

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK HASTALARINDA
İŞLEVSELLİĞİN, ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ, RUMİNASYONUN, İŞLEVSEL
OLMAYAN TUTUMLARIN, UMUTSUZLUĞUN VE
NÖROTİZİZMİN İLİŞKİSİ**

Dr. Öznur ARSLAN

Uzmanlık Tezi-2021

DANIŞMAN
Dr. Öğt. Üyesi Esat Fahri Aydın

ERZURUM-2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Major Depresif Bozukluk	10
2.1.1. Tanımı	10
2.1.2. Epidemiyoloji	10
2.1.3. Etiyoloji	11
2.1.3.1. Genetik	11
2.1.3.2. Biyokimyasal Etkenler	12
2.1.3.3. Hormonal Düzenlemede Değişiklikler	14
2.1.3.4. İmmünolojik Etkenler	14
2.1.3.5. Nöroanatomik Etmenler	15
2.1.3.6. Psikososyal Etkenler	15
2.1.3.7. Psikodinamik Etkenler	15
2.1.3.7. Diğer Depresyon Formülasyonları	16
2.1.3.7.1. Bilişsel Teori	16
2.1.3.7.2. Öğrenilmiş Çaresizlik	17
2.1.3.7.3. Umutsuzluk Kuramı	17
2.1.4. Klinik Seyir	18
2.1.5. Major Depresyon Tedavisi	18
2.1.6. Depresyonda Psikoterapi	19
2.1.7. Depresyonda Somatik Tedaviler	21
2.1.7.1. Elektro Konvülsif Tedavi	21
2.1.7.2. Yineleyici Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (rTMS)	21
2.1.7.3. Manyetik Nöbet Tedavisi(MNT)	21
2.1.7.4. Transkraniyal Doğru Akım Stimülasyonu (tDCS)	21
2.1.7.5. Derin Beyin Uyarımı (DBS)	22

2.1.7.6. Vagus Sinir Uyarımı.....	22
2.1.8. Major Depresif Bozukluk ve Kişilik.....	22
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	24
2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları	25
2.2.1.1. Fiziksel İstismar	25
2.2.1.2. Cinsel İstismar.....	25
2.2.1.3. Duygusal İstismar.....	26
2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	27
2.2.2.1. Fiziksel İhmal	27
2.2.2.2. Duygusal İhmal	27
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri.....	27
2.3. Ruminasyon	28
2.4. Umutsuzluk	30
2.5. İşlevsel Olmayan Tutumlar.....	31
2.6. Major Depresif Bozukluk ve İşlevsellik	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	33
3.2. Veri Toplama Araçları	34
3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu.....	34
3.2.2. SCID 5 (The Structured Clinical Interview for DSM-5)	34
3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)	35
3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)	35
3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	35
3.2.6. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ).....	36
3.2.7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)	36
3.2.8. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Form (RTÖ-KF)	37
3.2.9. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	37
3.2.10. Seehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ).....	37
3.2.11. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu Nörotisizm Alt Ölçeği	37
3.3. Etik Kurul Onayı.....	38
3.4. İstatistiksel Yöntem	38
4. BULGULAR.....	40
4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	40

4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarında İşlevsellik Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....	46
4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travma Puanlarının Değerlendirilmesi.....	47
4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi	49
4.6. Hasta Grubunda Ölçeklerin Özel Gruplara Göre Karşılaştırılması	51
4.6.1. Hasta Grubunda Ölçeklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	51
4.6.2. Hasta Grubunda Ölçeklerin Psikiyatrik Komorbidite Varlığına Göre Karşılaştırılması	53
4.6.3. Hasta Grubunda Ölçeklerin Çocukluk Çağı Travma Varlığına Göre Karşılaştırılması	54
4.6.4. Hasta grubunda ölçeklerin intihar girişimi varlığına göre kıyaslanması	55
4.7. Korelasyon analizleri	56
4.7.1. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu	56
4.7.2. Hasta Grubunda ÇÇTÖ Ölçeği Skorları İle Diğer Ölçeklerin Birbiriyle Korelasyonu	59
4.7.3. Hasta grubunda ÇÇTÖ, İOTÖ, RTÖ- KF, Nörotisizm, Beck Umutsuzluk ölçeklerinin KİDÖ ve SYYÖ ölçekleri ile Korelasyon Analizi	61
4.8. Regresyon Analizleri	63
4.8.1. KİDÖ ölçeği regresyon analizleri	64
4.8.1.1. KİDÖ özerklik ölçeği regresyon analizleri	64
4.8.1.2. KİDÖ mesleki işlevsellik ölçeği regresyon analizleri	68
4.8.1.3. KİDÖ bilişsel işlevsellik ölçeği regresyon analizleri	71
4.8.1.4. KİDÖ mali konular ölçeği regresyon analizleri	75
4.8.1.5. KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği regresyon analizleri	76
4.8.1.6. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği regresyon analizleri	79
4.8.1.7. KİDÖ toplam puan regresyon analizleri	83
4.8.2. SYYÖ ölçeğinin regresyon analizleri	86
4.8.2.1. SYYÖ iş alt ölçeğinin regresyon analizleri	87
4.8.2.2. SYYÖ sosyal alt ölçeğinin regresyon analizleri	87
4.8.2.3. SYYÖ aile alt ölçeğinin regresyon analizleri	89
4.8.2.4. SYYÖ Toplam puan regresyon analizleri	93
5. TARTIŞMA	97
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin ve Klinik Özelliklerin İncelenmesi	97

5.2.Hasta grubunda ölçeklerin cinsiyet, komorbidite, intihar girişimi açısından karşılaştırılması	101
5.3.Hasta ve Kontrol Grubunda İşlevsellik, Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar, Ruminasyon, Nörotisizm ve Umutsuzluk Puanlarının İncelenmesi	102
5.4.Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi	105
5.5.Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumların, Ruminasyonun, Nörotisizmin ve Umutsuzluğun Birbirleriyle İlişkisinin İncelenmesi	109
5.6. Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmalarının, İşlevsel Olmayan Tutumların, Ruminasyonun, Nörotisizmin ve Umutsuzluğun İşlevsellik İle İlişkisinin İncelenmesi	111
5.7. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	115
6. SONUÇ	116
KAYNAKLAR	118
EKLER	131
EK 1.Sosyodemografik Veri Formu	131
EK 2.Hamilton depresyon ölçeği	133
EK 3. Hamilton Anksiyete Ölçeği	135
EK 4. Kısa işlevsellik Değerlendirme Ölçeği	137
EK 5.Çocukluk çağı travma ölçeği	138
EK 6.İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ).....	140
EK 7.Ruminasyon Tepki Ölçeği Kısa form	144
EK 8.Eysenck Kişilik Anketi (EKA-GGK) Kısa Form Nörotisizm Alt Ölçeği	145
EK 9.Beck Umutsuzluk Ölçeği	146
EK 10. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği	147

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	40
Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik özgeçmiş özelliklerin karşılaştırılması	42
Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Soygeçmiş Özellikleri Araştırması ..	43
Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HDDÖ ve HAÖ ölçeği puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 5. Hasta grubunun klinik özellikleri	45
Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun SYYÖ puanlarına göre karşılaştırılması	47
Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ puanlarına göre karşılaştırılması	47
Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ kesme puanlarına göre travmaya uğramış olma oranlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 11. Hasta ve kontrol gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi	49
Tablo 12. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Form (RTÖ-KF) ölçeği puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 13. Nörotisizm Alt Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 14. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanları karşılaştırma	50
Tablo 15.1. Hasta grubunda ölçeklerin cinsiyete göre karşılaştırılması	51
Tablo 15.2. Hasta Grubunda Ölçeklerin Psikiyatrik Komorbidite Varlığına Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 15.3. Hasta Grubunda Ölçeklerin Çocukluk Çağı Travma Varlığına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 16. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu.....	56
Tablo 17. Hasta grubunda ÇÇTÖ ölçeği skorları ile diğer ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi	59
Tablo 18. ÇÇTÖ, İOTÖ, RTÖ- KF, Nörotisizm, Beck Umutsuzluk ölçeklerinin KİDÖ ve SYYÖ ölçekleri ile korelasyon analizi.....	61
Tablo 19.1. KİDÖ Özerklik alt ölçeğinin lineer regresyon analizi-1.....	64
Tablo 19.2.1. KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -2.....	65
Tablo 19.2.2. Coefficients(KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -2.....	65
Tablo 19.3.1. KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -3.....	66

Tablo 19.3.2.	Coefficients (KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -3).....	66
Tablo 19.4.1	KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer Regresyon Analizi-4	67
Tablo 19.4.2.	Coefficients (KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer Regresyon Analizi-4)	67
Tablo 20.1.	KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-1	68
Tablo 20.2.1.	KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-2	68
Tablo 20.2.2.	Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-2).....	69
Tablo 20.3.1.	KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-3	69
Tablo 20.3.2.	Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-3).....	70
Tablo 20.4.2.	KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-4	70
Tablo 20.4.2.	Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeği-4)	71
Tablo 21.1.	KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-1	71
Tablo 21.2.1.	KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-2	72
Tablo 21.2.2.	Coefficients (KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)	72
Tablo 21.3.1.	KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-3	73
Tablo 21.3.2.	Coefficients (KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)	73
Tablo 21.4.1.	KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-4	74
Tablo 21.4.2.	Coefficients(KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği -4).....	74
Tablo 22.	KİDÖ mali konular alt ölçeği lineer regresyon analizi-1	75
Tablo 23.1.	KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-1	76
Tablo 23.2.1.	KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-2	76
Tablo 23.2.2.	Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)	77
Tablo 23.3.1	KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-3	77
Tablo 23.3.2.	Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)	78
Tablo 23.4.1.	KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-4	78
Tablo 23.4.2.	Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği -4)	79
Tablo 24.1.	KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-1	79
Tablo 24.2.1	KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-2	80
Tablo 24.2.2.	Coefficients (KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)	80
Tablo 24.3.1.	KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-3	81

Tablo 24.3.2 Coefficients (KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)	81
Tablo 24.4.1. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-4	82
Tablo 24.4.2 Coefficients(KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği -4).....	82
Tablo 25.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-1	83
Tablo 25.2.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-2.....	83
Tablo 25.2.2. Coefficients (KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-2)	84
Tablo 25.3.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-3.....	84
Tablo 25.4.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-4.....	85
Tablo 25.4.2. Coefficients (KİDÖ toplam skor lineer regresyon analizi-4)	86
Tablo 26. SYYÖ-iş alt ölçeği lineer regresyon-1.....	87
Tablo 27.1. SYYÖ-sosyal alt ölçeği lineer regresyon-1	88
Tablo 27.2.1. SYYÖ-Sosyal alt ölçeği lineer regresyon analizi-3	88
Tablo 27.2.2. Coefficients (SYYÖ- sosyal alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)	89
Tablo 28.1. SYYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-1	89
Tablo 28.2.1. SYYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-2	90
Tablo 28.2.2. SYYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-2	90
Tablo 28.3.1 SYYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-3.....	91
Tablo 28.3.2. Coefficients (SYYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-3).....	91
Tablo 28.4.2. Coefficients (SYYÖ Aile alt ölçeği lineer regresyon Analizi -4).....	92
Tablo 29.1. SYYÖ-Toplam lineer regresyon-1.....	93
Tablo 29.2.1 SYYÖ-Toplam lineer regresyon-2.....	93
Tablo 29.2.2. Coefficients(SYYÖ-toplam lineer regresyon-2).....	94
Tablo 29.3.1. SYYÖ–toplam alt ölçeği lineer regresyon-3	94
Tablo 29.3.2. Coefficients (SYYÖ–toplam alt ölçeği lineer regresyon-3)	95
Tablo 29.4.1. SYYÖ-Toplam lineer regresyon-4.....	95
Tablo 29.4.2. Coefficients(SYYÖ-Toplam lineer regresyon-4)	96

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDNF	: Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
CANMAT	: Kanada Duygudurum Ve Anksiyete Ağı
CRH	: Kortikotropin salgılatıcı hormon
ÇÇTÖ	: Çocukluk çağı travmaları ölçeği
EKT	: Elektrokonvülfik Terapi
GABA	: γ amino bütirik asit
HAÖ	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
İOTÖ	: İşlevsel olmayan tutumlar ölçeği
KİDÖ	: Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği
MDB	: Major Depresif Bozukluk
RTÖ-DD	: Ruminasyon ölçeği alt boyutu derin düşünce
RTÖ-SD	: Ruminasyon ölçeği alt boyutu saplantılı düşünce
SCID-5	: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders,
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
TRH	: Tirotropin salgılatıcı hormon

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, başta tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ, Doç. Dr. Halil ÖZCAN, Dr. Öğr. Üyesi Hacer AKGÜL CEYHUN, Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma TUYGAR OKUTUCU'ya;

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan, hemşire, personel arkadaşlarıma ve rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalındaki değerli öğretim üyelerine ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgi ve destekleriyle hep yanımda olan sevgili anneme, babama ve ablama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Öznur ARSLAN

ÖZET

Major Depresif Bozukluk Hastalarında İşlevselliğin, Çocukluk Çağı Travmalarının, Ruminasyonun, İşlevsel Olmayan tutumların, Umutsuzluğun ve Nörotisizmin İlişkisi

Amaç: Major depresif bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı gönüllüler arasında çocukluk çağı travması, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm ve umutsuzluk özellikleri açısından fark olup olmadığını saptamak, majör depresif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmalarının, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm ve umutsuzluk üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmak ve çocukluk çağı travmalarının, ruminasyonun, işlevsel olmayan tutumların, nörotisizmin ve umutsuzluğun majör depresif bozukluk hastalarındaki işlevsellikte bozulma üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: 83 major depresif bozukluk hastası ve yaş, eğitim, cinsiyet olarak eşitlenen 83 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar; sosyodemografik ve klinik faktörler, işlevsellik, çocukluk çağı travmaları, işlevsel olmayan tutumlar, ruminatif düşünce, nörotisizm, umutsuzluk yönüyle incelenmiştir.

Bulgular: Hasta grubunda bütün çocukluk çağı travma türleri ve toplam puanı, işlevsel olmayan tutumlar, ruminasyon, umutsuzluk ve nörotisizm puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Hasta grubundaki işlevsellikte bozulma bütün toplam puan ve alt ölçek puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulundu. Duygusal istismar ile işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm, ruminasyonun saplantılı düşünce alt boyutu ve ruminasyon toplam skoru arasında anlamlı korelasyon saptandı. Duygusal istismar ve duygusal ihmal umutsuzluk ile anlamlı düzeyde korele bulundu. Duygusal istismar, Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ) aile yaşamı işlevsellik puanı ile anlamlı şekilde korele bulundu. İşlevsel olmayan tutumlar ile Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) genel işlevsellik puanları, mesleki işlevsellik, boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon bulundu. Nörotisizm ile KİDÖ özerklik puanı arasında anlamlı korelasyon saptandı. Ruminasyon toplam skor ve ruminasyon saplantılı düşünce alt boyutu ile KİDÖ mali konular hariç diğer işlevsellik puanları arasında korelasyon bulundu.

Ruminasyon derin düşünce alt boyutu ile mali konular, kişiler arası ilişkiler, boş zaman uğraşları hariç tüm işlevsellik ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptandı. Umutsuzluk skorları ile hasta tarafından değerlendirilen SYYÖ toplam puan ve tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç: Major depresif bozuklukta klinik remisyon sağlanmasının yanında, günlük hayattaki işlevselliğin korunması da oldukça önemlidir. Hastaların işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin tespit edilerek psikoterapötik yaklaşımlar ile müdahalede bulunmak önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Elde ettiğimiz veriler düşünüldüğünde MDB hastalarında çocukluk çağı travmalarıyla ilgili faktörlerin, işlevsel olmayan tutumların, ruminasyonun, umutsuzluğun, nörotisizmin işlevsellikle ilgili müdahalelerde önemli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: majör depresif bozukluk, işlevsellikte bozulma, çocukluk travması, ruminasyon, işlevsel olmayan tutum, umutsuzluk, nörotisizm

ABSTRACT

The Relationship of Functioning, Childhood Trauma, Rumination, Dysfunctional Attitudes, Hopelessness, and Neuroticism in Major Depressive Disorder Patients

Objective: To determine whether there is a difference between patients with major depressive disorder and healthy volunteers in terms of childhood traumas, rumination, dysfunctional attitudes, neuroticism and hopelessness and to investigate whether childhood traumas have an effect on rumination, dysfunctional attitudes, neuroticism and hopelessness of the patients. Additionally, to assess the effects of childhood traumas, rumination, dysfunctional attitudes, neuroticism and hopelessness on the functional impairment of the patients with major depressive disorder

Materials and Methods: 83 major depressive disorder patients and 83 healthy controls were included in the study. Sociodemographic and clinical factors, functional impairment, childhood traumas, dysfunctional attitudes, rumination, neuroticism, hopelessness were investigated.

Results: All childhood trauma types and total childhood trauma scores, dysfunctional attitudes, rumination, hopelessness and neuroticism scores were found to be statistically significantly higher in the patient group compared to the control group. Patient group's functional impairment was statistically more than the control group according to all total scores and subscale scores of functioning scales. A significant correlation was found between emotional abuse and dysfunctional attitudes, neuroticism, brooding subtype of rumination and rumination total scores. Emotional abuse and emotional neglect were associated with hopelessness. Emotional abuse was correlated with the Sheehan Disability Scale (SDS) family life functional domain scores. A significant correlation was found between dysfunctional attitudes and total scores of the Functioning Assessment Short Test (FAST) and subscales of occupational functioning and leisure activities scores. A significant correlation was found between neuroticism and autonomy scores of functioning. There was a significant correlation between rumination total scores, brooding subtype of rumination scores and all functioning scores except financial issues. A significant correlation was found between the reflection subtype of rumination scores and all functioning scores, excluding

financial issues, interpersonal relationships, and leisure activities scores. Hopelessness was significantly correlated with total scores of SDS and all subscale scores of SDS.

Conclusion: In addition to achieve clinical remission in major depressive disorder, it is also very important to maintain a good functioning in daily life. It is an important issue to determine the factors that may negatively affect the functioning of the patients with major depressive disorder and to improve this functional impairment with psychotherapeutic interventions. Considering the data that we have obtained here, it should be kept in mind that the factors related to childhood traumas, dysfunctional attitudes, rumination, hopelessness and neuroticism may be important in interventions aimed to improve functional impairment in patients with major depressive disorder.

Keywords: major depressive disorder, functional impairment, childhood trauma, rumination, dysfunctional attitude, hopelessness, neuroticism

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresif bozukluk sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Yaşam boyu yaygınlığı %4,4 ile %19,6 oranındadır. Tekrarlayan depresif ataklarla karakterizedir. İlk atak sonrası iki yıl boyunca tahmini tekrarlama oranı yüzde % 25 ile %40 arasındadır. Ancak bu oran zaman içinde artar, beş yıl sonra % 60, on yıl sonra % 85 oranına kadar çıkar. Nüks oranlarının fazla olması, sık görülen bir hastalık olması nedeniyle en çok işgücü kaybına neden olan hastalıklardan birisidir (1).

Major depresyonun etyolojisinde kalıtsal, biyokimyasal ve çevresel etmenler gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Çevresel faktör arasında, son yıllarda çocukluk çağı travmasının en önemlilerden biri olabileceği ve hem bipolar hem de depresif bozukluğun patogenezi, seyri ve tedavisi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (2). Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun sağlığını bozabilen ve hayatı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını önleme danışmanlığı beş çocuk tacizi türü tanımlamıştır; cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal (3). Fiziksel istismar (physical abuse), çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Cinsel istismar (sexual abuse) kavramı henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanır. Duygusal istismar (emotional abuse), çocukların ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakma durumudur. ‘Kötü bakım’ olarak da ifade edilen ihmal, çocuğun temel ihtiyacı olan bakım ve korumanın sağlanmamasıdır. Çocuğun beslenme ve eğitimden yoksun bırakılması fiziksel ihmal (physical neglect), sevilmemesi, yakınlık, ilgi gösterilmemesi ise duygusal ihmal (emotional neglect) örnekleridir.

Çocukluk çağı travmaları yetişkinlik çağında düşük benlik, emosyonel disregulasyon, yetersiz başa çıkma tutumları, kaygı bozukluğu, duygudurum bozukluğu, intihar düşüncesi, akademik başarısızlık, kendine zarar verme, davranışsal sorunları gibi birçok duruma yol açabilmektedir. Sürekli olarak duygudurum bozukluğu olan hastaların çocukluk çağında negatif olayları sağlıklı deneklerden daha sık yaşadığı görülmüştür (4).

Literatürde duygusal istismar ve ihmal en az çalışılan çocukluk çağı travması olmasına rağmen, en yaygını olabileceği belirtilmiştir. Çocukluk çağı travmaları majör depresif bozukluğa sahip hastaların % 57'sinde bildirilmiştir (5).

2017 yılında yapılan bir metaanalizde, depresyonlu bireylerin %45,59'unun herhangi bir çocukluk kötü muamelesi ve %19,13'ünün birden fazla çocukluk kötü muamelesi yaşadığı bildirilmiştir. Bunların %25,27 cinsel istismar (sexual abuse), %27,59 fiziksel istismar (physical abuse), % 36,72 duygusal istismar (emotional abuse), % 43,2 duygusal ihmal (emotional neglect), % 36,18 fiziksel ihmal(physical neglect) olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca özellikle duygusal istismar ve ihmalin, erken başlangıçlı, şiddetli ve tedaviye dirençli depresyon için bir risk faktörü olabileceğini düşünülmüştür (6).

Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar çocukluk çağı travması ile yetişkinlik çağında duygusal bozuklukların gelişimi arasında kesin bir bağlantı olduğunu vurgulamıştır. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travması ve duygusal bozukluklar arasındaki ilişkinin maruziyetin dozuna, ciddiyetine ve maruziyet yaşına bağlı gibi görünmektedir (7) .

Çocukluk çağı travmaları ile duygudurum bozuklarının ilişkili görülmesinin nedeni, tam olarak bilinmemekle birlikte erken yaşam stresinin nörobiyolojik değişikliklere yol açması, çocukluktaki travmatik olayların uzun süreçte yapısal ve işlevsel değişikliklerle ilişkili olabileceğinin düşünülmesi nedeniyledir (8). Bu durumun hastalığın patogenezi, seyri ve tedavisiyle ilişkisinin olabileceği düşünülebilir.

Depresyonun bilişsel kuramına göre, depresyon kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz yargıları sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Depresif hastaların kendilerini (“Hepsi benim hatam yetersizim”, “ suçluyum”) çevrelerini ve dünyayı (“Hayatım berbat”, “her şey çok kötü”, “ kimse bana yardımcı olamaz”) ve geleceği (“bu iş düzelmeyecek”) olumsuz gördükleri öne sürmüştür. Bu görüş bilişsel üçlü terimiyle formüle edilmiştir (9). Beck’e göre deprese hastanın düşünce içeriğinin merkezinde önemli bir kayıp yer alır. Mutluluk veya huzuru için çok gerekli gördüğü bir şeyleri kaybetmiştir. Her önemli girişimle ilgili olumsuz sonuçlar bekler, kendini önemli hedeflerine ulaşabilmek için gerekli yeteneklerden yoksun olarak görür. Bu

kayıp duygusu ve olumsuz beklentiler depresyonla bağlantılı duygulara (keder, hayal kırıklığı, aldırmaçlık...) yol açar. Hoş olmayan hislere yakalanmış olma veya çözümsüz sorunların içinde kaybolmuşluk hissi yapıcı motivasyonu kaybettirir. Hasta kendisine çözümsüz gelen bu durumdan intihar ederek kaçmaya zorlandığını hisseder.

Depresyonun bilişsel teorisinde bilişler üç seviyede incelenmektedir. Bunlar otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlardır. En üstte kendiliğinden ortaya çıkan, yönlendirilmemiş düşünceler veya görüntüleri kapsayan “otomatik düşünceler” yer alır. Otomatik düşünceler çeşitlidir ve o ana, duruma, ve kişiye özgüdür. Örneğin; Yolda yürürken bir köpek görünce akla gelen “Bu köpek beni ısırarak” düşünmesi gibi. En altta ise bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, bireyin kendisi, diğerleri ve dünya ile ilgili temel varsayımları içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş “temel inançlar” bulunmaktadır. “Yetersizim” “sevilmiyorum” gibi mutlak önermeler biçimindedir. Bu ikisinin arasında otomatik düşüncelerin kaynağı olan sayıtlar ve kuralları içeren “ara inançlar” yer alır. Ara inançlar; kurallar, olması gerekenler, emirler şeklindeki mutlak bilişlerdir. Bir anlamda bireyin kendisinin ve diğer insanların davranışları, başlarına gelen olayları ve yaşantıyla ilgili kalıcı hale gelmiş kuralları ve beklentileri olarak görebiliriz. Örneğin; “sevilmiyorsam değersizim”, “her zaman başarılı olmalıyım”, “başkasından yardım istememeliyim”, gibi kişinin hayatı anlamlandırmasına katkıda bulunan yargılarıdır (10). İşlevsel olmayan tutumlar bize kişinin ara inançları hakkında bilgi vermektedir.

Çocukluk travmaları bireylerde biliş etkileyebilir ve olumsuz bilişsel yapılanmaya ve bilgi işlemede hatalara neden olarak işlevsiz tutumların(ara inançlar) gelişmesine neden olabilir. İşlevsel olmayan tutumlar, yaşam olaylarının yorumlanmasını etkileyerek depresyon riskini artırmaktadır. İşlevsel olmayan tutumlar MDE'ler sırasında yükselir ve remisyonda devam edebilir. Tekrarlayan depresyon öyküsü olan hastalarda yapılan bazı çalışmalar daha fazla işlevsel olmayan tutumun depresyon relaps ve rekürrensini öngörebileceğini göstermiştir (4).

2017 yılında 182 katılımcının (61 unipolar depresyon olan, 61 bipolar bozukluğu ve 60 sağlıklı birey) değerlendirildiği bir çalışmada remisyonadaki unipolar ve bipolar bozukluğu olan hastalar arasında işlevsel tutum, benlik saygısı açısından fark

bulunmazken her iki grubunda sağlıklı kontrollere göre daha fazla işlevsel olmayan paterne sahip olduğu bildirilmiştir (11).

Ruminasyon, kişinin depresyon semptomlarının olası sebep ve sonuçlarını tekrarlayıcı ve pasif bir şekilde düşünmesidir. Ruminasyonun olumsuz bilişleri, hatıraları ve yorumları koruduğu, aktif problem çözmei engellediği, depresif duyguları sürdürdüğü ve artırabildiği varsayılır(12). Ruminasyon otobiyografik bellekte depolanmış olan anıların hatırlanmasını, algılamayı ve yeni bilgilerin öğrenilmesini etkileyebilir, kişinin belleğindeki olumsuz bilgilere daha kolay ulaşmasını sağlayarak depresyonun gelişimini etkileyebilir (12).

Treynor ve arkadaşları ruminatif yanıt biçimi bağlamında depresyonla ilgili 2 bileşen saptamışlardır. Saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünme (reflection). Saplantılı düşünme üzgün hissedildiğinde kaygılı ve karamsar şekilde kendini diğer insanlarla kıyaslama ve eleştirme, derin düşünme ise problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi kişinin stresöre karşı baş etme tutumlarını değiştirme stratejisidir. Treynor ve arkadaşları derin düşünmenin mevcut depresyonla korele olduğu ancak gelecekte ortaya çıkacak depresyonla ilişkisinin az olduğunu, saplantılı düşünmenin ise hem mevcut depresyonla hem de gelecekte ortaya çıkacak depresyonla daha fazla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (13).

2017 yılında yapılan bir çalışma çocukluk çağı travmasının duygudurum üstüne hem doğrudan ve hem de ruminasyonun aracılığıyla etkisinin olduğunu göstermiştir (12). Genel olarak, çocukluk çağı travması kolayca tartışılmaz ve bastırılır, bu da bireyde ruminatif bir bilişsel stile yol açabilir (12). Kronik olarak ruminatif düşünce yapısı olan bireylerde depresyonun belirtilerinin daha şiddetli hale gelmesi, majör depresyon ataklarına dönüşmesi ve mevcut depresif dönemlerin uzaması muhtemeldir (14).

Bireylerin bilişsel yapısı ve bilgiyi işleme biçimi ile yakından ilişkili bir durum olan umutsuzluk kişilerin objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı hâlde, deneyimlerine yanlış anlamlar yüklemesi, amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği hâlde negatif sonuçlar beklemesi ve gelecek hakkında olumsuz beklentiler geliştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır (15).

Umutsuzluk, bilişsel yaklaşım kapsamında ilk kez Beck ve arkadaşları tarafından ortaya atılmış, daha sonra Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Öğrenilmiş çaresizlik modeli Abramson ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenerek depresyonun umutsuzluk kuramı olarak adlandırılmıştır. Beck'in bilişsel teorisinde, umutsuzluk, bilişsel üçlünün bir parçasıdır. Beck ve ark kendilerini tahammül edilemez durumda gören hastaların, tek çözüm yolunu intihar etmek olarak gördüklerini belirtmişlerdir(16).

Depresyonun umutsuzluk /çaresizlik modeline göre belli bir süre kaçınılamayacak zorlanmalara tabi tutulan canlılarda bir süre sonra bu zorlanmalar karşısında bir şey yapmama tutumu gelişir. 'ne yaparsam yapayım sonuçta hiçbir şey fark etmiyor' şeklinde bir değerlendirme olur. Bu model de deprese bireylerin olayları olumsuz bir şekilde açıklamayı öğrendikleri ve olumsuz olayları kalıcı, evrensel ve içsel etkenlere bağladıkları öne sürülmüştür. Buna göre depresif kişi başarısızlıklarını içsel ve değişebilir özelliklerden (örneğin yeterince çaba göstermemek) çok içsel ve kalıcı özelliklere (örneğin yetenek yoksunluğu) bağlama eğilimi gösterir.

2018 yılında depresif bozukluğu olan 406 hasta üzerinde yapılan beş yıllık prospektif bir çalışmada, depresif hastalarda, yoğunluğu değişen düzeyde kalıcı bir umutsuzluk olduğu, umutsuzluk derecesinin depresyon sırasında yükselme ve iyileşme sonrasında azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, depresyondaki hastaların hepsinin eşit derecede umutsuz olmadığı, umutsuzluğu kısmen, yüksek nörotisizm ve düşük dışa dönüklük gibi kişilik özelliklerine bağlanabileceği ifade edilmiştir (17).

Kişilik, bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlar, bireyin "nasıl bir kişi" olduğunu betimler. Kişiliğin oluşumu doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel, ruhsal koşullar, öğrenme ve toplumsallaşma etkenleriyle biçimlenir (18).

Kişilik kavramını açıklamak için pek çok teori ortaya atılmıştır. Kişiliğe boyutsal yaklaşımı ilk savunan ve ortaya atanlardan birisi Eysenck'tir. Eysenck kişilik teorisinde nörotisizm-stabilite, dışadönüklük-içedönüklük, psikotisizm boyutlarından söz etmiştir.

Beş faktör kişilik kuramı da önemli kişilik teorilerinden birisidir. Bu kuram, dışadönüklük (extraversion), yumuşak başlılık (Agreeableness), deneyime açıklık (openness to experience), sorumluluk (Conscientiousness) ve nörotisizm (neuroticism), alt boyutlarından oluşmaktadır. Dışadönüklük, konuşkan, sıcakkanlı, işbirliğine yatkın bireyler olarak değerlendirilmektedir. Sorumluluk, başarılı olmaya eğilimli, azimli, planlı bireylerdir. Deneyime açıklık, meraklı, bağımsızlık, maceracı, üretken bireyler olarak değerlendirilmektedir. Yumuşak başlılık ise yardımseverlik, nazik, hoşgörülü, merhametli bireyler olarak değerlendirilmektedir.

Nörotisizm alt boyutunun duygusal tutarsızlık veya aşırı tepkiselliğe işaret etmekte olduğu ve bu boyutta yüksek puan alan bir kişinin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük öz-güveni olabileceği öne sürülmektedir (19).

Psikiyatrik hastalıklar çevre ve genetik etkileşimlerin iç içe geçtiği hastalıklardandır. Hastalık genleri ile ilişkili olan ancak, açık bir klinik görünüme yol açmayan özelliklere endofenotip denilmektedir. Endofenotip belirleyiciler, aslında yatkınlık belirleyicilerinin bir alt grubunu teşkil eder ve genler ve özgün depresif fenotipler arasındaki ilişkiye dayanır. Endofenotip demek için hastalığın başlangıcından önce var olması, süreklilik göstermesi, hastalığa sahip bireylerin sağlıklı aile fertlerinde genel popülasyona göre daha yaygın olarak bulunması gerekmektedir. Depresyon endofenotipi olarak birçok faktör araştırılmakla birlikte nörotisizmde bunlardan biridir(20).

Nörotisizm stabil seyretse bile pek çok çalışmada depresif dönemlerden önce veya sonra nörotisizmde farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Premorbidite ile ilgili araştırmalarda depresif ataklar sırasında remisyon durumuna göre artan nörotisizm puanları olduğu görülmüştür. Remisyonda da mutlak nörotisizm seviyeleri azalmakla birlikte, istikrarlı bir seyir sergilediği görülmektedir. Bazı aile çalışmaları da, depresyondaki bireylerin sağlıklı akrabalarının, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek düzeyde nörotisizme sahip olduğunu bulmuştur. Nörotisizm ve depresyon arasındaki ortak genetik korelasyonu tahmin etmek için yapılan ikiz çalışmalarında depresyondaki genetik varyansın % 55'inin nörotisizm ile paylaştığı düşünülmüştür. Böylece, nörotisizm ve depresyon genetik bir temeli paylaşıyor görünmektedir. Genel olarak

kanıtlar, nörotisizmin depresyon için umut verici bir aday endofenotip olduğunu göstermektedir (21).

2017 yılında yapılan 413 katılımcının değerlendirildiği bir çalışmada nörotisizm, çocukluk istismarı ve yetişkin stresli yaşam olaylarının birbirleriyle etkileşime girdiğini ve depresif semptomları etkilediğini ayrıca nörotisizmin aracılık faktörü olarak dolaylı yoldan da depresif semptomlar üzerindeki etkisinin olduğunu gösterilmiştir (22).

2015 yılında yapılan bir meta analize göre, düşük dışadönüklük, yüksek nörotisizm ve düşük sorumluluk özelliklerinin depresif semptomlarda artış riski ile ilişkili olduğu ve en fazla etkinin yüksek nörotisizm ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(23)

“İşlevsellik” terimi, iş üretkenliği, sosyal işleyiş veya kişilerarası ilişkilerden zevk alma, kişisel bakım ve yaşam kalitesi de dahil olmak üzere birçok geniş alanı kapsar. MDB tanısı, işlevsel bozukluğu da içerir ve tüm depresyon semptomları, işlevsel bozukluklara katkıda bulunabilir. Depresyon ile ilişkili işlevsel bozukluklar, iş, okul, eğlence, aile hayatı aktiviteleri ve aile sorumluluklarını bozan sosyal ve mesleki bozulmalara neden olmaktadır. Aynı zamanda yaşam kalitesini düşüklüğe ve kişilerarası ilişkilerde zorluklara yol açmaktadır (23).

İşlevsel iyileşme, hastaların remisyonda kalması, üretken ve tatmin edici günlük yaşamlarına dönmesi için kritik öneme sahiptir. Şu anda, işlevsel iyileşmenin tanımı için bir fikir birliği yoktur. İşlevsellik yanıt ve remisyon hedeflerinin klinik olarak anlamlı olması önemlidir. İşlevsel iyileşme sıklıkla semptomatik iyileşmenin gerisinde kaldığından, işlevsel sonuçların daha uzun süreler sonunda değerlendirilmesi önerilmektedir (24).

Shippee ve ark. 2011 yılında duygudurum bozukluğu olmayan yetişkinlerle MDB'lu hastaların karşılaştırıldığı çalışmasında, MDB’u olanların iş, ev ya da okul etkinliklerini gerçekleştirme konusunda 4,5 kat daha fazla kısıtlama yaşadıklarını bildirmiştir (25).

Mevcut veriler, MDB'lu hastalarda bozulmuş işlevselliğin, depresif belirtilerdeki belirgin iyileşme sonrasında bile devam edebileceğini göstermektedir. Bu klinik olarak

önemlidir çünkü rezidüel işlevsel bozulma artmış bir nüks riski ve depresyonun tekrarlaması ile ilişkilendirilmiştir (24).

Literatürde işlevsellikler ilgili büyük boyutlu çalışmalarda hasta tarafından değerlendirilen ölçeklerin kullanıldığı, klinisyen tarafından değerlendirilen çalışmaların sınırlı olduğu(26), bununla birlikte hasta ve klinisyen tarafından sonuçlar değerlendirildiğinde her zaman iyi korelasyon bulunmadığı belirtilmiştir(27). İnceleyebildiğimiz kadarıyla MDB hastalarında işlevselliğin hem hasta ve hem de klinisyen tarafından değerlendirildiği az sayıda çalışma bulduk Bu çalışmalarda klinisyen ve hasta tarafından KİDÖ doldurulduğunda, hastalar tarafından değerlendirilen ölçekte daha yüksek işlevsellikte bozulma puanları bildirilmiştir (28, 29). Çalışmamızda hem klinisyen tarafından(KİDÖ) hem de hasta tarafından değerlendirilen ölçekleri (SYYÖ) kullanarak, MDB hastalarında klinisyen ve hastaların işlevsellik alanında farklı algılamaları olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Bu çalışmamızda aşağıdaki maddeleri hipotezlerimiz olarak belirledik

- 1) Çocukluk çağı travmalarının daha yüksek depresif belirtilerle ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili olabileceğini
- 2) Hastalarda, çocukluk çağı travmalarının artmasının hastaların ruminasyon düzeylerinde, umutsuzluk düzeylerinde, nörotisizm düzeylerinde, işlevsel olmayan tutumlarının düzeylerinde artmaya, hastaların işlevsellik düzeylerinde azalmaya yol açacağını
- 3) Hastaların nörotisizm özelliklerinin, hastaların çocukluk çağı travmalarının düzeyleriyle korele olabileceği ve hastaların işlevsellik bozulması yönünde aracılık edebileceğini
- 4) İşlevsel olmayan tutumların, umutsuzluğun ve ruminasyonun işaret ettiği uyumsuz olmayan düşünce tarzlarının hastaların işlevsellikleri üzerinde olumsuz etkide bulunacağını
- 5) Hastaların anksiyete düzeylerindeki artışın, nörotisizm ve ruminasyon düzeylerindeki artışla korele bir şekilde artabileceğini, hastaların anksiyete düzeylerinin hastaların işlevsellikleri üzerinde olumsuz etkide bulunabileceğini varsaydık.

Bu varsayımlar sonrasında çalışmamızda aşağıdaki maddeleri değerlendirmeyi amaçladık.

- 1- Major depresif bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı gönüllüler arasında çocukluk çağı travması, ruminatif düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar, umutsuzluk, ve nörotisizm özellikleri açısından fark olup olmadığını saptamak
- 2- Çocukluk çağı travmalarının ruminatif düşünce, işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm ve umutsuzluk üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmak
- 3- Çocukluk çağı travmalarının, ruminatif düşüncelerin, işlevsel olmayan tutumların, nörotisizm ve umutsuzluğun işlevsellik üzerine etkisini araştırmak

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanımı

Major depresif bozukluk (MDB), kişinin sürekli olarak düşük veya depresif bir ruh hali, anhedoni, suçluluk ve değersizlik duyguları, konsantrasyon sorunları, uyku bozuklukları veya intihar düşünceleri gibi septomlarla karakterize bir hastalıktır(30). DSM-V'e göre dokuz belirtiden beş belirtinin en az iki hafta sürmesi gerekmektedir.

2.1.2. Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk, tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir(31). Her yaşta görülebilir ancak özellikle 25-44 yaşları arasında fazladır. Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak bildirilmiştir(32). 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması'na göre Türkiye'de depresyon prevalansı kadınlarda %13,1 erkeklerde %5,0 toplamda %9,3 oranındadır(33).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalar depresyonun kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla olduğunu göstermiştir(34). Bu farkın, kadınların hayatları boyunca kültürel ve sosyal açıdan daha dezavantajlı olmalarından kaynaklanabileceği, özellikle çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, düşük eğitim, düşük sosyoekonomik düzey gibi risklerin daha fazla olmasının ve bunlarla birlikte farklı genetik duyarlılık ve biyolojik değişkenlere maruz kalmaları nedeniyle olduğu düşünülmektedir(31, 35).

Biyolojik değişkenler arasında özellikle ergenlik, perimenstrüel, postpartum ve perimenopozal dönemler gibi hormonal değişim dönemlerinde duygudurum bozuklukları yaşama risklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (35). Yaşla birlikte stabilize olan hormonal durumlar nedeniyle ileri yaşlarda kadınlarda depresyon insidansı erkeklerdekine benzer görünmektedir(34).

Bazı çalışmalarda MDB ve medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde yakın

kişisel ilişkileri olmayan, boşanmış veya ayrılmış kişilerde, evlilere göre daha yüksek MDB riski bulunmuştur. Hiç evlenmemiş MDB'lu bireylerde riskin boşanmış ve eşi ölmüş bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür(31).

2.1.3. Etiyoloji

Depresyonun ortaya çıkmasında genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler rol oynamaktadır.

2.1.3.1. Genetik

Depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfusa göre 2-3 kat fazla bulunmaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarına göre kalıtımla geçiş % 31-42 arasında olduğu, bu oranın, yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda daha yüksek olduğu düşünülmektedir(36). MDB açısından risk oluşturduğu düşünülen kaygılı olma hali gibi bazı nevrotik kişilik özelliklerinin de genetik geçişinin olduğu ve ailesel yatkınlığın bu özelliklerle olabileceğine dair görüşler mevcuttur(20).

MDB ile ilgili yapılan genetik çalışmalarda 12.kromozomun unipolar depresyon ve bipolar depresyonla, 13.kromozomun panik bozuklukla ilişkisi bulunmuştur. Ayrıca 8. kromozomun ise nörotisizm ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar MDB ile bipolar bozukluk, panik bozukluk ve nörotisizimin ortak genetik alt yapılarının olabileceğini doğrulamaktadır(37, 38).

Son yıllarda epigenetik çalışmalar, depresyon hastalarında stresle yaşam olayları ile NR3C1 (insan glukokortikoid reseptör geni), SLC6A4 (insan serotonin taşıyıcı geni) ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), FKBP5 (FK506 bağlayıcı protein 5) başta olmak üzere pek çok genin depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir(39). Son çalışmalarda nörogenesiz için önemli olan BDNF nin, bipolar bozuklukta gösterilmiş olan Val66Met polimorfizminin MDB da olduğu, kronik stresle hipokampusta BDNF seviyelerinin azaldığı antidepresan tedavi ile arttığı gösterilmiştir (40, 41).

Serotonin majör depresif bozukluk için önemli bir nörotransmitterdir. Bu nedenle aday gen çalışmalarda serotonerjik sistem ile ilişkili genler önemli yer tutmaktadır. Örneğin 17q11,1-q12'de bulunan serotonin transporterini (SLC6A4)

kodlayan genin promoter bölgesinde 5-HTTLPR isimli polimorfizm sonucunda taşıyıcı ekspresyonu değişmekte ve MDB'a yol açabilmektedir (42).

CRF ve HPA eksen düzenlenmesinde yer alan birçok gen, erken yaşam olayları ve depresyonla ilişkilendirilmiştir(43). CRF1 reseptör genindeki birkaç tek nükleotid polimorfizmini (SNP'ler) ve bu SNP'ler tarafından oluşturulan iki haplotipin (TAT ve TCA), erken olumsuz olaylar ve depresyon riski arasındaki etkileşime aracılık ettiğini bulmuştur(43).

Son yıllarda üzerinde çalışılan epigenetik mekanizmalardan biri de DNA metilasyonudur. McGowan ve meslektaşları çocukluk çağı istismarı öyküsü olan intiharla ölen kişilerin hipokampusundaki glukokortikoid reseptör(GR) geninin promoter bölgesinin metilasyonuna dair kanıtlar bulmuştur (44).

2.1.3.2. Biyokimyasal Etkenler

Majör depresyonun ortaya çıkmasında serotonin (5HT) ve noradrenalin (NA) gibi birçok nörotransmitterin önemli role sahip oldukları kabul edilmektedir(45).

Serotonin, beyinde limbik bölge (temporal loplara, hipokampus, amigdala) ve talamusta yoğun olarak bulunur(46). Çok sayıda serotonin reseptör alt tipi bulunmaktadır. Depresyonda BOS'ta serotonin beyindeki yıkım ürünü 5-hidroksi-indol-asetik asitin(5-HIAA) düşük bulunması, beyindeki monoaminlerin yıkımında rol alan MAO-A enzim etkinliğinde artış, trombositlerde ve postmortem beyin dokusunda serotonin 2 reseptör yoğunluğunda artış, serumda L-triptofan (serotonin öncüsü) miktarında düşüklük, SSGI tedavisi kesildikten sonra çökkünlük belirtilerinde artış olması gibi bulgular depresyonda serotonin etkinliğini desteklemektedir(18, 45).

Nöradrenalin beyin sapındaki, locus coeruleus (LC) da yoğun olarak bulunur ve noradrenerjik nöronlar uzantıları hipotalamus, limbik sistem (amigdala, hipokampus) bazal ganglionlar, beyin korteksi ve talamusa gönderir. Hipokampusa uzanan noradrenerjik nöronların stresli durumlara verilen yanıtın düzenlenmesinde ve locus coeruleusun sürekli uyarılmasıyla oluşan öğrenilmiş çaresizlikte rol aldığı düşünülmektedir(18). Depresyonda enerji azalması, zevk alamama, konsantrasyon

güçlüğü gibi semptomlar norepinefrin metabolizmasında azalma ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda depresyonlu bireylerin bir kısmında noradrenerjik fonksiyonlarında değişiklik saptanmıştır. Bunlar; plazma noradrenalin konsantrasyonunda artış, noradrenerjik reseptörlerde artış, β adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklikler, beyin omurilik sıvısında, plazmada ve idrarda noradrenalin metaboliti artışıdır (46, 47).

SSS de bulunan dopamin büyük ölçüde şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı bilinsede, birçok kanıt depresyonda önemli bir rolünü desteklemektedir (48). Depresyon hastalarında beyin görüntüleme ve postmortem çalışmalarda dopamin transportunun azaldığının gösterilmesi, BOS'ta dopamin metabolitlerinin düşük olması ve dopamin taşınmasını artıran ilaçların antidepresan etkilerinin olması, dopaminin depresyon sırasında etkilendiğini kanıtlamaktadır(45) .

Kolinerjik sistem, hafıza, dikkat gibi bilişsel işlevle ilişkilidir. Bazı çalışmalarda depresif hastalarda asetilkolinin öncüsü olan kolinin yüksek düzeyleri saptanmıştır. Kolinerjik agonistlerin sağlıklı kişilerde letarji, anergi ve psikomotor yavaşlamaya neden olarak depresif belirtilerini artırabileceği, hipotalamik-pitüiter-adrenal aktivite artışına ve uyku üzerinde şiddetli depresyonla benzer etkilere yol açabileceği gösterilmiştir (45, 46).

GABA, santral sistemindeki inhibitör bir nörotransmitterdir. Depresyonda plazma, BOS ve beyin GABA düzeylerinde azalma gözlenir. Hayvan çalışmalarında kronik stresin GABA düzeylerini azalttığı bulunmuştur. GABA reseptörleri ise antidepresanlar tarafından upregüle olurlar ve bazı GABAerjik ilaçların zayıf antidepresan etkileri vardır(46).

Glutamat beyinde nöroplastisitede, akson oluşumu, kognisyon, bellek ve algı gibi birçok fonksiyonda görev alan eksitatör bir nörotransmitterdir. Glisin ise, santral sinir sistemine inhibitör bir nörotransmitterdir. NMDA reseptörleri üzerinde farklı bölgelere bağlanırlar. Fazla glutamaterjik uyarım, nörotoksik etkilere yol açabilir. Glutamat, şiddetli yineleyici depresyonun zararlı nörobilişsel etkilerini oluşturmada hiperkortizolemiyle birlikte çalışıyor olabilir. Yeni kanıtlar, NMDA reseptör

antagonistlerinin ve glisin-B kısmi agonistlerinin antidepresan etki gösterdiğini düşündürmektedir. (45).

2.1.3.3. Hormonal Düzenlemede Değişiklikler

Stres sonrası HPA eksenini aktivitesi artar, hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı artar. Dolaşımdaki ACTH artışı adrenal korteksten kortizol salınımına artırır. Kortizol mineralokortikoid reseptörü ve glukokortikoid reseptörü ile bağlanır. Günlük dalgalanmalarda ya da strese kortizol düzeyi yükselince bağlama kapasitesi daha yüksek olan mineralokortikoid reseptörü doyumluğa ulaşır ve döngü glukokortikoid reseptör üzerinden dönmeye başlar(18). Birçok çalışmada depresif bozukluklarda HPA eksenini araştırılmış ve tutarlı sonuçlar elde edilmiştir. Cushing hastalığı veya ekzojen glukokortikoid nedeniyle kortizol düzeyleri artan hastaların %50 sinden fazlasında duygudurum bozuklukları, %10'unda ise intihar düşünceleri ve psikoz geliştiğini gösterilmiştir(31).

2.1.3.4. İmmünolojik Etkiler

Stresle artan kortikotropin salıveren hormonun (CRH) HPA eksenini uyarırken bağışıklık sistemini harekete geçirir. Sitokinler inflamasyonda önemli rol oynayan polipeptid yapıda moleküllerdir. Pro-inflamatuar(inflamasyonu artıran), anti-inflamatuar(inflamasyonu baskılayan) veya her iki özellikte olabilirler. Major depresif bozukluk patofizyolojisinde inflamasyonun da rol oynadığına dair giderek artmaktadır. Bazı çalışmalarda interleukin - 6 (IL - 6), tümör nekroz faktörü (TNF) - alfa, IL - 10, çözülebilir IL - 2 reseptörü, C - C kemokin ligand 2, IL - 13, IL - 18, IL - 12 periferik seviyeleri, IL-1 reseptör antagonisti depresif hastalarda yüksek olduğu gösterilmiştir(49).

Sitokinler nörotransmitter metabolizması, nöroplastite ve nöroendokrin görevlerde rol alır(50). Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde kronik strese maruz kalan kişilerde depresif semptomlar ortaya çıkmadan önce, BOS ta artan CRF yüksekliği, artmış bağışıklık sistem aktivasyonu, azalmış hipokampal hacim gibi depresyonda da görülebilen benzer değişiklikler tanımlanmıştır(48).

2.1.3.5. Nöroanatomik Etmenler

Depresyonda prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, amigdala ve hipokampus gibi birçok farklı frontolimbik beyin bölgelerinde nöronal ve glial hücre yoğunluğu ve boyutunda değişiklikler üzerinde durulmaktadır(45). Prefrontal korteksin (PFK) duyguların bilişsel kontrolünde, özellikle olumsuz duyguların bilişsel işleme süreci ve baskılanmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.(31). Depresyonda frontal lob, hipokampal ve amigdalayı içeren medial temporal lobda hacim kaybı ve özellikle hipokampal hacimde küçülme olduğu gösterilmiştir(51).

Depresyonda yapılan SPECT çalışmalarında sol prefrontal korteks aktivitesinde ve metabolizmasında azalma saptanmıştır. Ayrıca limbik sistem; yani temporal yapılar, talamus, amigdala, singulat girusta da aktivite artışından söz edilmektedir(31, 51).

2.1.3.6. Psikososyal Etkenler

Ekonomik sorunlar, aile ve iş yaşamındaki sıkıntılar, sevgi nesnesi yitimi gibi birçok durum major depresif bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynar(18).

Çok sayıda çevresel faktör arasında, çocukluk çağı travmaları en önemli etkenlerden biridir(2). Çocukluk çağı travmalarının hangi mekanizmalar ile yetişkinlikte major depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklara neden olduğu tam olarak anlaşılamamıştır. Bazı çalışmalarda, düzeni bozulmuş bir hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini içeren nörobiyolojik modeller üzerinde durulmuştur(52). Bazı çalışmalar ise, erken dönemdeki olumsuz olayların, beynin belirli bölgelerinde çeşitli araçların ve stres nörotransmitterlerinin salınmasını artırdığını, bu araçların, gelişen nöronlar ve nöronal ağlarla etkileşime girerek, bilişsel ve duygusal değişikliklere yol açabilecek yapısal ve işlevsel anormalliklere neden olduğunu savunmuştur(52).

2.1.3.7. Psikodinamik Etkenler

Depresif bozuklukların psikodinamik anlayışları ilk olarak Sigmund Freud tarafından tanımlanmış, Abraham ve Klein tarafından geliştirilmiştir(53). Psikodinamik

kuramda, genel olarak yaşamın ilk 10-18 aylarında anne çocuk arasındaki bağın sağlanamamasının serotonin transporterini depresyona yatkınlığı artırabileceği, gerçek veya imgesel nesne kaybının depresyonla ilişkili olabileceği, kayıp nesnelerin içe atılımının, kayıptan doğan sıkıntılarla baş etmek için kullanılan bir savunma mekanizması olabileceği ve kaybedilen nesneye karşı sevgi ve nefret karışımının öfke duygularına yol açarak bu duyguyu kendisine yönlendirebileceği savunulmuştur(45).

Freud, bireyin sevdiği bir kişiyle ilişkili gerçek bir kayıp, hayal kırıklığına veya bir idealin kaybına karşı tepkilerini araştırmıştır. Bazı insanların yas duygusuyla tepki verdiğini ve bazılarının melankoliye kapıldığını açıklamaya çalışmıştır. Yas ve depresyon arasındaki farkı "agresyonun kişinin kendine yöneltmesi" olarak ifade etmiştir. Bu kurama göre, kaybedilen kişi içe atılır. Bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışı olarak nefret duygusu da vardır. Bu zıt duygular nedeniyle kişi suçluluk hisseder, benlik saygısında düşme olur(18, 46, 53).

Edward Bibring göre; bireyin gerçekleşmesini istediği beklentileri vardır, bunlar karşılanmadığında kişinin benliği güçsüz kalır, kendisine saygısı azalır ve kendini çaresiz hissetmeye başlar(45, 54). Böylece depresif süreç gelişmeye başlar.

Karen Horney'e göre ise sevgisini göstermeyen, kırıncı, reddedici davranan ebeveynler tarafından büyütülen çocuklar daha güvensiz ve yalnızdır, bu nedenle yetişkinlikte eleştiri veya reddedilmeye karşı daha kolay çaresizlik duygusuna kapılma ve depresyona yakalanma eğilimindedirler(45, 46).

2.1.3.7. Diğer Depresyon Formülasyonları

2.1.3.7.1. Bilişsel Teori

Bilişsel kuramda olayların kendisinden çok olayın algılanması ve yorumlanması önemlidir(10). Beck'e göre insanın duygusal tepkileri yaşadığı olayları algılama, tanıma ve yorumlama şekliyle ilişkilidir. Temelde erken dönemde edinilen yanlış algılama, değerlendirme ve düşünme eğilimlerine dayanır. Bu algılama ve değerlendirme biçimleri çocukluktan beri yerleşmiş örüntüler olup, Beck tarafından "bilişsel yapı" ya da "şema" adı verilmiştir (55). Şemalar ara inançlar ve temel inançlar olarak ayrılabilir.

Bazı kaynaklarda şema ile sadece temel inaçlardan söz edilmektedir. Temel inaçlar bireyin kişinin kendisi ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucu oluşmuş bilişsel yapılardır. Bireyde olumlu ve olumsuz iki şekilde bulunur ve bireyde olumsuz bir durum yaşandığında olumsuz temel inanç aktive olur(10). Depresyonda yaşamın ilk yıllarında kazanılan olumsuz deneyimlerden kaynaklanan olumsuz bilişsel şemalar stres yaratıcı durumlarda aktive olmaktadır.

2.1.3.7.2. Öğrenilmiş Çaresizlik

Seligman ve arkadaşlarına göre davranışlarıyla belli bir sonucu kontrol edemeyeceğini öğrenen bireylerde duygusal, güdüsel ve bilişsel yetersizlikler ortaya çıkar. Güdüsel alandaki yetersizlikte kişi davranışıyla bir sonucu kontrol edemediğini öğrenir ve benzer durumlarda bu davranışı yapmak için daha az istek ve heves gösterir. Bilişsel yetersizlikte ise kişinin sonucu davranışlarıyla değiştiremediğini öğrenmesi, bu tür olaylar karşısında tekrar kontrol sağlayamayacağı beklentisini getirir. Bu beklenti, kişinin olaylara uygun tepkiler verememesine yani çaresizlik durumuna neden olur(56).

2.1.3.7.3. Umutsuzluk Kuramı

Abramson ve arkadaşları tarafından öğrenilmiş çaresizlik teorisinin geliştirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu teoride bireylerin kendine özgü görüşlerini içten dışa, kararlardan istikrarsıza ve küreselden özele olmak üzere üç farklı boyutta nedensel atıflardan oluşturduğu varsayılmıştır ve atıfların depresyona girme risklerini etkilediği öne sürülmüştür (56, 57).

Rose ve Abramson göre, travmatik bir olay ile karşılaşıldığında, çocuk bu olayın tekrarlanmasını önlemek için olayın neden olduğunu anlamaya çalışır. Buna göre nedensel atıflarda bulunur. Örneğin, ebeveyni tarafından bağırıldığında, ilk önce bunu kendinden bağımsız dışsal nedenlere bağlayabilir (örneğin, ebeveyni kötü bir gün geçiriyordur) . Ancak bu olaylar kronikleşir veya yaygın hale gelirse, dışsal atıflar tekrar onaylanmaz yani başka nedenler bulması gerekir, bu da çocuğun kendisinin başarısız, işe yaramaz olduğu gibi daha içsel, istikrarlı ve küresel olan nedensel atıflara dönme olasılığını artırır(57).

2.1.4. Klinik Seyir

Major depresif bozukluk tek ya da birden fazla, tekrarlayan epizodlar halinde ortaya çıkar. Hastaların çoğunda akut bir epizod sonrası prognoz iyiye de, dörte üçünde yaşam boyu tekrarlayan ataklar ve epizodlar arasında değişen derecelerde rezidüel belirtiler görülür(24). Tek bir depresyon dönemi sonrası tekrarlama oranı %50-60 iken, bu oran iki depresyon dönemi geçirenlerde %70'e, üç depresyon dönemi geçirenlerde %90'a kadar çıkmaktadır.(18). Uygun şekilde ve sürede tedaviye devam edilmeyen vakalarda tekrarlama oranı ilk atağı izleyen 10 yıl içinde %85'in üzerine çıkmaktadır(58). İlk kez depresyon dönemi geçirenlerin %45'inden fazlasında en az bir kere daha MDB dönemi görülür ve bu kişiler tipik olarak yaşam boyunca 7 veya 8 kez MDB atağı geçirirler(59). MDB için antidepresanların depresme ve yinelemelerden korunmada etkili olduğu, özellikle 6 aydan daha kısa sürede tedavinin sonlandırılmasının tekrarlama riskini belirgin düzeyde artırdığı gösterilmiştir(60).

Tekrarlayan ataklar genellikle daha genç, depresif mizacı olan ya da distimisi bulunan kişilerde görülür. Ailede hastalık öyküsü olanlarda, bipolar bozukluğa dönüşen olgularda yineleyici depresyon görülme olasılığı yüksektir. Ergenlik dönemindeki depresyonun 3-4 yıllık izlem sonrasında % 20'sinin bipolar bozukluğa dönüştüğü bildirilmiştir(18). Depresyonu olan bireylerin yaklaşık %6' sında eşik altı semptomların görüldüğü ve kronik bir gidişatının olduğu düşünülmektedir.(18, 61).

2.1.5. Major Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinde kullanılan pek çok ilaç, psikoterapi yöntemi ve elektrokonvulzif tedavi (EKT) gibi somatik tedavi yöntemleri bulunmaktadır(18).

CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) tedavi klavuzunda; depresyon tedavisi akut ve idame fazından oluşmaktadır. Akut tedavi en az üç ay sürer ve depresif belirtilerin düzelmesi hedeflenir. Bu klavuzda idame fazının en az 1 yıl olmak üzere 2 yıl kadar devam edebileceği bildirilmiştir(46). CANMAT klavuzunda MDB'nin birinci basamak tedavisi ve yetersiz yanıtın yönetimi için kanıta dayalı farmakolojik tedaviler mevcuttur. Bununla birlikte, kanıt temelinin sınırlamaları göz önüne alındığında, MDB'ta farmakolojik tedavilerin hastaya göre uyarlanması

gerektiği belirtilmiştir (62).

2.1.6. Depresyonda Psikoterapi

Depresyonun akut tedavisinde genelde destekleyici ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları önerilmektedir. Ancak hastanın kliniği dikkate alınarak, bireysel terapiler, grup terapileri, kişilerarası terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), problem çözmeye odaklı psikoterapi, psikodinamik psikoterapi gibi bir çok psikoterapotik yaklaşım kullanılabilir(46).

Psikanalize göre çocukluk döneminde yaşanan, baş edilmesi gereken güçlükler kişinin bilinçdışını belirler. Kişinin kabul görmeyen istekleri bilinç dışına atılır. Bilinç dışını tam bir çatışma haline getirilir. Çözülmemiş içsel çatışmalar kişinin günlük kararlarını, olaylara tepkisini etkiler. Psikoanalitik terapide, kişinin bilinçdışı yaşadığı çatışmaların farkına varmasına odaklanılır (18). Terapi hedeflerinden bazıları kişiler arası güven sorunları, bunlarla başa çıkma mekanizmaları, yas, duygularını geniş bir yelpazede yaşayabilme kapasitesi sağlamaktır. Tedavi sıklıkla birkaç yıl devam edebilir(41).

Depresyonda kullanılan diğer bir terapi türü de kişiler arası psikoterapidir. Bu modele göre depresyon, erken gelişim ve bağlanma oluşum dönemlerinde ortaya çıkan sorunlu ilişkiler sonucu ortaya çıkar. Bu terapide hastalar, kişiler arası örüntülerinin farkına varmaları ve ilişkilerinde daha etkin rol almaları konusunda desteklenir. Yönlendirici olmayan sorgulama, ilişki örüntülerinin sorgulanması, kişilerarası beceri eğitimi, psikoeğitim, rol playing gibi teknikler kullanılmaktadır(18, 45, 46).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ise, depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluk, madde kullanım bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarda, evlilik uyumsuzluğu, stresli yaşam durumları gibi birçok durumda yapılabilen psikolojik müdahalelerden biridir(63). Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olup, majör depresyondaki bilişsel çarpıtmalara odaklanır. Bu terapide, yaşam olaylarına ve emosyonel tepkilere neden olarak ortaya çıkan işlevsel olmayan düşünceler üzerinde durulur. Bunun yanında davranışçı terapi ekolünün teknikleri de kullanılarak hastanın davranışlarının depresyondan nasıl etkilendiği değerlendirilerek

daha gerçekçi bir davranış örüntüsü oluşturulmaya çalışılır. Hasta ilk olarak düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını inceler, daha sonra düşüncelerinin duyguları ve davranışlarını nasıl etkilediğini değerlendirir(18, 46). Hafif depresyonda genellikle 8-12 seans yeterli olurken, orta depresyonda 8-16 seans, şiddetli depresyonda 16 dan daha fazla seans uygulanabilir, kronik yineleyen depresyonda da 1-2 yıl kadar süren destekleyici seanslar uygulanabilir(63).

Yeterli sayıda araştırmada depresif bozukluklarda BDT'nin etkinliği gösterilmiştir. Son meta analizlerde, BDT'nin depresyon için etkili bir tedavi stratejisi olduğunu, farmakoterapi ile kombine tedavisinin tek başına farmakoterapiden daha etkili olduğunu gösterilmiştir (64). BDT ile tedavi edilen hastanın nüks oranlarının sadece farmakoterapi ile tedavi edilen hastalara kıyasla daha düşük olduğu gösterilmiştir(65). Bilişsel terapinin farmakoterapi ile eşit etkinliğe sahip olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Depresyonda akut dönem sonrasında bilişsel davranışçı terapiye devam etmenin, bırakmaya kıyasla depresyon nüks riskini %14 azalttığı tahmin edilmektedir(66).

Farklı terapi türlerinin etkileri arasında büyük farklar olduğuna dair kanıt yoktur. Farklı terapi türlerini karşılaştıran çalışmalar ve meta analizler, tüm ana terapi türlerinin karşılaştırılabilir etkilere sahip olduğunu, tedaviyi takiben nüks oranları üzerinde faydalı bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir(67).

CANMAT tedavi klavuzunda akut MDB için birinci basamak psikolojik tedavi önerileri arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişiler arası terapi (KİPT) ve davranışsal aktivasyon (DA) bulunur. İkinci basamak öneriler, bilgisayar tabanlı ve telefonla verilen psikoterapiyi içerir. Mümkün olduğunda, psikolojik tedaviyi (BDT veya KİPT) antidepresan tedavi ile birleştirmek tavsiye edilir, çünkü kombine tedavi tek başına her iki tedaviden daha etkili bulunmuştur. Koruma için birinci basamak psikolojik tedaviler, BDT ve mindfulness temelli bilişsel terapiyi (MBCT) içerir. Kanıta dayalı tedaviler ve klinisyen/sistem kapasitesi ile birlikte hasta tercihi, MDB'de bireysel sonuçları iyileştirmek için tedavi stratejileri için önemlidir(68).

2.1.7. Depresyonda Somatik Tedaviler

2.1.7.1. Elektro Konvülsif Tedavi

Beyin dokusunu elektrik akımı ile uyarak jeneralize konvülsiyonlar oluşturmaya dayalı psikiyatrik bir tedavi yöntemidir. Depresyonda en etkin tedavi seçeneklerinden biridir ancak nadiren ilk tercih tedavi olarak kullanılmaktadır. APA tedavi klavuzu, major depresyonda EKT kullanımını, ilaç tedavisine zayıf yanıt veya yanıtızlık, yüksek intihar riskinin olması, psikotik özelliklerin varlığı, yeme içme reddine bağılı düşkünlük, EKT'ye iyi yanıt öyküsü, standart antidepresan tedaviye ilişkin risklerin EKT risklerinden fazla olması, katatoni ve hastanın kendi tercihi olması gibi durumlarda önermektedir.(69).

2.1.7.2. Yineleyici Transkraniyal Manyetik Stimölasyon (rTMS)

Kafa derisi üzerinden elektrik akımı geçirilerek ve manyetik alan oluşturarak uygulanır. Nöbet oluşturmada beyin uyaran girişimsel olmayan bir yöntemdir(70). Bazı çalışmalarda tedaviye dirençli depresyon için etkili bulunmuştur.

2.1.7.3. Manyetik Nöbet Tedavisi(MNT)

Transkraniyal manyetik uyarımın nöbet oluşturacak kadar yüksek frekans ile uygulanmasıdır. EKT'ye benzer bir tedavi yöntemidir. Kontrollü olarak oluşturulan fokal nöbetlerin medial temporal yapılaraya yayılmasının önlenerek bilişsel yan etkilerin oluşumunun engellenmesi özelliğı ile EKT'den ayrılmaktadır. Bu yöntemle ilgili klinik deneyimler yetersizdir(70).

2.1.7.4. Transkraniyal Doğru Akım Stimölasyonu (tDCS)

Kafa derisi elektrotlarını kullanarak belirli bir kortikal bölgeye sürekli düşük genlikli elektrik akımı sağılayan bir beyin stimölasyonu şeklidir. Bazı çalışmalarda MDB tedavisinde önerilmektedir(71).

2.1.7.5. Derin Beyin Uyarımı (DBS)

Klavikula altında cilt altına konan bir atım jeneratörü aracılığı ile beynin belli bölgelerine yerleştirilen elektrotlara yüksek frekanslı uyarı gönderilmesi esasına dayanır. Dirençli depresyon tedavisinde uzun süreli olumlu sonuçlar gösterilse de bu konuyu destekleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır(72).

2.1.7.6. Vagus Sinir Uyarımı

Bu yöntemde genel anestezi altında boyundaki vagus sinirine yerleştirilen cihazla sol servikal vagus sinirinin duysal lifleri aracılığı ile beyine aralıklı elektrik uyarımları gönderilmektedir. Oluşan otonom geribildirim döngüsü ile amigdala ile güçlü bağlantıları olan parabrakial çekirdek ve locus coeruleus aracılığı ile ön beyine sinyaller iletmektedir. Bazı Avrupa ülkelerinde, ABD ve Kanada'da dirençli depresyon tedavisinde onaylanmıştır. Yapılan çalışmalar, depresyon tedavisinde akut dönemde orta düzeyde olan etkinin zaman içinde arttığını göstermiştir. En az dört antidepresan ilaç kullanılmasına rağmen fayda sağlanamayan yineleyici ve kronik depresyonu olan hastalarda ilaç tedavisine ek olarak uygulanması önerilmektedir(73)

CANMAT klavuzunda nörostimülasyon tedavilerinin etkinliği, tolere edilebilirliği ve güvenliği için artan kanıtlar olduğunu belirtmiştir. rTMS, şimdi en az bir antidepresanda başarısız olan MDB hastaları için birinci basamak bir öneridir. EKT, tedaviye dirençli depresyonu olan hastalar için ikinci basamak tedavi olmaya devam etmektedir, ancak bazı durumlarda birinci basamak olarak kabul edilebilir. Üçüncü satır tavsiyeleri transkraniyal doğru akım stimülasyonu ve vagus sinir uyarımını içerir. Manyetik Nöbet Tedavisi ve Derin Beyin Uyarımı hala araştırma amaçlı tedaviler olarak kabul edilmektedir(74).

2.1.8. Major Depresif Bozukluk ve Kişilik

Kişilik, bireylerin duygu, düşünce ve davranış gibi psikolojik tepkilerini, farklılıkları belirleyen, sadece yaşanan an, durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir(75). Kişilik

oluşumu, doğum öncesi, doğum sonrası, çocukluk çağındaki fiziksel, ruhsal koşullar, olgunlaşma, öğrenme ve toplumsallaşma etkenleriyle biçimlenir(18).

Kişilik kavramını açıklamak için pek çok teori ortaya atılmıştır. Kişiliğe boyutsal yaklaşımı ilk savunanlardan biri Eysenck'tir. Eysenck kişilik teorisinde nörotisizm-stabilite, dışadönüklük-içedönüklük, psikotisizm boyutlarından söz etmiştir. Nörotisizmin, duygusal tutarsızlığa veya aşırı tepkiselliğe işaret ettiği, bu boyutta yüksek puan alan bir kişilerin kaygılı, depresif, gergin, çekingen ve düşük özgüveni olabileceğini öne sürmüştür. Hem iki uçlu bozuklukta hem de tek uçlu depresyonda kişilik farklılıklarından söz eden çok sayıda araştırma bulunmakla birlikte kişiliğin üç boyutlu kuramını inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Okan ve arkadaşların (2011) yaptığı bir çalışmada depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında depresyonlu bireylerde daha yüksek nörotisizm, düşük dışa dönüklük olduğu gösterilmiştir.(19). 2015 yılında yapılan bir meta analizde benzer olarak yüksek nörotisizm ve düşük dışadönüklük depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (23).

Beş faktör kişilik kuramın da ise dışadönüklük (extraversion), yumuşak başlılık (agreeableness), deneyime açıklık(openness to experience), sorumluluk (conscientiousness) ve nörotisizm (neuroticism) alt boyutlarından söz edilmektedir. Yapılan çalışmalarda yüksek nörotisizm ve düşük dışadönüklük, sorumluluk ve yumuşak başlılık gibi kişilik özelliklerinin depresif bozuklukların başlangıcı ve prognozu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(76).

Kişilik ve depresyon ilişkisini araştıran çalışmalar, nörotisizmin depresyon için bir endofenotip adayı olabileceğini, orta derecede kalıtsal olduğu çeşitli psikopatolojiler ile genetik etkileri paylaştığını, yaşam boyu majör depresyon, anksiyete, panik ve çeşitli fobi türleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. (77)

Daha önce pek çok çalışmada, nörotisizm depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. Yaşam olaylarına verilen tepkiler, dürtüsellik gibi davranışları artırdığı, intihar düşüncesi için bir savunmasızlık faktörü olabileceği öne sürülmüştür(78).

Çocukluk çağı travmasının psikiyatrik hastalık ve kişilik patolojisi üstüne etkisi olduğu gibi patolojik olmayan kişilik özellikleri üzerine de etkileri olabileceği gösterilmiştir. Çocukken herhangi bir travma türü yaşamış bireyler, travmaya maruz kalmamış kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde nörotisizm ve yeni deneyimlere açıklık bildirmiştir. Bu, travmanın türü ve süresi ne olursa olsun, çocuk travma mağdurlarının, çocukken mağdur edilmeyen kişilere göre, gerginlik, sinirlilik, güvensizlik ve duygusallık gibi özelliklerin muhtemelen daha yüksek olduğunu göstermektedir(79).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü sarsan, yaralayan her türlü olayı tanımlamak için travma kelimesi kullanılabilir. Travmanın türü, şiddeti ve maruz kalınan dönem, kalıcı ruhsal sıkıntı oluşturmaya neden olabilir. Travmanın yaşandığı en sıkıntılı dönem çocukluk çağı ve ergenlik dönemidir. Çünkü bu dönemler travmayla başa çıkabilecek gücün daha az olduğu dönemlerdir (80). Bu kritik dönemlerde, özellikle bakım veren kişi tarafından ihmal ya da istismar (fiziksel/cinsel/duygusal) yoluyla tekrarlayan ve artan bir biçimde travmaya maruz kalma, travmayı gelişimsel bir travma haline getirir ve psikiyatrik hastalıkların gelişimine katkıda bulunabilir(81).

Çocukluk çağı travmalarını istismar ve ihmal olarak inceleyebiliriz. İstismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, çocuğa zarar veren aktif eylemlerdir. İstismarı, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak ayırabiliriz. İhmal ise; çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması, fiziksel ve ruhsal bakımdan zarara uğradığı pasif durumlardır(82). İhmali, fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayırabiliriz. Bir mağdurda tek başına bir travma türü olabileceği gibi birden fazla travma türü birlikte de olabilir.

Çocuk istismarının sık karşılaşılan bir durum olduğu bilinmesine rağmen yaygınlığı hakkında yapılan çalışmalarda kültürel farklılıklar ve sosyal damgalanma gibi nedenlerle farklı sonuçlar elde edilmiştir. DSÖ çalışmalarına göre 2-4 yaş arası her 4 çocuktan yaklaşık 3'ünün düzenli olarak ebeveynleri ve bakıcıları tarafından fiziksel cezaya veya psikolojik şiddete maruz kaldığı, her 5 kadından biri ve 13 erkekten 1'i 0-

17 yaşları arasında çocukken cinsel istismara uğradığı, 20 yaşın altındaki 120 milyon kız ve genç kadının zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığı bildirilmiştir(83).

2011 yılında, Alman nüfusunu temsil eden bir örnekleme kişiler %1,6'sı çocukluk veya ergenlik döneminde şiddetli duygusal istismar, %2,8'i şiddetli fiziksel istismar ve %1,9'u şiddetli cinsel istismar bildirmiştir. Şiddetli duygusal ihmal %6,6 ve ciddi fiziksel ihmal %10,8 olarak bildirilmiştir (84).

2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları

2.2.1.1. Fiziksel İstismar

DSÖ, 18 yaşından küçük çocuğun bakımından sorumlu olan kişi tarafından fiziksel güç uygulanarak çocuğun gelişiminin ve sağlığının zarar görmesi olarak tanımlanır. Bu davranışlar; çocuğu hırpalama, vurma, sarsma, boğma, dövme, itip kakma, yaralama hatta kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir (85). En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipi olmasına rağmen, bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak tanımlanmadığı ve çocuğun terbiyesi için gerekli davranışlar olarak algılanması nedeniyle saptanması zorlaşmaktadır (85, 86).

Türkiye’de çocuk istismarı ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre; kız çocukları 7-14 yaş arasında en çok anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından fiziksel istismara uğradığını, 15-18 yaş arasında babaları ve öğretmenleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, erkek çocukların ise 7-14 yaş arasında en fazla arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve tanımadıkları biri tarafından fiziksel istismara uğradıklarını, 15-18 yaş aralığında ise daha çok baba, arkadaş ve tanımadıkları kişiler tarafından fiziksel şiddete uğradıklarını rapor etmişlerdir(87). Fiziksel istismara uğramış çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışları içeren ilişkiler kurabilmektedir(88).

2.2.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun kendisinden altı yaş büyük bir çocuk veya erişkin tarafından cinsel gereksinimlerini karşılama

amacıyla zorla ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesidir(86).

Çocuk istismarı tipleri arasında saptanması en zor olanıdır. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (89). Gerçek yaygınlığın ise kadınlarda %12-17, erkeklerde %5-8 olduğu düşünülmektedir(90). Cinsel istismarın her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzey ile diğer istismar türleri arasında güçlü ilişki varken cinsel istismarda bu ilişki belirgin değildir(88, 91).

Cinsel istismarın çocuğun ruhsal yaşantısına etkisi ise son derece karmaşıktır. İstismarın tipi, süresi ve şiddeti çocuk ile istismarcı arasındaki ilişkiye göre değişiklikler gösterebilir(89). Literatürde cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin erişkinliğe denk uzanan çeşitli psikiyatrik bozukluklar geliştirdiği bildirilmiştir(92). Uzun dönem etkilerine bakıldığında çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma öyküsünün yetişkinlik döneminde; depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, intihar davranışı, kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve disosiyatif bozukluklar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(93).

2.2.1.3. Duygusal İstismar

En sık rastlanan istismar tiplerinden birisidir. Çocuk üzerinde otorite ve güç sahibi olan birisi tarafından yaş, bilgi ve pozisyon gibi karakteristikler yoluyla uyguladığı, çocuğun, kendisini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak veya ilgi ve sevgiden mahrum bırakılarak, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmaları durumu olarak tanımlanabilir (94). Çocuğun bilişsel, duygusal veya fiziksel potansiyeli üzerinde şimdi veya gelecekte zarar veren veya zarar verme potansiyeli olan davranışlardır. Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, alaylı konuşma, hakaret etme, yalnız bırakma, korkutma, tehdit etme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, aşırı baskı ve otorite kurma, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir (95).

2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

2.2.2.1. Fiziksel İhmal

Çocuğa gerekli sağık ihtiyaçlarının verilmemesi, ertelenmesi, çocuğun uzun süre yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, beslenme ve temizlikle ilgili ihtiyaçlarının sağlanmaması, çocuğun zarar verici madde ve alışkanlıklardan korunması için yeterli önlemlerin alınmaması gibi birçok durum fiziksel anlamda ihmal olarak kabul edilmektedir(96).

Fiziksel ihmal de çocuğun sosyal, bilişsel gelişiminde önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İhmal edilmiş çocuklarda fiziksel istismara uğramış çocuklara göre daha ağır bilişsel ve akademik bozukluklar, daha fazla sosyal içe çekilme, daha kısıtlı arkadaş ilişkileri ve daha yoğun içe atım sorunları görülebilmektedir(97).

2.2.2.2. Duygusal İhmal

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, sosyal gelişimi için yeterli desteğı sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanır(98).

Literatürde duygusal istismar ve ihmal en az çalışılan çocukluk ağı travması olmasına rağmen en yaygını olabileceğı belirtilmiştir. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağında ihmal ve istismara uğramış olma sıklıklarının araştırıldığı bir çalışmada duygusal ihmal %81,6 olduğu saptanmıştır(99).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri

Gelişimin herhangi bir aşamasında çocuklukta kötü muameleye maruz kalmanın uzun süreli sonuçları olabileceğı gösterilmiştir. Son yirmi yılda yapılan araştırmalar, çocukluk ağı travmalarının majör depresyon, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı, sınırda kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklara duyarlılığı artırdığı, koroner arter hastalığı ve miyokardiyal enfarktüs, serebrovasküler hastalık ve fel, tip II diyabet, astım ve belirli kanser türleri dahil olmak üzere birçok önemli tıbbi bozukluğa karşı artan savunmasızlık ile de ilişkili olduğu

gösterilmiştir(100, 101). Çocukluk çağı travmaların hipotalamus- hipofiz- adrenal aks, serotonerjik iletim, immünite, nöroplastisite, sirkadyen ritimler gibi birçok biyolojik mekanizmaları etkilediği düşünülmektedir(102).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda yapılan çok sayıda çalışmada, bu hastalarda çocuklukta istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yakın tarihli bir meta analizde (94) depresyonu olan bireylerin % 46'sında çocukluk çağı travması olduğu bildirilmiştir(103).

Çocukluk çağı örselenmeleri, depresyonun derecesini ve başlama yaşını etkileyebilmektedir. Bu etkileşim, nöronal ve biyokimyasal sistemlerle açıklanmaktadır(104).

MDB'daki nöroendokrin anormalliklerin kısmen çocuklukta kötü muamelerin HPA eksenini üzerindeki etkileriyle açıklanabileceği ve strese yanıt olarak depresyon geliştirmeye yatkınlığı temsil edebileceği öne sürülmüştür. Erken yaşam olaylarının CRH (Kortikotropin salgılatıcı hormon) nöronlarının hiperaktif olmasına yol açtığı erişkinlik dönemindeki majör depresyonun riskini artırdığı ileri sürülmüştür. Çalışmalarda çocukluk çağı travmaları depresyon şiddetinden bağımsız, uzun vadeli HPA eksen disfonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir(86).

Çocukluk çağı travma yükü ve belirli alt tiplerinin zihinsel bozuklukların gelişmesi açısından farklı etkilerinin olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte, hangi çocukluk çağı travma türünün yetişkinlikte MDB'yi spesifik olarak öngördüğü konusunda bir fikir birliği yoktur. Bir sistematik incelemede, cinsel ve fiziksel istismar sıklıkla majör depresyon ve bipolar bozukluklarla ilişkilendirilmiştir(105). Başka bir meta analizdeyse fiziksel ve cinsel istismarın aksine duygusal istismar ve ihmalin MDB'nin en önemli belirleyicileri oldukları gösterilmiştir (106).

2.3. Ruminasyon

Bireyin bir konu hakkında herhangi bir çözüme ulaşmaya çalışmaksızın tekrarlı bir biçimde düşünmesi olarak tanımlanabilir. Ruminasyon genellikle kaygı ve

depresyon gibi problemlerin ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak kabul edilmektedir(107).

Nolen Hoeksema (1999)'ya göre ruminasyon, mevcut semptomların yanı sıra bu semptomların olası nedenleri ve sonuçları hakkında tekrarlayan pasif bir düşünme şeklidir(13). Nolen-Hoeksemanın tepki biçimleri kuramında (Response Styles Theory) ruminasyon, depresif duyguları sürdürmekte ve artırmakta ve bu durum kişide kısır bir döngüye yol açmaktadır. Ruminatif düşünceler, depresyonun semptomlarını artırmasının yanı sıra, kişideki depresyon epizodu süresini de uzatmaktadır(108).

Nolen-Hoeksema kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla depresif semptomların bulunduğu, bu farkın kadınların ruminasyona yatkınlığının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceğini iddia etmiştir. Sosyal sorunlar yaşayan, ekonomik sıkıntı yaşayan, sorunlu evlilik veya iş hayatında problem yaşayan, sevdiklerini kaybeden veya kronik hastalığa maruz kalma gibi stresör faktörleri olan bireylerde ruminasyona eğilimin daha fazla olduğu, etkili sorun çözme becerisinde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir(109).

Treynor ve arkadaşları ruminasyonun iki farklı bileşen olarak incelemiştir: Saplantılı düşünme (brooding) ve derin düşünmeye (reflection) dayalı düşünme. Saplantılı düşünme, kişinin ruh hali hakkında pasif ve yargılayıcı düşünceler olarak tanımlanırken, derin düşünme, kişinin depresif semptomlarına ilişkin içgörü kazanmayı amaçlayan bilinçli içe odaklanmayı ifade eder(110). Derin düşünmenin, kısa vadede olumsuz duygulanıma yol açabileceği, ancak ilerleyen dönemde olumsuz duyguyu azaltmada etkili olabileceğini, etkili problem çözmeye yol açtığı düşünülmektedir. Buna karşılık, ruminasyonun saptantılı düşünme faktörü, hem eş zamanlı olarak hem de boylamsal analizlerde daha fazla depresyonla ilişkilendirilmiş, derin düşünmeye göre depresyon ve anksiyete belirtileriyle daha güçlü bir ilişkisi olduğu, anksiyete ve depresyona karşı bir savunmasızlık yaratabileceği düşünülmüştür(111).

Depresif duyguduruma verilen ruminatif tepkiler genellikle uyum bozucu olarak ele alınmıştır ve bu tepkilerin depresif duygudurumun şiddetini ve süregenliğini artırdığı düşünülmektedir.

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların ruminasyon üzerinden depresif epizod gelişimine aracılık edebileceği düşünülmüştür (112). Raes ve Hermans yaptıkları bir çalışmada ruminasyonun duygusal istismar ve depresyon arasında acılık rolü oynadığını göstermiştir. Ancak, diğer çocukluk travması türlerinde bu ilişki açıklığa kavuşturulmamıştır(112).

2.4. Umutsuzluk

Umut kavramı, olumlu duygular hissettiren, ama henüz ortaya çıkmamış, gelecekte olması beklenen kişisel veya toplumsal durumlar olarak tanımlanabilir. Umut ve umutsuzluk zıt kavramlardır. Umutta hedefe ulaşmak için yapılan planların başarılabacağı düşünülürken; umutsuzlukta başarısız olunacağı yargısı vardır. Abramson ve ark. (1989) umutsuzluğu, kişinin kendisini olumsuz özellikler ile tanımlaması, gelecek ile ilgili olumsuz beklentiler içinde olması, olumsuz yaşantılarını değişmez ve genel olarak kabul etmesi olarak tanımlamaktadır(113).

Umutsuz birey, kendini değersiz, yetersiz ve kusurlu olarak algılamakta ve bu durum kişileri intihar fikirlerine yaklaştırmaktadır (114). Özellikle umutsuzluk, geleceğe yönelik karamsar bir bilişsel yapıya işaret etmekte ve depresyon ile intihar davranışı arasındaki ilişkide temel yapı olmaktadır(115). Brent ve meslektaşları, kısa süreli psikoterapi alan 107 depresif ergen üzerinde yaptıkları bir çalışmada, daha yüksek umutsuzluk düzeylerinin tedaviden sonra depresyonun kalıcılığını öngördüğü göstermiştir(116).

2018 yılında majör depresif bozukluk, distimi ve MDB hastalığı olup subsendromal belirtileri kalan 406 erişkin hasta üzerinde yapılan beş yıllık prospektif bir çalışmada, depresif hastalarda, yoğunluğu değişen kalıcı bir umutsuzluk olduğu, umutsuzluk düzeylerinin depresyon sırasında yükselme ve iyileşme sonrasında azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, depresyondaki hastaların hepsinin eşit derecede umutsuz olmadığı, umutsuzluğu kısmen, yüksek nörotisizm ve düşük dışa dönüklük gibi kişilik özelliklerine bağlanabileceği ifade edilmiştir(17).

2020 yılında 583 major depresyon hastasının dair edildiği bir çalışmada ise umutsuzluğu olan bireylerin daha ileri yaşta olduğu, antidepresan kullanım öyküsü ve

psikoterapi alma oranlarının daha yüksek olduğu, çocukluk istismarının daha fazla olduğu özellikle duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal alt puanlarından daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir(117).

2.5. İşlevsel Olmayan Tutumlar

Beck, depresyona yatkın olan bireylerin, belirli stresli yaşam olaylarıyla tetiklenen ve etkinleştirildiğinde, olumsuz otomatik düşünceler ve depresif belirtilerle sonuçlanabilecek işlevsel olmayan bilişsel inançlara ve kendine özgü şemalara sahip olduğunu öne sürmüştür. Bu olumsuz şemalar, bireylerin kendilerini, dünyayı ve geleceği çarpık bir şekilde görmelerine neden olur. Bu nedenle, işlevsel olmayan tutumlar veya şemaların, bireyleri depresyon geliştirmeye ve sürdürmeye yatkın hale getirebileceğini savunmuştur(118).

İşlevsel olmayan tutumlar, temel inançlar ve şemalardan temel alan, doğruluğu ispatlanmamış, kanıta dayanmayan, kişinin kendisi, başkaları ve çevresi ile ilgili bilişsel çarpıtmalarını içeren, kişinin hayatını güçleştiren, yanlış bilişlerin neden olduğu düşünceleri içermektedir (119).

2014 yılında yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travması olan MDB hastalarda çocukluk travması olmayan MDB hastalarına göre işlevsel olmayan tutumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(120) .

2017 yılında yapılan bir araştırmada ise, üniversite öğrencilerinin işlevsel olmayan tutumlar ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyonu anlamlı bir biçimde yordadığı, öğrencilerdeki depresyonun %23,9'un işlevsel olmayan tutumlar ve olumsuz otomatik düşünceler değişkenleri tarafından açıklanabildiği, işlevsel olmayan tutumlardaki bir birim artışın, depresyonu 0.054 birim artırdığı gösterilmiştir(121).

2.6. Major Depresif Bozukluk ve İşlevsellik

İşlevsellik, bireyin çalışma, ilişki kurma ve sürdürme, boş zaman ve diğer yaşam etkinliklerine katılma becerisidir ve kısaca kişinin günlük performansını tanımlar. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluğu olan hastalar, işlevsellerinde önemli eksiklikler bildirmektedir(122, 123).

Shippee ve ark yaptığı çalışmasında MDB'si olan yetişkinlerin duygudurum bozukluğu olmayanlara göre iş, ev veya okul aktivitelerinde 4,5 kat daha fazla zorlandıklarını göstermiştir(124).

Psikososyal işlevsellik ölçüleri genellikle depresif belirtilerle paralellik gösterir ancak depresif belirtilerin gerilemesi olağan bir işleve dönüşle sonuçlanmayabilir. 2011 yılında yapılan bir meta analize göre akut tedavi sırasında semptomatik ve işlevsel remisyona incelendiğinde, hastaların %38'i semptomatik remisyona ulaştığı, %32 işlevsel remisyona elde edildiği; ancak hastaların sadece %23'ü kombine semptomatik ve işlevsel remisyona elde edildiği gösterilmiştir. Semptomatik remisyona genellikle işlevsellikteki iyileşme ile ilişkilendirilse de birçok hasta, semptomları düzeldikten uzun süre sonrada işlevsellikte bozulma yaşamaya devam eder. Bu nedenle tam işlevsel iyileşme, depresif semptomların iyileşmesinin gerisinde kalmaktadır (125, 126).

STAR-D çalışmasında yapılan izlemlerde tedavi başlanan ve remisyona ulaşıp tedaviden çıkan ve tedaviden sonra 12 ay takip edilen MDB'li hastaların sadece %7'sinin tedaviden önce normal işlevselliğinin olduğu, tedaviden sonra işlevsellik skorlarının önemli ölçüde arttığı, ancak bu artışın %40' tan fazla olmadığı ve akut tedavi fazının tamamlanmasından 12 ay sonra hastaların yaklaşık %46,4 'ünün remisyona ulaştığı, 12. ayda işlevsellik puanlarının %60,1'den %49' a düştüğü gösterilmiştir (127).

Komorbid psikiyatrik bozukluklar, nörotisizm gibi kişilik özellikleri ve algılanan sosyal destek de majör depresif bozuklukta işlevsel yetersizlik belirleyicileridir (128). Depresyondan kurtulduktan sonra bile, MDB'li bireyler, devam eden uykusuzluk, kaygı, yorgunluk ve bilişsel eksiklikler dahil olmak üzere çeşitli kalıntı semptomlar yaşarlar. Rezidüel semptomları olan hastalar, artan işlevsel bozulma riski altındadır(129).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran, ayaktan tedavi ve takipleri sürdürülen, SCID-5 yapılarak DSM-5 kriterlerine göre unipolar majör depresif bozukluk tanısı konmuş, 55'i kadın, 28'i erkek 83 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim yönünden benzer 83 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri

Hasta grubu için;

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. SCID-5 ile yapılan tarama sonucunda major depresif bozukluk tanısı almak
3. Ölçekteki soruları okuyup anlayıp doldurabilecek entelektüel kapasiteye sahip olması

Sağlıklı gönüllüler için;

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. SCID - 5 ile tarama sonrası psikiyatrik hastalık saptanmamış olması
3. Ölçekteki soruları okuyup anlayıp doldurabilecek entelektüel kapasiteye sahip olması

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

1. Son 1 yıldır alkol ve madde kullanım bozukluğu olması
2. Mental retardasyon tanısının olması, ölçek sorularını anlayabilecek entelektüel kapasiteye sahip olmaması
3. Gebelik ve emzirmenin bulunması
4. Şizofreni spektrum bozuklukları, bipolar affektif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik hastalık tanısı olması
5. Genel tıbbi durumunu etkileyen ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olması

3.2. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik-Klinik Veri Formu
2. SCID-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşme
3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Kısa Form (ÇÇTÖ)
6. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)
7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)
8. Ruminatif Tepki Ölçeği Kısa Form(RTÖ-KF)
9. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)
10. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ)
11. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) Nörotisizm Alt Ölçeği

3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini belirlemek amacıyla tarafımızca hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim ve ekonomik düzeyleri, çalışma durumu gibi sosyodemografik veriler ve hastalığın başlangıç yaşı, süresi, atak sayısı, hastaneye yatış öyküsü, intihar girişimi gibi klinik veriler sorgulanmıştır.

3.2.2. SCID 5 (The Structured Clinical Interview for DSM-5)

SCID-5, başlıca DSM-5 tanılarını koymak için yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur. 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride araştırmacı sorular bulunmaktadır. Modüller; psikoz belirtileri, psikoza giden bozuklukların ayırıcı tanıları, duygudurum bozuklukların ayırıcı tanıları, madde kullanım bozuklukları, kaygı bozuklukları, takıntı zorlantı ve örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır(130).

3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton tarafından, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (131). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Bizim çalışmamızda 17 maddelik formu kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(132). 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (133).

3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(134) . Anksiyetenin ruhsal ve bedensel belirtilerini sorgulayan Toplam 14 soru bulunmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır (135). Her maddeden elde edilen puanlar toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasındadır, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kesme puanı hesaplanmadığı için karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır.

3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk dönemi travmalarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi hedefler, Bernstein ve arkadaşları tarafından 1995 senesinde geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır(136). Bu çalışmada 28 soruluk versiyon kullanılmıştır. ÇÇTÖ-28, 28 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Çocukluk çağındaki cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmali değerlendiren 5 alt boyutu bulunur. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Vedat Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Her çocukluk çağı örselenmesinin tipi için olası puanlar 5 ile 25 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı ise 25 ile 125 arasında değişebilmektedir. Soruların üç tanesi travmanın minimizasyonunu (travmanın inkarı) ölçmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın üzeri,

duygusal ihmal için 12 puanın üzeri, cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın üzeri, toplam puan için ise 35 puanın üzeri kesme noktası olarak önerilmiştir (137).

3.2.6. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Çeşitli fonksiyonel işlevsel alanları değerlendirmek için pek çok skala geliştirilmiştir. Kendi bildiri veya başkaları yoluyla derecelendirilebilir. En fazla kullanılan ölçeklerden biri olan Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Rosa ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından uygulanır. Dörtlü likert tip bir ölçektir. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir (138). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır (139). İşlevselliği özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri şeklinde altı alt grupta değerlendirmiştir. Özerklik bireyin kendi başına belirli görevleri yerine getirmesi ve kendine bakabilmesidir. Mesleki işlevsellik maaşlı bir işte çalışabilme, görevleri sürdürebilme, mesleki kazanımlar elde edebilme kapasitesidir. Bilişsel işlevsellik konsantre olma, zihinsel hesaplamalar yapma, problem çözme gibi yetenekleri içerir. Mali konular, kendi parasını yönetme becerisini ifade eder. Kişilerarası ilişkiler alanı, ailesiyle ve çevresindeki kişilerle sosyal ilişkiler kurabilmesi, ilişkileri sürdürebilme kapasitesiyle ilgilidir. Boş zaman aktiviteleri, egzersiz, spor gibi aktiviteler yapabilme ve hobilere sahip olmayı ifade eder (138).

3.2.7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)

1978 yılında Weissman ve Beck tarafından geliştirilmiştir (140). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Şahin ve ark tarafından yapılmıştır (141). Ölçek farklı durumlara ilişkin tutumları içeren 40 maddeden oluşmaktadır. Yedili likert tipi sorulardan oluşur. Toplam puan her bir maddeye verilen yanıtların toplanmasından elde edilmektedir. Ölçeğin mükemmeliyetçi tutum (performance evaluation), onaylanma ihtiyacı (need for approval), bağımsız tutum (autonomous attitude) ve değişken tutum (tentativeness) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. En düşük puan 40, en yüksek puan 280'dir. Puanın yüksek olması işlevsel olmayan tutumların daha sık kullanıldığı göstermektedir. Çalışmamızda ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır.

3.2.8. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Form (RTÖ-KF)

Ruminatif tepkiler ölçeğinin kısa formu Treynor ve arkadaşları tarafından 2003 yılında, uzun formundan depresif belirtilerle benzerliği tartışmalı olan 12 maddenin çıkarılmasıyla yapılmıştır. Saplantılı düşünme(broading) ve derin düşünme(reflection) olmak üzere 2 faktörlü, 4'lü likert tipi ve 10 maddeden oluşmaktadır (110). Her madde 1 ile 4 arasında puanlanarak hesaplanmaktadır.(1=Hiçbir zaman ve 4=Her zaman) hesaplanan toplam puanın artışı ruminasyon eğiliminin artışı gösterir. Ölçeğin Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Erdur-Baker ve Bugay tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülmüştür(142). Kısa ruminatif tepki ölçeğinin özgün ölçeğe benzer bir faktör yapısına sahip olduğu belirtilmiştir.

3.2.9. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve ark tarafından geliştirilmiştir. Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması ilk Seber ve ark tarafından yapılmıştır(143). Daha sonra Durak ve ark ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler elde etmiştir (144). Yaş ve zaman sınırlaması yoktur. Okuma yazma bilen herkese yapılabilir. 11 doğru, 9 yanlış anahtar yanıtı içeren 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0'dır. Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut olmak üzere üç alt boyutu belirtilmiştir(144). Çalışmamızda ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır.

3.2.10. Seehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ)

"İş", "sosyal yaşam/boş zaman uğraşları" ve "aile yaşamı/evdeki sorumluluklar" alt ölçeklerini içeren bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafında doldurulmaktadır (145).

3.2.11. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu Nörotisizm Alt Ölçeği

Francis ve ark.(1992) tarafından Eysenck kişilik kuramı çerçevesinde geliştirilmiştir. Karancı ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik

çalışması yapılmıştır(146). 24 madde olup, kişiliği üç ana faktörde değerlendirmektedir: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm. Ayrıca yalan söyleme alt boyutu ile yanlılığı engellemek amaçlanmaktadır. Her bir alt boyutun 6 madde ile değerlendirildiği bu ölçekte sorulara Evet (1) – Hayır (0) olarak cevap vermeleri istenir. Her kişilik özelliği için alınan puan aralığı 0-6 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada sadece nörotisizm alt ölçeği için sorulan maddeler (18, 11, 9, 21, 1, 14 soruları) kullanılmıştır.

3.3. Etik Kurul Onayı

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu'na sunulmuş olup 27.02.2020 tarihindeki toplantıda değerlendirilerek B.30.2.ATA.0.01.00/95 numarası ile bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan puanların karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

İşlevselliğe etkisi olduğu düşünülen değişkenler spearman korelasyon analizi ile belirlendi. Daha sonra KİDÖ ve SYYÖ değişkenlerini sırasıyla bağımlı değişken olarak düşünerek bu değişkenler ile ilişkisi bulunan değişkenler bağımsız değişken olarak modele dahil edildi. İlk aşamada SPSS'te yapılan çoklu regresyon analizinde değişkenlerin tümü birden standart yöntem ile modele dahil edildi. Bu yöntemde, bütün bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki ortak etkisi incelenmiştir. Ayrıca bu çalışmada anksiyete, depresyon ve her ikisinin etkileri kontrol edilerek hiyerarşik çoklu regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizinin doğru

sonuçlar verebilmesi için bağımsız değişkenlerin kendi aralarındaki ilişki miktarının yüksek olması durumunda ($r>0,80$) (oklu iç ilişki) durumunda yüksek ilişkiye sebep olan değişkenler modelden çıkarılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran, SCID 5 yapılarak DSM–5 tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı konulan, çalışma ölçütlerini karşılayan 83 majör depresif bozukluk hastası ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 83 sağlıklı gönüllü olmak üzere 166 kişi alındı. Örneklemen sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

	Depresyon	Sağlıklı	Test istatistiği	p
Yaş				
Ort. ± Ss	32,9 ± 10,9	33,1 ± 10,6		
Ort. (min-mak)	32 (18 - 60)	32 (18 - 58)	Z=3515,500	0,818
Eğitim Yılı				
Ort. ± Ss	12,8 ± 4,2	13,3 ± 4,0		
Ort. (min-mak)	14 (5 - 18)	14 (5 - 20)	Z=3633,500	0,539
Cinsiyet(n, %)				
Kadın	55 (66,3)	55 (66,3)		
Erkek	28 (33,7)	28 (33,7)	X ² =0,000	1,000
Medeni hali (n,%)				
Bekar	40 (48,2)	36 (43,4)		
Evli	35 (42,2)	43 (51,8)		
Boşanmış	8 (9,6)	4 (4,8)	X ² =2,364	0,307
Nasıl yaşıyor (n,%)				
Yalnız	8 (9,6)	10 (12)		
Ailesiyle	68 (81,9)	69 (83,1)		
Arkadaşlarıyla	7 (8,4)	4 (4,8)	X ² =1,048	0,592
İş Durumu(n,%)				
Çalışıyor	25 (30,1)	52 (61,4)		
İşsiz	29 (34,9)	17 (19,3)		
Emekli	2 (2,4)	3 (2,4)		
Öğrenci	27 (32,5)	15 (16,9)	X ² =16,772	0,001
Anne baba boşanma öyküsü(n,%)				
Var	9 (10,8)	4 (4,8)		
Yok	74 (89,2)	79 (95,2)	X ² =2,086	0,149

Tablo 1. (Devamı)

Çocukken aileden ayrı kalma öyküsü				
Evet	41 (49,4)	23 (27,7)		
Hayır	42 (50,6)	60 (72,3)	$X^2=8,239$	0,004
Anne kaybı (n,%)				
var	11 (13,3)	14 (16,9)		
yok	72 (86,7)	69 (83,1)	$X^2=0,424$	0,515
Baba kaybı (n,%)				
var	27 (32,5)	23 (27,7)		
yok	56 (67,5)	60 (72,3)	$X^2=0,458$	0,499
Kardeş kaybı (n,%)				
var	10 (12)	10 (12)		
yok	73 (88)	73 (88)	$X^2=0,000$	1,000
Partnerinden fiziksel şiddet görme öyküsü				
Evet	17 (20,5)	6 (7,2)		
Hayır	66 (79,5)	77 (92,8)	$X^2=6,107$	0,013
Psikiyatri dışı hastane yatış öyküsü				
Evet	35 (42,2)	20 (24,1)		
Hayır	48 (57,8)	63 (75,9)	$X^2=6,118$	0,013

X^2 =Ki-kare test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Her iki grupta da 55 kadın (%66,3), 28 erkek (%33,7) yer almıştır. Hasta grubunun yaş ortalaması $32,9 \pm 10,9$, kontrol grubunun yaş ortalaması $33,1 \pm 10,6$ olarak bulunmuştur. Hasta grubu eğitim yılı ortalaması $12,8 \pm 4,2$, kontrol grubu $13,3 \pm 4,0$ bulunmuştur. Gruplar yaş, eğitim yılı ve cinsiyet açısından eşleştirildiğinden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,818$, $p=0,539$, $p=1,000$).

Çalışmamızda yer alan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %48,2'si bekar, %42,2'si evli, %9,6 boşanmıştır. Kontrol grubunun % 43,4'ü bekar, %51,8'i evli ve %4,8'i boşanmıştır. İki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,307$)

Depresyon grubunun %30,1'i çalışmaktadır, % 34,9'u işsiz, %32,5'i öğrenci, %3,4'ü (n=2) emeklidir. Kontrol grubunun %61,4'ü çalışıyor, %19,3'ü işsiz, %16,9'u

öğrenci, %2,4'ü emekli olarak bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda çalışanların sayısı depresyon grubuna göre yüksek bulunmuştur. (p=0,001).

Depresyon grubunun %49,4'ü ve sağlıklı grubunun %27,7'si geçmişte aileden çeşitli sebeplerle ayrı yaşamak zorunda kalmıştır. Hasta grubu sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ailelerinden ayrı yaşamıştır (p=0,004).

Depresyon grubunun %20,5'i ve sağlıklı grubun %7,2'si partnerinden fiziksel şiddet görmüştür. Depresyon grubu anlamlı olarak kontrol grubuna göre partnerinden daha fazla şiddet görmüştür (p=0,013).

Depresyon grubunun %42,2'sinin ve sağlıklı grubun %24,1'inin geçmişte psikiyatri dışı sebeplerle hastane yatışı mevcuttur. Depresyon grubu anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha fazla hastane yatmıştır (p=0,013).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik özgeçmiş özelliklerin karşılaştırılması

	Depresyon (n,%)	Sağlıklı (n,%)	Test istatistiği	p
İntihar girişimi				
Var	14 (16,9)	2 (2,4)		
Yok	69 (83,1)	81 (97,6)	X ² =9,96	0,002
Selfmutilasyon öyküsü				
Var	23 (27,7)	1 (1,2)		
Yok	60 (72,3)	82 (98,8)	X ² =23,575	0,000
Alkol kullanım öyküsü				
Var	8 (9,6)	4 (4,8)		
Yok	75 (90,4)	79 (95,2)	X ² =1,437	0,231
Madde kullanım öyküsü				
Var	1 (1,2)	0 (0)		
Yok	82 (98,8)	83 (100)	X ² =1,006	0,316
Sigara kullanımı				
Var	32 (38,6)	22 (26,5)		
Yok	51 (61,4)	61 (73,5)	X ² =2,745	0,098

Depresyon grubunun %16,9'unda ve kontrol grubunun %2,4'ünde intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Depresyon grubunda kontrol grubuna göre fazla intihar girişimi öyküsü anlamlı olarak yüksektir(p=0,002).

Hastaların %27,7'sinde ve sağlıklı olanların %1,2'sinde selfmutilasyon öyküsü mevcuttur. Depresyon grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre self mutilasyon öyküsü anlamlı olarak yüksektir (p=0,000).

Hasta grubu ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı, alkol ve madde kullanım öyküsü açısından anlamlı istatistiksel fark tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0,231; p=0,316; p=0,098).

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Soygeçmiş Özellikleri Araştırması

	Depresyon (n,%)	Sağlıklı (n,%)	Test istatistiği	p
Ailde psikiyatrik öyküsü				
Var	42 (50,6)	7 (8,4)		
Yok	41 (49,4)	76 (91,6)	X ² =35,47	0,000
Ailede depresyon	28 (33,7)	5 (6)	X ² =20,008	0,000
Ailede bipolar	0 (0)	1 (1,2)	X ² =1,006	0,316
Ailede Şizofreni	6 (7,2)	0 (0)	X ² =6,225	0,013
Ailede Panik bozukluk	3 (3,6)	1 (1,2)	X ² =1,025	0,311
Ailede Demans	4 (4,8)	0 (0)	X ² =4,099	0,043
Ailede YAB	5 (6)	1 (1,2)	X ² =2,267	0,096
Ailede DHEB	2 (2,4)	3 (3,6)	X ² =0,206	0,65
Ailede OKB	2 (2,4)	0 (0)	X ² =2,024	0,155
Ailede Bedensel Belirti Boz.	2 (2,4)	0 (0)	X ² =2,024	0,155
Ailede başka psikiyatrik hast.	3 (3,6)	1 (1,2)	X ² =1,025	0,311

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

Hasta grubunun %50,6'sinde, kontrol grubunun %8,4'ündesi birinci derece akrabasında psikopatoloji öyküsü saptanmıştır. Hasta grubunun birinci derece akrabalarında psikopatoloji görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,000). Majör depresif bozukluk, şizofreni ve

demans rahatsızlıklarında soygeçmiş hikayesi depresyon grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur($p=0,000$, $p=0,013$, $p=0,043$). Birinci derece akrabalarında majör depresif bozukluk oranına bakıldığında, hasta grubunda %33,7($n=28$) olarak bulunurken kontrol grubunda bu oran %6($n=5$) olarak bulunmuştur

Hasta grubunun birinci derece akrabalarında şizofreni oranı %7,2 ($n=6$), demans oranı %4,8($n=4$) olarak saptanmıştır.($p=0,013$, $p=0,043$)

Hastaların %32,5 ($n=27$)’inde depresyon tanısıyla birlikte psikiyatrik hastalık eş tanısı olduğu, %13,3 ($n=11$) ünde yaygın aksiyete bozukluğu, %2,4 ($n=2$)sinde OKB, %3,6 ($n=3$) sında DHEB, %3,6 ($n=3$) ünde bedensel belirti bozukluğu, %10,8 ($n=9$) üne başka psikiyatrik hastalık tanılarının (%3,6 ($n=3$)’sında panik bozukluk, %2,4 ($n=2$)’ünde yeme bozukluğu, %4,8 ($n=4$)’inde tanımlanmamış anksiyete bozukluğu) eşlik ettiği görülmüştür.

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HDDÖ ve HAÖ ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon		Sağlıklı		Test istatistiği	P
	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. (min. - mak.)	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. (min. - mak.)		
HDDÖ	17,51 $\pm$ 3,43	17,0 (8,0 - 26,0)	2,55 $\pm$ 2,08	2,0 (0,0 - 7,0)	Z=0	0,000
HAÖ	11,14 $\pm$ 3,61	11,0 (4,0 - 19,0)	1,95 $\pm$ 1,81	2,0 (0,0 - 7,0)	Z=63	0,000

Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Hamilton Depresyon Ölçeği puanı hasta grubunda 17,51 $\pm$ 3,43 ve kontrol grubunda 2,55 $\pm$ 2,08 olarak belirlenmiştir. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanı hasta grubunda 11,14 $\pm$ 3,61 ve kontrol grubunda 1,95 $\pm$ 1,81 olarak saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla HDDÖ ve HAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik bulunmuştur. ($p=0,000$)

Tablo 5. Hasta grubunun klinik özellikleri

Hastalığın Başlangıç Yaşı (ort. $\pm$ Ss)	25,90 $\pm$ 7,58
Depresyon Epizod Sayısı (ort. $\pm$ Ss)	1,91 $\pm$ 1,06
ilk psikiyatri yatış yaşı (ort. $\pm$ Ss)	32,85 $\pm$ 10,76
yatış sayısı (ort. $\pm$ Ss)	1,40 $\pm$ 0,89
Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü (n,%)	7 (8,4)
Şu an psikiyatri ilaç kullanımı (n,%)	59 (71,1)
Essitalopram	13 (15,7)
Sitalopram	2 (2,4)
Sertralin	18 (21,7)
Paroksetin	3 (3,6)
Fluoksetin	10 (12)
Venlafaksin	14 (16,9)
Trisiklik	3 (3,6)
Agomelatine	2 (2,4)
Bupropion	5 (6)
Duloksetin	3 (3,6)
Başka psikiyatrik ilaç kullanımı	16 (19,3)

Major depresif bozukluk tanılı grubun ortalama hastalık başlangıç yaşı 25,90 $\pm$ 7,58 olarak bulunmuştur. Ortalama depresif atak sayısı 1,91 $\pm$ 1,06 olarak saptanmıştır. Hasta grubumuzun %8,4'ünde (n=7) hastane yatış öyküsü bulunmaktadır. Hastanede yatış öyküsü olan hastaların ortalama yatış sayısı 1,40 $\pm$ 0,89 ilk hastaneye yatış yaş ortalaması 32,85 $\pm$ 10,76 olarak bulunmuştur. Hastaların % 71,1'inin halihazırda antidepressanları kullandığı saptanmıştır.

4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarında İşlevsellik Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon Ort. ± S. sapma	Sağlıklı Ort. ± S. sapma	Test istatistiği	p
KİDÖ-Öz	4,66 ± 2,57	0,28 ± 0,65	Z=416	0,000
KİDÖ-Mi	6,21 ± 3,31	0,19 ± 0,52	Z=238	0,000
KİDÖ-Bi	7,42 ± 3,32	0,77 ± 1,03	Z=208,5	0,000
KİDÖ-Mk	0,69 ± 1,14	0,06 ± 0,32	Z=2514,5	0,000
KİDÖ-Ki	7,90 ± 4,27	0,68 ± 0,85	Z=330	0,000
KİDÖ-Bze	3,32 ± 1,38	0,77 ± 0,91	Z=567	0,000
KİDÖ-toplam	29,85 ± 12,92	2,68 ± 2,78	Z=91,5	0,000

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır ,Z: Mann-Whitney U test istatistiği
KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Öz:Özerklik, Mi: Mesleki İşlevsellik, Bi: Bilişsel İşlevsellik, Mk: Mali Konular, Ki: Kişilerarası İlişkiler, Bze: Boş Zaman Etkinlikleri

KİDÖ (Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği)' ye göre değerlendirilen hasta grubu ve kontrol grubunun ortalama puanları karşılaştırıldığında, özerklik maddesi hasta grubunda 4,66 ± 2,57 puan, kontrol grubunda 0,28 ± 0,65 puan; mesleki işlevsellik hasta grubunda 6,21 ± 3,31, kontrol grubunda 0,19 ± 0,52 puan; bilişsel işlevsellik hasta grubunda 7,42 ± 3,32, kontrol grubunda 0,77 ± 1,03 puan; mali konulardaki işlevsellik hasta grubunda 0,69 ± 1,14, kontrol grubunda 0,06 ± 0,32 puan; kişilerarası ilişkiler hasta grubunda 7,90 ± 4,27, kontrol grubunda 0,68 ± 0,85 puan, boş zaman etkinlikleri hasta grubunda 3,32 ± 1,38, kontrol grubunda 0,77 ± 0,91 puan olarak bulunmuştur. KİDÖ toplam test skoru incelendiğinde hasta grubunda 29,85 ± 12,92, kontrol grubunda 2,68 ± 2,78 puan olarak saptanmıştır. Ölçeğin tüm alt ölçeklerinde ve toplam ölçek skorunda hasta grubunda bu puanların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. (p değerleri; p=0,000)

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun SYÖ puanlarına göre karşılaştırılması

	Depresyon Ort. ± Ss	Sağlıklı Ort. ± Ss	Test istatistiği	p
SYÖ- İş	5,74 ± 3,24	0,92 ± 1,59	Z=799	0,000
SYÖ-Sosyal	6,68 ± 2,92	1,91 ± 2,19	Z=800	0,000
SYÖ-Aile	5,61 ± 3,13	1,04 ± 1,65	Z=807,5	0,000
SYÖ- Toplam	17,98 ± 8,03	3,81 ± 4,67	Z=542	0,000

Z: Mann-Whitney U test istatistiği SYÖ: SYÖölçeği,SYÖ: sosyal yaşam/boş zaman uğraşları
SYÖ-aile:aile yaşamı/evdeki sorumluluklar

Hasta grubunda SYÖ ölçeği iş puan ortalamaları 5,74 ± 3,24 puan, sosyal yaşam/boş zaman uğraşları puan ortalamaları 6,68 ± 2,92, aile yaşamı evdeki sorumluluk puan ortalamaları 5,61 ± 3,13, SYÖ toplam puan ortalamaları 17,98 ± 8,03 olarak bulunmuştur. Sağlıklı grupta iş puan ortalamaları 0,92 ± 1,59, sosyal yaşam/boş zaman uğraşları puan ortalamaları 1,91 ± 2,19, aile yaşamı evdeki sorumluluk puan ortalamaları 1,04 ± 1,65, SYÖ toplam puan ortalamaları 3,81 ± 4,67 olarak tespit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna göre SYÖ toplam puan ve alt puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir yükseklik bulunmuştur (p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000).

4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travma Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun ÇÖTÖ puanlarına göre karşılaştırılması

	Depresyon		Sağlıklı		Z	p
	Ort. ± S. sapma	Ort. (min. - mak.)	Ort. ± S. sapma	Ort. (min. - mak.)		
ÖÖT-Dis	9,33 ± 4,25	8,0 (5,0-23,0)	6,08 ± 1,88	5,0 (5,0 - 15,0)	1476,5	0,000
ÖÖT-Fis	6,80 ± 3,73	5,0 (5,0-25,0)	5,28 ± 1,01	5,0 (5,0 - 12,0)	2461	0,000
ÖÖT-Cis	5,86 ± 2,03	5,0 (5,0-17,0)	5,18 ± 0,75	5,0 (5,0 - 11,0)	2821	0,003
ÖÖT-Fih	8,65 ± 3,01	8,0 (5,0-18,0)	6,78 ± 2,39	6,0 (5,0 - 15,0)	1994	0,000
ÖÖT-Dih	13,84 ± 5,00	14,0 (5,0-25,0)	9,21 ± 3,68	9,0 (5,0 - 18,0)	1601,5	0,000
ÖÖT toplam	44,39 ± 12,21	42,0 (26,0-88,0)	32,61 ± 6,72	31,0 (25,0-54,0)	1171,5	0,000

ÖÖT: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Dis: Duygusal İstismar, Fis: Fiziksel İstismar, Cis: Cinsel İstismar, Fih: Fiziksel İhmal, Dih: Duygusal İhmal, Z:Mann Whitney U testi

Major depresif bozukluk hastalarının ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puanları, duygusal, fiziksel, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal puanları karşılaştırıldığında, hastalarda ÇÇTÖ toplam puanı ve bütün alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(sırasıyla p=0,000, p=0,000, p= 0,003 p=0,000, p=0,000, p=0,000).

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ kesme puanlarına göre travmaya uğramış olma oranlarının karşılaştırılması

	Depresyon (n,%)	Sağlıklı (n, %)	Toplam (n, %)	χ^2	p
Duygusal istismar					
Var	44 (53)	13 (15,7)	57 (34,3)	25,676	0,000
Yok	39 (89)	70 (84,3)	109 (65,7)		
Fiziksel istismar					
Var	32 (38,6)	9 (10,8)	41 (24,7)	17,134	0,000
Yok	51 (61,4)	74 (89,2)	125 (75,3)		
Cinsel istismar					
Var	22 (26,5)	8 (9,6)	30 (18,1)	7,975	0,005
Yok	61 (73,5)	75 (90,4)	136 (81,9)		
Fiziksel ihmal					
Var	42 (50,6)	25 (30,1)	67 (40,4)	7,233	0,007
Yok	41 (49,4)	58 (69,9)	99 (59,6)		
Duygusal ihmal					
Var	52 (62,7)	16 (19,3)	68 (41)	32,283	0,000
Yok	31 (37,3)	67 (80,7)	98 (59)		
Çocukluk travması					
Var	69 (83,1)	23 (27,7)	92 (55,4)	51,595	0,000
Yok	14 (16,9)	60 (72,3)	74 (44,6)		

X²: Ki-kare test istatistiği

ÇÇTÖ kesme puanlarına göre yapılan değerlendirmelerde hasta grubunun %83,1'inin ve sağlıklı grubunun %27,7'si çocukluk çağı travmasına maruz kalmıştır. Hasta grubunun %53'ünde duygusal istismar, %38,6'sında fiziksel istismar, %26,5'inde cinsel istismar, %50,6'sında fiziksel ihmal %62,7'sinde duygusal ihmal bulunmuştur. Sağlıklı grubunun %15,7'sinde duygusal istismar, %10,8'inde fiziksel istismar, %9,6'sında cinsel istismar, %30,1'inde fiziksel ihmal, %19,3'ünde duygusal ihmal

saptanmıştır. Kesme puanına göre yapılan karşılaştırmalarda hasta grubundaki travmaya maruz kalan kişi sayısı; ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal alt ölçeklerinin hepsinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 11. Hasta ve kontrol gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi

	Depresyon		Sağlıklı		t	p
	Ort.± Ss	Ort (min-mak)	Ort. ± Ss	Ort (min- mak)		
İOTÖ	154,65 ± 35,73	153,0 (79,0 - 242,0)	111,07 ± 23,13	110,0 (65,0- 162,0)	9,325	0,000

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, İOTÖ: İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Hasta grubu İOTÖ puan ortalaması 154,65 ± 35,73 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise İOTÖ puan ortalaması 111,07 ± 23,13 olarak bulunmuştur. Her iki grup karşılaştırıldığında İOTÖ puanı, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır(p=0,000).

4.5. Hasta ve Kontrol Gruplarında Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Form (RTÖ-KF), Nörotisizm Alt Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 12. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Form (RTÖ-KF) ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon		Sağlıklı		Z	p
	Ort. ± S. sapma	Ort. (min. - mak.)	Ort. ± S. sapma	Ort. (min. - mak.)		
RTÖ-SD	14,80 ± 3,49	15,0 (6,0 - 20,0)	9,14 ± 2,20	9,0 (5,0 - 16,0)	624,5	0,000
RTÖ-DD	13,53 ± 3,13	14,0 (6,0 - 20,0)	8,39 ± 3,15	7,0 (5,0 - 19,0)	878	0,000
RTÖ-Toplam	28,04 ± 5,84	28,0 (12,0 - 40,0)	17,51 ± 4,58	16,0 (10,0 - 32,0)	549,5	0,000

Z: Mann-Whitney U test istatistiği, RTÖ-SD: ruminasyon saplantılı düşünme, RTÖ-DD: Ruminasyon derin düşünme RTÖ-Toplam:ruminasyon toplam puan

Depresyon grubunun saplantılı düşünme puan ortalaması $14,80 \pm 3,49$ kontrol grubunda $9,14 \pm 2,20$, depresyon grubunda derin düşünce $13,53 \pm 3,13$, kontrol grubunda $8,4 \pm 3,2$, hasta grubunda RTÖ toplam puan ortalaması $28,0 \pm 5,8$, kontrol grubunda $8,39 \pm 3,15$ bulunmuştur. Saplantılı düşünme, derin düşünme ve RTÖ toplam puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 13. Nörotisizm Alt Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon		Sağlıklı		Z	p
	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. (min. - mak.)	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. (min. - mak.)		
Nörotisizm	$4,63 \pm 1,43$	5,0 (0,0 - 6,0)	$2,15 \pm 1,78$	2,0 (0,0 - 6,0)	1041	0,000

Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Nörotisizm puan ortalaması depresyon grubunda $4,63 \pm 1,43$ kontrol grubunda $2,15 \pm 1,78$ bulunup, hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 14. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanları karşılaştırma

	Depresyon	Sağlıklı	Z	p
	Ort. $\pm$ S. sapma	Ort. $\pm$ S. sapma		
BUÖ	$10,44 \pm 5,77$	$3,80 \pm 3,20$	1156,5	0,000

BUÖ: Beck umutsuzluk ölçeği.

Depresyon grubunda umutsuzluk ölçeği puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

4.6. Hasta Grubunda Ölçeklerin Özel Gruplara Göre Karşılaştırılması

4.6.1. Hasta Grubunda Ölçeklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 15.1.Hasta grubunda ölçeklerin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	Test istatistiği	P
	Ort. $\pm$ Ss	Ort. $\pm$ Ss		
HDDÖ	17,89 $\pm$ 3,217	16,78 $\pm$ 3,85	Z=707,5	0,545
HAÖ	11,89 $\pm$ 3,60	9,67 $\pm$ 3,22	t=2,735	0,008
KİDÖ-Öz	4,70 $\pm$ 2,57	4,57 $\pm$ 2,61	Z=758	0,907
KİDÖ-Mi	6,16 $\pm$ 3,19	6,32 $\pm$ 3,60	t=-0,29	0,773
KİDÖ-Bi	7,50 $\pm$ 3,49	7,25 $\pm$ 3,05	Z=723	0,646
KİDÖ-Mk	0,61 $\pm$ 1,02	0,85 $\pm$ 1,35	Z=721	0,558
KİDÖ-Ki	7,56 $\pm$ 4,20	8,57 $\pm$ 4,40	t=-1,015	0,313
KİDÖ-Bze	3,40 $\pm$ 1,24	3,17 $\pm$ 1,65	Z=735,5	0,723
KİDÖ-Toplam	29,38 $\pm$ 12,07	30,78 $\pm$ 14,65	t=-0,465	0,643
ÇÇTÖ-Dis	9,85 $\pm$ 4,16	8,32 $\pm$ 4,31	Z=562,5	0,044
ÇÇTÖ-Fis	7,16 $\pm$ 4,17	6,10 $\pm$ 2,60	Z=594	0,053
ÇÇTÖ-Cis	6,12 $\pm$ 2,31	5,35 $\pm$ 1,19	Z=615,5	0,055
ÇÇTÖ-Fih	8,65 $\pm$ 2,98	8,64 $\pm$ 3,12	Z=757,5	0,903
ÇÇTÖ-Dih	13,92 $\pm$ 5,04	13,67 $\pm$ 5,01	t=0,213	0,832
ÇÇTÖ-Toplam	45,61 $\pm$ 12,73	42,00 $\pm$ 10,96	Z=638,5	0,205
İÖTÖ	155,60 $\pm$ 37,44	152,78 $\pm$ 32,69	t=0,337	0,737
Nörotizm	4,90 $\pm$ 1,22	4,10 $\pm$ 1,68	Z=549,5	0,027
RTÖ-SD	15,69 $\pm$ 3,21	13,07 $\pm$ 3,39	Z=410,5	0,000
RTÖ-DD	14,18 $\pm$ 2,86	12,25 $\pm$ 3,29	t=2,762	0,007
RTÖ-Toplam	29,54 $\pm$ 5,17	25,10 $\pm$ 6,17	t=3,487	0,001
BUÖ	10,58 $\pm$ 5,61	10,17 $\pm$ 6,17	Z=723,5	0,654
SYÖ-İş	5,9 $\pm$ 3,1	5,4 $\pm$ 3,6	Z=720,5	0,631
SYÖ-Sosyal	6,9 $\pm$ 2,8	6,2 $\pm$ 3,1	Z=662	0,294
SYÖ-Aile	5,7 $\pm$ 3,1	5,5 $\pm$ 3,2	Z=739,5	0,768
SYÖ- Toplam	18,4 $\pm$ 7,3	17,1 $\pm$ 9,3	Z=751,5	0,858

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Kadınlarda Hamilton anksiyete puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur(p=0,008). Kadınlarda hamilton anksiyete puan ortalaması 11,89 $\pm$ 3,60, erkeklerde 9,67 $\pm$ 3,22 olarak elde edilmiştir.

Kadınlarda duygusal istismar puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p=0,044$). Kadınlarda duygusal istismar puan ortalaması $9,85 \pm 4,16$ erkeklerde $8,32 \pm 4,31$ olarak saptanmıştır.

Kadınlarda nörotisizm puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p= 0,027$). Kadınlarda nörotisizm puan ortalaması $4,90 \pm 1,22$ erkeklerde $4,10 \pm 1,68$ olarak saptanmıştır.

Kadınlarda RTÖ saplantılı düşünce puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p= 0,000$). Kadınlarda saplantılı düşünce puan ortalaması $15,69 \pm 3,21$ erkeklerde $13,07 \pm 3,39$ olarak elde edilmiştir.

Kadınlarda RTÖ derin düşünce puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p=. 0,007$). Kadınlarda derin düşünce puan ortalaması $14,18 \pm 2,86$, erkeklerde $12,25 \pm 3,29$ saptanmıştır.

Kadınlarda RTÖ toplam puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p=0,001$). Kadınlarda RTÖ toplam puan ortalamaları $29,54 \pm 5,17$ erkeklerde $25,10 \pm 6,17$ bulunmuştur.

4.6.2. Hasta Grubunda Ölçeklerin Psikiyatrik Komorbidite Varlığına Göre Karşılaştırılması

Tablo 15.2.Hasta Grubunda Ölçeklerin Psikiyatrik Komorbidite Varlığına Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Komorbite						Z	p
	yok			var				
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan		
HDDÖ	17,45	±3,51	17,00	17,67	±3,34	17,00	-0,396	0,692
HAÖ	10,41	±3,31	10,00	12,67	±3,82	14,00	-2,650	0,008
KİDÖ-Öz	4,54	±2,46	4,00	4,93	±2,83	5,00	-0,793	0,428
KİDÖ-Mi	5,89	±3,42	5,00	6,89	±3,04	7,00	-1,424	0,154
KİDÖ-Bi	7,55	±3,14	8,00	7,15	±3,75	6,00	-0,266	0,790
KİDÖ-Mk	,73	±1,15	,00	,63	±1,15	,00	-0,489	0,625
KİDÖ-Ki	8,20	±4,14	9,00	7,30	±4,56	6,00	-1,137	0,255
KİDÖ-Bze	3,18	±1,43	4,00	3,63	±1,28	4,00	-1,376	0,169
KİDÖ-Toplam	30,04	±12,46	32,00	29,48	±14,10	30,00	-0,214	0,831
ÇÇTÖ-Dis	9,55	±4,26	8,00	8,89	±4,28	7,00	-0,680	0,496
ÇÇTÖ-Fis	6,88	±3,56	5,00	6,67	±4,14	5,00	-0,455	0,649
ÇÇTÖ-Cis	5,93	±1,87	5,00	5,74	±2,38	5,00	-1,134	0,257
ÇÇTÖ-Fih	8,41	±2,88	7,50	9,15	±3,28	9,00	-0,898	0,369
ÇÇTÖ-Dih	14,07	±4,39	14,00	13,37	±6,15	13,00	-0,741	0,459
ÇÇTÖ-Toplam	44,55	±11,31	43,00	44,07	±14,14	39,00	-0,579	0,563
İÖTÖ	155,84	±37,21	157,00	152,19	±33,02	152,00	-0,471	0,637
Nörotisizm	4,82	±1,40	5,00	4,26	±1,46	4,00	-1,931	0,053
RTÖ-SD	14,63	±3,46	14,00	15,19	±3,60	15,00	-0,826	0,409
RTÖ-DD	13,45	±2,87	14,00	13,70	±3,68	14,00	-0,161	0,872
RTÖ-Toplam	27,66	±5,39	28,00	28,85	±6,73	29,00	-0,721	0,471
BUÖ	10,25	±5,62	10,50	10,85	±6,19	13,00	-0,565	0,572
SYÖ-İş	5,64	±3,11	6,00	5,96	±3,57	6,00	-0,650	0,515
SYÖ-Sosyal	6,57	±2,90	7,00	6,93	±3,01	8,00	-0,648	0,517
SYÖ-Aile	5,45	±2,84	6,00	5,96	±3,71	8,00	-0,875	0,382
SYÖ- Toplam	17,55	±7,21	18,50	18,89	±9,62	22,00	-1,120	0,263

Mann Whitney Test

Hastalarda komorbiditesi pozitif olan grupta sadece Hamilton anksiyete ölçeği puan ortalaması komorbiditesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur(p=0,008). Komorbiditesi olan grupta Hamilton anksiyete ölçeği puan ortalaması 12,67±3,82 komorbiditesi olmayan grupta ise bu ortalama 10,41±3,31 olarak saptanmıştır.

4.6.3. Hasta Grubunda Ölçeklerin Çocukluk Çağı Travma Varlığına Göre Karşılaştırılması

Tablo 15.3. Hasta Grubunda Ölçeklerin Çocukluk Çağı Travma Varlığına Göre Karşılaştırılması

	Çocukluk Çağı Travması							Z	p
	yok				var				
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan			
HDDÖ	16,64	±3,30	17,00	17,70	±3,46	17,00	-1,040	0,298	
HAÖ	10,64	±3,54	10,50	11,25	±3,65	11,00	-0,660	0,510	
KİDÖ-Öz	4,29	±2,46	4,50	4,74	±2,60	4,00	-0,431	0,666	
KİDÖ-Mi	6,21	±3,21	5,50	6,22	±3,36	6,00	-0,129	0,897	
KİDÖ-Bi	8,36	±2,53	9,50	7,23	±3,46	7,00	-1,049	0,294	
KİDÖ-Mk	,71	±1,07	,00	,70	±1,17	,00	-0,317	0,751	
KİDÖ-Ki	7,93	±4,12	7,50	7,90	±4,34	8,00	-0,116	0,908	
KİDÖ-Bze	3,79	±1,37	4,00	3,23	±1,38	4,00	-1,169	0,242	
KİDÖ-Toplam	31,43	±12,34	33,00	29,54	±13,11	31,00	-0,535	0,592	
İÖTÖ	158,79	±37,58	162,50	153,81	±35,58	153,00	-0,675	0,500	
Nörotisizm	4,14	±1,99	4,50	4,74	±1,29	5,00	-0,797	0,425	
RTÖ-SD	14,57	±3,57	14,00	14,86	±3,50	15,00	-0,495	0,620	
RTÖ-DD	13,36	±2,76	13,50	13,57	±3,22	14,00	-0,361	0,718	
RTÖ-Toplam	27,57	±5,89	25,50	28,14	±5,87	28,00	-0,646	0,518	
BUÖ	11,14	±6,33	13,00	10,30	±5,70	10,00	-0,311	0,756	
SYÖ-İş	6,21	±3,04	7,00	5,65	±3,30	6,00	-0,600	0,549	
SYÖ-Sosyal	7,79	±2,01	8,00	6,46	±3,04	7,00	-1,381	0,167	
SYÖ-Aile	6,14	±2,35	6,00	5,51	±3,27	6,00	-0,550	0,582	
SYÖ- Toplam	20,29	±5,50	21,00	17,52	±8,41	18,00	-1,163	0,245	

Hasta grubunda çocukluk çağı travmasının var olup olmamasına göre ölçekler karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır.

4.6.4.Hasta grubunda ölçeklerin intihar girişimi varlığına göre kıyaslanması

Tablo 15.4.Hasta grubunda ölçeklerin intihar girişimi varlığına göre kıyaslanması

	İntihar Girişimi						Z	p
	yok			var				
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan		
HDDÖ	17,39	±3,36	17,00	18,14	±3,86	17,50	-0,624	0,533
HAÖ	11,19	±3,59	11,00	10,93	±3,89	12,00	-0,049	0,961
KİDÖ-Öz	4,55	±2,51	4,00	5,21	±2,89	4,50	-0,659	0,510
KİDÖ-Mi	6,19	±3,29	6,00	6,36	±3,59	6,00	-0,111	0,912
KİDÖ-Bi	7,29	±3,17	8,00	8,07	±4,12	9,00	-0,820	0,412
KİDÖ-Mk	,61	±1,06	,00	1,14	±1,46	,00	-1,412	0,158
KİDÖ-Ki	7,81	±4,12	8,00	8,36	±5,11	8,50	-0,440	0,660
KİDÖ-Bze	3,29	±1,28	4,00	3,50	±1,87	4,00	-0,909	0,363
KİDÖ-Toplam	29,46	±12,31	31,00	31,79	±16,05	34,00	-0,840	0,401
ÇÇTÖ-Dis	8,78	±3,76	7,00	12,07	±5,54	11,50	-2,216	0,027
ÇÇTÖ-Fis	6,41	±3,17	5,00	8,79	±5,52	6,50	-1,945	0,052
ÇÇTÖ-Cis	5,86	±2,14	5,00	5,93	±1,44	5,00	-1,183	0,237
ÇÇTÖ-Fih	8,35	±2,84	7,00	10,14	±3,51	9,50	-1,928	0,054
ÇÇTÖ-Dih	13,81	±4,98	14,00	14,00	±5,28	16,50	-0,506	0,613
ÇÇTÖ-toplam	43,22	±10,99	40,00	50,21	±16,32	50,00	-1,309	0,191
İÖTÖ	153,25	±34,94	156,00	161,57	±40,13	144,50	-0,456	0,648
Nörotisizm	4,62	±1,48	5,00	4,71	±1,27	4,50	-0,013	0,990
RTÖ-SD	14,64	±3,26	14,00	15,64	±4,50	17,50	-1,259	0,208
RTÖ-DD	13,61	±3,25	14,00	13,14	±2,57	13,50	-0,416	0,677
RTÖ-toplam	27,97	±5,71	27,00	28,43	±6,66	30,50	-0,792	0,428
BUÖ	10,36	±5,72	11,00	10,86	±6,27	11,50	-0,372	0,710
SYÖ-İş	5,70	±3,26	6,00	6,00	±3,33	6,50	-0,330	0,741
SYÖ-Sosyal	6,70	±2,72	7,00	6,64	±3,89	7,50	-0,571	0,568
SYÖ-Aile	5,45	±2,97	6,00	6,43	±3,88	8,00	-1,297	0,195

Hasta grubu intihar girişimi açısından karşılaştırıldığında intihar girişimi olan grupta duygusal istismar puanları intihar girişimi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur($p=0,027$). İntihar girişimi olan grupta duygusal istismar puan ortalaması $12,07\pm5,54$ intihar girişimi olmayan grupta bu ortalama $8,78\pm3,76$ olarak saptanmıştır.

4.7. Korelasyon analizleri

4.7.1. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu

Hasta grubunda yaş, eğitim yılı, majör depresyon başlangıç yaşı, epizod sayısı, yatış sayısı, intihar girişimi sayısı ile Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, KİDÖ, ÇÇTÖ, İOTÖ, Beck umutsuzluk, Ruminasyon Tepki Ölçeği Kısa Form, SYYÖ ölçek puanlarının korelasyonuna bakıldı.

Tablo 16. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu

		yaş	egitim yılı	başlangıç yaşı	yatış sayısı	epizod sayısı	intihar girisimi	HDDÖ	HAÖ
Eğitim yılı	r	-,398							
	p	0,000							
başlangıç yaşı	r	0,649	-0,172						
	p	0,000	0,120						
yatış sayısı	r	0,707	-0,395	0,544					
	p	0,182	0,510	0,343					
epizod sayısı	r	0,597	-0,257	0,044	0,559				
	p	0,000	0,019	0,691	0,327				
intihar girişimi	r	0,078	-0,228	-0,022	-0,612	-0,012			
	p	0,482	0,038	0,844	0,272	0,916			
HDDÖ	r	-0,076	0,016	-0,118	0,000	-0,101	0,065		
	p	0,496	0,885	0,287	1,000	0,362	0,559		
HAÖ	r	0,177	-0,048	0,133	0,707	0,158	-0,008	0,413	
	p	0,109	0,668	0,230	0,182	0,154	0,941	0,000	
KİDÖ-Öz	r	0,059	-0,101	-0,028	-0,354	0,117	0,076	0,392	0,311
	p	0,595	0,363	0,800	0,559	0,294	0,492	0,000	0,004
KİDÖ-Mi	r	-0,077	-0,014	-0,078	0,354	-0,030	0,000	0,336	0,290
	p	0,487	0,901	0,483	0,559	0,791	0,999	0,002	0,008
KİDÖ-Bi	r	0,096	-0,145	-0,017	0,186	0,224	0,085	0,347	0,292
	p	0,389	0,191	0,882	0,764	0,042	0,446	0,001	0,007
KİDÖ-Mk	r	0,198	-0,105	0,087	-0,395	0,206	0,156	0,106	0,221
	p	0,072	0,347	0,435	0,510	0,062	0,16	0,340	0,045
KİDÖ-Ki	r	0,153	-0,046	0,103	0,000	0,05	0,036	0,376	0,281
	p	0,168	0,678	0,355	1,000	0,653	0,747	0,000	0,010
KİDÖ-Bze	r	0,084	-0,042	0,058	0,000	-0,026	0,091	0,251	0,361
	p	0,451	0,704	0,604	1,000	0,819	0,412	0,022	0,001
KİDÖ-Toplam	r	0,059	-0,114	-0,002	0,000	0,101	0,084	0,435	0,372
	p	0,597	0,305	0,987	1,000	0,365	0,452	0,000	0,001
ÇÇTÖ-Dis	r	-0,087	-0,112	-0,093	0,354	0,017	0,242	0,146	0,013
	p	0,436	0,315	0,401	0,559	0,878	0,028	0,187	0,908

Tablo 16. (Devamı)

ÇÇTÖ-Fis	r	0,164	-0,186	0,104	-0,250	0,089	0,201	-0,046	0,013
	p	0,137	0,093	0,350	0,685	0,422	0,069	0,677	0,908
ÇÇTÖ-Cis	r	-0,052	0,039	0,082	-0,250	-0,174	0,121	-0,050	0,109
	p	0,641	0,728	0,46	0,685	0,115	0,276	0,655	0,326
ÇÇTÖ-Fih	r	0,007	-0,333	0,07	0,354	-0,163	0,197	0,05	0,027
	p	0,947	0,002	0,532	0,559	0,142	0,075	0,656	0,809
ÇÇTÖ-Dih	r	-0,028	-0,353	-0,009	0,707	-0,036	0,044	-0,022	-0,082
	p	0,803	0,001	0,933	0,182	0,746	0,691	0,842	0,463
ÇÇTÖ-Toplam	r	-0,013	-0,323	0,018	0,354	-0,041	0,13	0,028	0,008
	p	0,907	0,003	0,872	0,559	0,715	0,243	0,805	0,946
İOTÖ	r	-0,086	0,067	0,014	-0,354	-0,122	0,047	0,239	0,126
	p	0,438	0,544	0,898	0,559	0,273	0,672	0,029	0,255
Nörotisizm	r	-0,184	-0,062	-0,157	0,000	-0,025	-0,013	0,222	0,108
	p	0,096	0,575	0,156	1,000	0,822	0,910	0,044	0,329
RTÖ-SD	r	0,154	-0,149	0,114	-0,354	0,070	0,135	0,306	0,368
	p	0,165	0,178	0,306	0,559	0,528	0,225	0,005	0,001
RTÖ-DD	r	-0,094	0,062	0,003	0,363	0,026	-0,051	0,085	0,274
	p	0,398	0,580	0,978	0,548	0,818	0,65	0,443	0,012
RTÖ-Toplam	r	0,049	-0,018	0,083	-0,363	0,03	0,084	0,184	0,407
	p	0,662	0,869	0,453	0,548	0,786	0,451	0,097	0,000
BUÖ	r	-0,229	0,125	-0,133	0,363	-0,111	0,033	0,188	0,230
	p	0,038	0,261	0,232	0,548	0,317	0,768	0,088	0,036
SYYÖ-İş	r	-0,192	0,029	-0,250	-0,354	0,067	0,045	0,100	0,107
	p	0,082	0,793	0,023	0,559	0,546	0,685	0,370	0,335
SYYÖ-Sosyal	r	0,021	-0,042	-0,024	0,000	0,065	0,067	0,221	0,210
	p	0,848	0,709	0,829	1,000	0,558	0,550	0,045	0,057
SYYÖ-Aile	r	-0,103	0,021	-0,14	0,000	0,004	0,150	0,280	0,332
	p	0,352	0,847	0,207	1,000	0,969	0,177	0,010	0,002
SYYÖ-Toplam	r	-0,127	0,03	-0,172	0,000	0,009	0,115	0,245	0,243
	p	0,251	0,787	0,120	1,000	0,936	0,298	0,026	0,027

Spearman Korelasyon Analizi

Hasta grubunda yaş ile eğitim yılı ve umutsuzluk puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır($r=-0,398$, $p=0,000$; $r=-0,229$ $p=0,038$). Yaş ile depresif atak sayısı, hastalığın başlangıç yaşı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur($r= 0,597$, $p=0,000$; $r= 0,649$, $p=0,000$).

Eğitim yılı ile depresif epizod sayısı($r=-0,257$, $p=0,019$), intihar girişimi sayısı($r=-0,228$, $p=0,038$), ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt ölçeği($r= -0,333$, $p=0,002$), ÇÇTÖ duygusal ihmal alt ölçeği($r= -0,353$, $p= 0,001$), ÇÇTÖ toplam puan ($r= -0,323$, $p=0,003$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Hastalığın başlangıç yaşı ile SYÖ-iş alt ölçeği arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır($r = -0,250, p = 0,023$).

Depresif epizod sayısı ile KİÖ bilişsel işlevsellik arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır($r = 0,224, p = 0,042$).

İntihar girişimi sayısı ile duygusal istismar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır($r = 0,242, p = 0,028$).

Hamilton depresyon puanı ile KİÖ'nin özerklik($r = 0,392, p = 0,000$), mesleki işlevsellik ($r = 0,336, p = 0,002$), bilişsel işlevsellik($r = 0,347, p = 0,001$) kişilerarası ilişkiler($r = 0,376, p = 0,000$) boş zaman etkinlikleri($r = 0,251, p = 0,022$), KİÖ-toplam puan($r = 0,435, p = 0,000$), İOTÖ ($r = 0,239, p = 0,029$), Nörotisizm($r = 0,222, p = 0,044$), RTÖ saplantılı düşünce($r = 0,306, p = 0,005$), SYÖ sosyal($r = 0,221, p = 0,045$), SSÖ aile($r = 0,280, p = 0,010$) ve SYÖ toplam puan($r = 0,245, p = 0,026$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Hamilton anksiyete puanı ile KİÖ'nin özerklik ($r = 0,311, p = 0,004$), mesleki işlevsellik($r = 0,290, p = 0,008$), bilişsel işlevsellik($r = 0,292, p = 0,007$) mali konular alt ölçeği($r = 0,221, p = 0,045$) kişilerarası ilişkiler ($r = 0,281, p = 0,010$), boş zaman etkinlikleri alt ölçekleri($r = 0,361, p = 0,001$), KİÖ toplam($r = 0,372, p = 0,001$), RTÖ-saplantılı düşünce($r = 0,368, p = 0,001$), RTÖ-derin düşünce ($r = 0,274, p = 0,012$), RTÖ-toplam skoru($r = 0,407, p = 0,000$), umutsuzluk ($r = 0,230, p = 0,036$), SYÖ-aile($r = 0,332, p = 0,002$), SYÖ toplam skor($r = 0,243, p = 0,027$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

4.7.2.Hasta Grubunda ÇÇTÖ Ölçeği Skorları İle Diğer Ölçeklerin Birbiriyle Korelasyonu

Tablo 17. Hasta grubunda ÇÇTÖ ölçeği skorları ile diğer ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		ÇÇTÖ- Dis	ÇÇTÖ- Fis	ÇÇTÖ- Cis	ÇÇTÖ- Fih	ÇÇTÖ- Dih	ÇÇTÖ- Toplam	İOTÖ	Nörotisizm	RTÖ- SD	RTÖ- DD	RTÖ- Toplam
ÇÇTÖ-Dis	r											
	p											
ÇÇTÖ-Fis	r	0,475										
	p	0,000										
ÇÇTÖ-Cis	r	0,27	0,322									
	p	0,014	0,003									
ÇÇTÖ-Fih	r	0,213	0,315	0,054								
	p	0,053	0,004	0,626								
ÇÇTÖ-Dih	r	0,411	0,272	0,002	0,492							
	p	0,000	0,013	0,984	0,000							
ÇÇTÖ- Toplam	r	0,658	0,588	0,36	0,636	0,795						
	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000						
İOTÖ	r	0,226	0,106	-0,049	-0,065	0,035	0,065					
	p	0,040	0,338	0,660	0,559	0,753	0,559					
Nörotisizm	r	0,221	0,089	-0,085	-0,046	0,182	0,145	0,317				
	p	0,045	0,422	0,446	0,682	0,099	0,191	0,003				
RTÖ-SD	r	0,256	0,073	0,042	-0,036	-0,062	0,037	0,529	0,387			
	p	0,020	0,514	0,708	0,749	0,580	0,739	0,000	0,000			
RTÖ-DD	r	0,173	0,058	-0,034	-0,123	-0,073	-0,008	0,356	0,249	0,524		
	p	0,117	0,601	0,764	0,267	0,511	0,941	0,001	0,023	0,000		
RTÖ- Toplam	r	0,262	0,066	0,064	-0,098	-0,078	0,041	0,474	0,387	0,816	0,784	
	p	0,017	0,551	0,568	0,378	0,482	0,716	0,000	0,000	0,000	0,000	
BUÖ	r	0,276	0,028	0,019	0,152	0,288	0,214	0,427	0,296	0,212	0,112	0,201
	p	0,012	0,800	0,865	0,170	0,008	0,052	0,000	0,007	0,054	0,312	0,068

Depresyon grubunda ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçeği ile İOTÖ ($r=0,226$; $p=0,040$), nörotisizm ($r=0,221$; $p=0,045$) RTÖ-saplantılı düşünme ($r=0,256$; $p=0,020$), RTÖ toplam puan($r=0,262$; $p=0,017$) ve umutsuzluk ölçeği ($r=0,273$; $p=0,012$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ile ÇÇTÖ duygusal ihmal alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır($r=0,288$, $p=0,008$).

İÖTÖ ile nörotisizm ($r=0,317$, $p=0,003$), RTÖ saplantılı düşünce ($r=0,529$, $p=0,000$), RTÖ derin düşünce ($r=0,356$, $p=0,001$) RTÖ toplam puan ($r= 0,474$, $p=0,000$) ve umutsuzluk puanı($r=0,427$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir.

Nörotisizm puanı ile RTÖ saplantılı düşünce($r=0,387$, $p=0,000$), derin düşünce, ($r=0,249$, $p=0,023$), RTÖ toplam puan($r=0,387$, $p=0,000$) ve umutsuzluk puanı ($r=0,296$, $p=0,007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

4.7.3.Hasta grubunda ÇÇTÖ, İOTÖ, RTÖ- KF, Nörotisizm, Beck Umutsuzluk ölçeklerinin KİDÖ ve SYYÖ ölçekleri ile Korelasyon Analizi

Tablo 18. ÇÇTÖ, İOTÖ, RTÖ- KF, Nörotisizm, Beck Umutsuzluk ölçeklerinin KİDÖ ve SYYÖ ölçekleri ile korelasyon analizi

		KİDÖ Öz	KİDÖ Mi	KİD- Bi	KİDÖ Mk	KİDÖ Ki	KİDÖ Bze	KİDÖ- toplam	SYYÖ İş	SYYÖ Sosyal	SYYÖ Aile	SYYÖ toplam
ÇÇTÖ-Dis	r	0,087	0,008	0,171	0,007	0,052	0,116	0,145	0,066	0,043	0,232	0,119
	p	0,433	0,944	0,122	0,947	0,638	0,297	0,192	0,552	0,699	0,035	0,284
ÇÇTÖ-Fis	r	-0,214	-0,168	-0,045	-0,135	-0,06	-0,065	-0,118	-0,212	-0,146	-0,190	-0,230
	p	0,052	0,13	0,687	0,222	0,593	0,559	0,287	0,055	0,188	0,086	0,035
ÇÇTÖ-Cis	r	-0,031	0,045	0,066	0,111	0,178	0,107	0,117	-0,202	0,044	0,019	-0,070
	p	0,784	0,689	0,553	0,316	0,108	0,336	0,292	0,067	0,693	0,863	0,530
ÇÇTÖ-Fih	r	-0,135	-0,121	-0,068	-0,002	-0,116	-0,047	-0,087	-0,096	-0,094	0,031	-0,073
	p	0,224	0,277	0,539	0,985	0,296	0,671	0,434	0,386	0,398	0,781	0,514
ÇÇTÖ-Dih	r	-0,086	-0,053	-0,035	-0,122	-0,123	-0,121	-0,036	-0,038	-0,131	-0,003	-0,051
	p	0,439	0,633	0,751	0,27	0,269	0,277	0,746	0,735	0,238	0,975	0,646
ÇÇTÖ- Toplam	r	-0,066	-0,032	0,028	-0,062	-0,005	-0,032	0,005	-0,088	-0,104	0,048	-0,059
	p	0,551	0,776	0,801	0,58	0,966	0,771	0,967	0,428	0,348	0,664	0,597
İOTÖ	r	0,166	0,271	0,185	-0,175	0,202	0,277	0,229	0,282	0,287	0,187	0,312
	p	0,134	0,013	0,094	0,113	0,067	0,011	0,037	0,01	0,009	0,09	0,004
Nörotisizm	r	0,232	0,186	0,139	0,043	0,118	0,064	0,150	0,210	0,153	0,173	0,192
	p	0,035	0,092	0,21	0,702	0,289	0,564	0,176	0,057	0,167	0,117	0,082
RTÖ-SD	r	0,451	0,342	0,29	0,156	0,252	0,379	0,333	0,344	0,407	0,399	0,433
	p	0,000	0,002	0,008	0,159	0,022	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000
RTÖ-DD	r	0,353	0,276	0,233	-0,121	0,15	0,179	0,237	0,424	0,352	0,373	0,414
	p	0,001	0,011	0,034	0,276	0,175	0,105	0,031	0,000	0,001	0,001	0,000
RTÖ- Toplam	r	0,369	0,257	0,243	0,052	0,251	0,372	0,292	0,419	0,428	0,420	0,469
	p	0,001	0,019	0,027	0,638	0,022	0,001	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000
BUÖ	r	0,04	0,105	0,034	-0,078	0,103	0,207	0,143	0,232	0,350	0,389	0,402
	p	0,717	0,343	0,757	0,482	0,355	0,061	0,196	0,035	0,001	0,000	0,000

ÇÇTÖ toplam puan ve alt ölçek puanları ile KİDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı arasında korelasyon saptanmamıştır.

ÇÇTÖ duygusal istismar ile SYYÖ-aile alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. (r=0,232; p=0,035).

SYÖ toplam puan ile ÖTÖ fiziksel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon bulunmuştur($r=-0,232$; $p=0,035$).

ÖTÖ ile KÖÖ mesleki işlevsellik ($r=0,271$, $p=0,013$), boş zaman etkinlikleri ($r=0,277$, $p=0,011$) ve KÖÖ toplam puanı arasında ($r=0,229$, $p=0,037$) istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

ÖTÖ ile SYÖ iş ($r=0,282$, $p=0,010$), SYÖ sosyal yaşam ($r=0,287$, $p=0,009$) ve SYÖ toplam puan ($r=0,312$, $p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Nörotisizm ile KÖÖ özerklik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir($r=0,232$, $p=0,035$).

ÖTÖ saplantılı düşünce ile KÖÖ özerklik ($r=0,451$; $p=0,000$), mesleki işlevsellik ($r=0,342$, $p=0,002$), bilişsel işlevsellik ($r=0,29$, $p=0,008$), kişiler arası ilişkiler ($r=0,252$, $p=0,022$), boş zaman etkinlikleri ($r=0,379$, $p<0,001$) ve KÖÖ toplam puan ($r=0,333$, $p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

ÖTÖ saplantılı düşünce ile SYÖ iş ($r=0,344$, $p=0,000$), SYÖ aile ($r=0,344$, $p=0,000$), SYÖ sosyal ($r=0,407$, $p=0,000$), SYÖ toplam skor ($r=0,433$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

ÖTÖ derin düşünce ile KÖÖ özerklik($r=0,353$, $p=0,001$), bilişsel işlevsellik ($r=0,276$, $p=0,011$) ve KÖÖ toplam puanları ($r=0,237$, $p=0,031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

ÖTÖ derin düşünce ile SYÖ iş, ($r=0,424$, $p=0,000$) SYÖ aile ($r= 0,373$, $p=0,001$) SYÖ sosyal ($r=0,352$, $p=0,001$), SYÖ toplam skor ($r=0,414$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

RTÖ toplam puanı ile KİDÖ özerklik ($r=0,369$, $p=0,001$), mesleki işlevsellik, ($r=0,257$, $p=0,019$), bilişsel işlevsellik ($r=0,243$, $p=0,027$), kişiler arası ilişkiler ($r=0,251$, $p=0,022$) boş zaman etkinlikleri ($r=0,372$, $p=0,001$) ve KİDÖ toplam puanları ($r=0,292$, $p=0,007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Umutsuzluk ölçeği ile SYÖ aile ($r=0,350$, $p=0,001$), SYÖ sosyal ($r=0,389$, $p=0,000$), SYÖ toplam skor ($r=0,402$, $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

4.8. Regresyon Analizleri

Yapılan korelasyon analizi sonrasında işlevselliğe etkili olduğu düşünülen değişkenlerin 1.aşamada (lineer regresyon 1) tümü birlikte standart regresyon analiziyle incelenmiştir. 2. aşamada (lineer regresyon 2) anksiyete değişkeni sabit tutularak anksiyeteden bağımsız diğer değişkenlerin işlevselik üzerine etkisi incelenmiştir. 3.aşamada (lineer regresyon 3) depresyon değişkeni sabit tutularak depresyondan bağımsız diğer değişkenlerin etkisi incelenmiştir. 4. aşamada (lineer regresyon 4) anksiyete ve depresyon birlikte sabit tutularak anksiyeteden ve depresyondan bağımsız diğer değişkenlerin ölçekler üzerindeki etkisi incelenmiştir.

4.8.1.KİDÖ ölçeği regresyon analizleri

4.8.1.1.KİDÖ özerklik ölçeği regresyon analizleri

Tablo 19.1.KİDÖ Özerklik alt ölçeğinin lineer regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-3,699	1,552		-2,38	0,020	-6,79	-0,608			
HDDÖ	0,178	0,083	0,237	2,133	0,036	0,012	0,344	0,414	0,238	1,432
HAÖ	0,07	0,083	0,099	0,846	0,4	-0,1	0,235	0,342	0,097	1,574
Nörotisizm	0,041	0,19	0,023	0,214	0,831	-0,34	0,42	0,247	0,025	1,308
RTÖ-SD	0,375	0,144	0,509	2,598	0,011	0,087	0,662	0,484	0,286	4,441
RTÖ-DD	0,275	0,143	0,335	1,92	0,059	-0,01	0,56	0,38	0,215	3,529
RTÖ-Toplam	-0,178	0,124	-0,4	-1,43	0,156	-0,43	0,069	0,412	-0,162	9,206

R=0,587; R2=0,344; Adj. R2=0,292; MSres=4,682; F(6,76)=6,647; **p=0,000**

B=Unstandardized Coefficients beta; β =Standardized Coefficients Beta ; R Square = R2, Adjusted R Square = adj. R2 , SEE= std. error of the estimate ; % 95,0 CI= 95,0% Confidence Interval for B; r1=Zero-order korelasyon, r2= Partial korelasyon

KİDÖ özerklik ölçeğini ile korelasyonu bulunan hamilton depresyon puanı, anksiyete puanı, nörotisizm, saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam puanı değişkenleri ile çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda, sabit terimin, hamilton skorunun ve saplantılı düşünce değişkenlerinin modele anlamlı katkı sağladığını söyleyebiliriz ($p<0,05$). Bağımsız değişkenler arasında çoklu iç ilişki probleminin olmadığını ya da göz ardı edilebilir olduğu söylenebilir ($VIF<10$). Ayrıca anlamlı katkı sağlayan bağımsız değişkenlerden modele en büyük katkıyı saplantılı düşünce değişkeni sağlamaktadır ($\beta=0,509$). Elde edilen modelde, tüm değişkenler KİDÖ özerklik puanının %34,4'ünü açıklamaktadır. Hamilton depresyon puanı 1 birim arttığında, KİDÖ özerklik puanı 0,178 birim artmaktadır. Saplantılı düşünce 1 birim arttığında KİDÖ özerklik puanı 0,375 birim artmaktadır.

Tablo 19.2.1.KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -2**Model Summary**

Model	R	R ²	adj. R ²	SEE					
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,342 ^a	,117	,106	2,43209	,117	10,724	1	81	,002
2	,587 ^b	,344	,292	2,16378	,227	5,267	5	76	,000

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, Nörotisizm, RTÖ-DD, HDDÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

KİDÖ özerklik alt ölçeği için Hamilton anksiyete değişkeni kontrol altına alındığında, ilk model hamilton anksiyete değişkeninin bağımsız değişken olduğu modeldir ve KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %11,7'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise nörotisizm, derin düşünce, saplantılı düşünce, ruminasyon toplam puan ve depresyon puanı değişkenleri, KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %22,7'sini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 19.2.2.Coefficients(KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -2

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	1,954	,869		2,249	,027	,225	3,684			
	HAÖ	,243	,074	,342	3,275	,002	,095	,391	,342	,342	1,000
2	(Sabit)	-3,699	1,552		-2,38	,020	-6,790	-,608			
	HAÖ	,070	,083	,099	,846	,400	-,095	,235	,342	,097	1,574
	HDDÖ	,178	,083	,237	2,133	,036	,012	,344	,414	,238	1,432
	Nörotisizm	,041	,190	,023	,214	,831	-,338	,420	,247	,025	1,308
	RTÖ-SD	,375	,144	,509	2,598	,011	,087	,662	,484	,286	4,441
	RTÖ-DD	,275	,143	,335	1,920	,059	-,010	,560	,380	,215	3,529
	RTÖ-Toplam	-,178	,124	-,404	-1,43	,156	-,425	,069	,412	-,162	9,206

Hamilton anksiyete değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, Hamilton depresyon puanı ve ruminasyon saplantılı puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Hamilton depresyon skoru ve saplantılı düşünce puanları 1 birim artığında KİDÖ özerklik puanında 0,178 birim, 0,375 birim artış olmaktadır.

Tablo 19.3.1. KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,414 ^a	,171	,161	2,35640	,171	16,711	1	81	,000
2	,587 ^b	,344	,292	2,16378	,173	4,013	5	76	,003

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, RTÖ-DD, Nörotisizm, HAÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton skoru, KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %17,1'ini açıklamaktadır. İkinci modelde ise derin düşünce, nörotisizm, anksiyete puanı, saplantılı düşünce, ruminasyon toplam puanı değişkenleri KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %17,3'ünü açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 19.3.2. Coefficients (KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer regresyon analizi -3)

		B	Std.Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-,765	1,353		-,565	,573	-3,456	1,927			
	HDDÖ	,310	,076	,414	4,088	,000	,159	,461	,414	,414	1,000
2	(Sabit)	-3,699	1,552		-2,38	,020	-6,790	-,608			
	HDDÖ	,178	,083	,237	2,133	,036	,012	,344	,414	,238	1,432
	HAÖ	,070	,083	,099	,846	,400	-,095	,235	,342	,097	1,574
	Nörotisizm	,041	,190	,023	,214	,831	-,338	,420	,247	,025	1,308
	RTÖ-SD	,375	,144	,509	2,598	,011	,087	,662	,484	,286	4,441
	RTÖ-DD	,275	,143	,335	1,920	,059	-,010	,560	,380	,215	3,529
	RTÖ-Toplam	-,178	,124	-,404	-1,43	,156	-,425	,069	,412	-,162	9,206

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde de modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). İkinci modelde, Hamilton depresyon puanı ve saplantılı düşünce değişkeni modele anlamlı katkı sağlayan değişkenlerdir ($p<0,05$). Saplantılı düşünce puanı 1 birim arttığında, KİDÖ özerklik puanı 0,375 birim artmaktadır.

Tablo 19.4.1 KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer Regresyon Analizi-4**Model Summary**

	R	R2	adj. R2	SEE	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,444 ^a	,198	,178	2,33282	,198	9,848	2	80	,000
2	,587 ^b	,344	,292	2,16378	,147	4,247	4	76	,004

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, Nörotisizm, RTÖ-DD, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon değişkenleri, KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %19,8'ini açıklamaktadır. İkinci modelde anksiyete ve depresyon etkisinden bağımsız diğer değişkenler KİDÖ özerklik puanındaki değişimin %14,7'sini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 19.4.2. Coefficients (KİDÖ Özerklik alt ölçeği lineer Regresyon Analizi-4)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-1,062	1,351		-,786	,434	-3,752	1,627			
	HAÖ	,132	,081	,186	1,627	,108	-,030	,294	,342	,179	1,302
	HDDÖ	,243	,086	,324	2,836	,006	,072	,413	,414	,302	1,302
2	(Sabit)	-3,699	1,552		-2,38	,020	-6,790	-,608			
	HAÖ	,070	,083	,099	,846	,400	-,095	,235	,342	,097	1,574
	HDDÖ	,178	,083	,237	2,133	,036	,012	,344	,414	,238	1,432
	Nörotisizm	,041	,190	,023	,214	,831	-,338	,420	,247	,025	1,308
	RTÖ-SD	,375	,144	,509	2,598	,011	,087	,662	,484	,286	4,441
	RTÖ-DD	,275	,143	,335	1,920	,059	-,010	,560	,380	,215	3,529
	RTÖ-Toplam	-,178	,124	-,404	-1,43	,156	-,425	,069	,412	-,162	9,206

İlk modelde, Hamilton depresyon puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Hamilton depresyon puanı 1 birim artığında KİDÖ özerklik puanında 0,243 birimlik artış olmaktadır. Diğer değişkenlerin modele dahil edilmesiyle, saplantılı düşünce değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Saplantılı düşünce 1 birim artığında KİDÖ özerklik puanı 0,375 birim artmaktadır.

4.8.1.2. KİDÖ mesleki işlevsellik ölçeği regresyon analizleri

Tablo 20.1. KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-1

KİDÖ-Mİ	B	Std. Hata	β	t.	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-2,634	2,261		-1,16	0,248	-7,138	1,869			
HDDÖ	0,212	0,117	0,219	1,810	0,074	-0,021	0,445	0,358	0,203	1,423
HAÖ	0,083	0,117	0,091	0,712	0,479	-0,150	0,316	0,274	0,081	1,582
İOTÖ	0,008	0,011	0,090	0,743	0,46	-0,014	0,031	0,262	0,085	1,409
RTÖ-SD	0,344	0,207	0,362	1,664	0,100	-0,068	0,756	0,358	0,187	4,588
RTÖ-DD	0,236	0,202	0,223	1,168	0,247	-0,166	0,638	0,256	0,133	3,527
RTÖ-Toplam	-0,191	0,173	-0,34	-1,100	0,273	-0,536	0,154	0,289	-0,13	9,014

R=0,465; R2=0,216; Adj. R2=0,154; MSres=9,302; F(6,76)=1,496; p=0,054

KİDÖ mesleki işlevsellik değişkeni ile korele bulunan Hamilton depresyon puanı, hamilton anksiyete puanı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce, ruminasyon toplam puanı ile yapılan lineer regresyon analizi sonucunda tüm değişkenler KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %21,6'sını açıklamaktadır ancak değişimdeki bu artış anlamlıdır değildir(p>0,05)

Tablo 20.2.1. KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-2

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,274 ^a	,075	,063	3,20982	,075	6,557	1	81	,012
2	,465 ^b	,216	,154	3,04996	,141	2,743	5	76	,025

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, İOTÖ, RTÖ-DD, HDDÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton anksiyete değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %7,5'ini açıklamaktadır. İkinci modelde ise işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce, ruminasyon toplam puanı ve depresyon puanı değişkenleri, KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %14,1'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 20.2.2.Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-2)

		B	Std.Hata	β	t.	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	3,422	1,147		2,984	,004	1,140	5,704			
	HAÖ	,251	,098	,274	2,561	,012	,056	,446	,274	,274	1,000
2	(Sabit)	-2,634	2,261		-1,16	,248	-7,138	1,869			
	HAÖ	,083	,117	,091	,712	,479	-,150	,316	,274	,081	1,582
	HDDÖ	,212	,117	,219	1,810	,074	-,021	,445	,358	,203	1,423
	İOTÖ	,008	,011	,090	,743	,460	-,014	,031	,262	,085	1,409
	RTÖ-SD	,344	,207	,362	1,664	,100	-,068	,756	,358	,187	4,588
	RTÖ-DD	,236	,202	,223	1,168	,247	-,166	,638	,256	,133	3,527
	RTÖ-Toplam	-,191	,173	-,336	-1,10	,273	-,536	,154	,289	-,126	9,014

KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeğinde Hamilton anksiyete değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenlere birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20.3.1. KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,358a	,128	,118	3,11554	,128	11,937	1	81	,001
2	,465b	,216	,154	3,04996	,088	1,704	5	76	,144

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, RTÖ-DD, İOTÖ, HAÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton skoru, KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %12,8'ini açıklamaktadır. İkinci modelde ise derin düşünce, işlevsel olmayan tutumlar, anksiyete puanı, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin % 8,8'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 20.3.2. Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik lineer regresyon analizi-3)

		B	Std.Hata	β	t.	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	,152	1,788		,085	,932	-3,406	3,710			
	HDDÖ	,346	,100	,358	3,455	,001	,147	,546	,358	,358	1,000
2	(Sabit)	-2,634	2,261		-1,16	,248	-7,138	1,869			
	HDDÖ	,212	,117	,219	1,810	,074	-,021	,445	,358	,203	1,423
	HAÖ	,083	,117	,091	,712	,479	-,150	,316	,274	,081	1,582
	İOTÖ	,008	,011	,090	,743	,460	-,014	,031	,262	,085	1,409
	RTÖ-SD	,344	,207	,362	1,664	,100	-,068	,756	,358	,187	4,588
	RTÖ-DD	,236	,202	,223	1,168	,247	-,166	,638	,256	,133	3,527
	RTÖ-Toplam	-,191	,173	-,336	-1,10	,273	-,536	,154	,289	-,126	9,014

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenlerle birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 20.4.2. KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-4

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,376a	,142	,120	3,11094	,142	6,606	2	80	,002
2	,465b	,216	,154	3,04996	,075	1,808	4	76	,136

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, İOTÖ, RTÖ-DD, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete puanı değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon değişkenleri, KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %14,2'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise işlevsel olmayan tutumlar, derin düşünce, saplantılı düşünce, ruminasyon toplam puanı değişkenleri, KİDÖ mesleki işlevsellik puanındaki değişimin %7,5'in açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 20.4.2.Coefficients (KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeği-4)

		B	Std.Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-,119	1,802		-,066	,947	-3,706	3,467			
	HAÖ	,121	,108	,132	1,113	,269	-,095	,336	,274	,124	1,302
	HDDÖ	,285	,114	,295	2,496	,015	,058	,512	,358	,269	1,302
2	(Sabit)	-2,634	2,261		-1,16	,248	-7,138	1,869			
	HAÖ	,083	,117	,091	,712	,479	-,150	,316	,274	,081	1,582
	HDDÖ	,212	,117	,219	1,810	,074	-,021	,445	,358	,203	1,423
	İOTÖ	,008	,011	,090	,743	,460	-,014	,031	,262	,085	1,409
	RTÖ-SD	,344	,207	,362	1,664	,100	-,068	,756	,358	,187	4,588
	RTÖ-DD	,236	,202	,223	1,168	,247	-,166	,638	,256	,133	3,527
	RTÖ-Toplam	-,191	,173	-,336	-1,10	,273	-,536	,154	,289	-,126	9,014

İlk modelde, Hamilton depresyon puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır($p<0,05$). Hamilton skoru puanı 1 birim arttığında KİDÖ mesleki işlevsellik puanında 0,285 birimlik bir artış olmaktadır. Diğer değişkenlerinin de modele dahil edilmesiyle, herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

4.8.1.3. KİDÖ bilişsel işlevsellik ölçeği regresyon analizleri

Tablo 21.1.KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-2,681	2,357		-1,14	,259	-7,375	2,013			
Epizod sayısı	,687	,332	,219	2,071	,042	,026	1,349	,183	,231	1,116
HDDÖ	,298	,119	,307	2,500	,015	,061	,535	,363	,276	1,503
HAÖ	,048	,119	,052	,406	,686	-,189	,285	,299	,046	1,666
RTÖ-SD	,244	,203	,256	1,206	,232	-,159	,648	,317	,137	4,496
RTÖ-DD	,211	,200	,199	1,056	,294	-,187	,610	,233	,120	3,527
RTÖ-Toplam	-,123	,171	-,216	-,717	,475	-,464	,218	,264	-,082	9,006

R=0,488; R²=0,238; Adj. R²=0,178; MS_{res}=9,127; F(6,76)=3,954; p=**0,002**

KİDÖ bilişsel işlevsellik ile korele bulunan epizod sayısı, hamilton depresyon puanı, hamilton anksiyete puanı, saplantılı düşünce, derin düşünce ve

ruminasyon toplam puanı ile yapılan lineer regresyon analizinde, depresyon epizod sayısı ve Hamilton depresyon puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Tüm değişkenler modele dahil edildiğinde KİDÖ bilişsel işlevsellik ölçeğindeki değişimin %23,8'ini açıklamaktadır. Bu değişimdeki artış anlamlıdır($p<0,05$).

Tablo 21.2.1. KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-2

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R 2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,299 ^a	,090	,078	3,19860	,090	7,968	1	81	,006
2	,488 ^b	,238	,178	3,02116	,148	2,959	5	76	,017

a. Predictors: (Constant), HAÖ

b. Predictors: (Constant), HAÖ, epizod sayısı, RTÖ-DD, HDDÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeğinde Hamilton anksiyete değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %9'unu açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %14,8'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 21.2.2. Coefficients (KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)

		B	Std.Hata	β	t.	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Constant)	4,352	1,143		3,808	,000	2,078	6,626			
	HAÖ	,275	,098	,299	2,823	,006	,081	,470	,299	,299	1,000
2	(Constant)	-2,681	2,357		-1,14	,259	-7,375	2,013			
	HAÖ	,048	,119	,052	,406	,686	-,189	,285	,299	,046	1,666
	Epizod sayısı	,687	,332	,219	2,071	,042	,026	1,349	,183	,231	1,116
	HDDÖ	,298	,119	,307	2,500	,015	,061	,535	,363	,276	1,503
	RTÖ-SD	,244	,203	,256	1,206	,232	-,159	,648	,317	,137	4,496
	RTÖ-DD	,211	,200	,199	1,056	,294	-,187	,610	,233	,120	3,527
	RTÖ-Toplam	-,123	,171	-,216	-,717	,475	-,464	,218	,264	-,082	9,006

KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeğinde hamilton anksiyete değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, etkisi ortadan kaldırıldığında, diğer değişkenlerle birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı

katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, depresyon epizod sayısı ve Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlayan değişkenlerdir ($p<0,05$).

Tablo 21.3.1.KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-3

Model Summary

Model	R	R ²	adj. R ²	SEE					
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,363a	,132	,121	3,12309	,132	12,323	1	81	,001
2	,488b	,238	,178	3,02116	,106	2,112	5	76	,073

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, epizod sayısı, RTÖ-DD, HAÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton depresyon skoru, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %13,2'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %10,6'sını açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 21.3.2. Coefficients (KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	1,245	1,793		,694	,489	-2,322	4,812			
	HDDÖ	,353	,100	,363	3,510	,001	,153	,552	,363	,363	1,000
2	(Sabit)	-2,681	2,357		-1,14	,259	-7,375	2,013			
	HDDÖ	,298	,119	,307	2,500	,015	,061	,535	,363	,276	1,503
	Epizod sayısı	,687	,332	,219	2,071	,042	,026	1,349	,183	,231	1,116
	HAÖ	,048	,119	,052	,406	,686	-,189	,285	,299	,046	1,666
	RTÖ-SD	,244	,203	,256	1,206	,232	-,159	,648	,317	,137	4,496
	RTÖ-DD	,211	,200	,199	1,056	,294	-,187	,610	,233	,120	3,527
	RTÖ-Toplam	-,123	,171	-,216	-,717	,475	-,464	,218	,264	-,082	9,006

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenleri ile birlikte modele dahil edildiğinde de modele anlamlı katkı sağlamaktadır($p<0,05$). İkinci modelde,

depresyon epizod sayısı modele anlamlı katkı sağlayan değişkenlerdir ($p<0,05$). Epizod sayısı 1 birim artığında KİDÖ bilişsel işlevsellik puanı 0,687 artmıştır.

Tablo 21.4.1.KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği lineer regresyon analizi-4

Model Summary

	R	R2	adj. R2	SEE	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,390 ^a	,152	,131	3,10594	,152	7,178	2	80	,001
2	,488 ^b	,238	,178	3,02116	,086	2,138	4	76	,084

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, epizod sayısı, RTÖ-DD, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon değişkenleri, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %15,2'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise epizod sayısı, derin düşünce, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı değişkenleri, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanındaki değişimin %8,6 sını açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 21.4.2. Coefficients(KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeği -4)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	,910	1,799		,505	,615	-2,671	4,490			
	HAÖ	,149	,108	,162	1,377	,172	-,066	,364	,299	,152	1,302
	HDDÖ	,277	,114	,285	2,430	,017	,050	,504	,363	,262	1,302
2	(Sabit)	-2,681	2,357		-1,14	,259	-7,375	2,013			
	HAÖ	,048	,119	,052	,406	,686	-,189	,285	,299	,046	1,666
	HDDÖ	,298	,119	,307	2,500	,015	,061	,535	,363	,276	1,503
	Epizod sayısı	,687	,332	,219	2,071	,042	,026	1,349	,183	,231	1,116
	RTÖ-SD	,244	,203	,256	1,206	,232	-,159	,648	,317	,137	4,496
	RTÖ-DD	,211	,200	,199	1,056	,294	-,187	,610	,233	,120	3,527
	RTÖ-Toplam	-,123	,171	-,216	-,717	,475	-,464	,218	,264	-,082	9,006

İlk modelde, Hamilton depresyon puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Diğer değişkenler de modele dahil edildiğinde, başka herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamıştır ($p>0,05$).

4.8.1.4. KİDÖ mali konular ölçeği regresyon analizleri

KİDÖ mali konular ile sadece anksiyete puanı değişkeni arasında korelasyon bulunduğu için standart regresyon analizi(lineer regresyon 1) yapılmıştır. Anksiyeteden bağımsız (regresyon 2), depresyondan bağımsız (regresyon 3) ve her ikisinin etkilerinden bağımsız(regresyon 4) diğer değişkenlerin incelendiği regresyon analizleri yapılmamıştır.

Tablo 22. KİDÖ mali konular alt ölçeği lineer regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-0,055	0,402		-0,136	0,892	-0,854	0,745			
HAÖ	0,068	0,034	0,214	1,969	0,052	-0,001	0,136	0,214	0,214	1,000

R=0,214; $R^2=0,046$; Adj. $R^2=0,034$; $MS_{res}=1,266$; $F(1,81)=3,876$; $p=0,052$

KİDÖ mali konular değişkeni ile korele bulunan hamilton anksiyete değişkeni bağımsız değişken olarak ele alındığı lineer regresyon analizinde, hamilton anksiyete değişkeni KİDÖ mali konular puanındaki değişimin % 4,6'sını açıklamaktadır ancak değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$)

4.8.1.5. KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği regresyon analizleri

Tablo 23.1.KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-4,020	2,769		-1,45	0,151	-9,53	1,496			
HDDÖ	0,410	0,147	0,330	2,794	0,007	0,118	0,703	0,409	0,302	1,378
HAÖ	0,092	0,147	0,078	0,625	0,534	-0,200	0,384	0,316	0,071	1,53
RTÖ-SD	-0,020	0,240	-0,018	-0,094	0,925	-0,500	0,455	0,286	-0,011	3,804
RTÖ-Toplam	0,144	0,145	0,197	0,994	0,323	-0,150	0,433	0,295	0,112	3,889
R=0,461; R ² =0,212; Adj. R ² =0,172; MS _{res} =15,142; F(4,78)=5,253; p= 0,001										

KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeğiyle ile ilişkili bulunan hamilton depresyon puanı, hamilton anksiyete puanı, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı ile yapılan lineer regresyon analizinde, tüm değişkenler modelin %21,2'sini açıklamaktadır. Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Hamilton depresyon puanı 1 birim arttığında KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanı 0,410 birim artmaktadır.

Tablo 23.2.1. KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-2

Model Summary

Model	R	R ²	adj. R ²	SEE	R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,316 ^a	,100	,089	4,08162	,100	8,992	1	81	,004
2	,461 ^b	,212	,172	3,89126	,112	3,706	3	78	,015

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, RTÖ-SD, HDDÖ, RTÖ-Toplam

Hamilton anksiyete değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin %10'unu açıklamaktadır. İkinci modelde ise saplantılı düşünce, depresyon puanı ve ruminasyon toplam puanı değişkenleri KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin %11,2'sini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 23.2.2.Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	3,742	1,458		2,566	,012	,840	6,644			
	HAÖ	,373	,125	,316	2,999	,004	,126	,621	,316	,316	1,000
2	(Sabit)	-4,017	2,769		-1,45	,151	-9,529	1,496			
	HAÖ	,092	,147	,078	,625	,534	-,201	,384	,316	,071	1,530
	HDDÖ	,410	,147	,330	2,794	,007	,118	,703	,409	,302	1,378
	RTÖ-SD	-,023	,240	-,018	-,094	,925	-,501	,455	,286	-,011	3,804
	RTÖ-Toplam	,144	,145	,197	,994	,323	-,145	,433	,295	,112	3,889

Hamilton anksiyete değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, etkisi ortadan kaldırıldığında, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlayan değişkendir ($p<0,05$). Hamilton depresyon puanı 1 birim arttığında, KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanı 0,410 birim artar.

Tablo 23.3.1 KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,409a	,167	,157	3,92630	,167	16,252	1	81	,000
2	,461b	,212	,172	3,89126	,045	1,488	3	78	,224

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, RTÖ-Toplam, HAÖ, RTÖ-SD

Hamilton depresyon puanı kontrol altına alındığında, hamilton depreyon skoru, KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin %16,7'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise ruminasyon toplam puanı, anksiyete puanı ve saplantılı düşünce değişkenleri, KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin % 4,5'ini açıklamaktadır. Ancak toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 23.3.2.Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-1,015	2,254		-,450	,654	-5,499	3,470			
	HDDÖ	,509	,126	,409	4,031	,000	,258	,760	,409	,409	1,000
2	(Sabit)	-4,017	2,769		-1,45	,151	-9,529	1,496			
	HDDÖ	,410	,147	,330	2,794	,007	,118	,703	,409	,302	1,378
	HAÖ	,092	,147	,078	,625	,534	-,201	,384	,316	,071	1,530
	RTÖ-SD	-,023	,240	-,018	-,094	,925	-,501	,455	,286	-,011	3,804
	RTÖ-Toplam	,144	,145	,197	,994	,323	-,145	,433	,295	,112	3,889

Hamilton depresyon değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde de modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p < 0,05$). Ancak diğer bağımsız değişkenlerin modele anlamlı katkısı yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 23.4.1.KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği lineer regresyon analizi-4

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,431 ^a	,186	,165	3,90663	,186	9,117	2	80	,000
2	,461 ^b	,212	,172	3,89126	,027	1,316	2	78	,274

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete değişkenleri kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete ve hamilton depresyon skoru, KİDÖ kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin %18,6'sını açıklamaktadır. İkinci modelde ise saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı, kişiler arası ilişkiler puanındaki değişimin %2,7'sini açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 23.4.2. Coefficients (KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt ölçeği -4)

		B	Std. Hata	β	t	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-1,427	2,263		-,631	,530	-5,931	3,077			
	HAÖ	,183	,136	,155	1,348	,181	-,087	,454	,316	,149	1,302
	HDDÖ	,416	,143	,334	2,902	,005	,131	,701	,409	,309	1,302
2	(Sabit)	-4,017	2,769		-1,45	,151	-9,529	1,496			
	HAÖ	,092	,147	,078	,625	,534	-,201	,384	,316	,071	1,530
	HDDÖ	,410	,147	,330	2,794	,007	,118	,703	,409	,302	1,378
	RTÖ-SD	-,023	,240	-,018	-,094	,925	-,501	,455	,286	-,011	3,804
	RTÖ-Toplam	,144	,145	,197	,994	,323	-,145	,433	,295	,112	3,889

İlk modelde, Hamilton depresyon puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Diğer değişkenler de modele dahil edildiğinde, başka herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

4.8.1.6. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği regresyon analizleri

Tablo 24.1.KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineere regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-,229	,928		-,247	,806	-2,077	1,619			
HDDÖ	,034	,048	,084	,711	,479	-,061	,130	,292	,081	1,411
HAÖ	,090	,048	,235	1,883	,063	-,005	,186	,386	,210	1,559
İOTÖ	,003	,005	,083	,698	,487	-,006	,012	,262	,079	1,409
RTÖ-SD	,077	,079	,193	,972	,334	-,081	,234	,395	,110	3,951
RTÖ-Toplam	,011	,047	,047	,238	,812	-,083	,105	,375	,027	3,963

R=0,481; R2=0,231; Adj. R2=0,181; MSres=1,580; F(5,77)=2,330; p=0,051

KİDÖ boş zaman etkinlikleri ile ilişkisi bulunan Hamilton depresyon puanı, hamilton anksiyete puanı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı ile oluşturulan lineer regresyon modelinde tüm değişkenler modelin %23,1'ini açıklamaktadır. Ancak bu değişim anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 24.2.1 KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-2

Model Summary									
Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,386 ^a	,149	,138	1,28934	,149	14,173	1	81	,000
2	,481 ^b	,231	,181	1,25691	,082	2,059	4	77	,094

a. Predictors: (Sabit), HAÖ
b. Predictors: (Sabit), HAÖ, İOTÖ, HDDÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton anksiyete değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete, KİDÖ boş zaman etkinlikleri puanındaki değişimin %14,9' unu açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, KİDÖ boş zaman etkinlikleri puanındaki değişimin %8,2'sini açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 24.2.2. Coefficients (KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-2)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	1,675	,461		3,635	,000	,758	2,591			
	HAÖ	,148	,039	,386	3,765	,000	,070	,226	,386	,386	1,000
2	(Sabit)	-,229	,928		-,247	,806	-2,077	1,619			
	HAÖ	,090	,048	,235	1,883	,063	-,005	,186	,386	,210	1,559
	HDDÖ	,034	,048	,084	,711	,479	-,061	,130	,292	,081	1,411
	İOTÖ	,003	,005	,083	,698	,487	-,006	,012	,262	,079	1,409
	RTÖ-SD	,077	,079	,193	,972	,334	-,081	,234	,395	,110	3,951
	RTÖ-Toplam	,011	,047	,047	,238	,812	-,083	,105	,375	,027	3,963

Hamilton anksiyete değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, etkisi ortadan kaldırıldığında, diğer değişkenleri ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 24.3.1.KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,292a	,085	,074	1,33690	,085	7,523	1	81	,007
2	,481b	,231	,181	1,25691	,146	3,659	4	77	,009

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, RTÖ-Toplam, İOTÖ, HAÖ, RTÖ-SD

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton depresyon skoru, KİDÖ boş zaman etkinlikleri puanındaki değişimin %8,5'ini açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler KİDÖ boş zaman etkinlikleri puanındaki değişimin %14,6'sını açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır($p<0,05$).

Tablo 24.3.2 Coefficients (KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	1,259	,767		1,641	,105	-,268	2,786			
	HDDÖ	,118	,043	,292	2,743	,007	,032	,203	,292	,292	1,000
2	(Sabit)	-,229	,928		-,247	,806	-2,077	1,619			
	HDDÖ	,034	,048	,084	,711	,479	-,061	,130	,292	,081	1,411
	HAÖ	,090	,048	,235	1,883	,063	-,005	,186	,386	,210	1,559
	İOTÖ	,003	,005	,083	,698	,487	-,006	,012	,262	,079	1,409
	RTÖ-SD	,077	,079	,193	,972	,334	-,081	,234	,395	,110	3,951
	RTÖ-Toplam	,011	,047	,047	,238	,812	-,083	,105	,375	,027	3,963

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenleri ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır($p>0,05$). İkinci modelde, herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır($p>0,05$).

Tablo 24.4.1. KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği lineer regresyon analizi-4**Model Summary**

	R	R2	adj. R2	SEE	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,404 ^a	,163	,143	1,28625	,163	7,816	2	80	,001
2	,481 ^b	,231	,181	1,25691	,068	2,259	3	77	,088

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, İOTÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon puanı değişkenleri, KİDÖ boş zaman etkinlikleri puanındaki değişimin %16,3'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde ise işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı değişkenleri, KİDÖ boş zaman etkinliklerindeki değişimin %6,8'ini açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 24.4.2 Coefficients(KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeği -4)

		B	Std. Hata	Beta	t	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	,983	,745		1,319	,191	-,500	2,466			
	HAÖ	,123	,045	,320	2,739	,008	,034	,212	,386	,293	1,302
	HDDÖ	,056	,047	,138	1,179	,242	-,038	,150	,292	,131	1,302
2	(Sabit)	-,229	,928		-,247	,806	-2,077	1,619			
	HAÖ	,090	,048	,235	1,883	,063	-,005	,186	,386	,210	1,559
	HDDÖ	,034	,048	,084	,711	,479	-,061	,130	,292	,081	1,411
	İOTÖ	,003	,005	,083	,698	,487	-,006	,012	,262	,079	1,409
	RTÖ-SD	,077	,079	,193	,972	,334	-,081	,234	,395	,110	3,951
	RTÖ-Toplam	,011	,047	,047	,238	,812	-,083	,105	,375	,027	3,963

İlk modelde, hamilton anksiyete değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır($p<0,05$). Diğer değişkenler de modele dahil edildiğinde, başka herhangi bir değişken modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

4.8.1.7. KİDÖ toplam puan regresyon analizleri

Tablo 25.1.KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-1

	B	Std. Hata	β	t	sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-10,97	8,247		-1,33	0,188	-27,392	5,458			
HDDÖ	1,21	0,427	0,321	2,836	0,006	0,36	2,06	0,476	0,309	1,423
HAÖ	0,566	0,427	0,158	1,326	0,189	-0,284	1,416	0,403	0,15	1,582
İOTÖ	0,002	0,041	0,005	0,04	0,968	-0,08	0,083	0,229	0,005	1,409
RTÖ-SD	1,009	0,754	0,272	1,338	0,185	-0,493	2,51	0,404	0,152	4,588
RTÖ-DD	0,25	0,736	0,061	0,34	0,735	-1,216	1,717	0,255	0,039	3,527
RTÖ-Toplam	-0,188	0,631	-0,09	-0,298	0,767	-1,445	1,069	0,346	-0,034	9,014

R=0,560; R²=0,314; Adj. R²=0,260; MS_{res}=0123,737; F(6,76)=5,798; **p=0,000**

KİDÖ toplam puan ile korelasyonu bulunan depresyon puanı, anksiyete puanı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam puanı ile kurulan lineer regresyon modelinde, tüm değişkenler KİDÖ toplam puanın %31,4 ünü açıklamaktadır. Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır (p<0,05). Hamilton depresyon puanı 1 birim arttığında KİDÖ toplam puanı 1,210 birim artmaktadır.

Tablo 25.2.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-2

Model Summary

Model	R	R ²	adj. R ²	SEE					
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,403 ^a	,162	,152	11,90861	,162	15,663	1	81	,000
2	,560 ^b	,314	,260	11,12369	,152	3,367	5	76	,008

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, İOTÖ, RTÖ-DD, HDDÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton anksiyete puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, KİDÖ toplam puanındaki değişimin %16,2'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler KİDÖ toplam puanındaki değişimin %15,2'sini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 25.2.2.Coefficients (KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-2)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	13,830	4,255		3,250	,002	5,364	22,296			
	HAÖ	1,438	,363	,403	3,958	,000	,715	2,161	,403	,403	1,000
2	(Sabit)	-10,967	8,247		-1,33	,188	-27,39	5,458			
	HAÖ	,566	,427	,158	1,326	,189	-,284	1,416	,403	,150	1,582
	HDDÖ	1,210	,427	,321	2,836	,006	,360	2,060	,476	,309	1,423
	İOTÖ	,002	,041	,005	,040	,968	-,080	,083	,229	,005	1,409
	RTÖ-SD	1,009	,754	,272	1,338	,185	-,493	2,510	,404	,152	4,588
	RTÖ-DD	,250	,736	,061	,340	,735	-1,216	1,717	,255	,039	3,527
	RTÖ-Toplam	-,188	,631	-,085	-,298	,767	-1,445	1,069	,346	-,034	9,014

Hamilton anksiyete puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, etkisi ortadan kaldırıldığında, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlayan değişkendir ($p<0,05$). Hamilton depresyon puanı 1 birim arttığında, KİDÖ toplam puan 1,210 birim artar.

Tablo 25.3.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-3

Model Summary									
Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,476a	,227	,217	11,43809	,227	23,779	1	81	,000
2	,560b	,314	,260	11,12369	,087	1,929	5	76	,099

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, RTÖ-DD, İOTÖ, HAÖ, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton depresyon skoru, KİDÖ toplam puanındaki değişimin %22,7'sini açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, KİDÖ toplam puanındaki değişimin %8,7'sini açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 25.3.2 Coefficients (KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-1,570	6,566		-,239	,812	-14,634	11,493			
	HDDÖ	1,794	,368	,476	4,876	,000	1,062	2,526	,476	,476	1,000
2	(Sabit)	-10,967	8,247		-1,33	,188	-27,392	5,458			
	HDDÖ	1,210	,427	,321	2,836	,006	,360	2,060	,476	,309	1,423
	HAÖ	,566	,427	,158	1,326	,189	-,284	1,416	,403	,150	1,582
	İOTÖ	,002	,041	,005	,040	,968	-,080	,083	,229	,005	1,409
	RTÖ-SD	1,009	,754	,272	1,338	,185	-,493	2,510	,404	,152	4,588
	RTÖ-DD	,250	,736	,061	,340	,735	-1,216	1,717	,255	,039	3,527
	RTÖ-Toplam	-,188	,631	-,085	-,298	,767	-1,445	1,069	,346	-,034	9,014

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, etkisi ortadan kaldırıldığında, diğer değişkenleriyle birlikte modele dahil edildiğinde de modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenler modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 25.4.1. KİDÖ toplam puan lineer regresyon analizi-4

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,516 ^a	,266	,248	11,21516	,266	14,493	2	80	,000
2	,560 ^b	,314	,260	11,12369	,048	1,330	4	76	,266

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, HAÖ, İOTÖ, RTÖ-DD, RTÖ-SD, RTÖ-Toplam

Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete puanı değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon puanı değişkenleri, KİDÖ toplam puanındaki değişimin %26,6'sını açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, KİDÖ toplam puanındaki değişimin %4,8'ini açıklamaktadır. Ancak, toplam değişimdeki bu artış anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 25.4.2. Coefficients (KİDÖ toplam skor lineer regresyon analizi-4)

		B	Std. Hata	β	t	Sig	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	-3,383	6,497		-,521	,604	-16,313	9,547			
	HAÖ	,805	,390	,225	2,062	,042	,028	1,582	,403	,225	1,302
	HDDÖ	1,385	,412	,368	3,365	,001	,566	2,204	,476	,352	1,302
2	(Sabit)	-10,967	8,247		-1,33	,188	-27,392	5,458			
	HAÖ	,566	,427	,158	1,326	,189	-,284	1,416	,403	,150	1,582
	HDDÖ	1,210	,427	,321	2,836	,006	,360	2,060	,476	,309	1,423
	İOTÖ	,002	,041	,005	,040	,968	-,080	,083	,229	,005	1,409
	RTÖ-SD	1,009	,754	,272	1,338	,185	-,493	2,510	,404	,152	4,588
	RTÖ-DD	,250	,736	,061	,340	,735	-1,216	1,717	,255	,039	3,527
	RTÖ-Toplam	-,188	,631	-,085	-,298	,767	-1,445	1,069	,346	-,034	9,014

İlk modelde, Hamilton depresyon puanı ve hamilton anksiyete puanı değişkenleri modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). İkinci modelde ise sadece Hamilton depresyon puanı modele anlamlı katkı sağlar.

4.8.2. SYYÖ ölçeğinin regresyon analizleri

Bazı bağımsız değişkenler arasında yüksek ilişkiler ($r>0,80$) mevcut olduğundan çoklu iç ilişkiye sebebiyet vermiştir. Bu problemin ortadan kaldırılması için modelde çoklu iç ilişkiye neden olan değişken modelden çıkarılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkili olmasına rağmen, rumisyon ölçeği toplam puanı modelden çıkarılmıştır, böylece çoklu iç ilişki sorunu giderilmiştir ($VIF<10$).

4.8.2.1. SYYÖ iş alt ölçeğinin regresyon analizleri

SYYÖ iş alt ölçeği ile anksiyete ve depresyon puanları arasında korelasyonu saptanmadığı için sadece standart yöntemle regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 26. SYYÖ-iş alt ölçeği lineer regresyon-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	,170	2,058		,083	,934	-3,927	4,267			
başlangıç yaşı	-,098	,042	-,229	-2,33	,022	-,181	-,014	-,255	-,257	1,070
İOTÖ	,004	,011	,047	,394	,695	-,017	,026	,318	,045	1,608
RTÖ-SD	,225	,120	,242	1,880	,064	-,013	,464	,418	,209	1,849
RTÖ-DD	,266	,122	,257	2,173	,033	,022	,510	,447	,240	1,555
BUÖ	,049	,060	,087	,820	,415	-,070	,168	,232	,093	1,257
R=0,556; R2=0,310; Adj. R2=0,265; MSres=7,762; F(5,77)=6,905; p=0,000										

SYYÖ iş alt ölçeği bağımlı değişken olarak ele alındığında, ilişkili olduğu düşünülen hastalığın başlangıç yaşı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk ile yapılan lineer regresyon analizinde, hastalığın başlangıç yaşı ve derin düşünce değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Bu modelde ruminasyon toplam puan değişkeni modelden çıkarılmıştır, çoklu iç ilişki problemine sebebiyet vermektedir ($VIF>10$). Modeldeki tüm değişkenler SYYÖ iş alt ölçeğindeki değişimin %31'ini açıklamaktadır.

4.8.2.2. SYYÖ sosyal alt ölçeğinin regresyon analizleri

SYYÖ sosyal alt ölçeği ile Hamilton anksiyete puanı arasında korelasyon bulunmadığı için anksiyeteden bağımsız diğer değişkenlerin SYYÖ sosyal ölçeğine etkisinin incelendiği regresyon analizleri (regresyon 2 ve regresyon 4) yapılmamıştır.

Tablo 27.1.SYYÖ-sosyal alt ölçeği lineer regresyon-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-0,893	1,883		-0,474	0,637	-4,643	2,856			
HDDÖ	0,062	0,088	0,073	0,702	0,485	-0,114	0,237	0,225	0,08	1,133
İOTÖ	-0,001	0,01	-0,011	-0,09	0,929	-0,021	0,019	0,312	-0,01	1,611
RTÖ-SD	0,229	0,112	0,273	2,047	0,044	0,006	0,452	0,429	0,227	1,885
RTÖ-DD	0,137	0,112	0,147	1,224	0,225	-0,086	0,36	0,351	0,138	1,522
BUÖ	0,133	0,055	0,263	2,439	0,017	0,024	0,242	0,345	0,268	1,231

R=0,522; R2=0,272; Adj. R2=0,225; MSres=6,632; F(5,77)=5,764; **p=0,000**

SYYÖ sosyal alt ölçeği bağımlı değişken olarak ele alındığında ilişkili bulunan hamilton depresyon puanı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk değişkenleri SYYÖ sosyal alt ölçeğindeki değişimin %27,2'sini açıklamaktadır. Bu modelde de çoklu iç ilişki probleminin çözümü için ruminasyon toplam puan değişkeni modelden çıkarılmıştır(VIF<10). Yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonucunda, saplantılı düşünce ve umutsuzluk modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$).

Tablo 27.2.1. SYYÖ-Sosyal alt ölçeği lineer regresyon analizi-3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE					
					R2 Change	F Change	df1	df2	Sig.F Change
1	,225 ^a	,051	,039	2,86803	,051	4,326	1	81	,041
2	,522 ^b	,272	,225	2,57535	,222	5,864	4	77	,000

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, BUÖ, RTÖ-DD, İOTÖ, RTÖ-SD

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında birinci modelde hamilton depresyon puanı SYYÖ sosyal puanındaki değişimin %5,1'ini açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler SYYÖ sosyal puanındaki değişimin %22,5'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$)

Tablo 27.2.2. Coefficients (SYYÖ- sosyal alt ölçeği lineer regresyon analizi-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	3,326	1,646		2,020	,047	,050	6,601			
	HDDÖ	,192	,092	,225	2,080	,041	,008	,375	,225	,225	1,000
2	(Sabit)	-,893	1,883		-,474	,637	-4,643	2,856			
	HDDÖ	,062	,088	,073	,702	,485	-,114	,237	,225	,080	1,133
	İOTÖ	-,001	,010	-,011	-,090	,929	-,021	,019	,312	-,010	1,611
	RTÖ-SD	,229	,112	,273	2,047	,044	,006	,452	,429	,227	1,885
	RTÖ-DD	,137	,112	,147	1,224	,225	-,086	,360	,351	,138	1,522
	BUÖ	,133	,055	,263	2,439	,017	,024	,242	,345	,268	1,231

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, saplantılı düşünce ve umutsuzluk modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$).

4.8.2.3. SYYÖ aile alt ölçeğinin regresyon analizleri

Tablo 28.1. SYYÖ-aile alt ölçeği lineer regresyon-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-2,407	1,92		-1,25	0,214	-6,231	1,417			
HDDÖ	0,105	0,097	0,115	1,080	0,284	-0,089	0,298	0,275	0,124	1,379
HAÖ	0,046	0,098	0,053	0,468	0,641	-0,149	0,24	0,345	0,054	1,547
ÇÇTÖ-Dis	-0,015	0,069	-0,021	-0,223	0,824	-0,154	0,123	0,082	-0,026	1,084
İOTÖ	-0,024	0,010	-0,268	-2,300	0,024	-0,044	-0,003	0,174	-0,256	1,664
RTÖ-SD	0,278	0,115	0,310	2,427	0,018	0,050	0,506	0,44	0,27	1,983
RTÖ-DD	0,232	0,113	0,232	2,051	0,044	0,007	0,457	0,404	0,23	1,555
BUÖ	0,211	0,056	0,39	3,743	0,000	0,099	0,324	0,395	0,397	1,322

R=0,620; R²=0,385; Adj. R²=0,328; MS_{res}=6,607; F(7,75)=6,706; p=**0,000**

SYYÖ aile ölçeği ile ilişkisi bulunan hamilton depresyon puanı, hamilton anksiyete puanı, duygusal istismar, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk ile yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi, SYYÖ aile puanındaki değişimin %38,5'ini açıklamaktadır. İşlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı değişkenleri modele anlamlı

katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Ruminasyon toplam puan değişkeni modelden çıkarılmıştır ($VIF<10$).

Tablo 28.2.1. SYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-2

Model Summary

Model	R	R ²	adj. R ²	SEE					
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,345 ^a	,119	,108	2,96058	,119	10,918	1	81	,001
2	,620 ^b	,385	,328	2,57037	,266	5,410	6	75	,000

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, ÇÇTÖ-DİS, İOTÖ, RTÖ-DD, BUÖ, HDDÖ, RTÖ-SD

Hamilton anksiyete puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, SYÖ aile puanındaki değişimin %11,9'unu açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, SYÖ aile puanındaki değişimin % 26,6'sını açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$)

Tablo 28.2.2. SYÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-2

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	2,288	1,058		2,163	,033	,184	4,393			
	HAÖ	,298	,090	,345	3,304	,001	,119	,478	,345	,345	1,000
2	(Sabit)	-2,407	1,920		-1,25	,214	-6,231	1,417			
	HAÖ	,046	,098	,053	,468	,641	-,149	,240	,345	,054	1,547
	HDDÖ	,105	,097	,115	1,080	,284	-,089	,298	,275	,124	1,379
	ÇÇTÖ-Dis	-,015	,069	-,021	-,223	,824	-,154	,123	,082	-,026	1,084
	İOTÖ	-,024	,010	-,268	-2,30	,024	-,044	-,003	,174	-,256	1,664
	RTÖ-SD	,278	,115	,310	2,427	,018	,050	,506	,440	,270	1,983
	RTÖ-DD	,232	,113	,232	2,051	,044	,007	,457	,404	,230	1,555
	BUÖ	,211	,056	,390	3,743	,000	,099	,324	,395	,397	1,322

Hamilton anksiyete puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). İşlevsel olmayan tutumlar 1 puan artığında SYÖ aile puanı 0,024 birim azalmıştır. Saplantılı düşünce, derin düşünce ve

umutsuzluk 1 birim artığında SYÖÖ aile puanında sırasıyla 0,278 birim, 0,232 birim, 0,211 birim artış olur.

Tablo 28.3.1 SYÖÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-3

Model Summary

Model	R	R2	adj. R2	SEE	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,275 ^a	,076	,064	3,03232	,076	6,620	1	81	,012
2	,620 ^b	,385	,328	2,57037	,309	6,288	6	75	,000

a. Predictors: (Sabit), HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HDDÖ, ÇÇTÖ-Dis, RTÖ-DD, BUÖ, İOTÖ, HAÖ, RTÖ-SD

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, SYÖÖ aile puanındaki değişimin %7,6'sını açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler SYÖÖ aile puanındaki değişimin %30,9'unu açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 28.3.2. Coefficients (SYÖÖ–aile alt ölçeği lineer regresyon-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	1,219	1,741		,700	,486	-2,245	4,682			
	HDDÖ	,251	,098	,275	2,573	,012	,057	,445	,275	,275	1,000
2	(Sabit)	-2,407	1,920		-1,25	,214	-6,231	1,417			
	HDDÖ	,105	,097	,115	1,080	,284	-,089	,298	,275	,124	1,379
	HAÖ	,046	,098	,053	,468	,641	-,149	,240	,345	,054	1,547
	ÇÇTÖ-Dis	-,015	,069	-,021	-,223	,824	-,154	,123	,082	-,026	1,084
	İOTÖ	-,024	,010	-,268	-2,3	,024	-,044	-,003	,174	-,256	1,664
	RTÖ-SD	,278	,115	,310	2,427	,018	,050	,506	,440	,270	1,983
	RTÖ-DD	,232	,113	,232	2,051	,044	,007	,457	,404	,230	1,555
	BUÖ	,211	,056	,390	3,743	,000	,099	,324	,395	,397	1,322

Hamilton depresyon puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$).

Tablo 28.4.1. SYÖ aile alt ölçeği lineer regresyon Analizi -4

Model Summary

Model	R	R ²	Adj R ²	Std. Hata	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,366 ^a	,134	,113	2,95282	,134	6,201	2	80	,003
2	,620 ^b	,385	,328	2,57037	,251	6,115	5	75	,000

a. Predictors: (Sabit), HAÖ, HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, HDDÖ, ÇÇTÖ-DİS, İOTÖ, RTÖ-DD, BUÖ, RTÖ-SD

Hamilton anksiyete ve depresyon puanı değişkenleri kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon puanı değişkenleri, SYÖ aile puanındaki değişimin %13,4'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, SYÖ aile puanındaki değişimin %25,1'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 28.4.2. Coefficients (SYÖ Aile alt ölçeği lineer regresyon Analizi -4)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	,680	1,711		,397	,692	-2,724	4,084			
	HDDÖ	,129	,108	,142	1,194	,236	-,086	,345	,275	,132	1,302
	HAÖ	,239	,103	,276	2,328	,022	,035	,444	,345	,252	1,302
2	(Sabit)	-2,407	1,920		-1,25	,214	-6,231	1,417			
	HDDÖ	,105	,097	,115	1,080	,284	-,089	,298	,275	,124	1,379
	HAÖ	,046	,098	,053	,468	,641	-,149	,240	,345	,054	1,547
	ÇÇTÖ-Dis	-,015	,069	-,021	-,223	,824	-,154	,123	,082	-,026	1,084
	İOTÖ	-,024	,010	-,268	-2,3	,024	-,044	-,003	,174	-,256	1,664
	RTÖ-SD	,278	,115	,310	2,427	,018	,050	,506	,440	,270	1,983
	RTÖ-DD	,232	,113	,232	2,051	,044	,007	,457	,404	,230	1,555
	BUÖ	,211	,056	,390	3,743	,000	,099	,324	,395	,397	1,322

İlk modelde, hamilton anksiyete puanı değişkeni modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Diğer değişkenlerinin modele dahil edilmesiyle, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$).

4.8.2.4. SYYÖ Toplam puan regresyon analizleri

Tablo 29.1. SYYÖ-Toplam lineer regresyon-1

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	-2,742	4,968		-,552	,583	-12,639	7,156			
HDDÖ	,159	,242	,068	,656	,514	-,323	,640	,256	,076	1,395
HAÖ	-,109	,239	-,049	-,454	,651	-,585	,368	,269	-,052	1,516
ÇÇTÖ-Fis	-,403	,191	-,187	-2,11	,039	-,784	-,022	-,182	-,236	1,033
İOTÖ	-,017	,025	-,073	-,651	,517	-,067	,034	,335	-,075	1,663
RTÖ-SD	,732	,284	,318	2,582	,012	,167	1,297	,495	,286	1,982
RTÖ-DD	,630	,280	,246	2,254	,027	,073	1,187	,450	,252	1,552
BUÖ	,487	,137	,350	3,545	,001	,213	,761	,412	,379	1,275
R=0,653; R ² =0,426; Adj. R ² =0,372; MS _{res} =40,524; F(7,75)=7,952; p= 0,000										

SYYÖ toplam puanı ile ilişkisi bulunan hamilton depresyon puanı, anksiyete puanı, fiziksel istismar, işlevsel olamayan tutumlar, saplantılı düşünce ve derin düşünce ile yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda tüm değişkenler SYYÖ toplam puanın %42,6'sını açıklanmaktadır. Fiziksel istismar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Fiziksel istismar puanı 1 birim artığında, SYYÖ toplam puanı 0,403 birim azalmaktadır. Saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı 1 birim artığında SYYÖ toplam puanında sırasıyla 0,732 birim, 0,630 birim, 0,487 birimlik artış olmaktadır. Ruminasyon toplam puan değişkeni modelden çıkarılmıştır(VIF<10).

Tablo 29.2.1 SYYÖ-Toplam lineer regresyon-2

Model Summary

Model									
	R	R2	adj. R2	SEE	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,269 ^a	,072	,061	7,78756	,072	6,310	1	81	,014
2	,653 ^b	,426	,372	6,36584	,354	7,703	6	75	,000

a. Predictors: (Sabit), HAÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, ÇÇTÖ-FİS, İOTÖ, RTÖ-DD, BUÖ, HDDÖ, RTÖ-SD

Hamilton anksiyete puanı değişkeni kontrol altına alındığında, hamilton anksiyete puanı, SYYÖ toplam puanındaki değişimin %7,2'sini açıklamaktadır.

İkinci modelde ise diğer değişkenler, SYYÖ toplam puanındaki değişimin %35,4'ünü açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 29.2.2. Coefficients(SYYÖ-toplam lineer regresyon-2)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Sabit)	11,337	2,783		4,074	,000	5,800	16,873			
	HAÖ	,597	,238	,269	2,512	,014	,124	1,070	,269	,269	1,000
2	(Sabit)	-2,742	4,968		-,552	,583	-12,639	7,156			
	HAÖ	-,109	,239	-,049	-,454	,651	-,585	,368	,269	-,052	1,516
	HDDÖ	,159	,242	,068	,656	,514	-,323	,640	,256	,076	1,395
	ÇÇTÖ-Fis	-,403	,191	-,187	-2,11	,039	-,784	-,022	-,182	-,236	1,033
	İOTÖ	-,017	,025	-,073	-,651	,517	-,067	,034	,335	-,075	1,663
	RTÖ-SD	,732	,284	,318	2,582	,012	,167	1,297	,495	,286	1,982
	RTÖ-DD	,630	,280	,246	2,254	,027	,073	1,187	,450	,252	1,552
	BUÖ	,487	,137	,350	3,545	,001	,213	,761	,412	,379	1,275

Hamilton anksiyete puanı değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken, diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, fiziksel istismar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk ölçeği modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Fiziksel istismar 1 birim artığında SYYÖ toplam puan 0,403 birim azalmaktadır. Saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanlarında 1 birim artış olduğunda SYYÖ toplam puanında sırasıyla 0,732 birim, 0,630 birim, 0,487 birim artmaktadır.

Tablo 29.3.1. SYYÖ-toplam alt ölçeği lineer regresyon-3

Model Summary

Model	R	R2	Adj. R2	SEE					
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,256 ^a	,065	,054	7,81640	,065	5,667	1	81	,020
2	,653 ^b	,426	,372	6,36584	,361	7,853	6	75	,000

a. Predictors: (Constant), HDDÖ

b. Predictors: (Constant), HDDÖ, ÇÇTÖ- FİS, BUÖ,RTÖ-DD, İOTÖ, HAÖ, RTÖ-SD

Hamilton depresyon puanı değişkeni kontrol altına alındığında, birinci modeldeki hamilton depresyon puanı, SYYÖ-toplam puanındaki değişimin %6,5'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, SYYÖ toplam puanındaki

değişimin %36,1'ini açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 29.3.2. Coefficients (SYYÖ–toplam alt ölçeği lineer regresyon-3)

		B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
1	(Constant)	7,505	4,487		1,673	,098	-1,423	16,432			
	HDDÖ	,598	,251	,256	2,380	,020	,098	1,099	,256	,256	1,000
2	(Constant)	-2,742	4,968		-,552	,583	-12,639	7,156			
	HDDÖ	,159	,242	,068	,656	,514	-,323	,640	,256	,076	1,395
	HAÖ	-,109	,239	-,049	-,454	,651	-,585	,368	,269	-,052	1,516
	ÇÇTÖ- Fis	-,403	,191	-,187	-2,11	,039	-,784	-,022	-,182	-,236	1,033
	İOTÖ	-,017	,025	-,073	-,651	,517	-,067	,034	,335	-,075	1,663
	RTÖ-SD	,732	,284	,318	2,582	,012	,167	1,297	,495	,286	1,982
	RTÖ-DD	,630	,280	,246	2,254	,027	,073	1,187	,450	,252	1,552
	BUÖ	,487	,137	,350	3,545	,001	,213	,761	,412	,379	1,275

Hamilton depresyon değişkeni tek başına modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlarken ($p<0,05$), diğer değişkenler ile birlikte modele dahil edildiğinde modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). İkinci modelde, fiziksel istismar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$).

Tablo 29.4.1. SYYÖ-Toplam lineer regresyon-4

Model Summary

1	R	R2	adj. R2	Std. Hata	R2 Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,305 ^a	,093	,070	7,74797	,093	4,102	2	80	,020
2	,653 ^b	,426	,372	6,36584	,333	8,702	5	75	,000

a. Predictors: (Sabit), HAÖ, HDDÖ

b. Predictors: (Sabit), HAÖ, HDDÖ, ÇÇTÖ-Fis, BUÖ, RTÖ-DD, İOTÖ, RTÖ-SD

Hamilton anksiyete ve hamilton depresyon puanları kontrol altına alındığında, anksiyete ve depresyon değişkenleri, SYYÖ toplam puan değişkenindeki değişimin %9,3 'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde ise diğer değişkenler, SYYÖ

toplam puanındaki değişimin %33,3'ünü açıklamaktadır. Toplam değişimdeki bu artış anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 29.4.2. Coefficients(SYÖ-Toplam lineer regresyon-4)

	B	Std. Hata	β	t	Sig.	% 95,0 CI		r1	r2	VIF
(Sabit)	6,557	4,489		1,461	,148	-2,376	15,490			
1 HDDÖ	,385	,284	,164	1,353	,180	-,181	,951	,256	,150	1,302
HAÖ	,421	,270	,190	1,561	,122	-,116	,958	,269	,172	1,302
(Sabit)	-2,742	4,968		-,552	,583	-12,639	7,156			
HDDÖ	,159	,242	,068	,656	,514	-,323	,640	,256	,076	1,395
HAÖ	-,109	,239	-,049	-,454	,651	-,585	,368	,269	-,052	1,516
2 ÇÇTÖ-Fis	-,403	,191	-,187	-2,11	,039	-,784	-,022	-,182	-,236	1,033
İÖTÖ	-,017	,025	-,073	-,651	,517	-,067	,034	,335	-,075	1,663
RTÖ-SD	,732	,284	,318	2,582	,012	,167	1,297	,495	,286	1,982
RTÖ-DD	,630	,280	,246	2,254	,027	,073	1,187	,450	,252	1,552
BUÖ	,487	,137	,350	3,545	,001	,213	,761	,412	,379	1,275

İlk modelde, hamilton anksiyete ve hamilton depresyon puanı değişkenleri modele anlamlı katkı sağlamamaktadır ($p>0,05$). Diğer değişkenlerinin de modele dahil edilmesiyle, fiziksel istismar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk puanı değişkenleri modele anlamlı katkı sağlamaktadır ($p<0,05$). Fiziksel istismar puanında meydana gelen 1 birimlik artış, SYÖ toplam puanında 0,403 birimlik bir azalışa neden olmaktadır. İşlevsel olmayan tutumlarda, saplantılı düşünce, derin düşünce puanlarında 1 birim artış olduğunda SYÖ toplam puanda sırasıyla 0,732 birim, 0,630 birim, 0,487 birim artış olmaktadır.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin ve Klinik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmamızda majör depresif bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda, çocukluk çağı travmalarının, işlevsel olmayan tutumların, ruminasyonunun, nörotisizmin, umutsuzluğun değerlendirilmesini ve bunların işlevsellikle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan hasta ve kontrol grubu sosyodemografik açıdan incelendiğinde grupların %66,3'ü kadın, %33,7'si erkek olduğu görülmüştür. Epidemiyolojide majör depresif bozukluk görülme oranının kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu görülmektedir(147). Çalışmamız bu bakımdan literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda yer alan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %48,2'sinin bekâr, %42,2'si evli, %9,6 boşanmış olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise %48,4 bekâr, %51,8'inin evli, %4,8'inin boşanmış olduğu görülmüştür. Literatürde bekâr veya eşinden boşanmış kişilerde evli insanlara göre daha fazla depresyon görüldüğü gösterilmiştir (148). Bizim çalışmamızda majör depresif bozukluk grubunda evli olmayan oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Ancak genel olarak literatürle uyumlu bir sonuç saptanmıştır.

Katılımcıların çalışma öyküsü incelendiğinde depresyon grubunun %30,1'i bir işte çalışmakta, % 34,9'u işsiz, %32,5'i öğrenci, %3,4'ü emeklidir. Kontrol grubunun ise %61,4'ü çalışıyor, %19,3'ü işsiz, %16,9'u öğrenci, %2,4'ü emekli olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda depresyonun öğrenciler ve işi olmayan bireylerde daha fazla görülebildiği belirtilmiştir. Kovess-Masfety ve ark. 2005 yılında yaptıkları çalışmada işsizlerin depresyon riskinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir(149). Verger ve ark yaptıkları çalışmada öğrencilerin depresyon prevelansının yüksek olduğunu bildirmiştir(150). Çalışmamızda hasta grubunda

öğrenci ve işsiz bireylerin fazla olması genel olarak belirttiğimiz çalışmalarla uyumludur.

Hasta grubu eğitim yılı ortalaması $12,8 \pm 4,2$ kontrol grubu $13,3 \pm 4$ bulunmuştur. Yakın tarihli bir çalışmada ülkemizdeki eğitim yılı ortalaması 6,5 yıl olarak belirtilmiştir(151). Çalışma grubumuzun eğitim yılı ortalamasının Türkiye Cumhuriyeti'nin eğitim yılı ortalamasından yüksek olmasının, çalışma için doldurulacak anketleri anlayabilecek seviyede entelektüel kapasiteye sahip olan hastaların çalışmaya alınmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Depresyon grubunun %49,4'ü ve sağlıklı grubunun %27,7'si geçmişte aileden herhangi bir sebeplerle ayrı yaşamak zorunda kalmıştır. Depresyon hastalarında geçmişte aileden ayrı yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı bölgedeki sosyoekonomik koşullar, geniş aile yapısı ve eğitim faktörleri gibi nedenlerle anne baba figürlerinden ayrı kaldıkları düşünülebilir. Erken yaşta ve uzun süreli aileden ayrı kalma çeşitli stresör faktörlerle daha erken karşılaşma, bebeklikte ve erken çocuklukta oluşması beklenen güvenli bağlanma modellerinin oluşmaması depresyon riskini artırabilir(152, 153).

Çalışmamızda depresyon grubunun %20,5'i, kontrol grubun %7,2'si hayatının bir döneminde partnerinden fiziksel şiddet görmüştür. Carlile ve ark majör depresif bozukluğu olan kadınların %55'inin hayatlarının bir döneminde partner şiddeti yaşadığını göstermiştir. Sarah ve ark yaptıkları çalışmada depresyondaki kadınların yarısından fazlasının (%55,2) yetişkin dönemde partnerleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldığını belirtmiştir.(154). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise partnerinden fiziksel şiddet gören evli kadınların oranı % 36 olarak bulunmuştur ve mağdurların sadece yarısının şiddeti başkalarına söylediği belirtilmiştir(155). Çalışmamızda belirttiğimiz çalışmalarla uyumlu olarak depresyon grubunda partner şiddeti daha fazla saptanmıştır.

Depresyon grubunun %42,2'sinin ve sağlıklı grubun %24,1'inin geçmişte psikiyatri dışı sebeplerle hastane yatışı mevcuttur. Tıbbi ya da cerrahi nedenlerle hastaneye yatan kişilerde gerek hastalık, gerekse hastane ortamı ile ilgili birçok

olumsuz duygu, düşünce ve davranış görülmektedir(156). Hastalığa bağlı semptomlar ve hastane ortamının verdiği rahatsızlık, umutsuzluk, karamsarlık gibi olumsuz düşünceleri artırabilir, anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olabilir(157). Çalışmamıza başlarken işlevselliği etkileyen düzeyde ek hastalığı olan, sürekli ilaç değişimi ve hastane yatışı gerektiren tıbbi hastalığı olan bireyler çalışma grubumuza alınmamış olsada sonuçlarımız genel görüşlerle uyumlu bulunmuştur.

Depresyon grubunda %16,9'ununda intihar girişimi, %27,7'sinde selfmutilasyon öyküsü saptanmıştır. 2007 yılında yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında intihar oranı %43,5 oranında bulunmuştur(158). Ülkemizde yapılan çalışmalarda depresyon hastalarında intihar oranının %9 ile %15 arasında olduğunu belirtilmiştir(159). Çalışmamızda intihar oranları ülkemizdeki yapılan çalışmalarla benzer oranda bulunmuştur. Literatürde self mutilasyonun genel popülasyonda %4-28 oranında olduğu bildirilmiştir(160). Ülkemizde lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada self mutilasyon sıklığı %28,1 olarak bulunmuştur(161). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ergenlerde hayatlarının bir döneminde kendine zarar verme oranı %57 olduğu bildirilmiştir(162). Bazı çalışmalarda borderline kişilik bozukluğuyla ilişkili olduğu belirtilsede farklı çalışmalarda sadece kişilik bozukluğuyla değil, anksiyete ve depresif belirtilerle de ilişkili olduğu belirtilmiştir(160, 163). 2014 yılında yapılan bir çalışmada depresyonda self mutilasyon oranı %14,3 bulunmuştur, bu oranın depresyonu izleyen ilk yılda %23,7'ye çıktığı saptanmıştır(164). Ayrıca nörotisizm gibi kişilik özelliklerinin de self mutilasyonda etkili olduğu belirtilmiştir(165). Çalışmamızda hastalardaki self mutilasyon oranları kontrol gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Major depresyon yaşayan bireylerde %44,7 oranında sigara bağımlılığı olduğu bildirilmiştir(166). Kessler ve ark yaptığı çalışmada major depresyonu olan bireylerde alkol bağımlılığının görülme sıklığının normal popülasyona göre 2,7 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir(167). 2002 Finlandiyada yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında %25 olarak alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır(168). 2010 yılında ülkemizde Burçak ve ark yaptığı çalışmada MDB hastalarda alkol kullanım bozukluğu oranı %12 bulunmuştur(169). Literatürde depresyon hastalarında yaşam boyu madde kullanım bozukluğu görülme sıklığını %27-30

olduğu bildirilmiştir(170). Çalışmamızda sigara kullanımı %38,6, alkol kullanımı %9,6, madde kullanım öyküsü %1,2 bulunmuştur. Çalışmamızda literatüre göre daha düşük sigara, alkol ve madde kullanım oranları olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın bölgesel, kültürel farklılıklarından ve kadın katılımcıların daha fazla olmasından, kadınlarda erkeklere göre daha az, sigara, alkol ve madde kullanım bozukluğunun olmasından(171) kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hasta grubunun %50,6'sinde birinci derece akrabasında psikopatoloji öyküsü saptanmıştır. Birinci derece akrabalarının % 33,7'sinde majör depresif bozukluk öyküsü, %7,2'sinde şizofreni, %3,6'sında panik bozukluk, %6'sında yaygın aksiyete bozukluğu %4,8'inde demans bulunmuştur. Aile ve evlat edinme çalışmalarında MDB hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon görülme riskinin yaklaşık 3 katına çıktığı gösterilmiştir. Birinci derece yakınında unipolar depresyon olanlarda depresyon prevalansının %5 ile 25 arasında olduğu bildirilmiştir(172). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hasta grubunun birinci derece yakınlarında depresyon oranı kontrol grubuna göre fazla bulunmuştur.

MDB her yaşta başlayabilmektedir. Ancak birçok çalışmada başlangıç yaşı ortalaması birbirine benzer şekilde yirmili yaşların sonları olarak saptanmıştır(173). Kessler ve ark çalışmalarında yaşı 27,4 iken başka bir çalışmada 29,9 saptamıştır(174, 175). Araştırmalara göre çocuk ve ergenlerde depresyon sıklığı artmakta, hastalığın başlangıç yaşı düşmektedir(45). Çalışmamıza göre hasta grubun ortalama hastalık başlangıç yaşı $25,90 \pm 7,58$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yukarıda belirttiğimiz çalışmalara göre depresyon başlangıç yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda ortalama depresif atak sayısı $1,91 \pm 1,06$ olarak saptanmıştır. Hasta grubumuzun %8,4'ünde psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü bulunmaktadır. Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü olan hastaların ortalama yatış sayısı $1,40 \pm 0,89$, ilk yatış yaş ortalaması $32,85 \pm 10,76$ olarak bulunmuştur. Yaşam boyu depresyon atak sayısı 5- 6 olarak ifade edilmektedir ve hastaneye başvuru yaşının genel olarak 40-60 yaş olduğu düşünülmektedir(176). Major depresif bozukluk hastalarında şiddetli depresyon, psikotik özelliklerin varlığı ve intihar fikirlerin olması psikiyatri

klınıklerinde yatarak tedavi oranını artırmaktadır(45). Çalışmamıza psikotik özellikli depresyon geçiren kişilerin alınmaması, eğitim yılının ülke ortalamasına göre yüksek olması, eğitim yılı ile epizod sayısı arasında negatif yönlü korelasyon bulunması, hastaların daha bilinçli olmasına, daha iyi klinik seyir olmasına ve yatış oranlarının daha düşük olmasına yol açmış olabilir.

5.2.Hasta grubunda ölçeklerin cinsiyet, komorbidite, intihar girişimi açısından karşılaştırılması

Çalışmamızda MDB hastaları psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırıldığında komorbitesi olan hastalarda, hamilton anksiyete ölçeği puan ortalamaları komorbiditesi olmayan hastalara göre istatıksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyon hastalarında ek psikiyatrik hastalık sık rastlanılan bir durumdur(177). Bazı çalışmalarda MDB hastalarının %73,3'ünde psikiyatrik ek tanı olduğu ve bunların yarısının anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir(177). Çalışmamızda hastaların %32,5'inde komorbid bir psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda belirttiğimiz çalışmaya göre daha az komorbid hastalık oranının görülmesi madde ve alkol kötüye kullanımı olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesiyle ilişkili olabilir. Çalışmamızda belirttiğimiz çalışmayla benzer şekilde yaygın anksiyete bozukluğu eş tanı oranı yüksektir. Çalışmamızda hastaların %32,5'inde komorbid anksiyete bozukluğu (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, tanımlanmamış kaygı bozukluğu) olması hamilton anksiyete puan ortalamalarındaki farkı açıklamaya yardımcı olabilir.

MDB, intihar riskinin arttığı bir hastalıktır(178). Yıldırım ve ark intihar girişimi olan ve olmayan MDB hastalarında yaptığı çalışmasında intihar girişimi olan hastaların duygusal istismar ve fiziksel istismar puan ortalamalarını intihar girişimi olmayan gruba göre istatıksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur(179). Bizimde çalışmamızda intihar girişimi olan MDB hastalarında duygusal istismar puan ortalamaları intihar girişimi olmayan hastalara göre istatıksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar göz önünde alındığında intihar girişimi olan MDB hastalarında duygusal istismarın araştırılması önemli olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadın hastalarda duygusal istismar, nörotisizm puanı, hamilton anksiyete puanı, ruminasyon toplam puan, saplantılı düşünce ve derin düşünce puan ortalamaları erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazla depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olduğu, anksiyete ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır(180). Nolen-Hoeksema, psikososyal nedenlerle kadınların daha olumsuz deneyimler yaşadığı bu nedenle ruminatif süreçleri daha yoğun yaşadıklarını belirtmiştir(14). Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada kadınlarda ruminatif düşünce ve nörotisizm oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir(181). Çalışma sonuçlarımız genel görüşlerle uyumlu görülmektedir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında klinik uygulamalarda kadın hastalarda daha fazla bilişsel müdahalelerin gerekli olabileceğini düşünüyoruz.

5.3.Hasta ve Kontrol Grubunda İşlevsellik, Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar, Ruminasyon, Nörotisizm ve Umutsuzluk Puanlarının İncelenmesi

Çalışmamızda depresyon grubunda klinisyen tarafından doldurulan KİDÖ ölçeğinin bütün alt ölçek ve genel işlevsellik skorlarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseklik saptanmıştır.

Depresyon grubunda katılımcılar tarafından doldurulan SYYÖ ölçeğinin bütün alt ölçek ve genel işlevsellik skorlarında da kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseklik saptanmıştır. MDB olan hastaların, işlevselliklerinde önemli eksiklikler olduğu bildirilmektedir(182). Bazı araştırmalarda işlevselliğin depresif semptom şiddetiyle ilişkili olduğu belirtilse de, remisyon döneminde işlevsellikte bozulmanın devam ettiği gösterilmiştir(183). MDB hastalarında işlevselliği değerlendiren yakın tarihli bir çalışmada tedavi öncesinde hastaların sadece %7'sinin işlevselliği iyi olarak değerlendirilirken, tedaviden hemen sonra bu oranın %60'a çıktığı ancak takip aşamasında hastaların yarısına yakınında işlevsellikte azalmanın devam ettiği bildirilmiştir(184). Bu nedenle depresif semptomlardaki iyileşmenin yanı

sıra hastaların işlevselliklerini etkileyen başka faktörlerin olduğu, bu faktörlerin araştırılmasının gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Araştırma bulgularımıza göre hasta grubunun %83,1'inin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı bulunmuştur. Hastaların sırasıyla en fazla duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise katılımcıların %27,7'sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, en fazla fiziksel ihmale maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Hasta grubunda tüm ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplam puanı, hem kesme puanları hem de puan ortalamaları bakımından kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde çocukluk çağı travmaları ile depresif bozukluk ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. 2017 yılında yapılan bir meta analizde, depresyonlu bireylerin %45,59'de çocukluk çağı travması olduğu, en fazla duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel ihmal görüldüğü belirtilmiştir(6). Moskvina ve ark yineleyen majör depresyon hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %79,9'unda çocukluk çağı travması olduğu en fazla fiziksel ihmal bulunduğunu bildirmiştir(185). Türkiyede yapılan farklı çalışmalarda depresyon hastalarında en sık duygusal ihmal olduğu gösterilmiştir(186, 187). 2021 yılında ülkemizde batı tarafında yapılan bir çalışmada depresyon hastalarının % 61,9 unda çocukluk çağı travması olduğu saptanmıştır(188). Çalışmamızda, belirttiğimiz çalışmalara göre daha fazla çocukluk çağı travması olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın ülkemizin diğer bölgelere göre daha düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesi olan doğu bölgesinde yapılan bir çalışma olması, kalabalık aile yapısının daha yaygın olması, zorlu yaşam koşullarının diğer bölgelere göre daha baskın olması nedeniyle daha fazla çocukluk çağı travmasının görülebileceği düşünülebilir. Çalışmamızda ülkemizde yapılan yukarıda belirttiğimiz çalışmalarla benzer şekilde en fazla duygusal ihmal bulunmuştur(186, 187). Bu sonuçlar ışığında major depresif bozukluk hastalarında duygusal ihmal kavramının önemsenmesi gereken bir süreç olduğunu düşünebiliriz

Çalışmamızda hasta grubunda işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyonun bilişsel süreçlerini açıklamada yer alan işlevsel

olmayan tutumlar ve ruminasyonun özellikle stresli bir durumla karşılaşıldığında aktive olarak depresif belirtileri artırdığı belirtilmiştir(12). Bazı çalışmalarda ise ruminasyonun depresyonu yordadığı saptanmıştır(189, 190).

Çalışmamızda belirttiğimiz görüşlerle uyumlu olarak MDB hastalarında işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta grubunda nörotisizm puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Nörotisizmin depresyon ile ortak genetik yapıyı paylaştığı, depresyon için endofenotip adayı olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir(20). Artan sayıda çalışma, yüksek nörotisizmin yetişkinlerde ve gençlerde depresif bozuklukları öngördüğünü, depresyonun seyrini etkilediğini göstermiştir(191, 192). Bu çalışmalarda depresif bozukluklar için belirlenmiş risk faktörlerinin çoğunun değiştirilemeyeceği (örn.sosyodemografik özellikler, aile öyküsü) ancak depresyona yatkınlığı artırıcı nörotisizm gibi kişilik özelliklerin daha erken saptanmasıyla depresyonun başlangıç ve seyrinin değiştirebileceği belirtilmiştir(191). Bu nedenle depresyonu önleyici müdahalelerde nörotisizmin değerlendirilmesinin gerekli olabileceği düşünüyoruz.

Çalışmamızda hasta grubunda umutsuzluk puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Birçok depresyon hastası psikiyatri polikliniklerine umutsuzluk ve umutsuzluk yakınması ile başvurmaktadır(57). Beck depresif hastaların yarısından fazlasında umutsuzluk olduğunu belirtmiştir(55). Genellikle depresyonla ilgili araştırmalar depresif hastalarda umutsuzluğun, depresyonun şiddeti ve intihar riskinin belirleyicisi olduğunu göstermiştir(193). Yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında genel olarak bazal bir umutsuzluk seviyesi olduğu bu seviyenin atak dönemlerinde daha da fazlaştığı gösterilmiştir(17). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak MDB hastalarında kontrol grubuna göre yüksek umutsuzluk seviyeleri saptanmıştır.

5.4.Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Hasta grubunda yaş ile umutsuzluk ölçeği arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Umutsuzluk ile yapılan çalışmalar yaş ile değişen sonuçlar olduğunu göstermiştir. Bazı çalışmalarda yaş ile umutsuzluk arasında ilişki saptanamazken(194, 195), bazı çalışmalarda yaş ile artan bir umutsuzluk olduğu saptanmıştır(196). Çalışmamızda genel görüşlerden farklı olarak yaş artıkça azalan bir umutsuzluk seviyesi olduğunu tespit ettik. Yapılan bir çalışmada gençlerde sosyal ve ekonomik sorunlar, işsizlik ve geleceğe yönelik belirsizliklerin daha fazla olduğu gösterilmiştir(197). Çalışmamızdaki işsiz ve öğrenci sayısının fazla olması, geleceğe yönelik belirsizliklerin daha fazla olması yaş ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi destekleyebilir.

Yaş ile depresif atak sayısı ve hastalığın başlangıç yaşı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. İleri yaşlarda genel nüfusa göre depresyon sıklığı artmıştır(45).Yapılan çalışmalarda tek bir depresyon dönemi geçiren hastaların %50-60'ı ikinci kez, iki çökkünlük geçirenlerin %70'inin üçüncü kez depresyon geçirdiği belirtilmiştir(18). Bu görüşlerle uyumlu olarak yaşla artan depresyon atağı sayısı beklenen bir bulgudur.

Eğitim yılı ile depresif epizod sayısı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Eğitim yılı artıkça depresif epizod sayısı azalmıştır. Eğitim yılı artıkça tedaviye başvurma, tedaviye uyumun daha fazla olabileceği ve hastalığın kliniğinin daha iyi olabileceği bu nedenle geçirilen depresif atak sayısının daha az olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda eğitim yılı ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal skorları ve çocukluk çağı travma ölçeği toplam puan arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi artıkça fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt ölçeklerinden alınan puanlar düşmüştür. Literatürde farklı eğitim ve yaş gruplarında duygusal açıdan örselenmiş çocukların okulda gösterdikleri akademik başarının daha düşük olduğu belirtilmiştir(198). Çalışmamız sonuçlarına göre akademik başarısı

düşük olanların fiziksel ve duygusal ihmal açısından değerlendirilmesinin gerekli olabileceği düşünülebilir.

Hastalığın başlangıç yaşı ile hastaların doldurdıkları SYYÖ iş alt ölçeği arasında negatif yönlü korelasyon olduğunu tespit ettik. SYYÖ iş alt ölçeği ile korelasyonu tespit edilen hastalığın başlangıç yaşı, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluğun incelendiği regresyon modelinde tüm değişkenlerin SYYÖ iş ölçeğinin %31'ini açıklayabildiğini, hastalığın başlangıç yaşı ve saplantılı düşüncenin modele anlamlı katkılarının olduğunu saptadık. MDB başlangıç yaşının hastalığın klinik gidişinde önemli olduğu, ilk depresyon döneminin erken yaşta başladığı kişilerde sosyal ve mesleki işlevsellik daha çok bozulma olduğu belirtilmiştir(172). Yaptığımız çalışmada hastalığın başlangıç yaşı azalırken hastaların doldurduğu ölçekte iş hayatında işlevsellikte bozulmanın arttığını bulduk. Bunun yanında klinisyenin yaptığı değerlendirmede mesleki işlevsellik ile hastalığın başlangıç yaşı arasında bir ilişki bulamadık. Bu farklılığın hastaların yaşadığı öznel yetersizliklerin başka kişiler tarafından fark edilememesi, hastaların kendi kişilik özelliklerine göre sıkıntı karşısındaki genel tutumlarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Depresif epizod sayısı ile KİDÖ ölçeğine göre bilişsel işlevsellikteki bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yaptığımız regresyon analizinde KİDÖ bilişsel işlevsellik puanıyla korele bulunan depresyon, anksiyete puanı, depresif epizod sayısı, saplantılı düşünce ve ruminasyon toplam puanı değişkenlerinin incelendiği modelin, KİDÖ bilişsel işlevsellik puanının %23,8'ini anlamlı olarak açıkladığı, depresyon ve epizod sayısının modele anlamlı katkı sağladığı saptanmıştır. Unipolar ve bipolar bozukluklara ilişkin yapılan bir çalışmada tekrarlayan atakları olan hastaların, tek bir epizodu olan hastalara göre bilişsel işlevlerde daha fazla bozulma gösterdiği belirtilmiştir(199, 200). Bulgumuzun artan epizod sayısı ile bilişsel alandaki bozulma ilişkisini destekler nitelikte olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda duygusal istismar ile intihar girişimi sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Depresyon hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü

ve intihar davranışı arasındaki ilişki konusunda farklı bilgiler mevcuttur. Unipolar depresyon hastalarında yapılan çalışmalarda özellikle fiziksel ve cinsel istismarın intihar girişimine belirgin etkisi olduğu belirtilmiştir(179). 2012 yılında çocukluk çağı travmalarını inceleyen bir meta analizde fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır(201). 2015 yılında yapılan bir çalışmada ise duygusal istismarın yetişkinlikte intiharla ilişkili olduğunu belirtilmiştir(202). Çalışmamızda yukarıda belirttiğimiz çalışmayla benzer şekilde duygusal istismar ile intihar girişimi arasında ilişki bulunmuştur. İntiharı önleme çalışmalarında duygusal istismarın ayrıntılı değerlendirilmesi gerekli olabilir.

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ile KİDÖ'nun mali konular ve SYYÖ iş alt ölçeği hariç tüm işlevsellik alanlarında korelasyon bulunmuştur. Depresyon hastalarında işlevsellikte bozulma beklenen bir sonuçtur. Bazı çalışmalarda remisyonunda bile işlevsellikte azalmanın devam ettiği gösterilmiştir(183).

Hamilton depresyon ölçeği ile İOTÖ ve saplantılı düşünce arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, işlevsel olmayan tutumların depresyonda daha sık görüldüğünü saptanmıştır. Bazı çalışmalar depresyondan düzeyi değişse bile depresyonla ilgili bazı bilişlerin kalıcı olduğunu belirtilmiştir(203). Ruminasyonun geçmişte yaşanan olumsuz deneyimleri sürekli hatırlatarak, olumsuz bilişlere ulaşmayı kolaylaştırdığı ve depresyonu tetiklediği gösterilmiştir(109). Senormancı ve ark yaptıkları çalışmada depresyon ile saplantılı düşünce ve derin düşünce arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirilmiştir. Saplantılı ve derin düşüncenin depresyonu yordadığını göstermiştir(13). Biz çalışmamızda hamilton depresyon puanı ile sadece ruminasyonun saplantılı düşünce alt boyutu arasında korelasyon olduğunu tespit ettik. Bu farklılık derin düşünmenin, kısa vadede olumsuz duygulanıma yol açması ancak ilerleyen dönemde etkisinin azalması, saplantılı düşüncenin ise daha kalıcı olumsuz düşüncelerle ilişkili olmasından kaynaklanabilir(204).

Hamilton depresyon skorları ile nörotisizm arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Depresyonun bazı kişilerde daha sık görülmesi, depresyona

yatkınlık faktörlerin olabileceğini akla getirmiştir. Yapılan çalışmalarda nörotisizm puanı yükseldikçe depresyon riskinin arttığı saptanmıştır(22). Çalışmamızda genel görüşle uyumlu olarak nörotisizm puanı artıkça artan depresyon puanları olduğu görülmüştür.

Hamilton anksiyete ölçeği ile saplantılı düşünce, derin düşünce, ruminasyon toplam puanı arasında korelasyon bulunmuştur. Ruminasyonun ile ilgili yapılan çalışmalarda ruminasyonun hem derin düşünme hem saplantılı düşünce alt boyutlarının anksiyete ve depresyonu yordadığı gösterilmiştir(205). Nolen Hoeksema ruminatif tepki stilinin, özellikle karma anksiyete ve depresyon semptomları gösteren majör depresif bozukluğu olan kişilerin karakteristik özelliği olabileceğini belirtmiştir(206).

Hamilton anksiyete puanları ile umutsuzluk arasında korelasyon saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kaygının umutsuzluğun önemli bir yordayıcısı olduğu, kaygı düzeyindeki artışın, umutsuzluk düzeyindeki artışın %28,9'unu açıkladığı belirtilmiştir(207). Çalışmamızda da artan kaygı düzeyi ile umutsuzluk arasında ilişki bulunmuştur.

Hamilton anksiyete puanları ile KİDÖ nun tüm alt ölçekleri, SYYÖ aile ve SYYÖ toplam puan arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda depresyon hastalarında anksiyete komorbiditesinin daha şiddetli belirtilere yol açtığı, daha kötü tedavi yanıtı ve işlevsellikle ilişki olabileceği belirtilmiştir(208). 2013 yılında MDB hastalarının katıldığı bir çalışmada anksiyete şiddetinin, MDB'li hastalarda bozulmuş işlevsellik ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir(209). Çalışmamızda depresyon hastalarında anksiyete puanı artıkça işlevsellikte bozulmanın arttığı görülmüştür.

5.5.Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumların, Ruminasyonun, Nörotisizmin ve Umutsuzluğun Birbirleriyle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda duygusal istismar ile nörotisizm arasında korelasyon saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları çeşitli mekanizmalarla psikiyatrik hastalıklara yol açabileceği gibi, daha katı kişilik özelliklerinin gelişimine yol açabilir(7). Genç çevre etkileşimlerine ait çalışmalar, çocukluk çağı travmasının nörotisizm gelişimini artırabileceğini göstermiştir(210). Çocukluk çağı travması alt türleri ve nörotisizm ilişkisi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. 2014 yılında ergenlerde yapılan bir çalışmada duygusal istismar ve cinsel istismar ile yüksek nörotisizm puanı arasında ilişki saptanmışken (211) major depresyon hastalarının katıldığı başka bir çalışmada sadece cinsel istismar ile nörotisizm arasında ilişki olduğu belirtilmiştir(212). Çalışmamızda belirttiğimiz çalışmalardan farklı olarak sadece duygusal istismar ile nörotisizm arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu tespit ettik. Çalışmamızın farklı bir bölgede yapılması, kadınlarda daha fazla nörotisizm görülmesi (213), çalışma grubumuzda kadın sayısının fazla olması, kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek duygusal istismar oranı tespit etmiş olmamız, çalışma bulgumuz olan duygusal istismar ile nörotisizm ilişkisini destekleyebilir.

Çalışmamızda duygusal istismar ve duygusal ihmal ile umutsuzluk arasında korelasyon saptadık. Rosa ve Abramson çalışmalarında stresli olaylara tepki olarak yapılan olumsuz çıkarımların umutsuzluğa yol açacağını, duygusal istismarın bu olumsuz çıkarımları öngörebildiğini belirtmiştir(214). Gerçekleştirdiğimiz literatür taraması sonucunda majör depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulabildik. Afrika ve Amerikalı kadınlarda yapılan bir çalışma duygusal istismar ile artan umutsuzluk riski olduğunu göstermiştir(215). Monika ve ark ergen hastalarda yaptıkları çalışmada benzer şekilde duygusal istismar ile artan umutsuzluk düzeylerinin ilişkili olduğunu belirtmiştir(216). Bu çalışmalarla tutarlı olarak çalışmamızda duygusal istismar ve duygusal ihmal ile umutsuzluk arasında korelasyon olduğu saptadık. Umutsuzluk ile ilgili sorunları tespit edilen majör depresif bozukluk hastalarında duygusal istismar

ve duygusal ihmal ile ilgili süreçlerin psikiyatrik değerlendirmelerde göz ardı edilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda duygusal istismar düzeyi arttıkça bireylerin, daha fazla işlevsiz tutum gösterdiği saptanmıştır. Depresyonda Beck'in bilişsel teorisi olumsuz şema ve işlevsiz tutumlara odaklanır(217). Çocukluk çağı travmaları gelişim aşamasındaki bireyde olumsuz bilişsel yapılanmaya katkı sağlayarak ruminatif bilişsel stile ve işlevsel olmayan tutumlara neden olabilir(218). 2018 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, cinsel istismar ile işlevsel olmayan tutumlar arasında ilişki olduğunu belirtmiştir(219). Ülkemizde Akbaba ve ark MDB'li kadın hastalarda yapılan çalışmalarında işlevsel olmayan tutumlar ile duygusal istismar arasında bir ilişki olduğunu, çocukluk çağı travmasının bireyde işlevsiz tutumların gelişimini etkileyerek, depresyon riskini artırabileceğini öne sürmüştür (220). Çalışmamızda Akbaba ve ark yaptıkları çalışmaya benzer şekilde duygusal istismar düzeyi arttıkça işlevsel olmayan tutumların daha yüksek olduğunu bulduk.

Çalışmamızda duygusal istismar ile ruminasyon toplam puanı, saplantılı düşünce arasında korelasyon saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının ruminatif bir şekilde kişinin zihninde sürekli yer kaplamasının, olumsuz bilişlere daha kolay ulaşım sağlayıp, depresif süreci hızlandırabileceği, depresyon gelişimine aracılık edebileceği belirtilmiştir(107). Raes ve Hermans yaptıkları çalışmalarda ruminasyonun duygusal istismar ve depresyon arasında aracı bir rol oynadığı belirtmiştir(221). Bizde çalışmamızda duygusal istismar ile ruminasyonun bir alt boyutu olan saplantılı düşünce(broading) ve toplam ruminasyon puanı arasında anlamlı bir ilişki saptadık. Bunun yanında ruminasyonun bir diğer alt boyutu olan derin düşünce(reflection) arasında ilişki saptayamadık. Bu farklılık ruminasyonun derin düşünce alt boyutunun daha çok olumlu düşünce şeklinde çözüm odaklı bir yaklaşım içermesi, saplantılı alt boyutun daha kalıcı olumsuz düşüncelere neden olabilmesiyle ilişkili olabilir(13).

Depresyonda bilişsel tepkisellik üzerine yapılan araştırmalarda işlevsiz düşünme tarzlarının tek başına depresyonu hızlandırmak için yeterli olmadığı, etkinleştirici ajanların depresif şemaları aktive etmesinin gerekli olduğu ileri

sürülmektedir(222). Ruminasyonun saplantılı düşünce ve derin düşünce alt boyutlarının bu aktivasyonda rol alarak depresyon üzerindeki etkilerine aracılık edebileceği gösterilmiştir(222, 223). Nörotisizmde gerçekçi olmayan mükemmeliyetçi yaklaşımın, bireyin kendine yönelik ağır eleştirilerde bulunmasına yol açarak olumsuz bilişleri artırabileceği belirtilmiştir(224). Yapılan çalışmalarda işlevsel olmayan tutumların zayıf problem çözme becerisine yol açarak umutsuzlukluğa yordadığı gösterilmiştir(225). Çalışmamızda bu görüşlerle uyumlu olarak işlevsel olmayan tutumlar ile ruminasyon toplam skor, saplantılı düşünce, derin düşünce, nörotisizm ve umutsuzluk arasında ilişki olduğunu tespit ettik.

Çalışmamızda nörotisizm puanı artıkça saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam puanlarının arttığı saptanmıştır. Yapılan ikiz çalışmalarında nörotisizmin ruminasyonla güçlü ilişkisi olduğu, ruminasyonun duyguları yoğunlaştırıp, artıran bir düşünce kalıbı olduğu belirtilmiştir(226). Bazı çalışmalar nörotisizmin ruminasyonu artırdığını(227) ve saplantılı düşüncelerin depresyon gelişimine aracılık edebileceğini göstermiştir(228). Çalışmamız belirttiğimiz görüşlerle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızın diğer bir sonucuda depresyon hastalarında nörotisizm puanı artıkça umutsuzluk puanındaki artıştır. Yüksek nörotisizm özelliği olan bireylerin daha sık duygusal dengesizlik yaşadıkları umutsuzluk, karamsarlık, kaygı, depresyon gibi olumsuz durumlara eğilimlerin arttığı gösterilmiştir(229, 230). Çalışmamızda bu görüşü destekler nitelikte nörotisizm ile umutsuzluk arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

5.6. Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmalarının, İşlevsel Olmayan Tutumların, Ruminasyonun, Nörotisizmin ve Umutsuzluğun İşlevsellik İle İlişkisinin İncelenmesi

Yapılan çalışmalarda işlevselliğin genel olarak klinisyen tarafından semptomların iyileşmesiyle değerlendirildiği(231), hastaların ise normal aile ve sosyal hayata dönüş ve işe dönüş gibi işlevselliğin yeniden sağlanması ile değerlendirdiği belirtilmiştir(232). İnceleyebildiğimiz kadarıyla literatürde MDB

hastalarında psikososyal işlevselliğin hem hasta hemde klinisyen tarafından değerlendirildiği iki çalışma olduğunu gördük. 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada KİDÖ'nun hem klinisyen hemde hasta tarafından değerlendirildiğinde hastaların daha fazla alanda ve yüksek oranda işlevsellikte bozulma bildirdiği görülmüştür(28). MDB hastalarında KİDÖ'nun değerlendirildiği bir diğer çalışmada hastaların akut dönem sonrası ve remisyon dönemlerinde, klinisyenlerden daha fazla psikososyal işlevsellik üzerinde etki bildirdiği belirtilmiştir(29). Biz çalışmamızda hasta tarafından cevaplanması daha kolay olabilecek üç soru içeren SYYÖ'ni ve klinisyen tarafından doldurulan KİDÖ'ni kullandık.

Çalışmamızda duygusal istismar ile hastaların değerlendirdiği SYYÖ aile ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu, fiziksel istismar puanları ile hastaların değerlendirdiği SYYÖ toplam skor puanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönlü bir korelasyon olduğunu tespit ettik. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları daha düşük eğitim seviyeleri, suç işleme eğilimi, kötü mesleki sonuçlar, düşük benlik saygısıyla ilişkilendirmiştir(233). Çocukluk çağı travması olan bireylerde çocukluk çağı travması olmayanlara göre genel işlevsellikle ve mesleki işlevsellikte daha fazla bozulma olduğu gösterilmiştir(233, 234). MDB hastalarında yapılan çalışmalar özellikle bilişsel işlevselikte bozulmada çocukluk çağı travmaların rolü olabileceğini göstermiştir(235). Yakın tarihli bir çalışmada MDB hastalarında duygusal ihmal ve fiziksel istismarın; iş, aile, boş zaman, sosyal ilişkiler ve motivasyon/ilgi kaybı alanlarında işlevsellikte bozulmayla ilişkili olduğunu belirtilmiştir(236). Çalışmamızda duygusal istismar ile sadece SYYÖ aile ve evdeki sorumluluk alt ölçeği arasında ilişki olduğunu tespit ettik. Hasta grubumuzun çoğunluğunun kadın hastalardan oluşması, kadınların diğer bölgelere göre çalışma hayatına daha az katılıyor olması(237) sadece aile ve evdeki sorumluluk ölçeği arasında ilişki tespit etmemizi ve mesleki işlevsellikte bir ilişki tespit edemememizi açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızda fiziksel istismar puanı ile hastaların değerlendirdiği SYYÖ genel işlevsellik puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğunu tespit ettik. Bu beklenmedik bulgumuz kişilerin stresle farklı baş etme yöntemlerinin olması ve örneklem grubumuzun kendisi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda işlevsel olmayan tutumlar ile KİDÖ mesleki işlevsellik, boş zaman etkinlikleri, KİDÖ genel işlevselik puanı ve SYYÖ aile ve evdeki sorumluklar hariç diğer SYYÖ alt ölçekleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptadık. Literatürde inceleyebildiğimiz kadarıyla MDB hastalarında işlevsel olmayan tutumlar ile işlevselliğin ilişkisini araştıran bir çalışma bulduk. MDB hastalarında GAFS (Global İşleyiş Değerlendirmesi Ölçeği) kullanılarak yapılan bu çalışmada işlevsel olmayan tutumların mükemmeliyetçi alt boyutu ile psikososyal işlevsellik arasında ilişki olduğu gösterilmiştir(224). Bipolar hastalarda işlevsel olmayan tutumlarla işlevselliğin incelendiği bir çalışmada ise işlevsel olmayan tutumların işlevselliği öngörmede önemli bir rolü olabileceği belirtilmiştir(238). İşlevsel olmayan tutumların artması, kişinin kendisiyle ve diğer insanlarla kuracağı ilişkilerde katı tutumların artmasına yol açabilir. Bu nedenle işlevsel olmayan tutumlardaki artışın major depresif bozukluk hastalarındaki psikososyal işlevseliğe olumsuz bir etkisinin olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda nörotisizm ile sadece KİDÖ özerklik puanları arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bazı çalışmalarda nörotisizmde zihnin sürekli meşgul olmasının, dikkat ve konsantrasyonda azalma yaparak bilişsel işlevlerde azalmaya, mesleki ve kişiler arasında ilişkilerde problemlere yol açabileceği belirtilmiştir(224). İnceleyebildiğimiz kadarıyla major depresif bozukluk hastalarında nörotisizm ile işlevselliğin KİDÖ ile değerlendirildiği bir çalışma bulamadık. MDB hastalarında Groningen Sosyal Engellilik Çizelgesi (GSDS) ve fiziksel sağlığın değerlendirildiği (SF-36) ölçek ile yapılan çalışmada nörotisizmin sosyal ve fiziksel işlevsellikte azalmayla ilişkili olduğu saptanmıştır(239). Ayaktan psikiyatri hastaların değerlendirildiği Sosyal İşleyiş Anketi (SFQ) ve DSÖ Özürlülük Değerlendirme Ölçeği-II (WHODAS) kullanılarak yapılan bir çalışmada ise nörotisizm puanı yüksek olanlarda sosyal ve kişiler arası işlevsellik alanında azalma olduğu gösterilmiştir(240). Özerklik alt ölçeğinde yer alan evde sorumluluk üstlenme, kendi başına yaşayabilme gibi alanları değerlendiren sorular göz önüne alındığında bu sorularla ilgili stres oluşturabilecek durumlarda nörotisizm düzeylerinin major depresif bozukluk hastalarında yükselmesinin özerklik ile ilgili işlevsellikte sorunlara yol açabileceğini düşünülebilir.

Çalışmamızda saplantılı düşünce, derin düşünce ve toplam ruminasyon puanı ile klinisyen tarafından doldurulan KİDÖ'nün mali konular alt ölçeği hariç tüm işlevsellik alanlarında korelasyon saptanmıştır. Aynı zamanda saplantılı düşünce, derin düşünce ve toplam ruminasyon puanı ile hasta tarafından doldurulan SYYÖ toplam puan ve alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyonu bulunmuştur.

Literatürü incelediğimizde MDB hastalarında ruminasyon ile işlevsellik ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışma bulduk. Lam ve ark Sosyal Performans Ölçeği (SPS) kullanarak yaptıkları çalışmada yüksek ruminasyon düzeylerine sahip majör depresif bozukluk hastalarının sosyal işlevsellikte sorun yaşadıklarını göstermiştir(241). 2012 yılında Kuehner ve Huffziger, MDB hastalarında Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Ölçeği (SOFAS) kullanarak yaptıkları çalışmada ruminasyonun düşük sosyal ve mesleki işlevsellikle ilişkili olduğunu belirtmiştir(242). Watkins ve Brown ise yaptıkları çalışmada, depresyon hastalarında artmış ruminatif yanıtların dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ilişkili olabileceğini bildirmiştir(204). Major depresif bozukluk hastalarında nörokognitif işlevlerdeki bozulma ve bu bozulmanın hastaların işlevselliklerinde yarattığı etki bilinmektedir(243). Yukarıda belirttiğimiz dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozulma ile ruminasyon ilişkisi göz önüne alındığında çalışmamızda tespit ettiğimiz ruminasyonun MDB hastalarında işlevsellikte azalmaya katkıda bulunabileceğini düşünebiliriz. Çalışmamızda bu konuda kısıtlı literatüre katkı sağladığını düşünmekteyiz. Çalışmamız yukarıda bahsettiğimiz çalışmaları destekler niteliktedir. Ruminasyonu azaltmaya yönelik tekniklerin MDB hastalarında kullanılmasının işlevselikte iyileşmeye katkı sağlayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda umutsuzluk ile hasta tarafından değerlendirilen SYYÖ iş, sosyal yaşam/ boş zaman uğraşları, aile yaşamı/ evdeki sorumluluklar alt ölçekleri ve genel işlevsellik alanları arasında korelasyon olduğunu saptadık. Depresyonda bilişsel üçlünün bir parçası kabul edilen umutsuzluk ile çok sayıda çalışma olmasına rağmen inceleyebildiğimiz kadarıyla majör depresif bozukluk hastalarında genel işlevselliği değerlendiren bir çalışma bulduk. MDB ve bipolar hastaların katıldığı çalışmada, Ulusal Sağlık Ölçeğini (HoNOS) kullanılarak yapılan bir yıllık izlemde hastalardaki umutsuzluğun genel işlevselliğinin bir yordayıcısı olduğu

belirtilmiştir(244). Hastaların işlevselliğini artırmaya yönelik müdahalelerde umutsuzluk, karamsarlıkla ilgili işlevsel olmayan tutumları hedefleyen bilişsel yaklaşımlar hastaların işlevsellikliğini artırmaya yardımcı olabilir. Çalışmamızda sadece hastaların doldurduğu işlevsellik ölçeği ile umutsuzluk arasında ilişki tespit etmemiz, hastaların umutsuzluk kavramını daha farklı yorumlamasıyla ilişkili olabilir. Bu durumda MDB hastalarında günlük klinik uygulamalarda umutsuzluk üzerine hastaların ifadelerine daha fazla dikkat etmemiz gerektiği kanaatindeyiz.

5.7. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmamıza işlevsellik kaybına neden olabilecek organik hastalıkları olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi, katılımcıların eğitim yılı ortalamasının yüksek olması (hasta grubunda 12,8 yıl, kontrol grubundan 13,3 yıl), yaş, eğitim ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş hasta ve kontrol gruplarından oluşması çalışmamızın güçlü yönüdür. Çalışmamızda işlevselliğin hem hasta hem klinisyen tarafından değerlendirilmesi çalışmamızın önemli bir tarafıdır.

Araştırmamızın en önemli yöntemsel kısıtlılıklarından birisi araştırma sonuçlarının geriye dönük hatırlama yanılıgısına açık olmasıdır. Hem hasta özellikleri (hastalığın başlangıç yaşı, epizod sayısı) hem de çocukluk çağı travmaları geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Ayrıca olguların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması, örneklemin yalnızca üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşması, tedavide kullanılan ilaçların ve yan etkilerinin verilerimize etkilerinin araştırılmaması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarındandır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran, 83 majör depresif bozukluk tanılı hasta, yaş, eğitim ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş 83 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Çalışmamızın amacı gruplar arasında çocukluk çağı travması, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar, umutsuzluk ve nörotisizm özellikleri açısından fark olup olmadığını saptamak, çocukluk çağı travmalarının ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm ve umutsuzluk üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmak, çocukluk çağı travmalarının, ruminasyonun, işlevsel olmayan tutumların, nörotisizm ve umutsuzluğun unipolar majör depresif bozukluk hastalarının işlevselliği üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırmamızın bulgularına genel olarak bakacak olursak; hasta grubu ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, nörotisizm, işlevsel olmayan tutumlar, ruminasyon, umutsuzluk ve işlevsellik açısından önemli farklılıklar bulunduğunu tespit ettik. Duygusal istismar ile SYYÖ aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alt ölçeği arasında korelasyon olduğunu saptadık. Duygusal istismar ile işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm, ruminasyon, umutsuzluk arasında korelasyon olduğunu saptadık. İşlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve ruminasyon toplam skoru ile klinisyen tarafından değerlendirilen KİDÖ genel işlevsellik skorları arasında korelasyon olduğunu saptadık. Umutsuzluğun özbildirime dayalı SYYÖ’ünde genel işlevselliğe etki ettiğini saptadık. SYYÖ ile yaptığımız regresyon analizinde depresyon, anksiyete, fiziksel istismar, işlevsel olmayan tutumlar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve umutsuzluk değişkenlerinin dahil edildiği modelde, modelin SYYÖ toplam skorun %42,6’sini yordadığını, anksiyete puanı etkisinden bağımsız diğer değişkenlerin incelendiği modelin, SYYÖ toplam puanının %35,4’ünü açıkladığı, depresyon puanından bağımsız diğer değişkenlerin incelendiği modelin, SYYÖ toplam skordaki değişimin %36,1’ini açıkladığı, anksiyete ve depresyon puanları etkisinden bağımsız, diğer değişkenlerin incelendiği modelin, SYYÖ toplam puanındaki değişimin %33,3’ünü anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır. Bu modellerde anlamlı katkı sağlayan değişkenlerin fiziksel istismar, saplantılı düşünce, derin düşünce ve

umutsuzluk olduğu saplanmıştır. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, çocukluk şağı travmaların, ruminasyonun, işlevsel olmayan tutumların, nörotisizmin, umutsuzluğun hipotezimizi destekler şekilde MDB hastalarında işlevselliği etkilediği sonucuna varabiliriz. Major depresif bozukluk tanılı hastalarda işlevsellik düzeyinin, kişinin hayatını ciddi biçimde etkilediği düşünüldüğünde, psikoterapotik müdahalelerin önemi artmaktadır. şalışmamız MDB hastalarında işlevselliği etkileyen faktörleri göstermesi bakımından literatüre katkı sağlamaktadır. Ayrıca şalışmamız incelediğimiz kadarıyla MDB hastalarında işlevselliğin hem hasta hem de klinisyen tarafından değerlendirildiği çok az sayıdaki şalışmadan birisidir. Konu ile ilgili daha büyük rneklemliler şalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekte bu alanda yapılacak şalışmalar majör depresif bozukluk hastalarında işlevselliği etkilediğini düşündüğümüz, ruminasyon, işlevsel olmayan tutumlar, nörotisizm ve umutsuzluğa odaklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1117-25.
2. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacol Rep.* 2019;71(1):112-20.
3. 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):665-80.
4. Akbaba Turkoglu S, Essizoglu A, Kosger F, Aksaray G. Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *Int J Soc Psychiatry.* 2015;61(8):796-801.
5. Goldberg X, Serra-Blasco M, Vicent-Gil M, Aguilar E, Ros L, Arias B, et al. Childhood maltreatment and risk for suicide attempts in major depression: a sex-specific approach. *Eur J Psychotraumatol.* 2019;10(1):1603557-.
6. Nelson J, Klumpparendt A, Doeblner P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(2):96-104.
7. Hoppen TH, Chalder T. Childhood adversity as a transdiagnostic risk factor for affective disorders in adulthood: A systematic review focusing on biopsychosocial moderating and mediating variables. *Clin Psychol Rev.* 2018;65:81-151.
8. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(6):427-34.
9. Türkçapar H. H., depresyon klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi: epsilon yayınevi; 2018. 22-129. p.
10. Türkçapar H. bilişsel terapi. HYB yayıncılık 2017. p. 20-128.
11. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2017;212:110-6.
12. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee S-H. Rumination as a Mediator between Childhood Trauma and Adulthood Depression/Anxiety in Non-clinical Participants. *Front Psychol.* 2017;8:1597-.
13. Senormancı O, Konkan R, Guclu O, Şenormancı G, Sungur M. The relationship between dysfunctional attitudes, rumination response styles and depression. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2013;26:239-47.
14. Johnson DP, Whisman MA. Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Pers Individ Dif.* 2013;55(4):367-74.
15. ÇAKAR FS. Otomatik düşüncelerin umutsuzluk üzerindeki etkisinin incelenmesi: Benlik saygısının aracılık rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri.* 2014;14(5):1673-88.
16. Tetik S, Yurtsever H. Ön lisans öğrencilerin umutsuzluk algılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.* 2018;9(21):39-56.
17. Baryshnikov I, Rosenström T, Jylhä P, Koivisto M, Mantere O, Suominen K, et al. State and trait hopelessness in a prospective five-year study of patients with depressive disorders. *J Affect Disord.* 2018;239:107-14.
18. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, ; 2015.
19. Ekinci O, Ekinci A. Major Duygudurum Bozukluklarında Kisiligin Üç Boyutlu Degerlendirilmesi ve Klinik Özelliklerle Iliskisi/An Investigation of the Three Factor Model of Personality and its Relationships with Clinical Characteristics in Major Mood Disorders. *Noro-Psikiyatri Arsivi.* 2013;50(1):15.

20. ŞENGÜL SEDDAC. Psikiyatri Genetiği Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2016;Cilt 9 (1):52-7.
21. Goldstein BL, Klein DN. A review of selected candidate endophenotypes for depression. *Clinical psychology review*. 2014;34(5):417-27.
22. Ono K, Takaesu Y, Nakai Y, Shimura A, Ono Y, Murakoshi A, et al. Associations among depressive symptoms, childhood abuse, neuroticism, and adult stressful life events in the general adult population. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:477-82.
23. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. 2015;32(7):461-70.
24. Sheehan DV, Nakagome K, Asami Y, Pappadopulos EA, Boucher M. Restoring function in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2017;215:299-313.
25. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:90.
26. Sumiyoshi T, Watanabe K, Noto S, Sakamoto S, Moriguchi Y, Okamoto S. Prospective Epidemiological Research on Functioning Outcomes Related to Major Depressive Disorder in Japan (PERFORM-J): Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(6):e161-e.
27. Svendsen AM, Kessing LV, Munkholm K, Vinberg M, Miskowiak KW. Is there an association between subjective and objective measures of cognitive function in patients with affective disorders? *Nord J Psychiatry*. 2012;66(4):248-53.
28. Christensen MC, Wong CMJ, Baune BT. Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ? *Front Psychiatry*. 2020;11:280.
29. Baune BT, Christensen MC. Differences in Perceptions of Major Depressive Disorder Symptoms and Treatment Priorities Between Patients and Health Care Providers Across the Acute, Post-Acute, and Remission Phases of Depression. *Front Psychiatry*. 2019;10:335-.
30. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2(1):16065.
31. Celik F, Hocaoglu C. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6.
32. 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.
33. Ergör G. Türkiye Kronik Hastalılar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması: Diğer Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kazalar. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara. 2013.
34. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*. 2004;7(2):133-48.
35. Labaka A, Goñi-Balentiaga O, Lebeña A, Pérez-Tejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biol Res Nurs*. 2018;20(4):383-92.
36. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 2006;367(9505):153-67.
37. Fullerton J, Cubin M, Tiwari H, Wang C, Bomhra A, Davidson S, et al. Linkage analysis of extremely discordant and concordant sibling pairs identifies quantitative-trait loci that influence variation in the human personality trait neuroticism. *Am J Hum Genet*. 2003;72(4):879-90.

38. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. 2010;167(5):509-27.
39. Park C, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, Lee Y, Cao B, et al. Stress, epigenetics and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;102:139-52.
40. Türkiye Klinikler Journal of Psychiatry-Special Topics. 2016;9:52-60.
41. Gonul AS, Akdeniz F, Taneli F, Donat O, Eker C, Vahip S. Effect of treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(6):381-6.
42. Dwivedi Y. Emerging role of microRNAs in major depressive disorder: diagnosis and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(1):43-61.
43. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, Tang Y, Nair HP, Liu W, et al. Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65(2):190-200.
44. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*. 2009;12(3):342-8.
45. Sadock BJ SV, Çeviri Editörleri: Aydın H a. Kaplan and Saddock"s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2017.
46. Temel ve Klinik Psikiyatri. Karamustafaoğlu PDKO, editor. Ankara: Güneş Kitabevleri; 2018.
47. Uğuz Ş, Yurdagül E. Noradrenerjik sistem ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(4):19-23.
48. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*. 2012;35(1):51-71.
49. Köhler CA, Freitas TH, Maes M, de Andrade NQ, Liu CS, Fernandes BS, et al. Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(5):373-87.
50. Varma GS. Major Depresif Bozuklukta Nöroinflamatuvar Hipotez/Neuroinflammatory Hypothesis in Major Depressive Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2014;6(1):1.
51. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1):115-8.
52. Chen Y, Baram TZ. Toward Understanding How Early-Life Stress Reprograms Cognitive and Emotional Brain Networks. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(1):197-206.
53. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018;40:105-9.
54. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul. 1999:19-28.
55. Arkar H. Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5(1-3):37-40.
56. Ersever H. Öğrenilmiş çaresizlik. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1993;26(2):621-32.
57. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The Hopelessness Theory of Depression: A Quarter Century in Review. *Clin Psychol (New York)*. 2015;22(4):345-65.
58. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2015;19(2).
59. Biesheuvel-Leliefeld KE, Kok GD, Bockting CL, Cuijpers P, Hollon SD, van Marwijk HW, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord*. 2015;174:400-10.

60. Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, Sum MY, Sim K. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. *J Clin Psychopharmacol.* 2015;35(1):75-6.
61. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(11):993-9.
62. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2016;61(9):540-60.
63. Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, Gaur M. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(Suppl 2):S223-S9.
64. Cowen P, Harrison P, Burns T. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*: Oxford university press; 2012.
65. Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J, Thase M, Trivedi M, et al. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2010;167(Suppl 10):9-118.
66. Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review.* 2015;39:58-70.
67. Farah WH, Alsawas M, Mainou M, Alahdab F, Farah MH, Ahmed AT, et al. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *Evid Based Med.* 2016;21(6):214-21.
68. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2016;61(9):524-39.
69. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):977-82.
70. Howland RH, Shutt LS, Berman SR, Spotts CR, Denko T. The emerging use of technology for the treatment of depression and other neuropsychiatric disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2011;23(1):48-62.
71. Stagg CJ, Nitsche MA. Physiological basis of transcranial direct current stimulation. *Neuroscientist.* 2011;17(1):37-53.
72. Sachdev PS, Chen X. Neurosurgical treatment of mood disorders: traditional psychosurgery and the advent of deep brain stimulation. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(1):25-31.
73. Groves DA, Brown VJ. Vagal nerve stimulation: a review of its applications and potential mechanisms that mediate its clinical effects. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(3):493-500.
74. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 4. Neurostimulation treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2016;61(9):561-75.
75. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2012;4(2):154-77.
76. Rosellini AJ, Brown TA. The NEO Five-Factor Inventory: Latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment.* 2011;18(1):27-38.
77. Vukasović T, Bratko D. Heritability of personality: A meta-analysis of behavior genetic studies. *Psychol Bull.* 2015;141(4):769-85.

78. Lester D. Depression, Suicidal Ideation and the Big Five Personality Traits. *Austin J Psychiatry Behav Sci.* 2021;7(1):1077.
79. Allen B, Lauterbach D. Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies.* 2007;20(4):587-95.
80. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1998;7(1):121-35, ix.
81. FIRAT S, Baskak B. Gelişimsel travmanın uzun dönem etkileri ve bunlara aracılık eden nörobiyolojik mekanizmalar. *Kriz Dergisi.* 2012;20(1):25-42.
82. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi.* 2010;32(5):537-46.
83. World Health Organization. Child maltreatment 2019 [updated 8.06.2020. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
84. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(17):287-94.
85. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica.* 2004;35(2):82-6.
86. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi.* 2007;34(1):70-4.
87. UNICEF. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, 2010. Erişim yeri: http://www.unicef.org/tr/files/bilgimerk_ezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr_pdf, Erişim tarihi. 2018;15.
88. 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):1214-22.
89. İşeri E. Cinsel İstismar: İçinde Çuhadaroğlu Çetin F PB, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N(editörler) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2008,470-477.
90. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl.* 1997;21(4):391-8.
91. Özen N, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.* 1997;2(4):473-93.
92. Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008;45(3):177-82.
93. Lee S, Lyvers M, Edwards M. Childhood sexual abuse and substance abuse in relation to depression and coping. *Journal of Substance Use.* 2008;13(5):349-60.
94. O. P. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1: Tanımlar. Ankara: Seçkin. ; (2017). 782-3 p.
95. Pro P. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002. p. 57-86.
96. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH, Jr. Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics.* 2002;109(6):1100-7.
97. 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):241-58.
98. Şar V. E.Köroğlu C, Güleç ePTK, :Hekimler Yayın, 1998.s:823-833. B. Kötüye Kullanım ve İhmalle ilişkili Sorunlar Psikiyatri Temel Kitabı.
99. United Nations Children’s Fund M, Monitoring. Child Protection Systems: Proposed Core Indicators for the East Asia and Pacific Region, Strengthening Child Protection. Series n1. 2012.
100. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron.* 2016;89(5):892-909.

101. Lippard ETC, Nemeroff CB. The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *Am J Psychiatry*. 2020;177(1):20-36.
102. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord*. 2016;4(1):2-.
103. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(2):96-104.
104. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse Negl*. 2001;25(3):357-67.
105. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(12):1007-20.
106. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016;190:47-55.
107. Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion - COGNITION EMOTION*. 1993;7:561-70.
108. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(4):569.
109. Nolen-Hoeksema S. The response styles theory. *Depressive rumination*. 2004;107.
110. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*. 2003;27(3):247-59.
111. Verstraeten K, Bijttebier P, Vasey MW, Raes F. Specificity of worry and rumination in the development of anxiety and depressive symptoms in children. *Br J Clin Psychol*. 2011;50(4):364-78.
112. 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. *Depression and anxiety*. 2008;25(12):1067-70.
113. Abramson L, Metalsky G, Alloy L. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989;96:358-72.
114. Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*: Guilford Publications; 2015.
115. Hawton K, i Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):17-28.
116. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, et al. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):906-14.
117. Serafini G, Lamis DA, Aguglia A, Amerio A, Nebbia J, Geoffroy PA, et al. Hopelessness and its correlates with clinical outcomes in an outpatient setting. *Journal of Affective Disorders*. 2020;263:472-9.
118. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin; 1979.
119. Beck JS, Beck AT. *Cognitive therapy: Basics and beyond*: Guilford press New York; 1995.
120. Peng H, Long Y, Li J, Guo Y, Wu H, Yang Y, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning and dysfunctional attitude in depressed patients with and without childhood neglect. *BMC Psychiatry*. 2014;14:45-.
121. Yıldız M. Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyona etkisi. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*. 2017;1(1):1-7.

122. Sheehan KH, Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International clinical psychopharmacology*. 2008;23(2):70-83.
123. Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and Measuring Functional. *CNS Drugs*. 2010;24(4):267-84.
124. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9(1):1-9.
125. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Spann ME, Thompson HF, Prakash A. Assessing remission in major depressive disorder and generalized anxiety disorder clinical trials with the discan metric of the Sheehan disability scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011;26(2):75-83.
126. van der Voort TY, Seldenrijk A, van Meijel B, Goossens PJ, Beekman AT, Penninx BW, et al. Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(6):e809-14.
127. IsHak WW, James DM, Mirocha J, Youssef H, Tobia G, Pi S, et al. Patient-reported functioning in major depressive disorder. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016;7(3):160-9.
128. Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(8):570-6.
129. Israel JA. The Impact of Residual Symptoms in Major Depression. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2010;3(8):2426-40.
130. Bayad S, Elbir M, Topbaş Ö, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, et al. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirliği 2018.
131. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
132. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
133. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(8):742-7.
134. Yazici M, Demir B, Tanriverdi Taskintuna N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anxiety Rating Scale: Interrater reliability and validity study. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:114-7.
135. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
136. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169-90.
137. Sar V, Ozturk E, Ikikardes E. Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire. 2012.
138. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007;3(1):1-8.
139. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(3):193-200.
140. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. 1978.
141. Şahin NH, Şahin N. How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *British Journal of Medical Psychology*. 1992;65(1):17-26.

142. ERDUR BAKER Ö, BUGAY TUNA A. The Turkish version of the Ruminative Response Scale An examination of its reliability and validity. 2012.
143. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. UMutsuzlukölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*. 1993;1(3).
144. Durak A, PALABIYIKOĞLU R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz dergisi*. 1994;2(2):311-9.
145. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj B. The measurement of disability. *International clinical psychopharmacology*. 1996.
146. Karancı A, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(3):1-8.
147. Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*. 2006;5(4):119-22.
148. LaPierre TA. Marital status and depressive symptoms over time: age and gender variations. *Family Relations*. 2009;58(4):404-16.
149. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D. Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *Can J Psychiatry*. 2009;54(10):701-9.
150. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):189-99.
151. Yeşilyurt ME, Karadeniz O, Gülel FE, Çağlar A, Uyar SG. Türkiye'de illere göre ortalama ve beklenen okullaşma yılı. *Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies*. 2016;3(1):1-7.
152. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321-42.
153. ÇELİK FGH, Hocoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(4):695-711.
154. Scholle SH, Rost KM, Golding JM. Physical abuse among depressed women. *Journal of General Internal Medicine*. 1998;13(9):607-13.
155. Enstitüsü HÜNE. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (Özet Rapor 2014). 2014.
156. OKANLI A, Nadiye Ö, AKYIL RÇ, KOÇKAR Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(4):38-44.
157. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):149-52.
158. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety*. 2007;24(4):268-72.
159. Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2001;2:5-15.
160. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clinical Psychology Review*. 2015;38:79-91.
161. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin FÇ. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (1). 2013:69-76.
162. Bakanlığı TS, Osman BPD. Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik Ve Sosyokültürel Özellikleri.
163. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(5):581-91.
164. Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J R Soc Med*. 2014;107(5):194-204.

165. Hafferty JD, Navrady LB, Adams MJ, Howard DM, Campbell AI, Whalley HC, et al. The role of neuroticism in self-harm and suicidal ideation: results from two UK population-based cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019;54(12):1505-18.
166. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008;23(2):77-84.
167. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313-21.
168. Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(2):126-34.
169. Annagür BB, Tamam L. Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *AJCI*. 2010;4:111-7.
170. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America : the epidemiologic catchment area study*. New York; Toronto; New York; Oxford: Free Press ; Collier Macmillan Canada ; Maxwell Macmillan International; 1991.
171. Women AA. Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011;2(2):90-3.
172. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.
173. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 1999;29(3):655-68.
174. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):5-13.
175. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord*. 1997;45(1-2):19-30.
176. Yüksel N. Dirençli Depresyonların Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* S. 1998;2.
177. Annagür BB, Tamam L. Major Depresyon Hastalarında Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *AJCI*. 2010;4:111-7.
178. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):617-26.
179. Yildirim F, Küçükgöncü S, Beştepe EE, Yildirim MS. Erişkin Unipolar Depresyon Örnekleminde Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantılarının İntihar Girişimi ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2014;51(2).
180. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
181. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(12):983-98.
182. Lin CH, Yen YC, Chen MC, Chen CC. Depression and pain impair daily functioning and quality of life in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2014;166:173-8.
183. Hammer-Helmich L, Haro JM, Jönsson B, Tanguy Melac A, Di Nicola S, Chollet J, et al. Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:239-49.
184. IsHak WW, James DM, Mirocha J, Youssef H, Tobia G, Pi S, et al. Patient-reported functioning in major depressive disorder. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016;7(3):160-9.

185. Moskva V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and anxiety*. 2007;24(3):163-8.
186. Türkoğlu E, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının p01 Araştırılması. 2000.
187. Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14:93-9.
188. Rukiye A, KILINÇEL O. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Çocukluk Çağı Travması Varlığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 11(1):67-75.
189. Hankin BL. Stability of cognitive vulnerabilities to depression: a short-term prospective multiwave study. *Journal of abnormal psychology*. 2008;117(2):324-33.
190. Thomas J, Altareb B. Cognitive vulnerability to depression: an exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2012;85(1):117-21.
191. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:269-95.
192. Xia J, He Q, Li Y, Xie D, Zhu S, Chen J, et al. The relationship between neuroticism, major depressive disorder and comorbid disorders in Chinese women. *Journal of affective disorders*. 2011;135(1-3):100-5.
193. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*. 1993;1(3).
194. TERCANLI N, DEMİR V. Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi (Gümüşhane ili örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(1):29-40.
195. Fadiloğlu Ç, Cantılav Ş, Yildirim Yk, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başatma davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;22(2):147-60.
196. Júnior J, Fernandes A, Medeiros A, Vasconcelos C, Amorim L, Queiroga M, et al. Hopelessness in the elderly: A systematic review. *MOJ Gerontology and Geriatrics*. 2018;3:273-8.
197. Şanlı Kula K, Saraç T. Üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;13(33):227-42.
198. Howe D. Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention. 2005.
199. Kessing L, Andersen P. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;135(1):51-64.
200. Kessing LV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol Med*. 1998;28(5):1027-38.
201. 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-e.
202. Lee M-A. Emotional abuse in childhood and suicidality: The mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2015;44:130-9.
203. Dobson KS, Shaw BF. Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 1986;10(1):13-29.
204. Watkins E, Brown RG. Rumination and executive function in depression: an experimental study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72(3):400-2.
205. Iqbal N, Dar KA. Negative affectivity, depression, and anxiety: Does rumination mediate the links? *J Affect Disord*. 2015;181:18-23.
206. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(3):504-11.

207. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *J Psychiatr Res.* 2020;129:181-8.
208. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF, 3rd. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety.* 2001;14(2):86-93.
209. Gili M, Toro MG, Armengol S, García-Campayo J, Castro A, Roca M. Functional Impairment in Patients with Major Depressive Disorder and Comorbid Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2013;58(12):679-86.
210. Dudley KJ, Li X, Kobor MS, Kippin TE, Bredy TW. Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2011;35(7):1544-51.
211. Li X, Wang Z, Hou Y, Wang Y, Liu J, Wang C. Effects of childhood trauma on personality in a sample of Chinese adolescents. *Child Abuse Negl.* 2014;38(4):788-96.
212. Gamble SA, Talbot NL, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman AM, et al. Childhood sexual abuse and depressive symptom severity: the role of neuroticism. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(5):382-5.
213. Weisberg YJ, Deyoung CG, Hirsh JB. Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Front Psychol.* 2011;2:178-.
214. Rose DT, Abramson LY. Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. *Developmental perspectives on depression. Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 4.* Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 1992. p. 323-49.
215. Lamis DA, Wilson CK, Shahane AA, Kaslow NJ. Mediators of the childhood emotional abuse-hopelessness association in African American women. *Child Abuse Negl.* 2014;38(8):1341-50.
216. Courtney EA, Kushwaha M, Johnson JG. Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Emotional Abuse.* 2008;8(3):281-98.
217. Beck AT. Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application.* 2002;14(1):29-61.
218. Hankin BL, Oppenheimer C, Jenness J, Barrocas A, Shapero BG, Goldband J. Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: review of processes contributing to stability and change across time. *J Clin Psychol.* 2009;65(12):1327-38.
219. Wang D, Lu S, Gao W, Wei Z, Duan J, Hu S, et al. The Impacts of Childhood Trauma on Psychosocial Features in a Chinese Sample of Young Adults. *Psychiatry Investig.* 2018;15(11):1046-52.
220. Akbaba Turkoglu S, Essizoglu A, Kosger F, Aksaray G. Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *International journal of social psychiatry.* 2015;61(8):796-801.
221. 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):1067-70.
222. Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):749-55.
223. Lo CSL, Ho SMY, Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy.* 2008;46(4):487-95.
224. Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive psychiatry.* 2009;50(4):335-46.

225. Cannon B, Mulroy R, Otto MW, Rosenbaum JF, Fava M, Nierenberg AA. Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *J Affect Disord.* 1999;55(1):45-9.
226. du Pont A, Rhee SH, Corley RP, Hewitt JK, Friedman NP. Are rumination and neuroticism genetically or environmentally distinct risk factors for psychopathology? *Journal of abnormal psychology.* 2019;128(5):385-96.
227. Hervas G, Vazquez C. What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion.* 2011;11(4):881-95.
228. Lyon KA, Elliott R, Brown LJE, Eszlari N, Juhasz G. Complex mediating effects of rumination facets between personality traits and depressive symptoms. *Int J Psychol.* 2020.
229. Atak H. On-Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk Kültürü'ne Uyarlanması. 2013.
230. BULUT SS. Beş faktör kişilik özellikleri, stresle başa çıkma ve depresyon arasındaki ilişkiler: Gazî eğitim fakültesi örneği. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim (TEKE) Dergisi.* 2017;6(2):1205-21.
231. Kennedy S. Full remission: a return to normal functioning. *J Psychiatry Neurosci.* 2002;27(4):233-4.
232. Battle CL, Uebelacker L, Friedman MA, Cardemil EV, Beevers CG, Miller IW. Treatment goals of depressed outpatients: a qualitative investigation of goals identified by participants in a depression treatment trial. *J Psychiatr Pract.* 2010;16(6):425-30.
233. Latham RM, Meehan AJ, Arseneault L, Stahl D, Danese A, Fisher HL. Development of an individualized risk calculator for poor functioning in young people victimized during childhood: A longitudinal cohort study. *Child abuse & neglect.* 2019;98:104188-.
234. Jaffee SR, Ambler A, Merrick M, Goldman-Mellor S, Odgers CL, Fisher HL, et al. Childhood Maltreatment Predicts Poor Economic and Educational Outcomes in the Transition to Adulthood. *Am J Public Health.* 2018;108(9):1142-7.
235. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res.* 2010;176(2-3):183-9.
236. Salvat-Pujol N, Labad J, Urretavizcaya M, De Arriba-Arnau A, Segalàs C, Real E, et al. Childhood Maltreatment and Its Interaction with Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Activity and the Remission Status of Major Depression: Effects on Functionality and Quality of Life. *Brain Sci.* 2021;11(4):495.
237. De Venter M, Elzinga BM, Van Den Eede F, Wouters K, Van Hal GF, Veltman DJ, et al. The associations between childhood trauma and work functioning in adult workers with and without depressive and anxiety disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2020;63(1):e76-e.
238. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Gadelrab HF, Cabello M, Torrent C, Bonnin Cdel M, et al. The role and impact of contextual factors on functioning in patients with bipolar disorder. *Disabil Rehabil.* 2010;32 Suppl 1:S94-s104.
239. Rhebergen D, Beekman ATF, de Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Hoogendijk WJ, et al. Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. *Journal of Affective Disorders.* 2010;124(1):148-56.
240. Clark LA, Ro E. Three-pronged assessment and diagnosis of personality disorder and its consequences: personality functioning, pathological traits, and psychosocial disability. *Personal Disord.* 2014;5(1):55-69.
241. Lam D, Schuck N, Smith N, Farmer A, Checkley S. Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2003;75(3):279-83.
242. Kuehner C, Huffziger S. Response styles to depressed mood affect the long-term course of psychosocial functioning in depressed patients. *J Affect Disord.* 2012;136(3):627-33.

243. Yilmaz S, Sarisoy G, İAHİN AR, Arik AC, Güz H, Böke Ö, et al. Majör depresif bozukluk hastalarında nöbet sayısının remisyon sırasındaki nörobilişsel işlevlerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(3).
244. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Sarno S, Erbuto D, et al. Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):216-22.



EKLER

EK 1.Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı soyadı:
2. yaşı:
3. cinsiyeti: 1)E 2)K
4. Medeni hali: 1) bekar 2)evli 3)boşanmış
5. Nasıl yaşıyor? 1) yalnız 2) ailesiyle 3) arkadaşlarıyla
6. Evlilik sayısı:
7. Çocuk sayısı:
8. Eğitim yılı:
9. İş durumu: 1) şu an çalışıyor 2) şu an işsiz 3) emekli 4) öğrenci
10. Aylık gelir(çalışıyorsa) 1) 0-1500 lira arası: 2) 1500-3000 lira arası:
3) 3000-5000 lira arası: 4) 5000 lira ve üzeri:
11. Anne- baba boşanma öyküsü var mı? 1)hayır 2)evet
12. Boşanma olduysa hasta kaç yaşındayken olmuş?
13. Çeşitli sebeplerle anne babasından ayrı yaşamak zorunda kalmış mı? 1)hayır
2) evet
14. Ayrı yaşamak zorunda kaldırsa hasta kaç yaşındayken olmuş sebebi nedir?
15. Çocukken kendi sahip oldukları evlerinde mi yaşamışlar? 1)hayır 2)evet
16. Anne hayatta mı? 1)hayır 2)evet
17. Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?
18. Baba hayatta mı? 1)hayır 2)evet
19. Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?
20. Kardeşlerinden ölen var mı? 1)hayır 2)evet
21. Kardeşlerinden ölen varsa hasta kaç yaşındayken ölmüş?
22. Hayatının bir döneminde partnerinden fiziksel şiddet görmüş mü? 1)hayır 2)evet
23. Herhangi bir sebeple hastanede yatış öyküsü var mı? 1)hayır 2)evet
24. Hastanede yatmışsa hangi hastalıktan ve kaç yaşında hastanede yatmış?
25. Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü var mı? 1) hayır 2) evet
26. Psikiyatri kliniğinde yatmışsa ilk kez kaç yaşında yatmış?
27. Kaç kez psikiyatri yatışı olmuş?
28. Major depresyon tanısını aldığı yaş:
29. M.depresyon epizod sayısı:
30. Su an ilaç kullanıyor mu? 1) hayır 2)evet
31. Halen kullandığı ilaçların isimler ve dozu:
1) essitalopram ve dozu:
2) sitalopram ve dozu
3) sertralin ve dozu:

4) paroksetin ve dozu:

5)fluoksetin ve dozu:

6) venlafaksin ve dozu:

7)bupropion ve dozu:

8)duloksetin ve dozu:

9) diğ er:

32. İntihar girişimi var mı? **1) yok 2) var**

33. Varsa intihar girişimi sayısı:

34. Hayatı boyunca; cildini kesme, cildini çizme, kendini ısırma, derisini yolma, kendine vurma, kendini yakma, yara iyileşmesini bozmak şeklinde gibi metotlarla hiç kendisine zarar verme(self mutilasyon) girişimi olmuş mu? **1)hayır 2)evet**

35. Genel tıbbı durumunu etkilemeyecek düzeyde, takip ya da tedavi gerektiren hastalığı var mı? **1) hayır 2)evet**

36. Varsa nedir?

37. Ailede (birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya çocuk) psikiyatrik bozukluk var mı? **1) yok 2)var**

38. Varsa tanısı ne? **1)majör depresif bozukluk 2) bipolar affektif bozukluk 3) şizofreni 4)şizoaffektif bozukluk 5) panik bozukluğu 7) alkol kullanım bozukluğu 8) madde kullanım bozukluğu 10) demans 11) Yaygın anksiyete bozukluğu 12) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 13) Obsesif kompulsif bozukluk 14)somatizasyon bozukluğu 16) başka:**

39. Madde kullanım hikayesi mevcut mu? **1) yok 2)var**

40. Varsa ne kullanmış? 1) esrar 3) metamfetamin 4) kokain 5)eroin 6)başka:

41. Sigara kullanım hikayesi var mı? **1) yok 2) var**

42. Alkol kullanımı hikayesi var mı? **1)yok 2)var**

43. Hamilton Depresyon  lçeği Skoru:

44. Hamilton Anksiyete Skoru:

45. Kısa işlevsellik değerlendirme  lçeği

46. SYY  lçeği:

47. Çocukluk  ağı travma  lçeği:

48. İşlevsel olmayan olmayan tutumlar:

49. Ruminatif tepkiler  lçeği kısa form (RT -KF):

50. Beck umutsuzluk  lçeği:

51. Eysenck Kişilik Anketi –Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA- GGK)
Nörotisizm Alt Puanı:

EK 2.Hamilton depresyon ölçeği

Adı:	Yaşı:
Soyadı:	Cinsiyeti:
Her maddede, hastayı en iyi karakterize eden cevabı belirleyen durumu kodlayınız.	
1. Depresif Ruh Hali(Keder,ümitsizlik,değersizlik)	
0. Yok	
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.	
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.	
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen,sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.	
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.	
2. Suçluluk duyguları	
0. Yok	
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdiğünü sanıyor.	
2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.	
3. Şimdilik hastalığı bir cezalandırılmadır Suçluluk hez/cyanları.	
4 Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.	
3. İntihar	
0. Yok	
1 Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.	
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.	
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.	
4 İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir).	
4. Uykuya dalamamak	
0. Bu konuda zorluk çekmiyor.	
1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.	
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.	
5. Gece yarısı uyanmak	
0. Herhangi bir sorunu yok.	
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.	
2. Geceyarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir(Herhangi bir neden olmaksızın)	
6. Sabah erken uyanmak	
0. Herhangi bir sorunu yok.	
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.	
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.	
7. Çalışma ve aktiviteler	
0. Herhangi bir sorunu yok.	
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.	
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ya da aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)	
3. Aktivitelerine harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken hergün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.	
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir	
8. Retardasyon	
0. Düşünceleri ve konuşması normal.	
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.	
2. Görüşme sırasında çokça retardasyon hissediliyor	
3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor	
4. Tam stuporda	

Tarih

9. Ajitasyon 0. Yok. 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.					
10. Psikik anksiyete. 0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Subjektif gerilim ve iritabilite. 2. Küçük şeylere üzüiliyor 3. Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.					
11. Somatik anksiyete 0. Yok 1. Hafif 2. İlmli 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli Anksiyeteye eşlik eden şu gibi fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp geçirme. Kardiyovasküler: Palpitasyon, başağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme. Sık sık idrara çıkma. Terleme.					
12. Somatik semptomlar- Gastrointestinal 0. Yok. 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor veya ilaca ihtiyaç duyuyor.					
13. Somatik semptomlar-Genel 0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, başağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikayet. 2 puanla değerlendirilir.					
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları v.b.) 0. Yok. 1. Hafif. 2. Şiddetli. 3. Anlaşılamadı.					
15. Hipokondriyaklık 0. Yok. 1. Kuruntulu. 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyaklık delüsyonları.					
16. Zayıflama (A ya da B' yi doldurunuz) A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok 1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda. 0. Haftada 0.5 kg.' dan daha az zayıflama. 1. Haftada 0.5 kg.' dan daha fazla zayıflama. 2. Haftada 1 kg.' dan daha fazla zayıflama.					
17. Durumu hakkında görüşü 0. Hasta ve ve depresyonda olduğunu bilincinde. 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklim, kötü yiyecekler, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.					
TOPLAM					
Değerlendirme 0-13: Depresyon Yok 14-27: Hafif Depresyon 28-41: Orta depresyon 42-53: Şiddetli depresyon					

EK 3. Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kısıtlı inkapasite durumuna getirebilir)

Birini İşaretleyin

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAJ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon gücü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAJ: İlti yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, dış gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, kanncalanma duygusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüsle ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistol. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüsle baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, fibrjidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı solunum, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupil, egzofthalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:
(1,2,3,5,6)SOMATİK
(4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

EK 4. Kısa işlevsellik Değerlendirme Ölçeği

KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır?

Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az

ÖZERKLİK	
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0) (1) (2) (3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0) (1) (2) (3)
3. Alışveriş yapabilme	(0) (1) (2) (3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK	
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	(0) (1) (2) (3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0) (1) (2) (3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK	
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0) (1) (2) (3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0) (1) (2) (3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0) (1) (2) (3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0) (1) (2) (3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR	
15. Kendi parasını idare edebilme	(0) (1) (2) (3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme	(0) (1) (2) (3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0) (1) (2) (3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0) (1) (2) (3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0) (1) (2) (3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ	
23. Egzersiz veya spor yapma	(0) (1) (2) (3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3)

zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

EK 5.Çocukluk çağı travma ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	1. Hiç Bir Zaman	2. Nadiren	3. Kimi zaman	4. Sık olarak	5.Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanla söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK 6.İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)

FOTÖ (DAS)

Tarih.../.../.....

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir. Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüz yansıtmasına özen gösterin.

1. Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkındaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum

10. İnsan bir işi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
14. Bir işte tümiyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
17. Sonucu başarısızlıkta olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
19. Başkalarının benim hakkındaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum

21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvенеbileceği başka insanların olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum

31. Bana zarar verebileceklerin düşündüğünden diğer insanlara güvenmem
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
34. Muthuluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarını onaylaması gerekmez.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
36. İnsan, sorunlardan uzak durabildiği sürece sorunlarda ortadan kalkar.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
38. Başka insanların benim hakkında ne düşündükleri benim için önemlidir.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum

EK 7.Ruminasyon Tepki Ölçeği Kısa form

RUMİNATİF TEPKİ ÖLÇEĞİ(KISA FORM)

İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler. Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, son iki hafta içinde, belirtilenleri ne kadar sıklıkta yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekte ne yaptığınızı belirtin.

1	2	3	4
Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her Zaman

1. ___ “Bunu hak etmek için ne yaptım” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
2. ___ Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
3. ___ “Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
4. ___ Bir köşeye çekilip “neden bu şekilde hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
5. ___ Ne sıklıkla, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?
6. ___ Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında “Keşke daha iyi sonuçlansaydı” ne sıklıkla düşünüyorsun?
7. ___ “Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
8. ___ “Neden olayları daha iyi idare edemiyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?
9. ___ Kişilik özelliklerini analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” ne sıklıkla düşünüyorsun?
10. ___ Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?

EK 8.Eysenck Kişilik Anketi (EKA-GGK) Kısa Form Nörotisizm Alt Ölçeği

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, ‘Evet’ yada ‘Hayır’ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

N1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?

Evet Hayır

N9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi?

Evet Hayır

N11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?

Evet Hayır

N14. Kaygılı bir kişi misiniz?

Evet Hayır

N18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?

Evet Hayır

N21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi?

Evet Hayır

EK 9.Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

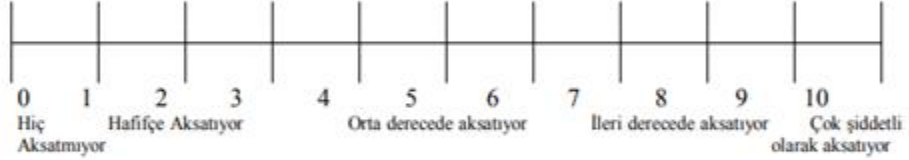
- ___ 1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum
- ___ 2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___ 3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___ 4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___ 5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___ 6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
- ___ 7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___ 8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___ 9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.
- ___ 10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
- ___ 11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor
- ___ 12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
- ___ 13- Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___ 14- İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___ 15- Geleceğe büyük inancım var.
- ___ 16- Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___ 17- Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___ 18- Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___ 19- Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum.
- ___ 20- İstedğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK 10. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

Ad ve soyad:
Tarih:

SHEEHAN YETİYİTİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki şekilde görülen 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş ölçekte, şu anda belirtilen alanların her biri için ne kadar etkilendiğinizi ya da kısıtlandığınızı en iyi tanımlayan sayıyı kutu içine yazınız.



İş:

Şu anda sorunuz nedeniyle işiniz ne kadar aksamaktadır.

(0 – 10)

Sosyal Yaşam ve Boş Zaman Uğraşları:

Şu anda sorunuz nedeniyle sosyal yaşamınız.

Ve boş zaman uğraşlarınız ne kadar aksatmaktadır?

(0 – 10)

Aile Yaşamı ve Evdeki Sorumluluklar:

Şu anda sorunuz nedeniyle aile yaşamınız

ve eve ait sorumluluklarınız ne kadar aksamaktadır?

(0 -10)