



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALAN
HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ VE OLUMSUZ YAŞAM
OLAYLARININ KARAR VERME ÜZERİNE
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. NURAN BİLGİN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR

AYDIN-2021

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALAN
HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ VE OLUMSUZ YAŞAM
OLAYLARININ KARAR VERME ÜZERİNE
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. NURAN BİLGİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR

AYDIN-2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecimde, bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim ve bu istifadeden dolayı mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım, sayın hocam Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR' a,

Anabilim Dalı Başkanımız olarak karşılaştığımız sorunları anlayışla dinleyen, desteğini her zaman hissettiğim, eğitim hayatıma önemli katkıları bulunan ve beni meslek hayatına hazırlayan sayın hocam Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK' a,

Beni yetiştiren, yol gösteren, deneyimlerini benimle paylaşan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Bilge Doğan, Doç. Dr. Çağdaş Öykü Memiş, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge Şair'e ve tez jürimde yer alarak katkıda bulunan Prof. Dr. Selim TÜMKAYA' ya,

Tezim ile ilgili sorularımı sabır ile cevaplayan ve yardımlarını esirgemeyen sayın Dr. Öğr. Üyesi Kaya OĞUZ' a,

Tez çalışmam sırasında bana özverileriyle destek olan ve ilerlememi sağlayan başta Dr. T. Eda TOPALOĞLU, Dr. Tuğba AYDIN SEYREK, Dr. İrem SARAÇOĞLU, Dr. Vasfiye ÖZEK olmak üzere, nice güzel anılar biriktirdiğim, beraber çalışmaktan dolayı mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşire, psikolog, sekreter, personellerine ve tez çalışmam boyunca bana büyük kolaylık sağlayan güvenlik görevlimiz sayın Ahmet CEMİLAKYÜZ' e

Varlığı ile hayatıma eşsiz bir anlam katan ve bu süreçte bana güç veren sevgilim Uzm. Dr. Deniz KANAT' a, onun değerli ailesine ve

Her anımda sonsuz sevgi, destek ve güvenlerini hissettiğim, bu günlerimin asıl mimarı olan canım aileme

En içten teşekkür ve saygılarımı sunarım...

Dr. Nuran BİLGİN

Aydın-2021

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
TABLO DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Major Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.4.1. Genetik	6
2.1.4.2. Biyolojik etkenler	6
2.1.4.2.1. Biyojenik aminler	6
2.1.4.2.2. Nöropeptidler.....	8
2.1.4.2.3. Nöroplastisite ve Nörotrofinler.....	8
2.1.4.2.4. Nörogenesis	8
2.1.4.2.5. Nöroendokrin sistem	9
2.1.4.2.6. Nöroanatomi ve beyin görüntüleme çalışmaları.....	9
2.1.4.3. Psikososyal kuramlar.....	10
2.1.4.3.1. Psikanalitik kuram	10
2.1.4.3.2. Davranışçı kuram.....	11
2.1.4.3.3. Yaşam olayları ve çevresel stres.....	11
2.1.4.3.4. Bilişsel kuram	12

2.1.5. Klinik ve Seyir.....	12
2.1.6. Tanı.....	13
2.1.7. Depresyonun Sınıflandırılması.....	15
2.2. Travmatik Yaşam Olayları	15
2.2.1. Travma ve Travmatik Olay Tanımı	15
2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri	15
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	16
2.2.4. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi.....	16
2.2.5. Travmatik Yaşam Olaylarının Majör Depresif Bozukluk ile İlişkisi	17
2.3. Karar Verme	19
2.3.1. Karar Verme Kavramı	19
2.3.2. Karar Vermenin Nörobiyolojisi ve Somatik İşaretleyiciler Hipotezi.....	20
2.3.3. Karar Verme ve Depresyon	23
2.4. Çalışmanın Hipotezi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Hasta Seçimi.....	25
3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	25
3.2.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	25
3.2.2. Sağlıklı kontrol grubunda çalışmaya alınma kriterleri	26
3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	26
3.3.1. Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	26
3.3.2. Sağlıklı Kontrol Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	26
3.4. Uygulanan Formlar ve Ölçekler	27
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	27

3.4.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)	27
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	27
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği	28
3.4.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği	28
3.4.6. Iowa Kumar testi (IKT)	28
3.4.7. Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)	29
3.4.8. Dsm-5 için Yaşam Olayları Kontrol Listesi	29
3.5. İstatistiksel Yöntemler	30
4. BULGULAR	31
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	31
4.2. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayları Yaşama Durumları Bakımından Karşılaştırılması	35
4.3. Katılımcıların Klinik Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması	39
4.4. Katılımcıların Klinik Ölçek Puanları ile Karar Verme Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	43
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇLAR	59
ÖZET	61
SUMMARY	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	80

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve gruplar arasındaki ilişkisi	32
Tablo II. Katılımcıların gruplara göre klinik özellikleri ve yaşam davranışları.....	34
Tablo IIIa. Katılımcıların gruplara göre olumsuz yaşam olayları durumlarının incelenmesi.	36
Tablo IIIb. Katılımcıların gruplara göre olumsuz yaşam olayları durumlarının incelenmesi	37
Tablo IV. Katılımcıların gruplara göre ÇÇT ölçeği alt boyutlarının incelenmesi.....	40
Tablo V. Katılımcıların gruplara göre Beck Depresyon Ölçeği kategorileri arasındaki ilişki	41
Tablo VI. Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği kategorileri arasındaki ilişki	41
Tablo VII. Katılımcıların gruplara göre MKVÖ-1 skorlarının ilişkisi.....	41
Tablo VIII. Katılımcıların gruplara göre MKVÖ-2 skorlarının ilişkisi	42
Tablo IX. Katılımcıların gruplara göre IKT skorlarının ilişkisi	43
Tablo X. Tüm gruplarda ÇÇT ölçeği puanı ile IKT skorları ve MKVÖ-1,2 puanlarının korelasyon ilişkisi.....	43
Tablo XI. ÇÇT olan hasta grupta IKT skorları ve MKVÖ- 1,2 ölçek puanlarının istismar ve ihmal puanları ile korelasyonu	44
Tablo XII. Hasta grupta Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanı ile MKVÖ puanlarının ilişkisi.....	45
Tablo XIII. Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanının dikkatli tip puanına etkisinin lineer regresyonla değerlendirilmesi.....	45
Tablo XIV. Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği skorunun panik tip puanına etkisinin lineer regresyonla değerlendirilmesi.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5-HTT	: Serotonin taşıyıcı gen
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDNF	: Beyin kökenli nörotrofik faktör
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
COMT	: Katekol-o-metiltransferaz
CRH	: Kortikotropin salıverici hormon
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
DAT	: Dopamin Transporter
DLPFK	: Dorsolateralprefrontal korteks
DMN	: Default Mode Network
DRD4	: Dopamin D4 Reseptörü
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GABA	: Gama amino bütirik asit
HPA	: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Eksen
HPT	: Hipotalamo-Pitüiter-Tiroid Eksen
IKT	: Iowa Kumar Testi
MAO	: Monoamin oksidaz
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
Met	: Metionin aminoasidi
MKVÖ	: Meulborne Karar Verme Ölçeği
n	: Örneklem sayısı
NMDA	: N-metil-D-aspartik asit
OFK	: Orbitofrontal korteks
SCİD-5/CV	: DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu

SERT	: Serotonin taşıyıcı protein
SİH	: Somatik işaretleyici hipotezi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart sapma
TRH	: Tirotropin salıveren hormon
TSH	: Tiroid stimüle edici hormon
Val	: Valin aminoasidi
VMPFC	: Ventromedial Prefrontal Korteks
WCST	: Wisconsin Kart Eşleme Testi

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	80
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	81
Ek 3. Yaşam Olayları Kontrol Listesi-S	84
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği	85
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği	86
Ek 6. Melbourne Karar Verme Ölçeği-1-2	87
Ek 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	88
Ek 8. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu	90

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major Depresif Bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, karamsarlık, huzursuzluk, enerjisizlik, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozuklukları, olumsuz kendilik algısıyla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur (1). Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %20 arasındadır. Günümüzde hastalığa bağlı yeti yitiminin en önemli nedenleri arasında yer almakta olup yaşam kalitesini, psikososyal işlevselliği, tıbbi mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir. MDB geçiren kişilerin yarısından fazlasında, psikososyal risk faktörleri ve biyolojik yatkınlık gibi sebeplerle artan oranlarda tekrarlamalar görülmektedir. Boşanmış veya ayrı yaşayan kişilerde, evlilere oranla daha sık görüldüğü ayrıca düşük eğitim ve gelir düzeyi, işsizlik, travmatik yaşam olaylarının da depresyon sıklığını arttırdığı bilinmektedir (2,3).

Çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele, çocuğun sağlığına, gelişimine, hayatına zarar veren veya verme riski taşıyan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismarı, ihmal ya da ihmalkar davranışı veya her türlü sömürüyü içermektedir (1). Çocuk istismarı çocuğa kasıtlı olarak yapılan fiziksel, cinsel, ruhsal ve sosyal olarak zarar verme davranışını kapsayan aktif bir eylem iken; çocuk ihmali, ebeveynler ya da çocuğun bakımı, sağlığı veya korunmasından sorumlu kişiler tarafından çocuğun temel ihtiyaçlarının (bakım, barınma, beslenme, eğitim, sağlık, giyim vb.) karşılanmaması sonucu, çocuğu fiziksel ve/veya ruhsal bakımından zarara uğratma ile ortaya çıkan pasif bir eylem olarak tanımlanmaktadır (1,2).

Stresli yaşam olaylarının etkisi; kişinin entellektüel düzeyi, sosyoekonomik durumu, problem çözme ve baş etme becerileri, ailesel ve sosyal destek sistemleri, bilişsel becerileri gibi faktörlere bağlıdır. Stresli yaşam olaylarının özellikle depresyona yatkınlık oluşturan genetik (5-HTT polimorfizmi, BDNF Val66Met polimorfizmi, MAO-A enzim aktivitesi vb.), çevresel (zayıf sosyal destek, ailesel sorunlar, ekonomik güçlükler vb.) ve bilişsel (olumsuz bilişsel yapılar, ruminasyonlar, zayıf problem çözme becerisi vb.) etkenler varlığında depresyona yol açtığı bildirilmiştir (1,3).

Çocukluk çağı travması (ÇÇT) varlığının erişkinlik döneminde MDB gelişme riskini %50 oranında artırdığı bildirilmiştir. Özellikle; duygusal ihmal ve istismar şiddetinin depresif

belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunduğu, ÇÇT öyküsü olan MDB hastalarında olmayanlara göre; hastalığın daha kötü gidişli olduğu, daha sık tekrarladığı, depresyonun bedensel belirtilerinin daha yoğun görüldüğü, daha sık kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi bulunduğu bildirilmiştir (3,4).

İnsanlar çeşitli alternatif seçeneklerle karşı karşıyadır ve bu alternatifleri elde etmek veya bunlardan kaçınmak için seçim yapmaları gerekir. Seçimden önce gelen üst düzey bilişsel sürece “karar” denir ve bu fenomen ise “karar verme” olarak adlandırılır (5). Karar vermede işlev bozukluğu, MDB dönemlerin temel bir özelliğidir ve hastalar tarafından en rahatsız edici semptomlar arasında olduğu bildirilmektedir. Kötü karar alma, finansal durumu ve mesleki ilerlemeyi sınırlandırarak, kişilerarası ilişkileri bozarak, fiziksel sağlığı ve tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyerek ve intihar girişimi riskinin artırarak birçok hastanın günlük yaşamında olumsuzluklara neden olur (5,6). Karar verme mekanizmasında uzun bir süre özellikle seçeneklerin gelecekteki sonuçlarının değerlendirilmesi, kar-zarar analizi vb. yürütücü işlevlere odaklanılmış olsa da; güncel araştırmalarda yürütücü işlevler ile karar verme arasındaki ilişkiyi desteklemeyen sonuçlar artmaktadır. Her ne kadar öğrenme, bellek, dil ve dikkat gibi yürütücü işlevleri korunmuş olsa da emosyonel bilgileri işlemlemede sorunlar yaşayan hastalarının karar verme süreçlerinde bozulma olduğunu saptanmış ve karar vermede emosyonların rolü ve önemini vurgulamıştır (5). Risk altındaki kararlarda, farklı sonuçlar, olası kazançlar ve olası kayıplar öngörülebilir veya hesaplanabilirken, belirsizlik altındaki kararlarda önemli bilgiler eksik veya çelişkilidir. Bu iki tip karar vermeyi incelemek için çeşitli görevler kullanılmıştır. Bunlar arasında özellikle belirsizlik altındaki karar verme için Iowa Kumar Testi (IKT) iyi kurulmuş ve yaygın olarak uygulanmakta olan bir araçtır. IKT’nin diğer bilişsel işlevlerle ilişkilerini inceleyen bir derleme çalışmasında, inhibisyon, çalışma belleği ve diğer yürütücü işlevler ile ilişkisinin düşük düzeyde olduğu bulunmuş ve diğer bilişsel testlerle birlikte kullanıldığında karar verme yetisini iyi ayırtan biçimde test edebildiği öne sürülmüştür (5). IKT esnasında zayıf karar verme performansının nedeni olarak orbitofrontal korteks (OFK) ve ventromedialprefrontal korteksin (VMPFK) yanı sıra, afektif ve emosyonel bilgiyi işlemleyen insula, amigdala ve singulat korteks ve hafıza ile ilişkili nöral sistemlerden olan hipokampus ve dorsolateralprefrontal korteks (DLPFK) de dikkat çekmektedir (6,7).

Depresyon ile ilgili olarak, IKT ile yapılan belirsizlik altında karar verme ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar göstermektedir. Duygudurumun karar verme üzerinde etkili olduğu, özellikle depresif belirtilerin karar görevi performansını olumsuz etkilediği çok sayıda çalışmada bildirilmiştir. Depresyonda dezavantajlı karar verme, artan ödül hassasiyeti (veya ceza hassasiyetinin azalması), gelecekteki sonuçlara kayıtsızlık veya duygusal reaktivitelerinin azalması nedeniyle açıklanmaya çalışılmıştır (7,8,9). Diğer yandan Byrne ve arkadaşları tutarsız sonuçlar için bir açıklama olarak depresyondaki bireylerin kayıplara karşı daha duyarlı olduklarını ve kayıp minimizasyonuna bağlı görevlerde üstün olduklarını öne sürmüşlerdir. Striatal dopamin D2 reseptörünün depresif belirtiler üzerinde ılımlı bir etkisi olduğunu, dopaminin depresif belirtiler ve karar verme arasındaki ilişkiyi değiştirdiğini, böylece depresif belirtiler bildiren ve daha yüksek striatal dopamin D2 reseptör yoğunluğuna sahip bireylerin IKT üzerinde daha avantajlı seçimlerde bulunup daha iyi karar verme performansı sağladığını öne sürmektedir (10).

Çocukluk ve ergenlik döneminde karar verme süreçlerinin kademeli olarak gelişimini tamamlamaktadır. Bununla birlikte, çocukluk çağı travmasının karar verme sürecini nasıl etkileyebileceği hakkında çok az şey bilinmektedir. Çocukluk çağı travmasının neden olduğu korku koşullandırmasına bağlı nöral devrenin yeniden düzenlenmesi, nihayetinde yetişkinlikte kayıp önleyici davranışlara neden olabilir. Özellikle, cinsel istismarın hem riskten kaçınma hem de kayıptan kaçınma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulunmuştur (4).

Travmatik yaşantıları olan depresyon hastaları karar vermede diğer depresyon hastalarından farklılaşabilir. IKT daha önce depresyon hastalarında yapılmış olup, travmatik yaşantıları olanlarda incelenmemiştir. Biz bu çalışmada travmatik yaşam olayları olan depresyon hastalarının karar verme stilleri ve davranışlarını araştırmayı amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Major Depresif Bozukluk (MDB) en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan birisi olup kişilerin hayat kalitesini düşüren, mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalıktır. Duygusal durum, vejetatif ve bilişsel alanlarla ilişkili olarak davranışsal ve bedensel değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (11).

Üzüntü, keder, mutsuzluk gibi duygular olağan yaşantının içinde mevcuttur. Duygusal tepkiler, beklenenden fazla yoğunlukta olduğunda ve uzun sürdüğünde, ilgi kaybı ve yaşamdan zevk alamama, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, intihar düşünceleri veya girişimleri, uyku, iştah, cinsel istek gibi fizyolojik işlevlerde bozulmalar ortaya çıkar. Tüm bunların sonucunda kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmalar meydana gelmesiyle bir hastalık olarak depresyondan söz edilir (3,12).

2.1.2. Tarihçe

Psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde en eski tanımlaması yapılanlardan biri olan depresyon, Latince’de bastırmak anlamına gelen “depressus” kelimesinden köken almaktadır (13). Eber papirüsünde, Eski Ahit’te, antik çağlarda anlatılan hikayelerde depresyon benzeri tabloların varlığı görülmüştür (14).

Depresyonu bir bozukluk olarak ilk önce tanımlayan kişi Hippokrates' tir. Hippokrates (M.Ö. 460 - 370) depresyonu kara safra anlamına gelen “melainechole” olarak adlandırmıştır. Melankolinin bağırsak ve dalakta aşırı miktarda biriken kara safra ile ortaya çıktığını ve toksik olan bu maddenin beyni etkilediğinden söz etmiştir. Bunu “Acı, gözyaşı ve üzüntünün kaynağı beyindir.” şeklinde yorumlamıştır (15).

Galen (M.S. 129-216) ise melankoliyi memnunsuzluk, başkalarına karşı nefret duyguları içerisinde olma ve korku hali şeklinde tanımlamış, melankolinin genetik ve çevresel faktörler ile olan ilişkisi üzerinde durmuştur. İbni Sina (M.S. 980-1037) ruhu beynin bir işlevi

olarak değerlendirmiş, beyinde meydana gelen bozulmaların ruhsal hastalığın ortaya çıkmasına neden olduğunu söylemiştir (16).

20.yüzyıl başlarına bakıldığında ise depresyonu sistematik bir şekilde tanımlayan Kraepelin (1856-1926) olmuştur. Emil Kraepelin depresif epizotlar başlığı altında depresyonu bir semptom olarak değil bir kategori olarak tanımlamıştır. Kraepelin depresyon kliniğinin temel olarak fiziksel, zihinsel işlevlerde yavaşlama ve çökkün ruhsal durum olduğunu savunmuştur (15, 16).

Günümüzde ise gelişen teknoloji ile birlikte nörogörüntüleme, elektrofizyolojik çalışmalar, genetik ve biyolojik faktörlerin etkisi ön plan çıkmış, farklı kuramsal bakış açılarının birlikte senteziyle depresif bozukluklara yeni bir bakış getirilmiştir (17).

2.1.3. Epidemiyoloji

MDB, ruhsal bozukluklar içinde en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip hastalıktır (18). Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 bildirilmiştir (19). 1994-2014 yılları arasında 30 ülkede yapılmış olan 90 araştırmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %10,8 bulunmuştur (20). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2017 yılında yayınlanan raporda 2015 yılı için tüm dünya nüfusunda MDB oranını %4,4 olarak bildirilmiştir (21).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda, kadınlarda MDB sıklığının ve yaygınlığının erkeklerden daha yüksek oranda olduğu genel olarak varılan ortak sonuç olmuştur. Çeşitli araştırmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin iki katı olarak bildirilmiştir (18). Ancak yaş aldıkça kadın ve erkek arasındaki bu farkın azaldığı görülmektedir. Kabaca her dört kadından birisi ya da her sekiz-on erkekten birisi ömürleri boyunca bir MDB dönemi yaşamaktadır. Bu kişilerin de neredeyse üçte ikisi, bir ya da birden çok sayıda depresme riski taşımaktadır (22,23).

2.1.4. Etyoloji

Depresyonda genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleri ile etkileşerek etyopatogeneizde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.4.1. Genetik

MDB, genetik etkenlerin rol aldığı bir hastalık olarak kabul edilmekle birlikte, genetik geçişin şekli tam olarak bilinmemektedir. Aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarından elde edilen veriler, depresyonda ailesel geçişi desteklemektedir (24). Depresyon hastalarının birinci derece yakınlarında hastalığın görülme riski topluma göre 2-3 kat yüksek olup, kalıtımın tekrarlayıcı ve erken başlangıçlı depresyonda daha fazla rol aldığı düşünülmektedir (3).

Monozigot ikizlerde MDB riski %40, dizigotlarda ise risk %11 kadar tespit edilmiştir. Analiz çalışmalarında MDB ile bağlantılı gen bölgeleri en çok 1p, 3p, 4q, 7p, 8p, 11, 12q, 13q, 15q, 18q ve 21q kromozomlarında bulunmuştur. SERT geninde gözlenen kısa (s), uzun (l) alel polimorfizmi üzerinde en çok durulan genetik polimorfizmdir ve yapılan çalışmalarda kısa alel taşıyan bireylerde depresyona yatkınlığın arttığı gösterilmiştir .

Dopaminerjik sistemde DRD4 ve DAT geninde gözlenen VNTR (variable number of tandem repeat) polimorfizmleri ile ilgili araştırmalarda depresyon ile ilişkili tutarlı sonuçlar elde edilmiştir (3,16).

Genetik polimorfizmin depresyon ile ilişkisini araştıran çalışmalar neticesinde BDNF geninde Val66Met polimorfizminin hem MDB hem de bipolar depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmişken, APOE (apolipoprotein E), GNB3 (Guanin nükleotid bağlayıcı protein subunit beta3) ve MTHFR (metil tetrahidrofolat redüktaz) genlerinde gözlenen genetik varyantların MDB ile bağlantısı olduğu belirtilmiştir (25).

Yapılan hayvan çalışmalarında histon modifikasyonu ve DNA metilasyonu gibi epigenetik mekanizmaların depresyon benzeri semptomlara yol açtığı görülmüş, daha sonra insanlarla yapılan çalışmalarla da epigenetik mekanizmaların depresyonda rol oynadığı desteklenmiştir (25).

2.1.4.2. Biyolojik etkenler

2.1.4.2.1. Biyojenik aminler

Serotonerjik, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere nörotransmitterlerle ilgili bozukluklarının depresyon oluşumunda önemli rol oynadığı

düşünülmektedir. Genel görüş nörotransmitter sistemleri arasında dengenin değiştiği şeklindedir. Yani depresyonun ortaya çıkışında ilk basamağı nörotransmitter işlev bozuklukları oluşturmakta, bunu takiben hücresel düzeydeki patolojilere (protein kinazlar, cAMP, CREB, BDNF, g proteini, gen ifadenmesi ve nöral plastisite patolojileri) neden olarak depresyon gelişimine yol açabilmektedir (3,25).

Serotonin şimdiye kadar en fazla araştırılan nörotransmitterdir. Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin depresyon tedavisindeki büyük etkilerinin görülmesi, serotonin depresyonla en çok ilişkilendirilen biyogenik amin haline getirmiştir (1,26). Depresyonun nörobiyolojik açıklamasına dair yapılan çalışmaların çoğunda “serotonin hipofonksiyonu”ndan söz edilse de depresyonda “serotonerjik hiperfonksiyon” bulunduğunu öne süren çalışmalar da mevcuttur. Ayrıca postsinaptik 5-HT reseptörlerinin duyarlılığında değişiklik de söz konusudur. Tüm bu çalışmalar neticesinde serotoninin depresyonda farklı rolleri olabileceği, serotonerjik fonksiyonlardaki basit eksiklik ya da fazlalığın depresyonu açıklamakta yetersiz kalacağı gösterilmiştir (25).

Depresyonun nörobiyolojik açıklamalarından biri de merkezi noradrenerjik sistem ile ilgilidir. Depresyon hastalarında tespit edilen norepinefrin metabolizmasında düşüklük, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artış ve locus seruleusta norepinefrin taşıyıcı yoğunluğundaki azalma, noradrenalinin depresyonun etyolojisinde rol aldığına dair öne sürülen kanıtlardır (27). Depresif kişilerde noradrenalin geri alımını önleyen ilaçlarla düzelme görülmüş, hastalarda noradrenalin düzeyini düşüren yöntemler uygulanınca depresif belirtilerin ortaya çıkışı gözlenmiştir (3). Ayrıca noradrenarjik sistem ile serotonerjik sistem arasındaki yakın ilişki de etyolojide önemli yer tutmaktadır. Adrenerjik reseptörlerin duyarlılık ve sayısındaki değişimlere bağlı olarak serotonin miktarında değişme gözlenmektedir.

Dopamin depresyonda rolü olan bir diğer nörotransmitterdir. Mezolimbik dopaminerjik yolun disfonksiyonu ve dopamin D1 reseptörünün hipoaktivitesi öne çıkan varsayımlardır. MDB hastalarında azalmış dopaminerjik etkinlik ile ilişkili olarak, hastaların dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeyinin, beyin omurilik sıvısında düşük olduğu tespit edilmiştir. Özellikle psikomotor retardasyonu olan MDB hastalarında bu hipotez öne sürülmüştür (28,29).

Serotonerjik nöronların da dopaminerjik nöronlar ile bağlantılı olduğu, dopamini inhibisyon ya da aktivasyon yönünde etkilediği ve düzenleyici rol aldığı düşünülmektedir (1, 3, 22).

Santral sinir sisteminde önemli rol üstlenen bir diğer nörotransmitter glutamattır. Glutamat ve NMDA reseptörlerinin beyindeki yaygınlığı ve nöronal hasardaki rolü göz önüne alındığında, sinaptik plastisitede azalma ve hipokampal atrofiye neden olabilen bir hastalık olan depresyonun etyopatogenezi ve tedavisi açısından ilgiyi hak etmektedir (3,22).

Ek olarak histamin, GABA ve asetilkolin gibi nörotransmitterlerin ile depresyonun etyopatogenizinde rol aldığına dair sonuçlar mevcuttur (1,3).

2.1.4.2.2. Nöropeptidler

Nöronlardan salınan ve hücre uyarımında görev alan nöropeptitler, endokrin görevlerinin de olması ile peptit yapılı nörotransmitterlerden ayrılmaktadır. Depresyonda rol aldığı düşünülen nöropeptitler arasında nöropeptit Y, galanin, substans P ve vasopressin bulunmaktadır (25).

2.1.4.2.3. Nöroplastisite ve Nörotrofinler

Nörotrofinler, nöronların yapısal bütünlüğü, nörogenez ve nöronal işlevlerin sürdürülmesinde rol alırlar. Nörotrofin aracılı nöronal plastisite depresyonun ortaya çıkması ve tedavisinde önemli yer tutmaktadır. NGF (Sinir büyüme faktörü), BDNF, NT-3, NT-4/5 ve NT-6 gibi nörotrofinler ile çalışılmakla birlikte, BDNF depresyonun etyopatogenezinde en çok üzerinde durulan nörotrofindir. BDNF'nin nörogenez ve sinaptik plastisitede rol almakta olup özellikle stresle ilişkili olarak hipokampal bölgede BDNF down regülasyonunun meydana geldiği, bunun sonucunda da nöronal atrofi, hipokampal volüm ve işlevlerinde azalma olduğu öne sürülmektedir (1,25).

2.1.4.2.4. Nörogenesis

Aktif nörogenezin lateral ventriküller subventriküler bölgesinde ve hipokampal dentrat gyrusun subgranüler zonunda erişkinlikte de sürdüğü bildirilmektedir. Hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) eksenin depresyon ve kronik stres ile aktivasyonu sonucunda proinflamatuvar sitokinlerin salınımını meydana gelmektedir. Proinflamatuvar sitokin

salınımının yanında, nörotrofinlerin etkisi ve monoamin transmisyonunda azalma olması ile nöronal apapitosis ve glial hasar oluşabildiği bildirilmektedir (1,3,25).

2.1.4.2.5. Nöroendokrin sistem

Depresyonda adrenal ve tiroid bezi işlevlerinin ve prolaktin, melatonin, büyüme hormonu, FSH, LH ve testosteron düzeylerinin değişikliğe uğradığı bilinmektedir (30). Depresyonun fizyopatolojisinde en fazla çalışılan ve ilişkili bulunan endokrin sistemler hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksı ve hipotalamo-pitüiter-tiroid (HPT) aksıdır.

Endojen ya da egzojen hiperkortizolemi ile kişilerin yarısına yakınında geri dönüşümlü bir depresif durumun gözlenmesi, streslere karşı endokrin yanıtı düzenleyen HPA ekseninin depresyonun etyolojisindeki önemine işaret etmektedir (31). Kronik stres altında HPA eksenini devamlı olarak uyarımı kortizol salgılamayı artırır. Artan kortizol miktarı hipokampal nörogenezi etkilemesi sonucu hipokampal atrofi meydana gelir. Bu durum MDB gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (32).

Depresyonda en çok bildirilen HPT aksı anormallikleri ise TRH yüklenmesine küntleşmiş TSH yanıtı, T4 düzeyi artışı, nokturnal TSH yükselmesinde azalma şeklindedir. Subklinik HPT eksen anormalliklerine şiddetli depresyonu olan kişilerde saptanmıştır. HPT eksenindeki anormalliklerinin antidepresan tedaviye kötü yanıtı ve artmış yineleme riskini yordayıcı olduğu bildirilmektedir (25).

Hipotalamik-Hipofizer-Gonadal ve Hipotalamik-Hipofizer-Growth Hormon ekseninin depresyon ile ilişkisine dair veriler bulunan diğer nöroendokrin sistemlerdir.

2.1.4.2.6. Nöroanatomi ve beyin görüntüleme çalışmaları

Nörogörüntüleme çalışmaları ile depresyonda prefrontal korteks, anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks (OFK), amigdala ve hippokampus gibi birçok farklı frontolimbik beyin bölgelerinde nöronal ve glial hücrelerin yoğunluğunda ve boyutunda değişiklikler saptanmıştır (1,3). Ayrıca prefrontal korteks ve limbik sistem arasındaki döngüleri ya da assosiyasyon korteksi arasındaki ilişkileri bozabilecek subkortikal alanlardaki lezyonlar üzerinde durulmuştur. Depresyonda beynin bu bölgelerinde hacim, kan akımı ve glukoz metabolizmasının azalmasından bahsedilmektedir (33). MDB hastalarının SPECT ve

PET bulgularının tedaviye dirençli MDB olguların ayırıcı tanısında kullanılabileceği ya da MDB alt tipleri hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir (26).

İşlevsel bağlantısallıkları araştıran çalışmalar üç ana işlevsel bağlantıyı işaret etmektedir. Bu nörol ağlardan biri olan varsayılan mod ağı ya da 'default mode network' (DMN), medial prefrontal korteks (VMPFK ve DLPFK) ve posterior singulat korteksi içermektedir. Ayrıca inferior parietal lob ve hipokampal formasyonun da DMN'nin bir parçası olduğu düşünülmektedir (34,35). DMN'de belirli bir eylem sırasında aktivitesinde azalma gözlenirken kişinin kendi içsel süreçlerinde ve dinlenim durumunda aktivitesi artmaktadır. DMN'de artmış aktivite ve bağlantısallık, duyguların düzenlenmesinde bozulma, içsel süreçlerle yoğun uğraş (ruminasyon gibi) ve umutsuzluk ile ilişkili bulunmuş olup depresyonda DMN aktivitesinde bir artış söz konusudur (34).

İkinci ağ ise DLPFK, lateral posterior parietal korteks, ventrolateral prefrontal korteks ve talamusu içine alan santral yürütücü ağıdır. Hedefe yönelik eylem, dikkat ve çalışma belleği gibi kognitif işlem gerektiren durumlarda aktivitesi artmaktadır. MDB hastalarında santral yürütücü ağda azalmış bağlantısallık gözlenmektedir (36).

Çıktı ağı (salience network) depresyonda adı geçen bir diğer ağıdır. Dorsal anterior singulat korteks, fronto insular korteks ve amigdalayı içeren bu ağ dışarıdan gelen uyarının biyolojik önemine karar verme ve göze çarpan uyarıların tespit edilmesi ve filtrelenmesinde görev almaktadır. Depresyon hastalarında da bu ağda azalmış bir bağlantısallık mevcuttur (34,37). Depresyonda gözlenen kendilik ve çevreye yönelik olumsuz düşünceler ve uğraşların temelinde yattığı düşünülmektedir (34).

2.1.4.3. Psikososyal kuramlar

2.1.4.3.1. Psikanalitik kuram

Depresyonun psikanalitik kuramının gelişmesi Sigmund Freud ve Karl Abraham aracılığıyla olmuştur. Psikanalitik kurama göre depresyonun ortaya çıkmasından oral agresif dürtüler, narsistik ve bağımlı kişilik yapıları, nesne kaybı ve/veya yoksunluğu sorumlu tutulmaktadır (1). Oral evrede (ilk 10-18 ay) bebeğin anne ile ilişkisinin sekteye uğraması depresyona zemin hazırlayabilir, depresyon gerçek ya da hayali bir nesnenin kaybıyla ilişkilendirilebilir. Bu kayıp ile ilişkili olarak ortaya çıkan stresle baş etmek üzere nesnelerin

içe atımı (introjeksiyon), devreye giren savunma düzeneklerinden biridir. Yitirilen nesne, kişide sevgi ve özlemle birlikte bilinçdışı öfke ve nefreti de uyarır, kişi bu öfke ve nefreti kendisine yöneltmektedir (1,33,38). Depresyon, kişinin bu kayba verdiği tepkidir. Çocukluğun erken dönemlerinde bağlanma sorunları ve travmatik ayrılmalar depresyon gelişimi için risk teşkil eder. Erişkinlik döneminde yaşanan bir kayıp ile çocukluk çağındaki kayıp yaşantıları anımsanır ve depresyon gelişimi tetiklenir (3,15).

2.1.4.3.2. Davranışçı kuram

Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeline göre depresyon, çocukluktan itibaren çaresizliği ve çaresizlik duygularını kontrol çabalarının işe yaramadığını öğrenmiş kişilerin, herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmaları halinde istenmeyen durumlardan kurtulmak için kişisel olarak eyleme geçmenin yararsız olacağı inancı olarak tanımlanır (22). Davranış teorisyenlerine göre, depresif belirtilerin devam etmesi tekrarlayan çaresizlik yaşantılarına karşılık strateji olarak gelişen maladaptif davranışlarla açıklanmaya çalışılmış ve başarı ödülü elde etmek için gerekli olan davranışlarda zorlanılmasına bağlanmıştır (39).

2.1.4.3.3. Yaşam olayları ve çevresel stres

Psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında birçok psikososyal stres faktörü olduğu bilinmektedir. Ancak birçok farklı psikiyatrik bozuklukta benzer etkenler üzerinde durulması bu faktörlerin özgül olmadığını düşündürmektedir. Depresyon için temel risk etkenleri olarak genetik özellikler, kişilik özellikleri, ailesel özellikler, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, olumsuz yaşam olayları, ek tıbbi hastalıklar, zayıf sosyal ilişkiler ileri sürülmüştür (40).

En güçlü veriler bir kişide depresyon gelişmesinde en önemli yaşam olayının, 11 yaşından önce bir ebeveynini kaybetmek olduğunu göstermektedir. Yine depresyonun başlamasına en sık eşlik eden çevresel faktör eş kaybıdır. Diğer bir önemli faktör de işsizliktir. Çalışmayan kişiler, çalışanlara kıyasla üç kat fazla depresif dönem belirtileri göstermektedirler (1,41).

Araştırmalar erken yaşam stresli olaylarının artmış stres tepkilerine neden olacak biçimde hipotalamusta CRH hücrelerinin uzun süreyle hiperaktivitesine yol açtığını öne sürmektedir. Erken çevresel olayların, yaşam boyunca devam eden ve takip eden nesillere

epigenetik taşınan HPA stres tepkilerine (bazı genlerin aktivasyonunu değiştirerek) sebep olabileceği belirtilmiştir (42).

2.1.4.3.4. Bilişsel kuram

Psikoterapi alanında bilişsel yaklaşımın en önemli temsilcilerinden olan Beck, depresyonu üç ana kavram üzerinden açıklamaktadır: Bilişsel üçlü, şemalar ve düşünce hataları.

Depresyondaki bireyin bilişsel üçlüye göre kendine, geleceğine ve dış dünya deneyimlerine yönelik olumsuz bilişsel kalıpları mevcuttur. Şemalar; dış dünyadaki uyaranların seçici olarak algılandığı, bu algılamada bireyler arasında farklılıklar olsa da bireyin seçerek algıladığı uyaranların göreceli olarak tutarlı olduğunu ve bu durumun bireyin çevreyi yorumlama ve kavramsallaştırmasına etki ettiğini ifade eder. Son bileşen olan bilişsel hatalar ise depresyondaki kişinin gerçekliğe uygun olmadığı halde sorgulamadan inandığı aşırı genelleme, kişiselleştirme, siyah-beyaz görme gibi sistematik bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel model depresyonun başlamasını veya devam etmesine neden olabilecek etmenlerin bilişsel, biyolojik, çevresel veya davranışsal faktörlerden herhangi biri ya da birileri olabileceğini öne sürer (43).

2.1.5. Klinik ve Seyir

Depresyon tek ya da tekrarlayan ataklar halinde ortaya çıkabilir. Sıklıkla otuzlu yaşlarda başlayan depresyonun genç yaşta sıklığı, orta yaşa doğru yaygınlığı artış göstermektedir (11). Tek bir depresyon epizodu geçiren hastalarda tekrarlama oranı %50-60 civarında iken, bu oran iki depresyon epizodu geçirenlerde %70' i, üç depresyon epizodunu geçirenlerde %90'a ulaşmaktadır. Hastalık epizodları ortalama 6 ay sürmektedir, epizodlar arasında bulunan süre değişken olmasıyla birlikte genellikle uzun yıllar sürmektedir (44,45).

Erken başlangıçlı MDB, daha fazla sayıda ve uzun süreli epizodlarla karakterize daha olumsuz bir seyre sahiptir. Yapılan bir çalışmada erken yaşta başlayan depresyonda intihar düşünce ve girişimi riski daha fazla bulunmuş, geç başlangıçlı depresyona göre daha ağır olduğu öne sürülmüştür (46). Son yıllarda yapılan çalışmalar erken başlangıçlı, tekrarlayıcı ve kronik seyirli depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye değinmektedir (47,48).

MDB gündelik hayatı ciddi düzeyde etki eder, hayat kalitesini ve sağlıklı olma algısını ciddi şekilde bozabilir. MDB en çok işlev yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklardan olmasına rağmen mevcut veriler hastaların üçte birinden daha azının yerinde ve yeterli tedavi aldığını göstermektedir (49). İntihar girişimi olan bireylerde MDB'nin en sık konulan tanılardan biri olduğu, ölümle sonuçlanan intiharların %50-70'inin MDB hastalarında olduğu bildirilmiştir (50).

2.1.6. Tanı

Günümüzde yaygın bir şekilde kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM 'dir. DSM 5'te yer alan Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri aşağıdaki gibidir (2) :

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi-istek ya da zevk almada azalmadır.

Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı belirtileri dahil etmeyin.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği (ör; üzüntülü ve boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) veya başkalarınca gözlenen; günün çoğunda ve hemen her gün olan depresif duygudurumun bulunması (Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)

2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir.)

3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme veya kilo alma (ör; bir ay içerisinde beden ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün iştahta azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama dikkate alınmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlemlenebilir; yalnızca öznel olarak hissedilen yerinde duramama ya da yavaşlama duygusu değildir.)

6. Neredeyse her gün yorgunluk ya da enerji azalması

7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değildir)

8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenen)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Not: A'dan C'ye kadar olan tanı ölçütleri bir majör depresif dönemi temsil eder.

Not: Önemli kayıp (Ör; yas, iflas, doğal afet sonrası kayıplar, önemli bir hastalık ya da engellilik) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen yoğun bir üzüntü duygusu, kayıpla ilgili ruminasyonlar, uykusuzluk, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi depresif dönem andırabilen belirtiler olabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılır ya da yaşanan kayba uygun bulunabilirse de önemli kayıp sonrasında ortaya çıkan normal tepkilere ek olarak bir majör depresif dönemin de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykü ve kayıp ile ilgili ifade edilen acının kültürel ölçütleri klinik olarak değerlendirilerek verilir.

D. Major depresif dönem şizofreni bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısallık bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik dönem olmamıştır. Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.1.7. Depresyonun Sınıflandırılması

DSM, tek depresyon dönemi ve yineleyici depresyonları şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak ayırmaktadır. DSM-V’de major depresyonun hem seyir hem şiddet özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme, tam düzelme, belirlenmemiş) hem de belirtileri açısından çeşitli belirleyiciler (bunaltılı, karma, katatonik, melankolik, atipik, mevsimsel, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli ile peripartum başlangıçlı) olarak tanımlamıştır (2).

2.2. Travmatik Yaşam Olayları

2.2.1. Travma ve Travmatik Olay Tanımı

Travma kelimesi eski Yunanca’dan gelir ve “yaralamak, delmek” anlamını taşır (51). Travmatik olay “bireyin bir ölüm tehdidi veya gerçek bir ölüm, ağır bir yaralanma, kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olay yaşaması ve bu olaya karşı korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkiler göstermesi” olarak tanımlanmaktadır (52). Ruhsal travma, kişinin baş etmekte yetersiz kaldığı ve ruhsal yakınmalar ortaya çıkaracak ölçüde stresli, üzücü bir durumdur (51).

Stres, organizmanın dengesini ve uyumunu bozan herhangi bir etkidir. Yaşanan travmatik olay sonrası kişide gelişen patolojik stres reaksiyonu, travmatik olayın niteliğine ve birtakım sosyal ve kişisel etmenlere bağlıdır. Aynı olayı yaşayan kişilerden küçük bir yüzdeye sahip kısmında psikopatoloji ortaya çıkarken bir kısmında çıkmamaktadır. Travmanın etkisi kişiden kişiye değişir, kimisi için ağır zorlanma olabilecek bir olay diğeri için stres faktörü olmayabilir (3,53).

2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri

DSM-5’e göre kabul edilen travmatik olaylar şöyle sıralanabilir; afetler (depremler, sel, kasırga, hortum, çığ vs.), çocukluk çağı travmaları (istismar, ihmal, taciz), fiziksel saldırı, seks ticareti, ev içi şiddet, yangınlar, tehdit, zorunlu göçler, cinsel saldırı, kazalar (trafik, uçak, maden, gemi, tren, vs.) savaşlar, kitlesel- kişilerarası şiddet, işkence, yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar, yardım ve müdahale için çalışanların maruz kaldığı olağanüstü durumlar ve başka birinin başına gelen intihar, cinayet, taciz veya fiziksel şiddete tanıklık (53).

DSM-5’de travmatik yaşantılar, ciddi yaralanma, ölüm veya cinsel şiddete veya tehdide maruz kalmakla kısıtlanmıştır, ne yazık ki bunlar dışında stres yaşatabilecek ve ruhsal durumu zedeleyebilecek türde başka yaşantılar da mümkündür. Örneğın; yıkıcı kayıplar ve ayrılıklar, psikolojik ihmal, istismar, tehdit, fiziksel şiddet içermeyen aşağılama ve ihanet travması gibi bazı olgular bu tanımlamalar nedeniyle tanıya alınmamıştır (53).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) “Bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğıal afetler” şeklinde tanımlanabilir (54).

Dünya sağılık örgütü, çocuk istismarını “Bir erişkin tarafından bilerek ve isteyerek ya da bilmeyerek istemeden yapılan ve çocuğun genel sağılığını, fiziksel gelişimini, psikososyal olgunlaşmasını olumsuz şekilde etkileyen davranışlar” biçiminde tanımlarken; istismarda erişkinin niyetinin ehemmiyetinin olmadığını önemli olan şeyin bu eylemin çocuk üzerinde bıraktığı etkisi olduğunu belirtmiştir (55).

Çocuk istismarı ve ihmali konusu, DSM-5’te “Klinik ilgi odağı olabilecek diğerk durumlar” başlığı altında sunulmuştur. Bu sınıflama içinde;

- a. Çocuğun fiziksel olarak istismarı
- b. Çocuğun cinsel olarak istismarı
- c. Çocuğun duygusal olarak istismarı
- d. Çocuğun ihmali biçiminde dört alt tip şeklinde tanımlanmıştır (2).

2.2.4. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi

İnsan varoluşunun ayrılmaz bir parçası haline gelen travmatik olaylar, nitelik ve niceliksel değışiklikler gösterebilmektedir. Değışen yaş gruplarında travmatik olayın türü ve travmatik olaya maruz kalma sıklığı ağıısından farklılıklar izlenmektedir.

Örneğın, bebekler ve küçük çocuklar, yetişkin bakıcılara bağımlılığı ve evde geçirilen sürenin uzunluğı nedeniyle çoğunlukla çocuk suistimali, istismarı gibi aile

bağlamında görülen travmatik stres yaratan olaylara maruz kalırlar. Ev dışında daha fazla zaman geçirdikçe ve yetişkinlerle ilişki kurdukça (örn. öğretmenler, takım koçları), aile dışındaki travmatik stres etkenlerine maruz kalma olasılıkları da artar (örn. okulda şiddet, zorbalık, fiziksel ya da cinsel saldırı). Ergenlerde, giderek artan bağımsızlık ve bununla birlikte risk alma davranışında ve dolayısıyla travmatik stres yaratan olay ya da durumlara maruz kalma eğilimlerinde artış olur (örn. spor veya otomobil kazaları, cinsel saldırı, yaşıtlarının ölümüne veya ağır yaralanmasına şahit olmak). Yetişkinler, meslekleri (örn. asker, itfaiye memurları, polis), yaşam tarzı seçimleri (örn. madde veya alkol kullanımı) ve aile durumları (örn. travmaya maruz kalan bir çocuğun ebeveyni olmak) gibi etkenler ile travmatik stres faktörlerine maruz kalabilirler. Yine yetişkinlerin bir yakını ya da arkadaşının trajik kaybını yaşama olasılığı daha yüksektir. Ayrıca ilerleyen yaş ile birlikte yetişkinler, tıbbi hastalıklar için artan risk de dahil olmak üzere, muhtelif diğer yaşam sorunları ile de karşı karşıya kalabilmektedirler (53).

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaygınlığıyla ilgili olarak farklı sonuçlar bildirilmiştir. Kilpatrick ve ark., DSM-IV ve DSM-V ölçütlerini 2953 kişiden oluşan ulusal örnekleme karşılaştırdıkları çalışmalarında, bir ya da daha fazla travmatik olaya maruz kalanların oranını sırasıyla %94 (DSM-IV) ve %90 (DSM-V) olarak bildirmişlerdir (56). Otuz beş çalışmanın incelenerek oluşturulduğu bir derleme çalışmasında çocukluk çağı istismar-ihmal ve aile içi şiddete maruziyet oranlarının %30 ile %60 arasında değiştiği bildirilmiştir (57). 229 yetişkinin katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların %59.4'ü en az bir, %8.7'si 5 veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi belirtmişlerdir. Katılımcıların travmatik yaşantılarının dağılımı; yaklaşık dörtte birinde (%25.9) sözlü taciz, %14.8'inde fiziksel istismar, %12.2'sinde cinsel istismar yaşantısı ve %16.3'ü aile içi şiddete tanık olma şeklinde bulunmuştur (58).

2.2.5. Travmatik Yaşam Olaylarının Majör Depresif Bozukluk ile İlişkisi

Travmatik olaylarla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyle ilgili pek çok görüş bulunmaktadır. Travmatik yaşantıların genetik özellikler, çevresel koşullar, kişilik yapısı, baş etme tutumları gibi diğer etkenlerle birleşerek ruhsal bozukluk gelişimini tetikleyebileceği belirtilmiştir (59,60).

Çalışmalarda travmatik yaşam olayları neticesinde nöroenez inhibisyonu ve/veya nörotoksosite yoluyla hastalığın ortaya çıkmasının tetiklendiği ya da prognozun olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (61,62).

Erken dönemde karşılaşılan ihmal ve istismarlar, HPA aksında aşırı aktivasyona neden olarak hafıza üzerinde ve duygulanım kontrolünü sağlamada olumsuz bir etki oluşturmakta, kişinin hem depresyona yatkınlığını artırmakta hem de tedavi yanıtını etkilemektedir (63).

Travmatik yaşantılara maruziyetin telomer boyunda kısaltmaya yol açtığı ve striatum, hipokampus ve ventral tegmental alanda BDNF ekspresyonunu baskıladığı da ortaya konmuştur (64,65).

Travmatik yaşam olayları, kişinin kendisine ve dünyaya bakış açısında değişmelere neden olabilmekte, gelecekte beklenenleri de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Travmatik deneyimin zorlayıcılığıyla kişinin kendisine ve dünyaya ilişkin inançları ile yakın ilişkili olan umut duygusu zarar görebilir, bunun neticesinde travma sonrası stres belirtilerine depresyon belirtileri de eşlik edebilmektedir (66).

Çocukluğunda istismar yaşamış bireylerin kendilerini suçlayıcı düşünceleri olduğu, özsaygılarının azaldığı, başkalarına güvenmekte zorluk yaşadıkları, duygusal apatiklik, sosyal içe çekilme, terk edilmişlik hissine sahip oldukları, ilişkilerinde çeşitli sorunlar oldukları, baş etme becerilerinde kısıtlılık olduğu, gelen çevresel verileri işleme süreçlerinde hatalar yapabildikleri, kişilerarası etkileşimde ret edilmeye hassas oldukları, gelişmemiş savunma mekanizmalarına sahip oldukları düşünülmektedir (67,68,69).

Bağlanma teorisine göre, özellikle yakınları ve/veya bakım verenler tarafından ihmal ve istismara uğrayan çocuğun, kendisi ve diğerlerine dair düşünce, inanç ve beklentileri olumsuz yönde etkilenmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik ile kişide uygun ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı, MDB gelişimi açısından artmış riskle sonuçlanmaktadır (69,70).

Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde depresyon riskini %50 civarında artırabildiği ve çocukluk çağı travması öyküsü olan depresyon tanılı hastalarda olmayanlara göre; hastalığın daha kötü gidişli olduğu, daha sık tekrarladığı, depresyonun bedensel

belirtilerinin daha yoğun görüldüğü, daha sık kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi bulunduğunu bildirilmiştir (71,72,73,74)

2.3. Karar Verme

2.3.1. Karar Verme Kavramı

Karar verme, bireyin deneyimleri aracılığıyla kazandığı bilgilerini, belirli bir andaki algısal ve emosyonel bilgi ile bütünleştirdiği, kar zarar analizi, sonuçları öngörme gibi farklı bilişsel süreçleri de gerçekleştirdiği ve olası tepkiler arasından uygun olanı seçtiği karmaşık bir işlemdir. Bu seçim bir davranış olarak gözlenebileceği gibi doğrudan ölçülemeyebilecek zihinsel bir performans olarak da kendini gösterebilir (75).

Sıradan bir günde insanlar sabah kaçta uyanacakları, ne giyecekleri, okulda veya işyerinde ne yapacakları gibi farklı pek çok konuya dair kararlar alırlar. Bu kararlar, her ne kadar içerikleri ve duruma özgü ve önem seviyeleri bakımından birbirlerinden farklı olsa da ortak bir bilişsel altyapıyı paylaşmaktadırlar (75).

Fiziksel ve mental sağlamlık halinin sürdürülebilmesi ve bireysel hedefleri gerçekleştirebilmek için karar verme becerilerinin yerine getirilmesi gerekmektedir (76). Değişen ortam koşullarına adaptasyon geliştirebilmek için karar verme becerileri kullanılarak davranışsal stratejiler oluşturulmaktadır (77). Ölümün hatırı sayılır bir bölümünün öz-düzenleme üzerindeki karar verme becerilerinin bozukluğundan kaynaklandığı öne sürülmektedir (76).

Karar verecek kişi alternatifleri rasyonel bir biçimde, olasılık hesapları yaparak incelerken, kendi subjektif inançları, kişilik özellikleri, beklentileri vs. de kişinin kararları üzerinde etki göstermektedir (78). Karar vermenin; içinde bulunulan kültürel bağlamlardan, sosyo-emosyonel durumlardan ve adölesanlarda izlendiği üzere “arkadaş çevresi etkisi”nden (peer influence) bağımsız olmadığı da düşünülmektedir (76,79).

Araştırmacılar karar verme davranışında duyguların öneminin altını çizmektedir. Loewenstein ve Lerner, duyguların karar verme üzerindeki etkilerini iki yola gösterdiklerini söylemektedir. Bunların ilki kişi karar verirken hissetiklerinin yaptığı değerlendirmeyi etkilemesi, ikincisi ise seçim sonucunda nasıl hissedeceğidir (80).

Karar vermeyle ilgili çalışmalar genelde iki bağlamda gerçekleştirilmektedir: risk koşulu ve belirsizlik koşulu. Bu koşullara ilişkin tanımlar şöyledir: Risk koşulunda her bir eylem belli bir sonuçlar setine neden olur ve bu sonuçlara ilişkin olasılıklar kişi tarafından bilinir. Belirsizlik koşulunda da her eylemin belli sonuçları olabilir ancak bu sonuçlara ilişkin olasılıklar hiçbir şekilde kişi tarafından bilinmez.

Bechara ve arkadaşları belirsizlik koşulunda karar verme davranışının nörobiyolojik alt yapısını anlamak üzere somatik işaretleyici hipotezi (SİH) önermiştir (81). Konuyu araştırmak için birbirinden farklı ödöl-ceza tarifeleri olan kart destelerini içeren Iowa Kumar Testi (IKT)'ni geliştirmişlerdir (82).

IKT, ilk geliştirilen ve bu alanda en çok kullanılan karar verme testidir (81). Bu testte ödöl, ceza ve belirsizlik durumlarının bulunması sebebiyle, gerçek hayattaki karar verme süreçlerini temsil ettiği düşünölmektedir (83).

2.3.2. Karar Vermenin Nörobiyolojisi ve Somatik İşaretleyiciler Hipotezi

Damasio'nun oluşturmuş olduğu somatik işaretleyici hipotezi (SİH); öğrenme, bellek, dil ve dikkat gibi yürütücü işlevleri korunmuş olsa da sosyal davranışlarında bozulmalar gelişen ve emosyonel bilgileri işlemlenmede sorunlar yaşayan nöroloji hastalarının karar verme süreçlerinde bozulma olduğunu gözlenmesiyle ortaya atılmıştır. Damasio ve ark. karar vermede emosyonların rolü ve önemini vurgulamış; bulgularından yola çıkarak karar verme davranışı ve VMPFK bölge işleyişi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere belirsizlik koşulunda karar vermeyi gerektirecek IKT'yi tasarlamışlardır.

Bu testte normal kontroller, VMPFK hasarı olanlara göre avantajlı kartlardan daha fazla sayıda seçim yapmışlarken, beyin hasarı olan grup seçme davranışını avantajlı olacak şekilde değiştirmemiştir (81). Test sırasında, riskli kartlardan seçim yapmadan önce sağlıklı kişilerin deri iletkenliklerinde artış izlenirken, VMPFK hasarı olan kişilerde iletkenlik düzeyinin düşük olması, bu bireylerin, olumsuz sonuçlara karşi kendilerini uyaracak bazı duygusal uyarılardan (somatik işaretler) mahrum olabilecekleri fikrini ortaya çıkarmıştır (84).

Somatik işaretler, duygudurumun karar verme üzerindeki etkisine işaret eden bir çeşit alarm sinyalleridir. Bir “somatik durum” oluşturan duygu ve hislerin, öğrenme yoluyla belli senaryoların gelecekteki temsillerine ve beklenen sonuçlarına ilişkin çıkarımlarda

bulunmamızı sağlayan otonom sistemini de içine alan bir takım bedensel tepkilerdir. Somatik işaretleyici, dikkati belirli bir eylemin neden olabileceği istenmeyen sonuca yoneltmeye zorlar, otomatik bir alarm gibi çalışarak “eğer bu sonucu verecek seçeneği tercih edersen tehlikeye karşı dikkatli ol” şeklinde sinyal verir. Bu uyarı ile olumsuz sonuçlanacak seçimden kaçınılarak, diğer seçenekler arasından tercih yapma eğilimi ortaya çıkmaktadır. Somatik işaretleyicinin varlığı, buyk ihtimalle karar surecinin isabetlilik oranını ve faydalılığını artırmakta iken yokluğu halinde bunları azaltır (81). Alternatifler arasından dezavantajlı seçim yapma durumu, seçimlerin olası sonuçları hakkında sinyal veren emosyonel mekanizmalardaki bir bozukluk nedeniyle gerçekleşmektedir (82).

Somatik durumlar esnasında duyguları tetikleyen uyarılar gerek dışardan gozlenen (beden duruşu, yyz ifadesi vs.) gerekse de dışardan gozlenmeyen (hormonal salınım, kalp atımı, kas kasılması vs.) değişikliklere neden olurlar. Boyelikle bu yanıtlar aracılığı ile beyinden belli nörotransmitterlerin salınımı meydana gelir ve bu salınım doğrultusunda hipotalamus vs. gibi diğer efektör organlara sinyal geçişi gerçekleşir (82). Yani değişik bölgelerde (duysal korteksler, limbik yapılar) dışsal ya da içsel uyarılarla meydana gelen aktivitelerin zamansal birleşimlerinin kaydı, ventromedyal prefrontal korteksteki nöron grupları sayesinde burada sinyallenir ve sonra da hipotalamus ve beyin sapı çekirdeklerindeki somatik efektörler aktive olur. Fizyolojik olaylar zincirinde uygun bir somatik durum bedende gerçekten canlandırılır ve bundan doğan sinyaller özellikle somatoduysal alan ve insular korteksler olmak üzere kortikal ve subkortikal işleme alanlarına gönderilir. Bu da hislerin oluşmasında yardımcı somatik durum örüntülerinin oluşması, somatik durumun tetiklenmesi için gerekli eşiğin artması ya da düşmesi, işleyen hafızada yer alan DLPFK ve diğer yüksek düzey asosiasyon alanlarının aktive olmasıyla belli temsillerin güçlenmesi ya da zayıflaması, motor yanıt ve davranışla ilgili alanların (striatum, anterior singulat, supramanterior motor alan vs.) aktive olmasına neden olur (81,82).

Karar verirken, sonucun ne olacağına dair zihinsel temsiller de somatik bir durum oluşturabilir. Somatik durumların fizyolojik olarak tespit edilemediği durumlarda, en azından farklı nörotransmitter sistemlerinin aktivitelerinde değişiklikler izlenebilir. Yani amigdala, VMPFK, beyin sapı çekirdekleri karşılıklı bağlantıları sayesinde, bedeni için içine katmadan sadece beyin seviyesinde doğrudan insula, somatoduysal alan ve/veya beyin sapı

çekirdeklerini aktive edebilir. Bedenin by-pass edilebileceği bu gibi koşullar -mış gibi beden döngüsü olarak adlandırılmıştır.

Birincil başlatıcılar (primary inducers); doğuştan gelen ya da öğrenilmiş, zevk veren ya da kaçınmaya yol açan uyarılardır ve direkt olarak somatik bir yanıt verilir. Buna örnek olarak korku verici bir nesne ile karşılaşılması gösterilebilir. İkincil başlatıcılarsa (secondary inducers), birincil başlatıcının çağrıştırılmasını sağlayan düşünce ya da anılar olabilir. Vahşi bir hayvan tarafından saldırıya uğranıldığının hatırlanması ya da hayali, ikincil başlatıcıya örnek olarak verilebilir. Birincil başlatıcılarla somatik durumların harekete geçirilmesinde amigdala önemli bir role sahiptir. Birincil başlatıcılar normal şekilde geliştiğinde, ikincil başlatıcıların da bu zemin üzerinde normal gelişim göstermesi beklenmektedir (82). İkincil başlatıcılar, birincil başlatıcıyla harekete geçirilen somatik durum motifinin reaktivasyonuna neden olmaktadır. Birincil ya da ikincil başlatıcılarla somatik durumlar harekete geçirildiğinde, vücudun durumu hakkındaki veriler, santral sinir sistemine taşınmaktadır. Somatik durum sinyalleri nörotransmitter nöron gövdelerine aktarıldığında, terminallerden salınım paternini de etkileyebilmektedir; bu da yansıtıcı (reflective) sistemdeki biliş ve davranışlara aracılık eden nöronların sinaptik aktivitelerini değiştirecektir (82,85).

SIH; karar vermeyi ve onun duygulardan nasıl etkilendiğini nöroanatomik ve bilişsel düzlemlerde ortaya koyan bir hipotezdir. Hipotez; karar verme işleminin, kortikal ya da subkortikal olarak biyolojik düzenleyici mekanizmaların işaretleyici sinyallerinden etkilenmesi üzerine temellendirilmiştir (82).

Somatik işaretleyiciler, karar verme ve davranışları direkt olarak belirlemezler; bunlarda görevli mekanizmalar üzerinde düzenlemeler yaparak ve nörotransmitter seviyelerindeki değişimler ile karar verme süreçlerine etki edebildiği düşünülmektedir (85).

Karar vermeye birçok nörotransmitter etki etmektedir; dopamin ödül sistemleri ve asosiyatif öğrenme, serotonin dürtüsellik ve emosyonlar, asetilkolin hafıza, noradrenalin dikkat ve uyarılmayı düzenleyerek karar verme süreçlerinde etki göstermektedirler (86,87).

Karar verme fonksiyonunun ana sorumlusu olan VMPFK, süreçlerle ilgili duyuşsal, emosyonel ve öğrenme bilgilerini düzenlemektedir. Amigdala, emosyonel sinyalleri kodlayıp düzenlenmesinde, singulat korteks ise özellikle belirsiz durumlarda davranışların inhibisyonu

ve monitorize edilmesinde, DLPFK ise kompleks görevlerde çalışan belleğe ihtiyaç olduğu zamanlarda karar verme süreçlerinde rol almaktadır (88).

Karar verme davranışı, birbirini izleyen üç farklı aşama sonunda ortaya konmaktadır. Birinci aşamada, mevcut verilerin değerlendirilip, olası seçenekler arasından tercihin belirlenmesi; ikinci aşama, bu seçimin yapılması; üçüncü aşama ise, seçim sonuçlarının deneyimlenip, değerlendirilmesidir. Birçok psikiyatrik hastalıkta bu süreçlerin farklı seviyelerinde düzensizlikler bulunmaktadır.

2.3.3. Karar Verme ve Depresyon

Dezavantajlı karar verme (IKT'de izlendiği üzere) ile pek çok psikopatolojik durumun (şizofreni, OKB, madde bağımlılığı, anoreksiya nervoza, kronik ağrı vb. gibi) ilişkisi içinde bulunduğu saptanmıştır (89,90). MDB hastalarında, karar verme mekanizmalarında sağlıklı kontrollere göre sapmalar izlenmiştir. MDB hastalarında, riskli sosyal kararlardan sorumlu lateral prefrontal-striatal/limbik nöronal ağlarda düzensizlikler görülmüştür ve bunun da bu hasta grubunun sosyal yeterliklerini sekteye uğrattığı düşünülmektedir (91).

Adölesanlarla yapılan, karar vermenin ilk aşaması olan seçim yapmayı hedef alan bir fonksiyonel-MRG çalışmasının verilerine göre, MDB tanılı adölesanlarda sol dorsal OFK ve sağ kaudal anterior singulat kortekste sağlıklı kontrollere nazaran daha yoğun aktivasyon izlenmiştir (92)

Karar verme ve emosyonlardan sorumlu tutulan bölgeler olan VMPFK ve OFK' te meydana gelen patalojiler sonucunda duygu, duygudurum ve sosyal davranışta bozulmalar meydana gelmektedir ve bu kişiler seçim yapmaları gerektiğinde verdikleri kararlarının ani ödül getirmesi sebebiyle riskleri gözardı edebilmekte ve sosyal yaşamlarında olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedirler (93). Kısa süreli seçimlerden ziyade uzun süreli seçimlere dayalı bir teori olan SİH' e göre VMPFK ve amigdala somatik durumları tetikleyen önemli bölgelerdir; ancak VMPFK biliş ve duygulardan da etkilenen bir alandır (94).

Duygudurum ve IKT performansı ile yapılan çalışmalar incelendiğinde duygudurumun karar verme ile bağlantısının olduğu ve negatif duygudurumun IKT performansını etkilediği görülmüştür (95). Bireylerin negatif duygudurumdayken avantajlı

kartlardan daha az kart seştikleri, daha çok dezavantajlı kartlardan seçim yaptıkları gözlenmiştir (96).

2.4. Çalışmanın Hipotezi

1- Depresyon hastalarında karar verme, stresli yaşam olaylarından ve çocukluk çağı travmalarından olumsuz yönde etkilenir.

2- Çocukluk çağı travması olan depresyon hastalarının, depresyondaki diğeri hastalara göre karar vermede özsayıları daha düşüktür.

3- Çocukluk çağı travması olan depresyon hastaları, depresyondaki diğeri hastalara göre uyumsuz karar verme stillerini daha çok kullanırlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi

Çalışmanın başlangıcında öncelikle Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine Haziran 2020- Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran hastalardan çalışma kriterlerine uygun olanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma konusuna ilişkin literatür temel alınarak yapılan ön değerlendirmede; 0.5 orta etki büyüklüğü, minimum güç (power) %80 ve $\alpha=0.05$ yanılma payı alınarak en az 102 katılımcının (51 hasta grubu, 51 sağlıklı kontrol grubu) çalışmaya alınmasının uygun olduğu hesaplanmıştır.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası, SCID-5-CV ile MDB tanı kriterlerini karşılayan 70 hasta gönüllülük esas alınarak, sözlü ve yazılı onam formu alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastalardan ÇÇT ölçeğinden 36 puan ve üzeri alanlar ÇÇT yüksek düzeyde olanlar olarak gruplandırılmıştır.

51 sağlıklı gönüllü, toplumdan, hastane ve Adnan Menderes Üniversitesi çalışanlarından, hastalarla yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve sosyoekonomik olarak benzer özelliklere sahip, mevcut herhangi bir ruhsal hastalığı ve çocukluk çağı travması öyküsü olmayan kişilerden seçilmesi hedeflenmiştir.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

3.2.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. 18-65 yaş arası olmak
2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuruda bulunup yapılan klinik görüşme ve SCID-5-CV uygulaması sırasında majör depresif bozukluk tanısı almak
3. Son 6 ayda psikiyatrik bir tedavi almamak

4. Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyi ve bilişsel yetilere sahip olmak.

5. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.2.2. Sağlıklı kontrol grubunda çalışmaya alınma kriterleri

1. 18-65 yaş arası olmak

2. Herhangi bir psikiyatrik bir tanı almamış olmak

3. Çocukluk çağı travmaları ölçeğinden 36 puan altında almak

4. Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyi ve bilişsel yetilere sahip olmak.

5. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1- Ek bir psikiyatrik hastalık tanısı olmak

2- Mental retardasyon

3- Alkol/madde bağımlılığının bulunması

4- Gebelik, laktasyon döneminde olmak

5- Epilepsi, kafa travması gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalıklar ve nörodejeneratif hastalık tanısı olmak

6- Son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanımı olması

7- Çalışmadan çıkmak istemesi

3.3.2. Sağlıklı Kontrol Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. Yapılan klinik görüşme ve SCID-5 uygulaması sırasında herhangi bir ruhsal hastalık kriterlerini karşılamak,

2. Testleri eksik doldurmak

3. Çalışmadan çıkmak istemesi

3.4. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini ayrıntılı olarak kaydetmek için cinsiyet, yaş, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, evlilik ve eğitim durumları gibi sosyodemografik özellikleri ayrıntılı olarak kaydedilmiştir.

3.4.2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

First ve arkadaşları tarafından DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) geliştirilmiştir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-V tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlar. SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. Çalışmada duygudurum bozuklukları için araştırıcı sorular kullanılmıştır. Bilgi kaynakları hastanın kendisi, hastanın ailesi ve yakınları, sağlık ekibi, tıbbi kaynaklar ve gözlemler olmuştur. SCID-5-CV' in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Elbir ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ark. tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0–3 arası puanlama yapılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve ark. tarafından yapılmış, depresyon tanısı için kesme puanının 17 olduğu belirtilmiştir. Ölçekten en fazla 63

puan toplanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; 17-29 puan orta ve 30- 63 şiddetli depresyon olarak yorumlanmaktadır.

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiye sorulan sorularla sıkıntı duygusunun kendisini son bir haftadır ne ölçüde rahatsız ettiği sorgulanır. Puan Aralığı 0- 63'tür. Beck anksiyete derecelendirmesi: Hafif düzeyde anksiyete 8-15 puan, orta düzeyde anksiyete 16-25 puan, şiddetli düzeyde anksiyete 26-63 puandır.

3.4.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçek İngilizce özgün biçiminden konu üzerinde uzun yıllar deneyimi bulunan Vedat Şar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, her iki dile hakim bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiş, iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır. Ölçeğin ilk çevirisi ile pilot çalışma yapılmış, maddelerin anlaşılabilirliği görüldükten sonra ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.4.6. IOWA Kumar Testi Iowa Kumar testi (IKT)

Karar verme davranışını değerlendirmek amacıyla tüm katılımcılara bilgisayar ortamında IKT uygulandı (128). IKT'yi geliştiren araştırmacılar testin ödül, ceza ve belirsizlik içermesi sebebiyle, gerçek yaşamdaki karar verme süreçlerini simüle ettiğini ileri sürmüşlerdir. Bechara ve Damasio tarafından karar verme, özellikle de belirsiz durumlarda karar verme davranışlarını ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. İçellioğlu tarafından normatif verileri toplanmış olup, Güleç ve ekibi tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Uygulama materyali olarak İKT nin bilgisayar versiyonu seçilmiştir. Hasta ekranda üzerlerinde A,B,C,D yazan dört kartı, kendisine başlangıçta verilen 2000 TL borcu, kazanç hanesini görmektedir. Kendisinden bir kart çekmesi istenir, seçim sonrasında ekranda “50 TL kazandınız ya da 250 TL kaybettiniz” gibi uyarı belirir. Kendisine kartların nitelikleri ve ne ölçüde kazandırdıkları / kaybettirdikleri söylenmez. Oyunun amacının olabildiğince artı değerde bitirilmeye çalışılması, bunu yaparken kartlara dikkat edilmesi gerektiği eklenir. Toplamda 100 kart seçilir ama bu sayıdan kişinin haberi yoktur ve oyunun sonuna kadar devam etmesi söylenmekte, sistemin oyunun otomatik olarak sonlandıracağı baştan açıklanmaktadır. Kazanç ve kayıp için alt/üst limitlerden katılımcıya bahsedilmez. Oyun bitince verilere otomatik olarak dosya şeklinde kaydedilmektedir. İKT’de A ve B desteleri dezavantajlı destelerdir; oysa C ve D desteleri tercih edildiğinde net kazanç elde edilmektedir. İKT değerlendirilmesinde avantajlı deste seçim toplam net puanı $(C+D) - (A+B)$ ve net kazanç kullanılmıştır.

3.4.7. Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II (MKVÖ I-II)

Melbourne Karar Verme Ölçeği karar vermede özsaygı ve karar verme stillerini ölçmek için, Mann ve diğerleri (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmaları Deniz (2004) tarafından yapılmıştır. Melbourne Karar Verme Ölçeği iki kısımdan oluşmaktadır. I. Kısım: Karar vermede öz saygı düzeyini belirlemeyi hedeflemektedir. 6 madde ve 1 alt faktörün oluşturduğu ölçek 3’lü Likert tipidir. (1., 3., 5. Maddeler) normal şekilde; (2., 4., ve 6. Maddeler) ters şekilde puanlanmaktadır. Puanlama; doğru (2), bazen doğru (1) ve doğru değil (0) şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten en fazla 12 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar karar vermede özsaygının yüksek olduğunu göstermektedir (Deniz, 2004). 22 maddeden oluşan II. Kısım ise karar verme stillerini ölçmektedir. Ölçeğin, Dikkatli Karar Verme Stili (2, 4, 6, 8, 12, 16), Kaçınan Karar Verme Stili (3, 9, 11, 14, 17, 19), Erteleyici Karar Verme Stili (5, 7, 10, 18, 21) ve Panik Karar Verme Stilidir (1, 13, 15, 20, 22) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. II. Kısımda tersi puanlama yoktur. Bu ölçek de ölçeğin birinci kısmıyla aynı şekilde yanıtlanmaktadır. Yüksek puanlar ilgili karar verme stiline kullanıldığını göstermektedir.

3.4.8. Dsm-5 için Yaşam Olayları Kontrol Listesi

Katılımcıların yaşamları boyunca maruz kaldıkları travmatik olayları taramak için tasarlanmış bir öz bildirim anketidir. Kişide maruz kalındığında strese yol açabileceği bilinen 16 olay değerlendirir ve ilk 16 maddede yakalanmayan olağanüstü stresli olayları değerlendiren ek bir madde içerir. Resmi bir puanlama protokolü veya yorumu yoktur. Katılımcılar, ölçekte yer alan potansiyel travmatik olaya değişen düzeyde maruz kalma seviyelerini işaretler ve katılımcılar aynı travma tipinde birden fazla seviyede maruz kalma kutucuğunu işaretleyebilir. Anket toplam puan veya bileşik puan vermez. Weathers ve ark. tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması henüz yapılmamıştır.

3.5. İstatiksel Yöntemler

Araştırma verileri SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı sayım verileri sayı ve yüzde ile verilmiştir. Ölçüm verileri normal dağılıma uygunluk açısından Kolmogrov-Smirnov testi ve histogram ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan ölçüm verileri $\text{mean} \pm \text{ss}$, uymayan ölçüm verileri median (min-max) değerleri ile sunulmuştur. İstatistiksel değerlendirmede ölçüm verilerini karşılaştırmada ikili gruplarda normal dağılıma uyum gösterenler için Student t testi, uymayanlar için Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Sayım verilerinde bağımsız grupları değerlendirmek için Pearson Ki Kare testi yapılmıştır. Ölçüm verilerinde üçlü bağımsız grupları değerlendirmek için normal dağılıma uyanlarda One way ANOVA, normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Post Hoc değerlendirilmesi Bonferroni düzeltmesi ve Dunn testi (Dunnett's T3) ile yapılmıştır. Ölçüm verilerinin korelasyonunu değerlendirmek için veriler normal dağılıma uyum göstermediği için Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır. Tip I hata düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Çalışmaya 121 kişi dahil olmuştur. Çalışmaya dahil olan kişilerin %43,0'ı (n:52) hasta ve ÇÇT olan, %14,9'u (n:18) hasta ve ÇÇT olmayan, %42,1'i (n:51) kontrol grubudur. Hasta-ÇÇT olan grubun yaş ortalaması $34,78 \pm 10,84$, hasta-ÇÇT olmayan grubun $37,27 \pm 12,15$, kontrol grubunun ise $35,98 \pm 9,35$ 'tir. Hasta-ÇÇT olanların %78,8'i, hasta- ÇÇT olmayanların %66,7'si, kontrol grubunun ise 24,5'i kadındır.

Gruplar arasında sosyodemografik özellikler arasındaki farkı incelendiğinde çalışma durumu, bireysel gelir ve aile geliri için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır, fark üç grup için de incelenmiştir. Kontrol grubunun hasta olan iki gruba göre daha çok çalışıyor durumda olduğu, bireysel ve aile gelirinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili detaylı bilgiler Tablo I'de sunulmuştur.

Tablo I. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve gruplar arasındaki ilişkisi

		Hasta-ÇÇT Yüksek Düzy (n:52)		Hasta-ÇÇT Düşük Düzy (n:18)		Kontrol (n:51)		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş (yıl) (mean, ss)		34,78	10,84	37,27	12,15	35,98	9,35	0,658**
Cinsiyet	Kadın	41	78,8	12	66,7	38	74,5	0,581*
	Erkek	11	21,2	6	33,3	13	25,5	
Eğitim durumu	İlkokul	15	28,8	6	33,3	8	15,7	0,399*
	Ortaokul	3	5,8	0	0,0	6	11,8	
	Lise	17	32,7	7	38,9	17	23,3	
	Üniversite	17	32,7	5	27,8	20	39,2	
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	46,2	7	38,9	42	82,4	<0,001*
	Çalışmıyor (emekli, öğrenci, işsiz, ev hanımı)	28	53,8	11	61,1	9	17,6	
Medeni durum	Bekar	17	32,7	7	38,9	14	27,5	0,924*
	Evli	28	53,8	9	50,0	30	58,8	
	Boşanmış/Dul	7	13,5	2	11,1	7	13,7	
Hanede yaşadığı kişiler	Eş ve çocuk (lar)	29	55,8	9	50,0	31	60,8	0,716*
	Anne, baba ve kardeş (ler)	18	34,6	7	38,9	15	29,4	
	Arkadaş (lar)	5	9,6	1	5,6	3	5,9	
	Yalnız	0	0,0	1	5,6	2	3,9	
Yetiştığı çevre	Kentsel	26	50,0	14	77,8	33	64,7	0,084*
	Kırsal	26	50,0	4	22,2	18	35,3	
Eğitim süresi (yıl) (median, min-max)		12	4-20	11	4-17	14	4-24	0,213***
Bireysel gelir (TL) (median, min-max)		1000	0-8000	1300	0-5000	3200	0-8000	<0,001***
Aile gelir (TL) (median, min-max)		3000	0-25000	4000	0-7000	6000	2000-15000	<0,001***
Çocuk sayısı (median, min-max)		2	0-4	1	0-3	1	0-4	0,434***

*Pearson ki kare testi, **One way ANOVA testi, *** Kruskal Wallis testi

Katılımcılar arasında hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olanların %22,7'sinde, hasta-ÇÇT düşük düzeyde olanların %21,2'sinde, kontrol grubunun ise %29,4'ünde ailede psikiyatrik hastalık vardır. Hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olanların %36,5'i, hasta-ÇÇT düşük düzeyde olanların %27,7'si, kontrol grubunun ise %25,4'ü şu an sigara içmektedir. Hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olanların %23,1'i, hasta- ÇÇT düşük düzeyde olanların %16,7'si, kontrol grubunun ise %27,5'i alkol kullanmaktadır.

Gruplar arasında psikiyatrik, klinik özellikleri ve yaşam davranışları arasındaki farkı incelendiğinde ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grubunun, ÇÇT düşük düzeyde olan hasta grubuna göre psikiyatrik ilaç kullanım süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır (**p<0,001**). ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grupta ÇÇT düşük düzeyde olan hasta gruba göre intihar girişimi yaşının daha küçük olduğu saptanmıştır (**p<0,001**).

Gruplar arasında geçmişte psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişiminde bulunma, ilk yakınmaların başlama yaşı ve depresif atak sayısı için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır, fark üç durum için de incelendiğinde bu farkın kontrol grubundan kaynaklandığı görülmüştür.

Katılımcıların psikiyatrik, klinik özellikleri ve yaşam davranışları ile ilgili tüm detaylar Tablo II'de verilmiştir.

Tablo II. Katılımcıların gruplara göre klinik özellikleri ve yaşam davranışları

		Hasta-ÇÇT Yüksek Düzey (n:52)		Hasta-ÇÇT Düşük Düzey (n:18)		Kontrol (n:51)		p
		n	%	n	%	n	%	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	35	67,3	14	77,8	36	70,6	0,702*
	Var	17	22,7	4	21,2	15	29,4	
Nikotin kullanımı	Hiç içmedim	25	48,1	10	55,6	24	47,1	0,514*
	İçtim bıraktım	8	15,4	3	16,7	14	27,5	
	Şu an içiyorum	19	36,5	5	27,7	13	25,4	
Alkol kullanımı	Yok	40	76,9	15	83,3	43	84,3	0,610*
	Var	12	23,1	3	16,7	8	15,7	
Kullandığı psikiyatrik ilaç (6 aydan öncesi)	Yok	29	55,8	10	55,6	44	86,3	0,002*
	Var	23	44,2	8	44,4	6	13,7	
Geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım süresi (ay) (median, min-max) (n:31)		24	1-100	10	1-48	0	0-48	<0,001**
Yatarak tedavi	Yok	48	92,3	18	100,0	51	100,0	0,064*
	Var	4	7,7	0	0,0	0	0,0	
Ek hastalık	Yok	37	71,2	10	55,6	37	72,5	0,379*
	Var	15	28,8	8	44,4	14	27,5	
Kullandığı psikiyatri dışı ilaç	Yok	40	76,9	10	55,6	40	78,4	0,138*
	Var	12	23,1	8	44,4	11	21,6	
Terapi öyküsü	Yok	51	98,1	18	100,0	51	100,0	0,512*
	Var	1	1,9	0	0,0	0	0,0	
İntihar girişimi	Yok	37	71,2	15	83,3	51	100,0	0,001*
	Var	15	28,8	3	16,7	0	0,0	
İntihar girişimi yaşı (median, min-max)		19	11-44	43	35-50	-	-	<0,001**
İlk yakınmaların başlangıcı (ay önce) (median, min-max)		27	1-300	12	50-180	0	0-240	<0,001**
Depresif atak sayısı (median, min-max)		2	1-7	1	1-3	0	0-2	<0,001**

*Pearson ki kare testi, ** Kruskal Wallis testi

4.2. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olayları Yaşama Durumları Bakımından Karşılaştırılması

Doğal afet yaşama olayının, hasta gruplarına göre yaşama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p=0,036**). İleri analiz yapıldığında farkın hasta-ÇÇT düşük düzeyde olan gruba kontrol grubu arasında daha belirgin olduğu, kontrol grubunda bizzat yaşayanların ve öğrenenlerin daha çok, şahit olanların ve kendisine uygun olmayanların daha az olduğu saptanmıştır (Tablo IIIa).

Fiziksel saldırı yaşama olayı konusunda hasta gruplarına göre yaşama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p=0,003**). İleri analiz yapıldığında farkın hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan ve hasta-ÇÇT düşük düzeyde olan gruplar arasında daha belirgin olduğu, hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta bizzat yaşayanların ve şahit olanların daha çok, öğrenenlerin ve kendisine uygun olmayanların daha az olduğu saptanmıştır (Tablo IIIa).

Katılımcıların gruplara göre yaşam olayları yaşama durumları ile ilgili detaylar Tablo IIIa ve IIIb’de verilmiştir.

Tablo IIIa. Katılımcıların gruplara göre olumsuz yaşam olayları durumlarının incelenmesi

		Bizzat yaşadım		Şahit oldum		Öğrendim		İşimin gereği		Emin değilim		Bana uygun değil		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğal afet	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	27	51,9	8	15,4	6	11,5	0	0,0	1	1,9	10	19,2	0,036
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	4	22,2	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	55,6	
	Kontrol (n:51)	29	56,9	2	3,9	4	7,8	1	2,0	2	3,9	13	25,5	
Yangın patlama	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	8	15,4	8	15,4	4	7,7	1	1,9	2	3,8	29	55,8	0,133
	Hasta-ÇÇT yok (n:18)	1	5,6	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	16	88,9	
	Kontrol (n:51)	2	3,9	9	17,6	10	19,6	1	2,0	2	3,9	27	52,9	
Seyahat ederken kaza	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	16	30,8	7	13,5	4	7,7	1	1,9	0	0,0	24	46,2	0,093
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	7	38,9	1	5,6	2	11,1	0	0,0	0	0,0	8	44,4	
	Kontrol (n:51)	16	31,4	12	23,5	11	21,6	2	3,9	1	2,0	9	17,6	
İşte, evde ya da etkinlikte ciddi kaza	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	5	9,6	5	9,6	4	7,7	2	3,8	3	5,8	33	63,5	0,784
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6	12	66,7	
	Kontrol (n:51)	5	9,8	8	15,7	7	13,7	0	0,0	5	9,8	26	51,0	
Zehirli maddeye maruz kalma	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	7	13,5	3	5,8	1	1,9	2	3,8	4	7,7	35	67,3	0,651
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	1	5,6	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,6	14	77,8	
	Kontrol (n:51)	2	3,9	2	3,9	3	5,9	2	3,9	3	5,9	39	76,5	
Fiziksel saldırı	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	20	38,5	5	9,6	3	5,8	1	1,9	0	0,0	23	44,2	0,003
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	1	5,6	1	5,6	2	11,1	0	0,0	3	16,7	11	61,1	
	Kontrol (n:51)	16	31,4	4	7,8	4	7,8	4	7,8	0	0,0	23	45,1	
Silahlı saldırı	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	7	13,5	3	5,8	5	9,6	1	1,9	3	5,8	33	63,5	0,505
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	94,4	
	Kontrol (n:51)	4	7,8	2	3,9	3	5,9	0	0,0	2	3,9	40	78,4	
Cinsel saldırı	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	11	21,2	0	0,0	3	5,8	1	1,9	1	1,9	36	69,2	0,090
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	88,9	
	Kontrol (n:51)	1	2,0	0	0,0	3	5,9	0	0,0	0	0,0	47	92,2	

*Pearson ki kare testi

Tablo IIIb. Katılımcıların gruplara göre olumsuz yaşam olayları durumlarının incelenmesi

		Bizzat yaşadım		Şahit oldum		Öğrendim		İşimin gereği		Emin değilim		Bana uygun değil		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diğer istenmeyen/ rahatsızlık veren cinsel deneyim	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	7	13,5	1	1,9	2	3,8	1	1,9	4	7,7	37	71,2	0,834
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	2	11,1	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6	14	77,8	
	Kontrol (n:51)	3	5,9	1	2,0	2	3,9	0	0,0	1	2,0	44	86,3	
Savaş bölgesinde çatışmaya girme	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	2	3,8	1	1,9	2	3,8	0	0,0	1	1,9	46	88,5	0,557
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	100,0	
	Kontrol (n:51)	0	0,0	2	3,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0	48	94,1	
Esaret	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	2	3,8	0	0,0	1	1,9	1	1,9	1	1,9	47	90,4	0,662
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	100,0	
	Kontrol (n:51)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	50	98,0	
Yaşamı tehdit eden hastalık/yaralanma	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	6	11,5	4	7,7	5	9,6	0	0,0	1	1,9	36	69,2	0,673
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	3	16,8	2	11,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	12	66,7	
	Kontrol (n:51)	4	7,8	3	5,9	6	11,8	1	2,0	0	0,0	37	72,5	
Ciddi ızdırıp çekme	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	12	23,1	0	0,0	1	1,9	1	1,9	5	9,6	33	63,5	0,284
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	1	5,6	2	11,1	0	0,0	0	0,0	3	16,7	12	66,7	
	Kontrol (n:51)	6	11,8	3	5,9	1	2,0	0	0,0	3	5,9	38	74,5	
Ani vahşice ölüm	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	3	5,8	6	11,5	4	7,7	2	3,8	1	1,9	36	69,2	0,362
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	5,6	16	88,9	
	Kontrol (n:51)	0	0,0	2	3,9	2	3,9	1	2,0	1	2,0	45	88,2	

Tablo IIIb. Katılımcıların gruplara göre yaşam olayları yaşama durumlarının incelenmesi (Devamı)

		Bizzat yaşadım		Şahit oldum		Öğrendim		İşimin gereği		Emin değilim		Bana uygun değil		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ani kaza sonucu ölüm	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	3	5,8	6	11,5	9	17,3	0	0,0	0	0,0	34	65,4	0,063
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	2	11,1	14	77,8	
	Kontrol (n:51)	0	0,0	5	9,8	11	21,6	3	5,9	3	5,9	29	56,9	
Başkasının yaralanmasına/ölümü ne sebep olma	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,8	48	92,3	0,658
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	17	94,4	
	Kontrol (n:51)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	50	98,0	
Herhangi başka stresli olay	Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	18	34,6	3	5,8	4	7,7	2	3,8	5	9,6	20	38,5	0,218
	Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	6	33,3	1	5,6	1	5,6	1	5,6	5	27,8	4	22,2	
	Kontrol (n:51)	8	15,7	5	9,8	4	7,8	8	15,7	7	13,7	19	37,3	

*Pearson ki kare testi

4.3. Katılımcıların Klinik Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırması

Katılımcıların gruplara göre istismar ve ihmal skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupla kontrol grubun arasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo IV).

Hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta ÇÇT ölçeği alt boyutları için ortalama puanları cinsel istismar için $7,15 \pm 3,67$, duygusal istismar için $11,26 \pm 4,48$, fiziksel istismar için $7,32 \pm 4,35$, duygusal ihmal için $16,09 \pm 3,98$, fiziksel ihmal için $10,07 \pm 3,68$ saptanmıştır (Tablo IV).



Tablo IV. Katılımcıların gruplara göre ÇÇT ölçeği alt boyutlarının incelenmesi

	Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
	Median (min-max)/Mean±sd	Median (min-max)/Mean±sd	Median (min-max)/Mean±sd	Median (min-max)/Mean±sd	Median (min-max)/Mean±sd
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	5 (5-20) / 7,15±3,67	11 (5-25) / 11,26±4,48	5 (5-25) / 7,32±4,35	15 (10-25) / 16,09±3,98	9,5 (5-20) / 10,07±3,68
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	5 (5-5) / 5,00±0,00	5 (5-7) / 5,66±0,90	5 (5-6) / 5,05±0,23	8,5 (5-12) / 8,50±2,38	6 (5-8) / 6,11±1,18
Kontrol (n:51)	5 (5-5) / 5,00±0,00	5 (5-7) / 5,64±0,77	5 (5-6) / 5,15±0,36	9 (5-12) / 8,37±1,92	6 (5-8) / 6,31±1,17
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*Kruskal wallis testi

Katılımcıların gruplara göre BDÖ kategorileri arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇÇT yüksek düzeyde olan hastaların, ÇÇT düşük düzeyde olan hastalara göre BDÖ' ne göre daha şiddetli grupta olduğu saptanmıştır ($p=0,029$) (Tablo V).

Tablo V. Katılımcıların gruplara göre Beck Depresyon Ölçeği kategorileri arasındaki ilişki

	Beck Depresyon Ölçeği		p
	Orta	Şiddetli	
	n (%)	n (%)	
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	25 (48,1)	27 (51,9)	0,029
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	14 (77,8)	4 (22,2)	

*Pearson ki kare testi

Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete kategorileri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). İlişki detaylı incelendiğinde farkın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo VI).

Tablo VI. Katılımcıların gruplara göre Beck Anksiyete Ölçeği kategorileri arasındaki ilişki

	Beck Anksiyete Ölçeği			p
	Hafif	Orta	Yüksek	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	5 (10,6)	15 (31,9)	27 (57,5)	<0,001
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	1 (6,3)	8 (50,0)	7 (43,8)	
Kontrol (n:51)	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Pearson ki kare testi

Katılımcıların gruplara göre karar verme skorlarının (MKVÖ) ilişkisi incelendiğinde karar vermede özsayıda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, kontrol grubunda depresyon olan her iki gruba göre karar vermede özsayı skoru daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo VII).

Tablo VII. Katılımcıların gruplara göre MKVÖ-1 skorlarının ilişkisi

MKVÖ-1		
	Median (min-max)	p
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	6 (1-12)	<0,001
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	7 (2-11)	
Kontrol (n:51)	10 (6-12)	

*Kruskal wallis testi

Katılımcıların gruplara göre karar verme tipleri arasındaki (MKVÖ-2) ilişki incelendiğinde dikkatli tip için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, kontrol grubunun depresyon olan her iki gruba göre karar vermede dikkatli tip skoru daha yüksek saptanmıştır (**p=0,031**) (Tablo VIII).

Katılımcıların gruplara göre karar verme tipleri arasındaki (MKVÖ-2) ilişki incelendiğinde kaçınan tip için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, kontrol grubunun depresyon olan her iki gruba göre karar vermede kaçınan tip skoru daha düşük saptanmıştır (**p<0,001**) (Tablo VIII).

Katılımcıların gruplara göre karar verme tipleri arasındaki (MKVÖ-2) ilişki incelendiğinde erteleyici tip için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, kontrol grubunun depresyon olan her iki gruba göre karar vermede erteleyici tip skoru daha düşük saptanmıştır (**p<0,001**) (Tablo VIII).

Katılımcıların gruplara göre karar verme tipleri arasındaki (MKVÖ-2) ilişki incelendiğinde panik tip için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlişki detaylı incelendiğinde esas farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, kontrol grubunun depresyon olan her iki gruba göre karar vermede panik tip skoru daha düşük saptanmıştır (**p <0,001**) (Tablo VIII).

Tablo VIII. Katılımcıların gruplara göre MKVÖ-2 skorlarının ilişkisi

	Karar Verme Tipi			
	Dikkatli	Kaçınan	Erteleyici	Panik
	Median	Median	Median	Median
	(min-max)	(min-max)	(min-max)	(min-max)
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	8 (2-12)	6,5 (0-12)	6,5 (0-10)	7 (2-10)
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	9 (6-12)	6 (0-10)	5,5 (0-9)	5 (1-10)
Kontrol (n:51)	10 (5-12)	3 (0-10)	3 (0-7)	3 (0-7)
p	0,031	<0,001	<0,001	<0,001

*Kruskal wallis testi

Katılımcıların gruplara göre İKT skorlarının ilişkisi incelendiğinde toplam kazanç skorunun hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta 2025 (30-6760), hasta-ÇÇT düşük düzeyde

olan grupta 2060 (285-5038), kontrol grubunda 2205 (300-4110) olduğu görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Net skorun hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta -2 [(-42)-30], hasta-ÇÇT düşük düzeyde olan grupta 0 [(-20)-24]], kontrol grubunda 0 [(-20)-28]] olduğu görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo IX).

Tablo IX. Katılımcıların gruplara göre IKT skorlarının ilişkisi

	IKT	
	Toplam kazanç	Net skor
	Median (min-max)	Median (min-max)
Hasta-ÇÇT yüksek düzey (n:52)	2025 (30-6760)	-2 [(-42)-30]
Hasta-ÇÇT düşük düzey (n:18)	2060 (285-5038)	0 [(-20)-24]]
Kontrol (n:51)	2205 (300-4110)	0 [(-20)-28]]
p	0,971	0,426

*Kruskal wallis testi

4.4. Katılımcıların Klinik Ölçek Puanları ile Karar Verme Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastalarda ÇÇT ölçeği skoru ile kumar testi ve karar verme tiplerinin korelasyon ilişkisi incelenmiştir. ÇÇT ölçeği skoru ile karar verme tiplerinde dikkatli tiple negatif yönlü zayıf düzeyde, panik tiple pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo X).

Tablo X. Hasta grubunda ÇÇT ölçeği puanı ile IKT skorları ve MKVÖ-1,2 puanlarının ilişkisi

	ÇÇT ölçeği	
	r	skoru
Karar vermede özsayı	r	-0,126
	p	0,298
Dikkatli tip	r	-0,313
	p	0,008
Kaçıngan tip	r	0,178
	p	0,140
Erteleyici tip	r	0,183
	p	0,130
Panik tip	r	0,289
	p	0,015
IKT Toplam kazanç	r	0,066

	p	0,591
	r	-0,120
IKT Net skor	p	0,326

*Spearman korelasyon testi

ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grupta kumar testi ve karar verme tiplerinin istismar ve ihmal skorları ile korelasyonu incelenmiştir. Kumar testinde toplam kazanç skoru ile fiziksel ihmal skoru arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (**p=0,026**). Diğer korelasyon ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo XI).

Tablo XI. ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grupta IKT skorları ve MKVÖ- 1,2 ölçek puanlarının istismar ve ihmal puanları ile korelasyonu

			Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal
Karar özsaygı	vermede	r	-0,059	-0,016	0,216	0,019	-0,034
		p	0,680	0,910	0,124	0,895	0,808
Dikkatli		r	-0,044	-0,145	0,043	-0,179	-0,092
		p	0,758	0,306	0,763	0,205	0,517
Kaçıngan		r	-0,067	-0,070	0,043	-0,179	-0,092
		p	0,635	0,623	0,760	0,205	0,517
Erteleyici		r	0,130	0,064	0,145	0,175	0,100
		p	0,359	0,650	0,305	0,216	0,481
Panik		r	0,105	0,204	0,049	0,077	0,057
		p	0,458	0,146	0,732	0,588	0,690
Toplam kazanç		r	-0,034	0,017	-0,142	0,033	0,312
		p	0,813	0,908	0,321	0,820	0,026
Net skor		r	-0,028	0,053	-0,079	0,065	0,010
		p	0,847	0,712	0,581	0,651	0,947

*Spearman korelasyon testi

Hastalarda Beck Depresyon ve Anksiyete ölçeği skoru ile karar verme tiplerinin korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Beck Depresyon ölçeği skoru ile karar vermede özsaygı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde, karar verme tiplerinde dikkatli tiplerle negatif yönlü zayıf düzeyde, kaçıngan, erteleyici ve panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Beck Anksiyete ölçeği skoru ile karar verme tiplerinde kaçıngan ve panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo XII).

Tablo XII. Hasta grupta Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanı ile MKVÖ puanlarının ilişkisi

		BDÖ	BAÖ
Karar vermede özsaygı	r	-0,365	-0,121
	p	0,002	0,317
Dikkatli tip	r	-0,263	-0,138
	p	0,028	0,253
Kaçıngan tip	r	0,262	0,246
	p	0,028	0,040
Erteleyici tip	r	0,364	0,233
	p	0,002	0,053
Panik tip	r	0,351	0,242
	p	0,003	0,044

*Spearman koralasyon testi

Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanının dikkatli tip puanına etkisi değerlendirilmiş, ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Tablo XIII).

Tablo XIII. Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanının dikkatli tip puanına etkisinin lineer regresyonla değerlendirilmesi

	Dikkatli tip					
Değişkenler	β	SE	t	p	Exp(β)	%95 CI
ÇÇT	-0,028	0,022	-1,252	0,215	-0,159	-0,072-0,016
BDÖ	-0,075	0,041	-1,838	0,071	-0,245	-0,157-0,006
BAÖ	-0,006	0,030	-0,199	0,842	-0,025	-0,065-0,054

R Square:0,124; p:0,032

Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanının panik tip puanına etkisi değerlendirilmiş, Beck depresyon ölçeğindeki 1 birim puanlık artışın panik tip skorunda 0.29 birimlik puan artışına sebep olduğu saptanmıştır (Tablo XIV).

Tablo XIV. Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği skorunun panik tip puanına etkisinin lineer regresyonla değerlendirilmesi

Değişkenler	Panik tip					
	β	SE	t	p	Exp(β)	%95 CI
ÇÇT	0,014	0,019	0,759	0,451	0,095	-0,024-0,052
BDÖ	0,079	0,035	2,242	0,028	0,295	0,009-0,149
BAÖ	0,018	0,026	0,719	0,475	0,089	-0,033-0,070

R Square:0,151; p:0,012

5. TARTIŞMA

1-Çalışmaya Katılan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Dikkat eksikliği, hafızada bozulmalar, düşünce akışında yavaşlama ve karar vermede zorluklar gibi bazı nörobilişsel alanlardaki şikayetler, depresyonlu hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir ve bunların görülme sıklığı % 81'e kadar çıkmaktadır (1). DSM-5 ölçütlerinde kararsızlık, düşünme ve konsantrasyon güçlüğü ile birlikte MDB tanı kriterleri olarak yer almaktadır (2).

Çalışmamıza MDB tanılı hastalarda karar verme bozukluklarını incelemek ve karar vermede ÇÇT ve olumsuz yaşam olaylarının etkisini araştırmak amacıyla 70 MDB tanısı alan hasta ve 51 sağlıklı gönüllü olmak üzere 121 kişi dahil olmuştur.

Bu 121 kişiden, %43,0'ı (n:52) yüksek düzeyde ÇÇT olan MDB tanılı, %14,9'u (n:18) düşük düzeyde ÇÇT olan MDB tanılı, %42,1'i (n:51) sağlıklı kontrol olarak gruplandırılmıştır.

Hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olanların %78,8'i, hasta- ÇÇT düşük düzeyde olanların %66,7'si, kontrol grubunun ise 74,5'i kadındır. Hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grubun yaş ortalaması $34,78 \pm 10,84$, hasta-ÇÇT düşük düzeyde olan grubun $37,27 \pm 12,15$, kontrol grubunun ise $35,98 \pm 9,35$ 'tir.

Depresyon, hemen her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte özellikle orta yaş grubunda daha sık görülmektedir ve kadınlarda erkeklere göre görülme sıklığı yaklaşık 2 kat daha fazladır (3,4).

Bu bakımdan, araştırmamıza dahil olan hastaların yaş ortalamalarının epidemiyolojik çalışmalardakine benzer olmasına rağmen, cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın hakimiyetinin daha belirgin olduğu görüldü. Kadınlarda, daha önce araştırmacılar tarafından öne sürülen genetik, hormonal, beyin yapısı farklılıklarının yanında, kadının toplumdaki yeri, sorunlarla baş etme tarzı gibi birçok biyopsikososyal faktör bu farklılıkta rol oynuyor olabilir (25). Erkeklerin hastalığa ilişkin tutumlar ve damgalanma kaygısına bağlı daha az yardım arayışı da bu farklılığa katkı sağlıyor olabilir (99). Bunların yanında kadın oranının, toplumda görüldenden daha fazla olmasının bir nedeni de çalışmamızdaki katılımcıların polikliniğe başvuranlar arasında seçilmesi ve bu araştırmaya katılmayı kabul etme oranının kadınlarda daha fazla olmasının yer alabileceği düşünüldü. Gruplardaki erkek sayısının düşüklüğü bulguların genellenebilirliği açısından sorun olabilse de, gruplar arasında cinsiyet dağılımı benzer olmuştur.

Karar verme becerilerine ait değişkenleri kontrol edebilmek amacıyla hem depresyon hastalarının hem de sağlıklı gönüllülerin son 6 ayda herhangi bir psikotrop ilaç kullanımının olmaması, nörokognitif hastalığının olmaması, alkol kullanımı varsa zararlı kullanım düzeyinde olmaması, madde kullanımı olmaması gibi ölçütlere uygun olması sağlandı. Çalışmanın kontrol grubunu oluşturan sağlıklı gönüllülerin, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim süresi bakımından hasta grubunda yer alan katılımcılarla benzer özellikte olanlarının çalışmaya dahil edilmesi nedeniyle cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim süresi açısından hasta ve kontrol grupları arasında herhangi bir fark bulunmamaktaydı. Ayrıca gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara ve alkol kullanımı açısından da gruplar arası anlamlı fark tespit edilmedi.

Çalışmamızda kontrol grubunun hasta olan iki gruba göre daha çok çalışıyor olması, bireysel ve aile gelirinin daha yüksek saptanması bu grubun hastanemizde çalışan personelden oluşturulmuş olmasından kaynaklanıyor olabilir ve çalışmamızın sınırlılığı olarak vurgulanması uygundur.

ÇÇT, gelişim üzerinde olumsuz etkiler gösterebildiği gibi, yetişkinlikte başlayan psikiyatrik hastalıklarda da etkileri sıklıkla tespit edilmektedir (73). Bir çalışmada çocukluk dönemi fiziksel ve cinsel istismarı olduğunu bildiren katılımcıların %80'inde en az bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı olduğu bildirilmiştir (100).

Mandelli ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizin sonuçlarına göre, erken yaşta maruz kalınan olumsuz yaşantılar, MDB riskinde artışla ilişkili olarak bulunmuştur. Özellikle kadınlarda depresif belirtiler açısından en güçlü risk faktörü olduğu gösterilmiştir (73).

Çalışmamızda da 70 MDB hastasından 52'sinde yüksek düzeyde ÇÇT öyküsü mevcuttu. Bir çalışmaya göre ÇÇT varlığının, erişkin dönemde depresyon riskini %50 oranında artırmaktadır (101). Psikiyatrik popülasyonda yapılan yakın zamanlı bir çalışmada depresyon hastalarının %55,5'i en az bir travma tipi bildirmiştir (102).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; yineleyen depresyon nedeniyle takipli hastalar, ilk atak depresyon grubuyla karşılaştırıldığında bu kişilerin çocukluk çağı travma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (103). Bizim çalışmamızda depresyonda çocukluk çağı travmasının varlığında geçirilmiş epizod sayısı daha fazla olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması örneklem sayısının az olması ve çalışmaya dahil edilme kriterleri ile ilgili olarak yorumlanabilir.

MDB tanılı 204 kadın hasta ile yapılan bir geriye dönük çalışmada, Bifulco ve ark. çocuklukçağı duygusal istismarının, erişkinlikte süreğen ve yineleyici MDB ile ilişki olduğunu ileri sürmüştür (104).

Moskvina ve çalışma arkadaşları tarafından 324 rekürren majör depresyon hastasının içinde olduğu bir çalışmada, MDB tanılı hastaların %79.9'unda en az bir tane travma olduğu saptanmıştır (105).

Bülbül ve ark. yaptığı bir çalışmada ise, çocukluk çağı travmalarının varlığı depresyon için erken yaş başlangıç ve yineleme riski ile ilişkili olduğu, intihar düşüncesi ve girişimi açısından risk taşıdığı bildirilmiştir (103).

Bizim çalışmamızda da bu grupta ilk psikiyatrik yakınmaların daha önce başladığı görülmüşse de istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilemedi. Yine bu grupta intihar girişimi

sayısı fazla olduğu görüldü. İstatiksel olarak anlamlılık saptanamamasının çalışmaya dahil edilme kriterleri nedeniyle olduğu düşünüldü. Çalışmamızda intihar girişiminin ise ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastalarda diğer gruplara göre istatiksel olarak anlam ifade edecek şekilde daha küçük yaşta meydana geldiği görüldü.

ÇÇT aynı zamanda tedaviye direnç ile de ilişkili bulunmuştur (106). Özellikle 4-7 yaşları arasında maruz kalınan travmaların, antidepresan tedaviye kötü yanıtla ilişkili olduğu gösterilmiştir (107).

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hasta grubunun, ÇÇT düşük düzeyde olan MDB tanılı grubuna göre tedavi direncinin bir göstergesi olarak yorumlanabilecek olan psikiyatrik ilaç kullanım süresi istatiksel olarak daha uzun saptanmıştır.

Çalışmaya alınan ÇÇT düşük düzeyde MDB tanılı hasta grubunda bir psikiyatri servisinde yatarak tedavi alma öyküsü yok iken ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastalardan 4'ünde yatarak tedavi alma öyküsü mevcuttu.

Dsm-5 için Yaşam Olayları Kontrol Listesine göre katılımcıların olumsuz yaşam olayları yaşama durumu incelendi. Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastaların sağlıklı kontroller ile özellikle doğal afet (depresyon, sel vb.) ve trafik kazası bizzat yaşama oranlarının benzer olmasından yola çıkılarak, ÇÇT varlığında kişinin yaşadığı olumsuz olayların depresif semptomların gelişiminde veya sürmesinde rol alabileceği düşünüldü.

Gelişim sırasında, travmaya maruz kalmak, stres ve duygu düzenlenmesinden sorumlu beyin bölgelerini kalıcı değişikliklere yol açtığı, duygusal işleme ve strese karşı duyarlılığın artmasına neden olup daha sonra yatkın kişilerde stres ile ilişkili olabilen MDB gibi bozuklukların gelişimine zemin hazırladığı öne sürülmüştür (108).

Genel toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı ihmalinin, son bir yıl içinde yaşanan stresli yaşam olaylarının olumsuz değerlendirilmesi, depresif, siklotimik, anksiyöz ve irritabl mizaçlarda artış yoluyla da depresif semptomların gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur (109).

Bir çalışmada, duygusal istismar ve ihmal geçmişinin ömür boyu travmaya maruz kalma riski ile bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır (110). Stresli çocuklukları olan bireylerin yaşamları boyunca kümülatif stres faktörleriyle karşılaşma olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızda da katılımcılarda fiziksel saldırı yaşama olayı incelendiğinde hasta- ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta bizzat yaşayanların ve şahit olanların diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu, cinsel saldırı yaşama olayının da diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hasta- ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta daha yüksek olduğu görüldü.

Bu bulgular travmatik bir ortamda büyüyen çocuğun travmaya sebep olan kişi/kişiler/ortamın etkisiyle yeni-süreğen travmalara maruz kalabildiği, bu durum ya da durumların yarattığı etkinin daha büyük ve yıkıcı olabildiği bilgisini destekler niteliktedir.

MDB yüksek anksiyete düzeyi sıklıkla eşlik eder ve MDB'nin prognozunu etkiler (22). Beklenildiği gibi, çalışmamızda hasta grubunun anksiyete düzeyleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Çocukluk çağı travmalarının, mevcut depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddeti üzerinde belirleyici olduğu da bildirilmiştir (4). Çalışmamızda da literatür bilgileri ile uygun olarak ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastaların BDÖ puanları, ÇÇT düşük düzeyde olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB hastalarının %57,5'i, ÇÇT düşük düzeyde olan MDB hastalarının %43,8'inde yüksek düzeyde anksiyete tespit edilmiştir.

Bir çalışmada depresyonun anksiyeteli alt tipinde, çocukluk çağı travmalarıyla bağlantılı olarak HPA aksı ve immün aracılı yanıtların olduğu bildirilmiştir (108). Çalışmamızda BAÖ puanlarına göre hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

2- Iowa Kumar Testinin, Majör Depresif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları ve Olumsuz Yaşam Olayları ile İlişkisinin İncelenmesi:

IKT karar vermenin değerlendirilmesinde en sık kullanılan nöropsikolojik testir; testin ödöl, ceza ve belirsizlik içermesi sebebiyle, gerçek yaşamdaki karar verme süreçlerini simüle ettiği kabul edilmektedir (111).

Duygusal karar verme, hem duygu hem de mantık bileşenlerini içeren risk ve belirsizlik altında bir seçim yapma sürecidir. Duyguyla ilgili sinyaller, IKT'nin erken aşamasında önemli bir rol oynarken, daha sonraki seçimlerde seçimlerde bilişsel süreçler ön plandadır (75,112).

Araştırmacılar IKT'de iyi performans gösteren katılımcıların dezavantajlı destelerden kaçınmayı ve avantajlı destelerden seçim yapmayı öğrendiğini, karar verme davranışında bozulma olan bireylerin test boyunca dezavantajlı olan destelerden seçim yapmaya devam ettiklerini öne sürmüşlerdir. (113,76).

Testin görsel, sözel bellek, dil işlevleri, yürütücü işlevler, somatik duyusal/motor alanları intakt olan bireylerde orbitofrontal ve ventromedial korteks hasarının ölçüsünü saptamamızı sağladığı öne sürülmüştür. OFK-limbik sistem bağlantısının, ödöl bağımlı ve emosyonel karar verme süreçlerinde görev aldığı düşünülmektedir. ASK ve DLPFK ise muhakeme etme ve entelektüel kararlar ile ilişkilendirilmiştir (114).

Çalışmamızda katılımcıların IKT ortalama puanları karşılaştırıldığında üç grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır. IKT performansında sadece hasta-ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta net skor eksi değerlerde çıkmış olması, çalışmanın örnekleminin dezavantajlı seçimleri daha fazla miktarda yaptıklarına işaret etmektedir. Bu sonuç hasta – ÇÇT yüksek düzeyde olan grupta karar verme stratejilerinin yeterince kullanamadıkları yönünde yorumlanabilse de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

IKT ile yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda eğitimin hasta ve kontrol grubu performansları üzerinde etki göstermediğini genel olarak kabul edilmiş olup cinsiyetin IKT performansına etkisi araştırıldığında, erkeklerin performansının kadınların performansından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşan çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. (112,113,114,115). Ülkemizdeki normatif veri araştırmasında erkeklerin IKT performansının kadınlardan daha iyi olduğu gözlenmiştir (113). Bizim çalışmamızda sağlıklı ve hasta grupları arasında cinsiyet ve eğitim durumu açısından benzer dağılım sağlanmıştır.

Yaş grupları arasındaki farklılığa bakıldığında ise, orta yaş grubu avantajlı deste seçim sayısı diğer yaş gruplarına göre oranla anlamlı derecede farklılık göstermiş olduğu, daha gençlerin risk içeren durumlara daha rahat girebildikleri, yaşlı grupta ise beraber karar-verme ve risk almayı içeren bilişsel fonksiyonlarda meydana gelen düşüş ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bizim çalışmamızda gruplar arası yaş ortalaması açısından fark saptanmamış olup, katılımcıların çoğunu orta yaş grubu oluşturmuştur (112,113).

Katılımcılarının yürütücü işlevlerinin, yapılan görüşmeler ve eğitim durumlarının tespiti göz önüne alındığında yeterli olduğunu ön görülmüş ise de; geçerli ve güvenilir nörokognitif testler ile katılımcıların taranmamış olması “kognisyonlarında sorun olmadığı” şeklinde genel bir yargıya varmamıza engel olmaktadır.

Buna karşılık karar verme davranışında bozukluk görülen hastalarda, IKT performansı ile yürütücü işlevleri ölçen testler (Londra Kulesi Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Stroop Testi) karşılaştırıldığında, yürütücü test performanslarında herhangi bir bozukluk saptanmamış iken IKT performansında başarısız oldukları görülmüştür (75,112). İçelioğlu S.’nin ülkemizde yaptığı çalışmada da, IKT performansı ve diğer yürütücü işlev testlerinin performanslarının arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar IKT, özellikle, karar verme davranışı ve bu işlev ile ilgili beyin alanlarına duyarlı bir test olduğu şeklinde yorumlanmıştır (113). Yürütücü işlevler ve karar vermeyi bağımsız süreçler olarak değerlendiren araştırmaların yanı sıra, aralarında ilişki bulunduğunu bildiren araştırmalar da vardır (8,119). IKT’nin diğer bilişsel işlevlerle ilişkilerini inceleyen bir derleme çalışmasında, inhibisyon, çalışma belleği ve yürütücü işlevler ile ilişkisinin düşük düzeyde olduğu bulunmuş ve diğer bilişsel testlerle birlikte kullanıldığında karar verme yetisini iyi ayırtan biçimde test edebildiği öne sürülmüştür.

MDB’li hastalardaki IKT sonuçları ile ilgili literatür tarandığında tutarsızlıkların mevcut olduğu görülmüştür (117).

MDB’li hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla IKT’de daha düşük net puanlar sergilediklerini bildirilen çalışmaların yanında (118,119,120,121) MDB grubunda daha iyi performansı bildiren çalışmalar da mevcuttur (122). MDB hastalar ve sağlıklı kontroller arasında net IGT puanlarında anlamlı bir fark olmadığını bildiren bazı araştırmacılar da vardır (8,123,124,125).

IKT'deki performans ile depresif semptomlar, ödül duyarlılığı, anksiyete semptomları ve dürtüsellik dahil olmak üzere klinik ve bireysel farklılıkların çoklu boyutları arasındaki ilişkiler daha önce incelenmiştir (126).

Must ve arkadaşları, MDB'li hastalarda IKT performansı üzerine yapılan incelemelerde, hastaların hızlı ödül sunan dezavantajlı kartları seçtiği saptanmış, önceki seçim sonuçlarındaki geri bildirimlere göre avantajlı güverteleri seçmek için stratejilerini etkili bir şekilde düzenleyemedikleri ve dolayısıyla öğrenme yeteneğinin bozulduğu öne sürmüştür (127).

Kimi çalışmalarda MDB hastalarının IKT'deki bu düşük performansı, anlık ödüllere karşı yüksek duyarlılığı veya gelecekte gelişebilecek kayıplara karşı düşük duyarlılığı yansıttığı görüşündedir (7).

IKT'de düşük performansın bir diğer nedeni olarak depresif belirtilerin görevde daha zayıf öğrenmeyle ilişkili olduğunu öne sürülmüş (118,119,120,122,128) ve bir çalışmada, özellikle anhedoniyi IKT'de daha yavaş ödül öğrenmeyle karakterize edilmiştir (121,127,7).

IKT'de MDB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollerden daha iyi performans gösterdiği çalışmalarda öne sürülen bir görüş ise depresif bireylerin kayıplara karşı daha duyarlı olduklarını, olumsuz geribildirimden kaçınan (yani daha yüksek risk) kararlar vermede, depresif katılımcıların riskli tepkilerden kaçınmayı kontrol katılımcılarından daha hızlı öğrenecekleri ve dolayısıyla kontrollerden daha başarılı olduklarını şeklindedir (121,10).

İznak ve arkadaşları karar verme üzerine yaptıkları çalışmada EEG ile tespit ettikleri korteksin ön (frontal-merkezi-temporal) alanlarının fonksiyonelliğinin azalması ve yürütücü işlevlerde bir eksiklikle karakterize hipofrontalitenin , hipokampal dahil subkortikalin disinhibisyonuna yol açtığını öne sürerek, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) ile değerlendirildikleri mantık ve muhakemeye dayalı rasyonel kararlar verme becerisi azalmış depresyondan muzdarip hastaların, IKT ile değerlendirilen duygusal öğrenmede nispeten daha başarılı karar vermeye doğru "telafi edici bir kayma" gözlemlendiklerini bildirmişlerdir (129). Striatal dopamin D2 reseptörünün depresif belirtiler üzerinde ılımlı bir etkisi olduğunu, dopaminin depresif belirtiler ve karar verme arasındaki ilişkiyi değiştirdiğini, böylece depresif belirtiler bildiren ve daha yüksek striatal dopamin D2 reseptör yoğunluğuna

sahip bireylerin IKT üzerinde daha avantajlı seçimlerde bulunup daha iyi karar verme performansı sağladığını öne sürmektedir (129)

Feffer ve ark. sağ orbitofrontal korteksi MDB tedavisinde tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon için etkili bir alan olarak tanımlamış,ek olarak, sağlıklı gönüllürler üzerine yapılan bir çalışmada Ouellet ve ark., orbitofrontal korteksin transkraniyal doğru akım uyarılmasından sonra IGT puanlarında iyileşmeler gözlemlediklerini bildirmişlerdir.

Anksiyete belirtilerinin görev boyunca daha hızlı ödül öğrenmeyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (130,131). Çalışmamızda hasta gruplarının büyük çoğunluğunun orta-yüksek düzeyde anksiyete belirtilerinin olması, IKT performansını sadece depresif belirtiler ile açıklamamıza engel olmaktadır.

Son olarak, IKT'deki performansın dürtüsellikle ilişkili olduğu da bulunmuştur; ergen ve genç yetişkinlerin dürtüsellik açısından, görev blokları arasında daha dezavantajlı seçimler yaptıkları öne sürülmüştür. (132,133). Şandor bunun ergenliklerin dürtüsellik seviyeleri ile ilişkilendirmektense; karar verme ile ilişkili beyin yapılarının arasındaki bağlantıların gelişimlerini henüz tamamlanmamış olması ile açıklanması gerektiğini öne sürmüş, dürtüsellik ile karar verme performansı arasında ilişki bulunmadığını saptamıştır (23).

Çalışmamızda katılımcılarının dürtüsellik düzeyleri açısından değerlendirilmemesi sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Çok sayıda çalışma, çocukluk ve ergenlik döneminde karar verme süreçlerinin aşamalı olarak geliştiğini söylemektedir (134). Bununla birlikte, çocukluk çağı travmasının karar verme sürecini nasıl etkileyebileceği konusunda çok az şey bilinmektedir.

IKT geliştiricisi olan Damasio ve ekibinin araştırmalarında da orbitofrontal korteks (OFK) bölgesinin, çocukluk çağı travmalarından etkilenmeye karşı oldukça hassas olduğu belirtilmektedirler (135,136).

ÇÇT olan bireyler, tehdit edici işarete karşı amigdala hiperaktivasyonu ve ilgili bilgilerin algılanması ve işlenmesiyle ilgili beyin sistemlerinde değişiklik gösterir. Çocukluk çağı travmasının neden olduğu korku koşullanmayla ilişkili sinir devresinin bu yeniden düzenlenmesi, nihayet yetişkinlikte kayıptan kaçınma davranışıyla sonuçlanabilir (137).

Depresif hastalarda çocuklukta ciddi travmatik yüklerin, uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sık kullanımının ve artan risk ve kayıptan kaçınma ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (138). Özellikle çocuklukta cinsel istismarın kayıptan kaçınma ve yüksek düzeyde depresif belirtilerle ilgili olduğu, nörogörüntüleme kullanan bir çalışmada, riskli uyarıların işlenmesinde rol alan beyin bölgelerindeki sinirsel değişimle ilişkili olduğuna dair kanıtlar sağlamıştır (139).

Bazı araştırmalar çocuklukta fiziksel ihmalin yetişkin yürütücü işlevleriyle ilişkili olduğunu bulmuştur. Fiziksel olarak ihmal edilen çocukların, bilişsel olarak geciktikleri ve stresli görevleri yönetmekte güçlük çektikleri öne sürülmüştür (140).

ÇÇT yaşayanların çok yüksek bir yüzdesi, öz imaj ve kişilerarası ilişkilerle ilgili inançlarını çarpıtmıştır. Bu uyumsuz bilişsel stratejiler, ruminasyonla da ilişkilidir. Ruminatif duygu düzenleme stratejilerini kullanan bireyler, aynı zamanda yeni bilgilerle ilgili işleyen hafızayı güncellemekte güçlük çekmektedirler (138).

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı grupta İKT performanslarının istismar ve ihmal skorları ile korelasyonu incelenmiştir. Kumar testinde toplam kazanç skoru ile fiziksel ihmal skoru arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Nörobiyolojik literatürden elde edilen son kanıtlar, kronik stresin beyindeki ödül ve tehdit işlemeyi (yani karar verme) değiştirdiğini ve bunun da nihayetinde depresyon ve kaygı gelişimine yol açtığını göstermektedir.

Birn ve arkadaşları ilköğretim çağındaki kronik stres yaşayan 54 çocuğu 10 yıl sonra tekrar değerlendirmiş, ödül işleme bölgelerini (ventral striatum, insula, talamus, medial prefrontal korteks) güvenilir şekilde aktive ettiği öne sürülen Parasal Teşvik Gecikme (Monetary Incentive Delay) görevi sırasında katılımcıları fMRI ile değerlendirmiş ve şuan ki yaşam streslerini yeniden incelemişlerdir. Çalışma sonucunda yüksek düzeyde çocukluk stresine maruz kalmış bireylerin gelecekteki ödülleri ve kayıpları tahmin etmelerine yardımcı olabilecek ipuçları sunulduğunda, düşük düzeyde çocukluk stresine maruz kalmış bireylere göre bazı beyin bölgelerinde daha az aktivasyon olduğu görülmüştür. Daha da önemlisi, bu etkiler şu anki yaşam stresi seviyelerine göre değil, yalnızca çocuklukta strese maruz kalmaya bağlı bulunmuştur.

Erken yaşam stresi çok yüksek seviyelerde olanların karar vermede daha yavaş olduğu, daha fazla zaman harcamalarına rağmen, bu kişilerin daha kötü kararlar aldığı, belki de en önemlisi tekrarlanan kayıplardan sonra bu davranışı değiştirmede başarısız olduğu görülmüş, gelişimin erken dönemlerinde çok yüksek stres seviyelerinin yetişkinlikte ödül ve kayıp işlemede önemli değişikliklerle ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (141).

Bu ilişkideki bir yol, erken yaşamda farklı hipokampal gelişimin bir sonucu olarak hipotalamik-hipofiz adrenal (HPA) ekseninin işleyişini değiştirebilir. Kuras ve ark., sağlıklı katılımcılarda, çocuklukta düşük-orta derecede sıkıntının, yetişkinlikte değişen bazal HPA aktivitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır .

Yine yapılan bir araştırmada kadın ve erkeklerdeki stres ve karar verme davranışında kortizol aktivitesi incelenmiş ve strese maruz kalan grupta kortizol seviyesinin yükseldiği, karar verme performansının etkilendiği, daha yüksek oranda risk alma davranışının sergilendiği gözlenmiştir (142,143). Bir yandan stres (olumsuz yaşam olaylarından kaynaklanabilen) yürütücü işlevlerin bozulmasına neden olabilir (144).

Velasco ve arkadaşları 109 MDB tanılı hastada karar verme üzerine yaptıkları araştırmada, katılımcıların BDÖ-12.madde ile subjektif karar verme bozukluğunu, IKT ile objektif karar verme bozukluğunu değerlendirmişler ve son 6 aydaki olumsuz yaşam olaylarını incelemişlerdir. Son 6 ayda yaşanan olumsuz yaşam olaylarının sayısının IKT ile değerlendirilen objektif karar vermede bozulma olan grupta önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gözlemlemiş olup objektif ve subjektif karar verme bozuklukları arasında bir ilişki bulunamadıklarını bildirmişlerdir (145).

Strese maruz kalma, ödül işleme ve öğrenmeyle ilgili temel sinir devrelerini etkilerken, aynı zamanda risk alma eğilimlerini değiştirir. Olumsuz yaşam olaylarından kaynaklanabilen stres, yürütücü işlevlerin bozulmasına neden olabilir (144,146).

Çalışmamızda hasta ve sağlıklı grubun yaşam olayları incelendiğinde, hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun yaşam olaylarının benzerliği ve IKT performanslarında anlamlı fark olmaması, olumsuz yaşam olaylarının karar vermede etkili olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda yaşam olaylarının ne kadar süre önce yaşandığı ve algılanan/ölçülen şiddet

derecesi olmaması ve ağır MDB hastalarının IKT gibi davranışsal ödevlere katılamaması nedeniyle bulgular genellenemektedir ve çalışmamızın sınırlılığı olarak belirtilmesi uygundur.

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı grupta IKT performanslarının istismar ve ihmal skorları ile korelasyonu incelenmiştir. Kumar testinde toplam kazanç skoru ile fiziksel ihmal skoru arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.

ÇÇT ölçeği skoru ile IKT performansı korelasyon ilişkisi incelenmiştir. IKT ile korelasyon ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

MDB tanılı hastalarda IKT' de bozulmuş performansla ilgili önceki çalışmalar, bu hastalardaki artan kayıptan kaçınma ile tutarsızdır (147). IKT kullanarak kayıptan kaçınma veya riskten kaçınma veya tek başına tersine öğrenme gibi temel değerlendirme işlemlerini netleştirmek zordur ve bunların her ikisinde de hastalarda bozulmamış yürütme işlevi gerektirdiği de öne sürülmektedir (148).

Önceki çalışmalarda kullanılan davranışsal görevlerin belirli denek gruplarında kaybı önleyici karar verme kalıplarını yansıtır yansıtmadığı konusunda devam eden bir tartışma vardır (127).

Gelecekteki cezaya duyarlılığın azalmasının, kart seçimleri ve deneyimlenen sonuçlara göre beklenen değerin tahminindeki eksikliğin mi yoksa bunların her ikisinin mi, MDB hastalarda IKT performansının altında yatan olası mekanizma olup olmadığı hala belirsizdir.

Hipotezimizi doğrulamak için daha ayrıntılı davranışsal görevler kullanan daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

3- Karar Vermede Özsaygı Düzeyi ve Karar Verme Stillerinin Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Majör Depresif Bozukluk ile İlişkisi:

Karar vermede özsaygı, bireyin karar vermesi gerektiği durumlarda kendisine ilişkin olan olumlu değerlendirmeleri ve kendisinin karar verme sürecine dair yeterliliğine güvenmesini ifade etmektedir. Bu noktada bireyin öz-yeterlik algısı ile yakından ilgilidir. Bireyin karşılaşmış olduğu zor durumları kontrol edebileceğine yönelik inancının olması ve

buna bir eyleme başlamaya yönelik yüksek öz-yeterliğin eşlik etmesi, karar verme becerisinde yüksek özsaygıya sahip olmasında belirleyicidir (149).

Melbourne Karar Verme Ölçeği, karar verme stillerini değerlendiren ve farklı kültürel bağlamlarda başarıyla doğrulanmış bir araçtır (150).

Çalışmalarda depresif kişilerin karar vermekte zorlandıkları ve karar vermede özsaygı puanlarının düşük olduğu yönünde bulgular vardır (151). Bizim çalışmamızda da literatür bilgisi ile uyumlu olarak MDB tanılı grupta, sağlıklı kontrol grubuna göre karar vermede özsaygı puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla ÇÇT varlığında MDB tanılı hastalarda MKVÖ kullanılarak karar vermeyi karşılaştıran bir çalışma bulunmayıp, MKVÖ, özsaygı alt ölçeğinde ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı grup ile ÇÇT düşük düzeyde MDB tanılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

MKVÖ-2 alt ölçeği ile; alternatiflerin dikkatli, tarafsız, kapsamlı ve rasyonel bir değerlendirmesini gerektiren dikkatli; aceleci ve endişeli bir yaklaşım olan panik; karar vermede gecikmelerle karakterize olan erteleyici, kararları başkalarına bırakmayı ve sorumluluktan kaçınmayı içeren bir stil olan kaçınan karar verme stilleri değerlendirilir.

Genel olarak, dikkatli karar verme stiline sağlıklı ve uyumlu bir karar vermeyi gösterdiği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Ancak kaçınan, panik ve erteleyici karar verme stilleri pek çok çalışmada uyumsuz ve sağlıklı görülen özellikler ile ilişkili görülmektedir (151).

Bavolar ve Bacikova-Sleskova tarafından yapılan bir çalışmada uyumlu ve uyumsuz karar verme ile ruhsal sağlığın farklı düzeylerde bir etkileşiminin olduğu belirtilmiştir. Bu etkileşim kişilerarası ilişkilerde ve depresyon semptomlarında daha fazla belirgindir (152).

Önceki çalışmalarda depresyondaki kişilerin karar vermede başkalarına bağımlılık gösterdikleri, depresyonun kaçınan ve panik karar verme stilleri ile pozitif olarak ilişkili olduğunu, ancak dikkatli karar verme stili ile ilişkisinin daha zayıf olduğu bulunmuştur. Dikkatli, erteleyici ve kaçınan stillerin bilişsel çarpıtmalarla da pozitif korelasyonu gösterilmiştir (153,154).

Bir çalışmada trait anksiyete ve depresyonda karar verme stilleri incelenmiş, bu çalışmada kaygıdan bağımsız olarak depresyonda panik karar verme stilinin kullanıldığı bulunmuş, elde edilen bu sonuç panik karar verme tutumunun depresyonun başat belirtilerinden olan değersizlik ve çaresizlik duygularından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır (155).

Bizim çalışmamızda literatür bilgileri ile uyumlu olarak sağlıklı kontrol grubunda MDB tanılı olan her iki gruba göre dikkatli karar verme puanı daha yüksek, erteleyici, panik, kaçınan karar verme puanları daha düşük saptanmıştır. Hastalarda BDÖ puanı ile karar vermede özsayıgı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde, karar verme tiplerinden dikkatli tiplerle negatif yönlü zayıf düzeyde, kaçınan, erteleyici ve panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. BAÖ puanı ile karar verme tiplerinden kaçınan ve panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan ile düşük düzeyde MDB tanılı hastalar karşılaştırıldığında baskın karar verme stilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Uyumsuz karar verme stillerinden (kaçınan, erteleyici, panik) ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastalarında panik karar verme stilinin, ÇÇT düşük düzeyde MDB tanılı hastalarında ise erteleyici karar verme stillerinin baskın olduğu söylenebilir. Ayrıca ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastalarda her üç uyumsuz karar verme stilleri puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hasta grubunda ÇÇT ölçeği skoru ile karar verme tiplerinin korelasyon ilişkisi incelenmiştir. ÇÇT ölçeği skoru ile, karar verme tiplerinden dikkatli tiplerle negatif yönlü zayıf düzeyde, panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanının, panik tip puanına etkisi değerlendirilmiş, Beck Depresyon Ölçeğindeki 1 birim puanlık artışın panik tip skorunda 0.29 birimlik puan artışına sebep olduğu saptanmıştır .

Bildiğimiz kadarıyla MKVÖ ile ÇÇT yüksek olan MDB tanılı hastalarda çalışılmamış olup, çocukluk çağında istismar davranışlarını yaşayan bireyin ilişkilerinde kaçınan kişilik özellikleri gösterdiği sonucundan karar vermede de kaçınan olabilecekleri yorumunda bulunulmuştur (149,156).

Bu stillerin, kaygı özellikleri, alışılmış başa çıkma stilleri, bilgi işleme kapasitesi, duygusal zeka ve stres toleransındaki bireysel farklılıklardan da etkilenebileceği araştırmacılar tarafından ortaya konulmuştur (157) Bu nedenle geniş örneklem büyüklüklerinde çalışmalara ihtiyaç vardır.



6. SONUÇLAR

Çalışmaya 121 kişi dahil olmuştur. Çalışmaya dahil olan kişilerin %43,0'ı (n:52) hasta ve ÇÇT yüksek olan, %14,9'u (n:18) hasta ve ÇÇT düşük düzeyde olan, %42,1'i (n:51) kontrol grubudur.

Gruplar arasında değişkenleri kontrol etmek amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim yılı açısından benzerlik sağlandı.

ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grubunun, ÇÇT düşük düzeyde olan hasta grubu ve kontrol grubuna göre geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım süresinin daha uzun olduğu saptandı.

ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grupta ÇÇT düşük düzeyde olan hasta gruba göre intihar girişimi yaşının daha küçük olduğu saptanmıştır.

ÇÇT yüksek olan hasta grubunda, ÇÇT düşük düzeyde olan hasta gruba göre fiziksel saldırı bizzat yaşama ve şahit olma durumunun daha çok olduğu, diğer olumsuz yaşam olaylarında fark olmadığı saptandı.

ÇÇT yüksek düzeyde olan hastalarda ÇÇT düşük düzeyde olan hastalara göre BDÖ'ye göre depresyonun daha şiddetli olduğu saptandı.

Hasta olan gruplarda anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı.

Hasta gruplarda, sağlıklı kontrollere göre karar vermede özsaygı puanlarının düşük olduğu saptandı. ÇÇT yüksek ve düşük düzeyde olan hasta grupta anlamlı fark saptanmadı.

Kontrol grubunda, hasta her iki gruba göre dikkatli tip karar verme puanının daha yüksek, uyumsuz karar verme stillerinin daha düşük olduğu saptandı. ÇÇT yüksek ve düşük düzeyde olan hasta grupta anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların IKT performansları karşılaştırıldığında üç grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı.

Hastalarda BDÖ puanı ile karar vermede özsaygı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde, karar verme tiplerinden dikkatli tiplerle negatif yönlü zayıf düzeyde, kaçınan, erteleyici ve panik tiplerle pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. BAÖ puanı ile

karar verme tiplerinden kaçınan ve panik tiple pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Hasta grubunda ÇÇT ölçeği skoru ile karar verme tiplerinden dikkatli tiple negatif yönlü zayıf düzeyde, panik tiple pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Hastalarda ÇÇT ölçeği, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanının, panik tip puanına etkisi değerlendirilmiş, Beck Depresyon Ölçeğindeki 1 birim puanlık artışın panik tip skorunda 0.29 birimlik puan artışına sebep olduğu saptanmıştır .

ÇÇT ölçeği alt boyutları ile MKVÖ-1,2 arasında korelasyon saptanmadı.

ÇÇT ölçeği puanı ile IKT performansı arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan bireylerin IKT ile değerlendirilen dezavantajlı karar verme eğiliminde oldukları hipotezimiz doğrulanamamıştır.

ÖZET

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ VE OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARININ KARAR VERME ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Çocukluk ve ergenlik döneminde karar verme süreçlerinin kademeli olarak gelişimini tanımlamaktadır. Bununla birlikte, çocukluk travmasının karar verme sürecini nasıl etkileyebileceği hakkında çok az şey bilinmektedir. Travmatik yaşantıları olan depresyon hastaları karar vermede diğer depresyon hastalarından farklılaşabilir. Iowa kumar görevi daha önce depresyon hastalarında yapılmış olup, travmatik yaşantıları olanlarda incelenmemiştir. Biz bu çalışmada travmatik yaşam olayları olan depresyon hastalarının karar verme stilleri ve davranışlarını araştırmayı amaçladık. Çalışmanın hipotezi; MDB tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları ve olumsuz yaşam olayları karar verme performansı ile ilişkilidir şeklindedir.

Çalışmaya, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran 52 'si ÇÇT olan ve 18'İ ÇÇT olmayan toplam 70 MDB tanılı hasta ve 51 sağlıklı gönüllü ile yürütülmüştür. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) ,Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) , Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Yaşam Olayları Kontrol Listesi-5, Melbourne Karar Verme Ölçeği, Iowa Kumar Testi (IKT) uygulanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 alınmıştır.

ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grup ile sağlıklı kontroller arasında olumsuz yaşam olayları yaşama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ÇÇT yüksek düzeyde olan hasta grubunda, ÇÇT düşük düzeyde olan hasta gruba göre fiziksel saldırı bizzat yaşama ve şahit olma durumunun daha çok olduğu saptanırken, diğer olumsuz yaşam olaylarında fark olmadığı saptandı. ÇÇT yüksek düzeyde olan MDB tanılı hastalar, ÇÇT düşük düzeyde olan MDB hastalar ve sağlıklı gönüller arasında IKT performansı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamızda ÇÇT yüksek düzeyde olan bireylerin ÇÇT ölçek puanları yükseldikçe MKVÖ ile değerlendirilen karar verme stillerinden uyumsuz karar verme stillerini daha çok

kullandığı, depresyon şiddetinin panik tipte karar verme ile ilişkili olduğu saptanmışken, İKT ile değerlendirilen dezavantajlı karar verme eğiliminde oldukları hipotezimiz doğrulanamadı.

Çalışmamızdan elde edilen sonuç karar vermenin karmaşık bir bilişsel ve emosyonel süreç olduğudur. İKT performansının altında yatan olası mekanizmalar hala belirsizdir. Karar verme süreçlerini aydınlatmak için daha ayrıntılı davranışsal görevler kullanan daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: karar verme, majör depresif bozukluk, Çocukluk Çağı Travması, olumsuz yaşam olayları



SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF CHILDHOOD TRAUMA AND NEGATIVE LIFE EVENT ON DECISION MAKING IN PATIENTS DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

During childhood and adolescence, decision-making processes continue to develop gradually. However, little information is available about how childhood trauma (CT) will affect decision making. Depression patients with traumatic experiences may differ from other depressive patients in decision making. The Iowa gambling task (IGT) has been previously performed in patients with depression and has not been studied in those with traumatic experiences. In this study, we aimed to investigate the decision-making styles and behaviors of depression patients with traumatic life events. The hypothesis of the study; The presence of childhood traumas and negative life events in patients with depression adversely affects their decision-making performance.

The study was carried out with a total of 70 MDD patients, 52 of whom had CT and 18 of whom were without CT, and 51 healthy volunteers, who applied to the Aydın Adnan Menderes University Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic. Sociodemographic data form, Clinician's Version of Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-CV), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Childhood Mental Trauma Questionnaire, Life Events Checklist-5, The Melbourne Decision-Making Scale and the Iowa Gambling Test (IKT) were applied to all participants. Type-1 error level was taken as 5%.

There was no statistically significant difference between the patient group with CT and healthy controls in terms of experiencing negative life events. While it was determined that the patient group with CT had higher rates of experiencing and witnessing the physical attack in person than the patient group without CT, there was no difference in other negative life events. There was no statistically significant difference in IGT performance between patients with MDD with CCT, MDD patients without CCT, and healthy volunteers.

In our study, it was determined that as the CT scale scores of individuals with CT increased, they used maladaptive decision-making styles, which is one of the decision-making

styles evaluated with the Melbourne Decision-Making Scale .Our hypothesis of disadvantageous decision making as assessed by IGT could not be confirmed.

The result of our study is that decision making is a complex cognitive and emotional process. Possible mechanisms underlying IGT performance are still unclear. Further studies using more detailed behavioral tasks are needed to elucidate decision-making processes.

Key words: decision making, major depressive disorder, Childhood Trauma, adverse life events



KAYNAKLAR

1. Kaplan&Sadock'sSynopsis of PsychiatryBehavioralSciences/ClinicalPsychiatry, 11th Edition (2016).
2. AmericanPsychiatricAssociation. (2013). Diagnosticandstatisticalmanual of mentaldisorders (DSM-5®). AmericanPsychiatricPub
3. Öztürk, M. Orhan, and Aylin Uluşahin. 2016. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı. edited by U. N. A. Öztürk M. Orhan. Ankara.
4. Huh HJ.,Baek K., Kwon J.,Jeong J.&Chae J. (2016) Impact of childhoodtraumaandcognitiveemotionregulationstrategies on risk-aversiveandloss-aversivepatterns of decision-making in patientswithdepression, CognitiveNeuropsychiatry, 21:6, 447-461.
5. Damasio AR. 1996. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 351:1413–1420.
6. Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hindes A, Anderson SW, Nathan PE. 2001. Decision-makingdeficits, linkedto a dysfunctionalventromedialprefrontalcortex, revealed inalcoholandstimulantabusers. Neuropsychologia 39.
7. Siqueira AS.,Flaks MK., Biella MM., Mauer S., Borges MK., Aprahamian I., DementNeuropsychol2018 September. DecisionMakingassessedbythe Iowa GamblingTaskandMajorDepressiveDisorder A systematicreview; 12 (3):250-255.
8. Toplak ME, Sorge GB, Benoit A, West RF, Stanovich KE. Decision-making and cognitive abilities: A review of associations between Iowa Gambling Task performance, executive functions, and intelligence. Clin Psychol Rev 2010;30 (5):562-81.
9. Deisenhammer EA.,Schmida SK., Kemmler G., Mosera B., Delazer M., Journal of AffectiveDisorders 2018. Decisionmakingunder risk andunderambiguity in depressedsuicideattempters, depressednon-attemptersandhealthycontrols , 226 (2018), 261–266.
10. Byrne, Kaileigh A., Dominique D. Norris, and Darrell A. Worthy. "Dopamine, depressive symptoms, and decision-making: the relationship between spontaneous eye blink rate and

- depressive symptoms predicts Iowa Gambling Task performance." *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* 16.1 (2016): 23-36.
11. Köroğlu E. (2006). Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir? "5. Baskı". Ankara: HYB Yayınları
 12. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2003; 10:79-88.
 13. Andreas Tietze, Tarihi ve Etimolojik Türkiye Türkçesi Lugati, Simurg Yayınları, İstanbul, 2002, s. 65
 14. Türkçapar MH. (2018). Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon "1. Baskı". İstanbul: Epsilon Yayınevi.
 15. Kulaksızolu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç , Yazıcı O. Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, istanbul, 2009
 16. Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007). Depression Within Historical Perspective. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry*, 3 (47), 1.
 17. Göceğöz Gül I, Karlıda R. Düünden bugüne depresyon. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012; 5 (2):1-6.
 18. Akiskal H.S. (2009) Mood disorders: clinical features. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, B.J. Sadock and V.A. Sadock, Ed. 2009, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins S.1693-733
 19. Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35 (4), 512-522.
 20. Lim, Grace Y., Wilson W. Tam, Yanxia Lu, Cyrus S. Ho, Melvyn W. Zhang, and Roger C. Ho. 2018. —Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries
 21. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. 2017.
 22. Işık E., Işık U., Taner Y. (2013), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
 23. Hıfzısıhha, T.S.B.R.S. and M. Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü: Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara: RSHMB, 2006

24. Şengül AC, Herken H. Depresyonun genetiği. Türkiye Klinikleri J PsychiatrySpecial Topics 2012; 5 (2):21-26.
25. Helvacı Çelik, F, Hoccoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk 'Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6 (1), 51-66.
26. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel sanatlar Matbaacılık, 2003;50-167
27. Hasler G. Depresyonun fizyopatolojisi: klinisyenlerin ilgisine sunabileceğimiz somut kanıtımız var mı? World Psychiatry Türkçe Basım van Praag HM, 2010; 9:155-61.
28. Meyer, J., et al., Elevated putamen D2 receptor binding potential in major depression with motor retardation: an [11C] raclopride positron emission tomography study. American Journal of Psychiatry, 2006. 163 (9): p. 1594-1602.
29. Işık, E., Işık, T.Y., Biyolojik Psikiyatri, Ankara, Sigma Yayıncılık, 2012; 111- 32.
30. 30-22. Ceylan, M. and E. Oral, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları. 1. Baskı, 2001. 4: p. 1-71.
31. Liston, C., B. McEwen, and B. Casey, Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2009. 106 (3): p. 912-917.
32. Banki CM, A.M., Papp Z. Thyroid stimulation test in healthy subjects and psychiatric patients. Acta Psychiatr Scand. 1984 Oct;70 (4):295–303.
33. Fletcher, J.M., Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. Social Science & Medicine, 2009. 68 (5): p. 799-806.
34. Anderson, R. J. et al. (2016) 'Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment resistant depression: Re-establishing connections', Clinical Neurophysiology. doi: 10.1016/j.clinph.2016.08.015.
35. Hamilton, J. P. et al. (2015) 'Depressive Rumination, the Default-Mode Network, and the Dark Matter of Clinical Neuroscience', Biological Psychiatry. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.02.020.
36. Alexopoulos, G. S. et al. (2012) 'Functional connectivity in the cognitive control network and the default mode network in late-life depression', Journal of Affective Disorders. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.002.

37. Manoliu, A. et al. (2014) 'Insular dysfunction within the salience network is associated with severity of symptoms and aberrant inter-network connectivity in major depressive disorder', *Frontiers in Human Neuroscience*. doi: 10.3389/fnhum.2013.00930.
38. Murat, E., Depresyon ve Psikososyal Kuramlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2012. 5 (2): p. 14-20.
39. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Vol. 32). University of Pennsylvania Press.
40. Karamustafalıoğlu, K. Oğuz. 2018. —Depresyon. Pp. 313–39 in *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
41. Yalvaç, H.D., Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2012. 5 (2): p. 7-13
42. Fish, E.W., et al., Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2004; 1036 (1): 167-80.
43. Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
44. Dilbaz N, D.A., Çavuş SY. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım Depresyon tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Eşanlı anksiyete ve yaklaşım. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2011;21 (1): 45-67
45. Eaton WW, A.J., 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 Nov;54 (11):993–9. 69
46. Yang F, Li Y, Xie D, Shao C, Ren J, Wu W, Zhang N, Zhang Z. Age at onset of major depressive disorder in han chinese women: relationship with clinical features and family history. *J Affect Disord* 2011; 135 (1-3):89-94.
47. Öztop DB. Depresyon ve istismar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012; 5 (2):46-50. 85
48. McCutcheon VV, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PA, Martin NG. Accumulation of trauma over time and risk for depression in a twin sample. *Psychol Med* 2009; 39 (3):431-441.

49. Rush AJ, K.H., Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E, et al. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder.
50. Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç ŞN, Major Depresyon Olgularında İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ile İlişkisi, Research Article Arch Neuropsychiatr 2015
51. Briere JN, Scott C. Travma Terapisinin İlkeleri: Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz. Paker M, editor. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2016.
52. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları, A.T., Önder Me (ed), İstanbul: 5US Yayınları 2003; 9-18.
53. Aker AT, Taycan O, Çelik F. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar. Çalışma Bi. TPD Yayınları; 2019.
54. Herman JL. Travma ve iyileşme. Tosun T, ç.editör. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 2011.
55. Turhan, E., Ö. Sangün, and T. Ğnandı, Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 15 (9): 153-7.
56. Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M. and Friedman, M.J. (2013), National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using *DSM-IV* and *DSM-5* Criteria. journal of traumatic stress, 26: 537-547.
57. Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. Dev Psychopathol. 2011;23 (2):397- 410.
58. Bynum L, Griffin T, Ridings DL, et al. Adverse childhood experiences reported by adults --- Five states, 2009. Morb Mortal Wkly Rep. 2010;59 (49):1609-1613.
59. Liu RT, Alloy LB. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. Clin Psychol Rev. 2010;30 (5):582-593.
60. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. J R Soc Med. 2012;105 (4):151-156.
61. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain - A review. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2000;41 (1):97-116.

62. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33 (6):693-710.
63. Rane L, Cleare A, Fekadu A, Papadopoulos AJBD. childhood trauma, Hpa-axis dysregulation and long term outcome in treatment resistant depression: P-122. 2016;18:107.
64. Shalev I, Moffitt TE, Sugden K, Williams B, Houts RM, Danese A, et al. Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. 2013;18 (5):576.
65. Palisoc BM, Pritchard LM, Hensleigh E. An Introduction: Quantification of the Hippocampal BDNF Content of Maternally Separated Rats Using a Western Blot Protocol. 2014.
66. Karaoğlu B A. TSSB ve Depresyon Arasındaki İlişkide Ontolojik İyi Oluşun Aracılık Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi.2016.
67. C. Zlotnick, J.M.a.M.Z., Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse Neglect* 2001; 25 (3):357–67.
68. McCauley J, K.D., Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse:unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277: 1362–8.
69. Gül A, Gül H, Özen N., Battal S. Major Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Başa Çıkma Tutumlarının Cinsiyete Özgü Farklılıkları.
70. Shannon N. Lenze, Chengjie Xiongand Yvette I. Sheline. Childhood adversity predicts earlier onset of major depression but not reduced hippocampal volume, 2007; 162 (1):39-49.
71. Erol Almıla, B.E., and Levent Mete. "Majör depresyonda özkıym girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki." *Türk Psikiyatri Dergisi* 24 2013; 1-6. 72.
72. Aktepe, E., Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009. 1 (2): p. 95-119.

73. Mandelli, L., C. Petrelli, and A. Serretti, The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 2015. 30 (6): p. 665-680.
74. Örsel, S., et al., Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011. 12 (2).
75. Şandor, S. (2018). Sağlıklı kişilerde ergenlikten yaşlılığa karar verme davranışı ve yürütücü işlevlerle olan ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 21, s. 290-300.
76. Rosenbloom MH, Schmahmann JD, Price BH. The functional neuroanatomy of decision-making. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012;24 (3):266-277.
77. Collins A, Koechlin E. Reasoning, learning, and creativity: frontal lobe function and human decision-making. *PLoS Biol*. 2012;10 (3):e1001293.
78. Oliveira, A. (2007). A discussion of rational and psychological decision-making theories and models: the search for a cultural-ethical decision making model. *Electronic Journal of Business and Organisation Studies*. 12 (2), 12-17.
79. Albert D, Chein J, Steinberg L. Peer influences on adolescent decision making. *Curr Dir Psychol Sci*. 2013;22 (2):114-120
80. Loewenstein, George F and Jennifer S. Lerner. 2003. "The Role of Affect in Decision Making," in *Handbook of Affective Sciences*. Richard J. Davidson, Klaus R. Scherer and H. Hill Goldsmith, eds. Oxford: Oxford University Press, 619-4
81. Bechara, A., Damasio, A. R. Damasio, Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50 (1-3), 7-15.
82. Bechara, A.; Damasio, A.R. (2005). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*. 52, 336–372.
83. Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain* 2000;123 (11):2189-202
84. Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., Lee, G. P: (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision making. *Journal of Neuroscience*, 19 (13), 5473-5481.

85. Verdejo-García A, Bechara A. A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*. 2009;56 (1):48-62.
86. Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R., Manipulation of dopamine and serotonin causes different effects on covert and overt decision-making. *Society for Neuroscience, Abstracts*, 27, 126, 2001.
87. Ernst, M., Paulus, P., *Neurobiology of Decision Making: A Selective Review from a Neurocognitive and Clinical Perspective Biol. Psychiatry*, 58 (8), 597-604, 2005
88. Lamar, Melissa. "Neuroscience and decision making." Presentation at " Improving the Decision-Taking Process in Institutions" workshop, London School of Economics. 2006.
89. Bechara A, Van Der Linden M. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Curr Opin Neurol*. 2005;18 (6):734-739.
90. Cavedini P, Riboldi G, D'Annuncci A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*. 2002;40 (2):205-211.
91. Shao R, Zhang H, Lee TMC. The neural basis of social risky decision making in females with major depressive disorder. *Neuropsychologia*. 2015;67:100-110.
92. Shad MU, Bidesi AP, Chen LA, Ernst M, Rao U. Neurobiology of decision making in depressed adolescents: a functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50 (6):612-621.
93. Bechara, Antoine (2005). "Decision Making, Impulse Control and Loss of Willpower to Resist Drugs: A Neurocognitive Perspective". *Nature Neuroscience* 8 (11): 1458-1463.
94. Damasio, R. Antonio (2006). *Descartes'ın Yanılgısı*. Çev B. Atlamaz. İstanbul: Varlık Yayınları.
95. Suhr, A. Julie ve Tsanadis, John (2007). "Affect and Personality Correlates of the Iowa Gambling Task". *Personality and Individual Differences* 43: 27-36.
96. Buelow, T. Melissa ve Suhr, A. Julie (2013). "Personality Characteristics and State Mood Influence Individual Deck Selections on the Iowa Gambling Task". *Personality and Individual Differences* 54 (5): 593-597.

97. Srisurapanont, M., Bautista, D., Chen, CH., Wang, G., Udomratn, P., Eurviriyankul, K., 2015. Subjective memory and concentration deficits in medication-free, non-elderly Asians with major depressive disorder: prevalence and their correlates. *J. Affect. Disord.* 171, 105–110.
98. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017 Aug;143 (8):783-822.
99. Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2011). Men and depression. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57 (2), 153–155. 73
100. Oral, R. ve ark. Child abuse in Turkey: An Experience in Overcome Denial and A Description of 50 Cases, *Child Abuse Neglect* 2001; 25: 279-90.
101. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 49-56.
102. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord* 2018; 228: 41-48.
103. Bülbul F, Çakır Ü ve ark. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı travmalarının yeri, *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013; 14: 93-9.
104. 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; 66:241-258.
105. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, Craddock N, McGuffin P, Korszun A. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety.* 2007;24 (3):163-8.
106. Hovens JGFM, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;126 (3):198–207.

107. Williams LM, Debattista C, Duchemin A-M, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry*. 2016;6 (5):e799–e799.
108. Menke A, Lehrieder D, Fietz J, Leistner C, Wurst C, Stonawski S, et al. Childhood trauma dependent anxious depression sensitizes HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;98:22-9.
109. Nakai Y, Inoue T, Toda H, Toyomaki A, Nakato Y, Nakagawa S, et al. The influence of childhood abuse, adult stressful life events and temperaments on depressive symptoms in the nonclinical general adult population. *J Affect Disord*. 2014;158:101–7.
110. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice *Child Abuse Negl* 2003;27:1247-1258.
111. Verdejo-Garcia A, Chong TT-J, Stout JC, Yücel M, London ED. Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2018;164:99-105
112. İçellioğlu, S. (2013). Karar verme davranışında “somatik işaret hipotezinin” önemine dair gelişimsel bir çalışma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
113. İçellioğlu S. Iowa Kumar Testi: Normatif veriler ve yürütücü işlevlerle ilişkisi. *Düşünen Adam J Psychiatr Neurol Sci* 2015;28:222-30
114. Bolla KI, Eldreth DA, Matochik JA, Cadet JL. Sex-related differences in a gambling task and its neurological correlates. *Cereb Cortex*. 2004;14 (11):1226-32.
115. Overman, W. H., Frassrand, K., Ansel. S., Trawalter, S., Bies, B. & Redmond, A. (2004). Performance on the Iowa card task by adolescents and adults. *Neuropsychologia*, 42 (13), 1838–1851.
116. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. Dissociation of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci* 1998;18 (1):428-37.

117. Gu YT, Zhou C, Yang J, Zhang Q, Zhu GH, Sun L, Ge MH, Wang YY. A transdiagnostic comparison of affective decision-making in patients with schizophrenia, major depressive disorder, or bipolar disorder. *Psych J*. 2020 Apr;9 (2):199-209.
118. Cella, M., Dymond, S., & Cooper, A. (2010). Impaired flexible decision-making in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 124 (1), 207–210.
119. Moniz, M., Jesus, S., Gonçalves, E., Pacheco, A., & Viseu, J. (2016). Decision-making in adult unipolar depressed patients and healthy subjects: Significant differences in net score and in non-traditional alternative measures. *Neuropsychological Trends*, 19 (19), 7–15.
120. Must, A., Szabó, Z., Bódi, N., Szász, A., Janka, Z., & Kéri, S. (2006). Sensitivity to reward and punishment and the prefrontal cortex in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 90 (2), 209–215.
121. Romina Rinaldi, Laurent Lefebvre, Audrey Joachim & Mandy Rossignol (2020) Decision-making of patients with major depressive disorder in the framework of action control, *Cognitive Neuropsychiatry*, 25:1, 71-83.
122. Smoski, M. J., Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Chapman, A. L., & Krishnan, R. R. (2008). Decision-making and risk aversion among depressive adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (4), 567–576.
123. Ho, M.-C., Hsu, Y.-C., Lu, M.-L., Gossop, M., & Chen, V. C.-H. (2018). ‘Cool’ and ‘Hot’ executive functions in suicide attempters with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 235, 332–340.
124. Saperia, S., Da Silva, S., Siddiqui, I., Agid, O., Daskalakis, Z. J., Ravindran, A., ... Foussias, G. (2018). Reward-driven decisionmaking impairments in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 206, 277–283
125. Wyart, M., Jaussent, I., Ritchie, K., Abbar, M., Jollant, F., Courtet, P., 2016. Iowa gambling task performance in elderly persons with a lifetime history of suicidal acts. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 24, 399–406
126. Case JAC, Olino TM. Approach and avoidance patterns in reward learning across domains: An initial examination of the Social Iowa Gambling Task. *Behav Res Ther*. 2020 Feb;125:103547.

127. Must, A., Horvath, S., Nemeth, V. L., & Janka, Z. (2013). The Iowa Gambling Task in depression - what have we learned about sub-optimal decision-making strategies? *Frontiers in Psychology*, 4, 1–6.
128. Mcgovern, A. R., Alexopoulos, G. S., Yuen, G. S., & Morimoto, S. S. (2014). Reward-related decision making in older adults: Relationship to clinical presentation of depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 29 (11), 1125–1131.
129. Iznak, A.F., Medvedeva, T.I., Iznak, E.V. et al. Disruption of neurocognitive decision-making mechanisms in depression. *Hum Physiol* 42, 598–605 (2016).
130. Zhang, L., Wang, K., Zhu, C., Yu, F., & Chen, X. (2015). Trait anxiety has effect on decision making under ambiguity but not decision making under risk. *PLoS One*, 10 (5), e0127189.
131. Zhang, F., Xiao, L., & Gu, R. (2017). Does gender matter in the relationship between anxiety and decision-making? *Frontiers in Psychology*, 8, 2231. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.0223>
132. Bubier, J. L., & Drabick, D. A. G. (2008). Affective decision-making and externalizing behaviors: The role of autonomic activity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (6), 941–953.
133. Burdick, J. D., Roy, A. L., & Raver, C. C. (2013). Evaluating the Iowa gambling task as a direct assessment of impulsivity with low-income children. *Personality and Individual Differences*, 55 (7), 771–776.
134. Guillaume, S., Perroud, N., Jollant, F., Jaussent, I., Olie, E., Malafosse, A., & Courtet, P. (2013). HPA axis genes may modulate the effect of childhood adversities on decision-making in suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (2), 259–265.
135. Damasio A. A neural basis for sociopathy. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:128–129.
136. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med*. 2008;38 (7):975-987.

137. Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2015). Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 40 (5), 1250–1258.
138. Hyu Jung Huh, Kwangyeol Baek, Jae-Hyung Kwon, Jaeseung Jeong & JeongHo Chae (2016) Impact of childhood trauma and cognitive emotion regulation strategies on riskaverse and loss-averse patterns of decision-making in patients with depression, *Cognitive Neuropsychiatry*, 21:6, 447-461
139. Boccia, M., D'Amico, S., Bianchini, F., Marano, A., Giannini, A. M., & Piccardi, L. (2015). Different neural modifications underpin PTSD after different traumatic events: An fMRI meta-analytic study. *Brain Imaging Behavior*, doi:10.1007/s11682-015-9387-3
140. Viola, T. W., Tractenberg, S. G., Pezzi, J. C., Kristensen, C. H., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Childhood physical neglect associated with executive functions impairments in crack cocaine-dependent women. *Drug and Alcohol Dependence*, 132 (1–2), 271–276.
141. Birn, R. M., Roeber, B. J., & Pollak, S. D. (2017). Early childhood stress exposure, reward pathways, and adult decision making. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114 (51), 13549–13554.
142. 57-Kuras, Y. I., Assaf, N., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., et al. (2017). Blunted diurnal cortisol activity in healthy adults with childhood adversity. *Front. Hum. Neurosci.* 11:574.
143. van der Vegt, E. J. M., van der Ende, J., Kirschbaum, C., Verhulst, F. C., and Tiemeier, H. (2009). Early neglect and abuse predict diurnal cortisol patterns in adults: a study of international adoptees. *Psychoneuroendocrinology* 34, 660–669.
144. Shields, GS., Matthew, AS., Yonelinas, AP., 2016. The effect of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 68, 651–668.
145. Baeza-Velasco C, Guillaume S, Olié E, et al. Decision-making in major depressive disorder: Subjective complaint, objective performance, and discrepancy between both. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Jun;270:102-107.

146. Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I., Castelnau, D., Malafosse, A., Courtet, P., 2007. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J. Affect. Disord.* 99, 59–62.
147. Jollant, F., 2010. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *J. Affect. Disord.* 120, 226–230.
148. McGirr, A., Dombrovski, A. Y., Butters, M. A., Clark, L., & Szanto, K. (2012). Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: Cognitive assessment using the Wisconsin card sorting task. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (2), 226–232.
149. Deniz, M.E. (2006). The Relationships Among Coping With Stress, Life Satisfaction, Decision-Making Styles and Decision Self-Esteem: An Investigation With Turkish University Students. *Social Behaviour and Personality: An International Journal*, 34, 1161-1170
150. Filipe, L., Alvarez, M. J., Roberto, M. S., & Ferreira, J. A. (2020). Validation and invariance across age and gender for the Melbourne Decision-Making Questionnaire in a sample of Portuguese adults. *Judgment and Decision Making*, 15 (1), 135-148
151. Baval'ár, J., & Orosová, O. (2015). Decision-making styles and their associations with decision-making competencies and mental health. *Judgment and Decision Making*, 10, 115-122.
152. Bavolar, J., & Bacikova-Sleskova, M. (2019). Decision-making styles and mental health-a person-oriented approach through clustering. *Behavioral Decision Making*, 33, 629-642.
153. Deniz, Mu. (2011). An Investigation of Decision Making Styles and the Five-Factor Personality Traits With Respect To Attachment Styles. *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri*. 11. 105-113.
154. Bavolar, J., & Bacikova-Sleskova, M. (2020). Psychological protective factors mediate the relationship between decision-making styles and mental health. *Current Psychology*, 39, 1277-1286.

155. Kanayo Umeh & Lorraine Omari-Asor (2011) Emotional Vulnerability and Coping Styles for Resolving Decisional Conflict, *The Journal of Psychology*, 145:4, 297-312, DOI: 10.1080/00223980.2011.565381
156. Sample, M. M. (2018). Emotional intelligence and decision-making as predictors of antisocial behavior (Doctoral dissertation, Andrews University).
157. Isaza, A. D. J. C., Chulia, A. T., Barrón, R. G., & Castilla, I. M. (2021). Analysis of the psychometric properties of the Melbourne Decision Making Questionnaire in Colombian adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 47-55.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Vesile ALTINYAZAR
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20.08.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR: 5

Protokol No: 2020/160

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Vesile ALTINYAZAR'ın "Majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travmalarının ve olumsuz yaşam olaylarının karar verme üzerine etkisi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu- gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

1) Adı-soyadı:

2) Cinsiyeti:

1.Erkek 2.Kadın

3) Yaşı:

4) Eğitimdurumu:

1. İlkokulmezunu 2. Ortaokulmezunu 3.Lisemezunu 4.Yüksekokulmezunu
5.Üniversite mezunu 6.Yüksek lisans

5) Eğitim yılı

6) Meslek: 1.çalışmıyor 2. emekli 3. memur/işçi 4. ticaret 5.öğrenci

7) Çalışma durumu: 1.Çalışıyor 2. İşsiz 3. Evhanımı 4. Emekli 5. Öğrenci

8) Aylık bireysel gelir:

9) Ailenin gelir düzeyi (tl):

10) Medeni Durum: 1. Bekar 2.Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrıyaşıyor

11) Çocuk sayısı:

12) Ailenizde/akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan kişi/kişiler varmı?

(yanıtınız evet ise yakınlık derecesini ve biliyorsanız hastalık tanısını belirtiniz)

(1) Hayır

(2) Evet (belirtiniz.....)

13) Yetiştığı çevre: 1. Şehir 2. Kırsal

14) Yaşadığı kişiler: (son 10 yıl ve çoğunlukla):

1. Eş/çocuklar 2. Anne/baba/kardeşler 3. Arkadaşlar 4. Yalnız 5. Yurt/kurum

15) Nikotin kullanım öyküsü:

a) Yaşam boyu:

1. Şuanda ve daha önce sigara içmedim

2. Şuanda sigara içmiyorum ama daha önce içiyordum

b) Şuanda var: Sigara..... (paket/yıl)

16) a) Alkol/Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok

b) Var ise açıklayınız:

17) İlk psikiyatrik yakınmalarınızın başlangıç zamanı:.....ay/yıl önce

18) Hayatınız boyunca toplam kaç kez depresif atak geçirdiniz?.....

19) Varsa daha önceden kullandığınız psikiyatrik ilaç/ilaçların isimlerini, doz ve kullanım sürelerini belirtiniz:.....

.....

20) Terapi öyküsü:

21) Daha önce yatarak psikiyatrik tedavi gördünüz mü? (yanıtınız evet ise yatış sayınızı belirtiniz)

a) Hayır b) Evet (.....kez)

22) Bilinen ek tıbbi hastalığınız var mı (yanıtınız evet ise hastalık isimlerini belirtiniz):

a) Hayır b) Evet (belirtiniz.....)

23) Varsa başka bir sağlık sorunu/hastalık nedeniyle kullandığınız ilaçların isimlerini belirtiniz:

24) a) İntihargirişimi:

1. Var a) Sayısı: b) Yaşı:..... c) Türü:

2. Yok



Ek 3. Yaşam Olayları Kontrol Listesi-S

Yaşam Olayları Kontrol Listesi - 5

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları bir grup zor ve stresli durumlar listelenmiştir. Her bir olay için sağ tarafta yer alan bir veya daha fazla kutucuğu şu açıklamalara uygun olarak işaretleyiniz: (a) Kişisel olarak **bizzat yaşadınız**; (b) bir başkasının başına geldiğine **şahit oldunuz**; (c) yakın bir aile üyenizin veya yakın bir arkadaşınızın başına geldiğini **öğrendiniz**; (d) **işiniz gereği** bu olaya maruz kaldınız (örn., askeri doktor, polis, asker veya benzer bir meslek üyesi olarak); (e) buna benzer bir olay yaşadığınıza **emin değilsiniz**; veya (f) size **uygun değil**. Listede yer alan olayları **bütün geçmiş yaşamınızı** (büyürken olduğu kadar yetişkinliği de) dikkate alarak değerlendiriniz. **(BİRDEN FAZLA KUTUCUK (X) KOYARAK İŞARETLENEBİLİR)**

Olay	Bizzat yaşadım	Şahit oldum	Öğrendim	İşimin gereği	Emin Değilim	Bana uygun değil
1. Doğal afet (örneğin, deprem, sel, tufan, hortum)						
2. Yangın veya patlama						
3. Seyahat ederken kaza (örneğin, araba kazası, gemi kazası, tren çarpması, uçak kazası)						
4. İşte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında ciddi kaza						
5. Zehirli maddeye maruz kalma (örneğin, tehlikeli kimyasallar, radyasyon)						
6. Fiziksel saldırı (örneğin, saldırıya uğrama, yumruk yeme, tekmeleme, tokatlanma, dayak yeme)						
7. Silahlı saldırıya uğrama (örneğin, vurulma, bıçaklanma, bıçakla silahla veya bombayla tehdit edilme)						
8. Cinsel saldırı (ırza saldırı, ırza saldırı girişimi, zor kullanarak veya zarar verme tehdidiyle her türlü cinsel eylem)						
9. Diğer türlü istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyim						
10. Bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma (askerde veya sivil olarak)						
11. Esaret (örneğin, kaçınılma, esir alınma, rehin alınma, savaş tutsağı)						
12. Yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanma						
13. Ciddi ızdırıp çekme						
14. Ani vahşice ölüm (örneğin, cinayet, intihar)						
15. Ani kaza sonucu olan ölüm						
16. Sizin bir başkasının ciddi şekilde yaralanmasına, zarar görmesine veya ölümüne sebep olmanız						
17. Herhangi bir başka çok stresli olay veya deneyim						

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşındaki dört cevapı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uydu, yani sizin durumunuza en iyi anladımı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanmıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey değişmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başımsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başımsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte beklediğimde başımsızlıkla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başımsız bir iman olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunuzum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor olduğum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kırm zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olaylar ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek istiyordim.
(3) Fırsatın bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliştim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkıcı ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canımı sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkıcı şeylere bile artık kızmıyorum.</p> <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseni istemiyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskiden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiden kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynı anda kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynı anda bakıldığında kendimi saçlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gör, yapılabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlatarak yapılabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiden orantılı daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İhtiyam her zamanki gibi.
(1) Eskiden daha ihtiyasızım.
(2) İhtiyam çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni rahatsızlıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılandırıyorum ve kafama başka şeylere vermede zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgin az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılmayı gereken şeyler yaptımı sanmıyorum.
(1) Yapılmamdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulduğum gibi geliyor.</p> |
|--|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

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

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hay deşildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanamaz çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 6. Melbourne Karar Verme Ölçeği-1-2

Kişiler, karar verme aşamasında kendilerini ne derece rahat hissettikleriyle ilgili olarak farklılık gösterirler. Lütfen karar verme konusunda kendinizi ne derece rahat hissettiğinizi sizin için en uygun olan yanıtı işaretleyerek belirtiniz.

1. Karar verme yeteneğime güvenirim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
2. Karar verirken kendimi birçok kişiden aşağı görürüm.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
3. Kendimi karar vermede başarılı biri olarak düşünürüm.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
4. Kendimi o kadar cesaretsiz hissedirim ki, karar verme uğraşından vazgeçerim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
5. Verdiğim kararlar iyi sonuçlanır.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
6. Diğer insanların, benim kararımdan ziyade, kendi kararlarının doğru olduğu konusunda beni ikna etmeleri kolaydır.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil

Kişiler karar verirken izledikleri yol konusunda farklılık gösterirler. Lütfen aşağıdaki her bir soruya, sizin sitilinize en iyi uyan yanıtı işaretleyerek nasıl karar verdiğinizi gösteriniz.

1. Karar verirken kendimi, sanki büyük bir zaman baskısı altındaymışım gibi hissedirim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
2. Bütün alternatifleri göz önünde tutmayı severim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
3. Kararları diğer kişilere bırakmayı tercih ederim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
4. Bütün alternatiflerin dezavantajlarını ortaya çıkarmaya çalışırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
5. Son kararı vermeden önce, önemsiz konular üzerinde çok zaman harcarım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
6. Kararı en iyi şekilde nasıl uygulayabileceğimi enine boyuna düşünürüm.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
7. Bir kararı verdikten sonra bile kararı uygulamayı geciktiririm.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
8. Karar verirken, karar hakkında pek çok bilgi toplamaktan hoşlanırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
9. Karar vermekten kaçınırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
10. Karar vermek zorunda olduğum zaman, karar üzerinde düşünmeye başlamadan önce uzun süre beklerim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
11. Karar verme konusunda sorumluluk üstlenmeyi sevmem	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
12. Karar vermeden önce amaçlarımı netleştirmeye çalışırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
13. Önemsiz, küçük olayların yolunda gitmeyebileceği olasılığı, benim aniden tercihlerimden dönüş yapmama neden olur.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
14. Bir karar benim tarafımdan veya başka biri tarafından verilecekse, ben karar vermeyi diğer kişiye bırakırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
15. Ne zaman zor bir kararla karşı karşıya gelsem, iyi bir çözüm yolu bulma konusunda kendimi kötümser hissedirim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
16. Seçim yapmadan önce çok fazla dikkatli davranırım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
17. Zorunda kalmadıkça karar vermem.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
18. Son ana kadar karar vermeyi geciktiririm.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
19. Çok daha bilgili kişilerin benim yerime karar vermelerini tercih ederim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
20. Karar verdikten sonra, kararın doğru olduğuna kendimi inandırmak için çok zaman harcarım.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
21. Karar vermeyi ertelerim.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil
22. Acilen karar vermem gereken bir durumda doğru düşünemem.	Doğru	Bazen Doğru	Doğru Değil

Ek 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

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

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

Ek 8. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu

SCID-5-CV

O Sıradaki Yeğin Depresyon Dönemi

Sayfa 10

A. DUYGUDURUM DÖNEMLERİ

O SIRADAKİ YEĞİN DEPRESYON DÖNEMİ		YEĞİN DEPRESYON DÖNEMİ TANI ÖLÇÜTLERİ	
Şimdi, duygusal durumunuzla ilgili olarak birkaç sorular daha soracağım.		A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki 12 aylık dönemde bir değişiklik olmamıştır; bu belirtilerden en az biri ya (1) cökün duygudurum ya da (2) iştahı yitme ya da zevk olmamadır.	
A1 Gecen ay, (BİR AY ÖNCESİ)'nden beri, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde, kendinizi cökün ya da çok üzgün hissettiğiniz bir zaman dilimi oldu mu? (Üzgün, üzümlü ya da cökün göründüğünüzü söyleyen oldu mu?) YANIT HAYIRSA: Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde, kendinizi üzümül, boşlukta ya da umutsuz hissettiniz? YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE EVET YANITI VERİLDİYSE: Nasıl bir durumdu? Ne denli uzun sürdü? (2 hafta gibi bir süre?)	1. Cökün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzümülüdür, kendisi boşlukta hivedir ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarına gözlenir (örn. ağlaması görünür).	+ +	A1
A2 ÖNCEKİ MADDE "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE: Bu zaman diliminde, genellikle hoşlandığınız etkinliklere karşı daha az mı ilgi duyduunuz ya da bunlardan daha az mı zevk aldınız? (Nasıl bir durumdu?) ÖNCEKİ MADDE "-" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE: Genellikle hoşlandığınız etkinliklere karşı daha az ilgi duyduğunuz ya da bunlardan daha az zevk aldığınız? (BİR AY ÖNCESİ)'nden beri zaman nasıl geçiyor? (Nasıl bir durumdu?) YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE EVET YANITI VERİLDİYSE: Neredeyse her gün müydü? Ne denli uzun sürdü? (2 hafta gibi bir süre?)	2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı iştahsızlık, beğenme ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anılara göre ya da gözlemle belirlenir).	+ +	A2
O AY İÇİN HEM A1, HEM DE A2 "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE, A15 (Geçmiş Yeğin Depresyon Dönemi) ile sürdürün, sayfa 13.			
ASAĞIDAKİ SORULAR İÇİN, GEÇEN AYIN EN KÖTÜ 2 HAFTASINA ODANILAN: (2 HAFTALIK SÜRECİ) sırasında ...			
A3 ... yeme iştahınız nasıldı? (Her zamanki yeme iştahınızla karşılaştırınca nasıldı? Yemek için kendinizi zorlamak durumunda kaldınız mı? Her zamankinden (daha az/daha çok) mu yediniz? Neredeyse her gün mü böyle oldu? Kilo verdiniz ya da aldınız mı?) YANIT EVERSE: Ne denli? (Kilo vermeye/almaya) çıkıyor muydunuz?)	3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme iştahında azalma ya da artma.	+ +	A3

A4	... uykunuz nasıldır? (Uykuya dalmakta güçlük, sık sık uyanma, uykuyu sürdürmekte güçlük, çok erken kalkma YA DA çok uyuma?) Kac saat uyuyordunuz (kesilmeler de içinde olmak üzere)? (CÖKKÜN/KENDİ SÖZCÜKLERİ) olmadan önce genelde kaç saat uyuyordunuz? <u>Neredeyse her gece mi böyle oluyordu?</u>	4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da dışı uyuma.	-	+	A4
A5	... dıngın bir biçimde oturamayacak denli, yerinde duramayan ya da huzursuz biri miydiniz? Tam tersi için ne diyorsunuz – daha yavaş konuşma ya da sizin için olağan sayılamayacak bir biçimde, sanki bir bataklık içinde yürüyormuş gibi daha yavaş hareket etme? (Her bir durumda, bu baskıların ayrı edilebileceği denli kötü müydü? Neyi ayrı ettiler? <u>Neredeyse her gün mü böyle oluyordu?</u>)	5. Neredeyse her gün, psikomotoral kısıtlama (çalışmayı) ya da yavaşlama (baskılarınca gösterilebilir; yalnızca, özel, dıngınlık sağlayamama ya da yavaşlığı duygusu taşıma olarak değil). NOT: GÖRÜŞME SİRASINDA DAVRANISLARINI DEĞERLENDİRİN.	-	+	A5
A6	... içsel gücünüz (enerjiniz) nasıldır? (Her zaman yorgun? <u>Neredeyse her gün?</u>)	6. Neredeyse her gün, bitirlik ya da içsel gücün kısıtlaması (enerji düşüklüğü).	-	+	A6
A7	... kendinizi değersiz hissediyor muydunuz? Yaptıklarınız ya da yapmadıklarınız için suçluluk duyma? YANIT EVETSE: Ne gibi konularda? (Yalnızca, bir süredir hasta olmanızdan ötürü gerekenleri yapamadığınız için mi?) YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE VERİLEN YANIT EVETSE: <u>Neredeyse her gün mü?</u>	7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da utanç ya da uygunsuz suçluluk duyguları (anımsal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendinizi kinoma ya da suçluluk duyma olarak değil).	-	+	A7
A8	... düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekiyor muydunuz? Günlük olaylarla ilgili olarak karar vermekte güçlük çekiyor muydunuz? (Ne gibi olaylar engelleyordu? <u>Neredeyse her gün mü?</u>)	8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararlılık yaşamama (özel anılatına göre ya da baskılarınca gösterilir).	-	+	A8
A9	... olup bitenler öylesine kötü olduğu için ölüm düşünceleriniz oldu mu ya da ölmüş olsaydım daha iyi olurdu diye düşündüğünüz oldu mu? Yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü? YANIT EVETSE: Bununla ilgili olarak bir eylemde bulundunuz mu? (Ne yaptınız? Özel bir tasarı yaptınız mı? Bunun için bir hazırlık yaptınız mı? Gerçek bir kendini öldürme girişiminiz oldu mu?)	9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlaması.	-	+	A9
A10		YUKARIDAKİ A TANII ÖLÇÜTÜ BELİRTİLERİNDEN EN AZ BİRİ (A1-A9) "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ.	HAYIR	EVET	A10
		A15 ile sürdürün (Geçmiş Yeşin Depresyon Dönemi), sayfa 13.			A11 ile sürdürün, sonraki sayfa.

A11	ACIK DEĞİLSE: (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)nizin yaşamınız üzerinde nasıl bir etkiyi oldu? YALNIZCA GERİKLİ OLURSA AŞAĞIDAKİ SORULARI SORUN: (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz ilişkilerinizi ya da diğer insanlarla etkileşimlerinizi nasıl etkiledi? ((CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz ailenizde, sevgilinizle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizde herhangi bir sorun yarattı mı?) (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz işinizi/okulunuzu nasıl etkiledi? İşe/okula girmeniz? (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz işinizde/okulunuzda ilgili görevlerinizi yapmanızı güçleştirdi mi? (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz işinizi/okulunuzda ilgili olarak yerine geldiğiniz görevlerin niteliğini etkiledi mi?) (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz evde yapmanız gerekenleri yapmanızı nasıl etkiledi? Günülik sıradan işleri, sözgelimi giyinme, banyo yapma ya da dışınızı fırçalamaya gibi? Sizin için önemli diğer işleri yapmayı, sözgelimi dinin gereklerini yerine getirme, spor yapma ya da eğlence uğraşları gibi? Yapma isteğiniz olmadığı için yapmaktan kaçındığınız herhangi bir şey oldu mu? (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz yaşamınızın önemli bir alanını etkiledi mi? CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ YASAMINIZI OLUMSUZ ETKİLEMEDİSE: (CÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)niz olmasından ötürü ne denli rahatsız ya da affetli oldunuz?	B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir semptom ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsel alanlarında işlevselliğe düşmeye neden olur.	A11 A12 ile sürdürün, aşağıda. A15 ile sürdürün (Geçmiş Yeşin Depresyon Dönemi), sayfa 13.
A12	BÜLÜNİYORSA: (CÖKKÜNLÜK DÖNEMİ) ne zaman başladı? Bu depresyon döneminiz başlamadan hemen önce bedensel bir hastalık geçiriyor muydunuz? YANIT EVETSE: Doktor size ne söyledi? Bu başlamadan önce, herhangi bir ilaç alıyor muydunuz? YANIT EVETSE: Aldığınız dozda bir değişiklik oldu mu? Bu başlamadan önce içki içiyor muydunuz ya da herhangi bir madde kullanıyor muydunuz? Neden olan GSD ya da madde/ilaç olup olmadığını belirtmek üzere yol göstermesi için, Kullanım Kılavuzu, Anabölüm 9'a bakın.	C. [İkinci Depresyon Dönemi] Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. NOT: Bu dönem GSD'ne ya da madde/ilaçla bağlı ise ancak o zaman "HAYIR" olarak kodlayınız. Neden olabilen GSD'leri arasında inme, Huntington hastalığı, Parkinson hastalığı, cırcımayla beyin yaralanması, Cushing hastalığı, hipofizoid, multipl skleroz, sistemik lupus eritematozus vardır. Neden olabilen madde/ilaçlar arasında alkol (E/Y); fentanil (E); vasonodilatörler (E); uçucular (E); opiyatlar (E/Y); dinginleştirici, uyku verici ya da kaygı gidericiler (E/Y); amfetaminler ve diğer uyarıcılar (E/Y); kokain (E/Y); antiölal ilaçlar (retavirant); kardiyovasküler ilaçlar (kanonik, guafenesin, metildopa, nizatidin); retinok asit türevleri (batrafenol); antidepresanlar; antikonvülsanlar; anormigren ilaçlar (triptanlar); antipsikotikler; hormon ilaçları (kortikosteroidler, oral kontraseptifler, gonadotropin-salivselik hormon agonistleri, tamokifen); sigarayı bırakılma ilaçları (vareniklin) ve bağışıklık ilaçları (interferon) vardır.	HAYIR EVET BİRİNCİL Tanı: BSD'ne Bağlı Depresyon Bozukluğu ya da Maddenin Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu A15 ile sürdürün (Geçmiş Yeşin Depresyon Dönemi), sayfa 13. O SIRADA YEŞİN DEPRESYON DÖNEMİ A13 ile sürdürün, sonraki sayfa.

A13	BÜNMİYORSA: Bu (çökkünlük/KENDİ SÖZCÜKLERİ) dönemi ne zaman başladı?	Depresyonun başlangıcı (ay/yıl)	— / —	A13
A14	Yaşamınızda kaç ayın kez, en az 2 hafta süreyle, neredeyse her gün (çökkünlük/KENDİ SÖZCÜKLERİ) ve (O SIRAĞI YEĞÜN DEPRESYON DÖNEMİ BELİRTİLERİ) gibi, tanıladığınız belirtilerin birçoğunu yaşadınız?	O sıradaki de içinde olmak üzere Yeğün Depresyon Dönemi'nin toplam sayısı (SAYISIZ İSE YA DA SAYILAMAYACAK DENİLİ BELİRSİZ İSE 99 OLARAK KODLAYIN)	— — ↓ A29 (O Sıradaki Mani Dönemi) ile sürdürün, sayfa 17.	A14

GEÇMİŞ YEĞÜN DEPRESYON DÖNEMİ		YEĞÜN DEPRESYON DÖNEMİ TANI ÖLÇÜTLERİ	
NOT: O SIRA DA ÇÖKKÜN DUYGUDURUM YA DA İLGİNİ YİTİRME VARSA, ANCAK YEĞÜN DEPRESYON DÖNEMİ İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ TAM KARŞILANMIYORSA, AŞAĞIDAKİ HER İKİ TARAMA SORUSU İÇİN (A15 VE A16) "Hiç başka bir zaman..." DEYİŞİNİ YERİNE KOYUN.		A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beş (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve öncelikle işlevsel düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgini yitirme ya da zevk almamadır.	
A15	Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde, kendinizi çökkün ya da çok üzgün hissettiğiniz bir zaman diliminin olduğu hiç başka bir zaman oldu mu? (Nasıl bir durumdu?) YANIT HAYIRSA: Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde, kendinizi <u>üzüntülü, boşlukta ya da umutsuz hissettiğiniz?</u> YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE EVET YANITI VERİLDİYSE: Ne denli uzun sürdü? (2 hafta gibi bir süre?)	1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntüdür, kendini boşlukta hissedir ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarına gözlenir (örn. ağlamakla görünür).	- + A15
A16	ÖNCEKİ MADDE "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE: Bu zaman diliminde, genellikle hoşlandığınız etkinliklere karşı daha az mı ilgi duyduunuz ya da bunlardan daha az mı zevk aldınız? (Nasıl bir durumdu?) ÖNCEKİ MADDE "-" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE: Genellikle hoşlandığınız etkinliklere karşı daha az mı ilgi duyduğunuz ya da bunlardan daha az zevk aldığınız bir zaman dilimi hiç oldu mu? (Nasıl bir durumdu?) YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE EVET YANITI VERİLDİYSE: Bu ne zamandı? Neredeyse her gün müydü? Ne denli uzun sürdü? (2 hafta gibi bir süre?)	2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).	- + A16
O AY İÇİN HEM A15, HEM DE A16 "-" OLARAK DEĞERLENDİRİLDİYSE, A29 (O Sıradaki Mani Dönemi) ile sürdürün, sayfa 17.			
Bunun gibi birden çok kez oldu mu? (Hangisi en kötüydü?) AÇIK DEĞİLSE: (BİR YIL ÖNCESİ)'nden beri bunun gibi olduğu zamanlar oldu mu?		NOT: Birden çok dönem olmuş ise, geçmiş bir Yeğün Depresyon Dönemiyle ilgili sorulama için "en kötü" olanını seçin. Ancak, son bir yıl içinde bir dönem olmuş ise, bu en kötü dönem olmama bile olsa, bu dönemle ilgili sorular sorun.	

AŞAĞIDAKİ SORULAR İÇİN, SORULADIKINIZ GEÇMİŞ YEGÜN DEPRESYON DÖNEMİNİN EN KÖTÜ 2 HAFTASINA ODAKLANIN:				
AÇIK DEĞİŞE: (YEGÜN DEPRESYON DÖNEMİ) sırasında ne zaman en (çok) (KENDİ SÖZCÜKLERİ)ydünüz?				
A17	(2 HAFTALIK SÖREC) sırasında yeme isteğiniz nasıldı? (Her zaman ki yeme isteğinizle karşılaştırınca nasıldı? Yemek için kendinizi zorlamak durumunda kaldınız mı? Her zamankinden (daha az/daha çok) mu yediniz? Neredeyse her gün mü böyle oldu? Kilo verdiniz ya da aldınız mı? Ne denli? (Kilo vermeye/almaya) çalışıyor muydunuz?)	3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığınızın % 5'inden daha çok olan bir değişim) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.	- +	A17
A18	... uykunuz nasıldı? (Uykuya dalmakta güçlük, sık sık uyanma, uykuyu sürdürmekte güçlük, çok erken kalkma, YA DA çok uyuma?) Kaç saat uyuyordunuz (kesitimler de içinde olmak üzere)? (Çok) (KENDİ SÖZCÜKLERİ) olmadan önce genelde kaç saat uyuyordunuz? Neredeyse her gece mi böyle oluyordu?	4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.	- +	A18
A19	... dingin olamıyacak denli, yerinde duramayan ya da huzursuz biri miydiniz? Tam tesli için ne diyorsunuz - daha yavaş konuşma ya da söz için oluşan sayılamayacak bir biçimde, sanki bir bakımdan içinde yürüyormuş gibi daha yavaş hareket etme? (Her bir durumda, bu baskıların ayrı edebileceği denli kötü müydü? Neredeyse her gün mü böyle oluyordu?)	5. Neredeyse her gün, psikodavetsel çekme (ağrıları) ya da yavaşlama (baskılarında gözlenebilir; yalnızca, örneğin, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duyguyu taşıma olarak değil).	- +	A19
A20	... içsel gücünüz (enerjiniz) nasıldı? (Her zaman yorgun? Neredeyse her gün?)	6. Neredeyse her gün, bitirilebilir ya da içsel gücün kalmaması (enerji) düşüklüğü.	- +	A20
A21	... kendinizi değersiz hissediyor muydunuz? Yaptıklarınız ya da yapmadıklarınız için suçluluk duyma? YANIT EVETSE: Ne gibi konularda? (Yalnızca, bir süredir hasta olmanızdan ötürü gereksinimleri yapmadığınız için mi?) YUKARIDAKİLERDEN BİRİNE VERİLEN YANIT EVETSE: Neredeyse her gün mü?	7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aynısı da uygunsuz suçluluk duyguları (anlatılabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kinama ya da suçluluk duyma olarak değil).	- +	A21
A22	... düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekiyor muydunuz? Günlük olaylarla ilgili karar vermekte güçlük çekiyor muydunuz? (Ne gibi olayları engelliyordu? Neredeyse her gün mü?)	8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararlılık yapma (örneğin anlatılabilir) (örneğin ya da baskılarında gözlenebilir).	- +	A22

A23	... olup bitenler öylesine kötü olduğu için ölüm düşünceleriniz oldu mu ya da ölmüş olsaydım daha iyi olurdu diye düşündüğünüz oldu mu? Yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü? YANIT EVETSE: Bununla ilgili olarak bir eylemde bulundunuz mu? (Ne yaptınız? Özel bir tasarı yaptınız mı? Bunun için bir hazırlık yaptınız mı? Gerçek bir kendini öldürme girişiminiz oldu mu?)	1. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm kokusu değil, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.	- * A23
A24		YUKARIDAKİ A TANI ÖLÜCÜTÜ BELİRTİLERİNDEN EN AZ BİRİ (A15-A23) "+" OLARAK DEĞERLENDİRİLİR.	HAYIR EVET A24

(ÇÖKKÜN/KENDİ SÖZCÜKLERİ) olduğunuz ve şimdi sorduğum sorulardan bile daha çok belirgin olduğu herhangi başka bir zaman oldu mu?

YANIT EVETSE: Sayfa 13'teki A15'e geri gidin ve o dönem için belirtiler değerlendirin.
YANIT HAYIRSA: Sayfa 17'deki A29 (O Seadedki Mani Dönemi) ile sürdürün.

A25 ile sürdürün (B tanı ölücütü).

A25	ACIK DEĞİLSE: (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ YAŞAMINIZ ÜZERİNDE NASIL BİR ETKİSİ OLDU? YALNIZCA GERBİLİ OLURSA, AŞAĞIDAKİ SORULARI SORUN: (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ İLİŞKİLERİNİZİ YA DA DİĞER İNSANLARA ETKİLEŞİMLERİNİZİ NASIL ETKİLEDİ? (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ ALLENİZİ, SEVGİLİNİZİ YA DA AKADASIYANIZLA İLİŞKİLERİNİZDE HERHANGİ BİR SORUN YARATTI MI? (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ İŞİNİZ/OKULUNUZU NASIL ETKİLEDİ? (İşe/okula girmeniz? (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ İŞİNİZ/OKULUNUZDA İLGİLİ GÖREVLERİNİZİ YAPMANIZI GÜÇLESTİRDİ Mİ? (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ İŞİNİZ/OKULUNUZDA İLGİLİ OLARAK YERİNE GELİDİĞİNİZ GÖREVLERİN NİTELİĞİNİ ETKİLEDİ Mİ?) (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ EVDE YAPMANIZ GEREKENLERİ YAPMANIZI NASIL ETKİLEDİ? GÜNLÜK SEADAN İŞLERİ, SÖZGELİMİ GİYİNME, BANYO YAPMA YA DA DİŞERİNİZİ İRCALAMA GİBİ? SİZİN İÇİN ÖNEMLİ DİĞER İŞLERİ YAPMAYI, SÖZGELİMİ DİNİN GEREKLERİNİ YERİNE GELTİRME, SPOR YAPMA YA DA EĞLENCE UĞRAŞAN GİBİ? YAPMA İSTEĞİNİZ OLMADIĞI İÇİN YAPMAYI KACINDIĞINIZ HERHANGİ BİR SEY OLDU MU? (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ YAŞAMINIZIN ÖNEMLİ BİR ALANINI ETKİLEDİ Mİ? ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ YAŞAMINIZI OLUMSUZ ETKİLEMEDİSE: (ÇÖKKÜNLÜK BELİRTİLERİ)NİZ OLMASINDAN ÖTÜRÜ NE DENLİ RAHATSIZ YA DA ALİŞTİ OLDUNUZ?	8. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir semptom ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.	- * A25
------------	---	--	------------------------------

(ÇÖKKÜN/KENDİ SÖZCÜKLERİ) olduğunuz ve şimdi sorduğum sorulardan bile daha çok belirgin olduğu herhangi başka bir zaman oldu mu?

YANIT EVETSE: Sayfa 13'teki A15'e geri gidin ve o dönem için belirtiler değerlendirin.
YANIT HAYIRSA: Sayfa 17'deki A29 (O Seadedki Mani Dönemi) ile sürdürün.

A26 ile sürdürün (C tanı ölücütü, sonraki sayfa).

A26	BİLİNİYORSA: (ÇÖKKÜNLÜK DÖNEMİ) ne zaman başladı? Bu başlamadan hemen önce bedensel bir hastalık geçiriyor muydunuz? YANIT EVETSE: Doktor size ne söyledi? Bu başlamadan önce, herhangi bir ilaç alıyor muydunuz? YANIT EVETSE: Aldığınız dozda bir değişiklik oldu mu? Bu başlamadan önce içki içiyor muydunuz ya da herhangi bir madde kullanıyor muydunuz? Neden olan GSD ya da madde/ilac olup olmadığını belirlemek üzere yol göstermesi için, Kullanım Kılavuzu, Anabölüm 9'a bakın.	C. [Birinci Depresyon Dönemi] Bu dönem, bir maddenin (öm, kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. NOT: Bu dönem GSD'na ya da madde/ilaca bağlı ise ancak o zaman "HAYIR" olarak kodlayınız. Neden olan GSD'ları ve maddeler/ilacı için sayfa 12'deki A12'ye bakın.	A26
		HAYIR → GEÇMİS YEGÜN DEPRESYON DÖNEMİ EVET → BİRİNCİL → GEÇMİS YEGÜN DEPRESYON DÖNEMİ TANI: BSD'na Bağlı Depresyon Bozukluğu ya da Maddenin Yalı Açığı Depresyon Bozukluğu	
		Asağıda A27 ile sürdürün.	
	BİLİNİYORSA: (GSD ile/MADDE kullanmaktan ötürü hasta) olmadığınız, ancak böyle (çökkün/KENDİ SÖZCÜKLERİ) olduğunuz herhangi başka bir zaman oldu mu? YANIT EVETSE: Sayfa 13'teki A15'e geri gidin ve o dönem için belirtileri değerlendirin. YANIT HAYIRSA: Sayfa 17'deki A29 (O Sıradaki Mani Dönemi) ile sürdürün.		
A27	BİLİNİYORSA: Bu (çökkünlük/KENDİ SÖZCÜKLERİ) dönemi ne zaman başladı?	Depresyonun başlangıcı (ay/yıl) ___/___/___	A27
A28	Yaşamınızda kaç ayı kez, en az 2 hafta süreyle, neredeyse her gün (çökkünlük/KENDİ SÖZCÜKLERİ) ve (O Sıradaki YEGÜN DEPRESYON DÖNEMİ BELİRTİLERİ) gibi, tanımladığınız belirtilerin birçoğunu yaşıyorsunuz?	O sıradaki de içinde olmak üzere Yeğün Depresyon Dönemlerinin toplam sayısı (SAYISIZ İSE YA DA SAYILAMAYACAK DENLİ BELİRSİZ İSE 99 OLARAK KODLAYIN) ___	A28
		A29 (O Sıradaki Mani Dönemi) ile sürdürün, sonraki sayfa.	