına yetecek düzeyde bulunanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Depresyon+İntihar Grubu (Grup 1) Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- Depresif Bozukluk tanısı alanlar
- 18-65 yaş arasında olanlar
- Son bir ayda intihar girişimi olanlar

- Reaktif intihar girişimi olmayanlar
- Halen intihar düşüncesi olanlar
- DSM-5'e göre Depresif Bozukluk tanısı dışında başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayanlar
- Fizik, nörolojik ve ruhsal muayene sonucunda organik bir hastalık ve zeka yetersizliği saptanmamış olanlar
- En az ilkokul mezunu ve entelektüel kapasitesi testleri almasına yetecek düzeyde bulunanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Kontrol Gubu (Grup 3) Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- Herhangi bir psikiyatrik takip ve tedavi öyküsünün olmaması ve görüşmede hastalık tanısı almamak
- 18-65 yaş arasında olanlar
- Klinik değerlendirme ile organik bir hastalık ve zeka yetersizliği düşünülmemişler
- En az ilkokul mezunu ve entelektüel kapasitesi testleri almasına yetecek düzeyde bulunanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Denek ve Kontrol Grupları için Dışlama Kriterleri

- Çalışmayı tamamlamadan ayrılmak isteyenler
- Zeka düzeyi düşük veya entelektüel kapasitesi yeterli olmayanlar

E. Verilerin Toplanması

1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)

Çalışmanın amacına uygun şekilde ve benzer çalışmalarla uyumlu olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların klinik durum ile ilişkili

sosyodemografik özellikleri, yaşam olayları, geçmiş tıbbi bilgilerine ilişkin soruları içeren ve klinik tanı sürecini değerlendiren görüşme formudur.

2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Ek-2)

Bernstein ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Çocukluk çağındaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren 5er soru ve minimizasyonu değerlendiren 3 sorudan oluşan, 28 soruluk öz bildirim ölçeğidir.

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana 2 puan 4 puana döndürülür). 5 alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (10,16 ve 22) maddelerinin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu 3 madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu 3 maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunlarına hepsi bir puan olarak sayılır. Bunların toplanmasıyla 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe sürümü için kesme puanı hesaplanmamıştır ancak araştırmacılar çalışma gruplarından yola çıkarak bazı kestirmelerde bulunmuşlardır. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının yani sorunlardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmektedir. Şar tarafından ikinci versiyonunun Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (121). Ölçek Türkiye’de sınırda kişilik bozukluğu, konversif bozukluklar ve disoyatif bozukluklarda kullanılmıştır. (122-125)

3. Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Ek-3)

Depresyondaki çekirdek belirtilerin şiddetini değerlendiren, görüşmeci tarafından uygulanan ve Montgomery ve Asberg tarafından geliştirilen bir ölçektir. On maddeden oluşur ve her madde 0-2-4-6 olarak belirlenmiş ve 1-3-5 olarak da ara değerler şeklinde puanlanmaktadır. Tükçe formunun duyarlılık ve özgüllük çalışması Torun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve bu formunda hafif, orta ve belirgin şiddetli depresyon için kesme noktaları sırası ile 9, 29 ve 36 olarak bulunmuştur (126) Tedavi çalışmalarında düzelme (remisyon) tanımı için MADRS skorunun 10'un altına düşmesinin hedeflenmesi önerilmiştir (126).

F. Uygulama

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine müracaat edip ayaktan takip edilen veya yatırılan Depresif Bozukluk tanısı konulan deneklerle ardışık olarak örneklem grubu oluşturulmuş, kontrol grubu yaş ve eğitim durumu benzer sağlam deneklerden oluşturulmuştur.

Hasta seçimi ve örneklem grubunun oluşturulması için tanısal görüşmeler yapılmış, sosyodemografik veri formu, Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği aynı gün araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulamanın ne şekilde yapılacağı, sonucun kendilerini etkilemeyeceği, gizli tutulacağı, invazif yöntemler kullanılmayacağı yönünde bilgi verilmiş, sözlü onayları alınmıştır.

G. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanılacaktır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için Bağımsız örnekler t testi, normal dağılıma uymatan sürekli değişkenleri için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Üç grubunu bir arada karşılaştırılması için tek yönlü ANOVA testi ve post hoc Tukey testi kullanılmıştır.

Demografik, klinik veriler arasındaki ilişkiyi araştırmak için verilerin bir kısmı normal dağılıma uymadığından Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

IV. BULGULAR

a. Grupların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Katılımcılar üç gruba ayrılmıştır. Son bir ayda intihar girişimi ve/veya halen intihar düşüncesi olan depresif bozukluk tanılı hastalar (Grup 1, n= 74), bu özellikleri taşımayan depresif bozukluk hastaları (Grup 2, n=96) ve sağlıklı gönüllüler (Grup 3, n=99) çeşitli sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. (Tablo II).

Sigara kullanım durumu için, hiç kullanmayanlar ve her gün tüketmeyip arada sırada tüketenler “yok” olarak, her gün sigara tüketenler “var” olarak gruplanmıştır. Alkol kullanım durumu için hiç tüketmeyenler ve sadece sosyal ortamlarda tüketenler “yok” olarak, daha sık kullananlar “var” olarak işaretlenmiştir.

Sigara kullanımı ($\chi^2 = 8,573$, $p=0,014$) ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı ($\chi^2 = 13,287$, $p=0,001$) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış, diğer özellikler açısından farklılık saptanmamıştır. İki hasta grubu birleştirilerek sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında ise ailede psikiyatrik hastalık varlığı ($\chi^2 = 13,234$, $p = 0,000$) ve ailede intihar girişimi öyküsü ($\chi^2 = 3,346$, $p = 0,05$) dışında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında ise sadece sigara içme açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($F= 5,880$, $p=0,016$)

Tablo II: Grupların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

		Grup1 (n=74)	Grup2 (n=96)	Grup3 (n=99)		
Cinsiyet	Kadın n(%)	44(59,5)	61(63,5)	50(50,5)	$\chi^{2**} = 3,533$	p = 0.171
	Erkek n(%)	30(40,5)	35(36,5)	49(49,5)		
Yaş*(yıl)		38,0 ±13,3	38,4±11,0	35,3±6,9	F = 2,463	p = 0.087
Çalışma	Çalışıyor	36(48.6)	47(49)	39(39,4)	$\chi^{2**} = 3,490$	p = 0,175
	Çalışmıyor	38(51.4)	49(51)	60(60,6)		
Öğrenim durumu*(yıl)		10,9±3,9	11,5±3,8	12,0±2,8	F = 1,990	p = 0,139
Gelir düzeyi* (10³ TL)		2,1±2,6	2,5±2,3	2,5±2,6	$\chi^{2***} = 2,675$	p = 0.262
Sigara	Var	39(52)	33(34)	32(32)	$\chi^2 = 8,573$	p = 0,014
	Yok	35(48)	63(66)	67(68)		
Alkol	Var	5(6)	6(6)	3(3)	$\chi^2 = 1,523$	p = 0.467
	Yok	69(94)	90(94)	96(97)		
Ebeveyn kaybı	Var	3(4)	3(3)	0(0)	$\chi^2 = 3,739$	p = 0,154
	Yok	71(96)	93(97)	99(99)		
Ebeveynden ayrı kalma	Var	1(1)	3(3)	1(1)	$\chi^2 = 1,339$	p = 0,512
	Yok	73(99)	93(97)	98(99)		
Ebeveyn boşanması	Var	0(0)	1(1)	0(0)	$\chi^2 = 1,809$	p = 0,154
	Yok	74(74)	95(99)	99(99)		
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	22(29)	30(31)	11(11)	$\chi^2 = 13,287$	p = 0,001
	Yok	52(71)	66(69)	88(89)		
Ailede intihar girişimi öyküsü	Var	10(13)	10(10)	5(5)	$\chi^2 = 3,821$	p = 0,148
	Yok	64(87)	86(90)	94(95)		

*Ortalama ± Standart Sapma, **Ki-kare testi, ***Kruskal Wallis testi

b. Hasta gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

Grup 1 ve Grup 2 klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır(Tablo-III). Klinik özellikler normal dağılıma uymadığı için değerler median ve minimum-maksimum şeklinde belirtilmiş, istatistiksel yöntem olarak Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Hastalık süresi ve atak sayısı açısından gruplar arasında farklılık olmadığı, geçmişteki intihar girişimi sayısı açısından farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo III: Hasta gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması

	Grup1 (n=74)	Grup2 (n=96)		
Hastalık süresi* (ay)	24(1-432)	24(1-360)	Z = 0,170	p = 0,865
Atak sayısı*	2(1-20)	2(1-14)	Z = 0,007	p = 0,995
Yaşam boyu intihar girişimi sayısı*	1(0-11)	0(0-3)	Z = 3,083	p = 0.002
*Median(minimum-maksimum)				

c. Grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılması

Üç grup ÇÇTÖ alt puanları ve toplam puanı açısından karşılaştırılmış, ayrıca hasta grupları (Grup 1 ve Grup 2) MADRS puanı açısından da karşılaştırılmıştır (Tablo IV). Grupların karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplar arasında hem ÇÇTÖ alt ölçeklerinde hem de toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Grup1 ve Grup 2 ayrı olarak karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Ayrıca MADRS puanı açısından hasta gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo IV: Grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		Grup 1 (n=74)	Grup 2 (n=96)	Grup 3 (n=99)		
ÇÇT	Duygusal ihmal	13,4±5,7	13,3±5,7	8,7±3,6	p = 0.000 F=26,893	1=2>3*
	Duygusal istismar	9,7±4,7	9,6±4,5	6,0±1,5	p = 0.001 F= 29,106	1=2>3*
	Fiziksel ihmal	8,8±3,9	8,9±4,0	6,0±1,5	p = 0.000 F = 22,452	1=2>3*
	Fiziksel istismar	7,6±4,5	7,3±3,7	5,1±0,8	p = 0.000 F = 14,847	1>2>3*
	Cinsel istismar	6,6±3,3	6,7±3,6	5,2±1,2	p = 0.000 F = 7,429	1=2>3*
	TOPLAM	46,3±17,3	45,6±16,6	31,2±6,0	p = 0.000 F = 34,699	1=2>3*
MADRS		36,2±6,9	26,1±10,7	-	p = 0.000 t = 6,780	

Gruplar ÇÇTÖ alt ölçekleri için belirtilen kesme puanları kullanılarak yeniden hesaplanmış ÇÇTÖ alt tipleri için var/yok açısından da karşılaştırılmış (Tablo V), gruplar arasında ÇÇTÖ alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta gruplarının kendi aralarında karşılaştırılmasında gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.

Tablo V: ÇÇTÖ puanlarının var-yok olarak sınıflandırılması sonrası grupların yeniden karşılaştırılması

		Grup 1 (n=74)	Grup 2 (n=96)	Grup3 (n=99)	
Duygusal ihmal	Var(%)	39(52,7)	49(51,0)	16(16,2)	$\chi^2 = 33,491$ p = 0,000
	Yok(%)	35(47,3)	47(49)	83(83,8)	
Duygusal istismar	Var(%)	43(58,1)	58(60,4)	20(20,2)	$\chi^2 = 38,957$ p = 0,000
	Yok(%)	31(41,9)	38(39,6)	79(79,8)	
Fiziksel ihmal	Var(%)	39(52,7)	48(50)	16(16,2)	$\chi^2 = 32,953$ p = 0,000
	Yok(%)	35(47,3)	48(50)	83(83,8)	
Fiziksel istismar	Var(%)	32(43,2)	41(42,7)	9(9,1)	$\chi^2 = 33,836$ p = 0,000
	Yok(%)	42(56,8)	55(57,3)	90(90,9)	
Cinsel istismar	Var(%)	26(35,1)	32(33,7)	9(9,1)	$\chi^2 = 21,239$ p = 0,000
	Yok(%)	48(64,9)	63(66,3)	90(90,9)	
ÇÇTÖ	Var(%)	49(66,2)	67(69,8)	19(19,2)	$\chi^2 = 60,408$ p = 0,000
	Yok(%)	25(33,8)	29(30,2)	80(80,8)	

d. Klinik özellikler ve ölçek puanlarının korelasyon incelemeleri

MADRS puanı ile duygusal ihmal ($\rho=0,188$, $p=0,025$) ve duygusal istismar ($\rho=0,166$, $p=0,048$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır, yine ayrıca MADRS ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında da pozitif korelasyon ($\rho=0,219$, $p=0,009$) saptanmıştır. Toplam hastalık süresi ile fiziksel istismar puanı arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($\rho=0,162$ $p=0,035$). Tekrarlayan atak sayısı ile yaşam boyu intihar girişimi sayısı arasında da pozitif korelasyon saptanmıştır ($\rho=0,201$ $p=0,008$). Ayrıca çocukluk çağı travması alt tipleri puanı ile toplam puanı arasında da korelasyon saptanmıştır. (Tablo VI)

Tablo VI: Klinik özellikler ve ölçek puanlarının korelasyon analizleri

		Duygusal istismar	Duygusal ihmal	Fiziksel istismar	Fiziksel ihmal	Cinsel istismar	ÇÇTÖ Toplam
MADRS	rho	0,166*	0,188*	0,119	0,084	0,102	0,219**
	p	0,048	0,025	0,160	0,321	0,229	0,009
Atak sayısı	rho	0,076	0,056	0,123	0,095	0,069	0,094
	p	0,324	0,470	0,110	0,218	0,368	0,222
Hastalık süresi	rho	0,038	0,024	0,162*	0,015	0,063	0,013
	p	0,623	0,752	0,035	0,846	0,413	0,867

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada son bir aydaki intihar girişimi ya da halen intihar düşüncesi varlığı ile sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı olan ve son bir ayda intihar girişiminde bulunmuş ve/veya halen intihar düşüncesi olan 74 hasta, aynı tanıya sahip fakat son bir ayda intihar girişiminde bulunmamış ve halen intihar düşüncesi olmayan 96 hasta ve 99 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

Literatürde çocukluk çağı travmaları ile çeşitli psikopatolojileri inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek için genellikle öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Bizim çalışmamız iki yönü ile orjinaldir: 1) Çocukluk çağı travmaları ile açık bir şekilde ilişkisi gösterilen dürtüsel davranışların dışlanması ve bu sayede intihar davranışı üzerindeki doğrudan etki saptanmak istenmiş ve bu amaçla dürtüsel intihar girişimleri çalışma dışı bırakılmıştır. 2) Depresyonun şiddetini objektif bir şekilde değerlendirmek amacıyla MADRS ölçeği kullanılmıştır.

Yukarıda bahsedilen iki özelliğe ek olarak çalışmanın örneklem sayısı konu ile ilgili benzer özellikler gösteren birçok çalışmadan fazladır. Bu yönüyle de çalışmamız diğer çalışmalardan daha güçlü sonuçlar ortaya koymaktadır. Çalışmamız ayrıca depresif bozukluklardaki dürtüsel olmayan intihar davranışları ile çocukluk çağı travmalar arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olma özelliğine sahiptir.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde, sigara kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış, diğer özellikler açısından farklılık saptanmamıştır. Literatürde sigara kullanımı ile depresif bozukluklar arasında ilişki olduğu ve depresif bozukluk tanılı hastalarda sigara kullanma oranının sağlıklı gönüllülere göre anlamlı derecede yüksek olduğuna dair veriler bulunmaktadır. Bu bulgular ile çalışmamızdaki bulgular uyumaktadır (10,106-107). Ailede psikiyatrik hastalık varlığıyla depresyon arasında ilişki olduğuna dair bulgularımızı da literatür verileriyle paralellik göstermektedir. (10-11, 105,107)

İki hasta grubu birleştirilerek sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar girişimi öyküsü yönünden gruplar arasında literatürle uyumlu şekilde (10-12, 105, 108-109) depresif bozukluk lehine anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ailede intihar girişiminin ailede yüksek oranda psikiyatrik hastalık varlığı olduğu anlamına gelebiliyor olması bu ilişkinin sebebi olabilir.

Hasta grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında ise intihar grubunda intihar davranışı olmayan gruba göre sigara içme oranları daha yüksektir ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır. Hem bipolar bozukluk hastalarında hem de depresif bozukluk hastalarında intihar girişimi sayısı ile sigara içme arasında ilişki olduğuna dair veriler mevcuttur (8,22-23,37). Bulgumuz bu açıdan literatür ile uyumludur.

Hasta grupları hastalık süresi, atak sayısı ve geçmişteki intihar girişimi sayısı açısından da karşılaştırılmıştır. Bu üç değişken arasından sadece geçmişteki intihar girişimi sayısı açısından farklılık olduğu saptanmıştır. Geçmişteki intihar davranışının şimdiki intihar davranışını öngörmeye oldukça güçlü bir yordayıcı olduğu bilgisiyle uyumludur (1, 5-7, 30-34).

Çocukluk çağı travmalarının depresyonun daha erken başlamasına etkisi olabileceğini değerlendiren bir çalışmada duygusal istismar öyküsü olan bireylerde depresyonun daha erken yaşlarda başladığı gösterilmiştir. (127) Başka bir çalışmada ise 136 majör depresif bozukluk hastası incelenmiş ve gruplar arasında yaş açısından farklılık saptanmamıştır (3). Çalışmamızda gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç çalışmada incelenmek istenen esas değişken olmamasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızın amacı depresif bozukluk hastalarındaki intihar davranışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini irdelemektir ve gruplar arasında benzerlik olması açısından yaş-cinsiyet-eğitim düzeyi açısından benzer denekler seçilmiştir.

MDB hastalarında çocukluk çağı travması varlığını değerlendiren bir çalışmada 90 unipolar depresyon hastası incelenmiş ve hastalardan %22'si fiziksel istismar, %50'si duygusal istismar, %23'ü cinsel istismar, %44'ü duygusal ihmal ve %38'i fiziksel ihmal bildirmiştir (128). Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan başka bir

çalışmada örneklemin yarısında, en az bir alanda çocukluk çağı travmasının olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada travma verileri şöyledir: %37 duygusal istismar, %24 fiziksel istismar, %21 cinsel istismar, %24 duygusal ihmal ve %12'sinde fiziksel ihmal. Ülkemizde yürütülen bir çalışmanın verileri ise şöyledir: %35.8 fiziksel istismar, %35,8 duygusal istismar, %23,5 cinsel istismar, %38.7 fiziksel ya da duygusal ihmal (111). Bizim çalışmamızda hasta grubunda en sık çocukluk çağı travması çeşidi duygusal istismardır. Travma çeşitlerine göre dağılım %59,4 duygusal istismar, %42,9 fiziksel istismar, %34,3 cinsel istismar, %51,8 duygusal ihmal, %51,2 fiziksel ihmal şeklindedir. Çalışmamızdaki travma oranları yukarıda bahsi geçen üç çalışmadan da yüksek çıkmıştır. Örneklemimiz diğer çalışmalardan büyüktür ve bu sebepler verilerimizin evreni yansıtmaya açısından daha iyi olduğu söylenebilir.

Çocukluk çağı travması alt türlerine dair yukarıda bahsedilen oranlara ek olarak travmatize olunan alanları da inceleyen çalışmalar mevcuttur. 99 bipolar bozukluk hastası ile yapılan bir çalışmada (129); %16 iki alanda travma, %10 üç alanda travma, %6 dört alanda, %4 tüm alanlarda travma bildirmiştir. Yukarıda belirtilen ulusal çalışmada bu oranlar sırasıyla %6,6 bir alanda, %16 iki alanda, %17,9 üç alanda travma, %6,6 dört alanda, %2,8 beş alanda travma tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastaların %84'ü en az bir alanda travma bildirmiştir (%18,8 bir alanda travma, %20,6 iki alanda travma %14,1 üç alanda travma %15,3 dört alanda travma, %14,7 tüm alanlarda travma).

Yapılan bazı çalışmalarda; çocukluk çağı istismar ve alt tipleri incelendiğinde, kadın-erkek arasında anlamlı fark bulunmadığı, bazı çalışmalarda ise cinsel istismarın kadınlarda daha çok saptandığı bildirilmiştir (129-131). Bizim çalışmamızda erkek hastalarda fiziksel ihmal oranı kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır, diğer çocukluk çağı travması türlerinde farklılık saptanmamıştır. Sağlık kontrol grubunda da cinsiyetler arasında travma oranı açısından farklılık saptanmamıştır.

ÇÇTÖ & Depresyon şiddeti ilişkisi

Depresif bozukluklardaki semptom şiddeti ile çeşitli travma türleri arasında ilişki incelenmiştir. Bir çalışmada cinsel istismar şiddetiyle depresif semptom şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (132). Depresif bozukluk tanılı iki ayrı çalışmanın verileri ortak bir travma türünü işaret etmektedir: I) 204 kadın hastanın incelendiği bir retrospektif çalışmada (11), çocukluk çağındaki duygusal istismar ile tekrarlayan ve süreğen depresyon arasında ilişki saptanmıştır. II) 857 depresif bozukluk tanılı hastanın incelendiği çalışmada (118) çocukluk çağında duygusal istismar ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış, diğer travma türlerinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Duygusal istismarın erişkin yaşamda depresyona ne şekilde sebep olduğuna dair Rose ve Abramson (1992) tarafından şöyle bir teori geliştirilmiştir: Duygusal istismar sırasında çocuğa diğer travma türlerinden farklı olarak depresif kognisyonlar eklenmektedir ve bunlar da yaşamın ileri evrelerinde depresyona yatkınlık sağlamaktadır (133). Yıldırım ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada, duygusal istismar ($r=0.475$), fiziksel istismar ($r=0.337$), duygusal ihmal ($r=0.225$) ve ÇÇTÖ toplam ($r=0.399$) puanıyla BDÖ toplam puanları arasında korelasyon saptanmıştır. Aynı çalışmada travma varlığının depresif semptom şiddetiyle de uyumlu olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda MADRS puanı ile duygusal ihmal ($\rho=0,188$, $p=0,025$) ve duygusal istismar ($\rho=0,166$, $p=0,048$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır, yine ayrıca MADRS ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında da pozitif korelasyon ($\rho=0,219$, $p=0,009$) saptanmıştır. Veriler bu haliyle literatür ile uyumludur. Öte yandan hem literatür hem de çalışmamız verilerinin şöyle bir handikapı bulunmaktadır: çocukluk çağı travmaları ölçeği'nde bu iki travma türünü değerlendiren sorular subjektif sorulardır (...düşünüyorum) ve hasta grubunun testi depresif dönemde doldurmuş olmasının, subjektif sorulara olumsuz yanıt vermelerinde etkili olabileceği de düşünülmektedir.

İntihar düşüncesi

İntihar davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda bu davranışın en yüksek oranda depresif bozukluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (134-135). Aynı zamanda depresif semptomların şiddeti ile intihar girişimi arasında

ilişki olduğunu bildiren çalışmalar(29,111,136) olmakla beraber, aksini iddia eden çalışmalar da vardır (30,137).

Çalışmamızda MADRS puanı açısından hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yani depresif bozukluk tanılı hastalardan son 1 ayda intihar girişimi olan ve/veya halen ciddi intihar düşüncesi olan bireylerin depresif semptomları, intihar düşüncesi/girişimi olmayanlara göre daha şiddetli seyretmektedir. Buradan hareketle depresyonun şiddetinin bir intihar için yordayıcı olabileceği yönündeki kitabi bilgi doğrulanmıştır. Öte yandan, depresyon şiddetini değerlendirmek için kullanılan MADRS ölçeğinin 10. maddesi de zaten halen intihar düşüncesini ölçmektedir ve farklılığa intihar grubunun bir kısmının zaten testten bu maddede yüksek puan almış olmasının sebep olacağı düşünülmüştür. Bu düşünceden hareketle 10. madde çıkarılarak yapılan analizde de istatistiksel olarak anlamlı olan farklılık gözlenmiştir.

Depresif bozukluklarda intihar ve ÇÇTÖ ilişkisi

Çocukluk çağı travmalarının psikopatolojideki rolü incelenmiş olmakla beraber, depresif bozukluk hastalarındaki intihar riski ile ilişkisini gösteren az sayıda çalışma vardır. Güncel bir gözden geçirme yazısında depresif bozukluk tanılı hastalarda intihar için risk faktörlerinden bahsedilirken çocukluk çağı travmaları bir risk faktörü olarak irdelenmemiştir (138).

Bu konuyla ilgili veriler birbirinden farklıdır: bir kısım yayınlar stres-yatkınlık modeli çerçevesinde hem genel toplumda hem de MDB hastalarında travmatik yaşantıların şiddeti arttıkça intihar riskinin de arttığına dair veriler içermektedir. (35-37). Bununla beraber erken dönem travmatik yaşantılardan hangilerinin intihar riskini artıracığına dair tutarsız veriler vardır. MDB hastaları ile yapılan bir çalışmada sadece cinsel ve fiziksel istismarın intihar davranışı ile ilgili olduğu gösterilmiştir. (3). Bir başka çalışmada düzeltilmiş analiz sonrası bu iki istismar tipinin de MDB hastalarında intihar girişimi ile ilişkisi olmadığını göstermiştir (139). Benzer örnekleme sahip başka bir çalışmada ise sadece duygusal ihmalin intihar girişimi ile ilişkili olduğunu, diğer çocukluk çağı travmalarının ilişkisi olmadığını gösterilmiştir. (34). de Mattos Souza ve arkadaşlarının çalışmasında duygusal ihmal

ve istismarın MDB hastalarında intihar davranışı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (140). Ulusal bir çalışmada fiziksel istismar ile intihar girişimi arasında benzer sonuçlar saptanmıştır (111). Öte yandan Çocukluk çağı travmaları ile impulsivite ve agresif davranışlar arasında da oldukça güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. (141-142). Bu sebeple çalışmamızda dürtüsel olduğu değerlendirilen intihar girişimleri çalışma dışı bırakılmıştır. Bu haliyle, veriler dürtüsel olmayan intihar girişimleri üzerinde çocukluk çağı travmalarının etkisi incelemek amacıyla iki kategoride incelenmiştir ve şu sonuçlar elde edilmiştir:

Gruplar arasında hem ÇÇTÖ alt puanlarında hem de toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olmakla beraber, hasta grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında ÇÇTÖ alt puanları ve toplam puanı açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır.

ÇÇTÖ’de incelenen travma türleri, belirtilen kesme puanları ile yeniden var/yok olarak kodlanmış, travma tiplerine özgü karşılaştırmada da ÇÇTÖ toplam puanı için yapılan var/yok değerlendirilmesinde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aynı değerlendirme sadece hasta grupları kendi aralarında karşılaştırılarak yapıldığında ise gruplar arasında farklılık saptanmamıştır.

Yani depresyon varlığı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki saptanmış olmakla beraber MDB’deki dürtüsel olmayan intihar girişimleri için benzer bir ilişki yoktur.

Kısıtlılıklar

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri, çocukluk çağı travmalarının öz bildirim tarzı bir ölçekle araştırılmasıdır. ÇÇTÖ'nün geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış olmakla beraber hasta popülasyonu ölçeği depresif dönemde doldurmuştur. Hastaların testi doldurduğu sıradaki ruhsal durumlarının ölçek üzerinde bir etkisi olmadığına dair araştırmalar mevcuttur ancak duygusal istismar ve duygusal ihmali değerlendiren soruların sübjektif yanı sebebiyle bu durum halen çalışmaya kısıtlılık katıyor olabilir.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı sağlıklı kontrol grubu seçilirken SCL-90 ya da benzeri bir ölçek kullanılmamış, bu kişilerin psikiyatrik tedavi öyküsü ve halen yakınması olup olmaması üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Sağlıklı kontrolleri objektif bir veri yöntemiyle ayırmak daha sağlıklı sonuçlar verebilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ocak 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma ahanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve DSM-5 kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulan hastalar ile sağlıklı gönüllülerin dahil edildiği bu çalışmada, çocukluk çağı travmalarının depresif bozuklukların klinik özelliklerine etkisi ve depresif bozukluklardaki intihar girişimiyle ilişkisi incelenmiştir.

Sonuç olarak hasta grubunda en sık rastlanan ÇÇT alt türünün duygusal istismar olduğu, sırasıyla duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar takip etmektedir. Bu travma türlerinden duygusal istismar ve duygusal ihmal ile MADRS puanı arasında korelasyon saptanmış olması, bunların varlığının aynı zamanda depresyonun klinik şiddeti ile de ilişkili olduğunu göstermektedir.

ÇÇTÖ verileri sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırıldıklarında hem ölçek puanları açısından hem de kesme puanlarına göre var/yok açısından hastaların sağlıklı gönüllülere göre daha çok travmatize olduğu saptanmış, öte yandan depresif bozukluk tanılı hastalardaki dürtüsel olmayan intihar girişimi varlığına dair istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmamıştır.

Depresif bozuklukların klinik anlamda en ciddi sonucu intihardır ve intiharın en sık sebebi de majör depresif bozukluktur. Çalışmamızın amacı yaşamın sonraki dönemlerinde birçok psikopatolojiye yol açtığı gösterilen çocukluk çağı travmalarının intiharı ön görebilecek bir materyal olup olmadığının incelenmesiydi. Sonuç olarak çocukluk çağı travmaları depresyon ile ilişkilidir; ancak intihar davranışını yordayan bir risk faktörü olarak bulunamamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Sudak HS. Suicide. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eight Edition, (Eds Sadock Bj Sadock VA) Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins; 2004; 2442-2453
2. Güleç, C., ve L. Küey. "Türkiye'de 1980'lerde Depresyon, Epidemiyolojik Ve Klinik Yaklaşımlar." Nöropsikiyatri Arşivi 26 (1989): 17-28.
3. Brodsky, Beth S., et al. "The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression." American Journal of Psychiatry 158.11 (2001): 1871-1877.
4. Chachamovich, Eduardo, et al. "Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide?." Revista brasileira de psiquiatria 31 (2009): S18-S25.
5. Mann, J. John, et al. "Suicide prevention strategies: a systematic review." Jama 294.16 (2005): 2064-2074.
6. Corruble, E., C. Damy, and J. D. Guelfi. "Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts?." Journal of affective disorders 53.3 (1999): 211-215.
7. Malone, Kevin M., et al. "Major depression and the risk of attempted suicide." Journal of Affective Disorders 34.3 (1995): 173-185.
8. Oquendo, Maria A., et al. "Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder." American Journal of Psychiatry 161.8 (2004): 1433-1441.
9. Briere, John, and Marsha Runtz. "Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories." Child abuse & neglect 14.3 (1990): 357-364.
10. Brown, George R., and Bradley Anderson. "Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse." The American journal of psychiatry 148.1 (1991): 55.
11. Bifulco, Antonia, et al. "Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression." Bulletin of the Menninger Clinic 66.3 (2002): 241-258.
12. Mullen, Paul E., et al. "The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study." Child abuse & neglect 20.1 (1996): 7-21.
13. Thomas C, Hypponen E, Power C (2008) Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: The role of childhood adversity. Pediatrics 121:1240-9.
14. Simonic E, Kastelan M, Peternel S ve ark. (2010) Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. J Dermatol 37: 793-800.
15. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BE (2010) Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: A multicenter headache clinic survey. Headache 50: 20-31.

16. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ (2005) Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 21:398-405.
17. McCutcheon VV, Sartor CE, Pommer NE ve ark. (2010) Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *J Trauma Stres*, 23: 811-4.
18. Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G ve ark. (2011) Madde kullananlarda çocukluk örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 22: 83-92.
19. Haller DL, Miles DR (2004) Personality disturbances in drug-dependent women:Relationship to childhood abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 30: 269-86.
20. Kent A, Waller G, Dagnan D (1999) A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *Int J Eat Disord*, 25: 159-67.
21. Spitzer C, Barnow S, Gau K ve ark. (2008) Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 42: 335-41.
22. Etain B, Mathieu F, Henry C ve ark. (2010) Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stres*, 23: 376- 83.
23. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK ve ark. (2011) Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 12:130-6.
24. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ ve ark. (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 122: 66–74.
25. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ (2007) A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64:49-56.
26. Moskvina V, Farmer A, Swainson V ve ark. (2007) Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety* 24:163-8.
27. Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9:169- 74.
28. Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K ve ark. (2004) Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms--a population-based study. *Nord J Psychiatry* 58:459-64.
29. Gaudiano BA, Zimmerman M (2010) The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 121: 462-70.
30. Afifi T, Enns M, Cox B ve ark. (2008) Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Pub Health* 98: 946–52.

31. McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E (2003) The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *Am J Psychiatry* 160: 933–8.
32. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL (2001) Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med* 31:965–77.
33. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ ve ark. (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 286: 3089–96.
34. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C ve ark. (2007) Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 24: 268-72.
35. Tunnard, Catherine, et al. "The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression." *Journal of affective disorders* 152 (2014): 122-130.
36. Lu, Weili, et al. "Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders." *Psychiatric Services* 59.9 (2008): 1018-1026.
37. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara 2003.
38. Köroğlu E. DSM-IV-TR Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara 2007.
39. Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. HYB Yayıncılık, Ankara 2013.
40. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999; 17:11-17.
41. Akiskal H. Duygudurum bozuklukları: tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı. In: Sadock B, Sadock V (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8. Baskı) Öncü Basımevi, Ankara 2007, pp. 1559-1574.
42. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:959-967.
43. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, ve ark. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas 1995.
44. Earls F. Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. *Psychiatr Dev* 1987; 5:1-23.
45. Güleç C. Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1981.
46. Küey L. Yanıkentsel bir bölgede affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu bozukluklara karşı gösterilen tutumları araştıran epidemiyolojik bir çalışma. Ege Üniversitesi, İzmir 1985.

47. Üstün T, Ceylan M, Çevik Y, Yaşar A. Birincil sağlık hizmeti içinde ruh sağlığı Düşünen Adam 1994; 7:9-19.
48. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Eksen Tanıtım, Ankara 1998.
49. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V (eds), Comprehensive textbook of psychiatry (8. Baskı) Öncü Basımevi, Ankara 2007, pp. 1575-1582.
50. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. Biological Psychiatry 1999; 45:300-307.
51. Doğan O. Psikiyatrik epidemiyoloji. Esform Ofset, Sivas 2011.
52. Altamura A, Carta M, Carpiniello B, et al. Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). Eur Neuropsychopharmacol 1995; (5 Suppl):99-102.
53. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Greenwald S, Weissman M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. J Affect Disord 1995; 33:173-80.
54. Potter L, Rogler L, Moscicki E. Depression among Puerto Ricans in New York City: the hispanic health and nutrition examination survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30:185-93.
55. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. Social science & medicine 2012; 74:923-929.
56. Gelder M, Gath D, Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry (2. Baskı). Oxford University Press 1989.
57. Ilfeld FJ. Current social stressors and symptoms of depression. Am J Psychiatry 1977; 134:161-166.
58. Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. II. Events as precipitating factors. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37:541-548.
59. Sadock B, Sadock V, Grebb J. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (7th ed). Williams & Wilkins, New York 1994.
60. Paykel E. Life stress, depression and attempted suicide. J Human Stress 1976; 2:3-12.
61. Roy A. A case-control study of social risk factors for depression in American patients. Can J Psychiatry 1997; 42:307-9.
62. Fuchs T. Life events in late paraphrenia and depression. Psychopathology. 1999 Mar-Apr;32(2):60-9.
63. Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med 1978; 8:245-53.

64. Roosa MW, Reinholtz C, Angelini PJ. The relation of child sexual abuse and depression in young women: comparisons across four ethnic groups. *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27:65-76.
65. Shrout PE, Link BG, Dohrenwend BP, et al. Characterizing life events as risk factors for depression: the role of fateful loss events. *J Abnorm Psychol* 1989; 98:460-7.
66. Ünal S, Küey L, Güleç C, ve ark. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5:8-15.
67. Nierenberg AA, Trivedi MH, Fava M, et al. Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: a STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *J Psychiatr Res* 2007; 41:214-21.
68. Gershon E, Hamovit J, Guroff J, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1157-67.
69. Kupfer DJ, Frank E, Carpenter LL, Neiswanger K. Family history in recurrent depression. *J Affect Disord* 1989; 17:113-9.
70. McGuffin P, Katz R, Rutherford J. Nature, nurture and depression: a twin study. *Psychol Med* 1991; 21:329-35.
71. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18- 44 years old. *Epidemiology* 1991; 2:123-32.
72. Hirschfeld RM, Cross CK. Epidemiology of affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:35-46.
73. Melchior M, Caspi A, Milne BJ, et al. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med* 2007; 37:1119-29.
74. Hecht H, van Calker D, Berger M, von Zerssen D. Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord* 1998; 51:33-43.
75. Weissman M, Kidd K, Prusoff B. Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1397-403.
76. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *J Affect Disord* 1992; 24:153-63.
77. Wilhelm K, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Fifteen years on: evolving ideas in researching sex differences in depression. *Psychol Med* 1997; 27:875-83.
78. Rothschild A. Mood disorders. In: Nicholi J Editor, *Harvard guide to psychiatry* (3th ed) Harvard University Press, Cambridge 1999, pp. 281-307.

79. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, van Son MM, Komproe IH. Prevalence of post partum depression--or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:354-8.
80. Rodrigues O, Schiavo Rde A. Stress in pregnancy and puerperium: a correlation with postpartum depression. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33:252-7.
81. Jadresic E, Jara C, Araya R. Depression in pregnancy and puerperium: study of risk factors. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1993; 39:63-74.
82. Önder E, Cording C. Almanya'da yaşayan Türkler'de "göçmen olma" nın depresyon ve somatik semptomlar üzerine etkisi. *Kriz Dergisi* 1999; 7:25-29.
83. Ismayilova L, Lee HN, Shaw S, et al. Mental health and migration: depression, alcohol abuse, and access to health care among migrants in Central Asia. *J Immigr Minor Health* 2014; 16:1138-48.
84. Letiecq BL, Grzywacz JG, Gray KM, Eudave YM. Depression among Mexican men on the migration frontier: the role of family separation and other structural and situational stressors. *J Immigr Minor Health* 2014; 16:1193-200.
85. Vega W, Kolody B, Valle J. Migration and mental health: an empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *Int Migr Rev* 1987; 21:512-30.
86. Schwartz C, Dorer D, Beardslee W, Lavori P, Keller M. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res* 1990; 24:231-50.
87. Emül M. Depresyon ve psikososyal kuramlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2012; 5:14-20.
88. Haddad S, Reiss D, Spotts E, et al. Depression and internally directed aggression: genetic and environmental contributions. *J Am Psychoanal Assoc* 2008; 56:515- 550.
89. Taylor D, Richardson P. The psychoanalytic/ psychodynamic approach to depressive disorders. In: Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds), *Oxford textbook of psychotherapy* Oxford University Press Inc, New York 2005, pp. 127-136.
90. Fenichel O. Nevrozların psikanalitik teorisi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No:98* 1974.
91. Brenner C. A psychoanalytic perspective on depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1991; 39:25-43.
92. Bowlby J. *Attachment and loss, vol. II. separation, anxiety and anger*. Vintage Publishing, London, United Kingdom 1998.
93. Diehl M, Elnick A, Bourbeau L, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74:1656-69.

94. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Psychology Press, New York 2014.
95. Dykman BM. Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goal-orientation approach. J Pers Soc Psychol 1998; 74:139-58.
96. Boz Ü, Özşahin A, Aydın H, özgen F, Battal S. Acil servislere başvuran hastalarda psikiyatrik yaklaşım. XXIV. Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi Ankara, 1988.
97. Aydın H. GATA'ya intihar girişimi sonucu başvuranlar üzerine psikososyal bir çalışma. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1979
98. Aydın H, Özşahin A, Güleç N. İntihar davranışının Grup üzerine etkisi. XXIV. Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi Ankara, 1988
99. Özşahin A, Aydın H, Boz Ü, özgen F,. İntihar girişimi sonucu acil servise başvuranlar üzerinde bir araştırma XXIV. Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi Ankara, 1988
100. Özşahin A. İntihar davranışı üzerinde etkili olan kişisel ve çevresel faktörlerin araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1989
101. Özçubukçuoğlu A. Depresif bozukluklarda intihar davranışının araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1992
102. Özkan M. Depresif Bozuklukta intihar girişimi ile agresyon ilişkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2001
103. Ak M. İntihar girişimi ile mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkinin majör depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2006
104. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42:154-62.
105. Beck AT. Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar. Litera Yayıncılık, İstanbul 2008.
106. Şahin F. Fiziksel istismar . Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008, 462-469
107. Oral, R. ve ark. Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases, Child Abuse Neglect 2001; 25, 279-290
108. Odağ C. Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 2001; 43-44
109. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları, Anadolu psikiyatri dergisi 2001; 2 (2):69-78

110. Tıraşçı Y, Gören S.Çocuk istismarı ve ihmali, Dicle tıp dergisi 2007; 34 (1): 70-74
111. Topçu S. Çocuk İstismarının Tarihçesi. Çocuk ve Gençlerin İstismarı. Doruk Yayıncılık, Ankara 1997; 30-34
112. Odağ C. intihar (Özkiyim) Tanım-Kuram-Sağaltım. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, izmir, 1995.
113. Holmstrand, Cecilia, Anders Niméus, and Lil Träskman-Bendz. "Risk factors of future suicide in suicide attempters—a comparison between suicides and matched survivors." Nordic journal of psychiatry 60.2 (2006): 162-167.
114. Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. Güleç C, Köroğlu E (Ed.) Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler yayın Birliği, 1998; 823-834
115. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12):51-65
116. Goldberg RT. Childhood abuse, depression, and chronic pain. The Clinical Journal of Pain 1994; 10(4):277-281
117. Erol Almıla, Bilal Ersoy, and Levent Mete. "Majör depresyonda özkiyim girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki." Turk Psikiyatri Derg 24 (2013): 1-6.
118. Yıldırım, Feride, et al. "The relationship of childhood abuse and neglect with suicide attempts in an adult unipolar depression sample." Nöro Psikiyatri Arşivi 51.2 (2014): 133.
119. Özkan M. Depresif Bozuklukta intihar girişimi ile agresyon ilişkisinin araştırılması Ankara, 2001
120. Ak M. İntihar girişimi ile mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkinin majör depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi Ankara, 2006
121. Şar, Vedat, Psk Erdiñ ÖZTÜRK, and Eda İKİKARDEŞ. "Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği." Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 32.4 (2012): 1054-1063.
122. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry 2004; 161:2271-2276
123. Şar V, Akyüz G, Kuğu N, Öztürk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. J Clin Psychiatry 2006; 67:1583-1590.
124. Öztürk E, Şar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62:662-668.

125. Şar V, Taycan O, Bolat N, et al. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology* 2010; 43:33-40.
126. Torun, F., et al. "Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği." *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 10 (2002): 319-330.
127. Brandon E. Gibb, Iwona Chelminski, and Mark Zimmerman. Childhood emotional, physical and sexual abuse and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients, *Depression and Anxiety* 2007; 24:256-259
128. Andrea Pickering, Anne Farmer, Peter Mc Guffin, The role of personality in childhood sexual abuse, *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 1295-1303
129. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM & Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry* 2005;186: 121–125
130. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Jr, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 2002; 51: 288–297
131. Brown D "(Mis) representations of the long-term effects of childhood sexual abuse in the courts". *Journal of Child Sexual Abuse* 2000; 9 (3-4): 79–107
132. Margaret S. Andover, Caron Zlotnick, Ivan W. Miller; Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts, suicide and life-threatening behavior 2007; 37 (4): 467-474
133. Brandon Gibb; Lauren Alloy; Lyn Abramson; Brian Marx. Childhood maltreatment and maltreatment-specific inferences: A test of Rose and Abramson's (1992) extension of the hopelessness theory. *Cognition & Emotion* 2003; 17 (6): 917-931
134. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Pergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a Case-control Study. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153 (8): 1009-1014
135. Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides. *J Affect Disord.* 2005; 87 (1): 107-113
136. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, Ryan ND Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (4): 492-8
137. Aydemir Ç, Temiz H, Göka E. Majör depresyon ve özkiyıda kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13 (1): 33-39

138. Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., Saunders, K., 2013. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 147, 17–28.
139. Kim, S.-W., Kang, H.-J., Kim, S.-Y., Kim, J.-M., Yoon, J.-S., Jung, S.-W., Lee, M.-S., Yim, H.-W., Jun, T.-Y., 2013. Impact of childhood adversity on the course and suicidality of depressive disorders: the crescent study. *Depress Anxiety* 974,
140. de Mattos Souza, L. D., Molina, M. L., da Silva, R. A., & Jansen, K. (2016). History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry research*, 246, 612-616.
141. Chen, P., Coccaro, E.F., Lee, R., Jacobson, K.C., 2012. Moderating effects of childhood maltreatment on associations between social information processing and adult aggression. *Psychol. Med.* 42, 1293–1304.
142. Pompili, M., Innamorati, M., Lamis, D.A., Erbuto, D., Venturini, P., Ricci, F., Serafini, G., Amore, M., Girardi, P., 2014. The associations among childhood maltreatment, “male depression” and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 220, 571–578.

8. EKLER

MONTGOMERY VE ÅSBERG DEPRESYON ÖLÇEĞİ (M.Å.D.R.S.)

Değerlendirme, belirtilere ilişkin daha açık uçlu sorulardan başlayarak, ayrıntılı olanlara doğru ilerleyen şiddetin kesin bir şekilde derecelendirilmesini sağlayan soruların sorulduğu bir klinik görüşmeye dayanmalıdır. Ölçümü yapan, ölçümün tanımlanan ölçek basamaklarında mı (0-2-4-6), yoksa bu basamakların arasında mı (1-3-5) derecelendirileceğine karar vermelidir.

Ölçekteki maddelere göre derecelendirilemeyen bir depresif hastayla karşılaşmanın çok seyrek olabileceğini hatırd tutmak önemlidir. Eğer hastadan kesin yanıtlar alınamıyorsa, değerlendirme alışlagelen klinik uygulamalardaki gibi, tüm ilgili ipuçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgiler temel alınarak yapılmalıdır. Ölçek, ölçümler arasındaki herhangi bir zaman aralığı için kullanılabilir; değerlendirme haftada bir ya da farklı süreler için yapılabilir, ancak bu süre mutlaka kaydedilmelidir.

I. GÖRÜNEN KEDER

Duruş, konuşma ve yüz ifadesine, yeis, hüzün ve ümitsizliğin yansıması (gelip geçici mutsuzluktan fazladır).

Derinliğine ve neşelenememe derecesine göre derecelendiriniz.

- 0 Kederli değil
- 1
- 2 Keyifsiz görünür, ancak zorluk çekmeden neşelenebilir.
- 3
- 4 Çoğu zaman kederli ve mutsuz görünür.
- 5
- 6 Her zaman çok mutsuz görünür. İleri derecede ümitsizdir.

II. İFADE EDİLEN KEDER

Görünüşe yansıyan veya yansımayan, ifade edilen çökkün duygu durumunu tanımlar. Bunlara neşesizlik, yeis ya da

yardım edilemeyeceği ve umutsuzluk duyguları da dahildir. Yoğunluk, süre ve duygudurumun olaylardan ne ölçüde etkilenmekte olduğuna göre değerlendirin.

- 0 Olaylarla ilgili olarak zaman zaman kederlidir.
- 1
- 2 Kederli ve keyifsizdir, ancak kolayca neşelenebilir.
- 3
- 4 Yaygın keder ve hüzün. Duygu durumu yine de dış koşullardan etkilenebilmektedir.

5

6 Sürekli ve değişmeyen keder, mutsuzluk ya da ümitsizlik.

III. İÇSEL GERGINLİK

İyi ifade edilmeyen rahatsızlık, huzursuzluk, telaştan, panik, dehşet ya da ıstırap duygularına kadar varan zihinsel gerginlik. Yoğunluk, sıklık, süre ve yatıştırılma ihtiyacı derecesine göre değerlendirilir.

0 Sakindir. Yalnızca gelip geçici bir gerginlik hissi vardır.

1

2 Zaman zaman huzursuzluk ve iyi ifade edilemeyen rahatsızlık duyguları vardır.

3

4 Sürekli içsel gerginlik duyguları ya da ara ara gelen hastanın çok zorlanmadan başa çıkabildiği panik halleri mevcuttur.

5

6 Dinmeyen bir dehşet ya da ıstırap. Başa çıkılamayan bir panik hali.

IV. UYKUDA AZALMA

Bireyin iyi olduğu zamandaki normal uyku düzenine göre uyku süresinde ya da derinliğindeki azalmadır.

0 Her zaman ki gibi uyumaktadır.

1

2 Uykuya dalmakta biraz zorlanma ya da hafifçe azalmış, yüzeysel ya da dinlendirmeyen uyku mevcuttur.

3

4 Uyku en az iki saat kısalmış ya da toplam olarak en az iki saat süre ile bölünmüştür.

5

6 İki ya da üç saatten az uyumaktır.

V. İŞTAH AZALMASI

İyi olduğu zamana göre iştah azalması. Yemeğe karşı istek kaybı ya da yemek için kendisini zorlama ihtiyacına göre derecelendirin.

0 Normal ya da artmış iştah.

1

2 İştah biraz azalmıştır.

3

4 İştah yoktur. Yemekler tatsızdır.

5

6 Yemek yemesi için zorlanması gerekmektedir.

VI. DİKKATİNİ TOPLAMAKTA GÜÇLÜK

Kişinin düşüncelerini toplamasındaki güçlüklerden, iş gücü görebilmesine engel olan tam bir dikkat kaybına kadar değişir. Şiddet, sıklık ve ortaya çıkan yetersizlik derecesine göre değerlendirin.

- 0 Dikkat toplama güçlüğü yoktur.
- 1
- 2 Kişi düşüncelerini toplamakta zaman zaman güçlük çeker.
- 3
- 4 Okumayı ya da bir konuşmayı sürdürmekte bozulmaya yol açan, dikkatini toplama ve düşüncenin sürdürülmesinde güçlük.
- 5
- 6 Büyük güçlüklerle okuyabilir ya da konuşmasını sürdürebilir.

VII. BİTKİNLİK/YORGUNLUK

İşlere başlamada ya da sürdürmede görülen güçlük ya da yavaşlık.

- 0 Başlama güçlüğü hemen hemen hiç yoktur. Hareketlerde ağırlık bulunmamaktadır.
- 1
- 2 Faaliyetlere başlamakta güçlük.
- 3
- 4 Basit gündelik işlere zor başlanır ve bu işler gayret sarfederek yürütülür.
- 5
- 6 Tam bir yorgunluk/bitkinlik. Hiçbir şeyi yardımsız yapamaz.

VIII. HİSSEDEMEME

Çevreye karşı veya normalde haz veren şeylere karşı ilginin azalması. Olaylara ya da kişilere yeterli duygusal tepki verme yeteneği azalmıştır.

- 0 Çevreye ve diğer kişilere karşı normal ilgi.
- 1
- 2 Her zamanki ilgilerden hoşlanma yeteneğinde azalma.
- 3
- 4 Çevreye karşı ilgi kaybı. Arkadaşlara ve tanıdıklara karşı duygu kaybı.
- 5
- 6 Duygusal olarak felç olma hissi, öfke, elem ya da haz hissedememe ve yakın akraba ve arkadaşlara karşı tam ve hatta acı veren duygu kaybı.

IX. KÖTÜMSER DÜŞÜNCELER

Suçluluk, aşağılık duyguları, kendini kınama, günahkarlık, pişmanlık ve yıkılmışlık duyguları

- 0 Kötümser düşünceler yoktur.
- 1
- 2 Başarısızlık, kendini kınama ya da kendini aşağılama ile ilgili gelip giden düşünceler.
- 3
- 4 Devamlı kendini suçlama ya da kesin olarak varolan ancak gerçeğe uygun suçluluk ya da günahkarlık düşünceleri. Gelecek hakkında kötümserliği gittikçe artar.
- 5

6 Yıkılmışlık, pişmanlık ya da affedilmez günahkarlık hezeyanları. Sarsılmaz ve anlaşılmaz bir şekilde kendini suçlama.

X. İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ

Hayatın yaşanmaya değer olmadığına ilişkin duygular, kendiliğinden ölmeyi arzulamak, intihar düşünceleri ve intihara hazırlanma. İntihar girişimleri tek başına derecelendirmeyi etkilememelidir.

0 Yaşamdan zevk alır ve olduğu gibi kabul eder.

1

2 Yaşamaktan yorulma. Gelip geçici intihar düşünceleri.

3

4 Ölse daha iyi olacağını düşünme. İntihar düşünceleri sıkıtır ve intiharın olası bir çözüm olduğunu düşünür, ancak özel bir plan ya da niyeti yoktur.

5

6 Fırsat bulduğunda intihar için açık planlar. İntihar hazırlığı içindedir.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma(dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir	1	2	3	4	5

doktorun bunu fark ettiđi oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

OLGU RAPOR FORMU

Hasta no:

Telefon:

Eğitim:

Çalışma durumu:

Yaşadığı yer: Őehir merkezi/kırsal

Gelir:

Yaş:

Cinsiyet:

Tanı:

Hastalık süresi:

Atak sayısı:

Son 1 ay içinde intihar girişimi ve/veya halen ciddi intihar düşüncesi sayısı:

Son 1 ay içerisinde intihar girişimi varsa, intihar yöntemi:

Geçmişte intihar girişimi sayısı:

Geçmişte intihar girişimi varsa, intihar yöntemi:

Süreğen psikiyatri dışı hastalık:

Sürekli kullandığı ilaç:

Alkol/Madde/Sigara kullanım öyküsü:

Anne/baba kaybı varsa hangisi, hasta kaç yaşındayken:

Anne/babadan iki ayın üstünde zorunluluk sebebiyle ayrı kalma (yatılı okula, akrabaya vs kendi isteğıyle gitmesini yazmayınız):

Anne/baba boşanırsa hasta kaç yaşındayken boşandı:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

Ailede intihar girişimi: