

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA BAĞLANMA
BİÇİMLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ
YAŞANTILARININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİ VE
HASTALIK SEYRİ ÜZERİNE ETKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Günay ARIKAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ

Öğr.Gör.Dr. İrem Ekmekçi ERTEK

ANKARA

NİSAN 2019

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA BAĞLANMA
BİÇİMLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ
YAŞANTILARININ ZİHİN KURAMI BECERİLERİ VE
HASTALIK SEYRİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Günay ARIKAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ

Öğr.Gör.Dr. İrem Ekmekçi ERTEK

ANKARA

NİSAN 2019

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Bağlanma Biçimleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Zihin Kuramı Becerileri ve Hastalık Seyri Üzerine Etkileri

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. R. F. K. Kordt

ÜYE
Prof. Dr.
Selçuk AŞKAN

ÜYE
Doğru Öyesi H. Mihriye Aksoy
H. Mihriye Aksoy

Dönüş Gözlem,
İsmi Elvan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli tez danışmanlarım Prof.Dr.R.Filiz KARADAĞ ve Öğr.Gör.Dr.İrem EKMEKÇİ ERTEK başta olmak üzere kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, mesleklerine olan saygılarını daima örnek aldığım değerli hocalarım Prof.Dr.Nevzat YÜKSEL, Prof.Dr.Aslı KURUOĞLU, Prof.Dr.Zehra ARIKAN, Prof.Dr.Selçuk ASLAN, Prof.Dr.Selçuk CANDANSAYAR, Prof.Dr.Behçet COŞAR ve Prof.Dr.M.Ender TANER'e;

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum süresince ilgilerini eksik etmeyen, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof.Dr.Yasemen IŞIK, Prof.Dr.Elvan İŞERİ ve Doç.Dr.Esra GÜNEY'e;

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, yardımlarını ve dostuklarını her zaman hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma, tezimin istatistik çalışmalarını büyük bir titizlikle yaparak önemli katkılar sunan Klinik Psikoloğumuz Çisem UTKU'ya, daima uyum içinde çalıştığımız kliniğimizin hemşirelerine ve tüm tedavi ekibine gönülden teşekkür ederim.

Varlıklarından güç aldığım, hayattaki en büyük şansım olan aileme; sevgi ve özveriyle beni bugünlere getiren, çocukları olmaktan gurur duyduğum canım annem ve babama, ilk arkadaşım sırdaşım canım ablama,

Hayatımı güzelleştiren, her anımı mutlu kılan, destekçim, sevgilim, biricik eşime;

Hayatın bana verdiği en güzel hediyeler olan canım dostlarıma;

Ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden, mesleğime anlam veren tüm hastalarım sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ayşe GÜNAY ARIKAN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.BAĞLANMA KURAMI	4
2.1.1.Tanım	4
2.1.2. Bağlanma kuramının gelişimi	5
2.1.3. Bağlanmanın nörobiyolojisi	8
2.1.4. Erişkinlerde bağlanma.....	10
2.1.5. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi.....	12
2.1.6. Bağlanma ve Duygulanım Düzenleme İlişkisi.....	14
2.1.7. Depresyon ve Bağlanma İlişkisi	16
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	18
2.2.1. Tanım ve Sıklık.....	18
2.2.2. Çocukluk çağı travmalarının bağlanma biçimi, depresif bozukluk ve diğer psikopatolojiler ile ilişkisi	19
2.3. ZİHİN KURAMI	21
2.3.1. Zihin kuramının tanımı	21
2.3.2. Zihin Kuramı Teorileri.....	22
2.3.3. Zihin Kuramının Bileşenleri	24
2.3.4. Zihin Kuramının Alt Tipleri.....	27
2.3.5. Zihin Kuramının Ontogenezi	28
2.3.6. Zihin Kuramının Nörobiyolojisi	30
2.3.7. Zihin Kuramının Psikopatolojilerle İlişkisi.....	32
2.3.8. Depresyon ve Zihin Kuramı.....	34
2.3.9. Zihin Kuramı ve Bağlanma İlişkisi	36

3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	37
3.2. Örneklem Grubunun Seçilimi	37
3.3. Etik Kurul Onayı.....	38
3.4. Araştırmanın Bütçesi	38
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu.....	38
3.5.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	39
3.5.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D).....	39
3.5.4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)	39
3.5.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ)	40
3.5.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ):	40
3.5.7. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT):	40
3.6. İstatistiksel Analiz.....	41
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇLAR.....	88
7. KAYNAKLAR	90
8. ÖZET	101
9. SUMMARY	103
10. EKLER.....	105
Ek-1 Etik Kurul Onayı	105
EK-2 Sosyodemografik Veri Formu	107
Ek-3 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAMD)	109
Ek-4 Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ)	110
Ek-5 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇRTÖ)	111
Ek-6 Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	112
Ek-7 Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)	114
11. ÖZGEÇMİŞ	115

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	44
Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalıkla İlgili Özellikleri.....	47
Tablo 3. Gruplara Ait Uygulanan Klinik Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Puanları	50
Tablo 4. Uygulanan Klinik Ölçekler Açısından Gruplar Arasındaki Farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	53
Tablo 5. Rekürren Depresyon Hastalarında Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	56
Tablo 6. Remisyonunda Depresyon Hastalarında Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	57
Tablo 7. Rekürren Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler	59
Tablo 8. Remisyonunda Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler	60
Tablo 9. Grupların Bağlanma Stillerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 10. Önemli Yaşam Olayların Güvenli ve Güvensiz Bağlanma Stillerine Göre Dağılımı	62
Tablo 11. Güvenli ve Güvensiz Bağlanan Depresyon Hastalarında Uygulanan Klinik Ölçeklerin ortalama ve standart sapma puanları	63
Tablo 12. Depresyon Hastalarında Güvenli-Güvensiz Bağlanma Stillerine Göre Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırılması	64
Tablo 13. Depresyon Hastalarında Güvensiz Bağlanma Stiline Sahip Grupta Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	66
Tablo 14. Depresyon Hastalarında Güvensiz Bağlanma Stiline Sahip Grupta Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler.....	67
Tablo 15. Depresyon Hastalarında Güvenli Bağlanma Stiline Sahip Grupta Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	68
Tablo 16. Depresyon Hastalarında Güvenli Bağlanma Stiline Sahip Grupta Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler.....	69

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir duygulanım düzenleme kuramı olarak da kabul edilen bağlanma kuramına göre, erken dönemdeki temel bakım veren ve bebek arasındaki etkileşim yoluyla oluşan içsel çalışan modeller, kişinin kendini ve dünyayı nasıl anlamlandıracağı üzerinde etkili olmakta ve dolayısıyla bireyin kişilik gelişimi ve bu doğrultuda ileride gelişebilecek depresyon gibi olası psikopatolojiler üzerinde bir belirleyiciliğe sahip olmaktadır (1).

Bowlby, bağlanma ve majör depresyon arasındaki ilişkiyi iki olası durum çerçevesinde kavramsallaştırmaktadır: İlkinde, temel bakım veren kişinin kaybı gibi travmatik bir yaşantının bebekte yarattığı çaresizlik ve umutsuzluk duygularının depresyona yol açabileceği fikri üzerinde durulmaktadır (2). İkinci olası durumda ise, bebeğin bakıcıyla güvenli bir bağlanma ilişkisi kuramaması nedeniyle kendisinin değersiz ve sevilmez; diğerlerinin ise ulaşılamaz olarak algılandığı olumsuz içsel temsillerin oluşması, değersizlik, yetersizlik ve öfke duygularını beraberinde getirmekte ve majör depresyon bu bağlamda ortaya çıkmaktadır. Güvensiz bağlanma biçiminde ortak olarak tanımlanan kişinin kendisine yönelik olumsuz algıları, depresyonda görülen kendilik algısıyla örtüşmektedir. Dolayısıyla erken dönemdeki bağlanma deneyimleri ve güvensiz bağlanma biçimleri depresyon için yatkınlaştırıcı etkenler olarak görülmektedir (3).

Erken çocukluk çağındaki duygusal gelişimi ketleyen yıkıcı olay ve ilişkiler güvenli bağlanma ve duygulanım düzenleme süreçlerinde bozulmalara neden olmaktadır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları bireyin kendilik ve çevre algısı üzerindeki olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuz algı kişinin güvensiz bağlanmasına, yakın ilişkilerde sorunlara, kaçınan veya kaygılı kişilik özelliklerine neden olmakta, sosyal becerilerin gelişimini engelleyebilmekte ve destekleyici ilişkilerin oluşmasının önüne geçebilmektedir (4). Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin ergenlik ve erişkinlikte sosyal izolasyonu arttırdığı ve bu kişilerin daha fazla duygusal yalnızlık yaşadıkları gösterilmiştir. Tüm bunlar başta majör depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çok sayıda psikopatolojinin gelişimine zemin hazırlamaktadır (5).

Zihin kuramı (ZK) başkalarının görünen davranışlarını zihinsel durumlarına atıfla açıklayabilme yetisine işaret etmektedir. ZK, sosyal işlevselliğin ve kişilerarası ilişkilerin sürdürülmesinin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmektedir (6). Birincil bakım verenle kurulan bağlanma ilişkisi, çocuğun başkalarının zihinsel temsillerini kavrayabilmesi ve bununla ilişkili olarak kendi davranışlarını yönlendirebilmesi için ipuçları sağlamaktadır. Güvensiz bağlanma sonucu gelişen olumsuz içsel modeller bireyin kendi, diğerleri ve dünyaya ilişkin bilgilerini yanlış işlemesine, başkalarının zihinsel durumu ile ilgili hatalı çıkarımlar yapmasına neden olabilmektedir (7).

Majör depresif bozukluğun önemli klinik özelliklerinden biri sosyal ve kişilerarası işlevlerde bozulma olmasıdır. Majör depresif bozukluğu olan bireylerde görülen sosyal ve kişilerarası alanlardaki zorluklar, duygusal uyaranları ve zihinsel durumları doğru yorumlama yeteneğindeki bozulmalara, başka bir ifadeyle ZK yetilerindeki azalmaya bağlı olabilir (8). Sosyal-bilişsel işlevlerdeki bu bozulmalar bir yandan depresyon gelişimine aracılık ederken diğer yandan da depresif bireylerde irrasyonel düşünce süreçlerini daha da kötüleştirerek sosyal etkileşime girme motivasyonunun azalmasına ve sosyal izolasyonun daha da yoğunlaşmasına yol açmaktadır. Ödül kaynaklarının azalması ile sonuçlanan bu süreç depresyon gelişimi ve hastalığın kronisite kazanması açısından risk oluşturmaktadır (9). Bu nedenle majör depresif bozukluğu değerlendirirken ve tedavi süreçlerini planlarken ZK ve altında yatan kavramların ele alınmasının önemli katkılar yaratacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada rekürren depresyon hastalarının bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmalarına maruziyet, duygu regülasyonunda güçlük ve zihin kuramı becerileri açısından tek atak remisyon hastaları ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermedikleri ve olası farklılıkların hastalığın süregelenleşmesi ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olup olmadıklarının araştırılması amaçlanmıştır. Depresif bozukluğu olan hastalarda ZK, bağlanma biçimleri, erken dönem olumsuz yaşantıların şekli birçok çalışmada ele alınmıştır. Çalışmaların çoğu aktif belirtileri olan hasta gruplarında yapılmıştır. Söz konusu faktörlerin bu bozuklukların süregelenleşmesindeki, tedavi yanıtı ve hastalık seyri üzerindeki etkilerine yönelik az sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca travmatik yaşantılar, bağlanma biçimleri ve zihin

kuramı yetilerindeki bozuklukların etkisini bir arada araştıran çalışma sayısı da sınırlıdır.

Bu çalışmanın hipotezleri şöyle sıralanabilir:

- Rekürren depresyon hastalarında çocukluk ağı travması, duygu düzenleme güçlüğü ve güvensiz bağlanma ile zihin kuramı yetilerinde bozulma arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.
- Rekürren depresyon hastalarında çocukluk ağı travmaları ile güvensiz bağlanma stilinin zihin kuramı yetileri üzerindeki olumsuz etkileri hastalığın süregelenleşmesi ve tedavi yanıtı üzerinde etkilidir.
- Sağlıklı kontrol grubunda güvenli bağlanma ve zihin kuramı yetilerinin daha yüksek olması depresyon gelişimi ve hastalığın kronisite kazanmasında önleyici faktörler olarak değeriendirilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.BAĞLANMA KURAMI

2.1.1.Tanım

Bağlanma davranışı, genellikle daha güçlü ve / veya daha akıllı olarak algılanan diğer bireye karşı yakınlık kurma isteği olarak tanımlanır. Özellikle çocukluk çağında belirgin olmakla birlikte yaşam boyu devam etmektedir (10). Bağlanma kuramı, ilk olarak John Bowlby tarafından ilk temel ilişki olan çocuk ve bakım veren (çoğunlukla anne) arasındaki ilişkinin evrimsel işlevini açıklamak amacıyla tasarlanmıştır. Bowlby'e göre yakınlık arama davranışı evrimsel süreçte ortaya çıkan ve bebeğin hayatta kalma ihtimalini arttırmaya yönelik adaptif davranış sisteminin bir parçasıdır(11).

Doğumdan itibaren bebek, çevresindeki kişilere yönelmeye başlamakta ancak kişileri birbirinden net olarak ayırt edememektedir. İlk 3 ayda annenin uyarılarına yanıt vermeye ve bağlanma davranışlarına yönelik ipuçları göstermeye başlamaktadır. 3-6 ay döneminde bebeğin dikkati belirgin olarak anneye yönelmiştir. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği dönem 6-24 ay arasındadır. Bağlanma davranışı bağlanma figürüne yönelik yakınlık arayışı şeklinde gözlenmektedir. Bebekler için temel bağlanma figürü çoğunlukla annedir. Bebek annenin yokluğunda gerginlik huzursuzluk, annenin varlığında ise rahatlık hissetmektedir (10, 12).

Erken dönemde bağlanmanın bebeğin sosyal-duygusal ve bilişsel gelişimi üzerine önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bakım verenin sağladığı “*güvenli üs*” sayesinde bebek dış dünyayı keşfetmeye yönelik “*araştırmacı davranışlar*” sergileyerek, kendiliği ve dış dünya hakkında öngörü ve tahminlerde bulunmasını sağlayan “*içsel modeller*” oluşturmaktadır. Bu ilk temel ilişkide ortaya çıkan aksaklıklar bağlanmayı olumsuz etkilemekte ve sonraki yaşam dönemlerinde meydana gelebilecek psikopatolojilerin belirleyicisi olabilmektedir (13).

2.1.2. Bağlanma kuramının gelişimi

Bowlby'nin çocukluk çağına yönelik ilk deneysel çalışmaları çeşitli vaka gözlemlerine dayanır. Bowlby, uyumsuz davranışlar sergileyen ve alma davranışı gösteren 44 çocuğun incelenmesi sonrası, semptomların anne kaybı ile bağlantılı olduğunu ifade etmiştir (14). Sonraki dönemde ayrılık ve kayıpların küçük çocuklar üzerine olan etkilerini daha derinlemesine incelemiş ve 1951 yılında Dünya Sağlık rgt (WHO) tarafından yayınlanan “*Anne bakımı ve ruh sağlığı*” raporunu hazırlamıştır. Bowlby'e göre ocuk, duygusal gelişimi için sıcak, yakın ve sürekli bir bakım ilişkisine ihtiyaç duymaktadır (15). Raporun yayınlanmasından sonra kuramın geliştirilmesine yönelik çalışmalarını derinleştiren Bowlby, küçük çocukların ayrılma- kavuşma tepkilerini ve anne ile kurulan bağın nasıl geliştiğini açıklamaya yönelik mevcut psikanalitik kuramların yetersiz kaldığını düşünerek alternatif modeller araştırmaya yönelmiştir. Lorenz'in hayvan çalışmalarını inceleyen Bowlby, kuluçkadan yeni çıkan kuşların yakınlık arayışı ve annelerinden ayrıldıklarında gösterdikleri stres belirtilerinin küçük çocuklarınkine çarpıcı bir şekilde benzediğini fark etmiştir (16). Özellikle, rhesus maymunlarında ve diğer primat türlerinde anne-bebek ilişkilerini inceleyen ağdaş primatologların çalışmaları bağlanma teorisinin gelişmesi ve detaylandırılmasında etkili olmuştur (17). Harlow ve arkadaşları tarafından maymunlarla yapılan bir dizi çalışmada, maymunların yalnızca gıda gereksinimlerinin değil aynı zamanda yakınlık, sıcaklık ve şefkat gibi duygusal gereksinimlerinin karşılanmasına ihtiyaç duyduğu, ayrıca annesinden izole edilen maymunların daha sonra sosyal ilişki kurmada güçlük yaşadığını gözlemlemiştir (18, 19).

Bowlby'nin kuramı üzerine alışmaları Mary Ainsworth ve James Robertson gibi başarılı araştırmacıların ekibine katılması ile hızlanmıştır. Ainsworth Uganda'da bulunduğu sıralarda anne-bebek bağlanmasının gelişimini gözlemlemeye yönelik bir dizi çalışma gerçekleştirmiştir. 1-24 aylık 26 bebekle yaptığı çalışmada 9 ay süreyle 2 haftada bir bebekleri yaşam ortamlarında ziyaret ederek bebeklerin anneleriyle yakınlık kurmaya yönelik gönderdiği sinyalleri ve davranışlarını gözlemlemiştir (20). Uganda'dan ayrıldıktan sonra bebek gözlem çalışmalarına devam eden Ainsworth'un Bell ile birlikte yürüttüğü bir çalışmada doğrudan sonraki birinci aydan 54. Aya

kadar 26 anne ve bebeği gözlemlenmiş, anne-bebek etkileşiminin karakteristik özelliklerinin ilk 3 ayda gözlemlenebilir şekilde ortaya çıktığını, bebek tarafından gönderilen sinyallere duyarlı, hızlı ve uygun yanıt veren ve sık bedensel temasta bulunan annelerin bebeklerinin ağlamaya daha az meyilli olduklarını ve bebeğin sinyallerine annenin duyarlı yanıtının güvenli bağlanmanın gelişmesini sağladığı belirtilmiştir (21).

Erken dönemdeki anne-bebek etkileşiminin bebeğin ayrılma ve keşfetme davranışları üzerine etkilerini laboratuvar ortamında incelemeyi hedefleyen Ainsworth ve ekibi “*yabancı durum testi*” olarak adlandırılan 20’şer dakikalık 8 ayrı senaryoyu uygulayarak 49-51 haftalık 56 çocuğun davranışlarını gözlemlemiştir. Testte anne ve bebek oyun odasında bir süre birlikte vakit geçirdikten sonra odaya yabancı bir kişi girmekte ve bir süre sessizce oturduktan sonra bebekle oyun oynamaya başlamaktadır. Bu esnada anne odadan ayrılıp kısa süre sonra geri dönmektedir. Diğer bir durumda, anne ve yabancı odadan birlikte çıkarak bebeği 3 dakika süreyle odada yalnız bırakmakta ve sonra geri dönmektedir. Beklendiği üzere bebek anne ile birlikteyken anneyi güvenli üs olarak algılayarak, odayı ve oyuncakları keşfetmeye yönelik daha kararlı davranışlar sergilemiş ancak yabancı kişinin odaya girmesi veya annenin odayı terk etmesi sonrası keşfetmeye yönelik davranışlarında azalma olmuş ve anneyi arama, ağlama gibi stres belirtileri gösterdiği gözlenmiştir (22). Ainsworth, odayı terk eden annenin geri dönmesi sonrası bebeklerin sergiledikleri davranışların farklılık göstermesini oldukça ilgi çekici bulmuştur. Anne geri döndüğünde bazı bebeklerin kolayca sakinleştiği ve anneye yakın olma çabalarını devam ettirdiği görülürken, bazı bebeklerin vurma-itme şeklinde öfkeli davranışlar sergilediği, annenin kucağa almasıyla sakinleşmediği gözlenmiştir. Bir başka grup bebeğin ise anne yokken arama davranışı göstermekle birlikte, anne döndüğünde kaçınan ya da kayıtsız bir tavır sergilediği görülmüştür. Yapılan analizler ikircikli ya da kaçınan tavır sergileyen bebeklerin anneleri ile ilişkilerinin diğerlerine göre daha az uyumlu olduğunu göstermiştir (23).

Tüm bulgular göz önüne alındığında bağlanma ilişkisinin niteliği, güvenli-güvensiz olarak kategorize edilmiştir (24). Güvensiz bağlanma ilişkisine işaret eden davranışlar; ayrılma, kavuşma ve temasın kesildiği durumlarda sıkça protesto etme, sık ve uzun süreli ağlamalardır. Ayrılmaya yönelik protesto davranışlarının, annenin

bebekten gelen sinyallere karşı duyarsızlığına önemli ölçüde bağlı olduğu bulunmuştur. Ağlama sıklığı ve süresinin fazlalığı bebeğin annesinin erişilebilirliğine duyduğu güvensizliğe ışık tutmaktadır. Diğer yandan güvenli bağlanmış bebek, annesi ortamdaki ayrılmış bile olsa, annesinin sinyallerine yanıt vereceğine dair güven geliştirmiştir. Annesi odadan çıktığı zaman terkedilmiş hissetmemekte, ayrılmaya yönelik kısa süreli ağlama ve protestolar göstermekle birlikte kavuşma anlarında mutluluk ifadesi göstermekte, ihtiyacı olduğunda annesine ulaşabileceğinden emin olduğundan temasın kesintiye uğramasını kabul edilebilir bulunmaktadır (25). Güvensiz bağlanma ilişkisi kaçınan ve kararsız(ikircikli) olarak iki alt kategoride tanımlanmıştır. Kararsız bağlanan bebeklerin ayrılma anksiyetesini yoğun şekilde yaşadıkları, kolayca yatıştırılmadıkları ve anne ile temasın kesilmesine şiddetli tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Kaçınan bağlanan bebeklerin ise anne ile temaslarını sınırlı tuttukları, anne ile kavuşma anında kayıtsız bir tutum sergiledikleri izlenmiştir (26). Güvenli, kaçınan ve kararsız bağlanma biçimlerine ek olarak daha sonra Main ve Solomon tarafından “*dezorganize bağlanma*” tipi tanımlanmıştır. Buna göre dezorganize bağlanma biçimine sahip bebeklerin özellikle stres altındayken yönelimi bozuk, belirsiz, tamamlanmayan ve aniden kesilen hareketler ve ifadeler gösterdikleri, bunun yanı sıra yabancı durum testinde donma, hareketsiz kalma, yavaşlama ya da stereotipik hareketlerde bulunma gibi amacı tam tanımlanamayan davranışlar sergiledikleri ifade edilmektedir (27, 28).

Ainsworth’un bebek gözlem çalışmalarını sürdürdüğü esnada Bowlby, güncel bilgilerini kuramsallaştırarak yayımlamaya karar vermiştir. 1969 yılında “Bağlanma ve Kayıp” üçlemesinin ilk cildi olan “Bağlanma” yayımlanmıştır. Bu yazısında teorisinin temellerini dayandırdığı bilimsel bulguları detaylı şekilde açıklamıştır.

Bowlby bağlanma davranışının yalnızca çiftleşme ve beslenmeye hizmet eden motivasyonel sistemlerden kaynaklanmadığını belirterek, bağlanmanın temel evrimsel işlevini, bebeği tehlikeden koruma işlevi gören bir bağlanma figürü ile yakınlık kurulması olarak tanımlamaktadır. Bebek, bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı sinyaller (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelmektedir. Başlangıçta bu sinyaller bebek tarafından tüm çevreye yöneltilmekte ancak izleyen süreçte bebeğin sinyallerine cevap veren ve onunla sosyal etkileşime giren temel figürlere odaklanmaktadır. Bağlanma

gerçekleştğinde bebek, bağlanılan figürü çevreyi keşfetmeyi sağlayan güvenli bir üs ve geri dönebileceği güvenli bir liman olarak kullanmaya başlamaktadır. Bağlanma figürünün bu rollerde ne kadar etkili işlev görebileceği sosyal etkileşimin kalitesine ve bağlanma figürünün bebeğin sinyallerine olan duyarlılığına dayanmaktadır. Bağlanma davranışı çocuğun hayatının ilerleyen dönemlerinde reorganizasyona uğramaktadır. Bowlby bu durumu “*amaca göre düzeltilen ilişki*” olarak tanımlamıştır (23, 29).

Üçlemenin sonraki ciltleri “Ayrılık” ve “Kayıp”ta Bowlby, Freud’un “içsel dünya” kavramını yeniden gözden geçirmiştir. Anne ve çocuk etkileşimi sürecinde zihin modelinin iki temel şeması, birbirini doğrulayıcı ve tamamlayıcı biçimde gelişir: ‘*değerli ben*’ ve ‘*güvenilir o*’. Bu iki şema yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ve mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir. Bowlby’e göre bağlanma figürü bebeğin konfor ve korunmaya yönelik ihtiyaçlarını karşılama ve bebeğin çevreyi bağımsız şekilde keşfetmesi için uygun ortamı oluşturmada yeterli ise, bebeğin güven içeren bir içsel çalışma modeli geliştirme olasılığı yüksektir. Buna karşın bağlanma figürü bebeğin taleplerini sıkça reddetme eğiliminde ise, değersizlik veya yetersizlik içeren bir içsel çalışma modeli geliştirme olasılığı yükselmektedir. Bu olumlu veya olumsuz modellerin etkilerinin yaşam boyu devam ettiği varsayılmaktadır. Bowlby, bağlanma örüntülerinin nesiller arasında geçişinde bu içsel çalışan modellerin rolünü vurgulamaktadır (1).

2.1.3. Bağlanmanın nörobiyolojisi

Bebek ve bakım veren arasındaki bağlanma ilişkisi, bebeğin hayatta kalma ve sosyal, duygusal, bilişsel gelişimini sağlamada kritik bir öneme sahiptir. Hamilelik, doğum ve laktasyon gibi biyolojik süreçler anne-bebek bağının kurulmasına katkıda bulunmaktadır (30). Bağlanma davranışının nörobiyolojisi hayvan modellerinde ve son dönemlerde ağırlıklı olarak insan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları ile yoğun olarak araştırılmıştır. Bağlanma ile ilişkili en önemli beyin bölgeleri amigdala, olfaktör bulbus, ventral tegmental alan (VTA) ve anterior singulat kortekstir. Sağ orbitofrontal korteks ve ventromedial prefrontal korteksin anterior limbik bölge ve hipotalamus arasındaki bağlantıları bebeğin erken dönem yaşantıları ile ilişkili olarak gelişim göstermektedir (31). Bebek ile bakım veren

arasındaki ilişkinin niteliği, bebeğin stres yaratan koşullara adaptif yanıtında ve self-regülasyon kapasitesinin gelişiminde önemli rol oynamaktadır (32).

Bağlanma davranışının birden fazla nöroendokrin sistemin karmaşık bir etkileşimi olması muhtemel olsa da, iki spesifik sistemin annelik davranışının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir: 1) dopaminerjik ödül işleme sistemi, 2) oksitosinerjik sistem ve vasopressin (33-35). Vasopressin ve oksitosin “vasotosin” maddesinden tek bir aminoasit değişimi ile üretilmektedir. Hipotalamusta üretilen bir nöromodülatör hormon olan oksitosin, maternal davranışın başlaması ile ilişkili merkezi etkilerinin yanı sıra laktasyon ve uterin kontraksiyonu sağlama gibi periferik etkilere de sahiptir. Oksitosin emzirme, somatosensorial dokunma ve hatta annenin bebeğini görmesi veya sesini duyması gibi uyaranlara cevap olarak salınmaktadır (36). Ratlarla yapılan çalışmalarda oksitosin reseptörleri çıkartılmış anne ratların yavrularına iyi bakım veremedikleri ve iyi bakım alamayan bu yavruların da, oksitosin reseptörleri sağlam olmasına rağmen, kendi yavrularına yeterli annelik yapamadıkları gözlenmiştir. Oksitosin bebeğin anneye bağlanmasında da önemli rol oynamaktadır. Oksitosin ve vazopressinin ayrılık anksiyetesi belirtilerini hafiflettiği, stresi azaltarak güven duygusunu güçlendirdiği, sosyal uyuma yönelik davranışları arttırdığı bildirilmiştir.(37).

Dopamin(DA) motivasyonel davranışlarla ilişkili bir nörotransmitterdir. Dopaminerjik nöronlar çevresel sinyallerle beyinde ödülllenmeyi uyarak öğrenmeyi kolaylaştırır. Bu sinyaller temel olarak VTA ve substansia nigra'dan çıkarak striatum, prefrontal korteks, anterior singulat korteks dahil olmak üzere beyin boyunca çeşitli bölgelere yayılır (38). Yapılan çalışmalarda Ventral Striatumda (VS) DA üretiminin ratlarda maternal bakımı stimüle ettiği gözlenmiştir (39). Bir diğer çalışmada nucleus accumbens'te dopaminerjik D1 reseptörlerinin farmakolojik blokajının yavru bakımının ihmeline yol açığı, benzer şekilde, VTA'da monoamin hücrelerinin tahribatının maternal davranışı inhibe ettiği görülmüştür (40).

Hayvan çalışmalarından, oksitosinerjik nöronların mezokortikolimbik DA yolağı ile bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlantıların gelişimi, maternal bakım düzeyleriyle yakından ilişkilidir. VTA'dan salınan oksitosin, VS'de DA

artışına yol açmaktadır. DA düzeyindeki bu artışın maternal davranışın başlamasını tetiklediği düşünülmektedir (41).

Bebekte dopaminerjik yolların sağlıklı gelişiminde anne-bebek ilişkisinin önemli rolü olduğuna yönelik kanıtlar mevcuttur. Annelerinden izole eden yavru ratlarda VS'de bazal DA seviyelerinin yükseldiği ve yetişkinlikte akut strese yanıt olarak DA salınımının arttığı görülmüştür (42). Benzer şekilde insan PET çalışmalarında da yetersiz anne bakımının VS'de strese yüksek DA yanıtı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (35).

Sonuç olarak, erken dönem maternal bakım, bebeklik döneminde hem oksitosinerjik hem de dopaminerjik nöroendokrin sistemlerin programlanmasında önemli rol oynuyor görünmektedir. Bu sistemlerin uygun şekilde gelişimi yavrunun ilerleyen dönemlerdeki annelik davranışını ve stres yanıtını etkilemektedir (37).

2.1.4. Erişkinlerde bağlanma

Bağlanmanın insanın yaşamı boyunca aktif olduğu ve erişkin dönemdeki bağlanma davranışının, çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki bağlanma davranışlarının devamı olduğu düşünülmektedir (29, 43). Bireyler farklı yaşam aşamalarından geçerken, bağlanma davranışları da değişkenlik göstermektedir. Erken çocukluk döneminde bağlanmada fiziksel yakınlık önemli rol oynarken, erişkinlikte bağlanma güvenlik ve aidiyet duygusu ile sağlanmaktadır (44).

Hazan ve Shaver, Ainsworth ve arkadaşları tarafından erken çocukluk döneminde tanımlanan 3 temel bağlanma stiline erişkinlikte yakın ilişkilerde -ve özellikle romantik ilişkilerde- gözlendiğini öne sürerek yetişkinler için *güvenli*, *kaygılı-ikircikli*, *kaçıngan* bağlanma biçimleri olmak üzere 3 boyut tanımlamış ve her bir boyutun ayrı ayrı değerlendirildiği bir ölçek geliştirmişlerdir (45, 46).

Bowlby bireyin kendiliği ve diğerleri hakkındaki temel inançlarını bütünleştiren, bireyin yakın ilişkilerinin oluşumunu ve devamlılığını etkileyen “ben” ve “öteki” çevresinde şekillenmiş “*içsel çalışma modelleri*”ne sahip olduğunu ifade etmektedir. Bartholomew ve Horowitz, Bowlby' nin bağlanma kuramını temel alarak

ve kişinin bu içsel modellerini bir araya getirerek “*güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı*” olmak üzere dört farklı bağlanma modeli tanımlamışlardır. Bu dört prototip bağlanma modeli, bireyin benlik imajı (pozitif ya da negatif) ve başkalarının imajlarının (pozitif ya da negatif) birleşimleri kullanılarak oluşturulmuştur. Güvenli bağlanan kişiler kendilerini değerli ve sevimliye layık görürken, başkalarını duyarlı ve ulaşılabilir algılamaktadır (47). Aynı zamanda, olumsuz duygularını tanıyıp kabul edebilmekte ve bu duygularla etkin bir şekilde başa çıkabilmekte, yakın ilişkiler geliştirme ve başkalarından destek talep etmede rahat davranabilmektedirler. Kendilik ve diğerlerine yönelik olumsuz içsel çalışan modeller bulunan diğer üç bağlanma biçimi güvensiz bağlanma adı altında nitelendirilmiştir. Saplantılı bağlanan kişiler kendiliklerini değersiz bulurken diğerlerini olumlu değerlendirmekte, bu nedenle diğerlerinin onayını ve kabulünü kazanmaya yönelik belirgin çaba göstermektedir (48). Diğerleri ile yakın ilişkiler içinde olmayı arzu etmekte ancak aşırı destek ve yakınlık beklentileri nedeniyle diğerlerini kendisinden uzaklaştırabilmektedir (49). Dörtlü bağlanma modelinde yer alan saplantılı bağlanma stili Hazan ve Shaver tarafından tanımlanan “*kaygılı-ikircikli*” grup ile benzerlik göstermektedir. Kayıtsız bağlanma stilinde kişi kendisini değerli ve sevimli olarak değerlendirirken, diğerleri hakkında olumsuz modele sahiptir. Hayal kırıklığına uğramak ve incinmekten korunmak için yakın ilişkilerden kaçınmakta, bağımsız ve incitilemez pozisyonunu koruyarak olumlu benlik algısını devam ettirmek istemektedir. Korkulu bağlanan kişiler hem kendileri hem de diğerleri ile ilgili olumsuz modele sahiptir. Kendilerini değersiz, diğerlerini güvenilmez ve reddedici olarak değerlendirmektedirler. Bu nedenle başkaları ile yakın ilişkiler kurmaktan kaçınarak, başkalarından beklenen reddedilmeye karşı kendilerini korumaktadırlar. Korkulu bağlanma stili, Hazan ve Shaver tarafından tanımlanan “*kaçıngan*” grup ile kısmen benzerlik göstermektedir (47).

Genel olarak bakıldığında güvenli bağlanan kişilerin güvensiz bağlanana kıyasla stres yaratan durumlara daha az fizyolojik uyarılma ile yanıt verdikleri, olumsuz durumları daha işlevsel mekanizmalarla ele alabildikleri, negatif duyguları tanıma ve kabullenmede daha yüksek bir farkındalık düzeyi sergiledikleri görülmektedir. Sonuç olarak, güvenli bağlanma kişinin erişkinlik hayatında da bakış

açısını, sosyal becerilerini ve sorun çözme kapasitesini genişletebilmesine yardımcı olmaktadır (50).

2.1.5. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi

Bowlby başta olmak üzere pek çok araştırmacı anne-çocuk ilişkisinin niteliğinin sonraki yaşantıların temelini oluşturduğunu ifade etmektedir. Erken dönem yaşantılarının bakım veren-bebek ilişkisinde güvensiz bağlanmaya ve bunun kendilik organizasyonu gibi psikopatolojiye giden dinamiklerde önemli rol oynadığı artık bilinmektedir. Dezorganize bağlanma ile çocukluk çağı psikopatolojileri arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Özellikle sosyal hizmet kurumları ve hastane gibi bakım verenin sık değiştiği, seçici bağ kurma fırsatının kısıtlı olduğu ortamlarda büyüyen sosyal açıdan ihmale uğramış çocuklarda “anaklitik depresyon”, “psişik hospitalizm” ve ilerleyen dönemlerde “tepkisel bağlanma bozukluğu” veya “sınırsız toplumsal katılım bozukluğu” tanılarına sıklıkla rastlanmaktadır (51, 52).

Bowlby’nin bağlanma kuramı, ayrılık kaygısının etiyojisine yönelik teorik bir çerçeve sunmaktadır. Bağlanma teorisine göre, bebekler bağlanma nesnesiyle yakınlığı sürdürmeye yönelik stratejiler kullanarak duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğrenirler. Bakım verenlerine güvenli bir şekilde bağlı olan bebekler, bağlanma nesnesinin gerektiğinde erişilebilir olacağına inanmaktadır. Güvensiz bağlanan çocukta bu inanç gelişmemiştir (1). Cassidy ve Main, güvensiz bağlanan çocukların güvenli bağlananlara göre, kaygıyı daha yoğun ifade ettiklerini ve anneden kısa süreli ayrılma sırasında daha fazla sıkıntı yaşadıklarını vurgulamış, aynı zamanda çocukluk çağında görülen ayrılma anksiyetesinin erişkinlikte anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu ifade etmiştir (53). Diğer yandan Biederman, ayrılık kaygısı olan çocukların ebeveynlerinde de anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmektedir(54).

Bağlanma özellikleri ergenlikte de bireyin sosyal ilişkilerdeki başarısını ve zorlayıcı hayat koşullarına uyum sağlama becerilerini belirlemektedir. Ergenlik dönemi ebeveyn ilişkilerinin geri planda kalmaya başladığı ve akran ilişkilerinin

birey için önem kazandığı bir dönemdir. Birey bu dönemde mevcut bağlanma örüntüsünü akran ilişkisine aktarmakta ve bu yönde kazandığı yeni tecrübelerle dış dünyaya yönelik şemalarını yeniden şekillendirmektedir. Ortalama yaşları 16 olan lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada hem akran hem de ebeveynleri ile güçlü ve güvenli bağlanma ilişkileri olan ergenlerin daha az depresif olduğu, daha az agresyon gösterdikleri ve uyum ve sempati düzeyi daha yüksek bireyler oldukları görülmüştür. Diğer yandan hem akranları hem de ebeveynleri ile güvensiz bağlanma ilişkisine sahip ergenlerin uyum kapasitelerinin ve sempati düzeylerinin düşük olduğu, agresyon ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (55). Bu çalışmanın sonuçları, ergenlikte kişiliğin sağlıklı gelişiminde çoklu güvenli ilişkilere sahip olmanın önemini desteklemektedir.

Bağlanma stiline psikiyatrik tanımlarla ilişkisinin araştırıldığı bir kontrollü çalışmada çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları bildiren güvenli olmayan bağlanma stiline sahip bireylerde, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, yeme bozuklukları gibi eksen I patolojileri ile borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi eksen II tanımlarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (55). Anksiyete bozukluğu hastalarının normalde tehdit oluşturmeyen uyarılara yönelik aşırı korku yanıtlarının bağlanma-ayrılma süreçleri arasındaki tutarsızlıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu kişiler, ilişkilerini ayrılma riskinin minimize edildiği dar bir çerçevede tutabilmek için aşırı kontrolcü bir tutum sergileyerek kaçınan stratejiler kullanmakta, ilişkilerdeki zorluklardan kaynaklanan olumsuz durumlardan etkilenmekte ve bu etkiyi sözlü ifadeler yerine somatik yakınmalarla ifade etmektedirler (56).

Bunun yanı sıra yeme bozuklukları, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kronik ağrı bozukluğu, alkol-madde kullanım bozuklukları, şizofreni ve bipolar affektif bozukluğun bağlanma patolojileri ile ilişkileri pek çok çalışmada gösterilmiştir. Tüm bu çalışmalar, Bowlby'nin öngörülerini doğrultusunda, psikiyatrik bozuklukların güvensiz bağlanma stilleri ile ilişkisini ortaya koymada katkı sağlamaktadır (57-63).

Bipolar bozukluğu olan bireyler yaşamları boyunca sıklıkla kişilerarası zorluklar yaşamaktadır. Bu durum kendini ifade etme, aile ilişkileri, diğer sosyal ilişkiler ve iş ilişkilerinde bozulmalar şeklinde kendini göstermektedir. Bu bozulmalar ötimik dönemlerde dahi gözlenmektedir. Bipolar hastalarla yapılan bir çalışmada bipolar hastaların bağlanma stillerinin kontrol grubuna göre farklılık göstermediği ancak ebeveyn ilişkisi zayıf olan kadın bipolar hastaların tedavi uyumlarının daha düşük olduğu ve nüks riskinin daha fazla olduğu ifade edilmiştir (64). Daha yakın tarihli başka bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda kaygılı bağlanma stili mani, depresyon ve remisyon dönemlerinin tümünde sağlıklı kontrollerden daha fazla görülmüştür (65). Ülkemizde Kökçü ve Kesebir tarafından yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan olgularda güvensiz bağlanma görülme sıklığının ve özellikle kaçınan bağlanma stili puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (66).

Şizofreni hastalarında bağlanma stillerinin semptomatoloji üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada kaygılı ve korkulu-kaçınan bağlanma örüntülerinin daha yüksek psikotik semptom skorları ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (67). Başka bir çalışmada güvensiz bağlanmanın negatif belirtilerin derinleşmesinde öngördürücü olabileceği belirtilmiştir (68).

Belçika’da yapılan bir çalışmanın sonucunda, korkulu-kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylerde, güvenli bağlanan bireylere göre travma sonrası stres sendromu (TSSB) gelişme riskinin daha fazla olduğu, stres yaratan durumlar karşısında kaygılı bağlanan kişilerde kaçınan bağlananlara göre daha yüksek oranda TSSB geliştiği ortaya konmuştur (69). Başka bir çalışmada TSSB belirtileri görülen kadın hastaların korkulu bağlanma stiline ek olarak daha az sosyal destek ve duygusal başa çıkma kapasitesine sahip oldukları ve travmatik olaylar karşısında çaresizlik ve korku hissini daha fazla yaşadıkları ifade edilerek, güvenli bağlanmanın TSSB gelişimi üzerine koruyucu bir etkiye sahip olabileceği vurgulanmıştır (70).

2.1.6. Bağlanma ve Duygulanım Düzenleme İlişkisi

Bowlby içsel çalışan modellerin temel amacının duygulanımın düzenlenmesi olduğunu ifade etmektedir. Bir duygudurum bozukluğu olan majör depresyonda

görülen özelliklerden biri de duygulanım düzenleme sistemi ile ilgili sorunlardır. Self-regülasyon, bireyin hedeflerine ulaşmak için düşüncelerini, duygularını, dürtülerini ve performansını kontrol ederek davranışını düzenlediği bir süreçtir. Bu düzenlemenin gelişimi büyük ölçüde ebeveyn-çocuk etkileşimlerine ve bağlanma stiline bağlıdır (71). Shaver ve Mikulincer, bağlanma ile ilişkili duygulanım düzenleme stratejilerini incelediği çalışmalarında duygulanımın düzenlenmesinde “*güvenlik temelli stratejiler*”in rolüne vurgu yapmaktadır. Shaver ve Mikulincer’a göre güvenlik temelli stratejiler güvenli bağlanma duygusunun temel bileşenleri olup stresli durumlar karşısında yapıcı, esnek ve gerçeğe uygun başa çıkma yöntemleri geliştirilmesini destekleyerek üzüntü yada kaygının azaltılmasına aracılık etmektedir. Bağlanma sistemi aktive olduğunda bağlanma figürü nesnel yada sembolik olarak ulaşılabilir durumdaysa güvenlik temelli stratejiler harekete geçmektedir (72). Takiben Frederickson tarafından tanımlanan güvenli bağlanmanın inşası ve genişlemesi döngüsü oluşmaya başlamaktadır. Buna göre güvenli bağlanma bir yandan kişinin stresli durumlar karşısında zihinsel sağlamlılığını sürdürecekt kişisel kaynakları inşa ederken, bir yandan da kişinin perspektifini ve kapasitesini genişletmesini sağlamaktadır. Kişi deneyim kazanıp bilişsel olarak geliştikçe, güvenli bağlanma figürünün rolleri özümşenip içselleştirilerek kişisel güç ve dayanıklılığın bir parçası haline gelmektedir (73).

Waters ve arkadaşları tarafından “güvenli yaşam senaryoları” adı altında 3 ana başa çıkma stratejisi tanımlanmıştır: 1) stresle ilişkili duyguların kabullenilmesi ve ifade edilmesi, 2) destek arayışı, 3) problemin çözümü için etkili araçlar kullanma. Güvensiz bağlanan kişilerin stres yaratan durumlar karşısında bu yapıcı yolları kullanamadığı, inkar, geri çekilme, kaçma, aşırı kontrolcülük gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerine yöneldikleri gözlenmektedir (74).

Stresli bir durum karşısında bağlanma figürünün ulaşılmaz oluşu güvensiz bağlanma gelişimine yol açmaktadır. Kişi duygulanımını düzenlemek için yakınlık arayışını sürdürüp sürdürmemesi gerektiğine “bilinçli/bilinç dışı” olarak karar vermekte, bunun sonucunda “*ikincil bağlanma stratejileri*” aktifleşmektedir. Kişinin ısrarlı bir şekilde yakınlığa, desteğe ve sevgiye ulaşmak için gösterdiği aşırı çaba “*hiperaktivasyon stratejileri*” olarak tanımlanmaktadır. Bağlanma figürü ulaşılabilir

algılanana ve güvenlik duyumsanana kadar devam eden yüksek bir tetiktelik düzeyi, artan ilgi ve destek beklentisi, karşı tarafa yönelik aşırı yakınlaşma eğilimi ve kontrol etme davranışları görülmektedir. Bu çabaların beraberinde getirdiği ve ilişkiye yönelik ortaya çıkan aşırı bağımlılık kişide duygulanım düzenleme ile ilgili sıkıntılara neden olmaktadır. (72). Önceki çalışmalar, kaygılı bağlanan kişilerde yakınlık arayışı stratejilerinin minimum düzeyde stres yaratan durumlarda bile aktive olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (75).

Bağlanma figürünün ulaşılmazlığı durumunda diğer bir strateji ise yakınlık arayışının engellenmesi, destek arayışının azalması ve kişinin stres yaratan durumla tek başına başa çıkma eğilimi göstermesidir. Bu tür ikincil bağlanma stratejileri “*deaktivasyon stratejileri*” olarak isimlendirilmektedir. Bu stratejilerde temel amaç bağlanma sistemini devre dışı bırakarak bağlanma figürünün yokluğunda ileride doğabilecek olası hayal kırıklığından kurtulabilmek olarak görülmektedir. Bu amaç doğrultusunda bağlanmayla ilişkili ihtiyaçların inkar edildiği, yakın ilişkilerde bağımlılıktan kaçınıldığı, kendine yeterlik ve bağımsızlık arzusunun ön planda tutulduğu görülmektedir (72). Kaçınan bağlanan bireyler stresi azaltma ve otonomi sağlayabilme amacıyla yakın ilişkilerden kaçınmakta, duygulanım düzenleme stratejilerini diğer insanlara olumlu, güçlü ve yeterli bir kendilik imajı sağlayabilmek amacıyla kullanmaktadırlar. Shaver ve Mikulincer’a göre kaçınan bağlanma biçimine sahip bireylerin kendiliklerine yönelik bu idealizasyon, diğerleri tarafından reddedilmeyi engellemeye yönelik bir savunmayı yansıtmaktadır (75).

2.1.7. Depresyon ve Bağlanma İlişkisi

Bağlanma kuramı, depresif belirtilerin etiyolojisi ve gelişimini anlamak için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Kendisinin seilmeye değer olmadığı, diğerlerinin ise reddedici ve ulaşılamaz olarak temsil edildiği güvensiz bağlanma örüntüleri geliştiren bireylerde; kişinin kendisine yönelik değersizlik, seilemezlik ve çaresizlik algıları depresyonda görülen kendilik algısıyla örtüşmektedir. Bununla beraber, bu olumsuz temsillerin bir sonucu olarak ortaya çıkan kaçınmacı yada aşırı zorlayıcı ilişki kurma biçimleri kişilerarası çatışmaları arttırmakta, sosyal desteği azaltarak depresyon gelişimine zemin oluşturmaktadır.

Araştırmalar, güvensiz olarak sınıflandırılan yetişkinlerde depresif semptomların daha sık görüldüğünü veya yaşam boyu depresyon gelişme riskinin güvenli olarak sınıflandırılanlardan daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (76). Güvensiz bağlanma biçiminin tekrarlayan depresif ataklara yatkınlıkla ilişkili olduğu ileriye dönük yapılan bir çalışmada gösterilmiştir. 220 kadın ve 80 sağlıklı kontrolle yapılan bir çalışmada güvensiz bağlanmanın, 12 aylık izlem periyodunda depresyon gelişimi ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmanın sonucunda güvensiz bağlanma alt tipleri arasında depresyon gelişimi açısından anlamlı fark gözlenmediği, güvensiz bağlanan bireylerde çocukluk çağı bağlanma figürlerine yönelik gelişen öfkenin yetişkin ilişkilerinde yeniden ortaya çıkarak depresyon gelişimine zemin hazırlamış olabileceği ifade edilmektedir (77). Başka bir çalışmada erişkinde güvensiz bağlanma stillerinin benlik saygısında azalmaya yol açtığı ve işlevsel olmayan tutumlarla ilişkili olduğu, benlik saygısındaki azalmanın depresif belirtilerdeki artışlarla doğrudan ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (78). Ergenlerde bağlanma ve depresyon arasındaki ilişki süreçlerinin araştırıldığı yakın tarihli bir çalışmada bağlanma paterninin, bireylerin negatif duygularla karşı karşıya kaldıklarında etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerini sağlayan duygusal zeka gelişimi ile yakından ilişkili olduğu ve duygusal zeka gelişiminin bağlanma ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ifade edilmektedir (79).

Postpartum depresyon anne ile bebek arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkilemesi ve uzun dönemde yarattığı ciddi sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır. Türk annelerden oluşmuş bir örnekleme depresyon belirtileri ve güvensiz bağlanma biçimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada depresif belirtileri olan annelerin güvensiz bağlanma puanlarının depresif belirtileri olmayan annelere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür (80). Çalışmanın sonuçları batı toplumlarında yapılan benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonun çocuğun güvensiz bağlanma biçimi ile de ilişkisi gösterilmiştir. 91 anne ve çocuklarının doğumdan itibaren 13 yıl süreyle takip edildiği bir izlem çalışmasında annede postpartum depresyonun ortaya çıkışı bebeğin güvensiz bağlanma paterni ile ilişkilendirilmiş; güvensiz bağlanan bebeklerin ergenlik dönemlerinde duygusal deneyimlere karşı daha hassas oldukları, akranlarına kıyasla daha geç duygusal

maturite kazandıkları ve daha fazla depresif semptom gösterdikleri ifade edilmiştir (81).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1. Tanım ve Sıklık

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve onuruna zarar veren veya verme potansiyeli içeren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranışı veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içermektedir (82). Çocuk istismarı çocuğa yönelik 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 ve korunmasından sorumlu kişiler tarafından çocuğun temel ihtiyaçlarının (örn., bakım, korunma, beslenme, giyim, eğitim, sağlık vb.) karşılanmaması sonucu çocuğu hem fiziksel sağlık hem de ruhsal sağlık bakımından zarara uğratma ile kendini gösteren pasif bir eylemdir (83).

WHO anketleri nüfusun üçte birinden fazlasının çocukluk çağında zorlayıcı yaşam olaylarına maruz kaldığını göstermektedir (84). ABD'de yapılan 2008-2011 Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırması'na göre, çocukluk çağında 2 ya da daha fazla olumsuz yaşam deneyimine maruz kalma oranı % 23 olarak belirlenmiştir (85). Ülkemizde 2001 yılında 839 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, deneklerin %16,5'i ihmale, %15,8'i duygusal istismara, %13,5'i fiziksel istismara, %10,7'i cinsel istismara (ensest dahil) maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (86). UNICEF tarafından 2010 yılında Türkiye'de 7-18 yaş arası toplam 1886 çocukla yapılan bir çalışmada, çocukların son bir yıl içinde maruz kaldığı cinsel istismar sıklığı %3, cinsel istismara tanıklık ise %10 olarak bulunmuştur (87). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre, suç mağduru çocuk sayısının yılda 122 bini geçtiği, bunların %10 oranında cinsel suçlar olduğu görülmektedir (88). 2012 yılında İzmir, Denizli ve Zonguldak'ta 7,540 çocukla yapılan Adverse Childhood Experience (ACE) çalışması sonuçlarına göre çocukluk çağında duygusal olumsuz deneyime maruz kalma oranı %70,5, fiziksel olumsuz deneyim oranı %58,5, ihmal %42,6

olarak belirtilmiştir. Çalışma Türkiye'de çocuk ruh sağlığı ile ilgili yapılmış en büyük çalışma olması açısından önem taşımaktadır (89).

Gelişim dönemindeki çocuğun kendilik algısı üzerinde olumsuz etkiler bırakan bu olumsuz yaşantılar, çocukluk dönemini etkilediği kadar yetişkinlik dönemini de etkilemekte ve bireylerin ruhsal- fiziksel sağlıkları ve işlevsellikleri üzerinde yaşam boyu devam eden birçok olumsuz sonucun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

2.2.2. Çocukluk çağı travmalarının bağlanma biçimi, depresif bozukluk ve diğer psikopatolojiler ile ilişkisi

2006 yılında USA'de 17,337 yetişkin ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %64'ünün en az bir çocukluk çağı olumsuz yaşantısına (ÇÇOY) maruz kaldığı, 3'ten fazla ÇÇOY'ye maruz kalan bireylerde depresyon, anksiyete, panik bozukluk, suicidal girişimler, alkol ve madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları, obezite, sigara bağımlılığı, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları görülme riskinin anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (90). Putnam ve arkadaşlarının 2013 yılında Ulusal Komorbidite Araştırma verilerine dayanarak 9,282 erişkini incelediği çalışmasında ÇÇOY'nin erişkinlik döneminde görülen psikopatolojiler ile önemli ölçüde ilişkili olduğu, ÇÇOY öyküsü olan hastalarda semptom sayısı ve şiddeti ile komorbidite oranının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (91).

Ülkemizde psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatolojiler ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada 15-67 yaşları arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre zeka geriliği ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk tanısı dışında bir psikiyatrik bozukluk tanısı ile takipli 183 hasta incelenmiş, katılımcıların %65'inin çocukluk çağında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarından en az birine; %6'sının üç tür istismara da maruz kaldığı bildirilmiştir. Duygusal ihmal %81, fiziksel ihmal %72 oranında saptanmıştır. Tanı dağılımı açısından duygusal istismar bildiren grupta duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık saptanırken, cinsel istismar bildiren grupta alkol-madde kullanımı/bağımlılığı, intihar girişim oranları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (92).

Bowlby'nin 1944'te erken çocukluk çağı yaşantılarının gelişimsel süreci nasıl etkilediğine yönelik çocuk hırsızlarla yaptığı çalışmalar sonucunda bağlanma kuramının temelleri oluşmaya başlamıştır (14). Bağlanma teorisine göre, özellikle bakım verenler ve/veya yakınları tarafından ihmal ve istismara uğrayan çocuğun, kendisi ve diğerleri hakkında düşünce, inanç ve beklentileri olumsuz yönde etkilenmekte, çaresizlik, değersizlik ve güvensizlik hisleri oluşmakta bu durum uygun ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı ve tüm bunların sonucunda depresyon, kaygı bozukluğu ve kişilik bozuklukları başta olmak üzere psikopatolojiler açısından artmış riskle sonuçlanmaktadır (93, 94). Çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimi arasındaki ilişki pek çok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Yaş ortalaması 17 olan genç erkek mahkumlarla yapılan yakın tarihli bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel istismar öyküsü hem kaygılı-ikircikli hem de kaçınan bağlanma stilleri ile doğrudan ilişkili bulunmuş, kaygılı-ikircikli bağlanan bireylerin duygu regülasyonunda kaçınan bireylere göre daha fazla güçlük yaşadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı öyküsü ile belirli bir bağlanma stili arasında doğrudan ilişki bildirilmemiş olup, cinsel istismar öyküsünün ileriki dönemde cinsel suç eğilimi açısından öngördürücü olabileceği ifade edilmiştir (95). 154 kadın hastanın 4 yıl süreyle takip edildiği bir izlem çalışmasında korkulu ve kayıtsız bağlanma stilinin çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile depresyon veya kaygı bozukluğu arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (96). Yakın tarihli başka bir çalışmada yaşları 18-25 arasında değişen 502 kadının çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının duygulanım düzenleme güçlüğü ve genel psikopatoloji üzerine etkileri incelenmiş, ÇÇOY öyküsü olan kadınların olmayanlara kıyasla duygulanım düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı ve daha fazla sayıda semptom gösterdikleri görülmüştür (97). Çocukluk çağı travmalarının beş alt boyutunun ve eşlik eden psikopatolojilerin araştırıldığı başka bir çalışmada ise depresif hastaların sağlıklı bireylere kıyasla daha şiddetli çocukluk çağı travmatik yaşantılarının mevcut olduğu, travma öyküsü ile erken başlangıçlı depresyon ve daha fazla sayıda komorbid hastalık arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir ifadeyle, çocukluk çağı istismar ve ihmalleri hayatın ilerleyen zamanlarında depresyonun başlangıcını, seyrini ve komorbiditeyi olumsuz bir şekilde etkilemektedir (98).

Çocukluk çağı travma ve olumsuz yaşantıları, yetişkinlik döneminde ortaya çıkan psikopatolojiler açısından önemli bir risk faktörü olmasına rağmen, bu yaşantılara sahip olan herkeste psikolojik bir bozukluk görülmeyebilmektedir. Bu bağlamda, çocukluk çağı travmaları ve majör psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi incelerken travmanın oluşturduğu nörobiyolojik mekanizmaları ve psikososyal etkileri ele almak gerekir (99). Erken dönemde karşılaşılan ihmal ve istismar yaşantıları, hipotalamik-pituiter-adrenal aksı (HPA) aşırı aktive ederek hafıza ve duygulanım kontrolü üzerinde olumsuz etki oluşturmakta, gelişmekte olan beynin depresyona yatkınlığını ve tedaviye direncini arttırmaktadır (100). Erken dönemde travmatik yaşantılara maruziyetin telomer boyunda kısalmaya yol açtığı ve striatum, hipokampus ve ventral tegmental alanda Brain-Derived Nörotrofik Faktör (BDNF) ekspresyonunu baskıladığı da yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (101, 102).

2.3. ZİHİN KURAMI

2.3.1. Zihin kuramının tanımı

Zihin kuramı (ZK) insanların davranışlarını öngörme ve kavrama yeteneğinin ve buna bağlı olarak diğer insanların niyetini anlayabilmenin temelini oluşturmaktadır. Bireyin, başkalarının kendi inancından farklı inançları olabileceğini ve bunlara bağlı davranabileceklerini anlayabilmesi başarılı sosyal etkileşim ve iletişim için önemli ve gereklidir. Diğer bir deyişle sosyal etkileşimin başarısı, diğer insanlardaki bilişsel ve duygusal süreçleri fark etme yeteneğine dayanmaktadır (6).

“Zihin kuramı” kavram olarak ilk kez 1978 yılında primatolog ve psikolog olan Premack ve Woodruff tarafından kullanılmıştır. Primatların korunma ve kaynakların ekonomik kullanımı için birlikte yaşadıklarının gözlenmesi üzerine şempanzelerde de insana benzer şekilde türdeşlerinin zihinsel durumlarını çıkarsama yeteneğinin mevcut olabileceği düşünülerek şempanze zihninin insan zihni gibi çalışıp çalışmadığı, diğer şempanzelerin davranışlarının istek, tutum ve inançlarla belirlendiğine ilişkin açık bir varsayım yapıp yapamadıkları araştırılmış ancak kesin bir veri elde edilememiştir (103).

Zihinselleştirme yetisi insan türünün sahip olduğu önemli bir bilişsel beceridir. Küçük çocuklarda zihinselleştirme yetisinin gelişiminin araştırıldığı çalışmalardan ilki 1983 yılında Wimmer ve Perner tarafından “beklenmedik yer değiştirme testi” olarak isimlendirilen ve 2 farklı senaryoyu içeren yöntem ile araştırılmıştır. Üç-dokuz yaş arasındaki çocuklarla yapılan bu çalışma sonucunda dört yaşından itibaren çocukların, başkalarının kendi fikirlerinden başka fikirlere sahip olabileceğini fark edebildikleri görülmüştür. İnsanlarda zihin kuramı becerilerinin 4-6 yaş aralığında gelişmeye başladığı ifade edilmiştir (104). Leslie tarafından “zihinselleştirme” olarak ifade edilen modele göre ZK bebeğin gerçeklik temsili ile hayali olanın temsilini birbirinden ayırıştırmasına dayanmaktadır (105). Özetle zihin teorisine sahip olmak diğer insanların dünyada bizden farklı bakış açılarının olduğunun bilinmesi; diğer insanların davranışlarını anlamak için, dünyanın konumunun kendi bakış açımızdan görüldüğü kadar onların bakış açısından da anlaşılabilmesi; bu iki bakış açısının ayrılabilmesi ve karşılaştırılabilmesi anlamına gelmektedir (106).

2.3.2. Zihin Kuramı Teorileri

Zihin kuramının temel tanımı oldukça değişmez olsa da, bu zihinsel duruma atıf yeteneğinin yapısı ve işleme süreci farklı teorik bakış açıları ile tanımlanmıştır. Bu farklı teorilerin her biri, zihinselleştirme yeteneğinin doğası ile ilgili farklı yordamalar yaptığından her birini anlamak önemlidir. Buna ek olarak, bu teoriler ayrıca ZK’ya özgül nöral yapıların varlığına ilişkin de farklı iddiaları desteklemektedir. Zihin Kuramını farklı bakış açıları ile ele alan üç temel teori bulunmaktadır:

1. Modüler Teori:

Bazı kuramcılar Fodor’un insan zihninin modüler organizasyonu kavramına dayanan modüler teoriden esinlenerek, zihin kuramıyla ilişkili nöronların doğuştan var olduğunu ve diğer bilişsel yeteneklerden bağımsız bir gelişim gösterdiğini öne sürmektedir. Bu teoriye göre insan beyninde belli bilgi gruplarını işleyen alana-özgü (domain-specific) bilişsel modüller bulunmaktadır ve ZK için de sosyal biliş dair bilginin işlendiği ayrı bir modül mevcuttur (105, 107).

Modüler teori ZK'nın diğer bilişsel işlevlerden fonksiyonel olarak ayrı bir yetenek olduğunu ve bu yetenek için özelleşmiş bir ya da daha fazla nöral yapının var olduğunu, ZK gelişiminin bu ilgili beyin bölgelerinin nörolojik matürasyonuna dayalı olduğunu ve deneyimin ZK mekanizmasının oluşturamayacağını sadece var olan mekanizmayı harekete geçirebileceğini iddia etmektedir (6, 105).

2. Simülasyon Teorisi

Simülasyon teorisi, kişinin başkalarının zihinsel süreçlerini anlamak ve tahmin etmek için kendi zihinsel mekanizmalarını kullanmaları fikrine dayandırılmaktadır. Bu teoriye göre, insanlar iç gözlem yoluyla zihinsel durumlarının farkındadırlar ve bu farkındalığı bir çeşit role-bürünme (role-taking) ya da simülasyon süreci yoluyla diğer insanların zihinsel durumlarını içselleştirmekte, diğerinin perspektifinden gerçekliği yorumlamakta ve kendini yerine koyduğu kişinin davranışlarını çıkarsamaya çalışmakta kullanabilirler. Bir anlamda, ZK'nın *“kişinin kendini diğerlerinin yerine koyabilme kabiliyeti”* ile ilgili olduğu öne sürülmektedir (108).

Simülasyon teorisinde ZK'nın gelişimi için deneyime önemli bir rol atfedilmektedir. ZK'ya özgül ayrı bir nöral yapı yerine genel perspektif alma yeteneğine destek veren nöral yapıların olduğu varsayılmaktadır (109).

3. Teori-teorisi

Gelişim psikolojisinin temel alındığı teori-teorisi, ZK'yı zaman içerisinde gelişim gösteren, evrim geçiren bir teori olarak görmektedir. Meltzoff'a göre küçük çocuklarda bilişsel gelişim bilimdeki teori değişikliği ile benzerlik göstermektedir. Buna göre; tıpkı bilim insanlarının yeni veriler doğrultusunda teorilerini tekrar tekrar gözden geçirmeleri gibi, çocuklar geliştikçe aldıkları verilere (girdi) dayanarak dünyaya yönelik teorilerini değiştirmektedirler. Gelişimin herhangi bir noktasında, çocuğun teorisi ham bilginin yorumunu yapmasına ve yeni olaylar hakkında öngörülerde bulunmasına izin vermektedir (110).

Teori-teorisi modüler teoriden farklı olarak, ZK için genel bilişsel süreçlerden farklı bir nöral sistem olmadığını, simülasyon teorisine benzer şekilde, çıkarım

yapma yeteneklerini destekleyen daha genel nöral yapılarca gerçekleştirildiğini ve ZK yeteneğinin gelişiminde bireysel deneyimin büyük rolü olduğunu varsaymaktadır. Bu teoriye göre deneyim, kişilere doğuştan sahip oldukları zihin kuramı yeteneğinin tek başına oluşturmayaacağı değişiklikler sağlamaktadır. (111).

2.3.3. Zihin Kuramının Bileşenleri

Birinci derece zihin kuramı: İlk gelişen ve en basit zihin kuramı becerisidir ve bir kişinin başkalarının yanlış inancını, düşüncesini anlama becerisi olarak tanımlanmaktadır. Birinci düzey zihin kuramı becerileri, birinci düzey yanlış inanç görevleriyle değerlendirilmektedir. Bu görevlerde bir karakterin yanlış inancına atıfta bulunulur ve kişinin bu karakterin davranışını doğru olarak öngörüp öngöremediği değerlendirilir.

ZK becerileri ilk kez Wimmer ve Perner tarafından çıkarsama yeteneğini ölçebilmek amacıyla “beklenmedik yer değiştirme testi” (unexpected transfer test) uygulanarak değerlendirilmiş, dört yaşından itibaren çocukların, başkalarının kendi fikirlerinden başka fikirlere sahip olabileceğini fark edebildiklerini, bu yaşın insanda ZK becerilerinin gelişmeye başladığı yaş olduğunu göstermişlerdir (104). Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından birinci derece ZK becerilerini test etmek amacıyla Sally-Anne testi kullanılmıştır. Testin uygulanışı şu şekildedir:

“Sally ve Anne iki oyuncak kahramandır. İlk olarak Sally kendi sepetine bir bilye koyar ve sonra sahneyi terk eder. Anne bilyenin yerini değiştirerek kendi sepetine saklar. Sonra Sally geri gelir. Deneğe Sally’nin, bilyesini nerede arayacağı sorulur.”

Denek Sally’nin nesneyi aramak için nesnenin orijinal yerine bakacağını söylerse, Sally’nin gerçek durumdan farklı bir inanca sahip olduğunu (yani bir yanlış inancı olduğunu) ve bu inancın Sally’nin davranışını etkileyeceğini bildiğini göstererek birinci derece yanlış inanç görevinde başarılı olur. Eğer denek bilyenin şu anki yerini gösterirse, Sally’nin inancını hesaba katmadığı için başarısız olur. Bu testi geçebilmek için gerekli olan bilişsel kapasite, hikayedeki kahramanın zihinsel durumunu üst temsil (metarepresentation) etme yeteneğidir (112). Daha sonraları

başka çalışmacılar tarafından da oyuncak, kukla ya da insan tasvirleri kullanılarak uygulanan bu tarz yer değişim görevlerinin birinci derece yanlış inanç değerlendirmesinin bir standardı haline geldiği kabul edilmektedir (113).

İkinci derece zihin kuramı: İkinci sırada gelişen bu ZK becerisi bir bireyin başkasının bir durumla veya üçüncü bir kişinin düşünceleriyle ilgili inancı/düşüncesi hakkındaki inançlarını/düşüncelerini tanıma ve yanlış bir inanca sahip olduğunu anlayabilme becerisini ifade etmektedir. Wimmer ve Perner’e ve göre bu beceri “inanç hakkındaki inanç” veya “düşünce hakkındaki düşünce” olarak tanımlanmaktadır (104).

İkinci derece ZK becerilerini test etmek amacıyla, ikinci düzey yanlış inanç görevleri kullanılmaktadır ve bu görevler birinci düzey yanlış inanç görevlerine göre daha karmaşıktır. Bu görevlerden ilki Wimmer ve Perner tarafından oluşturulmuştur. John ve Mary isimli iki karakterden bahsedilen hikaye, parktaki dondurma minibüsünün beklenmedik yer değiştirmesi sonrası John’un Mary’nin inancı hakkında yanlış bir inanç oluşturması ve bu doğrultuda hareket etmesine dayanmaktadır (114). Daha sonra Stone ve arkadaşları tarafından ikinci derece ZK ölçmek amacıyla yeni bir hikaye tasarlanmıştır. Hikayeye göre;

“Martha ve Oliver, mutfakta konuşmaktadır. Oliver kurabiye yemektedir. Oliver odadan ayrılır. Martha kurabiye kutusunu kapatır ve dolaba kaldırır. Oliver ise, odanın dışındayken anahtar deliğinden bakmaktadır ve Martha’nın kurabiyelerin yerini değiştirdiğini görmüştür. Martha yerine oturur. Sonra Oliver içeri girer. Görevde Martha’nın, Oliver’ın kurabiyelerin nerede olduğunu düşündüğünü düşündüğü sorulmaktadır.”

Tüm bu görevlerde, hikayedeki bir karakter başka bir karakterin inancı hakkında yanlış bir inanç oluşturarak buna göre davranmaktadır. Görevde, bir kişinin diğer bir kişinin ne düşündüğünü anlama yeteneği test edilmektedir. İkinci-derece yanlış inanç görevinde başarılı olabilmek için cevaplayanın yalnızca karakterlerin zihinsel durumlarını temsil etmesi değil, ayrıca bir karakterin diğer karakterin inanç durumuna ilişkin yanlış inancını da temsil etmesi gerekmektedir (115). Artan çeşitlilikte yanlış inanç görevleri, gelişimsel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir araç haline gelmiştir.

Metafor ve ironi kavrama: Dilin soyut veya düz anlamını bir kenara koyarak yorumlanmasını ve konuşmacının gerçek niyetini pragmatik bir anlayış ile anlamamızı sağlayan daha karmaşık ve ince bir zihin kuramı becerisidir. İroni ve metafor gibi düz anlam içermeyen anlatımlarda, bu ifadelerin anlaşılması için kelime anlamının ötesine geçme kapasitesi gerekmektedir (6). ZK becerileri ile metafor ve ironi arasındaki ilişki gösterilmiştir, her ikisinin de ZK becerisi gerektirdiği ve ironinin metafordan daha karmaşık ZK becerileri gerektirdiği ortaya konmuştur. Metafor anlamının en azından birinci düzey zihin kuramı becerisi; ironi anlamının ise ikinci düzey zihin kuramı becerisi gerektirdiği ileri sürülmektedir (116).

Yüksek düzey ZK becerilerini değerlendirmek için ironi ve metafor anlamayı gerektiren görevler kullanmıştır. Metafor ve ironi kavrama görevlerine bir örnek Happe tarafından geliştirilmiştir. Hikayede her iki yetenek de sırayla değerlendirilmektedir. Hikayeye göre;

“Robert, hiçbir şey hakkında karar verememektedir. Bu nedenle, Ian ve Carol ona bu akşam için sinemaya gelmek isteyip istemediğini sorduklarında, Robert karar verememiştir. Karar vermek için uzun süre düşündükten sonra, gitmeye karar verdiğinde filmin ilk yarısını kaçırmışlardır. Carol, Robert’a “Kaptansız bir gemi gibisin!” der. Ian “Robert, kararlar vermede gerçekten çok iyisin!” diye ekler. Buna göre Carol ne demek istemiştir? (metafor kavrama). Ian ne demek istemiştir? (imayı kavrama) (116). “

Faux pas kavrama: Türkçeye pot kırma ya da gaf yapma şeklinde çevrilebilecek bu kavram, konuşmacının dinleyicinin duymak istemeyebileceğini ya da rencide olabileceğini göz önünde bulundurmadan bir şeyi söylemesi durumunu ifade etmektedir. Faux pas’ın fark edilmesi, hem konuşmacının bilgi durumu ile dinleyicinin bilgi durumu arasında bir fark olabileceğinin anlaşılmasını hem de durumun dinleyici üzerindeki duygusal etkisinin değerlendirilmesini kapsadığından daha gelişmiş bir ZK kapasitesini gerektirmektedir (117).

Faux pas görevlerinde, konuşmakta olan iki kişiden biri söylememesi gerektiğini bilmeden ya da fark etmeden söylememesi gereken bir şey söyler ve bununla ilgili bir dizi soru sorulur. Bu görevde, sırasıyla konuşmacının hatalı konuştuğunu fark etmediği, konuşmacının söylediği şeyi neden söylememesi

gerektiği ve dinleyenin niye aşağılanmış ya da incinmiş hissedeceği anlaşılmalıdır. Faux pas kavrama becerisi kişinin kendisi ile başkasının zihinsel durumları arasındaki farkı anlayabilmeyi, durumun dinleyen kişi üzerindeki duygusal etkisini hissedebilmeyi içermektedir. Dolayısı ile empatik anlayış ile de ilişkilidir. Faux pas görevi, ince zihin kuramı bozukluklarının iyi bir ölçümü olarak kabul edilmektedir. Faux pas görevi ilk olarak Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilen 10 ayrı hikaye şeklinde oluşturulmuş ve Asperger sendromu tanısı alan çocuklarda kullanılmıştır (117).

Ülkemizde geliştirilen ve Değirmencioğlu tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği literatürde kullanılmış olan ZK görevlerinden yararlanılarak geliştirilmiş ve ZK yeteneğinin barındırdığı düşünülen tüm yönlerini (birinci-derece yanlış inanç, ikinci-derece yanlış inanç, ironi, metafor, faux pas ve empatik anlayış yetenekleri) içeren hikaye ve resim görevlerinden oluşturulmuştur. Ölçeğin psikopatolojik semptomlar ile zihin kuramı arasındaki ilişkinin araştırılacağı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir (118).

2.3.4. Zihin Kuramının Alt Tipleri

Zihin kuramı becerisi, çıkarımın içeriğine dayanarak bilişsel (kognitif) ve duygusal (affektif) olmak üzere iki bileşene ayrılmaktadır. Diğerinin ne bildiği ile ilgili zihinsel temsiller ZK'nın kognitif yönünü, diğerinin ne hissettiği ile ilgili zihinsel temsiller ise ZK'nın affektif yönünü oluşturmaktadır (119). Bu bileşenlerden yola çıkılarak ZK kavramının “sosyal-bilişsel” ve “sosyal-algısal” olmak üzere iki farklı alt tipi tanımlanmıştır. Sosyal-bilişsel ZK, başkalarının davranışlarına bakarak altta yatan zihinsel durumunu çıkarsamak olarak tanımlanmakta ve “yanlış inanç testleri” kullanılarak değerlendirilmektedir. Sosyal-algısal ZK ise, doğrudan gözlenebilen bilgiye (kişinin yüz ve beden ifadesi, ses tonu vb.) dayanarak başkalarının zihinsel durumunu algılama yetisi olarak tanımlanmakta ve değerlendirilmesinde en sık “Gözlerden Zihin Okuma Testi” kullanılmaktadır. Sosyal yaşamda, karşımızdaki insanın zihinsel durumunu çıkarsamak için her iki ZK yetisi bir arada kullanılmaktadır (120).

2.3.5. Zihin Kuramının Ontogenezi

Bir çocuğun motor gelişimi sürecinde öncelikle oturma, ayakta durma ve yürüme becerilerini edinmeden zıplayamaması gibi, kendinin ve başkalarının zihinsel durumlarını kavrayabilmesi de belirli aşamaları izlemektedir. ZK için temel oluşturacak birçok yetenek ve eğilimin, doğuştan getirildiği ya da yaşamın erken dönemlerinde kazanıldıkları bilinmektedir (6). ZK mekanizmasının yapısı, her bir gelişimsel aşamada ne olduğunun ortaya konulması ile daha iyi anlaşılacaktır.

Flavell'a göre, bebekler yaşamın ilk iki yılı boyunca farklı yüz ifadelerini ayırt etme yeteneği geliştirmekte, sesleri birbirlerinden ayırtılabilmekte, insanlarla ilgili algısal temsiller yapabilmekte ve bu etkileşimler bebeklerin sosyal-bilişsel gelişimlerine hizmet etmektedir (107). “Ortak dikkat” çocuğun bir başkasının baktığı yere ya da nesneye bakarak o nesne üzerinde dikkatini odaklayabilmesi veya ilgilendiği bir nesneyi işaret ederek bir başkasını kendi baktığı yere yönlendirmesi, bir başkası ve nesne arasında koordinasyon kurarak üçlü temsil oluşturabilmesine olanak sağlayan kognitif kapasiteyi ifade etmektedir. Frontal lobların gelişimiyle yakından ilgili olan ortak dikkat sosyal iletişimin yapılanmasına yardımcı olmaktadır. Gelişim sürecinde 18. ayın birçok yönden bebekliğin sonunu belirleyen, gelişimsel olarak bir dönüm noktası olduğu ve ortak dikkatin gelişimi ile birlikte zihin kuramının kendisini ilk kez bu dönemde gösterdiği kabul edilmektedir.(115).

Zihin kuramı becerilerinin gelişmesindeki diğer aşama hayal gücüne dayalı oyunlar oynamadır. 18-24. aylar arasında çocuk gerçek ile temsil arasındaki farkı ayırarak “hayali” oyunlar (*pretend play*) oynayabilmekte, böylece üst temsilleri (metarepresentation) geliştirmekte ve zihinselleştirme becerileri kazanmaktadır. Leslie'ye göre, modüler ZK mekanizmasının olgunlaşması, 18-24 aylık çocuğun hayali oyunlar oynamaya başlamasına ve gerçek olanla hayali olan arasındaki farkı kavrayabilmesine olanak tanımaktadır. Leslie, bu oyun yardımıyla oluşan üst temsil kapasitesinin çocuğun bazı durumlarda kafasının karışmasına engel olduğunu ve burada ayırıştırma (decoupling) mekanizmasının kullanıldığını ifade etmektedir. Bu durumda çocuk, hayali oyunlarda bir nesne yerine kullandığı bir başka nesneyi ilk

kimliğinden ayırıştırarak, ona temsili/geçici bir rol vererek davranmaktadır (örn. muzı telefon gibi kullanma, fırçayı mikrofon gibi tutma vb.) (105, 121).

Çocukların iki tip temsil becerisi ile bilgileri anladıkları ve yorumladıkları belirtilmiştir. “*Birincil temsil*” (primary representation) anlayışı doğrudan dış dünya ile ilgili olarak, örneğin bir muzı muz olarak, düşünme becerisidir. “*İkincil temsil*” (secondary representation) ise çocuğun birincil temsili yeniden ele alarak, bir muzı aynı zamanda bir telefon olarak düşünebilme kapasitesidir. Bu ikincil temsil “*üst temsil*” (metarepresentation) olarak isimlendirilmiştir. İkincil temsilleri kavrayabilme, başkalarının zihinlerini anlayabilmekte önem taşımaktadır. Hayali-gerçek farkının anlaşılması ile 18-24. aylarda çocuk, birçok zihinsel durumu örtük bir şekilde anlamaya ve bu doğrultuda diğer insanların davranışlarını kavrayışına göre kendi davranışlarını yönetmeye başlamaktadır. Bu dönemde çocuk kendini aynada tanımayı da öğrenmektedir (105).

Çocuk 3-4 yaşlarına kadar, kendileri ile başkasının inancını ayırt edememekte ve diğerlerinin kendi bildiklerine benzer şeyler bildiklerini farz etmektedir (105). 3 yaş civarında ise fiziksel ve zihinsel durumlar arasındaki fark anlamaya ve başkalarının inançlarının, isteklerinin ve dünyaya dair bilgilerinin kendisinkilerden farklı olabileceğini, idrak etmeye başlamaktadır (122). Böylece birinci derece ZK becerileri gelişir. Bu yaş grubundaki çocukların birinci derece yanlış inancı anladıkları Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından deneysel olarak gösterilmiştir (112).

6 yaşından itibaren çocuklar, insanların diğer kişilerle ilgili düşüncelerini ve niyetlerini algılamaya, ikinci bir kişinin üçüncü bir kişinin zihinsel durumu hakkında bazı yanlış inançlar taşıyabildiğini anlamaya başlamaktadır. Bu dönemde ikinci derece ZK becerileri gelişim göstermektedir. 5 yaşındaki çocukların %90’ının, 6 yaşında ise tümünün ikinci derece yanlış inancı anlayabildikleri deneysel olarak da gösterilmiştir (114).

Metafor ve ironiyi anlayabilme becerisi konuşulanın gerçek anlamının ötesini düşünebilmeyi gerektirmektedir ve altı yaş öncesi çocukların bu becerileri

geliştirmediği gösterilmiştir. Metafor anlamının en azından birinci derece ZK kavrama, ironi anlamının ise ikinci derece ZK kavrama gerektirdiği ileri sürülmektedir (116). Bu noktadan hareketle, metafor ve ironi kavrama yeteneklerinin de, birinci ve ikinci derece ZK yeteneklerinin gelişiminin tamamlandığı dönemde geliştiği varsayılmaktadır.

Faux pas (pot, gaf) kavrama, gafı söyleyen ve bundan etkilenen kişiye dair zihinsel durumun temsilinin en kompleks ZK becerisi olması nedeniyle bu becerinin gelişiminin 9-11 yaşlarına kadar sürebileceği düşünülmektedir. Bu yeteneğin kızlarda 9 yaş, erkeklerde ise 11 yaş civarında geliştiği ve bu yeteneğin gelişiminde cinsiyet farklılığının olduğu gösterilmiştir (117).

Baron-Cohen ZK gelişimini ortaya koyduğu zihin okuma modelinde özellikle “empati” üzerine odaklanmıştır. Empati, diğer kişinin duygularını, düşüncelerini tanımak ve uygun duygu içerikli yanıtlar vermek olarak tanımlanmaktadır. “Zihin okuma”yı ise bir kişinin kendisinin ve diğerinin zihinsel durumunu yorumlama yeteneği olarak tanımlamıştır. Bu model zihin kuramı ontogenezi ve otizm olan ve olmayan çocuklardaki nörobilişsel ayrımları açıklamayı amaçlamaktadır (122, 123).

2.3.6. Zihin Kuramının Nörobiyolojisi

Zihin Kuramı ile ilişkili nöronal devrelerin nöroanatomik yerleşimi, fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ile belirlenmiştir. Bu çalışmaların temeli ayna nöronların keşfi ve bu nöronların bir sinir ağı oluşturabilecekleri fikrine dayanmaktadır. İlk olarak maymunlarla yapılan çalışmalarda, maymun belirli bir el veya ağız hareketi yaptığı zaman ve başka bir maymunu aynı hareketleri yaparken gözlemlediği esnada beyinde aynı nöronların aktive olduğu gösterilmiş ve maymunlarda ventral premotor kortekste yoğun olarak bulunan bu nöronlar “ayna nöron” olarak isimlendirilmiştir (108). Bu nöronlar ilk olarak primatlarda açıklanmasına rağmen fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında insan beyinde de var oldukları ortaya konulmuştur. İnsanlarda inferior frontal lob ve ventral promotor

kortekse denk gelen bölgede yer alan ayna nöron sisteminin simülasyon teorisinin oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir (108, 124).

Zihin kuramı ile ilgili fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından ilki Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada bir kelime listesi verilen sağlıklı katılımcıların, kelimelerin zihinsel temsillerin tanımlanması sırasında aktive olan beyin bölgelerini izole etmek için SPECT görüntüleme kullanılmış ve çalışmanın sonucunda zihinsel durum tanıma görevi sırasında sağ orbitofrontal kortekste kan akımında artış olduğu görülmüştür. Fletcher ve arkadaşları tarafından PET kullanılarak yapılan bir başka görüntüleme çalışmasında, sağlıklı katılımcılara zihinsel durum atfetmeyi gerektiren “zihin teorisi” hikayeleri ile kontrol hikayeler (zihinsel atıf gerektirmeyen) okutulmuş ve hikayelerle ilgili soruları cevaplandırmaları istenmiştir. PET ile yapılan aktivasyon karşılaştırmasında “Zihin teorisi” hikayeleri esnasında medial prefrontal gyrus ve posterior singulat korteks aktivasyonunda artış olduğu gösterilmiştir (125, 126).

Zihin kuramına özgü beyin bölgelerini izole etmede önemli rol oynayan fMRI çalışmalarında anterior singulat korteks ve medial prefrontal korteks (parasingulat korteks) superior temporal sulkus, bilateral temporal kutuplar ve temporoparietal bileşkenin önemli rol oynadığı gösterilmiştir (125, 127, 128). Ancak zihinselleştirme ile ilişkili bölgelerin yalnızca bu alanlar olmadığı vurgulanmaktadır.

Nörobiyolojik çalışmalar neticesinde zihin kuramı nöroanatomisinin üç temel grupta incelenilmesi önerilmektedir:

- a) kişinin kendi zihinsel durumunu temsil eden özelleşmiş beyin bölgeleri
- b) diğerlerinin zihinsel durumlarını temsil eden özelleşmiş beyin bölgeleri
- c) kendi ve ötekilerin zihinsel durumunu temsil etmede ortak beyin bölgeleri

Sağ infero-posterior parietal lobülün sadece kişinin kendi zihinsel temsillerinde aktive olduğu gözlenmiştir. Primatlarda ve insanlarda diğerlerinin zihinsel durumlarının temsilde superior temporal sulkusun özelleştiğini öne sürülmektedir. Kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumunun temsilde

işlev gören ortak beyin bölgeleri: limbik-paralimbik yapılar (amigdala, orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks) ve prefrontal korteks olarak gösterilmiştir (129).

2.3.7. Zihin Kuramının Psikopatolojilerle İlişkisi

Zihin kuramı bozuklukları gösteren kişilerin hem kendilerinin hem de başkalarının zihinsel durumlarını algılayamadığı, bunun yanı sıra empati yapamama, sosyal uyarınları işlemede eksiklik ve bağımsız yaşama becerileri ile ilgili problemler yaşadıkları ifade edilmektedir. Bu bozuklukların zemininde çeşitli nöronal, yapısal ya da fonksiyonel bozukluklar görülebilmektedir (122).

Zihin kuramının psikopatolojilerle ilişkisi ilk kez Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından otizmli çocuklarla yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Otizm spektrum bozukluğu olan, Down sendromlu ve klinik olarak normal okul öncesi çocuklardan oluşan üç grubun yanlış inanç görevi performanslarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; otistik çocukların yanlış inanç sorularına diğerlerinden belirgin şekilde farklı yönde ve hatalı yanıt verdikleri gösterilmiştir. Mental açıdan daha şiddetli retardasyon gösteren Down sendromlu çocukların performanslarının otizm grubundan daha iyi olduğu, dolayısıyla bu bozulmanın zihinsel geriliğin genel etkilerine atfedilemeyeceği ifade edilerek; ZK bozukluğunun otizm spektrum bozukluğunun önde gelen belirtileri olan iletişim ve sosyal etkileşim alanlarındaki problemlerin altında yatan bilişsel mekanizma olduğu kabul edilmiştir (112, 130).

ZK becerileri ile ilgili çok sayıda araştırma yapılan diğer bir hastalık şizofrenidir. Şizofreninin zihin kuramını nasıl etkilediği yönünde yapılan ilk çalışmalar Frith ve ekibi tarafından yürütülmüştür. Frith, farklı iki bozukluk olan otizm ve şizofreni arasında bir benzerlik olduğunu ileri sürerek; otizmdeki ve şizofreninin negatif belirtilerindeki iletişim ve sosyal etkileşimdeki bozulmaların altında yatan benzer bir mekanizma olduğunu, bu mekanizmanın da zihin kuramı hipotezi ile açıklanabileceğini ifade etmiştir (131). Hardy-Bayle şizofrenide ZK bozukluğunun öncelikle yönetici işlevlerdeki bozulma ile ilişkili olduğunu iddia etmiştir (6). Şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrollerin ZK becerilerinin değerlendirildiği ve 36 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analizde, akut atak dönemindeki hastalarda ZK becerilerindeki bozulmanın en belirgin gözleendiği,

bununla birlikte; hem remisyon dönemindeki hem de remisyon döneminde olmayan şizofreni hastalarında ZK becerilerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı bozulmaların mevcut olduğu belirtilmektedir. Ek olarak yapılan regresyon analizlerinde özellikle remisyonda hasta grubunda zekâ puanlarındaki düşüklüğün ZK becerilerindeki bozulmaya katkıda bulunduğu görülmüştür (132). Şizofreni ve bipolar bozuklukta sosyal bilişin karşılaştırıldığı daha yakın tarihli bir meta-analizde şizofreni hastalarının hem yüz tanıma hem de ZK becerilerinde bipolar bozukluk hastalarına oranla anlamlı olarak daha düşük performans sergiledikleri gösterilmiştir (133).

Manik, depresyon ve remisyon döneminde olan bipolar bozukluk hastalarının birinci derece ve ikinci derece ZK performanslarının normal kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada bipolar bozukluğun hem akut depresif ve hem de manik döneminde ZK yeteneklerinin bozulduğu, remisyondaki bipolar hastaların ise sağlıklı kontrollere benzer şekilde ZK yetilerinin sağlam olduğu bulunmuştur (134). Farklı olarak, Bora ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; bipolar duygudurum bozukluğu olan ötimik hastalar imayı anlama ve gözler testi performansları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış, ötimik grubun ZK yeteneğinde kontrol grubuna göre daha düşük performans gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yürütücü işlevlerde bozulma ve temel duygu tanıma gibi diğer bazı bilişsel bozuklukların ZK performansındaki bu düşüşten sorumlu olabileceği ifade edilmiştir (135). 29 ötimik bipolar bozukluk hastası ile sağlıklı kontrol grubunun duygusal ve bilişsel ZK becerilerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmanın sonucunda; ötimik hastaların genel bilişsel bozulma ile açıklanamayacak biçimde bilişsel ZK becerilerinin kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulunduğu, duygusal ZK becerilerinde belirgin bozulma gözlenmediği belirtilmiştir (136). Ülkemizde Erenköy RSHH’de gerçekleştirilen ve remisyon dönemindeki bipolar-1 bozukluk hastalarının ZK becerilerinin değerlendirildiği yakın tarihli bir çalışmada; bipolar-1 hasta grubu ve kontrol grubu arasında ZK becerileri açısından anlamlı farklılık bulunduğu, psikotik özellikli nöbet geçiren hastalarla geçirmeyenler arasında ise ZK becerileri açısından fark saptanmadığı belirtilmiş olup bipolar-1 hastalarının iyilik döneminde görülen düşük yaşam kalitesinin ZK becerileriyle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (137).

Klinik olarak zihin kuramı becerilerini inceleyen çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, şizotipi, dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu gibi oldukça geniş bir yelpazede zihin kuramı becerileri çalışılmıştır (138-143). Beyin hasarı ve nörodejeneratif hastalıklarda da zihin kuramı becerileri araştırılmış olup; Alzheimer hastalığı, frontal lob lezyonları, frontotemporal demans, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığında ZK becerilerinde bozulma olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmalar zihin kuramı ile ilgili beyin bölgelerinin anlaşılmasına da katkıda bulunmuştur (122, 144).

2.3.8. Depresyon ve Zihin Kuramı

Depresyonun önemli klinik özelliklerinden biri sosyal ve kişilerarası işlevlerde bozulma olmasıdır. Depresif bireylerin sosyal etkileşimlerden daha az zevk aldıkları, sosyal ilişkilerden kaçındıkları ve bunun sonucunda daha az sosyal temasta bulundukları geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir (145). Sosyal ve kişilerarası alanda yaşanan bu bozulmalar, depresyon için risk faktörü oluşturmaktadır. Sosyal destek eksikliği, sosyal etkinliklerden çekilme ve zayıf aile bağları gibi faktörlerin depresif atakların tekrarlamasında öngördürücü olabileceği öne sürülmüştür (146). Depresyon sırasında ortaya çıkan bilişsel zorlukların da sosyal işlevleri olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (8).

Zihin kuramı, sosyal işlevselliğin ve kişilerarası ilişkilerin sürdürülmesinin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmekte ve araştırmalar major depresif bozuklukta zihin kuramı becerisi de dahil olmak üzere bilişsel ve duygusal alanlarda bozulmalar olduğuna işaret etmektedir (147). Unipolar depresyon tanılı 52 kadın hasta ile 30 sağlıklı kontrolün ZK yetenekleri ve sosyal ipuçlarını yakalama becerilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresif bireylerin diğerlerinin zihinsel durumunu çıkarsamada belirgin düzeyde yetersizlik gösterdiği ortaya konmuştur (148). 30 kronik, 29 epizodik depresyon hastasının ZK becerileri ve aleksitimi özellikleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grup arasında ZK becerileri açısından anlamlı fark bulunmazken kronik depresyon grubunda aleksitimi skorlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirtilmiştir (149). Remisyon dönemindeki 100 major depresyon hastasının ZK yeteneğinin değerlendirildiği ve 1 yıl süre ile izlendiği başka bir çalışmada elde edilen sonuçlar; remisyon döneminde ZK becerilerinde

bozukluk görülen depresyon hastalarının, bir yıl sonra daha yüksek nüks oranı ve daha düşük sosyal işlevsellik gösterdiklerini ortaya koymuştur. Aynı zamanda çalışma, iyilik döneminde ZK bozukluğu gösteren hastaların sosyal uyum güçlüğü ve hastalığın tekrarlama riski açısından klinisyen tarafından daha dikkatli takip edilmesinin önemine işaret etmektedir (150).

Depresif bozuklukta ZK becerilerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı 18 çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında depresyon hastalarının kontrol grubuna kıyasla farklı tipteki ZK görevlerinin genelinde belirgin olarak düşük performans gösterdikleri, ZK'daki bozulmanın depresif belirtilerin şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (9).

Major depresif bozuklukta ZK becerilerini incelemeyi amaçlayan bir gözden geçirme çalışmasında 21 çalışma ele alınmış; derleme kapsamına dahil edilen araştırmalardan 5'inde major depresif bozukluğa sahip bireylerin duygusal zihin kuramı becerisi açısından sağlıklı kontrol grubu ile anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur. Bu araştırmalar incelendiğinde, major depresif bozukluğa sahip bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında sosyal-algısal zihin kuramı açısından anlamlı bir fark bulunmasa da grupların duygu tanıma ölçümleri açısından farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal ZK becerilerini ölçen uyarıcılar nötr, negatif ve pozitif olarak ayrıştırıldığında, major depresif bozukluğa sahip bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre negatif duyguları daha iyi ve daha hızlı tanıdıkları bulunmuştur. Diğer yandan, major depresif bozukluğa sahip bireylerin ZK becerileri açısından sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı 9 ayrı çalışmada, depresif bireylerin ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük performans gösterdiği belirtilmiştir. Derleme kapsamında incelenen 2 çalışmada ise major depresyon hastalarının duygusal ZK becerisinde kontrol grubuyla kıyaslandığında daha başarılı olduğu sonucuna varılmıştır. Bulgular sosyal-algısal ZK becerisini depresyon şiddetiyle birlikte ele alarak değerlendirildiğinde; hafif şiddetli depresyon belirtileri yaşayan kişilerin, sosyal çevreleri üzerinde kontrol sahibi olmak için aşırı duyarlı olabileceği, bunun tersine şiddetli depresyon belirtileri yaşayan kişilerin sosyal ilişkilerini umutsuz olarak nitelendirerek sosyal bilgiye dikkat etmeyi bırakabileceği şeklinde yorumlanmıştır (151, 152).

Major depresif bozukluğu olan bireylerde görülen sosyal ve kişilerarası alanlardaki zorluklar, duygusal uyarıcıları ve zihinsel durumları doğru yorumlama yeteneğindeki bozulmalara bağlı gelişebilmektedir. Ek olarak, depresyonda sosyal işlevselliğin bozulması da bilişsel performansı olumsuz etkilemektedir (9). Başka bir hipoteze göre ise depresyon, uyarılma ve stres seviyelerinde daha fazla artışa yol açarak zihinselleştirme yeteneğinde bozulma ve bilişsel çarpıtmalara neden olmakta, bu durum stres karşısında dayanıklılığın azalmasıyla ve artan depresif belirtilerle seyreden bir kısır döngüye yol açmaktadır (153).

2.3.9. Zihin Kuramı ve Bağlanma İlişkisi

Bağlanma ilişkisi, çocuğun bakım verenin istek ve inançlarından yola çıkarak başkalarının zihinsel temsillerini kavrayabilmesi ve bununla ilişkili olarak kendi davranışlarını yönlendirebilmesi için ipuçları sağlamaktadır. Main güvenli bağlanma ilişkisinin, bebeklere başkalarının zihinsel yaşamlarını keşfetmeleri için “zihinsel alandan” daha fazla yararlanma fırsatı verdiğini öne sürmektedir (154). Güvensiz bağlanma sonucu gelişen olumsuz içsel modeller bireyin kendi, diğerleri ve dünyaya ilişkin bilgilerini yanlış işlemesine, başkalarının zihinsel durumu ile ilgili hatalı çıkarımlar yapmasına neden olabilmektedir (7).

Bağlanma ilişkisinde bakım verenin bir diğer fonksiyonu çocuğun uygun duygusal ve davranışsal duygulanım düzenleme stratejileri edinmesini kolaylaştırmaktadır. Duygulanım düzenleme becerisi, başkalarının duyguları ve beklentileri hakkında bilgi edinmeyi ve eylemlerin kişilerarası sonuçlarının anlaşılmasını gerektirdiğinden, duygulanım düzenleme gelişimi ZK gelişimine paralellik göstermektedir (155). Araştırmalar güvenli bağlanan çocukların duyguları tanıma ve anlamada daha başarılı olduklarını göstermektedir. Fonagy’nin okul öncesi ve okul çağı çocukları ile yaptığı çalışmanın sonuçları, takvim yaşı ve zeka yaşının etkileri kontrol edildiğinde dahi güvenli bağlanmanın ZK yetileri ile anlamlı korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur (156). Bir başka çalışmada annelerinden erken yaşta ayrılan ve sosyal hizmet yurtları gibi bakım verenle bağın azaldığı kurumlarda yaşayan çocukların ZK gelişimi de dahil olmak üzere bilişsel gelişimde gecikme yaşadıkları gösterilmiştir (157).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Polikliniğine 06/2018-11/2018 tarihleri arasında ayaktan başvuran veya klinikte yatarak tedavi gören, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan depresif bozukluk tanılı 60 hasta ile 30 sağlıklı katılımcı çalışmaya alınmıştır.

3.2. Örneklem Grubunun Seçilimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran, ayaktan veya yatarak takip edilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı onam veren hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce Power analiz yapılarak -%95 güven aralığında- örneklem sayısı çalışma ve kontrol grubu olmak üzere toplam 90 katılımcı olarak belirlenmiş olup, katılımcılara araştırma ekibi tarafından kesitsel olarak çeşitli ölçekler ve testlerin uygulanması amaçlanmıştır. Çalışma grubuna depresif bozukluk ön tanısı ile takip edilen, standart farmakoterapiye yanıt veren tek epizot geçiren remisyonda hastalar (30 hasta) ile depresif bozukluk ön tanısı ile takip edilen, standart farmakoterapiye yetersiz yanıt veren, kronik ve çoklu epizodu olan rekürren hastalar (30 hasta) dahil edilmiş, kontrol grubu (30 kişi) hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından benzer, geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan sağlıklı katılımcılardan oluşturulmuştur. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu ve klinik olarak normal zeka düzeyinde olan bireyler dahil edilmiştir. Hastalardan çalışmayı kabul edenlere çalışmacı tarafından SCID-I uygulanmış, başka bir Eksen I Bozukluk tanısı olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Yakın zamanda alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olanlar, testlerin uygulanması sırasında alkol ya da psikoaktif madde etkisinde olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte geçmişte alkol/madde kullanımı öyküsü dışlama ölçütü olarak ele alınmamıştır. Demans, mental retardasyon gibi organik beyin bozukluğu olanlar, geçmişte manik/hipomanik epizod öyküsü olan depresif hastalar (bipolar bozukluk), psikotik bozukluk öyküsü olanlar, psikiyatrik görüşme ve test uygulamasını

engelleyecek düzeyde ağır retardasyon gösterenler, ağır tıbbi-fiziksel hastalığı olanlar, ileri derecede görme bozukluğu, epilepsi ve ağır nörolojik hastalık tanısı olanlar, bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travması öyküsü olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 05.06.2018 tarih ve 2018-253 kod numarası ile onaylanmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacının kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu
2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-1)
3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)
4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)
5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ)
6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)
7. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

3.5.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaş, eğitim, medeni hal vb. sosyodemografik özellikleri ile atak sayısı, tıbbi öyküsü, suisid öyküsü, çocukluk çağı zorlayıcı yaşam olaylarına vb. hastalıkla ilişkili özellikleri içeren ayrıntılı görüşme formudur.

3.5.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Formu (SCID-I)

Klinisyen tarafından uygulanan ve karşılıklı görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının geçmişte ve/ya da son 1 ay içinde olup olmadığının araştırılmasını amaçlayan bu ölçek First ve Spitzer tarafından geliştirilmiş olup Çorapçıoğlu ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (158, 159).

3.5.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (160). En yüksek puan 53'tür. 0-7 puan depresyon durumu yok, 8-15 hafif derecede depresyon, 16-28 orta derecede depresyon, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (161).

3.5.4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği üçlü bağlanma modeli temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Kesebir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler bölünmüş ve madde sayısı 18'e çıkarılmıştır, ölçeğin orijinal halinde puanlama için kullanılan 7'li likert tipi derecelendirme sistemi kaldırılmış ve maddeler doğru ve yanlış olarak iki kategoriyle değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda bağlanma stili güvenli, kaçınan, kaygılı-ikircikli olarak kategorize edilmektedir (162).

3.5.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ)

Çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmeye yönelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kısa form olarak bilinen ve 28 maddeden oluşan biçiminin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel kötüye kullanım için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde bile evet yanıtı verilmesinin pozitif yanıt olarak sayılmasını önermiştir. Fiziksel ihmal ve duygusal kötüye kullanım için bu sınır 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan olarak belirtilmiştir. Toplam puan için sınır 35 olarak belirlenmiştir. Travmanın inkarını ölçmeye yönelik 10,16 ve 22. maddeler “minimizasyon” kategorisinde değerlendirilmekte ve bu sorulardan alınan puanlar toplam ölçek puanını etkilememektedir (163).

3.5.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ):

2004 yılında Gratz ve Roemer tarafından oluşturulan testte 6 alt grup mevcuttur. Bu alt gruplar; olumsuz bir durum yaşarken 1) hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü (*Goal*), 2) Etkin strateji bulmada güçlük (*Strategies*), 3) duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (*Nonacceptance*), 4) Impuls kontrolünde güçlük (*Impulse*), 5) Emosyonel netlik güçlüğü (*Clarity*), 6) Duygusal tepkilerin farkına varma güçlüğü (*Awareness*). Ölçek, 1'den 5'e kadar Likert tipi puanlanan 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması, Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, ölçeğin orijinal formundaki 10. maddenin işlemediği tespit edilerek puanlamadan çıkarılmıştır (164).

3.5.7. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT):

Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş ve sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Gözler testinin, ZK'nın sosyal

alandaki emosyonel ve affektif süreçlerini yansıttığı ileri sürülmektedir (165). Test 2001 yılında tekrar gözden geçirilmiş, 36 madde ve her madde için 4 seçenek (bir doğru yanıt, üç çeldirici) içeren son halini almıştır (166). Başlangıçta Gözler Testi otizm spektrum bozukluklarındaki sosyal biliş becerilerini değerlendirmenin bir parçası olarak kullanılmakla birlikte sonraki yıllarda çok çeşitli psikopatolojik durumları araştıran çalışmaların ilgi odağı olmuştur. Psikotik ya da duygudurum bozukluğu olan hastalardan elde edilen veriler Gözler Testinin bu bozukluklardaki ZK yetilerini değerlendiren ve sayısal veri sağlayan kıymetli bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir (167, 168).

Yıldırım ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan test Gözler Testinin 36 sorudan oluşan son sürümüdür. Testin Türkçe uyarlaması tutarlı olarak yanlış yanıt verilen resimler çıkarıldığında, bir tanesi deneğin alışması ve test uygulamasını kavraması için konmuş alıştırma sorusu ile birlikte toplam 33 göz resminden oluşmaktadır. Uygulama sırasında katılımcının her bir resimdeki kişinin düşündüğü ya da hissettiğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenir. Değerlendirmede doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınır. Testin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında ortalama doğru yanıt puanı $24,46 \pm 3,44$ iken, test tekrarı ortalama puanı $24,13 \pm 4,36$ olarak bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalama puanlarının erkek katılımcıların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca doğru yanıt oranının eğitim düzeyinden anlamlı olarak etkilendiği gözlenmiştir. İlköğretim ve lise mezunu olan katılımcıların ortalama puanları arasında anlamlı fark saptanmazken, üniversite mezunu olan katılımcıların ortalama puanı diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (169).

3.6. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde örneklem grubu normal dağılımı gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan gruplar

arasında değişkenler açısından fark olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Kovaryans Analiz (ANCOVA) yöntemleri, ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek için de Post Hoc analizlerinde Tukey testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan çoklu ataklarla seyreden 30 rekürren depresyon, tek depresif atak sonrası tedaviye yanıt veren 30 remisyonunda depresyon ve 30 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 90 katılımcıya uygulanan, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına, bağlanma biçimlerine ve zihin kuramı yetilerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler **Tablo.1**'de gösterilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet ($X^2=0.098$, $p=.952$), medeni durum ($X^2=10.888$, $p=.092$) ve yaş ($F=2.091$, $p=.060$) açısından anlamlı bir fark yokken, eğitim yılı ($F=4.164$, $p<.05$) açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki kişilerin (Ort.=12.37±2.46) yıl bazında eğitim gördüğü süre hem rekürren depresyon (Ort.=10±4.22) hem de remisyonunda depresyon (Ort.=10.03±4) hastalarından anlamlı olarak daha fazladır. Çalışmamızda rekürren depresyon grubunda 20 kadın, 10 erkek hasta bulunmaktadır. Remisyonunda depresyon grubundaki hastaların 20'sini kadın 10'unu erkek bireyler oluştururken, kontrol grubunda 19 kadın 11 erkek katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların gruplara göre yaş ortalamalarına bakıldığında; rekürren depresyon grubundaki hastaların ortalama yaşlarının 45.3, remisyonunda depresyon hastalarının 38.2 ve kontrol grubunun yaş ortalamasının 40.9 olduğu görülmektedir. Eğitim yılı açısından gruplar incelendiğinde rekürren depresyon grubunda ortalama eğitim süresinin 10 yıl olduğu, remisyonunda depresyon ve kontrol grubunun ise sırasıyla 10.03 ve 12.37 yıl ortalama eğitim aldıkları görülmüştür. Örneklemi oluşturan bireylerin medeni durumu ve kiminle yaşadıkları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Rekürren Depresyon Hastaları (N=30)		Remisyonda Depresyon Hastaları (N=30)		Sağlıklı Kontrol (N=30)	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Kadın	20	33.9	20	33.9	19	32.2
Erkek	10	32.3	10	32.3	11	35.5
Medeni Durum						
Boşanmış/Ayrı	0	0	3	75	1	25
Bekar	5	20.8	11	45.8	8	33.3
Evli	25	43.1	14	24.1	19	32.8
Dul	0	0	2	50	2	50
Meslek						
Çalışmıyor	16	55.2	8	27.6	5	17.2
Emekli	3	37.5	3	37.5	2	25
Memur/İşçi	10	26.3	10	26.3	18	47.5
Ticaret	0	0	2	100	0	0
Öğrenci	1	7.7	7	53.8	5	38.5
Kiminle Yaşıyor						
Yalnız	2	20	4	40	4	40
Anne ve Baba	3	25	9	75	0	0
Eş	1	8.3	2	16.7	9	75
Eş ve Çocuklar	24	52.2	12	26.1	10	21.7
Diğer	0	0	3	30	7	70
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Yaş	45.3	10.09	38.2	12.18	40.9	12.18
Eğitim Yılı	10	4.22	10.03	3.99	12.37	2.46

Katılımcılara ait hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler **Tablo.2'**de gösterilmiştir. Gruplar arasında ek hastalık varlığı ($X^2=26.280$, $p<.001$), intihar girişimi ($X^2=13.834$, $p<.01$), aile içi şiddet ($X^2=13.611$, $p<.01$), maddi güçlük ($X^2=13.295$, $p<.01$), boşanma/göç/taşınma ($X^2=8.614$, $p<.05$) ve hastalık süresi ($t=5.513$, $p<.001$) açısından anlamlı bir fark vardır. Sağlıklı kontrol grubunda ek hastalık olmaması yönünde yığılma olduğu görülmüştür (%56). Bununla birlikte psikiyatri dışı ek hastalık bildiren katılımcıların %50'sinin rekürren depresyon ($n=20$), %45'inin remisyonda depresyon ($n=18$) hastalarının oluşturduğu sağlıklı kontrol grubunda bu oranın %5 ($n=2$) olduğu görülmektedir. Rekürren ve remisyonda depresyon grubunda kontrol grubuna kıyasla ek tıbbi hastalık oranı biraz daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli düzeye ulaşmamıştır. Ek tıbbi hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaç sayısı açısından gruplar arasında anlamli farklılık bulunmamakla birlikte rekürren depresyon grubunda ek ilaç sayısının ortalama 1.4, remisyonunda depresyon grubunda 1.6, kontrol grubunda ise 2.45 olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza hiçbir hastada aktif alkol veya madde kullanımı saptanmamıştır. Rekürren depresyon grubundan 1 erkek, remisyonunda depresyon grubundan biri erkek diğeri kadın olmak üzere 2 hastanın geçmişte alkol kötüye kullanımı/bağımlılık öyküsü mevcuttur. Buna ek olarak rekürren depresyon grubundan 1 erkek hastada madde öyküsü bulunmaktadır. Hastaların tamamı son 1 yıl içinde alkol/madde kullanımı olmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda alkol/madde kullanım öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamaktadır. Gruplar arasında sigara kullanımı ve sigara kullanım süresi açısından da anlamli farklılık saptanmamıştır.

Çocukluk ağında birincil bakım verenlere ait özellikler incelendiğinde grupların tamamında birincil bakım verenin ağırlıklı olarak anne veya baba olduğu bununla birlikte rekürren depresyon grubundan 4, remisyonunda depresyon grubundan 3, kontrol grubundan 2 kişinin bakımını büyük kardeş veya akrabasının üstlendiği, kontrol grubundan 1 kişinin sosyal hizmet kurumunda yetiştiği görülmektedir. Çocukluk döneminde bakım verenle ilişkilerin niteliği sorgulandığında ilişkilerini iyi/çok iyi olarak değerlendirenlerin %26.2'sinin rekürren depresyon, %31.2 remisyonunda depresyon, %42.6'sının kontrol grubunda olduğu, ilişkilerini orta düzeyde değerlendirenlerin %45.8'inin rekürren, %37.5'inin remisyonunda depresyon, %16.7'sinin kontrol grubunda olduğu, birincil bakım verenle ilişkilerini kötü/çok kötü olarak niteleyenlerden %60'ının rekürren %40'ının remisyonunda depresyon grubunda olduğu görülmektedir. Gruplar arasında bakım verenin kimliği ve bakım verenle ilişkilerin niteliği açısından anlamli fark bulunmamaktadır. Psikiyatrik hastalıklarda aile y kl l ğ  değerlendirildiğinde rekürren depresyon hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunma oranının daha yüksek olduğu (%42.9) ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık olmadığı görülmüştür.

Çocukluk ağı olumsuz yaşam olaylarının gruplara göre dağılımına bakıldığında; çocuklukta aile içinde şiddet ya da anlaşmazlığa bağlı önemli tartışmaların sağlıklı kontrol grubunda (%11.1) anlamli olarak en az görüldüğü,

bununla birlikte aile içi şiddet yada tartışmalara tanıklık eden bireylerin %41.7'sinin rekürren depresyon, %47.2'sinin remisyonda depresyon grubunda olduğu belirlenmiştir. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında remisyonda depresyon grubunun (%54.2) çocukluk çağında anlamlı olarak daha fazla maddi güçlük yaşadığı, buna karşın rekürren depresyon grubunda çocukluk döneminde boşanma/göç/taşınma olaylarının diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Çocukluk döneminde boşanma/göç/taşınma öyküsü olan katılımcıların %60'ının rekürren depresyon, %25'inin remisyonda depresyon %15'inin kontrol grubundan olduğu görülmüştür. Çocukluk çağında uzun süreli tedavi gerektirecek ağır hastalık geçirme, ihmal, ebeveyn kaybı, kardeş kaybı, ebeveynde ağır hastalık öyküsü, bakım verenden şiddet görme, akran/akrabalardan şiddet görme, ebeveynin alkol/madde kullanımı, çocukluk çağı davranış sorunları, ayrılma anksiyetesi ve okula uyum güçlüğü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Hastalık süresi açısından incelendiğinde, rekürren depresyon grubundaki kişilerin (Ort.=15.9±8.14) remisyonda depresyon (Ort.=6.2±5.16) grubundakilere göre hastalık süresinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu, rekürren depresyon grubunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında intihar girişimi açısından anlamlı bir yığılma olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan hastaların %70.6'sının rekürren depresyon, %29.4'ünün remisyonda depresyon grubunda olduğu görülmektedir

Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı, atak sayısı, hastaneye yatış, kullanılan toplam psikotrop ilaç sayısı, kullanılan toplam antidepresan ve duyudurum dengeleyici ilaç sayısı açısından remisyonda ve rekürren depresyon grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Rekürren depresyon hastalarında ortalama hastalık başlangıç yaşı 29.4 iken remisyonda depresyon grubunda ortalama hastalık başlangıç yaşının 32 olduğu görülmektedir. Bugüne kadar rekürren depresyon hastalarının ortalama 5.3 depresif atak geçirdiği, remisyonda depresyon hastalarının ortalama atak sayısının 1.23 olduğu saptanmıştır. Rekürren depresyon hastalarının ortalama hastaneye yatış sayısı remisyonda depresyon hastalarına göre daha fazla olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tedavi öyküsü sorgulandığında rekürren depresyon hastalarının bugüne kadar ortalama 6.57 farklı psikotrop ilaç kullandığı, bunlardan antidepresan sayısının ortalama 4.1, duygudurum dengeleyici ilaç sayısının ortalama 0.2, diğer psikotrop sayısının ortalama 2.27 olduğu buna karşın; remisyonda depresyon hastalarının ortalama 1.9 psikotrop ilaç kullandığı ve bunların 1.43'ünü antidepresan, 0.03'ünü duygudurum dengeleyici, 0.43'ünü diğer psikotrop ilaçların oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca, çalışmamızda rekürren depresyon grubundan 7 hastada EKT öyküsü mevcut olup, ortalama EKT seans sayısı 9.86 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalıkla İlgili Özellikleri

Hastalık Özellikleri	Rekürren Depresyon Hastaları (N=30)		Remisyonda Depresyon Hastaları (N=30)		Sağlıklı Kontrol (N=30)	
Sigara Kullanımı	N	%	N	%	N	%
Evet	11	33.3	13	39.4	9	27.3
Hayır	19	33.3	17	29.8	21	36.8
Alkol/Madde Kullanımı						
Evet	1	25	3	75	0	0
Hayır	29	33.7	27	31.4	30	34.9
EKT						
Yapılmamış	23	43.4	30	56.6	-	-
Yapılmış	7	100	0	0	-	-
Ek hastalık						
Yok	10	20	12	24	28	56
Var	20	50	18	45	2	5
İntihar Girişimi						
Yok	18	24.7	25	34.2	30	41.1
Var	12	70.6	5	29.4	0	0
Aile Öyküsü						
Yok	15	27.3	19	34.5	21	38.2
Var	15	42.9	11	31.4	9	25.7
Bakım Veren						
Anne/Baba	26	32.5	27	33.8	27	33.8
Büyük Kardeş/Akraba	4	44.4	3	33.3	2	22.2
Bakıcı/ Kurum	0	0	0	0	1	100
Bakım Verenle İlişki						
İyi/Çok İyi	16	26.2	19	31.2	26	42.6
Orta	11	45.8	9	37.5	4	16.7
Kötü/Çok Kötü	3	60	2	40	0	0
Çocuklukta Şiddet/İhmal						
Yok	19	30.2	20	31.7	24	38.1
Var	11	40.7	10	37	6	22.2
Çocuklukta Hastalık						

Yok	22	27.5	29	36.3	29	36.3
Var	8	80	1	10	1	10
Ebeveyn Kaybı						
Yok	25	32.5	25	32.5	27	35.1
Var	5	38.5	5	38.5	3	23.1
Kardeş Kaybı						
Yok	28	31.8	30	34.1	30	34.1
Var	2	100	0	0	0	0
Ebeveynde Hastalık						
Yok	27	32.1	27	32.1	30	35.7
Var	3	50	3	50	0	0
Aile İçi Şiddet						
Yok	15	27.8	13	24.1	26	48.1
Var	15	41.7	17	47.2	4	11.1
Şiddet Görme						
Yok	26	32.1	25	30.9	30	37
Var	4	44.4	5	55.6	0	0
Maddi Güçlük						
Yok	20	30.3	17	25.8	29	43.9
Var	10	41.7	13	54.2	1	4.2
Ebeveynde Alkol/Madde Kullanımı						
Yok	26	31.3	27	32.5	30	36.1
Var	4	57.1	3	42.9	0	0
Boşanma/Göç/Taşınma						
Yok	18	25.7	25	35.7	27	38.6
Var	12	60	5	25	3	15
Akran/Akraba Şiddeti						
Yok	29	33.3	28	32.2	30	34.5
Var	1	33.3	2	66.7	0	0
Çocukluk Çağında Davranış Sorunları						
Yok	17	35.4	12	25	19	39.6
Var	13	31	18	42.9	11	26.2
Ayrılık Anksiyetesi						
Yok	19	32.8	15	25.9	24	41.4
Var	11	34.4	15	46.9	6	18.8
Okula Uyumsuzluk						
Yok	23	31.3	23	31.1	28	37.8
Var	7	43.8	7	43.8	2	12.5
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Sigara Kullanım Yılı	6.33	10.48	6.97	9.47	6	10.03
Hastalık süresi	15.9	8.14	6.2	5.16	-	-
Hastalık başlangıç yaşı	29.4	8.95	32.0	11.5	-	-
Atak Sayısı	5.3	3.1	1.23	0.43	-	-
İlaç Sayısı	6.57	3.94	1.9	1.35	-	-
Antidepresan Sayısı	4.1	2.4	1.43	0.86	-	-
Duygudurum Sayısı	0.2	0.48	0.03	0.18	-	-
Diğer Psikotrop Sayısı	2.27	2.08	0.43	0.63	-	-
Hastaneye Yatış Sayısı	1.33	1.97	0.03	0.18	-	-
EKT Seans	9.86	4.38	-	-	-	-
Diğer İlaç Sayısı	1.4	1.61	1	2.45	0.03	0.18

Grupların HAMD puanları incelendiğinde; rekürren depresyon hastalarının %23.3'ünün hafif (N=7), %56.7'sinin orta (N=17), %13.3'ünün ağır (N=4) depresif belirtiler gösterdiği, %6.7'sinde (N=2) ise HAMD ölçeği kesme puanlarına göre depresif belirti bulunmadığı, remisyon depresyon hastalarının ise %23.3'ünde (N=7) hafif depresif belirtiler mevcut iken, %76.7'sinde (N=23) depresif belirti görülmediği saptanmıştır. Ortalama HAMD puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında HAMD puanları ($t=11.032$, $p<.001$) açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Rekürren depresyon grubundaki hastaların HAMD puanının (Ort.= 20.37 ± 6.98) remisyon depresyon (Ort.= 5.73 ± 2.03) grubundaki hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Grupların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ) alt test puanlarına ait kesme puanlarına göre dağılımı incelendiğinde; fiziksel istismar tespit edilen kişilerin %40.9'unun rekürren depresyon grubunda (n=9), %45.5'inin remisyon depresyon grubunda (n=10) ve %13.6'sının sağlıklı kontrol grubunda (n=3) olduğu görülmüştür. Cinsel istismar öyküsü bulunan 5 hastadan 2'sinin rekürren depresyon, 3'ünün remisyon depresyon grubunda olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ihmal açısından gruplar arasındaki dağılıma bakıldığında, %44.4'ünün rekürren depresyon (n=16), %41.7'sinin ise remisyon depresyon (n=15) grubunda yer aldığı ve %13.9'unun sağlıklı kontrol grubunda (n=5) olduğu görülmüştür. Rekürren depresyon hastalarından 18 kişide, remisyon depresyon hastalarından 13 kişide ve sağlıklı kontrol grubundaki 7 kişide duygusal istismar olduğu bulunmuş olup duygusal istismarın gruplara göre dağılımı sırasıyla %47.4, %34.2 ve %18.4'tür. Duygusal ihmal olanların %41.5'i rekürren depresyon hastalarında (n=17), %41.5'i remisyon depresyon hastalarında (n=17) ve %17.1'i de sağlıklı kontrol grubunda (n=7) yer almaktadır.

Gruplara ait uygulanan klinik ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma puanları **Tablo.3'**te gösterilmiştir.

Tablo 3. Gruplara Ait Uygulanan Klinik Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Puanları

Ölçekler	Rekürren Depresyon Hastaları (N=30)		Remisyonda Depresyon Hastaları (N=30)		Sağlıklı Kontrol (N=30)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
HAMD	20.37	6.98	5.73	2.03	-	-
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı	44.6	15.37	43.93	15.96	33.07	8.91
Duygusal İstismar	9.77	5.42	9.37	5.26	6.93	3.25
Fiziksel İstismar	6.97	3.84	6.97	4.11	5.13	0.43
Fiziksel İhmal	8.37	2.88	8.67	3.67	6.13	1.48
Duygusal İhmal	14	5.44	13.67	5.35	9.87	5.13
Cinsel İstismar	5.37	1.83	5.3	1.02	5	0
Minimizasyon	0.47	0.68	0.33	0.66	0.87	1.07
DDGÖ Toplam	113	24.99	89.77	23.66	72.17	25.36
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	20.43	3.97	16.13	6.11	13.07	5.36
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	30.27	8.52	20.47	7.31	14.6	7.02
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	18.07	6.54	14.97	6.26	12.3	6.62
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	18.1	6.45	14.07	5.03	11.03	4.6
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	12.87	4.28	12.57	2.87	11.17	3.46
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	13.27	4.93	11.57	3.53	10	3.21
GZOT	19	4.57	21.8	4.11	23.2	3.58

Gruplara arasında uygulanan klinik ölçekler açısından fark olup olmadığına bakılmış, sonuçlar **Tablo.4**'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında ÇRTÖ toplam ($F=6.613$, $p<.05$), duygusal istismar ($F=3.134$, $p<.05$), fiziksel istismar ($F=3.174$, $p<.05$), fiziksel ihmal ($F=7.194$, $p<.01$), duygusal ihmal ($F=5.612$, $p<.01$), minimizasyon ($F=3.374$, $p<.05$), DDGÖ Toplam ($F=20.656$, $p<.001$), hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü ($F=15.076$, $p<.001$), etkin strateji bulmada güçlük ($F=32.160$, $p<.001$), Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi ($F=5.961$, $p<.01$), impuls kontrolünde güçlük ($F=12.846$, $p<.001$), duygusal tepkilerin farkına varma güçlüğü ($F=5.110$, $p<.01$) alt ölçek puanları ve GZOT ($F=8.144$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Cinsel İstismar ($F=0.782$, $p=.461$) ve emosyonel netlik güçlüğü ($F=1.924$, $p=.152$) alt test puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek için Tukey Testi yapılmıştır. Buna göre, hem rekürren depresyon (Ort.= 44.6 ± 15.37) hem de remisyonda depresyon (Ort.= 43.93 ± 15.96) hastalarında ÇRTÖ toplam puanlarının sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.= $33,07\pm8.91$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. ÇRTÖ alt ölçek puanları incelendiğinde; sağlıklı kontrol grubundaki kişilerde (Ort.= 6.13 ± 1.48) hem rekürren depresyon (Ort.= 8.37 ± 2.88), hem de remisyonda depresyon hastalarından (Ort.= 8.37 ± 3.67) anlamlı olarak daha az fiziksel ihmal mevcuttur. Benzer şekilde, sağlıklı kontrol grubundaki kişilerde (Ort.= 9.87 ± 5.13) duygusal ihmal puanı hem rekürren depresyon (Ort.= 14 ± 5.44), hem de remisyonda depresyon hastalarından (Ort.= 13.67 ± 5.35) anlamlı olarak daha düşüktür. Başka bir deyişle hem rekürren hem de remisyonda depresyon hastalarında çocukluk çağı fiziksel ve duygusal ihmalinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar ve duygusal istismar alt test puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmekle birlikte, farkın kaynağı istatistiksel olarak belirlenememiştir. Minimizasyon alt test puanlarına bakıldığında, sağlıklı kontrol grubundaki kişilerin (Ort.= 0.87 ± 1.07), remisyonda depresyon hastalarından (Ort.= 0.33 ± 0.66) anlamlı olarak daha fazla minimizasyon puanı aldıkları görülmektedir.

Gruplar arasında DDGÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre rekürren depresyon hastalarının toplam DDGÖ puanları

(Ort.=113±24.99), hem remisyonda depresyon hastalarından (Ort.=89.77±23.66) hem de sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=72.17±25.36) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Remisyonda depresyon hastalarının da (Ort.=89.77±23.66) toplam DDGÖ puanlarının sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=72.17±25.36) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Rekürren depresyon hastalarının (Ort.=20.43±3.97) hedefe yönelik davranışta bulunmada hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=13.07±5.36) hem de remisyonda depresyon hastalarından (Ort.=16.13±6.11) anlamlı olarak fazla güçlük yaşadıkları görülmüştür. Etkin strateji bulma becerileri değerlendirildiğinde rekürren depresyon hastalarının (Ort.=30.27±8.52), hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=14.6±7.02) hem de remisyonda depresyon hastalarından (Ort.=20.47±7.31), remiyon depresyon hastalarının da (Ort.=20.47±7.31), sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=14.6±7.02) etkin strateji bulmada anlamlı olarak daha fazla zorlandıkları görülmektedir. Rekürren depresyon hastalarında (Ort.=18.07±6.54) duygusal tepkilerin kabul edilmesinde güçlük puanları sağlıklı kontrol grubundaki kişilerle karşılaştırıldığında (Ort.=12.3±6.62) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gruplar impuls kontrolü açısından karşılaştırıldığında, rekürren depresyon hastaları (Ort.=18.1±6.45), impuls kontrolünde hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=11.03±4.6) hem de remiyon depresyon hastalarından (Ort.=14.07±5.03) anlamlı olarak daha fazla güçlük yaşamaktadır. Son olarak duygusal tepkilerin farkına varma güçlüğü alt test puanları açısından bakıldığında, rekürren depresyon hastalarının (Ort.=13.27±4.93), sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=10±3.21) anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Grupların GZOT performansları karşılaştırıldığında, rekürren depresyon hastalarının (Ort.=19±4.57) GZOT puanlarının hem remisyonda depresyon hastalarından (Ort.=21.8±4.11) hem de hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=23.2±3.58) anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Diğer ölçümler açısından ise Tukey Testi sonuçları anlamlı bulunmamıştır.

Gruplar arasında eğitim yılı açısından anlamlı bir fark saptandığından, GZOT puanları açısından eğitim yılı etkisi kontrol edilerek gruplar arasında fark olup olmadığı ANCOVA analizi ile incelenmiştir. Sonuçta, eğitim yılı etkisi kontrol

edildikten sonra GZOT puanları açısından gruplar arasında yine anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F_{(2,86)}=6.079$, $p<.01$). Bu analiz sonucunda da rekürren depresyon hastaları (Ort.=19.29±0.72), hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden (Ort.=22.64±0.74) hem de remisyon depresyon hastalarından (Ort.=22.08±0.72) anlamlı olarak daha düşük GZOT puanı almışlardır.

Tablo 4. Uygulanan Klinik Ölçekler Açısından Gruplar Arasındaki Farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ölçekler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı	Gruplararası	2515.47	2	1257.73	6.613**	.002	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	16546.93	87	190.2			Remisyon>Kontrol
	Toplam	19062.4	89				
Duygusal İstismar	Gruplararası	141.09	2	70.54	3.134*	.048	-
	Grupiçi	1958.2	87	22.51			
	Toplam	2099.29	89				
Fiziksel İstismar	Gruplararası	67.22	2	33.61	3.174*	.047	-
	Grupiçi	921.4	87	10.59			
	Toplam	988.62	89				
Fiziksel İhmal	Gruplararası	114.96	2	57.48	7.194**	.001	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	695.1	87	7.99			Remisyon>Kontrol
	Toplam	810.06	89				
Duygusal İhmal	Gruplararası	316.36	2	158.18	5.612**	.005	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	2452.13	87	28.18			Remisyon>Kontrol
	Toplam	2768.49	89				
Cinsel İstismar	Gruplararası	2.29	2	1.14	0.782	.461	-
	Grupiçi	127.27	87	1.46			
	Toplam	129.56	89				
Minimizasyon	Gruplararası	4.62	2	2.31	3.374*	.039	Remisyon<Kontrol
	Grupiçi	59.6	87	0.68			
	Toplam	64.22	89				
DDGÖ	Gruplararası	25169.09	2	12584.54	20.656***	.000	Rekürren>Remisyon

Toplam	Grupiçi	53003.53	87	609.24			Rekürren>Kontrol
	Toplam	78172.62	89				Remisyon>Kontrol
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	Gruplararası	821.62	2	410.81	15.076***	.000	Rekürren>Remisyon
	Grupiçi	2370.7	87	27.25			Rekürren>Kontrol
	Toplam	3192.32	89				
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	Gruplararası	3759.02	2	1879.51	32.160***	.000	Rekürren>Remisyon
	Grupiçi	5084.53	87	58.44			Rekürren>Kontrol
	Toplam	8843.56	89				Remisyon>Kontrol
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	Gruplararası	499.76	2	249.88	5.961**	.004	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	3647.13	87	41.92			
	Toplam	4146.89	89				
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	Gruplararası	754.07	2	377.03	12.846***	.000	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	2553.53	87	29.35			Remisyon<Rekürren
	Toplam	3307.6	89				
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	Gruplararası	49.4	2	24.7	1.924	.152	-
	Grupiçi	1117	87	12.84			
	Toplam	1166.4	89				
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	Gruplararası	160.16	2	80.08	5.110**	.008	Rekürren>Kontrol
	Grupiçi	1363.23	87	15.67			
	Toplam	1523.39	89				
GZOT	Gruplararası	274.4	2	137.2	8.144**	.001	Rekürren<Kontrol
	Grupiçi	1465.6	87	16.85			Remisyon>Rekürren
	Toplam	1740	89				

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Rekürren depresyon hastalarında hastalık özellikleri ile ÇRTÖ, HAMD, GZOT ve DDGÖ puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş, sonuçlar **Tablo.5**'te gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, hastalık başlangıç yaşı ile cinsel istismar alt test puanları arasında pozitif yönde ($r=.372$, $p<.05$), atak sayısı ile DDGÖ Toplam puanları ($r=-.373$, $p<.05$) ve duygusal tepkilerin kabul edilmesi alt test puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-.517$, $p<.01$). Toplam ilaç sayısı ($r=-.367$, $p<.01$) ve antidepresan sayısı ile duygusal tepkilerin kabul edilmemesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-.506$, $p<.01$). Hastaneye yatış sayısı ile HAMD ($r=.525$, $p<.01$), ÇRTÖ toplam ($r=.370$, $p<.01$) ve fiziksel istismar ($r=.553$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. EKT seans sayısı ile GZOT puanları arasında ($r=.914$, $p<.01$) ; intihar girişimi ile DDGÖ toplam ($r=.630$, $p<.05$), etkin strateji bulmada güçlük ($r=.602$, $p<.05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.604$, $p<.05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5. Rekürren Depresyon Hastalarında Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Hastalık Başlangıç Yaşı	Atak Sayısı	Hastalık Süresi	İlaç Sayısı Toplam	AD Sayısı	Hastaneye Yatış Sayısı	EKT Seans Sayısı	İntihar Girişimi
HAMD	.164	-.037	.210	.086	.111	.525**	-.010	-.324
Çocukluk Çağı Travma Toplam	.022	.043	.072	.022	-.071	.370*	.060	.313
Duygusal İstismar	-.103	.224	.136	.220	.092	.343	.096	.376
Fiziksel İstismar	.005	-.137	-.020	.136	.075	.553**	.280	.281
Fiziksel İhmal	.148	-.171	-.062	-.165	-.210	.239	-.121	.575
Duygusal İhmal	.020	-.023	.229	-.116	-.177	.154	-.413	.124
Cinsel İstismar	.372*	-.203	-.241	-.207	-.142	-.102	-	-.104
Minimizasyon	.189	-.101	.289	.027	.118	-.094	-.468	-.398
DDGÖ Toplam	-.194	-.373*	.105	-.099	-.119	.109	-.458	.630*
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	-.306	-.204	.232	.200	.176	.095	-.769	.496
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	-.296	-.156	.254	.068	.032	.311	.079	.602*
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.163	-.517**	-.132	-.367*	-.506**	-.184	-.407	.223
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	-.246	-.219	.023	-.095	-.059	.279	-.374	.604*
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	.159	-.262	-.178	-.018	.132	-.133	-.422	.222
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	-.255	-.258	.207	-.154	-.169	-.066	-.319	.279
GZOT	-.206	.163	-.205	-.234	-.192	-.153	.914**	-.282

* $p < .05$, ** $p < .01$

Remisyonunda depresyon hastalarında hastalık özellikleri ile ÇRTÖ, HAMD, GZOT ve DDGÖ puanları arasındaki ilişki sonuçları **Tablo.6'**da gösterilmiştir. Hastalık başlangıç yaşı ile DDGÖ toplam ($r = -.504$, $p < .01$), hedefe yönelik davranışta bulunma ($r = -.597$, $p < .01$), etkin strateji bulma ($r = -.481$, $p < .01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r = -.386$, $p < .05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. GZOT ($r = -.389$, $p < .05$) puanları ile hastalık başlangıç yaşı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Hastalık süresi ile emosyonel netlik güçlüğü alt test puanları ile pozitif yönde ($r = .369$, $p < .05$), GZOT puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu

bulunmuştur ($r=-.389$, $p<.05$). ÇRTÖ alt test puanlarına bakıldığında, hastaneye yatış sayısı ile duygusal istismar ($r=.383$, $p<.05$) ve fiziksel ihmal ($r=.583$, $p<.01$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Tablo 6. Remisyonda Depresyon Hastalarında Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Hastalık Başlangıç Yaşı	Atak Sayısı	Hastalık Süresi	İlaç Sayısı Toplam	AD Sayısı	Hastaneye Yatış Sayısı	İntihar Girişimi
HAMD	-.101	-.321	-.018	-.186	-.188	-.161	.389
Çocukluk Çağı Travma Toplam	.036	-.053	-.146	.086	-.013	.285	-.508
Duygusal İstismar	-.135	-.024	-.167	.229	.094	.382*	-.473
Fiziksel İstismar	.075	-.015	-.135	-.113	-.045	-.090	-.250
Fiziksel İhmal	.238	-.080	-.027	.223	.026	.583**	-.493
Duygusal İhmal	.069	-.040	-.117	-.081	-.155	.153	-.456
Cinsel İstismar	-.233	-.165	-.175	.223	.200	-.055	-.250
Minimizasyon	.086	.202	.071	.077	.041	.191	-.408
DDGÖ Toplam	-.504**	.192	-.007	.038	.073	.058	-.408
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	-.597**	-.012	-.016	-.095	-.064	.089	.502
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	-.481**	.085	-.096	-.041	.000	.040	.538
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	-.199	.144	-.133	.179	.157	.152	-.699
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	-.386*	.327	.111	.189	.233	.073	-.641
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	-.150	.196	.369*	-.003	.093	-.103	-.172
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	-.326	.251	-.044	-.082	-.084	-.137	.108
GZOT	-.386*	-.285	-.389*	-.178	-.170	-.083	.607

* $p<.05$, ** $p<.01$

Rekürren depresyon hastalarında ÇRTÖ, HAMD ve GZOT puanları ile DDGÖ puanları arasındaki ilişkiler **Tablo.7**'de gösterilmiştir. ÇRTÖ puanlarına bakıldığında; ÇRTÖ toplam puanı ile DDGÖ toplam ($r=.385$, $p<.05$) puanı, etkin stratejiler bulmada güçlük ($r=.457$, $p<.05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.449$, $p<.05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal istismar ile etkin stratejiler bulmada güçlük ($r=.523$, $p<.01$) alt test puanları arasında; fiziksel istismar ile HAMD ($r=.372$, $p<.05$), etkin stratejiler bulmada güçlük ($r=.466$, $p<.01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.374$, $p<.05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmal alt test puanları ile DDGÖ ilişkisine bakıldığında, fiziksel ihmal ile toplam DDGÖ ($r=.470$, $p<.01$), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ($r=.434$, $p<.05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.502$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Duygusal ihmal alt test puanları ile de duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ($r=.380$, $p<.05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.367$, $p<.05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur.

HAMD puanları ile DDGÖ toplam ($r=.493$, $p<.01$), hedefe yönelik davranışta bulunma ($r=.420$, $p<.05$), etkin stratejiler bulma ($r=.576$, $p<.01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.484$, $p<.01$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Tablo 7. Rekürren Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travma Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon	HAMD	GZOT
HAMD	.342	.256	.372*	.353	.262	.105	.195	1	-.151
GZOT	-.053	.100	.057	-.207	-.211	.161	-.122	-.151	1
DDGÖ Toplam	.246	.279	.214	.175	.174	-.013	-.026	.493**	-.134
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	.246	.279	.214	.175	.174	-.013	-.026	.420*	-.220
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	.457*	.523**	.466**	.330	.227	.122	-.064	.576**	.056
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.260	.055	-.015	.434*	.380*	.275	-.061	.150	-.261
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	.449*	.335	.374*	.502**	.367*	.146	-.199	.484**	-.205
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	-.003	-.059	-.101	.239	-.009	.099	-.025	.252	.074
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	.037	-.001	-.145	.228	.041	.035	-.028	.112	-.047

* $p < .05$, ** $p < .01$

Remisyonunda depresyon hastalarında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği, HAMD ve GZOT puanları ile DDGÖ puanları arasındaki ilişkilere bakılmıştır ve sonuçlar **Tablo.8**'de gösterilmiştir. Buna göre, remisyonunda depresyon hastalarında CRTÖ toplam puanı ile duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ($r = .480$, $p < .05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal

tepkilerin kabul edilmemesi alt test puanı ile duygusal ihmal ($r=.530$, $p<.05$) ve duygusal istismar ($r=.538$, $p<.05$) alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. GZOT puanları ile HAMD puanları arasında pozitif yönde , emosyonel netlik güçlüğü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-.481$, $p<.01$). Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 8. Remisyonda Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travma Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon	HAMD	GZOT
HAMD	.300	.174	.342	.145	.356	.007	-.291	1	.369*
GZOT	.199	.173	.249	.076	.130	.171	.025	.369*	1
DDGÖ Toplam	.115	.279	-.074	-.178	.223	.150	-.184	-.044	.073
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	-.070	.103	-.201	-.303	.041	.076	-.182	-.047	.196
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	.050	.134	-.130	-.168	.204	.142	-.162	-.084	.192
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.480*	.538*	.211	.222	.530*	.303	-.064	.026	.217
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	.105	.326	-.022	-.152	.108	.063	-.038	-.099	-.151
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	-.252	-.147	-.235	-.279	-.207	-.060	-.321	-.215	-.481**
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	-.008	.117	-.027	-.270	.074	-.001	-.158	.233	-.028

* $p<.05$, ** $p<.01$

Gruplar bağlanma stillerine göre karşılaştırılarak **Tablo.9**'da gösterilmiştir. Bağlanma stilleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=27.023$, $p<.001$). Buna göre, rekürren depresyon hastalarında ($N=24$) ve

remisyonda olan depresyon hastalarında (N=24) güvensiz bağlanma stiline kontrol grubuna anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 9. Grupların Bağlanma Stillerine Göre Dağılımı

Bağlanma Stilleri	Rekürren Depresyon		Remisyonda Depresyon		Sağlıklı Kontrol	
	N	%	N	%	N	%
Güvenli	6	20	6	20	23	76.7
Güvensiz	24	80	24	80	7	23.3

Depresyon grubundaki hastaların güvenli ve güvensiz bağlanma stillerine göre önemli yaşam olayları açısından dağılımları **Tablo.10’da** gösterilmiştir. Aile içi şiddet açısından bakıldığında, güvensiz bağlanma grubunda (n=30) anlamlı olarak daha fazla yığılma olduğu ($X^2=8.103$, $p<.01$), sonuç olarak güvensiz bağlanan depresyon hastalarının güvenli bağlanan gruba kıyasla daha fazla aile içi şiddete maruz kaldığı yada tanıklık ettiği görülmektedir.

Diğer çocukluk çağı önemli yaşam olayları incelendiğinde; depresyon hastalarında çocukluk çağında uzun süreli tedavi gerektirecek ağır hastalık öyküsü olan 8 kişinin tamamının güvensiz bağlanan grupta olduğu görülmektedir. Güvensiz bağlanan depresyon hastalarından 8 kişide, güvenli bağlananlarda ise 2 kişide çocuklukta ebeveyn kaybı olduğu görülmektedir. Çocukluk çağında önemli ölçüde maddi zorluk yaşayan kişilerin %87’sinin (n=20) güvensiz bağlanan depresyon grubunda olduğu güvenli bağlanan grupta ise bu oranın %13 (n=3) olduğu görülmüştür. Ebeveynlerinden en az birinde alkol/madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan depresyon hastalarının tamamının (n=7) güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu görülmektedir. Çocukluk çağında boşanma/taşınma/göç öyküsü olan hastaların %88.2’sinin (n=15) güvensiz bağlandığı görülmektedir, güvenli bağlanan hasta grubunda bu oran %11.8 (n=2)’dir. Güvensiz bağlanan depresyon hastalarından 27 kişide (%87) güvenli bağlananlarda ise 4 kişide (%12.9) çocukluk çağında davranış sorunları tanımlanmıştır. Çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi mevcut olan hastaların %84.6’sının (n= 22) güvensiz bağlandığı, güvenli bağlanan hastalarda bu oranın %15.4 (n=4) olduğu görülmüştür. Son olarak, okula başlarken uzun süre uyum sağlamada güçlük yaşayan hastaların tamamının (n=14) güvensiz bağlandığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, bulgularımız güvensiz bağlanan depresyon hastalarında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan birey sayısının daha fazla

olduğunu ortaya koymakla birlikte istatistiksel analizlerde aile içi şiddet dışında diğer diğer dağılımlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 10. Önemli Yaşam Olayların Güvenli ve Güvensiz Bağlanma Stillerine Göre Dağılımı

Önemli Yaşam Olayları	Güvenli Bağlanma		Güvensiz Bağlanma	
	N	%	N	%
Çocukluk Çağında Hastalık				
Geçirmeyen	12	23.1	40	76.9
Geçiren	0	0	8	100
Çocukluk Çağında Şiddet/İhmal				
Yaşamayan	11	28.2	28	71.8
Yaşayan	1	4.8	20	95.2
Ebeveyn Kaybı				
Olmayan	10	20	40	80
Olan	2	20	8	80
Kardeş Kaybı				
Olmayan	12	20.7	46	79.3
Olan	0	0	2	100
Ebeveynde Hastalık				
Olmayan	11	20.4	43	79.6
Olan	1	16.7	5	83.3
Aile İçi Şiddet				
Olmayan	10	35.7	18	64.3
Olan	2	6.3	30	93.8
Maddi Güçlük				
Olmayan	9	24.3	28	75.7
Olan	3	13	20	87
Ebeveynde Alkol/Madde Kullanımı				
Yok	12	22.6	41	77.4
Var	0	0	7	100
Boşanma/Göç/Taşınma				
Olmayan	10	23.3	33	76.7
Olan	2	11.8	15	88.2
Çocuklukta Davranış sorunları				
Olmayan	8	27.6	21	72.4
Olan	4	12.9	27	87.1
Ayrılma Anksiyetesi				
Olmayan	8	23.5	26	76.5
Olan	4	15.4	22	84.6
Okula Uyumsuzluk				
Yaşamayan	12	26.1	34	73.9
Yaşayan	0	0	14	100

Güvenli ve güvensiz bağlanan depresyon hastalarında uygulanan klinik ölçeklerin ortalama ve standart sapma puanları **Tablo.11**'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Güvenli ve Güvensiz Bağlanan Depresyon Hastalarında Uygulanan Klinik Ölçeklerin ortalama ve standart sapma puanları

Ölçekler	Güvensiz Bağlanan Depresyon Hastaları (N=48)		Güvenli Bağlanan Depresyon Hastaları (N=12)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
HAMD	13.68	9.39	10.5	6.8
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı	47.12	15.67	32.83	8.26
Duygusal İstismar	10.52	5.48	5.75	1.55
Fiziksel İstismar	7.41	4.28	5.16	0.57
Fiziksel İhmal	8.95	3.36	6.75	2.22
Duygusal İhmal	14.75	4.88	10.16	5.76
Cinsel İstismar	5.41	1.63	5.0	0.0
Minimizasyon	0.37	0.67	0.50	0.67
DDGÖ Toplam	103.91	27.76	91.25	20.63
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	18.35	6.01	18.0	3.27
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	26.16	9.57	22.16	7.61
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	17.16	6.50	13.91	6.25
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	16.68	6.18	13.66	5.21
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	12.91	3.36	11.91	4.58
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	12.62	4.05	11.58	5.43
GZOT	20.46	4.35	20.16	5.40

Güvenli ve güvensiz bağlanan depresyon hastaları arasında uygulanan ölçek puanları karşılaştırılarak **Tablo.12**'de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre gruplar arasında ÇRTÖ toplam puanı ($U=109$, $p<.01$) ve duygusal istismar ($U=101$, $p<.001$), fiziksel istismar ($U=197$, $p<.05$), fiziksel ihmal ($U=162.5$, $p<.05$), duygusal ihmal ($U=130$, $p<.01$) alt test puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Güvensiz bağlanan depresyon hastalarının (Ort.=34.23) ÇRTÖ toplam puanının güvenli bağlanan hastalarla karşılaştırıldığında (Ort.=15.58), anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, güvensiz bağlanma stiline sahip depresyon hastalarının (Ort.=34.40) duygusal istismar alt ölçek puanları güvenli bağlanan depresyon hastalarına göre (Ort.=14.92) anlamlı olarak daha yüksektir. Fiziksel istismar alt ölçeğine bakıldığında, güvensiz bağlanma stiline sahip

depresyon hastalarında (Ort.=32.40), güvenli bağlanma stiline sahip hastalara kıyasla (Ort.=22.92), çocukluk çağı fiziksel istismarının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Güvenli bağlanma stiline sahip olan depresyon hastaları (Ort.=20.04), güvensiz bağlanma stiline sahip hastalardan (Ort.=33.11) anlamlı olarak daha düşük fiziksel ihmal puanı almışlardır. Son olarak, güvensiz bağlanan depresyon hastalarının (Ort.=33.79), güvenli bağlananlarla karşılaştırıldığında (Ort.=17.33) çocukluk çağında daha fazla duygusal ihmal yaşadıkları görülmektedir. HAMD, DDGÖ ve GZOT ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 12. Depresyon Hastalarında Güvenli-Güvensiz Bağlanma Stillerine Göre Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırılması

Ölçekler	Bağlanma Stilleri	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	P
HAMD	Güvenli	12	25.13	301.5	223.5	.232
	Güvensiz	48	31.84	1528.5		
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam	Güvenli	12	15.58	187	109**	.001
	Güvensiz	48	34.23	1643		
Duygusal İstismar	Güvenli	12	14.92	179	101***	.000
	Güvensiz	48	34.40	1651		
Fiziksel İstismar	Güvenli	12	22.92	275	197*	.041
	Güvensiz	48	32.40	1555		
Fiziksel İhmal	Güvenli	12	20.04	240.5	162.5*	.019
	Güvensiz	48	33.11	1589.5		
Duygusal İhmal	Güvenli	12	17.33	208	130**	.003
	Güvensiz	48	33.79	1622		
Cinsel İstismar	Güvenli	12	28	336	258	.247
	Güvensiz	48	31.13	1494		
Minimizasyon	Güvenli	12	33.5	402	252	.409
	Güvensiz	48	29.75	1428		
DDGO Toplam	Güvenli	12	23.67	284	206	.130
	Güvensiz	48	32.21	1546		
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	Güvenli	12	28.13	337.5	259.5	.597
	Güvensiz	48	31.09	1492.5		
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	Güvenli	12	24.83	298	220	.208
	Güvensiz	48	31.92	1532		
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	Güvenli	12	22.54	270.5	192.5	.077
	Güvensiz	48	32.49	1559.5		
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	Güvenli	12	24.08	289	211	.154
	Güvensiz	48	32.10	1541		
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	Güvenli	12	26.75	316	243	.403
	Güvensiz	48	31.44	1514		
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	Güvenli	12	26.33	316	238	.353
	Güvensiz	48	31.54	1514		
GZOT	Güvenli	12	31.67	380	274	.795
	Güvensiz	48	30.21	1450		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tüm depresyon grubunda güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerde hastalık özellikleri ile uygulanan ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmıştır ve sonuçlar **Tablo.13**'de gösterilmiştir. Güvensiz bağlanan depresyon hastalarında atak sayısı ile HAMD ($r=.509$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastalık başlangıç yaşı ile DDGÖ toplam ($r=-.475$, $p<.01$), hedefe yönelik davranışta bulunma ($r=-.522$, $p<.01$), etkin strateji bulma ($r=-.422$, $p<.01$), impuls kontrolü ($r=-.439$, $p<.01$) ve duygusal tepkilerin farkına varma güçlüğü ($r=-.460$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Hastalık süresi ile HAMD ($r=.546$, $p<.01$), DDGÖ toplam ($r=.357$, $p<.05$), hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü ($r=.288$, $p<.05$), etkin strateji bulmada ($r=.424$, $p<.01$), impuls kontrolünde ($r=.353$, $p<.05$) ve duygusal tepkilerin farkına varmada güçlük ($r=.295$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde; GZOT ($r=-.401$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Toplam ilaç sayısı ile HAMD ($r=.513$, $p<.01$) ve etkin strateji bulmada güçlük ($r=.348$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcut iken, GZOT ($r=-.368$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde kullanılan toplam antidepresan sayısı ile HAMD ($r=.516$, $p<.01$) ve etkin strateji bulmada güçlük ($r=.299$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, GZOT ($r=-.384$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

Güvensiz bağlanan depresyon hastalarında hastaneye yatış sayısı ile HAMD ($r=.608$, $p<.01$), fiziksel istismar ($r=.320$, $p<.05$), etkin strateji bulmada güçlük ($r=.388$, $p<.01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.318$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. EKT seans sayısı ile GZOT ($r=.931$, $p<.01$) puanları arasında pozitif anlamlı ilişki mevcutken, EKT sayısı ile minimizasyon ($r=-.830$, $p<.05$) arasında negatif ilişki bulunmuştur.

İntihar girişimi ile DDGÖ toplam ($r=.628$, $p<.01$), hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü ($r=.586$, $p<.05$), etkin strateji bulmada güçlük ($r=.636$, $p<.01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.551$, $p<.05$) puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttur. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. Depresyon Hastalarında Güvensiz Bağlanma Stiline Sahip Grupta Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Hastalık Başlangıç Yaşı	Atak Sayısı	Hastalık Süresi	İlaç Sayısı Toplam	AD Sayısı	Hastaneye Yatış Sayısı	EKT Seans Sayısı	İntihar Girişimi
HAMD	-.060	.509**	.546**	.513**	.516**	.608**	.090	.226
Çocukluk Çağı Travma Toplam	-.066	.015	.020	-.017	-.076	.233	.329	.165
Duygusal İstismar	-.182	.148	.079	.161	.047	.237	.356	.145
Fiziksel İstismar	.022	.056	-.052	.021	-.007	.320*	.422	.282
Fiziksel İhmal	.114	-.131	-.024	-.100	-.151	.131	.063	.151
Duygusal İhmal	-.105	-.030	.122	-.169	-.167	.084	-.294	.093
Cinsel İstismar	.112	-.135	-.196	-.114	-.080	-.092	-	-.102
Minimizasyon	.204	-.027	.094	.008	.038	-.042	-.830*	-.341
DDGÖ Toplam	-.475**	.117	.357*	.230	.237	.213	-.803	.628**
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	-.522**	.162	.288*	.284	.261	.204	-.799	.586*
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	-.442**	.265	.424**	.348*	.299*	.388**	.066	.636**
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	-.164	-.158	.056	-.074	-.095	-.061	-.660	.211
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	-.439**	.152	.354*	.214	.278	.318*	-.649	.551*
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	-.050	-.065	.113	.094	.235	-.139	-.692	.139
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	-.460**	.006	.295*	.049	.064	-.031	-.697	.302
GZOT	-.168	-.168	-.401**	-.368*	-.384**	-.261	.931**	.278

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tüm depresyon grubundaki güvensiz bağlanma stiline sahip gruptaki hastalarda Çocukluk Çağı Travmalar Ölçek puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT puanları arasındaki ilişki **Tablo.14**'te incelenmiştir. Buna göre, ÇRTÖ toplam puanları ile duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ($r = .294$, $p < .05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal istismar ile etkin strateji bulmada ($r = .312$, $p < .05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r = .293$, $p < .05$) puanları arasında; duygusal ihmal ile de DDGÖ toplam ($r = .292$, $p < .05$), etkin strateji

bulmada güçlük ($r=.302$, $p<.05$) ve duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ($r=.341$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Güvensiz bağlanan depresyon hastalarında HAMD puanları ile DDGÖ toplam ($r=.521$, $p<.01$), hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü ($r=.417$, $p<.01$), etkin strateji bulmada güçlük ($r=.615$, $p<.01$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=.501$, $p<.01$) puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttur. GZOT ile HAMD ($r=-.350$, $p<.05$) ve impuls kontrolünde güçlük ($r=-.329$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 14. Depresyon Hastalarında Güvensiz Bağlanma Stiline Sahip Grupta Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travma Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon	HAMD	GZOT
HAMD	.159	.132	.167	.084	.148	.057	.063	1	-.350*
GZOT	.119	.125	.165	-.035	.088	.167	-.089	-.350*	1
DDGÖ Toplam	.217	.262	.034	.050	.292	.144	-.116	.521**	-.223
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Güçlüğü	.097	.198	-.041	-.111	.185	.030	-.149	.417**	-.134
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	.256	.312*	.126	.030	.302*	.108	-.116	.615**	-.166
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.294*	.276	.058	.230	.341*	.283	-.010	.228	-.073
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	.257	.293*	.152	.109	.259	.108	-.084	.501**	-.329*
DDGÖ Emosyonel Netlik Güçlüğü	-.160	-.192	-.222	-.032	-.067	.053	-.108	.189	-.175
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Güçlüğü	.006	.035	-.143	-.070	.125	.021	-.064	.214	-.174

* $p<.05$, ** $p<.01$

Depresyon grubundaki hastalardan güvenli bağlanma stiline sahip kişilerde hastalık özellikleri ile uygulanan ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçlar **Tablo.15'**te gösterilmiştir. Bulgular incelendiğinde; hastalık başlangıç yaşı ile fiziksel ihmal ($r=.737$, $p<.01$) arasında, atak sayısı ile de HAMD ($r=.868$, $p<.01$) ve hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü ($r=.586$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Benzer şekilde hastalık süresi ile HAMD ($r=.720$, $p<.01$) ve minimizasyon ($r=.672$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Toplam ilaç sayısı ile HAMD (.755, $p<.01$) ve Minimizasyon ($r=.785$, $p<.01$) puanları arasında; antidepresan sayısı ile de minimizasyon ($r=.745$, $p<.01$) ve hedefe yönelik davranışta bulunma gücülüğü ($r=.583$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Hastaneye yatış sayısı ile HAMD ($r=.591$, $p<.05$), DDGÖ toplam ($r=.597$, $p<.05$) ve etkin strateji bulmada güçlük ($r=.586$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 15. Depresyon Hastalarında Güvenli Bağlanma Stiline Sahip Grupta Hastalık Özellikleri ile Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Hastalık Başlangıç Yaşı	Atak Sayısı	Hastalık Süresi	İlaç Sayısı Toplam	AD Sayısı	Hastaneye Yatış Sayısı
HAMD	-.140	.868**	.720**	.755**	.561	.591*
Çocukluk Çağı Travma Toplam	.545	-.124	-.134	.029	-.340	.009
Duygusal İstismar	.077	-.539	-.395	-.379	-.293	-.213
Fiziksel İstismar	.440	-.146	-.288	-.284	-.174	-.127
Fiziksel İhmal	.737**	-.239	-.296	-.145	-.385	-.082
Duygusal İhmal	-.457	-.047	.032	.201	-.244	.063
Cinsel İstismar	-	-	-	-	-	-
Minimizasyon	-.207	.524	.672*	.785**	.745**	.542
DDGÖ Toplam	.001	.190	.098	.034	-.158	.597*
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Gücülüğü	-.501	.586*	.488	.508	.583*	.447
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	-.254	.526	.361	.326	.422	.586*
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.267	.289	-.027	.212	-.361	.263
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	.068	-.191	-.220	-.271	-.482	.365
DDGÖ Emosyonel Netlik Gücülüğü	.155	-.520	-.244	-.493	-.406	.104
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Gücülüğü	.159	-.082	.020	-.203	-.324	.437
GZOT	-.484	-.081	-.356	-.352	-.112	-.230

* $p<.05$, ** $p<.01$

Son olarak tüm depresyon grubundaki güvenli bağlanma stiline sahip hastalarda ÇRTÖ puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT puanları arasında ilişki olup

olmadığına bakılmış ve sonuçlar **Tablo.16**'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, ÇRTÖ toplam puanları ile hedefe yönelik davranışta bulunma gücü (r=-.658, p<.05) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal ihmal alt test puanları ile duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (r=.681, p<.05) puanları arasında ve minimizasyon alt test puanları ile de HAMD (r=.595, p<.05) ve hedefe yönelik davranışta bulunma gücü (r=.576, p<.05) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Fiziksel İhmal alt test puanlarının hedefe yönelik davranışta bulunma gücü (r=-.750, p<.01) ile negatif ilişki gösterdiği, diğer yandan HAMD puanları ile hedefe yönelik davranışta bulunma gücü (r=.608, p<.05) ve etkin strateji bulmada güçlük (r=.685, p<.05) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer ölçümler arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 16. Depresyon Hastalarında Güvenli Bağlanma Stiline Sahip Grupta Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Puanları ile DDGÖ, HAMD ve GZOT Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	Çocukluk Çağı Travma Toplam	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon	HAMD	GZOT
HAMD	-.071	-.368	-.301	-.123	.035	-	.595*	1	-.007
GZOT	-.369	.103	-.010	-.117	-.535	-	-.050	-.007	1
DDGÖ Toplam	-.207	-.223	-.050	-.120	-.213	-	.186	.494	.015
DDGÖ Hedefe Yönelik Davranışta Bulunma Gücü	-.658*	-.485	-.481	-.750*	-.486	-	.576*	.608*	.051
DDGÖ Etkin Strateji Bulmada Güçlük	-.509	-.336	-.007	-.374	-.527	-	.460	.685*	.291
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Kabul Edilmemesi	.573	-.209	.004	.430	.681*	-	-.075	.291	-.284
DDGÖ İmpuls Kontrolünde Güçlük	-.018	.102	.020	.008	-.071	-	-.026	.077	-.088
DDGÖ Emosyonel Netlik Gücü	-.195	.228	.006	-.047	-.306	-	-.191	-.182	-.065
DDGÖ Duygusal Tepkilerin Farkına Varma Gücü	-.153	-.133	.082	.058	-.235	-	-.012	.294	.086

*p<.05

5. TARTIŞMA

Bir duygulanım düzenleme kuramı olarak da kabul edilen bağlanma kuramına göre, erken dönemdeki temel bakım veren ve bebek arasındaki etkileşimlerin “içsel çalışma modelleri” oluşturduğu, bunların kişinin kendini ve dünyayı anlamlandırması üzerinde etkili olduğu, kişilik gelişimi ve psikopatoloji oluşumu üzerinde belirleyici rolü olduğu düşünülmektedir. Literatürde özellikle güvensiz bağlanma ile depresif belirtilerin sıklığı ilişkili bulunmuştur. Güvensiz bağlanma biçimlerinin benlik saygısında azalmaya yol açarak depresif atakların yinelemesi açısından risk oluşturduğu, bireyin negatif duygularla başa çıkmada etkili stratejiler geliştirmesini etkilediği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (68-71). Ayrıca, çocukluk çağındaki ihmal ve örseleyici yaşam olaylarının çaresizlik, değersizlik ve güvensizlik gibi olumsuz duyguların artması ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerine bağlı olarak başta depresyon olmak üzere birçok psikopatolojinin gelişimi açısından daha fazla risk taşıdığı bilinmektedir (85).

Depresyonun önemli klinik özelliklerinden biri zihin kuramı (ZK) becerisi de dahil olmak üzere bilişsel ve duygusal alanlarda bozulmalar olmasıdır. Literatürde depresif hastaların farklı tipteki ZK görevlerinin genelinde kontrol grubuna göre belirgin olarak düşük performans gösterdikleri, ZK'daki bozulmanın depresif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (146,147). Diğer yandan depresyon, uyarılma ve stres seviyelerinde daha fazla artışa yol açarak zihinselleştirme yeteneğinde bozulma ve bilişsel çarpıtmalara neden olmaktadır (148).

Çalışmamızda tüm bu bulgulara dayanarak, çoklu ataklarla seyreden, rekürren depresyon hastalarının bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmalarına maruziyet ve duygu regülasyonunda güçlük ve zihin kuramı becerileri açısından tek atak remisyon hastaları ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermedikleri ve olası farklılıkların hastalığın süregenleşmesi ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olup olmadıkları araştırılmıştır.

Çalışma gruplarının sosyodemografik ve klinik verileri: Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum ve yaş açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (bkz.tablo.1). Grupların ortalama eğitim süreleri rekürren depresyon, remisyonda

depresyon ve sağlıklı kontrol grubunda sırasıyla 10, 10.03 ve 12.37 yıldır. Kontrol grubundaki kişilerin ortalama eğitim sürelerinin hem rekürren depresyon hem de remisyonda depresyon grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum depresyon hastalığının düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi ile ilişkilendirildiği önceki literatür bilgileri ile uyumludur. (170-172). Grupların eğitim düzeyi açısından farklılık göstermesi çalışmamızın bir sınırlılığı olarak ele alınabilir. Çalışmamızda pratik nedenlerden dolayı her iki grubu eğitim açısından eşleştirmek mümkün olamamıştır. Bu nedenle yapılan analizde eğitim düzeyi karıştırıcı bir etken olarak dikkate alınmış, GZOT puanları açısından eğitim yılı etkisi kontrol edilerek gruplar arasında fark olup olmadığı tekrar analiz edilmiştir.

Hastalığa ilişkin değişkenler: Gruplar arasında ek hastalık varlığı, intihar girişimi öyküsü ve hastalık süresi ile çocukluk döneminde aile içi şiddet, maddi güçlük, boşanma/göç/taşınma öyküsü varlığı açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (**bkz.tablo.2**). Diğer özellikler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bekleneceği gibi, ortalama hastalık süresi rekürren depresyon grubunda (15.9 yıl), remisyondaki gruba (6.2 yıl) göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda toplam örneklem grubundan 40 kişide ek kronik hastalık bildirilmiştir. Ek tıbbi hastalık bildiren katılımcıların %50'sinin (n=20) rekürren, %45'inin (n=18) remisyonda depresyon grubundan olduğu, sağlıklı kontrol grubundan yalnızca 2 hastada (%5) kronik bir tıbbi hastalık olduğu belirlenmiştir. Ek kronik hastalık bildiren katılımcıların çoğunluğunun depresyon grubunda olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, bildirilen tıbbi hastalıklar çeşitlilik göstermekle birlikte depresyon grubunda en sık hipertansiyon (%32.5), diyabetes mellitus (%17.5), romatizmal hastalık (%12.5), guatr (%10), fibromiyalji (%10) ve demir eksikliği anemisi (%10) saptanmıştır. Bazı katılımcılar birden fazla kronik hastalık varlığı bildirmiştir. Çalışmamızda ek tıbbi hastalık mevcudiyetine yönelik veriler katılımcıların özbildirimlerine dayanmaktadır. Verilerin sağlık kayıtlarına dayandırılmaması çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) depresyonun tıbbi komplikasyonları arttırmasının yanı sıra kendi başına da birçok tıbbi hastalığa neden olabildiği belirtmiştir (173). Son çalışmalar kronik fiziksel hastalıklar ile depresyon arasında

komorbiditenin yaygın olduğunu ve bir veya daha fazla kronik hastalığı olan kişilerde majör depresyon riskinin belirgin oranda artmış olduğunu desteklemektedir (174, 175).

Ülkemizde kronik depresyon ve iyileşen majör depresyon olgularının sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmada eşlik eden kronik bir bedensel hastalığın varlığı kronik depresyon grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuş, bu grupta en sık hipertansiyon ve sindirim sistemi hastalıkları tespit edilmiştir (176). Diyabeti olan hastalarda da, genel popülasyonla karşılaştırıldığında psikiyatrik belirti ve hastalık oranları yüksektir. Diyabette en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklar; depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (177). Depresyon ve diyabet iki yönlü bir nedensel birliktelik göstermektedir. Depresyonun diyabetin ortaya çıkmasında nedensel bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bir meta-analiz çalışmasında, depresif bireylerin diyabet geliştirme riskinin %60 oranında arttığı bildirilmiştir (178). Depresyon tedavisinde kullanılan ilaç gruplarının uzun süreli kullanımı metabolik sendrom ve diyabet gelişimi riskinde artış ile ilişkilendirilmektedir (179). Diğer yandan diyabet de depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir. Diyabetin yaşam kalitesini bozucu etkileri, nöroendokrin değişiklikler, limbik sistemdeki leptin aktivitesi, proinflamatuvar sitokinler vb. biyokimyasal süreçler depresyona yakınlıkla ilişkilendirilmektedir (180). Çalışmamızda ek kronik hastalık bildiren katılımcıların önemli ölçüde çoğunluğunun depresyon grubundan olması; depresyonda sıklıkla birlikte görülen hipertansiyon ve diyabetin çalışmamızda en yüksek oranlarda görülen tıbbi hastalıklar olması literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

Depresyon hastalarında alkol kullanım bozukluğu ek tanısının %10-60 arasında olduğu, yaşam süresince depresyon hastalarının %30-42.8'inde madde kullanımının eşlik ettiği literatürde bildirilmiştir (181, 182). Türkiye'de majör depresyon hastaları ile yapılan bir çalışmada, alkol kullanımı tüm grupta %12 (kadınlarda %4 erkeklerde %28) olarak saptanmış ve alkol kullanım bozukluğunun erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada madde kullanımı %4 olarak bulunmuş, madde kullanımı açısından cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (183). Ülkemizde alkol ya da madde

kullanımının literatüre oranla daha az sıklıkla görülüyor olmasının, hastaların sosyal desteğinin diğer ülkelere göre daha iyi olması ve çeşitli dini öğretiler nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda depresyon hastalarının %5 gibi az bir kısmında alkol kullanım öyküsü, %1.6'sında madde kullanım öyküsü saptanmış olup hiçbir hastada aktif alkol veya madde kullanımı mevcut değildir.

Epidemiyolojik çalışmada depresyonu olan bireylerde sigara içme sıklığının yüksek olduğu, ruhsal hastalıklar ve sigara içme arasındaki ilişkinin self medikasyon modeliyle açıklanabileceği öne sürülmektedir. (184, 185). Öte yandan, bazı çalışmalar sigara içmenin depresyon riskini arttırdığı da düşünülmektedir (186). Çalışmamızda sigara kullanımı rekürren depresyon grubunda %33.3, remisyon grubunda %39.4'ü, kontrol grubun %27.3 oranında izlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanımı ve sigara kullanım süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gelişmiş ülkelerde genel popülasyonda en sık ölüm nedenleri arasında 10. Sırada bulunan özkıym, unipolar depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarda en yaygın ölüm nedenleri arasındadır (187, 188). Major depresif bozukluk tanılı toplam 27.340 hastanın değerlendirildiği bir meta-analizde, depresyonda yaşam boyu intihar girişimi prevalansı %31 olarak bulunmuştur (189). Çalışmamızda da benzer şekilde toplam 17 hastanın (%28.3) daha önce en az 1 kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmış, rekürren depresyon grubunda intihar girişimi öyküsünün anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür.

Depresyon hastalarında ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı önemli bir risk etkeni oluşturduğu, aile yüklülüğünün daha erken yaşta başlangıç, daha fazla nüks ve komorbidite ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (190). Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalık başlangıç yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde yaşam boyu kronik hastalık ve ruhsal sağlıkta bozulma riskinin arttığı, erişkinlikte depresyon, intihar davranışı, alkol/madde kullanım bozuklukları, dissosiyatif

belirtiler, kişilik bozuklukları ve antisosyal davranışlar gibi çok sayıda psikopatoloji ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (191-195).

Günümüzde ruhsal bozuklukların temelleri araştırılırken çoklu etiyolojilerin ön plana çıktığı gözlenmektedir. Bu doğrultuda, erken dönem yaşantıların, gelişimsel özelliklerin ve yapısal özelliklerin üzerinde sıklıkla durulduğu görülmektedir. Çalışmamızda çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantıları çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği ile değerlendirilmiş, bunun yanı sıra çocukluk çağında uzun süreli tedavi gerektiren ağır hastalık öyküsü, çocuklukta ebeveyn veya kardeş kaybı, aile içi şiddete maruziyet ve/veya tanıklık etme, sık sık maddi güçlük yaşama, ebeveynin alkol/madde kullanımı, çocukluk çağında boşanma/taşınma/göç olayları, akran şiddeti gibi olumsuz yaşam olayları maddeler halinde ayrıca sorgulanmıştır. Buna göre, aile içi şiddetin sağlıklı kontrol grubunda anlamlı olarak en az olduğu (%11.1), rekürren depresyon (%41.7) ve remisyon (%47.2) gruplarında çocukluk çağında aile içi şiddetin daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca, remisyon grubunun (%54.2) çocukluk çağında anlamlı olarak daha fazla maddi güçlük yaşadığı gözlenmiştir.

Psikopatolojilerin etiyolojisini araştıran çalışmalarda erken dönem kayıp yaşantılarının önemi vurgulanmaktadır. Birincil bakım verenlerden ölüm ya da başka nedenlerle ayrılmanın, bağlanma örüntülerini ve duygu düzenleme süreçlerini etkileyerek psikopatolojiye yatkınlık oluşturabileceği varsayımını hem klinik uygulamalar hem de araştırma sonuçları destekler görünmektedir (196). Bowlby erken dönem kayıplarının erişkinlikte depresyon riskini artırabileceğini, ayrıca yaşamın herhangi bir döneminde geçirilen depresyonun şiddetini ve biçimini belirleyebileceğini ifade etmektedir (197). Ayrılık ya da ölüm nedeniyle 17 yaşından önce ebeveynlerinden birini kaybeden erişkinlerde major depresyon riskinin 3.8 kat arttığı ve kayıp ne denli erken yaşandıysa etkilerinin de o denli şiddetli olduğu bildirilmiştir (198). Çalışmamızda ebeveyn kaybı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken, rekürren depresyon grubunda, remisyon ve kontrol gruplarına kıyasla boşanma/göç/taşınma olaylarının anlamlı olarak daha fazla yaşandığı görülmüştür. Boşanma ve göç sürecinin çocuklar üzerinde depresyon, akran ilişkilerinde sorunlar, travma sonrası stres bozukluğu, davranış bozuklukları, düşük

benlik saygısı gibi önemli derecede sosyal ve psikolojik etkiler oluşturduğu, etkisinin erişkinlik döneminde de devam ettiği bildirilmiştir. (199, 200).

Çocukluk çağında görülen ayrılık anksiyetesinin erişkin yaşamda çeşitli psikopatolojilerin gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Çocuklukta ayrılma anksiyetesi yaşayan bireylerin, stres oluşturan koşulları olduğundan daha fazla tehdit edici olarak değerlendirdikleri, stres faktörleri ile başa çıkmada yetersiz kalacakları endişesi ile aşırı destek arayışı ihtiyacı duydukları, yeterli destek göremedikleri durumlarda yoğun hayal kırıklıkları yaşadıkları, bu nedenle depresif belirtiler gösterebildikleri ileri sürülmektedir (201). Çalışmamızda güvensiz bağlanma ve depresyon ilişkisinin bir öngördürücüsü olarak çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi ve okula uyum güçlüğü değerlendirilmiş, gruplar arasında her iki madde açısından da anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak örneklem grubumuzun sınırlı oluşu bu bulgumuzun genellenemeyeceğini düşündürmektedir.

Klinik değerlendirme ölçekleri: Gruplar incelendiğinde beklendiği gibi, rekürren depresyon grubundaki hastaların HAMD puanı remisyonda depresyon grubundaki hastalardan daha yüksek bulunmuştur (**bkz.tablo3,4**).

Grupların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ) puanları incelendiğinde; fiziksel istismar bildirenlerin %40.9'unun rekürren depresyon grubunda, %45.5'inin remisyonda depresyon grubunda ve %13.6'sı sağlıklı kontrol grubunda olduğu görülmektedir. Cinsel istismar öyküsü bulunan 5 hastanın depresyon gruplarında yer aldığı belirlenmiştir. Fiziksel ihmal bildirenlerin %44.4'ünün rekürren depresyon, %41.7'sinin ise remisyonda depresyon grubunda olduğu ve %13.9'unun sağlıklı kontrol grubunda olduğu görülmüştür. Duygusal istismar bildirenlerin %47.4'ü rekürren depresyon, %34.2'si remisyonda depresyon grubunda yer almaktadır. Duygusal ihmal yaşayanların oranı her iki depresyon grubunda benzer (%41.5) bulunmuştur. Duygusal istismar oranı bildirenlerin %18.4'ünün sağlıklı kontrol grubunda yer aldığı, duygusal ihmal içinse bu oranın %17.1 olduğu görülmüştür. Buna göre çalışmamızda çocukluk çağı travmatik yaşam olayları değerlendirildiğinde tüm gruplarda en fazla bildirilen travmanın duygusal ihmal olduğu, bunu sırasıyla duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismarın izlediği görülmüştür.

ÇRTÖ ölçek puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında, rekürren depresyon hastalarında toplam puanın hem remisyonda depresyon hem de sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel ve duygusal ihmal puanları ise rekürren depresyon ve remisyonda depresyon grubunda sağlıklı kontrollere daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımız, her iki depresyon grubundaki hastaların benzer şekilde sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağında daha fazla fiziksel ve duygusal ihmale uğradığını düşündürmektedir. Cinsel istismar alt test puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda major depresyon ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, travmatik yaşantıların, duygusal ihmal ve duygusal istismarın depresyonun yinelemesi ve kronikleşmesinde rol oynadığını destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (202, 203). Ülkemizde yapılan iki çalışmada en sık çocukluk çağı travması duygusal ihmal olarak bildirilmiştir (204, 205). Bülbul ve arkadaşlarının çalışmasında yineleyen depresyon grubunun duygusal ihmal puanlarının ilk atak depresyon grubuna göre daha yüksek olduğu ifade edilerek duygusal ihmal ile depresyonun yinelemesi arasında diğer çocukluk çağı travmalarına göre daha yüksek ilişki olabileceği belirtilmiştir (203). Bulgularımız depresyonun ortaya çıkması ile duygusal ve fiziksel ihmal arasında güçlü bir ilişki olduğu yönündeki literatür bilgileri ile uyumludur.

Gruplar arasında DDGÖ toplam puanları karşılaştırıldığında; rekürren depresyon hastalarında DDGÖ toplam puanının hem remisyonda depresyon hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Remisyonda depresyon hastalarının da DDGÖ toplam puanı sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımız günlük yaşam içinde duygusal yanıtlarını düzenlemekte güçlük çeken kişilerin sıkıntıya daha uzun süreli maruz kaldıkları ve bunun depresyonun gelişimi ve süregenleşmesinde yatkınlaştırıcı bir faktör olabileceğine yönelik literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (196).

DDGÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında rekürren depresyon grubunda hedefe yönelik davranışta bulunma güçlüğü, etkin strateji bulmada güçlük ve impuls kontrolünde güçlük skorları hem remisyonda depresyon hem de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tepkilerin kabul

edilmemesi ve duygusal tepkilerin farkına varma güçlüğü alt test puanları açısından bakıldığında, rekürren depresyon hastaları sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptirler. Buna ek olarak; remisyonda depresyon hastalarının etkin strateji bulmada güçlük skorlarının sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Emosyonel netlik güçlüğü alt ölçeği açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Duygulanım düzenlemede temel stratejiler olumsuz duygunun kabul edilmesi ve ifade edilmesi, destek sistemlerinin harekete geçirilmesi ve etkili problem çözme girişimi olmak üzere üç ana strateji çevresinde şekillenmektedir. Bu yapıcı kapasitelerin kazanımı sorunlu durumun iyi bir şekilde yönetilmesini ve olumsuz sosyal-emosyonel etkilere yol açmadan duygusal dengeyi geri kazanmayı sağlamakta, ayrıca bilişsel çarpıtmalar ile algıyı bozan ve kişiler arası çatışmalara yol açan bastırma, kaçınma, ruminasyon gibi ilkel stratejilerin kullanımını indirgemektedir. Majör depresyonda maladaptif stratejilere yönelimin arttığı, depresif bireylerin duygusal netlik sağlama, olumsuz duyguları anlama ve kabul etmede sağlıklı bireylere göre daha fazla güçlük yaşadığı birçok çalışmada ortaya konmuştur (206, 207). Bizim çalışmamızda da rekürren depresyon grubunda emosyonel netlik güçlüğü alt ölçeği dışında tüm DDGÖ alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Alandaki çalışmalar, depresyonda duygu düzenleme becerilerindeki bozulmanın sadece depresif döneme özgü olmadığını, depresyon belirtiler ortadan kalktıktan sonra da duygu düzenleme becerilerindeki bozulmanın gözlemlendiğini ortaya koymaktadır. Ehring, remisyon dönemindeki hastaların olumsuz duygularını düzenlemede kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla zorlandıklarını ve ruminasyonu daha sık kullandıklarını bu durumun tekrarlayan atakların gelişiminde önemli bir risk faktörü olabileceğini belirtmiştir (207). Çalışmamızda bununla uyumlu olarak, remisyonda depresyon hastalarının hem DDGÖ toplam puanları hem de etkin strateji bulmada güçlük alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Depresyon, uyarılma ve stres seviyelerinde artışa yol açarak zihinsel durumları doğru yorumlama yeteneğinde bozulmalara ve bilişsel çarpıtmalara neden olmaktadır (153). Depresif bozuklukta ZK becerilerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında depresyon hastalarının kontrol grubuna kıyasla farklı tipteki ZK görevlerinin genelinde belirgin olarak düşük performans gösterdikleri, ZK'daki bozulmanın depresif belirtilerin şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (9). Kronik ve epizodik depresyon hastalarının ZK becerileri açısından karşılaştırıldığı başka bir çalışmada iki grup arasında ZK becerileri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Major depresif bozukluğa sahip bireylerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı 9 ayrı çalışmada, depresif bireylerin ZK görevlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük performans gösterdiği belirtilmiştir. 2 çalışmada ise hafif depresif belirtiler gösteren bireyler duygusal ZK becerisinde kontrol grubuyla kıyasla daha başarılı bulunmuştur (151). Çalışmamızda ZK becerilerini değerlendirmek amacıyla uygulanan GZOT puanlarına bakıldığında rekürren depresyon hastaları hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden hem de remisyonda depresyon hastalarından anlamlı olarak daha düşük GZOT puanı almışlardır. Diğer ölçümler açısından ise Tukey Testi sonuçları anlamlı bulunmamıştır. Gruplar arasında eğitim yılı açısından anlamlı bir fark saptandığından, GZOT puanları açısından eğitim yılı etkisi kontrol edilerek gruplar arasında fark olup olmadığı ANCOVA analizi ile incelenmiştir. Sonuçta, eğitim yılı etkisi kontrol edildikten sonra da GZOT puanları açısından gruplar arasında yine anlamlı bir fark olduğu ve rekürren depresyon hastalarının GZOT puanlarının hem sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden hem de remisyonda depresyon hastalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Bulgularımız depresyon hastalarında ZK becerilerindeki bozulmanın depresif belirtilerin şiddeti ve süregenliği ile ilişkili olabileceği önermesi ile paralellik göstermektedir.

Rekürren depresyon hastalarında hastalık özellikleri ile klinik ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hastaneye yatış sayısı ile HAMD, ÇRTÖ toplam puanı ve fiziksel istismar puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**bkz.Tablo.5**). Wiersma ve arkadaşlarının çalışmasında çocukluk çağı travmaları daha şiddetli depresif belirtiler, daha erken yaşta başlangıç ve komorbid anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirmiş, duygusal ihmal ile duygusal, fiziksel ve cinsel istismar depresyonun kronikleşmesiyle ilişkili bulunmuştur (202).

Çalışmamızda rekürren depresyon grubunda toplam ÇRTÖ puanları her iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Hastaneye yatış ile ÇRTÖ toplam puanı ve fiziksel istismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum literatürdeki verilerle uyumlu olarak, çocukluk çağı travmalarının depresyonun kronikleşmesi, hastalık şiddet ve süresinde artışa yol açması ve tedavi direncini arttırması ile ilişkili olarak travma öyküsü olan depresif hastalarda daha sık hospitalizasyon gerekmesi ile açıklanabilir.

Major depresyon intihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar arasında en önde gelmektedir. Çalışmalar intihar olasılığını yordamada problem çözme becerilerinde yetersizlik, öfke ve dürtüselliliğin önemli olduğunu ortaya koymaktadır (208, 209). Çalışmamızda rekürren depresyon hastalarında intihar girişimi ile DDGÖ toplam puanı, etkin strateji bulmada ve impuls kontrolünde güçlük alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımız intihar ile ilişkili olumsuz duygularla başa çıkabilme, problem çözme becerisi ve dürtü kontrolü gibi değişkenleri inceleyen çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Bulgularımız rekürren depresyon hastalarında hem toplam psikotrop ilaç sayısı hem de antidepresan sayısı ile duygusal tepkilerin kabul edilmesinde güçlük arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişkinin, antidepresan tedavinin olumsuz duygulara yönelik yanlılığı azaltarak duygusal tepkilerin daha olumlu ve başa çıkılabilir olarak değerlendirilmesi üzerindeki etkisi ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Antidepresan tedavinin amigdala yanıtını azalttığını, olumlu uyaranların işlemlenmesini arttırırken, olumsuz uyaranların işlemlenmesi azalttığını ortaya koymuştur. Duygusal uyaranı işlemede yanlılığı azalan hastanın duygusal bağlantılarını daha sağlıklı bir düzlemde yeniden kurduğu ifade edilmektedir (210, 211).

Rekürren depresyon hastalarında hastalık özellikleri ile GZOT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde EKT seans sayısı ile GZOT puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. EKT'nin erken dönemde kognitif fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkileri bilinmekle birlikte uzun süreli izlem çalışmalarının sayısı kısıtlıdır. 84 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde EKT sonrası subakut dönemde, bilişsel performansta önemli bir azalma olduğu, ancak uzun süreli takipte işleme, anterograd bellek ve yürütücü işlevlerde küçük ila orta

dereceli bir iyileşme olduğu ortaya konmuştur (212). EKT'nin sinaptik plastisite, hücre proliferasyonu ve nörotropik faktörlerde meydana getirdiği artışla ilişkili olarak depresyondaki kognitif bozulmaları azaltabileceği ifade edilmektedir (213). Çalışmamızda kompleks bir bilişsel süreç olan ZK'yı değerlendiren GZOT puanlarının EKT seans sayısı ile pozitif ilişkili bulunması, EKT'nin uzun dönemde kognitif fonksiyonlar üzerindeki olumlu etkileri ile kısmen ilişkilendirilebilirse de bu alanda daha geniş örneklemli çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Gelişim psikolojisi araştırmaları adaptif duygu düzenlemenin birincil bakım verenlerle etkileşim ile öğrenildiğini, çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismarın özellikle eylemin failinin temel bakım verenlerden biri ise, duygu düzenleme kapasitesinin gelişiminin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (214). Çalışmalarda çocukluk çağı travma öyküsü olan bireylerin kontrollere göre olumsuz duyguları tanıma ve başa çıkma, duygu veya dürtülerini düzenlemede daha fazla güçlük yaşadıkları ortaya konmuştur (215, 216). Çocukluk çağı travma öyküsü; duygusal farkındalık ve netlikte azalma, olumsuz duyguların kabulünde güçlük, dürtü kontrolü zorlukları, hedefe yönelik davranışlarda bulunmakta zorluklar ve fonksiyonel duygu düzenleme stratejilerinin zayıf kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (214). Çalışmamızda literatürde ortaya konan bulgularla uyumlu olarak rekürren depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları ile duygulanım düzenlemede güçlük puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir **(bkz.Tablo.7)**. Ayrıca bir duygudurum bozukluğu olaran majör depresyonda bekleneceği üzere, HAMD puanları ile DDGÖ toplam ve alt test puanları arasında pozitif ilişki gösterilmiştir.

Remisyonda depresyon hastalarında klinik ölçek puanları incelendiğinde, depresif belirtileri daha erken yaşta başlayan remisyon hastalarının duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı, ayrıca uzun hastalık süresine sahip hastaların GZOT puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür **(bkz.tablo.6)**. Remisyonda depresyon hastalarında CRTÖ toplam puanı, duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları ile DDGÖ duygusal tepkilerin kabul edilmemesi alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki mevcuttur. **(bkz.Tablo.8)**. Diğer yandan, GZOT puanları ile HAMD puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanması dikkat çekicidir. Çalışmamızda kesitsel olarak remisyonda depresyon

hastalarının %23.3'ü (n=7) HAMD puanlarına göre hafif depresif belirtiler gösterirken, %76.7'sinde (n=23) depresif belirti saptanmamıştır. Literatürde depresif bireylerin ZK görevlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük performans gösterdiğine yönelik çok sayıda bulgu mevcut olmakla birlikte, depresif semptom şiddetinin ZK becerileri ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar şaşırtıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Poletti ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, major depresyon hastalarının duygusal ZK becerisinde kontrol grubuyla kıyaslandığında daha başarılı olduğu sonucuna varılmıştır. Bulgular hafif şiddetli depresyon belirtileri yaşayan kişilerin, sosyal çevreleri üzerinde kontrol sahibi olmak için aşırı duyarlı olabileceği, bunun tersine şiddetli depresyon belirtileri yaşayan kişilerin sosyal ilişkilerini umutsuz olarak nitelendirerek sosyal bilgiye dikkat etmeyi bırakabileceği şeklinde yorumlanmıştır (152). Bu bilgilerden yola çıkarak bulgularımız, depresif duygu durum ve duygusal ZK arasında eğrisel bir ilişki olduğu ve hafif depresif kişiler daha üstün ZK performansı gösterirken, depresyonun şiddeti arttıkça ZK performansının azaldığı yönündeki verileri destekler niteliktedir.

Kişinin kendi duygusal deneyimlerini tanımada yaşadığı güçlükler, başkalarının bilişsel ve emosyonel süreçlerini anlamada ve kişilerarası ilişkileri düzenlemede zorluklara yol açmaktadır (217). Çalışmamızda emosyonel netlik sağlamada güçlük yaşayan remisyonda depresyon hastalarının GZOT puanlarının daha düşük olması, bu bireylerin başkalarının zihinsel durumlarını kavramada daha başarısız oldukları önermesi ile örtüşmektedir.

Depresyon hastalarında bağlanma: Çalışmamızın ikinci bölümünde gruplar bağlanma stillerine göre karşılaştırılmış, daha sonra rekürren ve remisyonda depresyon hastaları birleştirilerek depresyon grubundaki tüm hastalar güvenli ve güvensiz bağlanma stillerine göre iki gruba ayrılmıştır. Gruplar incelendiğinde; rekürren ve remisyonda depresyon gruplarında güvensiz ve güvenli bağlanmanın (sırasıyla %80 ve %20) aynı oranlarda görüldüğü, kontrol grubundaki katılımcıların ise %76.7'sinin güvenli, %23.3'ünün güvensiz bağlandığı tespit edilmiştir. Depresyon gruplarında güvensiz bağlanmanın sağlıklı kontrollere göre anlamlı oranda daha fazla olduğu izlenmiştir (**bkz.tablo.9**). Ancak çalışmamızda rekürren ve remisyonda depresyon grupları arasında bağlanma stilleri açısından farklılık olmadığı bulunmuştur. Tartışmanın ilk bölümlerinde çocukluk çağı travmalarının

rekürren depresyon grubunda anlamlı oranda daha fazla görüldüğüne ilişkin tartışmamız da dikkate alındığında, bulgularımız Pielage ve arkadaşlarının güvensiz bağlanma örüntüsünün aracı değişkenden çok nedensel bir faktör olduğunu ve stresli olayların bağlanma stilleri ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye aracılık ettiği yönündeki bulguları ile paralellik göstermektedir. Güvensiz bağlanmada tipik olduğu üzere, yüksek kaygı ve kaçınma düzeyi kişilerin yaşam deneyimlerini daha stresli algılamalarına ve psikopatolojiye daha yatkın olmalarına neden olabilir. Öte yandan, güvensiz bağlanma ve psikopatolojinin ortak gelişimsel süreçleri nedeniyle aralarında nedensel bir ilişki olmaktan ziyade büyük oranda binişen süreçler olarak ele alınabilecekleri de ileri sürmektedir(218).

Psikiyatrik tanı grupları ile yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanan bireylerin güvenli bağlananlara oranla daha fazla depresyon tanısı aldıkları ya da daha şiddetli depresif belirtiler gösterdikleri bulunmuştur (219). Sonuçlarımız literatürde güvensiz bağlanma ile depresyon ilişkisini ortaya koyan çalışmalar ile paralellik göstermekte, güvensiz bağlanmanın depresyon gelişiminde önemli bir öngördürücü olabileceği önermesini desteklemektedir. Ancak bağlanma stili açısından depresyonun şiddeti ve duygu düzenlemede güçlükler açısından gruplar arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bu durumun örneklem sayımızın azlığı ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Tek depresif atak sonrası remisyon ile takip edilen hasta grubunun ileride tekrarlayıcı özellik gösterebilmesi oldukça muhtemel olduğundan daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda güvensiz bağlanan depresyon hastalarında aile içi şiddet açısından (%93.8) anlamlı bir yığılma olduğu; bu hastalarda duygusal ve fiziksel ihmal, duygusal ve fiziksel istismar puanlarının güvenli bağlanma stiline sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (**bkz.tablo.10, 12**). Bulgularımızla paralel olarak, yakın tarihli bir çalışmada, çocukluk çağı ihmal ve istismar yaşantıları erişkinlikte depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiş, bu ilişkiye güvensiz bağlanmanın aracılık ettiği öne sürülmüştür (220). Başka bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının korkulu ve kaçınan bağlanma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (221). Türkiye’de yapılan bir çalışmada bir psikiyatri servisinde birinci eksen tanısıyla yatmakta olan tüm hastalar arasında,

çocukluk çağı travması olan kadın hastalarda daha fazla güvensiz bağlanma biçimi saptanmıştır (94). Çalışmamızda güvensiz bağlanan depresyon hastalarında cinsel istismar dışında tüm travma alt tipleri anlamlı olarak daha yüksek oranlarda görülmektedir. Cinsel istismar ile güvensiz bağlanma, duygulanım düzenleme güçlükleri ve intihar davranışı gibi pek çok olumsuz sonuç arasında anlamlı ilişki ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur (222, 223). Çalışmamızda cinsel istismar öyküsü bulunan hasta sayısının az olması nedeniyle istatistiksel açıdan sağlıklı bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Bağlanma teorisine göre, ihmal ve istismara uğrayan çocuğun, kendisi ve diğerleri hakkında düşünce, inanç ve beklentileri olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca, çaresizlik, değersizlik hisleri ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı depresyon, kaygı bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi psikopatolojiler açısından riskin önemli ölçüde artmasına yol açmaktadır (94). Bowlby, güvenli bağlanmanın ancak çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı ve tutarlı yanıt verilebildiği bir ortamda sağlanabileceğini ifade etmektedir. Aile içi şiddet bir yandan çocuğun kendisini güvende ve sevilen biri olarak hissedememesine yol açarken, diğer yandan da ailedeki şiddet davranışı uygun ebeveynlik etkinliklerine de ket vurmaktadır (224). Ülkemizde aile içi şiddete çoğunlukla kadınlar ve çocuklar maruz kalmaktadır. Araştırmalar, aile içi şiddete maruz kalan kadınların çocuklarında hem davranışsal hem de duygusal sorunların akranlarına kıyasla anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (225). Zeanah ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, daha fazla eş şiddeti yaşayan annelerin çocuklarında dezorganize bağlanma paterninin daha yüksek olduğu görülmüştür(226).

Literatürde erişkin bağlanma stili ile ZK becerilerini bir arada inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Sınır kişilik bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalar, kaygılı yada saplantılı bağlanmanın zihinselleştirme becerilerinin gelişimini baltaladığı ve duygulanım düzenleme sistemlerinde işlevsizliğe yol açarak hiperaktivasyon stratejilerini aktifleştirdiğini ortaya koymaktadır (227). Başka bir gözden geçirme çalışmasında yeme bozukluğu olan hastalarda güvensiz bağlanmanın kontrol grubuna kıyasla daha fazla görüldüğü ve hasta grubunda mentalizasyon kapasitesinin anlamlı olarak daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (228). Çalışmamızda bağlanma stillerine göre yapılan karşılaştırmada ZK performansı

açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan, literatürle uyumlu olarak rekürren depresyon hastalarının remisyonda depresyon ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında GZOT puanlarının anlamlı olarak daha düşük bulunduğu ayrıca depresyon hastalarında depresyon şiddeti, hastalık süresi ve atak sayısı arttıkça GZOT test performansında azalma olduğuna yönelik bulgularımız dikkate alındığında ZK performansındaki bozulmaların bağlanma stilinden ziyade depresif bozukluğun şiddeti ve kronisite ile ilişkilendirilebileceği sonucuna varılmaktadır. Ancak ileriki çalışmaların daha geniş bir örnekleme ve yapılması daha geçerli ve genellebilir sonuçlar elde edilmesine olanak tanıyacaktır.

Bağlanma stillerine göre incelendiğinde, hem güvenli hem de güvensiz bağlanan depresyon hastalarında uzun süreli hastalık ve daha fazla sayıda depresif atak öyküsü olan bireylerin duygulanım düzenleme süreçlerinde belirgin olarak daha fazla güçlük yaşadıkları **(bkz.tablo.13, 15)** bununla birlikte, HAMD puanları daha yüksek olan depresyon hastalarının etkin strateji geliştirmede daha başarısız oldukları görülmektedir **(bkz.tablo.14,16)**. Önceki çalışmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin, olumsuz bir olay karşısında kendini ve ötekileri suçlamayı, ruminasyonu ve felaketleştirmeyi daha sıklıkla kullandıklarını, olumlu yeniden değerlendirme gibi uyumlu stratejilere ise daha az başvurduklarını ayrıca duygu düzenleme süreçlerinde yaşanan güçlüklerin depresif semptomların şiddeti ile ilişkili olduğu yönünde tutarlı bulgular ortaya koymaktadır (196, 229).

Bir duygulanım düzenleme güçlüğü olarak depresyonda ZK, bağlanma biçimleri, erken dönem olumsuz yaşantılarının şekli birçok çalışmada ele alınmıştır. Çalışmaların çoğu aktif belirtileri olan hasta gruplarında yapılmıştır. Söz konusu faktörlerin bu bozuklukların süregenleşmesi, tedavi yanıtı ve hastalık seyri üzerindeki etkilerine yönelik literatürde az sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bağlanma biçimleri ve zihin kuramı yetilerindeki bozuklukların depresif bozukluk üzerindeki etkisini bir arada araştıran çalışma sayısı da sınırlıdır. Çalışmamızın bu yönlerden literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda kronik rekürren depresyon ve remisyonda depresyon hastaları çocukluk çağı travmaları, bağlanma stili, duygulanım regülasyonu ve zihin kuramı yetileri açısından ayrı ayrı değerlendirilmiş ve sağlıklı

kontrol grubu ile karşılaştırılarak depresyonun ortaya çıkışı, hastalık seyri, tedavi yanıtı ve süregenleşmesinde bu faktörlerin aracı rolü araştırılmıştır. Çocukluk çağı ihmal ve istismar öyküleri ÇRTÖ ile detaylı şekilde incelenmiş, buna ek olarak bireylerin bağlanma örüntüsünü ve depresyona yatkınlığını etkileyebilecek ebeveyn kaybı, maddi güçlük, boşanma, taşınma/göç, akran şiddeti gibi olumsuz yaşam olayları ile çocukluk çağı davranış sorunları, ayrılma anksiyetesi gibi maddeler ayrıca ele alınmıştır. Araştırma bulguları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve güvenli olmayan yetişkin bağlanma özellikleri ile yetişkinlikteki depresif belirtiler ilişkisinde zihin kuramı özelliklerinin farklı şekillerde rollerinin olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle majör depresif bozukluğu değerlendirirken ve tedavi süreçlerini planlarken çocukluk çağı yaşam olayları ile zihin kuramı ve altında yatan kavramların ele alınmasının önemli katkılar yaratacağı düşünülmektedir.

Çalışmamız bazı kısıtlılıklar da içermektedir. Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Depresif semptomların şiddeti, hastalığın seyri ve duygulanım düzenleme süreçleri dönemsel olarak değişkenlik gösterebileceğinden uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın örneklem sayısının az olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Buna ek olarak örneklem sayısının sınırlılığı ve kontrol grubunda istatistiksel olarak az sayıda güvensiz bağlanan birey bulunması nedeniyle bağlanma stilinin diğer değişkenler üzerine etkisi yalnızca hasta grubunda değerlendirilebilmiştir. Bu bağlamda, ileriki çalışmalarda bulguların daha geniş örneklemde test edilmesi daha geçerli ve genellenebilir sonuçlar elde edilmesi açısından önemli görülmektedir. Örneklemle ilgili bir diğer kısıtlılık da kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısından daha fazla olmasıdır. Major depresyonun kadın popülasyonda erkeklere oranla daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bununla birlikte literatürdeki çalışmalar kadınların zihin kuramı ölçümlerinde erkeklere göre daha yüksek performans gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda uygulanan klinik ölçekler cinsiyet değişkeni üzerinden değerlendirilmemiştir ancak ileride yeni yapılacak çalışmalarda cinsiyet farklılıklarının da saptanabilmesi amacıyla kadın ve erkek katılımcı sayılarının

birbirine daha yakın olduğu bir örneklemele çalışılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Başka bir sınırlılık, araştırma verilerinin toplandığı ölçüm araçlarının bazılarının özbildirime dayanıyor olmasıdır. Özbildirim ölçeklerinin birçok sınırlılığı bulunmaktadır. Özellikle kişilerin geriye dönük çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin ölçülmesinde bu sınırlılıklar belirginleşmektedir. Katılımcılar depresif duygu durum içinde zihinsel hatırlama yanlılığı gösterebilmektedir. Ayrıca, geriye dönük çocukluk çağı travmalarını değerlendirirken katılımcılar gerçekte ihmal veya istismara maruz kalmış olsalar bile ölçekte bunu doğrudan belirterek kendilerini açmaktan kaçınabilmekte, ölçek sorularını yanıtsız bırakma veya ilgili sorulara inandıklarının tam tersi yönde cevap verme eğilimi gösterebilmektedir. Diğer yandan katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantılarını geriye dönük değerlendirirken hatırlamakta zorlanabilecekleri veya bilinç dışında yaşadıkları acı verici olayları bastırmış olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Katılımcıların yetişkin bağlanma stillerinin ölçülmesinde özbildirime dayalı ölçeklerin yanı sıra bireysel görüşmelerin kullanılmasının sonuçların dış geçerliliğini arttıracakı düşünülmektedir. Ek olarak, bu çalışmanın istismarı ya da ihmali uygulayan kişi, yakınlık derecesi, istismar veya ihmalin başlama yaşı, hangi gelişimsel aşamada ve ne kadar süre maruz kaldığı gibi istismar ve ihmal öyküsünün daha ayrıntılı boyutlarını inceleyememiş olması, çalışmanın bir başka kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda ek tıbbi hastalık varlığı, ilaç öyküsü, depresif atak sayısı gibi bazı bilgiler katılımcıların beyanları yoluyla elde edilmiştir. Katılımcıların hatırlama faktörü nedeniyle eksik yada yanlış bilgi verme olasılığı göz önünde bulundurulduğunda, hastalarla ilgili tıbbi bilgilerin resmi kayıtlara dayandırılmamış olması çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır

Çalışmamızda ZK yetilerinin değerlendirilmesi amacıyla Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) Türkçe Versiyonu kullanılmıştır. GZOT ZK'nın duygusal boyutuna ilişkin daha fazla bilgi veriyor iken, bilişsel boyutuna ilişkin sınırlı bilgi sağlamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda depresyon hastalarında bilişsel ZK yeterince değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda bağlanma stillerini değerlendirmek amacıyla Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek bağlanma biçimlerinin güvenli, kaygılı-güvensiz ve kaçınan-güvensiz olarak kategorize edilmesine olanak tanımaktadır. Çalışmamızda örneklem sayımızın sınırlılığı nedeniyle istatistiksel analizlerde daha sağlıklı bulgular elde etmek amacıyla kaçınan ve kaygılı alt tipler güvensiz bağlanma olarak tek bir grupta birleştirilmiş, bağlanma stili güvensiz ve güvenli olarak iki kategoride değerlendirilmiştir. Güvensiz bağlanmanın kaçınan ve kaygılı alt boyutlarının diğer değişkenlerle ilişkilerinin inceleneceği ileriki çalışmalarda, daha geniş bir örneklem grubu oluşturulması önerilir. Ayrıca araştırmamızda nedenselliğe ilişkin çıkarımların yapılamaması ve araştırma bulgularının yalnızca ilişkisellik sınırları içinde değerlendirilebilmesi bir diğer kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇLAR

Rekürren depresyon hastalarının bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmalarına maruziyet, duygu regülasyonunda güçlük ve zihin kuramı becerileri açısından tek atak remisyon hastaları ve kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermedikleri ve olası farklılıkların hastalığın süregenleşmesi ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olup olmadıklarının araştırılmasını amaçlayan çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir:

1. Rekürren depresyon hastalarında ÇRTÖ toplam puanları hem remisyonunda depresyon hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden anlamlı olarak daha yüksektir.
2. Hem rekürren hem de remisyonunda depresyon grubundaki hastaların sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağında daha fazla fiziksel ve duygusal ihmale uğradığı görülmektedir.
3. Rekürren depresyon hastalarında toplam ÇRTÖ puanı ile toplam DDGÖ, etkin stratejiler bulmada güçlük, impuls kontrolünde güçlük alt test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının erişkin duygudurum düzenleme süreçleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.
4. Rekürren depresyon hastalarında emosyonel netlik güçlüğü dışındaki tüm alt ölçek puanları ve toplam DDGÖ puanı ve hem remisyonunda depresyon hastalarından hem de sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden anlamlı olarak daha yüksektir. Remisyonunda depresyon hastalarının da DDGÖ toplam ve etkin strateji bulmada güçlük puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, depresyonda duygu düzenleme becerilerindeki bozulmanın sadece depresif döneme özgü olmadığını ortaya koymaktadır.
5. Remisyonunda depresyon hastalarında GZOT puanları ile HAMD puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgularımız, depresif duygu durum ve duygusal ZK arasında eğrisel bir ilişki olduğu ve hafif depresif kişiler daha üstün ZK performansı gösterirken, depresyonun şiddeti arttıkça ZK performansının azaldığı yönündeki verileri desteklemektedir.

6. Rekürren ve remisyonunda depresyon gruplarında güvensiz ve güvenli bağlanmanın (sırasıyla %80 ve %20) aynı oranlarda görüldüğü, kontrol grubundaki katılımcıların ise %76.7'sinin güvenli, %23.3'ünün güvensiz bağlandığı tespit edilmiştir. Bulgularımız literatürde güvensiz bağlanma ile depresyon ilişkisini ortaya koyan önceki çalışmalar ile paralellik göstermekte, güvensiz bağlanmanın depresyon gelişiminde önemli bir öngördürücü olabileceği önermesini desteklemektedir. Ancak çalışmamızda rekürren ve remisyonunda depresyon grupları arasında bağlanma stilleri açısından farklılık olmadığı bulunmuştur.
7. Çalışmamızda güvensiz bağlanan depresyon hastalarında aile içi şiddet açısından (%93.8) anlamlı bir yığılma olduğu; bu hastalarda duygusal ve fiziksel ihmal, duygusal ve fiziksel istismar puanlarının güvenli bağlanma stiline sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgularımız, literatürde çocukluk çağı döneminde maruz kalınan travmaların olumsuz psikososyal sonuçlara ve bağlanma bozukluklarına neden olabileceğini ortaya koyan çalışmalarla uyumludur.
8. Rekürren depresyon hastalarının remisyonunda depresyon ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında GZOT puanlarının anlamlı olarak daha düşük bulunduğu, ayrıca depresyon hastalarında depresyon şiddeti ve hastalık süresi arttıkça GZOT test performansında azalma olduğu görülmüştür. Bağlanma stillerine göre yapılan karşılaştırmada ise ZK performansı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bulgularımız ZK performansındaki bozulmaların bağlanma stilinden ziyade depresif bozukluğun şiddeti ve kronisite ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir. Ancak ileriki çalışmaların daha geniş bir örnekleme ve yapılması daha geçerli ve genellebilir sonuçlar elde edilmesine olanak tanıyacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Bowlby J. Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger (Vol. 2). new york: Basic Books; 1973.
2. Bowlby J. Rief and Mourning in Infancy and Early Childhood. The psychoanalytic study of the child. 1960;15(1):9-52.
3. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. Journal of personality and social psychology. 1994;66(1):127.
4. Cukor D, McGinn LK. History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. Journal of Child Sexual Abuse. 2006;15(3):19-34.
5. Shevlin M, McElroy E, Murphy J. Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2015;50(4):591-601.
6. Brüne M, Brüne-Cohrs UJN, Reviews B. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. 2006;30(4):437-55.
7. Ontai LL, Thompson RA. Attachment, parent–child discourse and theory-of-mind development. Social Development. 2008;17(1):47-60.
8. Knight MJ, Baune BTJD, anxiety. Social cognitive abilities predict psychosocial dysfunction in major depressive disorder. 2019;36(1):54-62.
9. Bora E, Berk MJload. Theory of mind in major depressive disorder: a meta-analysis. 2016;191:49-55.
10. Bowlby JJTBJoP. The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. 1977;130(3):201-10.
11. Bowlby JJRHF, W., Buhrmester DM, Development mTnoriBsvlJoB. Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). 1969;33:470-8.
12. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: Routledge; 2012.
13. Bowlby J. A secure base: Routledge; 2012.
14. Bowlby JJJJoP. Forty-four juvenile thieves. 1944;25(19):1.
15. Bowlby J. Maternal care and mental health: World Health Organization Geneva; 1951.
16. Ainsworth MS, Bowlby JJAp. An ethological approach to personality development. 1991;46(4):333.
17. Suomi SJJAtS, developmental, perspectives c. The influence of attachment theory on ethological studies of biobehavioral development in nonhuman primates. 1995.
18. Seay B, Harlow HFJJoN, Disease M. Maternal separation in the rhesus monkey. 1965.
19. Hinde R, Spencer-Booth YJPe. The effect of social companions on mother-infant relations in rhesus monkeys. 1967:267-86.
20. Ainsworth MDS. Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love. 1967.
21. Bell SM, Ainsworth MDSJCD. Infant crying and maternal responsiveness. 1972:1171-90.
22. Ainsworth MDS, Bell SMJCD. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. 1970:49-67.
23. Bretherton IJDp. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. 1992;28(5):759.
24. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJJM-PQoB, Development. Individual differences in the development of some attachment behaviors. 1972;18(2):123-43.
25. Stayton DJ, Ainsworth MDJDP. Individual differences in infant responses to brief, everyday separations as related to other infant and maternal behaviors. 1973;9(2):226.

26. Stayton DJ, Ainsworth MD, Main MBJP. Development of separation behavior in the first year of life: Protest, following, and greeting. 1973;9(2):213.
27. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. 1986.
28. Main M, Solomon J, Aitpy T, research, intervention. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. 1990;1:121-60.
29. Bowlby J. Attachment and Loss, Volume I Attachment: Penguin Books; 1969.
30. Strathearn L, Li J, Fonagy P, Montague PRJP. What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. 2008;122(1):40-51.
31. Insel TR, Young LJNRN. The neurobiology of attachment. 2001;2(2):129.
32. Moriceau S, Sullivan RMJDPTJotISfDP. Neurobiology of infant attachment. 2005;47(3):230-42.
33. Bartels A, Zeki SJN. The neural correlates of maternal and romantic love. 2004;21(3):1155-66.
34. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. 2004;7(8):847.
35. Pruessner JC, Champagne F, Meaney MJ, Dagher AJJoN. Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [¹¹C] raclopride. 2004;24(11):2825-31.
36. Uvnäs-Moberg KJP. OXYTOCIN MAY MEDIATE THE BENEFITS OF POSITIVE SOCIAL INTERACTION AND EMOTIONS1. 1998;23(8):819-35.
37. Strathearn LJJon. Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. 2011;23(11):1054-65.
38. Montague PR, Hyman SE, Cohen JDJN. Computational roles for dopamine in behavioural control. 2004;431(7010):760.
39. Champagne FA, Chretien P, Stevenson CW, Zhang TY, Gratton A, Meaney MJJoN. Variations in nucleus accumbens dopamine associated with individual differences in maternal behavior in the rat. 2004;24(17):4113-23.
40. Numan M, Numan MJ, Pliakou N, Stolzenberg DS, Mullins OJ, Murphy JM, et al. The effects of D1 or D2 dopamine receptor antagonism in the medial preoptic area, ventral pallidum, or nucleus accumbens on the maternal retrieval response and other aspects of maternal behavior in rats. 2005;119(6):1588.
41. Shahrokh DK, Zhang T-Y, Diorio J, Gratton A, Meaney MJJE. Oxytocin-dopamine interactions mediate variations in maternal behavior in the rat. 2010;151(5):2276-86.
42. Hall F, Wilkinson L, Humby T, Inglis W, Kendall D, Marsden C, et al. Isolation rearing in rats: pre-and postsynaptic changes in striatal dopaminergic systems. 1998;59(4):859-72.
43. Antonucci T, Akiyama H, Takahashi KJA, development h. Attachment and close relationships across the life span. 2004;6(4):353-70.
44. Ma KJAiPT. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. 2006;12(6):440-9.
45. Hazan C, Shaver P, Bradshaw DJTPoL. Love as attachment: The integration of three behavioral systems. RJ Sternberg, ML Barnes. 1988.
46. Hazan C, Shaver PJJop, psychology s. Romantic love conceptualized as an attachment process. 1987;52(3):511.
47. Bartholomew K, Horowitz LMJJop, psychology s. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. 1991;61(2):226.
48. Cooper ML, Shaver PR, Collins NLJJop, psychology s. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. 1998;74(5):1380.
49. Çalisir MJPGY. Yetiskin Baglanma Kurami ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi/The Relationship of Adult Attachment Theory and Affect Regulation Strategies to Depression. 2009;1(3):240.

50. Mikulincer M, Sheffi EJM, Emotion. Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. 2000;24(3):149-74.
51. Zeanah CH, Gleason MMJoCP, Psychiatry. Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. 2015;56(3):207-22.
52. Guedeney AJIMHJOPoTWaflMH. From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. 1997;18(4):339-49.
53. Cassidy J, Main MJFip. The relationship between infant-parent attachment and the ability to tolerate brief separation at six years. 1984;2:132-6.
54. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Hérot C, Friedman D, Snidman N, et al. Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. 2001;158(10):1673-9.
55. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JRJoacp. Parent and peer attachment in early adolescent depression. 1990;18(6):683-97.
56. Bartholomew KJoS, relationships P. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. 1990;7(2):147-78.
57. Shear MKJTAjop. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. 1996;153(7):125.
58. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni PJP. Attachment and panic disorder. 2002;35(6):347-54.
59. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El DJP, et al. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. 2012;85(2):163-78.
60. Meredith P, Ownsworth T, Strong JJCpr. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. 2008;28(3):407-29.
61. Caspers KM, Yucuis R, Troutman B, Spinks RJSAT, Prevention,, Policy. Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. 2006;1(1):32.
62. De Rick A, Vanheule S, Verhaeghe PJSU, Misuse. Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. 2009;44(1):99-114.
63. Broberg AG, Hjalms I, Nevonen LJEEDRTPJotEDA. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18-to 24-year-old patients and normal controls. 2001;9(6):381-96.
64. Joyce PRJoAD. Parental bonding in bipolar affective disorder. 1984;7(3-4):319-24.
65. Morriss RK, van der Gucht E, Lancaster G, Bentall RPJP, Psychotherapy: theory r, practice. Adult attachment in bipolar 1 disorder. 2009;82(3):267-77.
66. KÖKÇÜ F, Kesebir SJTPD. The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms: a controlled study on bipolar patients and their children. 2010;21(4):309.
67. Ponizovsky AM, Vitenberg E, Baumgarten-Katz I, Grinshpoon AJP, Psychotherapy: Theory R, Practice. Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: relationships to symptomatology and emotional distress. 2013;86(2):164-82.
68. Harder SJSb. Attachment in Schizophrenia—implications for research, prevention, and Treatment. 2014;40(6):1189-93.
69. Declercq F, Willemsen JJCP, Theory PAJJo, Practice. Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. 2006;13(4):256-63.
70. O'Connor M, Elklit AJA, development h. Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. 2008;10(1):59-71.

71. Valikhani A, Abbasi Z, Radman E, Goodarzi MA, Moustafa AAJTJoP. Insecure Attachment and Subclinical Depression, Anxiety, and Stress: A Three-Dimensional Model of Personality Self-Regulation As a Mediator. 2018;152(8):548-72.
72. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg DJM, emotion. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. 2003;27(2):77-102.
73. Fredrickson BLJAp. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. 2001;56(3):218.
74. Waters HS, Rodrigues LM, Ridgeway DJJoecp. Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. 1998;71(3):211-34.
75. Mikulincer M, Birnbaum G, Woddis D, Nachmias OJJop, psychology s. Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. 2000;78(3):509.
76. Sund AM, Wichstrøm LJJotAAoC, Psychiatry A. Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. 2002;41(12):1478-85.
77. Bifulco A, Moran P, Ball C, Bernazzani OJSP, Epidemiology P. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. 2002;37(2):50-9.
78. Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JDJJop, psychology s. Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. 1996;70(2):310.
79. İnce B, Şimsek ÖF, Özbek LJCP. Attachment and depression: The mediating roles of personal life projects and emotional intelligence. 2019:1-11.
80. Sabuncuoğlu O, Berkem MJTPD. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. 2006;17(4):252-8.
81. Murray L, Halligan SL, Adams G, Patterson P, Goodyer IMJD, Psychopathology. Socioemotional development in adolescents at risk for depression: the role of maternal depression and attachment style. 2006;18(2):489-516.
82. Organization WH. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva: World Health Organization; 1999.
83. Yurdakök KJKPD. Çocuk istismarı ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. 2010;32(4):423-34.
84. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. 2010;197(5):378-85.
85. Health UDo, Services H. Child Welfare Outcomes 2008-2011-Report to Congress. 2013.
86. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak BJAPD. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları1/Probable results of childhood abuse and neglect. 2001;2(2):69.
87. Hizmetler BS, Kurumu-UNICEF ÇE. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. 2010.
88. KILIÇ A, ÖZÇETİN MJFTD. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önlemede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. 2018;23(3).
89. Akco S, Dagli T, Inanici MA, Kaynak H, Oral R, Sahin F, et al. Child abuse and neglect in Turkey: professional, governmental and non-governmental achievements in improving the national child protection system. 2013;33(4):301-9.
90. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. 2006;256(3):174-86.
91. Putnam KT, Harris WW, Putnam FWJJots. Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. 2013;26(4):435-42.
92. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EAJAJoPAPD. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. 2011;12(2).
93. Fossati A, Gratz KL, Somma A, Maffei C, Borroni SJJopd. The mediating role of emotion dysregulation in the relations between childhood trauma history and adult attachment and

- borderline personality disorder features: a study of Italian nonclinical participants. 2016;30(5):653-76.
94. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Bilgin H, Tomruk NBJJocn. The relationship between attachment styles and childhood trauma: a transgenerational perspective—a controlled study of patients with psychiatric disorders. 2016;25(15-16):2357-66.
 95. Grady MD, Yoder J, Brown AJJoiv. Childhood maltreatment experiences, attachment, sexual offending: testing a theory. 2018:0886260518814262.
 96. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer NJSp, et al. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. 2006;41(10):796-805.
 97. Dragan MJEJoT, Dissociation. Adverse experiences, emotional regulation difficulties and psychopathology in a sample of young women: Model of associations and results of cluster and discriminant function analysis. 2018.
 98. Bernet CZ, Stein MBJD, anxiety. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. 1999;9(4):169-74.
 99. GÜL A, GÜL H, ÖZEN NE, BATTAL S. Major Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Başa Çıkma Tutumlarının Cinsiyete Özgü Farklılıkları.
 100. 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.
 101. 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.
 102. Palisoc BM, Pritchard LM, Hensleigh E. An Introduction: Quantification of the Hippocampal BDNF Content of Maternally Separated Rats Using a Western Blot Protocol. 2014.
 103. Premack D, Woodruff GJB, sciences b. Does the chimpanzee have a theory of mind? 1978;1(4):515-26.
 104. Wimmer H, Perner JJC. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. 1983;13(1):103-28.
 105. Leslie AMJPr. Pretense and representation: The origins of" theory of mind.". 1987;94(4):412.
 106. Davies M, Stone T. Folk psychology: The theory of mind debate. 1995.
 107. Flavell JHJM-PQ. Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. 2004:274-90.
 108. Gallese V, Goldman AJTics. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. 1998;2(12):493-501.
 109. Vogeley K, Bussfeld P, Newen A, Herrmann S, Happé F, Falkai P, et al. Mind reading: neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. 2001;14(1):170-81.
 110. Meltzoff ANJJocd. Origins of theory of mind, cognition and communication. 1999;32(4):251-69.
 111. Gopnik A, Wellman HMJM, Language. Why the child's theory of mind really is a theory. 1992;7(1-2):145-71.
 112. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith UJC. Does the autistic child have a "theory of mind"? 1985;21(1):37-46.
 113. Wellman HM, Cross D, Watson JJCd. Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. 2001;72(3):655-84.
 114. Perner J, Wimmer HJJocp. "John thinks that Mary thinks that..." attribution of second-order beliefs by 5-to 10-year-old children. 1985;39(3):437-71.
 115. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RTJJocn. Frontal lobe contributions to theory of mind. 1998;10(5):640-56.
 116. Happé FGJC. Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. 1993;48(2):101-19.

117. Baron-Cohen S, O'riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted KJ. Disorders of recognition of false beliefs by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. 1999;29(5):407-18.
118. Değirmencioğlu B. İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
119. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz YJPr. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. 2007;149(1-3):11-23.
120. Tager-Flusberg H, Sullivan KJC. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. 2000;76(1):59-90.
121. Flavell JHJArop. Cognitive development: Children's knowledge about the mind. 1999;50(1):21-45.
122. Şahin B, Bozkurt A, Usta MB, Aydın M, Çobanoğlu C, Karabekiroğlu KJPGY. Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobiyoloji, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar.10:9-.
123. Baron-Cohen S, Wheelwright SJ. Disorders of the empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. 2004;34(2):163-75.
124. Fabbri-Destro M, Rizzolatti GJP. Mirror neurons and mirror systems in monkeys and humans. 2008;23(3):171-9.
125. Gallagher HL, Happé F, Brunswick N, Fletcher PC, Frith U, Frith CDJN. Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. 2000;38(1):11-21.
126. Fletcher PC, Happe F, Frith U, Baker SC, Dolan RJ, Frackowiak RS, et al. Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. 1995;57(2):109-28.
127. Gallagher HL, Frith CDJTics. Functional imaging of 'theory of mind'. 2003;7(2):77-83.
128. Saxe R, Kanwisher NJN. People thinking about thinking people: the role of the temporo-parietal junction in "theory of mind". 2003;19(4):1835-42.
129. Abu-Akel AJBrr. A neurobiological mapping of theory of mind. 2003;43(1):29-40.
130. Baron-Cohen SJJocP, Psychiatry. The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. 1989;30(2):285-97.
131. Corcoran R, Mercer G, Frith CDJSr. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. 1995;17(1):5-13.
132. Bora E, Yucel M, Pantelis CJSr. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. 2009;109(1-3):1-9.
133. Bora E, Pantelis CJSr. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: a meta-analysis. 2016;175(1-3):72-8.
134. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RPJJoad. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. 2003;73(3):253-9.
135. Bora E, Vahip S, Gonul A, Akdeniz F, Alkan M, Ogut M, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. 2005;112(2):110-6.
136. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. 2010;123(1-3):264-9.
137. Basoglu E, Inanc L, Altintas M, Bestepe EEJAPD. A case-control study on the theory of mind, insight and quality of life in patients with bipolar I disorder/Bipolar I bozukluk hastalarinda zihin kurami becerileri, ic goru ve yasam kalitesinin degerlendirildiği olgu-kontrol calismasi. 2018;19(3):235-44.
138. de Sampaio FTP, Soneira S, Aulicino A, Martese G, Iturry M, Allegri RFJPr. Theory of mind and central coherence in eating disorders: Two sides of the same coin? 2013;210(3):1116-22.

139. Dolan M, Fullam RJPm. Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. 2004;34(6):1093-102.
140. Arntz A, Bernstein D, Oorschot M, Schobre PJTJon, disease m. Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. 2009;197(11):801-7.
141. Jahshan CS, Sergi MJJSR. Theory of mind, neurocognition, and functional status in schizotypy. 2007;89(1-3):278-86.
142. Caillies S, Bertot V, Motte J, Raynaud C, Abely MJRidd. Social cognition in ADHD: irony understanding and recursive theory of mind. 2014;35(11):3191-8.
143. Hezel DM, McNally RJBt. Theory of mind impairments in social anxiety disorder. 2014;45(4):530-40.
144. Poletti M, Enrici I, Adenzato MJN, Reviews B. Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. 2012;36(9):2147-64.
145. Kupferberg A, Bicks L, Hasler GJN, Reviews B. Social functioning in major depressive disorder. 2016;69:313-32.
146. Bosc MJCP. Assessment of social functioning in depression. 2000;41(1):63-9.
147. Berecz H, Tényi T, Herold RJP. Theory of mind in depressive disorders: a review of the literature. 2016;49(3):125-34.
148. LeeT L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JAJJoAD. Mental state decoding abilities in clinical depression B. 2005;86:247-58.
149. van Randenborgh A, Hüffmeier J, Victor D, Klocke K, Borlinghaus J, Pawelzik MJJoAD. Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. 2012;141(2-3):177-84.
150. Yamada K, Inoue Y, Kanba SJPr. Theory of mind ability predicts prognosis of outpatients with major depressive disorder. 2015;230(2):604-8.
151. Şencan BJPGY. Theory of Mind in Major Depressive Disorder. 2019;11(1):42.
152. Poletti M, Sonnoli A, Bonuccelli U. Mild depressive symptoms are associated with enhanced affective theory of mind in nonclinical adult women. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. 2014;26(2):E63-E4.
153. Fischer-Kern M, Fonagy P, Kapusta ND, Luyten P, Boss S, Naderer A, et al. Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. 2013;201(3):202-7.
154. Laranjo J, Bernier A, Meins E, Carlson SM. Early manifestations of children's theory of mind: The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment. Infancy. 2010;15(3):300-23.
155. Lyvers M, Mayer K, Needham K, Thorberg FA. Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. Journal of clinical psychology. 2019.
156. Fonagy P, Redfern S, Charman T. The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). British Journal of Developmental Psychology. 1997;15(1):51-61.
157. Pollak SD, Nelson CA, Schlaak MF, Roeber BJ, Wewerka SS, Wiik KL, et al. Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. Child development. 2010;81(1):224-36.
158. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version: American Psychiatric Pub; 1997.
159. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu EJAHyb. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. 1999.
160. Hamilton M. The Hamilton rating scale for depression. Assessment of depression: Springer; 1986. p. 143-52.

161. Akdemir A, Türkçapar M, Örsel S, Demirergi N, Dag I, Özbay MJCP. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. 2001;42(2):161-5.
162. Kesebir S, Kokcu F, Dereboy F, editors. Adult attachment style scale: adaptation, reliability and validity study. New Symposium Journal; 2012.
163. ŞAR V, ÖZTÜRK PE, İKİKARDEŞ EJTKJoMS. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. 2012;32(4):1054-63.
164. Rugancı RN, Gençöz TJJoCP. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. 2010;66(4):442-55.
165. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson MJJoCP, Psychiatry. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. 1997;38(7):813-22.
166. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb IJJoCP, psychiatry. The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. 2001;42(2):241-51.
167. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B, Sungu G, Veznedaroglu BJPr. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. 2006;145(2-3):95-103.
168. Donohoe G, Duignan A, Hargreaves A, Morris DW, Rose E, Robertson D, et al. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. 2012;14(7):743-8.
169. YILDIRIM EA, Kasar M, GÜDÜK M, ATEŞ E, KÜÇÜKPARLAK İ, ÖZALMETE EOJTJoP. Investigation of the reliability of the "Reading the Mind in the Eyes Test" in a Turkish population. 2011;22(3).
170. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Warden D, McKinney W, Downing M, et al. Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a STAR* D report. The Journal of clinical psychiatry. 2006.
171. Barnow S, Linden M, Lucht M, Freyberger H-J. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. Journal of affective disorders. 2002;72(1):71-8.
172. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M, Köroğlu M, Uluotku N. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon. 1999.
173. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biological psychiatry. 2005;58(3):175-89.
174. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Archives of general psychiatry. 1995;52(1):11-9.
175. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. General hospital psychiatry. 2007;29(5):409-16.
176. Demirarslan P, Gökalp PG, Ögel K, Babaoğlu A. Kronik depresyonda sosyodemografik ve klinik özellikler: İyileşen major depresyon olguları ile karşılaştırma. Düşünen Adam. 1999;12:4-11.
177. Collins M, Corcoran P, Perry I. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabetic Medicine. 2009;26(2):153-61.
178. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. Diabetes care. 2008;31(12):2383-90.
179. Bhuvaneshwar CG, Baldessarini RJ, Harsh VL, Alpert JE. Adverse endocrine and metabolic effects of psychotropic drugs. CNS drugs. 2009;23(12):1003-21.

180. Balhara YPS. Diabetes and psychiatric disorders. *Indian journal of endocrinology and metabolism*. 2011;15(4):274.
181. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American journal of medicine*. 2005;118(4):330-41.
182. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21(1):14-8.
183. ANNAGÜR BB, TAMAM L. MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR. *AJCI*. 2010;4:111-7.
184. Stubbs B, Vancampfort D, Firth J, Solmi M, Siddiqi N, Smith L, et al. Association between depression and smoking: A global perspective from 48 low-and middle-income countries. *Journal of psychiatric research*. 2018;103:142-9.
185. Addicott MA, Sweitzer MM, McClernon FJ. The Effects of Nicotine and Tobacco Use on Brain Reward Function: Interaction With Nicotine Dependence Severity. *Nicotine & Tobacco Research*. 2018.
186. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;193(4):322-6.
187. Michaels MS, Balthrop T, Pulido A, Rudd MD, Joiner TE. Is the Higher Number of Suicide Attempts in Bipolar Disorder vs. Major Depressive Disorder Attributable to Illness Severity? *Archives of Suicide Research*. 2018;22(1):46-56.
188. Mullinax S, Chalmers CE, Brennan J, Vilke GM, Nordstrom K, Wilson MP. Suicide screening scales may not adequately predict disposition of suicidal patients from the emergency department. *The American journal of emergency medicine*. 2018;36(10):1779-83.
189. Dong M, Zeng L-N, Lu L, Li X-H, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological medicine*. 2018:1-14.
190. Serretti A, Chiesa A, Calati R, Linotte S, Sentissi O, Papageorgiou K, et al. Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263(2):93-103.
191. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004;82(2):217-25.
192. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*. 2002;53(8):1001-9.
193. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*. 2003;37(3):268-77.
194. Cerrato F, Aluisio G, Casadio P, Di Girolamo G, Valente S, De Ronchi D, et al. Adverse childhood experiences, personality disorders and addiction: Which relationship? *European Psychiatry*. 2017;41:S200.
195. Maaranen P, Tanskanen A, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Viinamäki H. Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(5):337-42.
196. GÜRDAL C, TOK ESS, SORİAS O. Erken Kayıplar, Bağlanma, Mizaç-Karakter Özellikleri ve Duygu Düzenlemenin Psikopatoloji Gelişimi Üzerine Etkisi.
197. Bowlby E. *Loss-Sadness and Depression: Attachment and Loss*: Random House; 2008.

198. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular psychiatry*. 1999;4(2):163.
199. Aydın D, Şahin N, Akay B. Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*, 7 (1), 8. 2017;14.
200. Mares S, Jureidini J. Psychiatric assessment of children and families in immigration detention—clinical, administrative and ethical issues. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2004;28(6):520-6.
201. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MFJPGY. Bağlanma ve psikopatoloji. 2011;3(2).
202. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT, et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of clinical Psychiatry*. 2009;70(7):983.
203. Bülbül F, Çakir Ü, Ülkü C, Üre I, Karabatak O, Alpak G. Yineleyen ve ilk atak depresyonda çocukluk çağı ruhsal travmalarının yeri/Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(2):93.
204. Yanik M, Özmen M. Psikiyatri poliklinigine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yasantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki/The relationship of childhood abuse/neglect to suicide, selfmutilative behavior, and dissociative experience in the psychiatry outpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(3):140.
205. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(2).
206. Millgram Y, Joormann J, Huppert JD, Tamir M. Sad as a matter of choice? Emotion-regulation goals in depression. *Psychological Science*. 2015;26(8):1216-28.
207. Ehring T, Fischer S, Schnülle J, Bösterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(7):1574-84.
208. Şahin NH, Onur A, Basım HN. İntihar olasılığının, öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik ile yordanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2008;23(62):79-88.
209. Batıgün AD. İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ BAZI DEĞİŞKENLER: ÖFKE/SALDIRGANLIK, DÜRTÜSEL DAVRANIŞLAR, PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ, YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ. *Kriz Dergisi*. 2004;12(2):49-61.
210. Şen ZD. Majör Depresyonda Duygu Reaktivitesinin Antidepresan Tedavi ile Değişimi. 2017.
211. Ma Y. Neuropsychological mechanism underlying antidepressant effect: a systematic meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 2015;20(3):311.
212. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychiatry*. 2010;68(6):568-77.
213. Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(19):1939-45.
214. Ehring T, Quack D. Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*. 2010;41(4):587-98.
215. Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of traumatic Stress*. 2010;23(6):767-74.
216. Kolk BA, Fisler RE. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1994;58(2):145.
217. Mitchell RL, Phillips LH. The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia*. 2015;70:1-10.

218. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B. Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2009;24(63):38-45.
219. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(2):282.
220. Van Assche L, Van de Ven L, Vandenbulcke M, Luyten P. Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & mental health*. 2019:1-8.
221. Erozkan A. The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal journal of educational research*. 2016;4(5):1071-9.
222. Oshri A, Sutton TE, Clay-Warner J, Miller JD. Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*. 2015;73:127-33.
223. Aspelmeier JE, Elliott AN, Smith CH. Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child abuse & neglect*. 2007;31(5):549-66.
224. Feldman S, Downey G. Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and Psychopathology*. 1994;6(1):231-47.
225. Hughes HM, Graham-Bermann SA. Children of battered women: Impact of emotional abuse on adjustment and development. *Journal of Emotional Abuse*. 1999;1(2):23-50.
226. Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Benoit D, Miller D, Scott Heller S. Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant mental health journal*. 1999;20(1):77-86.
227. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*. 2011;32(1):47-69.
228. S Kuipers G, HJ Bekker M. Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the adult attachment interview. *Current Psychiatry Reviews*. 2012;8(4):326-36.
229. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69.

8. ÖZET

Bağlanma kuramı zihinsel temsillerin değerlendirilmesi, duygulanım düzenleme süreçleri ve psikopatolojilerin gelişiminin anlaşılmasında önemli bir model sunmaktadır. Bağlanma kuramına göre; erişilebilir ve duyarlı ebeveynin varlığı, çocuğun yaşam boyu işlevselliğini etkileyecek şemalar geliştirmesini sağlayan güvenli bağlanmanın anahtarı niteliğindedir. Çocukluk çağı ihmal ve istismarına maruziyet, olumsuz içsel modellerin gelişimine yol açmakta ve uyumsuz duygulanım düzenleme stratejilerine yönelimi arttırmaktadır. Bu nedenle güvensiz bağlanma, depresyon gibi duygudurum bozuklukları için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Öte yandan bağlanma ilişkileri ile zihin kuramı (ZK) becerileri arasında da önemli bir ilişki bulunmaktadır. Güvenli bağlanma, tutarlı ve organize zihinsel temsillerin oluşumuna katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızın amacı, çocukluk çağı travmaları, güvensiz bağlanma ve duygulanım düzenleme güçlüklerinin ZK yetilerinde bozulma ve depresyonun progresyonu üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu amaçla, 30 kronik rekürren depresyon, 30 tek depresif atak sonrası remisyonda olan ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 90 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara yazarlar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu, HAMD, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇRTÖ), Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) uygulanmıştır.

Bulgularımızda rekürren depresyon hastalarının ÇRTÖ ve DDGÖ puanlarının remisyonda depresyon ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hem rekürren hem de remisyonda depresyon grubundaki hastaların sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağında daha fazla fiziksel ve duygusal ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir. Bağlanma özelliklerine bakıldığında, rekürren ve remisyonda depresyon gruplarında güvensiz bağlanma oranları (%80) aynı olmakla birlikte kontrol grubunun %23.3'ünün güvensiz bağlandığı tespit edilmiştir. Sonuçlarımız güvensiz bağlanmanın depresyon gelişiminde önemli bir öngördürücü olabileceği önermesini desteklemektedir. Ancak çalışmamızda rekürren ve remisyonda depresyon grupları arasında bağlanma stilleri açısından farklılık

olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, çalışmamızda güvensiz bağlanan depresyon hastalarında duygusal ve fiziksel ihmal, duygusal ve fiziksel istismar puanlarının güvenli bağlanma stiline sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ayrıca bu grupta aile içi şiddet açısından anlamlı bir yığılma olduğu bulunmuştur. Bulgularımız, literatürde çocukluk çağı döneminde maruz kalınan travmaların olumsuz psikososyal sonuçlara ve bağlanma bozukluklarına neden olabileceğini ortaya koyan çalışmalarla uyumludur. Rekürren depresyon hastalarının GZOT puanları remisyonda depresyon ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bağlanma stillerine göre ise ZK performansı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum, ZK performansındaki bozulmaların bağlanma stilinden ziyade depresif bozukluğun şiddeti ve kronisite ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir

Ortak nörobiyolojik temelleri nedeniyle majör depresif bozukluğu değerlendirirken ve tedavi süreçlerini planlarken çocukluk çağı travmaları, güvensiz bağlanma ve ZK bozukluklarının ele alınmasının önemli katkılar yaratacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Ayrıca çalışmamızın örneklem sayısının az olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu alanda örneklem sayısı artırılarak yapılacak uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, travma, bağlanma, zihin kuramı

9. SUMMARY

Attachment theory maintains a significant model for understanding the assessment of mental representations, affect regulation and psychopathology. According to attachment theory, parental availability and sensitive responsiveness are the key ingredients for the development of secure attachment, which helps to build positive schemas that will promote adaptive functioning throughout the lifespan of a child. When children are faced with neglect or abuse, they develop negative internal models and maladaptive strategies for regulating emotion. Therefore, insecure attachment has been identified as a significant risk factor for mood disorders such as depression. On the other hand, there is a substantial association between attachment relationships and theory of mind (ToM) abilities. Secure attachment enable children to form consistent and organized mental representations.

The aim of our study is to examine the relevance of childhood trauma exposure, attachment insecurity and affect dysregulations with ToM deficits and progression of depression. For this purpose, totally 90 samples were included in the study, 30 of whom were chronic recurrent depression, 30 of whom were in remission (after 1 epizode) and 30 of whom were control groups. The sociodemographic data form created by the authors, HAMD, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Difficulty of Emotion Regulation Scale (DERS), Adult Attachment Style Scale (AASS) and Eyes Test were applied to the samples.

Our results showed that; compared to the remission depression and control groups, recurrent depression patients' CTQ and DERS scores have been significantly higher. Besides, the results indicated that, compare to the controls, both of recurrent and remission depression patients had been exposed to heavier emotional and physical neglect during their childhood. The rates of insecure attachments were same in recurrent and remission depression groups as %80, whereas it was %23.3 in controls. These Results exposed insecure attachment as a significant predictor of depression. However, there is no significant difference between remission and reccurent depressive groups in terms of attachment style. In addition, it was found that emotional and physical neglect, emotional and physical abuse scores were

significantly higher in patients with depression and insecure attachment, than in those with secure attachment style. Also there was a significant clustering in this group for domestic violence. Our findings were consistent with the studies that reveal childhood traumas may cause negative psychosocial consequences and attachment disorders. Eyes test scores were significantly lower in recurrent depression than remission and control groups. With reference to attachment styles, there was no significant difference between the groups in terms of ToM. Our findings suggest that disturbances in ToM performance may be associated with severity and chronicity of depressive disorder rather than attachment style.

Because of the common neurobiological bases for childhood traumas, insecure attachment and ToM disabilities, investigating these might help to understand and treat major depressive disorders better. This research has several limitations. Our study is a cross-sectional study. Moreover, the generalizability of this study is limited due to the small number of samples. There is a need for follow-up studies by increasing the number of samples in this field.

Key words: Depression, trauma, attachment, theory of mind

10. EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/06/2018-E.89478



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğumuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Ayşe GÜNAY ARIKAN'ın, uzmanlık tez çalışması olan "*Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Bağlanma Biçimleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Zihin Kuramı Becerileri ve Hastalık Seyri Üzerine Etkileri*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 05.06.2018 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-253

Ek:1 Liste

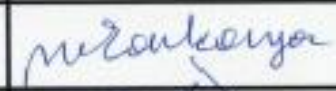
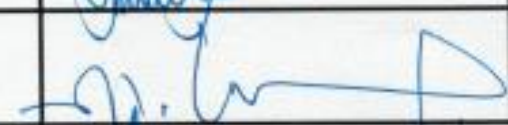
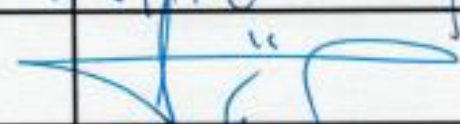


Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi : <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ezangül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 05/06/2018		TOPLANTI SAYISI : 05	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN			
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT		Emekli	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL			
Prof.Dr.Mehmet Sayın KARACAN			
Prof.Dr.Naciye YILDIZ		İSTİFA	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA			
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN			
Prof.Dr.C. Haluk BODUR			
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ			
Prof.Dr.Füsun DEMİREL			
Doç.Dr.Nihan KAFA			

EK-2 Sosyodemografik Veri Formu

1.Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek

2. Yaş:.....

3. Eğitim durumu: (1) ilkokul mezunu (2) ortaokul mezunu (3) lise mezunu

(4) yüksekokul mezunu (5) Üniversite mezunu (6) Yüksek lisans

4. Meslek: (1) çalışmıyor (2) emekli (3) memur/işçi (4) ticaret

(5) öğrenci

5. Medeni durum: (1) bekar (2) evli (3) boşanmış/ayrı (4) dul

6. Alkol/madde/sigara kullanımı (varsa belirtiniz): (1) yok
(2) var (.....kullanıyorum,yıldır)

7. Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal/sinirsel/psikolojik bir rahatsızlık yaşadınız mı? (yanıtınız hayır ise lütfen 16. Sorudan devam ediniz.)

(1) Hayır (2) Evet

8. İlk psikiyatrik yakınmalarınızın başlangıç zamanı:.....ay/yıl önce

9. Hayatınız boyunca toplam kaç kez depresif atak geçirdiniz?.....

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

.....

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

(1) Hayır (2) Evet (.....kez)

12. Daha önce Elektro konvulzif tedavi (EKT) aldınız mı? (yanıtınız evet ise seans sayısını belirtiniz)

(1) Hayır (2) Evet (.....seans)

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

(1) Hayır (2) Evet (belirtiniz.....)

14. Varsa başka bir sağlık sorunu/hastalık nedeniyle kullandığınız ilaçların isimlerini belirtiniz:

.....

.....

15. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? (yanıtınız evet ise girişim sayısını belirtiniz)

(1) Hayır (2) Evet (.....kez)

16. Ailenizde/akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan kişi/kişiler var mı? (yanıtınız evet ise yakınlık derecesini ve biliyorsanız hastalık tanısını belirtiniz)

(1) Hayır

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

17. Şu anda kiminle yaşamaktasınız?

(1) Yalnız (2) Anne/baba (3) Eş (4) Eş ve çocuklar (5) Diğer.....

18. Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı büyük ölçüde kim üstlenmişti?

(1) Anne ve baba (2) yalnızca anne (3) yalnızca baba (4) Kardeşler

(5) Akraba (belirtiniz.....) (6) Bakıcı (7) Kurum yetkilileri

19. Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı üstlenen kişi/kişiler ile ilişkileriniz nasıldı?

(1) Çok iyi (2) iyi (3) orta (4) kötü (5) çok kötü

20. Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı üstlenen kişi/kişiler tarafından şiddet ya da ihmale uğradınız mı? (yanıtınız evet ise sıklık derecesini belirtiniz)

(1) Hayır

(2) Evet o Hemen her gün o Haftada bir o Ayda bir

o Yılda bir yada bir kaç kez

o Yılda birden az

21. Bebeklik/ çocukluğunuzda uzun süreli tedavi veya hastanede yatış gerektiren önemli bir sağlık sorununuz oldu mu? (evet ise tanınızı ve tedavi yöntemini belirtiniz)

(1) Hayır

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

22. Aşağıdaki maddelerden size uygun olanı/olanları işaretleyerek noktalı yerleri doldurunuz

- Ben yaşımdayken annemi kaybettim.
- Benyaşımdayken babamı kaybettim.
- Benyaşımdayken kardeşimi kaybettim.
- Annem hastalığı nedeniyle çalışamazdı ya da çocuklarına bakamazdı.
- Babam hastalığı nedeniyle çalışamazdı ya da çocuklarına bakamazdı.
- Çocukluk dönemimde aile içinde şiddet ya da anlaşmazlığa bağlı önemli tartışmalar yaşanırdı.
- Çocukluk dönemimde anne/baba/bakım veren kişilerden sık sık şiddet gördüm.
- Çocukluk dönemimde ailemizde sık sık maddi güçlükler yaşanırdı.
- Çocukluk dönemimde annem/babam/bana bakım veren kişilerin alkol kullanımı vb kötü alışkanlıkları mevcuttu.
- Çocukluk dönemimde ailemizde boşanma/taşınma/göç gibi önemli olaylar yaşandı.
- Çocukluk dönemimde akrabalarımдан/aile dışı kişilerden/akranlarımdan şiddet gördüm.
- Çocukluğumda sık sık altıma idrar kaçıırırdım.
- Çocukluğumda sık sık tırnaklarımı yerdim.
- Çocukluğumda aşırı hareketli ve yaramazdım.
- Çocukluğumda kolayca ağlar ve güçlükle sakinleştirilirdim.
- Çocukluğumda sık sık başkalarına zarar verebilecek davranışlarda bulunurdum.
- Çocukluğumda kazalar/yaramazlık nedeniyle sık sık yaralanırdım.
- Çocukluğumda ebeveynlerimden/bakım veren kişilerden kısa süreli de olsa ayrı kalmak beni çok endişelendirirdi.
- Okula başladığımda, uzun süre korku yaşadım.
- Okula başladığımda, okula alışmakta ve uyum sağlamakta uzun süre güçlük yaşadım.

Ek-3 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAMD)

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		*****

Ek-4 Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ)

		Doğru	Yanlış
1	Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.	D	Y
2	İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.	D	Y
3	Başkalarına rahatça bağlanırım.	D	Y
4	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.	D	Y
5	İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	D	Y
6	Başkalarına tümüyle güvenmek zor gelir.	D	Y
7	Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.	D	Y
8	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.	D	Y
9	Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.	D	Y
10	Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesine kapılırım.	D	Y
11	Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.	D	Y
12	Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır.	D	Y
13	Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.	D	Y
14	Başka birinin benimle çok yakın ilişki kurma isteğinden rahatsız olmam.	D	Y
15	Başka birinin benimle çok yakınlaşması beni endişelendiriyor.	D	Y
16	Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.	D	Y
17	Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.	D	Y
18	Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.	D	Y

Ek-5 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇRTÖ)

EK 1: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar).				
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.				
1. Hiç Bir Zaman	2. Nadiren	3. Kimi zaman	4. Sık olarak	5. Çok sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...				
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.				
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.				
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirdi.				
4. Anne ve babam ailelerine bakamayaacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırdı.				
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.				
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.				
7. Sevildiğimi hissediyordum.				
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.				
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.				
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.				
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynıklar oluyordu.				
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.				
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.				
14. Ailedekiler bana kınacı ya da saldırganca sözler söylerdi.				
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme,tilip kakılma vb.) inanıyorum.				
16. Çocukluğum mükemmeldi.				
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.				
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.				
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hisse derlerdi.				
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.				
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.				
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.				
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere baktırmaya zorladı.				
24. Birisi bana cinsel tadizde bulundu.				
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.				
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.				
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.				
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.				

Ek-6 Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1		2		3		4		5	
		Bazen				Çoğu zaman			
		(%11 - %35)				(%66 - %90)			
Hemen hemen her zaman				Yaklaşık yarı yarıya				Hemen hemen	
(%0 - %10)				(%36 - %65)				(%91 - %100)	

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşıyorum.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğime işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5

18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

Ek-7 Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

(örnek resim)

Kıskanç

Paniklemiş



Kibirli

Nefret dolu

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Ayşe

Soyadı: GÜNAY ARIKAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Antalya, 27.02.1988

Eğitimi:

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Tıpta Uzmanlık)
- Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi (Lisans)- 2013
- Antalya Yusuf Ziya Öner Fen Lisesi- 2006

Yabancı Dili:

- İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği

Bilimsel Etkinlikler

Posterler:

- Arikan A.G., Aslan S. Tripofobiye Ne Kadar Tanıyoruz? Depresif Yakınmalarla Başvuran Tripofobi Olgusu 54.Ulusal Psikiyatri Kongresi 2-6 Ekim 2018

İletişim: ayse.gny1988@gmail.com

