T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ HASTALIK ŞİDDETİYLE İLİŞKİSİNDE RUMİNASYONUN ARACILIK ETKİSİ

Dr. Esra YALIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ HASTALIK ŞİDDETİYLE İLİŞKİSİNDE RUMİNASYONUN ARACILIK ETKİSİ

Dr. Esra YALIM

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasına başladığım ilk günden itibaren bana hekimliği öğreten, varlığını, desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, klinik bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımızda olan başta klinik şefimiz ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere birlikte çalışmış olmaktan gurur duyduğum, üzerimde büyük emekleri olan Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN ve Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY'a, rotasyonlarım sırasında eğitimime değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU ve Doç. Dr. Ali Rıza SONKAYA'ya,

Psikiyatri kliniğine adım attığım andan beri her zaman yanımda olan, her türlü zorluğun birlikte kolaylaştığı, beni olduğum gibi seven, her zaman yüreklendiren, birlikte zaman geçirmekten keyif aldığım, en büyük destekçilerim Dr. Cansu ÜNSAL, Dr. Asuhan PAR ve Dr. Ayşe Merve AKÇAY'a

Bilimsel yazım alanında ve tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. İbrahim GÜNDOĞMUŞ'a, desteğini her zaman hissettiğim, kendinden çok şey öğrendiğim Uzm. Dr. Esra ÖKSÜZ'e, örneklem oluşturma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Seçil ÖZEN, Uzm. Dr. Çiğdem ÇİFTÇİ KAYGUSUZ, Uzm. Dr. Fatma ARKAZ ve Uzm. Dr. Amine Merve SAKA ATALAY'a

Çalışmaktan çok keyif aldığım ve güzel anılarla hatırlayacağım asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Asla pes etmemeyi, emeğin değerini ve insan sevgisini öğrendiğim hayatımın her anında desteklerini esirgemeyen en büyük şansım olan aileme,

"İnsan nedir?" diye çıktığım bu yolda kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim hastalarıma

Sonsuz teşekkürlerimle…

Dr. Esra YALIM

ÖZET

Esra YALIM, Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Şiddetiyle İlişkisinde Ruminasyonun Aracılık Etkisi. Ankara, 2023.

Amaç: Depresyon toplumda sık görülen, işlevselliğin önemli ölçüde etkilendiği etiyolojisinde kalıtım, kişilik özellikleri, çocuklukta ve erişkin yaşamda karşılaşılan stresli yaşam olayları gibi birçok faktörün yer aldığı bir psikiyatrik bozukluktur. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yetişkin dönemde majör depresif bozukluk riskini artırdığı ve hastalığın süreğenleşmesi üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve depresyon ilişkisinde birçok aracı faktörün olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte literatürde ruminasyonun aracılık etkisine yönelik kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile majör depresif bozukluk arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı rolünün klinik örneklemde incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tasarıma sahip olan mevcut çalışmanın örneklemini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvurarak majör depresif bozukluk tanısı almış ve son altı aydır psikotrop ilaç tedavisi kullanmamış olan 18-65 yaş arasındaki 94 hasta ile belirtilen özellikler bakımından benzer ve gönüllü olan 91 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. Görüşme sırasında sosyodemografik özelliklere ilişkin veriler kaydedildikten sonra katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması 32,51±9,13 yıldı ve %63,2'si (n=117) kadındı. Eğitim yılı ortalaması ise 15,42±3,90 olarak hesaplandı. Çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde ruminasyonun anlamlı düzeyde bir aracılık rolünün olduğu belirlendi. Bununla birlikte ruminasyonun, çocukluk çağı travmaları (Standardize katsayı = 0.44, $p<0.001$) tarafından öngörüldüğü ve depresyonun (Standardize katsayı = 0.56, $p<0.001$) öngördürücüsü olduğu gösterildi. Temel model ile çocukluk çağı travmaları ve depresyon şiddeti arasında anlamlı bir doğrudan etki ($p =0.01$, $b =0.50$)

gösterilirken; aracılık modeliyle hem doğrudan ($p = 0.011$, $b = 0.24$, CI [0.12, 0.36]) hem de ruminasyon aracılığıyla dolaylı ($p = 0.003$, $b = 0.25$, CI [0.19, 0.32]) olarak bir etkinin oluştuğu gösterildi.

Sonuç: Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisinin değerlendirildiği mevcut çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarının doğrudan ve ruminasyonun aracılık etkisi ile dolaylı olarak depresyon şiddetini etkilediği saptanmıştır. Bu çalışma toplumda sık görülen ve çoğunlukla yeti yitimine sebep olan depresyonun etiyolojisinde yer aldığı düşünülen bilişsel özelliklere ve bu özellikler üzerine etki edebilecek travmatik yaşam olaylarına önem verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmanın sonuçları depresyon önleme ve erken müdahale çalışmaları açısından çocukluk çağı travmalarının ve ruminasyonun etkisini göstererek uygun terapötik müdahaleler geliştirme açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk çağı, depresyon, ruminasyon, travma

ABSTRACT

Esra YALIM, The Mediation Effect of Rumination on the Relationship of Childhood Traumas to the Severity of Depression in Patients with Major Depressive Disorder. Ankara, 2023.

Objective: Depression is a psychiatric disorder that is common in society and includes many factors such as heredity, personality traits, and stressful life events in childhood and adult life in its etiology, where functionality is significantly affected. Childhood trauma is known to increase the likelihood of major depressive disorder in adulthood and to have an effect on the disease's chronicity. It is believed that numerous mediators exist in the relationship between traumatic childhood experiences and depression. However, there are few studies on the mediating effect of rumination in the scientific literature. The purpose of this clinical sample study was to examine the mediating role of rumination in the relationship between childhood traumatic experiences and major depressive disorder.

Methods: The sample of this cross-sectional study consisted of 94 patients aged 18–65 years who applied to the Gülhane Training and Research Hospital Psychiatry Clinic with a diagnosis of major depressive disorder and who had not used psychotropic medication in the previous six months, and 91 healthy volunteers with comparable characteristics. The Beck Depression Inventory (BDI), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33) and Ruminative Thought Style Questionnaire (RTSQ) were administered to the participants following the collection of sociodemographic information during the interview. The obtained data were analyzed using suitable statistical techniques.

Results: The mean age of the participants included in the study was 32.51±9.13 years, and 63.2% (n = 117) were women. The mean of the education year was calculated as 15.42±3.90. When the data obtained in the study were examined, it was determined that rumination played a significant mediating role in the relationship between childhood traumas and depression. However, it was shown that rumination was predicted by childhood traumas (Standardized coefficient = 0.44, $p<0.001$) and was a predictor of depression (Standardized coefficient = 0.56, $p<0.001$). While a significant direct effect ($p =0.01$, $b =0.50$) was shown between the basic model and the

severity of childhood traumas and depression, the mediation model showed an effect both directly (p = 0.011, b = 0.24, CI [0.12, 0.36]) and indirectly (p = 0.003, b = 0.25, CI [0.19, 0.32]) through rumination.

Conclusion: In the current study evaluating the mediating effect of rumination in the relationship between childhood traumas and the severity of depression in patients with major depressive disorder, it was found that childhood traumatic experiences directly and indirectly affect the severity of depression through the mediating effect of rumination. This study suggests that cognitive characteristics that are thought to be involved in the etiology of depression, which is common in society and mostly causes disability, and traumatic life events that may affect these features should be given importance. In addition, the results of the study are important in terms of developing appropriate therapeutic interventions by showing the effects of childhood traumas and rumination in terms of depression prevention and early intervention studies.

Keywords: childhood, depression, rumination, trauma

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
ÖZET ii
ABSTRACT iv
İÇİNDEKİLER vi
SİMGELER VE KISALTMALAR viii
TABLO LİSTESİ x
ŞEKİL LİSTESİ xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK 3
2.1.1. Tarihçe ve Tanım 3
2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 4
2.1.3. Etiyoloji 5
2.1.4. Tanı Kriterleri ve Klinik Özellikleri 11
2.1.5. Klinik Gidiş ve Eş Tanılar 13
2.1.6. Tedavi 14
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI 16
2.2.1. Tarihçe ve Tanımı 16
2.2.2. Epidemiyoloji 17
2.2.3. Risk Faktörleri 17
2.2.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri 18
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları 22
2.3. RUMİNASYON 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 28
3.1. ÖRNEKLEM 28
3.2. ETİK KURUL ONAYI 29
3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 29
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 29
3.3.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) 30
3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) 30

3.3.5. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) 31
3.4. YÖNTEM 31
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 32
4. BULGULAR 34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI 34
4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ 44
4.3. ARACILIK ANALİZİ 52
5. TARTIŞMA 54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 63
6.1. SONUÇLAR 63
6.2. ÖNERİLER 63
7. ÇIKAR ÇATIŞMASI 65
8. KAYNAKLAR 66
9. ÖZGEÇMİŞ 80
10. EKLER 81
EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 81
EK-2: TUEK BELGESİ 82
EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ 83
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 85
EK-5: OLGU RAPOR FORMU 87

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon

BDNF : Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

BOS : Beyin Omurilik Sıvısı

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

CRH : Corticotropin Releasing Hormone – Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

CRHR1 : Corticotropin Releasing Hormone Receptor 1 – Kortikotropin Serbestleştirici Hormon Reseptör 1

ÇÇT : Çocukluk Çağı Travmaları

ÇÇTÖ-33 : Childhood Trauma Questionnaire-33 – Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33

DASÖ-21 : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GABA : Gama Amino Bütirik Asid

HPA : Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal

MAOI : Monoamin Oksidaz İnhibitörü

MDB : Majör Depresif Bozukluk

MKT : Metakognitif Terapi

NMDA : N-metil-D-aspartat

NGF : Sinir Büyüme Faktörü

NT-3 : Nörotrofin-3

NT-4 **:** Nörotrofin-4

PFK **:** Prefrontal Korteks

RDBÖ **:** Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği

SCID-5-CV **:** Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version – DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu

SNRI **:** Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörü

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

SSRI **:** Seçici Serotinin Gerialım İnhibitörü

S-REF **:** Self Regulatory Executive Funciton

TBT **:** Tepki Biçimleri Teorisi

TSSB **:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUEK **:** Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

UNICEF **:** Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

YAB **:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri 12
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 34
Tablo 4.2. Katılımcıların fiziksel sağlık ve sigara, alkol, madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 35
Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 36
Tablo 4.4. Katılımcıların yaşam yeri ve beraber yaşadıkları kişiler ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 36
Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 37
Tablo 4.6. Katılımcıların BDÖ ve RDBÖ puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 39
Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması 41
Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu... 45
Tablo 4.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇTÖ-33) alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu 46
Tablo 4.10. Değişkenlerin depresyon varlığını yordamasını gösteren lojistik regresyon analizi. 51

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması 37
Şekil 4.2. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması 38
Şekil 4.4. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun toplam puanlar açısından karşılaştırılması 39
Şekil 4.5. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun BDÖ puanları açısından karşılaştırılması 40
Şekil 4.6. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun RDBÖ puanları açısından karşılaştırılması 40
Şekil 4.7. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal istismar puanları açısından karşılaştırılması 42
Şekil 4.8. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun fiziksel istismar puanları açısından karşılaştırılması 42
Şekil 4.9. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal ihmal puanları açısından karşılaştırılması 43
Şekil 4.10. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun cinsel istismar puanları açısından karşılaştırılması 43
Şekil 4.11. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun aşırı koruma kontrol puanları açısından karşılaştırılması 44
Şekil 4.12. Katılımcıların BDÖ puanları ile RDBÖ puanları açısından karşılaştırılması 47
Şekil 4.13. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Duygusal İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 47
Şekil 4.14. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Fiziksel İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 48
Şekil 4.15. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Fiziksel İhmal Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 48
Şekil 4.16. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Duygusal İhmal Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 49

Şekil 4.17. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Aşırı Koruma Kontrol Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 49
Şekil 4.18. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Cinsel İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması 50
Şekil 4.19. ÇÇTÖ-33 ile BDÖ arasındaki ilişkinin temel modeli (A) ve ilişkinin aracısı olarak RDBÖ'yü gösteren aracılık modeli (B) 52

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresif bozukluk (MDB) toplumda sıklığı yüksek olan, atakların uzun sürdüğü, süreğenleşme, yineleme ve depreşme oranlarının yüksek olduğu, birçok alanda şiddetli yeti yitimine sebep olan yıkıcı bir ruhsal bozukluktur (1). MDB en az iki hafta süren depresif duygudurumla karakterize, ilgi duyma ve zevk almada azalmanın olduğu, bilişsel ve vejetatif işlevlerde değişikliklerle seyretmektedir (2). Tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette en çok yeti yitimine neden olan 20 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır ve bu beş hastalık içinde ilk sırada MDB bulunmaktadır (3). Tüm tıbbi durumlar arasında MDB, "yeti yitimi ile geçirilen yıllar" ölçüldüğünde, kronik hastalık yüküne en çok katkıda bulunan ikinci etkendir (4). MDB sıklığı açısından ülkeler arasında farklılıklar göz önünde bulundurulsa da 12 aylık prevalansı %5-6 ve yaşam boyu prevalansı %9-10 dolaylarındadır ve kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülür (5,6). MDB'ye sahip hastaların intihar nedeniyle ölme olasılığının genel popülasyona göre neredeyse 20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (7). Bu bilgiler doğrultusunda MDB ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Halk sağlığı açısından ciddi bir sorun olarak görülen MDB, uygun bir şekilde tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetlerine, iş gücünde yaşanan kayıplara ve kişilerde artan morbidite ve mortaliteye sebep olmasıyla toplumsal açıdan sorunlara neden olabilmektedir (8).

Erken yaşamdaki stresli deneyimlerin, nöroendokrin, bilişsel ve davranışsal sistemlerde gelişimi hem akut hem de uzun vadeli olarak etkilendiği gösterilmiştir (9). Literatürde çocukluk çağında ihmal ve istismara uğramış bireylerin, ihmal ve istismar yaşamamış kişilere göre erişkin dönemde daha fazla psikiyatrik sorun yaşadıkları belirtilmiştir (10). Hastalık gelişiminde genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı çalışmalarda gösterilmiş olup çocukluk döneminde istismara uğrama veya yetişkin dönemde stresli yaşam olaylarına maruz kalmanın bazı genetik özellikleri taşıyan bireylerde depresyonu öngördüğü belirtilmiştir (11). MDB ve çocukluk çağı travması (ÇÇT) öyküsü olan hastaların semptom şiddetinin daha yüksek olduğu, daha kötü seyir gösterdiği ve tedaviye yanıt vermeme oranlarının daha fazla olduğu bilinmektedir (12).

Ruminasyonun MDB psikopatolojisine etkisi üzerinde önemle durulmaktadır. Depresif belirtilere odaklı ruminasyon, belirtilerin süresinde ve şiddetinde artışa sebep olarak semptomların daha süreğen bir durum almasına neden olmaktadır (13).

Literatürde ÇÇT ve MDB ilişkisinde duygu düzenleme ve aleksitimi gibi faktörlerin aracılık etkisi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (14,15). Literatürde ruminasyonun aracılık etkisine yönelik kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur (16,17). ÇÇT'nin sürekli kaygı ve ruminasyonu artırdığını bu etkenlerin de depresyon semptomları üzerine etki yaptığı gösterilmiştir (16). Ancak ÇÇT ve MDB ilişkisinde, bilindiği kadarıyla klinik popülasyonda ruminasyonun aracılık etkisinin gösterildiği çalışmanın mevcut olmadığı görülmüştür.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda mevcut çalışmanın amacı MDB tanısı alan hastalar ile kontrol grubuna alınan sağlıklı gönüllü bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve ruminasyon açısından karşılaştırmak ve bireylerin deneyimledikleri travmatik yaşantıların hastalık şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisini araştırmaktır.

Mevcut araştırmanın hipotezleri listelenmiştir:

1. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları depresyon, anksiyete, stres düzeylerini artırmaktadır.
2. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ruminasyon şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
3. Ruminasyon düzeyleriyle depresyon şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
4. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ruminasyon düzeylerini etkileyerek dolaylı bir şekilde depresyon şiddetini artırmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe ve Tanım

Günümüzde kullanılan depresyon sözcüğü "depressus"tan gelmektedir ve "alçakta olmak, bastırmak" anlamındadır. Depresyon ve benzeri ruhsal bozuklukları sınıflara ayırma ve tanımlama uğraşıları antik dönemlere kadar uzanmış olup Hipokrat tarafından beyinle ilişkilendirildiği bilinmektedir. Hipokrakt, insan bedeninde ruhu karartanın kara safra olduğunu ve bunun melankoliyi andıran neticelere neden olduğunu ifade etmiştir. Hipokrat'ı takip eden dönemlerde Aretaeus melankoli ve mani arasında bağ olduğunu kuramlamıştır. Orta çağda İbn-i Sina'nın eserinde melankoli ifadesi yer aldığı bilinmekte ve bu dönemde de ruhsal bozuklukların temelinin vücut sıvılarına dayandırıldığı görülmektedir (18).

17. Yüzyıldan itibaren Thomas Willis ile birlikte humoral yaklaşım etkisini yitirmiştir. Willis beyin anatomisi üzerine çalışmalarıyla birlikte ruh ve beyin hastalıklarının ortak sebeplerden köken aldığını ileri sürmüştür. 1854 yılında Falret "dalgalanan delilik" olarak ifade ettiği, depresyona sahip kişilerin zamanla taşkınlık ortaya çıkardıkları ilerleyen dönemde tekrar depresif döneme girdikleri bir döngüyü tanımlamıştır. Duygudurum bozukluklarının geniş bir biçimde tanımlama ve sınıflandırılması Kahlbaum ile başlamış olup siklotimi ve distimiyi tanımlamıştır. İlerleyen süreçte Emil Kraepelin manik ve depresif dönemleri tek hastalığın iki ayrı görünümü olarak belirtmiştir. Karl Leonard ise 1957'de bipolar bozukluk ve unipolar depresyonu iki ayrı durum olarak tanımlamıştır (18,19).

MDB, bazen bunaltının eşlik edebildiği çökkün duygudurumla giden, düşünce, konuşma, psikomotor işlevlerde değişikliklerin olduğu, uyku-iştah gibi bazı vejetatif işlevler ve bilişsel işlevlerde bozulmaların olabildiği, umutsuzluk, değersizlik, güçsüzlük gibi düşüncelerin eşlik ettiği bir sendromdur. MDB olgularının bir kısmında bireyin gerçeği değerlendirme yetisi bozulabilir, sanrı/varsanı gibi algı patolojileri görülebilir (20). MDB psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir bozukluktur. MDB psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen duygudurum bozukluğu olmasıyla birlikte yetiyitimine neden olan hastalıklar arasında üst sıralarda olup orta ve ağır MDB'nin Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ) tarafından ciddi bir sağlık problemi olduğu ifade edilmektedir (21). 2008'de DSÖ yaptığı bir çalışmada MDB'yi dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak sıralamış olup hastalığın 2030 yılına kadar birinci sırada yer alacağını öngörmektedir (22).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Depresyon epidemiyolojisini belirlemeye yönelik Amerika'da DSM-III kullanılarak yapılan geniş örneklemli bir çalışmada MDB'nin yaygınlığı (altı aylık) kadın cinsiyette %3-4,6 erkek cinsiyette ise %1,7-2,2 bulunmuştur (23). 2011 yılında 18 ülkede çeşitili merkezlerde yapılan bir çalışmada MDB son bir yıldaki yaygınlığı %2,2-10,4 arasında ve hayat boyu MDB yaygınlığı ise %6,5-21,0 arasında bulunmuştur. Yine bu çalışmada Doğu Asya ülkelerinde MDB yaygınlığı diğer ülkelerden daha düşük ve bütün ülkelerde MDB kadınlarda daha fazla olarak raporlanmıştır (24). MDB'nin 12 aylık prevalansı ülkeler arasında önemli ölçüde değişmektedir ancak genel olarak yaklaşık %6'dır (25). "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında MDB yaygınlığı son 12 ayda %4 olarak bulunmuştur ve bu çalışmada da gösterildiği gibi MDB kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir (6,24).

MDB yaşamın her döneminde görülebilir. Her iki cinsiyette de MDB'nin rapor edilen medyan başlangıç yaşı yaklaşık 25'tir. MDB başlangıcı için en yüksek risk dönemi, orta-geç ergenlik döneminden 40'lı yaşların başına kadar değişmektedir. Bu bulgular, özellikle yüksek gelirli ülkelerde, MDB prevalansının genellikle erken yetişkinlikten sonra yaşla birlikte ılımlı bir şekilde azaldığı gözlemiyle uyumludur. İlk MDB epizodunun erken dönemde başladığı kişilerde işlevsellik kaybı ve intihar girişimleri daha fazla olmaktadır. MDB yaşayan kişilerin büyük bir kısmında bir veya daha fazla sayıda depreşme ihtimali olduğu da bilinmektedir (25,26).

Hem erkeklerde hem de kadınlarda MDB'nin bildirilen çevresel belirleyicileri, bir partnerin olmaması (örneğin boşanma veya dul kalma nedeniyle), yakın akraba veya arkadaşlarının hastalığı veya kaybı, mali veya sosyal sorunlar ve işsizlik gibi son zamanlardaki olumsuz yaşam olaylarının deneyimidir (24,27). Finlandiya'da yapılan 27 yıllık bir ileriye dönük izlem araştırmasında çocukluk döneminden yetişkinliğe MDB ile sosyoekonomik etkenlerle arasındaki ilişki incelenmiş ve ailenin mesleki anlamda kademesinin yüksek olması depresif belirtilerin düşüklüğüyle ilişkili bulunmuştur (28). Bir başka sosyodemografik etken olarak kentte yaşayan bireylerde

MDB sıklığı fazladır ve daha fazla stresöre maruz kalmanın neden olabileceği düşünülmektedir (29). Bir stres etkeni olarak bilinen ÇÇT'nin MDB riskini artırdığı bilinmekle beraber ÇÇT öyküsü olan kişilerde daha erken depresyon başlangıcı ve daha yüksek komorbidite seviyeleri olduğu gösterilmiştir (30).

2.1.3. Etiyoloji

MDB, etiyolojisinde biyolojik, kalıtsal, psikososyal etkenlerin neden olduğu heterojen bir bozukluktur. Etiyoloji unsurlarındaki çeşitlilik ve heterojenitenin olması MDB'nin tedaviye yanıtı, uzun vadede seyri ve hastalığın sonlanımı açısından birçok farklılığa neden olmaktadır (31).

a. Genetik etkenler: Heterojen bir görünüme sahip MDB'nin kalıtılabilirliği %30-50 arasında değişmektedir (32). MDB'nin ailesel kümelenme gösterdiği uzun zamandır bilinmektedir ve ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları sonrasında yapılan genetik asosiasyon ve bağlantı çalışmalarında MDB kalıtımından sorumlu bir gen veya kromozom bölgesinin saptanmadığı görülmektedir ve bu sonuç aslında MDB'nin tek bir gen bölgesinden ziyade birden fazla genin kişinin çevresel unsurlarıyla etkileşime girmesiyle oluştuğunu göstermektedir (33). Gen-çevre etkileşimi ve manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları çocukluk çağı travmasını, sosyoekonomik sorunları, sosyal desteği, fiziksel aktiviteyi ve bunların genetik faktörlerle etkileşimlerini MDB riskine dahil etmiştir (32). 2003 yılında yapılan bir çalışmada serotonin transporter genindeki promotör bölgesinde kısa allel taşıyan kişilerde ÇÇT veya yetişkin dönemde stresli yaşam deneyimlerinin MDB'yi öngördürebileceği bildirilmiştir (11).

b. Nörobiyolojik etkenler: MDB etiyolojisi de diğer ruhsal bozuklar gibi halen tam anlamıyla açıklanamamıştır ancak birden fazla sayıda etken biyolojik açıdan yatkınlığı olan bireylerde MDB gelişmesine neden olabilmektedir. Bireylerin biyolojik olarak MDB gelişimine yatkınlığını büyük ölçüde genetik unsurlar olmak üzere bir dizi nörokimyasal ve nörofizyolojik süreçler belirler (34).

- **Nörotransmitter Sistemi ile İlişkili Faktörler**

MDB'de oluşumunda beyin nörotransmiterleriyle ilişkili fonksiyonel bozuklukların önemli görevleri vardır. Bu sistemin genel ele alınış biçimi nörotransmitter dizgeleri arasında dengenin ilk aşamada bozulması ve bu değişikliklerin hücre içi süreçleri etkilemesiyle MDB oluşumuna yol açabilmesidir. En

fazla araştırılan ve üzerinde durulan nörotransmitter serotonindir ve bu nörotransmitterin hipofonksiyonu olduğu düşünülmektedir. MDB nörobiyolojisinde sorumlu olduğu düşünülen serotonin reseptörleri 5-HT1A, 5-HT2, 5-HT4, 5-HT6 ve 5-HT7 alt tipleridir. Triptofan hidroksilazı inhibe ederek etki gösteren ilaçların MDB oluşturabilmesi, selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) MDB tedavisinde fayda etmesi, daha önce tedavi almamış melankolik hastalar üzerinde yapılan bazı araştırmalarda trombositlerde serotoninin geri alımında ve taşıyıcısına bağlanmada azalma olması, antidepresan ilaçla tedaviden sonra serotonin reseptörlerinde duyarlılık saptanması, nöronal iletimde ve işlevlerde artma olması serotonin hipofonksiyonunu destekler nitelikteki bulgulardır (35). Serotonin hipofonksiyonu görüşüne karşın serotonin hiperfonksiyonunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur. MDB'ye sahip kişilerin trombosit hücrelerinde 5-HT gerialım mekanizmasındaki azalmaya ikincil sinaptik boşluktaki serotonin düzeyinin artması serotonerjik nöral iletimin artışına sebep olmaktadır. Serotonin gerialım pompası üzerine etki ederek sinaptik boşluktaki serotonin miktarını azaltan ve antidepresan etkinlik gösteren tianeptin molekülü de serotonin hiperfonksiyonu görüşünü desteklemektedir (36).

Noradrenerjik sistemin merkezi sinir sisteminde aktifleşmesi panik atak, kaygı ve titreme (tremor) gibi belirtilere sebep olurken, bu sistemin etkinliğinin azalması MDB'nin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (35). MDB'de noradrenerjik disfonksiyon olduğuna dair hipotez; MDB'ye sahip bireylerde noradrenalin metabolizmasının düşük olmasına, tirozin hidroksilaz aktivitesindeki artışa ve lokus sereleusta noradrenalin taşıyıcı yoğunluğundaki azalmaya yönelik verilere dayandırılmaktadır (36). MDB'ye sahip kişilerin presinaptik yerleşimli α-2 reseptörlerinde duyarlılığının arttığı bilinmektedir (37). İntihar nedeniyle ölen kişilerde yapılan postmortem incelemelerde bazı beyin bölgelerinde α-2 reseptör yoğunluğunda artış, α-1 reseptör yoğunluğunda ise azalma olduğu bulunmuştur (38). Ayrıca hipokampusta β-1 ve lokus sereleusta α-2 reseptörlerinin deaktive edilmesiyle antidepresan ilaçların terapötik sonuçlarının çıktığı bilinmektedir (31).

MDB'de özellikle psikomotor retardasyonun eşlik ettiği olgularda daha fazla olmakla birlikte genel kanı dopamin aktivitesinin azalmış olması yönündedir (31,34). MDB'nin temel bir belirtisi olan anhedoni, dopaminerjik sistemin down regülasyonuyla meydana gelmektedir. Dopaminerjik sistem, her ikisi de infralimbik

prefrontal korteks (PFK) etkisi altında aktive edici ve inhibe edici iki yol aracılığıyla karmaşık bir düzenleme altındadır (39).

Bu üç nörotransmitter dışında GABA (gama amino bütirik asit) ve Glutamatın da MDB etiyolojisinde rolü olduğu düşünülmektedir. GABA ve glutamat inhibitör ve eksitatör dengeden sorumlu iki nörotransmiterdir. GABA, beyinde monotransmitterler ile bağlantı halindedir. Hipokampüs ve frontal kortekste GABA'nın NA üzerinde kolaylaştırıcı bir etkisi bulunmaktadır. GABA'nın serotonin üzerindeki etkisi inhibitör olarak bulunmuş olup glutamat artışıyla depresyon oluşabileceği, GABA'nın artışıyla da depresyon üzerinde engelleyici şekilde etki oluşabileceği düşünülmektedir. GABA'nın nöronlar üzerinde protektif ve düzenleyici işlevleri olması nedeniyle ötiminin sağlanmasında katkısı vardır. MDB tanılı hastaların BOS incelemelerinde GABA düşüklüğüne dair bilgiler bulunmaktadır. Glutamatın NMDA (N-Metil-Aspartat) reseptörü üzerine antagonist etkili olan ketaminin de antidepresan etkinlik göstermesi etiyolojide glutamatın rolünü göstermektedir (31,40).

- **Nöroanatomik Sistem ile İlişkili Faktörler**

MDB hastalarında nöroanatomik bölgeler üzerine çok sayıda çalışma yapılmış olsa en tutarlı kanıtlar hipokampal küçülme üzerinedir (41). 143 çalışmayı içeren bir metaanaliz, MDB'li hastalarda bazal ganglionlar, talamus, hipokampus ve birkaç frontal bölgede sağlıklı kontrollere göre daha küçük hacimler olduğunu doğrulamıştır (42). MDB'de sol PFK metabolizması ve aktivitesinde azalma buna karşın limbik sistem yapılarında ise aktivite artışından bahsedilmektedir (36). Bottom-up fenomeni olarak bilinen teoriye göre MDB nörodevresel bir bozukluk olarak düşünülmektedir. Bu teoriye göre beyin sapı ve limbik alanların kortikal bölgenin kaldırabileceği yükü aşacak seviyede aktivite artışı sergilediği, ya da kortikal bölgenin limbik sistem üzerine yeterli derecede inhibe edemeyecek seviyede aktivite azalmasının olduğu durumlar nedeniyle MDB oluşmaktadır. Ventromedial PFK hiperaktivitesi, ağrıya, kaygıya, depresif ruminasyonlara ve gerginliğe karşı artan duyarlılıkla ilişkiliyken, dorsolateral PFK'nin hipoaktivitesi psikomotor gerilik, ilgisizlik, dikkat ve çalışma belleğinde defisitlere neden olabilmektedir (43).

- **Nöroendokrin Sistem ile İlişkili Faktörler**

Canlılarda strese yanıt olarak görülen mekanizma HPA (hipotalamo-pitüiter-adrenal) aksında aktivite artışıdır. Stresle HPA aksının aktive olmasıyla

hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salınımı gerçekleşir. CRH salınımıyla dolaşım adrenokortikotropik hormon (ACTH) artar ve adrenal korteksten glukokortikoid salınımı gerçekleşir. Glukortikoidlerin vücutta birçok işlevi olmasıyla birlikte hiperkortizolemide kişide enerji azlığı, ilgi kaybı ve çökkün duygudurum gibi belirtiler gözlenmektedir (36). MDB'nin özel bir alt grubunda HPA aksında aktivite artışıyla glukortikoid düzeylerinin artışı gösterilmiştir ve yüksek glukokortikoid seviyelerinden en fazla yürütücü işlevler, duygu düzenleme, bellek ve öğrenme gibi görevleri olan medial PFK, hipokampüs ve amigdala etkilenmektedir (31). Glukokortikoidlerin hipokampüs gibi anatomik bölgelerde atrofiye yol açtığı bilinmektedir (44). MDB tanılı bireylerin beyin omurilik sıvısı (BOS), plazma ve idrar kortizol seviyeleri yüksekliği, deksametazon supresyonunda baskılanmaya direnç, BOS CRH seviyelerinde yükseklik, CRH'ye ACTH cevabında azalma, CRH üretiminden sorumlu nöron sayısında artma ve frontal korteks CRH reseptör alanlarında küçülme olması HPA aksının MDB ile ilişkisini göstermektedir (36,45). MDB ataklarından önce çoğu kez şiddetli bir stresör yaşandığı ve ÇÇT'nin MDB riskini artırdığı bilinmektedir. Kalıtımsal ve çevresel (çocukluk döneminde olumsuz yaşantılar) unsurların birbirleriyle gelişim dönemi boyunca etkileşmesiyle kişinin MDB'ye yatkınlığını veya çevreden gelen stresörler karşısında kırılganlığını artırdıklarından söz edilmektedir. Ayrıca annenin gebelik dönemi boyunca maruz kaldığı stres ve kaygının dahi HPA aksında aktivite artışı aracılığıyla kişinin beyin gelişimi üzerinde etkisi olabileceği ve gelecekte MDB ve diğer ruhsal bozukluklara yatkınlık sağlayabileceği ileri sürülmektedir (44). Bu durum çocukluk döneminde maruz kalınan stresörler sonucu CRH salınımının devamlı yüksek bir seviyede olması sonucu HPA aksının kalıcı şekilde duyarlılaşmasıyla gerçekleşmektedir. Bu duyarlılaşmayla stresöre karşı dayanıksız hale gelen bireyin depresyona yatkınlaşabileceği görüşü öne sürülmüştür (46). Dolayısıyla HPA aksında aktivite artışının MDB nedeniyle oluşan basit bir sonuç olmadığı, aksine çocukluk döneminde ortaya çıkan veya kalıtımsal eğilimler sonucu oluşan yatkınlık sağlayan bir faktör olduğundan söz edilmektedir (45).

- **Nörotrofinler ile İlişkili Faktörler**

Nöronların matürasyonu ve sağkalımı için gerekli olan nörotrofik faktörlerden en iyi bilinenleri nörotrofinler olup beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), nöron büyüme faktörü (NGF), nörotrofin 3 (NT-3) ve nörotrofin 4 (NT-4)'ten oluşmaktadır.

BDNF nöronal büyümeden sorumlu bir proteindir (44). BDNF, yetişkin dönemde stresin beyinde neden olduğu morfolojik ve plastisite üzerine olan değişiklikleri geri çevirebilir. Bu sayede kişinin çevreye uyumunu ve bilişsel esnekliğini artıran bir unsur olarak görülmektedir(47). MDB etiyolojisinde ise diğer nörotrofik faktörlere göre BDNF daha fazla çalışılmıştır. MDB'de BDNF düzeyinde azalma olduğu bilinmektedir ve altında yatan nedenin MDB'de artan kortikosteroidlerin BDNF geninde yaptığı değişiklikler olduğu düşünülse de halen tam olarak açıklanamamaktadır (36). BDNF'nin özellikle hipokampusta stresör sonucu down regülasyonuyla nöronal kayıp, hipokampüs hacminde ve fonksiyonlarında azalma olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır. Hipokampusta BDNF azalması MDB'ye yönelik predispozan bir etki sağlamaktadır (35). MDB tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçlar ve EKT'nin BDNF ifadesinde artış yaptığı bilinmektedir (47).

c. Psikolojik etkenler

- **Psikodinamik Kuram**

Depresyonla ilgili psikoanalitik tanımlamaları Freud, "Yas ve Melankoli" başlığında yapar ve bu durumların birbiriyle ilişkili süreçler olduğunu, birbirine benzeyen nesne kayıplarına farklı yanıtların olduğunu ifade eder (48). Bu iki süreçte de kaybın neden olduğu üzüntü, çevreye karşı ilgisizlik, sevgi duyma kabiliyetinin yok olması ve aktivitede bulunmanın azalması önemli özelliklerdir bununla birlikte depresyonda bireyin benlik saygısında azalma ve mantık kurallarına uymayan şekilde cezalandırılması şeklinde beklentilerinin olması mevcuttur. Depresyondaki kişi kederli olmasının nedenlerinin farkında değildir ve depresyondaki kayıp içsel olup bilinçdışındadır (49). MDB' de içe atma gerçekleşmektedir. Bu savunmayı nesne kaybını iptal etmek ve tümgüçlü bir nesneyle birlikte olmak, onu kendisinin bir özü durumuna getirmek için kullanmaktadır. Bu durumla birlikte ambivalans meydana gelmekte ve içe atıma dostça olmayan anlamlar yüklemektedir. Aynı zamanda depresyonda kişinin üstbenliği cezalandırıcı bir tutum sergiler. İçe atılmış kişiye karşı olan ambivalans üstbenliğin katı tutumu nedeniyle bireyin kendisine yöneltilir ve özsaygıda azalma gerçekleşmiş olur. Özsaygı azalmasıyla kişi değersizleşmiş, ölümü bile haketmiştir ve böylelikle psikopatoloji oluşmuştur (20,48).

- **Bilişsel Kuram**

Bilişsel modelin temellerinin atılmasındaki en büyük rol bilimsel araştırmalarda davranışçı kuramın açıklayamadığı bulgulara aittir. 70'li yıllardan itibaren gelişmeye başlayan bilişsel kuram çevreden alınan uyarılarla verilen cevaplar arasındaki bağlantıyı bilişsel sistemin sağladığı ve insanlardaki öğrenmenin büyük oranda sosyal öğrenmeyle ilişkili olduğu hipotezleriyle temelini atmıştır (50).

Beck, MDB'nin bilişsel modelinde bilişsel üçlü terimi, bilişsel şemalar ve bilişsel hatalardan oluşan üç etmen ileri sürmüştür. Bu unsurlardan ilki olan bilişsel üçlü kişinin kendisi, çevresi ve dünya ile ilgili negatif yöndeki düşüncelerinden oluşmaktadır. Bilişsel modele göre MDB, bireyin yaşantılarını bu biçimde devamlı ve ısrarcı şekilde yanlış yorumlaması nedeniyle oluşmaktadır. Diğer bir etken olan şemalar, olasılıkla çocukluk çağında ortaya çıkan, bireyin düşünme şeklini etkileyen, çevreyle olan ilişkileri düzenleme görevi olan varsayım ve kurallardan oluşmaktadır. Erken yaşam deneyimleriyle meydana gelen şemalar değişime dirençli ve katı olduklarında fonksiyonelliği sağlayamazlar. Üçüncü etken olarak Beck MDB'de bilişsel hataları ele almıştır. Bilişsel hataların şemaların sürmesini sağladığını ifade etmiştir (51). Bilişsel süreçler temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşünceler olmak üzere üç katmandan oluşmaktadır. En üst katmanda otomatik düşünceler olup en alt katmanda temel inançlar bulunmaktadır. Otomatik düşünceler aniden gelen, istemsiz gelişen duygu yüklü imge ve düşüncelerden oluşmaktadır. Ara inançlar çocukluk döneminden beri gelişen otomatik düşüncelerin anlam ve neden olduğu sonuçların irdelenmesiyle ulaşılan şartlı ifadelerdir. Temel inançlar ise en alt katmanda bulunan bireyin kendisi ve dış dünya ile ilgili genel kanılarıdır (52). Bilişsel hatalarda gerçekler çarpıtılmış olup gerçekleri doğru bir şekilde yansıtmazlar aynı zamanda engelleyici olup MDB'nin devam etmesini sağlar ve değiştirilmesi gereken durumlarda kişinin harekete geçmesine engel olurlar (35). Örneğin; MDB'li birey sevilmeye layık birisi olmadığı düşüncesiyle yakın ilişkiye girmekten kaçınacak ve net olmayan durumları negatif olarak yorumlama eğiliminde olacaktır. Geleceğe yönelik umutsuzluk inançları olduğunda kendisinin işe yaramaz birisi olduğu düşüncesiyle çoğu etkinlikten kendisini uzak tutacaktır. Dış dünyayı olumsuz görmesi nedeniyle de yardım arama davranışında bulunmayacaktır. Ayrıca bilişsel açıdan ruminasyonun da tabloya olumsuz yönde katkıları bulunmaktadır. Aynı olayla ilgili tekrarlayıcı şekilde düşünme nedeniyle yeni bilgiler düşünme sürecine

eklenememektedir. Otomatik şekilde başlayan ruminasyonun sürdürülmesinde bilişsel ve davranışsal etmenler görev almaktadır (52). MDB'nin oluşumunda ve sürdürülmesinde etkisi olan bilişsel etmenler üzerine yapılacak psikoterapötik uygulamalar gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

2.1.4. Tanı Kriterleri ve Klinik Özellikleri

MDB tanısı için DSM-5 tanı kriterleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir. MDB tanısını koyabilmek için son iki haftayı kapsayan sürede kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemesi koşuluyla belirtilen dokuz belirtiden en az beş tanesi bulunmalı ve bu beş belirtiden an az bir adeti çökkün duygudurum ya da zevk alamama/ ilgi kaybı olmalıdır. DSM-5'te MDB'nin alt türleri bunaltılı, karma özellikler gösteren, melankolik, atipik, psikotik özellikler gösteren, katatoni ile giden, peripartum başlangıçlı ve mevsimsel örüntü gösteren şeklinde tanımlanmıştır (2).

Pek çok olası belirti kombinasyonuyla, MDB o kadar çok değişir ki, iki kişinin ortak bir semptomu bile olmayabilir. Bu durum hastalığın heterojen doğasında kaynaklanmaktadır (53).

MDB'de nedeni bulunamayan yorgunluk, enerjide azalma, iştah değişiklikleri ve cinsel istekte azalma vejetatif bulgular olarak klinik tabloyu oluşturmaktadır. Uykuyu başlatmakta zorluk, uyku bölünmesi, terminal insomnia ve hipersomni MDB görülen diğer vejetatif belirtilerdir (35).

Bilişsel açıdan etkilenen MDB hastalarında düşünce sürecinde, içeriğinde ve akışında bazı bozulmalar meydana gelir. Sözel anlatımda zorlandığı, kendisine yöneltilen sorulara yanıt verebilmek için büyük uğraşı verdiği gözlenir. Düşünce içeriğinde ise suçluluk, kendisini ve dış çevreyi olumsuz görme, umutsuzluk, kararsızlık ve intihar düşünceleri görülebilmektedir (54).

Tablo 2.1. DSM-5 Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalmaya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon MDB'ye eşlik edebilir. Psikomotor yavaşlama genç hastalarda daha sık görülmekle birlikte toplumdan kendisini geri çekmeyle birlikte gözlenir, özbakımda azalma eşlik edebilir. Psikotik özellikli ve melankolik alt tiplerinde psikomotor yavaşlama daha belirgin gözlenir. Psikomotor ajitasyonun MDB'li hastalarda yoğun anksiyeteyle birlikte özkıyım açısından risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (35,54).

2.1.5. Klinik Gidiş ve Eş Tanılar

MDB tıbbi hastalıklarla beraber görülebilen, işlevselliğin tüm alanlarında bozulmaya ve özkıyıma kadar varabilen ağır sonuçlara yol açan bir bozukluktur. MDB tekrarlama ihtimali yüksek bir hastalıktır. Rekürrens her atakla birlikte artar ve genel olarak hastaların neredeyse %80'i yaşamları boyunca en az bir depresif epizot daha yaşar (55). STAR-D çalışmasında antidepresan tedaviye yanıt veren hastaların %50-70'inin remisyona girebildiğini ve rezidüel belirtileri devam eden hastaların daha fazla nüks ve daha kötü işlevsellikle beraber olumsuz prognoz gösterdiği bulunmuştur (56).

MDB'de eş tanılar sıkça görülmekle birlikte anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar, sıklıkla birlikte ortaya çıkan oldukça yaygın durumlardır. Aynı anda hem anksiyete hem de depresif bozukluklardan etkilenen hastalar, yalnızca bir bozukluğu olan bireylerle karşılaştırıldığında genellikle daha yüksek düzeyde işlevsel bozulma, düşük yaşam kalitesi ve daha kötü tedavi sonuçları göstermiştir (57). Depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun eştanılı olduğu durumlarda çoğu zaman depresyon anksiyeteye ikincil olarak ortaya çıkmaktadır (58). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) veya panik bozukluğu olan hastalarda yapılan on iki yıllık bir izlem çalışmasında eşlik eden MDB'si olan hastaların iyileşme olasılığının, tek başına her iki bozukluğa kıyasla iyileşme olasılığının yarısı kadar olduğu saptanmıştır (59). Eştanılı bireylerin özkıyım girişimleri, olumsuz yaşam olayları, tedavi arayışları ve cinsel istismar öykülerinin daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Yine bu bireylerin sosyal desteklerin daha az, benlik saygılarının da daha düşük olduğu bilinmektedir (58). Ayrıca OKB, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), somatoform bozukluk ve alkol kullanım bozukluğu gibi bozuklukların MDB ile birlikte görülebildiği bilinmektedir (60).

MDB ile tıbbi hastalıklardan nörolojik hastalıklar, kanserler, kardiyak ve vasküler hastalıklar, endokrin/metabolik hastalıklar, inflamatuar hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları ilişkilendirilmiştir. Direkt olarak fizyopatolojik etkileri ve neden oldukları yetiyitimiyle ilk sırada merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklar en başta gelmektedir. Tıbbi hastalığa sahip kişilerde MDB daha sık görülür ve etiyolojide de hastalığın ve/veya tedavilerin direkt olarak fizyopatoloji üzerinde etkileri gelişebilir. Ayrıca tıbbi hastalığın tanı ve tedavi süreçlerinde gelişen ikincil stres de etiyoloji üzerinde rol oynayan etmen olarak ortaya çıkabilir (61).

MDB'de ek hastalıkların bulunması klinik gidişatı ve tedaviyi etkilemesi nedeniyle ayrıca önemlidir ve ortak patogenez, risk faktörleri üzerinde durulmalıdır.

2.1.6. Tedavi

MDB tedavisinde biyolojik kökenli tedavilerin yanısıra psikoterapötik ve somatik sağaltım yöntemleri de kullanılmaktadır.

- **Farmakolojik Tedaviler**

MDB'nin farmakolojik tedavisinde genel yaklaşım tek ilaçla ve minimum dozla başlamak, başlanılan ilacın yeterli süre ve etkin dozda kullanılmasının sağlanması sonrasında ilaç değişimi ya da ilaç ekleme stratejilerine girişilmesidir (62). MDB tedavisi, akut, sürdürüm ve idame tedavi olmak üzere üç basamaktan oluşmaktadır. Akut genellikle 6-12 hafta arası sürmekte ve tedavi başlangıç aşamasından düzelmeye kadar olan zaman dilimini ifade etmektedir. Bu dönemde farmakolojik tedaviler dışında psikoterapiler ve somatik sağaltım yöntemleri de uygulanabilir. Akut dönem tedavisiyle başlayan düzelmeyle sürdürüm dönemi başlamakta ve düzelmeyi sağlayan dozda tedaviye 4-9 ay arasında devam edilmelidir. Bu dönemde amaç nüks olmadan iyileşmenin sağlanmasıdır ve sürdürüm tedavisi sonrası idame tedavi aşaması gelmektedir. Genellikle kronik MDB'li bireylerde veya 3 ve daha fazla sayıda MDB atağı olanlarda tekrarlamayı engellemek için idame tedavi planlanır (63). MDB tedavisinde kullanılan antidepresan tedaviler: Trisiklik Antidepresanlar, Tetrasiklik Antidepresanlar, Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI), Serotonin Modülatörü Antidepresanlar, Dopamin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri, Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri, Monoaminoksidaz İnhibitörleri (MAOI) ve Melatonin Agonistleridir. MDB tedavisinde ilk seçilecek grup SSRI ya da SNRI grubundan bir farmakolojik ajandır. Tedaviye dirençli olgularda yeni bir tedaviye geçme ya da güçlendirme tedavisi önerilmektedir. Aynı gruptan diğer bir antidepresan ilaca geçiş, başka bir gruba geçme, farklı gruplardan olan antidepresanları beraber kullanma, lityum, tiroksin, triptofan, pindolol, anksiyolitik etkileri olan buspiron, antiepileptikler, psikostimülanlar, modafinil, dopamin agonisti olan ilaçlar, cinsiyet hormonlarından östrojen ve testosteron ile güçlendirme seçenekleri mevcuttur. Ayrıca atipik antipsikotiklerin de tedaviye dirençli vakalarda ekleme tedavisinde yeri vardır (64). Tüm bunlarla birlikte tedavinin her aşamasında bireye uygun psikoterapi

seçenekleri tek başına ya da farmakolojik tedaviyle birlikte kombinasyon şeklinde kullanılabilmektedir.

- **Psikoterapiler**

Psikodinamik psikoterapi, billinçdışı çatışmaların ortaya çıkarılması ve bu çatışmaların çözülmesi üzerinedir. Çatışmalara ulaşabilmek ve çözmek için terapide kurulan terapötik ilişki, aktarım ve yorumlamalar kullanılır. Süre açısından uzun süreli olan psikodinamik psikoterapi MDB'yi, kişinin bilinçdışı çatışmaları nedeniyle oluşan içselleştirilmiş öfke ve intrapsişik bir örüntü şeklinde ele alır. Psikodinamik psikoterapi bu sebeple çatışmalarla gösterdiği hikayedeki yaşantılara ve bu yaşantılara getirilen yorumlarla kişinin içsel çatışmalarına yönelik farkındalık seviyesinin yükseltilmesine dikkat eder (65). Psikiyatrik hastalıkların büyük kısmında rastgele kontrollü araştırmalarla psikodinamik psikoterapinin etkinliği kanıtlanmıştır (49). Toplumda sık görülen ruhsal hastalıkları olan kişilere uygulanan kısa psikodinamik psikoterapinin etkinliğini araştıran çalışmalardan oluşan bir metaanalizde hastaların kısa ve orta vadede depresyon, anksiyete düzeylerinde kontrol gruplarına göre anlamlı bir iyileşme olduğu gösterilmiştir (66). Yapılan bir çalışmada, depresyon hastalarında farmakolojik tedaviyi destekleyici psikoterapi ile birleştirdiklerinde sadece farmakolojik tedaviye göre daha etkili olduğu yönünde bulgular saptanmıştır (67).

BDT (bilişsel davranışçı terapi), bilişsel yeniden yapılandırmayı ve davranış alanında değişiklikleri kullanmaktadır (65). BDT'nin MDB tedavisinde etkili bir yöntem olduğu bilinmekle beraber farmakolojik tedavi ve ilaç tedavisinden oluşan kombine tedavinin ve sadece psikoterapinin uygulandığı tedavinin tek başına farmakolojik tedavi uygulanan kişilerle karşılaştırıldığı çalışmada daha fazla tedavi sürdürümüyle ilişkili olduğu saptanmıştır (68). BDT'nin ilaç tedavisinden en önemli farkı MDB'deki tekrarlamaları önleme açısındandır (51). Ayrıca BDT'de ruminasyona dair müdahaleler ve farkındalığın artırılmasının faydalı olduğu bilinmektedir (52). BDT'nin etkililiği bilinmesine rağmen tedavi sonunda hastaların yalnızca %40'ının remisyona girdiği bulunmuştur (69). BDT gibi terapilerin sonuçlarının sınırlı olması araştırmacıları MDB tedavisi için alternatif psikoterapileri araştırmaya yöneltmiştir (70). BDT ile ortak yönleri olup bazı müdahale teknikleri açısından faklılıklara sahip bir psikoterapi türü olan metakognitif terapinin (MKT) depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır (71). BDT ve MKT'yi karşılaştıran bir çalışmada MKT için biraz daha fazla etki büyüklüğü olduğunu gösterilmiştir (72).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1. Tarihçe ve Tanımı

DSÖ'ye göre, "çocuk ihmali, çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin çocuğun gelişimi için gerekli her türlü gereksinimini karşılamaması veya dikkate almamasıdır". Bu gereksinimler çocuğun emosyonel açıdan gelişimi, sağlık ve eğitime dair ihtiyaçlar, barınma, beslenme ve güvenli yaşam şartları gibi birçok alanda ortaya çıkabilir. DSÖ'ye göre çocuk istismarı ise "çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, çocuğun toplumu veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar" dır (73). Bir başka deyişle çocuk istismarı ve ihmali, bir yetişkin (anne, baba veya bakıcı gibi) tarafından çocuğa yapılan, toplum kuralları çerçevesince ve alanında uzman kişilerce uygun olarak değerlendirilmeyen ya da çocuğa zarar veren, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen ya da sınırlayan eylem ve eylemsiziklerin tamamıdır. Bu durumun sonucu olarak da çocuğun bedensel, ruhsal, sosyal ya da cinsel yönden zarara uğraması, güvenliğinin ve sağlığının olumsuz yönde etkilenmesi söz konusudur (74). ÇÇT kapsamında olan çocuk istismarı tedavi edilmesi ve tanımlanması açısından en zor travma türüdür çünkü genellikle çocuğun en yakınları tarafından yöneltilir ve yinelenebilir niteliktedir (75). Çocuk istismar ve ihmalinde ayrım noktası çocuk istismarının aktif bir durum, çocuk ihmalinin ise pasif bir durum olmasıdır (76).

Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan ÇÇT'ye Hugo ve Dickens'ın edebi eserlerinde yer verdiği bilinmektedir (75). Bilimsel olarak ise 1860'larda Fransız adli tıp patoloğu olan Tardieu fiziksel şiddete uğrayarak ölen çocuklarda yaptığı otopsi sonrasında çocuk istismarını tanımlamıştır. 20. yüzyılda ise radyolog Caffey çoklu iskelet kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi ifade etmiştir (77). II. Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde savaş sırasında ebeveynlerini kaybetmiş ya da esir kamplarından kurtarılan çocuklardaki ruhsal tepkilerin gözlenmiş olmasıyla literatürde ruhsal hastalıklarda ÇÇT'nin etkisine ilişkin ilk tanımlamalar ve bilimsel kayıtlar oluşturulmuştur (75). "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" nu 1961'de Kempe tanımlamıştır (78). Tarihsel süreçte en önemli gelişme ise Birleşmiş Milletler'ce 1989'da kabul edilen "Çocuk Hakları Sözleşmesi"dir ve bu sözleşmenin 19. Maddesine göre çocuğun bakımından mesul olan bireyler tarafından gelebilecek her bakımdan olumsuz davranışlara karşı çocuğun korunmasının sözleşmeyi kabul eden ülkelerin yükümlülüğünde olması şartını getirmiştir (76).

ÇÇT ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki uzun süredir bilinmektedir ve çocuk istismarı ve ihmali, hayat boyu devam eden kalıcı izlere neden olan ve çocuğun sağlığı üzerinde olumsuz etki yapan bir sorundur (79).

2.2.2. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı ve ihmali hem ülkemizde hem dünyada sık görülen ve dramatik sonuçlara yol açabilen bir problemdir. DSÖ'nün bildirimlerine göre 2-4 yaş arası yaklaşık 4 çocuktan 3'ü ebeveynleri ve bakıcıları tarafından düzenli olarak fiziksel ve/veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Ayrıca DSÖ tarafından 5 kadından 1'inin ve 13 erkekten 1'inin cinsel istismara uğradığını bildirilmektedir (80). UNICEF tarafından 2010 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada 7-18 yaş grubundaki çocukların %25'inin çocuk ihmaline uğradığı yine bu grupta her iki çocuktan birinin duygusal istismar alt grubuna ait istenmeyen davranışlar yaşadığı görülmektedir. Ayrıca bu araştırma 7-18 yaş grubunda fiziksel istismara maruz kalma oranı %43 iken cinsel istismar oranının %3 olduğu bildirilmiştir (81). Ülkemizde 2014 yılında yapılan epidemiyolojik bir araştırmada psikolojik çocukluk çağı olumsuz yaşantıları kırsal bölgede şehirlerde yaşayanlara göre daha fazla, ihmal kızlarda daha yüksek ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı yaşantıları erkeklerde daha yüksek saptanmıştır. Yine bu çalışmada çocuğun yaşı arttıkça artan olumsuz deneyimlerin arttığı bulunmuştur (82). Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığına yönelik toplum temelli tarama araştırmalarının yetersiz olduğu bilinmektedir ve bu durumun nedeninin olayın belirlenmesindeki güçlük ve raporlamadaki yetersizlik olduğu düşünülmektedir (83). Tüm bu veriler doğrultusunda ÇÇT'nin erişkin hayatta birçok fiziksel ve ruhsal hastalığa neden olduğu bilinen bir gerçektir ve sıklık, risk faktörleri ve olası sonuçlar açısından ileriye yönelik araştırmalara hala gereksinim duyulmaktadır.

2.2.3. Risk Faktörleri

Çocuk istismarı oluşumunda toplumsal, ailesel, sosyal ve bireysel risk etmenleri belirtilmiş olup bu unsurların kombinasyonu çocuk istismarının meydana gelmesinde etkilidir (75).

Çocuk istismarı açısından parçalanmış ailelerin çocuklarının riskli olduğu bilinmektedir (84). Bir çalışmada aile içi şiddetin bağımsız olarak fiziksel istismarı,

psikolojik istismarı ve ihmali yordadığı belirtilmiştir (85). İstismara uğramış bireylerde yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğrayan çocuklar için risk faktörleri ebeveyn çatışması, babanın eğitim düzeyinin düşük olması, babanın çalışmaması, ailenin ve finansal sorunları olması ve kalabalık ailede yaşamak olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada ebeveyn çatışması cinsel istismar için en büyük risk faktörü olarak saptanmıştır (86). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyi düşüklüğü, ebeveynlerin birbirine karşı uyguladığı şiddet ve çocuk istismarı arasında ilişki olduğu bulunmuş ve aile içi şiddetle mücadelenin çocuk istismarını önlemede etkili olabileceği söylenmiştir. Yine bu çalışmada ebeveynlerin boşanması dışında anne-babasından uzun süre ayrı kalan çocuklarda istismar oranları yüksek bulunmuştur ve istismar açısından risk etkeni olarak düşünülmüştür (87). Düşük ebeveyn eğitimi, aile yoksulluğu, genç ebeveyn olan anne ve ebeveyn figürlerinde birçok değişiklik gibi yapısal dezavantaj sergileyen ailelerden gelen gençler istismara maruz kalma riski altındadır (88). Kendi çocukluklarında istismar veya ihmale maruz kalmış ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların, ihmal riski taşıdıkları yapılan bir metaanalizde de gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada ebeveynlerin mevcut ya da geçmişte psikiyatrik problemlerinin olması, psikiyatrik hastalık öyküsü ve düşük eğitim düzeyinin çocuk ihmalinin en güçlü yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Tek ebeveyn olmak, ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması, ailenin kalabalık olması diğer risk etkenleri olarak gösterilmiştir ve ebeveynlere ait risk faktörlerinin önemi vurgulanmıştır. Tek bir risk faktöründen ziyade birden fazla risk faktörünün çocuk ihmali meydana gelmesinde rol oynadığı ifade edilmiştir (89).

Çocuğa yönelik risk faktörleri cinsiyeti, görünüşü, mizacı ya da doğuştan gelen anomalileri nedeniyle istenmeyen çocuk olması ya da ebeveynin beklentilerini karşılayamaması, yüksek gereksinimli bir bebek olması, ebeveynin ilgisini isteyen kendisine yakın yaşta bir kardeşinin olması, mental ve davranış sorunlarının olması şeklinde bildirilmiştir (90). Tüm bu risk faktörleri sonucunda ÇÇT'ye yönelik risk azaltımında ebeveynlere yönelik yapılacak bilgilendirmeler ve gerekli müdahalelere özellikle gereksinim duyulmaktadır.

2.2.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri

İstismar fiziksel, duygusal ve cinsel olarak, ihmal ise duygusal ve fiziksel ihmal olarak sınıflandırılmaktadır.

a. Fiziksel istismar: Çocuğun bakıcısı veya bakımından sorumlu bir yetişikinin kaza dışı yollarla çocuğu fiziksel olarak yaralamasıdır ve bu istismar biçimi kültürel olarak onaylanan sünnet ve kulak delme gibi fiziksel değişiklik durumlarını içermemektedir (91). Bir çocuğun fiziksel istismarı, çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişmesine veya onuruna zaran veren ya da zarar verme olasılığı yüksek olan kasıtlı fiziksel güç olarak da tanımlanır. Buna vurmak, sallamak, ısırmak, boğmak, dövmek, tekme atmak, yakmak, haşlamak ve zehirlemek dahildir (90) Belirlenmesi en kolay ÇÇT alt türü fiziksel istismardır ancak bu tarz ceza verme biçimleri birtakım toplumlarda ve kültürlerde bir istismar şekli olarak düşünülmediği için belirlenmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Bu muamelelerin çocuğun terbiye edilmesi ve disiplini açısından lüzumlu görüldüğü düşünülmektedir (75). Fiziksel olarak istismara uğrayan vakaların birçoğunun kardeşi de fiziksel olarak istismar edilmektedir (92).

Amerika'da çocuk koruma servislerinin 2014 yılı verilerine göre mağdur çocukların %17'sinin fiziksel istismar yaşadığı bildirilmiştir (93). Fiziksel istismarın da dahil olduğu çocuk istismarı psikolojik ve biyolojik birçok alanda gelişim sorunlarıyla ilişkilidir (94). Fiziksel istismara uğrayan çocukların sosyal işlevselliğinde sorunlar olduğu bilinmektedir. Fiziksel istismara uğramış çocuklar fiziksel istismara uğramamış akranlarına göre kişiler arası ilişkilerde daha az yakınlık gösterip, daha fazla çatışma ve daha fazla olumsuz duygu sergilerler (95).

Bugün istismara uğrayan çocuğun gelecekte istismarcı olma ihtimali nedenleniyle çocuk istismarı üzerine yapılan çalışmaların da artmasıyla istismarı önlemeye yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır.

b. Duygusal istismar: Duygusal istismar literatürde bazı kaynaklarda psişik, psikolojik veya sözlü istismar olarak da isimlendirilmektedir (96). Duygusal istismar çocukların gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakım ihtiyacından yoksun bırakılarak ruhsal açıdan zarara uğratılmasıdır (75). Araştırmalarda duygusal istismar ve ihmalin, fiziksel ihmal ve istismara uğrayan olguların %90'ına eşlik ettiği bilinmekle birlikte diğer istismar türleri gibi gözle görülür bulguların olmayışı, istismar edenin davranışlarının her an gözlenememesi ve çocuğun uğradığı zararın aşikâr bir fiil nedeniyle olduğunu belirlemenin güçlüğü sebebiyle duygusal istismarı tanımlamak olabildiğince zordur (97). Duygusal istismar, genellikle gözden kaçmasına ve yeterince önem verilmemesine rağmen, çocuk istismarı ve ihmalinin en karmaşık,

yaygın ve zarar verici biçimi olabilir. Tek bir travmatik olay veya tekrarlanan bir davranış modelini içerebilir ayrıca tek başına gözlenebilir veya başka bir istismar veya ihmalin parçası olabilir (98,99). Ebeveynlik davranışının incelendiği çalışmalarda, bakıcıların çocuklarına duygusal istismara yönelik davranışlarda bulunduklarını bildirmeleri de alışılmadık bir durum değildir, örneğin: "tıpkı babası gibi aptaldır" veya "asla doğru bir şey yapmaz" gibi küçümseyen davranışlar şeklinde duygusal istismar görülebilir. Bununla birlikte, duygusal istismar tanısı genellikle yalnızca ebeveyn-çocuk etkileşiminin uzun süreli gözlemlenmesiyle konur, çünkü ihmal gibi bu istismar biçimi de devam eden bir bakıcı davranışları modeli ile tanımlanır (100). Ruhsal, tıbbi ve eğitimsel ihmal yaşandığında, bu konularda bakım ve ilginin ihmal edilmesi çocuğu değersiz ve hak etmemiş hissettirdiğinde duygusal istismara dönüşebilir. Yetersiz ebeveynliği duygusal istismardan ayırmak, toplumsal uzlaşma eksikliği nedeniyle genellikle zordur. İstismarın belirlenmesindeki kilit nokta çocuğa verilen zarardır (98).

Ülkemizde yapılan çalışmada 7-18 yaş arasında duygusal istismar oranı %51 olarak saptanmıştır ve dersler nedeniyle baskı görme en yaygın duygusal istismar yöntemi olarak bulunmuştur. Ardından azarlanma ve hoşlarına gitmeyecek sözler işitme yaygın olarak saptanan diğer duygusal istismar çeşitleridir (81).

Çocuğun bakımından sorumlu kişi duygusal gereksinimlere önem vermez, bu ihtiyaçları karşılamazsa böyle bir ortamda yetişen çocukta bakım vereniyle patolojik bir bağlanma meydana gelecektir ve bu bağlanma problemleri gelecekte birçok psikiyatrik hastalık açısından yatkınlık oluşturacaktır (97).

c. Cinsel istismar: Çocuk cinsel istismarı, bir yetişkinin çocuğu cinsel tatmin için zorla, tehditle veya kandırarak kullandığı bir istismar biçimidir (86). Birbiriyle evli olan aile üyeleri haricinde diğer üyeler arasında gerçekleşen her çeşit erotik davranışsa ensest olarak tanımlanır (101). Cinsel istismardan bahsedilirken bir çocukla bir yetişkin arasında gerçekleşen cinsel aktivite üzerinde durulmakta ancak iki çocuk arasında olan cinsel aktivite yaş farkının en az beş yıl olması, yaşça küçük olan çocuğun ikna etme ya da zor kullanmayla cinsel haz amacı doğrultusunda cinsel aktiviteye maruz bırakılması da cinsel istismar olarak kabul edilir (102). Amerika'da çocuk koruma servislerinin 2014 yılı verilerine göre mağdur çocukların %8'inin cinsel istismar yaşadığı bildirilmiştir (93). Türkiye'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %10,7'si cinsel istismar bildirmiştir (73). Cinsel istismarın yaygınlığında cinsiyet

farklılıklarına ilişkin bilgiler belirsizdir çünkü birçok erkek çocuk cinsel istismarı söylemeye isteksizdir (100). İnsidans ve prevalans oranlarını tahmin etmeye çalışan birçok çalışmada mevcut olan çeşitli metodolojik sorunlara rağmen, çoğu araştırmacı çalışmalarında bildirilen oranların ihtiyatlı rakamlar olduğuna inanmaktadır. Bu özellikle, cinsel istismarın damgalayıcı bir fenomen olmasıyla bireylerin istismara uğradıklarını açığa vurmaktan hoşnut olmayabilecekleri nedeniyledir (103). Vajinal veya anal yoldan fiziksel temas, cinsel istismar için şart değildir. Cinsel istismarın kapsamına sadece vajinal, anal ve oral penetrasyon değil aynı zamanda cinsel içerikli gözetleme, konuşma, pornografik görüntüler izlettirme veya pornografi amacıyla kullanma gibi davranışlar da dahildir (101).

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkileri ve klinik görünümü birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında çocuğun istismar eden kişiyle ilişkisi, çocuğun gelişim derecesi, yaşı, istismar biçimi ve süresi, fiziksel şiddet olup olmaması, çocuktaki bedensel zararın varlığı, psikiyatrik açıdan özellikleri ve travmadan önceki ruhsal gelişimi bulunmaktadır (102). Türkiye'de yapılan bir çalışmada cinsel istismara mağduru çocuklarda en sık TSSB sonra akut stres bozukluğu, mental retardasyon ve depresyon tanıları konulduğu bildirilmiştir (104). Ayrıca cinsel istismarın disosiyatif yaşantılarda ve intihar düşüncesinde artış yaptığı da gösterilmiştir (105,106).

Cinsel istismar her özellikten insanı etkilemekle birlikte cinsel istismar açısından en korunmasız kesim çocuklardır ve mağdur çocuklarda ve ailelerinde bu durumun psikiyatrik açıdan yıkıcı sonuçlarının önlenmesine dair yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (102).

d. Duygusal ihmal: Çocuğun ilgi ve sevgiden yoksun bırakılması özellikle adölesan dönemde olmak üzere yeterli destek ve denetimden mahrum etmek olarak tanımlanmaktadır (107). Duygusal anlamda yeterli desteğin sağlanmaması ve şiddetle karşılaşmanın engellenmemesi duygusal ihmal kapsamındadır (74). Duygusal ihmal ve istismar, ergenlerin en sık maruz kaldığı ÇÇT olmasına rağmen fiziksel ya da cinsel istismar kadar zarar vermediği düşünüldüğü için uzun zaman boyunca yeterli düzeyde çalışma yapılmamıştır (108). Duygusal istismar kadar kolay saptanamadığı için gerçek sıklığı net olarak bilinmemektedir (109). Duygusal ihmal ve istismar, fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ına eşlik etmektedir ve ihmale uğramış çocukların gelişimleri şiddetli bir şekilde etkilenmiştir (75).

Duygusal istismar ve ihmal, uzunlamasına düşünüldüğünde diğer istismar ve ihmal tiplerine göre bireyin psikolojik işlevselliğini en fazla etkileyen ÇÇT türleridir (108).

e. Fiziksel ihmal: Çocuğun temel olarak beslenme, sağlık, giyim ve barınma gibi ihtiyaçlarının giderilmesinde yetersizlik veya yoksunluk olarak bilinmektedir (107). Çocuğun aç olduğu halde beslenme ihtiyacının karşılanmaması, bulunduğu ortamın güvenliğine dikkat edilmemesi, kirli ve mevsim şartlarına uygunsuz giysiler giydirilmesi fiziksel ihmale dair göstergelerdir (110). Yapılan çalışmalarda fiziksel ihmal insidansının %16,3 olduğu bulunmuştur (111). Fiziksel ihmal, fiziksel istismara göre daha fazla görülmesine rağmen ciddi yaralanma ya da ölümle neticelenmediği sürece gereken önem verilmemektedir ve diğer istismar türlerine göre tanı koymaya yönelik güçlükler mevcuttur (110). Çocukluktaki ihmalin psikopatolojiyle ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Çocuklarda fiziksel ihmalin akranlarıyla zayıf etkileşim, sosyal izolasyon, saldırganlık, kayıtsızlık, ilgi ve esneklik kaybıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (112). Ayrıca MDB ve fiziksel ihmal arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir (113).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Sonuçları

Hayvan deneyi araştırmaları ve klinik çalışmalardan elde edilen önemli kanıtlar, gelişimin erken dönemindeki stresli veya travmatik olayların beyin gelişimi üzerinde uzun süreli etkileri olduğunu göstermektedir. Özellikle, strese tepkiye aracılık eden nöral ve endokrin sistemler, olumsuz çocukluk çağı yaşantılarından sonra kalıcı değişiklikler gösterir (114). ÇÇT'nin MDB, TSSB, bipolar bozukluk, disosiyasyon, madde kullanımı ve diğer riskli davranış biçimi gibi birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir (30,105,115–117). Çeşitli psikiyatrik bozukluklar arasında MDB, çocukluk çağı travmatik yaşantılarıyla ilişkili en yaygın hastalıklardan biridir. Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalma, yaşam boyu depresyon riskini artırmakta ve hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (118).

ÇÇT'nin sonuçlarına yönelik yapılan çalışmalarda HPA aksı değişiklikleri ve bazı beyin bölgelerinde yapısal değişiklikler üzerinde durulmaktadır (119). Organizmada nöroendokrin stres yanıt sistemini temsil eden HPA aksı ve ilişkili olduğu beyin bölgelerinde ÇÇT'si nedeniyle sempatik aşırı uyarılma gerçekleşebildiği düşünülmektedir. Çocukluk döneminde stresörler nedeniyle CRH salınımının devamlı

yüksek bir seviyede olması HPA aksının kalıcı şekilde duyarlılaşmasını sağlar. Bu duyarlılaşmayla stresöre karşı dayanıksız hale gelen bireyin depresyona yatkınlaşabileceği görüşü öne sürülmüştür (46). HPA aksına ilave olarak ekstrahipotalamik bölgede CRH tip 1 reseptör aktivitesinde (CRHR1) artışın MDB etiyolojisinde yeri olduğu düşünülmektedir. BOS'ta artan CRH konsantrasyonlarının yanı sıra limbik beyin bölgelerinde (örn. hipotalamus, amigdala ve emosyonel tepkiye aracılık eden diğer alanlar) değişmiş CRHR1 mRNA ekspresyonu ve CRH bağlanması çalışmalarla gösterilmiştir (120,121). HPA aksı aynı zamanda hipokampus, amigdala ve medial PFK gibi hafıza, davranış ve duyguda rol oynayan limbik yapılarla da ilişkilidir (122). MDB hastalarında hipokampal küçülmenin olduğu bilinmekle beraber ÇÇT'ye bağlı olarak gelişen depresif belirtilerle hipokampal hacim arasında ilişki olduğu da gösterilmiştir (41,123).

Hastalık gelişiminde genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı yapılan çalışmalarda gösterilmiş olup çocukluk döneminde istismara uğrama veya yetişkin dönemde stresli yaşam olaylarına maruz kalma serotonin taşıyıcı geninde promotor lokasyonunda kısa allel taşıyan bireylerde depresyonu öngördüğü belirtilmiştir (11).

ÇÇT'nin MDB'nin klinik etmenleri üzerine de etkisi olduğu bilinmektedir. ÇÇT'si olan MDB hastalarında atak sayısının ve özkıyım girişiminin daha fazla olduğu gösterilmiştir (87,124). Yineleyen depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada ÇÇT'si olan bir grupta MDB başlama yaşının daha erken olduğunu, ilk atak yaşı için fiziksel ihmal ve duygusal istismarın prediktör olabileceğini belirtmişlerdir (125). İstismarın şiddetiyle ilişkisine yönelik yapılan çalışmada istismar şiddeti arttıkça erişkin dönemde MDB meydana gelme riski de artmaktadır. Yine bu çalışmada duygusal istismarın kronik seyir gösteren ve yineleyen MDB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (126). MDB ve ÇÇT öyküsü olan hastalar, ÇÇT'si olmayan MDB'li hastalardan daha yüksek semptom şiddeti, daha kötü seyir ve daha fazla tedaviye yanıt vermeme gösterirler (12). Ayrıca ÇÇT'si olan MDB hastalarında psikotik belirtiler ve persistan depresif belirtiler daha sık olarak bulunmaktadır (127,128).

ÇÇT ile MDB arasındaki ilişki uzun zamadır bilinmekle birlikte bu ilişkide aracı faktör olarak birçok unsur ele alınmıştır. Bu faktörlerden birisi de ruminasyondur. Ruminatif düşünce eğiliminin, çocukluk döneminde olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan yetişkinlerde daha yaygın olabileceği öne sürülmüştür (129). Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerin olumsuz duygular

ve sıkıntıyla başa çıkmak için uyumsuz bir strateji olarak tekrarlayan olumsuz düşüncelere girebilecekleri varsayılmaktadır. Bu bireylerin ruminatif düşünme biçimiyle yaşamlarının rahatsız edici yönlerini anlamaya ve bunlar üzerinde bir miktar kontrol kazanmaya çalıştıkları bilinmektedir (130). Ayrıca ÇÇT'nin ruminasyon üzerine etkileri genetik ve epigenetik mekanizmalarla incelenmiştir (131,132).

2.3. RUMİNASYON

Literatürde ruminasyon terimi ilk kez 1600'lerde kullanılmaya başlanmış olup "geviş getirmek" ve "tekrarlayıcı şekilde nedenlere yönelik düşüncelerin zihinde dönüp durması" olarak iki anlamda kullanılmıştır (133). Depresif ruminasyon ise kişinin depresyonda olduğu gerçeğine, depresyon belirtilerine ve depresif belirtilerin nedenlerine, anlamlarına ve sonuçlarına tekrar tekrar odaklanmak olarak tanımlanmaktadır (13).

Ruminasyonun MDB psikopatolojisine etkisi hakkında önemle durulmaktadır. Bu konuyla alakalı olarak geliştirilen önemli kuramlardan biri olan Nolen-Hoeksema'nın tepki biçimleri teorisinde (TBT) ruminasyonun depresif duygudurumun devam etmesini sağladığı ve artırdığı ifade edilmiştir (134). Bu teoride stresörlere yanıt olarak meydana gelen düşünme biçimi ya da düşünce işlemleme sürecine içerikten daha fazla odaklanılır. TBT bireylerin olumsuz duyguduruma cevaplarının değiştiğini ve bu değişikliklerin duygudurumun seyrini etkilediğini belirtir (135). TBT'de çökkün duyguduruma karşı gelişen ruminatif tepki biçimi, bireyin disforik duygudurumunun kronikleşmesinde yatkınlık sağlamaktadır. Depresif belirtilere odaklı ruminasyon, belirtilerin süresinde ve şiddetinde artışa sebep olarak semptomların daha süreğen bir durum almasına ve orta dereceli depresif semptomların MDB atağına dönüşmesine neden olmaktadır. Ruminatif tepki biçimine sahip kişilerin sonunda ulaştıkları bilişlerin içeriği bazen olumsuz otomatik düşüncelere benzeyebilir ancak aynı değildir. Ruminatif tepki biçimi bireyin dikkatini kendi duygusal durumuna odaklayan ve kişiyi içinde bulunduğu duygudurumdan uzaklaştırabilecek her türlü eylemi engelleyen bir düşünce ve davranış örüntüsüdür. Bu düşünme biçiminin sonunda olumsuz düşünceler ortaya çıkabilir ancak bu çözümlemenin merkezinde yer alan olumsuz bilişlerin içeriği değil biçimidir (13,134). Ruminatif düşünce biçiminin geleceğe yönelik olumlu olaylar üzerine kötümser yaklaşım, günlük yaşam olayları hakkında çarpıtmalar ve kişiler arası problemlere yönelik etkisiz çözümlerle ilişkili

olduğu bilinmektedir (136). TBT'ye göre üç mekanizma ruminasyonun depresif duygudurumu sürdürmesiyle ilişkilidir. İlk olarak depresif duygudurumdan çıkmayı sağlayan faydalı baş etme davranışlarının ve dikkat mekanizmalarının devreye girmesini engeller. İkinci olarak depresif duygurum otobiyografik belleği etkiler ve burada depolanmış olumsuz bilgilere ulaşılmayı kolaylaştırır. Üçüncü olarak da çökkün duygudurumdaki bireyler kendilerini küçümser tarzda olan açıklamaları seçerler ve bu sayede depresif duygudurum artar (137).

MKT, kanıta dayalı bir terapi çeşidi olup ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. MKT'de amaç psikiyatrik bozukluğun devam etmesindeki nedenlerden biri olduğu düşünülen bilişsel süreçlere dikkati vermek ve bireyin bu süreçlere verdiği uyum bozucu tepkileri değiştirmede aracı rol oynamaktır. MKT, üstbilişlere (metacognitions) önem vermektedir çünkü biliş ve davranışları üstbilişler aracılığıyla kontrol altında tutabilmektedir. Üstbiliş kişinin düşünceleri hakkında inançları ve düşüncelerini kontrol etmek için kullandığı stratejilerdir. Üstbiliş daha basit bir ifadeyle düşünce hakkında düşünmek olarak tanımlanabilmektedir. Üstbilişlerin kişinin kendisiyle ilgili bilişleri seçme, izleme, kontrol etme ve yorumlama gibi görevleri vardır (71). Üstbilişler olumlu ve olumsuz olarak ikiye ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişler endişe, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar ve dikkat yanlılıklarının faydalı olduğuna dair inanışlardır. Olumsuz üstbilişler, olumlu üstbilişlerin devamında meydana gelen ve kontrol edilemediğinden zararlı olabileceği düşünülen inançlardır. Kişinin kendi düşünceleriyle alakalı inançları ve bunlar hakındaki değerlendirmeleri "üstbilişsel bilgi"; düşünceyi kontrol etmeye çalışmak, düşünceyi izlemek gibi süreçlerse "üstbilişsel düzenleme stratejileri" olarak tanımlanır. Üstbilişlerin temelini oluşturan kendini düzenleyici yürütücü işlevler (S-REF) modeline göre bireyin düşüncelerine tepki vermesi ve bu düşüncelerle baş etme tarzını belirleyen üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel stratejilerdir. (138). Temel model olan S-REF modelinde duygusal bozukluğun yukarıdan aşağı doğru bir sistemle kontrol edilir ve sürmesi sağlanır. S-REF modelinde bilişsel süreçler birbiriyle etkileşimde bulunan üç seviyede yayılmıştır. Söz konusu seviyeler: en altta yer alan düşük seviyeli işlemle olarak adlandırılan otomatik ve refleksif işleme, orta kısımda yer alan tanımlanmış bilişsel biçim olarak ifade edilen davranış ve düşüncelerin bilinçli işlemlenmesi ve üst kısımda yer alan uzun süreli bellekte depolanan metakognitif sisteme dair bilgi ve inançlardır (139).

S-REF modelinde önemli etmenlerden biri bilişsel dikkat sendromudur (BDS). Rahatsızlığın sürdürülmesi, BDS aktivasyonu ile bağlantılıdır. BDS, tehditle başa çıkma aracı olarak kullanılan endişe ve ruminasyon şeklinde tekrarlayan düşünme şeklinden oluşur. Aynı zamanda, genellikle içsel olan (düşünceler, duygular gibi) tehdit kaynaklarına aşırı derecede odaklanan bir dikkat stratejisinden meydana gelir. Kişilerarası ortamı olumsuz etkiledikleri ve kişinin hatalı inançları test etmesini engellediği için yararsız olan başa çıkma davranışlarını (örneğin, kaçınma, düşünceyi bastırma) içerir (140). Genel bir ifadeyle ise BDS kişinin tehlike duyumunu sürdüren şeyin kendisi olarak nitelendirilir. Ruhsal bozukluğa sahip kişilerin düşünme kalıpları kontrol etmesi zor, belirli konulara aşırı odaklanmış, ruminatif ve tekrarlayıcı bir özelliğe sahiptir ve bu özellikler BDS'nin belirtileridir. MKT'de terapist BDS'yi ortadan kaldırmaya odaklanır (139).

MKT'de BDS, kendine özgü bir vaka formülasyonunda tanımlanır ve uyumsuz üstbilişsel inançları tanımlayarak ve bunlara meydan okuyarak ele alınır. Terapötik teknikler, dikkat eğitimi, ayrıştırıcı farkındalık ve üstbilişleri hedefleyen davranışsal deneyleri içerir. Dikkat eğitimi, hastanın dikkati çeşitli seslere yönlendirmeyi uyguladığı işitsel bir görevdir. Amaç, dikkat esnekliğini yeniden kazanmak, yürütücü işlev kontrolünü güçlendirmek ve böylece BDS'yi kesintiye uğratmaktır. Ayrıştırıcı farkındalık, içsel olayların üstbilişsel olarak farkında olma ve aynı zamanda düşüncelere daha fazla katılmadan veya üzerinde hareket etmeden kendini onlardan ayırma yeteneğini ifade eder. Metaforlar genellikle tekniği göstermek ve öğretmek için kullanılır. Örneğin, düşünceler uzaklaşan bulutlar olarak hayal edilebilir (141).

MDB'nin üstbilişsel modelinde kişilerin depresif temalı duygu ya da düşünce yaşaması durumunda olumlu üstbilişler devreye girmektedir. Bu inançlar ise ruminatif düşünme kaskadını harekete geçirmektedir. Bu durum MDB semptomlarının izlenmesi gerektiği düşüncesiyle bireylerin ruminasyon seviyesini artırmaktadır. Ruminasyon düzeyinin artmasıyla da olumsuz içerikli üstbilişlerin meydana gelmektedir (142).

MKT üstbilişsel modele dayanarak BDS'yi ve ona yol açan psikolojik faktörleri değiştirmeyi amaçlar. MKT'nin başlangıçta perseverasyonu (endişe/ruminasyonu) azaltmak, dikkat ve düşünme süreçleri üzerinde kontroldeki esnekliği artırmak ve üstbilişsel farkındalığı desteklemek için geliştirilen dikkat eğitim tekniğinin tekrarlayan MDB ve diğer birçok psikiyatrik bozuklukta etkili olduğu

gösterilmiştir. Ancak ruminasyonu azaltmak için ek stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır. BDS'ye ek olarak depresyonda uygulanan MKT'de hastalara ruminasyon ve tehditi izlemeyi tanımlama, depresif temalı duygu ve düşüncelerin kontrol edilemezliği ve önemi konusundaki olumsuz üstbilişlere meydan okuma ve uzun uzun düşünme ve tehdit izlemeyle ilgili olumlu üstbilişlere meydan okuma uygulanır. Tedavide son nokta ise BDS aktivasyonunu içermeyen olumsuz duygu ve davranışlara karşı yeni bir takım tepki geliştirmesini sağlamaktır (140).

Ruminasyon açısından cinsiyet farklılığı çalışmalarlar gösterilmiştir. Kadınlarda erkeklere oranla ruminasyon daha yüksek olarak saptanmıştır (143). Türkiye'de yapılan ve yaşa ve cinsiyete göre değişen ruminasyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada her iki cinsiyette de yaşla beraber ruminasyon düzeylerinin arttığı ve kızlarda erkeklere göre hep daha yüksek ruminasyon düzeylerinin saptanmıştır. Yine bu çalışmada kız öğrencilerin daha fazla psikolojik sorun yaşamasının ruminatif özelliklere bağlandığı görülmüştür (144).

MKT'ye yönelik çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Yapılan bir metaanalizde MKT'nin MDB ve anksiyete bozukluklarında etkin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma tedavi öncesi ile takip dönemini ve tedavi öncesi ile sonrası dönemi karşılaştırmış olup etki büyüklüğü açısından anlamlı sonuçlar elde etmiştir. MKT'nin BDT'ye göre daha etkili olabileceği bu çalışmada ifade edilmiştir (141).

ÇÇT ve ruminasyon ilişkisine yönelik çalışmalar literatürde mevcuttur. Ruminasyonun, cinsel istismarın uzun vadeli etkilerini açıklamaya yardımcı olabilecek bir süreç olduğu düşünülmekle birlikte cinsel istismar mağdurlarının sıkıntıya tepki olarak daha fazla ruminasyona girebilecekleri gösterilmiştir (145). ÇÇT'nin depresyon ortaya çıkarıcı etkisine ruminasyonun kısmen aracılık ettiği gösterilmiştir (17). Ayrıca daha yakın tarihli başka bir çalışmada iki farklı epigenetik düzenleyici mekanizma ile ilişkili iki HTR2A polimorfizminin, mevcut ve yaşam boyu depresyon durumundan bağımsız olarak, çocukluk çağı stresinin bir işlevi olarak mevcut yetişkin ruminasyonu üzerinde önemli bir etki yaptığı gösterilmiştir (132).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırmanın örneklemini 01.06.2022-30.11.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) (146) uygulanarak majör depresif bozukluk tanısı almış 94 hasta ile belirtilen özellikler bakımından benzer 91 sağlıklı kontrol oluşturdu.

Çalışmanın başlangıcında hasta grubunda yer alması planlanan 123 katılımcı, araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda yeniden değerlendirilmiş olup belirtilen koşulları sağlamayan katılımcılar dışlanmış ve sonuç olarak 94 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların dahil olma ölçütleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı almış olmak (2)
- Araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmaya katılan sağlıklı kontrollerin dahil olma ölçütleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre geçmişte ve halen herhangi bir psikiyatrik hastalığın saptanmamış olması
- Araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmaya hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun dahil olmama ölçütleri:

- Anket sorularını anlamayı etkileyecek düzeyde bilişsel sorun varlığı
- Türkçe okuma yazma bilmemek
- Ek psikiyatrik hastalık tanısı varlığı (bipolar bozukluk, nörogelişimsel bozukluklar, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluk, dissosiyatif bozukluk vb)

- Nörobilişsel bozukluk tanısı almış olmak
- Herhangi bir madde kullanım bozukluğu tanısını karşılıyor olmak
- Son altı ay içerisinde herhangi bir psikotrop tedavi kullanmış olmak

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce ilk olarak Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından 31.03.2022 tarihinde yapılan 6 no'lu toplantıda izin alınmıştır. TUEK izni sonrasında araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.04.2021 tarih ve 2022-169 proje/karar numaralı kararı ile onaylanmıştır. Ayrıca Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'nun 16.06.2022 tarih ve 138677 sayılı toplantısında tez konusu kabul edilmiştir. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'tedir. Haziran 2022 – Mart 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın gerekli izinlerinin alınması, veri toplama, istatistik ve tez yazım gibi bütün aşamaları İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi kriterleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Ayrıca bilgilendirilmiş gönüllü onam formu EK-4'tedir.

3.3. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 17 maddeden oluşmaktadır. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaş, öğrenim süresi, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaç tedavileri, intihar öyküsü ve alkol-madde kullanım varlığına dair bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formunun bir kopyası EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Depresyon düzeyini nesnel olarak ölçmek amacıyla kullanılan, bireyin

son 1 hafta içerisinde kendisini nasıl hissettiği ile ilgili toplam 21 maddeden oluşmaktadır (EK-5). Yanıtların 0-3 arasında puanlandığı 4 seçenekten oluşan likert tipi özbildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 0-9 puan: normal, 10-18 puan: hafif depresyon, 19-29 puan: orta düzey depresyon, 30-63: şiddetli depresyonu göstermektedir. Ölçek puanı arttıkça depresif semptomların şiddeti artmaktadır. 1989 yılında Nesrin Hisli tarafından Türkçe formu geliştirilmiştir ve ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (147,148).

3.3.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21) bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek amacıyla 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiştir (149). 21 maddeden oluşan özbildirim ölçeğinde depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinin her biri için 7 soru bulunmaktadır (EK-5). Ölçek 4'lü Likert tipi ölçektir (1: "Hiçbir zaman", "4: Her zaman"). Ölçekten her bir alt boyut için alınabilecek en yüksek toplam puan 21'dir. Kişinin stres alt boyutundan 8 puan, anksiyete alt boyutundan 4 puan, depresyon alt boyutundan ise 5 puan ve üzeri bir puan alması o alt boyut ile ilgili psikopatolojiye dair sorunlar olabileceğini göstermektedir. Hakan Sarıçam tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Klinik örneklemde Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için $\alpha = 0.87$, anksiyete alt ölçeği için $\alpha = 0.85$ ve stres alt ölçeği için $\alpha = 0{,}81$ olarak bulunmuştur. Elde edilen psikometrik özelliklere göre DASÖ-21'in depresyon, anksiyete ve stres düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirildiği bildirilmiştir (150).

3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir (151). Yirmi sekiz soruluk ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Şar ve arkadaşları tarafından (2012) yapılmış olup, ilerleyen süreçte ek faktör olarak aşırı koruma-aşırı kontrolü içeren boyutu da eklenerek 33 soruluk yeni bir revizyonu oluşturulmuştur. Uygulanması özbildirim şeklindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde "(1) hiçbir zaman" ile "(4) her zaman" arasında olmak üzere beşli Likert tipi derecelendirme sistemi kullanılmaktadır. Oluşturulan bu yeni versiyonun Cronbach

alfa puanı α = 0.87 ve Gutmann bölünmüş yarı katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Toplam puan ölçeğin 33 soruluk hali için 25-150 arasında olarak belirtilmiştir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol alt ölçek puanları ilgili maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. İnkâr (minimize etme) puanlarını hesaplamak için ilgili üç madde içerisinde (Madde 10, 16, 22), birine (Madde 10) verilen yanıtın önce ters çevrilmesi gerekir. Her bir madde için en yüksek puanın (5 puan verilmesi) seçilmesi halinde verilen 1 puanların toplanması ile inkâr puanı elde edilir. Toplam inkâr puanı 0-3 arasında olabilir (152). Çalışmada 33 soruluk genişletilmiş versiyonu kullanılmıştır (EK-5).

3.3.5. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) Brinker ve Dozois tarafından 2009 yılında genel ruminasyon eğilimini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (153). Türkçe geçerlik güvenirliği Hasan Turan Karatepe tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Özbildirime dayalı 20 maddeden oluşan 7'li likert tipi ölçektir (EK-5). Her madde "(1) hiç" ile "(7) çok iyi" şeklinde sıralamaya sahiptir. Ölçekten alınabilecek puan en az 20, en fazla 140 olabilir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Türkçe çevirisinde ölçeğin kesme puanı olmadığı belirtilmiştir. Puan arttıkça kişinin ruminatif düşünce biçiminin arttığı düşünülmektedir. Ölçek o anki duygudurumdan ziyade kişinin genel düşünce biçimini değerlendirir. Bu nedenle ölçeğin tüm psikopatolojik durumlarda kullanılmaya uygun olduğu belirtilmiştir. Herhangi bir psikopatolojik durum özgü olmadığı için ölçekteki puanların toplamı bir psikiyatrik bozukluğa işaret etmemektedir (154).

3.4. YÖNTEM

Çalışma için gerekli TUEK ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran SCID-5-CV ve DSM-5 tanı kriterlerine uyan Majör Depresif Bozukluk tanılı hastalar ve benzer özelliklerdeki gönüllü sağlıklı katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan katılımcılar tarafından rutin ruhsal muayeneleri tamamlandıktan sonra özbildirime dayalı olgu rapor formu doldurulmuştur. Gerekli bilgilendirme ilgili klinisyenlerce yapılmış olup çalışmaya dahil edilen hastalara muayeneleri sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu uygulanarak

yaş, öğrenim süresi, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaç tedavileri, intihar öyküsü ve alkol-madde kullanım varlığına dair bilgiler sorgulanmıştır. Ardından katılımcıların eşlik edebilecek anksiyete ve stres düzeyleri ile depresyon şiddetini ölçmek için DASÖ-21, depresyon şiddetinin nesnelliğinin ölçülmesinde ve çalışmanın gücünü artırmak maksadıyla BDÖ, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının türü ve şiddetinin ölçülebilmesi amacıyla ÇÇTÖ-33 ve son olarak ruminasyon şiddetini ölçmek amacıyla RDBÖ doldurulmuştur. Toplanan verilere gerekli istatistiksel analizler yapıldıktan sonra bilimsel olarak raporlanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

G*power programı ile literatür verilerine dayanılarak power analizi yapılmış ve çalışma için α hata:0.05, power:0.80 ve etki büyüklüğü F2: 0,15 olarak hesaplandığında örneklem sayısı her bir grup için minimum 77 toplam 154 olarak bulunmuştur. Araştırmada elde edilen tüm verilerin istatistik analizleri Windows uyumlu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0, AMOS-24 ve Jamovi paket programları ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri veri setlerine uygun şekilde kaydedildikten sonra tanımlayıcı istatistiksel analiz kısmına geçilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında öncelikle parametrik testler için gerekli varsayımları karşılayıp karşılamadığı incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnow testi ile değerlendirilmiştir.

Parametrik varsayımları karşılayanlar için Student T Testi karşılanmadığı durumlarda Mann-Withney U testi kullanılmıştır. İki grup arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki incelemek için parametrik testler için varsayımları karşılamaları durumunda Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastalık durumunun yordayıcılığı Lojistik Regresyon Analizi ile test edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, teorik bilgiler ve temel istatistik analizler ışığında

oluşturulan model aracılık ile test edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık sınırı olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %63,2'si (n=117) kadın, %36,8'i (n=68) erkeklerden oluşmaktadır. 185 katılımcının yaş ortalaması 32,51±9,13 yıl ve eğitim yılı ortalaması 15,42±3,90 olarak hesaplandı. Katılımcıların %69,2'si (n=128) çalışıyor, %30,8'i (n=57) çalışmıyordu. Katılımcıların %46,5'inin (n=86) bekar, %49,2'sinin (n=91) evli ve %4,3'ünün (n=8) boşanmış olduğu belirlendi. Kontrol grubu ile majör depresif bozukluk tanılı hasta grubunun sosyodemografik verilerinin, iki grup arasında karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Buna göre iki grup arasında cinsiyet ($\chi2$=0,028; p=0,866), yaş (t=0,946; p=0,345), çocuk sahibi olma ($\chi2$=0,118; p=0,732) ve çocuk sayısı (t=-0,283; p=0,778) değişkenlerinde istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bununla birlikte iki grup arasında eğitim süresi (U=1831; p<0,001), çalışma durumu ($\chi2$=40,735; p<0,001) ve medeni durum ($\chi2$=12,805; p=0,002) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlendi.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
Cinsiyet (n(%)				*X2*=0,028
Kadın	117 (63,2)	60 (63,8)	57 (62,6)	df=1
Erkek	68 (36,8)	34 (36,2)	34 (37,4)	p=0,866
Yaş (Yıl; ort.±SS)	32,51±9,13	31,89±10,50	33,16±7,45	t=0,946 df=183 p=0,345
Eğitim süresi (Yıl; ort.±SS)	15,42±3,90	13,73±,93	17,17±3,02	U=1831 **p<0,001**
Çalışma Durumu (n(%))				
Çalışıyor	128 (69,2)	45 (47,9)	83 (91,2)	*X2*=40,735
Çalışmıyor	57 (30,8)	49 (52,1)	8 (8,8)	df=1 **p<0,001**
Medeni Durum (n(%))				
Bekar	86 (46,5)	49 (52,1)	37 (40,7)	*X2*=12,805
Evli	91 (49,2)	37 (39,4)	54 (59,3)	df=2
Boşanmış	8 (4,3)	8 (8,5)	0	**p=0,002**
Çocuk sahibi olma (n(%))				
Hayır	104 (56,2)	54 (57,4)	50 (54,9)	*X2*=0,118
Evet	81 (43,8)	40 (42,6)	41 (45,1)	df=1 p=0,732
Çocuk Sayısı (ort.±SS)	1,79±1,16	1,82±0,62	1.75±1,52	t=-0,283 df=80 p=0,778

t: Student t test, U:Mann_Withney U test, *X2*: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde)

Katılımcıların fiziksel hastalık, sigara, alkol ve madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması ise Tablo 4.2'de sunulmuştur. Buna göre iki grup arasında sigara kullanımı ($\chi2$=9,138; p=0,003) değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, fiziksel hastalık ($\chi2$=0,087; p=0,768), fiziksel hastalık için düzenli ilaç kullanımı ($\chi2$=0,461; p=0,497), sigara kullanımı olanların sigara sayısı (t=-0,847; p=0,400), alkol kullanımı ($\chi2$=0,028; p=0,867) ve psikoaktif madde kullanımı değişkenlerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4.2. Katılımcıların fiziksel sağlık ve sigara, alkol, madde kullanım verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
Fiziksel hastalık (n(%))				
Yok	144 (77,8)	74 (78,7)	70 (76,9)	*X2*=0,087
Var	41 (22,2)	20 (21,3)	21 (23,1)	df=1 p=0,768
Fiziksel hastalık için düzenli ilaç kullanımı (n(%))				
Yok	152 (82,2)	79 (84,0)	73 (80,2)	*X2*=0,461
Var	33 (17,8)	15 (16,0)	18 (19,8)	df=1 p=0,497
Sigara kullanımı (n(%))				
Yok	116 (62,7)	49 (52,1)	67 (73,6)	*X2*=9,138
Var	69 (37,3)	45 (47,9)	24 (26,4)	df=1 **p=0,003**
Günlük sigara sayısı (kullananlarda) (ort.±SS)	16,82±10,20	17,60±9,49	15,44±10,71	t=-0,847 df=68 p=0,400
Alkol kullanımı (n(%))				
Yok	166 (89,7)	84 (89,4)	82 (90,1)	*X2*=0,028
Var	19 (10,3)	10 (10,6)	9 (9,9)	df=1 p=0,867
Psikoaktif madde kullanımı(n(%))				
Yok	185	94	91	
Var	0	0	0	

t: Student t test, *X2*: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde), *: Fisher's Exact Test

Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur. Buna göre iki grup arasında intihar girişimi ($\chi2$=10,714; p=0,001) ve geçmiş psikiyatri tanı ($\chi2$=37,458; p<0,001) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken; psikiyatri yatışı ($\chi2$=2,952; p=0,086) değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4.3. Katılımcıların ruhsal sağlık verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
İntihar girişimi (n(%))				
Yok	171 (92,4)	81 (86,2)	90 (98,9)	*X2*=10,714 df=1 **p=0,001**
Var	14 (7,6)	13 (13,8)	1 (1,1)	
Geçmiş psikiyatrik tanı (n(%))				
Yok	153 (82,7)	62 (66,0)	91 (100)	*X2*=37,458 df=1 **p<0,001**
Var	32 (17,3)	32 (34,0)	0	
Psikiyatri yatışı (n(%))				
Yok	182 (98,4)	91 (96,8)	91 (100)	*X2*=2,952 df=1 p=0,086
Var	3 (1,6)	3 (3,2)	0	

X2: Pearson Ki-kare testi, n (%): frekans (yüzde)

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaşam yerleri ile ilgili veriler Tablo 4.4'te sunulmuştur. Elde edilen verilere göre iki grup arasında, geçmiş ($\chi2$ =1,380; p=0,502) ve mevcut ($\chi2$=2,613; p=0,271) yaşam yerleri ve geçmişte ($\chi2$=2,577; $\chi2$=2,577) beraber yaşadıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.4. Katılımcıların yaşam yeri ve beraber yaşadıkları kişiler ile ilgili verilerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
Çocukluk döneminde yaşadığı yerleşim birimi (n(%))				
Şehir merkezi	128 (69,2)	64 (68,1)	64 (70,3)	*X2*=1,380 df=2 p=0,502
İlçe	36 (19,5)	21 (22,3)	15 (16,5)	
Köy	21 (11,4)	9 (9,6)	12 (13,2)	
Çocukluk döneminde kiminle yaşadığı (n(%))				
Anne, baba, kardeşler	148 (80,0)	72 (76,6)	78 (85,7)	*X2*=2,577 df=3 X2=2,577
Geniş aile	24 (13,0)	16 (17,0)	10 (11,0)	
Anne/babadan biriyle	6 (3,2)	4 (4,3)	2 (2,2)	
Büyük ebeveynlerden biri	3 (1,6)	2 (2,1)	1 (1,1)	
Mevcut yerleşim birimi (n(%))				
Şehir merkezi	162 (87,6)	80 (85,1)	82 (90,1)	*X2*=2,613 df=2 p=0,271
İlçe	22 (11,9)	14 (14,9)	8 (8,2)	
Köy	1 (0,5)	0	1 (1,1)	

X2: Pearson Ki-kare testi, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma, n (%): frekans (yüzde)

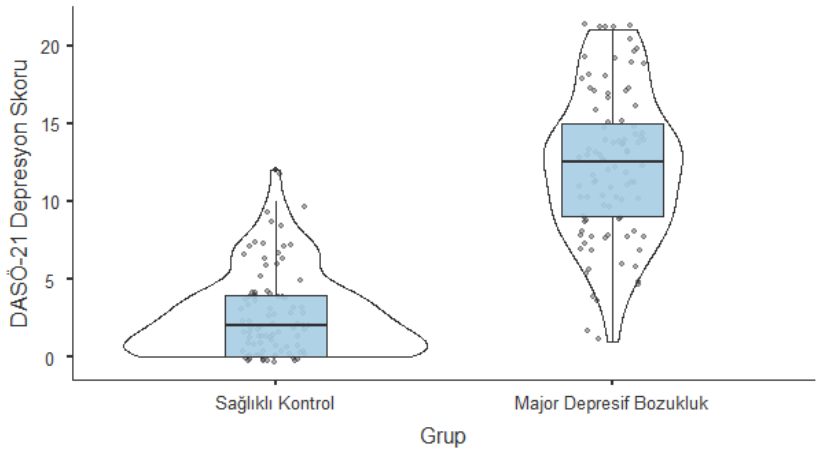
Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine ilişkin ölçek puanları Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre iki grup arasında depresyon (t=-16,821; p<0,001), anksiyete (t=-10,111; p<0,001) ve stres (t=-13,528; p<0,001) puanları ile toplam puanlar (t=-15,996; p<0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi.

Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

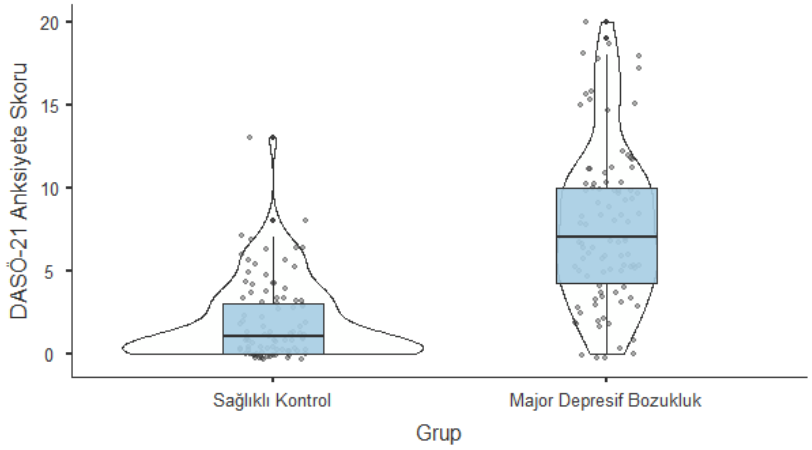
Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
DASÖ-21 (Ort.±SS)				
Depresyon	7,60±6,17	12,31±4,72	2,72±2,73	t=-16,821 df=183 **p<0,001**
Anksiyete	4,89±4,73	7,68±4,77	2,02±2,43	t=-10,111 df=183 **p<0,001**
Stres	7,23±5,29	10,91±4,31	3,44±3,07	t=-13,528 df=183 **p<0,001**
Toplam	19,73±14,92	30,91±11,57	8,18±7,16	t=-15,996 df=183 **p<0,001**

DASÖ-21: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

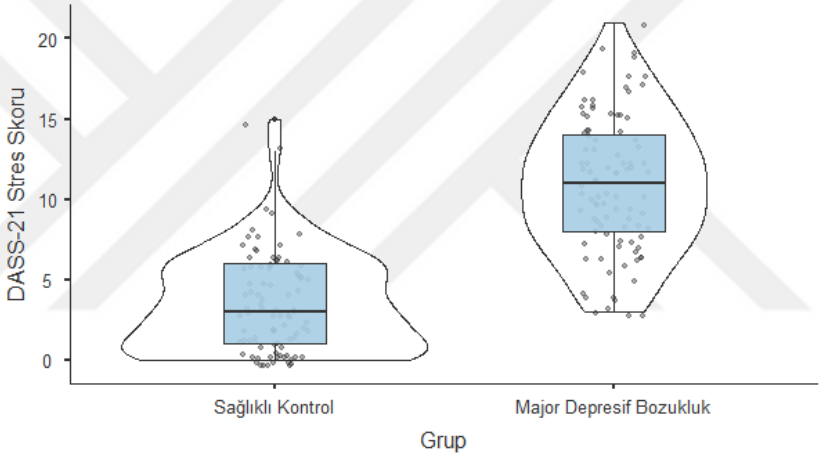
İki grubun depresyon, anksiyete ve stres puanları ile toplam puanlar açısından karşılaştırılması Şekil-4.1, Şekil-4.2, Şekil-4.3 ve Şekil-4.4'te verilmiştir.



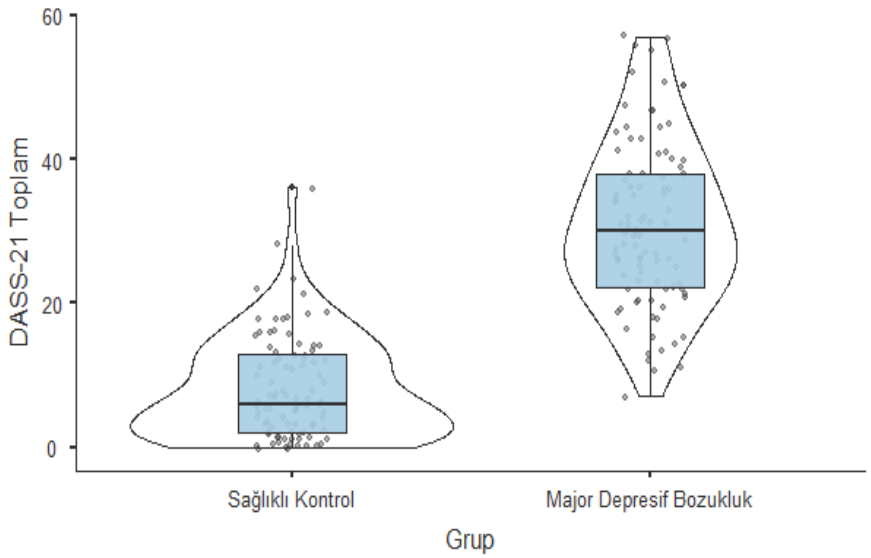
Şekil 4.1. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun depresyon puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.2. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.3. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun stres puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.4. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun toplam puanlar açısından karşılaştırılması

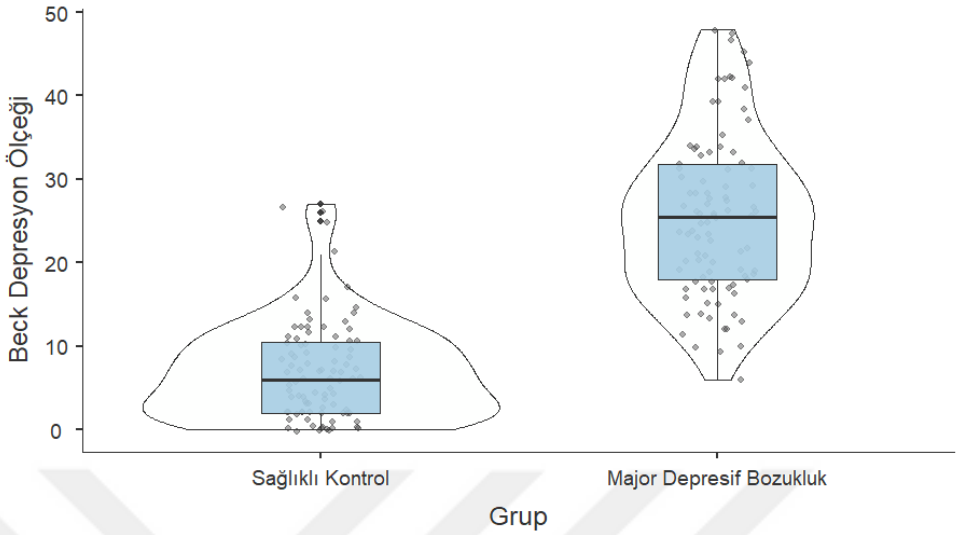
Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) puanlarının karşılaştırılmasına dair veriler Tablo 4.6'da verilmiştir. Verilere göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puanında (t=15,510; p<0,001) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği toplam puanında (t=-9,233; p<0,001) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 4.6. Katılımcıların BDÖ ve RDBÖ puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

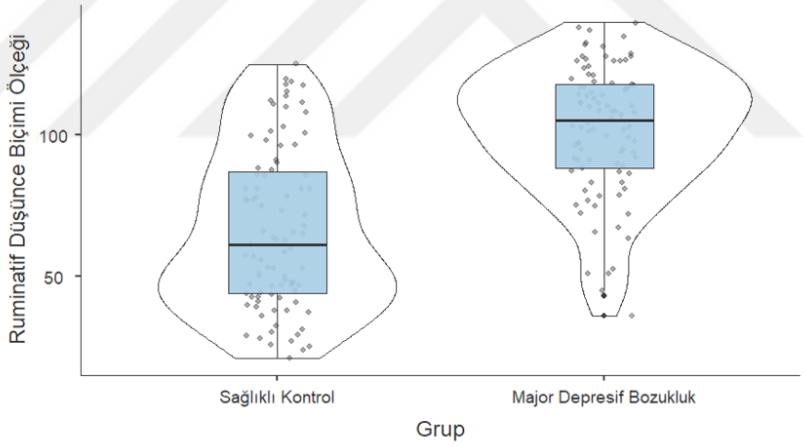
Değişken	**Toplam (n=185)**	**Hasta (n=94)**	**Kontrol (n=91)**	**İstatistik**
Beck Depresyon Ölçeği (Ort.±SS)	16,41±12,29	25,51±9,74	7,02±5,95	t=-15,510 df=183 **p<0,001**
Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (Ort.±SS)	84,19±31,28	101,50±23,25	66,31±28,39	t=-9,233 df=183 **p<0,001**

DASÖ-21: Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

İki grubun BDÖ ve RDBÖ toplam puanlar açısından karşılaştırılması Şekil-4.5 ve Şekil-4.6'da verilmiştir.



Şekil 4.5. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun BDÖ puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.6. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun RDBÖ puanları açısından karşılaştırılması

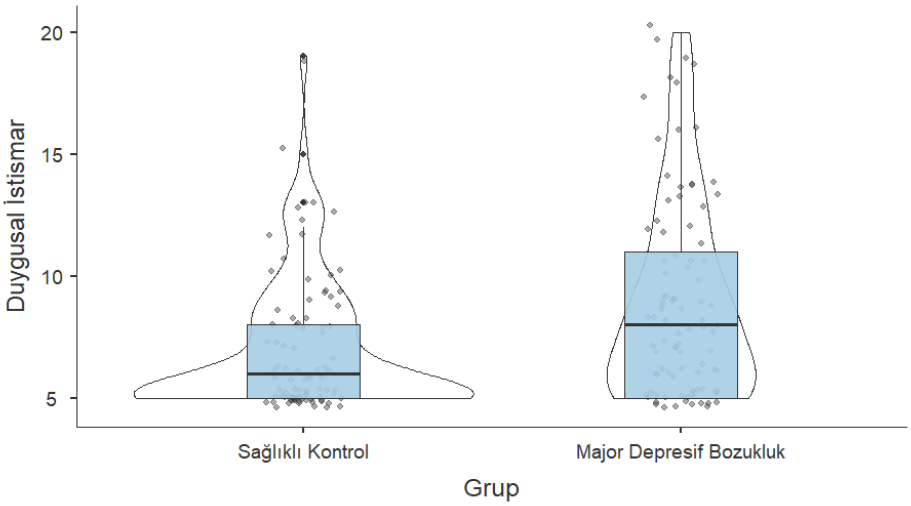
Gruplar arasında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasına dair veriler Tablo 4.7'de verilmiştir. Verilere göre iki grup arasında duygusal istismar (t=-3,861; p<0,001), fiziksel istismar (t=4,089; p<0,001), fiziksel ihmal (t=-6,504; p<0,001), duygusal ihmal (t=-6,261; p<0,001), cinsel istismar (t=-2,506; p=0,013) ve aşırı koruma kontrol (t=-3,551; p<0,001) alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi.

Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) puanlarının çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

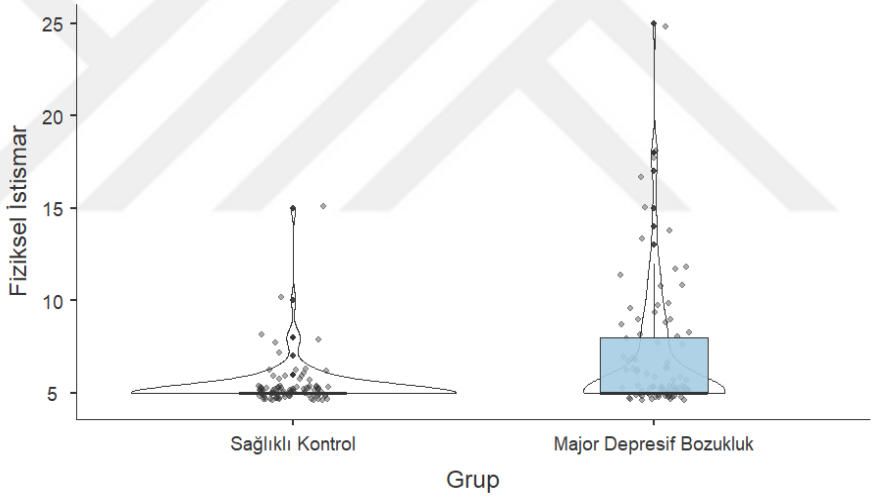
Değişken	Toplam (n=185)	Hasta (n=94)	Kontrol (n=91)	İstatistik
ÇÇTÖ-33 (Ort.±SS)				
Duygusal İstismar	8,01±3,67	9,00±4,14	6,98±2,79	t=-3,861 df=183 **p<0,001**
Fiziksel İstismar	6,23±2,81	7,03±3,56	5,40±1,29	t=-4,089 df=183 **p<0,001**
Fiziksel İhmal	8,12±3,81	9,74±4,32	6,45±2,19	t=-6,504 df=183 **p<0,001**
Duygusal İhmal	12,11±5,42	14,35±5,27	9,80±4,56	t=-6,261 df=183 **p<0,001**
Cinsel İstismar	6,04±3,06	6,59±3,96	5,48±1,50	t=-2,506 df=183 **p=0,013**
Aşırı Koruma Kontrol	10,94±4,57	12,08±4,87	9,76±3,92	t=-3,551 df=183 **p<0,001**
İnkar (Minimizasyon)	0,63±0,74	0,61±0,72	0,64±0,78	t=0,284 df=183 p=0,777

ÇÇTÖ-33: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33, t: Student t test, ort.±SS: Ortalama±Standart Sapma

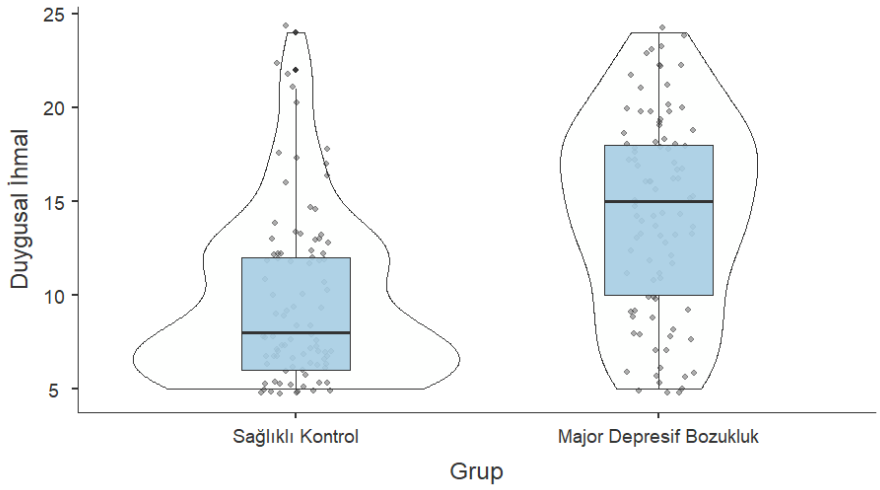
Gruplar arasındaki duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar ve aşırı koruma kontrol alt ölçek puanlarına ilişkin verilerin karşılaştırılması Şekil-4.7, Şekil-4.8, Şekil-4.9, Şekil-4.10 ve Şekil-4.11'da verilmiştir.



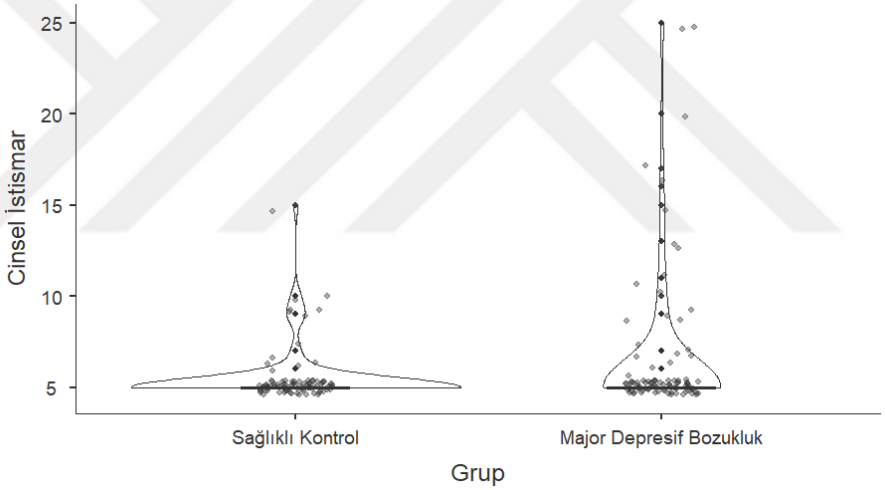
Şekil 4.7. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal istismar puanları açısından karşılaştırılması



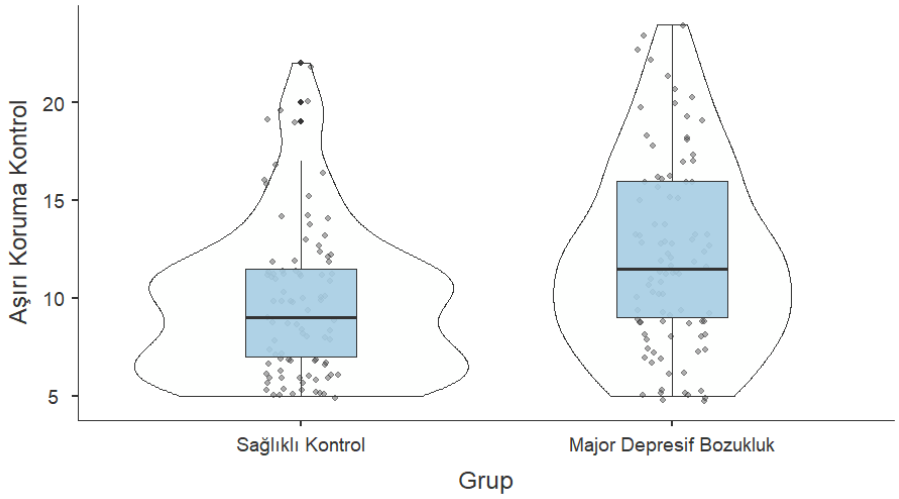
Şekil 4.8. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun fiziksel istismar puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.9. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun duygusal ihmal puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.10. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun cinsel istismar puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.11. Sağlıklı kontrol grubu ile MDB tanılı grubun aşırı koruma kontrol puanları açısından karşılaştırılması

4.2. SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Katılımcıların ÇÇTÖ-33 alt ölçekleri ile DASÖ-21'in alt ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.8'da sunulmuştur.

Buna göre DASÖ-21 Depresyon alt ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-33'ün Duygusal istismar (r=0,353; p<0,001), Fiziksel İstismar (r=0,255; p<0,001), Fiziksel İhmal (r=0,431; p<0,001), Duygusal İhmal (r=0,525; p=<0,001), Cinsel İstismar (r=0,271; p<0,001) ve Aşırı Koruma Kontrol alt ölçek puanları (r=0,293; p=<0,001) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

DASÖ-21 Anksiyete alt ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-33 Duygusal istismar (r=0,421; p<0,001), Fiziksel İstismar (r=0,319; p<0,001), Fiziksel İhmal (r=0,395; p<0,001), Duygusal İhmal (r=0,443; p<0,001), Cinsel İstismar (r=0,217; p<0,001) ve Aşırı Koruma Kontrol alt ölçek puanları (r=0,315; p<0,001) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

Bunlara ek olarak DASÖ-21 Stres alt ölçeği puanları ile ÇÇTÖ-33 Duygusal istismar (r=0,387; p<0,001), Fiziksel İstismar (r=0,304; p<0,001), Fiziksel İhmal (r=0,418; p<0,001), Duygusal İhmal (r=0,451; p=<0,001), Cinsel İstismar (r=0,260; p<0,001) ve Aşırı Koruma Kontrol alt ölçek puanları (r=0,342; p=<0,001) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) ile Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ-21) alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği		Depresyon-Anksiyete-Stres- 21 Ölçeği			
		Depresyon	**Anksiyete**	**Stres**	**Toplam**
Duygusal İstismar	r	0,353	0,421	0,387	0,417
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel İstismar	r	0,255	0,319	0,304	0,315
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel İhmal	r	0,431	0,395	0,418	0,452
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Duygusal İhmal	r	0,525	0,443	0,451	0,518
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Cinsel İstismar	r	0,271	0,217	0,260	0,273
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Aşırı Koruma Kontrol	r	0,293	0,315	0,342	0,343
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Katılımcıların BDÖ ve RDBÖ ile ÇÇTÖ-33 alt ölçekleri arasındaki korelasyona ilişkin analiz Tablo 4.9'da sunulmuştur.

BDÖ toplam puanı ile ÇÇTÖ-33 tüm alt ölçekler (Duygusal istismar (r=0,348; p<0,001), Fiziksel İstismar (r=0,293; p<0,001), Fiziksel İhmal (r=0,417; p<0,001), Duygusal İhmal (r=0,526; p=<0,001), Cinsel İstismar (r=0,277; p<0,001) ve Aşırı Koruma Kontrol alt ölçek puanları (r=0,318; p=<0,001)) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

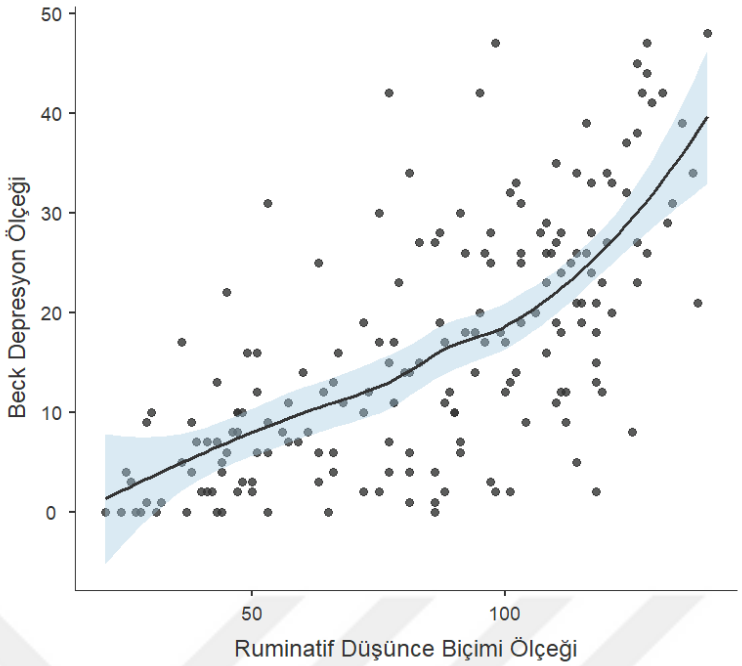
RDBÖ toplam puanı ile ÇÇTÖ-33 tüm alt ölçekler (Duygusal istismar (r=0,349; p<0,001), Fiziksel İstismar (r=0,251; p<0,001), Fiziksel İhmal (r=0,270;

p<0,001), Duygusal İhmal (r=0,323; p<0,001), Cinsel İstismar (r=0,323; p<0,001) ve Aşırı Koruma Kontrol alt ölçek puanları (r=0,372; p<0,001)) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi.

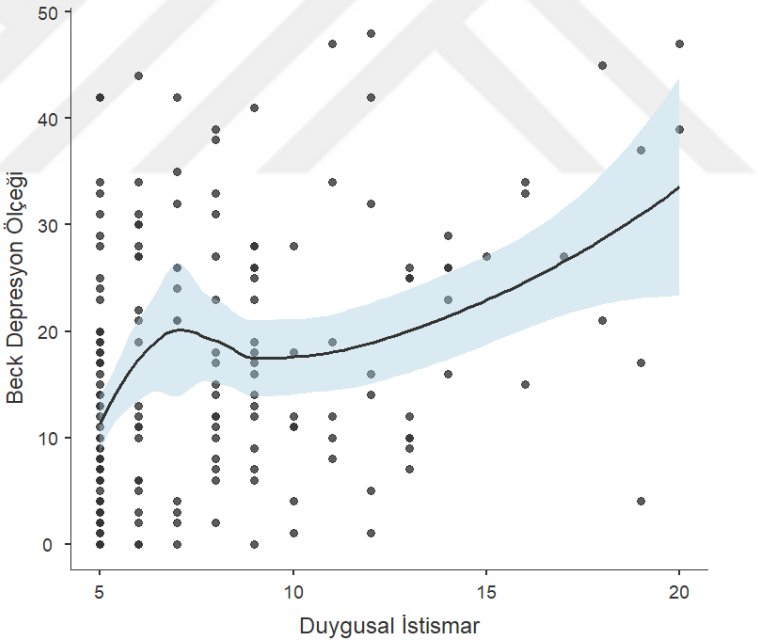
Ayrıca BDÖ toplam puanı ile RDBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi (r=0,671; p<0,001).

Tablo 4.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) ile Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇTÖ-33) alt ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

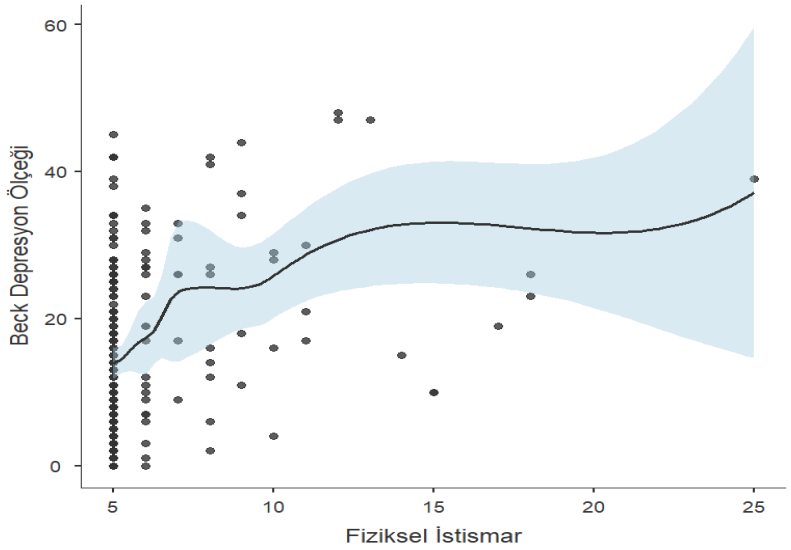
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği		**Beck Depresyon Ölçeği**	**Ruminatif Düşünce Ölçeği**
Duygusal İstismar	r	0,348	0,349
	p	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel İstismar	r	0,293	0,251
	p	**<0,001**	**<0,001**
Fiziksel İhmal	r	0,417	0,270
	p	**<0,001**	**<0,001**
Duygusal İhmal	r	0,526	0,323
	p	**<0,001**	**<0,001**
Cinsel İstismar	r	0,277	0,323
	p	**<0,001**	**<0,001**
Aşırı Koruma Kontrol	r	0,318	0,372
	p	**<0,001**	**<0,001**
Beck Depresyon Ölçeği	r		0,671
	o		**<0,001**



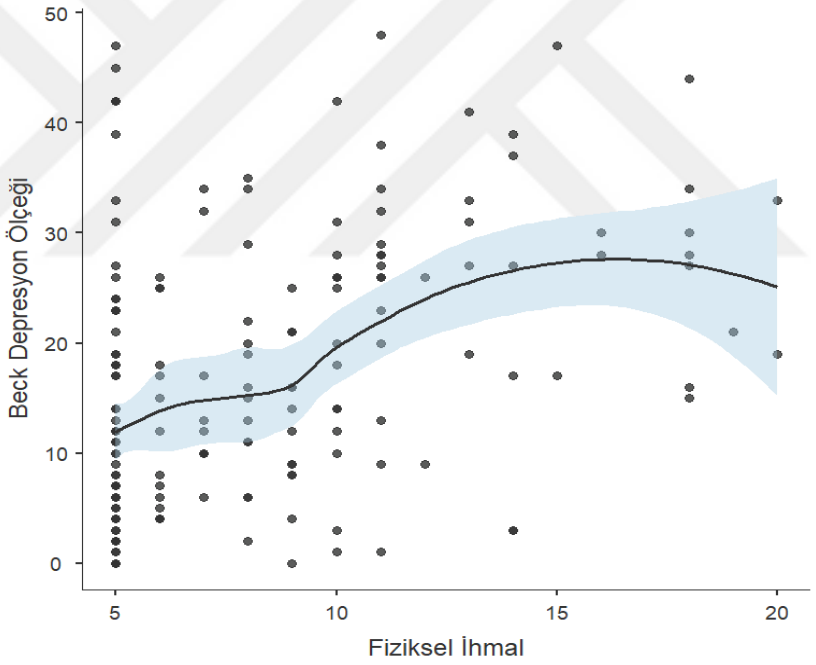
Şekil 4.12. Katılımcıların BDÖ puanları ile RDBÖ puanları açısından karşılaştırılması



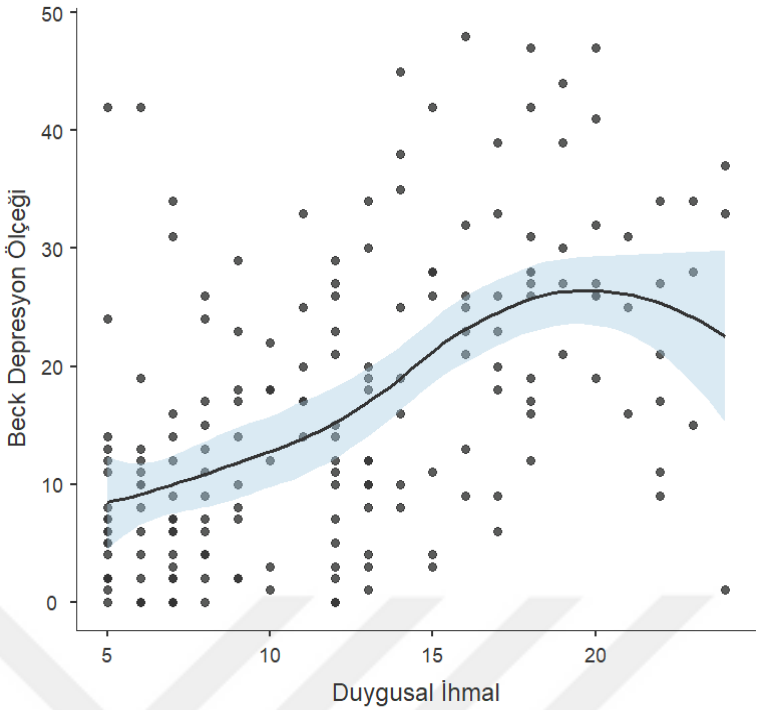
Şekil 4.13. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Duygusal İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması



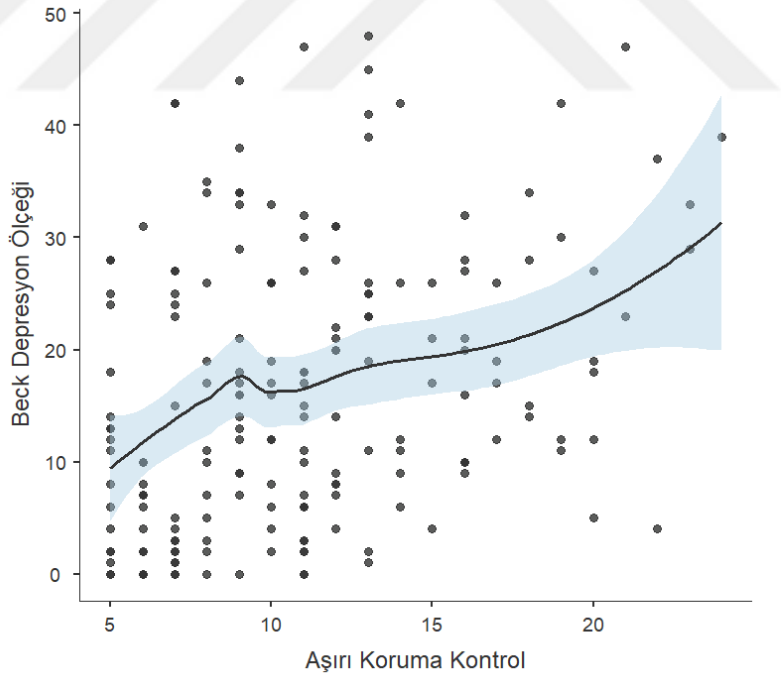
Şekil 4.14. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Fiziksel İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması



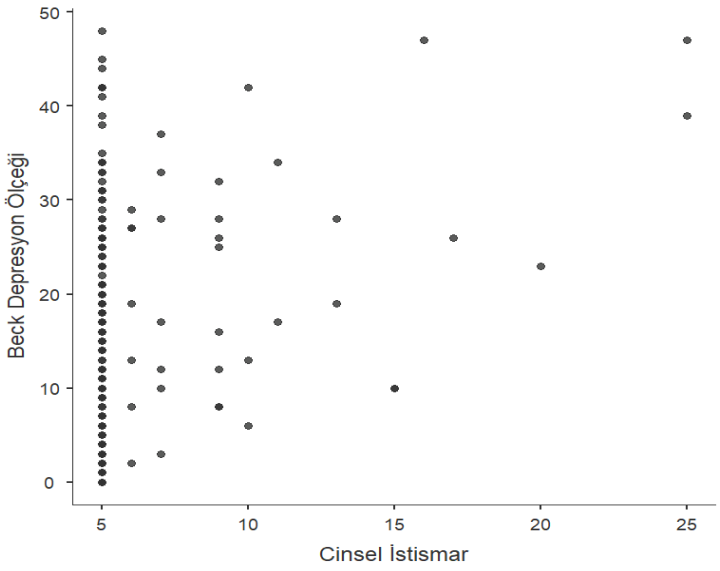
Şekil 4.15. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Fiziksel İhmal Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.16. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Duygusal İhmal Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.17. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Aşırı Koruma Kontrol Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması



Şekil 4.18. Katılımcıların BDÖ puanları ile ÇÇTÖ-33 Cinsel İstismar Alt Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması

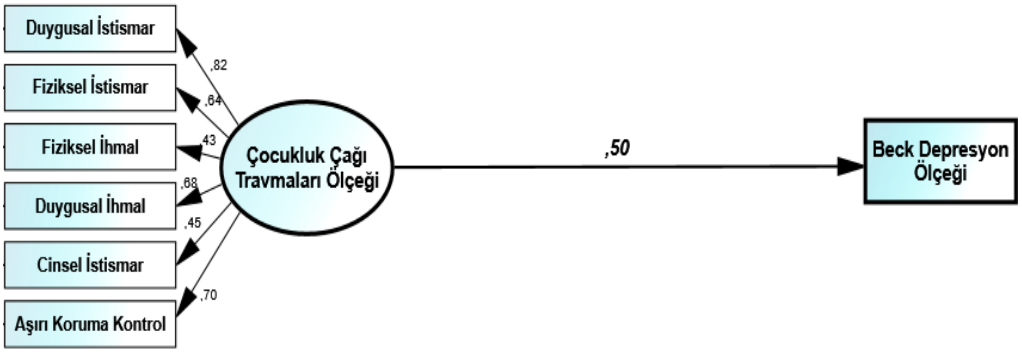
Katılımcıların MDB ihtimalleri üzerinde etkisi olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, RDBÖ ve ÇÇTÖ-33 puanlarının bu ihtimal üzerindeki etkilerini incelemek için yapılan İkili Lojistik Regresyon Analizinde ortaya çıkan regresyon analizi istatiksel olarak anlamlıdır. ($\chi 2_{(9)}$=102,613, p<0,001). Model Nagelkerge R2 katsayısı ile depresyonda olma üzerindeki değişimin %56'sını açıklamış, genel olarak katılımcıların %79'unu doğru kategorize etmiştir. Modelin duyarlılığı %78, belirleyiciliği %79'dur. Bağımsız değişkenlerden RDBÖ (p<0,001), Fiziksel İstismar (p=0,038), Fiziksel İhmal (p=0,004) ve Duygusal İhmal (p=0,050) anlamlı yordayıcılardır. Ruminasyon, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal ihmal depresyon olma ihtimalini artırmaktadır. Değişkenlerin depresyon varlığını yordamasını gösteren lojistik regresyon analizine ait veriler Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Değişkenlerin depresyon varlığını yordamasını gösteren lojistik regresyon analizi.

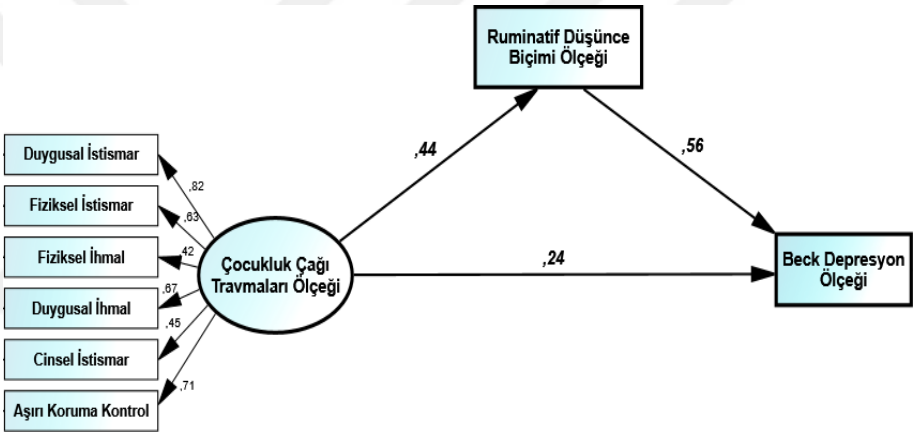
Değişken		B	Z değeri	P değeri	Odds Oranı	95% Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Yaş		-0.033	-1.260	0.208	0.968	0.920	1.018
Cinsiyet							
Erkek-Kadın		0.207	0.471	0.638	1.230	0.520	2.912
Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği		0.050	5.642	**<0 .001**	1.051	1.033	1.070
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	**Duygusal İstismar**	-0.044	-0.532	0.595	0.957	0.815	1.124
	Fiziksel İstismar	0.330	2.073	**0.038**	1.391	1.018	1.901
	Fiziksel İhmal	0.256	2.841	**0.004**	1.292	1.083	1.541
	Duygusal İhmal	0.115	1.953	**0.050**	1.121	1.001	1.257
	Cinsel İstismar	-0.150	-1.462	0.144	0.861	0.704	1.052
	Aşırı Koruma Kontrol	-0.057	-0.951	0.342	0.945	0.841	1.062

4.3. ARACILIK ANALİZİ

A- Temel Model



B- Aracılık Modeli



Şekil 4.19. ÇÇTÖ-33 ile BDÖ arasındaki ilişkinin temel modeli (A) ve ilişkinin aracısı olarak RDBÖ'yü gösteren aracılık modeli (B)

Aracılık modeli, çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasındaki doğrudan ilişkinin gücünü ve ruminasyonun aracılık ettiği dolaylı bir ilişkinin gücünü gösterdi. Genel model uyumu aşağıdaki kriterler kullanılarak değerlendirildi. Model, aşağıdaki gibi yeterli uyumluluk endekslerine sahipti: CMIN / DF = 3.273; CFİ = 0.944; RMSEA = 0.079. Temel modele benzer şekilde, aracılık modeline dahil edilen tüm ilişkili değişkenler orta ila yüksek yüklere sahipti. Ruminasyon, çocukluk çağı travmaları (Standardize katsayı = 0.44, $p<0.001$) tarafından öngörülmüştür ve depresyonun (Standardize katsayı = 0.56, $p<0.001$) öngördürücüsüdür. Aracılık modeli, ruminasyonun çocukluk çağı travmaları ve depresyon arasında yordayıcılık ve sonuç değişkenleri açısından aracılık ilişkisine işaret eden dolaylı yolun önemini göstermiştir.

Aracılık etkisinin anlamlılığını değerlendirmek için yapılan Sobel testi 4.07 gibi yüksek bir sonuç vermiş ve ruminasyonun aracılık etkisinin anlamlı olduğunu düşündürmüştür.

Temel model Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 ile Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı bir doğrudan etki (p =0.01, b =0.50) gösterirken, aracılık modeli Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği aracılığıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-33 ve Beck Depresyon Ölçeği arasında hem doğrudan (p = 0.011, b = 0.24, CI [0.12, 0.36]) hem de dolaylı (p = 0.003, b = 0.25, CI [0.19, 0.32]) etkiler gösterdi. Modelde toplam etki 0.48 idi. Doğrudan etki 0.24 ve dolaylı etki 0.25 idi.

5. TARTIŞMA

Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisinin araştırıldığı mevcut çalışmada çocukluk çağı travmalarının depresyon düzeyi üzerine doğrudan ve ruminasyon düzeylerini etkileyerek dolaylı olarak etki yaptığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde ÇÇT ile MDB ilişkisini inceleyen çalışmalar olmakla birlikte bu ilişkiye aracılık eden faktörlerden olan ruminasyonun etkisi klinik olmayan popülasyonlarda incelenmiştir. Bilindiği kadarıyla bu çalışma MDB tanılı hasta grubunda ruminasyonun aracılık etkisinin klinik popülasyonda incelendiği ilk araştırma olup gün geçtikçe önemi artan üstbilişsel yaklaşımla yakın ilişkide olan ruminasyon kavramının ÇÇT ve MDB ilişkisindeki yeri hakkında literatüre katkı yapmak amaçlanmıştır.

MDB'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü ancak yaşla birlikte cinsiyetler arasındaki bu farkın azaldığı bilinmektedir (24,35). Bununla birlikte hastalık gelişimi için en yüksek riskin olduğu dönemin ergenliğin orta döneminden 40'lı yaşlara kadar olan zaman dilimi olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda MDB'nin, evli bireylerde en düşük, partnerinden ayrı yaşayan, dul ve boşanmış kişilerde en yüksek oranda olduğu bilinmektedir (24). Çalışmamıza dahil edilen MDB tanılı grubun yaş ortalamasının ve kadın-erkek cinsiyet oranının literatür verileri ile paralel olduğu saptanmıştır.

Düşük eğitim düzeyine ilave olarak olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, düşük sosyoekonomik durum ve sosyal destek zayıflığı dahil olmak üzere bir dizi sosyal belirleyicinin MDB riskini önemli ölçüde artırdığı bilinmektedir (155,156). Diğer yandan geçen son bir yıldaki MDB tanı yaygınlığına eğitim düzeyinin etkisinin olmadığı bilinmektedir. Bazı ülkelerde eğitim seviyesi düşük olanlarda depresyon daha fazla iken, diğer ülkelerde tam tersi veriler bulunmuştur (5). Düşük eğitim düzeyi ile MDB arasındaki neden–sonuç ilişkisi belirsizdir ve 25.000 kişiyle yapılan büyük bir çalışma, bu durumun kısmen paylaşılan ortak bir genetikten kaynaklanabileceğini öne sürmüştür (157). MDB'nin işsizlikle ilişkili olduğu bilinmesine rağmen bu ilişki üzerine yapılan araştırmaların çoğu iş kaybı için bir risk faktörü olarak MDB'den ziyade iş kaybının MDB üzerindeki etkisini vurgulamıştır (158). Mevcut çalışmaya dahil edilen her iki grubun da katılımcılarının eğitim düzeyleri ortalaması lise ve üzeri

olduğu görülmüştür. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin çoğunlukla kent merkezinde yaşaması ve bu nedenle ruhsal yakınmaları için çalışmamızın planlandığı ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği gibi üçüncü basamak sağlık kuruluşuna erişimin daha kolay olması ile açıklanabilir. Literatürle uyumlu olarak araştırmamızda, hasta grubunda çalışmama oranının yüksek ve eğitim sürelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Sosyodemografik verilere dair sonuçların kişinin mevcut ruhsal hastalığının klinik özellikleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları gibi psikososyal etkileri olan unsurlarla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bu unsurların yaşamın sosyal, akademik veya mesleki alanlarında da etkilenmeye neden olabileceği söylenebilir ve bu açıdan literatüre katkı sağlayabilir. Gruplar arasında geçmişte ve halen beraber yaşadıkları bireyler ve yerleşim birimleri açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Günümüz şartlarında köy ve kent arasında modernleşme ve teknolojinin getirileri nedeniyle sosyal yapılanma farkının azalması ve katılımcıların şehir merkezinde yer alan bir sağlık kuruluşuna başvuran kişilerden oluşması bu durumun nedeni olarak düşünülebilir.

Literatür verileri incelendiğinde psikiyatrik hastalıklarla sigara kullanımı arasında ilişki olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada MDB, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında sigara kullanma prevalansı %70 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada hasta grubunun kontrol grubuna göre sigara kullanım miktarı daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılar sigara kullanım nedeninin belirtilerle başetmek için olduğunu belirtmişlerdir (159). Sigara kullanımı ile MDB arasındaki ilişki iki şekilde açıklanabilmektedir. İlk olarak altta yatan ortak genetik ve çevresel faktörlere dayandırılabilmeleridir. İkinci olarak ise sigara kullanımı ve MDB arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu öne sürülmektedir. Bu bakış açısına göre MDB sigara kullanım riskini artırmakta veya sigara kullanmak MDB riskini artırmaktadır (160). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda iki grup arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, hasta grubunda sigara kullanımı ve günlük kullanılan sigara adedinin daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında alkol ve diğer maddelerin kullanımı açısından fark bulunmamıştır. Bu durum sigaraya kıyasla alkol ve madde kullanımına ilişkin bilgi doğruluğunun bireysel çekinceler ve toplumsal önyargılar sebebiyle daha az sağlanıyor olması ya da seçilen örneklemin özellikleriyle açıklanabilir. Tıbbi hastalığa sahip bireylerde MDB'nin daha fazla görüldüğü bilinmektedir (61). Çalışmamızda fiziksel hastalığa sahip olma ve fiziksel hastalık

nedeniyle ilaç kullanımı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalamasının genç olması nedeniyle fiziksel hastalık riskinin daha düşük olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

MDB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tablonun anksiyete bozukluğu olduğu bilinmektedir. Anksiyete bozukluğu eştanılı bireylerde özkıyım riskinin daha yüksek olduğu bilinmekle birlikte MDB'li hastaların intihar nedeniyle ölme olasılığının genel popülasyona göre neredeyse 20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (7,58). İki grup arasında literatür verilerine uygun olarak intihar girişimi ve geçmiş psikiyatrik tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Psikiyatrik yatış öyküsü açısından iki grup arasında fark saptanmamış olup bu durum hasta grubuna dahil edilen katılımcıların büyük bir kısmının tedavi almamış ilk atak hastalar olması ile ilişkilendirilebilir. Anksiyete düzeyleriyle beraber stres düzeyleri de hasta grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Stresin düşük düzeyde olması kişinin olaylarla baş edebilmesine, başarılı olmasına ve kendini geliştirmesine katkı sağlar. Ancak aşırı stres başa çıkma becerilerini engellemekte birçok hastalığa zemin hazırlamaktadır (150). Çocuklukta ve yetişkinlikte stresli olaylara maruz kalmanın MDB ile ilişkisi gösterilmiştir (11).

Ruminatif düşünceler çökkün duygudurumun esas bilişsel özelliği olarak bilinmektedir (138). Nolen-Hoeksema'nın tepki biçimleri teorisinde (TBT) ruminasyonun depresif duygudurumunun devam etmesini sağlaması ve artırmasıyla bireyde kısır bir döngüye neden olduğu ifade edilmiştir (13). Kişi olumsuz düşüncelere endişe ve ruminasyon biçimindeki tekrar eden süreçlerle yanıt verdiğinde BDS meydana gelmektedir ve BDS sebebiyle kendine yönelmiş dikkat oluşmaktadır (161). Psikopatolojilerin etiyolojisinde suçlanan ve belirtilerin kronikleşmesinden sorumlu olan BDS'ye üstbilişler neden olmaktadır. MDB'nin üstbilişsel modelinde kişilerde ilk olarak olumlu üstbilişsel inanışlar devreye girmektedir. Bu inançlar ise ruminatif düşünme kaskadını harekete geçirmektedir. Bu durum MDB'ye işaret eden semptomların izlenmesi gerektiği anlamını da içererek bireylerin ruminasyon seviyesini artırmaktadır (142). Depresif belirtilere odaklı ruminasyon, belirtilerin süresinde ve şiddetinde artışa sebep olarak semptomların daha süreğen bir durum almasına neden olmaktadır (13). MDB oluşumunda ve sürdürülmesinde ruminasyonun rolü literatürde birçok çalışmayla gösterilmiştir (162,163). Ruminasyon, depresif

semptomları ve bozuklukları öngörür ve düşünmeyi, problem çözmeyi, yararlı tutumları ve sosyal ilişkileri bozar (162). Aynı zamanda ruminasyon çökkün duygudurumun temel bilişsel özelliğidir (138). Literatür verileriyle uyumlu olarak iki grup arasında BDÖ ile belirlenen depresyon düzeyleriyle birlikte ruminasyon düzeyleri açısından da istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır.

ÇÇT ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde genel nüfusa kıyasla daha fazla oranda ÇÇT bildirilmiştir (75). ÇÇT öyküsü olan kişilerin genellikle depresyon ve anksiyeteye yönelik çeşitli belirtileri olduğu, ÇÇT'nin yetişkinlik döneminde MDB riskini %50 artırdığı bilinmektedir (30,164). Tespiti en kolay ÇÇT alt türü olan ancak bazı kültür ve toplumlarda istismar olarak kabul edilmeyen fiziksel istismar birçok gelişim alanında kişiyi etkilemektedir (94,96). Fiziksel istismar ve ihmale uğrayanların yaklaşık %90'ında tabloya duygusal istismar ve ihmal eklenmektedir. Duygusal ihmali saptamak zor olduğundan net sıklığı bilinmemekle beraber ÇÇT alt türlerinin yaygınlık oranları da farklıdır (109,165). Geniş örneklemle yapılan bir metaanalizde ÇÇT ile depresyon riski arasında güçlü bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (166). Literatür verileriyle uyumlu olarak çalışmamızda ÇÇTÖ-33 alt ölçeklerinde (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve aşırı koruma kontrol) kontrol grubuna kıyasla hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir.

MDB ile çocukluk çağı travma türleri arasında ilişkinin birçok çalışmayla incelendiği görülmüştür. Türkiye'de yapılan bir çalışmada duygusal istismara uğrayan bireylerden oluşan grupta duygudurum ve anksiyete bozukluğu oranı daha yüksek saptanmıştır (87). Başka bir araştırmada şiddetli istismarın, yetişkinlikte anksiyete bozuklukları sıklığıyla ilişkisi gösterilmiştir ve bu çalışmada ÇÇT'nin geç etkileri, güvenli bağlanma ve benlik gelişiminde normal işlevlerin engellenmiş olması ve bir dizi biyolojik uyum gelişimine bağlanmıştır (167). Literatürde 500 üzerinde birincil çalışma ve 19 metaanalizin sonuçlarının değerlendirildiği daha yakın tarihli bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu göstermiştir (168). Yine başka bir metaanalizde en güçlü risk faktörü olarak çocuk ihmali (duygusal/fiziksel ve eğitici ihmali) bulunmuş ancak cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın da MDB riskiyle güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (169). Çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının sürekli

kaygı yoluyla yetişkinlikte depresif belirtileri ve yetişkin dönemde yaşam olaylarının olumsuz değerlendirilmesini artırdığı başka bir çalışmayla gösterilmiştir (170). Stresli yaşam olaylarıyla MDB arasındaki ilişkinin tutarlı olduğu bilinmektedir. Çoğu depresif hasta, hastalık başlangıcından kısa bir zaman dilimi öncesi stresli yaşam olayı bildirmiştir ve çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olaylarının MDB riskini artırdığı bilinmektedir (36). Çalışmada duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol olarak ifade edilen çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kişilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini artırdığı bulunmuştur.

ÇÇT ve ruminasyon ilişkisinin literatürde birçok çalışmayla incelendiği görülmektedir. Ruminatif düşünce eğiliminin, çocukluk döneminde olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan yetişkinlerde daha yaygın olabileceği öne sürülmüştür (129). Bu ilişkiye dair yapılan bir araştırmada serotonin taşıyıcı genin 5-HTTLPR polimorfizminin, ÇÇT'nin ruminasyon üzerindeki etkisindeki rolü olduğu gösterilmiştir (131). Başka bir çalışmada iki farklı epigenetik düzenleyici mekanizma ile ilişkili iki HTR2A polimorfizminin, mevcut ve yaşam boyu depresyon durumundan bağımsız olarak, çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının bir işlevi olarak mevcut yetişkin ruminasyonu üzerinde önemli bir etki yaptığı gösterilmiştir (132). Yapılan bir araştırmanın sonuçları, aşırı kontrolcü ebeveynleri olduğunu bildiren kişilerin depresif duygududuruma yanıt olarak ruminasyon yapma eğiliminde olduklarını göstermiştir (129). Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerin olumsuz duygular ve sıkıntıyla başa çıkmak için uyumsuz bir strateji olarak tekrarlayan olumsuz düşüncelere girebilecekleri varsayılmaktadır. Bu bireyler ruminatif düşünme biçimiyle yaşamlarının rahatsız edici yönlerini anlamaya ve bunlar üzerinde bir miktar kontrol kazanmaya çalışmaktadırlar (130). MDB'nin üstbilişsel modelinde kişinin depresif temalı duygu-düşünce deneyimlemesiyle devreye giren üstbilişsel inançların ruminatif düşünce kaskadını harekete geçirdiği bilinmektedir (142). Depresif belirtilere odaklı ruminasyon da belirtilerin süresinde ve şiddetinde artışa sebep olarak semptomların daha süreğen bir durum almasına neden olmaktadır (13). Treynor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ruminasyonun depresyon şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (163). Literatür verilerinden de görüldüğü üzere MDB'de ruminasyon, etiyolojide ve psikopatolojinin sürmesinde etkisi olan bir faktördür. Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarının depresyon ortaya çıkarıcı etkisine kısmen ruminasyonun

aracılık ettiği öne sürülmüştür (129). Çalışmada literatür verileriyle uyumlu olarak ruminasyon ve depresyon düzeyleriyle duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol olarak ifade edilen çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında ve depresyon düzeyleriyle ruminasyon düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

Mandellini ve arkadaşlarının 2015 yaptığı bir metaanalizde çocuk ihmalinin depresyon/depresif belirtilerin gelişmesi için en güçlü risk faktörü olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte duygusal, cinsel ve fiziksel istismar ve aile içi şiddet de depresyon riskiyle güçlü bir ilişki göstermiştir. Özellikle klinik tanı almış popülasyonlarda yapılan çalışmalarda ihmal ve ebeveynlerin ayrılmasının depresyon riski üzerinde cinsel ve fiziksel istismardan daha yüksek güçlü bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu metaanalizde toplum örneklemlerinde gerçekleştirilen araştırmalarda duygusal istismar en yüksek etkiye sahip olarak bulunmuştur (169). Hovens ve arkadaşları da duygusal ihmal ve istismar öyküsünün, depresyonu olan erişkinlerde komorbidite ve kronikliği tahmin edebildiğini, buna karşın cinsel istismar için ilgili bir yordayıcı etkinin bulunmadığını bulmuşlardır (12). Toplumda sık rastlanması ve uzun süreli olabilmesine rağmen vakaların utanma, kendisine inanılmayacağının düşünülmesi, istismar eden kişiyi koruma isteği ve tehditlerden korkma gibi nedenlerle cinsel istismarı gizlediği bilinmektedir (171). Bu nedenle mevcut çalışmada katılımcıların cinsel istismar sorularına yanlış yanıtlar vermiş olabileceği öne sürülebilir. Humphreys ve arkadaşları yaptıkları metaanalizde tüm çocukluk çağı travmatik yaşantıları türlerinin anlamlı derecede daha yüksek depresyon puanları ve MDB kriterlerini karşılama riskinin daha yüksek olması ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bununla birlikte duygusal istismar ve duygusal ihmal, depresyonla en güçlü ilişkiye sahip çocukluk çağı travmatik yaşantıları olarak saptanmıştır. Ek olarak, duygusal istismar ile depresif belirtiler arasındaki etki gücünün, çocuk ve ergen örneklemlerinde yetişkin örneklemlerinden daha büyük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgularla birlikte duygusal istismar ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkideki etki gücünün yaşla birlikte zayıflayabileceği ifade edilmiştir (166). Spinhoven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada duygusal ihmalin depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları için tek anlamlı yordayıcı olduğunu saptanmıştır (172). Bir başka ÇÇT anketi olan çocuk istismarı ve travma anketinin (CATS) kullanıldığı çalışmada cinsel istismar, cezalandırma ve ihmal alt boyutlarından sadece ihmalin depresyonu

yordadığı bulunmuştur (170). ÇÇTÖ-33'ün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında da duygusal ihmalin aşırı koruma kontrol alt boyutuna zıt olarak depresyonu yordadığı belirtilmiştir. Aşırı koruma kontrol boyutunun özellikle duygusal ihmal ve istismar boyutlarıyla korelasyonuna odaklanılmıştır (152). Literatürde bir diğer çalışmada fiziksel istismar erkeklerde depresif belirtilerin anlamlı bir yordayıcısı iken, kızlarda fiziksel istismarın değil duygusal istismarın depresif belirtiler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ve duygusal ihmal her iki cinsiyette de depresyon belirtilerini yordamıştır (118). Çalışmanın verilerine bakıldığında fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin depresyonu yordadığı ancak duygusal ve cinsel istismarın yordayıcılar arasında yer almadığını saptandı. Duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında etkili bir ayrım konusunda belirsizlik vardır (169). Ayrıca duygusal ihmal ve istismar, fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ına eşlik etmektedir (75). Duygusal istismarın diğer istismar türleri kadar kolay saptanamaması, çalışmanın toplum örnekleminden ziyade klinik örneklem üzerinde yürütülmesi ve bu duruma ilave olarak duygusal istismarla MDB arasındaki ilişkinin zamanla zayıflayabileceği şeklinde görüşün olması mevcut çalışmada duygusal istismarın MDB'nin yordayıcısı olarak bulunmamasını desteklemektedir. Ayrıca çocuk ihmal ve istismarı toplumlar arasında değişiklik gösterebilmektedir. Bu durum toplumların kültürel farklılıkları, aile üyelerinin çocuk eğitimindeki yaklaşımlarında çeşitlilikler ve çocuğun çevresindeki yetişkinlerin çocuğa yönelik davranışlarını farklı olarak algılama nedeniyledir (97). Yetişkinlerin çocukluk döneminde meydana gelen duygusal istismarı hem kendilerinin hem ailelerinin ebeveynlik beceriyle bağdaştırabilmeleri ve kültürel yapı nedeniyle normalize edilebilmesi bu durumu gözardı etme ve bildirmeme ihtimalinin olması nedeniyle mevcut çalışma sonuçlarının etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Ruminasyonun MDB'nin ve subklinik depresif belirtilerin yordayıcısı olduğu bilinmektedir. Literatürde depresif duyguduruma yüksek düzeyde ruminatif tepki veren bireylerin başlangıçtaki depresif belirti düzeyleri göz önüne alındığında bile, zaman içinde daha yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu gösterilmiştir (173). Benzer şekilde Spasojevic ve Alloy'un izlem çalışmasında ruminasyonun MDB'yi yordadığını saptamışlardır (174). Ruminasyonun derin düşünme ve saplantılı düşünme tiplerinin MDB ile ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada her iki alt tipin depresyon bulgularıyla korelasyon gösterdiği, saplantılı düşünmenin depresyonun

yordayıcısı olduğu bulunmuştur (137). Çalışma verilerine bakıldığında ruminasyon MDB'yi öngörmektedir. Ruminasyonun MDB etiyolojisinde, hastalığın kronisite kazanmasında ve hastalığın tekrarlamasıyla ilişkili olması nedeniyle önleme stratejileri ve tedavi hedefleri açısından dikkat edilmesi gereken önemli bir bilişsel süreçtir.

ÇÇT'nin yetişkin dönemdeki psikiyatrik etkilerine yönelik nedensel mekanizmalara ilişkin veriler kısıtlıdır. ÇÇT ile yetişkin dönemdeki MDB arasında uzun bir süre olduğu için bu ilişkiye aracılık eden fazla sayıda faktör olduğu varsayılmaktadır (170). Mevcut çalışmada ÇÇT ile MDB arasındaki doğrudan ilişkinin gücü temel modelde ve ruminasyonun aracılık ettiği dolaylı ilişki aracılık modeliyle gösterildi. Bu sonuç ruminasyonun çocukluk çağı travmatik yaşantılarının neden olduğu depresyonun altında yatan önemli bir aracı olabileceğini düşündürmektedir. Çalışma verileri geçmişte yapılan ruminasyonun aracılık etkisinin incelendiği çalışmalarla tutarlıdır (16,17,175). Ancak bu çalışmalar klinik olmayan popülasyonda yapılmıştır mevcut çalışma ise MDB tanılı hasta ve sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. Akut depresyonun farmakolojik tedavisiyle ruminasyon düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur (176). Mevcut çalışmanın güçlü yanı olarak ruminasyon düzeylerinin psikotrop ilaçlardan etkilenebileceği düşünülerek psikotrop kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca bu çalışmalarda ruminasyon düzeyini ölçmek ve ruminasyon alt tipleri belirlemek amacıyla ruminatif tepki biçimi ölçeği kullanılmıştır. Ruminatif tepki ölçeği depresif duyguduruma verilen ruminatif yanıtları ölçmektedir (163). Mevcut çalışmada kullanılan ruminatif düşünce biçimi ölçeği ruminasyon alt tiplerini belirlememekle birlikte sadede depresif duygudurumda değil kişinin genel ruminasyon düzeyini ölçmektedir (154). Bu çalışma bilindiği kadarıyla MDB tanılı klinik örneklemde ÇÇT ile MDB ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisinin gösterildiği ilk çalışmadır. Mevcut çalışmada depresyon düzeyleri hem BDÖ hem DASÖ-21 ile değerlendirilmiştir ayrıca eşlik eden anksiyete ve stres düzeylerinin de ölçülmesi çalışmanın güçlü yanları olarak değerlendirilmektedir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda çocukluk çağı travmatik deneyimleri depresyona yol açabilir, depresyon şiddetini etkileyebilir ve ruminasyon aracılık etkisiyle çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin doğrudan etkisini şiddetlendirebilir. ÇÇT'nin önlenmesiyle depresyon gelişimi engellenebilir ancak önlemenin yetersiz kaldığı durumlarda aracılık eden unsurların da tanınmasıyla travmatik deneyimleri

olan mağdurlara yönelik müdaleler yapılması hastalığı engellemeyi sağlayabilir ya da hastalık şiddetini azaltabilir. Sonuç olarak çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına ruminatif düşünme paterni geliştirmemesi kişiyi depresyondan koruyabilir. Bu nedenle, ruminasyona odaklanan BDT ve MKT gibi terapötik yöntemlerle erken müdahalenin klinik açıdan önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırmanın sonuçları bazı kısıtlılıklar dahilinde değerlendirilmelidir. Çalışmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması ve özbildirim ölçeklerinin kullanılmasıyla bazı bilgilerin katılımcıların geriye dönük hatırlaması yoluyla elde edilmesi yanlılık oluşturabilmektedir. Hastaların depresif dönemlerde net olmayan durumları negatif olarak yorumlama eğiliminde olmaları ve ÇÇTÖ-33'ün duygusal istismar ve ihmali değerlendiren sorularının öznel taraflarının olması çalışmanın kısıtlılığı olabilir. Cinsel istismarın utanma veya olası damgalanma gibi etmenlerden ötürü gizlenebilmesi nedeniyle çalışma verilerine yansıması yetersiz kalmış olabilir. Ayrıca tek bir travma türü ile çoklu biçimde travmaya maruz kalanlar arasında ayrım yapılmaması da kısıtlılıklar dahilindedir.

Ayrıca çocuk ihmali ya da istismarından sorumlu kişinin mağdura yakınlığı, çocuğun travmatik olaya maruz kaldığı yaş ve ihmal ya da istismarın süresi gibi konuları inceleyememiş olmak da mevcut çalışmanın kısıtlılıklarından sayılmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışma verileri incelendiğinde çalışma öncesi öne sürülen ve aşağıda yer alan hipotezler doğrulanmıştır:

1. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının depresyon, anksiyete, stres düzeylerini artırmaktadır.
2. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ruminasyon şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
3. Ruminasyon düzeyleri depresyon şiddetini pozitif yönde etkilemektedir.
4. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ruminasyon düzeylerini etkileyerek dolaylı bir şekilde depresyon şiddetini artırmaktadır.

Bu sonuçlarla birlikte çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar ise aşağıda sıralanmıştır:

1. Hasta grubunda eğitim yılı ve çalışma durumu daha düşük, intihar oranı daha yüksek saptanmıştır.
2. Hasta grubunda duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve aşırı koruma kontrol şeklindeki çocukluk çağı travmatik yaşantılarının daha yüksek düzeyde olduğu anlaşılmıştır.
3. Hasta grubunda depresyon, anksiyete ve stres puanları daha yüksek bulunmuştur.
4. Hasta grubunda ruminasyon düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.
5. Ruminasyon, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin depresyonun yordayıcısı olduğu belirlenmiştir.
6. Duygusal istismar ve cinsel istismar depresyonun yordayıcısı olarak bulunmamıştır.

6.2. ÖNERİLER

1. İleride yapılacak çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ruminasyonla ilişkisinin bireylerdeki psikiyatrik etkileri üzerine daha fazla tanı grubuyla genişletilmesi önerilir.

2. Depresyon hastaları ilk atak ve kronik depresyon olarak ayrı ayrı incelenebilir.
3. Çalışmada ruminasyon alt tipleri incelenmemiştir ileride yapılacak çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve ruminasyon alt tiplerinin birlikte incelenmesi önerilir.
4. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve ruminasyonun bireyler üzerindeki etkilerine ilişkin izlem çalışmaları yapılması gerekmektedir.

7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında tezi yazan, tez danışmanı olan ve tez yazım sürecine katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında karar vermelerini uygunsuz biçimde etkileyebilecek maddi ve manevi çıkar çatışması yoktur. Yazı için herhangi bir firmadan destek alınmamıştır. Çalışma uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüştür.

8. KAYNAKLAR

1. Akkaya C. Anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği majör depresif bozukluğun tanı ve sağaltımındaki güçlükler. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(2):139-146.

2. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). 5 ed. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p. 91-112.

3. https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610. [cited 2023 02/15].

4. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. The Lancet 2015;386(9995):721-722.

5. Kılıç C, Uluğ ÖŞ. Türkiye'de depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-7.

6. Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti. 1998;p.77-93.

7. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry 2014; 13(2), 153-160.

8. Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clin Ther 2013;35(4):512-22.

9. Gutman DA, Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress: rodent studies. Semin Clin Neuropsychiatry 2002;7(2): 89-95.

10. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. J Health Soc Behav 2001;42(2):184-201.

11. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301(5631):386-389.

12. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 2012; 126(3):198-207.

13. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991;100(4):569.

14. Hopfinger L, Berking M, Bockting CL, Ebert DD. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. J Affect Disord 2016;198:189-97.

15. Şenkal İ, Işıklı S. Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: Aleksitiminin aracı rolü. Turk Psikiyatri Derg 2015;26(4):261-67.

16. Deguchi A, Masuya J, Naruse M, Morishita C, Higashiyama M, Tanabe H, et al. Rumination mediates the effects of childhood maltreatment and trait anxiety on depression in non-clinical adult volunteers. Neuropsychiatr Dis Treat 2021;17:3439-3445.

17. Raes F, Hermans D. On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. Depress Anxiety 2008;25(12):1067-1070.

18. Işık E, Işık U, Taner Y. Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık. 2013; p.5-6.

19. Gül GI, Rıfat K. Dünden bugüne depresyon. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):1-6.

20. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2020; p.264-296.

21. Kır Y, Devrimci Özgüven H. Depresyonun farmakoterapi ve diğer somatik yöntemlerle tedavisi. In: HDÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 25-44.

22. World Health Organization. The global burden of disease : 2004 update.2008. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942 [cited 2023 02/17].

23. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. Arch Gen Psychiatry 1984;41(10):959-967.

24. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011;9(1):1-16.

25. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health 2013;34:119-138.

26. Işık E, Işık U, Taner Y. Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık. 2013; p.21.

27. Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J, et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2009;301(23): 2462-2471.

28. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, Kivimäki M, Hintsanen M, Hintsa T, 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. Soc Sci Med 2012;74(6):923-929.

29. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(6):3-10.

30. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry 2007;64(1):49-56.

31. Balaban ÖD. Depresyonun Nörobiyolojisi. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 8-17.

32. Kendall KM, Van Assche E, Andlauer TFM, Choi KW, Luykx JJ, Schulte EC, et al. The genetic basis of major depression. Psychol Med 2021;51(13):2217-2230.

33. Dinçer G, Gönül AS. Major Depresif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Türkiye Klinikleri 2016;9(1):44-9.

34. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Dusunen Adam 2004;17(1):27-33.

35. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6(1):51-66.

36. Cumurcu BE, Gül GI. Depresyonun nörobiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):27-33.

37. Ordway GA, Schenk J, Stockmeier CA, May W, Klimek V. Elevated agonist binding to α2-adrenoceptors in the locus coeruleus in major depression. Biol Psychiatry 2003;53(4): 315-323.

38. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. Arch Suicide Res 2007;11(3):235-246.

39. Belujon P, Grace AA. Dopamine system dysregulation in major depressive disorders. Int J Neuropsychopharmacol 2017;20(12):1036-1046.

40. Bozkurt A, Bozkurt ÖH, Sönmez İ. Duygudurum bozuklukları ve klinik biyokimya. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2016;9(2):9-14.

41. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller, HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. Am J Psychiatry 2000;157(1):115-118.

42. Kempton MJ, Salvador Z, Munafò MR, Geddes JR, Simmons A, Frangou S, et al. Structural neuroimaging studies in major depressive disorder: meta-analysis and comparison with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):675-690.

43. Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, Russell J. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. Int J Clin Pract 2007;61(12):2030-2040.

44. Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akkaya C. Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1(1):36-44.

45. Kartalcı Ş. Depresyonun nörobiyolojisinde endokrinin yeri var mı? Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(3):30-35.

46. Heim C, Nemeroff CB. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. Biol Psychiatry 1999;46(11):1509-1522.

47. Hacımusalar Y, Eşel E. Majör depresif bozukluk için önerilen biyobelirleyiciler. Noro Psikiyatr Ars 2018;55(3):280-290.

48. Emül M. Depresyon ve psikososyal kuramlar. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics. 2012;5(2):14-20.

49. Oğuz TF. Depresyonun psikodinamik teorisi ve terapisi. In: HDÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 53-63.

50. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2012;1(1):7-14.

51. Gönenir Erbay L, Kartalcı Ş. Depresyonda bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı 2012;5(2):97-102.

52. Yığman F, Özdel K. Depresyonun bilişsel davranışçı teorisi ve terapisi. In: H DÖ, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 45-52.

53. Thase ME. The multifactorial presentation of depression in acute care. J Clin Psychiatry 2013;74(suppl 2):12370.

54. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon kliniği. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):34-38.

55. Malhi GS, Mann JJ. Course and prognosis. Lancet 2018;392(10161): 2299-2312.

56. Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR, Lavori PW, Trivedi MH, Sackeim HA, et al. Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR* D): rationale and design. Control Clin Trials 2004;25(1): 119-142.

57. Van Ameringen (22/07/2022). Comorbid anxiety and depression in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis (Friedman, Ed.). UpToDate. Retrieved 02/13/2022, from https://www.uptodate.com/contents/comorbid-anxiety-and-depression-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis.

58. Özdin S, Güz HÖ. Anksiyete bozukluğu eştanılı depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):8-16.

59. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry 2005;162(6):1179-1187.

60. Annagür BB, Savaş HA. Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye'de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. Journal of Mood Disorders 2011;1(2):87-94.

61. Duman B. Tıbbi hastalığı olan hastalarda depresyon. In: Devrimci ÖH, editor. Depresyon. 1 ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.75-82.

62. Taycan SE. Depresyon psikofarmakolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):77-86.

63. Göğcegöz I, Karamustafalıoğlu KO. Depresyon ve bipolar bozukluğun farmakolojik tedavisi. Karamustafalıoğlu KO, editör. Bipolar Bozukluk. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.42-7.

64. Karamustafalıoğlu O, Gül GI. Depresyonda akılcı tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2014;7(2):1-7.

65. Başoğul C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(1):1-15.

66. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2014;(7).

67. De Jonghe F, Kool S, Van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. J Affect Disord 2001; 64(2-3):217-229.

68. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry 2020;19(1):92-107.

69. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consult Clin Psychol 2006;74(4):658.

70. Carter JD, Jordan J, McIntosh VV, Frampton CM, Lacey C, Porter RJ, et al. Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. Aust N Z J Psychiatry 2022;56(2):137-143.

71. Batmaz S. Metakognitif terapi: Uygulama ve etkinlik. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular 2015;8(2):33-38.

72. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol 2018;9:2211.

73. Yolcuoğlu İG. Çocuklarin ihmal-istismara uğramasinda aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet 2010;21(1):73-83.

74. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica 2004;35(2):82-86.

75. Çelik FGH, Hocaoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(4):695-711.

76. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47(2):140-51.

77. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(10):37S-56S.

78. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. Jama 1962;181(1):17-24.

79. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(3):128-134.

80. World Health Organization. Child Maltreatment. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment [cited 2023 07/01].

81. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010). https://www.unicef.org/turkiye/raporlar [cited 2023 01/07].

82. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. Turk Pediatri Ars 2014;49(1):47-56.

83. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51-65.

84. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi 2001;151(5):27-54.

85. McGuigan WM, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. Child Abuse Negl 2001;25(7):869–883.

86. Sener MT, Anci Y, Dursun OB. Significance of healthy family structure in preventing child sexual abuse: A prospective controlled study. Med Sci 2014;3(1):1046-53.

87. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğullari AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2011;12(2):130-136.

88. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ, Augustyn MB, Henry KL, Smith CA, et al. Adolescent risk factors for child maltreatment. Child Abuse Negl 2014;38(4):706-722.

89. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put C. E, Stams GJJ, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Negl 2018;77:198-210.

90. Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Çocuklara kötü muamele: İstismar ve İhmal. Dicle Univ Tip Fakul Derg 2011;38(1):121-127.

91. Zeanah CH, Humphreys KL. Child abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57(9):637-644.

92. Hancı İH, Eşiyok B. Munchausen by proxy sendromu: vekaleten hastalık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;9:1-4.

93. https://datacenter.aecf.org/data/tables/6222-children-who-are-confirmed-by-child-protective-services-as-victims-of-maltreatment-by-maltreatment-type? [cited 2023 03/15].

94. Cicchetti D. Socioemotional, personality, and biological development: illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Annu Rev Psychol 2016;67:187-211.

95. Parker JG, Herrera C. Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and nonabused children's experiences. Developmental Psychology 1996;32(6):1025.

96. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. Turk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul 2004;3:76-80.

97. Karagöz YS, Uran P. Duygusal istismar. Cantürk G, editör. Çocuk İstismarı ve İhmali. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.19- 24.

98. Campbell AM, Hibbard R. More than words: the emotional maltreatment of children. Pediatr Clin North Am 2014;61(5):959-970.

99. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. Emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38(2):18-27.

100. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. Am J Lifestyle Med 2011;5(5):454-468.

101. Durmaz N, Ataş E, Ulukol B. Adolesan Dönemi ve İstismar. Aydoğan Ü, editör. Adolesan Sağlığı ve Sorunları- I. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.52-60.

102. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe tıp dergisi 2014;15(2):194-201.

103. Goldman JD, Padayachi UK. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. J Sex Res 2000;37(4): 305-314.

104. Bahali K, Akçan R, Tahiroglu AY, Avci A. Child sexual abuse: seven years in practice. J Forensic Sci 2010;55(3):633-636.

105. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. Am J Psychiatry 1990;147(7):887–892.

106. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2010;197(1):20-27.

107. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013;22(4):591-614.

108. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(10):1214-1222.

109. Kütük MÖ, Bilaç Ö. Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. Türkiye Klinikleri 2017;3(3):181-187.

110. Yıldırım ÇY, Ulukol B. Çocuk ihmali. Cantürk G, editör. Çocuk İstismarı ve İhmali. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-8.

111. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A metaanalytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48:345-355.

112. Watson J. Child neglect: Literature review. NSW Centre for Parenting & Research, Department of Community Services; 2005. http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf].

113. Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14(2):93-9.

114. Gillespie CF, Nemeroff CB. Childhood trauma may lead to neurobiologically unique mood disorders. Curr Psychiatr 2005;4(10):14-30.

115. McCutcheon VV, Sartor CE, Pommer NE, Bucholz KK, Nelson EC, Madden PA, et al. Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. J Trauma Stress 2010;23(6):811-814.

116. Erten E, Uney AFK, Fıstıkcı N. Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(2):157-165.

117. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012;9(11):e1001349.

118. Lee SW, Bae GY, Rim HD, Lee SJ, Chang SM, Kim BS, et al. Mediating effect of resilience on the association between emotional neglect and depressive symptoms. Psychiatry Investig 2018;5(1):62.

119. Frodl T, O'Keane V. How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. Neurobiol Dis 2013;52:24-37.

120. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, Andorn AC, Stanley M. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. Arch Gen Psychiatry 1988;45(6):577-579.

121. Merali Z, Du L, Hrdina P, Palkovits M, Faludi G, Poulter MO, et al. Dysregulation in the suicide brain: mRNA expression of corticotropin-releasing hormone receptors and GABAA receptor subunits in frontal cortical brain region. J Neurosci 2004;24(6):1478-1485.

122. Murphy F, Nasa A, Cullinane D, Raajakesary K, Gazzaz A, Sooknarine V, et al. Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: a targeted literature synthesis. Front Psychiatry 2022;13:748372.

123. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nat Rev Neurosci 2016;17(10):652-666.

124. Bernet CZ, Stein MB. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. Depress Anxiety 1999;9(4):169-174.

125. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. Depress Anxiety 2007;24(3):163-168.

126. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger Clin 2002;66(3):241-258.

127. Gaudiano BA, Zimmerman M. The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. Acta Psychiatr Scand 2010;121(6):462-470.

128. Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H. Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms–a population-based study. Nord J Psychiatry 2004;58(6):459-464.

129. Spasojević J, Alloy LB. Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. J Cogn Psychother 2002;16(4): 405-419.

130. Mansueto G, Cavallo C, Palmieri S, Ruggiero GM, Sassaroli S, Caselli G. Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. Clin Psychol Psychother 2021;28(3):557-568.

131. Antypa N, Van der Does AJW. Serotonin transporter gene, childhood emotional abuse and cognitive vulnerability to depression. Genes Brain Behav 2010;9(6): 615-620.

132. Eszlari N, Petschner P, Gonda X, Baksa D, Elliott R, Anderson IM, et al. Childhood adversity moderates the effects of HTR2A epigenetic regulatory polymorphisms on rumination. Front Psychiatry 2019;10:394.

133. https://www.etymonline.com/search?q=rumination [cited 2023 02/15].

134. Nolen-Hoeksema S. The response styles theory. Depressive rumination: Nature, theory and treatment 2003;p.105-123.

135. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):115.

136. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. J Pers Soc Psychol 1995;69(1):176.

137. Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü O, Şenormancı G, Sungur MZ. Ruminatif yanıt biçimi ve fonksiyonel olmayan tutumların majör depresyonla ilişkisi. Dusunen Adam 2013;26(2):239-247.

138. Yılmaz AE, Sungur MZ, Konkan R, Şenormancı Ö. Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemlerindeki psikometrik özellikleri. Turk Psikiyatri Derg 2014;26(4):268-278.

139. Wells A. Anksiyete ve depresyonda metakognitif terapi, 2.baskı. Litera Yayıncılık. 2021; p.31-46.

140. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognit Ther Res 2009;33:291-300.

141. Normann N, van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. Depress Anxiety 2014;31(5):402-411.

142. Yılmaz AE, Şenormancı G, Şenormancı Ö. Depresyonun üstbilişsel modelinin türkiye'deki bir majör depresif bozukluk örneklemi üzerinde incelenmesi. Turk Psikiyatri Derg 2022;33(2):82-89.

143. Butler LD, Nolen-Hoeksema S. Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. Sex Roles 1994;30:331-346.

144. Bugay A, Erdur-Baker Ö. Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal 2011;4(36):191-199.

145. Sarin S, Nolen-Hoeksema S. The dangers of dwelling: An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. Cognition and Emotion 2010;24(1):71-85.

146. Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2019;30(1):51-6.

147. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4(6):561-571.

148. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1988;6(22):118-122.

149. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995;33(3):335-343.

150. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2018;7(1):19-30.

151. Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect: Reply. Am J Psychiatry 1995;152(10):1535-1537.

152. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. J Trauma Dissociation 2021;22(1):35-51.

153. Brinker JK, Dozois JA. Ruminative thought style and depressed mood. J Clin Psychol 2009;65(1):1-19.

154. Karatepe HT. Ruminatif düşünme biçimi ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 13.Psikiyatri Kliniği, Yayınlanmamış Psikiyatri Uzmanlık Tezi 2010.

155. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. Am J Epidemiol 2003;157(2):98-112.

156. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers 2016;2(1):1-20.

157. Peyrot WJ, Lee SH, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Byrne EM, Esko T, et al. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Results in~25 000 subjects. Mol Psychiatry 2015;20(6):735-743.

158. Dooley D, Fielding, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health 1996;17(1):449-465.

159. Tanriover O, Karamustafalioglu N, Tezvaran Z, Kaplan A, Tomruk N. Frequency of cigarette smoking among psychiatric inpatients evaluated by the Fagerstrom test for nicotine dependence. Asian Pac J Cancer Prev 2013;14(1):579-582.

160. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. Br J Psychiatry 2010;196(6):440-446.

161. Koç V. Üstbilişsel perspektiften depresyon ve tedavisi üzerine bir derleme: üstbilişsel perspektiften depresyon. Klinik Psikoloji Dergisi 2017;1(1):34-43.

162. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect Psychol Sci 2008;3(5):400-424.

163. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. Cognit Ther Res 2203;27:247-259.

164. Nemeroff CB. Early life stress and depression childhood trauma may lead to neurobiologically unique mood disorders. Curr Psychiatr 2005;4(10):14-30.

165. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry 2003;160(8):1453-1460.

166. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 2020;102:104361.

167. Van der Vegt EJ, Tieman W, Van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: a study of international adoptees. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:724-731.

168. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. Lancet Psychiatry 2019;6(10):830-839.

169. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. Eur Psychiatry 2015;30(6):665-680.

170. Uchida Y, Takahashi T, Katayama S, Masuya J, Ichiki M, Tanabe H, et al. Influence of trait anxiety, child maltreatment, and adulthood life events on depressive symptoms. Neuropsychiatr Dis Treat 2018;14:3279-3287.

171. Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32(5):569-582.

172. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, et al. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. J Affect Disord 2010;126(1-2):103-112.

173. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109(3):504.

174. Spasojević J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. Emotion 2001;1(1):25-37.

175. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee SH. Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. Front Psychol 2017;8:1-11.

176. Bieling PJ, Hawley LL, Bloch RT, Corcoran KM, Levitan RD, Young LT, et al. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. J Consult Clin Psychol 2012;80(3):365-372.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Esra YALIM

İletişim adresi:

II- Eğitim

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi (2011-2017)

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği (2018-2019)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2019-2023)

III- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

Türk Nöropsikiyatri Derneği

10. EKLER

EK-1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 21.04.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 21.04.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/05
PROJE/ KARAR NO : 2022-169 (Değerlendirilme Tarihi: 21.04.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Dr. Esra YALIM'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/169 kayıt numaralı, **"Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Şiddetiyle İlişkisinde Ruminasyonun Aracılık Etkisi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2: TUEK BELGESİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
01/04/2022 17:19 - E-50687469 - 799 - 185
00162537449

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Esra YALIM)

Sayın : Dr. Esra YALIM
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

"Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Şiddetiyle İlişkisinde Ruminasyonun Aracılık Etkisi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 31.03.2022 tarih ve 6 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: f83bc14c f1ca 1d07 9b81 f9b1f710ad4b Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik ARGE/TUEK Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
http://www.gulhaneeah.saglik.gov.tr/

Bilgi için: Dilek MENAY
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 05

EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.06.2022-138677

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--138677 16.06.2022
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 16.06.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 106 (yüz altı) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :*BSPBVMYPV0* Pin Kodu :97592 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Evlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman

34	Dr.Furkan Burak AKYOL	GTF Kalp Damar Cerr.AD.Bşk.lığı	Atan Kalpte minimal invaziv transapikal neokorda implantasyonu yapılan hastaların kısa ve orta dönem sonuçlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
35	Dr.Esra YALIM	GTF Ruh Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Major defresif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisi	Kabul Edildi.
36	Dr. Gözde BAŞPINAR DOĞRU	Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları SUAM	Açıklanamayan infertilite tanısı ile klomifen sitrat ve gonodotropin kullanılarak, ovaryan stimülasyon ve intrauterin inseminasyon uygulanan hastalarda, hCG uygulama günü endometriyal kalınlığın ve dominant follikül boyutunun gebelik sonuçlarını öngörmedeki rolü"	Kabul Edildi.
37	Dr. Cansu Hatice DOBUR	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Diyabet öz yönetimi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul Edildi.
38	Dr. Gökçe MELEK TÜRKFİLİZ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Ebeveynelerin üçüncü sigara dumanı hakkındaki farkındalıkları ve sigara içme davranışları	Kabul Edildi.
39	Dr. Gülende YILMAZ BÜYÜKATA	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumunun değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
40	Dr. Özge YİĞİT	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Geriatrik yaş grubu kronik böbrek hastalarında demir parametrelerinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
41	Dr.Ayşe Hande ÖZTÜRK)	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Boy kısalığı olan çocuklarda kaygı bozukluğu ve dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesi"	Kabul Edildi.
42	Dr. Ferhat BOLU	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Serum-C Reaktif Protein-Albumin oranının kronik obsruktif akciğer hastalığı şiddeti (stabil ve akut alevlenme) ile ilişkisi	Kabul Edildi.
43	Dr.Hürrem SEZER	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Yavaş üreyen tüberküloz dışı mikobakteri (TDM) saptanan hastaların klinik özellikleri ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
44	Dr. Selen ZORLUTUNA	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Patoloji tanısı olmayan endobronşial lezyonkarda tam tümör rezaksiyonu yapılmalı mı?	Kabul Edildi.
45	Dr.Denizcan HASTÜRK	Ankara Şehir SUAM	Over Karsinomu Tanılı Hastalarda Kemoterapi Öncei -Sonrası Thiol-Disülfid ve İskemi Modifiye Albumin Dengesi"	**Kabul Edilmedi:** Tez onay formunda 8,9 ve 10 nolu maddeleri içeren iki sayfa eklenmemiş.
46	Dr.Barış Çağlar KANAT	Ankara Şehir SUAM	Erişkin Akut Apandisit Hastalarında COVID 19 PCR Pozitifliğinin Ameliyat Öncesi Ön Tanıda Kandaki Beyaz Küre, Nötrofil Hakimiyeti ve CRP'ye Etkisinin Retrospektif Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
47	Dr. Ezgi Gizem ŞİBAR	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Santral katater ilişkili kan dolaşımı infeksiyonu (SKI-KDE) tanısı olan hastaların risk faktörlerinin üreyen etkenlerin ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
48	Dr. Beria Nur ERTUĞRUL	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Bilateral subtalamik nukleus derin beyin stilümasyonu tedavisi altında izlenen Parkinson hastalarında unirateral ve bileteral stilamasyonunun motor bulgular üzerine etkisinin ve hemisfere özgü	Kabul Edildi.

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Şiddetiyle İlişkisinde Ruminasyonun Aracılık Etkisi

Sorumlu Araştırıcının Adı: Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER

Diğer Araştırıcının Adı: Arş. Gör. Dr. Esra YALIM

"Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon Şiddetiyle İlişkisinde Ruminasyonun Aracılık Etkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde "Majör Depresif Bozukluk" hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Çalışmanın amacı majör depresif bozukluk tanısı alan hastalar ile kontrol grubuna alınan gönüllü katılımcıları çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından karşılaştırmak ve çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetiyle ilişkisinde ruminasyonun aracılık etkisinin gösterilmesi araştırmaktır.
- Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.06.2022-30.11.2022 tarihleri arasında başvuran ve Majör Depresif Bozukluk tanısı almış 80 hasta ve 80 sağlıklı gönüllü dahil edilecektir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışmayı kabul etmeniz durumunda muayeneniz sırasında yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33), Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) uygulanacaktır.
- Araştırmanın tamamlanma süresi Haziran 2022-Mart 2023 tarihleri arasında on aydır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Araştırma sonucunda kişilerin çocukluk çağı travmalarının depresyon üzerine etkisini açıklama, hem psikopatolojiyi anlama hem de uygun bireysel tedavi planı sağlayabilme açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Esra YALIM
GÖREVİ: Araştırma Görevlisi
TELEFON: 0312 304 45 20

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Esra YALIM'ı SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 0312 304 45 20'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	**Görüşme tanığı**
Adı, soyadı:	
Adres:	Adı, soyadı:
Tel:	
İmza:	Adres:
Tarih:	
	Tel:
Katılımcı ile görüşen hekim	
Adı soyadı, unvanı:	İmza:
Adres:	
Tel:	Tarih:
İmza:	
Tarih:	

EK-5: OLGU RAPOR FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih: **Örneklem No:** **Görüşmeci:**

1. **Yaşınız: ……**

2. **Cinsiyetiniz:**
   a. Kadın b. Erkek

3. **Öğrenim sürenizi sene olarak belirtiniz.**
   ……yıl (Örn lise mezunu kişi 11 ya da 12 sene eğitim görmüştür)

4. **Medeni durumunuz:**
   a. Bekar b. Evli c. Boşanmış d. Dul e.Diğer (……)

5. **Çocuğunuz var mı?**
   a. Yok b. Var (sayısını belirtiniz……..)

6. **Son 6 aydır düzenli bir maddi gelir sağlayacak şeklide çalıştığınız bir işiniz var mı?**
   a. Evet b. Hayır

7. **Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, kalp yetmezliği vb.)**
   a. Yok b.Var (belirtiniz……...)

8. **Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?**
   a. Yok b. Var (belirtiniz……)

9. **Düzenli sigara kullanıyor musunuz?**
   a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz…..……..)

10. **Düzenli alkol kullanıyor musunuz?**
    a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz……..……..)

11. **Düzenli madde kullanıyor musunuz?**
    a. Hayır b. Evet (sıklığını belirtiniz……..)

12. **Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?**
    a. Hayır b. Bir veya birden fazla kez

13. **Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?**
    a. Evet (ise belirtiniz……..…..…) b. Hayır

14. Daha önce hiç psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışınız oldu mu?

a. Evet b. Hayır

15. Çocukluğunuzda hangi yerleşim biriminde yaşıyordunuz?

a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

16. Çocukluğunuzda kimlerle yaşıyordunuz?

a. Anne, baba ve kardeşler b. Geniş aile (anne, baba, büyükanne, büyükbaba vs)

c. Anne veya babadan biriyle d. Büyükanne ve/veya büyükbaba ile

e. Diğer (belirtiniz……..)

17. Şu an hangi yerleşim biriminde yaşıyorsunuz?

a. Şehir Merkezi b. İlçe c. Köy /Kasaba

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Daha sonra, ŞU AN DAHİL SON 1 HAFTA içindeki ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun gelen ifadeyi bulunuz ve yanındaki uygun yere (X) işareti koyunuz.

1.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimi üzgün hissetmiyorum Kendimi üzgün hissediyorum Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.	( ) ( ) ( ) ( )	Gelecekten umutsuz değilim Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimi başarısız görmüyorum Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4.	( ) ( ) ( ) ( )	Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum Bana zevk veren hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı
5.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimi suçlu hissetmiyorum Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6.	( ) ( ) ( ) ( )	Cezalandırıldığımı düşünmüyorum Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum Cezalandırılmayı bekliyorum Cezalandırıldığımı hissediyorum
7.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimden hoşnutum Kendimden pek hoşnut değilim Kendimden hiç hoşlanmıyorum Kendimden nefret ediyorum
8.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9.	( ) ( ) ( ) ( )	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam Kendimi öldürebilmeyi isterdim Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm
10.	( ) ( ) ( ) ( )	Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum Şu sıralarda her an ağlıyorum Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesemde ağlayamıyorum

11.	( ) ( ) ( ) ( )	Her zamankinden daha sinirli değilim Herzamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum Çoğu zaman sinirliyim Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
12.	( ) ( ) ( ) ( )	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13.	( ) ( ) ( ) ( )	Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum Şu aıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum Artık hiç karar veremiyorum
14.	( ) ( ) ( ) ( )	Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum Dış görünüşümde artk değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15.	( ) ( ) ( ) ( )	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum Hiçbir iş yapamıyorum
16.	( ) ( ) ( ) ( )	Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum Şu sıralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17.	( ) ( ) ( ) ( )	Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum Eskisinden daha çabuk yoruluyorum Şu sıralar neredeyse her şey beni yoruyor Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
18.	( ) ( ) ( ) ( )	İştahım eskisinden pek farklı değil İştahım eskisi kadar iyi değil Şu sıralar iştahım epey kötü Artık hiç iştahım yok
19.	( ) ( ) ( ) ( )	Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim
20.	( ) ( ) ( ) ( )	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık hiç bir şey düşünemiyorum
21.	( ) ( ) ( ) ( )	Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ-21)

	Son 1 haftadaki durumunuz için geçerli olduğunu düşündüğünüz puanı işaretleyin.	**Hiçbir zaman**	**Bazen ve ara sıra**	**Oldukça sık**	**Her zaman**
1	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	1	2	3
2	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim *(kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)*	0	1	2	3
3		0	1	2	3
4		0	1	2	3
5		0	1	2	3
6		0	1	2	3
7	s yap ık ad ada dım	0	1	2	3
8	Hayat rsiz unu h n	0	1	2	3
9	umda *eğin de)* t r old	0	1	2	3
10	da z ktim ik eg *ğım şırı h s alm ssiz* *d gibi*	0	1	2	3
11	anikl dım durum ürec durd den selep	0	1	2	3
12		0	1	2	3
13		0	1	2	3
14		0	1	2	3
15		0	1	2	3
16		0	1	2	3
17		0	1	2	3
18		0	1	2	3
19		0	1	2	3
20		0	1	2	3
21	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-33)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı sorunun başındaki kutucuğa yazınız. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir. Lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. ***Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde……***		**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Kimi zaman**	**Sık olarak**	**Çok sık**
1	Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2	Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3	Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4	Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu**.**	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 değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11	Ailemdekiler 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 biçimde vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13	Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14	Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma 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 ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18	Ailemde birisi benden nefret ederdi**.**	1	2	3	4	5
19	Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5

21	Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri 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	Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi	1	2	3	4	5
29	Ailemdekiler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30	Ailemdekiler her şeyime karışırdı.	1	2	3	4	5
31	Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32	Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33	Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.	1	2	3	4	5

RUMİNATİF DÜŞÜNCE BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (RDBÖ)

Bu anket insanların düşünceleriyle ilgili ifadeler içermektedir. Hepimizin düşüncelerinin özellikleri farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve her biri için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin sonundaki boşluklara işaretleyiniz.		**Hiç**						**Çok iyi**
1	Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.	1	2	3	4	5	6	7
2	Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.	1	2	3	4	5	6	7
3	Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.	1	2	3	4	5	6	7
4	Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5	6	7
5	Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.	1	2	3	4	5	6	7
6	Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınımdır.	1	2	3	4	5	6	7
7	Kendimi, gün içerisinde "Keşke yapsaydım" dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
8	Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, "keşke şöyle davransaydım" dediğim farklı senaryolar hayal ederim.	1	2	3	4	5	6	7
9	Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.	1	2	3	4	5	6	7
10	Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.	1	2	3	4	5	6	7
11	İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.	1	2	3	4	5	6	7
12	Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
13	Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.	1	2	3	4	5	6	7
14	Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.	1	2	3	4	5	6	7
15	Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.	1	2	3	4	5	6	7
16	Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.	1	2	3	4	5	6	7
17	Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.	1	2	3	4	5	6	7
18	Bazen, bir konuşma sırasında bile, alâkasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.	1	2	3	4	5	6	7
19	Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.	1	2	3	4	5	6	7
20	Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5	6	7