

Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine Etkisi

The Effects of Childhood Traumatic Experiences on Sexual Function in Patients with Major Depressive Disorder

^{ID} Fatma Gül HELVACI ÇELİK^a, ^{ID} Çiçek HOCAOĞLU^b, ^{ID} Bülent BAHÇECİ^b

^aHitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Çorum, TÜRKİYE

^bRecep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Rize, TÜRKİYE

Bu çalışma, 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi (26-28 Mart 2015, Konya)'nde poster olarak sunulmuş ve poster ödülü almıştır.

ÖZET Amaç: Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT)'nin, erişkin dönemde ortaya çıkan çok sayıda ruhsal bozukluğun etiyolojisinde önemli bir rolü vardır. Bu çalışmanın amacı, majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alan hastalarda, ÇÇT'nin cinsel işlev üzerine olan etkilerini araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, "The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV-R" tanı ölçütlerine göre MDB tanısı alan 112 olgu dâhil edilmiştir. Tüm olgulara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların 86 (%81,1)'si kadın, 20 (%18,9)'si erkek idi. Olguların %68,9'unda ÇÇT öyküsünün olduğu, %56,6'sında duygusal istismar, %37,7'sinde fiziksel istismar, %34'ünde cinsel istismar, %53,8'inde duygusal ihmal ve %44,3'ünde ise fiziksel ihmal bulunduğu belirlendi. Depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığı ile ÇÇT toplam ve tüm alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilemedi. Bununla birlikte, ÇÇT öyküsü olmayan olgulardan farklı olarak, ÇÇT öyküsü bulunan olgularda depresyon düzeyi arttıkça cinsel problemlerin de arttığı saptandı. **Sonuç:** Çalışmamızda, ÇÇT ve tüm alt boyutları ile cinsel problem varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir. Ancak çalışmamızda, MDB tanılı olgulardaki yüksek oranda ÇÇT öyküsünün bulunması ve ÇÇT bulunan hastalarda depresyon düzeyi arttıkça, cinsel problem düzeyinin de artması dikkat çekici bulgulardır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel işlev bozukluğu; çocukluk çağı travması; majör depresif bozukluk

ABSTRACT Objective: Childhood traumatic experiences (CTE) have an important role in the etiology of many psychiatric disorders that occur in adulthood. The aim of this study is to investigate the effects of CTE on sexual function in patients diagnosed with major depressive disorder (MDD). **Material and Methods:** 112 cases who were admitted to Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic consecutively and diagnosed with MDD according to DSM IV-R diagnostic criteria were included in the study. Sociodemographic Data Form, Hamilton Depression Rating Scale, childhood trauma questionnaire, Arizona Sexual Experiences Scale were applied to all cases. **Results:** 86 (81.1%) of the participants were female and 20 (18.9%) were male. It was determined that 68.9% of the cases had a history of CTE, 56.6% emotional abuse, 37.7% physical abuse, 34% sexual abuse, 53.8% emotional neglect, and 44.3% physical neglect. No statistically significant difference was found between the level of depression and the presence of sexual problems, between the total and all subtypes of the CTE. However, unlike those without a history of CTE, in cases with an history of CTE, sexual problems increased as the level of depression increased. **Conclusion:** In our study, it was concluded that there was no significant relationship between CTE, all its sub-dimensions and the presence of sexual problems. However, in our study, there was a high level of CTE in patients with MDD and it is noteworthy that in patients with CTE, the level of sexual problems increases as the level of depression increases.

Keywords: Sexual dysfunction; childhood trauma; major depressive disorder

İnsan yaşamında benliğin savunma düzenekleri ve başa çıkma yöntemleri ile kontrol edilemeyen ağır strese yol açabilen yaşam olayları, nörobiyolojik açıdan kalıcı izler bırakarak, bireyin ruhsal durumu üze-

rine olumsuz etkilere yol açabilir.¹ Ruhsal travma olarak tanımlanan bu tür yaşantılar ile özellikle çocukluk döneminde karşılaşılması, erişkin dönemdeki ruh sağlığı üzerine de özgül etkilere sahiptir. Çocukluk

Correspondence: Çiçek HOCAOĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Rize, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: cicekh@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.

Received: 19 Apr 2020

Received in revised form: 04 Nov 2020

Accepted: 11 Dec 2020

Available online: 31 Dec 2020

2146-8990 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

çağı travmaları (ÇÇT); cinsel, fiziksel, duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmal olarak tanımlanmıştır.¹ Ruhsal bozukluklarda ÇÇT öyküsü, oldukça yüksek orandadır.² Erken çocukluk döneminde yaşanan ÇÇT'ler, erişkin dönemde ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve seyrinde önemli bir risk faktörüdür.^{1,2} Başka bir deyişle ÇÇT'nin olumsuz psikolojik etkileri yaşam boyu devam eder. Çok sayıda ÇÇT maruziyeti durumunda, erişkinlikte 1'den fazla ve daha şiddetli psikopatolojiler ortaya çıkabilmektedir.^{3,4} Yaşamın ilk yıllarındaki ÇÇT, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları (borderline, antisosyal, histriyonik vb.), madde kullanım bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, bipolar bozukluk, intihar girişimi ve düşüncesi, kasıtlı kendine zarar verme davranışı, tehlikeli cinsel deneyimler ve cinsel işlev bozuklukları ve majör depresif bozukluk (MDB) gibi birçok psikiyatrik hastalığın oluşumunda önemli bir rolü vardır.⁵⁻¹² Birçok çalışmada, depresif bozukluklar ve depresif bozuklukların belirtileri olan kendilik algısında düşüklük, suçluluk-değersizlik fikirleri, umutsuzluk, intihar düşüncesi-girişimi vb. ile tüm ÇÇT alt grupları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.¹³⁻¹⁵ Erken çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar ve ailenin ilgisinden yoksun kalmanın, erişkin depresyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.¹⁶ İstismar süresi ve şiddeti, erişkin depresyonunun şiddeti ile de ilişkili olarak bildirilmiştir.¹⁷ Erken yaşam travması, depresyonun klinik görünümünü de etkilemektedir.¹² Çocukluk döneminde erken ebeveyn kaybının da depresyon riskini artırmada önemli etken olduğu belirtilmiştir.¹⁰ ÇÇT öyküsü, depresyonda strese verilen yanıtı da etkiler. ÇÇT'si bulunmayan, depresyonu olan hastaların strese yanıtları normal iken, ÇÇT'si bulunan depresif olgularda ise strese karşı aşırı yanıt verildiği bildirilmiştir.⁸ Travma öyküsü olanlarda ve depresif bozukluk hastalarında, benzer şekilde hipokampal hacimde küçülme de mevcuttur.^{16,17} Tüm bunların ışığında, çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların genetik, duygusal, bilişsel, davranışsal duyarlılık ve yatkınlığa sebep olabileceğini düşündürmektedir.¹⁸ Sonuç olarak, ÇÇT öyküsü bulunan

depresif hastalarda daha düşük remisyon ve iyileşme oranları, daha uzun depresyon dönemleri, daha fazla kronik hastalık seyri ve depresif belirtilerin daha erken başlangıcının olduğu bildirilmiştir.^{19,20}

Cinsel işlev bozuklukları (CİB), bedensel ve psikolojik nedenlerle ortaya çıkabilir. Ancak psikolojik ve tıbbi nedenler, sorunun ortaya çıkmasında çoğunlukla birlikte rol oynarlar ve kültürel etkenler de bu duruma katkıda bulunabilir. Sorun, bedensel hastalıklar ya da ilaç kullanımı gibi çeşitli tıbbi nedenlerle ortaya çıksa bile bir süre sonra psikolojik etkenler de tabloya eklenebilmekte ve durumu daha da içinden çıkılmaz bir hâle getirebilmektedir. Eğitim, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, erken çocukluk dönemine ait bilinçaltı çatışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemine ait psikoseksüel gelişim dönemlerindeki aksaklıklar, erken çocukluk travmaları, yanlış öğrenilmiş cinsel davranışlar, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, cinsellikle ilgili yanlış ve abartılı beklentiler, geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, ailenin tutumu, utanma, daha önceki travmatik cinsel deneyimler, suçluluk ve günahkârlık duyguları, eşler arası uyumsuzluk ve iletişim sorunları, evlilik içi çatışmalar, evlilik dışı eylemler, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve kişinin başta cinsel organlar olmak üzere kendi bedeniyle ilgili olumsuz düşünce ve inançları, CİB'lerin gelişimi ve sürmesinde etkili olabilen psikolojik ve kültürel etkenler olarak sıralanabilir. Hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi cinsel işlevi etkileyen bedensel hastalıklar, ürolojik ve jinekolojik problemler, hormonal problemler, ilaç yan etkileri, alkol ve madde kullanımı, gebelik, doğum ve laktasyon, yorgunluk gibi nedenler olarak sıralanabilir. CİB gelişimine yol açabilen en önemli psikiyatrik bozukluklardan biri de depresif bozukluklardır. MDB ile birlikte CİB'nin, yüksek oranda görüldüğü bilinmesine rağmen her 2 bozukluk arasındaki ilişki tam olarak açıklanmamıştır. CİB'ye bağlı depresyon, ikincil gelişebileceği gibi depresyon sonucu ikincil CİB'de gelişebilir. Birindeki kötüleşme diğerini de bozabilir, birinin düzelmesi diğerinin de düzelmesini sağlayabilir.²¹ CİB depresyon tedavi sürecinde tedavi yan etkisi olarak da ortaya çıkabilmektedir. Depresyonun şiddetinde, süresinde ve yinelenmesindeki

artış ile CİB arasında da bir ilişki vardır.²² Birçok psikiyatrik bozukluğun oluşumunda yeri olan ÇÇT'nin, cinsel davranış üzerine de olumsuz etkileri olabildiği görülmüştür.²³ Bunlar arasında riskli cinsel ilişki ve davranışlar, hiperseksüalite, CİB, cinsel kimlik sorunları sayılabilir.^{23,24} Ancak ÇÇT öyküsü bulunan ve majör depresyon tanısı ile izlenen hastalarda CİB yeterince araştırılmamış olup, aradaki ilişki net olarak ortaya konulabilmiş değildir. Çalışmamızın amacı MDB tanılı hastalarda, son yıllarda erişkinlikteki birçok ruhsal bozukluğun etiolojisinde yer alabildiği öne sürülen ÇÇT'lerin, cinsel işlev üzerine etkisini inceleyerek literatüre katkı sunabilmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ

Çalışmaya, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine depresif yakınmalarla başvuran ardışık 112 MDB tanısı konulan hasta dâhil edilmiştir. Çalışmaya alınanlardan 6 kişi, verilerinin yetersiz olması ya da TSSB eş tanısının saptanması sebebiyle çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya, 18-65 yaş arası, okuduğunu anlayabilen en az ilkökul mezunu olanlar, son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik ilaç tedavisi almayan olgular dâhil edilmiştir. Okuma yazması olmayan, 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olanlar, belirgin fiziksel hastalığı olanlar (kanser, diabetes mellitus, karaciğer yetersizliği, böbrek yetersizliği, hipertansiyon, endokrin hastalığı vs.), hâlen jinekolojik, ürolojik hastalıkları nedeni ile tedavi görenler, gebe ve süt verme döneminde olanlar, mental retardasyon, psikotik bozukluk ve organik mental bozukluğu olanlar ve ayrıca eş tanılı alkol ve madde bağımlılığı öyküsü ile TSSB tanısı olan olgular, mevcut durumun cinsel işlevi etkileyebileceği düşüncesi ile çalışmamızdan dışlanmıştır. Çalışma öncesi Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (Karar No:2012/121, tarih: 10.08.2012) çalışmayla ilgili gerekli izin alınmıştır. Çalışma öncesi tüm hastalar, çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu: Tarafımızdan hazırlanan bu formda, sosyodemografik özellikleri, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalıktan kaynaklanan tedavi öyküleri sorgulanmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: Depresyon düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir. On yedi sorudan oluşur. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAD-D) uygulanmasında 14 ve üzeri puan depresif belirtiler için yeterlidir. Ölçeğin, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve ark., tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir.²⁵

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği: Bernstein ve ark., tarafından geliştirilen bu ölçek cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile fiziksel, duygusal ihmal içeren ÇÇT'yi sorgulayan toplam 28 sorudan oluşmaktadır.²⁶ Ölçeğin uygulaması sırasında 5 alt puan ile toplam puan elde edilmektedir. Ülkemizde, ilgili ölçeğin Türkçeye uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve ark., tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir.²⁷ Çalışmamızda da ölçeğin uygulaması, Şar ve ark.'nın çalışmasında bildirdiği kesme puanları ve değerlendirme yöntemleri doğrultusunda yapılmıştır.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın-Erkek): Cinsel işlevleri (cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon/penil ereksiyon, orgazma ulaşabilme ve orgazm tatmini) sorgulayan toplam 5 maddeden oluşan, Likert tipi öz bildirim dayalı bir ölçektir. Değerlendirme sırasında 1'den 6'ya kadar olan bir puanlama sistemi kullanılır. Toplam puan 5-30 arasında olup, ölçekten alınan yüksek puanlar CİB'ye işaret eder. Toplam Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) puanının ≥ 19 , tek 1 madde puanının ≥ 5 veya 3 madde puanının ≥ 4 olması CİB ile ilişkili bulunmuştur.^{28,29}

Uygulama

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde MDB tanısı alan hastalara, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu imzalayarak, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm olguların tanısız görüşmesinde DSM-IV-TR için yapılandırılmış klinik görüşme anketi kulla-

nıldı.³⁰ Çalışmaya katılan tüm olgulara sosyodemografik veri formu, çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği (CTQ-28), HAD-D ve ACYÖ içeren test bataryası uygulandı.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmamızda, istatistiksel değerlendirme için SPSS for Windows 18.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Nite-likel verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırma değişkenleri olan ÇÇT yaşantıları, cinsel problem varlığı ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla öyküsü Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı (%) olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen olguların %81,13'ü kadın, %18,87'si erkek ve yaş ortancası 31 (en düşük 18, en yüksek 60) idi. Olguların %33,96'sı ilköğretim, %22,64'ü ortaokul ve %20,75'i lise mezunu idi. Çalışma grubunun %65,09'u evli, %28,30'u bekâr, %6,60'ı eşinden ayrılmış idi. Olguların %38,68'i ev hanımı, %19,81'i işsiz ve %16,98'i serbest meslek ve %16,98'i ücretli (memur, işçi) olarak çalışıyordu. Katılımcıların %4,72'si emekli, %2,83'ü öğrenci idi. Katılımcıların %55,66'sı şehirde yaşamaktaydı. Çalışmaya dâhil edilen hastaların %68,87'sinde ÇÇT yaşantıları mevcuttu. Olguların, ÇÇT yaşantılarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Kadınların %68,60'unda ÇÇT saptanırken, erkeklerin %70'inde ÇÇT öyküsü vardı. Kadınların %59,30'unda ve erkeklerin %45'inde duygusal istismar; kadınların %37,21'inde ve erkeklerin %40'nda fiziksel istismar; kadınların %37,21'inde ve erkeklerin %20'sinde cinsel istismar öyküsü olduğu saptandı. ÇÇT yaşantılarında ihmal değerlendirildiğinde ise kadınların %54,65'inde ve erkeklerin %50'sinde duygusal ihmal saptanırken; kadınların %40,70'inde ve erkeklerin %60'ında fiziksel ihmal varlığı öyküsünün olduğu belirlendi. ÇÇT'si bulunanların %93,15 (n=68)'inde birden çok travmatik yaşantısının olduğu saptandı.

TABLO 1: Olguların çocukluk çağı travmaları ve alt grupların dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
ÇÇT	73	68,87
Duygusal istismar	60	56,60
Fiziksel istismar	40	37,74
Cinsel istismar	36	33,96
Duygusal ihmal	57	53,77
Fiziksel ihmal	47	44,34

ÇÇT ve alt grupları cinsiyet ile karşılaştırıldığında ise (ki-kare) cinsiyet açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmadı.

ÇÇT'si saptanan grubun %93,15 (n=68)'inde birden çok travmatik yaşantının olduğu belirlendi. ÇÇT'si saptananların %21,92 (n=16)'si ise 5 travmatik yaşantının tamamının varlığını ifade etmiştir. ÇÇT'si saptananların %60,27 (n=44)'sinde duygusal istismar-duygusal ihmal yaşantısı birlikteliği tespit edilmiştir. Bunu %56,16 (n=41) ile duygusal istismar-fiziksel ihmal birlikteliği ve %54,80 (n=40) ile duygusal istismar-fiziksel istismar birlikteliği izlemektedir.

Travmaya maruz kaldığını ifade eden kadınların %93,22'si ve erkeklerin %92,86'sı birden fazla travma varlığını ifade etmiştir. Kadınlarda %66,10 (n=39) ile en çok duygusal istismar-duygusal ihmal birlikteliği saptanırken, bunu %54,24 ile duygusal istismar-fiziksel istismar ve duygusal ihmal-fiziksel ihmal birlikteliği izledi. Erkeklerde ise %64,29 ile duygusal istismar-fiziksel ihmal birlikteliği ilk sırada yer alırken, bunu %57,14 ile duygusal istismar-fiziksel istismar, fiziksel istismar-fiziksel ihmal ve %35,71 ile duygusal istismar-duygusal ihmal birlikteliği izlemiştir. Travmatik yaşantıları, birliktelikleri ve cinsiyet ki-kare testi ile karşılaştırıldığında ise duygusal istismar ve duygusal ihmal birlikteliğinde anlamlı fark elde edilmiş olup, kadınların %66,10'unda bu birliktelik varken erkeklerin %35,71'inde saptanmıştır ($p=0,037$).

ÇÇT ve alt grupları ve yaş değerlendirildiğinde, duygusal ve cinsel istismar ile yaş (35 yaş ve altı-36 yaş ve üstü) arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,023$ ve $p=0,005$). Otuz beş yaş ve altı grupta, duygusal ve cinsel istismar anlamlı ola-

TABLO 2: Çocukluk çağı travmaları varlığının depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığıyla karşılaştırılması.

Depresyon düzeyi	ÇÇT				p değeri
	Var		Yok		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Orta (17-28)	54	68,35	25	31,65	0,845
Ağır (29 ve üzeri)	19	70,37	8	29,63	
Cinsel problem varlığı					
Var	45	66,18	23	33,82	0,423
Yok	28	73,68	10	26,32	

ÇÇT: Çocukluk çağı travmaları.

*Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. p<0,05

rak daha yüksekti. Sosyodemografik verilerden, meslek grupları ve CCT ile tüm alt grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (ÇÇT p=0,019, duygusal istismar p=0,011, fiziksel istismar p=0,022, cinsel istismar p=0,012, duygusal ihmal p=0,013, fiziksel ihmal p=0,017). Meslekle ilgili gruplardan ev hanımı ve işsiz olan grupta, ÇÇT ve tüm alt grupları daha yüksek saptanmıştır. Yaşanılan yer ile sadece fiziksel ihmal ile anlamlı ilişki saptandı, kırsalda yaşayanlarda fiziksel ihmal anlamlı olarak daha yüksek idi (p=0,042). Bu çalışmanın bulgularından kırsal bölgede yaşayanların, tarım vb. uğraşları sebebiyle fiziksel olarak çocuk bakımının daha az olduğu söylenebilir.

ÇÇT ve alt grupları depresyon düzeyi ki-kare ile (orta-ağır) karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptan-

mamıştır. ÇÇT ve tüm alt grupları, cinsel problem varlığı ile karşılaştırıldığında ise sadece fiziksel ihmal ve cinsel problem varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,036). Fiziksel ihmal bulunan grubun %36,76'sında cinsel problem varken, ihmal bulunmayan grupta %63,24 oranında cinsel problem saptandı. ÇÇT varlığı ile depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığı arasındaki ilişki **Tablo 2**'de verilirken, ÇÇT alt grupları ve depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığı arasındaki ilişki ise **Tablo 3**'te verilmiştir.

ÇÇT öyküsü bulunanlarda, cinsel problem ile depresyon düzeyi Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, ÇÇT'si bulunan grupta depresyon düzeyi ile cinsel problem varlığı arasında ilişki saptanmış olup, HAM-D puanı arttıkça ACYÖ puanının da arttığı görülmüştür (p=0,025, r=0,264). Aynı ilişki ÇÇT'si bulunmayan grupta elde edilememiştir (p=0,984, r=0,004). ÇÇT varlığı ve depresyon düzeyi ile cinsel problem varlığı karşılaştırması **Tablo 4**'te verilmiştir. ACYÖ toplam değişkeninin ortancası 20 (en düşük 6, en yüksek 30) ve HAM-D toplam değişkeninin ortancası 25 (en düşük 16, en yüksek 38) olarak hesaplanmıştır. ÇÇT'si bulunan ya da bulunmayan gruplar ile ACYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülemediği. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ÇÇT ve alt gruplarının, olguların cinsel problem düzeylerini etkilemediği söylenebilir.

TABLO 3: Çocukluk çağı travmaları alt grupları ile depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığı ilişkisi.

Depresyon düzeyi	Duygusal istismar		Duygusal ihmal		Fiziksel istismar		Fiziksel ihmal		Cinsel istismar	
	Var n (%)	p değeri	Var n (%)	p	Var n (%)	p değeri	Var n (%)	p değeri	Var n (%)	p değeri
	Yok n (%)		Yok (%)		Yok n (%)		Yok n (%)		Yok n (%)	
Orta (17-28)										
Ağır (29 ve üzeri)	43 (54,43)	0,582	44 (55,70)	0,497	29 (36,71)	0,709	34 (43,04)	0,644	28 (35,44)	
	36 (45,57)	0,440	35 (44,30)		50 (63,29)		45 (56,96)		51 (64,56)	
	17 (62,96)		13 (48,15)		11 (40,74)		13 (48,15)		8 (29,63)	
	10 (37,04)		14 (51,85)		16 (59,26)		14 (51,85)		19 (70,37)	
Cinsel problem varlığı										
Var	40 (58,82)	0,537	34 (50,00)	0,297	26 (38,24)	0,887	25 (36,76)	0,036	24 (35,29)	0,698
Yok	28 (41,18)		34 (50,00)		42 (61,76)		43 (63,24)		44 (64,71)	
	20 (52,63)		23 (60,53)		14 (36,84)		22 (57,89)		12 (31,58)	
	18(47,37)		15 (39,47)		24 (63,16)		16 (42,11)		26 (68,42)	

*Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. p<0,05

TABLO 4: Çocukluk çağı travmaları varlığı ile depresyon düzeyi ve cinsel problem varlığının karşılaştırılması.

	ÇÇT (Yok)		ÇÇT (Var)	
	r	p değeri	r	p değeri
ACYÖ toplam-	0,004	0,984	0,264	0,025
HAM-D toplam				

ACYÖ: Arizona cinsel yaşantılar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği.

**Spearman korelasyon analizi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, MDB tanılı olgularda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkilerini incelenmiş olup, çalışma grubunda yüksek oranda ÇÇT öyküsünün olduğu ve ÇÇT'lerin cinsel işlev üzerine belirgin bir etkisinin olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Bununla birlikte, düşük bir etki düzeyi olsa da ÇÇT'si bulunanlarda depresyon düzeyi arttıkça, cinsel problemlerin de artmış olduğu görülmüştür. Aynı ilişki, ÇÇT'si bulunmayan MDB tanılı hastalarda elde edilmemiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu kadınlar (%81) oluşturmuştur. Benzer şekilde MDB'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %10-25 ve erkeklerde %5-12 oranında olduğu belirtilmiş, yaklaşık 2:1 kadın/erkek oranının olduğu ilgili çalışmalarda ifade edilmiştir.^{31,32} Bu çalışmada da kadın üstünlüğü saptanmış olup, yaklaşık 4:1 kadın/erkek oranı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kadın üstünlüğünün daha fazla olmasının nedeni, Doğu Karadeniz Bölgesi'nin ve ülkenin sosyokültürel özellikleri nedeni ile erkeklerin daha az yardım arayışında bulunmaları ve belirtilerini paylaşmak istememeleri ile kadının sosyoekonomik koşulları, kadına atfedilen roller ve kadına verilen değer ile ilgili olabilir. Çalışmalarda, düşük eğitim düzeyi olanlarda artmış depresyon riski gösterilmiştir.^{33,34} Bu çalışmada da literatür verilerine benzer şekilde hastaların yaklaşık 1/3'ünün ilkökul mezunu bireyler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaklaşık 2/3'ü evlidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak, MDB tanısının daha çok bekâr, dul ya da boşanmış, yaşayan bireylerde daha çok görüldüğü belirtilmiştir.³⁵⁻³⁷ Bu çalışmanın bulgularının, medeni durum açısından çoğu çalışmanın verilerinden farklı olmasının nedenleri olarak; olguların sos-

yokültürel özellikleri, çalışma grubunun sayısal azlığı ve çalışma grubunun tüm toplum kesimlerini temsil etmemesi olarak sayılabilir. Bu çalışmada, hastaların yaklaşık %40'ının ev hanımı ve %20'sinin ise işsiz olduğu saptanmıştır. Bu nedenle katılımcıların %60'ına yakınının, herhangi bir gelirin olmadığı ve bu grubun sosyoekonomik bakımdan daha düşük seviyede olabileceği düşünülebilir. Birçok çalışmada artmış MDB riskiyle düşük gelir düzeyi arasındaki ilişki ortaya konulmuştur.³⁵⁻³⁷

Birçok çalışmada MDB ve ÇÇT ilişkisine değinilmiş olup, farklı sonuçlar elde edilmiştir. ÇÇT yaşantıları; depresyonun ortaya çıkma süreci, depresyonun daha erken yaşta başlaması, depresif belirtilerin daha şiddetli olması ve depresyonun kronikleşmesi üzerinde bir risk etkeni olarak bildirilmiştir.^{38,39} Geriye dönük çalışmalar istismarın depresyon gelişimi için etkilerinin erişkinlikte de sürdüğünü göstermiş, ileri dönük çalışmalar ise çocuklukta istismar ve depresyon ilişkisini rapor etmiştir.^{40,41} Widom'a göre ÇÇT, erişkin dönemde depresyon riskini %50 oranında artırmaktadır.⁴² Ülkemizde yapılan ve ÇÇT'lerin depresif belirtiler üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.³ Moskvina ve ark., yinelenen 324 MDB tanısı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında, olguların %79,9'unda en az bir ÇÇT öyküsü saptamışlar, kadın ve erkek hastalardaki travma öyküsünü genel gruba benzer şekilde birbirine yakın bulmuşlardır.⁴³ Shi'nin ayaktan psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmasında da hastaların %74,4'ünün çocukluk çağı istismarı ve ihmali kriterlerini karşıladıkları tespit edilmiştir.⁴⁴ Çalışmamızda da benzer şekilde cinsiyet farkı olmaksızın, MDB tanılı hastaların çoğunluğunda (yaklaşık %70) ÇÇT yaşantılarının olduğu belirlenmiştir.

CİB ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğu ve MDB tanılı olgularda cinsel işlevin neredeyse tüm alanlarının etkilendiği bildirilmiştir.^{23,24,45,46} Tedavi alan ve almayan olguların karşılaştırıldığı bir çalışmada, MDB tanılı hastaları içeren bir çalışmada olguların 2/3'ünden fazlasında cinsel isteksizlik olduğu bildirilmiştir.⁴⁷ Diğer yandan, uyarılma ve orgazm bozukluklarının yaygınlığı araştıran bir çalışmada, tedavi almayan MDB tanılı

olgular ile normal kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı da bildirilmiştir.³⁹ Depresyonun şiddetinde, süresinde ve yinelenmesindeki artış ile CİB ,arasında da bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.^{48,49} Çalışmamızda da MDB tanılı hastalarının 2/3'üne yakınında cinsel problem varlığı tespit edilmiştir. Cinsel problem, kadın olgularda erkek olgulardan daha yüksek olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ve ÇÇT arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların çoğunluğu, cinsel istismar öyküsü olan kadınlara odaklanmaktadır.⁵⁰ Yapılan çalışma veya derlemelerde, çocukluk çağı cinsel istismarı ile riskli cinsel davranışlar [daha erken yaşta cinsel aktiviteye katılım, daha sonraki korunmasız cinsel ilişki katılımı, birden fazla partnerle seks ve seks ticareti (para, uyuşturucu ya da barınak vb. için)] ve cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.^{48,51,52} Bir çalışmada cinsel istismar öyküsü veren gençlerde, stigmatizasyon (istismara özgü utanç ve kendini suçlama) ve internalize semptomları (TSSB ve depresif belirtiler) bulunanlarda, istismarın ağırlığından daha etkili bir şekilde, daha çok cinsel sorunlar ve flört problemleri ifade edilmiştir. Aynı çalışmada stigmatizasyonun, takip eden cinsel sorunlar için bir öngörücü mekanizma olarak faaliyet gösterdiği tespit edilirken, internalize semptomların cinsel sorunlar ve flört problemleri ile korelasyonel ilişkileri olduğu saptanmıştır.⁵³ Daha az sayıdaki çalışmada cinsel istismar haricindeki ÇÇT ile erişkin cinsel problemleri arasında bir ilişki gösterilmiştir.⁵⁴ Çocukluk cinsel istismarı, cinsel-fiziksel istismar birlikteliği ve herhangi istismar bulunmayanlarda riskli cinsel davranışlar, kendisinin bildirdiği cinsel fonksiyon ve kişinin cinsellik algısının değerlendirildiği kadın örnekleminde, depresyon ve anksiyete kontrol edildikten sonra cinsel istek, uyarılma/orgazm, cinsel ağrı ya da masturbasyon açısından gruplar arası anlamlı fark saptanamamıştır. İstismar öyküsü bulunan kadınlar, bulunmayanlara göre cinsel uyarılma sırasında daha fazla negatif duygu ve yaşam boyu daha çok sayıda cinsel partner bildirmişlerdir. Ek olarak istismar grubundaki kadınlar, kendi kötü psikolojik durumlarında daha çok negatif cinsellik algısı bildirmişlerdir.⁵⁵ Yaş aralığı 18-25 olan 417 heteroseksüel kadınla yapılan bir çalışmanın sonucunda, aile dinamikleri ve çocukluk çağı istismarının, farklı türlerinin her birinin doğrudan veya

dolaylı olarak erişkin cinsel fonksiyonunu, tatminini etkilediklerini ve bu etkilerine cinsel öz şemalar ile romantik ilişki gibi diğer faktörlerin aracılık ettiklerini düşündürmüştür.⁵⁶ MDB tanılı hastalarda çocukluk cinsel istismarı ile cinsel problemler, depresyon şiddeti arasındaki bağlantıları ve ilişki gücünü araştıran bir çalışmada cinsel problem puanı (ACYÖ ile değerlendirilen) depresyon şiddeti ile anlamlı bir şekilde ilişkili saptanmıştır.⁵⁷ Çalışmamızda da ÇÇT yaşantıları varlığı ve tüm istismar-ihmal alt tipleri ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanamamış olmakla birlikte, ÇÇT yaşantıları bulunan grupta HAM-D puanı arttıkça ACYÖ puanının da artmış olduğu görülmüştür. Aynı bulgu, ÇÇT'si bulunmayan grupta elde edilememiştir. Bu çalışmanın verilerine göre yalnızca ÇÇT'si bulunan MDB hastalarında, depresyon şiddeti arttıkça cinsel problemin de arttığı söylenebilir. Depresyonun cinsel işlevler üzerine kendi etkisinin yanında, majör depresyonda ÇÇT'lerin de cinsel işlevler üzerine doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz etkilerinin olabileceğini düşünebiliriz. Başka bir deyişle MDB tanılı hastalarda, ÇÇT varlığı cinselliği olumsuz etkileyebilir. MDB tanılı hastalarda ÇÇT varlığı, hastalığın klinik görünümü, takibi ve sağaltımı açısından dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, sağlık sistemi içinde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yer verilerek, tüm toplumun ve çocuğun bakımından birincil sorumlu olan bakım verenin eğitilmesi, daha iyi bir ebeveyn-çocuk ilişkisinin oluşturulması, çocuğun travmaya maruz kalmadan önce korunmasının sağlanabilmesi, çocuk tramvaya maruz kaldıysa sonraki takiplerinin ve değerlendirmelerinin ayrıntılı olarak yapılması, ruh sağlığı açısından hem çocukluk hem de erişkin dönemde izleminin devam etmesi, ÇÇT'si bulunan bireylerin ayrı bir grup olarak değerlendirilerek, bu gruba yönelik destekleyici görüşmeler ve yeni tedavi yaklaşımlarının oluşturulması, MDB ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin ÇÇT açısından sorgulanması ve saptananların klinik takibi, görüşmeleri ve tedavisinin ona göre düzenlenmesi özel önem arz etmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Olguların tek bir merkezden seçilmiş olması ve çalışmanın kesitsel yönü, neden-sonuç ilişkisi kurulabilmesini ve genelleme yapılabilmesini olanaksız kılmaktadır. Çalışmada kullanılan CTQ-28, geriye dönük tarama

yapmaktadır ve MDB tanılı hastalarla gerçekleştirilen bu çalışmada, olayları olumsuz yönleriyle hatırlama yanlılığı olabilir. Yine cinsel istismarın kim tarafından uygulandığının sorgulanmamış olması, olguların evlilik ilişkisi, aile içi şiddet ve diğer erişkinlik dönemine ait diğer travmalar üzerinde durulmamış olması da bir kısıtlılıktır. Cinsel yaşantıları değerlendiren ACYÖ ile verilen yanıtlar, özellikle kadın örnekleme cinselliğin algılanış biçimi nedeni ile yanlı olarak daha kötü gösterilmiş olabilir. Çalışmada, evlilik ilişkisi ile kadın ve erkek işlev bozukluğu arasındaki ilişki de incelenmemiştir. Ayrıca çalışmada, sağlıklı kişilerden oluşan bir kontrol grubunun olmaması da kısıtlılıklar içinde yer almaktadır. Tüm bu kısıtlılıklarına rağmen olgu seçiminde, eş tanıli diğer ruhsal bozukluklar ile diğer tıbbi hastalıkların dışlanması, olgularla yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerin yapılmış olması ve ulaşılabildiğimiz kadarı ile MDB tanılı hastalarda ÇÇT yaşantıları ve cinsel işlev ilişkisini araştıran ilk çalışma olması çalışmamızın güçlü yanlarıdır.

SONUÇ

Literatürde, özellikle cinsel istismar ile erişkin dönemde cinsel problemlerin ilişkisini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte, diğer ÇÇT türleri ile cinsel problem çalışmaları daha azdır. Literatürde, bu çalışmada olduğu gibi MDB hastalarında ÇÇT ve tüm alt boyutlarının cinsel problem varlığı ile ilişkilendirildiği bir çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ÇÇT ve tüm alt boyutları ile cinsel problem varlığı ara-

sında ilişki saptanamamıştır. Fakat sadece ÇÇT'si bulunan hastalarda depresyon düzeyi arttıkça, cinsel problem düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Depresyonlu hastalarda ÇÇT ve cinsel problem varlığı ilişkisinin incelendiği daha geniş örneklemler ve kontrol grubunun da yer aldığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız, MDB-ÇÇT ve cinsel işlev etkileşiminin değerlendirilmesi açısından örnek teşkil etmekte ve ileriki çalışmalara zemin hazırlamaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Çiçek Hocaoğlu; **Tasarım:** Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu; **Denetleme/Danışmanlık:** Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu, Bülent Bahçeci; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu, Bülent Bahçeci; **Analiz ve/veya Yorum:** Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu; **Kaynak Taraması:** Fatma Gül Helvacı Çelik, Çiçek Hocaoğlu.

KAYNAKLAR

- Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B, et al. [Probable results of childhood abuse and neglect]. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2001;2(2):69-78.[Link]
- Helvacı Çelik FG, Hocaoğlu Ç. [Childhood traumas: a review]. *Sakarya Med J.* 2018;8(4):695-711.[Crossref]
- Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. [The Effect of Childhood Traumas on Depressive Symptoms in University Students]. *New/Yeni Symposium Journal.* 2006;44(2):100-6. [Link]
- Oral R, Ramirez M, Coohy C, Nakada S, Walz A, Kuntz A, et al. Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatr Res.* 2016;79(1-2):227-33.[Crossref] [PubMed]
- Russo M, Mahon K, Shanahan M, Solon C, Ramjas E, Turpin J, et al. The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adults with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2015;30;229(3):771-6.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse Negl.* 2012;36(1):32-9.[Crossref] [PubMed]
- Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother.* 2011;84(4):367-88.[Crossref] [PubMed]
- Sar V, Islam S, Öztürk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(5):670-7.[Crossref] [PubMed]
- Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, Geibel SL, Swartz HA, Frank E, et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(7):563-73.[Crossref] [PubMed] [PMC]

10. Boroughs MS, Valentine SE, Ironson GH, Shipherd JC, Safren SA, Taylor SW, et al. Complexity of childhood sexual abuse: predictors of current post-traumatic stress disorder, mood disorders, substance use, and sexual risk behavior among adult men who have sex with men. *Arch Sex Behav*. 2015;44(7):1891-902.[Crossref] [PubMed] [PMC]
11. Cong E, Li Y, Shao C, Chen J, Wu W, Shang X, et al. Childhood sexual abuse and the risk for recurrent major depression in Chinese women. *Psychol Med*. 2012;42(2):409-17.[Crossref] [PubMed] [PMC]
12. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007;7:7:30.[Crossref] [PubMed] [PMC]
13. Gökler R. Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *TSA Dergisi*. 2006;10:47-76.
14. United Nations Children's Fund, Measuring and Monitoring Child Protection Systems: Proposed Core Indicators for the East Asia and Pacific Region, Strengthening Child Protection Series No. 1., UNICEF EAPRO, Bangkok, 2012.(Date of Access: 2014). [Link]
15. van Veen T, Wardenaar KJ, Carlier IV, Spinoven P, Penninx BW, Zitman FG, et al. Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *J Affect Disord*. 2013;5;146(2):238-45.[Crossref] [PubMed]
16. Schulz A, Becker M, Van der Auwera S, Barnow S, Appel K, Mahler J, et al. The impact of childhood trauma on depression: does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *J Psychosom Res*. 2014;77(2):97-103.[Crossref] [PubMed]
17. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, Andersen SL. Length of time between onset of childhood sexual abuse and emergence of depression in a young adult sample: a retrospective clinical report. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(5):684-91.[Crossref] [PubMed] [PMC]
18. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(1):15-22.[Crossref] [PubMed]
19. Vallati M, Cunningham S, Mazurka R, Stewart JG, Larocque C, Milev RV, et al. Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *J Abnorm Psychol*. 2020;129(5):469-79.[Crossref] [PubMed]
20. Hjelmseng IV, Vaskinn A, Ueland T, Lunding SH, Reponen EJ, Steen NE, et al. Childhood trauma is associated with poorer social functioning in severe mental disorders both during an active illness phase and in remission. *Schizophr Res*. 2020;25:S0920-9964(20)30118-3.[PubMed]
21. Taştan U, Saatçioğlu Ö, Özmen E, Erkmén H. [Anxiety in men with sexual dysfunction]. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2005;43(1):38-44.[Link]
22. Doğan S. [Sexual dysfunctions, depression and antidepressants]. *J Mood Disorders*. 2011;1(2):81-6.[Crossref]
23. Pulverman CS, Meston CM. Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychol Trauma*. 2020;12(3):291-9.[Crossref] [PubMed]
24. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: a comprehensive review. *Sex Med Rev*. 2018;6(2):188-200.[Crossref] [PubMed]
25. Akdemir A, Dönbak Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, İçcan N, Özbay H, et al. [Clinical use and the reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)]. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.[Link]
26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169-90.[Crossref] [PubMed]
27. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. [Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32(4):1054-63.[Crossref]
28. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):25-40.[Crossref] [PubMed]
29. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res*. 2004;16(6):531-4.[Crossref] [PubMed]
30. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12(4):233-6.
31. Sagud M, Hotujac Lj, Mihaljević-Peles A, Jakovljević M. Gender differences in depression. *Coll Antropol*. 2002;26(1):149-57. [PubMed]
32. Fang G, Yu H, Zhi S, Xi M, Peng Z, Cai M, et al. Sex differences in intergenerational transfer risk of major depressive disorder. *Med Sci Monit*. 2019;23;25:9887-92. [Crossref] [PubMed] [PMC]
33. Qi X, Fan H, Yang X, Chen Y, Deng W, Guo W, et al. High level of pattern glare in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):415. [Crossref] [PubMed] [PMC]
34. Zhang YS, Rao WW, Cui LJ, Li JF, Li L, Ng CH, et al. Prevalence of major depressive disorder and its socio-demographic correlates in the general adult population in Hebei province, China. *J Affect Disord*. 2019;1;252:92-8.[Crossref] [PubMed]
35. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Martín V, Molina AJ, Alonso J. Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014-2015. *J Affect Disord*. 2018;15;239:203-7.[Crossref] [PubMed]
36. Nurmela K, Mattila A, Heikkinen V, Uitti J, Ylilinen A, Virtanen P, et al. Identification of major depressive disorder among the long-term unemployed. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(1):45-52.[Crossref] [PubMed]
37. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch MA, et al. Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord*. 2016;15;190:167-77.[Crossref] [PubMed]
38. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*. 2009;33(1):59-68.[Crossref] [PubMed]
39. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):517-30. [Crossref] [PubMed] [PMC]
40. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(6):706-16. [Crossref] [PubMed] [PMC]
41. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000;2(2):131-5.[Crossref] [PubMed]
42. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):49-56.[Crossref] [PubMed]
43. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety*. 2007;24(3):163-8.[Crossref] [PubMed]
44. Shi L. Childhood abuse and neglect in an outpatient clinical sample: prevalence and impact. *Am J Fam Ther*. 2013;41(3):198-211. [Crossref]

45. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008;5(4):777-87.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
46. Dovran A, Winje D, Arefjord K, Tobiassen S, Stokke K, Skogen JC, et al. Associations between adverse childhood experiences and adversities later in life. Survey data from a high-risk Norwegian sample. *Child Abuse Negl.* 2019;98:104234.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
47. Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003;19(2):114-24.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
48. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):575-86.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
49. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39-57.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
50. Zollman G, Rellini A, Desrocher D. The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(2):176-92.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
51. Devi F, Shahwan S, Teh WL, Sambasivam R, Zhang YJ, Lau YW, et al. The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Ann Gen Psychiatry.* 2019;14:18:15.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
52. Arriola KR, Loudon T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse Negl.* 2005;29(6):725-46.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
53. Feiring C, Simon VA, Cleland CM. Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(1):127-37.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
54. Rellini AH, Vujanovic AA, Gilbert M, Zvolensky MJ. Childhood maltreatment and difficulties in emotion regulation: associations with sexual and relationship satisfaction among young adult women. *J Sex Res.* 2012;49(5):434-42.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
55. Schloretdt KA, Heiman JR. Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *J Trauma Stress.* 2003;16(3):275-84.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
56. Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1595-608.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
57. Dunlop BW, Hill E, Johnson BN, Klein DN, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, et al. Mediators of sexual functioning and marital quality in chronically depressed adults with and without a history of childhood sexual abuse. *J Sex Med.* 2015;12(3):813-23.[\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)